

医師国家試験改善検討部会 報告書

平成 27 年 3 月 30 日

目 次

I. はじめに	1
II. 具体的な事項について.....	2
1. 医師国家試験について	2
(1) 出題数について.....	2
(2) 出題内容等について.....	3
(3) 合格基準について	4
(4) 医師国家試験出題基準(ガイドライン)について.....	5
(5) 共用試験 CBT との連携について.....	5
2. OSCE について.....	6
3. コンピュータ製の導入及びプール問題等について.....	7
4. 外国で医師免許を得た者に対する医師国家試験受験資格認定について	7
III. 終わりに.....	9

I. はじめに

〔改善に係る基本的な考え方〕

- ・ 医師国家試験は、医師法第9条に基づき「临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」について行うこととされており、卒前教育や医療を取り巻く状況及び医療の進歩に合わせて改善を行ってきた。
- ・ 医師国家試験は、卒前教育・卒後臨床研修・新しい専門医の仕組みを含めた一連の医師養成過程の中に位置付けられることから、それぞれの到達目標との整合性を図りつつ、近年の卒前教育を巡る動向を踏まえ、その果たすべき役割を十分に発揮できるものとする必要がある。
- ・ 平成26年6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た。以後、臨床現場からのヒアリング及びワーキンググループでの議論を含めて8回にわたり検討を重ねた結果、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。

〔卒前教育や医療を取り巻く状況〕

- ・ 卒前教育に関しては、「医学教育モデル・コア・カリキュラム－教育内容ガイドライン」に基づき、基本的臨床能力の習得のため、各大学医学部・医科大学（以下、「医学部」という。）が、診療参加型臨床実習（以下、「臨床実習」という。）に参加する学生の能力と適正を事前に評価することで質を保証し、患者の安全とプライバシー保護に十分配慮しながら、臨床実習の一層の充実を図っている。
- ・ また、全国医学部長病院長会議及び医療系大学間共用試験実施評価機構が連携し、平成27年度より全ての医学部における臨床実習開始前の共用試験CBTⁱⁱⁱの合格基準を設定することにより臨床実習開始前の医学生の基本的な知識が担保される予定である。
- ・ 卒後に関しては、平成16年度から必修化された卒後臨床研修の到達目標については平成32年度の見直しに向け検討が進められているところであり、専門医については日本専門医機構が認定基準等を策定し、平成29年度からの養成の開始を目指して準備を進めている。
- ・ 医療に関しては、少子高齢化の進展に伴い、2025年には、団塊の世代が75歳以上となり、国民の3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となり、慢性疾患など複数の疾病を抱える患者、リハビリテーションを必要とする者、自宅で暮らしながら医療を受ける患者の増加が見込まれる。

〔今後の方向性〕

- ・ 今後の卒前教育や医療を取り巻く状況を踏まえ、具体的な方向性としては、単に知識を問う問題ではなく、例えば、症候から優先順位を考慮しつつ鑑別診断や治療方針の選択を進めていくという臨床医の思考過程に沿った、臨床的な応用力を問う問題を出題するため、出題傾向として「臨床実地問題」に、より重点をおくこととする。
- ・ この見直しについては、平成 27 年度より全ての医学部において、共用試験 CBT の合格基準が統一化され、それに合格した者が医学部を卒業することにより、医学生の基本的な知識が担保されることを前提として、「一般問題」の出題数や合格基準の見直し等を行うこととする。
- ・ 具体的な出題数や合格基準等の設定については、医道審議会医師分科会で更に検討を行い、共用試験 CBT の合格基準の統一化により基本的な知識が担保された医学生が医師国家試験を受験する第 112 回(平成 30 年)から適用するのが適当である。また、速やかに着手可能な改善事項については早急に対応することが望ましい。

II. 具体的な事項について

1. 医師国家試験について

(1) 出題数について

- ・ 医師国家試験は、臨床上必要な医学および公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識および技能について行われるものであり、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いる。近年の大幅な見直しは、第 95 回(平成 13 年)より、出題数が 320 題から 500 題へ拡大され、試験日数が 2 日間から 3 日間へ延長された。
- ・ 「医師国家試験改善検討部会報告書(平成 23 年 6 月 9 日)」(以下、「前回報告書」という。)においては、「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く、その観点から、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とされた。また、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の成績評価が、一定程度標準化されることが必要」とされた。

- その後、全国医学部長病院長会議及び医療系大学間共用試験実施評価機構が連携し、医学部における臨床実習開始前の共用試験 CBT の成績評価の標準化を進めるため、合格基準の統一化について継続して検討されてきた。
- 現在、医療系大学間共用試験実施評価機構により、共用試験 CBT は全ての医学部で臨床実習開始前(概ね 4 年次)に実施されており、その出題数は多肢選択式問題ⁱⁱⁱで 320 問^{iv}である。出題される問題は受験者毎に異なるが、それぞれの出題範囲と難易度は標準化されている。
- 今般、全国医学部長病院長会議及び医療系大学間共用試験実施評価機構による検討の結果、共用試験 CBT のデータをもとに算出した IRT^v標準スコアを活用することにより、合格基準の統一化が可能であることが示された。
- 本部会において、その検討の結果を前提として共用試験 CBT の出題内容と医師国家試験の出題内容の重複を精査し、平成 27 年度からの合格基準の統一化によって、卒前教育において確認される知識の内容や質などを評価した。
- その結果、医師としての基本的姿勢を含めた基本的診療能力を問う「必修問題」は現状通りとし、「医学総論」及び「医学各論」から「一般問題」として 100 題程度、医師国家試験の信頼性を損なうこと無く、減らすことが可能であると考え。なお、「臨床実地問題」の出題数については、より臨床の思考過程に重点をおきつつ、臨床実習の経験に即した出題傾向とするためには現状維持が適当である。

