

年49%（直接OSCE担当者への調査）と増加傾向であった。

5. 全国大学医学部へのスキルスラボ・OSCE実施専用施設に関するアンケート調査で、回答のあった76大学のうち、OSCE実施専用施設を有する大学は31大学であった。10箇所以上のステーションを設定することができ、かつ、ある一定期間、国家試験のためにその施設を貸し出すことが可能と回答されたのは17大学であった

6. 徹底討論会（拡大班会議）において、次の3点で意見が一致した。

①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その実技試験は、各大学に任せるのではなく、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。

7. 国家試験OSCEのステーション・課題を大学病院と臨床研修病院に公募したところ、短い公募期間であったが、8つの大学と2つの研修病院から合計16課題の応募があった。

8. 研究班会議やシンポジウムで検討した国家試験OSCEの意義、目的、枠組み、内容、実施体制等は次のとおりである。

1) 意義：

医師法第9条に「医師国家試験は、臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、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」とされており、また医師国家試験改善検討委員会報告（2003年4月）で「医師として任務を果たすのに必要な知識・態度・技能を問う試験」とされている。知識についてだけ試験し、技能の試験をしていない現行の医師国家試験は法に照らして不適切であるといわれ、また医師国家試験改善検討委員会において、実技試験を引き続き検討すべき事項（1995年）、実技試験として導入する方向性が定まり、卒前教育での普及状況を踏まえて実施するとされた事項（1999年及び2003年）とされた国家試験OSCEを導入・実施することは、法的にも、社会的にも必要なことであり意義深い。

2) 目的：

医学部を卒業する時点で身につけておくべき臨床実技能力を適正に評価して、受験者（医学部卒業生）に国家資格を認定するための要件の一つとするともに、医師として任務を果たすために必要な能力を具有していることを社会に対して保証することが目的である。

3) 枠組み（国家試験OSCE全体の構成）：

8箇所のステーションでテストする。

ローテーション方式と直列方式のいずれもあり得る。

1ステーションの時間を15分間とする。

従って1人あたりのテスト時間は2時間である。

各ステーションでは1～3課題についてテストする。

全体で15～20課題（8～24課題）のテストとする。

4) 内容（各ステーションでテストする能力）：

①クライアントに対応する臨床実技能力Case-based clinical competence

医療面接と身体診察から得られた情報をアセスメントし、臨床推論、プロブレムリスト作成、鑑別診断と検査計画立案などの能力をテスト

②共用試験OSCEよりもハイレベルの個別課題

直腸診、乳房診察、静脈穿刺、クライアントへの説明（禁煙支援、検査前説明など）などの実技をテスト

5) 実施体制：

(1) 実施体方式

①大学ごとに実施する方式

ステーション・課題は、すべて国家試験委員会（厚生労働省）が指定する。

評価者は、すべて外部評価者がテストする。

テストに要する日数は、受験者数約100名とすると3～4日間となる。

実施時期は、大学ごとに決める場合と国家試験委員会が決める場合とがあり得るが、いずれの場合も6年次の8月～12月～1月となることが予想される。

②試験場を設定する方式

ステーション・課題は、すべて国家試験委員会（厚生労働省）が指定する。

試験場は、常設試験場を確保する場合と大学医学部のOSCE実施専用施設（OSCEセンター）を借り上げる場合とがあり得る。

受験者は、希望する試験場に申込んで登録しておき、決められた日時に試験場に行って受験する。

週日の5日間を使用でき、全国10箇所の試験場があれば、9000名の受験者を約2か月間でテストすることができると試算される。

実施時期は、6年次の後半（10月～12月～1月）になると予想される。

評価者は、試験場ごとに期間限定の常任評価者をおいて評価する。

(2) 評価者：

共用試験OSCEの場合と同じように、一定のトレーニングを経て資格認定された評価者が国家試験OSCEの評価に当たる。

実態として、各大学の認定評価者が、ある期間、試験場に赴くことになるであろう。

(3) 模擬患者（SP）：ステーション・課題の種類によって、トレーニングをしたSPが対応する場合と単に身体診察に対応するだけで特にはトレーニングしなくてよい場合とがあり、全てのSPが国家試験OSCEのためにトレーニングしなければならないということはない。

9. 医学部卒業時の到達目標（アウトカム）

英国のTomorrow's Doctors (General Medical Council 2002) Clinical and practical skillsとThe Scottish doctor (Medical Teacher 24:136-143,2002)および米国のLearning Objectives for Medical Student Education Guideline for Medical Schools (AAMC 1988)

を参考資料として、83項目の臨床実技を「実施できる」、「介助できる」、「検査結果を

解釈できる」などの一覧を、研究班のワーキンググループで策定した。

10. 評価の信頼性

評価データの解析で、合計得点を基にした解析のみならず、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総合的に判断することが重要であることが示唆されたが、OSCEの場合、信頼性の確保にどの程度の厳密さが必要かの検討も必要である。

