

医師国家試験改善検討部会 報告書

令和2年 11 月

目次

1. はじめに.....	3
2. 医師国家試験問題について.....	3
(1) 出題数及び合格基準について	3
(2) 出題基準について	4
(3) 禁忌肢について	4
(4) その他	5
3. コンピュータ製の導入等について	6
(1) 医師国家試験へのコンピュータ製の導入について	6
(2) 試験問題のプール制について	6
(3) 問題の非公開化について	7
4. OSCE の導入について	7
5. 受験回数の制限について	9
6. 外国の医学部を卒業した者に対する医師国家試験について	10
(1) 基本的な考え方	10
(2) 受験資格認定基準について	10
(3) 予備試験等の共用試験 CBT 及び OSCE による代替について	11
(i) 予備試験について	11
(ii) 日本語診療能力調査について	12
7. おわりに.....	12

1. はじめに

- 医師国家試験は、医師法第 9 条に基づき「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」について行うこととされており、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。
- 近年、卒前教育、臨床研修、専門研修、及びその後の生涯教育にわたり、医師の養成を一貫して行う必要性が認識されてきている。平成 27 年医道審議会医師分科会医師国家試験改善検討部会報告書(以下、「前回報告書」という。)に基づく第 112 回医師国家試験の見直し以降、令和 2 年度からの臨床研修制度の見直しや、卒前教育におけるいわゆる Student Doctor の法的位置づけに向けた議論など、一貫した医師養成に向けた改革が進められており、医師国家試験においてもさらなる改善に向けた取り組みが求められている。
- 令和元年 7 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 8 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。
- 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、今後の改定を経て令和 5 年（第 117 回）の試験から適用することが望ましい。

2. 医師国家試験問題について

(1) 出題数及び合格基準について

- 平成 27 年度からの共用試験 CBT の最低合格基準の設定を踏まえ、前回報告書に基づき、第 112 回医師国家試験から、問題数が 500 題から 400 題へ変更されるとともに、従来各々合格基準が設けられていた「一般問題」と「臨床実地問題」について、両者をあわせて相対基準を設定することとされた。
- 本部会において、第 112 回からの出題数及び合格基準の変更による評価の信頼性に対する影響について、分析・検討を行ったが、著しい信頼性の低下は認めなかったことから、現時点でさらなる見直しは行わず、現行の問題数及び合格基準による試験をさらに重ね、得られたデータを基に引き続き検討を行うことが妥当である。

（２）出題基準について

- 前回報告書においては、出題内容について「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」とされるとともに、共用試験 CBT との重複を考慮して一般問題を削減し、臨床問題については臨床実習の経験に即した出題傾向とする方針が確認されている。
- 近年、一貫した医師養成への取り組みが進む中で、医学生がより集中して診療参加型臨床実習に取り組める環境を構築する重要性は増しており、医師国家試験の出題基準を可能な限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ことが妥当である。
- 具体的には、「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」という前回報告書における原則に基づき、特にブループリントの各論について出題する疾患を厳選すること、出題する疾患についてはどの程度の知識を求めるかを示すこと、臨床実習前に修得可能な単純な知識を問う領域を除外すること等を検討し、全体として出題範囲を絞るべきである。例として、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あるいは頻度が極めて低い疾患等については、原則、臨床研修において適切なコンサルテーションができるための知識を求める程度にとどめるべきである。
- 出題基準の見直しについては、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検討が行われるものであるが、可能な限り精緻な検討を行うべきであることから、部会に先立ち、研究班等における専門家による検討を踏まえて上記の考え方に沿った原案を作成する等、あらかじめ整理することが望ましい。

（３）禁忌肢について

- 医師国家試験における禁忌肢は、平成 9 年の第 91 回医師国家試験より導入され、「患者の死亡や不可逆的な臓器の機能廃絶に直結する事項」を新たに禁忌肢問題として出題することとされた。また、平成 15 年の医師国家試験改善検討委員会報告書において、前述の内容に加え、「極めて非倫理的な事項」も明示的に加わり、禁忌肢として出題される可能性のある範囲が拡大して現在まで出題が継続されている。
- 禁忌肢については、導入から約 20 年が経過し、医師として不適格な者を判別するという当初の目的が達成されるものとなっているか等、その在り方については様々な意見が

あり、医療安全をめぐる社会的な要請や禁忌肢の設定による教育的な効果など様々な観点からの議論が必要である。

- 本部会において、禁忌肢の選択数とその後の医師の行政処分との関係性について調査するなど、可能な範囲で分析を行ったが、禁忌肢問題の撤廃に足る根拠は不十分であり、現時点では継続することが妥当である。
- ただし、禁忌肢の内容について、「極めて非倫理的な事項」に相当する問題については、禁忌肢を選択する者が非常に少ないため有効性の判断が困難であることに鑑み、禁忌肢導入当初の「患者の死亡や不可逆的な臓器の機能廃絶に直結する事項」に限定することが妥当である。
- 禁忌肢を含む問題数について、第 112 回より全体の問題数が削減されているが、禁忌肢を一定数以上選んだ者を判別するという禁忌肢本来の目的に鑑みると、現時点では、概ね現在の問題数を維持することが望ましい。問題数については、今後、今回の出題内容の変更後の解答状況等を再度評価した上で、引き続き検討を行うべきである。
- 禁忌肢の公開についても、今回の出題内容の変更後の解答状況等を再度評価し、3（3）に記載する、問題の非公開化の議論の進捗とあわせ、教育的な効果等も考慮した上で、引き続き検討を行うことが望ましい。

（4）その他

- 英語問題について、近年出題された問題について正答率の変動が大きいことが指摘されており、医学生にとっても学習が困難な領域となっている。医師として具有すべき英語能力については、英語文献を読む能力や診療を行う能力など多岐にわたるが、臨床研修医に特に求められる英語能力は、臨床研修医が実際の医療現場において上級医をはじめとした医療従事者間でのコミュニケーションをとる際や、外国人患者への診察を行う際に必要な基礎的な英語の能力であることから、これらを医師国家試験における英語問題の出題の中心とすることが望ましい。
- 計算問題について、近年の電子機器の発展により、診療の現場において必要な数値計算をより簡便に行うことができる環境が整った。その状況に鑑み、計算問題については、単純な計算結果の数値自体を問う問題ではなく、計算結果を得るために必要な知識や結果の解釈、臨床判断への活用などを問うような問題とすることが望ましい。

