

医師国家試験^{*1}

堀 原 一^{*2}

日本医学教育学会（編）の医学教育白書が1978年版および1982年版で、医師国家試験について資料とともにそれぞれの年度の白書を発表してから、本1986年版までの間にみられた変化は大きく、それらを主としてここに紹介する。

なお、医師国家試験（以下国試と略称）に関する資料の多くについては、資料編に収録されるので重複を避けて引用するにとどめる。

1. 1985（昭和60）年からの制度の改正

国試は回を重ねるごとに改善されてきており、1982年までのそれについては医学教育白書1982年版^{1,2)}に紹介されているとおりであるが、昭和50年春の第59回国試から昭和59年秋の第78回国試までの10年間20回をもって、国試の変遷上、いわゆる第4期は終了し、昭和60年の第79回国試がひとつのエポックとなり、第5期に入った（資料2）。

変更の要点は、試験問題の質のさらなる改善、すなわち国試の目的にふさわしい良問の作成のほか、制度の改正としてつぎのことが実施に移された。なお、これらの変更は、昭和57年11月に設置された医師国家試験制度改善委員会が中心となっておこなわれたものである。

1) 試験回数の年1回化

昭和21年11月に始まった第1回を除き、第78回まで春秋2回（インターン制度の廃止された昭和43年は例外的に3回、いわゆる医学部紛争で国試

ボイコットが叫ばれ、受験者数が激減した年も2回）実施されていた国試が、昭和60年の第79回より春1回のみとなった。

いわゆる医学部紛争で医学部卒業が3月でなく不規則になった時期は過ぎ、実質上、秋の国試が3月卒業の保留者および春の国試不合格者の救済のためのものとなり、またこの受験者数が春の国試受験者数に比し著しく少なくなった（表1）ことのほか、国試の改善に総力を結集するとの理由で、最初の提案より1年遅れることになったが、昭和60年から実施に踏み切られた。これには準備期間を置き、反対意見も含めて各界からの意見を聴いて、昭和58年5月の医師国家試験制度改善委員会中間意見書で予告し、実施されたものである。

2) 試験科目とその考え方の変遷

第79回以降も第53～78回までと同じく、内科、外科、産婦人科、小児科、公衆衛生の必須5科目と、抽選によって選定される内科系選定科目1科および外科系選定科目1科の合計7科目であるが、選定7科目（精神科、皮膚科、放射線科、整形外科、耳鼻咽喉科、泌尿器科および眼科）についての基本的な内容は、必須5科目と重複することのほか、とくに重要とみなされる内容は医師国家試験出題基準（ガイドライン）のなかでその項目に※を付し、臨床実地問題において随時取り込み出題されることになった。

しかし、従来選定7科目は、国試に選定出題されるのが2科目と少ないことが問題になっていたうえに、昭和60年から試験の回数が年1回となって、その卒前学部教育への影響がますます大きくなるのが憂慮されている。※を付した項目の臨床実地問題への随時出題が、このような望ましからざる影響への歯止めになることが期待されている。

^{*1} National Examination for Physicians' License.

キーワード：医師国家試験(国試)・国試の改善・国試出題基準(ガイドライン)・国試制度改善委員会・医師資格(医師免許)

^{*2} HORI Motokazu 筑波大学臨床医学系外科、日本医学教育学会国家試験ワーキンググループ主任

表 1 医師国家試験合格率の年次推移—新卒・既卒の別

試験回数 (昭和年)	春									試験回数 (昭和年)	秋								
	受験者数			合格者数			合格率				受験者数			合格者数			合格率		
	新卒	既卒	計	新卒	既卒	計	新卒	既卒	計		新卒	既卒	計	新卒	既卒	計	新卒	既卒	計
第73回 (57年)	7,063	1,415	8,478	5,598	457	6,055	79.3	32.3	71.4	第74回 (57年)	3,192	2,410	2,729	1,281	1,314	1,442	40.1	54.5	52.8
75 (58年)	7,319	1,324	8,643	6,658	681	7,339	91.0	51.4	48.9	76 (58年)	4,081	1,310	1,718	164	411	575	40.2	31.4	33.5
77 (59年)	7,936	1,169	9,105	7,286	543	7,829	91.8	46.4	48.6	78 (59年)	4,311	1,286	1,717	162	458	620	37.6	35.6	36.1
79 (60年)	7,708	1,100	8,808	7,027	515	7,542	91.2	46.8	85.6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
80 (61年)	8,221	1,286	9,507	7,266	685	7,951	88.4	53.3	83.6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

