

医師国家試験^{*1}

堀 原 一^{*2}

はじめに

医師国家試験は医師法（昭和23年法律第201号）第10条の規定によって施行される。

医師国家試験について、「医学教育白書 1986 年版」¹⁾ が1982（昭和57）年から1986（昭和61）年までの白書を発表してから、この1990（平成2）年版までの間の変化は大きい。この間、文部省科学研究費補助金特定研究「21世紀へ向けての医学と医療」（代表研究者 森 亘）の第9班医師養成（班長 阿部正和）では、医師国家試験を研究テーマの一つに取上げ、その報告書を発表している²⁾。

なお、医師国家試験（以下、見出し以外は国試と略称する）に関する厚生省の主な資料については資料編に収録されているので、ここでは重複を避けてその他のものを引用するにとどめる。

1. 1989（平成元）年第83回医師国家試験からの改正

国試は回を重ねるごとに試験問題が改善されて来ており、1986（昭和61）年までの国試制度など試験問題以外の改正については、「医学教育白書 1986年版」¹⁾ に紹介したとおりである。

1985（昭和60）年の第79回から1988（昭和63）年の第82回国試までをわが国の医師国家試験制度第5期とすれば、1989（平成元）年の第83回国試から第6期に入ったといえることができる。それを

表1に示す。

第6期がそれまでと際立って異なっている点は、「医師国家試験出題基準（昭和64年版）」³⁾にみることができる。

その要点は次のようである。

1) 医学・医療総論として、医学総論には臨床的事項を理解するに必要な正常構造（解剖）と機能（生理、生化など）のほか、臨床各科に共通する総論として診察法（physical examination）などを出題することとし、医療総論には医師として身につけるべき社会的問題、例えば地域保健・医療、医療経済や医の倫理に関する問題などを出題することとしたこと。

2) 内科、外科、小児科の各論を統合し、医学各論としたこと。小児科には高齢者の内科、外科に特異性があるのと同様、小児の特異性を重視することはもちろんである。

3) 従来からの選定7科目の各論に関しては2科目を選定して出題することとし、試験問題数は従来のおよそ半分となったが、その他の5科目の各論の内容で必須科目に関係するもののうち重要で基本的な事項は、必須科目の一般問題および臨床実地問題のなかに適宜出題できるとしたこと。

4) したがって、一般問題および臨床実地問題とも、科目ごとの出題はせず、A問題（100問）とB問題（100問）は一般問題、C問題（20問）、D問題（50問）とE問題（50問）は臨床実地問題としたこと。したがって一般問題は200問となり、臨床実地問題は120問と増えた。

5) 問題数合計は320問であるが、A問題は第1日の午前9時30分から11時50分までの2時間20分、B問題は同12時40分から午後3時までの2時間20分、C問題は同午後3時30分から4時50分までの1時間20分、D問題は第2日の午前9時30分

^{*1} National Examination for Physicians' License.
キーワード：医師国家試験（国試）、国試出題基準（ガイドライン）、医学医療総論、国試事後評価、国試改善

^{*2} HORI, MOTOKAZU 筑波大学臨床医学系外科、日本医学教育学会医師国家試験検討委員会委員長

表 1 医師国家試験の変遷

第 回 年		第 1 期				第 2 期				第 3 期				第 4 期	第 5 期	第 6 期
		1 回	2 ～ 5 回	6 回	7 ～ 13 回	14 ～ 21 回	22 ～ 44 回	45 ～ 52 回	53 ～ 54 回	55 ～ 56 回	57 ～ 58 回	59 ～ 78 回	79 ～ 82 回	83 回 ～		
昭和21年		22 ～ 23	24	24 ～ 27	28 ～ 31	32 ～ 43	43 ～ 46	47	48	49	50 ～ 59	60 ～ 63	平成元年 ～			
試験科目		基礎医学				8 科 目				な し				医学・医療総論		
		臨床医学				11科目				4 科 目				5 科 目 (内・外・産婦・小・公衆衛生)		
		必 須				4 科 目				産婦各論						
		運 定				4科目				2 科 目		2 科 目 各 論 (内科系： 精・皮・放，外科系： 整・耳・泌・眼) ＋それ以外の科目につ いては基本的事項				
試験内容		臨床実地問題				な し				20	60	80 (※印を含む)	120問			
		科 目		17科目		19科目		8科目		6科目		7 科 目		全 科		
				39	38	49	51	20	16	15	160	170	190		260	320問
		計		全 問		選 択		全 問								
		解 答		全 問		全 問		全 問								
試験方式		筆 答		論 述 式		全 問		な し		な し						
		客 観 式		な し		全 問		全 問								
		実地(口頭)試験		な し	あ り	な し		な し								
年間実施回数		筆 答 3 日				春 秋 2 回				春 1 回		筆 答 2 日				
1 回の試験日数		筆 答 1 日及び口頭試験 2 ～ 4 日				筆 答 1.5 日				筆 答 2 日						

から12時までの2時間30分、E問題は同午後1時20分から3時50分までの2時間30分の、合計2日間で11時間となった。

これは、一般問題については1問題当たり平均80秒程度、臨床実地問題については1問題当たり平均180～240秒程度の解答時間となっている。

あとは従来と特に変わったものではないが、重要な事項として次のことがある。

6) 試験問題は臨床上必要な医学または公衆衛生に関し、医師として具有すべき知識、技能について広く一般的実力を試し得るものとする。

なお、出身校や教科書によって解答に差を来すような問題は避けること。

7) プール問題からの出題数は、全出題数（選定科目は除く）の概ね10%とする。

8) 試験問題は客観式五肢択一形式とし、1問題ごとの要解答数は1個とすること、選択肢の形式は4種類の何れかとすることは、従来と同じとした。

9) 試験期日は従来と同じく4月第1土曜日と日曜日の2日間とし、合格発表は5月中旬とした。

2. 医師国家試験出題基準（昭和64年版） の主旨について

厚生省は国試改善のために医師国家試験出題基準（ガイドライン）を4年ごとに改定して来たが、昭和64年版を第6期に合わせて大幅な改定とすべく、昭和62年10月から準備調整に入り、中間案を昭和63年2月に全国大学医学部に送って意見を徴し、慎重にことを運んで昭和63年6月に改定版を発表した。

これに先立ち、医療関係者審議会医師部会（部会長 前川 正）はコメントを発表し、大筋で賛意を表したが、昭和64年（実際には平成元年）春の国試においては、卒前医学教育の現状を踏まえ、受験生に混乱を起こさないよう、それ以後漸次改善の実をあげながら、関係機関の意見を十分求めた上で、昭和68年（実際には平成5年）のガイドライン改定を目指すこととした。

