

医学生共用試験CBT出題基準（令和7年度版）（案）に対するコメント及び回答

大学	コアカリ分野	コメント	回答
A大学	CBTに関して（全般）	1点質問ですが、現在臨床実習前CBTにおいて、動画・音声を採用する予定はありますでしょうか？もしあるようであれば、「診療技能と患者ケア」のうち、音声・動画で判断するものとして残してはどうかと考えます。またOSCEでは技術を示すことができても、その所見が正しく判断できているかまで評価できないと思います。いわゆるQ問題の何かの疾患での判断というものもあるかと思いますが、その点で検討してもよいかと考え、ご連絡しました。ご検討いただければ幸いです。	動画や音声のCBTへの導入については厚生労働省科学研究で数年にわたって研究されており、ある程度の成果が報告されています。しかし、会員大学の実施時期が異なる共用試験CBTへの導入にはもう少し時間がかかると考えます。タイプQの臨床推論での診察手法を動画・音声で問うことは重要と考えますが、次の改定時に動画や音声のCBT導入が可能であれば、『CBT出題基準』の適切な分野に適切な文言で加えるのが良いと考えています。
B大学	C-3-1)-(1)-①	テグメントタンパク質は、ヘルペスウイルス科のウイルス特異的な構造タンパク質であり、ウイルス共通の基本構造ではありません。従って、テグメントタンパク質は、文章から省いた方が宜しいと思います。	ウイルス間の違いも含め、ウイルス構造に関する事項を習得する目標として、次のように修正しました。 「各種ウイルスの基本構造を図示でき、ヌクレオカプシド（カプシド）、テグメント、マトリクス、エンベロープ、スパイクの局在と機能を説明できる。」
	C-3-1)-(1)-②	（DNA/RNA、一本鎖/二本鎖、+鎖/－鎖および分節）の文章ですが、以下の文のように分節の有無の方がわかりやすいと思われます。「ゲノム核酸（DNA/RNA、一本鎖/二本鎖、+鎖/－鎖、および分節の有無）、カプシド対称性およびビリオン形態にもとづくウイルスの分類を説明できる。」	次のように修正しました。 「ゲノム核酸（DNA/RNA、一本鎖/二本鎖、+鎖/－鎖、および分節の有無）、カプシド対称性およびビリオン形態にもとづくウイルスの分類を説明できる。」
	C-3-1)-(2)-①	本説明文では、ヘルペスウイルス科のウイルスであるサイトメガロウイルス（cytomegalovirus<CMV>）、Epstein-Barr<EB>ウイルスはウイルス名で書かれており、他のウイルスもウイルス名で列記されています。ヒトヘルペスウイルスはウイルス名ではなく、ウイルスの総称です。	総称であるヒトヘルペスウイルスは削除し、次のように修正しました。 「主なDNA ウイルス[HSV-1/2、Varicella-zoster<VZ>ウイルス、サイトメガロウイルス（cytomegalovirus<CMV>）、Epstein-Barr<EB>ウイルス、アデノウイルス、パルボウイルスB19、B型肝炎ウイルス、ヒトパピローマウイルス]とそれらが引き起こす疾患を列挙し概説できる。」
	C-3-1)-(2)-③	HIV はHIV-1 及びHIV-2 があります。世界的に流行しているのはHIV-1 であり（世界の感染者の99%以上がHIV-1）であります。また、HIV-2 は西アフリカの各国が中心に流行しております（感染者数は約100～200 万人程度）。ただし、我が国のHIV スクリーニング検査では、HIV-1 抗原とHIV-1/2 抗体の同時スクリーニング検査法が標準となっておりますので医学部学生もHIV-2 の知識を持つ必要があると思われます。また、HIV 以外のヒトレトロウイルスである HTLV-1（Human T-cell leukemia virus type1）含めていない点でも不十分であると思われます。その理由ですが、CBT 出題基準 D-1 血液系 D-1-4-(4)-④ には「成人T 細胞白血病の概説ができる」と明記されています。従って、成人T 細胞白血病（ATL）を理解するためには、原因ウイルスである HTLV-1 の特性・ゲノム構造・主要タンパクの機能の理解が必須であると思われます。従って、本到達目標に HTLV-1 を含める必要があると思われます。	個々のレトロウイルスの特性やゲノム構造を説明できるところまでは求めていないので、「など」を追加して次のように修正しました。 「レトロウイルス[ヒト免疫不全ウイルス（human immunodeficiency virus<HIV>など）の特性と一般ゲノム構造を説明し、分類できる。」