3. コンピュータ制の導入等について

(1) 医師国家試験へのコンピュータ制の導入について

- 前回報告書においても指摘されたように、医師国家試験のコンピュータ化により、連続して判断が求められる問題やマルチメディアを用いたより臨床に即した問題の出題が可能となり、診療参加型臨床実習の活性化にも寄与することが期待できることから、今後、コンピュータ化に向けた検討を具体的に進めていくべきである。
- コンピュータ制の導入にあたり、最終的な到達目標としては、臨床実習前の共用試験 CBT と同様に、個々の受験者に対して異なる問題が出題され、異なる日時においても受験が可能となるシステムが構築されることが望ましい。
- 一方で、前回までの報告書において指摘がなされたように、実施方法や、出題手法、合格基準、諸経費等の課題の解決が必要であることから、例えば視覚素材からのコンピュータ化や一斉受験を前提としたコンピュータ化など、段階を踏んだ導入の検討も行うことが望ましい。
- コンピュータ化については、災害時や感染症のパンデミック時等、通常の試験実施が困難となった場合において、試験の複数回化や実施場所の増加等への対応が容易となることが想定される観点からも、可能な限り早期の導入が望まれる。

(2) 試験問題のプール制について

- 医師国家試験へのプール制の導入については、医師国家試験改善検討部会において長年その導入を目指す提言がなされてきており、実際に平成 13 年(第 95 回)の国家試験から問題冊子の回収が行われてきたところである。しかし、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を受けて、平成 19 年(第 101 回)以降、問題冊子の持ち帰りが認められたことから、事実上プール制への移行は困難となり、試験委員会が毎年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。
- 過去の報告書でも指摘されているように、良質な問題の作成には、一度使用された試験問題のブラッシュアップ作業が不可欠であるが、プールされた問題を適切な手法で再利用することは医師国家試験の質の向上に大きく寄与すると考えられる。
- また、前項のコンピュータ制の導入にあたり、個々の受験者に対して異なる問題を出題するシステムを構築するためには、大量のプール問題が必要となることから、早期にプール制を導入するべきである。

- 医師国家試験の問題については、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ことも多く、一定以上年数を経た問題はプール問題としての活用が困難であることから、使用して間もない問題をプール問題として活用できる体制を構築するためには、次項に記載する試験問題の非公開化が不可欠である。

(3) 問題の非公開化について

- 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を受け、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されている。
- 問題の非公開化により、試験問題のプール化が促進され、①コンピュータ化に向けた課題の一つが解消されること、②良問の再利用が促進され医師国家試験の質の向上につながることで、③試行問題の導入が可能となること、④実施回ごとの試験問題の難易度によらない評価基準が設定できることで絶対評価が可能となること等のメリットが考えられる。
- これらの点を踏まえ、受験生に対する教育的効果の観点等から、問題の一部を公開するなどの対応はとり得るものの、本部会の結論として、医師国家試験は再度、原則非公開とすることが妥当と考える。

4. OSCE の導入について

- 技能および態度を評価する試験である OSCE(Objective Structured Clinical Examination)の医師国家試験への導入については、長年その必要性が指摘されており、近年の一貫した医師養成を目指す動きの中で、臨床実習終了後に行う OSCE の重要性はさらに増している。
- 前回報告書において、「(現時点では、)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」とされ、「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。」とされている。
- 公益社団法人 医療系大学間共用試験実施評価機構(CATO)により実施されている臨床実習後 OSCE(Post-CC OSCE)は令和元年度に全大学が参加したトライアルが行われ、令和 2 年度より正式実施が開始されている。
- 一方で、共用試験 CBT 及び臨床実習前 OSCE(Pre-CC OSCE)は、平成 17 年度より実

施されており、令和2年5月に取りまとめられた医道審議会医師分科会報告書において、その成熟に鑑み公的化すべき試験とされ、今後法改正も視野に入れて具体的な検討が行われる予定とされている。

- 以上を踏まえ、Post-CC OSCE の医師国家試験への導入については、CATO による正式実施が開始されて間もない現状に鑑み、現時点では医師国家試験に相当する位置付けとすることは妥当ではなく、将来的に Post-CC OSCE の成熟を見きわめて判断を行うべきである。

- Post-CC OSCE の医師国家試験への将来的な導入について、本部会においては下記のように課題を整理した。

I. 試験の実施について

- ①実施時期が医師国家試験の受験勉強期間と重なること。
- ②実施場所について、現在は各大学で実施しているが、国家試験とした場合に利用可能な施設の確保が必要であること。
- ③実施経費について、受験料、大学負担分、国・都道府県（地域）の負担分等の検討が必要であること。
- ④必要な機材について、録画機材、シミュレーター等標準的に具備すべき機材・物品の用意が必要であること。
- ⑤評価結果の集計について、現場で評価結果を入力、集計するためのシステムの導入が必要であること。

II. 問題作成と評価について

- ①現在は CATO 提供課題3 課題に各大学が独自に作成した大学独自課題3 課題を加えて実施しており、統一が必要であること。
- ②国家試験と同様に、各問題の適切性の評価を試験実施後に行うことが必要であること。
- ③実技試験の受験勉強化を避けるために、多様な問題のプールが必要であること。
- ④問題の作成・検証及び合否判定を行うための、公的な場が必要であること。
- ⑤所定の課題を同一日程に実施するための体制作り、あるいは同一日程に実施できない場合における課題設定等についての検討が必要であること。

III. 評価者及び模擬患者について

- ①評価者・模擬患者の絶対数の不足等に伴う継続的な人材育成への対応が必要であること。
- ②評価者・模擬患者の標準化が必要であること。
- ③評価者・模擬患者の認定について、国がどのように関与するかを検討が必要であること。

④現在は、内部評価者（大学教員・臨床実習実施関連病院医師）と外部評価者（他大学教員・臨床研修病院指導医）の両者により評価を実施しているが、国家試験化する場合の評価者について検討が必要であること。

⑤評価者・模擬患者の派遣システムの構築が必要であること。

⑥評価者・模擬患者からの問題の漏洩について、対策が必要であること。

- 次回の医師国家試験改善検討部会において、上記の様々な課題に関する観点から改めて Post-CC OSCE の実施状況を確認し、医師国家試験に相当する位置づけとすることについて、改めて検討を行うことが望ましい。

5. 受験回数の制限について

- 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、少なくとも昭和 60 年の医師国家試験改善検討部会より断続的に検討が行われ、直近では平成 23 年の医師国家試験改善検討部会において、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ができないこと等の理由から、導入を行わないとされた。
- 昨今、医学教育における OSCE の導入など、環境が大きく変化するなか、医学部卒業から期間が空いた者に対する質の担保が課題となり得るとの意見もあったことから、本部会において改めて検討を行った。
- 医学部卒業から期間が空いた者の卒業後の進路や医道審議会の処分歴等の客観的な情報も踏まえた検討を行ったが、明らかに他の医師と異なるといった事実は明らかとされなかったことから、受験回数の制限を現時点で導入することは妥当ではない。
- ただし、臨床実習から長年離れていることから技能に関する確認は行われることが望ましく、Pre-CC OSCE が公的化された際には、Pre-CC OSCE の受験がない時代に医学部を卒業した者及び Pre-CC OSCE の受験から一定程度期間が経過した者については、移行期間を設けた上で Pre-CC OSCE の受験を必須とするべきであり、将来的には Post-CC OSCE の成熟を見きわめて、Post-CC OSCE の受験を課すことの検討を行うことが望ましい。
- また、基礎医学等の医師国家試験で出題されない領域の知識についても改めて確認が行われることが望ましく、今後、出題基準の見直し等の状況を踏まえて、共用試験 CBT を課すことについても検討を行うことが望ましい。