本ガイドラインの序文で厚生省仲村英一健康政策局長（当時）は、次のように書いている。

わが国の医師国家試験は、昭和21年に第1回が

実施され、以来数次にわたる改善を経て現在にいたっている。

昭和57年11月に発足した医師国家試験制度改善委員会においては医師国家試験制度のあり方が幅広く検討されたが、その検討結果に基づき、昭和60年の医師国家試験から提言の一部が実施された。医師国家試験において、重要な位置を占める医師国家試験出題基準（ガイドライン）についても、改善の一環として改定が行われ、その際概ね4年ごとに改定を図っていくことが確認された。

今回の昭和64年版では、前回の制度改善委員会の提言の趣旨を徹底することを目的とし、更にこれまでに各方面からの種々の提言や意見を参考にして、改定が行われた。

改定にあたっては、医師国家試験は医師として医療に第一歩を踏み出しその任務を果たすのに必要な基本的知識・技能を評価するものであるという観点に立ち、委員の間で改定方針・形式の統一をはかりながら作業が進められた。内容的には、最近の医学の進歩を取り入れ、プライマリ・ケアに関する事項を重視し、高齢化社会の到来などの医療を取り巻く社会環境の変化に医師が対応できるように配慮して作成された。構成としては、基本的臨床知識・技能をより重視し、社会的問題にも配慮した内容とするため各科の総論部分を統合した医学・医療総論を導入するとともに、次回昭和68年（実際には平成5年）版の改定の際に各科目間の枠の撤廃を予定しつつ、今回、内科、外科、小児科の各論が統合された。

もとより、医師国家試験出題基準は、国家試験委員が問題作成にあたって準拠すべき基準を示し、医師国家試験問題の範囲とレベルをそれぞれ妥当なものにしようとするものであって、各科の教育内容のすべてを網羅したものではなく、またいかなる意味においても卒前教育の内容や現実の診療内容を拘束するものではないが、医師が医療に第一歩を踏み出すにあたって必要な事項を概ね示すように努力を払ったつもりである。

今回の改定を、引き続き昭和68年（実際には平成5年）の改定につながるものとして評価していただけるなら幸いである。

今回の改定は、医師国家試験出題基準検討委員会の諸先生の大変な御尽力と、医育機関アンケー

トにおける93.7%という高回答率に示される、各
医育機関の積極的な御協力があって初めて可能と
なったものである。関係の皆様にも真摯なる謝意を
表する次第である。

この昭和64年版ガイドラインは医学・医療総論
についても、また医学各論に小児科を内科と外科
と一しょに統合したことについても、小児科側から
多少の反対などもあったが、昭和64年（実際は
平成元年）の第83回国試から実施されることと
なり、結果は良好であったといっていよい。

3. 具体的な現行の医師国家試験出題基準に ついて

昭和63年4月の医師国家試験出題基準検討委員
会（委員長 高久史磨）の報告書は「はじめに」
として、次のように書いている。

社会構造や国民生活の変化と医学の進歩にとも
ない、国民の医療に対する期待の内容も変化して
いる。このような時代の要請に応え、医師の養成
に寄与するため、医師国家試験は常に改善を図
っていく必要がある。

こうした視点から、昭和58年5月に医師国家試
験の改善方針が医師国家試験制度改善委員会によ
って取りまとめられ、昭和60年の医師国家試験か
らその一部が実施された。

今回の改善では、前回の改善の提言の趣旨を徹
底することを目的とし、更にこれまでに受けた各
方面からの種々の提言や意見を参考にして、医師
国家試験出題基準（ガイドライン）の改定を行っ
た。

当委員会は、医療関係者審議会医師部会の諮問
を受け、昭和62年10月に第1回の調整委員会を開
催し、各科別に検討委員会を設けて、以来、69人
の検討委員により延べ40回にわたる検討を行って
きたが、今回、成案を得たので報告する。改定作
業にあたっては、医師国家試験は医師として医療
に第一歩を踏み出しその任務を果たすのに必要な
基本的知識・技能を評価するものであるという観
点に立ち、具体的には委員の間で改定方針、形式
の統一を図るために、新たに作成した医師国家試
験出題基準改定マニュアルに基づき作業を進めて
きた。内容的には、最近の医学の進歩を取り入
れ、プライマリ・ケアに関する事項を重視し、高

齢化社会の到来などの医療を取り巻く社会環境の
変化に医師が対応できるように配慮して、次の諸
点を中心にガイドラインの改定案を策定した。

この新ガイドラインに基づく医師国家試験は昭
和64年から実施するのが適当であると思われる。
なお、本案は原案の段階でアンケートにより医育
機関からの意見を聴取した上で決定したものであ
る。

昭和64年版ガイドラインの具体的な内容は、同
委員会によれば次のようである。

1) 医師国家試験は、医師法の「臨床上必要な
医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべ
き知識及び技能について、これを行う」との規定
に基づき実施されている。同じく医師法に、「医
師は免許を受けた後も2年以上臨床研修を行うよ
う務めるものとする」とされていることから、こ
こでいう「医師として具有すべき知識及び技能」
とは、「医療に第一歩を踏み出し、その任務を果
たすのに必要な基本的知識及び技能」であると考
えられる。

2) このような、医師国家試験の趣旨に照ら
し、試験は「妥当な範囲」と「適切なレベル」を
保つことが要請されている。医師国家試験出題基
準は、医師国家試験委員が適切な問題を作成する
ために準拠する基準を項目として整理したもので
ある。ここでいう「準拠する基準」とは、毎回の
出題が大筋においてこの基準に照らして出題され
ることを意味している。

3) 医師国家試験出題基準は、医師国家試験科
目の内科、外科、産婦人科、小児科、公衆衛生、
精神科、皮膚科、放射線科、整形外科、耳鼻咽喉
科、泌尿器科及び眼科の12科目を医学・医療総論
と各科の各論に分け、それぞれに大・中・小項目
を設けているが、各科が現実に行っている教育・
診療内容のすべてを網羅しているものではない。
あくまでも医師国家試験問題作成のためのもので
ある。

4) 医師国家試験出題基準は、時代の変化に対
応するため、ほぼ4年ごとに見直しを行っている
が、今回は昭和60年の医師国家試験制度改善委員
会の提言の趣旨を徹底し、更にこれまで受けた各
方面からの種々の意見を参考にして改定を行うこ
ととした。今回の改定にあたっては、次の5点に

留意した。(1) 基本的臨床知識・技能をより重視し、社会的問題にも配慮した内容とするため各科目の総論部分を統合した医学・医療総論を導入した。(2) 昭和68年(実際には平成5年)の次回改定の際に各科目間の枠の撤廃を行うことができるように、今回は内科、外科、小児科の各論を統合した。(3) 科目間の調整を十分に行い、特に中項目、小項目の内容について統一を図った。(4) 選定科目の出題範囲としてガイドラインに示された事項のうち、必須科目の一般問題及び臨床実地問題に出題できる項目を厳選した。(5) 試験委員会等での使用の便宜も考慮し、邦文・欧文索引などを充実した。

