

医学教育ニュース (第 50 号)

特集:男女共同参画

平成 29 年 2 月 21 日 発行

編集 久留米大学医学部教務委員会 広報活動委員会

「共用試験 CBT について」

共用試験 CBT 委員長 中村 桂一郎 (解剖学(顕微解剖・生体形成)講座 教授)

昨年最後の教授会で嬉しいニュースが飛び込んできました。予備校主催の全国規模共用試験 CBT 模試を 4 年生ほぼ全員が自主的に受験し、すばらしい成績を上げたというのです。医学図書館を覗いても、皆よく勉強していることがわかります。そうして年が明けて 1 月 6 日 (金) に本試験が行われました。残念ながら全員一発合格とはいかず、一ヶ月後に再試験が行われました。間もなく結果がわかります。全員合格となることを期待して止みません。

さて、共用試験 CBT は、PC 画面上で行われることから CBT (computer based test) という名称で呼ばれ、受験者は、ほぼ一日かけて、一人ひとり異なる設問から構成される個別の問題セットに回答します。2002 年に試行が開始され、2006 年より本格実施されています。文部科学省が打ち出した医学教育改革施策の一つであり、知識・技能・態度と、しかるべき能力と資質を備えた医師を育てることを目的とする、医師国試に準じた試験です。全国の医学生を対象としており、OSCE では技能を、CBT では知識を問い、学習到達度を確認します。基準の点数を満たせば student doctor という公の称号が付与され、患者さんを対象とした臨床実習に参加する資格が認められます。逆にいうと、合格しなければ臨床実習に参加できない、つまり、留年とならざるを得ないのです。

このように、全国の医学生が臨床実習の参加資格として合格することが義務づけられているものの、全国一斉に実施されるのではなく、臨床実習開始前に大学毎におこなわれます。そのため、試験の厳正さに格別の配慮が要求され、試験実施時には機構からモニターが派遣されます。また、手間を掛けて試験問題を洗練し、出題方法に様々な工夫がなされています。成績評価は素点 (正答問題数) ではなく IRT (item response theory) という指標が使われます。IRT 値は、異なる日程で実施された試験であっても、同等の精度で学習到達度を測ることができるという論理に基づく評価法です。おおまかには素点に比例しますが、問題毎に正答率実績等から難易度が算出され、それが勘案された点数配分となります。各大学における合格点は臨床実習の質担保などの理由からそれぞれ異なっており、全国医学部学長・病院長会議の定めた最低限の点数よりも高く設定されているのが通例です。

試行が始まった頃、教育の現場では CBT による評価への賛否について様々な憶測が飛び交っていたように思います。しかし、共用試験実施機構は着実に実績を積み上げてきました。student doctor 制度の明文化され、この試験に合格しないと臨床実習にでられません。また、6 年生でのマッチング時における評価する側の客観的評価数値としての意義

も重要です。今後は医師国試のあり方の問題点を解消する手段として、正式の国家試験とすることも検討されているようです。

ところで、久留米大学では今年度2年生より基礎科目の総合試験として、基礎医学 CBT を実施します。昨今、医師としての資質を担保するため、生涯学習の意識・意欲をもつなど、医学生に求められていることが大きく変わってきており、また、大学には、卒業してすぐ医師として役に立つ人財の育成が課せられています。医師としての姿勢は一人ひとり

個別であるとはいえ、日々学修せねばならないことに異論はないでしょう。様々な事情もあって、今年の久留米大生はどの学年も学習に真剣に向き合っている人が多いように感じます。来年度1年生のPBL テュートリアルでは「協同学習/LTD」理論を取り入れ、協同の精神をもって真剣に学ぶことを学ぶ場を設けることになっています。共に学び、真剣に学ぶことが久留米大学の校風になることを期待して、私自身も皆さんの応援に頑張りたいと思います。

