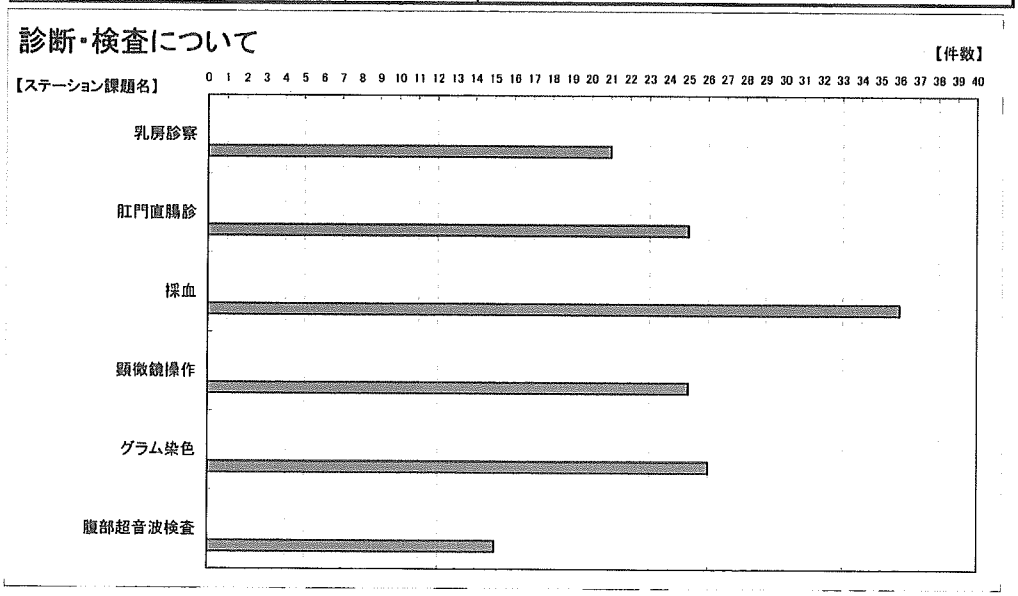
(7) Advanced OSCE は国家試験OSCEを視野に入れたOSCEです。現在トライアルされているのは、①Case-based で医療面接、身体診察、診療計画作成のように症例に即した流れを持ったステーションと②個別課題ステーションの2種類があります。
個別ステーションとしては、「禁煙支援」、「ガウンテクニック・縫合」、「緊急度の高い動悸、心停止」をトライアルしています。医学部卒業レベルを想定して、取り入れるべき個別ステーションとしてどのようなものが考えられるかお教えください。
下記に、いくつかのステーションを挙げますので、卒業レベルとして取り入れてよいとお考えのものにチェックを入れてください。
表の後に自由記入欄がありますので、他に行うべきステーションがありましたらお書きください。

