

医師国家試験^{*1}

阿 部 正 和^{*2}

はじめに

医師法第2条に「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」という条項がある。さらに第9条には「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う」と規定されている。

この法的根拠に基づいて、厚生省内に医療関係者審議会医師部会が設置され、同部会が試験科目、問題数、問題形式および試験方法などを審議決定し、同部会が委嘱した問題作成委員の手によって問題が作成されているのである。試験に関する実務は厚生省医務局医事課試験免許室が行っている。

昭和21年(1946年)連合軍最高司令部の公衆衛生福祉局長 C.F. Sums 大佐は、わが国に医学教育審議会を設けた。S.E. Moolton 少佐および S.J.M. Molton 中佐の指導の下に、わが国の医学教育機関から選任された数名の委員、および日本医師会、文部省および厚生省からのオブザーバーよりなる審議会が協議の結果、医科大学卒業後1年間の実地修練(インターン)制度と医師国家試験制度の実施が決定されたのである。かくして昭和21年8月にこの制度が法的に定められ、同年11月に第1回医師国家試験が実施されるにいたった。昭和21年9月の卒業生から、卒後1年間の実地修練を終えた者が医師国家試験を受験するようになったわけである。

昭和43年(1968年)5月、このような卒後1年の修練を終えた者が受験するという制度は廃止され、その後は医科大学卒業後ただちに医師国家試験を受けて、合格者には医師としての資格が付与されるように改められた。しかし、医科大学卒業直後では、なお独立した医師として医業に従事することはむりであるという観点から、国家試験合格後さらに2年間、指定された研修病院におい

て実地の訓練を受けることが要請されたのである(臨床研修制度)。

医師国家試験は、以上のような法的根拠に基づいて昭和21年に第1回が実施されて以来、昭和56年10月までに72回の試験が行われている。ここで近年における医師国家試験の改善の経過を中心に、制度そのもののあり方について論じてみたい。

1. 医師国家試験の目的と必要性

医師国家試験が行われる法的根拠についてはすでに述べたとおりである。問題は、「医師として具有すべき知識および技能」の水準をいったいどこにおくべきか、という点にある。

この点に関する理解の内容は、個人によって、また大学によってまちまちである。現在のところ具体的に統一された見解はないし、また、統一の見解を求めること自体困難であろう。試験問題そのものについてとかくの批判が出てくる1つの原因はこの点にあるものと思われる。問題作成のガイドラインが作成されてはいるが、なお不十分である。できれば、統一的な理解に基づいて、問題の質的転換あるいは向上を早急にはかることを期待したいのである。

文部省が認定した医科大学の全課程を修了した者に対して、卒業後の臨床研修に移行できるだけの基本的知識、あるいは基礎的な技術を有しているか否かを問うために行われる試験が医師国家試験であると解される。また、文部省が認定した医科大学を卒業した者に対して厚生省が改めて、もう一度試験を課することは是非についても議論はあるが、目下の段階では医師国家試験の必要性については肯定せざるをえないであろう。

いま、試みに最近10年間における医師国家試験の受験者の数と合格率の推移をみてみよう(図1)。

春の医師国家試験では、昭和46年以降、受験者の数が逐年増加の一途をたどっている。昭和56年(1981年)春は、その数が8,299名に達した。この数は今後ますます増加することが予想される。これに対して合格率のほう

*1 Physician's Licence Examination.

*2 ABE, Masakazu 東京慈恵会医科大学内科学教室

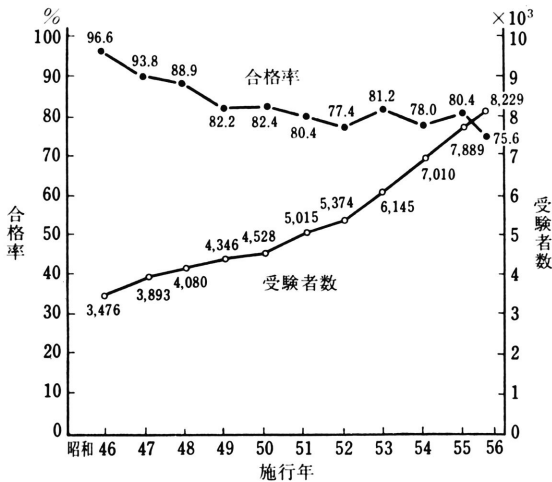


図1 合格者の推移(春)