「みんなの幸せ度を up[↑]する方法」

元気プロジェクト委員会（久留米大学病院男女共同参画事業推進委員会）

守屋 普久子（病理学 助教）

昨年のテレビドラマ、「逃げ恥」こと、「逃げるは恥だが役に立つ」。エンディングの恋ダンスが特に有名なこのドラマで、最終回にこんな場面がありました。夫役の星野源さんが、ご飯を炊く役割分担だったのにそれを忘れてしまい、仕事で遅く帰ってきた妻役のガッキーこと新垣結衣さんが、夫の職務不履行に失望するのです。ガッキーは、「今日は、彼にご飯を炊くをお願いしているから、すぐに夕ご飯は食べられるはず。よしよし！」と安心して帰ってきたのに、実はご飯は炊けてなかったという事実を知り、疲れがドオーっと出て機嫌が悪くなるのです。主婦代表でもある私は、ガッキーの気持ちがよくわかるので、「たまに家事をする人は、肝心なところが抜けるから困るのよね〜」と思うわけです。

でもここで、「だから男の人に家事は任せられないワ(*_*)」と、男性から“家事”という仕事を奪ってしまうと、男性が家事に参加する機会が、一生奪われるかもしれません。男性にも「家事をしてみたい！育児にも参加したい！」という気持ちがあったとしても、1回や2回の失敗で参加の機会を奪われてしまうと、もう一生チャンスは巡って来ないかも知れない。これは、とても残念なこと

だと思いませんか？誰だって、最初から家事を完ぺきにこなせるわけではありません。現在、家事をほぼ完ぺきにこなしておられるであろう、皆さんのお母さんも、最初から家事が完ぺきにこなせた人ばかりではなかったはずです。家事は学びの一つ、技術ですから、学べば学ぶだけ、やればやるだけ、家事の技術は上達します。そして毎日継続してやるからこそ、家事の技術が衰えることはありません。医師という仕事も、継続するからこそ、プロとしての技術が衰えることはありません。

育児もそうです。赤ちゃんが「オギャー」と生まれた瞬間に完ぺきな母親になれる人は皆無で、子供の成長とともに母親も成長していきます。父親もそうです。「お前のDNAの半分は俺のものだ」と言われても、仕事が忙しくて、普段はほとんど会うことはない、でも学校の成績が悪い時だけ、ガミガミ…そんな父親では、子供が父親に情情的に寄り添うことは難しいのではないのでしょうか。やはり普段の生活から、父親として子供とともに歩むことで、子供からも父親として受け入れられるし、自身も父親としての成長を遂げられます。

皆さんも 1 度は耳にしたことがあると思われる「男女共同参画社会基本法」（以下、基本法と略します）とは何でしょうか。「男女雇用機会均等法とどこが違うの？」と思うことはありませんか？基本法について、その条文に沿って、ざっくり説明すると、「男女が、社会活動に参加する機会を同等に有し、同等に責任を有すること」となります。

ここでのポイントは、何気なく使われている”社会”という言葉です。”社会”って、何人の人が集まったら”社会”と呼ぶと思いますか？

一人で家にいる時、それは”社会”でしょうか？家族という時は、”社会”と呼ぶでしょうか？授業を受けている時、教室にいる時、そこは“社会”でしょうか？

社会的に言うと（私は一度社会学を卒業していますので）、”社会”の定義は、複数の人が集うことにより有機的な活動が行われることと定義されます。ですから、一人暮らしの人が一人で家にいる時は、社会とは言いません。ところが、一人暮らしでも複数の人が集うと、一人では起こせない有機的な化学反応が生まれるので、これを“社会”と呼びます。ですから、複数の人が集う家族のいる場＝家庭も、立派な社会です。

つまり男女共同参画社会とは、男女が家庭という社会活動（子育てや家事）に同等に参加する機会と責任を持つとともに、家庭外の社会活動（職場や地域）に参加する機会と責任も同等に持つ社会のことを指します。古典的な性別役割分担の強い日本社会では、長らく子育ては女性の責任とされてきました

が、子供をつくる作業は男女が共同で行うのですから、育児も、男女が共同で行うのが自然です。付け加えるならば、男女雇用機会均等法は、職場だけでの男女の機会均等を唱えた法律ですが、基本法は家庭も職場も地域も、あらゆる社会活動での男女の機会均等と責任の均等を唱えた法律であると言えます。

