

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金
医療技術評価事業
研究報告書

研究課題名

OSCE トライアルの実施等国家試験の
改善にかかる研究 (H 15-医療-017)

主任研究者
相川 直樹

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価研究事業）

研究報告書

研究課題名

OSCEトライアルの実施等国家試験の改善にかかる研究

課題番号

H 15-医療-017

研究実施期間

平成15年4月1日から平成16年3月31日まで(3年計画の1年目)

主任研究者

相川 直樹

慶應義塾大学医学部救急医学 教授

〒160-8582 東京都新宿区信濃町35

Tel: 03-3353-1211

Fax: 03-3226-9877

分担研究者:

畑尾 正彦（日本赤十字武蔵野短期大学成人看護学 教授）

伴 信太郎（名古屋大学医学部附属病院総合診療医学 教授）

【研究要旨】

本研究班では「医師国家試験改善検討委員会報告書」で指摘された検討課題のうち、臨床実技試験（Objective Structured Clinical Examination：OSCE）の実施に関して、「医師国家試験OSCEの指針」をもとに、希望者（医学生）に対して国家試験レベルのOSCEトライアルを実施し、同指針の検証を通じてOSCEの客観的評価手法の確立を図るとともに、幅広い医学教育関係者のもとにOSCEの普及啓発を図ることとした。

関東（東京都）、関西（大阪府）、九州（福岡県）の全国の3か所で国家試験レベルの「Advanced OSCEトライアル」を実施し、また兵庫県では、医科大学が実施したAdvanced OSCEを支援した。これらの活動を通して、Advanced OSCE実施上の問題点や評価法などを検討した。その結果を踏まえて、トライアル参加者を含めた拡大班会議とシンポジウムとを開催して、国家試験でのOSCE実施を視野に入れたOSCE運用法の実際や客観的評価手法の確立について検討するとともに、これらの事業を通してOSCEの普及を推進した。

さらに、OSCE先進国であるカナダにおけるOSCE（MCCQE Part II）の実態について現地調査し、将来、日本における医師国家試験にOSCEを導入する場合の参考となる情報を収集、検討した。

I. はじめに

医師国家試験は資格試験としての一定の質を担保するため定期的に改善を行ってきているが、平成14年7月に開催された「医師国家試験改善検討委員会報告書」において平成17年から適用される新医師国家試験のあり方が提言された。

しかし、同報告書においては、臨床実技試験（Objective Structured Clinical Examination, 以下「OSCE」と略す。）の客観的な評価手法の確立や、禁忌肢のあり方に関する検討などの課題も指摘されている。

本研究班では「医師国家試験改善検討委員会報告書」で指摘された検討課題について総合的に検討し、医師国家試験の更なる改善に資することとした。

II. 目的

「医師国家試験改善検討委員会報告書」において、改善する方向性が定まった事項として、「OSCEは卒前教育における普及などを踏まえて導入する」、「全国の大学医学部・医科大学に対して、試験問題の公募への協力を依頼するとともに、臨床実習等の評価法として、OSCEの実施の拡大や臨床実習前の共用試験の充実を要請する」などが指摘されている。これらの報告を踏まえて、3年計画の初年度である平成15年度においては、以下を研究目的とした。

1. 国家試験OSCEトライアルの実施に係る研究

平成14年度厚生労働科学研究費特別研究事業「研修医の臨床実技試験能力評価に係る研究班」（主任：畑尾正彦）において取りまとめた「医師国家試験OSCEの指針」をもとに、希望者（医学生）に対して国家試験レベルOSCEトライアルを実施し、同指針の検証を通じてOSCEの客観的な評価手法の確立を図るとともに、幅広い医学教育関係者のもとにOSCEの普及啓発を図る。

2. カナダ等諸外国におけるOSCEの実施状況調査にかかる研究

本邦の医師国家試験にOSCEを導入する上で必要な実施体制（評価者・模擬患者の数、具体的な実施方法等）を検討して提言することを目的とし、平成15年度においては、平成4年から医師試験にOSCEを導入しているカナダにおいて実施されているOSCE(MCCQE Part II)の運用の実態を調査し、日本の医師国家試験にOSCEを導入するにあたっての参考に供する。