(2) 出題内容等について

- 本部会での検討を進めるにあたり、卒後臨床研修の現場で指導する立場の方(内科、救急科、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科)から卒後臨床研修を開始するにあたり、習得しておくべき内容についてヒアリングを行った。
- ヒアリングでは、臨床実習で実際に経験したことが解答につながる出題とすべき、複数の診療科で分野横断的に連携して対応する疾患を問う内容とすべき、認知症のように専門の診療科以外でも対応が必要となる疾患を問う内容とすべき等の意見があった。
- これらを踏まえ、医師国家試験の出題内容は、引き続き、高度な専門的事項を問う内容ではなく、臨床研修において、指導医の下で診療に従事するのに必要な知識および技能を問う水準とするとともに、診療科に関わらずに総合的な鑑別診断や治療方針の選択に関する能力を問う内容とする必要がある。

- ・ また、医師国家試験の出題内容は、医師国家試験が卒前教育・卒後臨床研修・新しい専門医の仕組みを含めた一連の流れを汲むものであるという前提のもと、少子高齢化など、今後の医療現場の動向に応じた出題内容とすることも重要である。
- ・ 具体的には、「臨床実地問題」については、医学生が特に臨床実習に主体的に取り組んだ結果を評価できるよう、前回報告書の提言を踏まえ引き続き、「列举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としての思考過程に沿った問題」を重視して出題すべきである。
- ・ また、「一般問題」については、「臨床実地問題」としての出題が困難である範囲や繰り返し出題すべき重要な範囲を中心としたものとし、それ以外は「臨床実地問題」で出題すべきである。
- ・ 出題にあたっては、引き続き、応用力を問うタクソミー^{vi}Ⅱ型・Ⅲ型の出題を中心とし、個々の問題形式^{vii}については問題の内容に応じて適切なものが選択されるよう引き続き留意すべきである。
- ・ このような見直しにより、「一般問題」の出題数が減少しても、これまでの医師国家試験として問うべき水準は維持されるものとする。

(3) 合格基準について

- ・ 現行の医師国家試験では、「必修問題」の合格基準は絶対基準を用いて80%以上の得点とされ、「必修問題」以外の「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る。さらに禁忌肢^{viii}の選択状況を加味して合否が決定される。
- ・ 「必修問題」以外の「一般問題」の出題数を減じるにあたり、従前の通り「一般問題」と「臨床実地問題」の合格基準を各々で相対基準を用いて設定した場合、「一般問題」の信頼性が低くなる可能性があることから「一般問題」と「臨床実地問題」を併せて相対基準を設定する等の算出方法の見直しを行うべきである。
- ・ また、具体的な配点や合格基準については、継続的に妥当性を評価し、医道審議会医師分科会において検討を行う必要がある。

(4) 医師国家試験出題基準(ガイドライン)^{ix)}について

- ・ 医師国家試験において限られた出題数の中で有意義な出題内容とするため、臨床実習開始前に問うべき内容は共用試験 CBT で出題されることを前提に、医師国家試験出題基準を、臨床研修において指導医の下で診療に従事する際に必要な知識および技能を問う水準とし、医学教育モデル・コア・カリキュラムや卒後臨床研修到達目標と整合性をとる必要がある。
- ・ また、今回の改善の主旨として、「臨床実地問題」の出題数の比率を高めることとともに、各領域における基本的な問題や保健医療論・公衆衛生等の「一般問題」での出題数は担保すべきであるという点を考慮した上で、ブループリント(医師国家試験設計表)^{x)}については、分野毎に必要な出題数が確保されるよう見直しを行う必要がある。
- ・ なお、医師国家試験と共用試験 CBT で出題される共通の範囲については医師国家試験では、臨床実習が終了し卒後臨床研修に臨む際に必要な知識の水準とすべきである。
- ・ 医道審議会医師分科会医師国家試験出題基準改定部会においては、これらを踏まえて、医師国家試験の問題が「妥当な範囲」と「適切なレベル」となるよう医師国家試験出題基準を適切に見直す必要がある。

(5) 共用試験 CBT との連携について

- ・ 共用試験 CBT と医師国家試験を卒前教育・卒後臨床研修・新しい専門医の仕組みを含めた一連の医師養成過程として位置づけるにあたり、共用試験 CBT は医師国家試験と密接に関連することから、全国医学部長病院長会議及び共用試験を実施する医療系大学間共用試験実施評価機構は、共用試験 CBT の運用状況や検証結果などの試験の改善・評価に必要な情報を国と共有する必要がある。
- ・ なお、共用試験 CBT については、臨床実習開始前に必要な知識を問うものとして位置づけられており、臨床に関する内容については、引き続き、医師国家試験に求める水準ではなく、臨床実習開始前に必要な基本的な知識を問うものとするべきである。

2. OSCE^{xii}について

- ・ 医師国家試験における OSCE については長年議論されてきたところであり、前回報告書においては、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されたものの、合否判定を伴う医師国家試験への導入については、「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」とされている。
- ・ 全国医学部長病院長会議の調査^{xiii}によると、卒前の臨床実習終了時 OSCE については、平成 25 年 5 月時点で全 80 医学部等の 54 校で実施されており、そのうち卒業認定に用いられているのは 29 校であった。
- ・ 本部会において、OSCE が筆記試験より優れている点として、臨床技能を評価するのにより適していること、態度やコミュニケーション能力など筆記試験では測れない部分の評価を行うことができるという点で共通の認識を得るに至った。
- ・ OSCE を医師国家試験として実施する場合は、全ての医学部で臨床実習終了時 OSCE を実施するためのインセンティブとなること、国民に対して安心感を与えるメッセージとなること等の利点がある一方で、統一的な模擬患者、評価者及び実施場所等の確保が困難であること等の課題があるとの指摘があった。
- ・ OSCE を医師国家試験としてではなく各医学部で臨床実習終了時 OSCE として実施する場合は、各医学部における臨床実習の結果が OSCE に反映されることにより医学生への臨床実習への意欲をより高めることが可能となること、6 年間の卒前教育に携わった者が態度やコミュニケーション能力などについて細かな評価を行うことが可能であること等の利点がある一方で、現状では医学部毎に評価者や会場等の実施体制、OSCE で用いる問題の数や質の差が大きいこと等の課題があると指摘があった。
- ・ 臨床実習開始前の OSCE の実施について 10 年以上の実績がある医療系大学間共用試験実施評価機構において、現在、全ての医学部における統一的な臨床実習終了時の OSCE を導入する準備が進められており、平成 32 年度を目処に全国的に正式実施が開始される見込みである。
- ・ これらの状況を踏まえると、現時点では、全国医学部長病院長会議及び医療系大学間共用試験実施評価機構による全ての医学部での臨床実習終了時 OSCE の導入を進めていくことが重要であると考えられる。医師国家試験への OSCE の導入の是非については、その達成状況を確認してから、改めて議論していく必要がある。