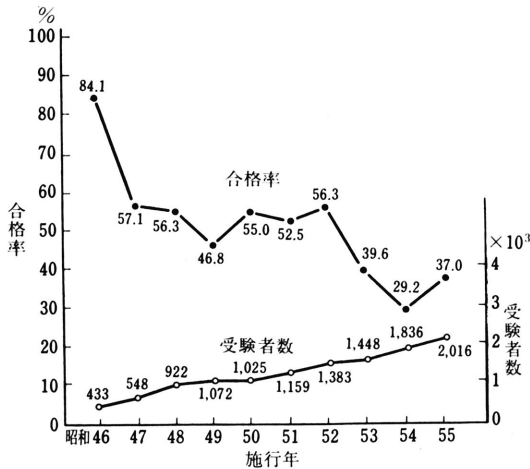


図2 合格者の推移(秋)

は逆比例的に年々低下してきていることがよくわかる。昭和56年春の第71回医師国家試験では75.6%という低率を示した。この成績は春の国家試験のみに限ってみると、過去30年間で最低の記録である。受験者4人のうち1人が不合格ということの意味しているのである。

秋の医師国家試験の成績は、各種の事情からあまり参考にはならないが、参考のためにその推移を図2に示した。

やはり受験者の数は漸次増加を示し、合格率は近年急激に低下してきていることが理解できる。なお、現在いわゆる国試浪人といわれる者は、1,500名の多きに達しているが、この数は今後ますます増加することが予想されている。

このように受験者の数が増加するにつれて合格率が低

下してゆくことは、いったい何を物語っているのであろうか。試験問題が年々むずかしくなってきたためか、それとも受験者の質が低下してきたためか、あるいはその両者のためか、であろう。

昭和56年春に実施された医師国家試験において合格率が80%を割った大学は70校中33校もあった。さらに50%を割った大学が5校もあったことは見逃すことのできない事実である。医科大学が急速に増設されて以来、合格率のいちじるしく低い大学が出てきたことは事実である。もちろん、医師国家試験の合格率のみから、医科大学の優劣を判断することはできないにしても、合格率が99%の大学から42.5%の大学までその開きがきわめて大きいことは無視できない。学生の質の低下が社会的に問題になっていることも否定できない。どうしても現状からみて、一律化した資格試験としての医師国家試験の制度を維持し、実施することはやむをえないことと思う。この制度が果たす役割は、今後ますます高まってゆくことはあっても、減ずることはないであろう。それだけに、この医師国家試験のあり方については、だれでもが納得できる形で実施することが必要になってくるのである。

2. 生涯教育の中における医師国家試験の位置づけ

医学は生涯教育であることが、とくに強く叫ばれている。この主張に異議をさしはさむ余地はないであろう。その医師の生涯教育の中での医師国家試験はどのように位置づけられるべきであろうか(図3)。

医科大学卒業という時点は、これから医師としての修練を始めるスタートラインに立ったと考えるべきである。現時点では、卒業直後から独立して治療に従事することはまったくむりな話である。卒業の時点で、臨床医学各科について、ある程度の知識と技能を有し、その後の2年間は指導医の下で臨床研修を行うことがすすめられているのである。医師国家試験に合格し、医師の免許を得たのちに、はじめて臨床実施にタッチするという