6. 外国の医学部を卒業した者に対する医師国家試験について

(1) 基本的な考え方

- 外国の医学部を卒業した者に対する医師国家試験受験資格については、医師法第 11 条に基づき、①医師国家試験予備試験に合格した者で、合格後 1 年以上の実地修練を経た者 ②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、かつ、適当と認定された者に対して受験資格が与えられている。
- 近年、海外の医学部を卒業して医師国家試験を受験する者が増加傾向にあり、医師の需給の観点から合格者数の制限を行うべきとの意見もあったことから、改めて本部会において、これらの者に対する合格判定の在り方について議論を行った。
- 医師国家試験の第一義的な目的は、我が国における医師として求められる知識及び技能を評価し、質の担保を行うことであること、及び「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」における議論等を踏まえ、海外の医学部を卒業した者に対しても、公平性を持った評価を行うべきであり、現時点でこれらの者に対して別途基準を設けることは妥当ではない。
- 一方で、今後さらに受験者が増加した場合においては、医師の需給バランスの適正化のための一つ的手段として、医師国家試験及びその受験資格認定による調整も検討すべき状況となる可能性が考えられるため、医師需給分科会等の検討会等の議論を注視し、必要に応じて引き続き検討すべきである。

(2) 受験資格認定基準について

- 「本試験認定見込み」及び「予備試験認定」については、医学校の教育年限や専門課程の時間数等の基準により判定が行われている。
- 近年、世界医学教育連盟(WFME)による卒前教育の標準化が進められていることを背景に、前回の報告書において、「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」とされている。
- 海外においても WFME の活用が進められており、米国においては、2024 年度から、USMLE の受験要件として、受験者が卒業した大学が WFME 公認の認証機関による認定を受けていることが必須となる予定である。

- 我が国においても全国医学部長病院長会議を中心に WFME 公認の認証機関である日本医学教育評価機構（JACME）が設立された後、全国の医学部が順次 JACME による認定を受けており、2023 年度を目途に日本の全医学部の初回の評価が終わる予定である。
- 以上の状況を踏まえ、将来的には、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ことを評価するための一つの基準として、卒業した大学が WFME 公認の認証機関の認定を受けていることを要件とすることが望ましい。
- 現時点では、申請者の多い国の中には WFME の認証機関が設立されて間もない国等も存在することから、近年の WFME の公認基準の変更や、各国における認定の状況を見ながら、引き続き慎重に検討を行う必要がある。

（３）予備試験等の共用試験 CBT 及び OSCE による代替について

- 前回報告書において、外国の医学部を卒業した者が受験する日本語診療能力調査について、「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」とされていた。
- 我が国の大学における卒前教育において、医師国家試験前に受験する試験として、平成 17 年から CATO により実施されている、共用試験 CBT 及び Pre-CC OSCE があり、全ての医学生が臨床実習前に受験を行っている。
- 前述のとおり、共用試験 CBT 及び Pre-CC OSCE については、その成熟に鑑み公的化すべき試験とされ、今後法改正も視野に入れて具体的な検討が行われる予定とされており、これらの関連する制度にかかる近年の動向等を踏まえ、予備試験及び日本語診療能力調査について、下記の見直しを行う。

（i）予備試験について

- 医師国家試験予備試験は、1 年以上の実地修練を行う前段階で受験される試験であることから、その位置づけは、我が国の卒前教育においては共用試験 CBT 及び Pre-CC OSCE に相当することから、共用試験 CBT 及び Pre-CC OSCE が公的化された場合においては、予備試験の代替として共用試験 CBT 及び Pre-CC OSCE を課することが妥当である。
- 適用を行う時期については、今後法改正等により共用試験 CBT 及び Pre-CC OSCE が公的化された場合においては、公的化後の試験を受験した我が国の医学生が、初めて医師国家試験を受験する際の試験から適用することが望ましい。

(ii) 日本語診療能力調査について

- 日本語診療能力調査は、「本試験認定見込み」と認定された者が我が国の医学生と同等以上の①聴く能力、②話す能力、③書く能力、④読み取る能力、⑤診察する能力を具有するかについて評価するための日本語による実技試験である。
- Pre-CC OSCE の公的化にあたり、日本語診療能力調査の代替として、技能および態度を評価する試験である Pre-CC OSCE の受験を課すとともに、筆記試験を併せて受験させることで、前述の5つの能力について、我が国の医学生と同等以上の能力を持つことを確認することが、当面の取り扱いとして妥当である。
- また、適用を行う時期については、予備試験と同様、今後法改正等により共用試験 CBT 及び Pre-CC OSCE が公的化された場合においては、公的化後の試験を受験した我が国の医学生が、初めて医師国家試験を受験する際の試験から適用することが望ましい。
- 今後、Post-CC OSCE の成熟度を見極めつつ、将来的には Post-CC OSCE で代替することも引き続き検討すべきである。

7. おわりに

- 一貫した医師養成に向けた改革の中で、医師国家試験は卒前教育と卒後教育を繋ぐ最も重要な要素の一つであることから、その見直しの重要性は回を重ねるごとに増しており、一連の養成課程において教育を受ける医学生・医師、及びその医療を受ける患者に対する影響も非常に大きなものとなっている。
- このような状況を踏まえ、本報告書における医師国家試験の見直しについては、医学生が積極的に診療参加型臨床実習に取り組み、その後の臨床研修においてより充実した研修を行うために必要な知識及び技能を修得していることを評価することで、より質の高い医療を提供できる医師が養成されることを念頭に検討を行った。
- 各養成課程における一貫した医師養成に向けた改革の進捗状況を見極めつつ、適宜、継続的な見直しを行っていくことが重要である。

医道審議会医師分科会
医師国家試験改善検討部会委員

岩間 亨 岐阜大学大学院医学系研究科長・医学部長

北村 聖 東京大学名誉教授

清水 貴子 聖隷福祉事業団顧問

瀬尾 宏美 高知大学教授

高木 康 昭和大学副学長

◎ 中谷 晴昭 千葉大学理事・副学長

野上 康子 公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構研究部専門員

伴 信太郎 愛知医科大学医学教育センター長

平川 俊夫 公益社団法人日本医師会常任理事（～令和2年6月30日）

福井 次矢 聖路加国際病院院長

前野 哲博 筑波大学医学医療系教授

山口 育子 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長

吉田 穂波 神奈川県立保健福祉大学ヘルスイノベーション研究科 教授

渡辺 弘司 公益社団法人日本医師会常任理事（令和2年7月28日～）

※◎は部会長。敬称略、50音順。

医師国家試験改善検討部会報告書概要

1. はじめに

- 卒前・卒後の一貫した医師養成に向けた改革が進められる中で、医師国家試験についてもさらなる改善に向けた取組みが必要である。
- 早期に改善できる点は可及的速やかに改善し、出題基準については全体の範囲を絞る等の見直しを行い、第117回（令和5年）の試験から適用することが望ましい。

