

医師国家試験*

吉 岡 昭 正**

はじめに

戦前から敗戦直後までは、長期間にわたって、医学校（大学または専門学校）を卒業すれば、自動的に医師の免許を手にしたが、戦後アメリカの勧告によって、昭和21年秋から医師国家試験が導入され、保健・医療の行政責任者である厚生大臣が、国民の付託を受けて、医学校卒業者の資質をチェックしたうえで、一定基準以上の者に医師の免許を与えるという現行の制度となった。

現行制度下の医師国家試験は、昭和21年秋の第1回来、昭和52年秋までに64回施行され、この間延べ136,419名が受験し、118,769名の医師が免許を受けている。

この制度に対して一部には批判がある。文部省が設置を許可した医科大学（大学医学部）が卒業を許可した者に対して、厚生省が再チェックをする必要があるかという意見である。大学教育の自由性の見地からの意見もある。イギリスおよびイギリス連邦のいくつかの国が実施しているような、学外卒業試験（他大学教員による卒業試験）の導入を提唱する意見もある。

しかし現実問題として、医科大学が急速に増設されている現在、ことに一部の医学生の資質に疑問が投げかけられている情勢の中では、医師国家試験の果たすべき役割は、今後増えこそすれ、減ずることはないものと思われる。国家による一律の資格試験があったほうが、大学はカリキュラムや教育の独自性をより発揮しやすいという考え方もまた一方にはある。

ともあれ、医師国家試験は、医師への登龍門として、医学教育者および医学生の大きな関心の的の1つである。その内容やレベルや方法についてはいろいろな批判もあり、また事実現行のものがベストであるとはいえない。このような試験は、たえず改善をはかっていくべきものである。

この観点から、医師国家試験の現状を概観したいと思

* Physician's Licence Examination.

** YOSHIOKA, Akimasa 順天堂大学医学部医学教育研究室

う。

1. 医師国家試験の施行者

医師法第2条「医師になろうとする者は、医師国家試験に合格し、厚生大臣の免許を受けなければならない」という条項が、医師国家試験の法的根拠であるが、この施行に当たる審議会として、医療関係者審議会医師部会が設置されており、実務は医務局医事課試験免許室が行っている。

2. 医師国家試験の受験資格

受験資格としては、つぎの3種がある。

1) 日本の大学において、医学の正規の課程を修めて卒業した者。

2) 医師国家試験予備試験に合格した者（外国の医学校を卒業し、または外国の医師免許をもっているが、日本の大学と同等以上の課程を修めたと認められない者が受験する。なお予備試験は、基礎医学・臨床医学全科にわたって行われている）。

3) 外国の医学校を卒業し、または外国の医師免許を得た者で、日本の大学と同等以上と認められた者。

なお周知のとおり、いわゆるインターン制度が昭和43年に廃止された結果（新たな2年間の卒後研修制度に移行した）、それまでは大学卒業後1年間の実地修練を受けた後に受験資格が与えられていたものが、卒業後ただちに受験することができるようになった。

3. 現行試験の内容

医師法第9条に、「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これを行なう」と規定されており、これを受けて、前記医師部会が試験科目・問題数・問題形式・試験方法などを審議決定し、同部会が委嘱した試験委員によって問題が作成されている。

現在の試験問題は、すべてコンピュータ採点の可能な再認式客観問題で、全問260問のうち一般問題200問に

表 1 医師国家試験の変遷

		第 1 期		第 2 期		第 3 期		
		第 1 回～ 第 5 回 (昭21～23)	第 6 回～ 第 13 回 (昭24～27)	第 14 回～ 第 44 回 (昭28～43)	第 45 回～ 第 52 回 (昭43～46)	第 53 回～ 第 56 回 (昭47～48)	第 57 回～ 第 58 回 (昭49)	第 59 回～ 第 64 回 (昭50～52)
筆 記 試 験	基礎医学	8 科目 (衛生・公衆衛生を含む)						
	臨床医学	必須	9 科目	11 科目	4 科目 (内科・外科・産科・公衛)	5 科目 (内・外・産・小・公衛) (120問)	5 科目 (内・外・産婦・小・公衛) (130問)	5 科目 (内・外・産婦・小・公衛) (160問)
		選定			4 科目	2 科目	2 科目 (40問)	
	臨床実地問題						20 問	60 問
	形式	論述	再生型		再認型			
客観								
実地(口頭)試験								

