

共用試験実施評価機構の発足^{*1}

奈良 信雄^{*2}

はじめに

医学教育でとりわけ重要なものの1つが臨床実習である。

臨床実習を効果的かつ安全に行うには、医学生が十分な態度・知識・技能を有しておくことが前提となる。そこで、医学生が臨床実習を開始する前に最低限習得しておくべき知識・技能・態度について学習到達度を評価し、その後の臨床実習の質を高めることを目的とした全国共用試験(CBT, OSCE)の試験的運用(トライアル)が2002年から開始された。これまで合計4回のトライアルを経て、正式実施が2005年12月から実施されることになった。

共用試験は全国の医科大学・医学部がこぞって参加し、医学教育の質を担保することを社会に示す意義もある。共用試験を公正かつ円滑に実施するために、2002年4月に共用試験実施機構が設立され、さらに準備期間を経て2005年3月14日に社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構が発足した。本稿ではこれまでの経緯を概説する。

1. 医学・歯学教育改革の潮流

21世紀を迎え、医学教育は大きなうねりをもって改革が進められることになった。

分子生物学や情報科学などの進歩を導入し、医学は急速な発展を遂げた。その結果、悪性腫瘍や免疫異常症など難治性疾患に対して病態解明が進み、治療成績は飛躍的に向上した。しかし、その反面、少子高齢化社会の到来、生活習慣病の増

加、医療経済の逼迫など、医療は新たな課題に直面することになった。

こうした状況において、現代の医師に求められるのは、高度の最先端医療を実践しつつも、幅広い臨床能力を有し、社会のニーズに対応したプライマリ・ケアを十二分に実行できることであろう。この要請に応じるべく、医学部教育は、旧来の学体系に沿った系別講義、見学型臨床実習から、基礎・臨床医学を融合した統合型講義、診療参加型臨床実習へと大きく転換することとなった。特に学生自身が問題点を見つけ、自ら解決できる能力を育てることに力点が置かれる点に特徴がある。また、多様性があり、選択性のカリキュラムも推進される(図1)。

医学教育改革で特に重視されるのが、臨床実習の充実である。どちらかと言えば、従来の教育では、先輩医師の診療態度・技術を垣間見て、受動的に修得していた。もちろん、こうした教育も十分な実績を上げてはきた。しかし、複雑化し、多様化した現代医療に的確に対応するには、医学生がより積極的に学習する姿勢が必要になる。診療参加型臨床実習に力点が置かれるのも、当然の成り行きと言えよう。

2. 医学教育モデル・コア・カリキュラムの策定と導入

いくら臨床実習を充実させるとはいえ、十分なカリキュラムが策定され、医学生として備えておくべき態度、知識、技能が担保されなければ、効果を上げることはできない。それどころか、医療スタッフや患者とトラブルを起こす危険性すら孕む。

従来、医学部教育は個々の大学に委ねられ、全国的なコンセンサスがないうまま、大学別に、また教員個々によって独自のカリキュラムで教育が行われてきた。大学としての自主性を重んじる立場

^{*1} The Establishment of Common Achievement Test Organization (CATO)

キーワード：共用試験実施評価機構

^{*2} Nobuo NARA 東京医科歯科大学歯学教育システム研究センター

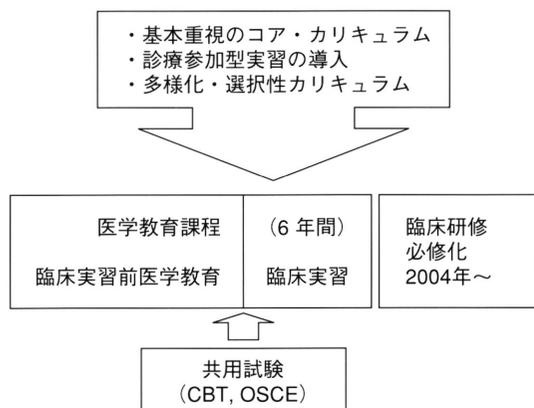


図1 医学教育と共用試験

からすれば、カリキュラムが大学個々に異なるのはむしろ当然であり、歓迎すべきとの意見もあろう。しかし、他学部と異なり、医学部ではほとんどが臨床医になる学生を教育する。言うなれば、職業人としての医師を育てる教育としての意味合いが強い。となれば、全国の医学生すべてが履修しておくべき最低限の要件についての教育は、担保しておかねばなるまい。