注：医学教育白書1982年版以降のもの。

表 2 昭和60年第79回からの国試試験問題数—第59回から第78回までとの増減比較

	科目	問題数	増減
一般問題	内科	70	+20
	外科	50	+10
	産婦人科	30	0
	小児科	30	+10
	公衆衛生	20	0
	内科系選定科目	20	0
	外科系選定科目	20	0
小計	7科目	240	+40
臨床実地問題	内科	40	+15
	外科	20	+5
	産婦人科	10	0
	小児科	10	0
小計	4科目+※	80	+20
合計		320	+60

注：※ 選定7科目の内容のうち基本的に重要なものが随時含まれる。

3) 問題数の増加

第4期第78回までより問題数が増え、一般問題240題、臨床実地問題80題の合計320題となった。一般問題の領域別出題数は、内科70題、外科50題、産婦人科30題、小児科30題、公衆衛生20題と、内科系選定科目20題、外科系選定科目20題となった。臨床実地問題の内訳は、内科40題、外科20題、産婦人科10題、小児科10題（いずれも選定

7科目の※を付した基本的内容をも含む）となっている（表2）。

4) 試験日数の延長と試験日

第4期第78回までは1日半で、第1日は午後2時30分～4時40分でA問題100問、第2日は午前9時30分～11時40分でB問題100問（以上一般問題、平均解答時間1問約80秒）と、午後1時～4時のC問題60問（臨床実地問題、平均1問180秒）の、合計7時間20分であった。

第79回からは2日間となり、第1日は午前9時30分～11時20分でA問題80問、午後0時20分～2時20分でB問題90問、午後3時～4時40分でC問題70問（以上一般問題、平均解答時間1問約80～85秒）、第2日は午前9時30分～11時30分でD問題40問と午後1時～3時でE問題40問（以上臨床実地問題、平均1問180秒）の、合計9時間30分となった。

国試の試験日は、春に限っていえば昭和44年の第47回以来、4月第1または第2土曜と日曜、昭和55年の第69回以降は第1土曜と日曜の2日にわたる日程となっている。

国試初期の昭和22～32年まで、春の試験日が4月下旬から5月中旬の間であったのに比べれば早まったものの、インターン制度下の昭和36～43年には3月上旬から下旬に行われたのに比べて遅い。臨床研修が国試合格後開始されることからすれば早まることが望ましいが、大学医学部卒業という受験資格とのからみがあって問題がある。試

表 3 試験委員数の比較

改 善 前		昭和60年第79回以降	
一般問題	名		名
内 科	8	内 科	18
外 科	7	外 科	12
産婦人科	5	産婦人科	7
小 児 科	3	小 児 科	7
公衆衛生	4	公衆衛生	5
内科系選定科目	9	内科系選定科目	15
外科系選定科目	12	外科系選定科目	20
小 計	48		
臨床実地問題			
内 科	7		
外 科	4		
産婦人科	2		
小 児 科	2		
小 計	15		
合 計	63		84

注：試験委員長および副委員長は除く。

験日とは別に、合格発表の迅速化を進めるよう、事務処理の合理化を図ることが要望されている。

5) 試験委員の増加

必須5科目の試験委員が38名から49名に増員されただけでなく、選定科目も21名から、実際に出題科目として選定されない5科目を含めて7科目各科から5名の、計35名に増員された。

また、一般問題と臨床実地問題の試験委員の区別がなくなった(表3)。

2. 試験問題の改善

1) 問題作成における改善

国試のハードウェア的制度上の改正だけでなく、もっとも重要であり従来から努力が重ねられてきている、試験問題の質のさらなる改善の方向として、基本的臨床能力(知識と技能)に関する想起能力よりも、むしろ問題解釈、問題解決能力を問う問題の増加を、科目ごとだけでなく、全科目にまたがって科目間で十分に調整をとって実施されるようになった。