表 2 医師国家試験 (第53回～64回) の概要

年 度		昭和47年		48年		49年		50年		51年		52年	
回 数		53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64
筆 記 試 験	基幹科目	内科・小児科・外科・産科・公衆衛生						内科・小児科・外科・産婦人科・公衆衛生					
	一般問題	精神科 整形外	皮膚科 眼 科	放射線 泌尿科	精神科 耳鼻咽	放射線 婦人科	皮膚科 眼 科	放射線 整形外	皮膚科 眼 科	精神科 整形外	放射線 泌尿科	皮膚科 耳鼻咽	皮膚科 泌尿科
	問題数	160問		170		170		200		200		200	
	臨床実地問題	(－)		(－)		20問		60		60		60	
実地(口頭)試験		(＋)		(＋)		(＋)		(－)		(－)		(－)	
合格 率		93.8%	57.1	88.9	56.3	82.2	46.8	82.4	55.0	80.4	52.5	77.4	56.3
平均正解率				73.1	63.0	69.6	59.6	68.4	59.4	69.5	59.1		
平均識別指数				0.220	0.333	0.285	0.334	0.270	0.297	0.291	0.274		
信頼性係数 (KR-20)				0.858	0.940	0.906	0.927	0.921	0.934	0.933	0.919		

は、基幹 5 科目 (内科・外科・小児科・産婦人科・公衆衛生) および 毎試験ごとに その他 7 科目 (皮膚科・放射線科・精神科・眼科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・整形外科) から抽選で決定される 2 科目の合計 7 科目が含まれ、他 60 問は臨床実地問題に当てられている。ただし各科目とも「関連領域を含む」と規定され、関連する他の

臨床科目や基礎科目領域の問題を含めてもよいことになっている。

4. 試験内容の変遷 (表 1, 2 参照)

このような現行の内容にいたるまでには、何回かの変更が行われてきている。以下主な変更を年表的に記して

表 3 医師国家試験・合格者数と合格率（第1回～第64回）

回数	施行時期	受験者数	合格者数	合格率	回数	施行時期	受験者数	合格者数	合格率
1	昭和21年秋	268	137	51.1%	33	昭和37年秋	204	128	62.7%
2	22年春	1,646	1,364	82.9	34	38年春	3,108	3,001	96.6
3	〃 秋	251	151	60.2	35	〃 秋	160	101	63.1
4	23年春	951	527	55.4	36	39年春	3,120	3,063	98.2
5	〃 秋	1,996	1,241	62.1	37	〃 秋	90	64	71.1
6	24年春	3,242	2,035	62.8	38	40年春	3,040	2,961	97.4
7	〃 秋	3,040	2,642	86.9	39	〃 秋	100	73	73.0
8	25年春	7,208	6,670	92.5	40	41年春	3,096	3,032	97.9
9	〃 秋	698	427	61.2	41	〃 秋	79	46	58.2
10	26年春	7,438	7,237	97.3	42	42年春	404	377	93.3
11	〃 秋	371	188	50.7	43	〃 秋	2,705	2,671	98.7
12	27年春	5,352	4,999	93.4	44	43年春	1,165	1,137	97.6
13	〃 秋	413	249	60.3	45	〃 夏	3,120	3,056	97.9
14	28年春	3,447	3,090	89.6	46	〃 秋	2,401	2,351	97.9
15	〃 秋	377	162	43.0	47	44年春	3,186	3,060	96.0
16	29年春	3,229	2,984	92.4	48	〃 秋	382	287	75.1
17	〃 秋	284	128	45.1	49	45年春	3,247	3,179	97.9
18	30年春	3,625	3,075	84.8	50	〃 秋	628	562	89.5
19	〃 秋	542	406	74.9	51	46年春	3,476	3,359	96.6
20	31年春	3,534	3,130	88.6	52	〃 秋	433	364	84.1
21	〃 秋	453	329	72.6	53	47年春	3,893	3,652	93.8
22	32年春	3,010	2,701	89.7	54	〃 秋	548	313	57.1
23	〃 秋	359	231	64.3	55	48年春	4,080	3,627	88.9
24	33年春	3,204	2,840	88.6	56	〃 秋	922	519	56.3
25	〃 秋	417	203	48.7	57	49年春	4,346	3,574	82.2
26	34年春	3,297	3,128	94.9	58	〃 秋	1,072	502	46.8
27	〃 秋	246	132	53.7	59	50年春	4,528	3,731	82.4
28	35年春	3,163	3,069	97.0	60	〃 秋	1,025	564	55.0
29	〃 秋	189	149	78.8	61	51年春	5,015	4,034	80.4
30	36年春	3,259	3,036	93.2	62	〃 秋	1,159	609	52.5
31	〃 秋	267	195	73.0	63	52年春	5,373	4,159	77.4
32	37年春	3,155	2,980	94.5	64	〃 秋	1,383	778	56.3
計							136,419	118,769	87.1