5) 医科大学(医学部)における医学教育は、大学の自主性に基いて実施されているが、医科大学(医学部)卒業後、医師国家試験に合格すれば医師となるのであるから、医師の任務を果たすのに必要な内容は医学教育に包含されている。一方ガイドラインは、医師として医療の場に第一歩を踏み出す際、少なくとも具有している基本的知識、技能を項目により具体的に示し、出題委員が準拠すべきことを出題基準としたものである。これは、卒前教育のすべてを網羅しているものではなく、また、卒前教育のあり方及び内容をいかなる形で拘束するものではないが、当然のこととして医師の任務を果たすのに必要な事項を示すものである。

6) 今回の医師国家試験出題基準は、医育機関の意見を踏まえ慎重に作成したもので、「利用にあたっての留意事項」に従い改定の趣旨に沿った利用を望むものである。

4. 医師国家試験出題基準の利用にあたっての留意事項

本来これは出題にあたって試験委員のためのガイドラインであり、大学医学部における卒前医学教育のガイドラインでもなく、ましてや医学生の学習指針でもないというのが主旨であった。しかし、とくに昭和64年版が発表されるや、大幅の改定でもあってこれに準拠した教科書が出版されたり、大学医学部でカリキュラムが改定されたりしたのも事実である。

厚生省のガイドラインの利用にあたっての留意

事項は、次のとおりである。

全体としては、従来の臨床各科の総論部分を統合した医学・医療総論と、臨床各科の疾病、治療などからなる各論で構成されている。

1) 医学・医療総論は、医学・医療に関する基本的な総論であり、大・中・小項目の形式からなっている。大項目は中項目を総括する見出し的なものであり、小項目は中項目の内容で留意すべき事項、用語である。

2) 臨床各科の各論については現行の大・中・小項目の形式を踏襲する。

大項目

臨床各科の各論を構成する大項目は、従来どおり中項目を総括する見出し的なものとする。

中項目、小項目

(ア) 臨床各科の各論の治療・保健管理部分以外の中項目は原則として疾患名、症候群名を掲げるものとし、小項目の内容としては、とくに下記のa～nについて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する。

a 定義(概念等), b 病因(原因等), c 疫学, d 病理, e 病態生理(生化学等), f 分類(種類等), g 症候(症状, 徴候等), h 検査, i 診断(鑑別診断), j 合併症, k 治療(処置, 管理等), l 予後, m 予防, n 社会医学的事項

ただし、臨床各科の各論の治療、保健管理部分、公衆衛生各論、放射線科各論、精神科各論Ⅱいわゆる内因性精神病の大・中・小項目については、医学・医療総論の大・中・小項目の構成と同じとする。

(イ) 小項目は中項目の疾患名、症候群名のうち、より詳細な知識を要求する場合に設けられる。更に留意事項がある場合には、括弧書きで例のように記載される。

(例)

中項目	小項目
A 心房中隔欠損	f 分類 k 治療 (手術適応, 手術術式)

3) 大・中・小項目で求める知識の内容は、いずれも医師になるにあたって具有すべき基本的なもので、学部教育の対象とされているものであ

表 2 試験委員の数の変遷

昭和60年第79回前		昭和60年第79回～昭和63年第82回		平成元年第83回以降	
一般問題	名		名		名
内 科	8	内 科	18	医学・医療総論	10
外 科	7	外 科	12	内 科	18
産婦人科	5	産婦人科	7	外 科	12
小児科	3	小児科	7	産婦人科	7
公衆衛生	4	公衆衛生	5	小児科	7
内科系選定科目	9	内科系選定科目	15	公衆衛生	6
外科系選定科目	12	外科系選定科目	20	内科系選定科目	10
小 計	48			外科系選定科目	12
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		82

注) 試験委員長および副委員長は除く。

る。従って、専門医に求めるような詳細かつ専門的知識、内容ではない。

4) 医学・医療総論のⅧ予防と健康増進・管理、Ⅸ医療総論については、内容の多くが従来の公衆衛生からまとめられたものである。また、臨床各科の各論の小項目の「n社会医学的事項」は、公衆衛生学的な面から医療を取り巻く社会的問題と医学とは不可分であるという観点から、新たに設けたものである。

また、医学各論(内科・外科・小児科)の構成については、将来、すべての臨床各科の枠の撤廃を目指したものであって、中項目にある疾病等については、当然のことながらその内容も年齢、性によって大きく異なるものであり、内科的、外科的、小児科的なそれぞれの視点に立って医師国家試験に出題されるものである。

5) 「※印」は精神科、皮膚科、放射線科、整形外科、耳鼻咽喉科、泌尿器科及び眼科の各論の中で内科、外科、産婦人科、小児科および公衆衛生と重複する項目の他、とくに重要と思われる項目を中心に付した。これらの項目は、一般問題、臨床実地問題として随時出題することができる。

6) 「○○○参照」を明示して全体的バランス

と各部分の関連をより明確にしてある。

用語や構成については、臨床各科等で慣習的な形式や用語等の用い方があったが、それらを配慮しつつ、統一・併記等を行い、全体的バランスが取れるようにできうるかぎりの配慮がしてある。

7) 「索引」には、「邦文索引」および「欧文索引」を設け、用語の統一などの使用上の便宜を図っている。

5. 医師国家試験の試験委員と出題

第79回から必須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35名となり、合計84名となった。

平成元年第83回からは医学・医療総論に10名が新たに加わり、公衆衛生に6名、内科系選定科目に10名、外科系選定科目に12名と、合計82名(以上いずれも試験委員長および副委員長を除く)となった(表2)。

試験委員は全国大学医学部教員がもっとも多く、臨床研修指定病院と日本医師会から若干名が、氏名を公表され、それぞれ公平に2年の任期

表 3 平成元年第83回国試と平成2年第84回国試の新卒・既卒別受験者数、合格者数と合格率の比較

	受験者数(人)			合格者数(人)			不合格者数(人)			合格率(%)		
	新 卒	既 卒	計	新 卒	既 卒	計	新 卒	既 卒	計	新卒	既卒	計
平成元年 第83回	8,202	1,835	10,037	7,489	1,340	8,829	713	495	1,208	91.3	73.0	88.0
平成2年 第84回	8,287	1,201	9,488	7,237	625	7,862	1,050	576	1,626	87.3	52.0	82.9

表 4 平成2年第84回国試の大学別、新卒・既卒別受験者数、合格者数と合格率

大学等	新 卒			既 卒			総 数		
	受験者数	合格者数	合格率	受験者数	合格者数	合格率	受験者数	合格者数	合格率
国 立(防衛医科大学 校を含む43校)	4,609 ^人	4,151 ^人	90.1 [%]	459 ^人	273 ^人	59.5 [%]	5,068 ^人	4,424 ^人	87.3 [%]
公 立(8校)	666	606	91.0	59	37	62.7	725	643	88.7
私 立(29校)	2,996	2,472	82.5	658	309	47.0	3,654	2,781	76.1
その他(認定・予備等)	16	8	50.0	25	6	24.0	41	14	34.1
合 計	8,287	7,237	87.3	1,201	625	52.0	9,488	7,862	82.9