2. 医師国家試験問題について

- ① **出題数・合格基準について**：第112回から変更したことによる著しい信頼性の低下は認めないことから、**現行の出題数・合格基準による試験を継続し**、引き続き検討することが妥当。
- ② **出題基準について**：医学生が診療参加型臨床実習に集中して取り組めるよう、**可能な限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す**べき。
具体的には、特に各論について出題する疾患を厳選すること、出題する疾患はどの程度の知識を求めるかを示すこと、臨床実習前に修得可能な単純な知識を問う領域を除外すること等を検討し、**全体として出題範囲を絞る**べき。
- ③ **禁忌肢について**：現時点では禁忌肢問題を従前どりの出題数で継続することが妥当。内容について、「極めて非倫理的な事項」では禁忌肢選択者が少なく有効性の判断が困難であり、導入当初の「**患者の死亡や不可逆的な臓器の機能廃絶に直結する事項**」に限定すべき。

3. コンピュータ制の導入等について

- ① **コンピュータ制の導入**：
 - ・最終的な到達目標は、個々の受験者に対して異なる問題が出題され、異なる日時においても受験が可能となるシステムの構築がなされることが望ましい。
 - ・実施方法、合格基準等の課題の解決が必要なことから、一部の問題のみの導入や、一斉受験を前提とした導入など、**段階的な導入について、より具体的に検討を進めていく**べき。
- ② **試験問題のプール制**：プール問題を適切に再利用することは試験の質向上に大きく寄与すると考えられ早期導入すべき。
- ③ **問題の非公開化**：プール制導入に不可欠であり、**試行問題や絶対評価の導入が可能となる等想定されるメリットを踏まえ、再度、原則非公開とすべき**。

4. OSCEの導入について

- Post-CC OSCEの国家試験への導入は、**正式実施開始から間もない現状に鑑み現時点では妥当ではないが**、実施状況を確認した上で、**将来的に成熟を見極めて判断を行う**べき。

5. 受験回数の制限について

- **現時点で導入は妥当ではない**。
- ただし、臨床実習から長年離れていることから技能に関する確認は行うべきであり、**Pre-CC OSCEが公的化された際には、移行期間を設けた上でPre-CC OSCEの受験を必須とすべき**。
- さらに出題基準の見直し等の状況を踏まえ、**共用試験CBTを課すことについて今後検討**すべき。

6. 外国の医学部を卒業した者に対する試験について

- ① **基本的な考え方**：現時点で別途基準を設けることは妥当でないが、医師需給分科会等の議論を注視し、必要に応じて引き続き検討すべき。
- ② **受験資格認定について**：将来的にはWFME公認の認証機関の認定を受けた大学の卒業を要件とすることが望ましい。WFMEの公認基準の変更や、各国の認定状況などを注視し、引き続き慎重に検討を行うべき。
- ③ **予備試験等の代替について**：
 - ・予備試験の代替として、**共用試験CBT及びPre-CC OSCEを課す**ことが妥当。
 - ・日本語診療能力調査の代替として、**Pre-CC OSCE及び筆記試験の受験を課す**ことで、我が国の医学生と同等以上の能力を持つことを確認することが、当面の取り扱いとして妥当。→いずれも共用試験CBT及びPre-CC OSCEが公的化された場合、両試験を初めて受験した我が国の医学生が、初めて医師国家試験を受験する際の試験からの導入が望ましい。

参考資料

医道審議会 医師分科会 医師国家試験改善検討部会 報告書

※ 本参考資料は、報告書の理解に役立つよう、審議会におけるこれまでの議論で各委員や参考人から提出された資料の一部をまとめたものであり、必ずしも審議会として合意されたものではない。

医師法

(試験の内容)

第9条 医師国家試験は、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。

(試験の実施)

第10条 医師国家試験及び医師国家試験予備試験は、毎年少なくとも1回、厚生労働大臣が、これを行う。

2 厚生労働大臣は、医師国家試験又は医師国家試験予備試験の科目又は実施若しくは合格者の決定の方法を定めようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

医師国家試験の一年

(例)一般的な医師国家試験の流れ

○4月頃、医道審議会医師分科会で医師国家試験の方針決定



○7月頃、試験日、試験地、試験委員などの公表



○翌年2月頃、医師国家試験実施



○3月頃、医道審議会医師分科会で合格基準の決定



○3月頃、合格発表

【参考】
第113回医師国家試験

平成31年2月9、10日
実施

平成31年3月18日(月)
合格発表

※上記は医師国家試験の流れの一例を示しているに過ぎず、毎年必ずしもこのとおりに進行するわけではない。

医師国家試験の出題内容

内容と形式

【出題内容】

- 試験問題は、臨床上必要な医学又は公衆衛生に関し、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いる。
- 具体的な出題範囲は、「医師国家試験出題基準（ガイドライン）」に準拠している（平成30年実施分からは平成30年版ガイドラインに準拠）。
- 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。

【出題形式】

- 多肢選択式・マークシート方式であり、出題総数は400題である。
- 試験問題の内訳は次表の通り。なお、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が示されている。

	一般問題	臨床実地問題
必修問題:100題	50題	50題
医学総論:150題	100題	200題
医学各論:150題		

医師国家試験の合格基準

医師国家試験の合否

(1) 基本的な考え方

- 必修問題、必修問題を除いた一般問題・臨床実地問題の合計の得点と、禁忌肢の選択状況をもとに合否を決定する。
- 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、必修問題を除いた一般問題・臨床実地問題の合計得点の合格基準は平均点と標準偏差とを用いた相対基準を用いる。

(2) 合否判定の方法

- 試験の実施結果を踏まえ、医道審議会医師分科会医師国家試験K・V部会において問題の妥当性を検討している。
- 同分科会の意見を踏まえて厚生労働大臣が合格者を決定している。

医師国家試験の歴史

- **昭和21年** 第1回医師国家試験（年2回実施、筆記3日間、論述式）
（国民医療法施行令の一部改正により開始）
- **昭和28年** 筆記が1日になり、口頭試問を導入（第14回）
- **昭和47年** 問題が論述式から客観式へ変更（第53回）
- **昭和50年** 筆記1.5日になり、口頭試問を廃止（第59回）
出題数が190題から260題へ（第59回）
出題基準作成のための医師国家試験専門委員会が初めて設置（10月）
- **昭和51～53年** 医師国家試験出題基準が初めて策定（昭和53年版）
- **昭和60年** 秋試験を廃止し、年1回の実施となり、試験日数も2日間へ（第79回）
出題数が260題から320題へ
- **平成13年** 試験日数が3日間へ（第95回）
出題数が320題から500題へ（第95回）
- **平成30年** 試験日数が2日間へ（第112回）
出題数が500題から400題へ（第112回）