Ⅲ. 国家試験レベルの OSCE トライアル実施とその結果

分担研究者・畑尾正彦の主導により、下記を実施・検討した。

1. 2003 Advanced OSCE トライアル

平成 14 年度厚生労働科学研究班（主任：畑尾正彦）が作成した報告書「Advanced OSCE の指針」に基づいて、東京、大阪、および九州で国家試験レベルの Advanced OSCE トライアルを実施した。また、兵庫県では、医科大学が実施した Advanced OSCE を支援した。

主として医学生を対象に受験希望者を、医学教育関係者を対象に評価者ならびに見学希望者を、いずれも全国的に募集した。トライアル終了後に受験者、評価者および見学者に、ステーション構成、難易度、課題の妥当性などについてアンケート調査を施行した。また、評価者がチェックした評価表を解析し、評価の信頼度について検討した。

1) 「2003 Advanced OSCE 東京トライアル」は、受験者 14 名、評価者 21 名が参加し、ステーション時間 20 分間（実技テスト 15 分、フィードバック 3 分、移動 2 分）とし、6 ステーションのローテーションを午前に 1 サイクル、午後 2 サイクルで実施した（資料 1）。

2) 「2003 Advanced OSCE 大阪トライアル」は受験者 18 名、評価者 37 名が参加し、ステーション時間、ステーションの配置および評価者の配置は東京トライアルと同様に実施した（資料 2）。

3) 「2003 Advanced OSCE 九州トライアル」は、受験者 13 名、評価者 27 名が参加し、ステーション時間と評価者の配置は東京トライアルと同様であったが、8 つのステーションの配置は 2 列の直列型とし、受験者は 8 ステーションを通り抜けて終わるタイプのテストを実施した（資料 3）。

4) 「兵庫医科大学 Advanced OSCE トライアル」は、2003 年 10 月 18 日に兵庫医科大学が 6 年生のクラス全員を対象に実施した Advanced OSCE を、研究班が支援した。「Advanced OSCE の指針」の 12 ステーションのうちの 11 ステーションをローテーションタイプ、3 列で実施された。受験者は医学部 6 年生を対象で、一部の欠席者以外全員が参加したが、100 名規模の Advanced OSCE E を 1 日で実施することができた。

5) 上記いずれの Advanced OSCE トライアルの受験者は、主に医学生で、一部は研修医であった。

6) アンケート調査による受験者からの意見の概要は、研修開始前に必要な能力を測るものであるとの意見が多い一方、評価の信頼性について疑問を持つとの意見が多かった。

評価者からは大学による教育の格差、5年生、6年生、研修医間での能力格差、小児診察能力の不足などの指摘があった。

評価データの解析では、信頼性の高い一致度を計る場合、受験者ごとないしは評価者ごとの平均得点の分布をみたり、合計得点を基にした複数の解析のみならず、評価項目ごとの評価データの情報を使った解析などを行い、状況を総合的に判断することが重要であることが示唆された。

2. Advanced OSCE 徹底討論会 (拡大班会議)

2004年2月11日に14名の研究班メンバー(研究協力者)とAdvanced OSCEに関心の高い医学部教員5名を加えた拡大班会議の形で、「医師国家試験に実技テストは必要か」等のテーマについて意見交換した。その概要と参加者の意見要旨を資料4に示した。

徹底した討論の結果、全員が一致した見解として、以下が得られた：

- ① 医科大学・大学医学部を卒業する時点で、技能や態度など実技の試験が必要である。
- ② そのような実技試験は、各大学に任せるだけではだめかもしれないので、「国家試験」と称するかどうかはともかくとして、何らかの全国共通のテストであることが必要である。
- ③ 総括的評価があるということで、学生はよく勉強するようになる。

3. Advanced OSCE に関するシンポジウム

全国の医科大学・大学医学部に通知して、2004年3月22日にAdvanced OSCEに関するシンポジウムを開催した。

Georges Bordage イリノイ大学教授の「Focusing Assessment on Critical Clinical Decisions: The Key Features Approach」の講演をはじめとし、「共