で任命されており、いわゆる半舷上陸方式で交代している。試験委員長は前年の副委員長が任命される習わしがある。

試験委員は共通の認識をもって出題にあたるとともに、より良質の試験問題を作成するため、出題打ち合わせ会として、2日間のワークショップが昭和60年第79回国試から実施されてきている。

試験委員により出題数を大きく上回る数作成された試験問題から、出題の範囲とレベルが検討されて、試験委員長が副委員長および科目幹事(副幹事)委員と協議し、最終的な試験問題が決定される。このとき、基本的で良質のプール問題が修正も含めて検討され、新作問題と相互補完的に混入される。

6. 1991(平成3)年の受験資格と第84回医師国家試験の受験者数

平成2年8月1日付官報で公示された、1991(平成3)年第85回国試の受験資格は次のようであった。なお受験資格はこのところ例年変わっていない。

1) 学校教育法(昭和22年法律第26号)に基づく大学において、医学の正規の課程を修めて卒業した者(平成3年3月31日までに卒業する見込み

の者を含む。)

2) 医師国家試験予備試験に合格した者で、合格した後1年以上の診療及び公衆衛生に関する実地修練を経たもの(平成3年3月31日までに実地修練を終える見込みの者を含む。)

3) 外国の医学校を卒業し、又は外国で医師免許を得た者で、厚生大臣が(1)又は(2)に掲げる者と同以上の学力及び技能を有し、かつ、適当と認定したもの

4) 沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令(昭和47年政令第108号)第17条第1項の規定により、医師法の規定による医師免許を受けたものとみなされる者のうち、厚生大臣が認定したもの

近年、1)項に該当する者以外の受験者数は少なく、2)、3)、4)項に該当する認定・予備の者の数については、平成2年第84回国試の場合、合計受験者数9,488名中(1)項に該当する者が9,447名(99.6%)で、その他の者は41名(0.4%)であった。

7. 合格者数と合格率の変遷と内訳

1989(平成元)年第83回国試と1990(平成2)年第84回国試の受験者数、合格者数と合格率は、

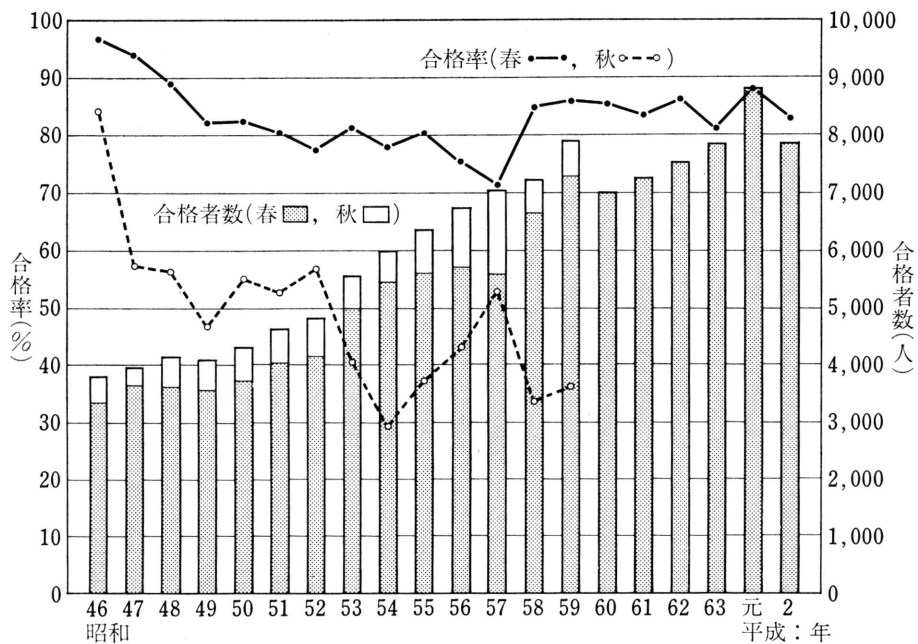


図 昭和46年第51回国試から平成2年第84回国試までの合格者数と合格率の変遷

表 5 平成2年第84回国試の受験可能の回数別
受験者数、合格者数と合格率

受験可能回数		卒業年次	受験者数	合格者数	合格率
新卒		年月 年月 H元.4～H 2.3	人	人	%
1			8,287	7,237	87.3
その他	2	S 63.4～H.元3	724	498	68.8
	3	S 62.4～S 63.3	170	73	42.9
	4	S 61.4～S 62.3	82	21	25.6
	5	S 60.4～S 61.3	48	13	27.1
	6～9	S 58.4～S 60.3	68	12	17.6
	10以上	S 58.3以前	109	8	7.3
計			1,201	625	52.0
総 数			9,488	7,862	82.9

表 3 のようであった。

1990 (平成 2) 年の大学別合格状況を国公立別、新卒・既卒受験者別で示したのが表 4 である。

同年の受験可能回数別の合格状況は表 5 のようであった。

また、1971 (昭和 46) 年第 51 回国試から 1990 (平成 2) 年第 84 回国試まで、20 年間 34 回の合格者数と合格率の変遷は図のようであった。1946 (昭和 21) 年の第 1 回国試から 1990 (平成 2) 年

の第 84 回国試までの受験者数累計は 263,253 人、合格者数累計は 217,143 人で、合格率は 82.5% とする。

8. 医師国家試験の医師養成へ及ぼす影響

特定研究「21世紀へ向けての医学と医療」第 9 班医師養成 (班長 阿部正和) および日本医学教育学会学部教育委員会 (委員長 堀 原一) が 1982, 1983 (昭和 57, 58) 年度に行った「医師国家試験の医学教育への影響に関する研究」によれば、次のようであった。

医師国家試験が大学における卒前医学教育に及ぼしている影響には大きなものがあるとは、かねてから予想されていたところであった。わが国の医学教育の改善のために、その実態をいろいろの角度からとらえ、その結果をフィードバックするべく、全国の 80 大学医学部と 183 臨床研修指定病院の教員、指導医のほか、学生と研修医にも依頼して広範なアンケート調査を行い、少数の例外を除く全国の機関からの回答により得た結果は、

1) 国試が卒前医学教育全般に与える影響は大きく、これを国試の光 (よい影響) と影 (好ましくない影響) に分けると、一般には影の方が意外

と大きく目立つという結果であった。

大学では、ことに新設私立の助教授・講師がそれをもっとも重大視し、ついで同5年学生、同教授、旧設私立6年学生、新設国立5年学生、公立5年学生、旧設私立教授の順に続くが、その受け取り方の程度がもっとも弱いのは旧設国立の教授であり、他と対照的で、深刻には受けとめていないことがうかがわれた。