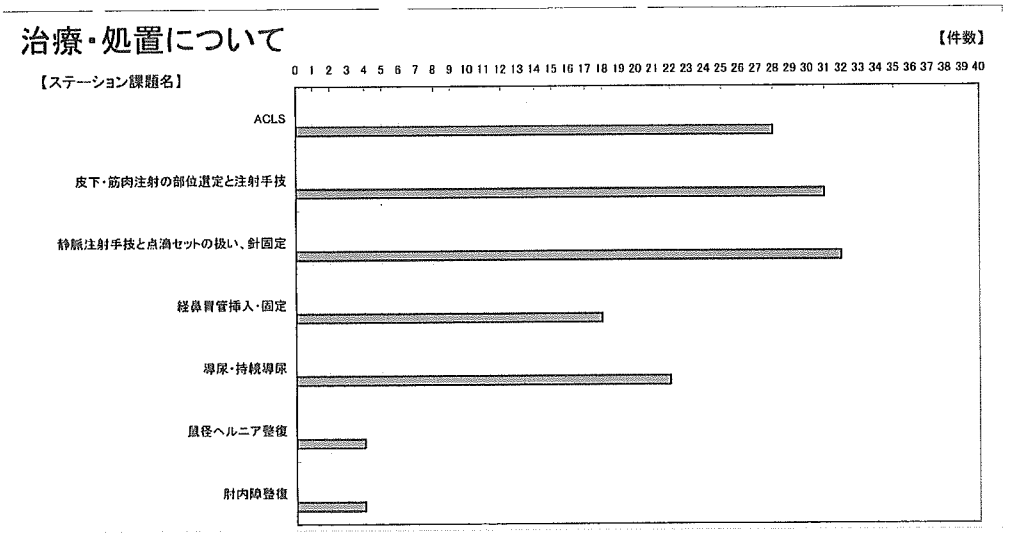
診断・検査について

ステーション課題	取り入れてよい	コメント
乳房診察	21	・シミュレーターを用いる(他6) ・実習にあるが、OSCEとしては未実施(短くて入れにくい)
肛門直腸診	25	・シミュレーターを用いる(他6) ・泌尿器科の一部として実施中 ・評価方法がむずかしいと思います
採血	36	・但しモデルを用いて(他1) ・SPなど難しい面も多い ・トラブル時の補償のシステムは？ ・救急ステーションでとりいれている ・臨床検査のOSCEとして実施中 ・検査の基本 ・研修医オリエンテーション後のOSCE課題として実施中 ・頻用度が高く患者に行う前に習得すべき ・評価項目として適切ではないと思います。
顕微鏡操作	25	・あえてOSCEでしなくても低学年で実施済み ・臨床検査のOSCEとして過去に実施 ・検査の基本 ・準備が大変そうです ・病理プレパラートなどの実習は可能だし行うべき ・評価項目として適切ではないと思います。
グラム染色	26	・あえてOSCEでしなくても低学年で実施済み ・準備が大変そうです ・行うべきと思うが、今はまったく臨床で教えられていない ・評価項目として適切ではないと思います。
腹部超音波検査	15	・学生には難しい ・検査自体は無理、画像診断としては可能 ・むずかしいと思います ・実習は可能だし行っているが、レベルの設定が難しい (腹水、胸水の有無程度)