こうして、医学生が学部在籍中に学ぶべき事項を明示した「医学教育モデル・コア・カリキュラム」が2001年3月に提示された¹⁾。2005年のアンケート調査によれば、全国80の医科大学・医学部でモデル・コア・カリキュラムが教育カリキュラムに導入されている²⁾。

3. 共用試験トライアル

カリキュラム策定後に行うべきことは、臨床実習を開始する前に、医学生がモデル・コア・カリキュラムに呈示されている必須項目について十分に学習し、設定された目標に到達しているかどうかを判定することである。そこで、全国共用試験としてCBT (computer-based testing) ならびにOSCE (objective structured clinical examination) が行われることになった。CBTでは主として知識を、OSCEでは技能・態度を評価する。

こうした全国規模の試験は他学部に関係のない大がかりな事業であり、多大なる人的資源並びに経費を必要とする。したがって、全国医科大学・医学部の総意・協力のもとで推進されることとな

った。2002年4月に医学教育振興財団と全国医学部長病院長会議が協力して共用試験実施機構が設立され、事務局が全国医学部長病院長会議事務局内に置かれた。共用試験実施機構には、運営委員会が設置され、全国医科大学・医学部から選出された委員で構成されるCBT委員会、OSCE委員会にて問題作成、問題評価などが検討されることとなった。同時に、東京医科歯科大学に、カリキュラムの開発研究や共用試験の実施をサポートするための全国共同利用施設としての医歯学教育システム研究センターが設置された。

なお、2004年度には共用試験実施機構の組織が改編され、運営委員会の下に共用試験委員会が置かれ、その下に共用試験実施委員会 (CBT・OSCE各実施小委員会) と共用試験事後評価委員会 (CBT・OSCE各事後評価委員会) が置かれた。

全国医科大学・医学部の協力のもとで、共用試験実施機構、医歯学教育システム研究センターが中心となって、2002年2～7月にCBT第1回トライアルが、2002年1月～6月にOSCE第1回トライアルが実施された。その後、第2回トライアルが2002～2003年、第3回トライアルが2003～2004年、最終トライアルが2004～2005年に施行され、第1回の正式実施が2005～2006年に開始されることとなった。

2003年4月30日には、共用試験の正式実施業務を円滑に行うために任意団体としての共用試験実施機構を社団法人化することに決定し、2003年5月16日の全国医学部長病院長会議で共用試験実施機構の社団法人化が了承された。運営委員会内に法人化準備検討ワーキングチームが発足し、準備作業が行われ、2005年3月14日に社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構の設立が文部科学大臣から認可され、発足した。2005年4月に事務局が設置され、財団法人医学教育振興財団、全国医学部長病院長会議とも協力関係の中で共用試験の運営を行うこととなった。

4. 共用試験 CBT 実施体制 (図2)