臨床研修指定病院では、10年以上の指導医が新設国立大学教授と同程度に、このことを重大に考えていることがわかった。

2) これらのことは、別途自由意見の形でも、回答者から異口同音に訴えられており、大学の国試予備校化、学内試験の国試模擬試験化、臨床実習重視は名ばかりになりかねない知識偏重、それも断片的知識を身につけるための詰め込み講義、選定7科目、とくに非出題科目の軽視、国試でカバーすることができなくなっている技能領域、情意領域は得点につながらないため、卒前医学教育から除外されかねない傾向などが国試の影として、高学年学生からも等しく憂えられていた。

3) 旧設国立大学では、このような学生、国試体験者である研修医や研修指導医の指摘がある現実にもかかわらず、国試の影を軽視する傾向がある。とくに教授はこのようなことに対する受容性が乏しいようで、敏感に反応することを潔しとしないようにみえた。

これに反し、国立でも新設大学では教授もある程度よく反応しておられ、問題を重視してその解決に向かう姿勢が示された。

4) 公立大学には新設校はないが、その教員からの意見はおしなべて旧設国立と新設国立の中間に位置していた。一部では旧設国立よりも保守的なところがあった。

5) 私立大学では、旧設でも国公立よりも国試の影響を重く受けとめ、問題を抱えつつ解決への動向を模索している様子を読みとれた。私立ではとくに新設で本音がそのまま随所に出され、教員も学生もよくない影響の現実を認めつつも、国試への対策がやむをえず進められていることが示された。

6) いろいろの国試対策の実態が明らかになったが、新設私立でもっとも濃厚に行われ、旧設国

立がもっとも稀薄であるようにみえるが、ここでも学生が腐心している国試対策の実態の認識は旧設国立の教授がもっとも少なく、新設私立の教授はなかでも実態をもっともよく把握しているようであった。

7) このような結果は、大学ごとの国試合格率と無関係ではないようにみえたが、相関や大学間の比較については検討をさし控えた。

8) 一般教育、基礎医学教育への影響は軽微で、臨床医学の知識詰め込み、臨床実習の軽視ほどではないとみられていることがわかった。基礎医学・社会医学系教員がさほど憂えていないのは、影響が大きくないためか、影響されないという自信があることなのか、理由は分析しえなかった。

9) このような好ましくない影響が目立つ一方で、国試が、医学生の知識の一定レベルを保つのに役立っているという意見、また、たとえ国試対策であっても、学生同志が切磋琢磨するグループ勉強会の習慣などの副産物を評価する意見もあった。しかし、好ましい影響は好ましくない影響に比べれば少なく、好ましいはずの影響も教員に十分は認識されていないようであった。

10) この調査研究の本来の目的は、国試批判や国試への提言を行うことではなかったが、国試と医学教育が車の両輪のごとく密接な相互関係にあるといわざるをえない現状では、卒前医学教育のあり方からみると、必然的に国試のあり方にも立ち入らざるをえないことになった。

この研究で、国試が卒前医学教育に投げかけている光と影のあらましが明らかになったが、光をさらに強め、影をできるだけ弱めることにより、21世紀へ向けての医学教育を改善するために、次の提言を行った。

1) 国試の目標が卒前・卒後医学教育の目標と同じになるように、歩調を合わせて改善する必要がある。そのため、別途発足した厚生省の医師国家試験制度改善委員会の活動もこの線に沿ったものであってほしいし、それを支持し協力しつつその方向を見守りたい。

2) 大学医学部教授をはじめ、医学教育の任にある者の医学教育のあり方に関する認識が、さらに高められることが強く望まれる。また、国試委

員などとして国試に責任ある立場の人たちには、望ましい国試の出題や制度の改善のための研鑽と教育的配慮が要望される。実際はこれら両者は同一人であることが多いが、双方の立場の間で自家撞着を起こさないよう、十分留意される必要がある。

3) 国試が医学教育に及ぼしているよくない影響については、関係者は対症療法的対策に満足することなく、根治療法的努力を続けることにより、悪循環を断つ勇気を持たねばならず、わけでも管理職者や指導者の英断とリーダーシップが必要とされる。

この報告が、わが国の医学教育の改善に役立つよう、広く利用されることを希望して報告書を結んだが、その後この報告書は医師国家試験の改善にも影響力を持ったようである。

9. 文部省医学教育の改善に関する調査研究協力者会議の医師国家試験の改善への提案

1987(昭和62)年9月に最終まとめを発表した上記協力者会議(主査 阿部正和)⁴⁾は、そのなかで医師国家試験の改善を文部省側から重要事項として取り上げ、厚生省側の国試に次のように提案を行ったのは意義深い。

医師国家試験のあり方については、大学の医学教育に大きな影響を及ぼしていることから、関係者の間にさまざまな意見がある。臨床能力の評価を行う実地試験がないことや、基礎医学に関する問題が独自に出題されていないために、教員や学生の関心がどうしても偏ったものになりがちである。また、改善がなされたものの、なおあまりにも専門的な問題が散見されるとの指摘もある。

なお、医師国家試験は医学教育の成果の全てを評価するものではないことを認識し、大学が国家試験を目的として教育を行ったり、教育の評価を国家試験に委ねるなど、自らの責任を放棄するようなことがあってはならない。

従来から国家試験の改善については、厚生省の医師国家試験制度改善委員会等で努力されてきているところであるが、ここでは、医学教育改善の視点から、さらなる改善が必要だと思われる点について以下に提案する。

1) 国家試験は医師としての基本的知識及び能

力を評価することを目的とするものであることから、基礎医学をより一層反映させるとともに、現行の選択科目制の見直しや、プライマリ・ケアに配慮した試験内容などを検討する必要がある。

2) 全体にわたって、卒前教育を十分に修めていれば適切に答えられるような問題を作成するとともに、すでに導入されつつある問題解決型の思考過程を重視する問題を増していく必要がある。その場合、記憶力だけに依存することのないよう、考えて答える時間的余裕をもたせることを検討する必要がある。

3) 医学の診断・治療にあっては、正解はかならずしも一つとは限らない場合があるから、そのことを考慮して、出題にあたっての工夫をする必要がある。また、受験者が今後、より良い学習を進める上で、また、長い目で見ても、より良い問題を作成するために、正解を公表することについての検討も望まれる。

4) 臨床能力を実地で評価することは様々な困難があるが、より多角的な評価を行う第一歩として、コンピュータを利用したシミュレーションの活用などを検討することが望まれる。

10. 1990(平成2)年設置の医師国家試験改善検討委員会について

厚生省健康政策局によれば、1990(平成2)年3月に設置した医師国家試験改善検討委員会は、次のようである。

1) 設置の経緯

医師国家試験については、定期的に出題基準の見直しを行い、医学の進歩を取り入れ、かつ医療を取り巻く社会環境の変化に医師として対応して、医療を行うのに必要な基本的な知識・技能を具備していると評価できるものであるよう改善に努めている。次回の出題基準の改定による試験は平成5年からであるが、出題基準改定の具体的な検討に先立ち、今後の医師国家試験のあり方などについて幅広い検討を行う旨医療関係者審議会医師部会においても指摘があり、医師国家試験改善検討委員会の設置を行うものである。

