

厚生労働科学研究補助金
政策科学総合研究事業(臨床研究等ICT基盤構築・人工知能実装研究事業)

ICTを利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究

令和7年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 河北 博文

令和 8(2026)年 5 月

目 次

I. 総括研究報告

ICTを利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究	1
河北 博文	

II. 分担研究報告

1. CBT医師国家試験の導入の実現に向けた研究

1) トライアル試験における実証およびCBT問題作問・ライブラリシステムの構築	13
浅田 義和、岡崎 仁昭、松山 泰、久保 沙織、伴 信太郎	
2) CBT問題の作成、問題バンクの確立	27
松山 泰、岡崎 仁昭、浅田 義和、久保 沙織、伴 信太郎	
3) 2025年度CBTトライアル問題の項目反応理論による分析と等化の試み	33
久保 沙織、岡崎 仁昭、松山泰、浅田 義和、伴 信太郎	

2. 医学生の実能や態度の評価に関する研究

1) 臨床実習における観察評価の構造化・標準化に関する研究	39
錦織 宏、小西 靖彦、伴 信太郎、松山 泰、高村 昭輝、木村 武司	
【別紙】 GenBAの実施指針(案)	45

3. 医師国家試験出題基準に関する研究

1) 医学各論における備考欄の探索的検証	51
小西 靖彦、小松 弘幸、錦織 宏、伴 信太郎、高村 昭輝	
2) 医学総論および必修の基本的事項の検証	57
小松 弘幸、小西 靖彦、錦織 宏、伴 信太郎、高村 昭輝	

4. 外国の医学部を卒業した者に対する予備試験および日本語診療能力調査に関する研究

1) 外国の医学部出身者の医療活動に関する調査	63
奈良 信雄、内藤 俊夫、森 博威、藤川 裕恭	

III. 別添資料

2025 年度 医師国家試験CBTトライアル試験 実施要項	69
-------------------------------	----

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表

	89
--	----

ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究

研究代表者	河北 博文	(公益財団法人日本医療機能評価機構 理事長)
研究分担者	浅田 義和	(自治医科大学医学教育センター 准教授)
	岡崎 仁昭	(自治医科大学医学教育センター 顧問)
	久保 沙織	(東北大学教育学研究科 准教授)
	小西 靖彦	(順天堂大学医学教育研究室 特任教授)
	小松 弘幸	(宮崎大学医学部 医療人育成推進センター 教授)
	高村 昭輝	(富山大学学術研究部医学系 医学教育学 教授)
	内藤 俊夫	(順天堂大学大学院医学研究科 教授)
	奈良 信雄	(順天堂大学医学部 客員教授)
	錦織 宏	(名古屋大学医学系研究科 教授)
	伴 信太郎	(愛知医科大学医学教育センター 特命教育教授)
	藤川 裕恭	(順天堂大学医学部総合診療科学講座 特任助教)
	松山 泰	(自治医科大学医学教育センター 教授)
	森 博威	(順天堂大学大学院医学研究科 准教授)

研究要旨

我が国は、2040 年には少子高齢化を超えて高齢者がピークを迎える時代を控え、同時に AI による診断・治療技術の進歩等が予想されている。その中で、人口減少に対する医師数や臓器別専門医、総合診療等の役割、地域医療教育など、医学教育に関して様々な課題がある。令和4年に改訂された医学教育モデル・コア・カリキュラムは、2040 年に活躍する医師を想定して「総合的に患者・生活者をみる姿勢」と「情報・科学技術を活かす能力」を医学生が身につけるべき新たな資質・能力として定義した。また、患者の医療に関するリテラシーが大きく変わることが予見され、受容・傾聴・共感など、診療の中での医師の対話力や姿勢は医師の資質として一層強く求められる。さらに、AI の普及に伴い、AI を活用した医療においてその責任を持つ医師が求められる。このため、将来のあるべき医師像を見据えて、医学生の学修を促進する評価の軸を定めることは極めて重要である。

本研究は、「(1) CBT 医師国家試験の導入の実現に向けた課題の抽出」「(2) 医学生の技能や態度の評価」「(3) 医師国家試験出題基準の検証」「(4) 外国の医学部を卒業した者に対する予備試験および日本語診療能力調査の課題」に関してそれぞれの研究を一体的に行い、我が国のより良い医学・医療に貢献できる医学生の評価軸を示すとともに、医学教育、特に臨床実習の充実につながる医師国家試験の CBT 化の実現に結びつけることを目標とした。そこで、国において医師国家試験と医学教育に関する検討が行われる際の資料として活用できる知見を得るとともに、今後の医師国家試験と医学教育の改善に向けて提言することを目的とする。

(1) CBT 医師国家試験の導入の実現に向けた研究では、CBT 医師国家試験の導入の実現に向けた課題等を抽出するために、前年度に引き続いて、インターネットを介した CBT 試験システム(TAO)を利用して、動画・音声等を取り入れた実臨床に近い問題を取り入れて、全国60大学(医学生 1,647名)の参加による CBT トライアル試験を、大学会場形式と一般会場形式で行い、どちらも大きな問題なく概ね円滑に実施し、将来の試験運営における知見を整理することができた。CBT 問題の作問・ライブラリシステムについては、問題の整理・検索の機能を強化するための検討を行った結果、医師国家試験出題基準等に準じたプール問題の整理・検索が可能となった。CBT 問題の体系的な管理基盤を

MooTAO 上で構築するとともに、カスタム GPT により臨床問題の派生問題等を短期間に多数作成できることを実証した。IRT に基づくテスト運用では、等化の手続きを経た項目の集まりである項目プールをあらかじめ用意する必要があることから、等化係数法による項目母数の等化の一例を示した。医師国家試験の CBT 導入において、IRT を用いた CBT 形式により、均質な問題セットを作成して試験問題の質担保を図るために、試験問題の非公開が必須である。

(2) 医学生の実能や態度の評価に関する研究では、ワークショップを通じて、日本における総括的 Workplace-Based Assessment (WBA) 導入に関する主要論点を整理し、その知見を踏まえて、我が国の臨床実習における総括的 WBA の実施指針案として Genba Based Assessment (GenBA) を作成した。さらに、障害者支援および医療安全の専門家との意見交換を通じて、本質的能力の定義、合理的配慮、患者安全を踏まえた評価基準設定など、制度設計上の重要課題を明らかにした。

(3) 医師国家試験出題基準に関する研究では、令和 6 年版医師国家試験出題基準の医学各論において、延べ 476 項目の備考欄への記載が認められ、その内訳には追加病名が最も多かった。研究者による探索的検討では、延べ 476 項目のうち 344 項目が削除可能な項目、132 項目が検討を要する項目と判断された。今後、専門家等による妥当性検証を行い、備考欄の役割を明確化したうえで、出題基準改定時の整理方針を検討する必要がある。医学総論および必修の基本的事項の出題領域別の検証については、レベル I 問題の出題割合が 50% 以上であった項目は、必修の基本的事項は、「1. 医師のプロフェッショナリズム」「3. 診療情報と諸証明書」等の 5 項目であり、医学総論は、「Ⅰ. 保健医療論」「Ⅱ. 予防と健康管理・増進」等の 3 項目であった。これらについて、ブループリントにおける出題割合を減らし、その分を臨床実習開始前に実施される共用試験 CBT で一定程度出題するなどの調整が望ましいことを示した。

(4) 外国の医学部を卒業した者に対する予備試験および日本語診療能力調査に関する研究では、外国の医学部卒業生の受け入れ、勤務状況に関しては大きな問題は見られなかった。一方、少数ではあるが外国の医学部出身医師の勤務状況に問題が認められたこと、および今後も外国の医学部出身医師の増加が見込まれることから、国民から信頼が得られるように、さらに詳細な調査研究を行い、より適正な外国の医学部出身医師の受け入れ制度を構築する必要性を示した。

今後、国において医師国家試験と医学教育について審議が行われる場合には、本研究で得られた成果を踏まえて議論されることを望む。さらに、国の施策として医師国家試験の CBT 化が決定された場合は、本研究で培った知見やノウハウが活用されることを期待する。

A. 研究目的

我が国の医療の質の向上を図るためには、卒前教育、卒後教育、生涯教育のシームレスな医学教育の取り組みの充実が重要である。2040 年には AI による診断技術の進歩や患者の医療に関するリテラシーが大きく変わることが予見され、受容・傾聴・共感など、診察の中での医師の対話力や姿勢は医師の力量として一層強く求められる。言い換えれば、ヒューマンタッチのできる医師が大切である。これらに対応できる将来のあるべき医師像を見据えて、国民から信頼される臨床能力に優れた

医師を養成することが求められる。

現在、我が国における医師国家試験は冊子形式での多選択肢問題 (Multiple Choice Question : MCQ) で行われているが、MCQ は「知識」の評価には適しているものの、知識と同様に重要である、「技能」や「態度」の評価には十分ではない。

現在、各大学で行われている臨床実習における学生の評価、Post-CC OSCE、および PBT (Paper-Based Testing) の試験形式による国家試験等が医学教育において大きな課題となって

いる。

また、2020年の「医師国家試験改善検討部会」においても、医師国家試験へのコンピュータ制(CBT)の導入が示され、これらの実現に向けた取り組みが喫緊の課題となっている。今後、CBT 医師国家試験を実装するためには、CBT 試験システムの構築や実施のためのロジスティクス、動画・音声等を用いたCBT問題の作成体制、CBT 問題の評価・分析およびライブラリの構築などについて検討し、実際の CBT 医師国家試験を想定した検証をすることが必要である。

さらに、これまでの医師国家試験出題基準に関する検証や、外国の医学部を卒業した者の医師国家試験の申請数が増えつつあることも踏まえて、予備試験と日本語診療能力調査が課題として挙げられている。

そこで、各大学における診療参加型臨床実習の充実とそれにおける医学生の評価をより適正に実施すること、さらには動画・音声等を取り入れた実臨床に近い問題による CBT 化された医師国家試験により、「知識」だけでなく「技能」「態度」を含めた臨床能力を適正に評価することを一体的に考えることが重要である。

このように、各大学の医学教育における臨床実

習を充実させ、学生を適正に評価すること、さらに CBT 医師国家試験において知識・技能(一部)の評価が可能となることにより、国民から信頼される臨床能力に優れた医師を養成することができる。

本研究は、(1)CBT 医師国家試験の導入の実現に向けた課題の抽出、(2)技能や態度の評価、(3)医師国家試験出題基準の検証、(4)外国の医学部を卒業した者に対する予備試験と日本語診療能力調査の課題に関して研究を行い、国において医師国家試験と医学教育に関する検討が行われる際の資料として活用できる知見を得るとともに、今後の医師国家試験と医学教育の改善に向けて提言することを目的とする。

B. 研究方法

本研究は、「CBT 医師国家試験の導入の実現に向けた課題の抽出(研究Ⅰ: CBT 医師国家試験の導入の実現に向けた研究)」「診療現場における医学生の技能や態度の評価の方法におけるメリットとデメリットの抽出(研究Ⅱ: 診療現場における医学生の技能や態度の評価に関する研究)」「令和6年度版医師国家試験出題基準改定に伴う第118回試験の検討、医師国家試験における「必修の基本的事項」「医学総論」等に関する検証を通じての

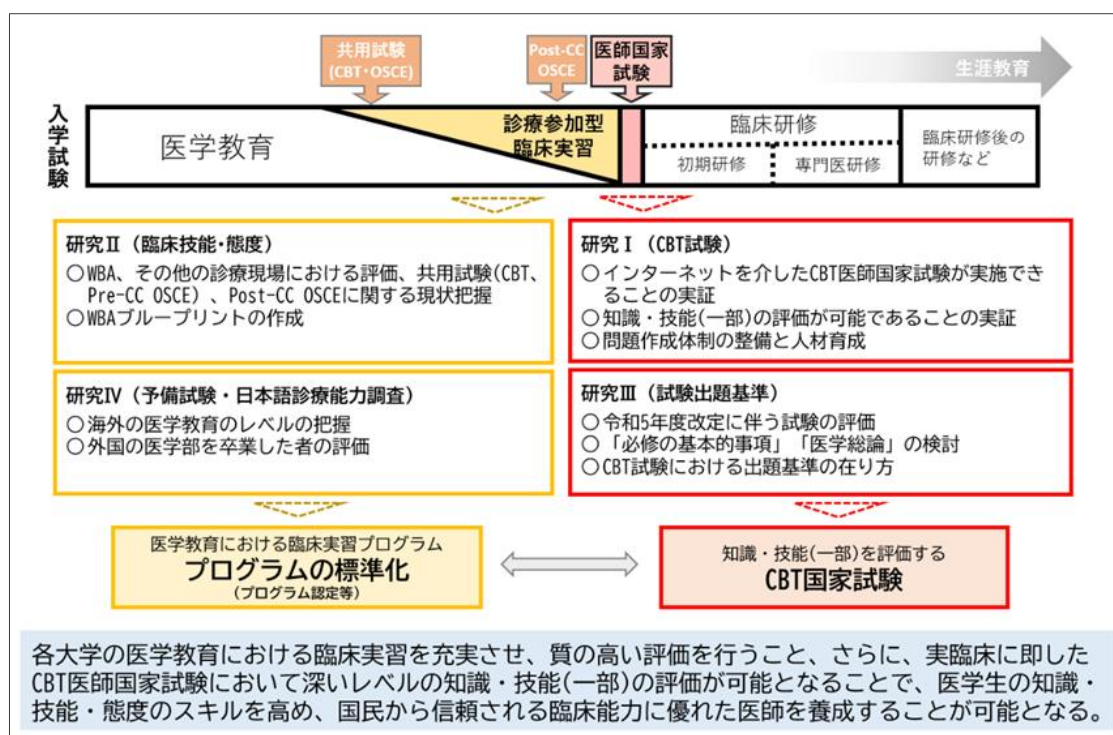


図1 河北研究全体構想

提言(研究Ⅲ:医師国家試験出題基準に関する研究)」「外国の医学部を卒業した者に対する予備試験および日本語診療能力調査について課題の整理と改善策の提言(研究Ⅳ:外国の医学部を卒業した者に対する予備試験等に関する研究)」の4つの課題に関して、以下の研究分担者のもと研究を行い、それぞれ知見を取りまとめた。

研究課題	分担者
I. CBT 医師国家試験の導入の実現に向けた課題の抽出	岡崎、松山、浅田、伴、久保
II. 診療現場における医学生の実能や態度の評価の方法におけるメリットとデメリットの抽出	錦織、小西、伴、松山、高村
III. 令和6年度版医師国家試験出題基準改定に伴う第118回試験の検討、医師国家試験における「必修の基本的事項」「医学総論」等に関する検証を通じての提言	小西、小松、高村、錦織、伴
IV. 外国の医学部を卒業した者に対する予備試験および日本語診療能力調査について課題の整理と改善策の提言	奈良、内藤、森、藤川

1. CBT 医師国家試験の導入の実現に向けた研究(研究Ⅰ)

CBT 医師国家試験の導入を実現させるためには、CBT 問題における動画・音声等の質に関する課題、CBT 試験システムの操作上の課題、サーバ構築やセキュリティ面における課題、試験会場や設備面の課題、不正防止対策等の運営面の課題、CBT 問題の作成・管理に関する課題などを整理して解決策を検討する必要があることから、先行研究に続き、全国の82大学医学部に呼びかけて、医学部の5年生または6年生を対象に、大学および大学以外の会場においてCBTトライアル試験を実施し、CBT 試験システムの課題、PC 環境や実施環境等に関して調査した。

試験終了後に受験者を対象としたアンケート調査を行った。また、関係の教職員に対してもアンケート調査を行った。

CBT 医師国家試験に向けて十分な量の問題数を確保するために、前年度に検討した「CBT 試験の一貫した運用を行うためのプロトタイプ」を継続的に検討し、CBT 問題の作問とライブラリシステムの

の構築を図った。

CBT 問題の作問については、生成 AI を活用した大量の派生問題の作成を行った。

また、プール問題のライブラリ化の構築に向けて、2025年度のトライアル試験問題については、項目反応理論(Item Response Theory : IRT)に基づく分析と等化を試みた。

2. 診療現場における医学生の実能や態度の評価に関する研究(研究Ⅱ)

日本の卒前医学教育における Workplace-Based Assessment(WBA)導入に関する国際ワークショップを開催し、WBA 導入の背景と目的、国内外の WBA 実施状況と課題等について議論した。

また、このワークショップで得られた論点整理を踏まえ、研究班内で原案を作成し検討を重ねて、臨床実習において、ある程度標準化された方法で観察評価を行う、Genba-Based Assessment (GenBA)と呼ぶ実施指針案を作成した。さらに、GenBA の制度設計と並行して、総括評価の導入にあたり重要な留意点を検討するため、障害者支援と医療安全の専門家にインタビューおよび討論を実施した。

3. 医師国家試験出題基準に関する研究(研究Ⅲ)

令和6年版医師国家試験出題基準の医学各論の大項目ⅠからⅩⅢまでの備考欄に記載された記載内容を3分類(追加病名、検査・術式・治療等、説明・付加症状)に整理した。各項目について、今後の出題基準改定時に整理対象となり得るかを探索的に検討し、「削除可能な項目」または「検討を要する項目」に分類した。

さらに、前年度に続けて、医学総論(150問)、必修の基本的事項(100問)の各設問について検証パネラー(13名)がレベル分類の検証を行った。レベル分類は、臨床実習前の学修で回答可能(レベルⅠ)、臨床実習中の学修成果を問う(レベルⅡ)、臨床研修で修得すべき(レベルⅢ)、専門研修で修得すべき(レベルⅣ)の4段階を設定した。

4. 外国の医学部を卒業した者に対する予備試験等に関する研究(研究Ⅳ)

前年度の調査結果で、外国の医学部出身者の医療活動に課題を指摘した研修病院が存在した。そこで、課題を指摘した 5 病院に対し、Web会議もしくは書面調査を行って課題を検討した。また、外国籍の医師に対する日本の一般市民の選好と懸念を明らかにするため、一般市民を対象とした Web 横断調査を実施し、回答を解析した。

C. 研究結果

1. CBT 医師国家試験の導入の実現に向けた研究(研究Ⅰ)

1) CBTトライアル試験の実施

CBTトライアル試験を全国の 60 大学と 1,647 名の医学生に参加により実施した。大学会場形式は 56 大学、大学以外の一般会場形式は 5 大学が参加した。

試験実施後のアンケートでは、医学生の 1,621 名からの回答が得られた(回収率 98.4%)。アンケートにおいて、マルチメディアを用いた問題が医師国家試験に有用であるかについては、「有用である・概ね有用である」が 87.0%であった。医師国家試験が CBT 化されてほしいかについては、「そう思う・ややそう思う」が 46.1%であった。CBT システムの操作については、「問題はなかった・概ね問題はなかった」が 96.1%であった。

CBT システムについては、CBT トライアル試験を通して、TAO を使用した CBT 形式での試験の実施は、概ね問題なく実施することができた。

2) CBT 問題の作問・ライブラリシステムの検討

前年度、Moodle を用いた作問システムについて検討し、本年度はこのシステムを基本とし、問題プールまでを含めたシステムとしての検討・構築を行った。

問題プールについては、Moodle をプラットフォームとし、医師国家試験出題基準の領域(医学各論・医学総論・必修)および大・中項目で区分したライブラリを設け、CBT システム(TAO)と Moodle を連携させた仕組み(MooTAO)を構築した。先行研究から作成してきた CBT 問題や今年

度の新作問題、生成 AI による派生問題をプールした。

3) CBT 問題の作問と評価

生成 AI による大量派生問題の作成に取り組み、カスタム GPT の初期型から、プロンプトを改良することにより、元問題と同じ症候や疾患をテーマとしつつ、患者の病歴、現症、検査所見、設問内容(病態、疫学、診断、治療、予後等)、選択肢に多様性を持つ派生問題が作成されるようになった。公衆衛生領域の一般問題は、派生問題ではなく、医師国家試験出題基準の記載用語をキーワードとした作問題の場合でも、概ね採用可能な問題として作成できた。マルチメディアのうち静止画については、元問題の本文中に含まれる臨床情報をカスタム GPT が推測することで、静止画そのものを直接読み取らなくても派生問題を作成できた。一方、動画・音声付問題については、元問題の本文中の臨床情報が限られていることに加え、動画や音声そのものをカスタム GPT が読み取ることができなかった。そこで、作問者が動画・音声の内容について 100~200 字程度の説明文を作成し、その説明文をカスタム GPT に読み取らせることで、派生問題として作成することができた。カスタム GPT を導入することで、昨年度までの作成ペースを上回る問題数を作成することができた(表1)。

表1 2021~2025 年度の累積作問数

年度	2021	2022	2023	2024	2025
作問数	200	200	200	367	1,790
累積問題数	200	400	600	967	2,757

CBT 問題の評価については、2025 年度の CBT トライアル試験の問題として出題した 200 問に対し、項目反応理論による分析を行い、A 問題(医学各論)、B 問題(必修)、C 問題(医学総論)の各問題の内容に応じた困難度・識別力の特徴が確認され、テスト情報関数からは想定される能力値の範囲で高い測定精度が保たれていることが示された。また、等化係数法による等化係数を算出した(表2)。

表2 等化係数の算出

	b の平均	b のSD	$\hat{R}$	$\hat{L}$
A 問題	-0.270 -0.563	1.324 1.179	1.124	0.363
B 問題	-0.674 -1.062	1.337 1.087	1.078	0.471
C 問題	-0.535 -0.753	1.407 1.232	1.142	0.324

2. 診療現場における医学生の技能や態度の評価に関する研究(研究Ⅱ)

日本国内では82校中65校がWBAを形成評価として実施しているが、総括評価としての利用はないこと、および米国ではStep 2 Clinical Skills 廃止後にmini-CEXやGlobal Practice Assessmentが総括評価に活用されていることなどが共有された。これらを踏まえ、全国の医学部で活用し得るWBAの雛形としてGenBAの実施指針案を作成した。GenBAでは、臨床実習における幅広い能力を評価対象候補としつつ、総括評価としてはコミュニケーションおよびプロフェッショナリズムを扱い、それ以外の臨床能力については各大学・各診療科の文脈に応じて形成評価として実施する構成とした。

GenBA 実施指針案の主な内容

- 全診療科・必修／選択・学外／海外実習を含む評価枠組みの提示
- 自己評価と指導医評価を組み合わせた運用案の提案
- 評価者支援として、不合格基準を共有する動画教材等の必要性の提示
- 「警告」→「再教育対象」→「不合格」という段階的対応案の整理
- 再教育の方法として、カウンセリング、再履修、特別再教育プログラムの例示

識者インタビューでは、障害者支援の観点から、医師として譲れない本質的能力と、合理的配慮により補う非本質的能力を区別する必要性が示

され、また医療安全の観点からは、患者安全にとって危険な学生の認定をコミュニケーションおよびプロフェッショナリズムのみで構成してよいかについては慎重な検討が必要であることが示された。

3. 医師国家試験出題基準に関する研究(研究Ⅲ)

令和6年版医師国家試験出題基準の医学各論における備考欄の検証については、備考欄の記載が存在する箇所は330か所であるが、1つの備考欄に複数の病名、検査・術式・治療等があるため延べ476項目であった。476項目のうち、「削除可能な項目」は344項目、「検討を要する項目」は132項目であった。

医学総論および必修の基本的事項の検証については、必修問題において、レベルⅠ問題の出題割合が50%以上であった項目は、「1.医師のプロフェッショナリズム」「3.診療情報と諸証明書」「5.人体の構造と機能」「10.臨床判断の基本」「17.生活習慣とリスク」の5項目であり、その全てが一般問題であった。医学総論においては、レベルⅠ問題の出題割合が50%以上であった項目は、「Ⅰ.保健医療論」「Ⅱ.予防と健康管理・増進」「Ⅲ.人体の正常機能と構造」の3項目であった。

4. 外国の医学部を卒業した者に対する予備試験等に関する研究(研究Ⅳ)

外国の医学部出身者の医療活動に課題を指摘した5病院に対する調査において、言語・疎通の問題、母国における臨床経験が尊重されないため他の職員との診療上の衝突によるストレス、臨床能力が低い、日本の医療制度や診療スタイルに不慣れ、臨床実習が十分確保されない等の課題が示された。

一般市民を対象としたWeb横断調査では、約半数から3分の2は日本人医師を選好しており、特に「コミュニケーション能力」65.5%、「共感性」62.9%、「患者の話をよく聞く姿勢」62.9%でその傾向が強かった一方で、「専門性」では47.8%が「国籍による選好なし」であった。

D. 考察

1. CBT 医師国家試験の導入の実現に向けた研究(研究Ⅰ)

1) CBT トライアル試験の実施

CBT トライアル試験は、先行研究を開始した 2021 年当初(総受験者数 321 名)と比較して、受験者・参加協力大学は増加しており、将来の CBT 医師国家試験の実装を見据え、実施方法や運用体制等について、より具体的な知見や経験を積み重ねた。CBT トライアル試験による継続した調査研究の意義もさらに増大するものと考えられる。トライアル試験に参加した受験者によるアンケート結果では、CBT 形式に変更することに伴い、試験対策や教材の不足を指摘する意見は複数あったが、CBT トライアル試験を受験したこと自体に対しては肯定的な意見が 8 割以上であったことから、学生の立場として一定の意義を感じていたと考えられる。そのため、医師国家試験を見直しするにあたっては、現在の医学部教育の実態を調査し現状を把握したうえで検討する必要がある。

また、CBT トライアル試験では、事前に CBT システムの動作に慣れるための教材も用意した、しかし、共用試験 CBT と同様に、事前に一定の時間をとってシステムの操作に慣れる機会を与えることが必要になると考えられる。多数の学生から「問題用紙に直接書き込めない」との意見があった。現状では、メモ用紙を配布してはいるものの、学生にとっての利便性は紙の問題用紙の方が高いことがうかがえる。

試験会場については、大学会場形式・一般会場形式を問わず、使用する教室や人数規模によって、座席配置や距離についての課題が残るとともに、試験における不正行為を防止するための仕組みは継続的な検討も必要であると考えられる。

タブレット端末を利用した CBT トライアル試験は、試験自体の運用については大きなトラブルもなく実施可能であることが確認できた。特に Wi-Fi の強度やバッテリーについて、特段の問題がなく運用可能であることが確認できたことは大きな意味がある。タブレット端末を利用した医師国家試験の実施の課題として、バッテリーの容量、イヤホンジャックの有無、タッチペンの反応、受験者の首や目の

負担などが考えられることから、その対応を検討する必要がある。

2) CBT 問題の作問・ライブラリシステムの検討

Moodle のデータベースモジュールを基盤として作成したことで、問題に対して付与する属性を比較的自由に追加・変更可能となっている。CBT 医師国家試験の運用面に関する検討と合わせ、根幹となる作問についての支援システムも継続的に整えていくことが求められる。

3) CBT 問題の作問と評価

一定期間内に問題を量産するためには、適切な基礎学習とプロンプトによる指示のもとで管理された生成 AI の支援による派生問題作成が有用であることが示された。

動画・音声問題については、カスタム GPT による直接的な読み取りは困難であり、派生問題を適切に作成できない状況であった。これは CBT における動画・音声付き臨床問題が、生成 AI 時代におけるヒト臨床医の実践能力を評価するうえで、妥当な形式である可能性を示唆するものである。

IRT による分析結果から、A 問題と C 問題は、易しい項目から難しい項目まで幅広い困難度の項目を含み、おおよそ -2.0 から 1.0 までの能力値をもつ受験者をよく識別するテストであった。B 問題は、相対的に易しい項目が多いことが明らかとなった。また、2023 年度の等化後の項目母数を利用することで、2023 年度の受験者に対して 2025 年度と同一の尺度上で能力母数を算出することも可能となる。

2. 診療現場における医学生の技能や態度の評価に関する研究(研究Ⅱ)

日本における WBA の制度設計に必要な論点を具体化することができた。一方で、GenBA はまだ開発途中にあり、今後も継続してブラッシュアップしていく必要がある。とくに、警告・不合格基準の標準化、評価者間のばらつきへの対応、質保証の方法、再教育プログラムの運用、障害学生支援との連携、患者安全の観点が必要な課題として残されている。

3. 医師国家試験出題基準に関する研究(研究Ⅲ)

医学各論の備考欄については、延べ 476 項目の記載があり、とくに追加病名は 283 項目と最も多く、備考欄が単なる補足説明の欄にとどまらず、出題対象となり得る病名を追加的に記載する機能を有している可能性を示している。延べ 476 項目のうち 344 項目が削除可能な項目、132 項目が検討を要する項目と判断されたが、医学各論の備考欄の相当数が今後整理できる可能性を示している。

備考欄に記載された追加病名の中には、臨床研修開始前に求められる知識として重要であるものも含まれていたが、このような項目は、備考欄に残すか削除するかではなく、小項目本文に移動し、必要に応じて a,b,c 分類の対象として整理することが望ましい。備考欄の記載内容や位置づけを曖昧なままにしておくことは、出題基準の明確性やレベル分類との整合性の観点から課題となる可能性がある。

医学総論および必修の基本的事項については、今回の検討結果を踏まえ、保健医療や人体の構造と機能、診療情報の取扱いの基本等は、ブループリントにおける出題割合を減らし、その分を臨床実習開始前に実施される共用試験 CBT で一定程度出題するなどの調整が望ましいと考えられる。今回の検証データを毎年開催される出題委員等の会議で事前情報・知見として提供することで、問題作成時およびその後のブラッシュアップ時に、レベルⅠ問題作成数の減少に寄与できる可能性もあると考える。

4. 外国の医学部を卒業した者に対する予備試験等に関する研究(研究Ⅳ)

外国の医学部出身者の医療活動に課題を指摘した 5 病院に対する調査では、個々の研修医の背景、臨床経験、日本の医療文化への適応状況、受け入れ側の支援体制との相互作用の中で生じている可能性が示された。とくに重要なのは言語面である。実臨床で求められる日本語運用能力は、より高次の文脈依存的能力が求められる。そのため、予備試験、日本語診療能力調査に合格していても、実臨床では十分な疎通が困難な

場合があり得る。

一般市民を対象としたアンケートでは、一般市民にとっても、医師の専門性そのものに加えて、十分に意思疎通ができるかどうかは医療への信頼を左右する重要な要素であることが示された。診療現場における実践的日本語能力を継続的に評価し、必要に応じて補完的支援を行うことが重要である。