- ・ このことにより、各医学部で実施される OSCE については、今後の医師国家試験の在り方に関する議論と密接に関わるものであり、各医学部においては、共用試験 OSCE、臨床実習終了時 OSCE とともに、OSCE の試験としての重要性を改めて認識し、厳正な実施に努め、医学生の質の向上のため、OSCE の更なる充実に向けた取組みが重要となる。

3. コンピュータ製の導入及びプール問題等について

- ・ より多様な出題を目指すためにはコンピュータ製の活用が有用であり、現に諸外国では既にコンピュータ製の導入が進んでいる。
- ・ コンピュータを使用することにより、現在も導入されている静止画像のみならず、動画や音声等を活用し、臨床現場に近い形での出題が可能となるという指摘もある。
- ・ 一方で、コンピュータ製を導入するためには、日本の卒前教育に沿い、かつコンピュータの特性を活かした出題手法の開発、新たな合格基準の設定、及び諸経費等の問題について検討が必要である。
- ・ また、平成 17 年度の「行政機関の保有する情報の公開に関する法律」に基づく異議申し立てに対する、内閣府情報公開・個人情報保護審査会の答申においては、「プール制^{xiii}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、現行の医師国家試験の問題及び正解肢は公開することとしている。
- ・ コンピュータ製の導入に関してはこれらの課題について詳細に検討する必要がある。なお、これまで課題となっているプール問題の活用、医師国家試験の年間の実施回数等については、コンピュータ製の導入と合わせて検討すべき課題である。

4. 外国で医師免許を得た者に対する医師国家試験受験資格認定について

- ・ 医師法第 11 条第 3 項に基づき、外国の医学校を卒業し、又は外国で医師免許を得た者で、我が国の学校教育法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と同等以上の学力及び技能を有し、且つ、適当と認定したものに対して、医師国家試験の受験資格を与えている。

- ・ 具体的には、申請者毎に、基準に基づく書類審査において「本試験認定見込み」、「予備試験認定」又は「不認定」とし、「本試験認定見込み」とされた者は、日本語による診療能力の調査(以下、「日本語診療能力調査」という。)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こととなる。
- ・ 現在、受験資格認定における「本試験認定見込み」は、医学校の教育年限が6年以上で4年以上の専門課程(4,500時間以上)であること等の基準を設けている。
- ・ 一方で、近年、WFME^{xiv}により卒前教育のグローバルスタンダード^{xv}が提唱されており、我が国においても全国医学部長病院長会議を中心に日本医学教育評価機構^{xvi}の設立準備など、卒前教育の国際標準を踏まえた評価の準備が進められている。
- ・ こうした卒前教育の充実を踏まえ、医師国家試験受験資格認定においても外国の医学部における卒前教育の内容(カリキュラム、臨床技能の評価等)について、我が国の医学の正規の課程と同等以上であることをより客観的に評価する体制を検討すべきであり、予め外国の医学部における卒前教育の内容が我が国の医学の正規の課程と同等以上であると確認できた場合には、医師国家試験受験資格認定に係る審査において、個人の履修時間等の確認に係る書類審査の簡素化も可能である。
- ・ また、日本語診療能力調査は、日本語を用いて診察するために十分な能力を評価しており、平成17年の「医師国家試験等の受験資格認定の取り扱い等について」(平成17年3月24日医政局長通知)以降、評価項目の合計点が50%以上かつ0点の項目がないことを合格基準としている。
- ・ 我が国の卒前教育においては、医学教育モデル・コア・カリキュラムの策定、臨床実習開始前のOSCEの実施、臨床実習の充実及び臨床実習終了後のOSCEの導入が進められていることから、日本語診療能力調査についても、我が国の卒前教育の現状を踏まえると合格基準を60%以上かつ0点の項目がないこととすることが適当である。
- ・ さらに、現在も申請者数が増えつつあることから評価方法を充実すべきであるとの意見があったことを踏まえ、引き続き評価方法の検討を行うとともに適宜見直しを行っていく必要がある。

Ⅲ. 終わりに

- ・ 本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。
- ・ 前回報告書の時点からも卒前教育は大きく変わりつつあり、特に、臨床実習の充実と臨床実習終了時 OSCE による評価の導入を期待する。
- ・ 特に、卒後に関しては、平成 16 年度から必修化された卒後臨床研修の到達目標の見直しや日本専門医機構における認定基準等の策定といった動きが進んでいることがあり、医師国家試験としては、今後求められる医師として必要な知識および技能についても網羅していく必要がある、今後も、卒前・卒後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。
- ・ 今般、卒前教育の充実を踏まえ、医師国家試験において、より臨床能力を重視するよう「一般問題」の出題数を見直し、臨床的な応用力を問う問題を出題することとする。一方で、医師国家試験を受験する者には医師としての人間性・倫理性の評価が適切に行われることが前提であり、今回の見直しにあたり、各医学部においては 6 年間の卒前教育の中で医師としての人間性・倫理性を適切に評価するよう努め、医師として求められる基本的な資質の向上が図られるよう、より一層の教育内容の充実を強く希望する。
- ・ なお、現在は医師国家試験の出題数が 500 題のために 3 日間の試験日を設けているが、今般の出題数の見直しに伴い試験日数を 2 日間とするよう医師国家試験の運営の見直しを期待する。