	C-3-1)-(6)-①	抗ウイルス微生物作用という用語は専門分野で使われておらず、抗微生物作用であれば、細菌、ウイルス、真菌等の微生物全般に対する作用を指す用語になるので、この場合、抗微生物作用における細胞性免疫と液性免疫（抗体）を説明できる」が正しいと思います。	抗微生物作用は抗ウイルス作用も含むので次のように修正しました。 「抗微生物作用における細胞性免疫と液性免疫（抗体）を説明できる。」
C大学	A-7-1)-⑤	DHEATについては不要と判断されているものと理解いたします。	DHEATは「等」に含まれているとご理解ください。作問可能です。
	A-7-2)-③	本邦の果たす役割についての記載があってもよいかと愚考します。	「国際協力」には「本邦の果たす役割」も含まれていると考えています。）
	B-1-5)-③	もう少し記載内容に具体性があってもよいかと感じます。（法制と施策）	『CBT出題基準』では、栄養・食生活と食育を別立てにしました。法制や施策を含む食育に関する内容を出題していただけてと考えています。
	B-1-6)-⑤	今後は医療機関との連携のありかたについても含まれてくるでしょうか。	出題内容としては医療機関との連携も含まれますが、共用試験CBTですので、産業保健の基本的事項が中心と考えています。
	B-1-6)-⑥	本項目でなくてもよいですが健康寿命に関する記載があってもよいと感じます。	健康寿命はB-1-4)-③で扱っています。

大学	コアカリ分野	コメント	回答
C大学	B-1-8)-(⑨	紅麹問題も踏まえて内容の充実が望まれると考えます。	「食にまつわる健康危機管理」になかに入っていると考えています。
	C-3-1)-(6)-(③	ワクチンの種類について、列挙して限定している状況ですが、今後開発される、新たなワクチンは含める必要はないでしょうか。	今回の『CBT出題基準』は絶対的なものではなく、数年ごとに見直すことになっています。今後開発されてくる新たなワクチンについてはその時点で加えるかどうかを検討します。
	C-3-2)-(3)-(③	ヘルパーT細胞に、Tfh（濾胞性ヘルパーT細胞）を追加する必要はないでしょうか。	以下のように修正しました。 「ヘルパーT細胞(Th1 cell、Th2 cell、Th17 cellおよびTfh cell)、細胞傷害性T細胞および制御性T細胞それぞれが担当する生体防御反応について説明できる。」
	D-1-4)-(2)	出血傾向それ自体の病態理解に関する項目については不要でしょうか。	「①出血傾向の病態と診断を概説できる。」を加え、①～⑩を順送りました。
	D-2-4)-(1)	「脳・脊髄血管障害」と記載していますが、脊髄血管障害に関しての項目がありません。脊髄関連の項目があった方が良いのではないのでしょうか？	以下のように「中見出し」を修正しました。 「D-2-4)-(1)脳血管障害」
	D-2-4)-(4)	びまん性軸索損傷に関する概説も記入すべきと考えます。	専門的疾患と考えます。モデル・コア・カリキュラム、医師国家試験出題基準にも記載がありません。
	D-2-4)-(4)-(⑤ 1群-D-2神経系	急性硬膜下血腫と慢性硬膜下血腫は病態も機序も全く異なる疾患であり、硬膜下血腫（急性と慢性）とまとめるべきではないと考える。	モデル・コア・カリキュラムの記載に準じて記載しています。
	D-2-4)-(6)-(①	重症筋無力症は神経筋接合部の異常で起こる疾患であり、筋疾患としてまとめられていることに違和感があります。項目を筋疾患・神経筋接合部とするのはいかがででしょうか？	モデル・コア・カリキュラムの記載に準じて記載しています。
	D-3-4)-(3)-(①	血管炎の分類で大・中・小血管炎の理解についての記載は不要でしょうか。	以下の文を挿入して、その後の項目を順送りにしました。 「D-3-4)-(3)-①血管炎の皮膚症状を網羅血管レベル（大・中・小血管炎）で概説できる。」