具体的には、医師国家試験制度改善委員会のなかで、問題開発専門委員会が担当して、つぎの事項が検討された。

(1) 問題開発プロセスの検討

試験問題による評価の目標として、臨床能力のうちの単なる想起レベルに重点をおくことなく、五肢選択式客観試験ながら問題解決レベルまで評価できる試験にするため、試験委員の問題作成技法向上のためのワークショップが、試験委員出題打合せ会として、昭和60年第79回国試問題作成へ向けて、2日間にわたり実施された。これは昭和61年第80回のためにも同様に実施され、大部分の試験委員が出席されて、問題の質の改善に効果をおげた。

かねてから試験委員に出題依頼を行う際に配布されていた、多肢選択式試験問題作成のための手引きが再検討された。その一般の方針としては、

1. 医師として知っているべき基本的知識を問うのであるから、あまりに専門的なこと、重箱の隅をつつくような瑣末なことを問わない。
2. 非常に稀な疾患や病態の発生頻度は問わない。
3. 人名をつけた疾患、手術術式などはきわめて有名で必ず知っていなければならないものに限る。
4. 性差についても同じ。
5. 数値も常に記憶していなければならないものに限る。
6. 意見の分れている成因、治療などについては避ける。
7. 出題は試験委員の専門領域に限らず、できるだけ専門以外の内容についても問題に含める。などがあげられた。

試験問題の選定に際しては、2次選定、1次決定委員会において必須5科目ならびに選定7科目の全科の問題の選定、決定を行い、選定科目が決定された時点で、選定にもれた科目の内容のなかでプライマリ・ケア関係など基本的な問題(医師国家試験出題基準で※を付した項目)については、臨床実地問題に随時取り込み出題することにした。

(2) 試験問題形式の開発

従来、問題形式として五肢択一の単純択一形式、多真偽形式の定数形式(2肢)、多真偽形式の定数形式(3肢)および多真偽形式の不定数形式の4タイプが出題されていたが、改善の趣旨を

踏まえたわかりやすい設問が増やされた。これは具体的には単純択一形式の増加であった。

内容の本質に関連の乏しい二重否定や文章そのものがトリッキーになることを避け、文章ができるだけ簡潔に表現されるようになった。

問題解決能力を問うために、今後さらに問題形式を含めて改善することを検討する必要があるとされている。現行の4タイプを用いる多肢選択式客観試験の問題点と限界について、理論的および経験的指摘もあるが、8,000人を超える多数の受験者を短期間にいっせいに評価する資格試験としての国試の問題形式として、現行の形式以外の方法を開発するには慎重な工夫を必要とする。

2) 問題プール制の導入

必須5科目の一般問題および臨床実地問題の一部(10%程度)に、基本的で重要な既出の問題(プール問題)を、そのままあるいは修正して再出題できるようになった。このプール制は継続して続けられることになっており、そのためのコンピューターによる問題プール・検索システムが開発された。

プール制の目的は、新作問題を優先出題する現行国試のなかにあって、その回の出題範囲、領域およびレベルを他の回と比べてもできる限り一定に保とうとするところにあった。

本来、国試問題は基本的な内容を問う問題であっても、優れた新しい問題をそのつど作れないことはないはずであるが、一度出題した類問は再出題しないという従来慣習があり、勢い基本的問題が出題しにくくなり、基本的でない内容の難問に傾くことへの歯止めの一役をプール制が果せると期待されて始められた。

具体的には、過去に出題された試験問題を実施した結果も踏まえて判定・選別し、コンピューターシステムへプールされた。

これらは、医師国家試験制度改善委員会のなかで、プール制専門委員会が担当した。

しかし、一般問題、臨床実地問題とも、再出題の段階で見直し修正すればさらにより問題に改変できることが多いし、臨床実地問題では症例と状況設定や視覚素材(X線などの画像資料の別冊)との対応があって、そのままを再出題しないほうがよいことが起りうる。

選定科目こそ基本的問題のプール制は有意義と考えられるが、現在までのところ、実施に移されていない。

プール問題が10%程度であれ混入されれば、全体の試験の合格水準が変わるはずであるが、合否判定基準についての検討は今後の問題とされている。

新たなプール問題の編入、プールの管理と運用、その結果の分析、評価が継続して行われることになっている。

なおプール制は、国試の試験問題は回収せず、また公表し、いかなる形でも利用することは制限していないが、試験結果については、合格発表のほか、医科大学長(医学部長)にその大学の受験者が全国平均に比べていかなる得点分布をしているかを通知している以外は、各問ごとの正解、正答率や識別指数などのkey validationの結果は、一切公表しないという前提に立っている。

