第 118 回医師国家試験・総評
エムスリーエデュケーション(テコム)

2024 年 2 月 3 日（土)、2 月 4 日（日）の 2 日間にわたり、第 118 回医師国家試験が実施されました。受験生の皆さんはこの 2 日間に向けて、言葉では言い表せないような努力を重ねてきたものと思います。本当にお疲れさまでした。まずはこれまでの疲れを癒やしながら、ゆっくり羽を伸ばしてください。

その一方で、第 119 回医師国家試験に向けた準備はすでに始まっています。以下に、第 118 回医師国家試験の総評を記します。来年以降に受験を控える皆さんはぜひ熟読し、きたるべき試験に備えてください。

【問題形式】

各ブロックの構成、問題数に変化はない。医学各論（A/D ブロック）が各 75 問、医学総論（C/F ブロック）が各 75 問、必修（B/E ブロック）が各 50 問で、合計 400 問であった。

【総評】

問題の難易度はおおむね平年並みであった。つまり、専門医レベルの知識をいたずらに要求せず、「医学部卒業時点での臨床医学の達成度、臨床能力を測る」という点において、受験生に要求される知識量は例年と同程度であった。

しかし、第 118 回の大きな特徴として、**受験生全員が見たことも聞いたこともないような問題や、重箱の隅をつつくような問題、さらには専門医が見ても判断が割れるような問題の割合が大きく減った**。逆に、過去に出題された問題の焼き直しや、過去問で問われた選択肢をきちんと吟味していれば解ける問題が大半を占めた。

医師国家試験という試験の性質上、問題の難易度が年を追うごとに上がるのは避けられない。なぜならば、一度でも国試で問われた内容は、翌年以降の受験生にとっては「過去問＝知っておくべき知識」となり、次に出題された時には「ほとんど全員が解ける簡単な問題」に成り下がってしまうからである。このため、受験生の間に差をつけようとすると、どうしても難しい問題をいくらか出題せざるを得ないのである。しかしながら、専門医レベルの内容や、エビデンスが定まっていないような最新の治療に関する問題を出題するわけにもいかない。従って、「過去の国試に出題されていないような新しい内容を盛り込みつつ、それでいて国試としての難易度を大きく逸脱しない問題を作る」という、いわば曲芸のような芸当を成し遂げているのが、現代の医師国家試験である。少なくとも、第 117 回までの医師国家試験はそうであった。毎年、新しい内容が出題され、それに対応する

べく翌年の受験生の負担が増える、そしてその年もまた新しい内容が出題されるため、翌々年の受験生の負担がさらに増える……、という負のサイクルが働いていた。いわゆる「**国試のインフレ化**」である。