用試験 OSCE は何のためにあるのか」、「わが国での臨床実習後 OSCE」、「カナダにおける医師国家試験 OSCE」、「米国、韓国における医師国家試験 OSCE」、「Advanced OSCE：その検討経過」のが発表があった。その後、総合討論として、質疑と意見交換とが行われた。

全国 40 の医科大学・大学医学部等から 98 名の参加者があり、全国の大学に向けて、Advanced OSCE の普及啓発に資するものであった。

IV. カナダで実施されている OSCE (MCCQE Part II) の調査とその結果

分担研究者・伴信太郎が、下記の現地調査を行い、情報を収集して検討した。

1. 現地調査の概要

2003 年 10 月 16 日（木）に日本を出発し、カナダのオタワにおいて、10 月 17 日（金）に Dr. Blackmore（カナダ医学協議会：Medical Council of Canada 評価部門部長）からカナダにおける国家試験 OSCE の概要について情報を収集した。引き続き、Dr. Dale Dauphinee（カナダ医学協議会会長）からカナダにおける国家試験 OSCE の概要について情報を収集した。

10 月 18 日（土）には、MCCQE Part II の現場を見学して実施状況を調査し、10 月 19 日（日）には Program on Functions of Medical Council of Canada に参加して情報を収集した。これらを踏まえて 10 月 20 日（月）には、Sydney Smee 氏（MCCQE Part II の実施統括者）から情報を収集した。

2. 調査結果

今回の調査で、カナダにおける MCCQE Part II の実情は、以下の状況であることが判明した。

1) 受験料：1,300 カナダドル(約 845 米ドル)

2) 試験会場と準備・運用

① 会場数：15 会場（13 会場：英語、2 会場：フランス語）

- 地理的位置：既存の施設を利用；Ottawa では Ottawa 総合病院と子供病院の外来診察室を利用。

- 個別の会場について (Ottawa 会場の場合)
 - Couplet stations :
 - (5分のSP相手のステーション)+(PEP; Post Encounter Probe; 鑑別診断、X線写真読影等): 8ステーション
(内2つはRest station)
 - Ten minute stations: 10分のSP相手のステーション: 8ステーション

ステーションの課題の選択の基準: ブループリントで専門領域、臓器、年齢が重ならないようにする。

② 評価者の打ち合わせの仕方

- ◇ 2-3週間前に約2時間かけてオリエンテーションを行う。
 - Ten minute stationを見せる (ビデオ)
 - チェックリストで評価してみる。
 - チェックリストの付け方について意見を交換する。
- ◇ 評価者の医師は当日まで自分が担当する課題は知らない。
- ◇ 当日の説明:
 - 評価者の一般的説明: 20分
 - ステーションでの dry run: 30分
 - 評価者が受験生の気持ちになってみる。
 - SPのウォーム・アップもかねる。

③ 各会場のスタッフの数、役割分担、職種や所属機関

- ◇ 評価者 (医師)
- ◇ 2-3日前に担当の確認: それでも忘れてたりして来られない人がいるので注意を要する。
- ◇ 会場の担当医師の2-3%(60人なら2人)の予備担当者を配置
 - 予備担当者は1時間の説明の後は、会場を離れてポケベルで待機
 - 予備担当者の謝金は担当者の半額

などの情報が得られた。

(以上は調査データの一部であり、詳細については別冊を作成する予定である)。

3. 研究により得られた成果の今後の活用・提供

- 1) 課題の出題の仕方(①5分間の課題2つの組み合わせ、②10分間の課題)は、一つの例として参考になる。
- 2) 試験の実施方法は、米国の ECFMG の CSA (Clinical Skills Assessment) のように、ハイテクではなくて既存の病院の外来診察室を利用した簡素なものである。又また、ビデオの録画もしていない。国家試験レベルの OSCE でもこのような簡素な運営が可能であることは、日本の医師国家試験に OSCE を導入する際にも参考になる。
- 3) 評価者の打ち合わせは、合計 2 時間 50 分である。これも今後の日本の医師国家試験での OSCE 施行時に参考となる。
- 4) その他の運営上の種々の細かな情報を収集できたので、これらのことも今後活用できる。