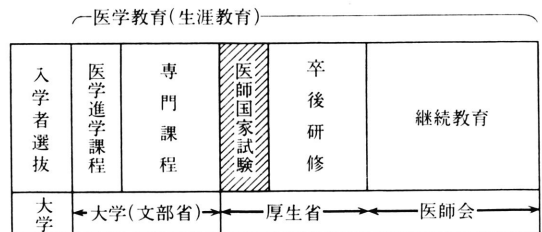


図3 医師国家試験の位置づけ

のが、現時点におけるわが国の実状とってよいだろう。医師のライセンスをもらったとしても、それで開業して医業に従事することはむりである。もしこの時点で独立した医業に従事するようなことがあったとしたら、迷惑をこうむり、不幸な目を見るのは国民である。このような立場から、医師国家試験に合格して手に入れたライセンスのもつ意味をもう一度再検討してみる必要があると思うのである。換言すれば、医師の国家試験に合格したことは、将来独立して開業するための予備免許、あるいは仮免許を得たことを意味し、その後、2年の臨床研修を終了したのちにはじめて開業の許可を示す本免許が得られる、ということになると思うのである。

現在実施されている医師国家試験の問題そのものをみたときに、これだけの設問を卒業の時点で果たしてこなせるのかどうか、また、こなせなければ卒後の臨床研修に入ることはできないのだろうか、こういう疑問が起きてくる。専門的要素があまり深く入りすぎている問題は極力避けるべきではあるまいか。

生涯教育の中における医師国家試験の位置づけを考え、現在の卒前医学教育の実状にあった形で、医師国家試験が実施されるよう希望したい。医師国家試験に合格したときに、独立して開業できる資格が付与されたと考えないで、指導医の下で実地臨床にタッチできる資格をもらったと解すべきではなかろうか。このあたりに、医師国家試験の性格を再検討すべきときがきているといってもよい理由があると思うのである。

3. 医師国家試験改善の経過

昭和21年(1946年)医師国家試験が発足して以来、現在にいたるまで、試験科目、問題の形式、あるいは採点方式などをめぐって、何回かの改善が試みられてきた。それはそれなりの効果をあげてきたといえる。ただ、これらの改善は、問題を作成する側の、主として技術的な面や採点上の制約などから生れたもので、どちらかといえば手直しの改革にとどまっていた傾向であったことは否定できない。

昭和53年(1978年)に医療関係者審議会医師部会の中に医師国家試験改善の基本方針を検討するための小委員会が設置され、国家試験のあり方についての本格的再検討が始まったのである。この委員会の答申については後述するが、ここに昭和28年(1953年)以降前述の小委員会が設置されるまでの医師国家試験の改善経過について簡単にとりまとめておこう。

昭和28年(1953年)に、それまでの筆記試験(基礎8科目、臨床11科目)のうち、基礎科目が廃止され、臨床

科目も6科目(必須科目として内科、外科、産科、公衆衛生および選定2科目)に減り、一方、口頭試験が導入された。

昭和47年(1972年)には筆記試験の必須科目に小児科が追加され、選定科目を含めて7科目となった。問題数は160問と増えた。同時に問題の形式が従来の論述式、主観式から、客観式、多肢択一式に改められ、コンピュータによる採点方式が導入された。

昭和48年(1973年)、医療関係者審議会医師部会では厚生科学研究費を得て国試改善の研究に取り組み、また、医学教育学会関係者を中心とした文部省科学研究費による総合研究において試験問題作成の研究も展開されるにいたった。

この年、各試験科目の関連領域を加味する問題も作成されることになった。たとえば内科では眼底所見、あるいは皮膚病変などを含めることになったのである。さらに、それに加えて、この年から問題の数が160問から170問に増加された。

昭和49年(1974年)には、臨床の実際の技術を審査する、いわゆる臨床実地問題が作成されるようになった。問題数はふたたび増加して170問から190問になった。この年は医師国家試験問題の漏洩事件が報じられた年であり、これを機会に問題作成委員の人数を減らし、委員の自覚をうながすためにその氏名を公表する、という措置がとられるにいたった。

昭和49年秋から、難易度がきわめて低い、いわゆる難解の問題、および識別指数のきわめて低い問題については採点から除外するという作業、すなわち Key-validation が実施されるようになった。

昭和50年(1975)に、口頭試問が廃止された。それにかわって臨床実地問題が大幅に増加し、問題数は190問から一挙に70問増えて計260問になった。この260問という問題数は現在まで続いている。また、産科は産科婦人科に変更された。