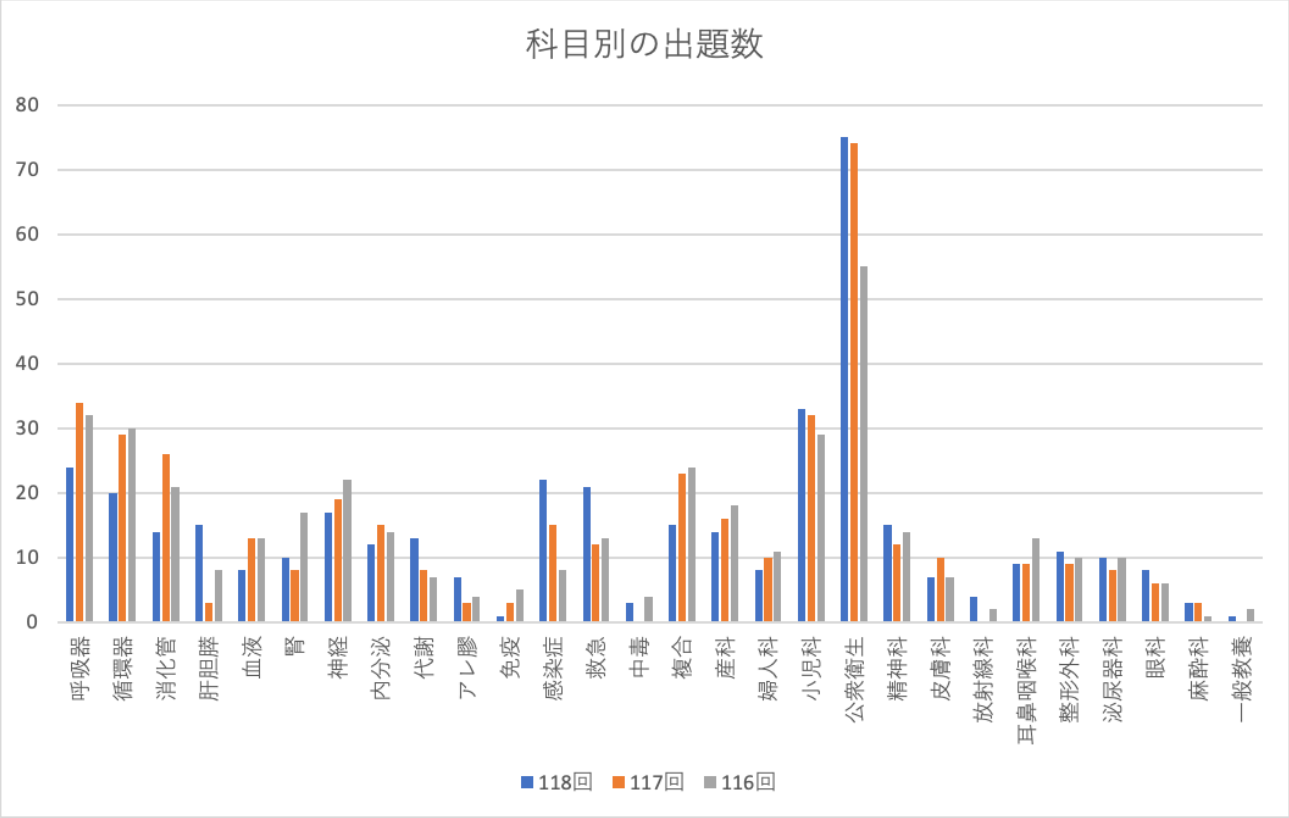
出題委員からしても、このような現状は不健全だと思っていたのかもしれない。第 118 回はこの「国試のインフレ化」に歯止めをかけたい、という出題委員の意図が感じられた。「**過去問中心の出題を行っても、資格試験、そして選抜試験として十分機能する**」**ということを確かめようとした**、と言ってもいい。過去問と同じなら差がつかないのではないか、と不安視する向きもあるかもしれないが、過去問の問題数は既に 10,000 を大きく超えており、あまりにも膨大な量である。現実的な問題として、すべての問題を隅々まで完璧にするのは物理的に不可能になっており、過去問を中心にした出題でも試験として十分に機能することが今回のセットで確かめられた。また、以下に述べるように、**過去問の「マイナーチェンジ」を行うだけで、正解率が一気に下がり、「差がつく問題」に様変わりすることも明らかになった。**

その一方で、受験生全体のレベルが年を追うごとに上がっているのもまた事実である。一般臨床の得点率のボーダーが初めて 7 割を超えたのは第 113 回の 70.3%であるが、それ以降もボーダーは上昇を続け、昨年（第 117 回）のボーダーは 74.6%であった。解答速報に入力された受験生の正解率を眺めていると、**第 118 回の一般臨床の合格ボーダーのさらなる上昇は確実**だろう。

合格ボーダーが上昇するということは、言い換えれば「**間違えられる＝取りこぼしが許される問題の数が減る**」ということに他ならない。「**ほとんどの人が解けるが、少数の勉強不足の受験生が誤答する**」**という問題、例えば過去問の類題をいくつも間違えると、それだけで合格ラインを下回ってしまう**、ということである。
このようなセットでは、勉強量の差がそのまま得点に反映されてしまうため、付け焼き刃的な対策では到底太刀打ちできない。「**対策不十分な分野を一つも作らないよう、網羅的な過去問演習を行う**」という正統的アプローチを取る以外に，確実に合格点を取れる方法はないと言える。そのためには**早い段階から全体像をつかむアプローチが有効であろう。**

