

令和7年度第1回
医道審議会 医師分科会
医師国家試験等改善検討部会
議事録

厚生労働省医政局医事課

令和7年度第1回医道審議会医師分科会
医師国家試験等改善検討部会

日 時 令和8年2月4日(水)
10時00分～12時00分
場 所 専用15会議室(12階)

○開 会

○議 題

- 1 部会長の選出について
- 2 医師の養成に関する取組について
- 3 医師国家試験等改善検討部会の主な論点(案)
- 4 その他

○閉 会

○佐々試験専門官 定刻となりましたので、ただいまより「医道審議会医師分科会医師国家試験等改善検討部会」を開会させていただきます。

委員の皆様におかれましては、お忙しい中、御出席を賜り、誠にありがとうございます。

初めに、医政局長より挨拶申し上げます。

○森光医政局長 おはようございます。医政局長の森光でございます。

委員の皆様方には、大変お忙しい中、医師国家試験等改善検討部会に御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

医師の国家試験は、医師としての第一歩を踏み出す上で必要な知識及び技能、これを問うものでございまして、国民の方々に安全・安心な医療を提供していただくために、医師国家試験が果たす役割、これは大変重要なものがあると思っております。

この医師国家試験の在り方については、おおむね4年から5年ごとに検討部会において御議論をいただき、医学・医療の進歩を踏まえた見直しに取り組んできたところでございます。

現在の医師国家試験は令和2年の11月、これに取りまとめていただきました医師国家試験改善検討部会報告書に基づき実施をしているという状況でございます。

前回の報告書では、卒前教育、卒後臨床研修を含めた一連の医師養成課程を踏まえた医師国家試験の在り方について検討されまして、医師国家試験の出題基準をより臨床実習における経験を評価する内容に絞るよう見直しを行うべきとされたところでございます。

また、令和3年の医師法改正によりまして、医学生の医業が法的に位置づけられ、臨床実習の重要性がさらに高まる中、臨床実習から臨床研修に移行するに当たっての真に必要な事項を評価する試験への改善が求められていると考えております。

さらに、これまで検討部会において論点となっております出題基準の在り方、それからCBT化の検討などについてもより議論を深めることが重要であると考えています。

委員の皆様方におかれましては、現行の医師国家試験について忌憚のない御意見、評価をいただくとともに、卒前教育、それから卒後臨床研修を含めた一連の医師養成課程における医師国家試験の在り方について、幅広い見地から御議論をいただきたいと考えておりますので、何とぞ御協力を賜りますよう、お願いを申し上げます。よろしくお願ひいたします。

○佐々試験専門官 撮影については、ここまでとさせていただきます。

まず、事務局より、委員の先生方を御紹介いたします。

千葉大学医学教育学・教授、伊藤委員。

帝京大学・医学部長、河野委員。

日本赤十字社医療センター・副院長・第一産婦人科部長、木戸委員。

琉球大学医学部医学教育企画室・特命教授、金城委員。

国立健康危機管理研究機構・理事長、國土委員。

順天堂大学医学部医学教育研究室・特任教授、小西委員。

昭和医科大学病院・病院長、相良委員。

公益社団法人日本医師会・常任理事、笹本委員。

名古屋大学大学院医学系研究科総合医学研究センター・教授、錦織委員。

株式会社教育測定研究所研究開発本部教育測定評価室・副室長、野上委員。

認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML・SP（模擬患者）マネジャー、山田委員。

また、オブザーバーといたしまして、文部科学省高等教育局医学教育課、日比課長にも御出席いただいております。

引き続き、事務局の紹介をさせていただきます。

医政局長、森光。

医事課課長、中田。

医師臨床研修推進室室長、野口。

医師臨床研修推進室臨床研修指導官、小作。

試験免許室室長、廣井。

試験免許室室長補佐、高橋。

試験免許室試験専門官、佐々でございます。

どうぞよろしくお願いいたします。

本部会は、今回が第1回の開催となりますことから、部会長の選任をさせていただければと思います。

慣例によりまして、選任されるまでの間、事務局にて議事を進めさせていただきたいと思っております。

本日の議題は「1 部会長の選任について」「2 医師の養成に関する取組について」「3 医師国家試験等改善検討部会の主な論点（案）」「4 その他」となっております。

まずは、議題1の部会長の選任でございますが、医道審議会令第6条第3項の規定によりまして、部会長は、当該部会に属する委員の互選により選出することとされております。つきましては、委員の先生方の中で、選任に当たり、どなたか御推薦はございますでしょうか。

木戸委員、お願いいたします。

○木戸委員 部会長としまして、国土委員が最も適任かと思っておりますけれども、皆様、いかがでございますか。

○佐々試験専門官 木戸委員より、国土委員を推薦する御意見がございましたが、いかがでしょうか。

（首肯する委員あり）

それでは、部会長は、国土委員にお願いさせていただきたいと思っております。

国土委員、部会長席に御移動をお願いいたします。

以降の議事運営につきましては、部会長にお願いしたいと思っております。

○国土部会長 国土でございます。部会長に選任いただきまして、大変光栄に存じますとともに大変緊張しております。

国家試験の将来にかかわるこの重要な会議には、国家試験作成や医学教育の本当にエキスパートの先生方がいらっしゃいます。御指導をよろしくお願いいたします。

それでは、まず、事務局から資料の確認をお願いいたします。

○佐々試験専門官 資料の確認をお願いいたします。

事前に、議事次第、委員名簿、資料1から3を送付しておりますので、オンラインで御出席される委員は御準備いただきますようお願いいたします。

厚生労働省にて御参加される委員におかれましては、お手元のタブレットに資料を格納しております。不足する資料等がございましたら、事務局にお知らせください。

また、本日オンラインで御参加いただいている委員の皆様は、御発言時以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

御発言の際は、「手を挙げる」ボタンをクリックしていただき、部会長の指名を受けた後に、マイクのミュートを解除して御発言いただきますようお願いいたします。

また、御発言終了後は、再度マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

それでは、部会長、引き続きお願いいたします。

○国土部会長 それでは、議事を進めたいと思っております。

次の議題は「医師の養成に関する取組について」及び「医師国家試験等改善検討部会の主な論点（案）」であります。

資料2と3について、事務局から説明をお願いいたします。

○野口医師臨床研修推進室長 医事課の野口でございます。資料の2、3について御説明をさせていただきたいと思っております。

まず、資料の2を御覧ください。

めくっていただきまして、資料の3ページを御覧ください。

シームレスな医師養成に向けた取組についてということで、取組の全体像を示した資料でございます。

卒園・卒後の医師養成を、医療現場を中心として一貫して行うため、各種取組を進めているところでございます。

次のページから、各要請段階の取組をそれぞれ順番に御説明をさせていただきたいと思っております。

まず、4ページからは、卒前教育に関する内容でございます。

5ページを御覧ください。

こちらは、医学部の入学定員と地域枠の年次推移の資料でございます。

続いて、6ページ、7ページになりますけれども、6ページについては、地域枠及び地

元出身者枠の概要の資料、7ページにつきましては、地域枠を卒業した医師等を対象としたキャリア形成プログラムの概要となっております。

8ページを御覧ください。

医学教育モデル・コア・カリキュラムに関する資料でございます。

医学教育モデル・コア・カリキュラムは、各大学が策定するカリキュラムのうち、全大学で共通して取り組むべきコアの部分を抽出し、モデルとして体系を整理したものでございます。