3. 医師国家試験出題基準の改訂

1) 基本方針

国試の目的からいって、一般的な出題方針があったものの、実際には試験委員の判断に依存していた出題の基準を取りまとめ、妥当な範囲、領域と適切なレベルを示して出題に際し準拠すべき基準とされた医師国家試験出題基準(ガイドライン)が、必須5科目については昭和52年5月、選定7科目については昭和53年8月に公刊された。

しかし、これが卒前医学教育のすべてを網羅するものでなく、またそれを拘束するものではないこと、また仮にもこれを卒前医学教育の目標とすることのないよう謳われていた。また、出題のすべてが厳格にこの基準によらねばならないわけではなく、大筋においてこの基準に照らして出題されていけばよいとされていた。

ところが、いったんこれが発表されるや、卒前医学教育教科書はこれを意識し、これを規範にして作られる傾向が現れたほか、拘束しないまでも、卒前医学教育の目標となりかねない影響が一部において出てきたのは事実であった。また初版当時から懸念されたことだが、結果的には分厚い臨床医学百科辞典化しかねない傾向があった。

これらの改善と日進月歩の医学の進歩を反映す

るため、初版の予告どおり4年ごとの改訂が行われ、必須5科目は昭和56年10月、選定7科目は昭和57年10月に改訂版が刊行された。改訂では各科目相互間の総合調整が行われ、科目ごとに出題の範囲とレベルに若干の改正が行われた程度の小規模にとどまり、大綱の変更はなかった。

昭和60年実施を目的に、医師国家試験制度改善委員会に設けられた出題基準専門委員会で検討し、昭和58年5月中間意見書で、出題基準（ガイドライン）の改善の方針をつぎのように示した。

1. ガイドライン作成プロセスの改善：科目間、科目内のアンバランス、用語の不統一、重複、境界領域の欠落等の問題が指摘されていたが、これらはガイドラインの作成プロセスに由来するところが大きいと思われていたので、改善のためにつぎの措置を行うことが要請された。

(a) ガイドライン作成方針を明確にし、その方針に基づいて作成を行うこと。

(b) ガイドラインの内容は国試についてのコンセンサスを踏まえ、あまりにも専門的な事項は削除するよう、項目数を増やさないよう内容を精選するため、徹底的吟味を行うこと。

(c) 幅広く医学各分野の専門家や医育機関の意見を、ガイドラインに反映するプロセスを導入すること。

(d) 各科目間、各科目内の調整、整理を強力に行うこと。

2. 基本的臨床知識、技能（診察法等）の重視：診断学、治療学総論等の「総論」部門を重視するという観点から、これらの分野の出題がなされるようガイドラインの改善を図る。

3. 臨床実地問題への配慮：臨床実地問題は幅広い範囲から出題されるべきであるが、出題の範囲を明らかにする必要性も認められるという観点から、ガイドラインの改善を図る。

2) 昭和60年版ガイドライン

以上の基本方針を受けて、新たに出題基準常任委員会が設けられた。委員は臨床各科のほか基礎医学分野からも選任された。また、出題基準調整委員会を設けて、科目間の調整を十分に行うことを織り込んだ。さらに原案段階において、各医育機関からアンケートにより意見を求めて参考とした。

具体的には臨床各科別検討委員会を設け、前改訂版から4年を待たず、必須5科目と選定7科目ガイドラインを一体とし、基本方針に則るほか、つぎの改訂が盛られた。

1. ※を付した項目の明示：精神科、皮膚科、放射線科、整形外科、耳鼻咽喉科、泌尿器科および眼科のいわゆる選定7科目のなかで、内科、外科、産婦人科、小児科および公衆衛生と重複する項目のほか、とくに重要と思われる項目を中心に※を付した。

2. 索引の充実：疾患名、症候群名を中心とする索引を作るとともに、臨床各科に総論の事項を織り込み、それについても索引を作成した。その結果、索引には総論索引が、通常の邦文索引および欧文索引のほかに加えられ、利用の便に供された。