みよう。

1) 第1回(昭和21年)～第13回(昭和27年)

この最初の13回の特徴は、① 主として論述式設問であったこと(ただし、第7回以後は一部に再生型客観試験形式の一種である完成形式問題、および多肢選択型の再認型客観試験が含まれている)。② 実地(口頭)試験がなかったこと。③ 基礎医学8科目が含まれていたこと。④ 臨床医学は、9科目(第5回まで)または11科目(第6～第13回)が課せられたこと。⑤ 第6回までは出題全問の解答が要求されたが、第7～13回は、受験者による一定問題数の選択解答が許されたこと、である。

2) 第14回(昭和28年)～第52回(昭和46年)

この間の特徴は、① 基礎科目が廃止されたこと。② 毎回出題される必須科目が4科目(内科・外科・産科・公衆衛生)であったこと。③ その他の臨床科目のうち、4科目(第14回～第21回)または2科目(第22回～第52回)が毎回選定されたこと。④ 試験形式は、論述形式が次第に減少し、代わりに、再生型完成形式、単純再生形式、組み合わせ形式、単純真偽形式、多肢選択形式などの客観問題が徐々に増え、ことに第30回前後からは、純粋な論述形式がまったくみられなくなったこと(これは、受験者数の増加につれて、論述形式問題の解答の採

点が困難になってきたためであろうと思われる)。⑤ 第7回以降行われていた受験者による問題の選択が、第45回以降廃止され、全問解答となったこと。⑥ 内科系・外科系各1名の試験委員による実地(口頭)試験が実施されたこと、である。

3) 第53回(昭和47年)～第64回(昭和52年)

(表2参照)

最近6年間の試験の特徴は、① コンピュータ採点方式による客観試験(再認型)が全面的に導入されたこと。② 基幹科目に小児科が加えられて5科目になったこと。また第59回からは産科が産婦人科になったこと。③ 一般問題の問題数が160問から200問に増えたこと。④ 新たに具体的症例に基づく臨床実地問題が、第57回から20問、第59回から60問加えられたこと。⑤ これに伴って、第59回から実地(口頭)試験が廃止されたこと。⑥ 教育測定学的検討が第55回(昭和48年)から開始され、その成果が試験内容や問題形式などにフィードバックされるようになったこと、などである。

5. 合格率の変化(表3参照)

第1回から第64回までの、毎回の受験者数・合格者数および合格率は、表3のとおりである。昭和21年～24年と、インターン闘争および大学紛争の影響を受けた42～43年を除けば、毎年春の試験は、正規の3月卒業者が受験者の主体であり、秋の試験は、再受験者と、4月以降の変則的な時期に卒業した受験者が受けるので、一般に春の合格率は、秋のそれよりも高いことは周知のことである。