昭和52年(1977年)には必須5科目について、いわゆるガイドラインが問題作成者の参考のために、ということをも目的として刊行された。このガイドライン(出題基準)は、昭和53年(1978年)には選定7科目のものが追加され、妥当な試験問題の作成に対する措置がとられた。

4. 医療関係者審議会の意見書

昭和53年(1978年)医療関係者医師部会の中に医師国家試験改善の基本方針を検討するための小委員会(委員長 武内重五郎教授)が設置され、1年後の昭和54年

(1979年)2月に、さし当たって改善を必要とする事項についての答申が提出された。この答申は、医師国家試験の将来像としてはほど遠いものであったが、その内容を簡単にとりまとめると、つぎようになる。

1) 試験問題は、患者がかかえている問題を解消する基本的能力を審査する問題に重点をおくようにする。このさいプライマリ・ケアに対して一層の配慮を行う。

2) 問題解決方式を重要視する立場から、臨床実地問題の数を増加する。これまでの60問を100問にしようというわけである。また、整形外科を一般外科の中に入れて問題を作成することになった。これは昭和55年秋より実施されている。

3) 試験の実施回数を年1回に限定する、また受験回数を制限することを考えるべきである。

4) 各科のガイドラインを総合的立場から調整する。

昭和55年(1980年)3月ふたたび医療関係者医師部会の中に新しい小委員会が編成され、討議の結果、つぎのような意見がまとめられ医師部会に答申されたのである。これを受けた医師部会は昭和56年(1981年)6月29日、武内重五郎部会長の名前で、村山達雄厚生大臣に意見書を提出した。

医師国家試験の改善について〔意見書〕

医療関係者審議会医師部会は、医師国家試験の改善について、昭和54年10月以来、医学教育の関係機関の意見も参考にしつつ、慎重に審議を進めてきたが、このたび、下記のとおりの見解に達したので、ここに意見を具申する。

記

1. 医師は、国民の信頼にこたえて、生命と健康をあずかる高度の専門職である。医師国家試験は、医科大学卒業生に対し、このような重要な職責を担う医師として「臨床上必要な医学及び公衆衛生に関する知識及び技能」をそなえているか否かを試す試験である(医師法第9条)。

我が国の医師国家試験は昭和21年秋に第1回が実施されて以来、数々の変遷を経て今日に至っている。近年においては、昭和47年に出題形式が客観的に改められたのち、臨床実地問題の導入(昭和49,50年)、試験委員のための出題基準の作成(昭和52,53年)、出題基準の改定(昭和55,56年)などの改善が積み重ねられてきたところである。

2. しかしながら、医師国家試験が真に医師として具有すべき基本的な知識・技能を問う試験であるために

は、医科大学における教育内容を踏まえつつ、時代の要請にこたえうる適切な試験となるよう、今後またえず改善が図られなければならない。

また、一県一医大が実現した今日、医師の養成については、質的な充実により一層の重点をおくことが社会的にも強く求められるようになってきている。医師国家試験も長期的、総合的な視点に立って、基本的なあり方についての検討を加えるべき段階にきている。

3. 当部会は、このような問題意識に立って、医師国家試験の改善につき審議を重ねてきたが、その結果、医師の生涯にわたる教育・研修全体の中で、医師国家試験のあり方および改善策を総合的に調査、検討するために、常設の専門機関を早急に発足させるべきであるとの結論に達した。

この専門機関の構成については、医療、医学教育、医療行政、教育行政等幅広く関係分野の意見が反映されるようにすべきである。

4. 常設の専門機関においては、上記の基本的なあり方に関する検討にそって、当面、次のような具体的改善事項につき、医学教育との関連を考慮しつつ検討を行い、早期に実施に移せるよう必要な準備を行うものとする。

(1) 試験問題のプール制を導入し、適切な問題は再出題できるようにする。

(2) 試験問題の質の管理を適正に行うため、試験委員による事前の準備と事後の評価を充分に行う。

(3) 問題解決能力をより重視するため、臨床実地問題を現行60問から100問に増加させる。

(4) プライマリ・ケア重視の見地に立って、臨床各科目にわたる幅広い知識・技能を問う問題を出題する。

(5) 思考過程を重視した試験とするため、出題形式を改善し、解答時間数および試験日数を延長する。

5. しかし、現行のように、年2回の医師国家試験を厳正に行いながら、上記の改善事項を広範にわたって実施に移すことは、極めて困難であるとの問題点が指摘された。一方、上記の国家試験の改善は、医学教育に良い影響をもたらすことが期待できるので、これを速やかに実施に移すべきであるという強い意見があった。