9ページを御覧いただきますと、令和4年版の医学教育モデル・コア・カリキュラムの構成でございます。

第1章で、医師として求められる基本的な資質・能力として、医師として求められる10の基本的な資質・能力と、その説明文のほうを記載しております。

また、第2章では、学習目標と学習目標の別表として、資質・能力にひもづいた個別の学習目標や、習得すべき疾患、基本診療、主要症候等一覧表示しております。

第3章では、学習方略・評価になっております。

方略では、参考となる教育学の理論等の提示、評価では、評価の概念・考え方、評価方法を掲載するとともに、方略・評価について参考となるような事例も紹介しております。

10ページから12ページに関しては、令和4年度版のモデル・コア・カリキュラムのスケジュールや改訂に係る委員会等の資料を載せさせていただいております。

次に、13ページを御覧ください。

令和4年度の改訂の主なポイントをまとめた資料でございます。

2つの資質・能力を統合し、2つの資質・能力を追加するでありますとか、臨床実習を行う診療科や実習期間の改訂、学習すべき疾患等の重点化などを行っているところでございます。

飛びまして、16ページを御覧いただければと思います。

診療参加型臨床実習についてですが、これについては、今申し上げた医学教育モデル・コア・カリキュラムの中にガイドラインを設けております。

このガイドラインの中では、医学生が臨床実習で行う医業の範囲の考え方、包括同意の患者説明文書の例、診療参加型臨床実習のための方略や評価などを掲載しているところでございます。

17ページは、令和4年度版モデル・コア・カリキュラムに基づく診療参加型臨床実習のイメージを表す図となっております。

18ページに関しましては、このモデル・コア・カリキュラムの改訂に伴って、診療参加型臨床実習等に関して、各大学に対応いただきたい事項をまとめた資料でございます。

19ページからは、共用試験に関する資料でございます。共用試験につきましては、特に臨床実習前の共用試験については、CBTとOSCEで構成されています。臨床実習を開始する前の医学生の能力を測る試験となっております。

20ページからは、この臨床実施前共用試験の公的化に関する資料になります。

20ページについては、医師法の改正に先立ちまして、国の審議会でも共用試験の公的化等について審議した報告書の概要でございます。

21ページは、令和3年に医師法を改正いたしました。中段の赤字にありますように、共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とするとともに、同試験を合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化しております。

受験資格の要件化については令和7年4月から、臨床実習として医業を行うことができる旨は令和5年からそれぞれ施行されているところでございます。

次に、22ページのほうは、医師法が改正された後の条文の該当部分でございます。

23ページを御覧ください。

この公的化後の共用試験のあるべき姿につきましては、合格基準の設定の在り方、受験機会の確保の在り方、OSCEの在り方などについて、国の審議会でも審議を行いまして、方向性を23ページの資料のとおり取りまとめているところでございます。

24ページは、今、申し上げた国の審議会の審議を踏まえまして、省令、告示を制定いたしまして、その上で、令和5年2月に公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構、CATOを共用試験機関として指定をしている、また、このようなことを踏まえまして、令和5年度から公的化された共用試験が各大学で実施されているということを説明させていただいております。

25ページの資料につきましては、OSCEに関しては公的化された後も引き続き検討課題として挙げられていることを中心に、昨年度国の審議会でも審議を行い、一定の考え方をまとめておりますので、その内容を掲載させていただいております。

基本的には、OSCEの評価の柔軟な実施を認めるような内容となっております。

26ページからは、この共用試験の現状の資料でございます。

26ページについては、臨床実習前の共用試験のCBTの現状に関する資料でございます。

出題数としては320問でございます。医学教育モデル・コア・カリキュラムに基づいて出題するという形になっておりまして、このコア・カリの項目に沿って出題割合も定められているところでございます。

また、下段のほうには、CBTの各大学の実施月や実施大学数、受験者数等を載せさせていただいております。

27ページのほうは、臨床実習前のOSCEの現状に関する資料でございます。

臨床実習前OSCEは、全大学が実施しなければいけない必須の課題が8課題、任意の課題が2課題となっております。

OSCEの各大学の実施月や実施大学数、受験者数、また、課題数別の実施大学数については資料でお示しのとおりでございます。

また、下段のほうには、臨床実習前OSCEの到達度評価に関する情報もつけさせていただいております。

少し飛びまして、30ページでございます。

こちらは、臨床実習後のOSCEの現状に関する資料でございます。

課題数については、CATOが提供する課題3課題、それから、実施大学が独自に作成した課題3課題を実施することになっておりますが、柔軟な運用も認められているところでございます。それぞれの実施月や受験者数、受験実施大学数については、お示しのとおりでございます。

飛んでいただいて、32ページ以降ですけれども、こちらは、国家試験に関する資料でございます。

33ページを御覧ください。

こちらは、医師国家試験に関する医師法の規定の抜粋でございます。

34ページを御覧ください。

これは、医師国家試験の流れを説明した資料でございます。例年、前年の3月頃に医師分科会において医師国家試験の方針を決定し、7月頃に試験日や試験地、試験委員などを公表し、翌年の2月に医師国家試験を実施して、3月に医師分科会で合格基準を決定した上で、合格発表という流れとなっております。

35ページを御覧ください。

試験の内容と形式についてでございます。出題内容については、試験問題は、臨床上に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されております。

具体的な出題範囲については「医師国家試験出題基準（ガイドライン）」に準拠しているところでございます。

出題形式につきましては、多肢選択式・マークシート形式で出題総数400問となっております。

試験問題の内訳については、下にある表のとおりでございます。必修問題で100問、医学総論で150問、医学各論で150問となっております。

また、400問のうち一般問題で150問、臨床実地問題で250問が出題されております。

具体的には、ブループリントにおいて、各項目の評価・領域ごとの出題割合が示されているということになっております。

36ページを御覧ください。

医師国家試験の合格基準についてでございます。

必修問題、それから、必修問題を除いた一般問題、臨床実地問題の合格得点と禁忌肢の選択状況を基に合否を決定しております。

必修問題の合格基準は絶対基準を用いて最低合格レベルを80%とし、必修問題を除いた一般問題臨床実地問題の合格特定の合格基準は、平均点と標準偏差等を用いた相対基準を用いております。

合格判定については、試験の実施結果を踏まえて、医師分科会医師国家試験K・V部会に

において問題の妥当性を検討した上で、同分科会の意見を踏まえて、厚労大臣が合格者を決定しているという流れでございます。

37ページ、38ページは、医師国家試験の歴史や変遷に関する資料でございます。

38ページを御覧いただきますと、近年の医師国家試験の変遷についてでございます。

大きなところとしましては、平成9年から必修問題が導入されております。

また、平成13年に問題数及び日数を増やしまして、500問、3日間といたしましたけれども、平成30年には、400問、2日間に絞るという動きがございます。

39ページを御覧ください。

令和6年版の医師国家試験出題基準の概要でございます。

医師国家試験の出題基準は、医師国家試験の妥当な範囲、適切なレベル等を項目によって整理したものでして、試験委員が出題に際して準拠する基準になります。

具体的な項目や各項目の出題数割合については、御覧いただいたとおりとなっております。

最後に40ページを御覧ください。

医師国家試験の合格率等の推移でございます。

御覧いただいたとおりでございますけれども、ここ数年は、おおむね9割を若干超える程度の合格率で推移をしているところでございます。

41ページからは、卒後の取組について御説明をさせていただきます。

42ページを御覧ください。

医師臨床研修制度の概要でございます。

医師法に基づきまして、診療に従事しようとする医師は、臨床研修を受けなければならないとされているところでございます。

43ページは、医師臨床研修制度の経緯になります。

昭和43年に臨床研修制度が努力義務として創設されまして、その後、平成16年に必修化がなされております。

その後、おおむね5年に1回程度、制度の見直しが行なわれているところでございます。

44ページを御覧ください。

最近ですと、令和2年度に大きな見直しが行なわれました。いろいろございますけれども、主だったところで言いますと、1ポツのところ、卒前・卒後の一貫した医師養成ということで、医学教育モデル・コア・カリキュラムと統合的な到達目標や方略・評価の作成をしております。

また、2ポツのところ言いますと、方略の部分で、従来の内科救急、地域医療に加えまして、外科、小児科、産婦人科、精神科を必修とし、また、一般外来を研修に含むという形にしております。