私の周りにも、医師の妻を持ち、家事や育児に積極的に参加される男性医師が目立ちます。妻が朝早く家を出るため、毎日の娘のお弁当を手作りされる方、土曜日にも仕事のある妻に代わって食器などの洗い物をされる方、パパ友と一緒に子供をプリキュア映画に連れて行くのが楽しみな方、自身は大学院生なので子供が病気の時には率先してお迎えに行かれる方などなど…。どの男性も、生き生きとされていて、仕事もバリバリとこなしながら、仕事と家庭の両立を図っておられます。

2015 年のノーベル経済学賞を受賞した Angus Deaton 博士は、「ヒトが人であることの鍵は、家族の形成とその維持にある」と分析しています。女性が社会活動に参加することは、社会に大きな変化をもたらしますが、男性が家事に参加することも、社会に大きな変化をもたらします。「男性が家事に参加することで、社会は変化しますか？」と質問されれば、こう答えたいと思います。「家庭も社会の一部、世の中の基本単位です。男性が家庭という社会活動に参加し、家族皆の幸せ度がアップすれば、より多くの幸せを感じられる世の中が生まれると思います」

贈る言葉

日本の保険制度と今後の医療行政

「日本の保険制度」をご存じだろうか？ 約 12 年間、社会保険の審査員を行って感じたことを述べたいと思う。日本の医療保険制度は限られた財源の

堀 大蔵（産婦人科学講座 教授）

中で国民皆保険の原則を維持している。診療行為の算定は国家が中・長期的な政策に基づいて決定する診療報酬によって厳密に決められており、保険医療

機関は診療行為に関する費用を診療報酬請求（レセプト）として保険者に請求することになる。保険者はこれらの請求に対して審査を行った上で支払うが、具体的な審査は支払基金または国保連合会に置かれた審査委員会で行われる。審査委員会は各県に有り、医科については医師が審査委員となり、診療側、保険者側の双方からの信頼が得られる判断を行っている。審査に当たっては医科点数表の解釈を基に公正な立場から運用ルールを作り、また個々の事例に応じた医学的判断を下している。

医師になってすぐ必要なものは保険医登録である。保険医の資格がないか、または資格失効すると保険診療は出来なくなり、患者さんを診察することが出来なくなる。この様なことから医師免許と同様に重要な資格といえる。日本で医療を行う場合、医学とともに医療保険制度も重要である。この制度は、診療における約束ごとで有り、病名と検査項目、検査回数、治療などの整合性がとれているかを審査される。近年はコンピューター化され、6ヶ月にわたり検査回数、治療内容が審査されるようになり、査定件数も増加している。

近年、国は医療費削減を目的に後発薬の積極的に使用などにより薬剤料を下げ、余剰分で医師の技術料のアップを図っている。しかし、医療費は年間1兆円の増加が見込まれ、在院日数抑制、看護体系の見直しなどにより医療費削減を図っており、大、中の病院でも病院経営は厳しくなっている。

この様な医療行政の中、地域の医師不足などの理由から文部科学省は2校の新設大学を認可したが、現状では地域の医師の増加には繋がらないと考えられる。一方、厚生労働省は日本専門医機構を立ち上げ、新専門医制度では専門医資格の取得を目指す専攻医を募集する際に東京、大阪、愛知、福岡、神奈川、京都の6都道府県の募集定員に上限を設ける方針にし、現在、なり手が少なくなっている基本領域（外科、産婦人科、病理、臨床検査）には上限設定の対象外とすることを明らかにしている。これにより、地域偏在、診療科偏在を是正しようと考えているようだが、専門医の数は都道府県毎に定数が決められ、国による医師の管理の方向性が明確になったとも言える。

この様な日本の医療行政にも目を向け、自分の進む道を考えて欲しい。

◆編集後記◆

今回は共用試験 CBT について中村 桂一郎先生（解剖学(顕微解剖・生体形成) 講座教授) に特集記事を執筆していただきました。「贈る言葉」として本年度に退職される産婦人科の堀 大蔵先生（産婦人科学講座教授）に執筆していただきました。

また昨年からの連載シリーズ「男女共同参画」について守屋 普久子先生に執筆していただきました。医学教育ニュースは久留米大学医学部医学科のホームページ (<http://www.kurume-u.ac.jp/site/med/list32-73.html>) にてご覧いただけます。

皆様方のさまざまなご意見等を広報活動委員会までいただければ幸いです。

編集責任者：杉田 保雄