これらを総合的に検討した結果、医師国家試験の改善を確実に実行できるようにするため、この際、秋の試験の廃止に踏み切り、年1回とすることが妥当であるとの見解に達した。

ただし、受験者におよぼす影響を緩和するために

も、医師国家試験を年1回に改める時期は、常設の専門機関における改善策の検討にそって、昭和59年を目標とするのが適当である。

以上の意見書については、その中にうたわれているように、常設の専門機関の中で十分に討議されたのちに実施に移すことが述べられている。

5. 意見書に対する批判

前項の医療関係者審議会医師部会の意見書については、慎重を期するため、事前に厚生省当局より文部省視学委員会、全国医学部長・病院長会議に提示されたのである。最初に反応を示したのは日本私立医科大学協会であった。

1) 日本私立医科大学協会の意見

日本私立医科大学協会は吉岡博人会長の名前で、医師国家試験の改善についての意見を昭和56年4月28日付で厚生大臣、文部大臣をはじめとする各関係方面に送付したのである。いま、その意見をここに再録して参考にする。

〔前文〕 医師国家試験のあり方がわが国の医師育成に大きな影響をもっていることは、医育・医療関係者の多くがひとしく認めているところでありますが、近時厚生省では現行春秋2回の国家試験を年1回（春）実施に改めようとする動きを示しています。

このため、当協会は同制度改変の動きに照らし問題の所在と改革に当たっての姿勢について慎重且つ十分な検討を重ねて参りました。

その結果、別紙同封のような当協会「意見」をとりまとめましたので、広く関係各位におかれても是非共高覧下され、当協会の考え方をご理解のうえ、制度改正へのご鞭撻をいただけますならば幸甚と存じます。

医師国家試験の改善についての意見

日本私立医科大学協会

最近、医師国家試験が現行の春秋2回から春のみの1回実施に改められるという動きが見られるのを機に、医師国家試験の改善についてわれわれの考え方を申し述べたい。

昭和21年に発足したわが国の医師国家試験制度は、その間幾度かの改変を重ねつつ今日に至っているが、関係者の努力にもかかわらず依然として大きな問題点を幾つかはらんだ制度であることは、医育・医療関係者の多くがひとしく認めているところである。

今日、医師国家試験に関しての最大の課題は、試験の実施回数を減少させるという姑息的な手段を講ずることではなく試験制度あるいは試験内容そのもののあり方について根本的に再検討することである。医師国家試験は、文部省の認定した医科大学あるいは大学医学部の全課程を修了した医学士に対し、卒業後の臨床実地修練に移行しうるだけの基本的知識あるいは基礎的な技術を具有しているか否かを問うために行われる試験である。このことは観念的には関係者の多くに理解されているものではあるが、その理解の内容は個人によって区々であり、具体的に統一された見解の無いことが、この問題の混迷を一段と深めている原因の一つとしてよいであろう。

このように試験関係者の統一的理解に基づいて試験問題の質的転換あるいは向上を計ることが先決問題であり、それを実現するための努力こそが何にもまして必要である。

その方策としては、たとえば国家的見地から、これらの問題をも含めて医学教育全般について絶えず考察・検討を行う常置専門機関の設置などは喫緊事であると考えられる。このような機関において早急に国家試験制度あるいは試験内容のあり方について再検討を行い、確実に改善につながる成案がえられたならば全国の医育機関にそれを提示し、大方の理解がえられたのちに実施するという手順を踏むべきである。以上のことは、医学教育と国家試験とは夫々文部厚生との両省に分かれて管掌されているわが国の現状においては特に重要であり真剣に考慮されねばなるまい。