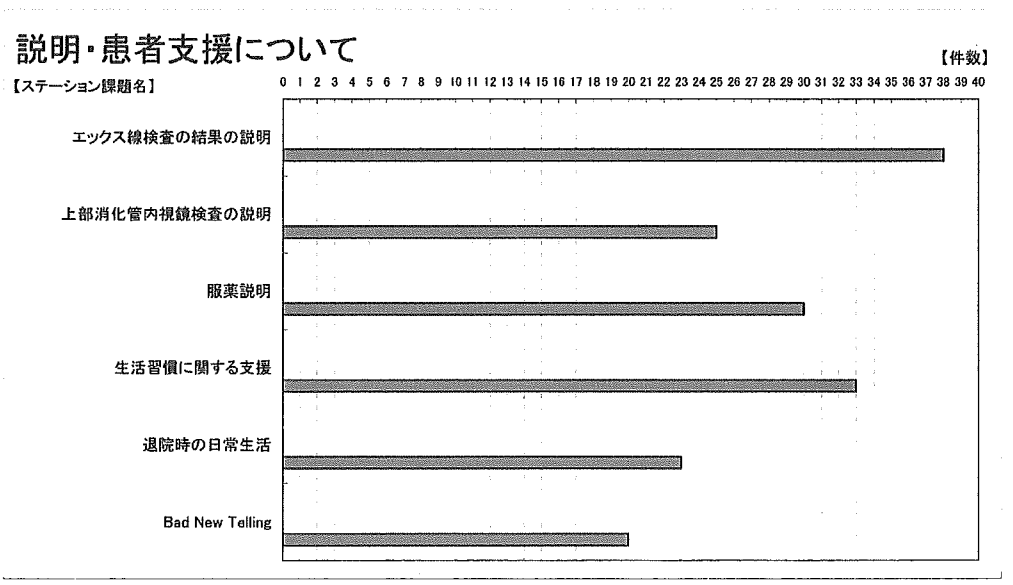
治療・処置について

ステーション課題	取り入れてよい	コメント
ACLS	28	・但しモデルを用いて(他1) ・部分的に実施中 ・必要と思います ・シミュレーターを使う実習は可能だが、初期研修医レベルでは研修医オリエンテーション後のOSCE課題として実施中(BLS＋AED)
皮下・筋肉注射の部位選定と注射手技	31	・但しモデルを用いて(他2) ・学生にはまださせていない ・容易であまり意味がなさそう ・必要と思います ・研修医になって直ちに行わなければならない処置 ・頻用度が高く患者に行う前に習得すべき
静脈注射手技と点滴セットの扱い、針固定	32	・但しモデルを用いて(他1) ・学生にはまださせていない ・合格ラインを下げて実施 ・必要と思います ・研修医オリエンテーション後のOSCE課題として実施中 ・研修医になって直ちに行わなければならない処置 ・頻用度が高く患者に行う前に習得すべき
経鼻胃管挿入・固定	18	・但しモデルを用いて(他2) ・学生にはまださせていない ・適切なシミュレータを持っていない ・研修医になって直ちに行わなければならない処置 ・必要と思います
導尿・持続導尿	22	・但しモデルを用いて(他2) ・近々シミュレータを導入予定 ・医師になってから行うべき ・学生にはまださせていない ・研修医になって直ちに行わなければならない処置 ・必要と思います ・既に相当体験している
鼠径ヘルニア整復	4	・シミュレーターを用いる ・シミュレータを持っていない ・むずかしい(モデルの用意) ・医師になってから行うべき ・学生にはまださせていない ・試験が困難では
肘内障整復	4	・シミュレータを持っていない ・むずかしい(モデルの用意) ・医師になってから行うべき ・学生にはまださせていない ・試験が困難では