以上

-
- i 「医学教育モデル・コア・カリキュラムー教育内容ガイドライン」:医学生が卒業までに最低限履修すべき教育内容をまとめたもの。平成13年3月に策定され、平成19年度と平成22年度に改訂されている。
 - ii 共用試験 CBT:医療系大学間共用試験実施評価機構により臨床実習開始前に実施されている共用試験のうち、コンピュータを活用した知識の評価(Computer Based Testing)のこと。平成17年度から正式に実施されている。
 - iii 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。
 - iv 320問のうち約240問が能力評価に使用する採点対象問題、約80問がIRT評価に必要な項目特性値を算出するために使用する試行問題。
 - v IRT:Item Response Theory(項目反応理論)の略。
 - vi タクソノミー:taxonomy、評価領域分類。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。
 - vii 医師国家試験で用いられる問題形式は、A type(5つの選択肢から1つの正解肢を選ぶ形式)、X2 type(5つの選択肢から2つの正解肢を選ぶ形式)、X3 type(5つの選択肢から3つの正解肢を選ぶ形式)、LA type(6つ以上の選択肢から1つの正解肢を選ぶ形式)及び計算問題である。
 - viii 禁忌肢: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設定されている選択肢のこと。
 - ix 医師国家試験出題基準(ガイドライン):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基準。
 - x ブループリント(医師国家試験設計表):医師国家試験出題基準の各項目(章、大項目等)の出題割合を示したもの。
 - xi OSCE:Objective Structured Clinical Examination(客観的臨床能力試験)の略。
 - xii 「医学教育カリキュラムの現状(平成25年度)」全国医学部長病院長会議
 - xiii プール制: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。
 - xiv WFME:World Federation for Medical Education(世界医学教育連盟)の略。WHO(世界保健機関)の関係組織。
 - xv WFME Global Standards for Quality Improvement in Basic Medical Education
 - xvi 平成27年3月に日本医学教育評価機構(仮称。JACME;Japan Accreditation Council for Medical Education)の設立準備委員会が立ち上げられた。

医道審議会医師分科会
医師国家試験改善検討部会委員

赤木 美智男 杏林大学 教授

◎ 井廻 道夫 新百合ヶ丘総合病院消化器・肝臓病研究所 所長

神野 正博 社会医療法人董仙会 理事長

小森 貴 日本医師会 常任理事

清水 貴子 聖隷浜松病院人材育成センター 副センター長

高木 康 医療系大学間共用試験実施評価機構 CBT担当理事

中谷 晴昭 千葉大学 副学長

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 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 名古屋大学大学院医学系研究科 教授

堀田 知光 国立がん研究センター 理事長

本橋 豊 京都府立医科大学 特任教授

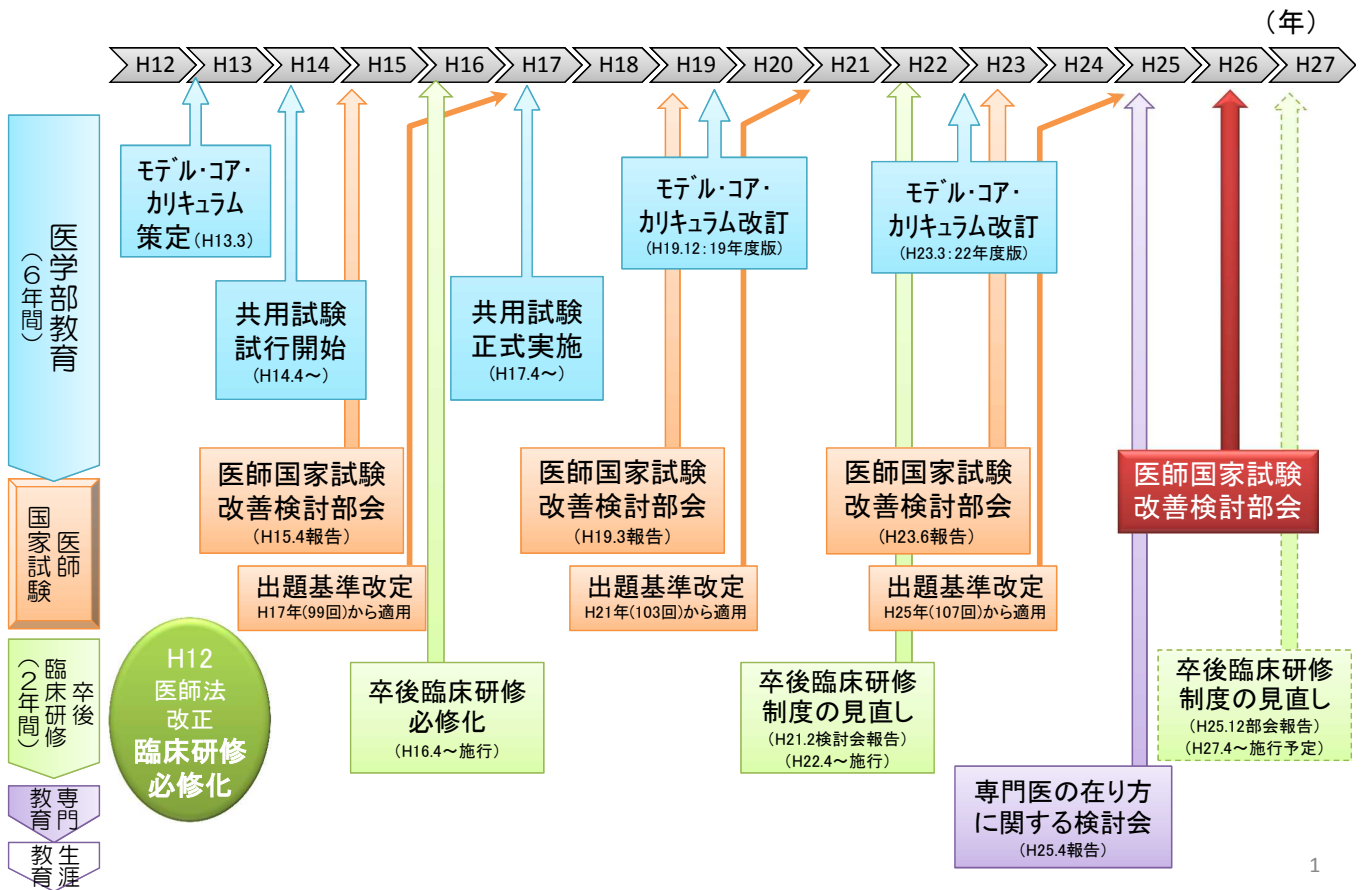
山口 育子 NPO法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長