3. 記載の形式：大・中・小項目の形式を踏襲した。この際、各項目についての考え方の周知徹底を図り、各科目間、各科目内の整合性のとれたものとした。（公衆衛生についても、これに準ずるものとした。）

(a) 大項目

(i) 総論的事項と各論的事項により構成された。

(ii) 臨床各科の総論的事項については、正常の構造と機能、問診と診察、主要症候（病態生理）、検査、治療、予防などを項目とした。

(iii) 各論的事項については、中項目を総括する見出し的なものを項目とした。

(b) 中項目

(i) 総論的事項については、大項目の内容を説明するものを項目とした。

(ii) 各論的事項については、原則として疾患名、症候群名を項目とした。その内容は、標準的な学生用教科書に記載されている程度の定義、病因と疫学、病態生理、症候、検査、診断、治療、予後、予防などとする。

(iii) 亜項目は原則として設けない。

(c) 小項目

(i) 総論を構成する大項目については、とくに必要のある場合を除き、原則として中項目までとし、小項目を設けない。

(ii) 中項目にあげた事項でとくに留意すべき

事項については、小項目を設けることとし、小項目にあげた事項については、標準的な学生用教科書に記載されている程度の知識を要求するものとした。

(iii) 止むをえず疾患名、症候群名を小項目にあげた場合にも、(ii)と同様とした。

(iv) 小項目の有無にかかわらず、中項目が包含する事項はいずれも出題範囲でありうる。すなわち、小項目は出題範囲を限定するためのものではない。

3) つぎの改訂

昭和60年版の改訂作業中も、各科目別でなく、プライマリ・ケアを中心とする重要疾患別の全科目にわたるガイドライン、臓器別・系統別の基礎医学を含む全科目にわたる統合的ガイドラインなどの提案もあったが、これらを含めて昭和64年版(予定)の改訂が期待されている。

4. 医師国家試験の事後評価

医師国家試験制度改善委員会に事後評価委員会を置き、試験結果を詳細に分析し、委員および専門委員からの意見を十分聴取し、改善度の検討を行うとともに、その結果を次回以降の国試の改善へ向けてフィードバックさせてきた。

確たるデータに基づくものではないが、医育機関の教員、指導医をはじめ学生、研修医、医学教育関係の団体などの関係者の意見でも、昭和60年の第79回以降の国試は、さらなる改善がみられたとしている。(昭和61年の第80回国試については、現在のところ詳細な事後評価がされることになっている。)

なお、年1回になったことに対しては、ことに強く反対する意見は出ていないとみられている。

5. 医師国家試験制度改善委員会について

昭和57年11月に設置され、昭和60年の第79回国試に向けて数々の任務を果たした医師国家試験制度改善委員会は、つぎのような内容のものであった。

1. 目的

医師国家試験が、医師として具有すべき基本的な知識および技能を問う試験であるとともに、時代の要請にこたえうる適切な試験となるよう現行

試験制度のあり方について検討する。

2. 組織

(1) 委員会は委員25人以内で組織する。

(2) 専門的事項を調査検討するために、必要があるときは、委員会に小委員会を置くことができる。

3. 委員

委員は、学識経験のある者から、厚生大臣が任命する。

4. 庶務

委員会の庶務は、厚生省医務局(のちに健康政策局となった)医事課において処理する。

5. その他

委員会の運営に関し必要な事項は、委員会が定める。

6. 委員名簿(カッコ内は、発令当時の所属)

浅見 敬三(慶応義塾大学医学部教授)

阿曾 弘一(北里大学医学部附属病院長)

阿部 正和(東京慈恵会医科大学長)

石井 昌三(順天堂大学医学部教授)

井出源四郎(千葉大学長)

牛場 大蔵(国際医学情報センター理事長)

懸田 克躬(医学教育振興財団理事長) 委員長

川崎 明德(川崎医科大学副学長)

草川 三治(東京女子医科大学教授)

小池 昇(日本医師会副会長)

小林茂三郎(日本大学医学部長)

坂元 正一(東京大学医学部教授)

佐分利輝彦(病院管理研究所長)

高久 史磨(東京大学医学部教授)

館 正知(岐阜大学長)

日野原重明(聖路加看護大学長)

古川 哲二(佐賀医科大学長)

前川 正(群馬大学医学部長)

水越 治(京都府立医科大学教授)