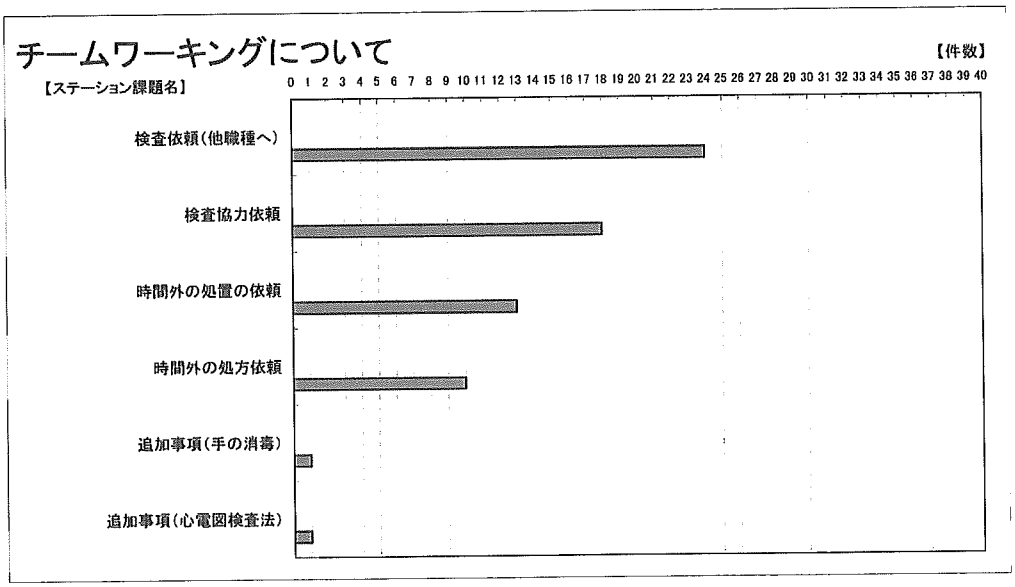
説明・患者支援について

ステーション課題	取り入れてよい	コメント
エックス線検査の結果の説明	38	・入職試験で取り入れている ・取入れて良いと思いますが評価方法が難しい(マニュアル通りにはいかない) ・実施中 ・今後この様なステーションを増やしていくべき ・typicalで基本的な所見のあるもの ・シミュレーターを使う実習は可能だし行うべき
上部消化管内視鏡検査の説明	25	・取入れて良いと思いますが評価方法が難しい(マニュアル通りにはいかない) ・今後この様なステーションを増やしていくべき ・専門的すぎるのではないですか？ ・卒業段階では説明できるほど画像読影できない ・typicalで基本的な所見のあるもの ・シミュレーターを使う実習は可能だし行うべき
服薬説明	30	・今後この様なステーションを増やしていくべき ・教育していない ・方法が良くわかりません ・シミュレーターを使う実習は可能だし行うべき
生活習慣に関する支援	33	・今後この様なステーションを増やしていくべき ・教育していない ・方法が良くわかりません ・シミュレーターを使う実習は可能だし行うべき
退院時の日常生活	23	・今後この様なステーションを増やしていくべき ・教育していない ・方法が良くわかりません ・シミュレーターを使う実習は可能だし行うべき
Bad New Telling	20	・教育していない ・方法が良くわかりません



チームワーキングについて

ステーション課題	取り入れてよい	コメント
検査依頼(他職種へ)	24	・医師になってから学ぶべき。また評価が困難である ・OSCEとしてのイメージがわかない ・具体的な内容がわからないので
検査協力依頼	18	・医師になってから学ぶべき。また評価が困難である ・OSCEとしてのイメージがわかない ・具体的な内容がわからないので
時間外の処置の依頼	13	・医師になってから学ぶべき。また評価が困難である ・OSCEとしてのイメージがわかない ・具体的な内容がわからないので
時間外の処方依頼	10	・医師になってから学ぶべき。また評価が困難である ・OSCEとしてのイメージがわかない ・具体的な内容がわからないので
追加事項(手の消毒)	1	
追加事項(心電図検査法)	1	



自由記入欄(ステーションのご提案など)

・尿検査判定
・輸液処方
・高血圧治療
・電話による他科医師へ、コンサルテーション(内容的には1分程度の短いプレゼンテーション)の能力をみるのはいかがでしょうか？
・上記は総合診療部的発想の課題のように思われる。臨床実習の総括としてのOSCEの課題が、医学教育全体でどのようであるか考える必要があろう
・面接、身体診察、基本的検査データの情報を集めて、それをもとに初期診療計画を立てる形のステーションを質・量共に充実させることが大切と思います。
・心電図読影、心電図記録、胸部X線読影、血液型クロスマッチ
・チームワーキングについては研修医の段階で修得
・チームワーキングについてはクリティカルパスとチーム医療
・学生を使えるようにして、現場に出すために試験は実践的な内容が求められると思います。そうすれば、卒業研修の義務化も1年で十分です。
・コモンディジーズの診察、高血圧症等

(8)その他(ご自由に書きください)

・早急に国試OSCEを実施すべきである。日本の医療を変化(改革)させるチャンスであり、遅れれば遅れる程日本の医療は悪くなる。

・現在当大学ではAdvanced OSCE実施に向けて少しづつ準備を進めている状況(小委員会の設置など)ですが、基本的にはCase-basedのステーションのみと想定しております。出来ればH17年度末に実施したいと考えております。