(オブザーバー)

寺門 成真 文部科学省高等教育局医学教育課長

※◎は部会長。敬称略、50音順。

卒前・卒後の医師養成過程を巡る近年の動き



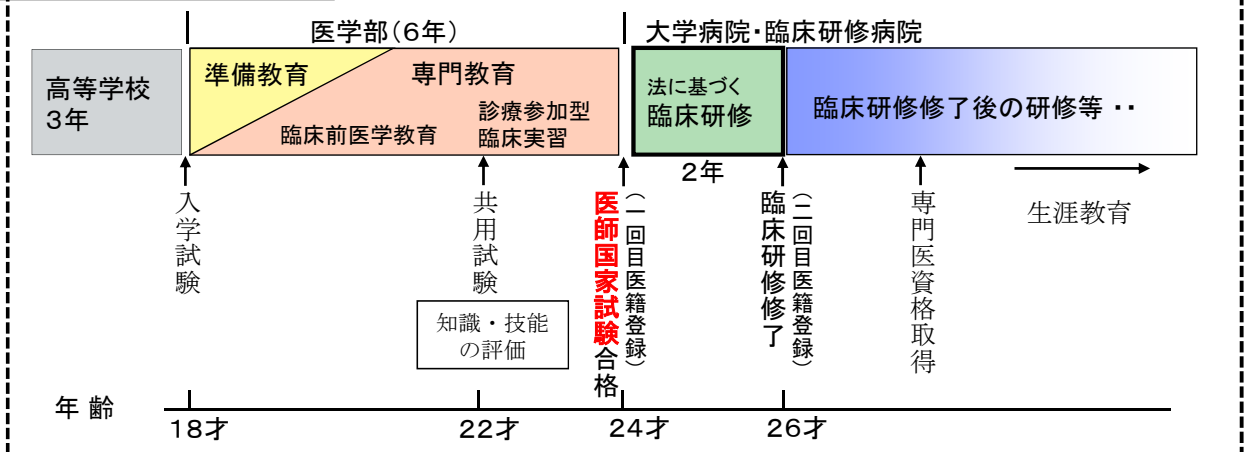
医師国家試験の現状

現行の医師国家試験

- 医師国家試験は、医師法第9条に基づき「临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」について実施される。
- 多肢選択式・マークシート方式で、出題数は500題（3日間）である。
- 具体的な出題範囲は「医師国家試験出題基準」に準拠し、ブループリント（医師国家試験設計表）において各項目・評価領域毎の出題割合を提示している。
- 必修問題、必修問題を除いた一般問題・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を決定する。

出題数	一般問題	臨床実地問題
必修問題: 100題	50題	50題
医学総論: 200題	200題	200題
医学各論: 200題		

医師養成過程の流れ



平成25年版 医師国家試験出題基準とブループリント

1 医師国家試験出題基準の定義

医師国家試験出題基準(ガイドライン)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基準である。

2 ブループリントとは

ブループリント(医師国家試験設計表)は、医師国家試験出題基準の各項目(章、大項目等)の出題割合を示したものである。これに基づき、医療に対するニーズが拡大している近年の状況を踏まえ、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ほか、頻度や緊急性の高い疾患についても優先的に出題することになる。

【必修の基本的事項】

(大項目)	(ブループリント)
1 医師のプロフェッショナリズム	約4%
2 社会と医療	約6%
3 診療情報と諸証明書	約2%
4 医療の質と安全の確保	約4%
5 人体の構造と機能	約3%
6 医療面接	約6%
7 主要症候	約15%
8 一般的な身体診察	約13%
9 検査の基本	約5%
10 臨床判断の基本	約4%
11 初期救急	約9%
12 主要疾患・症候群	約10%
13 治療の基本	約4%
14 基本的手技	約4%
15 死と終末期ケア	約2%
16 チーム医療	約2%
17 生活習慣とリスク	約5%
18 一般教養的事項	約2%

【医学総論】

(章)	(ブループリント※)
I 保健医療論	約10%
II 予防と健康管理・増進	約13%
III 人体の正常構造と機能	約10%
IV 生殖、発生、成長・発達、加齢	約10%
V 病院、病態生理	約13%
VI 症候	約13%
VII 診察	約8%
VIII 検査	約10%
IX 治療	約15%

注:「医学総論」では大項目までブループリント(医師国家試験設計表)を設定

【医学各論】

(章)	(ブループリント)
I 先天異常、周産期の異常、成長・発達の異常	約5%
II 精神・心身医学的疾患	約5%
III 皮膚・頭頸部疾患	約11%
IV 呼吸器・胸壁・縦隔疾患	約7%
V 心臓・脈管疾患	約10%
VI 消化器・腹壁・腹膜疾患	約13%
VII 血液・造血管疾患	約5%
VIII 腎・泌尿器・生殖器疾患	約12%
IX 神経・運動器疾患	約9%
X 内分泌・代謝・栄養・乳腺疾患	約8%
X I アレルギー性疾患・膠原病、免疫病	約5%
X II 感染性疾患	約8%
X III 生活環境因子・職業性因子による疾患	約5%

※ブループリントの数字は概数のため必ずしも合計が100%にならない。

3

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103～106回	第107回～
年	平成5～8年	平成9～12年	平成13～16年	平成17～20年	平成21～24年	平成25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: 昭和53年～
医師国家試験設計表(ブループリント): 平成13年～