宮地 貫一(文部省大学局長)

(いずれも敬称略)

本委員会は継続的に行われていた国試改善施策のなかで、昭和60年の第79回国試の大改正でひとつのエポックを作った業績を残したが、直接の契機は、医療関係者審議会医師部会が部会長名で昭和56年6月付で厚生大臣に宛てた、医師国家試験の改善について(意見書)であった。設置後の本

表 4 医師国家試験制度改善委員会の歩み

昭和57年11月	本委員会設置
58年1月	ワーキンググループ*（プール制導入準備、ガイドライン、問題開発）設置（*のちに専門委員会）
5月	中間意見書提出
8月	ガイドライン改訂作業開始
12月	ガイドライン改訂原案に関する医育機関アンケート実施
59年5月	ガイドライン完成、試験問題のプール分類およびコンピューター入力開始
7月	第79回国試準備開始 試験委員のためのワークショップ実施
60年4月	第79回国試実施
5月	合格発表（合格率85.6%）
7月	第80回国試準備開始 試験委員のためのワークショップ実施
10月	（最終）報告書提出
61年4月	第80回国試実施
5月	合格発表（合格率83.6%）

委員会の主な歩みは表4のようである。

昭和60年4月に実施した第79回国試に向けての準備から、当面の改善事項の完全実施を図るための諸準備、進捗状況のモニター、今後さらに検討すべき事項の検討および第79回国試の事後評価を行い、10回にわたる本委員会会議、多数回の専門委員会（ワーキンググループ）等の会議を重ねた結果を、昭和60年10月最終報告書（資料2，P. 120）に取りまとめ、当初の目的を果してひとまず散会した。

国試改善と実施のための常設専門機関としての国試センター（仮称）の新設は、現在までのところ決っていない。

6. 医師国家試験改善に関する協力

国の医師国家試験制度改善委員会と呼応して、民間諸機関、団体等の国試改善への直接的あるいは間接的協力活動が行われてきた。

その主なものをあげれば、つぎのようである。

1) (財) 医学教育振興財団の事業と活動

昭和59年11月に当財団が主催し、文部省、厚生省の後援、日本医学教育学会の協賛で第5回医学

教育シンポジウム—医師資格試験はいかにあるべきか、その改善に向けて—が東京において開催された。

その内容は、アメリカ医師資格試験機構（NBME）会長および副会長によるアメリカにおける医師資格試験の現状と方向、西ドイツ医師薬剤師国家試験研究所（IMPP）所長および部長による西ドイツにおける医師国家試験の現状と方向、わが国から大学を代表する2氏による医師国家試験はいかにあるべきかが発表、討論された。

そのほかにも、本財団は医学教育振興を通じて、国試の改善に今後とも陰に陽に協力を継続して行くことになっている。

2) 日本医学教育学会における研究

昭和57年度厚生科学研究費補助金を得て、医師国家試験の評価に関する研究—試験問題の妥当性調査（医学教育，14：117，1983）を、また関連する研究として昭和59年度厚生科学研究費補助金による、試験の合格水準の理論と実際（医学教育，16：175，1985）の研究を行った。

また、国試が卒前ならびに卒後医学教育に事実上、光と影両面の影響を及ぼしていることがわかっており、しかもどちらかといえば好ましくない影響のほうが強いこと、それが国試の改善によって好転することが期待されることの調査研究を昭和58、59年度に学部教育委員会が行い、医師国家試験の医学教育への影響に関する研究として発表した（医学教育，15：237，1984）。この研究は文部省特定研究21世紀へ向けての医学と医療第9班医師養成の、昭和58年度に行われた研究の一部としてもなされたものである。

本学会は、昭和58年度から医師国家試験ワーキンググループを設けて研究的活動を行ってきたが、昭和59年8月には国試の年1回実施に伴う選定科目の取扱いに関するワークショップを行い、選定科目にかかわる問題点を洗い出し、昭和60年から国試が年1回化することに伴う新たな問題点を検討し、臨床実地問題に随時出題することになった。ガイドラインでの※を付する項目の考え方、取扱い方の理解と活用によって改善する方策を練って、医師国家試験と選定科目として発表した（医学教育，16：84，1985）。