2) 検討項目

(1) 試験実施時期

(2) 受験回数制限

(3) 問題形式・合否基準・試験結果の還元

(4) 出題基準

(5) 試験回数回制

(6) その他

3) 改善検討委員会

(1) 委員長 高久史麿（国立病院医療センター
院長）

委 員 阿部正和（東京慈恵会医科大学
長）

井形昭弘（鹿児島大学長）

植村恭夫（慶応義塾大学医学部教
授）

尾形悦郎（東京大学医学部附属病
院分院長）

辻井 正（奈良県立医科大学附属
病院長）

吉崎正義（環境衛生金融公庫理
事）

三島済一（日本医師会副会長）

坂元弘直（文部省高等教育局長）

(2) 小委員会の設置

改善検討委員会の下に個別の事項を専門的に
検討するための検討小委員を設ける。

①試験実施時期（平成2年前半）

小委員長 植村恭夫（慶応義塾大学医学部教
授）

委 員 荒木淑郎（熊本大学医学部教授）

織田敏次（日本赤十字社医療セン
ター院長）

川崎明德（川崎学園理事長）

西園昌久（福岡大学医学部教授）

藤田哲也（京都府立医科大学長）

吉永 馨（東北大学医学部教授）

②問題形式・合否基準（平成2年後半）

③出題基準，試験回数回制等（平成3年）

④その他

このうち，2)検討項目の内容は次のとおりとし
た。なお小委員会が個別の項目を検討するために
順次設置され，1993（平成5）年に予定される医
師国家試験出題基準の改定に合せて，できる項目
から検討していくとしている。

(1) 試験実施時期

医師の社会進出が新年度に円滑に開始されるよ

う，従来の試験実施時期（4月上旬）および合格
発表時期（5月中旬）をくり上げる方策について
検討する。

(2) 受験回数制限

適格な医師の確保と医学生，適性に欠ける卒業
生の進路変更のため，受験回数等受験資格要件に
一定の制限を設ける。なお，憲法上の問題を含む
ため，司法試験の改善の動向に留意しつつ検討を
行う。

(3) 問題形式・合否基準・試験結果の還元

現行の五肢択一法には，様々の欠陥が指摘され
ており，他方難問，奇問の減少により国家試験の
難易度は低くなっている。

問題形式の改良法やこれに伴う合否判定基準に
ついて検討する。

試験結果の還元は，医学教育への還元や受験生
個人の實力評価をも配慮して検討する。

(4) 出題基準

平成3年度に設置が予定されている国家試験出
題基準検討委員会の前提として，既に医師部会で
決定されている医学各論の科目間の枠撤廃，卒前
臨床実習の充実，新しい分野への医療の広がり
に対応した出題基準改定の基本方針を検討する。

(5) 試験回数回制

卒前教育の的確な評価と適切な臨床実習，医師
としての適性評価，進路指導などのため，アメリカ，
ドイツ等で採用されている医師試験の複数段階評
価の実施について，長期的観点から検討を行う。

11. 日本医学教育学会医師国家試験検討委員会 による1993（平成5）年改定の医師国家試 験出題基準への提言

厚生省が1991（平成3）年に予定している検討
小委員会での検討に先立ち，日本医学教育学会
では1989（平成元）年8月12，13日にワークショ
ップを開催し，次回改定の医師国家試験出題基準
（ガイドライン）への日本医学教育学会の検討と
提言を行った。

ワークショップ出席者は浜田 宏，原田研介，
橋本信也，畑尾正彦，堀 原一，中川米造，斎藤
泰一，鈴木淳一，高久史麿，田中 勸（ABC順）
であり，座長は堀 原一が，まとめは鈴木淳一が
相当した。

次にその提言を示す。

(1) 目的

昭和64年版出題基準(ガイドライン)では、前川 正(当時および現医療関係者審議会医師部会長)と高久史磨(当時医師国家試験出題基準検討委員長)両氏の努力により、それ以前とは著しく異なった内容が打ちだされた。その方針、方向は次のようにまとめられている。

(1) 基本的臨床知識・技能をより重視し、社会的問題にも配慮した内容とするため、各科の総論部分を統合した医学・医療総論を導入した。

(2) 平成5年の次回改定の際に各科目間の枠の撤廃を行うことができるように、昭和64年版では内科、外科、小児科の各論を統合した。

(3) 科目間の調整を十分に行い、とくに中項目、小項目の内容について統一を図った。

(4) 選定科目の出題範囲としてガイドラインに示された事項のうち、必須科目の一般問題および臨床実地問題に出題できる項目を厳選した。

(5) 試験委員会等での使用の便宜も考慮し、邦文・欧文索引などを充実した。

1993(平成5)年にガイドライン改定が計画されており、昭和64年版にとりかかった方向をさらに推し進めることが、同ガイドラインの冒頭に次のように示されている。

(1) 試験問題数は従来通り320題とするが、従来の一般問題240題、臨床実地問題80題を一般問題200題、臨床実地問題120題とする。

(2) 医学・医療総論からの出題を重視し、医学・医療総論に関しては、選定7科目も含めて全科目から出題する。

なお、医学・医療総論の「I 正常構造と機能」に関しては、臨床的事項を理解するのに必要な内容に限って出題する。

(3) 選定7科目の各論に関しては、2科目を選定して出題することとし、試験問題数はおよそ従来の半分とする。

(4) 必須5科目の試験問題数は、医学・医療総論と各論を合せておよそ従来と同じである。

この方向への改定は、主旨徹底に多少の時間を要するにしても、大方の賛同を得られているものと思われ、また、日本医学教育学会医師国家試験検討委員会もこれを支持する立場にある。

日本医学教育学会としては、1993(平成5)年に予定されている次の改定に備えて、医学教育の自由な立場で意見をとりまとめ、厚生省に対して意見具申を行うことにした。1989(平成元)年6月の日本医学教育学会運営委員会において、医師国家試験検討委員会のなかにワーキンググループを組織し、できれば年度内に具申の大綱をとりまとめる計画とし、同年8月12・13の両日にまたがって、1泊2日のワークショップを行ったのである。

(2) 国試ガイドライン改定への提言

(1) 仲村英一厚生省健康政策局長の昭和64年版ガイドラインの序文によると、「医師国家試験出題基準は、国家試験委員が問題作成にあたって準拠すべき基準を示し、医師国家試験問題の範囲とレベルをそれぞれ妥当なものにしようとするものであって、各科の教育内容のすべてを網羅したものではなく、またいかなる意味においても卒前教育の内容や現実の診療内容を拘束するものではないが、医師が医療に第一歩を踏み出すにあたって必要な事項を概ね示すように努力を払ったつもりである」と記されている。この建前は正しいとしても、それは必ずしもそのまま現実を受けとられているとはいいがたく、学生や大学の対応により卒前教育に影響を与えることは必至であると思われる。すなわち、次版のガイドラインには、これが単なる国試ガイドラインに止まらず、卒前教育に良い影響を与えるよう十分な配慮が望まれる。