【問題構成】

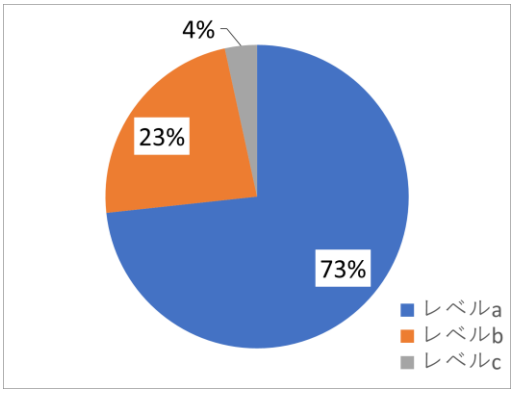
・第 116～第 118 回の科目別の出題数を以下に示す。第 118 回は内科の出題割合がやや減少し、救急やマイナー科の出題数が増加したが、年度による誤差の範疇であろう。



・また、「令和 6 年版医師国家試験出題基準」から、新たに「レベル分類」が導入された。以下に示すように、レベル a は「頻出疾患・緊急疾患」、レベル b は「やや頻度が低いが経験すべき疾患」、レベル c は「概念を説明できれば良い疾患」、という分類である。

レベル分類	病態・疾患の概要	診療のレベル		出題内容
		初療	継続診療	
a	○プライマリ・ケア領域で頻度が高い病態・疾患 ○緊急対応が必要な病態・疾患	指導下で診断から治療まで行え、必要に応じて適切にコンサルトできる	継続診療に必要な問題解決ができる	○病態生理 ○臨床推論 ○初期対応・救急対応 ○継続診療
b	○臨床研修で経験すべき病態・疾患	基本的事項を理解し、指導の下に初療ができる	適切に診療依頼ができる	○病態生理 ○臨床推論 ○初期対応
c	○臨床研修で経験すべき病態・疾患の範囲を超えるもの	疾患概念を説明でき、鑑別疾患として想起できる		○病名想起

令和 6 年版医師国家試験出題基準より引用。



・第 118 回のレベル分類は上記の通りである。レベル分類が可能であった問題は合計 146 問であり、その内訳はレベル a の疾患が最も多かった。また、レベル c の疾患も 4%の出題があり、結局、レベル分類に関わらず、すべての疾患が出題範囲である、ということを裏付ける結果となった。例えば、**A21**（横隔膜弛緩症の診断）は近年の国試では今回が初めての出題であったが、出題基準ではレベル c の疾患として明確に記載されている。

【必修】

・全体としては穏やかな出題で、80%の得点を確保するのは難しくなかったと思われるが、ごく一部に首を傾げたくなる出題もみられた。例えば **E36** は虫垂炎疑いの患者に対する身体診察を問う問題であったが、実際の臨床現場におけるプラクティスとの乖離は否めない出題であった。

・一方、穏やかな出題であったとはいえども、「確実に 80%を確保しなければならない」という受験生のプレッシャーは計り知れない。特に臨床問題は 1 問 3 点であり、そのプレッシャーはさらに大きくなる。**「80%に十分届く」という仕上がりで満足せず、「いかなる問題が出題されても、必ず 80%を超える」という完成度まで実力を高めておくべき**である。

【一般臨床一各論】

・受験生の正解率をもとに分析すると、メジャー科（内科/外科）と産婦人科の難易度は平年並み、マイナー科と公衆衛生はやや易化、小児科はやや難化した。しかし、難易度は年によって様々に変化するため、「たまたま第 118 回の難易度はそうだった」というだけで、それに一喜一憂するべきではないことは言うまでもない。