医師国家試験のあり方はわが国の医師育成に大きな影響をもつものであり、すでにそれが卒前教育の歪みとして現われているとさえ指摘されているほど重要事であるだけに、安易な試行錯誤が許されることではない。したがってその改変は単なる思いつきや一部の手直しによることなく慎重に準備を整えて案を練り、さらに十分な猶予期間をおいたのち実施に移すほどの深い配慮の下に行われるべきものと考えられる。以上

2) 全国医学部長・病院長会議の動き

全国医学部長・病院長会議の中に小林茂三郎日大医学部長を委員長とする医師国家試験に関する委員会が編成され、医師国家試験をめぐる諸問題につき討議が行われた。その結果昭和56年（1981年）5月12日付で、上條一也会長あてに答申書が提出されたのである。その内容を簡単にとりまとめると、つぎのとおりである。

1) 医師国家試験は医科大学卒業時の医学知識をテス

トするための資格制定試験であって、選抜試験ではない。

2) 現状においては、春秋2回試験を行うこと、もし春1回のみとするならば4～6年の猶予期間を設け、無用のトラブルは避けること。

3) 専門的すぎる問題は避けること。臨床実地問題にあまり大きな比重をかけないこと。適切なガイドラインを作成し、その中から問題を作成すること。

4) 問題のプール制を実施すること。問題は非公開とせずに公開すること。

5) 常設の専門委員会を設置すること。文部省と厚生省の間の意志のつながりをはかること。全国医学部長・病院長会議の意見を尊重すること。

6) その他
となっている。

3) 医学教育振興財団の動き

医学教育振興財団(理事長 懸田克躬)は、近年医師国家試験に関する問題がクローズアップされてきたのを機会に、昭和56年10月30日、第2回医学教育シンポジウムとして医学教育と医師国家試験という課題を取り上げ、つぎのようなプログラムの下に討論を行った。

司会者は尾島昭次(岐阜大)、鈴木淳一(帝京大)、懸田克躬(順天堂大)の3名であり、つぎの5名の講演が行われた。

- (1) 医師国家試験はいかにあるべきか(阿部正和・慈大)。
- (2) 社会的ニーズと医師国家試験(北村和夫・順天堂大)。
- (3) 医師の生涯教育における医師国家試験の位置づけ(前川正・群馬大)。
- (4) 医学教育の目標と医師国家試験の目的(古川哲二・佐賀大)。
- (5) 医師国家試験の改善の方向と問題点(武内重五郎・東京医科歯科大)。

なお指定討論者はつぎの5名であった。すなわち、岩淵勉(国立横須賀病院)、菊地博(菊地内科クリニック)、館正知(岐阜大)、本間三郎(千葉大)、水越治(京府大)。

このシンポジウムの内容については、近く医学教育振興財団より単行本として刊行される予定である。

6. 医師国家試験の問題作成の方針

医師国家試験は、医師法第2条に記載されている条文に即した形で実施すべきである。医師国家試験は、医学知識が一定水準以上にあるものはだれでも合格できる資

格制定試験であって選抜試験ではないことをこのさいもう一度銘記すべきである。

問題の作成に当たっては、作成委員に「問題作成上の注意」をとりまとめた葉が配布される。とくに題材についての注意事項として、つぎのような項目がある。

1) 問題作成の基本方針

医師国家試験は医師として知っていなければならない基本的な知識を試験するものであるから、あまり専門的にわたること、あまり些細なこと(いわゆる“重箱の隅をつつく”ようなこと)に関する設問は避けるべきである。

発生頻度が10万人に対して数名以下の稀にしかみられない疾患や症例報告に値するような疾患を取り上げるのは適当ではない。ただし比較的稀であっても、かならず知っている必要のある疾患、たとえばCushing症候群、褐色細胞腫などはもちろん出題してもさしつかえない。

人名を冠した疾患、症候群、検査法、手術術式なども、きわめて有名で、かならず知っていなければならないものに限ること。それほど普遍的でないものについては出題を避けること。

数値に関する設問も、つねに記憶していなければならないものに限ること。

性差に関する設問について、たとえばSLEのように圧倒的に女性に多く、男子の患者でSLEと診断すると誤る危険が非常に大きいというような場合に限ること。性差が2倍程度というような場合は設問しない。