E. 結論

1. CBT 医師国家試験の導入の実現に向けた研究(研究Ⅰ)

試験環境については、大学会場形式と一般会場形式、それぞれの運用を確認できたことと合わせ、タブレット端末を利用することでの利点・課題点を整理した。

CBT問題の作問・ライブラリシステムについては、問題の整理・検索の機能を強化するための検討を行った結果、医師国家試験出題基準等に準じたプール問題の整理・検索が可能となった。作問は医師国家試験の運用に際しても要となる要素の一つである。試験運用の仕組み整備と合わせ、良質な問題を確実に整理するためのシステムについても継続的な検討が必要である。

CBT 問題の体系的な管理基盤を MooTAO 上で構築するとともに、カスタム GPT により臨床問題の派生問題等を短期間に多数作成できることを実証することができた。しかしながら、採用可能な問題は約 7 割であり、専門医による採否判定と校正は不可欠であった。また、動画・音声付き問題では生成 AI のみでの作問に限界があり、作業工程にヒトが介することを前提とした取り組みが必要と考える。一方、動画・音声が付与する視覚・聴覚情報の認識は、生成 AI 時代においてもヒト臨床医が引き続き育むべき臨床実践力ともいえる。CBT 導入に際しては、動画・音声付き臨床問題の積極的採用を検討すべきである。

IRT に基づくテスト運用では、等化の手続きを経た項目の集まりである項目プールをあらかじめ用意する必要がある。そこで本研究では、等化係数法による項目母数の等化の一例を示した。医師国家試験においても、異なる受験者集団が、異なる

る項目から構成される問題を、異なる日時に、異なる場所で受験したとしても、統一の枠組みで評価可能となるような IRT に基づくテスト運用は望ましい。なお、項目プールの安定的な維持と効率的な拡大のためには、項目内容の非公開が前提条件となる。

2. 診療現場における医学生の技能や態度の評価に関する研究(研究Ⅱ)

国際ワークショップを通じて、日本における総括的 Workplace-Based Assessment(WBA) 導入に関する主要論点を整理し、その知見を踏まえて、我が国の臨床実習における総括的 WBA の実施指針案として Genba Based Assessment(GenBA)を作成した。さらに、障害者支援および医療安全の専門家との意見交換を通じて、本質的能力の定義、合理的配慮、患者安全を踏まえた評価基準設定など、制度設計上の重要課題を明らかにした。

我が国の医学教育における総括的 WBA の導入に関する提言として以下のとおり取りまとめた。

提 言

医師資格の認定において、知識のみならず技能・態度を適切に評価することは重要な課題である。これまで、OSCE は標準化された技能評価手法として卒前医学教育における質保証に一定の役割を果たしてきたが、その実施には模擬患者、評価者、会場設営、運営体制など、多大な人的・物的資源を要することから、持続可能性および費用対効果の観点で課題がある。

一方、Workplace-Based Assessment(WBA)は、実際の診療現場において学習者を継続的に観察し評価することが可能であり、単発の試験では十分に把握しにくい技能や態度を、より実践に即した形で評価し得る手法である。本研究における全国 82 医学部の自己点検評価報告書の分析では、4 分の 3 を超える大学がすでに何らかの形で観察評価を実施していることが確認されており、WBA は一定の実装基盤を有していると考えられる。

もちろん、WBA を総括評価として活用する

ためには、評価者間のばらつきへの対応、評価基準の標準化、質保証、合否判定の妥当性、再教育との接続など、なお検討すべき課題が存在する。しかし、こうした課題は、WBA の制度化を妨げる理由というよりも、むしろ制度設計を進める中で解決していくべき課題である。

以上を踏まえ、今後、国家試験あるいは医師資格認定の過程における技能・態度評価のあり方として、WBA を適切に構造化・標準化し、プロフェッショナリズムやコミュニケーション能力の評価を中心に総括評価として実装することを積極的に検討すべきである。その際、OSCE で評価することが適切な標準化技能評価との役割分担を明確にしつつ、継続的かつ実践的な評価を可能とする持続可能な評価システムとして発展させていくことが望まれる。

3. 医師国家試験出題基準に関する研究(研究Ⅲ)

医学各論の備考欄に関する探索的検討により、令和 6 年版医師国家試験出題基準の医学各論に、延べ 476 項目の備考欄への記載が認められ、その内訳は、追加病名、検査・術式・治療等、説明・付加症状であり、追加病名が最も多かった。また、研究者による探索的検討では、延べ 476 項目のうち 344 項目が削除可能な項目、132 項目が検討を要する項目と判断された。また、第 116 回から第 118 回までの医学各論問題では、備考欄からの出題がそれぞれ 58 問、71 問、71 問認められ、備考欄記載が実際の出題にも関係している可能性が示された。本検討は研究者 1 名による予備的・探索的判断であり、備考欄記載の削除や改訂を直接提案するものではないが、今後、医師国家試験委員経験者、医学教育関係者、専門領域の専門家等による妥当性検証を行い、備考欄の役割を明確化したうえで、出題基準改定時の整理方針を検討する必要がある。

医学総論および必修の基本的事項については、必修の基本的事項の出題領域(18 の大項目)別で検証すると、レベル I 問題の出題割合が 50% 以上であった項目は、「1.医師のプロフェッショナリズム」「3.診療情報と諸証明書」「5.人体の構造と機能」「10.臨床判断の基本」「17.生活習慣とリスク」

の 5 項目であり、その全てが一般問題であった。次に、医学総論の出題領域(9つの章)別で検証すると、レベルⅠ問題の出題割合が50%以上であった項目は、「Ⅰ.保健医療論」「Ⅱ.予防と健康管理・増進」「Ⅲ.人体の正常機能と構造」、の3項目であった。これらについて、次回の医師国家試験出題基準改訂検討部会時にブループリントにおける出題割合を減らし、その分を臨床実習開始前に実施される共用試験 CBT で一定程度出題するなどの調整が望ましいと考えられる。また、毎年開催される出題委員等の会議で事前情報・知見として提供することで、問題作成時およびその後のブラッシュアップ時に、レベルⅠ問題作成数の減少に寄与できる可能性も期待される。

4. 外国の医学部を卒業した者に対する予備試験等に関する研究(研究Ⅳ)

外国の医学部卒業生の受け入れ、勤務状況に関しては大きな問題は見られなかった。一方、少数ではあるが外国の医学部出身医師の勤務状況に問題が認められたこと、および今後も外国の医学部出身医師の増加が見込まれることから、さらに詳細な調査研究を行い、より適正な外国の医学部出身医師の受け入れ制度を構築し、国民から信頼を得る必要があると考えられる。

今後、国において医師国家試験と医学教育について審議が行われる場合には、本研究で得られた成果を踏まえて議論されることを望む。さらに、国の施策として医師国家試験の CBT 化が決定された場合は、本研究で培った知見やノウハウが活用されることを期待する。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 2025 IEdTech Learning Impact Conference 講演: Trial for the Computer-Based Testing for the National Medical Licensing

Examination with Video and Audio-Enhanced Questions

- 2) 第 57 回日本医学教育学会大会, シンポジウム: 医師国家試験 CBT 化に向けた研究成果と今後の展望「CBT 形式での医師国家試験を実現するにあたっての試験システム検討」
- 3) 第 57 回日本医学教育学会大会, 一般演題: 医師国家試験 CBT 化の実装に向けた課題と考察～CBT トライアル試験の受験者アンケートの結果から～
- 4) 第 57 回日本医学教育学会大会, ポスター演題: 医師国家試験 CBT トライアルの IRT による分析—マルチメディア使用問題の結果を中心に—

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記すべき事項なし

I. 研究協力者一覧(50 音順・敬称略)

2026年3月31日時点

<研究 1: CBT 問題作成・検討>

伊藤 真人	(自治医科大学 耳鼻咽喉科)
及川 沙耶佳	(秋田大学 大学院医学系研究科 先進デジタル医学・医療教育学講座)
大久保 由美子	(帝京大学 医学部 医学教育学講座)
海津 聖彦	(日本医科大学 思春期・小児医学／付属病院小児科／医学教育センター／臨床研修センター)
加賀 重亜喜	(山梨大学医学部附属病院 臨床教育部臨床実習センター、シミュレーションセンター)
角 総一郎	(自治医科大学 皮膚科学講座)
兼田 裕司	(自治医科大学 メディカルシミュレーションセンター 消化器一般移植外科)
菅野 武	(自治医科大学 医学教育センター医療人キャリア教育開発部門)
木村 友和	(名古屋大学医学部附属病院 泌尿器科)
金城 紀与史	(琉球大学 医学部 医学教育企画室)
黄 世捷	(聖マリアンナ医科大学 医学教育文化部門)
小佐見 光樹	(自治医科大学 地域医療学センター公衆衛生学部門)

後藤 理英子 (東京医科大学 医学・看護学教育推進センター)
 才津 旭弘 (自治医科大学 医学教育センター 医療人キャリア教育開発部門)
 相良 由佳 (医療法人社団 幸野メディカルクリニック)
 笹原 鉄平 (自治医科大学附属病院 感染制御部)
 澤幡 美千瑠 (自治医科大学 呼吸器内科)
 鋪野 紀好 (千葉大学大学院医学研究院 地域医療教育学)
 清水 郁夫 (千葉大学医学部附属病院 医療安全管理部)
 高橋 宏典 (自治医科大学 産科婦人科)
 田鎖 愛理 (岩手医科大学 衛生学公衆衛生学講座/全学教育推進機構教学 IR センター)
 蓮沼 直子 (広島大学 医学部附属医学教育センター)
 林 幹雄 (関西医科大学 教育センター)
 堀切 海都 (大間病院 内科・総合診療科)
 町田 幹 (日本医科大学付属病院 放射線科)
 松原 大輔 (自治医科大学 地域医療学部門)
 松本 卓子 (東京女子医科大学 統合教育学修センター基礎教育学)
 三原 弘 (札幌医科大学 医療人育成センター)
 宮道 亮輔 (自治医科大学 メディカルシミュレーションセンター)
 山田 和徳 (金沢医科大学 医学教育学)
 山本 祐 (自治医科大学 地域医療学センター総合診療部門)
 早稻田 勝久 (愛知医科大学 医学教育センター)
 渡辺 茅里 (自治医科大学 眼科学講座)
 渡会 瑠斗 (山形県立中央病院)

<研究2:WBA 調査・作成協力>

木村 武司 (名古屋大学医学系研究科)
 近藤 猛 (名古屋大学医学部附属病院 総合診療科/卒後臨床研修・キャリア形成支援センター)

<研究3:医師国家試験検証パネラー>

大久保 由美子 (帝京大学 医学部 医学教育学講座)
 金城 紀与史 (琉球大学 医学部 医学教育企画室)
 近藤 猛 (名古屋大学医学部附属病院 総合診療科/卒後臨床研修・キャリア形成支援センター)
 高橋 誠 (北海道大学 大学院医学研究院 医学教育・国際交流推進センター)
 高見 秀樹 (名古屋大学医学部附属病院 卒後臨床研修キャリア形成支援センター)
 永田 康浩 (長崎大学 生命医科学域(医学系))
 西屋 克己 (関西医科大学 教育センター)

野村 理 (岐阜大学 医学教育開発センター)
 蓮沼 直子 (広島大学 医学部附属医学教育センター)
 藤田 博一 (高知大学 医学部附属医学教育創造センター)
 松島 加代子 (長崎大学病院 医療教育開発センター)
 松山 泰 (自治医科大学 医学教育センター)
 三井 良之 (近畿大学 医学部教育センター)
 山本 憲 (順天堂大学 健康データサイエンス学部)

<事務局>

上田 茂 (公益財団法人日本医療機能評価機構)
 中田 祐太 (公益財団法人日本医療機能評価機構)

【参考文献】

1. 厚生労働省. 医師国家試験出題基準令和 6 年版
2. 河北博文(研究代表者). 厚生労働省科学研究費補助金事業「ICT を利用した医学教育コンテンツの開発と活用に向けた研究」令和 3 年度～5 年度総合研究報告書
3. 文部科学省. 医学教育モデル・コア・カリキュラム

CBT 医師国家試験の導入の実現に向けた研究
トライアル試験における実証および CBT 問題作問・ライブラリシステムの構築

研究分担者 浅田 義和(自治医科大学医学教育センター 准教授)
岡崎 仁昭(自治医科大学医学教育センター 顧問)
松山 泰(自治医科大学医学教育センター 教授)
久保 沙織(東北大学教育学研究科 准教授)
伴 信太郎(愛知医科大学医学教育センター 特命教育教授)

研究要旨

CBT 医師国家試験の導入に際しては、CBT システム自体の検証と合わせ、CBT を運用するための会場・環境、CBT の作問や問題プールのためのライブラリシステムの整備などが求められる。本年度の研究課題では、CBT の試験環境の整備と作問・問題プールのためのシステムとの 2 点について焦点を当てた調査研究を行った。CBT 医師国家試験トライアルは全国 60 大学(1,621 名)の参加があった。環境面では Android タブレットを利用した運用を検証し、従来の PC を利用した形式と比較して大きな問題なく実行することができた。CBT 問題作問・ライブラリシステムについては、昨年度の研究成果を引き継ぎ、Moodle をベースとしたシステムの検討を行った。

A. 研究目的

分担研究としての研究課題「CBT 医師国家試験の導入に向けた課題の抽出」では、先行研究である「ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究」の時期から、CBT 化された医師国家試験(以下、CBT 国試)を想定したトライアル試験の実施を通じた研究を継続的に行ってきた。CBT 国試、ないし CBT 国試のトライアル(以下、CBT 国試トライアル)を行うにあたっては、以下のような項目の検討が必要となる。

- 試験問題の作問
- CBT システムへの問題搭載
- 受験者の管理
- CBT システムのアカウント設定
- CBT の実施環境の整備
- 試験の実施
- 採点
- 採点結果のフィードバック

これまでの研究では、特に試験問題の作問と合わせ、CBT システムの動作に関する検証を重点的に行ってきた。一方、CBT の実施環境については基本

的に研究協力大学の理解のもと、各大学の PC 室等を利用して実施する形態としてきた。各大学の施設を利用することで、研究実施に際して、大掛かりな環境準備をする負荷を削減するという利点が存在していた。しかし、これはあくまで方法論としては一案でしかなく、大学以外の試験会場を用いることも含め、実施環境については議論の余地が残されている。

また、過去数年間に渡り、CBT 国試トライアルを各大学の施設利用を基本として実施してきたことから、実際の CBT 国試が共用試験 CBT のように各大学で実施されるという誤解を生んでしまった可能性も否定できない。事実、実施時のアンケートにおいて、CBT 国試の重要性は認められたうえで、「共用試験 CBT のように学内で実施するには教職員の負担や責任範囲を考えても困難である」といった意見も得られていた。

このため、今年度の研究においては、「CBT 国試を実施するにあたり、どのような試験環境を整える必要があるか」という問いを第 1 の Research Question とし、CBT 国試トライアルを通じた試験環境面の調査検討に注力することとした。

一方、複数年度の CBT 国試トライアルを行ってき

たことで、多数の問題が準備されてきた。CBT 国試は共用試験 CBT と同様に問題を非公開としたうえで IRT を利用した評価を行うことを視野に入れている。このため、過去の CBT 国試トライアル問題も一部を除いて非公開として扱ってきた。一方、本研究を通じて作成されてきた問題をどのように管理するか、試験問題のプール化のための環境整備も重要な意味をもつ。加えて、作問や問題のブラッシュアップを行う際の入力・編集システムについても、作問協力者の負担を可能な限り減らすことを実現する意義も大きい。

そこで、今年度の研究において、「試験問題の作成・編集および管理を行うための問題プールには、どのようなシステムが望ましいか」という問いを第 2 の Research Question とし、システム構成の検討にも注力することとした。

本研究では、CBT 国師の導入を実現するために、以上について研究することにより、医師国家試験等改善検討部会における資料として活用できる知見を得るとともに、ICT を利用した国試の実装に向けて提言することを目的とする。

B. 研究方法

1. CBT 国試トライアルの実施

CBT 国試トライアルの運用に際しては、全国の 82 大学医学部への呼びかけを行い、全国規模で実施した。実施期間は 2025 年 9 月 10 日(水)から 2026 年 2 月 28 日(土)までとし、土日祝日を含む実施期間のいずれか 1 日で行うこととした。受験対象の学生は医学部に在籍する 5 年生または 6 年生を基本とした。出題問題数と領域、回答時間は以下の通りである(表 1)。

表 1 出題問題数と領域、回答時間

A 問題	医学各論	75 問	120 分
B 問題	必修問題	50 問	70 分
C 問題	医学総論	75 問	120 分

また、CBT システムの使用や今後の CBT 国試への期待などについて、C 問題の回答提出後にアンケートを実施した。さらに、各大学の医学教育に携わる教員、または窓口となった教職員に対して、受験結果を送付する際に運営側としてのアンケー

トを実施した。このほか、基本的な運用については、以下に示すように、前年度までの CBT 国試トライアルと同様とした。

出題範囲については現行の医師国家試験出題基準に則ったものとし、動画・音声を用いた問題も取り入れた出題を行った(表 2)。

表 2 動画・音声を用いた問題の分布

A 問題 (75 問)		B 問題 (50 問)		C 問題 (75 問)		全体 (200 問)	
動画音声	画像のみ	動画音声	画像のみ	動画音声	画像のみ	動画音声	画像のみ
7	53	11	11	9	22	27	86
9.3%	70.7%	22.0%	22.0%	12.0%	29.3%	13.5%	43.0%

試験当日のスケジュールは、研究者側で標準的なタイムスケジュールを提示し、前述のとおり A・B・C 問題の試験を実施するが、1 日の中での開始時間や休憩時間の長さ等については実施大学ごとに調整可能とし、変更希望があれば事前に研究者側へ連絡を入れたうえで修正対応を行うものとした。例として、A 問題と B 問題を実施した後に昼休みを挟み、C 問題を実施するケース、A 問題を実施した後に昼休みを挟み、B 問題と C 問題を実施するケースなどである。

試験においては、PC 端末上に書き込みができないことから、計算問題等の対応のため、メモ用紙と筆記用具を配布した。問題の流出や不正防止対策の観点から、メモ用紙は受験番号と氏名を記入するようにし、白紙であったとしても各問題区分で回収する運用とした。

2. CBT 国試トライアルの試験環境

将来の CBT 国試の実装を想定し、試験環境や運用の以下の項目について検討し、CBT 国試トライアルにおいて実施検証を行った。

- CBT システム(受験者が操作する画面など)
- 実施場所(受験を行う場所・教室など)

上記の 3 項目について、以下の 1)～3)において整理する。

1) CBT システム

CBT システムは、受験者が実際に試験を受ける

際にログインして利用するものである。前年度までの研究では、OAT 社によって開発された TAO を用いて行ってきた。以下に掲げる理由のため、CBT システムは同様に TAO を用いることとした。

TAO の選定理由

- 本研究はトライアルとしての位置づけであり、システムの新規開発を行うことは不適當であること
- TAO はオープンソース版・クラウド版がそれぞれ存在しており、試験環境を検討するにあたって調整が可能であること
- CBT 国試トライアルでは動画・音声などのマルチメディアを含む問題についても多数取り入れており、大規模な検証を行うにあたっては既に利用経験のあるシステムを使うほうが安全であること
- 将来の国試の本番運用を視野に入れ、1万人規模の大規模人数での実施を想定した場合、OECD の PISA 調査など海外等でも運用実績があることから、安定して利用できる可能性が高いこと

2) 実施場所

前年度までの CBT 国試トライアルでは、一部を除いて参加大学の施設における PC 教室等を利用し、当該教職員の協力のもとで運用を行ってきた。これは、新規に PC 等を用意した場合にネットワーク設定を含めた負担が膨大になること、共用試験 CBT 等のために一定数の PC 環境が整備されている大学が多いこと、などが理由として挙げられていた。また、参加者である学生にとっては、自大学で行うことで移動の面を含めた参加しやすさがあることも想定されていた。

一方、大学によっては学内のセキュリティ設定で TAO へのネットワーク接続が許容されておらず、CBT 国試トライアルに参加が困難な大学もあった。さらに、前述のように CBT 国試トライアルを大学の施設での実施を続けることは、参加大学の教職員や学生に対して「CBT 国試が実装された場合は（共用試験 CBT のように）各大学で実施するもの」といった誤った認識を与えることも危惧されてきた。

このため、参加大学の負担を軽減するため、運営のためのマニュアル等を整備し、大学の教職員が不安なく実施できるよう考慮するとともに、多くの大学に参加してもらうこと、および国試への実装を見据え、昨年度から大学の施設を用いて当該大学の教職員の協力による実施形式（以下、大学会場形式）に加え、現状の国試と同様に、研究者側で会場等を用意し当日の運営を行い、学生にはその会場にて CBT 国試トライアルを受けてもらう形式（以下、一般会場形式）を併用して試行した。

今年度は、大学会場形式と併用し、一般会場形式についても複数回の調整を行い、運営上の課題や知見を得ること、およびより多くの学生が参加しやすいようにした。これには、また合わせて、大学会場形式に際しても、会場校の了承のもと、近隣の大学の学生による参加も許可できる場合には、所属大学以外での受験についても可能にすることを検討した。

3) 実施端末

前項目でも触れたように、これまでの CBT 国試トライアルは大学会場における PC を利用することを基本としていた。しかし、一般会場を利用する場合、必ずしも PC が設置されているとは限らないため、ノート PC やタブレット等のレンタル等を行い、その機材を用いた受験が可能となるように実施環境を準備する必要がある。

昨年度、CBT 国試トライアルを一般の大学の階段教室を借用して実施した際、受験者の PC の画面が経っていることから、後方の席から画面が見えて、不正防止の観点から課題となったため、タブレット（Android）端末を使用した。不正防止の観点のみならず、タブレット端末を使用した CBT 国試のコスト、運用面における実施可能性についても検証を行った。

3. CBT問題の作問・ライブラリシステムの検討

本研究では、先行研究から継続して、2024 年度までに 967 問の CBT 問題を作問してきた。これまでは作問者が個別に Word・PowerPoint 等で問題を準備し、それらを研究者側で CBT システム（TAO）に入力し、管理・運営を行ってきた。しかし、

作問者が準備したものを改めて TAO に入力し直すことは、人的・時間的コストが増加することに加え、転記ミスなどのヒューマンエラーが発生する危険性も増加する。当然ながら、国試として扱うことを前提とした問題であるため、可能な限り効率的かつ確実に準備可能な環境を整える必要がある。さらに、今後は CBT 国試に向けて十分な量の問題数を確保するために、より多くの問題を準備する必要が生じることを考慮すると、全体的な手順を可能な限り簡略化する必要がある。

また、作問を進めるにあたっては、医師国家試験出題基準やプール問題と照らし合わせ、領域・難易度等の偏りが内容に調整・検討する必要が生じる。TAO 上で作成された問題は、内容の修正等は可能である一方、出題分野等のカテゴリ・タグを自由に付与して管理することが困難な仕組みとなっている。このため、TAO 上のみで問題を管理する場合、プール問題の全体像を確認できなくなるという状況に陥ることが想定される。

以上を解決するためには、TAO 内での問題管理ではなく、一定のデータベース機能を有するシステムを構築して管理・運用することが求められる。前年度に検討した CBT 試験の一貫した運用を行うためのプロトタイプ(図 1)について、継続的に検討し、オープンソースの LMS である Moodle のデータベースモジュールを活用した作問およびプール問題管理、TAO への連携、結果集計の仕組みを構築し、検証した。なお、Moodle 使用した理由は以下の通りである。

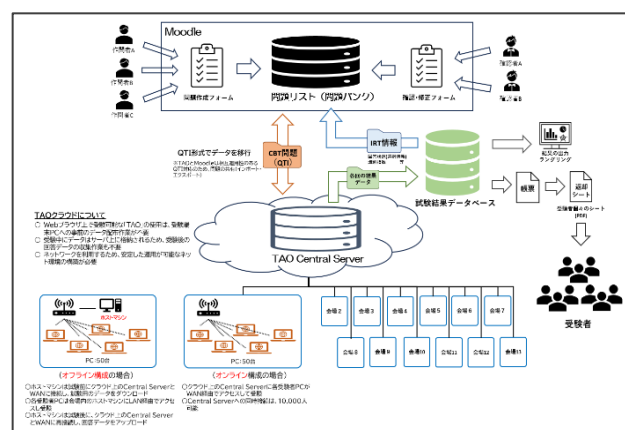


図1 CBT 試験の一貫した運用を行うためのプロトタイプ

Moodle を選定した理由

- オープンソースのLMSであり、システムの準備が比較的安価に実施できる。
- 導入している大学も複数存在しており、作問を依頼する際にもシステムとして慣れたものを利用することができる。
- データベースモジュールは文字通り「データベース」を設計可能な機能であり、設問に対する出題基準や分類、利用年度など様々な付加情報を管理しやすい。
- データベースモジュールは入力・閲覧の画面をHTMLやCSS、JavaScript等でカスタマイズが可能であり、作問時の入力における作業負担を低減可能である。将来的にMoodle以外の別システムが検討候補に上がった場合も、Moodleのデータベースからデータを変換して出力することも比較的容易に実施できる。

C. 研究結果

1. CBT 国試トライアルの実施

1) 試験参加者の概要

本年度の研究では、全 82 医学部のうち 60 大学の参加があった。内訳は大学会場形式として国公立 33 大学、私立 23 大学であり、一般会場形式への参加は 5 大学であった。(表 3)

なお、複数の大学が 1 つの大学会場を用いて受験するという形式については、2 つの大学が 1 会場(大学)で実施された。

受験者は合計 1,647 名であり、内訳は大学会場形式において国公立 907 名、私立 678 名、一般会場形式は 62 名であった。

表 3 2025 年度 CBT トライアル試験参加大学

	都道府県	大学	国立/私立
1	北海道	北海道大学	国立
2	北海道	旭川医科大学	国立
3	北海道	札幌医科大学	公立
4	青森県	弘前大学	国立
5	岩手県	岩手医科大学	私立
6	宮城県	東北大学	国立
7	宮城県	東北医科薬科大学	私立

8	秋田県	秋田大学	国立
9	山形県	山形大学	国立
10	福島県	福島県立医科大学	公立
11	茨城県	筑波大学	国立
12	栃木県	自治医科大学	私立
13	栃木県	獨協医科大学	私立
14	群馬県	群馬大学	国立
15	埼玉県	埼玉医科大学	私立
16	千葉県	千葉大学 ※	国立
17	千葉県	国際医療福祉大学	私立
18	東京都	東京科学大学	国立
19	東京都	杏林大学	私立
20	東京都	慶應義塾大学	私立
21	東京都	順天堂大学	私立
22	東京都	昭和医科大学 ※	私立
23	東京都	帝京大学 ※	私立
24	東京都	東京医科大学 ★	私立
25	東京都	東京女子医科大学	私立
26	東京都	東邦大学	私立
27	東京都	日本大学 ※	私立
28	東京都	日本医科大学	私立
29	神奈川県	横浜市立大学	公立
30	神奈川県	聖マリアンナ医科大学	私立
31	神奈川県	東海大学	私立
32	新潟県	新潟大学	国立
33	富山県	富山大学	国立
34	石川県	金沢大学	国立
35	石川県	金沢医科大学	私立
36	静岡県	浜松医科大学	国立
37	愛知県	愛知医科大学	私立
38	三重県	三重大学	国立
39	滋賀県	滋賀医科大学	国立
40	京都府	京都大学	国立
41	京都府	京都府立医科大学	公立
42	大阪府	大阪医科大学	私立
43	兵庫県	神戸大学	国立
44	兵庫県	兵庫医科大学	私立
45	和歌山県	和歌山県立医科大学	公立
46	島根県	島根大学	国立
47	岡山県	川崎医科大学	私立
48	広島県	広島大学	国立
49	徳島県	徳島大学	国立
50	福岡県	九州大学	国立
51	福岡県	久留米大学	私立
52	福岡県	産業医科大学	私立
53	福岡県	福岡大学	私立
54	佐賀県	佐賀大学	国立

55	長崎県	長崎大学	国立
56	熊本県	熊本大学	国立
57	大分県	大分大学	国立
58	宮崎県	宮崎大学	国立
59	鹿児島県	鹿児島大学	国立
60	沖縄県	琉球大学	国立

※…会場形式 ★…両方実施(大学実施、会場形式)

2) 試験結果の概要

CBT 国試トライアルを受験した 60 大学の 1,647 名の内訳は、4 年生が 3 名(0.2%)、5 年生が 1,293 名(78.5%)、6 年生が 351 名(21.3%)であった。各試験結果の点数の概要は下表の通りである(表 4、5)

表 4 各試験区分の結果集計値(全体)

	A 問題	B 問題	C 問題	全体
受験者数	1,645	1,640	1,634	1,632
平均	40.7	32.3	45.6	118.6
SD	10.9	6.0	9.5	24.6
最高	71	48	71	185
最低	9	7	10	33
中央値	40	32	45	116

表 5 各試験区分の学年毎の受験者平均

	A 問題		B 問題		C 問題		全体	
	受験数	平均	受験数	平均	受験数	平均	受験数	平均
4 年生	3	40.7	3	32.5	3	45.7	3	119.0
5 年生	1,291	38.2	1,287	30.8	1,281	43.2	1,279	112.2
6 年生	351	50.2	350	37.7	350	54.2	350	142.2
合計	1,645	40.7	1,640	32.3	1,634	45.6	1,632	118.6

3) 試験参加者によるアンケート

受験学生に実施したアンケートは、1,621 名からの回答が得られた(回収率 98.4%)。

試験問題の難易度について、「易しかった～難しかった」の 5 件法で質問したところ、「やや難しかった・難しかった」が 77.2%であった。特に 5 年生は「難しかった」と回答した割合が 37.4%と、6 年生(20.1%)と比較して高かった(図 2)。

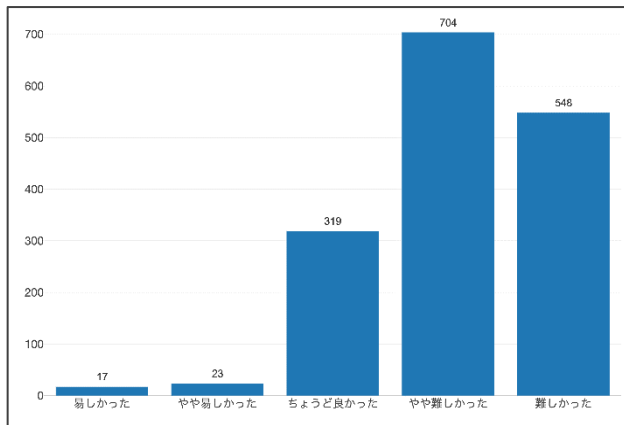


図2 試験問題の難易度について

マルチメディアを用いた問題が医師国家試験に有用であるか否かを4件法で質問したところ、「有用である・概ね有用である」が87.0%であった(図3)。その理由として、臨床実習で学んだ知識が役に立つこと、臨床現場に出てからの実践力に直結していることなどが理由として上がっていた。一方、「あまり有用でない・有用でない」との回答の理由として、試験対策がしづらいこと、学習用の教材が追いついていないこと、各大学の臨床実習の質に左右されやすくなること、聴力等に配慮が必要な学生への対応が困難であること、などの意見があった。