現在ワーキンググループで進行中のプロジェクト

ト研究は、本学会が最低合格水準の理論に基づき開発した修正 Ebel 法（医学教育，16：175，1985）によって、旧制度による昭和58年春の第75回国試全問題と、改善後新制度による昭和60年の第79回および昭和61年の第80回全問題を検討し、それぞれの合格水準を仮に定める演習を行うとともに、各問ごとの難易度と必要度（重要度）の比較分析を行うことであり、これによって改善度の評価のひとつが得られることになっている。

また、機関誌「医学教育」でも、会員による国試関係の原著論文を多数採用掲載するほか、特集を組んで組織的に研究成果を発表するとともに、会員および一般に対して国試に関する情報を提供し、国試の改善に対して直接、間接の協力を資してきた。最近の特集は「医師国家試験の現状と2, 3の改善点」（医学教育，13巻4号，1982）と「医師国家試験の改善と今後の方向」（医学教育，17巻2号，1986）が主なものであり、ことに後者は医師国家試験制度改善委員会委員、専門委員や厚生省当局等の執筆になるもので資料価値も高く、本白書においても随所に引用するところとなった。

国の医師国家試験制度改善委員会が昭和60年10月散会したあと、本学会は他の機関や団体とともに、国試のさらなる改善へ向けて、研究を通じて協力を続けるものである。

7. 医師国家試験の国際比較

医師国家試験制度改善委員会においても、改善の過程で西ドイツの Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) およびアメリカの National Board of Medical Examiners (NBME) について関係者による調査を行って現状の把握に努め、わが国の国試改善のための参考とした。

医師の資格認定をどのように行うかは、その国がどのような医師を必要とするか、その国の医療システムがどのようなものであるかによって異なり、そこには歴史的、文化的、経済的、社会的要因による影響が大きいことが指摘されている。

したがって、諸外国の医師資格認定制度はそのままわが国の国試には通用せず、21世紀へ向けてわが国の医学と医療の動向を見据え、諸外国のそ

れとの比較の上で参考にしつつ、改善の方向を索定していかねばならない。

8. 今後の改善のための検討課題

医師国家試験制度改善委員会の最終報告書にもあるように、国試が医師として具有すべき基本的な知識、技能を問う資格試験であるためには、卒前・卒後医学教育の動向を十分に踏まえつつ、時代の要請に応えうる適切な試験となるよう、今後も絶えず改善が図られなければならない。そのためには、昭和60年から実施した種々の改善の影響を体系的に評価できるようになった時点で、重ねて改善のための検討を行う必要がある。その際には、以下にあげた課題が検討されるべき項目に含まれる必要があるとされている。

1) 試験科目の検討

必須5科目と選定2科目のほか、臨床実地問題に選定全7科目から基本的内容が出題される現行の試験を、今後は基本的臨床知識、技能の重視の観点から、何を問うべきかを十分吟味することを前提として、出題科目を漸進的に全科目とすることも検討する必要がある。

基礎医学についても、医師として具有すべき基本的内容を試験すべきであるという意見もある。

2) 医師国家試験出題基準（ガイドライン）の検討

昭和64年（予定）の改訂へ向けて、当面、引き続き科目間の不均衡の是正を図るが、各科ごとでない重要な疾患別、臓器別あるいは系統別の各科統合的構成を採用できるかどうか、医師としての必要性和医育機関における教育の現状に十分配慮しつつ、さらに検討する必要がある。

3) 試験方法と試験問題の開発

多数の受験者の限られた日程での同時試験のためには、筆答による客観試験たらざるをえないであろうが、医師として具有すべき基本的な知識も単に想起レベルでなく、解釈レベル、さらに真に問題解決レベルの試験を拡大するようさらなる工夫を加える必要がある。

これら3レベルを問う問題それぞれの数の比率や試験時間数との関連も検討事項である。

試験委員の良問の作問能力のさらなる向上が期待される場所である。

また、医師として具有すべき基本的な技能の試験を行うには、シミュレーションを含む臨床の場での実地試験しかなく、筆答試験では技能についての知識しか評価できないことを認識し、国試でそれ以外の実地試験等を行えない現状から、技能については卒前医学教育における臨床実習の充実に委ねることを、医育機関へ申し送ることとせざるをえない。