近年の医師国家試験の変遷

回	第87～90回	第91～94回	第95～111回	第112回～
年	平成5～8年	平成9～12年	平成13～29年	平成30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	必修 医学総論 医学各論
	数	200問	250問	150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	必修 医学総論 医学各論
	数	120問	250問	250問
設問数	計320問		計500問	計400問
試験日数	2日間		3日間	2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

平成30年版医師国家試験出題基準(概要)

(1)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)基本的考え方

- ①全体を通じて、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。
- ②「必修の基本的事項」では、医師としての基本的姿勢を含めた基本的診療能力を主題として出題する。
- ③「医学総論」、「医学各論」では、原則、我が国のどの医療機関であっても対応できるような内容に限定する。

【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 救急初期診療	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、緩和ケア、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 一般教養の事項	約2%

【医学総論】

(章)	(ブループリント※)
I 保健医療論	約13%
II 予防と健康管理・増進	約17%
III 人体の正常構造と機能	約9%
IV 生殖、発生、成長、発達、加齢	約9%
V 病因、病態生理	約12%
VI 症候	約12%
VII 診察	約7%
VIII 検査	約9%
IX 治療	約13%

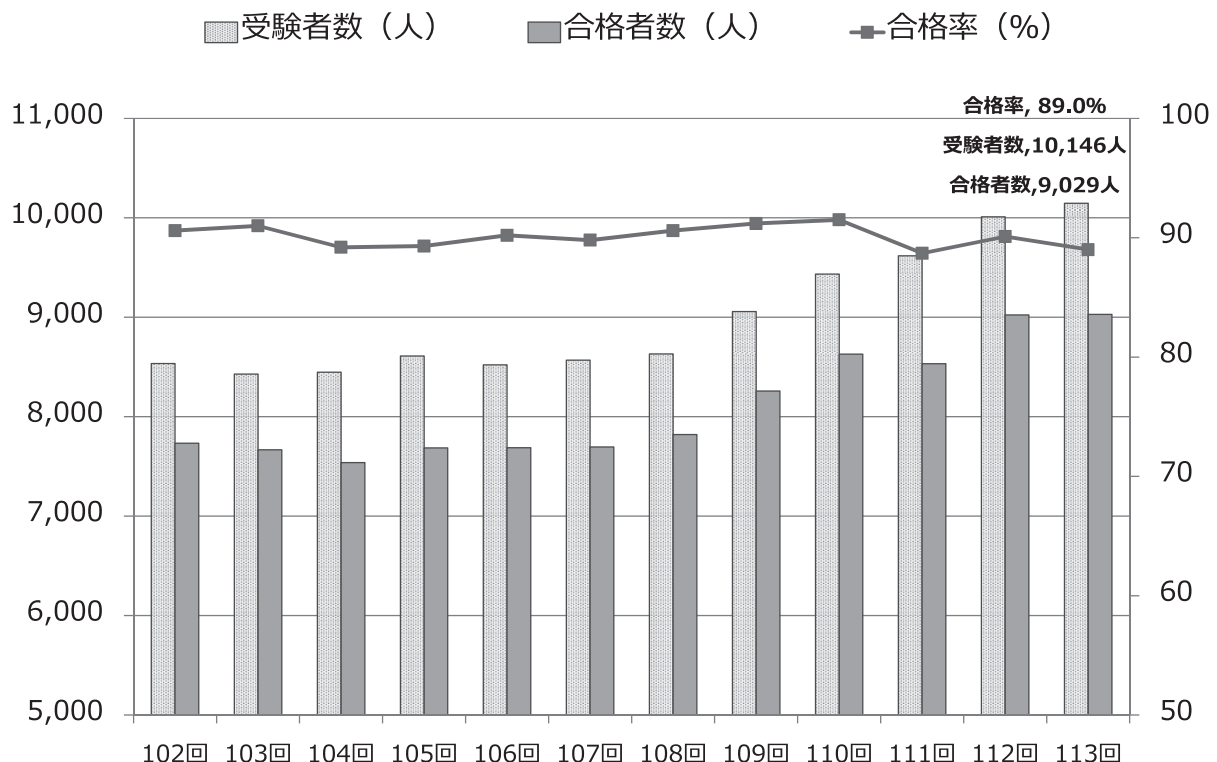
注:「医学総論」では大項目までブループリント(医師国家試験設計表)を設定

【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・造血器疾患	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%
XI アレルギー性疾患、膠原病、免疫病	約5%
XII 感染性疾患	約8%
XIII 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。

医師国家試験の合格率等の推移



医師国家試験の回数別合格状況

回数	施行年月日	受験者数	合格者数	合格率
第113回	H31.2.9～10	10,146 人	9,029 人	89.0 %
第112回	H30.2.10～11	10,010人	9,024 人	90.1 %
第111回	H29.2.11～13	9,618 人	8,533 人	88.7 %
第110回	H28.2.6～8	9,434 人	8,630 人	91.5 %
第109回	H27.2.7～9	9,057 人	8,258 人	91.2 %
第108回	H26.2.8～10	8,632 人	7,820 人	90.6 %
第107回	H25.2.9～11	8,569 人	7,696 人	89.8 %
第106回	H24.2.11～13	8,521 人	7,688 人	90.2 %
第105回	H23.2.12～14	8,611 人	7,686 人	89.3 %
第104回	H22.2.13～15	8,447 人	7,538 人	89.2%