なお、今回の現地調査を通して交流の得られた Dr. Dale Dauphinee (カナダ医学協議会会長)、Dr. Blackmore (カナダ医学協議会 Medical Council of Canada)、Sydney Smee 氏 (MCCQE Part II の実施統括者) などとの情報交換が今後とも可能であり、日本の医師国家試験に OSCE を導入するに際しては、今回得られなかった情報を今後も収集するための人脈を形成することができた。

V. 研究危機情報

特記すべきことなし。

VI. 研究成果の発表

1. 出版

医師国家試験出題基準改訂・ブループリント作成委員会(部会長:相川直樹):平成17年版・医師国家資格試験出題基準. まほろば、東京、2004年7月出版予定(相川直樹)

2. 学会発表

①「Advanced OSCE トライアル(東京、大阪、九州)の概要」:第36回日本医学教育学会大会、2004年7月30日、高知にて発表予定(畑尾正彦)

②「Advanced OSCE 大阪トライアルにおける評価データの解析」：第36回日本医学教育学会大会、2004年7月30日、高知にて発表予定（畑尾正彦）

VII. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

資料 1

2003 Advanced OSCE 東京トライアル

日 時 : 2003年9月21日(日)

9月20日15時～21時 打ち合わせ

9月21日8時30分 受付

9時00分～9時30分:オリエンテーション

第1サイクル9時30分～11時50分

第2サイクル12時30分～15時10分

第3サイクル15時20分～17時40分

会 場 : 東京慈恵会医科大学 大学1号館8階 OSCEセンター

内 容 : 2002年度厚生労働科学特別研究事業「研修医の臨床実技能力評価にかか
る研究」報告書記載の12ステーションの中から下記の6ステーションを選
定

A:頭 痛 B:足のしびれ C:体重減少と喉の渇き
D:けいれん(小児) E:禁煙支援 F:ガウンテクニック

ステーション配置 : ローテーション方式

ステーション時間 : 20分間

(実技15分間+3分間のフィードバック+2分間の移動時間)

ステーション数 : 6ステーション

受験者:14名 評価者:21名 見学者:多数

資料 2

2003 Advanced OSCE 大阪トライアル

日 時 : 2003年10月25日(土)・26日(日)
10月24日19時～21時 打ち合わせ
10月25日9時 受 付
9時30分～10時45分:オリエンテーション
第1サイクル10時45分～12時45分
第2サイクル13時30分～15時30分
第3サイクル15時45分～17時45分
10月26日9時～10時:ステーション別にふりかえり
10時～11時:全体発表と検討会

会 場 : 山西福祉記念会館

内 容 : 2002年度厚生労働科学特別研究事業「研修医の臨床実技能力評価にかか
る研究」報告書記載の12ステーションの中から下記の6ステーションを選
定

A:咽頭痛 B:動 悸 C:呼吸困難
D:高血圧 E:腹 痛 F:緊急度の高い動悸・心停止

ステーション配置 : ローテーション方式

ステーション時間 : 20分間

(実技15分間+3分間のフィードバック+2分間の移動時間)

ステーション数 : 6ステーション

受験者:18名 評価者:37名

2003 Advanced OSCE 九州トライアル

日 時 : 2004年3月6日(土)・7日(日)
3月6日 17時～20時 打ち合わせ
3月7日 8時30分 受付
9時 受験者へのオリエンテーション
9時30分 OSCE開始 ～ 16時20分終了

場 所 : OSCE会場 : 久留米大学医学部 (OSCEセンター)

集合場所 : 久留米大学 筑水会館1F (B棟の隣)

内 容 : 2002年度厚生労働科学特別研究事業「研修医の臨床実技能力評価にかか
る研究」報告書記載の12ステーションの中から下記の8ステーションを選
定

A:咽頭痛 B:呼吸困難 C:けいれん(小児) D:外科的手技
E:動悸 F:腹痛 G:禁煙支援 H:緊急度の高い動悸・心停止

ステーション配置 : 直列・通り抜け方式

ステーション時間 : 20分間

(実技15分間+3分間のフィードバック+2分間の移動時間)

ステーション数 : 8ステーション

受験者 : 13名 評価者 : 27名

資料 4

国家試験 OSCE 徹底討論会 (拡大班会議)