合格率の変動については、大体つぎのような時代的区分ができる。

1) 昭和21年(第1回)～24年(第7回)

春・秋の合格率に一定の傾向がなく、51～87%の間を変動した時期。

2) 昭和25年(第8回)～33年(第25回)

春高・秋低の一般的パターンが定着し、春の合格率がほぼ90%内外(85～93%)、秋の合格率はほぼ45～70%の間であった時期。

3) 昭和34年(第26回)～46年(第52回)

春の合格率がほぼ95%以上に安定し、秋が60～75%であった時期。

4) 昭和47年(第53回)～52年(第64回)

春の合格率が90%台から80%内外に次第に下降し、秋がほぼ55%内外に固定した時期。

第1期は、まだ戦中の影響、戦後の混乱があった時期であり、そのため合格率が低かったものと思われる。第

2期は、戦時中の医師急増計画の余波が収まろうとした時期で、春の受験者数がほぼ3,500名内外に定着した。第3期は問題形式が論述型から、再生および再認型の客観試験にほぼ全面的に変わった時期で、しかも出題範囲が限定される形のものが多く、したがって出題がきわめてやさしくなり、合格率が95%以上、ほぼ98%台に安定した時期である。またこの間、春の受験者数は3,000～3,500名の間安定し(すなわち大学増設がなかった)、秋の受験者数は、春の合格率が高いために、100～500名(紛争時期を除いて)と少なかった。第4期は、学生定員の増加、新設大学の卒業者の参加によって、春の受験者数が4,000名から5,000名に増加し、合格率の低下のために、秋の受験者数も500名から1,000名以上に増えた。またコンピュータ採点の可能な再認型を選択肢式客観試験が導入され、教育測定学的フィードバックが行われた時期でもある。この間、春の試験の平均正解率は69%内外に安定しているが、合格率が徐々に下降しているのは、標準偏差の拡大、ことに低点者の増加によるものと思われる¹⁸⁾。

6. 医師国家試験の内容に関する検討

医師国家試験は、国民の保健・医療に対するニーズに応えうる医師の資格認定試験であり、卒前・卒後の医学教育に与える影響の点からみても、その内容について、たえず評価と見直しが必要とされてゆかねばならない。

医師国家試験は、前述のとおり幾多の変遷を経て現在にいたっている。この変化は、そのつど、医療関係者審議会・医師部会の審議を経て行われてきたものであるが、教育評価の原理に照らした検討が行われたのは、昭和48・49年度厚生科学研究班「医師国家試験の改善に関する研究^{6-9,10-17)}」が始めてである。

ことに昭和34年～46年の、合格率が95%以上に安定していた時代は、試験がやさしすぎるのではないかという一般の批判があり、教育評価理論上からも疑問のある出題が多かったにもかかわらず、十分な検討がされないままに打ち過ぎ、昭和47年以後再認型客観試験に統一され、合格率の下降傾向がみられるようになってから、急激に「些末で難しすぎる出題」に対する批判が高まり、客観試験に対する無理解と情緒的抵抗が生じたようにみえる。しかしこのような批判者は、すでに昭和30年代の中頃から、現在より問題の多い客観試験になっていたことを失念しているように思われる。そして論述試験や口頭試験のような、大人数の受験者に対しては、客観的かつ物理的に実施の困難な試験形式の復活を求める声も聞かれる。確かに評価はむずかしい仕事であり、現行の試

験にも多くの課題が含まれている。それらを改善してゆくためには、教育学的な検討が不可欠なのである。

1) 試験科目

現行基幹5科目(内科・外科・小児科・産婦人科・公衆衛生)と、非手術系科目と手術系科目のうちからおのおの1科目の選定科目の合計7科目が出題されている。これに対して精神医学や整形外科の必須科目への組み込み、現在外科の一部に組み込まれている麻酔科の分離、薬理学・病理学など基礎科目の組み込みなどの要請があり、一部には臨床全科目の必須化や最初の時期のような基礎医学科目の復活を望む声もある。