年齢についてもこれに準ずる。

成因などに関し設問する場合、学者により意見の分かれているようなものは避けること。

各科とも出題があまりある領域に偏ってしまわないよう配慮すること。

出題はかならずしも自分の専門領域に限定しないで、できるだけ専門領域以外についても問題を作成すること。

法規に関する設問は、それを知っていないと医師自身が罰せられたり、社会あるいは患者などに迷惑を及ぼすことがあるというようなものに限ること。

2) 臨床実地問題作成の方針

その基本方針は、臨床実習(ベッドサイド・ティーチング)の成果を客観的に評価できるような問題を作成することになっている。将来は、独立して医療の責任を果たし得るかどうかの、臨床医学的能力を試す問題とすべきであるが、現時点ではむりである。医科大学卒業の時点での能力を問う問題とすべきであり、あまり細かな、専門的知識を要求するような問題は避けるべきである。

う。定評のある教科書ないしは参考書に記載されている程度のものに限定すべきである。

その具体的方針としては、従来、口頭試問で試問していた内容を筆記試験問題にかえたものを含める。形式は五肢択一式とする。その内容は、単純択一形式、組み合わせ形式、真偽形式、多真偽形式とする。

視覚素材を用いた問題を含めることにする。 このさい2つ、またはそれ以上の密接に関連しあう素材を示し、これらのすべてを用いて解答を選択させる問題がよい。

①エックス線写真、シンチグラム、あるいは両者の関連、②心電図、心音図、筋電図および脳波、③図あるいは表、④カラー写真を用いた問題（血液像、骨髓像、組織像、眼底所見、皮膚病変など）などを選定する。ただし視覚素材は問題のポイントを明瞭にしたものでなければならぬ。エックス線写真、その他の写真フィルム、素材などは鮮明なものであることを要する。

さらに症例問題も作成する。あまり長くない病歴および要点をついた検査成績の概要を示し、診断推理の過程および適切な治療方法の選択を問う問題を作成する。このさい、視覚素材を含める方法を採用し、素材との関連性を問う形式もよい。

問題内容のカテゴリーとしては、①問診、②症候と徴候、③診療手技（身体的所見のとり方）、④病理生理、⑤臨床検査、⑥診断、鑑別診断、⑦治療：治療手技、食事療法、手術療法、薬物療法、リハビリテーション、⑧救急療法、⑨剖検とする。

以上のように、かなり具体的に、しかもかなり詳しく記されている。この制約を守った問題が作成されるかぎり、難問・奇問は作成されないはずである。それにもかかわらず、問題の質に対する批判が依然としてあることもまた事実である。現在の卒前教育では対応しきれない問題も出題されているのが実状である。このことがまた、医学生をしてまったく無意味な情報集めに狂奔させていることは見逃すことができない。

揚げ句の果ては、卒前医学教育が医師国家試験のために歪められかねない。医科大学が国家試験のための予備校化しているという批難も出てくることになってしまうのである。

ここで現行の医師国家試験の概要をとりまとめておこう（図4）。

7. 希望と提案

前述のように医師国家試験の改善の意見書が正規のルートを通じて厚生大臣に提出されているが、筆者の個人的立場からの希望と提案を最後にとりまとめておきた

1. 試験日 毎年春秋各1回，1日半，筆記試験
2. 試験地 春：東京ほか10カ所 秋：東京と大阪
3. 試験科目および問題数
 - 1) 一般問題（A，B）：内科(50)，外科(40)，産婦人科(30)，小児科(20)，内科系(20)，外科系(20)，公衆衛生(10) 小計 200問
 - 2) 臨床実地（C）：内科(25)，外科(15)，産婦人科(10)，小児科(10) 小計 60問
合計 260問

内科系：精神科，皮膚科，放射線科のなかから1科目
外科系：泌尿器科，耳鼻咽喉科，眼科のなかから1科目
4. 試験時間

区分	初 日	2 日 目	
	午 後	午 前	午 後
説明時刻	13時30分	9 時	12時30分
試験時間	14時～16時10分 (2時間10分)	9時30分 ～11時40分 (2時間10分)	13時～16時 (3時間)
試験問題	産・内・公： 100問	小・内系・外・ 外系：100問	臨： 60問
答案用紙	1 枚 (100問) (A)	1 枚 (100問) (B)	1 枚 (60問) (C)