45ページは、この到達目標・方略・評価の概要でございます。

また、46ページは、必修の分野・診療科の見直しの経緯が分かる資料でございます。

47ページにつきましては、直近の見直しであります令和7年度見直しの概要でございます。

先ほど申しました到達目標・方略・評価については、①のところでございますが、令和2年度に大きく見直されてから、まだ十分な期間がたっていないということで、この令和7年見直しの際は、特段改訂はしておりません。

48ページでございますが、⑤の「地域における研修の機会の充実」というところについては、新たに広域連携型プログラムという仕組みを導入する旨の提言をいただいているところでございます。

49ページからは、今、申し上げた広域連携型プログラムの資料になりますけれども、50ページが概要でございます。この広域連携型プログラムについては、医師多数県の基幹型臨床研修病院に採用された研修医が、そこでの研修を中心としながら、医師少数県等の臨床研修病院で半年以上研修を行うプログラムというものでございまして、令和8年度からスタートする予定でございます。

少し飛びまして、53ページでございます。

こちらは、専門研修についての資料でございます。

臨床研修の後、特定の診療科で専門的な技能等を習得する研修として、プロフェッショナル・オートノミーを基盤に設計されていることを少し御説明した資料でございます。

54ページ、55ページは、それぞれ専門研修制度の規定に関する資料。

55ページは、専攻医の採用数の推移の資料でございます。

56ページ、57ページは、総合診療に関する取組を紹介した資料でございます。56ページで、専門研修の中に総合診療専門医を位置づけているという説明でありますとか、57ページのほうで、医師養成拠点を形成するような事業も実施しているという御紹介でございます。

医師養成に関する流れの資料は以上でございます。58ページからは、外国医学校の卒業生の扱いに関する資料でございます。

59ページを御覧ください。

こちらは、医師法における医師国家試験受験資格に関する規定の抜粋でございます。

国内大学の医学卒業生については、第11条の第1項第1号で規定をしておりますけれども、それ以外にも第2号、第3号がございまして、こちらに基づきまして、外国医学校卒業者に医師国家試験受験資格が与えられる旨、規定をされているところでございます。

60ページを御覧ください。

外国医学校を卒業した方の日本の医師免許取得の流れになります。

手続としましては、申請していただいて、提出書類の審査を経まして、それぞれ本試験認定、予備試験認定、2つのルートで認定されるという仕組みになってございます。

61ページは、書類審査段階での認定基準でございます。本試験認定、予備試験認定それぞれ、医学校の教育年限でありますとか、医学校卒業までの修業年限でありますとか、教

育環境、当該国の医師免許取得の有無などについて、それぞれ項目ごとに基準を設けているところがございます。

62ページのほうは、医師国家試験受験資格認定者の推移のグラフでございます。状況については御覧のとおりというところでございます。

63ページのほうは、医師国家試験の受験資格認定者の具体的な内訳でございます。

学校所在地別、それから国籍別の状況について、御覧のような分布となっております。

長くなりましたけれども、資料の2の説明は以上でございます。

続きまして、資料の3の説明に移らせていただければと思います。

資料の3のほうは「医師国家試験等改善検討部会の主な論点（案）」というタイトルの資料のほうを御覧いただければと思います。

資料の4ページのほうを御覧いただければと思います。何点か事務局のほうで論点のほうを立てさせていただいておりますが、まず、1点目の論点としまして（1）ということで「医師国家試験問題について」でございます。

まず、これについての近年の取組ですけれども、先ほど御説明したものと少し重複しますが、平成30年には、試験日数を3日から2日へ、出題数500問から400問にするということ。

それから、令和6年は、医学各論について出題する疾病の整理をするとともに、整理された疾病についてレベル分類をそれぞれ付すということをしております。

これによりまして、臨床研修の到達目標を超えるような高度な医療を必要とする病態とか、頻度が極めて低いような疾患等については、出題内容の範囲を明確化するといった取組を行っております。

「今後の論点」というところですが、今、申し上げたような流れの中で、卒前の診療参加型臨床実習、それから卒後の臨床研修の一貫した養成が重要であると言われていの中で、臨床実習から臨床研修に移行するに当たって、真に必要な事項を評価する試験に改善していくことが必要と考えておりますけれども、そのためには、どのような見直しを考えられるかということがあるかと思っております。

例えば、先ほど申し上げたような公的化された共用試験のCBTと医師国家試験において、重複して評価している事項などがあるのであれば、そういった部分について、さらに整理をした上で、医師国家試験の出題基準の見直しにつながるということも考えられないかということ、少し論点として挙げさせていただいております。

次に、5ページを御覧いただければと思います。

2点目ということで「（2）医師国家試験のCBTの導入等について」でございます。

これにつきましては「これまでの取組」というところに記載させていただいておりますが、厚生労働科学研究の中で、令和3年度から動画、音声問題の作成でありますとか、CBTのトライアル試験の実施などを行っていただいております。

今後の論点としましては、こういった研究も踏まえて、CBTの導入に関して検討すべき事

項は何かといったこと。例えば、問題の作成過程であるとか、試験実施の方法、合格基準、問題の非公開化やプール化、段階的な導入方法などについて様々な論点がございますけれども、こういった点についてどう考えるかということ挙げさせていただいております。

次に6ページを御覧ください。

3点目ということで「(3)臨床実習後OSCEの国家試験の導入等について」でございます。

これまでの取組としては、今、御説明しましたように、令和2年から臨床実習後OSCEは、正式実施がされております。また、令和5年度からは、公的化された臨床実習前共用試験が開始をされているところでございます。

今後の論点としましては、この臨床実習後OSCEの国家試験の導入や、公的化についてどう考えるかというところがあるかと思えます。

例えば、臨床実習前OSCE、臨床実習後OSCEの現状や課題がどうなのか、国家試験への導入や、公的化された場合の大学への影響をどう考えるか、診療参加型臨床実習の推進等の関係をどう考えるかなどが考えられるかと思っております。

4点目ということで、7ページを御覧ください。

「外国の医学部を卒業した者に対する試験について」ということでございます。

これまでの主な変遷としましては、日本語診療能力調査での合格基準の見直しでありますとか、受験資格認定基準の明確化などを行ってまいりました。

今後の論点につきましては、この受験資格認定についてWFME公認の認定機関の認定を受けた大学を卒業した者が受験資格認定を申請する際は、事業運用上の見直し、こういったものが必要なかどうか、どう考えるかといったことが、まず1点としてございます。

また、予備試験については、予備試験の代替として共用試験CBT、Pre-CC OSCEを課すことについてどう考えるか。

また、日本語診療能力調査については、この日本語診療能力調査の代替として、Pre-CC OSCEや筆記試験の受験を課すことで、我が国の医学生と同等の能力を持つか確認することができるかどうか、これについてどう考えるかといったところが挙げられるかと思えます。

最後、8ページを御覧ください。

5点目は「シームレスな医師養成に関する論点」ということでございます。ここは、国家試験のみならず、今、資料2で御説明したような要素も含めて、シームレスな医師養成全体についての論点ということで立てさせていただいております。

今後の論点としましては、卒前・卒後の円滑な接続をより推進するために、臨床実習と臨床研修の在り方についてどう考えるかといったこととありますとか、診療参加型臨床実習をさらに推進していくことについて、どのように進めていくべきか、どのように考えるかといったことなどを挙げさせていただいております。

最後に「今後の進め方」ということで、資料を用意しております。10ページのほうを御覧いただければと思います。

事務局のほうで考えております、今後の進め方の案でございます。

本日、第1回の検討部会のほうを開催させていただいておりますが、その後、令和8年内にワーキンググループというものを開催して、今日挙げさせていただいた論点も含めて、個々の論点について審議をできればと考えております。

その後、成案を得られれば、年内をめどに第2回の検討部会のほうを開催し、御審議いただき、報告書を取りまとめるという方向で進めることができるということを想定しております。