	D-6-4)-(4)-(④	肺高血圧症（原発性と二次性）を概説できる。⇒現在“原発性”とは言わなくなっております。肺動脈性肺高血圧症を扱うのであれば『特発性と各種疾患に伴う肺動脈性肺高血圧』にするか、肺高血圧症を扱うのであれば『肺動脈性肺高血圧症とその他の原因にともなう肺高血圧症』とするなどしてはいかがででしょうか。	以下のように修正しました。 「肺動脈性肺高血圧症とその他の原因にともなう肺高血圧症を概説できる。」
	D-10-4)	胎盤の腫瘍性疾患について、「E-3腫瘍にまとめた」の記載は不要でしょうか。	D-10-4)の最終項に＜腫瘍は「E-3 腫瘍」にまとめた。＞を挿入しました。
	E-3-6)-(1)-(①	「治療法を説明できる」を追加してもよいのではないのでしょうか？	治療法は特殊な例を除いて記載しない方向です。
	E-4-3)-(6)	花粉症やハウスダストなど、吸入誘発性アレルギーについては不要でしょうか。	・花粉症は吸入よりも接触の要素が強いかと考えます。また、患者数としては多いものの病棟実習において主訴・入院理由となるケースは少なく、CBTでの優先度は低いと考えています。 ・ハウスダストの吸入によるアレルギーについては「D-6-4)-(3)-②気管支喘息」にまとめております。
	E-8	骨粗鬆症に関する項目は不要でしょうか。	骨粗鬆症はD-4-4)-(1)-(⑤に記載しているので、E-8では削除しました。
	P.44 D-6 呼吸器系	誤：急性呼吸窮（促）窮迫症候群（ARDS） 正：急性呼吸窮（促）迫症候群（ARDS）	「急性呼吸窮（促）迫症候群（ARDS）」に修正しました。
	P.60 腹痛	誤：鼠経ヘルニア 正：鼠径ヘルニア	「鼠径ヘルニア」に修正しました。
	P.60 腹痛	炎症性腸疾患を加える必要はないか検討ください。	抜けていましたので、「腹痛」項に追加しました。R4コアカリは空欄、クラス分類はⅡ群、タイプM疾患は空欄となります。

大学	コアカリ分野	コメント	回答
D大学		<p>文部科学省委託所業「医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂の調査・研究」に携わり、疾患・症候名を含む別表作成を担当した立場からです。指針（案）のp57～64の「2. 症候をきたす疾患の一覧表」についてです。今回の指針（案）の一覧表にある『R4コアカリ』の欄は、コアカリR4改訂版の別表5『主要症候』の各症候にリストアップされている疾患に基づき○が付与されたと推察致します。一方、コアカリR4改訂版の別表1「疾患」には、約700の疾患を器官別にリストアップしておりますが、ここには、指針（案）の表2でコアカリ欄に○が付いていない疾患もリストアップされています。実際、指針（案）表2の全ての疾患が記載されています。この指針（案）表2だけを見ると、R4コアカリ欄に○がない疾患は、「コアカリに記載がない疾患」との誤解釈をしてしまう恐れがあると感じています。</p> <p>従いまして、この表2に、※「R4コアカリの欄の○は、コアカリR4改訂版の別表5『主要症候』にリストアップされている疾患のみに付けている」※「R4コアカリ改訂版の別表1『疾患』には、○が付いていない疾患も全てリストアップされている」等の追加記載（≒注記）をつけていただければと思います。あるいは、コアカリ欄に全て○を付記していただいても良いのではと思います。大変恐縮ですが、以上についてご検討いただけますと幸いです。よろしくお願い申し上げます。</p>	<p>説明不足でしたので、以下のように追加記載しました。</p> <p>「R4コアカリの欄の○は、コアカリR4改訂版の別表5『主要症候』にリストアップされている疾患のみに付けている」</p>