日 時：2004年2月11日 10時～18時

会 場：東京慈恵会医科大学 高木会館5F D1会議室

出席者：本研究協力者14名、その他5名(大学医学部教授・助教授)

I 午前の議論

1. 「医師国家試験に実技テストは必要か」

発言・意見の要旨：

1) Yさん

- ① 医師として最低限の技能と態度は必要だろう (cf. 大滝先生の調査)。
- ② ただし医師国家試験という制度の中でやるのか、卒業試験OSCEでやるのか重複するのは少しおかしいと思う。
- ③ 以前はインターンで実技を身に着けていた。

2) Mさん

- ① 試験によって学生、教員の態度が変わるのは本当にそうだ。
- ② 国家試験前は一年間筆記試験の勉強をしているが、国家試験にOSCEが入れば学習は明らかに変わるだろう。
- ③ 今の国家試験のようにある時期に一度に技能と知識を試験するのは学生に耐えられるのだろうかと思う。

3) Tさん

- ① 私学だとそれが加速されて試験対策のテクニックとしての技能と態度が教育されるのではないか。
- ② 自分の大学では海外実習など自由にやっているが、いっぺん大綱化したのに元のように戻っているのではないか。
- ③ 教えなくてもできてしまうOSCEという(学生が風聞でできてしまう)のでは困る。面接が10分間になったのはよかったと思う。

4) Fさん

- ①学生のニード（臨床実習前のOSCE）「これをやらないでポリクリに行くなんて到底考えられない。」
- ②患者さんのコメント99%は最近学生がやわらかくなった。

5) Dさん

- ①クリニカルクラークシップがうまくいっていない状況があるのではないか。
- ②必要ではないか。

6) Fさん

- ①段階的評価：イギリスでは1年から6年までOSCEをやっている～プログレステストになっている。
- ②経済的な問題が一番多い～専門官の方は受験資格を各大学でやればいいのか（整骨院の例）。

7) Aさん

- ①STEP 2にOSCE導入が決まってからはクラークシップのあとにOSCEを入れる大学が増えている。
- ②Pt centered ができるかどうかをみる。臨床推論をさせるというのはOSCEにいない。

8) Nさん

- ①治る病気を治るようにする＝知識や技能。
- ②治らない方に対してどう対応するか＝態度。
- ③面接はOSCEよりも客観性がないのではないか。
- ④共用試験があつてよかった。卒試受けてよかった、国試受けてよかったというのは、やはりそれを勉強できたことに対する学生の感想。
- ⑤アメリカでは教育年数を聞くようになっている。なぜか、デメリットを話すと教育年数が長い人は納得してより信頼してくれる。教育年数が短い人はパニックに陥ってしまう。（心理学者の研究）
- ⑥私たち自身は日ごろの教育をしてない。大学は保険点数をあげなければならない。試験はなんのためにするのかというと、その人の可能性を引き出すためにする。

9) Kさん

- ①国家試験は総括的試験であると思う。

10) Tさん

- ①卒前は技能と態度が重要で知識は卒後に身につけてもらう
- ②教育が不十分だから、逆に10分間の面接が必要だということになる。

11) Tさん

- ①1時間講義だけの面接の授業とボランティア授業を受けた学生との間に差が出ない。保守的な教授から「10分間あるんだつたらなんとかしらないといけない」という

ことで、教育を充実しようとする動きもある。

12)Kさん

- ①医師の資格があるとして卒業させているので、その担保をする評価をしなければならぬ。
- ②むしろ厚生労働省として考えて欲しいのは卒後研修の評価に力を入れることだ。
- ③卒業試験OSCE実施機構という組織を大学が作ってやればいいのか。
- ④共用試験で、自分でスタコラ歩ける患者にもドアを開けて迎えるというのはおかしい。

13)Oさん

- ①各大学が自主性をもって⇒GMCのようなものが必要
- ②実施機構というものができるのは賛成
- ③共用試験OSCEの問題
- ④確かにおっしゃるようにそれじゃ貧血あるのは見えないだろうというのは、学生は怪しからんというのではなくて、それは教育が間違っているのだ。