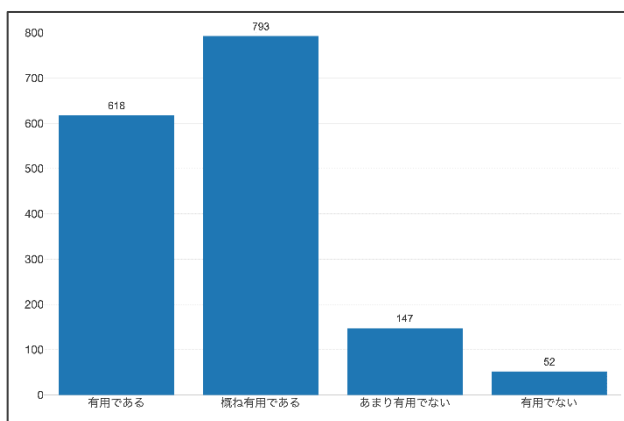


図3 マルチメディア問題の有用性について

今後、医師国家試験が CBT 化されてほしいかという問いに対しては、4 件法で「そう思う・ややそう思う」が46.1%であった(図4)。その理由として、マルチメディア問題の有用性と同等の意見に加え、採点が迅速に行われること、再試験や追試験の可能性が生まれることなどに対する期待の意見があ

った。一方、「あまりそう思わない・そう思わない」との回答の理由として、過去問が公開されなくなるために学習しづらくなること、従来の国家試験と傾向が異なり学習対策ができないこと、全員が違う問題を解くことが不公平になるのではないかという懸念があること、問題が非公開となる理由が不明であること、などの意見があった。

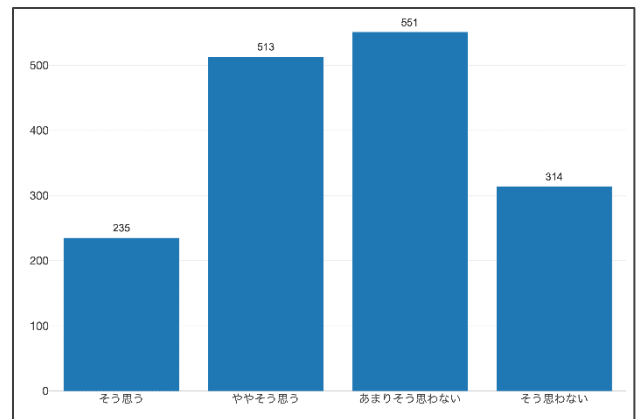


図4 医師国家試験の CBT 化への期待について

CBT 国試トライアルを受験して良かったかどうかという問いに対しては、4 件法で「良かった・概ね良かった」が85.4%であった(図5)。

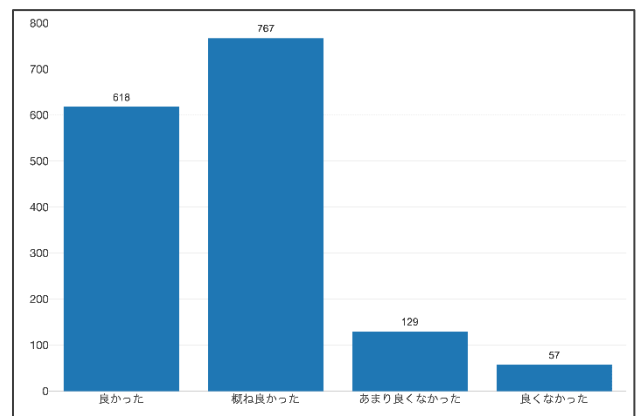


図5 CBT 国試トライアルを受験して

CBT システムの操作について4件法で質問したところ、「問題はなかった・概ね問題はなかった」が96.1%であった(図6)。その理由として、基本的に大きな問題はなく操作ができたことはいくつかあるが、一部の学生からはボタン操作の困難さや動画・画像の大きさに関する指摘の意見もあった。

また、CBT という受験形式そのものに対し、多

数の学生から「問題文に直接書き込めない」との不便さに対する意見があった。このほか、出題された問題の全体を眺める場合や特定の問題を探す場合などは紙の利便性が高いことなどの意見があった。

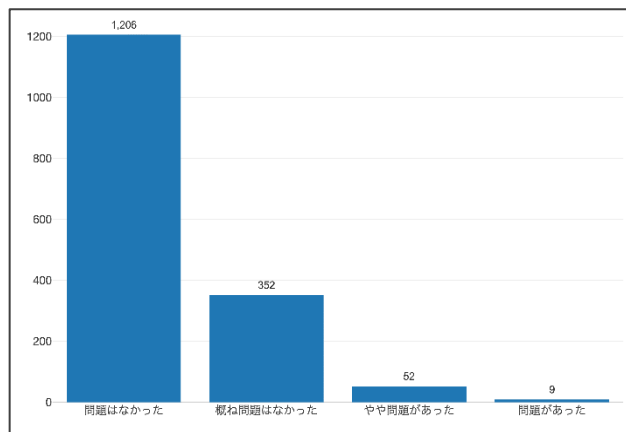


図 6 CBTシステムの操作について

2. CBT 国試トライアルの試験環境について

1) CBT システム

CBT 国試トライアルを通して、TAO を使用した CBT 形式での試験の実施は、概ね問題なく実施することができた。一方で、CBT という受験形式そのものに関連して、紙媒体の試験と比較した際に、問題文への書き込みや出題された問題の全体を把握して特定の問題を探す場合などは紙の利便性が高いことから、CBT 試験の際の運用面等での工夫が必要となる。

2) 実施場所

本年度の実施は大学会場形式が大多数であり、1 日 1 大学会場のみならず、複数の大学会場において同日に実施した(2 大学での実施が 9 日程、3 大学での実施が 2 日程、5 大学での実施が 1 日程)が、大きなトラブルもなく、全大学会場で円滑に行われた。さらに、デスクトップ PC を利用した一般会場形式を 1 回、タブレット端末を利用した一般会場形式を 2 回それぞれ実施した。

一般会場形式での運用に際して、試験そのものについては大きな問題なく実施できた(図 7)。



図 7 一般会場の様子

一方で、受験当日の運営として、貴重品等の荷物の預け場所や管理の方法などについて課題があった。

大学会場形式・一般会場形式ともに、デスクトップ PC ないしノート PC を利用した場合、座席配置によっては他者の画面が視界に入る事例が複数確認された。特に大学会場形式で階段教室においてノート PC を利用した場合などは、顕著であった。PC 間に仕切りを設置することを検討した会場もあったが、完全に視界を遮断するには限度が生じていた。

3) 実施端末

本研究での一般会場形式で特筆すべき内容として、従来と異なり、タブレット端末による受験環境を設定した点が挙げられる。本稿ではこの点を重点的に記載する。

まず、タブレット端末は、以下の構成を基本として準備した。

タブレット端末の構成

- 機種:Lenovo Idea Tab Pro
- 画面サイズ:12 インチ
- OS:Android 15
- イヤホン:イヤホンジャックなし(USB-C の変換により接続)
- タッチペン:なし(非純正で用意)

動画・音声を用いた問題を含む計 200 問について、PC を用いた際と同様に CBT 国試トライアルを実施した。この際、タブレット端末はすべて Wi-Fi 接続による試験の実施を行ったが、動画や音声の閲覧にあたって大きな問題はなく受験が進められた。

タブレット端末は、事前にフル充電し、試験中の電源はすべて内臓バッテリーのみで実施した。午前中の試験(A問題を終えた時点)で 30%程度の使用であり、午後の試験(B問題・C問題・アンケート)を実施したが全体で 80%程度の使用で、問題なく実施することができた。A 問題の実施時点でバッテリーの消費が大きかった機器については、昼休みの時間を利用して充電を行った。今後は、使用する端末のバッテリー状況にもよるが、予備端末および充電環境の準備が必要である。結果として、アンケートまですべて実施した場合でも、事前にフル充電の状態であれば、追加充電なしで 1 日の試験の利用に耐えうるバッテリー残量であったことが確認できた。

また、タブレット端末を使用したトライアル試験は、PC 使用時と比較し、試験内容の質において大きな差はなく、試験の実施に影響を与えるような大きなトラブルもなく試験を実施することができた。

タブレット端末を使用し机の上に寝かせて実施することで、隣接して座っている学生の画面が容易に視界に入ることは避けられていた(図 8、図 9)。

一方、PC を利用した場合と比較し、タブレットを机の上に寝かせて使用した場合、首に負担がかかるような体制(スマホ首、Text Neck)で利用することになり、身体的な負担が生じる可能性も示唆された。また、アンケートにおいて、文字の入力が困難であったという意見もあった。

タブレット利用者に対し、問題の回答にあたっての問題があったか否かを 4 件法で質問したところ、81.0%が「問題は無かった・概ね問題は無かった」と回答していた(図 10)。



図 8 階段教室でタブレット端末を使用して実施した様子



図 9 階段教室で PC を使用して実施した様子(昨年度)

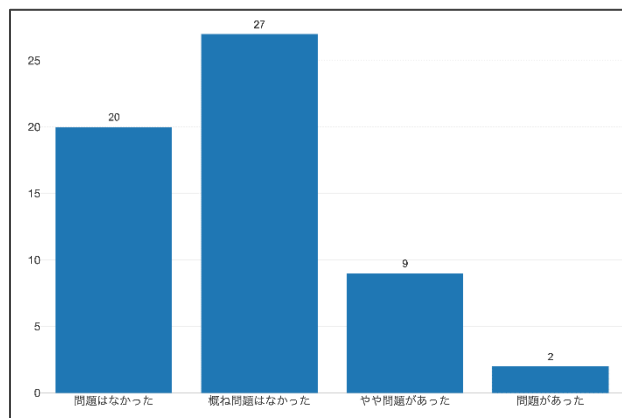


図 10 タブレットの操作について

3. CBT 問題の作問・ライブラリシステムの検討

前年度の研究において、Moodle を用いた作問システムについて検討し、本年度はこのシステムを基本とし、問題プールまでを含めたシステムとしての検討・構築を行った。前年度は作問の支援を主として検討を行ったため、今回はデータベースとしての整理やユーザビリティの向上などを整理した(図 11、12)。

エントリを編集する

ID: 22-B0005-001-01 [変更チェック]

出題基準: H30 > 必修・一般 > B 一般的な身体診察 > H 部門と病態の診察 > ... [出題基準選択]

出題テーマ: [検索]

改定問題: 0000115

科目名: [選択] [検索]

出題者: [選択] [検索]

利用判定: [選択] [検索]

タグ: [一括からクリックして追加] #2021 #2022 #2023 #2024 #2025

案内画面用: [検索] ステータス: 完成 [検索]

出題講座: 保存日: [検索] 部会員改訂: 保存日: [検索]

問題 [フォーマット]

模擬患者への病歴叙述の写真を(1)～(3)を表示。
被験者の体位として適切なものをどれか。

模擬患者への病歴叙述の写真を(1)～(3)を表示。
被験者の体位として適切なものをどれか。

問題を選択: [] 一般問題である [] 問題文は可能な限り肯定文である

解答 [フォーマット]

a [1] [不正解] a [1] [不正解]
b [2] [不正解] b [2] [不正解]
c [3] [不正解] c [3] [不正解]
d [4] [不正解] d [4] [不正解]
e [5] [不正解] e [5] [不正解]

解答を選択: [] 選択肢は可能な限り肯定文である [] 選択肢は否定・肯定・否定・肯定で可能な限り統一されている

図 11 作問の支援のためのフォーム

980問コース / 一般 / 980問コース

980問コース

データベース 設定 プリセット フィールド テンプレート さらに...

980問コース [リストビュー] [操作]

このページ内を全てチェック [検索] #2025 [設定を保存する]

200,981 件のレコードが見つかりました。すべてをクリアする

22-B0004-001-01 [完成]

出題基準: H30 > 必修・一般 > 11 救急初期診療 > B 基本的な救急処置 > ③ 気道確保(気管挿管、外科的気道確保) > ...

出題テーマ: [検索]

出題者: [選択] [検索]

疾患名: [選択] [検索]

キーワード: [選択] [検索]

22-B0005-001-01 [完成]

出題基準: H30 > 必修・一般 > B 一般的な身体診察 > H 部門と病態の診察 > ...

出題テーマ: [検索]

出題者: [選択] [検索]

疾患名: [選択] [検索]

キーワード: [選択] [検索]

22-B0007-001-01 [完成]

出題基準: H30 > 必修・一般 > 6 医療関係 > E 心理・社会的情報 > ① 解離性障害 > ...

0個をエクスポート [フィルターされたページの全てをエクスポート] [エントリを追加する]

図 12 CBT 問題のデータベース

ライブラリシステムの要件として、条件を絞って必要な問題を抽出できることは欠かせないものとなる。そこで、検索機能を向上させるため、各問題に対して医師国家試験出題基準に準じた区分や

問題の分類、キーワード等を設定可能とした。これにより、分野ごと・出題区分ごとの検索が容易となった。また、検索式を事前に設定しておくことで、各分野で何問の作問が完了しているか、問題が不足している領域はどの部分であるか、などを確認可能な仕組みを整理した。

このほか、作問機能についても、入力 of 自動保管やフォーマットの修正などの可能性について検討した。

さらに、試験結果を受験者にフィードバックする際、個別の点数・順位、全体の平均値、各問題の正誤、各問題の出題対象となった疾患やキーワード等の情報を掲載した帳票を作成し、受験者が自身の結果把握と振り返りが容易にできるように、レイアウト等を検討した(図 13)。



図 13 個別成績票(サンプル)

D. 考察

1. CBT 国試トライアルの実施

1) 試験参加者の概要

先行研究を開始した 2021 年当初(総受験者数 321 名)と比較して、受験者・参加協力大学は増加している。本研究の成果に関する公表状況と合わせ、各大学における学生・教職員の理解や関心も高まっていることがうかがえる。また、2026 年 2 月 4 日には医師国家試験等改善検討部会が開催され、この中でも CBT 国試に関するテーマが多く取り上げられていた。CBT 国試の導入に向けた議

論が今後広く行われていくと考えられる中、将来の CBT 国試の実装を見据え、実施方法や運用体制等について、さらに具体的な知見や経験を積み重ね、CBT 国試トライアルによる継続した調査研究の意義もさらに増大するものと考えられる。

2) 試験参加者によるアンケート

参加者として 5 年生が多かったこともあり、試験の難易度について難しいと評価されたことは妥当な結果とも考えられる。一方、自由記述の設問からは、CBT 国試のあり方や学部教育における現状・課題が浮き彫りになったと考えられる。

例えば、CBT 形式に変更することに伴い、試験対策や教材の不足を指摘する意見は複数あった。これは、知識習得のための座学学習を行うには不便であり、試験形式の変更に合わせた支援が必要である、ということは理解できる。しかし、言い換えれば医学部での学習の総括として、臨床実習での実践を通じた学びではなく「試験対策」としての学びが主体となっている、という状況を読み取ることも可能である。また、自由記述の中では、「過去問題で勉強するのが医学生の主流なので、問題が公表されるのならよいと思う。」といった意見もあった。これも現実を反映しているものと考えられる。

さらに、複数の学生から、問題が非公開であることや全員が異なる問題を受けること(すなわち IRT による採点が行われること)への疑問や不満と考えられる意見があった。これは、CBT という試験の性質を十分に理解していないことに起因するものとも考えられる。共用試験 CBT を一度経験しているとはいえ、試験制度に関してはより入念な説明も必要になるだろう。

これらの意見はあくまで本研究に参加した学生の一部意見であり、学生全体の意見として捉えるには拙速である。実際、CBT 国試トライアルを受験したこと自体に対しては肯定的な意見が 8 割以上を占めていたことから、学生の立場として一定の意義を感じていたことは見て取れる。しかし、国試を見直しするにあたり、現在の医学部教育の実態としても調査すべき内容ではないかと考えられる。

2. CBT 国試トライアルの試験環境について

1) CBT システム

CBT 国試トライアルについて、事前に CBT システムの動作に慣れるための教材も用意はされていた。しかし、実際には試験日の朝に行われる説明の際にはじめてシステムに触れる学生も多かったのではないかと推察される。共用試験 CBT と同様、事前に一定の時間をとってシステムの操作に慣れる機会を与えることが必要になると考えられる。

多数の学生から「問題用紙に直接書き込めない」ことの意見があったことは、考察に値するものである。紙媒体での試験であれば、設問に線を引く以外にも、臨床推論の過程で思いついたキーワード等をメモしながら思考を整理し、問題を解くことが可能となっている。PC やタブレット端末を利用した CBT の場合、これらの解き方を再現するには限度がある。現行のシステムでは問題文にマーカーを引くことは可能となっているが、本文へのメモの書き込みなどは不可能である。現状では、代替案としてメモ用紙を配布してはいるものの、学生にとっての利便性は紙の問題用紙の方が高いことがうかがえる。一方、これは従来の紙媒体での出題と同様、文字と画像を主とする問題でこそ生じる意見とも考えられる。動画・音声の問題であれば、メモ用紙を活用しつつ問題を解くことにつながると想定される。

2) 実施場所

本年度の CBT 国試トライアルでは、一般会場形式を複数回にわたって実施した。参加協力大学の負荷を軽減したことで、従来は研究協力ができなかった大学からの参加もみられた。一方、参加学生にとっては自大学とは異なる環境での受験となるため、端末の扱いも含めて不慣れであった可能性もある。

一般会場形式について、今回は CBT という試験そのものに焦点をあてた検証としての実施であった。このため、受付の手順等は確認していたものの、会場内の詳細案内や会場周辺の情報(昼食の場所など)も含めた整備は不十分だったことも否めない。一方、これらの外部環境に関しては現行の医師国家試験においても同様に検討されている内

容であり、円滑な実施に際しては現行のルール等を応用することが比較的容易であると考えられる。

大学会場形式・一般会場形式を問わず、使用する教室や人数規模によって、座席配置や距離についても課題が残ることは確認された。端末の工夫で一定の対応は可能と考えられるが、試験における不正行為を防止するための仕組みは継続的な検討も必要であろう。

CBT 運営における課題

1. 覗き見対策(不正対策)

- ・PC 間の前後の距離が近い場合は、覗き見防止フィルタや衝立などの対策が必要である。
- ・階段教室で実施する場合は、後方から前方の席の画面が見えやすいことから、席の間隔を十分に離すことが必要である。

2. 受験者の貴重品管理

- ・トライアル試験では、人員・控室等の手配など大学により限界があり、荷物置きスペース等の確保や施錠管理が困難であった。そのため、貴重品については受験者管理として対応した。国試の本番で実施する場合は、公平性を担保した運用が必要である。

3. 遅刻者対応

- ・トライアル試験では、会場ごとで試験時間を一括で設定しているため、受験者個々の時間を変更することは不可能とした。そのため、遅刻者については、終了時間を変更せず途中から受験するか、または次パートからの受験での対応としたが、国試本番の際の対応の検討が必要である。

3) 実施端末

タブレット端末を利用した CBT 国試トライアルは、試験自体の運用については大きなトラブルもなく実施可能であることが確認できた。特に Wi-Fi の強度やバッテリーについて、特段の問題がなく運用可能であることが確認できたことは大きな意味がある。

動画や音声の再生、画面の閲覧については、N

数は少ないながらも Wi-Fi のみでスムーズに運営できていたことが確認された。前年度の研究報告書から、CBT 国試の本格的な導入を検討する際、ノート PC と有線 LAN を想定した一般会場形式を仮定すると、その準備には非常に大きな人的・金銭的・時間的なコストがかかることが危惧されていた。今回と同様に Wi-Fi での試験受験が可能になるのであれば、この課題に対する一つの解決策ともなり得る。当然ながら N 数が増えた場合やネットワークトラブルの可能性は残る。この部分に関する検証は、次年度の課題の一つといえよう。

バッテリーについては、仮にノート PC を利用する場合、A 問題と B 問題、あるいは B 問題と C 問題のように 3-4 時間程度の連続利用が生じる状況を踏まえると、電源コードによる通電を行いながら利用することが求められる。しかし、数十台のノート PC の電源を準備する場合、テーブルタップ等の準備に加え、電源コードへのつまずき防止などを行う必要があり、会場の設営に大きな負担が生じることとなる。今回は休憩時間中の充電を行った機器も存在するものの、基本的には 100%まで充電した機器であれば 1 日の試験の連続利用にも耐え得るものであることが確認された。昼休みの時間を用いた追加充電を確実に行うことで、バッテリーでの利用は十分に可能なものと考えられる。

なお、端末に関しては、上記以外にも不測の事態が生じることは考慮しておく必要がある。そのような状況に備え、予備機を準備しておくことは不可欠である。しかし、この場合もデスクトップ PC を利用するような場面と異なり、タブレットであればその場で機器を入れ替えることで迅速なトラブルシューティングも可能となる。このように、タブレットを用いることで、当日の機材準備や会場設営の負担が軽減されることも期待される。

一方、通常のノート PC と比較し、画面サイズは注意が必要である。今回の CBT 国試トライアルでは 12 インチのものを利用したが、これよりも小さいサイズのタブレットでは画像や動画等の閲覧に際して不都合が生じる可能性も否めない。タブレット機については常に様々な機種が開発・販売されていることもあり、CBT 国試への使用に耐え得るものを常に確認しておく必要もあろう。

この他、アンケートではタブレットでの文字入力
の困難さを指摘する意見もあった。これについて
は、影響する部分としては以下の 2 つが考えられ
る。

- ログイン時の ID・パスワード入力
- アンケートの回答

このうち、前者は桁数を考えたうえで作成し、か
つ試験開始の数分前には着席・ログインしておくこ
とを指示することで、受験に際しての影響を取り除
くことが可能である。また、後者はトライアル試験で
あるからこそその内容も多く含まれており、試験その
ものには影響する要素ではないと言える。今後、臨床
推論の結果を問うような記述形式の問題を出題
する、といった大規模な設問形式の変換が起きる
場合は要検討であるが、現時点で検討されている
択一式の試験であれば十分に対応可能である。

なお、研究結果の項で述べたように、受験者の
肉体的な負担については考慮の余地が残る。仮に
現行と同じ 2 日間の日程で CBT 国試を行う場合、
首とともに目の負担も増加することとなる。この点
については、不正行為を助長しない程度でのスタ
ンドを用意するなど、さらなる検討も必要である。

また、近年では生成 AI を搭載した機種など、検
索機能が向上した端末も増加している。試験実施
にあたっては、各種機能を OFF にしたうえで利用
することなどにも注意が必要であろう。なお、これ
はタブレットに限らず、PC も含めての確認事項と
考えられる。

タブレット実施における課題

1. バッテリー容量

- トライアル試験でレンタルしたタブレット端末に
おいては、問題なく実施することができたが、
今後は使用する端末のバッテリー状況にあわ
せて予備端末および充電環境の準備が必要で
ある。

2. イヤホンジャックの有無

- 使用するタブレット端末によってイヤホンジャ
ックが搭載していない場合があるため、変換
ケーブルなどの準備が必要である。
- タブレット端末の充電とイヤホンの接続の両
同時が困難な場合は、上記のバッテリーの懸

念が発生する。

3. タッチペンの反応

- 試験中の設問文等へのハイライト入力する
際など、多少の時間差が生じた。国試で使用
する際は、タッチペンの選定や使用感の対応
について検討が必要である。

4. 受験者の心身的な負担

- 現行の国試と同様の 2 日間の日程で CBT
国試を行う場合、首とともに目の負担も増加
する可能性があることから、スタンドを用意
するなど、さらなる検討が必要である。

3. CBT問題の作問・ライブラリシステムの検討

CBT問題の作問とライブラリシステムに関して、
Moodle のデータベースモジュールを基盤として
作成したことで、問題に対して付与する属性を比
較的自由に追加・変更可能となっている。例えば医
師国家試験出題基準が変更になった場合も、現行
のものを置換するか、あるいは新しい出題基準を
属性として追加するか、どちらの対応も可能となる。
また、動画・音声ファイルを除き、各設問はテキスト
データとしてサーバに保存されるため、システムの
移行なども含めて対応が行いやすいという利点も
存在する。

サーバ自体の性能は標準的なもので動作可能
であり、検索等の機能も含めた大部分が Moodle
と関連プラグインのみで簡潔な構成となっている。
このため、オンライン環境としての構築のみならず、
秘匿性の高い内容である場合にオフラインでのサ
ーバとして限定的な運用をすることも可能である。
CBT 国試の運用面に関する検討と合わせ、根幹と
なる作問についての支援システムも継続的に整え
ていくことが求められる。

E. 結論

2025 年度の研究として、「CBT 国試を実施す
るにあたり、どのような試験環境を整える必要があ
るか」「試験問題の作成・編集および管理を行うた
めの問題プールには、どのようなシステムが望まし
いか」という 2 点を Research Question して掲
げ、調査研究を行ってきた。

試験環境については、大学会場形式と一般会場形式、それぞれの運用を確認できたことと合わせ、タブレット端末を利用することでの利点・課題点を整理した。また、CBT 国試を実施するにあたって問題の難易度や質、および医学部での学習に関する意見が得られた。

CBT問題の作問・ライブラリシステムについては、昨年度の研究成果を基盤とし、特に問題の整理・検索の機能を強化するための検討を行った。この結果、医師国家試験出題基準等に準じたプール問題の整理・検索が可能となった。作問は国試の運用に際しても要となる要素の一つである。試験運用の仕組み整備と合わせ、良質な問題を確実に整理するためのシステムについても継続的な検討が必要である。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 2025 IEdTech Learning Impact Conference 講演：Trial for the Computer-Based Testing for the National Medical Licensing Examination with Video and Audio-Enhanced Questions
- 2) 第 57 回日本医学教育学会大会, シンポジウム: 医師国家試験 CBT 化に向けた研究成果と今後の展望「CBT 形式での医師国家試験を実現するにあたっての試験システム検討」
- 3) 第 57 回日本医学教育学会大会, 一般演題: 医師国家試験 CBT 化の実装に向けた課題と考察～CBT トライアル試験の受験者アンケートの結果から～

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

記載すべき事項なし

【参考文献】

1. 河北博文(研究代表者). 厚生労働省科学研究費補助金事業「ICT を利用した医学教育コンテンツの開発と活用に向けた研究」令和 3 年度～5 年度総合研究報告書
2. 河北博文(研究代表者). 厚生労働省科学研究費補助金事業「ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究」令和 6 年度 総括報告書
3. 厚生労働省. 医師国家試験出題基準令和 6 年版

CBT 医師国家試験の導入の実現に向けた研究
CBT 問題の作成、問題バンクの確立

研究分担者 松山 泰 (自治医科大学医学教育センター 教授)
岡崎 仁昭 (自治医科大学医学教育センター 顧問)
浅田 義和 (自治医科大学医学教育センター 准教授)
久保 沙織 (東北大学教育学研究科 准教授)
伴 信太郎 (愛知医科大学医学教育センター 特命教育教授)

研究要旨

医師国家試験の CBT 化に向けて、問題バンクの大規模整備が求められている。しかし、専門家による作問には時間的制約が大きく、大量の問題を短期間で作成することは困難である。本研究では、主に既存問題をもとに、生成 AI を用いて医師国家試験のフォーマットに準じた派生問題を作成する手法を確立した。また、作成された問題を体系的に整理・格納できる問題バンクを開発し、国試 CBT に向けた問題管理基盤を整備した。

A. 研究目的

医師国家試験(以下、国試)にコンピュータ試験を導入する利点として、以下の 2 点が挙げられる。第一に、項目反応理論(item response theory: IRT)に基づく出題を行うことで、異なる日時、場所、受験者に対して異なる問題が出題された場合でも、等化された基準で同等に合否判定を行うことが可能となる。これは、試験開催形式に柔軟性をもたせることができ、天災などにより通常どおり試験を実施できない場合の再試験も容易になる。また、隣席の受験者と異なる出題のため、不正防止にもつながる。第二に、静止画だけでなく動画や音声といったマルチメディアにより臨床情報を提示することで、現行の国試よりも多様な出題が可能となる。これにより、臨床現場において医師が動的な視覚情報や聴覚情報を認知し、重要な判断を行う能力に相当する能力評価が可能となる。

IRT に基づく CBT を実施するうえでは、共用試験実施評価機構の臨床実習前 CBT が参考となる。同 CBT では、適切な IRT 運用のために 30,000 問近いプール問題が確保されている¹⁾。国試 CBT に向けても同程度のプール問題を、整理・格納する問題バンクの確立が必要である。そこで我々は、CBT トライアルを行うなかで、1. プール問題のライ

ブラリ化、および 2. 生成 AI による大量作問の可能性について実証を行った。

B. 研究方法

1. プール問題のライブラリ化

現行の国試は、「必修の基本的事項」、「医学総論」、「医学各論」(以下、必修、総論、各論)の 3 領域で構成されており、一般問題と臨床問題とを合わせて、2 日間で計 400 問が出題される。出題基準では、各領域について大・中・小項目でテーマが明示され、さらにブループリント(国試設計表)により、各領域および大項目の出題割合が規定されている²⁾。

本研究における CBT トライアルは、出題割合を遵守しつつ、参加のしやすさを考慮して、1 日 200 問で完遂できる試験として設計している。また、IRT に基づく出題の実証に向けて、問題のプール化を進めている。体系的なプール化を進めるため、Moodle(作問・校正プラットフォーム)と TAO(CBT プラットフォーム)とを連携させた、通称 MooTAO に、国試出題基準の領域および大・中項目で区分したライブラリを設け、新作問題や次節に示す派生問題をプールした(図 1)。

C. 研究結果

1. プール問題のライブラリ化

MooTAO をプラットフォームとし、国試出題基準の領域(各論・総論・必修)および大・中項目で区分したライブラリを設け、新作問題や生成 AI による派生問題をプールした。プールされた問題については、出題履歴、問題特性(詳細は久保らの項を参照)、校正のバージョン、マルチメディア素材の有無などをライブラリ上で一覧できるようにし、問題の最終校正や出題後の分析・修正を効率的に行えるようにした(図1)。

2. 生成 AI による大量作問

カスタム GPT による作問数と、専門医が採用可能と判定した問題数を表 1 に示す。すべての問題が採用可能と判定されたわけではなく、全体で65.2%の採用率であった。不採用となった主な理由は、正答を選択するための決定的な臨床情報の不足や、実際の臨床現場では起こりえない設定であった。