臨床全科のプライマリー・ケアを中心とするコアすべてを試験する問題と、卒前の適切な時期に基礎医学科目についての第一次試験を課する問題は、今後十分な検討に値する課題であろう。

2) 試験対象としての行動領域

医師法では知識と技能について認定を行うことが規定されているが、知識の領域(認知領域)においても、想起・解釈・問題解決の3レベルの行動領域がある。中山も出題問題を解答過程別に分類し、単純暗記知識問題が多く、判断・推論や実地経験を要する問題や、症例経過処置を求める問題の少ないことを、第57、58回の分析によって指摘している¹³⁾。吉岡は59、60回の分析により、想起問題が全問中74~75%、解釈問題が6~7%、問題解決問題が18.5%を占めていることを報告している。

一般に再認型選択肢型客観問題では、想起・解釈問題は容易に作成できるが、受験者が仮説を立てて自身に必要な情報を求め、必要な処置を考えて解決に導くような、真の問題解決型の問題の作成は困難であり、新形式のシミュレーションテストを導入することを含めて、今後想起よりは、解釈や問題解決能力の測定に力点をおくように改善してゆく必要がある。

また「技能」については、従来実地(口頭)試験で臨床的技能のごく一部がテストされてきたが、これは実物や顕微鏡標本・X線・心電図などの読解力に限定されていた。またこのような能力をみることは、現行の客観型の臨床実地問題で測定可能であり、しかも口頭試験を多数の試験委員で、数千名の受験者に公平かつ客観的に行うことの困難さから、実地(口頭)試験は昭和50年から廃止されたわけである。

しかし本来医師の資格規定には、問診・診察・病歴記載・検査や治療手技のような技能や、医師として最低限必要な態度の評価も組み込まれるべきであるが、これらの評価は莫大な時間と労力が必要であり、評価方法もまた困難である。したがって大部分の医学校でも、これら

の評価が実施されていない。これらの課題については、今後十分な検討がなされねばならない。

3) 信頼性

認定試験では、受験者の能力が正しく測られるという意味での、尺度としての安定性、すなわち信頼性が必要である。第55回以降 Kuder-Richardson 公式 20 によって算定しているが(表2参照)、55回を除けば、56回以降毎回0.9を超えている。0.9という数値は、受験者個人の優劣を比較してよい試験であることを示す最小数値であり、56回以後はつねに信頼性が満足できる高さにあることを意味している。

4) 妥当性

認定試験で不可欠な要件は、信頼性と妥当性である。信頼性が低い場合は、妥当性も低いのであるが、信頼性が高くても、妥当性が低い試験はよい試験とはいえない。

(1) 併存的妥当性

額田は某三大学の受験者の卒前学業成績と、国家試験の成績の相関性を調査し、とくに卒前の臨床総合成績と、国家試験の総得点との間に高い相関があることを報告している^{9,12)}。卒前の臨床総合成績は、通常学生の学力をよく表しているものと考えられているので、その意味で、国家試験の併存的妥当性は十分に高いといえるわけである。

(2) 内容的妥当性

各科目の出題の領域配分・題材の適切性・難易レベルの適切性などについては、多くの識者からいろいろな意見が表明されている^{2~5)}。

第54回の試験問題については、出題に偏りが多い、救急や治療についての出題が少ない、理解度や判断力をみる問題が少ない、などの意見が多かった²⁾が、第56回の試験問題については、領域配分がよくなった、実習成果の反映する問題がふえた、というような賛意が増加した⁴⁾。

吉岡は、第57回の試験問題の妥当性について全国の大学教員110名に対してアンケート調査を行い、大部分の問題は、回答者の70%以上が妥当であると回答した¹¹⁾。

中山は、第57、58回試験問題について多面的な分析を行い、症状・検査・診断に関する問題が比較的が多く、病理・病態生理・患者のケア・治療・救急医療・予防に関する問題の少ないこと、単純暗記知識問題の多いこと、頻度の多い疾病題材の問題が57回では51%、58回では63%、卒業時点における基本的知識を扱った問題が、それぞれ65%、76%で、58回のほうが57回より妥当になっていること、まれな疾病、より専門的なむずかしい知