14)Mさん

- ①学生がうまくできなかつたら、教育がおかしいと気づいてほしい。

15)Tさん

- ①平成3年に導入して、OSCEをやって学生にもFBがかかるし、教官にもFBがかかる。
- ②国家試験作成委員ほんとに閉じ込められて大変なのでプールする、そして第三者機関に任せようという。

16)Mさん

- ①なぜ黒船が必要か。黒船が来ないと動けない。10年前に比べると明らかに忙しい。研修医の皆さんも社会的に貧しくなっている。
- ②何もないのに大学の使命としてやらねばならぬといっても動けない。

17)Tさん

- ①卒業時点で国家試験としてどういう内容のものをやればいいのか。
- ②医師として基本的臨床技能を身につけていることが当然。
- ③イギリスではどういう医師を育てているか監査している。
- ④アジアの国々から見ると取り残されている。
- ⑤卒後研修が2年間あるということが医学教育をゆがめている。
ア)コア科を4週間以上にして他の科は1週間にしたら、卒後研修があるからいいじゃないか。
イ)マッチングがあるために夏休み前に臨床実習を終わってくれという学生がいる。
- ⑥卒後研修を短くしてゼロにする。

18) Tさん

①4年生の時点で基本的な技能を身につけるといいのはいいが、臨床の場がレベルダウンしていて、BSLやクリクラの教育能力が落ちている。

②形としては内科4週とかやっているが、やはり最後に技能の評価が必要。

19) Sさん

①OSCE賛成派だけど国がやらないといけないのか。

②各大学がやるというのが理想である。

③お金がありませんよと言われてたら、各大学でやってくださいといわれる。

20) Kさん

①ロールプレイを繰り返すと、自己紹介するということを1年生も知っている。

②学生さんは挨拶する。でも教授回診のときに教授は挨拶しない。

③ドアを開けなくてもよいというのは、少し違うと思う。お待たせした人に対してはドアを開ければいいのではないかと思う。

21) Kさん

①医療面接というのは各科外来実習でhidden curriculumで教育されているはず。むしろ授業があるということの方が、構えてしまっておかしくなるような気がする。

2. 「卒業試験OSCEの標準化では不十分か」

トライアルのデータで、これから煮詰めることが必要である。
共用試験のデータも参考になる。

3. 「妥当性の検討は？」

卒前の医学教育、特に臨床実習の内容との整合性を図ることが必要である。
逆に国家試験OSCEが卒前の臨床実習のあり方に影響を及ぼすという面もある。
卒後臨床研修を視野に入れて、common diseaseを課題にするべきである。
また共用試験よりもハイレベルの実技も課題として開発する必要がある。

4. 「国家試験の体制を決めるのはどこでどのように決まるのか？」

どんな手順で国家試験の方式や内容が決まるのか？

1) OSCEを導入することになった経緯はどうか。

① 国家試験改善検討委員会では方針は決め、その方針を出題基準委員会でどのように国家試験に組み入れるかを検討するのだと思う。さらに出題委員会で具体的な問題・課題を作成するという順序になる。

1995年の改善検討委員会で“実技試験”を引き続き検討すべき事項とした。1999年の改善検討委員会で、国家試験に実技試験を導入する方向性を決めしたが、実施するのは全国の卒前教育でのOSCEの普及状況を見てからとされた。