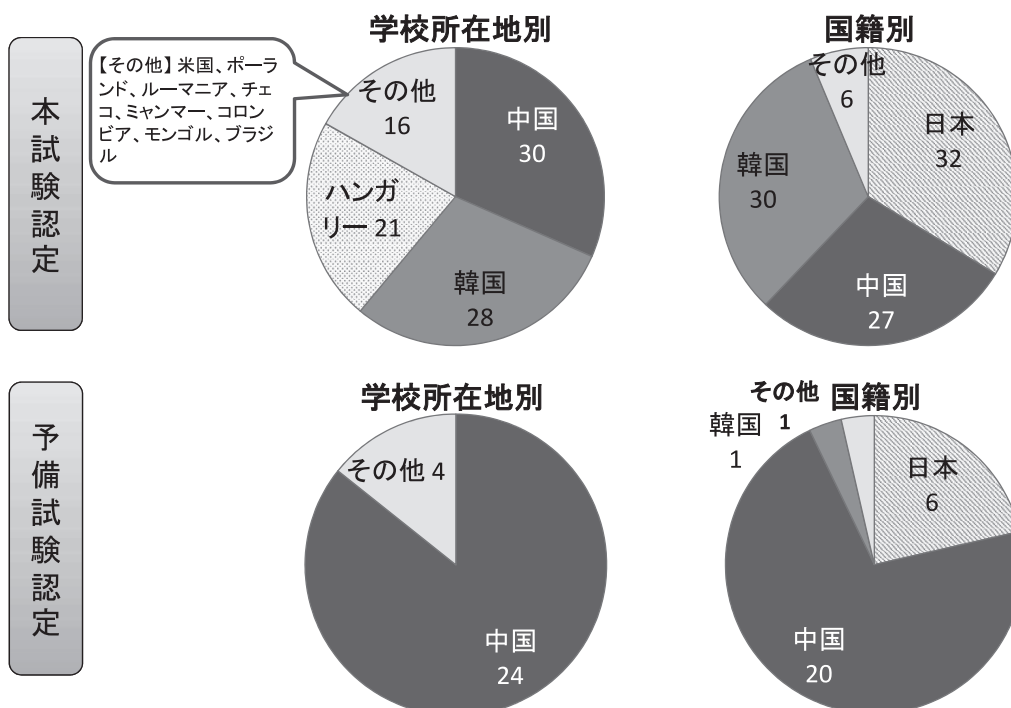
医師国家試験の男女別合格者数等の推移

回 数		総 数	男 性	女 性	男女別合格率	
					男 性	女 性
第113回 (H31春)	受験者数(%)	10,146人	6,843人 (67.4%)	3,303人 (32.6%)	—	—
	合格者数(%)	9,029人	6,029人 (66.8%)	3,000人 (33.2%)	88.1 %	90.8 %
第112回 (H30春)	受験者数(%)	10,010人	6,685人 (66.8%)	3,325人 (33.2%)	—	—
	合格者数(%)	9,024人	5,958人 (66.0%)	3,066人 (34.0%)	89.1 %	92.2 %
第111回 (H29春)	受験者数(%)	9,618人	6,368人 (66.2%)	3,250人 (33.8%)	—	—
	合格者数(%)	8,533人	5,593人 (65.5%)	2,940人 (34.5%)	87.8 %	90.5 %
第110回 (H28春)	受験者数(%)	9,434人	6,400人 (67.8%)	3,034人 (32.2%)	—	—
	合格者数(%)	8,630人	5,802人 (67.2%)	2,828人 (32.8%)	90.7 %	93.2 %
第109回 (H27春)	受験者数(%)	9,057人	6,245人 (69.0%)	2,812人 (31.0%)	—	—
	合格者数(%)	8,258人	5,655人 (68.5%)	2,603人 (31.5%)	90.6 %	92.6 %
第108回 (H26春)	受験者数(%)	8,632人	5,948人 (68.9%)	2,684人 (31.1%)	—	—
	合格者数(%)	7,820人	5,337人 (68.2%)	2,483人 (31.8%)	89.7 %	92.5 %

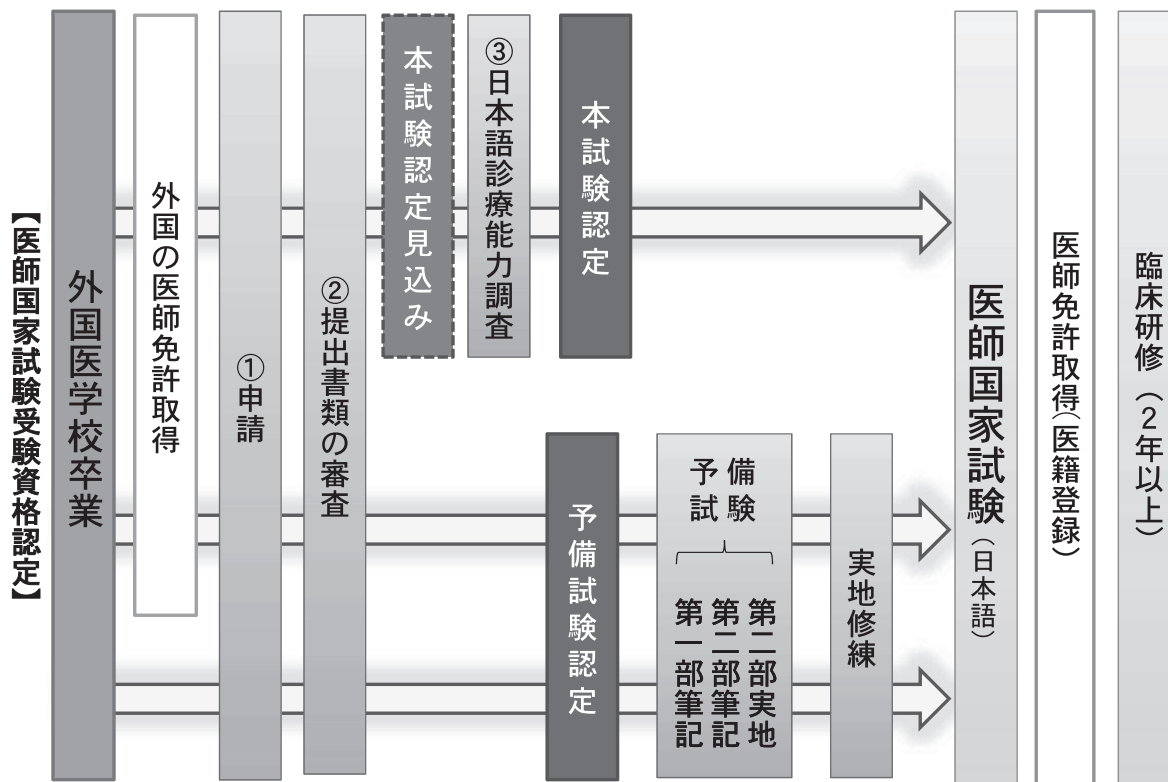
第113回医師国家試験 卒業年次別受験者数・合格者数・合格率

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	H30年4月～ H31年3月	1 回	9,176人	90.4 %	8,478人	92.4 %
既 卒	H29年4月～ H30年3月	2 回	595人	5.9 %	435人	73.1 %
	H28年4月～ H29年3月	3 回	134人	1.3 %	69人	51.5 %
	H27年4月～ H28年3月	4 回	67人	0.7 %	23人	34.3 %
	H26年4月～ H27年3月	5 回	27人	0.3 %	7人	25.9 %
	H25年4月～ H26年3月	6 回	26人	0.3 %	5人	19.2 %
	H24年4月～ H25年3月	7 回	14人	0.1 %	6人	42.9 %
	H23年4月～ H24年3月	8 回	9人	0.1 %	1人	11.1 %
	H22年4月～ H23年3月	9 回	11人	0.1 %	2人	18.2 %
	H22年3月以前	10回 以上	87人	0.9 %	3人	3.4 %
	既卒 計			970人	9.6 %	551人
総 計			10,146人	100%	9,029人	89.0 %