表 1 カスタム GPT による作問数と採用可能な問題数

元の問題	カスタム GPT 作問数	採用可能問題数
119 回医師国家試験 単問臨床問題	1,000	526
119 回医師国家試験 公衆衛生一般問題	500	340
2023 年度 CBT トライアル問題	875	586
2024 年度 動画・音声付問題	80	49
新作・公衆衛生一般問題	289	289

カスタム GPT の初期型では、臨床問題文中の患者年齢や性別、検査値のみが変更され、設問や選択肢は元問題とほぼ同一であった。しかし、プロンプトの改良により、元問題と同じ症候や疾患をテーマとしつつ、患者の病歴、現症、検査所見、設問内容(病態、疫学、診断、治療、予後など)、選択肢に多様性を持つ派生問題が作成されるようになった。

公衆衛生領域の一般問題については、派生問題ではなく、国試出題基準の記載用語をキーワー

ドとした新作問題であった場合でも、すべて採用可能な問題を作成できた。

マルチメディアのうち静止画については、元問題の本文中に含まれる臨床情報をカスタム GPT が推測することで、カスタム GPT が静止画そのものを直接読み取らなくても派生問題を作成できた。一方、動画・音声付問題については、元問題の本文中の臨床情報が限られていることに加え、動画や音声そのものをカスタム GPT が読み取ることができなかった。そのため、作問者自身が動画・音声の内容について 100~200 字程度の説明文を作成し、その説明文をカスタム GPT に読み取らせることで、派生問題を作成する必要があった。

本研究に先行した厚生労働科学研究事業「ICT を利用した医学教育コンテンツの開発と活用に向けた研究」から開始された国試 CBT トライアル(2021~2023 年)では少人数の研究分担者が³⁾、本研究の 2024 年には計 33 名の研究分担者・協力者が作問を担当した。これに対し、カスタム GPT を導入することで、それらを上回る問題数を作成することができた(表 2)。

表 2 2021~2025 年度の累積作問数

年度	2021	2022	2023	2024	2025
作問数	200	200	200	367	1,790
累積問題数	200	400	600	967	2,757

D. 考察

今年度の研究により、臨床問題については元問題からの派生問題として、公衆衛生領域の一般問題については元問題を用いない新作問題として、カスタム GPT が多様な設問および選択肢を自ら生成し、作問できることが実証された。しかし、作問数のうち、文章校正のみで出題可能となるものは全体の 65%程度であった。

したがって、まず領域専門医が採用可能か否かを判定し、その後、改めて文章校正を行うという、少なくとも 2 段階のヒトによるクオリティチェックは必須である。一方で、一定期間内に問題を量産するためには、適切な基礎学習とプロンプトによる指示のもとで管理された生成 AI の支援による派生

問題作成が有用であることが示された。

また、現在の国試でも扱われている静止画問題については、静止画から得られる視覚情報の制限を補足するために、臨床情報、設問文および選択肢が詳述されているためか、静止画を直接読み取らなくてもカスタム GPT が作問できていた。一方、動画・音声問題については、カスタム GPT による直接的な読み取りは困難であり、派生問題を適切に作成できない状況であった。

このことは、動画・音声情報を文脈に即して認知する能力が、現時点の生成 AI では対応しにくい領域であることを示している。これは CBT における動画・音声付き臨床問題が、生成 AI 時代におけるヒト臨床医の実践能力を評価するうえで、妥当な形式である可能性を示唆するものである。

E. 結論

国試 CBT に必要な問題バンク構築に向けて、MooTAO 上で国試出題基準に沿った問題ライブラリを整備し、生成 AI による大量作問の可能性を検討した。

問題の体系的な管理基盤を構築でき、カスタム GPT により臨床問題の派生問題および公衆衛生領域の一般問題を短期間に多数作成できることが示された。ただし、採用可能な問題は約65%であり、専門医による採否判定と校正は不可欠であった。また、動画・音声付き問題では生成 AI のみでの作問に限界があり、作業工程にヒトが介することを前提とした取り組みが必要と考えられた。

一方、動画・音声が提示する視覚・聴覚情報の認識は、生成 AI 時代においてもヒト臨床医が引き続き育むべき臨床実践力ともいえる。CBT 導入に際しては、動画・音声付き臨床問題の積極的採用を検討すべきである。

F. 健康危険情報

特記すべきことはない。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 松山泰. マルチメディアを活用した CBT 問題の作成. シンポジウム 14 臨床実習における医学生 of 適正な評価と医師国家試験 CBT 化に向けた展望. 医学教育 2025; 56(Suppl): 138.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記すべきことはない

I. 研究協力者一覧（50 音順・敬称略）

2026年3月31日時点

伊藤 真人	（自治医科大学 耳鼻咽喉科）
及川 沙耶佳	（秋田大学 大学院医学系研究科 先進デジタル医学・医療教育学講座）
大久保 由美子	（帝京大学 医学部 医学教育学講座）
海津 聖彦	（日本医科大学 思春期・小児医学／付属病院小児科／医学教育センター／臨床研修センター）
加賀 重亜喜	（山梨大学医学部附属病院 臨床教育部臨床実習センター、シミュレーションセンター）
角 総一郎	（自治医科大学 皮膚科学講座）
兼田 裕司	（自治医科大学 メディカルシミュレーションセンター 消化器一般移植外科）
菅野 武	（自治医科大学 医学教育センター医療人キャリア教育開発部門）
木村 友和	（名古屋大学医学部附属病院 泌尿器科）
金城 紀与史	（琉球大学 医学部 医学教育企画室）
黄 世捷	（聖マリアンナ医科大学 医学教育文化部門）
小佐見 光樹	（自治医科大学 地域医療学センター公衆衛生学部門）
後藤 理英子	（東京医科大学 医学・看護学教育推進センター）
才津 旭弘	（自治医科大学 医学教育センター 医療人キャリア教育開発部門）
相良 由佳	（医療法人社団 幸野メディカルクリニック）
笹原 鉄平	（自治医科大学附属病院 感染制御部）
澤幡 美千瑠	（自治医科大学 呼吸器内科）
鋪野 紀好	（千葉大学大学院医学研究院 地域医療教育学）
清水 郁夫	（千葉大学医学部附属病院 医療安全管理部）
高橋 宏典	（自治医科大学 産科婦人科）

田鎖 愛理	(岩手医科大学 衛生学公衆衛生学講座/全学教育推進機構教学 IR センター)
蓮沼 直子	(広島大学 医学部附属医学教育センター)
林 幹雄	(関西医科大学 教育センター)
堀切 海都	(大間病院 内科・総合診療科)
町田 幹	(日本医科大学付属病院 放射線科)
松原 大輔	(自治医科大学 地域医療学部門)
松本 卓子	(東京女子医科大学 統合教育学修センター基礎教育学)
三原 弘	(札幌医科大学 医療人育成センター)
宮道 亮輔	(自治医科大学 メディカルシミュレーションセンター)
山田 和徳	(金沢医科大学 医学教育学)
山本 祐	(自治医科大学 地域医療学センター総合診療部門)
早稲田 勝久	(愛知医科大学 医学教育センター)
渡辺 茅里	(自治医科大学 眼科学講座)
渡会 瑠斗	(山形県立中央病院)

【参考文献】

1. 公益社団法人共用試験実施機構. 共用試験実施評価機構と共用試験. 令和 4 年度第 1 回医道審議会医師分化会医学生共用試験部会参考資料 2-1.
2. 厚生労働省. 医師国家試験出題基準 令和 6 年版.
3. 河北博文(研究代表者). 厚生労働省科学研究費補助金事業「ICT を利用した医学教育コンテンツの開発と活用に向けた研究」令和 3 年度～5 年度総合研究報告書.

CBT 医師国家試験の導入の実現に向けた研究
2025 年度 CBT トライアル問題の項目反応理論による分析と等化の試み

研究分担者 久保 沙織(東北大学教育学研究科 准教授)
岡崎 仁昭(自治医科大学医学教育センター 顧問)
松山 泰(自治医科大学医学教育センター 教授)
浅田 義和(自治医科大学医学教育センター 准教授)
伴 信太郎(愛知医科大学医学教育センター 特命教育教授)

研究要旨

2025 年度の医師国家試験 CBT トライアルでは、項目プールの構築を見据え、2022 年度と 2023 年度に出題した項目を組み合わせて試験問題を構成した。本研究の目的は、2025 年度に出題された 200 問を対象とした項目反応理論による分析結果から、各項目の特徴とテスト全体の測定精度を明らかにすること、および項目母数の等化の一例を示すことである。項目反応理論による分析の結果、各論、必修、総論という各問題内容に応じた困難度・識別力の特徴が確認され、テスト情報関数からは、想定される能力値の範囲で高い測定精度が保たれていることが示された。また、本研究では、共通項目計画によりテストを実施し、等化のプロセスを経ることで、2023 年度の項目母数について 2025 年度の項目母数と同一の尺度上で表現できることを示した。この成果は、項目プールの構築に向けた大きな進展と言える。

A. 研究目的

本研究課題においては、医師国家試験を CBT 化するだけでなく、現在の古典的テスト理論の枠組みでの実施・評価方法から脱却し、項目反応理論(Item Response Theory, IRT)に基づく安定的・持続的なテスト運用を実現することを目指している。IRT では、項目母数(困難度母数や識別力母数など)の推定値が得られていて、かつ、それらが互いに比較可能となるように共通尺度上への等化(equating)がなされている、数多くの項目をあらかじめ用意しておく必要がある。このような項目の集まりを項目プール(item pool)あるいは項目バンク(item bank)と呼ぶ。IRT による試験運用においては、この項目プールの構築が極めて重要となる。本研究では、2025 年度のトライアルで出題された 200 問を対象とした IRT モデルによる分析結果をもとに各項目の特徴とテスト全体の測定精度を明らかにすること、および 2025 年度と 2023 年度の推定結果を利用して項目母数の等化の一例を示すことを目的とする。

B. 研究方法

1. 出題項目の選定

2025 年度の CBT トライアルでは、項目プールの構築を見据え、2022 年度と 2023 年度に出題した項目を組み合わせて試験問題を構成することとした。問題選定では、古典的テスト理論における識別力の指標である I-T 相関(item-total correlation)が 0.20 以上であることを基準とし、問題内容を参照しながら問題作成者と分析者が共に議論することで、どの問題を採用するか検討した。ただし、出題内容のバランスを考慮して項目数を確保するため、I-T 相関の基準を満たさない項目も一部採用した。

2. IRT モデルによる項目母数の推定

2025 年度の CBT トライアルで出題した 200 問について、A 問題(各論, 75 問)、B 問題(必須, 50 問)、C 問題(総論, 75 問)のそれぞれで、古典的テスト理論に基づく項目分析および、IRT モデルによる項目母数の推定を実行した。まず、古典的テ

スト理論に基づき項目困難度(通過率)と項目識別力(I-T 相関)を確認した後に、IRT の 2 母数ロジスティックモデル(two parameter logistic model: 2PLM)を適用して項目母数(困難度母数と識別力母数)を推定した。なお、IRT の分析においては、識別力が極端に低い項目をあらかじめ除いて項目母数を安定的に推定するために、I-T 相関が 0.20 以上の項目のみを用いた。また、テスト情報関数を描画して、各問題の測定精度を確認した。

3. 項目母数の等化

2023 年度と 2025 年度のトライアル問題を対象として、等化係数法による項目母数の等化を試みた。上述のように、2025 年度のトライアルでは、2022 年度と 2023 年度に既に出題している項目で試験問題を構成している。2022 年度、2023 年度、2025 年度の CBT トライアルにおける、受験者集団と問題を構成する項目との関係性を、図 1 に模式的に示した。受験者は各年度で異なるが、項目は 2022 年度と 2025 年度、2023 年度と 2025 年度でそれぞれ重複していることを表している。そのため、同一の項目に対して、異なる受験者集団の回答データに基づく 2 年分の項目母数の推定値が得られる。

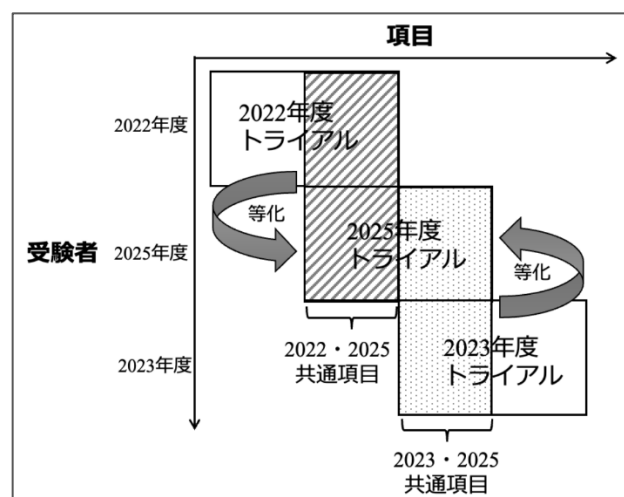


図 1 CBT トライアルにおける受験者と項目との関係

ここで、2025 年度の試験をテスト X 、2023 年度の試験をテスト Y とすると、困難度母数 b について以下の関係が成り立つ。

$$\begin{aligned}\mu_{bX} &= K\mu_{bY} + L \\ \sigma_{bX} &= K\sigma_{bY}\end{aligned}$$

すなわち、傾き K と切片 L を求めることができれば、テスト Y (2023 年度の試験) の受験者の能力値の尺度上で推定された項目パラメタを、テスト X (2025 年度の試験) の受験者の能力値の尺度上に等化することができる。ただし、式中の μ_{bX} と σ_{bX} はテスト X での困難度母数の母平均と母標準偏差を、 μ_{bY} と σ_{bY} はテスト Y での困難度母数の母平均と母標準偏差を表現している。傾き K と切片 L は等化係数よばれ、上式の関係性から、 $K = \sigma_{bX} / \sigma_{bY}$ 、 $L = \mu_{bX} - K\mu_{bY}$ と導かれる。さらに、テスト X において推定された共通項目の困難度母数の平均値と標準偏差、テスト Y において推定された共通項目の困難度母数の平均値と標準偏差をそれぞれ μ_{bX} と σ_{bX} 、 μ_{bY} と σ_{bY} の推定量として用いることで等化係数の推定値が求められる。

C. 研究結果

1. A 問題 各論($N=1645$)の分析結果

全 75 項目の通過率の平均は 0.543、I-T 相関の平均は 0.317 であった。I-T 相関 ≥ 0.20 となった項目数は 68 (90.7%) であり、2021 年以降の CBT トライアルの中で最多となった。I-T 相関 < 0.20 となった 7 項目 (2022 年度 4 項目、2023 年度 3 項目) のうち 4 項目は過年度も同様の結果であった。また、クロンバックの α 係数は 0.88 であった。

2PLM による A 問題の項目母数の推定値を図 2 に示した。プロットされている文字は項目番号を表す。もっとも困難度母数の値が大きかった X23.A15 は通過率 0.06、もっとも困難度母数の値が小さかった X23.A34 は通過率 0.89 の項目であった。X22.A23、X23.A26、X23.A45 などは、比較的易しい問題でありながら識別力が高い良問である。

図 3 には、A 問題のテスト情報関数を示した。横軸は能力値 θ 、縦軸は情報量であり、情報量が

きい θ の範囲で、特に推定の精度が高いと解釈することができる。図 3 から、A 問題は、 $-1.5 < \theta < 0.5$ 付近で、受験者の能力の推定精度が高いテストであると言える。

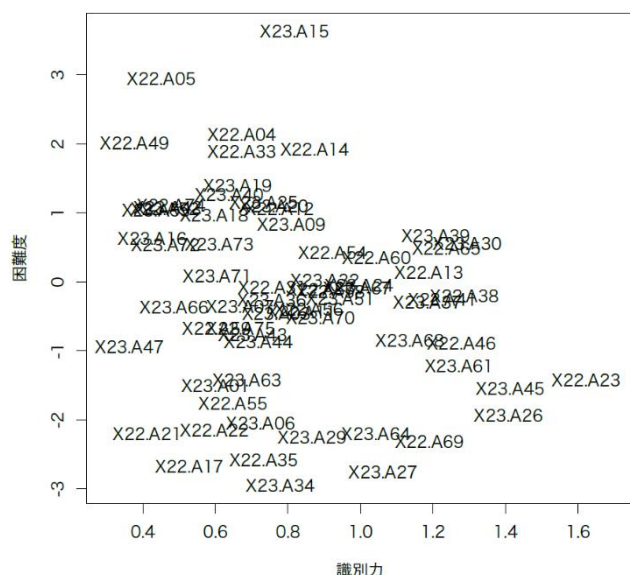


図 2 2025 年度 A 問題の項目母数(68 項目)

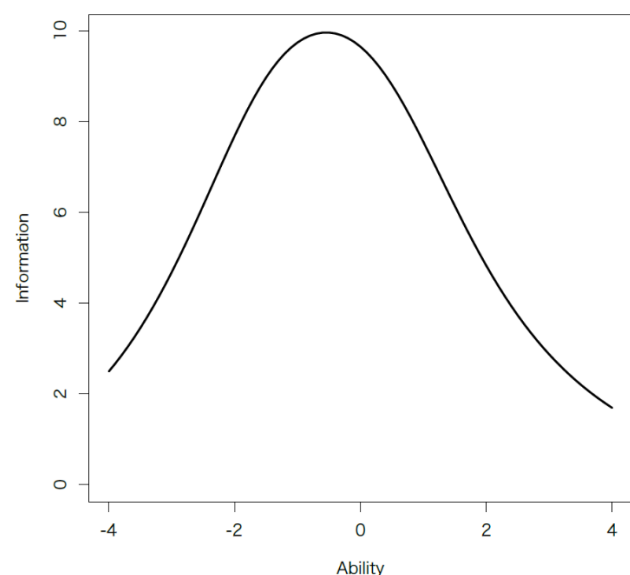


図 3 2025 年度 A 問題のテスト情報関数

2. 必修 B 問題($N=1640$)の分析結果

全 50 項目の通過率の平均は 0.645, I-T 相関の平均は 0.274 であり, I-T 相関 ≥ 0.20 となった項目数は 37 (74.0%) であった。I-T 相関 < 0.20 となった 13 項目 (2022 年度 4 項目, 2023 年度 9 項目) のうち 10 項目は過年度も同様の結果であり, 2025 年の通過率を確認すると, 6 項目で 0.80 以上となっていた。クロンバックの α 係数は 0.75 であった。

2PLM による B 問題の項目母数の推定値を図 4 に示した。分析に用いた 37 項目のうち困難度母数の推定値が正となった項目は 11 (29.7%), 負となった項目は 26 (70.3%) であり, 必修では易しい項目が多く含まれていたことがわかる。もっとも困難度母数の値が大きかった X23.B34 は通過率 0.24, もっとも困難度母数の値が小さかった X22.B05 は通過率 0.86 の項目であった。識別力母数の大きな項目に着目すると, X23.B24, X22.B30 はいずれも $\theta = 0.0$ 付近の能力値をもつ受験者をよく識別できる項目, X23.B25 は $\theta = -2.5$ 付近の受験者をよく識別できる項目である。

B 問題のテスト情報関数を図 5 に示した。B 問題は, $-2.0 < \theta < 1.0$ 程度の受験者の能力の推定精度が高いテストであることがわかる。

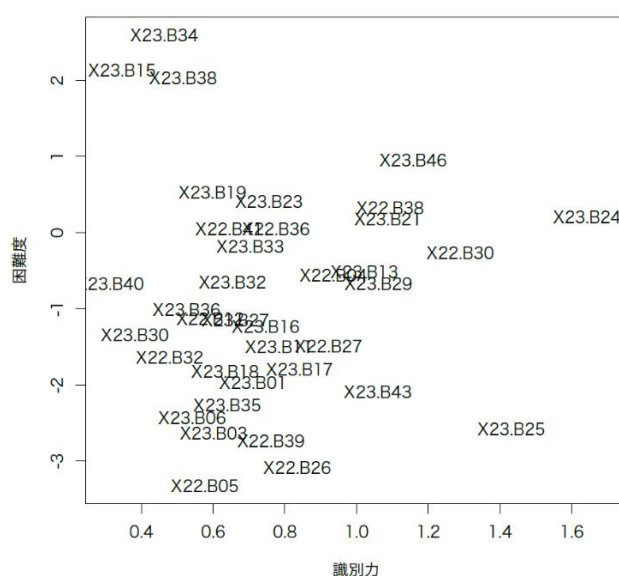


図 4 2025 年度 B 問題の項目母数(37 項目)

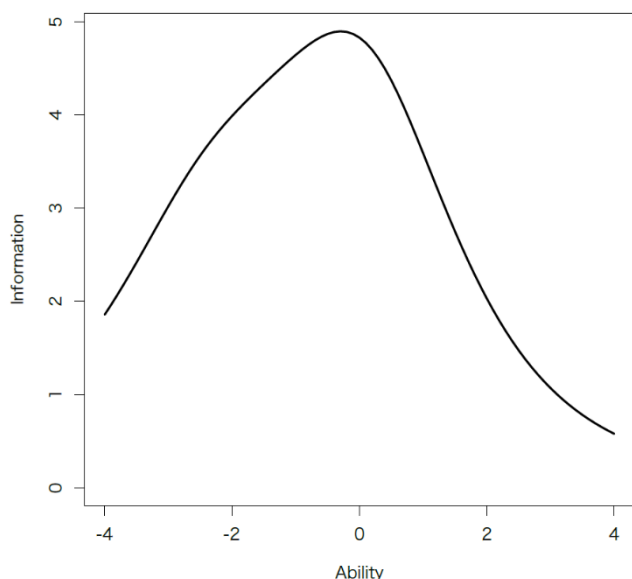


図 5 2025 年度 B 問題のテスト情報関数

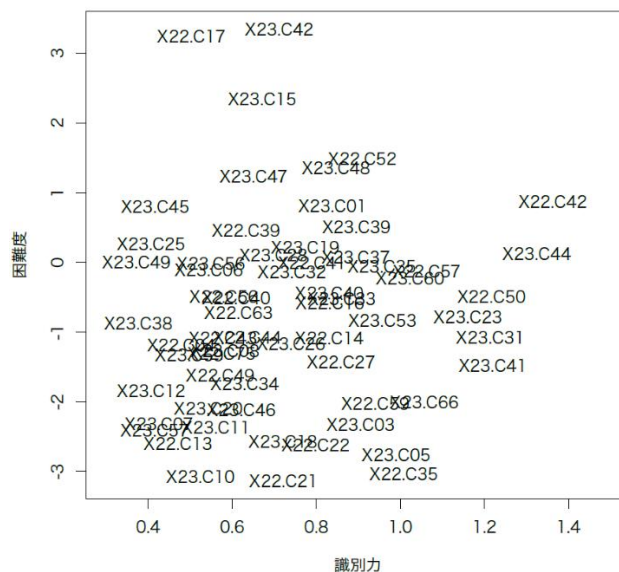


図 6 2025 年度 C 問題の項目母数(63 項目)

3. C 問題($N=1634$)の分析結果

全 75 項目の通過率の平均は 0.608, I-T 相関の平均は 0.280 であった。I-T 相関 ≥ 0.20 となった項目数は 63(84.0%)であり, 2021 年以降の CBT トライアルの中で最多となった。I-T 相関 < 0.20 となった 12 項目(2022 年度 5 項目, 2023 年度 7 項目)のうち 8 項目は過年度も同様の結果であった。クロンバックの α 係数は 0.84 であった。

2PLM による C 問題の項目母数の推定値を図 6 に示した。A 問題, B 問題と比較して, 識別力母数の範囲はやや狭くなっていた一方で, 困難度母数はおおよそ $-3.0 \sim 3.0$ の広い範囲で偏りなく推定された。困難度母数の値が大きかった X23.C42, X22.C17 の通過率はそれぞれ 0.10, 0.18 であり, 困難度母数の値が小さかった X22.C21, X23.C10 の通過率はそれぞれ 0.89, 0.82 であった。識別力母数が相対的に高かった項目について困難度母数も合わせて参照すると, 能力値が $-2.0 < \theta < 1.0$ 程度の受験者をよく識別できる項目が多く含まれていたことが確認できる。テスト情報関数(図 7)でも同様に, $-2.0 < \theta < 1.0$ 付近の受験者の能力母数の推定精度が高いテストであることが示されている。

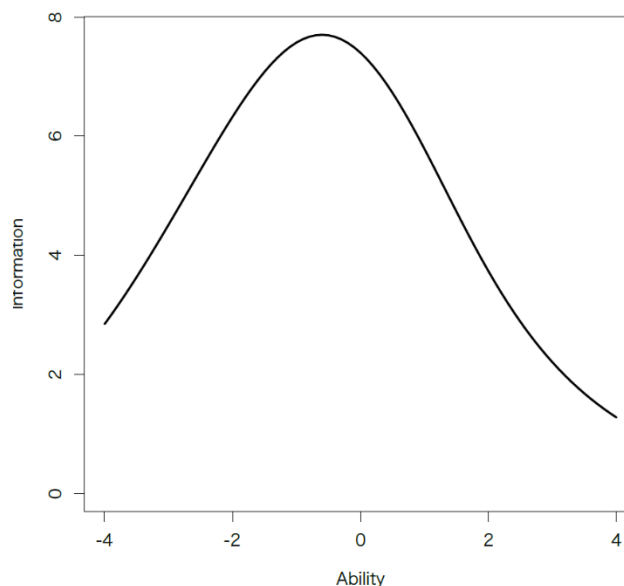


図 7 2025 年度 C 問題のテスト情報関数

4. 等化係数法による項目母数の等化

2025 年度と 2023 年度の CBT トライアルにおいて, IRT による分析に用いられた共通項目は A 問題で 39 項目, B 問題で 26 項目, C 問題で 34 項目であった。共通項目の困難度母数 b の平均値と標準偏差(SD)および, それらを利用して求めた等化係数 $\hat{R}$ と $\hat{L}$ を表 1 に示した。なお, 困難度母数 b の平均値と標準偏差(SD)は, 上段が 2025 年度, 下段が 2023 年度の値である。

表 1 等化係数の算出

	b の平均	b のSD	$\hat{R}$	$\hat{L}$
A 問題	-0.270 -0.563	1.324 1.179	1.124	0.363
B 問題	-0.674 -1.062	1.337 1.087	1.078	0.471
C 問題	-0.535 -0.753	1.407 1.232	1.142	0.324

D. 考察

まず、古典的テスト理論に基づく項目分析と、IRT の 2PLM による分析の結果について考察する。2022 年度と 2023 年度の分析結果に基づいて項目選定を行ったことで、A 問題(各論)と C 問題(総論)では、識別力が極端に低い(I-T 相関<0.20)項目の割合をこれまでより減少させることができた。一方で、B 問題では、I-T 相関が 0.20 未満となる項目を減らすことができなかったが、通過率が 0.90 を超える項目が 1 割含まれていたことや、通過率の最小値も 0.19 と A 問題・C 問題より高かったことがその要因として考えられる。B 問題では必修を扱っていることから、易しい項目を多く含むという特徴はこれまでのトライアル試験においても一貫して見られており、項目選定の段階で、I-T 相関<0.2 という基準を満たしていない項目であっても、項目数確保のためにやむなく採用した項目の割合が多かったという事情がある。

IRT による分析結果から、A 問題と C 問題は、易しい項目から難しい項目まで幅広い困難度の項目を含み、おおよそ-2.0 から 1.0 までの能力値をもつ受験者をよく識別するテストであった。B 問題は、相対的に易しい項目が多いことが明らかとなった。これらの傾向は、A 問題、B 問題、C 問題が、それぞれ各論、必修、総論を扱っているという内容に鑑みて妥当な結果と言える。また、いずれの問題においても識別力母数は 0.30 から 1.65 の間で推定されており、十分な識別力を備えていることが確認できた。

さらに本研究では、項目プールの構築を見据え、等化係数法による項目母数の等化を試みた。

2025 年度のトライアルでは、2022 年度と 2023 年度に出題済みの項目を用いて試験問題を構成したため、同一の項目に対して、それぞれ異なる受験者集団の回答データに基づいて 2 年分の項目母数の推定値が得られる。本研究では、受験者数が 1000 名を超えて推定結果が安定している 2023 年度と 2025 年度の推定結果を利用して、2023 年度の項目母数を 2025 年度の項目母数と同一尺度上で表現するための等化係数の推定値を求めた。推定された等化係数 $\hat{R}$ と $\hat{L}$ を用いることで、以下の関係性により、2023 年度の識別力母数 a と困難度母数 b を 2025 年度の尺度上の母数となるように変換することができる。

$$a^* = \frac{a}{\hat{R}}$$

$$b^* = \hat{R}b + \hat{L}$$

また、2023 年度の等化後の項目母数 a^* と b^* を利用することで、2023 年度の受験者に対して 2025 年度と同一の尺度上で能力母数を算出することも可能となる。

E. 結論

上述した出題項目選定のプロセスを踏むことにより、A 問題と C 問題で、これまでのトライアルと比較して I-T 相関が極端に低い項目が減少したという本研究の結果は、各項目の内容に関する検討のみならず、テスト理論に基づき測定の観点から項目の評価を行うことの意義を示唆している。

IRT の 2PLM による分析結果からは、各論、必修、総論という各問題内容に応じた項目母数の特徴が確認された。また、テスト情報関数を参照することで、テスト全体の測定精度を検討した。問題ごとに、より高い精度での測定が望まれるような受験者の能力値の範囲において、実際に高い測定精度が示された。このように、テスト情報関数では、受験者の能力値のレベルごとに測定精度を評価することができるという利点を持つ。

IRT に基づくテスト運用では、等化の手続きを経た項目の集まりである項目プールをあらかじめ用意する必要がある。そこで本研究では、等化係数法による項目母数の等化の一例を示した。実際

のテスト運用においては、項目プールの中から、回答者や目的に応じて項目を組み合わせてテストを作成することとなる。例えば、テスト全体の難易度および測定精度が同程度となるような複数のテストを構成することができ、それらのテストを受験した受験者の得点を相互に比較することも可能となる。医師国家試験においても、異なる受験者集団が、異なる項目から構成される問題を、異なる日時に、異なる場所で受験したとしても、統一の枠組みで評価可能となるような、IRT に基づくテスト運用は望ましいであろう。なお、項目プールの安定的な維持と効率的な拡大のためには、項目内容の非公開が前提条件となる。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 久保沙織・浅田義和・松山泰・岡崎仁昭・伴信太郎・中田祐太・上田茂・河北博文，医師国家試験 CBT トライアルの IRT による分析——マルチメディア使用問題の結果を中心に—— 第 57 回日本医学教育学会大会 ポスター発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