・学生間の問題のセキュリティーについて各大学の実情を調べて下さい。大学での工夫についても。

・国試に導入することにより、クリニカルクラークシップの学生教育の充実化が促されることが一番重要と考える。

・評価の統一が難しいと思います。当然ながらマニュアルが必要です。

・共用試験OSCEは国家試験にはならないと聞いていますが、Advanced OSCEはいかがでしょうか。将来的に国家試験を目指しているのでしょうか。もし、国家試験になることが決まっているのであれば各大学に通達してほしいと思います。もし、共用試験のように運用は各大学まかせになるのであれば、準備の負担が多いこともあり、人材の少ない地方大学では採用されるかどうか疑問です。今年度より新臨床研修制度が開始され、各大学は卒後臨床研修の充実に力を注いでいます。次は、卒前のクリニカル・クラークシップをどのようにするかが検討課題となるでしょう。Advanced OSCEはその先にあるものと理解しております。どうも先にOSCEありきの感があり、OSCE対策としてのクリニカル・クラークシップになりそうで心配です(国試対策のようなものがすぐにできると思います)。クリニカル・クラークシップの到達目標、実施内容が統一されていないところに、評価としてのOSCEが導入されるのに疑問を感じています。(7)の質問でも、「禁煙支援」、腹部超音波検査、鼠径ヘルニア整復、肘内障整復、bad news tellingなどは卒業時にできないといけないのかどうか疑問です。また、国家試験を想定しているのであれば、臨床実習中のOSCEは開催時期として不適当であり、実習終了後か卒業時に行うのが適当であると思います。さらに、現在の医学部6年生は新臨床研修制度のマッチングの試験を夏休みに受け、その後は自分の大学の卒業試験、そして2月の医師国家試験と試験、試験に追い回されています。また、大学教官側もマッチングの面接や試験準備、採用者の1年目のスケジュールの調節で多忙を極めているところにAdvanced OSCEが導入となると、OSCE運営に係わるものにとっては対応できるかどうか自信がありません。私はAdvanced OSCE に反対しているのではありません。カナダのように国家試験を目指すのであれば、初めからそのつもりで準備してほしいと思います。各大学任せではなく、研究班としての方針を明確にしてほしいと思います。明確な方針があれば、大学当局や多くの診療科の教官に協力依頼がしやすくなります。現状では、卒後臨床研修をしっかりとしたものにし、それと平行してクリニカル・クラークシップの実習内容を検討しようとしている段階です。当大学は医学教育的に多少遅れているのか知れません。本当にAdvanced OSCEが国家試験となるのであれば、実習内容の検討も早急にやりたいと思います。どうか明確な今後の方針を教えてください。どうぞよろしくお願い申し上げます。

・Advanced OSCEの導入は卒後研修を円滑に行うためにも必要と考えます。臨床実習の中で医行為を行うためには患者の協力が不可欠であります。一般市民が協力して良医を育てるという気運、ｺﾝｾﾝｻｽが必要となります。一般への説明と協力依頼を積極的に行って欲しい。

・医師国家試験実施前に卒業OSCEを開始すべき。心電図、肺機能、筋電図、脳波、末梢血塗抹、スメア作成、細菌培養…簡易キットを用いた検査(インフルエンザなど)

・Advanced OSCEに際しては、共用試験実施機構から提示されている実習参加に必要とされる学習・評価項目の作成が望まれると思いま

・多くがシミュレーターを用いて行うことになると思いますが、その費用が心配です。

・各ステーション課題から選択して各大学が実施すれば良い。

・全国的に行う場合は標準化(課題内容や、レベルについて)が必要と思われる。

・モデル等が不足している大学に対しては国がしかるべき予算配合をすべきである。

・Advanced OSCEは、卒後臨床研修との連続性や役割分担を考えて計画すべき。またAdvanced OSCEは、将来、国家試験への導入が予定されているので、客観的に評価可能かどうかを常に考えなくてはならない。

・Advanced OSCEの内容は臨床実習中に経験する内容が多い。このため実習先に対し該当する内容をカリキュラムに入れてもらう必要がある。現状では外来・病棟での指導スタッフの絶対数が足りず導入には高い壁があると感じる。

・共通試験が正式実施に移行するようになり、全国的にはAdvanced OSCEの動向が注目されています。一部にはAdvanced OSCEの導入はないとも観測さえ流れており今が踏ん張りどころと思います。