また、医師としてふさわしい態度等の情意領域についても同じである。

客観試験問題の形式等については、昭和60年の改善の趣旨を踏まえたわかりやすい設問、解答のための技巧が入る余地の少ない作問の具体的方策を、試験方法の開発を含めてさらに検討することが望まれる。臨床実地問題には視覚素材のほか、心音などの聴覚素材の導入は困難であろうか。

4) 試験問題のプール制の改善

試験ごとに良問を新作することのほか、プール問題の改善、増加を図りつつ、全科目においてプール由来問題が出題できるようにする。臨床実地問題のプールには、視覚素材を含めての改変などの工夫を必要とする。将来は併せて試験問題数の増加、合否判定基準の検討を行うことを前提として、プール由来問題数の現行出題数の10%程度を見直し、その増減について検討する必要がある。

5) 試験問題数の増加と試験日程の検討

試験の信頼性を高めるために出題数の増加、問題解決レベルの問題の増加をはかるとすると、試験に要する時間、日数等の日程についても検討する必要がある。

6) 合否判定基準の検討

国試においては絶対基準（満点のほぼ60%以上を獲得した者を合格とする）を採用しているが、アメリカにおいては相対基準（他の受験者と比べてある割合以上の席次の者を合格とする）が採用されている。

しかしながら、合否判定基準の問題は試験の目的、内容、難易度、信頼性、客観性、プール問題の割合などと密接な関係を持つため、多角的かつ慎重な検討が必要である。医師国家試験制度改善委員会では、最低合格水準（MPL法、修正 Nedeisky法）、修正 Ebel法などの判定基準について検討し、合否判定基準を考える際考慮すべき要因

が明らかになったが、現在の基準をしいて変更する積極的な理由を見出せなかったとして、今後は合否判定基準と試験内容の改善をそれぞれ独立したのものとしてではなく、総合的視野に立った妥当な合否判定基準を索定することになっている。

7) 医師資格評価の複数化

現行の国試では、医療の現場に第一歩を踏み出す、すなわち適切な指導者のもとで臨床研修を行うに足る知識、技能を有するか否かを評価することを主眼としている。また、それによって得た医師資格は、生涯終生にわたり有効である。

生涯にわたる医師の教育、研修を適切に評価するという観点から、ある一定期間以上の臨床研修あるいは臨床経験後、独立して診療を行える能力があるか否かを改めて評価する、再試験による医師免許の更新の必要性の有無およびその実施内容、体制について検討する必要がある。

8) 試験結果の還元

現行国試においては、試験結果は合格発表というかたちでのみ公表されている。

今後、教育評価の観点からの結果の還元については、医科大学長（医学部長）に対するもののほか、正解、全体や個人の得点等の公表や通知が医学教育および社会に及ぼす影響を考慮し、慎重に検討されるべきである。

9) 受験回数制限

大学医学部を卒業後、相当期間臨床を離れている者が仮に合格しても、医師として十分活動できるかどうかの指摘があった。このため、卒業後相当年を経過した者についても、西ドイツでは3回に回数制限をしていることにかんがみ、今後とも無制限に受験を認めるかどうかを、慎重に検討する必要がある。

10) 試験結果発表の迅速化

合格発表の迅速化は、医師免許取得者が円滑に臨床研修を始められるためにも必要である。遅くとも5月の連休明けには合格発表がなされるよう、事務処理の合理化を図る必要がある。

11) 国試についての実施・研究体制の充実

国試改善を継続的に行うため、国試の実施体制およびそれを支える研究体制の充実に図り、試験の研究が試験の実施に反映されやすいシステムを確立する必要がある。

検討課題として、試験問題の質のモニタリング法、新たな問題形式の開発、プール問題の管理、試験業務の電算処理化などがあげられた。将来的には、継続的に国試の実施および研究を行うための常設機関（国試センター）の新設について考慮する必要がある。そのため、当面、アメリカ、西ドイツなどの国試実施・研究機関と連携を深め、情報の体系的収集を図る必要があるとされている。

ここにあげた今後の検討課題は、昭和60年10月医師国家試験制度改善委員会が散会するに際しての報告書に盛られた内容を骨子としたものである。

なお医師国家試験制度改善委員会のあとを受けて、昭和61年6月、国試の評価を行うための機関として、事後評価委員会を発展的に解消した医療関係者審議会医師部会の専門委員会（評価委員会）が発足した。