記載すべき事項なし

医学生の実能や態度の評価に関する研究
臨床実習における観察評価の構造化・標準化に関する研究

研究分担者 錦織 宏 (名古屋大学医学系研究科 教授)
小西 靖彦 (順天堂大学医学教育研究室 特任教授)
伴 信太郎 (愛知医科大学医学教育センター 特命教育教授)
松山 泰 (自治医科大学医学教育センター 教授)
高村 昭輝 (富山大学学術研究部医学系 教授)
木村 武司 (名古屋大学医学系研究科 病院助教)

研究要旨

医師資格の認定における技能・態度の評価は、医学教育上の重要課題である。本研究は、診療現場における観察評価である Workplace-Based Assessment(WBA)を、我が国の臨床実習において総括評価としてどのように実装し得るかを検討することを目的とした。昨年度までに、国内 82 医学部の自己点検評価報告書の分析および国内外の関係者へのインタビューを通して、WBA 導入の現状と課題を整理した。今年度は、まず WBA 導入に関する国際ワークショップを開催し、総括評価への組み込み方、標準化と質保証、EPA の活用、OSCE や国家試験との役割分担、可否判定基準、再教育・支援体制など、日本における制度設計上の主要論点を整理した。次に、これらの知見を踏まえ、全国の医学部で活用し得る臨床実習評価の実施指針案として Genba Based Assessment(GenBA)を作成した。GenBA では、コミュニケーションおよびプロフェッショナリズムを総括評価の対象とし、それ以外の臨床能力については各大学・各診療科の文脈に応じた形成評価として位置づけた。また、全診療科・必修／選択・学外／海外実習を含む評価枠組み、自己評価と指導医評価を組み合わせた運用、段階的対応としての「警告」「再教育対象」「不合格」、および再教育プログラムの考え方を整理した。さらに、障害者支援および医療安全の専門家との意見交換を通じて、本質的能力の定義、合理的配慮、患者安全を踏まえた評価基準設定など、制度設計上の重要課題を明らかにした。本研究は、我が国における総括的 WBA の制度設計に向けた具体的な実施指針案を提示したものであり、今後はその実装可能性と妥当性を高めるため、継続的な改良と検討が必要である。

A. 研究目的

本研究の目的は、我が国の卒前医学教育における診療参加型臨床実習の質保証を図る観点から、臨床現場における観察評価である Workplace-Based Assessment(WBA)を、総括評価として活用可能な形で制度設計することである。昨年度までの研究では、国内医学部における WBA の導入状況、および米国における Step 2 CS 廃止後の WBA 活用の実態を調査し、我が国における WBA 導入の基本的方向性を整理した。昨年度報告書では、国内では WBA

が主として形成評価にとどまり、米国では mini-CEX や Global Practice Assessment などを通じた総括評価の活用が進んでいることが示された。

今年度は、これらの知見を踏まえ、日本の卒前医学教育において WBA を総括評価として実装する際の論点を整理し、それを具体的な制度案へと展開することを目的とした。具体的には、WBA 導入に関する国際ワークショップを開催して制度設計上の主要論点を整理し、その知見を踏まえて全国の医学部で活用し得る臨床実習評価のブル

ープリントおよび実施指針案の作成への着手を計画した。さらに並行して、障害者支援および医療安全の専門家へのインタビューを通じて、合理的配慮や患者安全の観点から制度設計上の留意点を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

今年度は、まず日本の卒前医学教育における Workplace-Based Assessment (WBA) 導入に関する国際ワークショップを開催した。このワークショップでは、WBA 導入の背景と目的、国内外の WBA 実施状況と課題、総括評価への組み込み方、標準化と質保証、学生参加促進、Entrustable Professional Activities(EPA)の活用、OSCE との連携およびリソース配分、臨床能力委員会の役割、メンター制度によるフィードバックと再教育、今後の展開と法的整合性について議論した。また、日本における WBA 設計に関する key questions として、形成評価と総括評価のバランス、評価すべきコンピテンシー、評価ツール、評価頻度、評価者、評価者トレーニング、可否基準、OSCE・国家試験との役割分担、障害学生支援との連携などを整理した。

次に、このワークショップで得られた論点整理を踏まえ、2025 年 11 月以降、研究班内で原案を作成し、定期的に検討を重ねて、Genba-Based Assessment (GenBA) と呼ぶ実施指針案を作成した。GenBA は、全国 82 大学医学部の臨床実習において、ある程度標準化された方法で観察評価を行い、その結果を合否判定に用い、さらに国家試験の受験資格と接続させる構想として位置づけた。検討項目には、評価対象能力、評価ツール、評価対象診療科、評価者、評価者研修、警告・不合格基準、再教育プログラム、障害を持つ学生への対応、監査(質保証)等を含めた。

さらに、GenBA の制度設計と並行して、総括評価の導入にあたり重要な留意点を検討するため、2026 年 2 月 26 日に障害者支援の専門家である熊谷晋一郎氏、2026 年 3 月 10 日に医療安全の専門家である長尾能雅氏へのインタビューおよび討論を実施した。これらのインタビューおよび討論では、合理的配慮の前提となる本質的能力の定

義、障害名ではなく必要な能力に基づく記述の必要性、患者安全にとって危険な学生の認定基準、日常の臨床実習態度に基づく評価の重要性等について検討した。

C. 研究結果

国際ワークショップでは、日本国内では 82 校中 65 校が WBA を形成評価として実施している一方、総括評価としての利用はないこと、米国では Step 2 Clinical Skills 廃止後に mini-CEX や Global Practice Assessment が総括評価に活用されていること、さらにオランダでは Clinical Competence Committee による多元的情報の統合と総合判断が行われていることが共有された。これを踏まえ、WBA は複数科横断の評価結果を最終判定に集約し、ローカルの臨床能力委員会が判断を担うべきであること、また完全な画一化ではなく、標準化されたコンピテンシー定義と質保証プロセスを基盤として各大学が運用することが重要であることが示唆された。また、ワークショップでは、EPA の導入により学生の役割明確化と能動的関与が期待されること、OSCE は BLS など WBA で評価困難な技能に限定し、削減したリソースを WBA 実施やメンター運営に再配分する考え方、臨床能力委員会が再教育の計画も担う意義、問題学生に対しては単発の再試験ではなく継続的な追加評価と支援を組み込む必要性などが整理された。さらに、障害学生支援の専門家や医療安全の専門家と設計段階から協働する必要性も明確化された。これらの議論は、その後の GenBA 作成の基本的視座となった。

これらの知見を踏まえ、研究班内での継続的な討議を通じて、全国の医学部で活用し得る WBA の雛形として GenBA の実施指針案を作成した。GenBA では、臨床実習における幅広い能力を評価対象候補としつつ、総括評価としてはコミュニケーションおよびプロフェッショナリズムを扱い、それ以外の臨床能力については各大学・各診療科の文脈に応じて形成評価として実施する構成とした。また、GenBA 実施指針案の主な内容として、以下のように整理した。

- 全診療科・必修／選択・学外／海外実習を含

む評価枠組みを示した。

- 自己評価と指導医評価を組み合わせた運用案を提案した。
- 評価者支援として、不合格基準を共有する動画教材等の必要性を示した。
- 「警告」→「再教育対象」→「不合格」という段階的対応案を整理した。
- 再教育の方法として、カウンセリング、再履修、特別再教育プログラムを例示した。

GenBA 作成と並行して実施した識者インタビューでは、障害者支援の観点から、医師として譲れない本質的能力と、合理的配慮により補う非本質的能力を区別する必要性が示され、診断名ではなく必要な能力に基づく記述が重要であることが指摘された。医療安全の観点からは、GenBA の方向性そのものには概ね賛同が得られた一方で、患者安全にとって危険な学生の認定をコミュニケーションおよびプロフェッショナリズムのみで構成してよいかについては慎重な検討が必要であることも示された。

D. 考察

今年度の研究では、国際ワークショップ、GenBA 実施指針案の作成、識者インタビューを通じて、日本における WBA の制度設計に必要な論点を具体化することができた。一方で、GenBA はまだ開発途中にあり、今後も継続してブラッシュアップしていく予定である。とくに、警告・不合格基準の標準化、評価者間のばらつきへの対応、質保証の方法、再教育プログラムの運用、障害学生支援との連携、患者安全の観点をどのように組み込むかは、なお大きな課題として残されている。

また、識者との意見交換により、本質的能力の定義、合理的配慮のあり方、患者安全に照らした判断基準など、制度の根幹に関わる論点が明らかになった。したがって、今後の課題は、こうした論点をさらに精査しつつ、教育現場での実装可能性を高める形で GenBA を改訂していくことである。次年度は、GenBA の継続的なブラッシュアップに加え、オンラインワークショップの複数回開催、第 58 回日本医学教育学会大会でのシンポジウム、さ

らに再教育・カウンセリングや障害に関する専門家との意見交換を通じて、制度案をより実践的かつ妥当なものへ発展させていく必要がある。

E. 結論

本年度の研究では、国際ワークショップを通じて、日本における総括的 Workplace-Based Assessment (WBA) 導入に関する主要論点を整理し、その知見を踏まえて、我が国の臨床実習における総括的 WBA の実施指針案として Genba Based Assessment (GenBA) を作成した。さらに、障害者支援および医療安全の専門家との意見交換を通じて、本質的能力の定義、合理的配慮、患者安全を踏まえた評価基準設定など、制度設計上の重要課題を明らかにした。

F. 提言

医師資格の認定において、知識のみならず技能・態度を適切に評価することは重要な課題である。これまで、OSCE は標準化された技能評価手法として卒前医学教育における質保証に一定の役割を果たしてきたが、その実施には模擬患者、評価者、会場設営、運営体制など、多大な人的・物的資源を要することから、持続可能性および費用対効果の観点で課題がある。

一方、Workplace-Based Assessment (WBA) は、実際の診療現場において学習者を継続的に観察し評価することが可能であり、単発の試験では十分に把握しにくい技能や態度を、より実践に即した形で評価し得る手法である。本研究における全国 82 医学部の自己点検評価報告書の分析では、4 分の 3 を超える大学がすでに何らかの形で観察評価を実施していることが確認されており、WBA は一定の実装基盤を有していると考えられる。

もちろん、WBA を総括評価として活用するためには、評価者間のばらつきへの対応、評価基準の標準化、質保証、合否判定の妥当性、再教育との接続など、なお検討すべき課題が存在する。しかし、こうした課題は、WBA の制度化を妨げる理由というよりも、むしろ制度設計を進める中で解決していくべき課題である。

以上を踏まえ、今後、国家試験あるいは医師資格認定の過程における技能・態度評価のあり方として、WBA を適切に構造化・標準化し、プロフェッショナリズムやコミュニケーション能力の評価を中心に総括評価として実装することを積極的に検討すべきである。その際、OSCE で評価することが適切な標準化技能評価との役割分担を明確にしつつ、継続的かつ実践的な評価を可能とする持続可能な評価システムとして発展させていくことが望まれる。

G. 健康危険情報

特になし

H. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

I. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

J. 研究協力者一覧（50 音順・敬称略）

2026年3月31日時点

木村 武司

（名古屋大学医学系研究科）

近藤 猛

（名古屋大学医学部附属病院 総合診療科/
卒後臨床研修・キャリア形成支援センター）

【参考文献】

1. Mladenovic J, et al. Evolution of Educational Commission for Foreign Medical Graduates Certification in the Absence of the USMLE Step 2 Clinical Skills Examination. Acad Med. 2023;98:444-447.
2. Barrett A, et al. A BEME (Best Evidence in Medical Education) review of the use of workplace-based assessment in identifying and remediating underperformance among postgraduate medical trainees: BEME Guide No. 43. Med Teach. 2016; 38(12):1188-1198.
3. Anderson H, et al. Implementation and Use of Workplace-Based Assessment in Clinical Learning Environments: A Scoping Review. Acad Med. 2021;96(11S):S164-S174.
4. Ryan MS. et al. How well do workplace-based assessments support summative entrustment decisions? A multi-institutional generalisability study. MedEduc.2024;1-13.
5. Hasen R, et al. Implementing a Real-time Workplace-based Assessment Data Collection System Across an Entire Medical School's Clinical Learning Environment. MedEdPublish 2021, 10:22 Last updated: 12 SEP 2023
6. Lockyer J, et al. Core principles of assessment in competencybased medical education. Med Teach. 2017;39(6):609-616.
7. Holmboe E, et al. Using Longitudinal Milestones Data and Learning Analytics to Facilitate the Professional Development of Residents: Early Lessons From Three Specialties. Acad Med. 2020 Jan;95(1):97-103.
8. Kogan JR, et al. Guidelines: The do's, don'ts and don't knows of direct

- observation of clinical skills in medical education. *Perspect Med Educ.* 2017 Oct;6(5):286-305.
9. Kogan JR, et al. Reconceptualizing variable rater assessments as both an educational and clinical care problem. *Acad Med.* 2014 May;89(5):721-7.
 10. Kogan JR, et al. Can Rater Training Improve the Quality and Accuracy of Workplace-Based Assessment Narrative Comments and Entrustment Ratings? A Randomized Controlled Trial. *Acad Med.* 2023 Feb 1;98(2):237-247.
 11. Katharine Boursicot. Performance and Workplace Assessment. *Practical Guide for Medical Teachers.*
 12. David R. Brown, MD, et al. Entrustment Decision Making in the Core Entrustable Professional Activities: Results of a Multi-Institutional Study. *Academic Medicine*, Vol. 97, No. 4 / April 2022
 13. The Association for the Study of Medical Education (ASME). Next steps for workplace-based assessments of entrustable professional activities. *Clin Teach.* 2024;e13739. <https://doi.org/10.1111/tct.13739>
 14. Claudio Violato, PhD, et al. Validity Evidence for Assessing Entrustable Professional Activities During Undergraduate Medical Education *Acad Med.* 2021;96:S70-S75. doi:10.1097/ACM.00000000000004090.
 15. Dana Dunne, MD, MHS et al. WBAs in UME—How Many Are Needed? A Reliability Analysis of 5 AAMC Core EPAs Implemented in the Internal Medicine Clerkship. *J Gen Intern Med* 37(11):2684-90 DOI: 10.1007/s11606-021-07151-3.

GenBA の実施指針（案）

GenBA-T (GENBA BASED ASSESSMENT TOOL) を用いた観察評価

I. 指針の目的と利用者

目的：

我が国の卒前医学教育の診療参加型臨床実習の現場において、

- 観察という手段に基づいて
- ある程度標準化された方法で
- 総括評価（合否判定）も行う形で

医学生を適切に評価することを目的とする。

利用者：

- 各大学の臨床実習において医学生の評価を取りまとめる責任者
- 各診療科・部門において医学生の評価を取りまとめる責任者
- 各診療科・部門において医学生の評価・指導に関わる指導医・指導者

II. WBA (Workplace-Based Assessment) と GenBA (Genba Based Assessment)

1. WBA (診療現場における観察評価) とは何か？

- WBA (Workplace-Based Assessment) とは診療現場における観察評価であり、臨床現場で指導医が経験的に語っている「一緒に働けばその医師の能力はわかる」という直感的な評価を、より構造化し、かつ書面上で言語化したものである。
- Miller のピラミッドにおける「Does」(実行できる)のレベルの評価に対応する。

2. なぜ WBA なのか？

- 医師法第 17 条の改正により 2023 年より医学生が医業を行うことが法的に認められ、これを受けて、臨床実習における医学生の診療参加が推進されている。また、診療参加型臨床実習において医学生を適切に評価するためには、臨床現場において医学生が「何ができるか」という観点で評価を行うことが望ましい。
- 医師法第 9 条では、医師として具有すべき知識と技能を、医師国家試験において評価することが明示されている。しかしながら、現行の医師国家試験においては、知識の評価は十分に行われているが、技能の評価は十分に行っていない。

- 全国の多くの大学医学部の臨床実習において観察評価が実施されている。しかしながら、その方法は様々であり、また合否判定(総括評価)にその結果が用いられている例は少ない。

3. GenBA とは何か?

- 全国の 82 大学医学部で実施する我が国の臨床実習の WBA の雛形を Genba Based Assessment の省略形から GenBA と呼称する。
- 我が国の臨床実習で行う WBA の GenBA では、全国の大学医学部の臨床実習において、ある程度標準化された方法で観察評価を行う。またその結果は合否判定(総括評価)に用い、さらに、国家試験の受験資格と接続させる。

Ⅲ. GenBA(げんば)の運用

1. どのような能力を評価するのか?

- コミュニケーションおよびプロフェッショナリズムについて、観察による評価を実施し、合否判定(総括評価)を行う。臨床実習でローテーションする全ての診療科において、それぞれの診療科における臨床実習の合否判定とは独立した形で評価を行う。
- コミュニケーションおよびプロフェッショナリズム以外の臨床能力(医療面接、身体診察、臨床推論、基本的臨床手技、EBM、患者安全など)について、GenBA-T に記載されている項目を参考に、各大学の各診療科において評価する項目を選定して、観察を行い、評価結果を学生にフィードバック(形成評価)する。

2. どのようなツールを用いて評価するのか?

- 評価する際に用いるツールの雛形(Genba Based Assessment Tool; GenBA-T)については、別途作成予定。
- GenBA-T を実際に使う際、各大学の各診療科の文脈に合わせた言葉に翻訳をすることを妨げない。

3. どの診療科で評価するのか?

- 臨床実習を行う全ての診療科で評価を行う。
- 必修の実習のみならず、選択実習(学外・海外も含む)においても、評価を行う。

4. 誰が評価するのか?

- まず医学生自身が自己評価を行う。
- 次に、医学生の自己評価に応答する形で指導医が評価を行う。
- 他の医療職・他の医学生・患者などが評価をすることは推奨されるが必須ではない。

5. 評価者になるために資格や研修は必要か？

- 指導に関わる立場であれば特別な資格は必要としない。医学生が臨床実習を行う現場に関わる全ての人が評価を行うことができる。
- 合否判定(総括評価)を行う際の参考にするために、「どのような学生が不合格になるのか」をイメージできる動画教材(別途作成予定)を視聴することが推奨される。

6. 警告・不合格になるのは具体的にどのような場合か？

- 診療科で実施される臨床実習において、コミュニケーションもしくはプロフェッショナリズムの観点で、
 - 患者や他医療職とのコミュニケーションで医療安全上の問題が生じる可能性が極めて高い
 - 医師に求められるプロフェッショナリズムの観点から非常に大きな問題がある

と考えられる場合は、担当する指導医が「警告」と評価し、各大学の臨床実習において医学生の評価を取りまとめる責任者に報告する。

- 「警告」と判断される学生の事例については、別途作成予定。なお、これらの基準はあくまで参考として利用し、各大学で文脈に合わせて判断することが望ましい。
- 一件の極めて重大な警告、もしくは複数の診療科における複数件の警告が、各大学の臨床実習において医学生の評価を取りまとめる責任者に報告された場合は、できるだけ迅速に、プロフェッショナリズムや臨床実習、学部教育を扱う委員会などで審議を行う。
- 警告と判断された学生については、判断した指導医のみならず、各大学の臨床実習において医学生の評価を取りまとめる責任者をはじめとする複数の指導医が、複数回にわたって丁寧にフィードバックを行い、該当学生のコミュニケーションやプロフェッショナリズムが改善するように努める。
- 審議の際には、精神疾患を含む疾病を本人が抱えている可能性や家庭環境による影響などの環境要因を精査し、必要に応じて合理的配慮を行う。
- 審議の結果「卒後臨床研修を受ける場において患者の前に出すことはできない」と判断される場合は、GenBA「再教育対象」とし、学内で再教育プログラム(カウンセリングを含む)を履修させる。
- GenBA「再教育対象」となった学生が、再教育プログラムを受講しても、「卒後臨床研修を受ける場において患者の前に出すことはできない」という評価が変わらない場合は、GenBA「不合格」とする。
- GenBA「不合格」の場合は、医師国家試験を受験することができない。

7. GenBA「再教育対象」となった学生への再教育プログラムの例

- 複数の指導医による定期的なカウンセリング(月に1回程度)は必須とする。精神医学を専門とする教員が関わることを推奨される。
- 再教育は臨床実習を追加で行う。その場合に、警告と判断した診療科における臨床実習の再履修のみとはしない。以下のような例が考えられる。
 - A. 臨床実習を最初からやり直す(留年に関する制度設計が必要)
 - B. 臨床実習を途中からやり直す(留年に関する制度設計が必要)
 - C. 臨床実習の公式カリキュラム終了後、学内で、臨床実習特別再教育プログラムを実施する。例えば、所属大学の附属病院で3～6ヶ月間(内科1ヶ月、外科1ヶ月、小児科1ヶ月などのローテーション)、追加の臨床実習を行う。
 - D. 臨床実習の公式カリキュラム終了後、学外のより医師患者関係がより近いと思われる地域医療教育機関で、臨床実習特別再教育プログラムを実施する。例えば、3～6ヶ月間、僻地の医療機関で、追加の臨床実習を行う。
- いずれの場合においても、対象学生のコミュニケーションやプロフェッショナリズムに関する観察を丁寧に行い、GenBAを実施し、「卒後臨床研修を受ける場において患者の前に出すことができるかどうか」の観点から合否判定を行う。
- 再教育を担当する指導医は、懲罰的な姿勢ではなく、支援的な姿勢で再教育に臨むことが望まれる。

8. 障害を持つ学生に対する評価基準と支援システムとの連携

- GenBAの運用にあたっては、障害者支援および医療安全の専門家との連携を行う。各大学において障害者支援を専門とする教員等との協働体制の構築が望ましい。
- GenBA「不合格」の判定に際しては、医療安全および障害者支援の観点から多職種・多専門による合議的な判断を行うことが望ましい。
- 障害を持つ学生の評価に関しては、診断名に基づくのではなく、医師として必要な本質的能力に基づいて記述・判断し、合理的配慮の対象となる範囲を明確化する。

9. GenBAの実施に関する監査(質保証)

- GenBAの運用に関して、年に1回、外部評価を実施する。
- 外部評価の方法・実施主体・評価項目等の詳細については、次年度以降の検討事項とする。

10. その他

- GenBA不合格により医師免許を取得できなかった医学生について、大学は責任を持ってその後のキャリアを支援する。

- 各大学は「臨床実習における合否の基準を念頭に置き、入学時の要件として提示する」といった対応をとるなどして、入学前から臨床実習において医学生に求められる能力について周知に務めておくことが望ましい。

医師国家試験出題基準に関する研究
医学各論における備考欄の探索的検証

研究分担者 小西 靖彦(順天堂大学医学教育研究室 特任教授)
小松 弘幸(宮崎大学医学部 医療人育成推進センター 教授)
錦織 宏(名古屋大学医学系研究科 教授)
伴 信太郎(愛知医科大学医学教育センター 特命教育教授)
高村 昭輝(富山大学学術研究部医学系 教授)

研究要旨

令和6年度の研究では、第118回医師国家試験の医学各論問題について、令和6年版医師国家試験出題基準に導入された病名のa,b,c分類との関連を検証した。その過程で、医学各論の備考欄には、追加病名、検査・術式・治療等、説明・付加症状など多数の記載が含まれており、備考欄からも一定数の出題がなされていることが明らかとなった。

今回の二次研究では、医学各論備考欄の記載内容を項目単位で整理し、今後の出題基準改定時に整理対象となり得るかを探索的に検討した。医学各論の備考欄には330箇所の記載があり、項目単位では延べ476項目であった。その内訳は、追加病名283項目、検査・術式・治療等62項目、説明・付加症状131項目であった。

研究者による予備的検討では、延べ476項目のうち344が削除可能な項目、132項目が検討を要する項目と判断された。削除可能な項目とした主な理由は、記載の粒度が細かすぎる、病名以外の説明的事項であること、c病名の備考欄にさらに詳細な病名・説明が付加されていること、医学総論等との重複があることなどであった。一方、検討を要する項目には、削除ではなく小項目本文への移動・併記、表記整理、出題基準全体との整合性確認を要するものが含まれていた。

本検討は研究者1名による探索的・予備的判断であり、備考欄記載の削除や改訂を直接提案するものではない。しかし、医学各論備考欄には整理可能な項目が相当数含まれる可能性が示された。今後は、医師国家試験委員経験者、医学教育関係者、専門領域の専門家等による妥当性検証を行い、備考欄の役割を明確化した上で、出題基準改定時の整理方針を検討する必要がある。

A. 研究目的

令和6年度の本研究において、第118回医師国家試験の医学各論問題について、令和6年版医師国家試験出題基準に導入された病名のa,b,c分類との関連を検証した。その結果、第118回医師国家試験では第117回と比較してa病名からの出題割合が増加し、c病名からの出題割合が減少しており、a,b,c分類は問題作成に一定の影響を与えたと考えられた。

一方で、同研究の過程において、医学各論の備考欄には多数の追加病名、検査・術式・治療等、説

明・付加症状が記載されていることが明らかとなった。また、第116回から第118回までの医学各論問題において、備考欄からも一定数の出題がなされていた。備考欄は、本来小項目に関連する補足的事項を記載する欄であるが、実際には病名、検査・術式・治療、説明的事項などが混在しており、その機能や小項目本文との関係について整理が必要である可能性がある。

今回は、令和6年度研究の二次研究の位置けとして、医学各論における備考欄記載の内容を項目単位で整理し、今後の出題基準改定時に整

理対象となり得る項目がどの程度含まれているかを探索的に検討した。

B. 研究方法

本研究では、令和 6 年版医師国家試験出題基準の医学各論に記載された備考欄を対象とした。医学各論の大項目 I から XIII までについて、備考欄に記載された内容を抽出し、記載内容を以下の 3 分類に整理した。

1. 追加病名
2. 検査・術式・治療等
3. 説明・付加症状

備考欄の記載については、備考欄が存在する箇所数と、記載内容を項目単位に分解した延べ項目数を区別して集計した。これは、1 つの備考欄に複数の病名、検査・術式・治療等、説明的事項が含まれる場合があるためである。

その上で、各項目について、今後の出題基準改定時に整理対象となり得るかを探索的に検討し、「削除可能な項目」または「検討を要する項目」に分類した。削除可能な項目とは出題基準の備考欄として記載する必要性が低い項目であり、検討を要する項目とは単純な削除ではなく、小項目本体への移動、表記整理、他項目との整合性確認などが必要とされるものである。

なお、この分類は研究者 1 名による予備的判断であり、専門家等による妥当性検証を経たものではない。

また、第 116 回、第 117 回、第 118 回医師国家試験の医学各論問題について、備考欄記載項目からの出題状況を確認し、備考欄記載と実際の出題との関係を検討した。

C. 研究結果

1. 医学各論備考欄の全体像

令和 6 年版医師国家試験出題基準の医学各論において、備考欄の記載が存在する箇所は 330 箇所であった。一方、1 つの備考欄に複数の病名、検査・術式・治療等、説明的事項が含まれている場合があるため、記載内容を項目単位に分解すると、延べ 476 項目であった。

延べ 476 項目の内訳は、追加病名 283 項目、

検査・術式・治療等 62 項目、説明・付加症状 131 項目であった。したがって、医学各論備考欄の記載内容のうち、追加病名が最も多く、全体の約 6 割を占めていた。

2. 大項目(領域)別にみた備考欄記載の分布(表1)

- ・追加病名は、VI 消化器・腹壁・腹膜疾患で 57 項目、IX 神経・運動器疾患で 46 項目、X 内分泌・代謝・栄養・乳腺疾患で 38 項目と多かった。一方、XIII 生活環境因子・職業性因子による疾患では 1 項目、II 精神・心身医学的疾患では 5 項目であり、大項目間で記載数に差がみられた。
- ・検査・術式・治療等は、V 心臓・脈管疾患で 19 項目、III 皮膚・頭頸部疾患で 10 項目、I 先天異常・周産期異常・成長発達異常で 9 項目と比較的多い一方、II 精神・心身医学的疾患、XI アレルギー性疾患・膠原病・免疫病、XII 感染性疾患では該当する項目を認めなかった。
- ・説明・付加症状は、IV 呼吸器・胸壁縦隔疾患で 21 項目、III 皮膚・頭頸部疾患で 18 項目、VI 消化器・腹壁・腹膜疾患で 17 項目、XIII 生活環境因子・職業性因子による疾患で 14 項目と比較的多かった。

3. 備考欄記載の整理可能性に関する探索的検討(表2)

研究者による予備的検討として、備考欄記載項目を「削除可能な項目」と「検討を要する項目」に分類した。その結果、延べ 476 項目のうち、344 項目が削除候補、132 項目が検討項目と判断された。備考欄のカテゴリー別にみると、“追加病名”283 項目のうち 180 項目(64%)が削除項目、103 項目(36%)が検討項目と判断され、VI 消化器・腹壁・腹膜疾患の備考欄 57 項目中 45 項目、IX 神経・運動器疾患の 46 項目中 39 項目、X 内分泌・代謝・栄養・乳腺疾患の 38 項目中 27 項目が削除候補と判断された。“検査・術式・治療等”62 項目では 60 項目(97%)が削除項目、2 項目が検討項目と、ほぼ全ての大項目(領域)において削除可能な状況が示された。“説明・付加症状”131 項目のうち 104 項目(79%)が削除候補、

表1 大項目(領域)別にみた備考欄記載の分布

『医学各論』 大項目	出題 割合	R6国試出題基準 『医学各論』備考欄の記載項目数(箇所数)						第118回国試	第117回国試	第116回国試
		【追加病名】		【検査・術式・ 治療等】		【説明・ 付加症状】		備考欄からの 出題数	備考欄からの 出題数	備考欄からの 出題数
I 先天異常, 周産期異常, 成長・発達異常	約 5%	10	(8)	9	(6)	5	(5)	7	14	12
II 精神・心身医学的疾患	約 5%	5	(3)	0	0	3	(1)	2	2	0
III 皮膚・頭頸部疾患	約 11%	23	(19)	11	0	18	(11)	8	4	4
IV 呼吸器・胸壁縦隔疾患	約 7%	15	(8)	1	(1)	21	(12)	3	3	0
V 心臓・脈管疾患	約 10%	13	(10)	19	(18)	11	(8)	5	7	9
VI 消化器・腹壁・腹膜疾患	約 13%	57	(31)	5	(4)	17	(12)	14	6	3
VII 血液・造血器疾患	約 5%	24	(16)	6	(4)	13	(10)	7	10	6
VIII 腎・泌尿器・生殖器疾患	約 12%	19	(16)	4	(4)	6	(5)	8	4	7
IX 神経・運動器疾患	約 9%	46	(31)	4	(4)	9	(7)	7	4	7
X 内分泌・代謝・栄養・乳腺疾患	約 8%	38	(23)	2	(2)	9	(6)	5	10	7
XI アレルギー性疾患, 膠原病, 免疫病	約 5%	12	(9)	0	0	2	(2)	0	1	0
XII 感染性疾患	約 8%	20	(13)	0	0	3	(3)	4	5	2
XIII 生活環境因子・職業性因子による疾患	約 5%	1	(1)	1	(1)	14	(6)	1	1	1
【計】		283	(188)	62	(44)	131	(88)	71	71	58
延べ476項目(330箇所)の備考欄記載										