平成13年～問題の公募

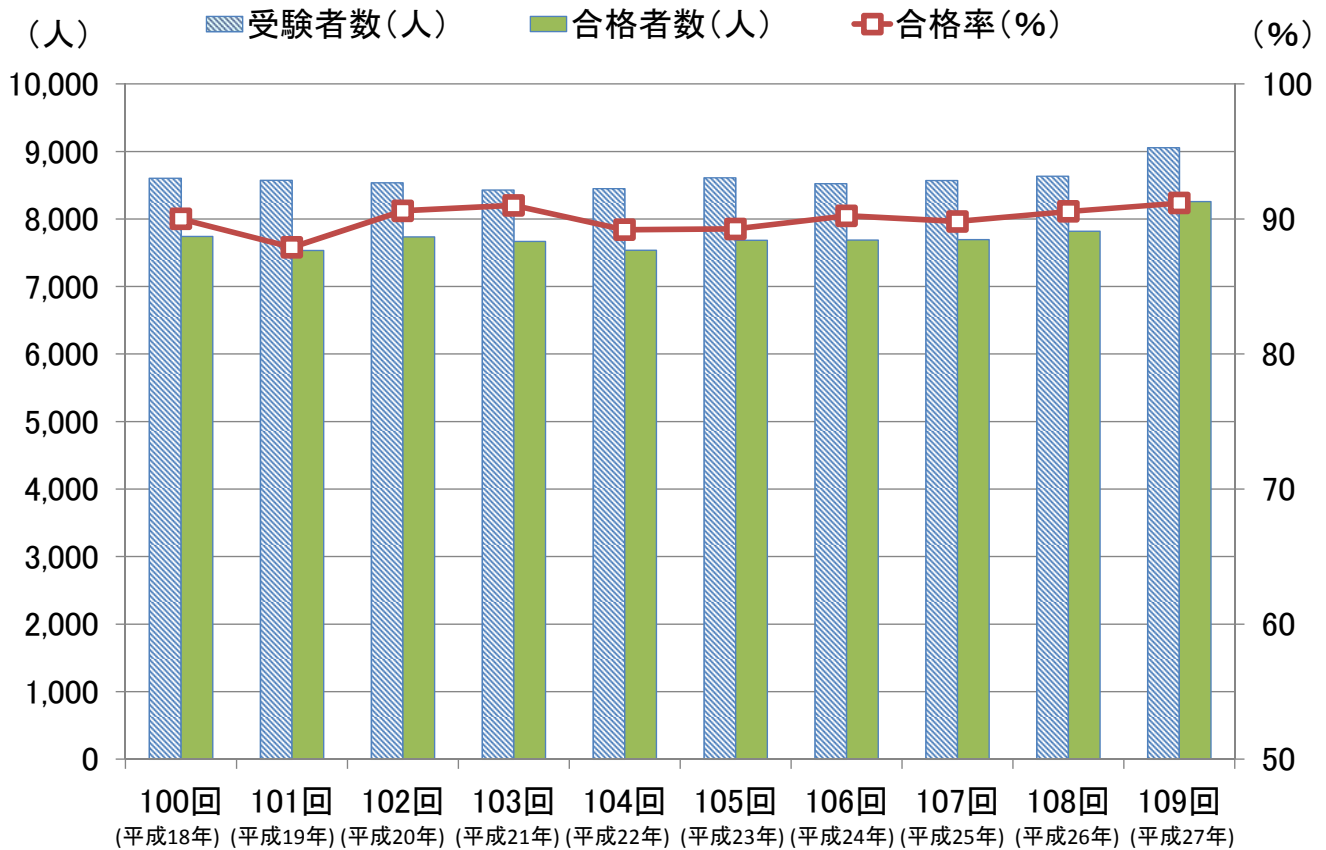
平成13年～問題回収

平成18年～問題の持ち帰り可

平成18年～正答肢の公表

4

医師国家試験の合格率等の推移



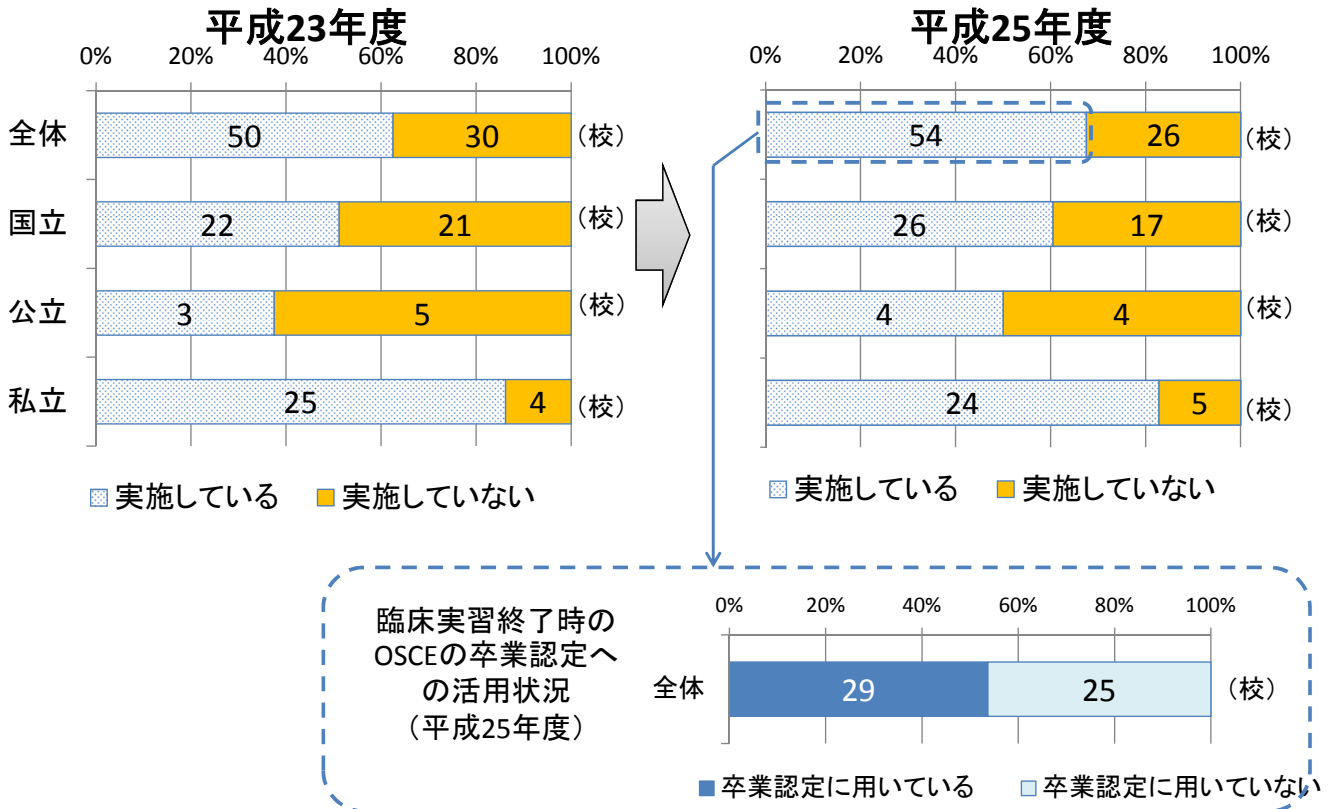
5

第109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	H26年4月～H27年3月	1回	8,250人	91.1%	7,798人	94.5%
	既卒					
既卒	H25年4月～H26年3月	2回	471人	5.2%	351人	74.5%
	H24年4月～H25年3月	3回	109人	1.2%	66人	60.6%
	H23年4月～H24年3月	4回	43人	0.5%	18人	41.9%
	H22年4月～H23年3月	5回	31人	0.3%	11人	35.5%