その後の流れとしては、令和9年度に医師国家試験出題基準改定部会を開催いたしまして、報告書の内容を踏まえた出題基準の改定を行う予定でございます。

なお、ワーキンググループでは非公開としている医師国家試験などの詳細について議論を行う予定でありますことから、このワーキンググループ、それからワーキンググループの資料、議事録については、非公開という扱いにさせていただく形でどうかということで、事務局としては考えているところでございます。

長くなりましたが、御説明は以上でございます。

○国土部会長 詳細な御説明ありがとうございました。

資料2は、かなりページ数が多かったのですが、資料3については、後半で少しディスカッションをいただくことにして、まず、資料2です。

皆さん御存じの事実もたくさんあると思いますが、今の段階で御質問、何かコメント等がありましたら、お願いいたします。

木戸委員、どうぞ。

○木戸委員 全体的なコメントと、1つ質問があります。

前回の本部会の後、社会では、少子高齢化がかなり加速しまして、人口減少が大きな問題となっています。

また、AIが急速に発達したことで、単なる暗記能力や、知識として知っているかどうかよりも、情報・科学技術を生かす能力、そして、AIではなく、人間ならではの人と人とのぬくもりのあるコミュニケーション能力が求められるようになってきていると思います。

医学教育におきましても、スチューデントドクターの公的化がしっかりなされ、学部教育におきましても参加型臨床実習が重要な位置づけとなってきました。

スタートラインにおける状況が、前回、令和2年の本部会よりも大分変わってきていると思います。

そうした状況におきまして、社会から求められている医師の在り方、それに対応できるよう、医師国家試験のあるべき姿について、ここでしっかり議論が必要と思います。

本日お示しいただいた、この論点につきましても、大切な項目がまとまっており、賛成です。

この資料2の8ページのコア・カリのところ、下段にあります求められる基本的な資質・能力は大変重要な項目が適切に示されており、こうした内容をきちんと評価することが望

ましいのではないかと私も思います。

この中でも多職種の連携能力、すなわちコミュニケーション能力、きちんとチーム診療ができることは、我々臨床現場では一番重要なことで、大切な能力でございます。また、社会における医療の役割の理解、これも実際、ますます重要になってきます。

昨今、医師の地域偏在・診療科偏在や、保険診療に携わらず、初期臨床研修が終わりましたら、すぐに自由診療に進んでしまう、いわゆる直美についても社会問題となっています。

医師としましては、自分さえよければいいという利己的な人ではなく、弱い立場の人にちゃんと寄り添って診療ができる利他的な方がふさわしいのは言うまでもありません。

ここまでが全体的な感想ですけれども、1つ質問ですが、資料2の63ページの外国医学部からの受験者が近年ますます増えていて、ここ数年加速的に増えていますが、医学部1校どころか2校分ぐらいに達しています。これが今後どのくらいになっていくかの見通しとか、そういった方々が実際に合格してからの進路や、現場で何らかの課題が挙がってきているかについて、もし何か把握していることがあれば、お伺いしたいです。

三師調査でも出身大学という項目があるはずですので、ある程度地域や診療科なども分かるように思いますが、いかがでしょうか。

今後、合格基準が相対基準のままであれば、全体の受験者が増えることになり、相当数の人数が合格することになりますけれども、国として必要な医師養成数から見て、このまま相対基準としていいのかも検討が必要なように私は思います。

私からは以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

では、ただいまの御質問について回答はありますでしょうか。

○佐々試験専門官 事務局でございます。外国の医学校についての御質問をいただいたと承知しております。

まず、将来的にどのぐらい申請者が増えるというところの見通しにつきましては、まだ経年的に増えているところでございますので、なかなか見通しを立てるのが難しいと認識しております。

また、医師国家試験を合格した後の状況につきましては、三師調査などである程度届出をされていると思いますが、手元に資料がありませんので、今、お答えするのが難しいと考えております。

また、実際に臨床現場に出た後に、外国の医学校出身の方々が、どのように臨床現場で御活躍とかをされているかに関しては、こちらは、厚労科研にて、実際に外国の医学校を卒業されている方を受け入れている病院のアンケートの調査がございまして、現時点で回答されている範囲においては、特段すごく大きな問題になったという事例が多数回答されているという調査結果はいただけないと承知しております。

○国土部会長 すみません、62ページは、受験資格認定者ということですが、これ

は、国試の合格者ではないのですね。

○佐々試験専門官　こちらは、受験資格認定者となっておりますので、医師国家試験を受ける前に、書類審査など経て、実際に医師国家試験への受験が認定をされた方については本試験認定で、予備試験認定につきましては、予備試験への受験が認定されたというところの数をお示ししたものとなっております。

実際に合格された方はどのぐらいいるかという規模感に関してですが、例えば、第119回の直近の国家試験ですと、こういった新卒の方で本試験認定を受けられた方は、168人受験されまして、そのうち96人で約57%が合格されているという規模感となっております。

○国土部会長　合格率は、かなり低いということでございます。

では、相良委員、どうぞ。

○相良委員　昭和医大の相良でございます。御説明ありがとうございます。

1つの問題としましては、医師国家試験をどう変えていくべきなのかに関して、1つは、卒業して、研修医になっていくときの、いわゆるシームレスな形で考えているところが、実際はシームレスになっていないのではないのかという事です。

医学教育の中で、5年、6年の中の、いわゆるCATOの公的化され、参加型臨床実習ができる中でやっている。しかし、実際、参加型臨床実習になっているかということを考えなければいけないと思います。

国家試験が1つの関門になってしまっているというところがあります。従って試験前に、いわゆる国家試験のための予備校化をしているというところがあります。

結果として参加型のところは、実は見学型になってしまっている可能性もあって、実際はもう少し医行為をやるべきなのに、なかなか医行為がやれていないというのが、現状ではないかと思います。そこをどう捉えていくべきなのかが、今後の課題ではないでしょうか。

したがって、そういう観点から、国家試験をもう少し臨床寄りにするか、あるいはCATOで公的化されているので、国家試験の在り方をもう少し評価する基準を変えていく必要性があるのではないのかと思います。

あと1つは、いわゆる診療科偏在等々あるいは地域の偏在もそうですけれども、そこに関しては、厳しい問題がございます。今はシーリングがかかっている、例えば大都市圏に関しては、ある程度の制限をかけられていますが、それが例えば地域の方にしっかりと届いているかという問題もあります。大都市圏が、よりシーリングをかけたので、それが全て地域に均等に分配されているかという、実はそうでもないと思います。偏在が偏在としてまだまだ解消できていないというのが現状かと思います。

あとは、診療科偏在に関しては、なかなか厳しい問題があって、やはり今の状況を考えますと、恐らくこれはずっと続くような可能性があるかなとは思っております。その問題も少し解決すべき論点かなとは思っています。

あとは、研修医のプログラムの在り方もそうです。例えば、ジェネラルな形で研修医が終わった時点で、しっかりとした医師として機能できるといいますか、働くことができる

ような医師の育成という形で、プログラムが形成されていると思いますけれども、後半部分で、自由度が高くなってくると、そこに固まってしまっているということがあります。

例えば自分が選ぶ診療科にずっといてしまうということもありますので、そうすると、所期の目的としてジェネラルな形で全ての診療ができるような体制をつくっていくということでは、少し問題が出てくるのではないのかなと思います。そこも議論すべき論点かなと思います。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

すみません、私の説明の仕方が、よくありませんでした。資料についての質問がありましたら御質問をいただいて、今日は初回ですので、フリートークで皆様の御意見も承るという形になるかと思っておりますので、資料3について、今後についても御意見ありましたら、発言を自由にお願ひしたいと思っております。