・内科/外科は最近のトピックに踏み込んだ問題や、臨床判断を行わせる問題が目についた。例えば D ブロック内で 2 問、SGLT2 阻害薬の適応を問う問題が出題された（**D32** は慢性心不全の予後を改善する投薬、いわゆる Fantastic 4 を問う設問であり、**D46** は慢性腎臓病の予後改善のエビデンスを問う設問）。内科専門医やプライマリ・ケア医にとっては当然の知識だが、「その内容を国試で出題するのか！」という驚きがあった。

・また、**F69** は発熱が遷延する腎盂腎炎に対して、腎膿瘍や急性巣状細菌性腎炎（AFBN）の鑑別を含めたマネジメントを問う問題で、多くの受験生には初見であり正答率も低かった。

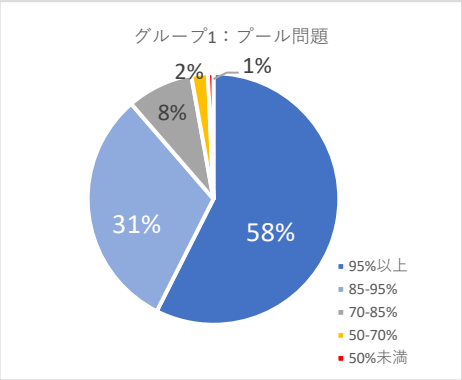
・マイナー科は突出した難問は少なく、むしろ過去問で出題された画像の使い回しが目立った。**A45**（掌蹠膿疱症の合併症）は **109A25** と同一の画像、**F43**（うっ血乳頭の診断）は **89D38** と同一の画像であった。もちろん、試験場で「過去問に同一画像があった」と正確に思い出せる受験生はいない

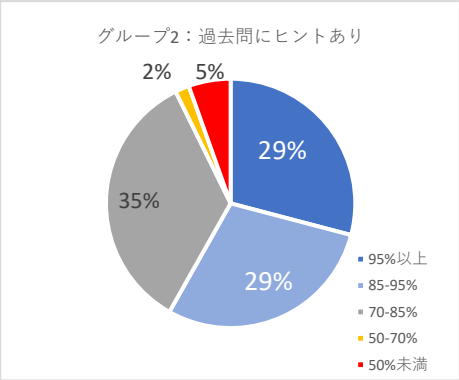
だろうが、**古い過去問であっても出題者側にはプール問題としてストックされており、今後も繰り返し出題される**ことが明らかになった。
・小児科は難問が目立った。特に **F39**（在胎期間の推定）は、国試未出題の New Ballard スコアを問う設問で、医学生には難しかったと思われる。また、**F31**（新生児マススクリーニング）、**F42**（心不全徴候を伴う VSD）など、過去問に類題がある問題であっても、設問や選択肢にマイナーチェンジが施されており、試験場では受験生を悩ませたようである。

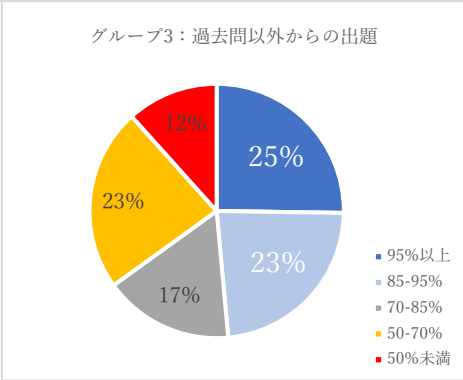
【一般臨床ーデータからの分析】
・冒頭にも述べた通り、一般臨床ブロックの合格ボーダーは年々上がり続けており、十分な対策が求められる。ここでは、第 118 回の受験生の解答データに基づく分析を行ってみたい。
・一般臨床の問題は合計 300 問あるが、この 300 問を編集部で以下のようにグループ分けし、各グループに含まれる問題数をリストアップした。以下はその結果である。