(2) 現行の国試は、問題解決型問題を大幅にとり入れるにしても、あくまで知識に関する試験に止まるので、それ以外の領域、すなわち、学生の技能と態度に関する医師になるための準備状態について言及し、内容を具体的に指摘する必要がある。

医師になるための知識修得以外に、卒前教育のレベルでの技能と、特に態度に関する訓練の重要性が強く認識されている現状に鑑みて、国試にこれらを盛り込むことが望まれる。例えば、「卒前レベルにおける診断能力のテスト」の可能性などについて検討されたい。

(3) 国試において、出題を各科別に行わない方針が昭和64年版に示されたが、次の国試出題基準ではさらにこれを推し進め、科別の撤廃を内科、

外科，小児科間に止めず全科目に及ぼすことが望ましい。

各科別は，内科，外科のように治療手段による区別によるもの，眼科，耳鼻咽喉科のように器官別によるもの，放射線科，公衆衛生のように各科を横断するものなどいろいろで，「科別の撤廃に代わる統合の基準」が必要と考える。これについては種々の討論がされたが，いわゆるプライマリ・ケアのレベルと範囲を卒前教育に適合させることが望ましいとの意見が小さくないことはよく知られている。

(4) 昭和64年版の国試出題基準には「総論」が大きく取り込まれた。次の改定版ではこれをさらに拡大充実する方向が望ましい。「総論」のなかに各科共通ないし各科横断的な科目，すなわち放射線科，公衆衛生の大部分，産科，小児科，老人科（高齢医学）などの一部が含まれると考えられる。

(5) 各科の大部分は，昭和64年版に内科，外科，小児科を統合したとされているⅠ～Ⅲおよび1～2新設項目のなかに取り込まれることになる。

この際，全科について同一の原理原則によって統一的に項目を採用することにより，各科間の不揃いを改めることが特に望まれる。各論においては，さらに各科の重要疾患・高頻度疾患など疾患を中心とし，検査・診断を除き，内容を大幅に縮小する方向が望まれる。

(6) 昭和64年版の国試出題基準には索引が充実されていて好都合である。これのさらなる充実と活用方法の開発が望まれる。

(7) 総論のなかには，特に卒前教育の目標と国試出題基準の相違点について注意を喚起し，国試に含まれなくとも医師の資格に必要な項目の学習を，具体的に促進する配慮が望まれる。

(8) 国試出題基準の発表時期については，種々考慮すべきことがあるが，国試出題基準の趣旨を十分に徹底し，内容の卒前教育への影響を考慮した上で，できる限り早い時期に行うことが望ましい。

12. 医師国家試験の事後評価

厚生省には医療関係者審議会専門委員会（評価

委員会）が設置され，毎回国試の事後評価が委員によって行われて，その回の試験の妥当性，問題のレベル，出題範囲などを検討し，医療関係者審議会医師部会へ報告するとともに，翌年次回の試験委員会への参考資料とし，また良問のプール問題への編入を行って実績をあげてきた。

日本医学教育学会医師国家試験検討委員会では，第4期の第75回と第5期の第79回以降を比較するため，毎回の国試の全問題について，各問とも正解率や識別指数などのデータはない上で，次のような独自の事後評価を行ってきた。

ここに1990（平成2）年第84回国試までの事後評価の一部を，1990（平成2）年7月26，27日に開催された第22回日本医学教育学会大会で，畑尾正彦委員が発表した第84回国試の比較事後評価の内容を再録する。

(1) 目的

医師国家試験（国試）に出題された全試験問題を1題ごとに検討して，全体としての試験の良否をできるだけ定量的にとらえて，国試改善の状況を考察する。

(2) 対象

第84回国試（平成2年4月施行）の全試験問題（320題）を評価検討の対象とし，過去の試験問題と比較した。

(3) 方法

修正 Ebel 法により，第84回全体の合格水準を算出（演習）し，総点100点満点として，またA，B，C，D，E問題別にもそれぞれを100点満点として表した。

同時に，全試験問題のそれぞれが，国試としてどの程度の必要度ならびに難易度であると判定されたかを集計し，必要度（必須，重要，疑問）および難易度（平易，中等，困難）の割合をそれぞれの組合せで算定した。

さらに個々の試験問題について，各判定者の自由意見による質的側面も検討した。

4) 判定者

1) 教員・指導医群

出題科目に応じ各専門領域の教員・指導医（15名）が各自の専門領域の問題だけでなく全試験問題の判定を行ったが，なかには専門領域それぞれの教員・指導医に判定を依頼された場合もある。

表 6 第75回，第79回～第84回国試の合格水準算出（演習）結果の変遷（100点満点）

第5期

(日本医学教育学会医師国家試験検討委員会、表7, 8, 9も同じ)

表 7 第75回、第79回～第84回国試の必要度判定結果の変遷

第 5 期

表 8 第75回、第79回～第84回国試の難易度判定結果の変遷

第 5 期

表 9 第75回、第79回～第84回国試の疑問かつ困難と判定された問題数（割合）の変遷

第5期

2) 研修医群

判定を依頼した教員・指導医の所属する機関の第84回国試の受験者である研修医(34名)が、それぞれ全試験問題について判定を行った。

(5) 結 果

1) 合格水準

教員・指導医群による合格水準（演習）は65.1点であり、研修医群の判定では64.8点であった（表6）。A, B, C, D, E問題別では、教員・指導医群、研修医群ともに、それぞれほぼ64～65点であったが、研修医の判定によるC問題の合格水準は63.2点とやや低い値であった。

2) 必要度

教員・指導医群は、必須の問題は39.5%、重要な問題は53.6%、疑問と考えられる問題は6.9%であり、研修医群の判定では、必須41.6%、重要48.0%、疑問10.4%であった(表7)。

3) 難易度

教員・指導医群による全試験問題の判定では、平易38.6%、中等48.3%、困難13.1%であり、研修医群は、平易42.7%、中等41.6%、困難15.7%と判定している(表8)。

4) 疑問かつ困難な問題

教員・指導医群の判定では、必要度が疑問かつ難易度が困難な問題は4.8%であり、研修医群は6.4%と判定している(表9)。A, B, C, D, E問題別では教員・指導医群、研修医群ともにそれぞれは4~6%と判定しているが、研修医群の判定では、難問・奇問といえる問題はA問題に7.3%、C問題に9.7%と高い。

5) 自由意見

各判定者が不適切と考えた個々の問題に対する指摘は紙面上割愛するが、第84回国試全体を通じての自由意見の代表的なものを次に示す。

記憶式の問題がまだ多く、考える過程、問題解決過程を重視する問題が少ない。シミュレーションを取り入れ、臨床能力を評価するべきである。(教員・指導医)