CBTの実施方法では、全国医科大学・医学部の教員に問題作成を依頼し、各大学から寄せられ

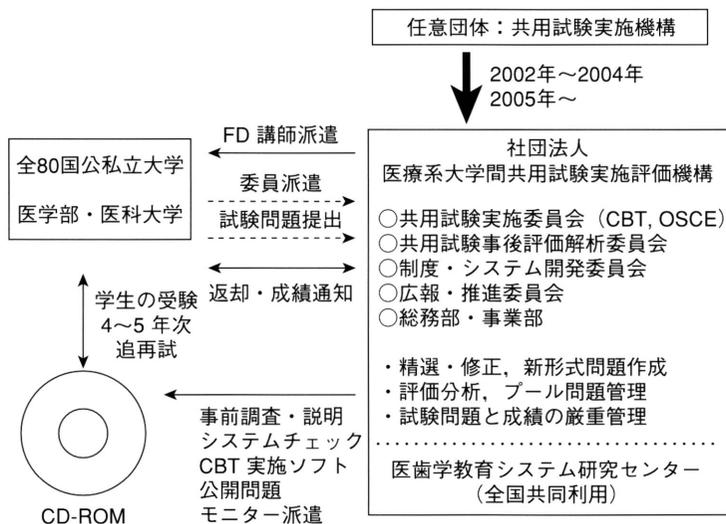


図2 共用試験 CBT 問題作成・実施・成績返却の流れ

た問題を精選し、ブラッシュアップして、学習到達度を評価するのに相応しい問題を出题することになった。CBT という特性から、学生個人に違った問題を出题することができ、かつ時期を違えても同じ難易度での試験が可能である。具体的には、共用試験実施評価機構に設置されたサーバーに試験問題が集積され、このサーバーから各大学の試験会場サーバーに試験問題が送付される。そして試験会場サーバーから、医学生個々に試験問題が提示され、受験者は各自のパソコン端末上で問題を解き、解答を端末に入力する。受験生の解答は試験会場サーバーを経由して中央サーバーに送られ、採点され、結果が返送される。

試験の内容は、基礎医学で習得した事項を土台にし、臨床医学へと直結した内容を問うことに重点を置いている。基礎医学からの出題については臨床に密接な関係があるものを出题している。臨床医学からの出題も、純然たる臨床医学に関する知識だけでなく、背景にある基礎医学を理解しているかどうかを問う問題を用意している。すなわち、基礎臨床統合型の問題が中心になっている。さらに、生命倫理や、社会医学の内容に関する問題も出题される。

CBT の性格上、知識を問う、いわゆる「想起型」の問題が多いが、知識だけにとどまらず、臨床推論や問題解決能力を問う問題も数多く出題さ

れる。CBT のシステムはアメリカの国家試験 Step1 に近い点があるが、わが国独自のシステムとして、医療面接や身体診察から病態生理を質問する 4 連問形式を採用している。

5. 共用試験正式実施

共用試験の正式実施は、2005 年 12 月から 2006 年 3 月と、2006 年 6 月から 9 月の 2 期に分かれて実施される。各大学によって臨床実習カリキュラムが異なっており、4 月から臨床実習を始める大学では前期に、10 月から臨床実習を始める大学では後期に試験が受けられるようにしている。試験の結果は速やかに各大学へ返送され、各試験期間中に追・再試験が可能になっている。共用試験の成績に基づき、各大学が医学生の臨床実習へ進んでよいか否かの判断が下される。

CBT 試験の内容は、受験生あたり 320 題が出题され、6 ブロックに分かれて 1 ブロックあたり 1 時間ずつで試験が行われる。出題範囲は、モデル・コア・カリキュラムの全領域である。

試験の形式は、5 肢択一のいわゆるタイプ A 問題、多肢から選択するタイプ R 問題、さらに 4 連問形式からなる。4 連問形式はわが国独自の試験システムで、患者が実際に診療に訪れた場面を想定し、医療面接、診察、検査、そして病態生理が順次問われるものである。この形式は、学生

が臨床の場面で十分に思考を凝らし、問題解決を進めるのに沿っている。医師・歯科医師にとって不可欠な臨床推論、問題解決能力を滋養するのに有用と考えられる。

OSCEの学習・評価項目は原則として「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目（正式実施第1版）」に準拠し、共通の標準6ステーションで実施される³⁾。共通の標準ステーションについては、共通課題・共通評価マニュアル・共通評価表（評価シート）が使用される。評価に当たっては、評価者認定講習会および評価者養成ワークショップ修了認定証を受けた評価者と実施状況調査のための外部モニターが参加し、公正な試験が実施される。

おわりに

以上のように、モデル・コア・カリキュラムの

導入、共用試験の実施など、医学教育改革は急ピッチで進められている。医療の質を担保し、なおかつ医学の発展を推進して社会のニーズに応えるには、全国医科大学・医学部の協力がこれからも欠かせない。

文 献

- 1) 医学における教育プログラム研究・開発事業委員会。医学教育モデル・コア・カリキュラム。2001年3月。
- 2) 医学教育学会共用試験委員会：共用試験 CBT 実施に関する全国アンケート調査報告。医学教育 2006; 37: 3-7。
- 3) 社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構，医歯学教育システム研究センター：臨床実習開始前の共用試験第3版。2005年9月。