グループ１：過去問と同一、または正解選択肢の内容を理解していれば解ける問題　141 問
グループ２：過去問の問題文や、不正解選択肢の中にヒントがある問題　55 問
グループ３：過去問のみでは正解が導けない問題　103 問

・上記の分類は、あくまで「**過去問の情報のみからその問題の正解を導けるか？**」という点から見た分析であり、問題の難易度とは直接関係しない。例えば、その場で落ち着いて考えれば解けるような問題であっても、過去問に出題がなければグループ 3 に分類している。このような問題の正解率はほぼ 100%である（例えば **C71**：認知症患者への ACP）。







・各グループの問題の正解率は上記の通りである。現代国試においては、簡単な問題の正解率は 100%に限りなく近くなるため、分類の基準となる正答率は「95%」、「85%」、「70%」、「50%」とした。受験生全体のレベル向上を考えると、過去問の類題が出題されたとして、その正解率が 70%を下回ることは現実的に考えにくい。つまり、**合否を分けるのは「70-85%」の問題を可能な限り正解すること、そして「85-95%」の問題を絶対に失点しないこと**である。
・こうして見ると、グループ 1（プール問題）は、ほとんどの受験生が正解するため、差がついていない。**正解率 95%以上の問題が半数であり、大半の問題が正解率 85%以上**であることがわかる。

「一度でも過去に出題された問題は、受験生にとって落とせない問題になる」ことをよく示すデータである。
・例えば、**D40**（膜性腎症の診断）は、115D61 とほぼ同じである。115D61 の正解率はわずかに 31%であったが、今回の D40 の正解率は約 92%ときわめて高かった。

★115D61

64 歳の女性。蛋白尿を指摘されて来院した。昨年の特定健康診査でも蛋白尿を指摘されたが、自宅近くの診療所で経過観察を指示されていた。今年の特定健康診査でも蛋白尿を指摘されて受診した。既往歴はない。体調不良はなく、就業しており、自宅で時々測定している血圧は 120/70 mmHg 前後である。体重は増減なく安定しており、浮腫を認めない。尿所見：比重 1.015、pH 6.0、蛋白 3＋、糖（－）、潜血（－）、随時尿の尿蛋白/Cr 比は 2.5 g/gCr（基準 0.15 未満）。尿沈渣に赤血球 1～4 /HPF、白血球 1～4 /HPF、硝子円柱 1～4 /HPF、顆粒円柱と幅広円柱を少数認める。血液生化学所見：クレアチニン 0.7 mg/dL、eGFR 64 mL/分/1.73m^2。腹部超音波検査で右腎に 2cm 大の嚢胞を 2 個認めた。

最も考えられるのはどれか。

a. IgA 腎症
b. 膜性腎症
c. 多発性脳胞腎
d. 微小変化型ネフローゼ症候群
e. 特発性半月体形成性糸球体腎炎

★118D40

74 歳の女性。蛋白尿を指摘されて来院した。昨年の特定健康診査で蛋白尿を指摘されたが、症状がなかったのでそのままにしていた。今年の特定健康診査でも蛋白尿を指摘されて受診した。既往歴に特記すべきことはない。体調不良はなく就業しており、自宅で時々測定している血圧は 120/70 mmHg 前後である。体重は増減なく安定しているが、両下腿にごく軽度の圧痕性浮腫を認める。尿所見：比重 1.015、pH 6.0、蛋白 3＋、糖（－）、潜血（－）、随時尿の尿蛋白/クレアチニン比は 2.5 g/gCr（基準 0.15 未満）。尿沈渣に赤血球 1～4 /HPF、白血球 1～4 /HPF、硝子円柱 1～4 /HPF、顆粒円柱と幅広円柱を少数認める。血液生化学所見：クレアチニン 0.7 mg/dL、eGFR 61.6 mL/分/1.73m^2。腹部超音波検査では腎臓に異常を認めない。