表 4 低得点者数の推移

回数	得点	<20	20<25	25<30	30<35	35<40	40<45	45<50	50<55	55<60	受験者 総数
昭和50年	59回	0	2	3	10	28	49	95	201	388	4,528
	60回	0	3	8	18	33	57	69	114	167	1,024
昭和51年	61回	2	3	5	16	31	63	102	181	368	5,015
	62回	1	2	9	21	29	55	84	135	195	1,158
昭和52年	63回	2	6	16	24	44	86	163	297	471	5,373
	64回										

識を扱った問題の正解率が低いことを認め、より妥当な出題が必要であることを報告している¹³⁾。

(3) 試験問題の統計学的分析

第55回(昭和48年)の試験からは、コンピュータにより、問題ごとの難易度(正解率)と識別指数が採点と同時に計算されるようになり、このデータなどから統計学的分析が行われるようになった^{8,14,18)}。

これらの分析からのフィードバックにより、3肢、4肢の問題が次第に減少してほとんど全部5肢となり、受験者の思考を混乱させるような複雑すぎる形式の問題を廃止して、出題形式の種類を減らし、試験問題の質を低下させる無解答選択肢を排除し、識別指数のできるだけ妥当な良質の問題の出題を促すなどの改善を行ってきた。

(4) Key-Validation の導入

現在の国家試験問題は、科目ごとに試験委員が領域配分や出題方針について協議した後、各委員が個々に作成した問題を持ち寄って委員会で検討し、修正や調整が行われている。この一連の作業プロセスによって、問題の質は大分向上してきているが、試験実施前に、問題の難易度や識別力を完全に予測することはきわめて困難であり¹¹⁾、また試験実施後に、関係者から内容妥当性や解答に疑義が提出されるような問題が、ごくわずか出題されてしまうことは、なかなか避けにくいことである。

そのため、昭和49年第57回の試験から、試験実施終了直後の問題項目の統計的分析値を検討し、難易度がきわめて低く(すなわち非常にむずかしく)、かつ識別指数のきわめて低い問題について、内容妥当性を再検討し、難点があったと判定された問題を採点から除外する作業、すなわち Key-Validation が実施されることになった。

これによって、平均正解率・平均識別指数・信頼性係数は、Key-Validation 前の値よりおのおのアップし、試験の質の管理がきわめて改善された。

(5) 出題基準

従来試験の内容・レベルは、問題作成者の考えに任せ

れていたが、卒前教育目標について十分な検討がなされていないので、妥当な内容・レベルをコンスタントに保つことは、かならずしも容易ではない。そこで各科目ごとの出題範囲と出題レベルを規定するための「医師国家試験基準」が専門委員会によって、昭和52年4月、まず必須5科目について作成・発表され²¹⁾、次いで選定7科目については、昭和53年4月に発表される予定である。

これらによって、出題の細かなレベルがただちに一定化されることは期待できないが、少なくとも出題範囲については、妥当性が増すであろう。しかし医学は年とともに進歩していくものであり、卒前教育目標についての考え方も変わっていくものであるから、でき上がった「出題基準」は数年に一度見直し、更改が不可欠である。

5) その他の残された問題点

以上述べてきた事項以外の、国家試験の問題点としては、つぎのようなものが指摘できる。

(1) 問題数

出題する問題数は、試験科目数、想起・解釈・問題解決別配分などとも関連するが、現行の260問は、同様な試験を実施しているアメリカや西ドイツに比べて1/2～1/3である。