E大学		<p>Aプロフェッショナルリズムの項に、近年のインフォームド・コンセントの考え方、すなわちシェアード・ディシジョン・メイキング（SDM）、あるいはAdvanced Care Planning（ACP、人生会議）など、医療チームと患者・家族との情報共有と合意形成のプロセスに関する項目がないことに違和感があります。「緩和ケア」や「人の死」の項にACPが含まれてはいますが、「人生の最終段階における治療の差し控え」に限局した内容で、例えば「治療方針の選択におけるチームと患者家族とのSDM」のような、より実践的・普遍的な問題には対応していない印象です。この分野は、他職種学部教育に比べて医学部教育プログラムがやや不得手としている領域でもあり、今回の改正が再考の機会になればと思います。</p>	<p>今回の出題基準の策定にあたっては、H28版ならびにR4改訂版のコアカリを参照しており、その結果として近年の考え方が含まれていないのは致し方ないと考えています。ただし、基準では具体例をあげる際に「等」と追記しておりますので、SDMの考え方についての作問も排除されているわけではありません。</p>
F大学		<p>医学教育モデル・コア・カリキュラムを「モデル・コア」と省略して文中に多く記載されています。その際、あるところではR4版、あるところではH28版の文脈で使用されているように思われ、読み手にとって若干負担になっていないかと思いました。可能な限りR4、H28などを付記してはいかがでしょうか。</p>	<p>歴史を記載していますので、当時の文献の文章をそのまま使用しています。「モデル・コア」は文章の初めで〔以下「モデル・コア」〕としていますが、修正が必要な個所は「モデル・コア・カリキュラム」に修正しました。令和4年度版と平成28年度版の明示については個々の分野で記載していますので、それでご理解ください。</p>
	前文	<p>1 ページ目11行目：“学修目標がアウトカム（「理解ですることができる」の文言となり、知識の深さを連想することが不可能）として記載された。”の部分ですが、R4コアカリでは基本的に「理解している」という表記としていることなどから、次のような文ではいかがでしょうか。</p> <p>☆ “学修目標が「理解している」の文言となり、臨床実習前の知識の深さを連想することが難しい記載となった。”</p> <p>2ページ目の“1.プロフェッショナルリズムの記載においてこれら目標はCBTではなく、OSCEで評価することを提言する”とされている部分について、態度面の多彩な評価が求められている現状から「OSCE等」と表現されてはいかがでしょうか。</p>	<p>「理解している」に変更しました。</p> <p>「OSCE等」に変更しました。</p>

大学	コアカリ分野	コメント	回答
F大学	前文	4ページ8行目：厚労科研研究班からの引用について、正確に記載しておくほうがよいと感じました。研究名は「ICTを活用した卒前・卒後のシームレスな医学教育の支援方策の策定のための研究」だったと思います。不確かですが、A群、B群ではなくレベルA、レベルB・・・だったように記憶しております。私は当事者ではありませんので、具体的に伴信太郎先生にお聞きになっていただくとありがたく存じます。	「ICTを活用した卒前・卒後のシームレスな医学教育の支援方策の策定のための研究 分担研究：医師国家試験出題基準の改定に向けた提言のための研究 研究代表者 門田守人、研究分担者 伴信太郎」に修正しました。また、報告書にしたい「レベル〇」に修正しました。伴先生も確認していただきました。
	付表・参考資料	付表・参考資料の2.「症候をきたす疾患」の一覧表（57ページから63ページ）にR4コアカリの列をお作りいただいてありがとうございます。R4コアカリとH28コアカリとの対応がとれていることを示すことは学修者にとっても重要です。ただ、R4コアカリの病名に一部しか〇がついていないことが何故なのか大変不思議です。 ◇例えば57ページの上から5つを見ますと、“亜急性甲状腺炎”“悪性リンパ腫”“潰瘍性大腸炎”“急性腎盂腎炎”“急性虫垂炎”に〇が付されていませんが、このようなベーシックな疾患はR4コアカリの別表1に当然ながら掲載されています。後者3つは●を付した基本病名ですらあり、国試各論のa,b,c分類とも整合をとっています。この記載が大きな誤解をよびかねませんので、R4コアカリの列をR4コアカリ表1に従って修正するか、もしくはR4コアカリの列を削除するかのいずれかを強く希望します。	説明不足でしたので、「R4コアカリの欄の〇は、コアカリR4改訂版の別表5『主要症候』にリストアップされている疾患のみにつけている」を追加記載しました。