最も考えられるのはどれか。

a　IgA 腎症
b　膜性腎症
c　多発性脳胞腎
d　微小変化型ネフローゼ症候群
e　特発性半月体形成性糸球体腎炎

同じように、**A23**（副甲状腺機能亢進症でみられる徴候）は **115A73** とほぼ同じ問題である。前回の正解率はおよそ 5 割であったが、今回の正解率は 90%以上であった。こういった問題を確実に正解することが、合格のための絶対条件である。

・出題数は 50 問前後と少ないが、**最も差がつくのがグループ 2 の問題(過去問にヒント)**である。過去問の問題文や細かい状況設定を読み飛ばしていたり、正解選択肢の内容しか覚えていなかったりすると、このグループ 2 の問題で大きく遅れを取ることになる。**正解率 70-85%という「最も差がつく問題」の多くがこのグループ 2 に含まれる。**

・例えば、**A10**（梅毒）では「TPHA が疾患活動性の指標にならない」という知識があれば正解できる問題であったが、過去問を見ると **113E49** で既に「治療効果判定に有用な検査」として RPR を選択させる問題がある。113E49 を解く際に、「TPHA は治療終了後も陽性が持続する」という知識を確認しておけば、A10 は全く悩まずに解けたであろう（本問の正解率は約 80%）。

★113E49

23 歳の男性。陰茎の潰瘍を主訴に来院した。

現病歴：1 週間前に陰茎に潰瘍が出現し、次第に拡大するため受診した。潰瘍部に疼痛はない。頻尿や排尿時痛もない。

既往歴：14 歳時に肺炎球菌性肺炎。アンピシリン/スルバクタム投与後に血圧低下と全身の皮疹を認めた。

生活歴：喫煙は 20 本/日を 3 年間。飲酒は機会飲酒。不特定多数の相手と性交渉がある。

現　症：意識は清明。身長 170 cm。体重 74 kg。体温 36.3°C。脈拍 80/分、整。血圧 128/68 mmHg。呼吸数 12/分。心音と呼吸音とに異常を認めない。腹部は平坦、軟で、肝・脾を触知しない。神経診察に異常を認めない。下腿に浮腫を認めない。陰茎に潰瘍を認める。

検査所見：赤沈 32 mm/1 時間。血液所見：赤血球 418 万、Hb 13.3 g/dL、Ht 42%、白血球 9,900（桿状核好中球 14%、分葉核好中球 66%、好酸球 2%、好塩基球 3%、単球 9%、リンパ球 6%）、血小板 20 万。血液生化学所見：総蛋白 7.6 g/dL、アルブミン 4.2 g/dL、尿素窒素 20 mg/dL、クレアチニン 1.0 mg/dL、Na 137 mEq/L、K 4.2 mEq/L、Cl 105 mEq/L。免疫血清学所見：CRP 3.2 mg/dL、抗 HIV 抗体スクリーニング検査陰性、尿中クラミジア抗原陰性、RPR 32 倍（基準 1 倍未満）、TPHA 80 倍未満（基準 80 倍未満）。