国家試験OSCEトライアルの実施とその結果

A　研究の実施経過

1．2005 Advanced OSCE トライアル

平成17年度は、兵庫医科大学と久留米大学医学部とで行われたAdvanced OSCEを、研究班としてサポートした。いずれも１学年全員（100名規模）を対象としたAdvanced OSCEであり、内容は平成14年度厚生労働科学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と、その後に開発した「胃内視鏡検査前説明」および一部に大学で開発したステーションを加えた構成であった。Advanced OSCEの現場に立ち会った研究班員が「モニター報告書」を記載し、当該の大学に提供した。

1) 兵庫医科大学：2005年５月７日（土）に同大学を会場として、６年生110名全員を対象に行われた。「呼吸困難」、「腹痛」、「けいれん（小児）」、「のどの渇き（糖尿病）」、「ガウンテクニック・縫合」、「胃内視鏡検査前説明」の６ステーションを４列設定したローテーション方式であった。８時30分に開始し、終了は17時であった。

2) 久留米大学医学部：2006年３月４日（土）に同大学を会場として、５年生105名全員を対象に行われた。「頭痛」、「動悸」、「腹痛」、「けいれん（小児）」、「高血圧」、「のどの渇き・体重減少」、「咽頭痛」、「呼吸困難」、「足のしびれ」、「禁煙支援」、「外科手技」、「救命蘇生」の12ステーションを４列設定したローテーション方式で、受験者は６ステーションを回るやり方であった。８時30分に開始し、終了は17時45分であった。（畑尾分担資料１～４）

2．スキルスラボ・OSCE実施専用施設に関する全国アンケート：全国の80医科大学・大学医学部を対象にアンケート調査を行い76大学（95%）から回答が得られた。OSCE実施専用施設を有する大学は31大学で、そのうち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、国家試験のために貸し出し可能と回答された大学は17であった。（畑尾分担資料５）

3．公開シンポジウム「国家試験OSCEトライアルの今までの成果」：2005年11月27日（日）10：30～16：00に慈恵医大大学１号館講堂において、標記の公開シンポジウムを開催した。「研究班の今までの活動概要」、「Advanced OSCEのデータ解析」、「臨床実習のコア・カリキュラムについて」、「わが国の診療参加型臨床実習の現状」、「諸外国での臨床実習とOSCE」、「国家試験OSCEの必要性と実施可能性」の予定発言を軸に、参加者を含めた意見交換がなされた。（畑尾分担資料６）

4．Advanced OSCEの課題公募：全国の医学部OSCE担当者および臨床研修病院臨床研修責任者に通知して、Advanced OSCEの課題を公募した。公募期間中に８つの大学、２つの臨床研修病院から、合計16課題が寄せられた。（畑尾分担資料７）

5．医学教育セミナー＆ワークショップ：岐阜大学医学教育開発研究センター主催の第19回医学教育セミナー＆ワークショップにおいて、当研究班はワークショップ「国家試験OSC

Eの実現に向けて」を担当した。参加者を２グループに分けて、上記の公募に対して応募されたか課題のブラッシュアップを行った。（畑尾分担資料８）

６．医学部卒業時到達目標（国家試験OSCE手技項目一覧）：研究班のワーキンググループにおいて、諸外国の実情や本邦の卒前教育コア・カリキュラム等を参考にして、医学部卒業時到達目標（国家試験OSCE手技項目一覧）を策定した。（畑尾分担資料９）

７．国家試験OSCEにおける模擬患者：国家試験でクライエント役となるSPについての考え方をまとめた。

８．OSCE評価の信頼性：OSCE評価の信頼性についての現時点での考え方をまとめた。

B　研究成果の概要

１．2005 Advanced OSCEトライアル

国家試験に導入する方向性が決まっているOSCEであるが、全国の普及状況をみて実施するとされており、２つの大学で、医学部１学年分（100名規模）の受験者の臨床実技のテストが１日の日程で行うことが可能であることが実証された。それらの大学のAdvanced OSCEの現場に立ち会った研究班員が、モニターとしてコメントし、報告書を記載して、当該の大学へのフィードバックとした。