表2 大項目(領域)における削除可能な項目および要検討項目(備考欄類型別)

医学各論 大項目 (領域)	【追加病名】			【検査・術式・治療等】			【症状・付加説明】		
	備考欄 項目数	削除 可能なもの	検討 すべきもの	備考欄 項目数	削除 可能なもの	検討 すべきもの	備考欄 項目数	削除 可能なもの	検討 すべきもの
I 先天異常, 周産期異常, 成長・発達異常	10	5	5	9	8	1	5	3	2
II 精神・心身医学的疾患	5	0	5	0	0	0	3	0	3
III 皮膚・頭頸部疾患	23	15	8	11	11	0	18	18	0
IV 呼吸器・胸壁縦隔疾患	15	1	14	1	0	1	21	20	1
V 心臓・脈管疾患	13	3	10	19	19	0	11	8	3
VI 消化器・腹壁・腹膜疾患	57	45	12	5	5	0	17	14	3
VII 血液・造血器疾患	24	15	9	6	6	0	13	12	1
VIII 腎・泌尿器・生殖器疾患	19	11	8	4	4	0	6	4	2
IX 神経・運動器疾患	46	39	7	4	4	0	9	0	9
X 内分泌・代謝・栄養・乳腺疾患	38	27	11	2	2	0	9	9	0
XI アレルギー性疾患, 膠原病, 免疫病	12	12	0	0	0	0	2	2	0
XII 感染性疾患	20	6	14	0	0	0	3	3	0
XIII 生活環境因子・職業性因子による疾患	1	1	0	1	1	0	14	11	3
合計	283	180	103	62	60	2	131	104	27

27 項目が検討を要する項目と判断された。Ⅲ皮膚・頭頸部疾患では備考欄 18 項目すべて、Ⅳ呼吸器・胸壁縦隔疾患の 21 項目中 20 項目、Ⅵ消化器・腹壁・腹膜疾患の 17 項目中 14 項目が削除候補と判断された。一方、Ⅸ神経・運動器疾患では 9 項目全てが検討を要する項目と判断された。

「削除可能な項目」と判断した主な理由は、『備考欄記載の粒度が細かすぎる』、『病名以外の説明的事項である』、『c 病名にさらに詳細な病名・説明が付加されている』、『検査・術式・治療等として医学総論等で扱う方が適切と考えられる』、または『小項目本文・医学総論・他の医学各論項目との

重複がある』などであった(表3)。a,b,c 分類別に削除候補の理由をみると、a 病名および b 病名では、備考欄記載の粒度が細かすぎる、または病名以外の説明的事項であることが主な理由であった一方、c 病名では、c 病名として位置づけられた小項目に、さらに詳細な追加病名や説明的事項が備考欄として付加されていることが主な理由であった(表4)。

「検討を要する項目」については、削除候補と比較して理由の類型は一樣ではなかった。多くは、備考欄から単純に削除するのではなく、小項目本文への移動・併記、表記の整理、他領域との整合性

確認、または出題基準上の必要性の再検討を要するものであった。特に、追加病名として備考欄に記載されている項目の中には、出題基準上重要である可能性があるため、削除ではなく小項目本文に移すことを検討すべきものが含まれていた。

4. 備考欄からの出題状況

第 116 回から第 118 回までの医学各論問題について、備考欄記載項目からの出題状況を確認した。その結果、第 116 回では 58 問、第 117 回では 71 問、第 118 回では 71 問が備考欄から出題されていた。大項目(領域)別では、第 118 回医師

表3 「削除可能な項目」と判断した主な理由

類型	内容	件数
細かすぎる粒度	細項目・細病態・付加症状まで備考欄に記載されている	108
病名以外の説明的事項	出題基準の医学各論は原則として病名中心に整理すべき、という観点から	58
c病名の下に さらに病名・説明	さらに詳細な病名・説明が付記されており、c分類の趣旨と整合しにくい	39
検査・術式・治療等の記載	医学各論備考欄ではなく、医学総論等で扱う方が自然	28
重複・同義・包含関係	小項目本文、医学総論、他の各論項目に既に記載がある同義語・下位概念である	21

表4 病名の a,b,c 分類別にみた「削除可能な項目」と判断した主な理由

小項目	削除可能な候補数	削除に関する主な理由	
a病名	144	粒度が細かい	67 (47%)
		病名以外・説明的事項	37 (26%)
		重複・同義・包含	21 (15%)
b病名	82	粒度が細かい	43 (52%)
		病名以外・説明的事項	24 (29%)
		検査・術式・治療等	9 (11%)
c病名	53	病名にさらに追加病名・説明を付加	43 (81%)

国家試験では、Ⅵ消化器・腹壁・腹膜疾患で14問、Ⅲ皮膚・頭頸部疾患およびⅧ腎・泌尿器・生殖器疾患で各8問、Ⅰ先天異常・周産期異常・成長発達異常、Ⅶ血液・造血器疾患、Ⅸ神経・運動器疾患で各7問の出題が認められた。

備考欄からの出題は3年間を通じて一定数認められており、備考欄が単なる補足情報にとどまらず、実際の出題内容にも関係している可能性が示された。

D. 考察

本研究では、令和6年版医師国家試験出題基準の医学各論における備考欄記載を対象として、その内容と整理可能性を探索的に検討した。

医学各論の備考欄には、330箇所、項目単位では延べ476項目の記載があり、その内訳は“追加病名”、“検査・術式・治療等”、“説明・付加症状”に分類された。特に追加病名は283項目と最も多く、備考欄記載全体の中で大きな割合を占めていた。このことは、備考欄が単なる補足説明の欄にとどまらず、出題対象となり得る病名を追加的に記載する機能を有している可能性を示している。

今回の探索的検討では、延べ476項目のうち344項目が削除可能な項目、132項目が検討を要する項目と判断された。この結果は、医学各論備考欄の相当数が今後整理可能である可能性を示している。削除候補とした理由をみると、備考欄の課題は単に記載数が多いことではなく、記載内容の粒度や役割が一定していない点にあると考えられた。細項目・細病態・付加症状に相当する記載は、出題基準が示すべき「妥当な範囲」と「適切なレベル」をかえて不明確にする可能性がある。

a,b,c分類別に削除候補の理由を検討すると、備考欄の課題はレベル分類によって性質が異なることが示唆された。a病名およびb病名では、細項目・細病態・検査・術式・治療等、説明的事項などが備考欄に記載されており、出題基準としての粒度や医学総論等との重複が主な課題であった。c病名では小項目の下にさらに詳細な追加病名や説明が備考欄として記載されている例が多く認められた。c分類は、疾患概念を説明でき、鑑別疾患として想起できる水準を示すものとされている。そ

のため、c病名の備考欄にさらに詳細な病名等を記載することは、当該小項目において求められる知識水準を不明確にする可能性がある。令和6年版出題基準においてa,b,c分類が導入された趣旨を踏まえると、備考欄に記載された追加病名や説明的事項をどのレベルの知識として扱うべきかについて、今後整理する必要がある。

一方、検討を要する項目は、「不要」と判断された削除候補とは異なり、出題基準上の位置づけを再確認すべき項目であった。特に、備考欄に記載された追加病名の中には、臨床研修開始前に求められる知識として重要であるものも含まれていた。このような項目は、備考欄に残すか削除するかではなく、小項目本文に移動し、必要に応じてa,b,c分類の対象として整理することが望ましい。

第116回から第118回までの医学各論問題において、備考欄からの出題はそれぞれ58問、71問、71問認められた。備考欄からの出題が継続して一定数存在することを踏まえると、備考欄の記載内容は試験問題作成において実質的な意味を持っていると考えられる。したがって、備考欄の記載内容や位置づけを曖昧なままにしておくことは、出題基準の明確性やレベル分類との整合性の観点から課題となる可能性がある。

本研究の限界として、削除候補および検討を要する項目の分類は、研究者1名による探索的・予備的判断に基づくものである。そのため、本研究の結果をもって直ちに備考欄記載の削除や改訂を提案することは適切ではない。しかし、一定の判断基準に基づいて備考欄を整理した場合、相当数の項目が削除候補または検討項目として抽出されたことは、備考欄を現状のまま放置するのではなく、次回以降の出題基準改定に向けて検証対象とすべきであることを示している。

今後は、医師国家試験委員経験者、医学教育関係者、専門領域の専門家等を含む複数名による検証が必要である。備考欄記載の削除、本文への移動、維持、再分類などについて、領域横断的な基準を設定した上で検討し、出題基準における備考欄の役割を明確化することが望まれる。

E. 結論

今回の医学各論備考欄に関する探索的検討により、以下の結果が得られた。

1. 令和 6 年版医師国家試験出題基準の医学各論には、備考欄の記載が 330 箇所あり、項目単位では延べ 476 項目の記載が認められた。
2. 延べ 476 項目の内訳は、追加病名 283 項目、検査・術式・治療等 62 項目、説明・付加症状 131 項目であり、追加病名が最も多かった。
3. 研究者による探索的検討では、延べ 476 項目のうち 344 項目が削除可能な項目、132 項目が検討を要する項目と判断された。
4. 削除可能項目とした理由には、記載粒度の細かさ、病名以外の説明的事項、c 病名へのさらなる詳細病名・説明の付加、医学総論等との重複などが含まれていた。検討を要する項目には、小項目本文への移動・併記、表記整理、他項目との整合性確認を要するものが含まれていた。
5. 第 116 回から第 118 回までの医学各論問題では、備考欄からの出題がそれぞれ 58 問、71 問、71 問認められ、備考欄記載が実際の出題にも関係している可能性が示された。
6. 本検討は研究者 1 名による予備的・探索的判断であり、備考欄記載の削除や改訂を直接提案するものではない。今後、医師国家試験委員経験者、医学教育関係者、専門領域の専門家等による妥当性検証を行い、備考欄の役割を明確化した上で、出題基準改定時の整理方針を検討する必要がある。

F. 健康危険情報

本研究で該当する事項はない。

G. 研究発表

1. 論文発表

日本医学教育学会雑誌「医学教育」に投稿予定である。

2. 学会発表

報告書記載時点で学会発表予定はない。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

記載すべき事項なし

【参考文献】

1. 厚生労働科学研究、ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究、医師国家試験出題基準に関する研究～令和6年度版医師国家試験出題基準改定に伴う第118回医師国家試験の検証～https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/03-1.研究3【パート1】_報告書 ver.1.1_0.pdf

医師国家試験出題基準に関する研究
医学総論および必修の基本的事項の検証

研究分担者 小松 弘幸(宮崎大学医学部 医療人育成推進センター 教授)
小西 靖彦(順天堂大学医学教育研究室 特任教授)
錦織 宏(名古屋大学医学系研究科 教授)
伴 信太郎(愛知医科大学医学教育センター 特命教育教授)
高村 昭輝(富山大学学術研究部医学系 教授)

研究要旨

令和6年度の研究では、第118回医師国家試験の医学総論および必修の各問題について4段階のレベル分類を行い、検証パネラーの半数以上がレベルⅠ(臨床実習前の学修で回答可能)と評価した問題を「レベルⅠ問題」と定義した。その結果、必修問題では100問中27問、医学総論問題では150問中42問がレベルⅠ問題と判定された。今回の二次研究では、レベル分類と医学総論および必修の基本的事項の出題基準項目との関連性を調査した。その上で、特にレベルⅠ問題がどの領域で出題されているのかを検証した。必修の基本的事項の出題領域でレベルⅠ問題の出題割合が50%以上であった大項目は、「1.医師のプロフェッショナリズム」、「3.診療情報と諸証明書」、「5.人体の構造と機能」、「10.臨床判断の基本」、「17.生活習慣とリスク」の5項目であり、その全てが一般問題であった。また、医学総論の出題領域でレベルⅠ問題の出題割合が50%以上であった章項目は、「Ⅰ.保健医療論」、「Ⅱ.予防と健康管理・増進」、「Ⅲ.人体の正常機能と構造」の3項目であった。以上より、次回の医師国家試験出題基準改訂検討部会時にブループリントにおけるこれらの項目の出題割合を減らしつつ、その分を共用試験 CBT で一定程度出題することも検討すべきである。また、毎年開催される出題委員の会議で事前情報・知見として提供することで、レベルⅠ問題作成数の減少に寄与できる可能性も期待される。

A. 研究目的

令和6年度の本研究において、第118回医師国家試験の医学総論および必修の各問題について、4段階のレベル評価(Ⅰ:臨床実習前の学修で回答可能、Ⅱ:臨床実習中の成果を問う、Ⅲ:臨床研修で修得すべきもの、Ⅳ:専門研修で修得すべきもの)を行った。その結果、レベルⅡと判断された設問は、医学総論の一般問題で45%、臨床実地問題で73%であり、必修の一般問題で41%、臨床実地問題で69%であった。一方、レベルⅠと判断された設問は、それぞれ医学総論の一般問題で47%、臨床実地問題で16%、必修の一般問題で55%、臨床実地問題で24%であった。検証パネラーの半数以上がレベルⅠと判定した「レベルⅠ問題」の割合は、医学総論および必修問題の双方で一般問題が臨床問題より有意に高かった(医学総論:53% vs. 6%, $p < 0.01$ 、必修:52% vs. 2%, $p < 0.01$)。

今回は、本調査の二次研究の位置づけとして、レベル分類と医学総論および必修の基本的事項の

出題基準項目との関連性を調査した。その上で、特にレベルⅠ問題がどの領域で出題されているのかを検証した。

B. 研究方法

本研究におけるレベル分類(Ⅰ～Ⅳ)の設定および医学総論(150問)、必修の基本的事項(100問)の各設問に対する検証パネラーによるレベル分類の判定は令和6年度報告書に記載されたものと同様である。レベル分類は、臨床実習前の学修で回答可能(レベルⅠ)、臨床実習中の学修成果を問う(レベルⅡ)、臨床研修で修得すべき(レベルⅢ)、専門研修で修得すべき(レベルⅣ)の4段階を設定した。必修問題では13名の検証パネラーのうち過半数の7名以上がレベルⅠと判定した問題を、医学総論問題では14名の検証パネラーのうち半数の7名以上がレベルⅠと判断した問題を「レベルⅠ問題」と定義した。その結果、必修問題では一般問題26問、臨床実地問題1問がレベルⅠ問題

と判定された。一方、医学総論問題では一般問題 37 問、臨床実地問題 5 問がレベルⅠ問題と判定された。

今回の二次研究では、必修問題は 18 の大項目

別に、医学総論問題では 9 の章別に、それぞれレベルⅠ問題とレベルⅡ問題間での出題領域やタキソミーを比較検討した。

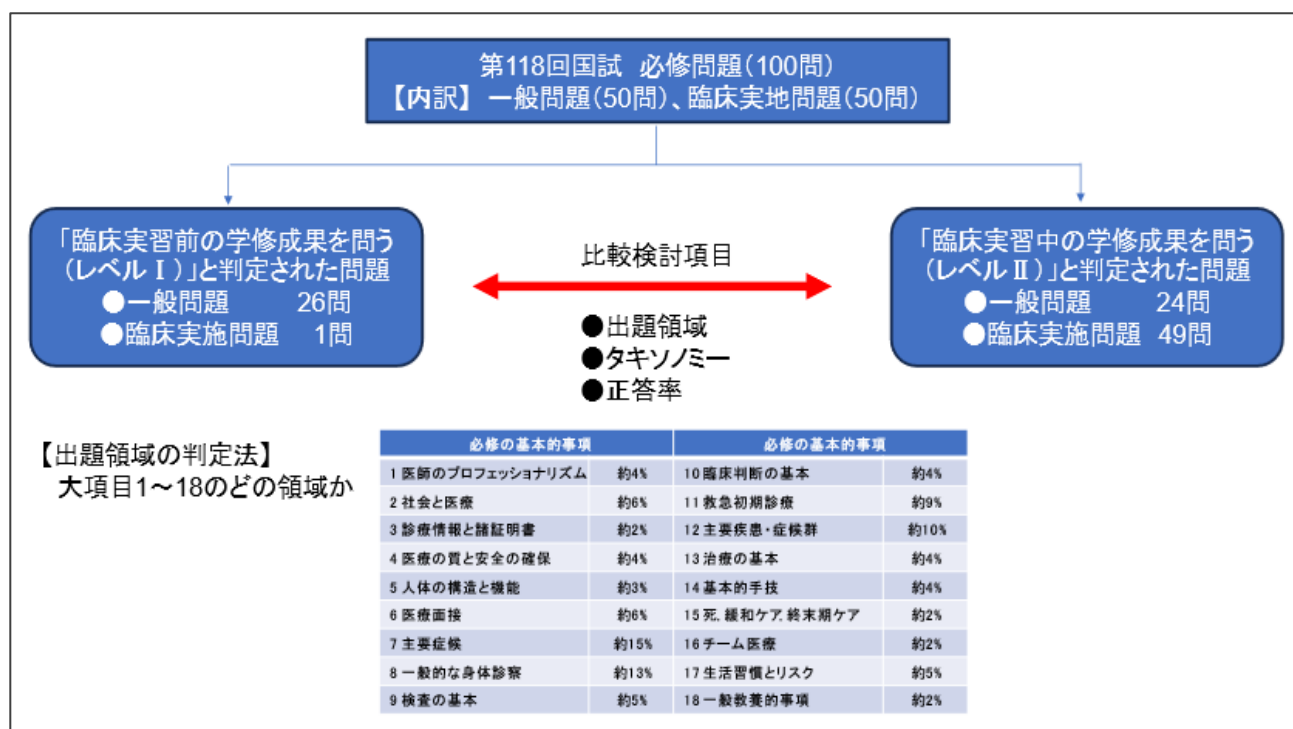


図1 必修問題のレベルⅠ問題とレベルⅡ問題の比較

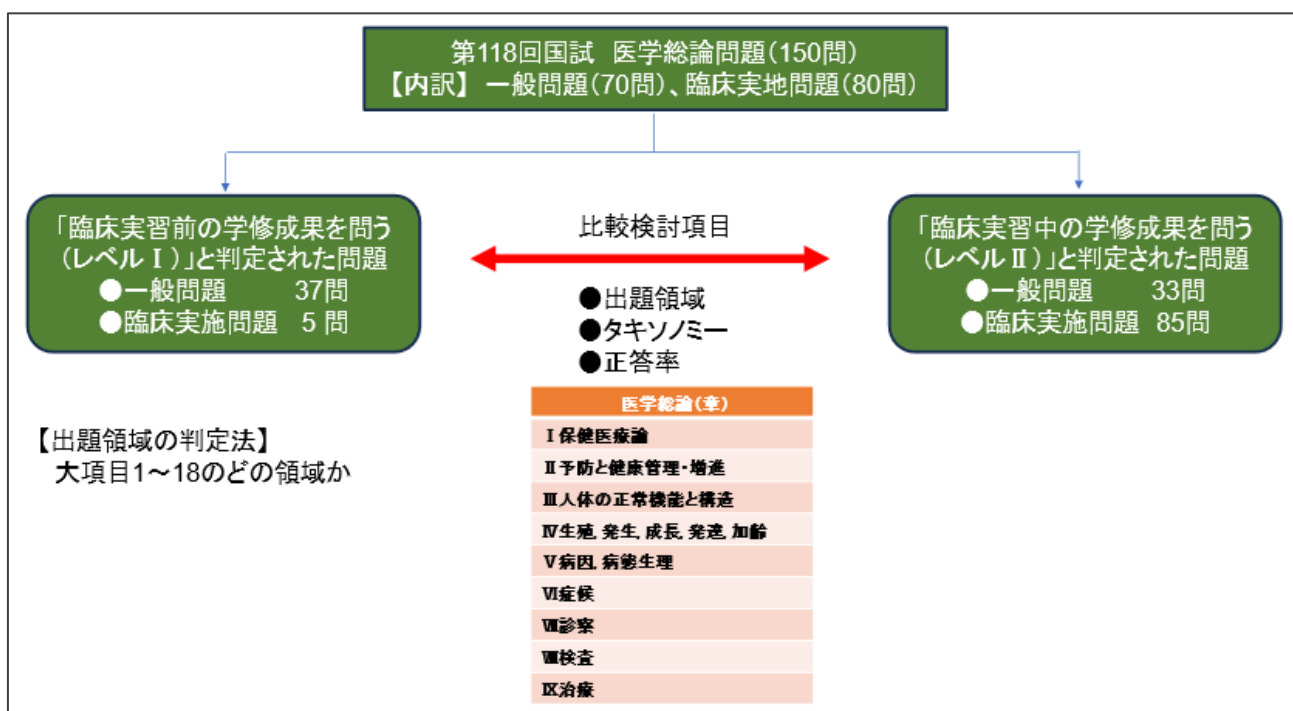


図2 総論問題のレベルⅠ問題とレベルⅡ問題の比較

C. 研究結果

1. 必修問題

1) 各大項目からの出題数の割合(表 1)

大項目 1～18 の出題数は、医師国家試験出題基準ブループリントで示された出題割合に準拠していた。

2) 大項目別のレベル I 問題とレベル II 問題の出題割合の比較(図 3)

レベル I 問題の出題割合が 50%以上であった項目は、「1.医師のプロフェッショナリズム」、「3.診療情報と諸証明書」、「5.人体の構造と機能」、「10.臨床判断の基本」、「17.生活習慣とリスク」の 5 項目であり、その全てが一般問題であった。一方で、レベル II の臨床実地問題の出題割合が 50%以上

表 1 「必修の基本的事項」各大項目の出題数の分布

【出題基準】 必修の基本的事項 大項目	臨床実習前の 予修成果を問う (レベル I) 一般問題 (n=26)	臨床実習前の 予修成果を問う (レベル I) 臨床実地問題 (n=1)	臨床実習中の 予修成果を問う (レベル II) 一般問題 (n=24)	臨床実習中の 予修成果を問う (レベル II) 臨床実地問題 (n=49)	出題数 合計	出題基準 ブループリントの 出題割合 (%)
1 医師のプロフェッショナリズム	4				4	約4%
2 社会と医療	1		1	4	6	約6%
3 診療情報と諸証明書	2				2	約2%
4 医療の質と安全の確保	1		2	1	4	約4%
5 人体の構造と機能	3				3	約3%
6 医療面接	1		2	3	6	約6%
7 主要症候	3		3	9	15	約15%
8 一般的な身体診察	2		5	6	13	約13%
9 検査の基本			3	2	5	約5%
10 臨床判断の基本	3			1	4	約4%
11 救急初期診療			3	6	9	約9%
12 主要疾患・症候群	1	1	1	7	10	約10%
13 治療の基本			1	3	4	約4%
14 基本的手技			2	2	4	約4%
15 死、緩和ケア、終末期ケア			1	1	2	約2%
16 チーム医療				2	2	約2%
17 生活習慣とリスク	4			1	5	約5%
18 一般教養的事項	1			1	2	約2%

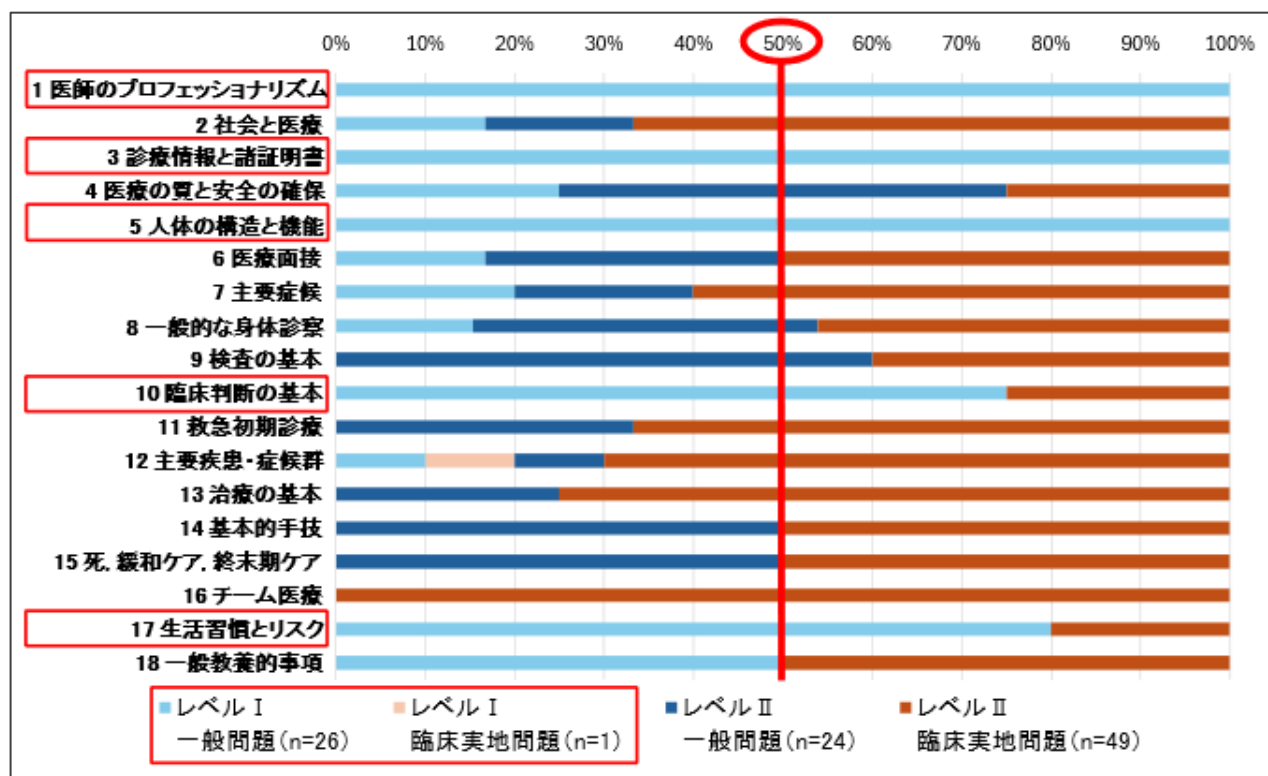


図 3 「必修の基本的事項」各大項目の出題数の割合

であった項目は、「2.社会と医療」、「7.主要症候」、「11.救急初期診療」、「12.主要疾患・症候群」、「13.治療の基本」、「16.チーム医療」の6項目であった。

3) 大項目別にみたレベルⅠ問題のタキソノミーの内訳

レベルⅠ問題と判定された27問のタキソノミーは、タキソノミーⅠ型(想起)が19問(70%)、タキソノミーⅡ型(解釈)が8問(30%)であった。タキ

ソノミー型Ⅱ問題が出題された大項目の内訳は、「1.医師のプロフェッショナリズム」2問、「2.社会と医療」1問、「3.診療情報と諸証明書」1問、「5.人体の構造と機能」1問、「10.臨床判断の基本」2問、「12.主要疾患・症候群」1問であった。

2.医学総論問題

1) 各章からの出題数の割合(表2)

1～9章の出題数は、医師国家試験出題基準ブループリントで示された出題割合に準拠していた。

表2 「医学総論」各章の出題数の分布

【出題基準】 医学総論 章	臨床実習前の 学修成果を問う(レ ベルⅠ) 一般問題 (n=37)	臨床実習前の 学修成果を問う(レ ベルⅠ) 臨床実地問題 (n=5)	臨床実習中の 学修成果を問う(レ ベルⅡ) 一般問題 (n=33)	臨床実習中の 学修成果を問う(レ ベルⅡ) 臨床実地問題 (n=75)	出題数 合計	国試出題基準 ブループリント の出題割合 (%)
I 保健医療論	13	1	2	4	20	約13%
II 予防と健康管理・増進	10	3	8	4	25	約17%
III 人体の正常機能と構造	7		5	1	13	約9%
IV 生殖・発生・成長・発達・加齢	2		3	8(1)	13	約9%
V 病因・病態生理	3		2	13	18	約12%
VI 症候	2	1	3	12	18	約12%
VII 診察			4	6	10	約7%
VIII 検査			3	10	13	約9%
IX 治療			3	17(1)	20	約13%

【補足】 レベルⅡ問題で8(1)および17(1)の表記は、レベルⅢ問題を1問含んでいたことを示す。

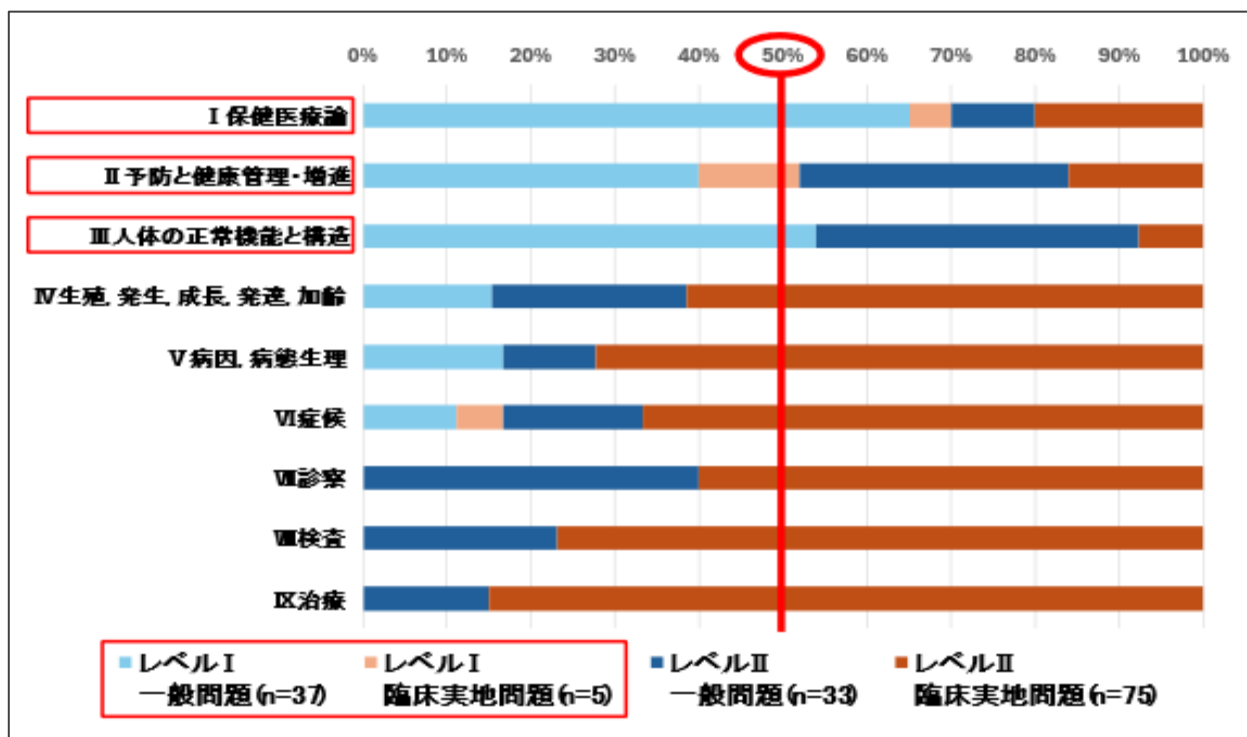


図4 「医学総論」各章の出題数の割合

2) 章項目別のレベルⅠ問題とレベルⅡ問題の出題割合の比較(図4)