(2) 合格基準

医師として認定しうる最低合格レベルを一定に保つことはきわめて困難なことであるが、より絶対的な基準をつくるべくさらに検討が必要であろう。

(3) 受験回数

現行制度では、受験回数は無制限であるが、これを数回以内に制限すべきであるという意見もある。また事実、つねに40～50点以下の得点しかとれず、繰り返して受験している者の数が次第に増えつつあり、この数はやがて数百名を超える時期がきそうである(表4参照)。これらの者にいたずらに再受験を繰り返させることなく、早めに他の道に転換させるとか、それよりも大学教育時代に進路変更をさせたり、入学試験の選抜基準をより厳

しくするなどの措置が不可欠とならう。

(4) 基礎医学段階の国家試験の導入

一部基礎医学科目の試験を要望する声もあるが、基礎医学全体の国家試験を、卒前のある段階で実施することの価値と可能性については、慎重に討議する必要がある。

(5) 国家試験の大学教育に及ぼす影響

国家試験が多少むづかしくなったために、一部の大学は国試予備校化しているといわれているが、これは好ましいことではない。正しい卒前医学教育の成果として、国試の高い合格率が得られるという形がもっとも望ましい。

(6) 問題の非公表化

国家試験を良質に保つためには、過去に出題したよい問題の再出題という方法も1つの方法である。またこれの可能なことが客観試験の1つの特徴ともされている。ことに想起レベルの問題ではこの方法は適切である。そのためには試験問題の公表をやめることが前提になり、そのうえで問題をプールしてゆく必要がある。

(7) 試験問題研究作成システムの確立

現行のような2年任期制の試験委員会には、多くの教員が参与するというメリットもあるが、新しい良質の問題、問題解決型試験の継続的な研究開発には不適切なシステムである。このような問題の研究・開発・作成の専門機関ないしシステムをつくるのが不可欠のことと考えられる。

文 献

- 1) 中川米造：医師国家試験。医学教育，**3**：61-63，1972.
- 2) 中山健太郎・他：特集，第54回医師国家試験。医学教育，**3**：428-450，1972.
- 3) 吉岡昭正：今春の医師国家試験をかえりみて。医学のあゆみ，**86**：217-220，1973.
- 4) 山本幹夫・他：特集，第56回医師国家試験。医学教育，**4**：402-419，1973.
- 5) 木村 登：医師国家試験。医学教育，**5**：163，1974.
- 6) 牛場大蔵・他：特集，医師国家試験改善の方向。医学教育，**5**：246-247，1974.
- 7) 吉岡昭正：医師国家試験の改善方向について。医学教育，**5**：248-253，1974.
- 8) 高垣東一郎：医師国家試験の統計推計学的分析。医学教育，**5**：254-260，1974.
- 9) 額田 粲：医師国家試験の妥当性に関する研究。医学教育，**5**：260-268，1974.
- 10) 牛場大蔵・他：特集，医師国家試験の改善。昭和49年度医師国家試験の改善。医学教育，**7**：8，1976.
- 11) 吉岡昭正：医師国家試験の妥当性調査。医学教育，**7**：8-22，1976.
- 12) 額田 粲：医師国家試験の妥当性に関する研究。医学教育，**7**：23-26，1976.
- 13) 中山健太郎：医師国家試験の問題形式などについて。医学教育，**7**：27-35，1976.
- 14) 高垣東一郎：医師国家試験の統計学的分析。医学教育，**7**：36-44，1976.
- 15) 手塚康夫：2組の試験の組み合わせと合格範囲の変動。医学教育，**7**：45-49，1976.
- 16) 手塚康夫：多選択肢問題の形式。医学教育，**7**：50-56，1976.
- 17) 厚生科学研究・医師国家試験改善研究班：医師国家試験の改善方向。医学教育，**7**：57-60，1976.
- 18) 吉岡昭正：医師国家試験の統計学的分析。医学教育，**8**：247-262，1977.
- 19) 吉利 和・吉岡昭正：パネル2，医師国家試験。医学教育，**8**：302，1977.
- 20) 青野 修：入試成績と国家試験との関係。医学教育，**8**：406，1977.
- 21) 厚生省：医師国家試験出題基準。必須五科目ガイドライン，昭和52年4月。

* * *