２．スキルスラボ・OSCE実施専用施設に関する全国アンケート

全国の80大学医学部へのアンケートに対して76大学から回答があり、95％という高い回答率であったことはOSCEに対する関心の高さを示すものと考えられる。OSCE実施専用施設を有する大学は31であり、10箇所以上のステーションを設定でき、一定期間、その施設を国家試験のために貸し出しできる大学が17であった。

３．公開シンポジウム「国家試験OSCEトライアルの今までの成果」

国家試験は医学部卒業の時点で、医師として具有すべき能力を評価するものであり、卒前臨床実習で臨床実技の学習・修練と関連しなければならないことが確認された。

４．Advanced OSCEの課題公募

平成14年度厚生労働科学研究班が策定した「Advanced OSCEの指針」で報告されたステーションは12であり、その後に研究班で開発したステーションを加えても、国家試験が実施されるまでには、さらに数多くのステーションを開発・用意しなければならない。そこでステーション・課題を公募したが、短い期間だったにもかかわらず、16課題の応募があった。

５．医学教育セミナー＆ワークショップ

応募された課題をブラッシュアップするグループワークを中心としたワークショップを行った。医師・医療職以外の方の参加もあり、医師だけでは気づかない意見が聞くことができて、非常に有意義なワークショップであった。

６．医学部卒業時到達目標（国家試験OSCE手技項目一覧）

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。

7．国家試験OSCEにおける模擬患者

OSCEにはクライエント役が必要であるが、模擬患者としてトレーニングされたSPと、比較的簡単な打ち合わせだけで、必ずしもトレーニングしなくてもクライエント役がつとまる場合もあり、考え方を整理した。

8．OSCE評価の信頼性

評価が備えていなければならない属性として重要なのは、妥当性と信頼性である。評価結果のばらつきについて分析し、信頼性に対する考え方を整理した。信頼性を確保することは大切であるが、OSCEの場合、どの程度に厳密であるべきかについては、さらに検討することが必要であると考えられる。

C. 研究により得られた成果の今後の活用・提供

1．2005 Advanced OSCEトライアル

医学部１学年分（100名規模）の受験者の臨床実技のテストが１日の日程で行うことが可能であることが実証されたことの意義は大きい。他の大学に対するインパクトは大きいと思われる。Advanced OSCEの現場に立ち会った研究班員が、モニターとしてコメントし、報告書を記載したことは、当該の大学へのフィードバックとなるだけでなく、その他の大学でAdvanced OSCEを企画する際の参考資料となるであろう。

2．スキルスラボ・OSCE実施専用施設に関する全国アンケート

OSCE実施専用施設を有する大学で、10箇所以上のステーションを設定でき、一定期間、その施設を国家試験のために貸し出しできる大学が17であったことは、常設テスト場方式のAdvanced OSCEの実施可能性を示唆するものである。

3．公開シンポジウム「国家試験OSCEトライアルの今までの成果」

国家試験は、卒前臨床実習で臨床実技の学習・修練と関連しなければならず、その視点を中心とした今回の公開シンポジウムは、医学教育の一貫性を再認識する機会となったものと思われる。

4．Advanced OSCEの課題公募

これまでのトライアルを通じて、課題に対する参加者からのアイデアが少なくないことがうかがわれたが、短い期間の公募に対して、16課題の応募があったことは、課題数を増やすことだけでなく、多くの方々のAdvanced OSCEに対する関心を呼ぶ効果もあったのではないかと考えられる。

5．医学教育セミナー＆ワークショップ

医師・医療職に限らない方々の参加によって、多角的なブラッシュアップができたこと

は収穫であった。ブラッシュアップできた課題は２つと少なかったが、今後、同様に多角的は検討ができるワークショップを繰り返すことが望まれる。

６．医学部卒業時到達目標（国家試験OSCE手技項目一覧）

卒業時点での到達目標が明確でないと、卒前教育でどのような臨床実技を学習・修練するべきかということの合意を得ることが難しい。また適正な評価もできない。宋卒業時到達目標が明確になれば、卒前臨床実習のあり方の指標となり、また国家試験OSCEのステーション・課題を作る目安ともなると考えられる。