レベルⅠ問題の出題割合が50%以上であった項目は、「Ⅰ.保健医療論」、「Ⅱ.予防と健康管理・増進」、「Ⅲ.人体の正常機能と構造」の3項目であった。一方で、レベルⅡの臨床実地問題の出題割合が50%以上であった項目は、「Ⅳ.生殖、発生、成長、発達、加齢」、「Ⅴ.病態生理」、「Ⅵ.症候」、「Ⅶ.診察」、「Ⅷ.検査」、「Ⅸ.治療」の6項目であった。

3) 章項目別にみたレベルⅠ問題のタキソノミーの内訳

レベルⅠ問題と判定された42問のタキソノミーは、タキソノミーⅠ型(想起)が31問(74%)、タキソノミーⅡ型(解釈)が11問(26%)であった。タキソノミーⅡ型問題が出題された章項目の内訳は、「Ⅰ.保健医療論」2問、「Ⅱ.予防と健康管理・増進」7問、「Ⅴ.病態生理」1問、「Ⅵ.症候」1問であった。

D. 考察

令和6年度の本研究では、計17名の検証パネラーによる出題問題水準の妥当性検証により、一般問題の方が臨床実地問題より有意にレベルⅠ問題の出題割合が高いという結果が得られた。この点について、一般問題ではタキソノミーⅠ型(想起)の問題が多く出題されていたこと、同一の出題委員が一般問題と臨床実地問題を作成する状況下で臨床実地問題形式では臨床実習の成果を適切に問う問題を多く作成していたという結果から、レベルⅠ問題の発生は作問者の技能よりも一般問題という「出題形式」に課題がある可能性に着目し、その点を提言した。その後、個々のレベルⅠ問題についてより詳細な分析を試みたが、個別の設問の特性を解析しようとする、その結果によりどの設問がレベルⅠ問題と認定されたか識別・同定されてしまう可能性が高いことが懸念された。そのため、今回は、個別の設問がどの出題基準に基づいて出題されていたかの情報を活用し、「レベルⅠ問題を発生させやすい出題領域は何か」に着目して分析した。その結果、必修問題でレベルⅠ問題の出題割合が50%以上であった項目は、「1.医師のプロフェッショナリズム」、「3.診療情報と諸証明書」、「5.人体の構造と機能」、「10.臨床判断の基本」、「17.生活習慣とリスク」の5項目であり、その全てが一般問題であった。また、医学総論問題でレベルⅠ問題の出題割合が50%以上であった項目は、「Ⅰ.保健医療論」、「Ⅱ.予防と健康管理・増進」、

「Ⅲ.人体の正常機能と構造」、の3項目であった。

現在、各出題領域からの出題問題割合は、医師国家試験出題基準のブループリント(医師国家試験設計表)によって規定されており、特定の領域からの出題に偏らないように配慮がされている。今回の検証でも、ブループリントの割合に忠実に準拠して各領域から出題されていることが確認できた。このブループリントの割合については、数年ごとに開催される医師国家試験出題基準改訂検討部会で見直すことができるようになっており、その結果は出題基準の一つとして公開されている。そのため、今回の検討結果を踏まえ、保健医療や人体の構造と機能、診療情報の取扱いの基本などは、ブループリントにおける出題割合を減らし、その分を臨床実習開始前に実施される共用試験CBTで一定程度出題する等の調整が望ましいと考えられる。

ただし、一般問題形式で作成しても、レベルⅠとレベルⅡ問題両方が作成されている領域がある点には留意しなければならない。この場合は、出題委員の作問技量が影響している可能性がある。今回の検証は単年度の試験問題に基づいており、量的な再現性に限界はあるが、今回の検証データを毎年開催される出題委員等の会議で事前情報・知見として提供することで、問題作成時およびその後のブラッシュアップ時に、レベルⅠ問題作成数の減少に寄与できる可能性もあると考える。

E. 結論

今回の第118回医師国家試験問題の二次的検証により、以下の結果が得られた。

1)必修の基本的事項の出題領域(18の大項目)別で検証すると、レベルⅠ問題の出題割合が50%以上であった項目は、「1.医師のプロフェッショナリズム」、「3.診療情報と諸証明書」、「5.人体の構造と機能」、「10.臨床判断の基本」、「17.生活習慣とリスク」の5項目であり、その全てが一般問題であった。

2)医学総論の出題領域(9つの章)別で検証すると、レベルⅠ問題の出題割合が50%以上であった項目は、「Ⅰ.保健医療論」、「Ⅱ.予防と健康管理・増進」、「Ⅲ.人体の正常機能と構造」、の3項目であった。

3)上記1)と2)の項目については、次回の医師国家試験出題基準改訂検討部会時にブループリントにおける出題割合を減らし、その分を臨床実習開始前に実施される共用試験CBTで一定程度出題していただく等の調整が望ましいと考えられる。また、毎年開催される出題委員等の会議で事前情

報・知見として提供することで、問題作成時およびその後のブラッシュアップ時に、レベル I 問題作成数の減少に寄与できる可能性も期待される。

2. 河北博文(研究代表者). 厚生労働省科学研究費補助金事業「ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究」令和 6 年度総括・分担研究報告書

F. 健康危険情報

本研究で該当する事項はない。

G. 研究発表

1. 論文発表

日本医学教育学会雑誌「医学教育」に投稿予定である。

2. 学会発表

報告書記載時点で学会発表予定はない。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

記載すべき事項なし

I. 研究協力者一覧（50 音順・敬称略）

2026年3月31日時点

磯部 真倫	(岐阜大学 産婦人科)
大久保 由美子	(帝京大学 医学部 医学教育学講座)
近藤 猛	(名古屋大学医学部附属病院 総合診療科/卒後臨床研修・キャリア形成支援センター)
高橋 誠	(北海道大学 大学院医学研究院 医学教育・国際交流推進センター)
高見 秀樹	(名古屋大学医学部附属病院 卒後臨床研修キャリア形成支援センター)
永田 康浩	(長崎大学 生命医科学域(医学系))
西屋 克己	(関西医科大学 教育センター)
野村 理	(岐阜大学 医学教育開発センター)
蓮沼 直子	(広島大学 医学部附属医学教育センター)
藤田 博一	(高知大学 医学部附属医学教育創造センター)
松島 加代子	(長崎大学病院 医療教育開発センター)
松山 泰	(自治医科大学 医学教育センター)
三井 良之	(近畿大学 医学部教育センター)
山本 憲	(順天堂大学 健康データサイエンス学部)

【参考文献】

1. 厚生労働省. 医師国家試験出題基準令和 6 年版

外国の医学部を卒業した者に対する予備試験および日本語診療能力調査に関する研究
外国の医学部出身者の医療活動に関する調査

研究分担者 奈良 信雄(順天堂大学医学部 客員教授)
内藤 俊夫(順天堂大学大学院医学研究科 教授)
森 博威(順天堂大学大学院医学研究科 准教授)
藤川 裕恭(順天堂大学医学部総合診療科学講座 特任助教)

研究要旨

外国の医学部を卒業して日本で勤務を希望する医師は年々増加している。グローバル化が進む現在、外国の医学部出身医師を受け入れることは避けられないが、国民から信頼されて医療を担当するには、日本国内の医学部出身医師と同等以上の知識・技能・態度を有していることが求められる。

本研究では、外国の医学部を卒業した者に対する予備試験および日本語診療能力調査について課題の整理と改善策の提言をすることを目的に、外国の医学部での教育内容を調査するとともに、日本国内の医療機関で初期臨床研修医・医師として勤務している医師の状況について調査研究することにした。

令和6年度の外国の医学部出身医師が勤務する医療機関の指導医・医療スタッフからのアンケート調査、並びに外国の医学部出身医師との面談の結果からは、特に日本国内で医療活動を行う上での大きな支障は認められなかった。ただし、少数ではあるが、外国の医学部出身医師の勤務状況に問題が認められたこと、および今後も外国の医学部出身医師の増加が見込まれることから、さらに調査研究を行い、より適正な外国の医学部出身医師の受け入れ制度を構築する必要があると考えられた。

令和7年度の研究では、昨年度のアンケート調査で外国の医学部出身の研修医による医療活動で課題があると報告している研修病院にヒアリングを行って課題を確認し、今後の改善に向けた検討を行った。また、一般市民を対象に、外国の医学部出身医師に対する意識調査を実施した。

外国の医学部出身者が日本国内の医学部出身者と同様な資質・能力を備えて診療活動を行い、一般市民から信頼されているか研究した。

A. 研究目的

外国の医学部を卒業して日本の医師国家試験に合格した者が日本国内で問題なく活動できているか、調査研究を行う。とくに外国の医学部出身者の活動に課題を指摘している研修病院を対象に調査研究を行う。

外国の医学部出身に対する一般市民の意識調査を行う。

外国の医学部出身者が日本語診療能力調査、予備試験、医師国家試験に向けた準備状況を確認し、外国の医学部出身者の資質・能力を検討する。

B. 研究方法

1. 外国の医学部出身者の医療活動に課題を指摘した病院への調査

令和6年度の調査結果で、少数ながらも外国の医学部出身者の医療活動に課題を指摘した研修病院が存在した。そこで、令和7年度には、課題を指摘した5病院に対し、Web会議もしくは書面調査を行って、課題を検討した。調査項目を示す。

調査項目

① 臨床力について

・研修先の各診療科で、指導医がどのように評価

しているか。

- ・日本の医学部出身者との相違
- ・診察能力、臨床推論力、検査・治療手技

② 語学力について

- ・患者、家族、医療スタッフとのコミュニケーションはどうだったか？
- ・診療において言語力の不足で何か問題があったか？
- ・語学力不足が原因で発生した事案

③ 社会、文化の違い

- ・時間厳守、カンファレンス等での態度や発言内容
- ・態度、服装を含めたプロフェッショナリズムの実践

④ トラブルの詳細

- ・トラブルの内容、原因、対処

⑤ バーンアウトの有無

- ・臨床研修からの途中離脱の有無
- ・メンターの関与の有無

⑥ 中途退職があればその詳細

- ・中途退職の時期、理由(本人からの申し出か？)

⑦ その後の進路

- ・分かる範囲で、中途退職者、および正規の臨床研修終了後の進路

2. 一般市民に対するアンケート調査

外国籍の医師に対する日本の一般市民の選好と懸念を明らかにするため、一般市民を対象としたWeb 横断調査を実施し、回答を解析した。

C. 研究結果

1. 外国の医学部出身者の医療活動に課題をあげた病院への調査

1) A 病院

① トラブルがあった医師の国籍および卒業した大学

モンゴル内大学(中国籍)

② 年齢、母国での勤務経験、専門性

35 歳、中国での勤務経験あり

③ トラブルの詳細

内科研修中に同期の研修医に比べて言語面で追加の研修が必要と判断(問診や患者との会話、

コンサルト能力等を考慮):追加研修で問題解決トラブルという程の問題ではなかった。

④ 言語、疎通の問題の詳細について(患者、医師間、コメディカル同士)

些細なニュアンスや言葉遣い、カンファレンスのスピード感に慣れるまで少し時間がかかった。

⑤ 勤務後どれくらいでトラブルがあったか、またオリエンテーションを長くすることで解決したか？

内科研修期間を長くして、解決できた。

⑥ 最後まで研修をやり遂げることができたか？またその後の進路について

まだ2年次研修中だが問題ない。

今後は外科専攻医として福岡へ進む予定

⑦ 今後同様のケースを防ぐためにできる対策について

本人に合わせたヒアリング等を積極的に実施し、言語面での問題が少しでもある場合は選択科を利用することも視野にいれた研修も良いかと思う。

2) B 病院

① 国籍および卒業大学

大韓民国・漢陽大学校

② 年齢、母国での勤務経験、専門性

(当時)54 歳、約 30 年、麻酔科領域

③ 臨床研修の中断に至った原因

家庭経済の悪化により、母国(大韓民国)に帰国するため

④ トラブルの詳細

実母の死亡に伴って臨床研修を中断したいとの申出があった。経過を見守っていたが、モチベーションが上がる様子もなく主たる責任者との面談を経て臨床研修を中断するに至った。

あくまでも実母の逝去は一つの要因であると推測され、その他には医療従事者間のトラブルもあった。

母国では臨床経験が豊富であるが、日本では臨床研修医の身分となるため、母国における臨床経験が尊重されない。

医療従事者の職員との診療上の衝突がストレスに感じた恐れがある。

これまでに事前説明をした上で採用していたが、今回は当該臨床研修医の自尊心が非常に強

かった。

⑤ 言語、疎通の問題はあったか(患者、医師間、コメディカル同士)

看護師>医師>患者>コメディカルの順に言語や疎通の問題が強かったと推測される。

⑥ 勤務後どれくらいでトラブルを起こし、どれくらいで勤務中断になったか?

入職後 4 ヶ月目頃からトラブル等が起こりはじめ、入職後 9 カ月目に臨床研修中断に至った。

⑦ 話し合いでは解決は難しかったか?

数回に亘って、研修管理委員長やプログラム責任者、事務担当者と当事者の間で話し合いの場を設けたが、解決策を導き出すことが難しかった。

⑧ 今後同様のケースを防ぐためにできる対策について

事前説明の徹底と同期入職の臨床研修医(日本人)に対する理解を得ること

また、主要な関連部署に向けた当該臨床研修医の経歴や動機等の十分な説明機会を得ること

⑨ その他

現在は外国人医師の受け入れに職員自体が理解をしているため、大きなトラブルもないが、当該臨床研修医のようなケースがあることを想定しながらの日々の対応に努めていきたい。

3) C 病院

課題を報告した内容について書面で確認したところ、下記のような返答を得た。

「外国の医学部を卒業した医師の働き方」に関するご相談の「臨床力が低い」と記載したことについては、外国で医師免許を取得し、約 8 年間ほど臨床経験を積まれた先生に関するものである。

日本で医師免許を取得した後、当院にて初期研修を開始した段階で、日本の医療制度や診療スタイルに不慣れな点が見られ、かつ、専門領域がマイナー科であったことから、一般的な内科・外科の診療に関しては、他の研修医と比べて習熟度に差が見られる場面があった。

また、専門領域が明確なため、関心の高い診療科には意欲的に取り組んでいたものの、それ以外の興味がない診療科では、熱量に差が見られる印

象であった。

以上のような背景を踏まえた上での印象として、アンケートを回答した。

4) D 病院

課題を報告した内容について書面で確認したところ、下記のような返答を得た。

「臨床力が低い」と判断した点について

① 医学知識が低いという意見が、複数の指導医からあった。

外国の大学の教育(カリキュラムの違い)によるものなのか、個人の資質に起因する知識不足なのかは判断できなかった。

② 診療のスピードが遅いという指摘があった。

「上級医の指導に対して自分の考えを変えようとしな」とか、「周りが忙しそうにしているも状況を考えないでじっくり考える」ところがあった。

外国の大学出身の研修医は1名だけしか経験がないので、上記の原因までは判断できない。

日本の研修医は上級医の指導には素直に従い、役に立とうと考えるが、当該研修医は上級医の指導や指示に対して自分の意見を言う(一言多い)ところがあり、結果として指導の回数が減る傾向があった。

個人の性格によるものと長期の海外生活(自分の意見を主張する経験)が影響していると考える。

3) E 病院

課題を報告した内容について書面で確認したところ、下記のような返答を得た。

外国の医学部出身者の「臨床能力が低い」と判断した点について

日本の医学部出身者は医学部時代に腰椎穿刺などの手技(シミュレーション研修を含む)を経験しておらず、臨床現場で苦労する。

一方、外国の医学部では母国出身者が最優先で研修の機会を割り当てられるため、外国出身の医学生は経験が限られているようだ。

臨床実習の機会が十分に確保されないことによ

る経験不足は、研修医本人も自覚があり、事務局側も同様に評価しました。

近年の当院研修医の外国の医学部出身者は 1 名のみであり、客観的なサンプルとなりうるかは不安である。

2. 一般市民に対するアンケート調査

外国籍の医師に対する日本の一般市民の選好と懸念を明らかにするため、2025 年 5 月に全国の 18 歳以上の一般市民を対象とした Web 横断調査を実施し、2,004 人の回答を解析した。医師の資質や診療場面ごとの国籍選好を量的に評価するとともに、外国籍医師に対する期待と懸念について自由記載を質的に分析した。

その結果、回答者の約半数から 3 分の 2 は日本人医師を選好しており、特に「コミュニケーション能力」65.5%、「共感性」62.9%、「患者の話をよく聞く姿勢」62.9%でその傾向が強かった。

一方で、「専門性」では 47.8%が「国籍による選好なし」と回答し、一般身体診察や一般的な疾患でも国籍非依存的な判断が一定数みられた。自由記載では懸念のうち 73.6%が言語障壁に関する内容であった。

また、外国籍の医師の受診経験がある者では、国籍一致を求める傾向が有意に弱かった。

以上より、日本社会において外国籍の医師の受け入れを進めるうえでは、医学的知識・技能のみならず、言語面および文化的適応に対する支援、公衆への理解促進、包摂的な制度設計が重要であることが示唆された。

D. 考察

グローバル化が進む現在、出身国以外の医学部を卒業し、他国で勤務する医師は今後さらに増加すると考えられる。教育年限、教育内容、臨床実習の機会、資格認定制度等に差異がある外国の医学部出身医師に対して、国民が安心して医療を任せるためには、当該医学教育の質が適切に担保されていることに加え、日本の医療現場で求められる実践的能力が十分に備わっていることを確認する仕組みが極めて重要である。

令和 6 年度には、臨床研修指定病院に対する

アンケート調査および外国の医学部出身者へのヒアリング調査を通じて、外国の医学部出身医師の資質・能力等を検討した。その結果、全体としては国内の医学部出身者と大きな差は認められず、外国の医学部出身であること自体をもって直ちに重大な問題が生じるわけではないことが示唆された。一方で、少数ではあるが勤務状況に課題を認める事例も存在したことから、単に受け入れの可否を論じるのではなく、どのような要因が現場での困難につながるのかを具体的に把握し、受け入れ体制の改善に結びつける視点が必要である。

この点について、令和 7 年度に外国の医学部出身者の医療活動に課題を指摘した 5 病院を対象に行った追加調査では、問題の本質は一律に外国の医学部の教育内容そのものにあるというより、個々の研修医の背景、臨床経験、日本の医療文化への適応状況、ならびに受け入れ側の支援体制との相互作用の中で生じている可能性が示された。とくに重要なのは言語面である。予備試験や日本語診療能力調査の通過は、外国の医学部出身者が一定水準の日本語能力および学力を有することを示す重要な指標ではある。しかしながら、実臨床で求められる日本語運用能力は、患者や家族の曖昧な訴えをくみ取り、不安や感情の機微に配慮しながら説明する能力、看護師や他職種と迅速かつ齟齬なく情報共有する能力、場面に応じた敬語・言い換え・非言語的コミュニケーションを適切に用いる能力など、より高次の文脈依存的能力が求められる。そのため、予備試験や日本語診療能力調査に合格していても、実臨床では十分な疎通が困難な場合があり得る。

日本の一般市民を対象としたアンケート研究とも整合的である。同研究では、外国籍医師に対する懸念として言語面が最も大きな比重を占めており、一般市民にとっても、医師の専門性そのものに加えて、十分に意思疎通ができるかどうかは医療への信頼を左右する重要な要素であることが示された。外国の医学部出身の医師の受け入れにおいては、学力や試験成績のみではなく、診療現場における実践的日本語能力を

継続的に評価し、必要に応じて補完的支援を行うことが重要である。

また、本研究で確認された課題の一部は、個人の能力のみならず、文化や環境の違いに起因する適応上の問題として理解すべきである。たとえば、海外で十分な臨床経験を有する医師が日本では初期臨床研修医として再出発する場合、自らの経験と現在求められる役割との間に認識のずれが生じうる。さらに明文化されない慣習、上下関係の中での振る舞い、時間厳守や報告・連絡・相談の様式、多職種間の協働に関する期待など、文化的背景に依存する要素もあり、こうした点への適応が不十分な場合には相互理解の不足として問題が表面化する可能性がある。

E. 結論

外国の医学部卒業生の受け入れ、勤務状況に関して大きな問題は見られなかった。

ただし、少数ではあるが外国の医学部出身医師の勤務状況に問題が認められたこと、および今後も外国の医学部出身医師の増加が見込まれることから、本研究で得た課題についてさらに詳細な調査研究を行い、より適正な外国の医学部出身医師の受け入れ制度を構築し、国民から信頼を得る必要があると考えられる。

F. 健康危険情報

特に該当するものなし

G. 研究発表

論文発表

1. Fujikawa, H., Mori, H., Nishizaki, Y. et al. Examining Japanese laypeople's nationality preferences for physicians: a nationwide study. Sci Rep 15, 45527 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-29740-6>

学会発表

1. 第 57 回日本医学教育学会大会
秋田市文化創造館 令和 7 年 7 月 26 日

森 博威、内藤 俊夫、奈良 信雄：臨床研修指定病院を対象とした海外の医学部を卒業した医師の受け入れ、勤務状況に関するアンケート調査研究

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
特記すべき事項なし

I. 研究協力者一覧（50 音順・敬称略）

特に該当なし

厚生労働科学研究
ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究
(研究代表者:河北博文)

2025 年度 医師国家試験 CBT トライアル試験 【実施要項】



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

目次

1. トライアル試験の目的	2
2. トライアル試験の概要	3
3. 試験実施の流れ	3
4. 申し込み	4
5. 試験実施日の調整	4
6. 受験者の募集	5
1) CBT 試験のサンプル問題の公開	5
2) 受験者数、イヤホンの必要数の提出	5
7. 試験実施に向けた準備	5
1) PC および試験環境の準備	5
2) 事前の操作システムの動作確認	7
3) 受験 ID およびパスワードの準備	7
8. 試験当日	7
1) 当日の会場内の準備	7
2) 受験者へ ID およびパスワードの配布	8
3) 試験当日の進行・対応	9
4) 試験運営・試験監督	10
9. CBT 試験システムの操作	11
1) 試験システムへのアクセス	11
2) 動作・操作の確認	11
3) ログインおよび試験の実施	15
4) 一時退出と再開	16
10. 結果返却	17
11. その他注意事項	17

1. トライアル試験の目的

公益財団法人日本医療機能評価機構は、国民の健康と福祉の向上に寄与することを理念とし、中立的・科学的な立場で総合的に医療の質・安全の向上と信頼できる医療の確保に関する事業を行っております。

その取り組みの一環として、我が国の医学教育を充実させて医療の質向上を図るために、当機構理事長 河北博文が研究代表者として、2021 年度から 2023 年度まで、厚生労働科学研究「ICT を利用した医学教育コンテンツの開発と活用に向けた研究」を行ってまいりました。この研究では、2020 年 11 月の「医師国家試験改善検討部会」において示された医師国家試験へのコンピュータ制(CBT)の導入の実現に向けて、医師国家試験 CBT トライアル試験(以下、「トライアル試験」という)を実施して ICT を利用した試験システムを新たに構築することを目的に、現行の医師国家試験出題基準に基づき、動画や音声等を取り入れた実臨床に近い CBT 試験問題を作成し、インターネットを介した CBT 試験システムを用いてトライアル試験を実施し、医師国家試験 CBT 化に向けた課題やその対応策について研究してまいりました。

さらに、2024 年度より、厚生労働科学研究「ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究」(研究代表者:河北博文)(以下、「本研究」という)が採択され、医師国家試験の CBT 化の実現に向けて、継続的にトライアル試験を実施し、医師国家試験 CBT 化に向けた課題やその対応策について研究を進めています。

2024 年度は 52 大学にご協力をいただき、概ね円滑に実施することができ、CBT 医師国家試験の実装に向かって、より実績を積むことができました。

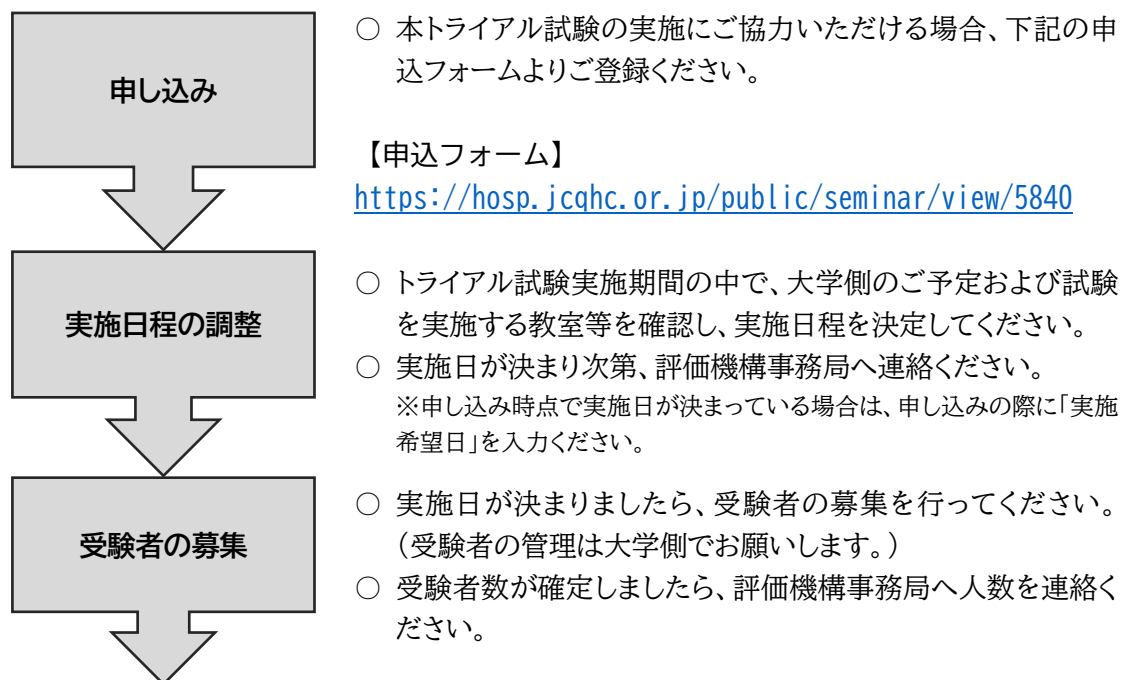
今年度も継続してトライアル試験を実施し、さらに多くの大学関係者と学生に CBT 試験問題に触れていただき、CBT 医師国家試験の実装に向けて、ご理解・ご協力をいただくことを目的に実施します。

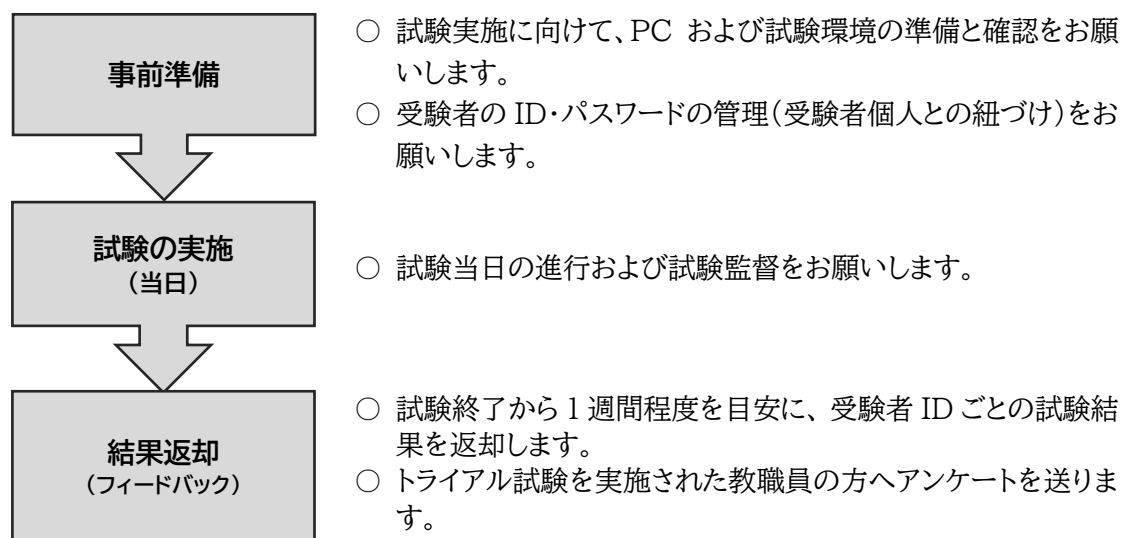
トライアル試験は、本研究の趣旨にご理解いただいた大学と学生の皆様のご協力のもとに実施し、本研究の目的達成のために行うものであり、各学生の試験結果等の比較や公開など、他の目的には使用しません。なお、ご協力いただいた学生と大学に対しては、試験結果および解説等についてフィードバックします。

2. トライアル試験の概要

実施期間	2025 年 9 月 10 日(水)～2026 年 2 月 28 日(土)のいずれか 1 日(土・日・祝日も可)
実施方法	実施大学の PC より、CBT 試験システム※にアクセスして、付与された ID とパスワードでログインし、試験問題に回答します。 ※CBT 試験システムは株式会社内田洋行が運営する TAO クラウドサーバを使用しています。
対象学生	医学部に在籍する 6 年生または 5 年生
出題問題/ 試験時間	医師国家試験に準じて合計 200 問の試験 A 問題 (医学各論) : 75 問 (回答時間 120 分) B 問題 (必修問題) : 50 問 (回答時間 70 分) C 問題 (医学総論) : 75 問 (回答時間 120 分) 試験問題は現行の医師国家試験出題基準に則って作成され、現在の医師国家試験では取り上げていない動画・音声等を含めた臨床推論などの問題も含まれます。
備考	○ 試験問題の順番は、受験生によって異なります。 ○ 試験の結果(得点)、および各試験問題の対象疾患、出題意図、キーワードについて、試験後に大学を通じて個々の受験生へフィードバックします。

