

10)Dさん

①8000人を同時にやるとしたら、トコロテン方式では8ステーションが限界なので
は？⇒列数が問題

「実施方式案」

- 1)全国の常設テスト場を設置する方式。10大学のOSCEセンターを使用する。
- 2)その期間は国が借り上げる。
- 3)年に2, 3回⇒「自動車学校方式」として「そこを通っていることを国家試験の受験資格とする」とすればどうか
- 4)地域ブロック制
- 5)評価者の質のコントロール
- 6)テスト場を借り上げる時期は9, 10, 11月あたり。
- 7)常設テスト場方式にしたときには、かかる人員は全国一斉に比べればうんと少なくできる。
- 8)「何でもやりなさい」としてしまうと、何でもやりだしてしまうので、基準があった方がいいのではないか
- 9)模擬患者の件
 - ①今医療面接にかかわっているSPさんの中には身体診察に協力することに対して抵抗感を持っている人が多いであろう。
 - ②OSCEのSPとしては医療面接とは別の形で医療面接から身体診察までを協力して下さる方を確保する。
 - ③カナダのOSCEは高校生が怪我したSPをしている。SPとしてスペシャライズしたも
のではなさそうだった。
 - ④SPさんとしては評価やFBをしたい人はOSCEには難しいかもしれない。
 - ⑤イギリス(オクスフォード)で見たリアルPt、今日試験だからとして自分の話しを
してもらおう。3人までならOK。⇒Hardenはそれではreliabilityが低いということで、
OSCEを考案した。
 - ⑥SPによって学生のやりやすさ、やりにくさが変わる。⇒ステーションをいくつか
作っておけばいいのではないか。
 - ⑦いくらぐらいの報酬があると・・・
 - ⑧Advanced OSCEは科研費の謝金相当(1日6,600円?)
 - ⑨SPさんのプールを作っていけばいいのではないか。
 - ⑩コミュニケーションスキルを大事にするのか、身体診察の演技ができる人にするの
か⇒両方必要であろう⇒ステーションを分けた方がよいのではないか。
 - ⑪症状中心、スクリーニングの相手であれば、直前ゼミナールで病院職員でもかまわ
ないのではないか。

⑫case-basedになりにくいものは？（採血、縫合、直腸診、心電図、心肺蘇生、エビデンスサーチなど）

ア)それが入ってないとクラークシップの評価にならないのではないかな。

イ)シミュレータでやるというのでもアリか？⇒あり

ウ)きちんとクリニカルクラークシップに参加していれば自然にできるようなステーションになる必要がある。

「評価者の標準化」

①結局は認定制度を作ることが望ましい。

ア)大学では共用試験OSCEの標準評価者ができて、これから増えるであろう。

②研修病院に広げた方がよいのではないかな。

ア)学生がどのように教育されているかを知っている人でないと無理かも。

イ)折衷案としては

ウ)ワークショップができれば大丈夫であろう。

③評価シートと評価マニュアルがきちりできていればOK。あとはワークショップをやれば。

④研修に関係する人はどの人でも強制的に参加してもらえればいいのではないかな。

⑤ビデオの利用：ビデオでとっておいてあとで評価できないか。死角ができるので…。

⑥慣れてない人にはチェックリストの方がやりやすい。

⑦質の評価を行うには手技を細分化しなくてはならない。

⑧得点加算で行くのと、ゼロ評定はきれいに相関する。

⑨訓練された人だとよいが。マニュアルと評価表が別物になっているよりも評価表に評価マニュアルが書かれていると、大きな齟齬なしに評価できるのではないかな。⇒何人が慣れるとできるようになる。

⑩評価のマニュアルに触れずにどうやって教えればよいのか。ある大学のOSCEでは全員が「二の腕までまくってください」と言っていた。それは手引きにそう書いてあったから。

「合否判定」

①USMLEは不合格1-2%だがどうやって決めているのか？⇒ECFMGでnativeの不合格率がそのようになっているのではないかな。

②カナダの国家試験の合否判定は修正アンゴフ法で行っている。問題点はミニマムの能力設定が難しい。

③別にそのようにハイテクでやらなくても導入可能なのではないかな。reliabilityを追い求めることが患者さんのためになるのかというフィロソフィだろう。

④カナダのプール問題はどのくらいの量があるのか？⇒100くらい？

- ⑤評価者の標準化：カナダ地域で集まって、ワークショップをやっている。アメリカはAAMCのときに評価するSPが集まっている。
- ⑥16班に分かれて1年かけて教えている。「あそこのグループの教官が情報を流した」
- ⑦国家試験委員の場合、6年生には講義をなるべくしないで欲しいということになっている。
- ⑧評価者が前もってどういう準備をするか：ビデオを見て打ち合わせした方がうんと一致する。
- ⑨評価者からの要請で3段階、4段階が入ってくる。ゼロ評定法がお勧め。
- ⑩日本の文化だと、優・良・可・不可と1, 2, 3, 4, 5がなじむのではないが、6段階だと文化的に無いものなのでひとによるかもしれない。
- ⑪合否はどうやって決めるのか⇒共用試験のデータを待ってから議論したほうが早いかかもしれない。

「阻害因子」

- 1)「うちはそういう風にやってないよ」と内科の担当教員が言う。⇒兵庫医大の学生はちょっと難しい〜普通という捉え方だった。
- 2)外来実習を想定しているが⇒臨床実習のガイドラインで「頻度の高い症例経験」が入らないと外の病院で実習するようにならない。
- 3)ハンディキャッパーの受験資格抜け道（例えば全盲）の方への配慮。⇒実際にどのように身に着けたのかについて厚生労働省から問い合わせがあった。精神障害でうまくできない人はどうなるのか⇒相対的欠格事項に相当する。
- 4)Advanced OSCEの経費はどうするのか。
- 5)緊張して手袋をはけない学生はどうするのか⇒実技試験だから複数回受験にはどうか。
- 6)各大学の教員
 - ①研究もやりたい、でも研究する時間が無い。
- 7)技能を担保する方法
- 8)⇒3月中に全国レベルのシンポジウムをしてはどうか。注釈しなければならないだろう。
- 9)情報をもってなくて、真実味が増してきた。情報をすべての大学の人たちに伝えることは重要なのではないか。

以上