② 次の改善検討委員会で決まるまで、4年間待たなければならないかどうかについてはわからない。

③ 立ち消えになることはまずない。その時の委員長のスタンスにもよる。あまりやる気のない人だと先送りされるかもしれない。

④ 過去の国家試験の実技に関する問題とOSCEをやってまったく関連しないという結果が出たので、じゃあやろうかということになった。

⑤ 二の足を踏んだ理由はフィージビリティの問題。

ア) CBTに割く予算で態度は面接でみればよいと考えられていた。

イ) 「客観的な評価手法の確立」ができるまでは導入できないという話だった。

ウ) OSCE「など」には面接は含まれていない。

⑥ 国家試験改善検討委員会で決まるのか？

ア) 現行の知識だけの国家試験を世の中の人はどうみているか。

イ) 医師国家試験の実技テストにOSCEは妥当か。

ウ) 共用試験OSCEがすべての大学で行われるようになれば、医師国家試験でのOSCEは不要か。

エ) 医師国家試験OSCEの内容・レベルは **case-based clinical competence** をテストするのが良いのか。

オ) 医師国家試験OSCEを実施する場合の方式にはどんなやり方があるか。

カ) 合否の分割ラインをどのように決めると受け入れられるか。

キ) 医師国家試験OSCEの実現可能性を阻むものがあるだろうか。

ク) もし実現に抵抗する因子があるとすれば、その因子を排除するにはどうすれば良いのだろうか。

2) 医師法第9条「医師国家試験は、～医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う」とされているので、現行の知識だけを問う医師国家試験はこの規定を満たしていない。

以上の徹底討論会の結果、全員の一致した見解としては下記が得られた：

- ・医学部を卒業する時点で技能や態度など実技の試験が必要である。
- ・各大学に任せるだけではだめかもしれないので、“国家試験”と称するかどうかはともかくとして、何らかの全国共通のテストであることが必要である。
- ・総括的評価があるということで学生はよく勉強するようになる。

II 午後の議論

発言・意見の要旨：

1)Fさん

- ①順次性を考える
- ②共用試験お作法OSCE
- ③臨床実習後OSCE
臨床実習がどうなっているのかを踏まえて
- ④卒後研修修了時OSCE

2)Mさん

- ①実習後のOSCEは国家試験OSCEができれば変わるであろう。

3)Aさん

- ①アメリカでのクラークシップは診療科が終わるごとに筆記試験とOSCEが行われている。
- ②どの環境で勉強しているかどうかは必要ないと思う。
- ③臨床研修というのは矢崎先生も仰っているようにゆくゆくはなくしていくものだと思う。
- ④臨床実習をコア化して各科を回るということになっている。
- ⑤社会のニードにあう卒業時のOSCEはどういうものだろうか。

4)Kさん

- ①前川レポートが出たころは医学教育者がほとんどいなくて、クリニカル・クラークシップはあまり導入されなかった。
- ②今は事情が違うと思う。
- ③厚生労働省が試験に入れないと大学が変わらないと言えば、大学は終わりになると思う。

5)Hさん

①厚生労働省の見解としては、大学教育に口を出すのではなくて、国民の健康をまもるために国家試験を充実しようと考えているのだと思う。

6) Yさん

- ①共用試験と国家試験との違い、棲み分けをはっきりすることが必要。
- ②OSCEで評価できないことを整理しておく必要があるのではないか。
- ③どの試験場で実施しても同じレベルの評価に。
- ④アメリカでは12ステーション+モニターの2ステーション。
- ⑤韓国は2007年から実施するようだ。
- ⑥内容はcase-basedで身体診察あり。
- ⑦カナダのOSCEはfocused。
- ⑧アメリカはまずSPが採点する。セカンドでドクター。カナダは医師が採点する。

7) Bさん

①アメリカとカナダは違う考え方でやっている。

カナダでは：

- 各大学がやっている施設を使っている。ローテック。
- はじめは20ステーション
- 去年からは10ステーション (reliability, validityとコストを天秤にかけている)
- ハイテクがスタンダードだったら、developing country
- カナダは筆記試験で1年間のインターンシップのあとにOSCEをやっている。
- 全国一斉は時差はあるが、隔離してやっている。

8) Oさん

- ①イリノイ大学シカゴ校ボダージュ先生
- ②認知科学をどうアセスメントに反映させるかを研究
- ③カナダのOSCEに関して10年間のレビューを発表
- ④キーフィーチャーズ：コアになる症候をあげ、頻度や重要性を考えて、それが測定できるにはどういうOSCEをやればよいかを考えている。
- ⑤来月くらいにでもボダージュ先生を囲む講演会をしたい。
- ⑥case-basedについて、平成21年にフルバージョンができるような、どこからも文句がでない、例えば救命の一個だけのステーションについて、全国で統一テストができるよいか。

9) Fさん

- ①ひとつのケースで三つの要素というモデルで固定するのは問題があるのではないか。
- ②スクリーニングの身体診察のステーションを入れてもいいのではないか。
- ③通り抜け (トコロテン) 方式でやることになるか。
- ④常設テスト場方式