		僭越ながら、この付表・参考資料の2.はタイプMで疾患名を問う場合を想定した表ではないかと想像します。そのことから以下の2点をご提案いたします。 ◇付表・参考資料の2.からR4コアカリの列を削除する。 ◇そのかわりに付表・参考資料の1.にR4コアカリ病名との対応欄を作成する。新たな付表・参考資料の1.の対応欄については、R4コアカリで知識チームのリーダーを務めていた小松弘幸先生（宮崎大学）が対応可能だと思います。	宮崎大学の小松弘幸教授にも確認していただきました。
H大学	認知症（D-2とD-15）	D-2 神経系（P.42では、Alzheimer型認知症、Lewy小体型認知症、脳血管性認知症、を別々に記載しているが、D-15 精神系（P.47）では、「認知症」のみの記載となっており、整合性がとれないような気がする。いずれも、D-15もD-2と同様に別々に記載すべきではないか。	神経と精神科では異なることを出題しますので、変更はいたしません。
	副腎不全（D-12-4）-(4)-(③)	副腎不全はⅡ群に入っていますが、プライマリーケアの対応が重要なので、Ⅰ群のD-12が妥当と思います。	臨床実習前の知識としては「概説できる」レベルで十分と考えます。
	くる病・骨軟化症	くる病・骨軟化症は、中高年の医師には知られていませんが、軽度のもを含めると高頻度に見られ、希少疾患ではありません。疾患群に含まれていないと思われませんが、Ⅱ群のD-4に含まれるべきだと思います。	D-12-4)に「D-12-4）-(8)-(②) くる病・骨軟化症を概説できる。」を追加して、てクラス分類はⅡ群にしました。
	クラス分類	軽微な事務的な誤りですが、Ⅰ群D-13にあるべき屈折異常がD12に入っています。	修正しました。
I大学	12頁	C-3-1)-(2)以降でモデルコアカリキュラムと項目番号が変わっています。C-3-1)-(6)の新たな項目立ては許容できますが、元々ある内容の番号を変えるべきではないと感じます。	項目内容を全面的に見直した関係上、番号に変更があったり、欠番や追加が生じたりしました。更なる下位レベルの枝番がついたり、欠番があったりする方が見難くなってしまうため、番号を付け直しております。モデル・コア・カリキュラムとは内容の変更もありますので、項目番号ではなく記された『CBT出題基準』に従った作問をお願いします。
	15頁	モデルコアカリキュラムC-5-2)とC-5-3)をまとめてその後の番号が変わるのも違和感があります。	
	33頁	E-3-1)を新たに項目立てしなくてもE-3-2)と併せてその後の項目番号がモデルコアカリキュラムの番号に合致するようにした方が混乱が少ないと思います。E-3-6)は全く新しい項目立てなので、こちらの追加には違和感はありません。	考えますが、今回設定したのは『CBT出題基準』であり、新規にモデル・コア・カリキュラムを作成したわけではありません。項目立ては従来のモデル・コア・カリキュラムに準拠（全て同じではない）しています。
	6頁（A-6-1)-(①)	A-6-1)-④ 「他職種」→「多職種」ではないでしょうか？	修正しました。

大学	コアカリ分野	コメント	回答
I大学	7頁	B-1の項目が細分化され項目数が多過ぎ。一方、B-4は簡略化されすぎていてバランスが悪いと感じました。	B-1については、多岐に亘る公衆衛生の内容について、偏りが生じないように、また作問しやすいように、多くの具体的項目を列挙しました。B-4については、H28モデル・コア・カリキュラムのB-4にある国際保健はA-7-2)-①、SDHはB-1-6)-③、在宅医療及び多職種連携はB-1-7)-⑧、F-2-15)-①、同②などと重複するため、そちらからの出題としてB-4には含みませんでした。一方、患者・家族の文化的背景や病人役割に関する内容は、臨床実習で実際の患者・家族を見ての学修が望ましいと考えて記載の内容にとどめました。
	42～57頁	42頁からのクラス分類別疾患・症候群の一覧表、57頁からの「症候をきたす疾患」の一覧表は作問の際に役立つと思います。	ありがとうございます。