(注) 一般問題：1問当たり80秒，臨床実地問題：1問当たり3分

図 4 医師国家試験の概要

い。

1) 医科大学在学中に、大学の責任において、あるいは文部省の責任において国家試験の関門を設け、臨床医師にふさわしくない人物は、できるかぎり早く転進をはからせたいかが、という提案である。卒前医学教育の初期に、この試験を実施するのである。これは、6年間という長期の医学教育後における、いわゆる国試浪人のできるかぎり少なくすることが1つの目的である。そして個人および国家社会の時間的、経済的損失をできるかぎり少なくすべきであろうと思う。

同時に現存する医師国家試験不合格者の具体的対策を考慮してほしいということである。さらにまた、卒前医学教育の中でも、それについてゆけない留年組がざっと3,000人にのぼると推定されている。たんに医学生の質が低下したというだけではかたづけられない深刻な社会現象といわねばならない。

10年前の医師国家試験不合格者はわずかに117名であ

ったが、昭和56年(1981年)春には2,009名に達し、今後ますます増加する傾向にあることを考えると、何とか不合格者に対する方策を真剣に考慮すべきときがきているといわなければならない。

2) 試験問題そのものについての希望としてつぎのようなことがある。

問題作成の手引きに忠実に従って作成する。難問・奇問を避け基本に立ち返って問題を作成する。臨床全科にわたる問題とするが、内科・外科・小児科以外は診察技術を中心とした問題とする。内科については作成委員の専門外の領域から問題を作成する。横割的問題、たとえば、腫瘍、免疫、あるいは栄養と関連した問題も考慮する。臨床実地問題は、現時点での臨床実習のレベルを十分に考慮して作成する。

3) プール制の導入には賛成であるが、プール制が採用されても問題は非公開としないで公開したほうがよい。とくに非公開にしても問題は知れてしまうこと、学生の情報集めがますます熾烈化することが予想されるからである。

また、プールした問題からの出題はわずか10%といわずに全問題の30%以上とすべきである。

4) [臨床医学は学と術と道とよりなる]、という筆者のスローガンがある。医師国家試験は、これらのすべてについて設問することが望ましいには違いないが、たんなるペーパーテストでは所詮むりな話である。せめて知識と技能についてテストすることになるが、実際は知識のみを試問する結果となっているのが実状である。しかも、その知識を問う問題にしても、いわゆる記憶力のみを試す役割を果たしているだけで、分析力とか、問題解

決能力をみるテストにはなっていない。将来は問題の数を増加するのみならず、問題の質を改めていくことが必要であろう。

まとめ

医師国家試験に限定することなく、医学教育全般について協議する常設の専門機関を1日も早く設置して、その中で医師国家試験のあり方を論じてもらい、そこで広く各層の意見を聴取し、成案が得られたら、それを全国の医育機関に提示して大方の理解が得られたのちに、それを実行に移すという手順を踏んでいただくよう希望したい。

医師国家試験が医師法第9条に即した内容のものとして実施されることを望むとともに、今後ますます増加が予想される、いわゆる国家試験浪人の進路、対策について厚生省当局が真剣に取り組まれることを要請したい。

文献

- 1) 中川米造：医師国家試験。医学教育，**3**：61-63，1972。
- 2) 吉岡昭正：医師国家試験改善の方向について。医学教育，**5**：248-253，1974。
- 3) 吉岡昭正：医師国家試験の統計的分析。医学教育，**8**：247-262，1977。
- 4) 吉岡昭正：医師国家試験。医学教育白書（医学教育別冊），47-53，1978。
- 5) 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。
- 6) 高桑栄松・小野寺壮吉：医師国家試験—現状と将来像。医学教育，**11**：287-291，1980。
- 7) 第2回医学教育シンポジウム—医学教育と医師国家試験，1981。

*

*

*