それでは、オンライン参加の伊藤委員、どうぞ、御発言ください。

○伊藤委員 御指名ありがとうございます。

資料2の質問でよろしいですね、資料3は後ほどでよろしいでしょうか。

○国土部会長 もう本題に入っていますので、両方でも結構です。

○伊藤委員 では、せっかくですので両方させていただきます。

まず1つ、資料2についてです。資料2のページ38に近年の医師国家試験の変遷についておまとめくださっています。これは、やはり、このように俯瞰して見ると、いろいろなことが起きていますが、直近の平成30年からの変化あるいは平成18年からの問題の持ち帰りを可にした後、このような節目節目で何か新たに生じてきた問題や課題があるかどうか、それについて何か評価されているのかどうかというのが、まず1つ目の質問で、その後、資料3についても発言させていただきたいと思っておりますが、まず、この資料2の点については、いかがでしょうか。

○国土部会長 では、事務局からお願いします。

○佐々試験専門官 事務局でございます。

2点お伺いしていただいているものと認識しております。

まず、平成18年の資料の持ち帰り可となった後、流れに関して、事務局のほうに特段大きな何か問題が発生しているとか、そういったお声は、届いている範囲では承知していないところがございます、一方で、そういった資料の持ち帰りにつきましても、この部会におきまして、過去に御議論をさせていただいていると認識しております。

また、平成30年以降、試験日数を3日間から2日間にしたりや、問題数を少し減らした後についても、令和2年に開催されました前回の本部会において一定の評価をいただいた上で、現行の試験がなされているものと認識しております。

○伊藤委員 承知いたしました。

○国土部会長 どうぞ、続いて御発言ください。

○伊藤委員 資料3に基づく意見でも、よろしいでしょうか。

○国土部会長 はい、どうぞ。

○伊藤委員 今回は初回ということで拡散的な意見を、少し大胆かもしれませんが、むちゃかもしれませんが、申し上げさせていただきます。

私、医師国家試験の実施時期が、今、この2月という年に1回に限られているということについて見直す余地があるのかどうかというのを、皆さんと意見交換できる機会があったらなと思っています。

幾つか考え方の基盤になっている私の意見があるのですけれども、まず1つです。医学教育において、最近アウトカム基盤型教育というある目標としている能力を達成できたかどうかというのを評価するという考え方があるのですけれども、医師国家試験は、まさに医師としての目標となる能力を卒前に達成したかということを示していると思います。

そうであるならば、6年生の2月にみんなそろって達成するのではなく、もっと早い時点で、ある程度の基準を達成している人もいないかと思っています。

したがって、時期に関しては全国一斉の時期に限らず、もう能力を達成した時点で評価できるような試験設計があってもいいのではないかと考える次第です。

具体的には、米国、USMLEのStep2 CKなどというものがありますが、あれはどこかで一斉にやっているわけではなく、何回か申し込んで受けられる、そのような試験であると承知しています。

このように可変的に時期を考えて、医師国家試験を実施することによって、幾つか利点がほかにもあると思います。

まず、1つが年に1回やらなければいけないことによって、たまたま少し基準に足りなくて落ちてしまった人が1年間次の国家試験に向かって勉強を続けて、臨床医として活躍できない、その1年間というのが随分長くて問題が生じることもあるのではないかと。

日本を振り返ってみても、かつて年に2回医師国家試験を実施した時期もありますので、この年に1回ではなく、時期にとらわれず、年に数回やるという考え方もあると思います。

また、CBT化ということが今回論点になると承知していますけれども、9,000人を超える医学生に対してデジタルツールを用いてCBTを実施する場合に、それを同一の日に一斉にやるということの技術的な困難ということがあるかもしれません。

したがって、そのようなことで、時期をずらして、もし年何回か実施できれば、それはそれで1個のソリューションの1つにはなり得るかと思っています。

最後に申し上げたいのが、卒前と卒後の臨床教育のシームレス化なのですけれども、やはり2月に国家試験があつて、そこを目がけて6年生の秋ぐらいから、学生もあるいは教員も非常に焦点を絞った教育活動を行っていくわけですけれども、それが年に何回か受けられる、しかも到達した時点で受ければいいということになれば、もしかしたら、医学部の6年生の後半部分というのが臨床教育の場として、より有効的に活用できるのではないかなどと思ったりしています。

なかなかむちゃくちゃな意見かもしれないのですけれども、少しお伝えしたいと思いましたが、発言をさせていただきます。

よろしく願いいたします。

○国土部会長 かなり大胆な意見をいただきましたが、今日は、委員の皆さんの御意見をいただいて、その中で課題、論点を整理した上で、また、それぞれについて御意見を伺えばいいのではないかと考えております。そういう意味では、自由に発言をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

今日は、一通り1回は発言をいただきたいと考えておりますが、では、小西委員から、どうぞ。

○小西委員 恐れ入ります。幾つかコメントと、質問というよりは、資料3についても。

○国土部会長 はい、結構です。

○小西委員 全体のこととして、まず、冒頭に私として申し上げたいのは、この部会は、以前は医師国家試験改善検討部会という名前でしたが、今回から医師国家試験等改善検討部会という名前が変わったことの大きさについて、私は非常に感銘を受けております、という変な言い方ですが、意義が大きいと考えております。たった一文字の「等」という文字でありますけれども、医師の養成は、先ほど木戸委員からもお話がありましたように、医学部6年、その後、法に基づく臨床研修が2年、その後、専門教育と続いていく、この一連の流れを考えられたのだろうかと理解しております。

今までも、国家試験というのは、6年生卒業時に1回限りでやるペーパーテストというものだったのですけれども、CBT化を含めて、8年間の医師養成課程、その後の専門教育を含めた全体像の中で、国家試験の位置づけというものを考えにするという、この姿勢については大変共感しております。

これも先ほどの木戸先生の意見に少し関連するかと思いますが、この時代にペーパーテストの意味は何か、あるいはCBT化をしたとしても、その意義は何かということがあろうかと思えます。

私はCBT化に圧倒的に賛成をしておりますが、CBT化しますと、今までの知識よりは、比較的深い知識を、あるいは臨床技能に近いものも測れるようになると考えておるので、CBT化をすべきだと思います。

その上で、オープンブックを含めての試験の在り方のようなものを幅広く考えるということ、ITをどう使うかという能力については、国試が何をできるかという、私もまだ明快な答えはありませんが、これは部会で考えてもいいのではないかと考えました。

これが、長くなりましたが1点目です。

それから、もう一点少しコメントをいたします。先ほどありましたように、CBT化そのものが1回でなくて複数回できるとか、技能の一部についてできるとか、そういうメリットだけに限らず、今日金城先生も御参加ですが、私は116回の国家試験の委員長として仕事をしたことがございました。116回は、ちょうどコロナの真ただ中でした。

委員長としての経験をここで申し上げますけれども、公開が前提とされて1回しか行えない医師国家試験のシステムでは、COVIDなどへの対応は全くできません。できませんというのは、全員がCOVIDにならなければ成立するという危ういシステムです。

それで、この時期に試験をやりますと、先ほど伊藤委員から2月の問題がとありましたように、今、大雪で問題になっているようなこともあります。それから、やはりCOVIDのようなものが発生することもあります。

それらは、まだ、既に想定可能な危機範囲だと思いますけれども、それでさえも対応できないというシステムになっていること自体は、やはり改善すべきだと思いますし、その第一歩は、問題の非公開化と、CBT化ということになるのではないかと、少し意見を申しましたが考えております。

一旦ここまでにいたします。

○国土部会長 ありがとうございます。

では、河野委員、どうぞ御発言ください。

○河野委員 河野です。よろしくお願いします。

私は、小西先生と一緒に国家試験の出題にも監事も含めて6年やりまして、それから、出題基準の委員も務めさせていただきました。

もちろん、国家試験の委員というのは、よい問題をつくることに集中して、制度設計には全く関わっていないのですね。

その国家試験の委員も非常に当時は、年間20日間以上、冷房の効かない厚労省に缶詰で問題を一生懸命つくって頑張っていました。

やっていることは、出題の内容をよくすることで、先ほど申し上げたように制度設計ではなくて、今、これを振り返って、もちろん出題の仕方も、小西先生を中心に初期臨床研修、ジェネラリストとしてプライマリーケアに必要な知識を問うという問題をつくってきたわけですが、今も意見が出ましたけれども、国家試験の制度自体、どうあるべきかというのは、実は、木戸先生は、情勢が変化しているとおっしゃっていましたがけれども、方向性は、令和2年のこの検討部会の報告書に、かなり今の問題点というのは、既に5年前に書かれていることばかりだと思います。