症例から何をするかという問題は、医療を行う上で実際的なことだと思うが、大学ではそのような系統立った教育は行われていない。考えさせる問題が多かっただけに、もう少し時間がほしい。(研修医)

国試受験産業7社の「正解」のくい違いが320問中58問あり、なかには著しいくい違いもあって、適切・妥当でない問題ないしは難問・奇問とされてもしかたない問題の指摘もあった。

(6) 考察

合格水準が高いということは、その試験がやさしいと判断されたことを意味する。教員・指導医群、研修医群ともに、国試の難しさは、出題基準改定後もあまり変わっていないと判定している。

必要度が疑問とされる問題が多いことは、試験の妥当性に欠けるきらいがあるということを意味する。第82回以降、教員・指導医群は疑問の問題

は減少し、妥当性は高くなったと判定した。これに対し研修医群は、概して教員・指導医群よりも疑問の問題が多いと受け止めている。ことに第84回は過去最高に多かった。自由意見でも、「医学生がこんなことまで知っていなくてはならないのか」という声が多い。

難易度について、困難な問題は少なくなったとしていた教員・指導医群は第84回でまた多くなったと判定した。研修医群は第82回以降は教員・指導医群に比し、難しい問題がいつも多いと受け止めている。

必要度が疑問で、かつ難易度が困難な問題の多い試験は良質だとはいえない。教員・指導医群、研修医群ともに、そのような不適切な問題は第83回より第84回の方が多かったと判定している。

自由意見では、第83回国試については、出題基準改定の意図が汲まれた良質の試験との考えが多く示された。しかし第84回についての自由意見では、教員・指導医群、研修医群ともにその声は聞かれなかった。

今回の事後評価で、第84回国試は第83回に比して、良質ではなかったといわざるを得ない。

(本調査に毎回協力くださった多数の教員・指導医、研修医の諸氏に、この場を借りて深甚の謝意を表する。)

13. 先進諸国およびアジア諸国における医師・歯科医師の状況

厚生省健康政策局の調査による、世界主要各国の医師および歯科医師の比較的最近における状況を、表10および表11に資料として示す。

文 献

- 1) 日本医学教育学会(編): 医学教育 白書 1986年版 ('82~'86), 堀 原一: 医師国家試験, pp. 63-72, 1986. 7.
- 2) 堀 原一, 高久史磨: 医師国家試験, 阿部正和(編): 21世紀へ向けての医学と医療 第9巻 医師養成—医学教育を中心として, pp. 145-176, 日本評論社, 1988. 6.
- 3) 厚生省: 医師国家試験出題基準(昭和64年版), 勸厚生統計協会, 1988. 6.
- 4) 文部省: 医学教育の改善に関する調査研究協力者会議 最終まとめ, 第一法規出版, 1987. 9.
- 5) 日本医学教育学会(編): 創立20周年記念 日本の医学教育 改革へのあゆみ1969-1988, 高久史磨, 堀 原一: 医師国家試験検討委員会(ワーキンググループ), p. 96, 1989. 7.

表 10 先進諸国における医師・歯科医師の状況

国 名	米 国	西ドイツ	英 国	フランス
人口10万人対 医師数 (1988年, 日本164.2) 歯科医師数 (1988年, 日本57.5)	211.8 (1984年)	251.5 (1984年)	140.7 (1979年)	230.6 (1985年)
医師・歯科医師数 削減状況	多くの州において専門 医レジデント募集数削減 と補助金カットが行われ ている。 歯科大学においては、 廃校等が実施されてい る。	卒後医学研修の定 員を卒業生の40%に 抑制。また研修期間 の延長および開業免 許の授与時期を研修 終了後に変更してい る。	今後、医師・歯 科医師過剰の状態 が予想されてい る。	医科大学の1年次 から2年次進級試験 において、20%の学 生しか進級させてい ない。 歯科においても進 級試験の選抜強化を 実施し、歯科医学を 専攻する学生数を制 限している。
外国医師・歯科医師 の受入れ就労のため の免許	FMGEMS 試験および ECFMG English test に よる外国医学校卒業者の 制限、さらにビザの発給 抑制により、流入抑制を 行っている。また、州によ り免許の要件に市民権取 得を義務づけている。 歯科については、州免 許のための試験を受験で きるのは18州のみ。その 場合も NBDE に合格し ておくことが必要。	EC 諸国以外の国 からの流入を認めて いない。	EC 諸国および GMC 認定外国医 学校卒業者以外の 流入を認めていな い。	EC 諸国および協 定国以外の国からの 流入を認めていな い。
研修のための免許	FMGEMS 試験新設に よる研修する外国医師の 制限を行っている。外国 医師・歯科医師研修のビ ザ期限制限（最長7年） を行っている。また、臨 床研修目的の J-1 ビザ では、研修終了後2年間 の帰国義務がある。	暫定許可証（Er- laubnis）により一定 期間研修可能だが、 移民、ドイツ人配偶 者を除いて、新たな 許可は認めていな い。	PLAB 試験の合 格者削減（合格率 22%）、登録医の削 減、ビザ期限の制 限（最長5年）を 行っている。免許 も期間、医療機関 等を制限してい る。	外国医師に関する 研修制度は、特定 の病院で研修が許可 されることがある。

（厚生省健康政策局、表11も同じ）

表 11 アジア諸国における医師・歯科医師の状況

国 名	中 国	中国（台湾）	韓 国	フィリピン
人口10万人対 医師数 (1988年, 日本164.2) 歯科医師数 (1988年, 日本57.5)	75 (1986年) 0.9 (1982年)	82 (1986年) 23.8 (1988年)	81 (1987年) 17.4 (1988年)	60 (1984年)
外国医師・歯科医師の受け入れ	原則として許可しない。招へい医師であれば各施設の事情により滞在期間中診療行為可能。自国籍者は中国免許に書換え可能。	中華民国衛生主管が認めれば医師考試受験可能。ただし同国以上に医学が進んだ国に限る。	大統領令が定める外国の免許を有する者に受験資格を与える。	原則として受け入れない。 例外的に特例許可試験への受験資格が与えられることがある。自国籍者で米国医学校卒業者には受験資格を与えることが多く、その他については Board of Medicine の審査で特別許可(1年可能)を与えられる。
医師の外国進出状況	私費留学生 奨学金, 基金, 政府交換による留学生 (実数不明)	(過去)多数の医師が外国(米国・日本)に留学・定住 (現在)流出は減少 帰国も増加	日本 182名 米国・カナダ 467名 EC 18名 その他 26名 (1986年 現在海外在留者)	(1978年以前)約半数が外国(特に米国)に進出 (現在) 諸外国の受入れが厳しくなり約10~15%
歯科医師の外国進出状況	国費での海外留学は困難 個人による海外留学の実態は不明	従来, 1/3の歯科医師が米国を中心として流出していたようだが, 近年, 米国への流出は鈍化している。	年間約10名が外国に留学・移民として流出。行き先は米国で, 日本には数名。	

*

*

*