	H21年4月～H22年3月	6回	19人	0.2%	3人	15.8%
	H20年4月～H21年3月	7回	10人	0.1%	2人	20.0%
	H19年4月～H20年3月	8回	8人	0.1%	2人	25.0%
	H18年4月～H19年3月	9回	10人	0.1%	1人	10.0%
	H18年3月以前	10回以上	106人	1.2%	6人	5.7%
計			807人	8.9%	460人	57.0%
総計			9,057人	100%	8,258人	91.2%

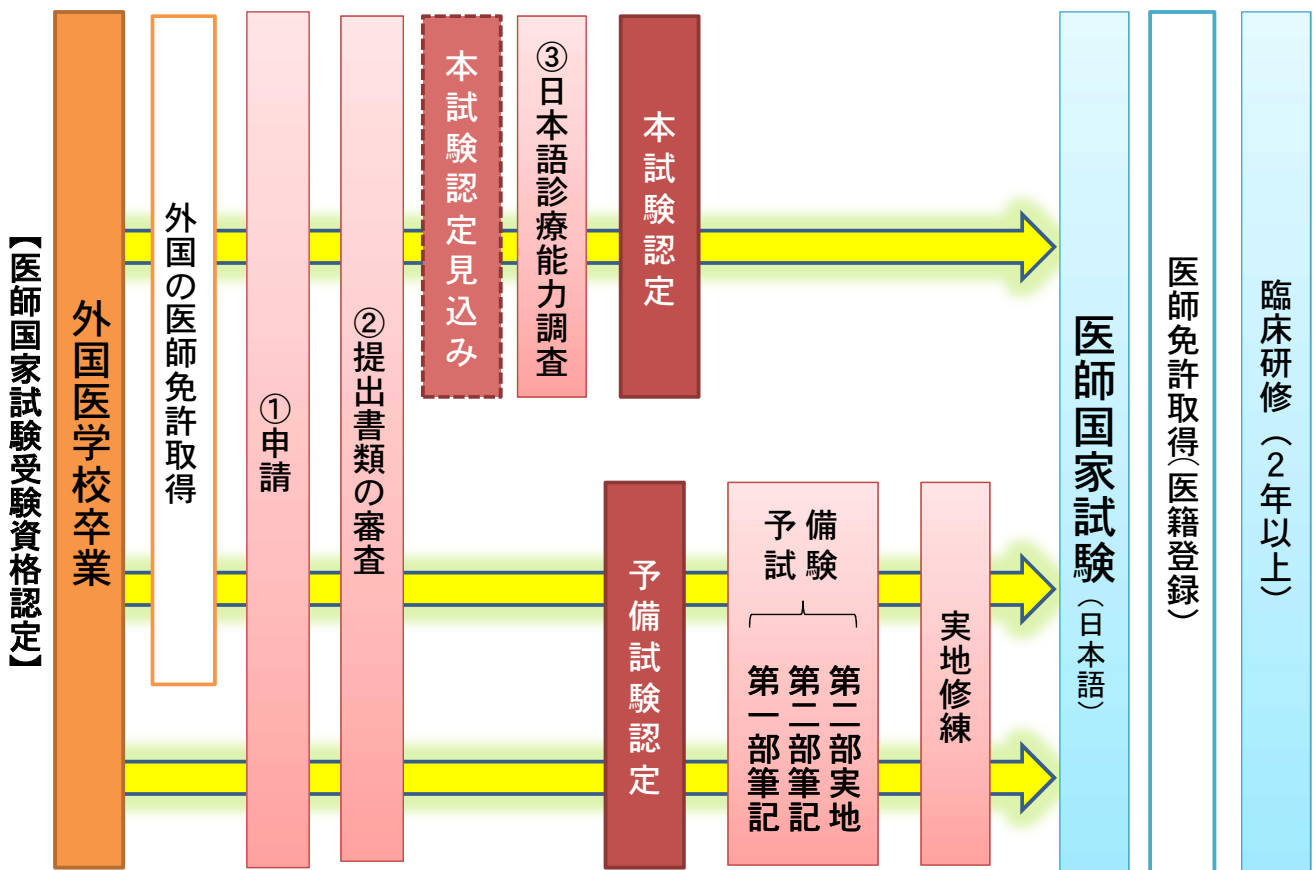
6

各医学部における臨床実習終了時のOSCEの実施状況



(出典) 全国医学部長病院長会議 「医学教育カリキュラムの現状(平成23年度)」及び「医学教育カリキュラムの現状(平成25年度)」

外国医師による日本の医師免許取得の流れ(現行)



現行の医師国家試験受験資格認定基準(書類審査)