先ほど相良先生がおっしゃいましたが、今、医学教育というのは、卒前、卒後研修も含めてシームレスにしなくてはいけないという方向性は、皆さん一致しているのですが、実際に、卒前は文科省管轄で、卒後は厚労省管轄。

それで、実際に、国家試験というのがシームレス、本当ならつないでいかななくてはいけないところの死の谷みたいになってしまっているのですね。

私は教員をやっています、6年生、大学で実習を真剣にやって、夜残って、例えば救急医療に参加しようという学生は、もう6年生はいません、実際に大学側もそんなカリキュラムは用意していません。なぜかというと、国家試験の対策に追われているからです。それは、うちの大学に限らず、6年生で、全国医学部長病院長会議でアンケートをやって

いますが、6年生の後半に病院実習やっている大学は、まずありません。

これでシームレスというのは、本当に絵に描いた餅なのです。とにかく、国家試験は、非常に制度設計としては見事で、国の医療の基準を上げるというか、一定のクオリティコントロールに果たしている役割は非常に大きかったと思ひまして、今でも大きいと思ひます。

ただ、本来なら臨床実習で機会が与えられるべき、または基礎研究のほうでも自由に研究活動をしてもいい、20代の若い体力もある人が、あの旧態依然としたペーパー試験の準備に追われている現状は、実は、ボトムアップを支えてきた制度ですけれども、この上を抑えてしまう制度になってしまっているように思っています。

それで、これを阻んでいるのは、やはり国家試験、国が資格を与える試験だという大きな枠組みがあったわけですが、これは厚労省が管轄しているものということだったのですが、私は結構びっくりしたのは、スチューデントドクターというのは、医師法が改正されていますね。医師法が改正されて、ある意味国家資格です。国家資格が既に、このようにCBTで認められているというのは、かなり先進的で、国家試験を一生懸命やってきた自分としては、やはりCATOの体制は先進的では素晴らしいなと思ひました。

CATOをやっているCBTで、医師法が改正されたスチューデントドクターという国家試験が与えられるのだったら、制度整備すれば、これはすぐ国家試験に流用できるのではないかと、個人的には感じています。

ですので、先ほども言いましたけれども、伊藤先生もおっしゃっていましたが、1回ばっきりのものではなくて、CATOのやっている教養試験、CBTは、大学によって受けている時期はまちまちです。でも与えられているものは一緒ですね。スチューデントドクターと資格は一緒なのですよ。あれがスチューデントドクターには許されるけれども、医師には許されないというのは、何となく矛盾があるのかなとも感じています。

そして、先ほど小西先生がおっしゃいましたが、医学教育は、各領域の人が非常に一生懸命、文科省も厚労省も取り組んで、制度整備はどんどん進んでいると思ひます。本当に、まず、医学教育評価機構ができて、各大学の医学教育、医学部は学校ごとにまちまちだったものが、カリキュラムが標準化されています。そして、学生は4年生のときにCBTを受けて、ある一定のクオリティを保った人しか実習には参加できない。そのようにいろいろな関門ができて、制度整備ができていても、結局最後のゲートの国家試験というのは、本当に何年間も変わってなくてペーパーテストなのです。

ペーパーテストの国家試験を、今日改めて見ましたけれども、知識と技能を問うと言っています。技能というのは、これは手工まで含まれているのでしょうか、少なくともマニュアルの文字で書いた情報を読み取るだけでできてしまうのですね。

私は、医学教育学会に参加していて、医学生が、今の国家試験は、少し医学に詳しい小学生在ができてしまうと言ったことが結構衝撃的で、例えば画像が1個出ている。その画像に、例えば、1問に画像が何枚か出ていますけれども、非常に限られていますね。でも実

際に医療現場では、何十枚も、場合によっては100枚以上あるCTの断面図から所見があるところを見つけるという技能が必要なのです。国家試験は、最初から答えが載っている1枚が出ているのです。その学生が言っていたのは印象的で、病歴を見ても診断が分かる、検査データを見ても診断が分かる、1枚しか出ていない画像を見ても診断が分かる、これで本当に医師としての技能が問えるのかというのが、僕は非常に印象的だったのです。

そのためには、やはり、たくさんある、いっぱいある画像の中から、所見のある画像を選ぶという現場では一番大事なもので、それを問える方法は、やはりCBTしかないと思うのです。

ですから、CBTというのは、別にコンピューターというのではなくて、マルチメディアで、僕の思っているCBTというのは、文字情報ではなくて、様子、動きからつかむ、それから、とにかく全ての所見が、国家試験は所見の兆候があるとか、文字情報になってしまっているのです。何とかサインがある、何とか兆候がある、それを本当は見ても分からないといけないものが、文字で書いてあるのだったら技能は要らないのですね。

ですから、国家試験が本当に知識と技能を問う試験であって、しかも勉強だけではできない、臨床実習を、現場を見ていないとできないという本来の在り方にのっとれば、これは、やはり今のマークシートの、共通一次と同じような何十年前からは変わらない、あのやり方というのは、やはりCATOのやっているCBTを見ると、国家試験としては、改善の余地が十分あるのかなと個人的に感じています。

長くなりました。ありがとうございました。

○国土部会長 ありがとうございました。

CBTについての御意見が非常に印象的ですが、まだ、発言していない委員の方で、よろしければ。

では、笹本委員、どうぞ。

○笹本委員 日本医師会の笹本でございます。皆様の意見、事務局の方からも詳しい情報をありがとうございました。

まず、学生さんが卒業して、臨床に行く、その人たちに活躍していただきたいというのが、日本医師会としては、もちろん一番大きな目的ですし、もう一つは、地域偏在と、診療科の偏在も、できれば解消していただきたいと思っています。ある程度、そういうことが解消されると、日本の国民にとって非常に役立つと考えています。

ただ、そのために、学生さんが卒業時点で、あるいは国家試験に受かった時点で、将来を制限されるということには、非常に反対をしています。医師としての自分の立場をある程度自由にすることが、研究者としても、臨床家としても大きく羽ばたくものだと思います。

CBTには、私はすごく期待をしているところがあるのです。個人的な話ですけども、春と秋の国家試験の最後の世代なのですけれども、そのときに、やはり年1回あるか、年2回あるかというのは、ある程度心の負担という意味では、非常に違いがあったと思ってい

ます。ですから、1回だけというよりは、複数回チャンスがあったほうが、学生さんにとってはいいと思います。

ただ、大学側と問題をつくる側にはすごい負担がかかるので、どの辺までできるかというところは、なかなか課題ではないかと考えております。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

すみません、2回の時代を知っていらっしゃるというのは、ちょっとびっくりしました。ありがとうございます。

錦織委員、どうぞ。

○錦織委員 ありがとうございます。

資料3に関しまして、幾つかこのタイミングで意見を述べさせていただきたいと思えます。

幾つか既に出ております委員と重なりますけれども、まず、1番の「医師国家試験問題について」という議論について、共用試験と重なりがあるかもしれないから整理しましょうということについては、基本的には賛成です。

私が、もう10年来気になっているのが、今日、資料2の中でも説明がありましたけれども、必修問題が絶対評価であるのに対して、一般問題等が相対評価で行われているという点についてです。

こちらは、木戸委員のほうからも御意見がございましたが、医師数のコントロールをするという意味で相対評価が使われているとも認識しておりますが、一方で資格試験というものは、本来は一定の能力があるということを保証すればよいわけで、上位から何人という取り方をする性格のものではないとも理解しています。この問題について、この委員会、部会の中で少し議論ができればなと思っています。