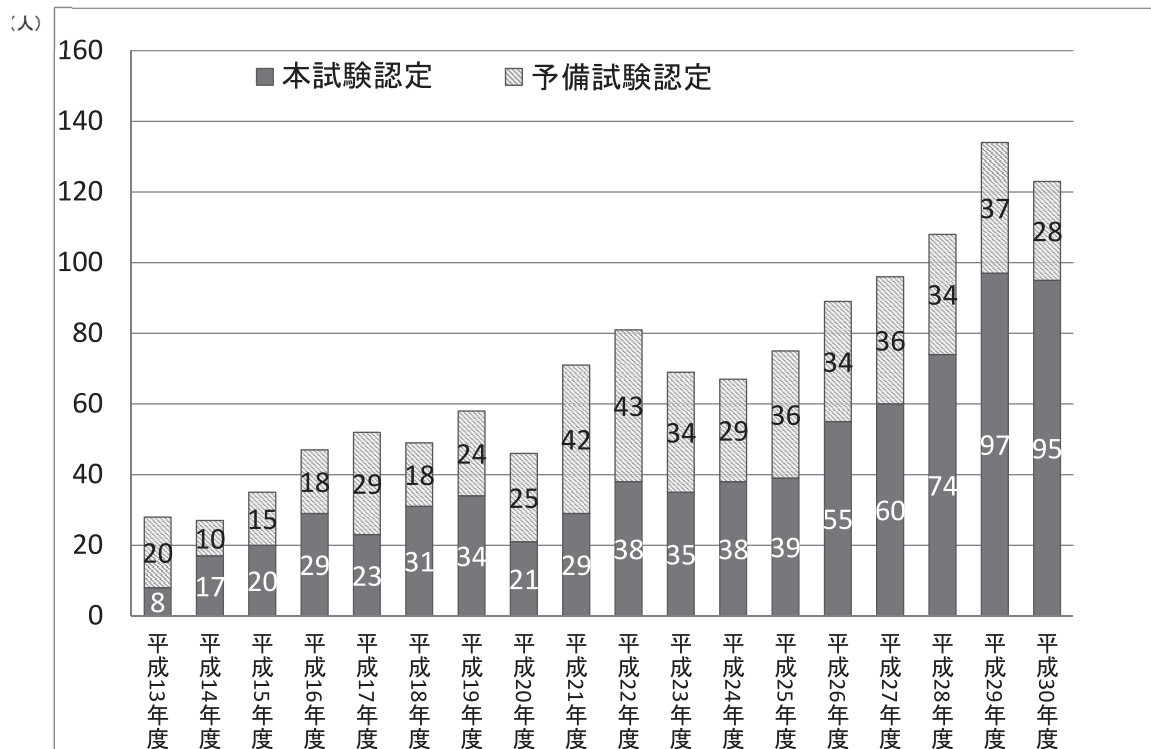
受験資格認定者の内訳(平成30年度)



外国医師による日本の医師免許取得の流れ



受験資格認定者数の推移



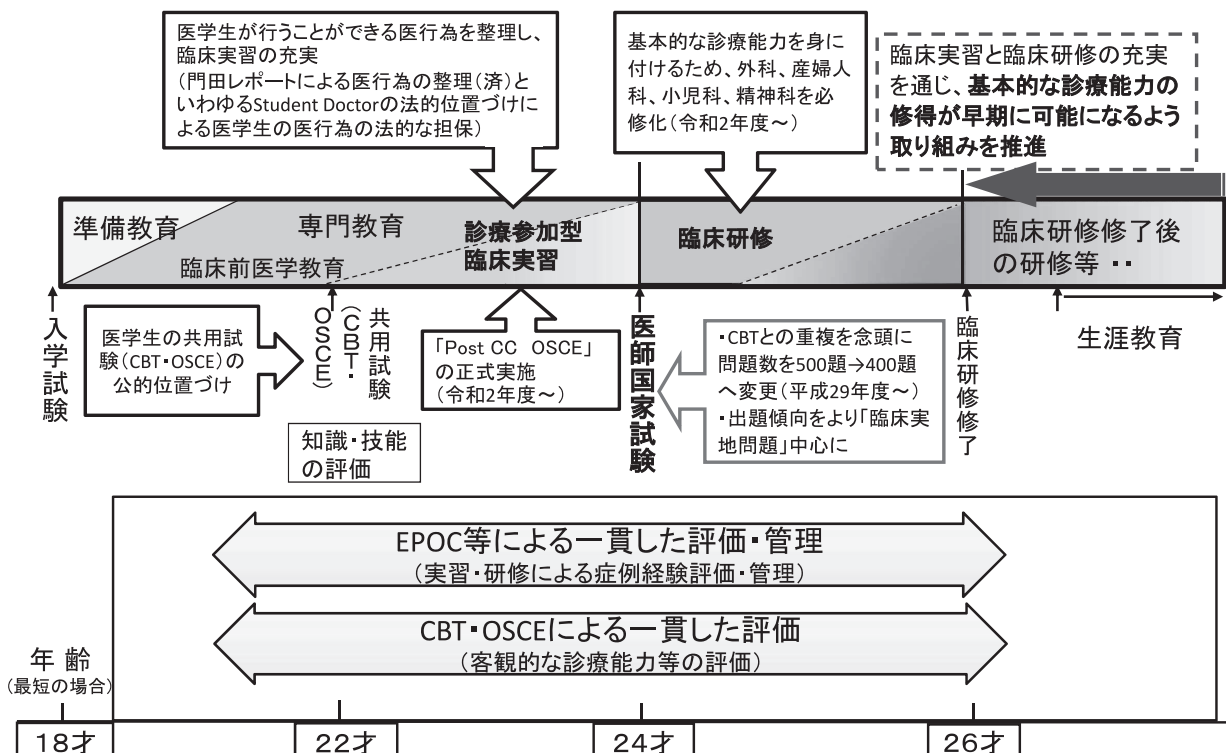
現行の医師国家試験受験資格認定基準（書類審査）

		「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	
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）

シームレスな医師養成に向けた改革全体案



1. 基本的な考え方

- 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27年度より全ての医学部において、卒前教育における共用試験CBTの合格基準が統一化される予定であり、基本的な知識が担保された医学士が医師国家試験を受験する第112回(平成30年)から出題数や合格基準等の設定を適用することが適当である。
- ＜参考＞医師法(昭和23年法律第201号)・抄
第九条 医師国家試験は、臨床に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。

2. 医師国家試験について

- ① **出題数について**：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、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」を100題程度減らす。「臨床実地問題」は、臨床実習の経験に即した出題傾向とするために現状維持が適当。
- ② **出題内容について**：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。また、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。
- ③ **合格基準について**：「必修問題」以外の「一般問題」の出題数を減じるにあたり、「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。「必修問題」の合格基準は従前通り、絶対基準を用いて80%以上の得点とし、「禁忌肢」の選択状況を加味して合否を決定する。
- ④ **出題基準(ガイドライン)について**：「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る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)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。
- ⑤ **共用試験CBTとの連携について**：CBTは一連の医師養成課程として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CBTを実施する医療系大学間共用試験実施評価機構は、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における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知識を問うものとするべきである。
- ⑥ **試験日数について**：出題数の見直しに伴い、試験日数を3日間から2日間に変更する。

3. OSCEについて

- 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た。
- OSCEを医師国家試験として実施する場合は、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。
- 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、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、問題の数や質の差が大きいこと等の課題がある。
- 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となどから、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。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、改めて議論をする。