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。

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

資料 3

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

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にいれない。

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共用試験があってよかった。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分間あるのだったらなんとかならないといけない」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ない。
- 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ではないか。
- 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とは賛成
- ③共用試験OSCEの問題
- ④確におっしゃる通り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よいのか。
- 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たとしたが、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をやってまったく相関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社会のニーズにあう卒業時のOSCEはどのようなものだろうか。

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。
- ② OSCE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、developping 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。
- ⑥ case-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とういのではないか。

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

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いくらかの報酬があると・・・
 - 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よいのではないかな。

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。⇒何人か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か、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。⇒実際にどのようにならし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してはどうか。
- 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。

国家試験レベルのOSCEトライアル実施とその結果

A. 研究の実施経過

1. 2004 Advanced OSCEトライアル

平成16年度はAdvanced OSCEトライアルを、関東（東京都・2回）、東海（愛知県）、九州（福岡県）でトライアルを実施した。平成15年度と同様に、平成14年度厚生労働科学研究「研修医の臨床実技能力評価にかかる研究」班が作成した報告書“Advanced OSCEの指針”に基づくステーションを中心に、それらの一部については平成15年度のトライアルの結果を踏まえた課題と評価表の修正を行い、またあらたに開発したステーション「全身診察」と「胃内視鏡検査前説明」とを加えてトライアルを実施し、その結果に検討を加えた。

また研修医レベルのAdvanced OSCEを吟味して、国家試験レベルのOSCEを浮き彫りにすることを試みた。

1) 「2004 Advanced OSCE 東海トライアル」は受験者14名、評価者17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、7ステーションのローテーション方式で、午前1サイクル、午後2サイクルで実施した。（資料1）。

2) 「2004 Advanced OSCE 東京トライアル1」は受験者23名、評価者24名が参加し、午前にAとBとの2列構成で、それぞれに実技ステーション5にレストステーション2を加えた7ステーションで、午後も2列構成としたがA列は4ステーション、B列は5ステーション（午後はいずれも実技ステーション）で実施した。ステーション時間および配置は東海トライアルと同様とした。

（資料2）

3) 「2004 Advanced OSCE 東京トライアル2」は、研修医レベルのOSCEの実績のある研修病院の発表を手がかりに、4ステーションについて課題と評価表を研修医レベルに改定し、受験者4名（現役研修医）、評価者34名が参加して、午後に1サイクルを実施した。（資料3）

4) 「2004 Advanced OSCE九州トライアル」は受験者11名、評価者10名が参加し、6ステーションのローテーション方式で、ステーション時間と配置は東海トライアルと同様に、午前1サイクル、午後1サイクルで実施した。（資料4）

2. Advanced OSCE 公開シンポジウム

1) 第1回Advanced OSCE公開シンポジウムを2004年9月19日に東京慈恵会医科大学を会場として2部構成で実施した。第1部は海外の事例として2題、第2部はわが国のOSCEとして3題の発表があり、そのあとに総合討論が行われた。(資料5)

2) 第2回Advanced OSCE公開シンポジウムは2005年3月17日に東京慈恵会医科大学を会場として、3部構成で実施した。第1部はAdvanced OSCEトライアルとして5題、第2部は米国の卒業時OSCE事情として1題、第3部はこれからのAdvanced OSCEとして2題の合計8題の発表とその後の総合討論が行なわれた。

(資料6)

3. Advanced OSCEに関する公開班会議

研究協力者10名と研究班協力者2名とが参加して、2004年10月7日(木)に「OSCEの評価方法としての理論と組織づくり」と題する研究協力者の講演を手がかりに、OSCEに関する公開班会議を行なった。

4. 評価データの解析

トライアルで蓄積された評価データの統計的解析を行なった。

5. Advanced OSCEに関する全国アンケート調査

全国医学部を対象として2005年1月にAdvanced OSCEの現況に関するアンケート調査を行った。全国80大学医学部へのAdvanced OSCEの現況に関するアンケート調査で53大学から回答が得られた。

B. 研究成果の概要

1. Advanced OSCEトライアル

1) 新しいステーションと課題のレベル：新たに開発した「全身診察」と「胃内視鏡検査前説明」のステーションをトライアルで実施した。身体部位別診察の課題は共用試験OSCEで普及したが、全身を通じた診察は必要とされながら未開発だったが、「全身診察」はステーション時間15分間のAdvanced OSCEに適切であることが確認された。「胃内視鏡検査前説明」は臨床研修で必ず行われることで、課題の設定とcontentを調整すれば、種々のレベルのAdvanced OSCEのステーションになり得ると考えられた。