それから、資料3の(2)のCBTの導入についてですが、既に河野先生がすごくアクティブに御意見をされているように、私も基本的には賛成で、複数回の実施、これは伊藤委員のほうからもありましたけれども、それも含めてCBT化をすることで、いろいろと試験をより妥当な形に変革できると考えています。

私の今から述べる意見は、少し自由な意見を述べて構わないということなので、若干大胆な意見になりますが、木戸委員からもありました、AIの発達に関して、私たち、今、現場で働いている医師は、生成AIを使いながら診療するということを既にやっているわけです。

そこから考えますと、将来の国家試験において、生成AIを持ち込んで、それを使いながら受験するというようなことについて、少し想像しながら、そんなことが可能なのかとか、もちろん記憶して解かなくてはいけない問題もあるとは思いますが、国家試験にそういうパートがあってもいいのではないかと思うのです。そういったことを議論の俎上に上げていただいてもいいのかなと思っています。

それから、資料3の臨床実習後OSCEの国家試験の導入についてですけれども、こちらは、先生方御存じのとおりですが、臨床実習前のOSCEが公的化した際に、いろいろと現場で混乱がございました。大学側の負担と、それから過度な標準化ということでコンフリクトが起きたのだと認識しております。

今回起きたこのような事象、多分、皆さん教育をよくしたいという思いで、いろいろなことを言われた結果、ああいうことになったのだと思っているのですけれども、なぜ、正論がどんどん積み重なっていったののように大変なことになってしまったのか、それに対して総括をきちんとした上で次に進むことが重要なことと思っています。

さらに申し上げますと、アメリカの医師国家試験では、OSCEは廃止になりました。それもいろいろな理由があるのだと思いますし、ここの部会の中でも議論の俎上に上がると思っています。また一方で、アメリカでは臨床実習における観察評価が積極的に導入されているという状況もございます。

本邦においても、臨床実習での観察評価というのは、一定行われております。それをより構造化することを議論の俎上に載せてもいいのではないかと考えています。

私からは以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほかは、いかがでしょうか。御発言ございますか。

では、まず、山田委員、お願いします。

○山田委員 私は模擬患者ということで、OSCEにふだん関わっています。前回の令和2年の報告書も拝見して、そこでもたくさん挙がっていましたが、錦織委員がおっしゃったようにPre-CC OSCEの公的化にあたり、すごく各大学大変だということは目の当たりにしてきました。さらにPost-CC OSCEのほうまで国家試験化・公的化するというのは、現状でも各大学が限界を迎えているような実感がありまして、これ以上はちょっと無理なのではないかということは見えて感じています。前回の令和2年の報告書にあるように、各大学で実施するのではなく別の場所で実施するとか、実施時期についても、いろいろと考えることがあるのではないかなと思っています。

そのほかについては、皆さんの御意見がとても革新的でとても今、刺激を受けております。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、金城委員、どうぞ御発言ください。

○金城委員 琉球大学の金城でございます。

第119回の試験委員会の委員長を務めてまいりました。都合8年間試験作成に携わったという立場から、まず、第1点目でございますが、試験作成のプロセスの改善を、ぜひともこの部会で御議論いただきたいと思っております。試験委員会の体制や運営について、小西先生や河野先生からも御発言がありましたが、今後、いろいろな変更や改善をすると

いった際には、現行の試験委員会のやり方では、対応することは難しいと考えております。なぜ難しいかということに関しては、非公開情報に当たりますので、この場では、ここにとどめておきたいと思います。

次に、臨床実習に専念できるような医師国家試験を目指すべきということが、平成27年の報告でも書かれていて、各論の問題を厳選し、500問から400問に減らしたり、臨床問題の割合を増やしたりという改善が図られてきた。それで果たして本当に臨床実習に専念できる環境がつけられたのだろうか？ 相良先生からは、非常に悲観的な現状把握のコメントもございましたが、その背景には、伊藤先生もおっしゃっているように、医師国家試験がハイステークであることが問題だと思います。ハイステークな試験をやればやるほど、受験対策に走るというのは、これは人間の本性です。絶対評価のお話も錦織先生からございましたが、やはり年に1回しかない、しかも相対評価、つまり問題を易しくしても、結局相対評価で下の何パーセントが切られると言え、1点も落とせないというプレッシャーのなかで、受験勉強をせざるを得ない。当然ある程度の勉強はしてほしいわけですが、それが副作用を生むまでになっているということであれば、ハイステークさについて、問題の難易度や内容でコントロールする以外にも、CBT化、受験回数、受験時期を検討すべきではないかと。それから問題数が400問で果たして本当にいいのだろうかということも、この場で問題提起したいと思います。

例えば、米国ではUSMLEのStep2 CKは約300問、カナダのMCCQEは230問、英国のMedical Licensing Assessmentの知識部分のAKT、Applied Knowledge Testは200問ということになっております。

前回の改善検討部会で500問から400問に減らした結果として、何か不都合があるかということが検討されたと承知しておりますが、400問をさらに減らすことができないのだろうかということについても、議論をしていければと思います。

現行の400問を作成する試験委員も、ハイステークな委員会となっているということを申し添えたいと思います。つまり、400問よりも少ない問題数でも見極めることができるのであれば、試験作成の負担を軽減しながら複数回受験、CBT化など、実行しやすくなるのではないかと、ということです。

3点目は、少子高齢化、医師の地域偏在・診療科偏在について。昨今発表された地域医療構想で、急性期病院もAとBに分かれ、回復期、慢性期、在宅で活躍する医療人材が医師だけでなく、もっと必要だとなる。今の300人程度の総合診療専門医を選択する専攻医だけでは全然足りないだろうと思っております。

大学病院や高度急性期病院で勤務する医師は集約されるでしょうし、臓器専門医の方々も地域に診療応援されるのだと思います。大学病院と同じことを地域の病院で提供するというわけではなくて、自分が1か月に1回しか来ない、2週間に1回しか来ない、その間に副作用が出るかもしれないから、こういうことを注意してフォローしてほしいといった具合に、現場にいる総合診療科を含め非専門の医師や他職種とうまく連携することによっ

て支援するという、診療応援の形がこれからの専門医は求められるでしょう。

これからの医療の姿が反映されて、初期臨床研修制度の中に外来研修が必修化され、そして、広域連携で地域研修を半年確保されたのだと思います。モデル・コア・カリキュラムでも、患者、生活者を見る姿勢というのが、今回のコンピテンシーに導入されました。医師国家試験においても、この試験を受かって初期研修・専門研修をし、日本の医療を支えていく上で、治す医療はもちろん、治し支える医療の「支える部分」についても、きちんとできるようになっているのだろうか、ということをお聞きすべきではないでしょうか。そうした観点で、試験の作問、出題基準、ブループリントの在り方、必修問題、総論問題、各論問題の在り方ということをお話ししていきべきではないかということをお考えしております。

最後に、OSCEの公的化でございますが、プレの部分でいろいろな負担が増したことを、やはりポストでもやるとかなり副作用が出るのではないかと感じております。

わたくしもPost-CC OSCEに評価者として入りますけれども、学生は制限時間内にチェックリストをこなしていくことに必死になっていると、感じます。実習のときに患者さんに素晴らしい対応をしている学生が、試験中に丁寧に診察をすると、時間が足りなくて終わってしまうという、不自然な試験になっているのではないかと感じております。

ですので、実習中にワークプレイス・ベースド・アセスメントを行うほうがよいのではないかと。実習評価を公的化するの是非常に難しい問題を抱えておりますが、一定レベルを満たしていればオーケーとする、専門医更新の講習のような受講だけでオーケーですよというイメージでもいいのではないかと考えるところでございます。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