3. 試験実施の流れ





4. 申し込み

本トライアル試験の実施にご協力いただける場合、下記の申込フォームよりご登録ください。

登録において、大学の住所および実務担当者の連絡先の記載をお伺いします。試験実施までの当事務局とのご連絡のやり取りや、イヤホン・ボールペン等の備品類の送付先として使用します。

また、申し込みの際、既に試験実施日が決まっている場合は合わせてご記入ください。

【申込フォーム】

<https://hosp.jcqhc.or.jp/public/seminar/view/5840>

5. 試験実施日の調整

トライアル試験の実施について、実施期間(2025 年 9 月 10 日～2026 年 2 月 28 日)のうち、大学側のご予定および試験実施教室などの使用等について調整いただき、試験実施日を決めてください。試験実施日の 2 週間前までには決定し、評価機構事務局までお知らせください。

また、大学側のご都合により、トライアル試験の時間割(開始時間)については調整可能です。パートごとに日程を変えて実施することも可能ですので、変更される場合は事務局までご相談ください。なお、試験時間を変更することはできません。

試験実施日は、大学のご希望日程に沿って決定となりますが、システム上の都合等により調整させていただくことがありますので、その際はご了承ください。

試験実施日が決まりましたら、試験を実施する会場(教室)等を確保いただきますようお願いいたします。また、受験者数により、試験実施会場とは別に受験者の控室など、必要に応じてご手配ください。

6. 受験者の募集

試験実施日が決まりましたら、学生(受験者)への案内を進めてください。募集の方法等は、大学の実施しやすい方法で行ってください。受験者の管理については、評価機構では行いませんので、大学において行ってください。

1) CBT 試験のサンプル問題の公開

CBT 試験の操作方法や画面イメージを事前に掴んでいただくために、操作説明およびサンプル問題を公開します。

受験者の募集の際や、トライアル試験に参加する受験者への事前の参考としてご活用ください。

【ログイン URL】

<https://jcqhc.prod.gcp-jp.taocloud.org/login>

2) 受験者数、イヤホンの必要数の提出

受験者数が確定しましたら、評価機構事務局までメールにてお知らせください。

試験 ID の発行等に数日要するため、遅くとも試験実施日の 2 週間前までにはご連絡いただきますようお願いいたします。

また、トライアル試験では動画・音声を用いた問題がありますので、受験にあたりイヤホンを使用します。受験者数分のイヤホンおよびボールペン等の備品を評価機構にて用意します。

イヤホンは受験者の私物または大学所有のものを使用することも可能ですので、大学側でご用意できる場合など、また昨年度実施した際の余剰分がある場合には、その旨ご連絡ください。

7. 試験実施に向けた準備

トライアル試験は、受験者 1 名に対し 1 台の PC を用意し、各受験者の端末からインターネットに接続し、インターネット上にて試験を行います。

1) PC および試験環境の準備

試験実施前に、事前に試験を実施する環境(PC 端末、使用ブラウザ、ネットワーク等)の確認を行い、事前の動作確認を行ってください。

- (1) トライアル試験で使用する受験者の PC について、外部のインターネットに接続可能な PC を受験者数分ご用意ください。

※本トライアル試験での CBT 問題等の情報漏洩等を防ぐため、受験者所有の私物のパソコンは使用しないでください。

- (2) 試験で使用する受験者の PC について、インターネットに接続できることを確認してください。
(接続は有線または無線どちらでも構いませんが、大学のネットワーク状況でご判断ください。)
- (3) ブラウザは Google Chrome が推奨です。利用不可能な場合は、Microsoft Edge をご利用ください。ただし、初期の Edge は未対応ですのでご注意ください。

【使用する推奨環境】



- (4) ログイン画面にアクセスしやすくするために、可能であればデスクトップ等にショートカットアイコンを各端末に配布するなどしてください。
- 試験当日に、担当者側で事前に開いておくことも可能ですが、万が一、学生が試験の途中でブラウザを閉じた場合は、手入力し直すことになります。可能な限りショートカットアイコンの配布やブックマーク設定などを検討ください。

短縮 URL として https://bit.ly/mcibt_trial と入力しても受験用サイトに誘導されます。
Windows の場合、以下のテキストを .bat ファイルとして保存することで、Chrome / Edge を開いて自動で CBT のページが開くショートカットとして利用することも可能です。

Chrome 用

start chrome.exe

<https://jcqhc.prod.gcp-jp.taocloud.org/login>

Edge 用

start microsoft-edge:

<https://jcqhc.prod.gcp-jp.taocloud.org/login>



2) 事前の操作システムの動作確認

ログイン URL よりアクセスし、パスワード入力欄の下にある「公開セッション」 から動作確認を行います。試験実施日の 1 週間程度前までには必ず実施テストを行っていただき、動作確認を行うようお願いします。

【ログイン URL】

<https://jcqhc.prod.gcp-jp.taocloud.org/login>

「公開セッション」にアクセスすると、利用可能な試験一覧が表示され、「動作検証・操作確認用」が表示されます。「開始する」をクリックし、画面の表示に従って操作してください。

動作確認用の教材を用いて、以下が正しく動作することを確認してください。

※昨年度は「Public sessions」の表記でしたが、「公開セッション」に変更になりました。

3) 受験 ID およびパスワードの準備

試験実施日の2週間前に、受験者数に従い評価機構事務局にて受験 ID とパスワードを発行し実務担当者へメールにて送ります。お手元に届きましたら受験者数等に間違いがないかご確認ください。なお、受験者数に加え、予備のアカウント(ID とパスワード)を複数設定します。

また、受験 ID と受験者との紐付けについては、個人情報が含まれるため、評価機構では管理しません。大学側での管理をお願いします。試験後の試験結果についても受験 ID を元に返却しますので、紐付け情報については確実な管理をお願いします。

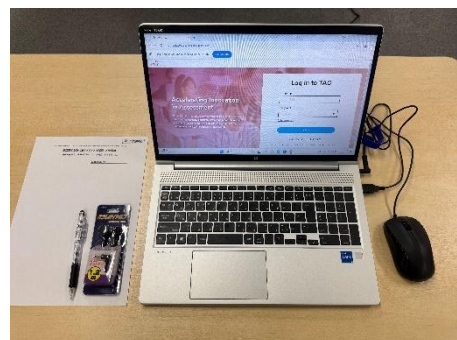
8. 試験当日

1) 当日の会場内の準備

各 PC にイヤホン、ボールペン、メモ帳をセットし、受験者同士の配置は、可能な範囲で不正防止のため間隔をあけるなどの対応をお願いします。

(1) 受験者が使用する PC 端末ごとに、以下の備品を準備してください。

- メモ用紙 1枚
- メモ用のボールペン
- イヤホン



(イメージ)

<試験で使用する備品等に関する注意点>

- ✓ 受験者は、スマートフォン、デジタルカメラなどの電子機器類、筆記用具の持ち込みは不可です。
- ✓ トライアル試験では、基本的に手回り品は、座席には一切持ち込み禁止です。ただし、時計機能のみの腕時計、目薬などは持ち込み可能とします（スマートウォッチは不可となります）。
- ✓ 入室時に持ち込んだ手回り品、およびスマートフォン、タブレット、ウェアラブルデバイスなどの電子機器は、あらかじめ用意された所定の場所に置いて、受験する PC が用意された場所に着席してください。
- ✓ 試験に必要な筆記用具（ボールペン）は評価機構で用意するものを配布しますので、筆記用具の持ち込みも禁止です。
- ✓ メモ用紙は指定のフォーマットを使用し印刷してください（両面利用可能）。また、原則、試験終了ごとに回収してください。
- ✓ メモ用紙のフォーマットを評価機構で用意しますので、印刷して受験者へ配布してください。メモ用紙は、A 問題、B 問題、C 問題ごと試験終了後回収して、新しいシートを配布してください。回収したメモ用紙は試験終了後に破棄してください。
- ✓ 試験で使用するイヤホンは、必要個数を評価機構より手配します。試験実施後、使用したイヤホンは持ち帰り、または廃棄処分してください。

(2) 試験会場に時計など、受験者が時間を確認できるように設営してください。

(右の写真は、昨年度参加大学の1例です。)



2) 受験者へ ID およびパスワードの配布

試験直前に各受験者へ ID とパスワードを配布してください。途中退出した場合や昼休み明けの時間等では、自動でログアウトされることがありますので、受験中はいつでもログインできるよう、受験者は常に ID とパスワードを参照できるように周知しておいてください。

医師国家試験 CBT トライアル試験 〇〇〇〇〇大学 学籍番号 : XXXXXXXXX 氏 名 : □□ □□ ログイン ID : ##### パスワード : &&&&&&&&&
--

受験者へ配布する ID・パスワード票（イメージ）

3) 試験当日の進行・対応

<当日の試験スケジュール例>

時間	実施項目
08:30	集合
08:40 ～ 09:00	オリエンテーション・操作確認
09:00 ～ 11:00 (120 分)	A 問題(医学各論)
11:00 ～ 11:20	休憩
11:20 ～ 12:30 (70 分)	B 問題(必修問題)
12:30 ～ 13:40	休憩(昼食)
13:40 ～ 15:40 (120 分)	C 問題(医学総論)
15:40 ～ 16:00	アンケート回答
16:00	終了

※当日のスケジュールの調整が必要な場合は、事務局までご相談ください。

特に申し出がない場合は、上記スケジュールで実施となります。

(1) 試験開始前

オリエンテーションが終わりましたら、操作の確認を実施してください。

※ 確実に実施するため、10 分程度は実施時間を確保してください。

試験前に通知された URL にアクセスし、ログイン画面から、配布した ID とパスワードにて各受験者がログインし、事前質問に回答します。

(2) 試験開始 (A～C 問題)

試験監督の開始の合図とともに回答を始め、終了とともに画面を閉じます。

試験開始の時間になったら、画面を更新し、試験を開始してください。

(3) 実施後アンケートへの回答

医師国家試験 CBT トライアル試験に関するアンケート調査へのご協力をお願いします。

C 問題の開始 30 分後から、アンケートへの回答が可能となります。

C 問題の試験が終了しましたら、続けてアンケートへ回答・提出して、トライアル試験は終了となります。アンケートは、試験と同じシステム上で実施します。

4) 試験運営・試験監督

試験当日は、2名～3名の方に試験監督の対応をお願いします。

試験実施にあたり、当日の進行および受験者の対応等以下の運營業務をお願いします。

<試験監督を担当いただく方へのお願い>

- ✓ 当日の受験者の出席確認をお願いします。試験終了後に受験者の数に変更(急遽欠席、体調不良等で早退)等がありましたら、後日評価機構事務局にご連絡ください。
- ✓ 試験開始後、受験者の PC が問題なく作動しているか確認をお願いします。
- ✓ 動画の音声聞こえないなどの PC のトラブルがあった場合は、他の端末から同じ ID・パスワードでアクセスし実施してください。
- ✓ 特定の ID・パスワードでログインができない場合は、予備の ID・パスワードを使用して再度実施してください。
- ✓ 受験者が会場内に不要なものを持ち込んでいないか確認してください。
- ✓ 試験中に受験者の不正行為がないか監視してください。
- ✓ 試験中、受験者は用事があれば挙手をするように指示し、その対応を行ってください。
- ✓ 受験者が、トイレ等で一時離席する場合は、画面がログアウトの状態(ログイン画面に戻った状態)になっていることを確認し、離席を許可してください。
- ✓ A 問題と C 問題は試験開始後 60 分、B 問題は試験開始後 30 分から途中退席を可能とします。退席する際は、「提出する」ボタンを押し、提出され画面がログアウト状態になっていることを確認の上退出を許可してください。一度退出した場合は、次の試験時間まで再入場はできません。
- ✓ 受験者が、遅刻した場合は、A 問題と C 問題は試験開始後 30 分まで、B 問題は試験開始後 15 分まで入場を可能とします。それ以降に遅刻した場合は、受験することができません。
- ✓ 試験途中で体調不良者が出た場合は、無理はせず試験監督の判断で、帰宅等の指示を出してください。
- ✓ その他の入室時の注意事項があれば、大学で適宜指示してください。

9. CBT 試験システムの操作

1) 試験システムへのアクセス

動作確認およびトライアル試験のログイン URL は共通です。

【ログイン URL】

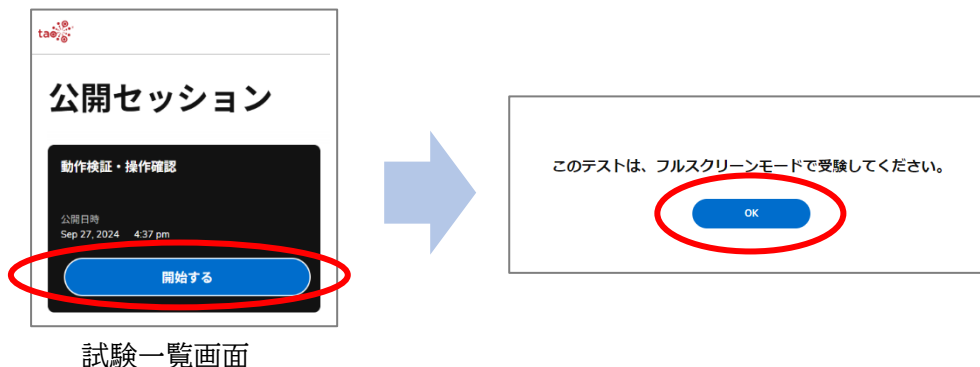
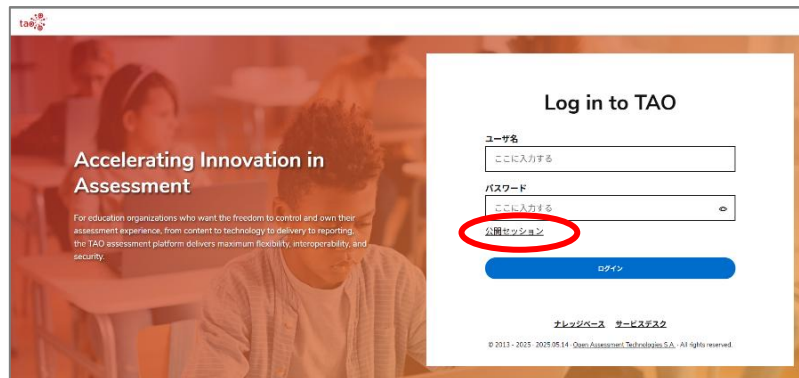
<https://jcqhc.prod.gcp-jp.taocloud.org/login>

2) 動作・操作の確認

ログイン画面の「公開セッション」をクリックし、動作および操作方法の確認を行います。

※昨年度は「Public sessions」の表記でしたが、「公開セッション」に変更になりました。

「公開セッション」にアクセスすると、利用可能な試験一覧が表示され、「動作検証・操作確認」が表示されます。「開始する」をクリックし、画面の表示に従って操作してください。
動作確認用の教材を用いて、以下が正しく動作することを確認してください。



試験の画面は、画面が最大化されます。

タブの操作や、最大化を解除すると試験が停止されますので、ご注意ください。

【設問の回答方法、動画や音声の再生方法の確認】

記載内容、および動画(音声)が問題なく再生されるか確認し、「選択肢2」を選択して、右下の「→」をクリックし次の画面へ進んでください。

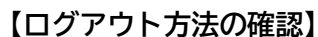


< 音声が再生されない場合 >

開始前確認の動画には音声が含まれています。音声为正しく聞こえない場合、以下を確認してください。

- ✓ ヘッドホン(イヤホン)が正しく接続されているか確認してください。念のため、一度抜き差しするなど行ってください。
- ✓ ヘッドホン(イヤホン)に音声調整やミュート機能がついている場合、音声再生されるようになっているか確認してください。
- ✓ PC 自体で音声がミュートになっていないか確認してください。(1)Esc キーを押す、または(2)画面左上の「≡」のアイコンをクリックした後、下部に表示されるログアウトのリンクをクリックする、全画面が解除されて試験一覧の画面に戻りますので、Windows のタスクバー等で確認してください。
- ✓ PC の設定として、音声スピーカーから再生されるようになっている場合があります。上記と同様、Windows のタスクバー等から設定を確認してください。

記載内容を確認し、「確認できた」を選択して、右下の「→」をクリックし次の画面へ進んでください。

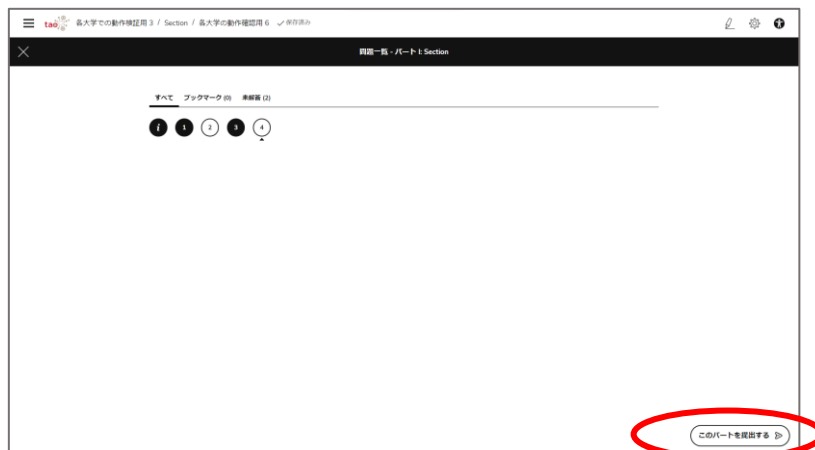


記載内容を確認し、「確認できた」を選択して、右下の「→」をクリックし次の画面へ進んでください。



【回答状況の確認】

回答状況(回答済み/未回答)を確認し、右下の「このパートを提出する」をクリックし次の画面へ進んでください。



【試験の終了の仕方の確認】

標記内容を確認し、テストを終了する場合は、「テストを終了する」をクリックしてください。
再度問題画面に戻る場合は、「回答を見直す」または「回答を続ける」をクリックしてください。

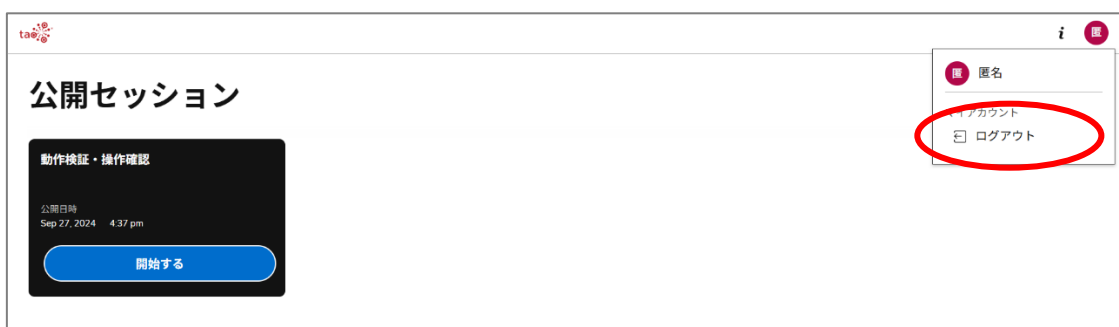
<すべて回答済みの場合>



<未回答がある場合>

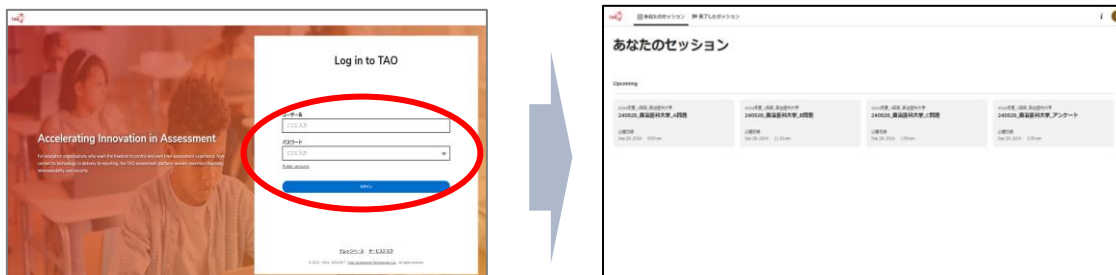


「テストを終了する」をクリックすると、最初の試験一覧画面に戻ります。
右上の「A」のアイコンから、表示される「ログアウト」をクリックして、動作確認を終了してください。



3) ログインおよび試験の実施

ログイン画面より、配布された ID とパスワードでログインすると利用可能な試験一覧が表示されます。(右図)



試験一覧画面には、「事前質問」「A 問題」「B 問題」「C 問題」「アンケート」5項目表示されます。それぞれに回答可能な時間が設定されていますので、時間になると選択できるようになります。



「事前質問」は、ログイン後、試験開始前に回答をお願いします。

※受験者の学年、および結果返却の際の「順位の記載希望」についてお伺いします。

【重要】 各試験の開始時間になったら、ブラウザの画面更新を行ってください。該当の試験が実行できるようになります。

【試験の開始】

試験開始の開始時間になったら、試験監督の合図のもと対象となる試験をクリックし、回答を開始してください。

- ✓ システム上、画面更新を行う際のタイムラグを考慮して、開始時刻には 1 分の遊びをもたせて設定しています。例えば 9:00-11:00 の試験の場合は、8:59 開始として試験時間が設定されています。開始 1 分前を過ぎたタイミングで、適宜、画面更新の合図を出してください。開始ボタンが表示された後は、準備ができた学生から試験を開始させても構いませんし、一斉開始まで待たせても構いません。
- ✓ 試験の終了は、システム側では自動に実施されません。同 P.13 にある、【回答状況の確認】【テスト終了の仕方の確認】に記載の操作で各試験を学生に提出させてください。

4) 一時退出と再開

試験中、トイレ等で一時退室を行う際は、不正防止のため、以下の手順で解除と再開を行ってください。

【一時退出】

試験問題の回答の途中でも、左上の「≡」のアイコンをクリックし、左下に表示される「ログアウト」からログアウトしてください。

それまでに回答された情報は残ったまま、再開することが可能です。



【再開】

離席から戻り、回答を再開する場合は、ログイン画面より再度 ID とパスワードでログインし、実施中である試験の再開リンクをクリックしてください。

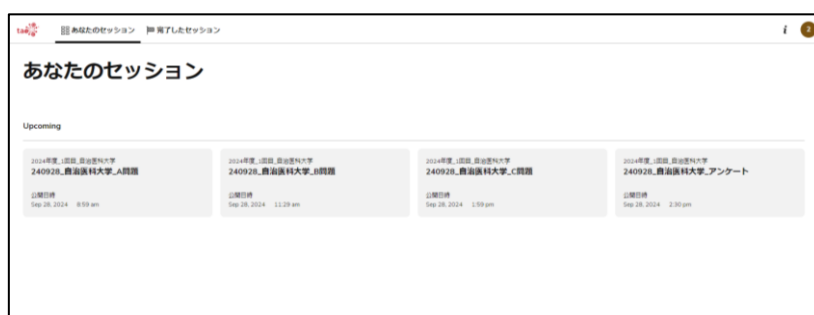


【試験の終了（回答の提出）】

試験の回答が終了し、回答を提出すると、試験一覧画面に戻ります。

次の試験がある場合は、安全のため、一度ログアウトしてください。

なお、ログインしたまま一定時間、操作なしの状態が継続すると、自動でログアウトされます。



10. 結果返却

試験終了から1週間程度を目安に、受験者IDごとの試験結果(得点と順位)、および出題された設問のキーワードや症候一覧(PDF ファイル)を実務担当者にメールにて送ります。大学側で管理されている受験番号・氏名の紐づけデータに従って、受験者に返却してください。

また、返却するシートには、その時点での全国平均点と、希望する学生には学内(または会場ごと)の順位を記載しフィードバックします。

また、結果のフィードバックの案内と合わせて、トライアル試験実施にご担当いただいた教職員の皆様にアンケートのご案内を送ります。今後のトライアル試験の運用、CBT 医師国家試験の実装に向けて、本研究の検討の参考とさせていただきますので、ご協力をお願いします。

11. その他注意事項

- ✓ トライアル試験の問題は非公開としていますので、画面のスクリーンショットおよび撮影可能な電子機器類での撮影は禁止とします。試験監督者は、この点に十分な注意を払ってください。医師国家試験 CBT 化に備えるため、問題はプールして、IRT の算出などを行いますので、一切公開しません。
- ✓ トライアル試験では、不正行為があった場合は、試験中止の措置を行うことがあります。
- ✓ 万一、インターネットの通信障害などで試験システムにアクセスできない場合は、時間を変更するか、トライアル試験の中止、または延期などの措置を講じることがあります。
- ✓ トライアル試験の実施にあたり、謝礼や謝金などは発生しません。
- ✓ トライアル試験の試験問題は非公開としているため、問題は持ち帰りできません。
- ✓ 当日の緊急連絡先は、実施日により異なりますので、別途個別にご連絡します。
- ✓ 試験中に動画が動かない、PC の動きが悪くなるなどの不具合が生じ、試験実施が困難な状況になった場合、試験を中止することがあります

本研究分担者一覧

[敬称略：研究代表者以下 50 音順]

<研究代表者>

河北 博文（公益財団法人日本医療機能評価機構 理事長）

<研究分担者>

浅田 義和（自治医科大学 医学教育センター 准教授）

岡崎 仁昭（自治医科大学 医学教育センター 顧問）

久保 沙織（東北大学 教育学研究科 准教授）

小西 靖彦（順天堂大学 医学教育研究室 特任教授）

小松 弘幸（宮崎大学 医学部 医療人育成推進センター 教授）

高村 昭輝（富山大学 学術研究部医学系 教授）

内藤 俊夫（順天堂大学 大学院医学研究科 教授）

奈良 信雄（順天堂大学 医学部 客員教授 / 一般社団法人日本医学教育評価機構 常勤理事）

錦織 宏（名古屋大学 医学系研究科 教授）

伴 信太郎（愛知医科大学 医学教育センター 特命教育教授）

藤川 裕恭（順天堂大学 医学部総合診療科学講座 特任助教）

松山 泰（自治医科大学 医学教育センター センター長 教授）

森 博威（順天堂大学 大学院医学研究科 准教授）

河北研究班では、医学教育・臨床実習、臨床研修、生涯教育まで、シームレスな医学教育の全体像を考えて、我が国の医学教育と医師国家試験の充実を図るために、医師国家試験の CBT 化の実現に向けて研究に取り組んでいますが、単に研究だけに終わらせるのではなく、実際に医師国家試験の CBT 化の実施につなげたいと考えています。このためには、全国の大学医学部をはじめ、医学教育に関連する団体のご協力が必要と考えています。

国民から信頼される臨床能力に優れた医師を養成するために、医学教育と医師国家試験の充実に向けて、ご協力、ご支援を賜りますようお願いいたします。

2025 年 7 月 11 日

<問い合わせ>

公益財団法人日本医療機能評価機構

医師国家試験・医学教育研究(厚労科研 河北研究)担当

Tel:03-5217-2320 E-mail:info-kakenCBT@jcqhc.or.jp

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松山 泰 鋪野紀好 三原 弘 林 幹雄 黄 世捷 浅田義和	松山 泰	動画・音声付臨床問題 教材作成ガイド～次世 代医師国家試験を見据 えて～	医学書院	東京都	2025年 7月1日	全166 ページ

雑誌

発表者氏	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
	該当なし				

厚生労働大臣 殿

機関名 (公財) 日本医療機能評価機構
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 河北 博文

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）
2. 研究課題名 ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 公益財団法人日本医療機能評価機構 理事長
(氏名・フリガナ) 河北 博文 カワキタ ヒロブミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☒	公益財団法人 日本医療機能評価機構	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 自治医科大学
所属研究機関長 職 名 学 長
氏 名 永井 良三

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）
2. 研究課題名 ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医学教育センター・准教授
（氏名・フリガナ） 浅田 義和 ・ アサダ ヨシカズ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒ ☐	☒	日本医療機能評価機構	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ ☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 自治医科大学
所属研究機関長 職 名 学 長
氏 名 永井 良三

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）
2. 研究課題名 ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医学教育センター顧問・特別参与
（氏名・フリガナ） 岡崎 仁昭 ・ オカザキ ヒトアキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒ ☐	☒	日本医療機能評価機構	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ ☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東北大学
所属研究機関長 職 名 総長
氏 名 富永 悌二

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）
2. 研究課題名 ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名）大学院教育学研究科・准教授
（氏名・フリガナ）久保 沙織（クボ サオリ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒ ☐	☒	日本医療機能評価機構	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ ☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☒ 無 ☐ （有の場合はその内容：研究実施の際の留意点を示した ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣

機関名 順天堂大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 代田 浩之

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業
2. 研究課題名 ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学教育研究室・特任教授
- (氏名・フリガナ) 小西 靖彦・コニシ ヤスヒコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 宮崎大学医学部
所属研究機関長 職 名 医学部長
氏 名 盛武 浩

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）
2. 研究課題名 ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医療人育成推進センター・教授
（氏名・フリガナ） 小松 弘幸 ・ コマツ ヒロユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人富山大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 齋藤 滋

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）
2. 研究課題名 ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 学術研究部医学系・教授
（氏名・フリガナ） 高村 昭輝・タカムラ アキテル

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 順天堂大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 代田 浩之

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）
2. 研究課題名 ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 順天堂大学大学院医学研究科・教授
（氏名・フリガナ） 内藤 俊夫・ナイトウ トシオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 順天堂大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 代田 浩之

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）
2. 研究課題名 ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医学教育研究室 客員教授
（氏名・フリガナ） 奈良 信雄 （ナラ ノブオ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東海国立大学機構
所属研究機関長 職 名 機構長
氏 名 松尾 清一

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）
2. 研究課題名 ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 大学院医学系研究科・教授
（氏名・フリガナ） 錦織 宏・ニシゴリ ヒロシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 愛知医科大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 伊藤 恭彦

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）
2. 研究課題名 ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 愛知医科大学医学教育センター 特命教育教授
（氏名・フリガナ） 伴信太郎（バンノブタロウ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣

機関名 順天堂大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 代田 浩之

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業
2. 研究課題名 ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部総合診療科学講座・特任助教
(氏名・フリガナ) 藤川 裕恭・フジカワ ヒロヒサ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	順天堂大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 自治医科大学
所属研究機関長 職 名 学 長
氏 名 永井 良三

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）
2. 研究課題名 ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医学教育センター・センター長 教授
（氏名・フリガナ） 松山 泰 ・ マツヤマ ヤスシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒ ☐	☒	日本医療機能評価機構	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ ☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 順天堂大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 代田 浩之

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）
2. 研究課題名 ICT を利用した医師国家試験の評価方法の開発と検証のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 順天堂大学大学院医学研究科・准教授
（氏名・フリガナ） 森 博威・モリ ヒロタケ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ ☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ ☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。