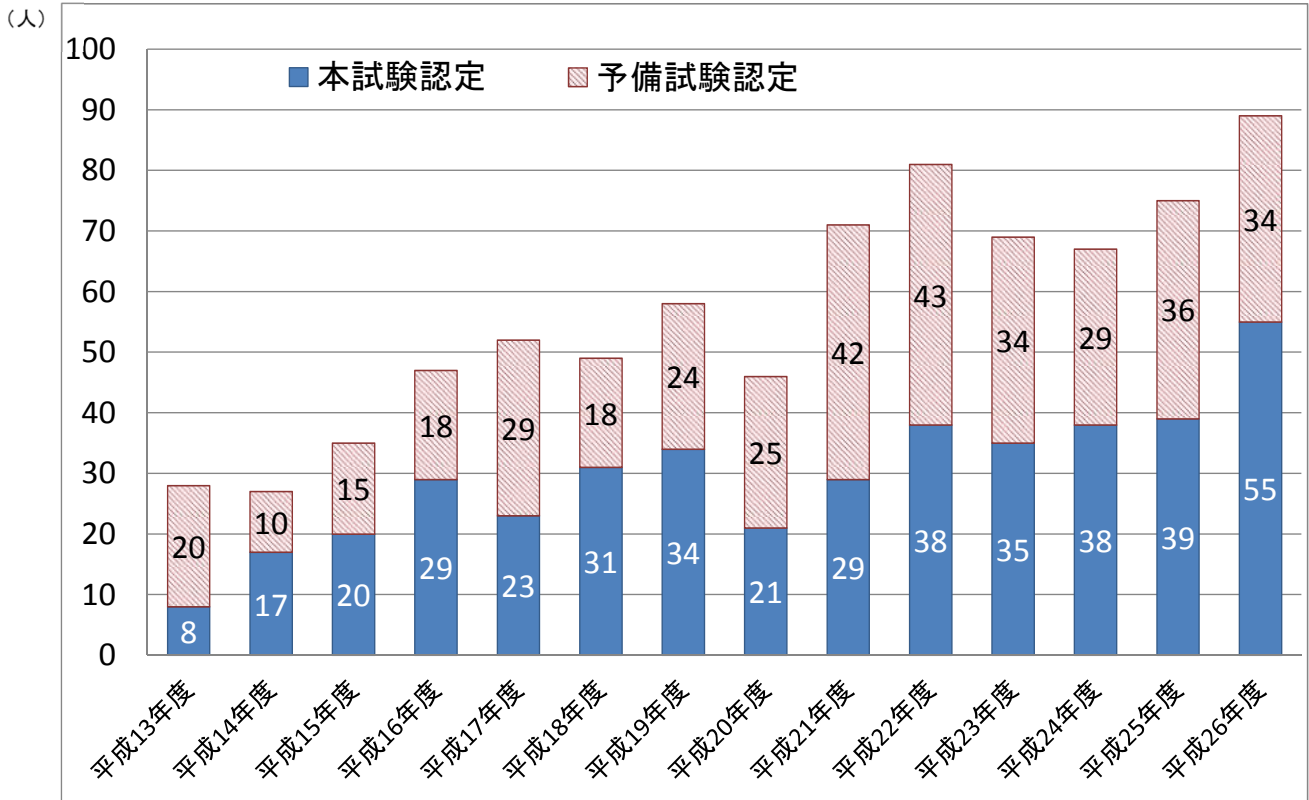
		「本試験認定」	「予備試験認定」
修業年数	医学校の入学資格	高等学校卒業以上(修業年数12年以上)	
	医学校の教育年限※	6年以上 [進学課程:2年以上、専門課程:4年以上] (ただし、5年であっても5,500時間以上の一貫した専門教育を受けている場合には基準を満たすものとする。)	5年以上 [専門課程:4年以上]
	医学校卒業までの修業年限	18年以上	17年以上
専門科目の授業時間		4,500時間以上で、かつ一貫した教育を受けていること	3,500時間以上で、かつ一貫した教育を受けていること
医学校卒業からの年数		10年以内 (但し、医学教育又は医業に従事している期間は除く)	
専門科目の成績		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 Schoolsに原則報告されていること	
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
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	

※:大学院の修士課程、博士課程等は算入しない。

(医政局長通知)

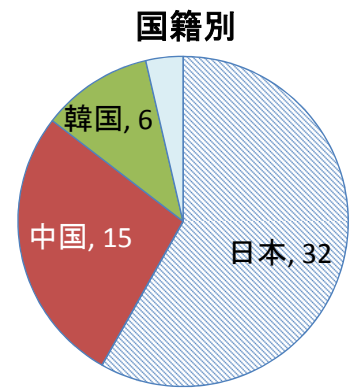
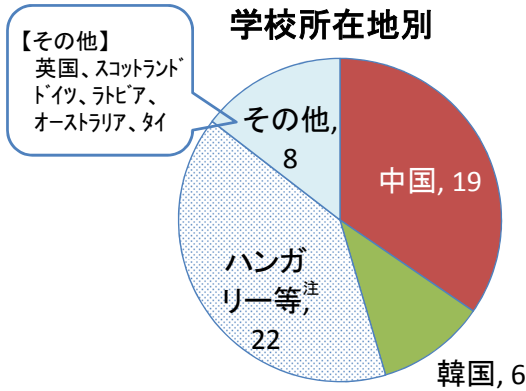
9

受験資格認定者数の推移

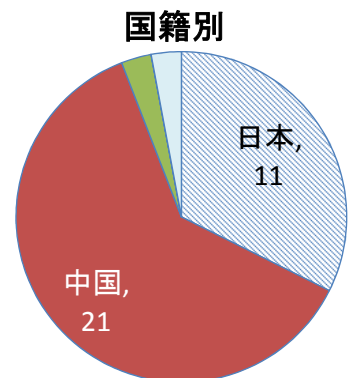
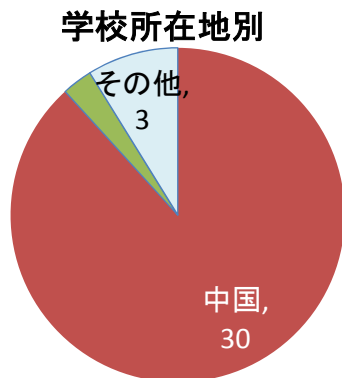


受験資格認定者の内訳(平成26年度)

本試験認定



予備試験認定



注:ハンガリー、ブルガリア、スロバキア、チェコ、ルーマニアを含む