1 か月後にトレポネーマ抗体値の上昇を認めた。

今後の治療効果判定に最も有用な検査はどれか。

a　CRP
b　RPR
c　TPHA
d　赤　沈
e　白血球数

★118A10

梅毒で誤っているのはどれか。

a　TPHA は疾患活動性の指標となる。

b　他の性感染症の合併について検索する。

c　神経梅毒は感染からの期間を問わず起こる。

d　妊婦が未治療の場合、児の先天梅毒の原因となる。

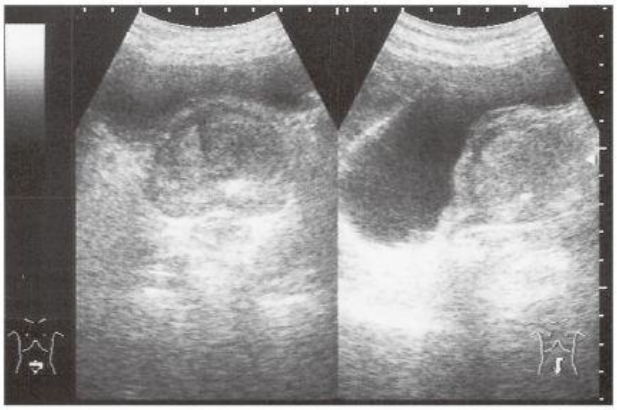
e　日本では 10 年前と比較して報告数が増加している。

・また、**D14** は前立腺癌の治療を問う問題であったが、**105I56** では逆に「前立腺肥大症の治療」を問う問題が出題されている。以下に問題を並べるが、選択肢はほぼ同一である。105I56 を解く際に、「正解以外の選択肢は何に対する治療だろうか？」という点を意識していれば、D14 を間違えることはなかっただろう（本問の正解率は約 50%）。

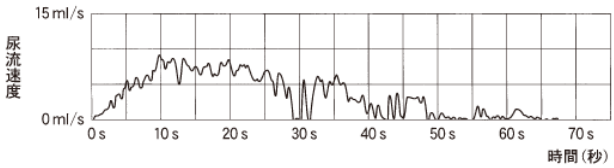
★105I56 問題文★

68 歳の男性。排尿困難と頻尿とを主訴に来院した。1 か月前から尿意切迫感と夜間頻尿とを認めた。既往歴と家族歴とに特記すべきことはない。身長 164 cm、体重 64 kg。脈拍 68/分、整。血圧 128/82 mmHg。腹部は平坦、軟で、肝・脾を触知しない。直腸指診で表面平滑で腫大した弾性硬の前立腺を触知し、圧痛を認めない。尿所見：蛋白（−）、糖（−）、沈渣に赤血球と白血球とを認めない。PSA 1.6 ng/mL（基準 4.0 以下）。国際前立腺症状スコア 14 点（軽症 0〜7 点、中等症 8〜19 点、重症 20〜35 点）。残尿量 30 mL。腹部超音波写真（A）と尿流測定の結果（B）とを別に示す。

対応として適切なのはどれか。



105KI056A



105KI056B

★118D14

前立腺癌に対する治療で適切なのはどれか。**3 つ選べ。**

a　精巣摘除術

b　放射線治療

c　α_1遮断薬投与

d　前立腺全摘除術

e　経尿道的前立腺切除術

・この 2 問を見れば明らかなように、「過去問の問題文と正解肢のペアを機械的に覚える」という勉強では、グループ 1 の問題は解けても、グループ 2 の問題を解き切ることは不可能である。この壁を超えるためには、過去問をいかに丁寧に解くか、という点を常に意識しなければならない。**具体的には、正解肢、不正解肢を含めて、すべての選択肢に対する漏れのない知識を身につけることが最も重要**である。
・特に国試直前期は、直近の過去問を何度も繰り返し解く受験生が多い。過去問に正解し続けることで、精神安定剤としての役割はあるかもしれない。しかしながら、頭を使わずに正解肢を選び続けるという作業の本質は、**半ば条件反射的に正解肢にマルをつけられるようになっているだけ**であり、実際の国試で本問のような「捻った」問題が出題されたときに足をすくわれることになる。**問題文の細かい部分や、不正解選択肢の中に、次回以降の出題のヒントが隠されている**ことを肝に銘じて、1 問 1 問を丁寧に解くことを意識してほしいと強く願う。
・グループ 3 の問題は、上で示したように、「正答率 85%以上＝落ち着いて考えれば解ける問題」がおよそ半数である一方で、「正答率 70%未満＝確信を持って正解を選べない問題や、初見の難問」も 30 問程度あった。しかし、このような問題は全体から見るとごく少数であり、かつ、これらの問題が合否を分ける問題には決してなり得ない。前述の通り、受験生のレベルが高いレベルで平均化されているため、「初見の問題は、受験生のほぼ全員にとっても初見なので、解答がバラつき、かえって受験生の間で差がつかない」というアンビバレントな状況を生んでいる。落ち着いて考えれば解ける問題をしっかり確保し、それ以外は「正解できれば御の字」という姿勢で問題に向かえば十分だろう。