野上委員、何か御発言はございますでしょうか。

○野上委員 私は、医療のところでは、患者またはその家族という役割で、ここには試験の専門家という立場での貢献を期待されているのかなと感じております。

それで、まず、CBTなのですけれども、私自身はCBTの試験の開発等々にも関わっておりまして、CBT化の流れは、もう止められないのではないかと感じてはおりますけれども、1万人が2日間、今、受けているような試験をCBTでというようなところは、なかなかすぐにはできないのではないかと感じます。CATOのほうで共用試験を実施してはおりますけれども、問題をメンテナンスするのにとても時間をかけているので、まず、CBT化するということをお考えするのであれば、試験全体のような形で、その試験をメンテナンスする組織が必要になってくるのではないかと感じます。

また、Post-CC OSCEですとか、あと、外国の医学部を卒業した方にも、日本語の診療能力調査というような技能試験のようなものをさせてはおりますけれども、これも人数が随分増えてきていて、実施するのにどこかに依頼するというのも、なかなか難しいというような状況で、そういう技能試験等々もある程度標準化した形でできるような形で、国のほうで先導していけるような体制が必要になってきているのではないかなと感じております。

それから、相対評価が含まれていることにつきましては、導入の経緯などもいろいろ承知しておりますけれども、いろいろ細かいお話は、非公開のワーキンググループのところでさせていただきたいなと思っております。

○国土部会長 ありがとうございます。

今日は、本当にいろいろな立場から、論点について、かなり突っ込んだ大胆な御意見もいただいております。

今日のところは、そろそろまとめたいとは思いますが、追加で、小西委員、どうぞ。

○小西委員 短めに話しいたします。

冒頭にあまりしゃべるといかんと思って少し抑えたものですから、皆さんの御意見を受けてということでお話しいたします。

先ほどは、論点1と2について比較的絞ってお話ししたようなつもりでおります。論点3の臨床実習のOSCEのところと、論点5について少しコメントをします。短くします。

表題は、臨床実習後OSCEの国試化とされていますが、今後の論点のところにも記載されていますように、公的化された臨床実習前のOSCEとの関連性など、臨床実習後に限らないところに取り組みられると書いてあるところが、ある意味ですばらしいなと思えました。

この部会においては、先ほど私が申しましたように、臨床研修を含めた8年間の医師養成課程での幾つかの段階、臨床実習前と実習後と、あるいは研修修了時というところで、技能の点をもう少し広く含めたい、コミュニケーションなども含めた議論についての大きなグランドデザインを書けるといいと、この部会では思います。

そのためには、具体的には4点、包括的に今後議論したいなと思うところがございます。

1つは、公的化された臨床実習前OSCEが、現状どうであって、どうあるべきかということ、皆さんがおっしゃっているとおりです。

2点目は、先ほど錦織委員からもお話がありましたように、臨床実習中の診療現場での評価の在り方ということは大事だろうなと思います。

3点目に、やはり、今やっておりますけれども、臨床実習後の卒業時の技能評価の在り方。

それから、臨床研修時における評価の在り方、この4点を包括的に少し扱うことがいいのではないかと思います。

論点5のシームレスな医師養成に関しては、コメントベースですけれども、同じように、知識についても、この8年間の包括的なデザインをできればと思っています。

最後に、今後の進め方のところは、基本的に賛成で、特に意見はありません。医師国家試験というものは、戦後から始まっておりますけれども、先ほど厚労省の資料にもありましたように、必修の基本的事項の導入から30年たっております。医学総論と各論の導入からは38年がたっております。その間、いろいろな状況の変化がありますので、国家試験そのものの在り方について、大きな方向性を示す時期に来ていると私は認識しております。

1つ、この部会の仕事として、再来年の122回の国家試験の出題基準の改定に関して、改善

したらいい、こうしたらいいということを示すこと、これは1点、直近のものとしてあると思うのですが、もう一点、それ以降の中長期的な国家試験の在り方というものを、先ほどの8年間を含めて提言できるように部会が進んでいくといいなと思っております。

私からのコメントは以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

錦織委員、御発言はありますか。

○錦織委員 私も、ほかの委員の先生方に対しての応答にもなるのですが、今、小西委員、それから山田委員、それから金城委員からお話がありましたが、OSCEに関する論点の資料3の(3)について、私は、臨床実習における観察評価という言葉で申し上げましたが、金城委員からはWBAという言葉がございました。どちらでも構わないのですが、この文言を、今回の医師国家試験等改善検討部会の中で積極的に取り上げて議論していくことを提案申し上げたいと思います。

背景は、先ほど申し上げたとおりですけれども、実際、木戸委員が言われた直美の問題なども含めて、プロフェッショナルリズムやコミュニケーションといった能力については、やはり実際に臨床実習で長期観察することでいろいろ分かってくるところが現場ではございます。

ただ、OSCEでないと評価できない能力もあるとも認識しておりまして、OSCEと同等に、WBAという言葉は、英語で恐縮ですが、臨床実習中の観察評価という言葉でもいいですけれども、それを今回きちんと積極的に議論していくということを御提案申し上げたいと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

伊藤委員、どうぞ、御発言ください。

○伊藤委員 私も臨床実習後OSCEとして表現されている課題3について、意見を言わせてください。

公的化された臨床実習前OSCEは、診療参加型臨床実習を始める要件として設定されるという位置づけですので、時期が極めて重要で、診療参加型臨床実習の前である必要があると思います。

一方で、臨床実習後のOSCEが、もし臨床実習の成果を評価するものであれば、臨床実習が全て終了してから必ずしも行わなければいけないものではないと私は考えますので、この「後」という言葉が強くなり過ぎると、運用上も非常に窮屈になりますので、もう少し幅を持って考えてもいいのではないかと思います。

そして、WBAというものや、診療の観察評価というものについての御意見は、私も全く賛成です。相補的な部分もあると思います。相補的といいますのは、観察評価で評価が向いているもの、臨床実習後、あるいは臨床実習中かもしれない、OSCEが向いているものというのがありますので、うまく補い合ってやっていくような設計というのはいり得るのでは

ないかなと思います。

最後に、臨床実習後OSCEまで公的化して頑張り過ぎると、もうこれは多分待ったなしで大学がもたないと私は認識していますので、臨床実習後のOSCEの公的化を考えるならば、臨床実習前のOSCEの在り方も併せて議論しないと、絵に描いた餅になってしまって、よろしくないかなとは認識しています。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。大学の立場からの御意見もいただきました。

今日は、本当に活発な御発言をありがとうございます。事務局から提案した論点について、もう既にいろいろ御意見をいただいておりますが、さらに検討すべき課題、卒前教育にも関わってくるような話題もあったと思います。今後の進め方は、先ほど事務局から御説明いただいたとおりですけれども、今日いただいた御意見を基に事務局のほうでもう一回論点を整理していただきます。いろいろありますけれども、私が感じましたのは例えばCBT化と言っても、私、最初に思い描いたイメージと大分違うような話もありました。試験回数のこととか、あるいはマルチメディア化、河野先生がおっしゃいましたが、いろいろありますので、もう一回練り直して、整理して、次のワーキンググループでの非公開の議論で、さらに深めていくのが良いのではないかと思います、そういうことでよろしいでしょうか。

(首肯する委員あり)

○国土部会長 ありがとうございます。

それから、国家試験の詳細について、これは特に非公開で、これから行うということになると思います。

今後の方向性について、今回初回ではありましたが、委員の皆様の御同意が得られたと思います。

それでは、今日の議論の経過をもう一回取りまとめていただいて、次回の部会で報告書を取りまとめる、次回というのは来年ですね、それまでにワーキンググループを行うことになるかと思います。ありがとうございました。

事務局、そういうことで、よろしいですかね。

それでは、本日の議題は、これで終了したいと思います。

それでは、事務局にお返しします。ありがとうございました。

○佐々試験専門官 事務局でございます。

本日は、お忙しいところ御出席いただき、誠にありがとうございました。

部会長からありましたとおり、本日はこれにて閉会となりますので、以上となります。

本日は、ありがとうございました。