4. その他の論点

- コンピュータ制の導入に関して、動画や音声等を活用し、臨床現場に近い形で出題が可能となるという指摘がある一方、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、及び諸経費等の問題について検討が必要であり、プール問題の活用、医師国家試験の年間の実施回数等と合わせて検討すべき課題である。
- 外国で医師免許を得たものに対する国家試験受験資格に関して、外国における卒前教育の内容について、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、申請者数が増えつつあることから、引き続き評価方法の検討を行う。

医師臨床研修制度の見直しについて(2020年度研修より適用予定)

～医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告(概要)～

- 医師臨床研修制度は、医師の基本的な診療能力の習得のため、平成16年度に努力義務から必修化され、概ね5年毎に見直しを行ってきた。
- 今回は、①卒前卒後の一貫した医師養成、②到達目標、③臨床研修病院の在り方、④地域医療の安定的確保等について見直し。
- 今後、臨床研修制度が研修医、患者、医療制度等に与えた影響を評価し、卒前・卒後教育の連続性の観点から制度の在り方の検討が必要。

1. 卒前・卒後の一貫した医師養成について

- ・卒前と卒後の医師養成過程が整合的であることが必要

- (1) 医学教育モデル・コア・カリキュラムと整合的な到達目標・方略・評価を作成
- (2) 今後、臨床研修制度について、医学部の共用試験、医学教育モデル・コア・カリキュラム、国家試験と同時期に検討

2. 到達目標・方略・評価について

- ・現行の到達目標は、目標、方略、評価が不明確
- ・基本的診療能力や臨床推論の更なる習得
- ・評価方法の標準化が必要

- (1) 目標、方略、評価に分けて整理・簡素化
- (2) 目標を「医師としての基本的な価値観(プロフェッショナリズム)」、「資質・能力」、「基本的診療業務」に整理し、入院、外来、救急、地域医療の基本的な診療能力を担保
- (3) 方略は、内科、救急、地域医療に加え、外科、小児科、産婦人科、精神科を必修化し、一般外来の研修を含むことを追加
- (4) 評価は、モデル・コア・カリキュラムとの連続性を考慮しつつ、標準化

3. 臨床研修病院の在り方について

- ・臨床研修病院の更なる質の向上

- (1) 指導・管理体制等についての訪問調査の見直し
 - 改善の見られない病院は指定取消の対象へ
 - 課題の見られる基幹型病院は訪問調査の対象へ
- (2) プログラム責任者養成講習会の受講義務化
- (3) 第三者評価を強く推奨し、次回以降義務化を前提に検討

4. 地域医療の安定的確保について

- ・地域医療の確保に対する更なる対応が必要
- ・都道府県の実情に応じた対応が必要

- (1) 大都市圏の募集定員を圧縮し、それ以外の募集定員を確保
 - 臨床研修病院の募集定員倍率を2025年度に1.05倍まで圧縮
 - 医学部入学定員による募集定員の算定には上限を設ける
 - 地理的条件等の加算を増加
- (2) 地域枠等の一部について、一般のマッチングとは分けて選考
- (3) 国が一定の基準等を示した上で、臨床研修病院の指定・募集定員設定を都道府県が行う

5. その他

- ・基礎研究の国際競争力の低下

- (1) 中断・未修了の対応は継続
- (2) 大学病院に基礎研究医養成枠を設置

シームレスな医師養成に向けた共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけについて 医道審議会医師分科会 報告書 概要 (令和2年5月)

- 従来より卒前教育と卒後教育は分断され、連続性が乏しいと評されてきたが、医師が修得すべき知識・技能が増加していることや、プロフェッショナリズム教育の重要性が増していることなどから、**卒前教育においても医学生が診療に参加し、医療現場を中心として一貫して行う必要性が認識**されてきた。
- 医学生が診療チームの一員として診療に参加する診療参加型臨床実習の充実のため、**医学生の質の担保とその医行為について法的な位置付けが重要**。
- 今回は、**(1)共用試験CBTの公的化、(2)共用試験臨床実習前OSCEの公的化、(3)いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ**について検討した。

(1) 共用試験CBTの公的化

- ・全大学で実施され、項目反応理論などの問題の精度管理の手法や評価手法が確立している。
- ・医学教育でその位置付けは確立されており、医師国家試験の受験要件とする等による公的化に相当する試験である。

(2) 共用試験臨床実習前OSCEの公的化

- ・現状の医学教育の中で臨床実習前に技能と態度を試験する機会として確立している。
- ・臨床実習前に一定水準の技能・態度のレベルに達していることを試験することは極めて重要であり、共用試験CBTとともに公的化すべきである。
- ・模擬患者が重要な役割を果たしており、全国的に取り組む組織の創設や模擬患者に対する研修体制の整備などの検討が必要。

(3) いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ

- ・臨床実習開始前の共用試験を公的化することで、一定の水準が公的に担保されることから、実習において医行為を行う、いわゆるStudent Doctorを法的に位置づけることが可能となる。
- ・実施する行為については、指導する医師が適宜、医学生の能力と患者の状態等を勘案して判断すべき。

共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけによる影響

(1) 医学教育への影響

- ・臨床実習の診療参加型化の促進につながる。

(2) 医学生(医師)個人への影響

- ・手技等を経験する機会が増加し、手技の比重が高い診療科に対する積極的な効果により、診療科偏在は是正に対する効果が期待される。
- ・臨床研修における負担が一部軽減され医師の働き方改革にも資することが期待される。

(3) いわゆるStudent Doctorが診療参加型臨床実習を行う際の患者同意等

- ・同意を患者から得られやすくなることで、診療参加型臨床実習が促進される。
- ・将来的に患者理解が進んだ場合、一般的な処置について、特別な同意取得の必要なく、診療参加型実習において行うことが可能となることが望ましい。

(4) 地域における実習と地域医療への影響

- ・主体性を持って地域医療を体感することで、将来のキャリアに良い影響が与えられる。
- ・各養成課程の中で現状よりも地域に貢献することが可能となる。

他の診療参加型臨床実習の充実のための取組

(1) 患者の医育機関等へのかかり方

患者自身も共に医師を育てる認識に基づいた、患者の協力が不可欠であり、下記の点を国民に広く周知する取り組みを行う必要がある。

- ・いわゆるStudent Doctorが共用試験に合格し、診療参加型の臨床実習を行うに足る学生であること。
- ・大学病院はその設置目的に医学生の育成が盛り込まれていること。
- ・将来的な地域医療や総合的な診療能力を持つ医師の確保のため、大学病院以外の医療機関で臨床実習が行われること。

(2) 診療参加型臨床実習の指導体制

- ・教員等が十分に学生教育に時間を充てることができ、また評価される必要がある。
- ・臨床研修医や専攻医も屋根瓦式に医学生への指導を積極的に行うことが望ましい。

(3) 医学生が加入する保険

- ・医学生を保護する観点から強く推奨されるべき。