【禁忌】
・全体として、過去問と明らかに異なる禁忌肢の出題は少なく、多くは過去に繰り返し強調され対策されてきた内容であった。
・もちろん、一般臨床のボーダーが上昇することが予想されるので、**禁忌肢判定を厳しくし、いわゆる「禁忌落ち」を増やすことも全く無いとは言えないが、選択肢を全体的に俯瞰するに、可能性は現時点では低い**と考えている。

【英語問題】
・英語の問題は数問程度であり、一部正答率が低い問題もあったものの、英語で出題されたことが理由ではなかった（単に問題自体が難しかった）。あくまで医師国家試験は医学知識を問う試験であり、医学知識を構成するひとつの要素として「医学英語」が含まれている、と考えるべきだろう。過去問を中心に頻出の語彙を確認すれば十分だろうと思われる。

【今後の展望】

・医師国家試験が 2 日間（計 400 問）になったのは第 112 回以降であるが、それ以降、一般臨床のボーダーラインの得点率は上がり続けている。これまでの医師国家試験は、問題の難易度を上げたり、これまで出題されていないトピックの問題を出題したりして、ボーダーラインが上がりすぎないように調整しようと試みてきたように思われる。しかし、第 118 回においては、そのような出題は大きく減った。これには 2 つの背景があると考えられる。

・一つ目として、医師国家試験の枠組みにおいて、医学生に出題できる知識、適切な難易度の問題が底を尽きている（つまりネタ切れ）。しかし、出題委員の立場に立ってみると、毎年 400 問もの「適切な難易度の問題」を作成しなければならない、と考えると、底が尽きるのも当然かもしれない。特に、臨床問題において、医学生に問うことができるオーソドックスなシナリオをこれ以上新たに作ることは至難とさえ言える。つまり、**よほど奇をてらった出題をしない限り、過去問で問われた題材や、見た目は違うが問うていることは同じ、という問題の割合が増えるのはやむを得ない**とも言える。

・もちろん、**F68**（抗菌薬の de-escalation 先と投与量の決定）のように、研修医を見据えた臨床的なマネジメントを要する問題も出題されており、これらは過去の国試ではあまり見られなかった意欲的な問題だが、全体の問題数からみるとごくわずかである。また、医師国家試験の特性上、正解を 1 つに確定させなければならない（実臨床のように「方針 A も方針 B もどちらも妥当である」という状況が許されない）ため、作問の幅もそれほど大きくはできないだろう。

・二つ目の理由として、最初にも述べた通り、出題者に「**過去問の類題、プール問題を中心に国家試験の問題を構成した場合、全体の正答率がどの程度になるか、さらに選抜試験として適切に機能するかを把握したい**」という意図があったのではないか。これは、いずれ**医師国家試験が CBT 化していく、という布石**なのではないか、とさえ思わされる。なぜならば、プール問題を中心とした問題構成であったとしても、学力試験として十分に機能することが分かれば、仮に CBT 化を行ったとしても適切な選抜を行えることを意味するからである。

・もちろん、過去の医師国家試験も、全くの新出問題ではほとんど差がつかず、**プール問題や過去問の類題をどれだけ正確に解けたか、という点が合否の分水嶺ではあったのだが、第 118 回のセットはそれがより顕著、露骨**であった。積み上げてきた学習量がそのまま得点に直結する試験であり、「番狂わせ」はほとんど起きないのではないだろうか。

・一方で、今後、完全に医師国家試験がプール問題化、CBT 化された場合、現代の受験生のレベルを考えると、80%や 90%の得点が当たり前になるかもしれない。しかし、ボーダーラインがあまりに高くなりすぎるのは、出題者としても本望ではないだろう。今回の試験の受験データをもとに、さらに分析が進められていくことと思われる。