７．国家試験OSCEにおける模擬患者

OSCEの課題によって、さまざまな立場の方に模擬患者を務めていただけることの認識が広まれば、国家試験OSCEを実施する際の課題の１つがクリアしやすくなると考えられる。

８．OSCE評価の信頼性

この「OSCE評価の信頼性」（資料11）は、基本的な臨床技能が明らかに劣っていることを識別するAdvanced OSCEにおいて、どの程度の評価結果の信頼度が必要なのかを論議する手がかりを提供することができるのではないかと考えられる。

畑尾分担研究・資料１

大学医学部Advanced OSCE概要

１．兵庫医科大学Advanced OSCE

日　時：2005年５月７日（土）開始：８時30分　　終了：17時
場　所：兵庫医科大学学内
ステーション数：６箇所
内　容：①呼吸困難、②腹痛、③けいれん（小児）、④のどの渇き（糖尿病）、
　　⑤ガウンテクニックと縫合、⑥内視鏡検査前説明
列　数：４列
受験者：６年生全員　110名

２．久留米大学医学部

日　時：2006年３月４日（土）　開始：８時30分　　終了：17時45分
場　所：久留米大学医学部学内
ステーション数：12箇所（受験者は６ステーションでテスト）
内　容：①「頭痛」、②「動悸」、③「腹痛」、④「けいれん（小児）」、⑤「高血圧」、
　　⑥「のどの渇き・体重減少」、⑦「咽頭痛」、⑧「呼吸困難」、
　　⑨「足のしびれ」、⑩「禁煙支援」、⑪「外科手技」、⑫「救命蘇生」
列　数：２列
受験者：５年生全員105名

畑尾分担研究・資料2

Advanced OSCEトライアル　モニター報告書1

大学単位でのAdvanced OSCEの問題点と今後の課題

兵庫医科　大学　　モニター年月日：2005年 5月 7日

モニター　ステーション：腹痛　　モニター氏名：○ ○ ○ ○

全体として、各大学卒業前レベルのAdvanced OSCEはこういうやり方で可能なんだなという実感が湧いてきました。

OSCE準備状況について（事前準備、当日OSCE開始前までの準備）

- 事務の方も多くお手伝いいただいて、準備はほぼ万全であった。

当日運営について（ステーションでの進行で生じがちな問題点、ステーション時間の適切さ・問題点、OSCE要員（評価者・SP・事務系スタッフなど）の交替時間などを含む）

- 学生の患者さん役の人たちも熱心に参加していたし、（途中交代の人も）時間を厳守して集合していた。
- 最初のステーション開始時、「入室」の合図はOKであったが、「OSCE開始」の合図が聞き取れないステーションがあった（腹痛の3つのステーション、他にも神経診察Ⅲ？）
- 上記の遅れをどのように取り戻すかの指示が明確でなかった（結果的には腹痛は第3課題を別室で行うことになっていたので、遅れを吸収できた）。結果的には大きな問題にはならなかったが、意志決定と、その（スタッフ全員への）伝達手段に問題が残った。
- 決定と伝達については、ホワイトボードを中央に設置して情報を共有するなど危機管理と同じような対応が望ましいのかもしれない。
- 第3課題が別室になっていたが、この変更も評価者、学生とも徹底されておらず、うまく流れ出したのは 11 時頃であった。このような伝達は紙で、各ステーションの評価者に渡す方がよいようだ。

受験を見てそれぞれのステーション内容について気づいたこと。（課題の難易度などを含む）

第1課題（面接）　第2課題（診察）　第3課題（鑑別診断・検査方針・病棟指示）

- 第2課題で腹部診察の評価項目を全部クリアするには、学生の場合時間が（4分では）足りないようだ。肝、脾の触診までたどり着けない。
- 患者さん役の学生が（医療知識があるせいだろうが）横になった瞬間に膝を立てる。これは「膝

は伸ばして寝る」に統一すべきである。(本来膝を伸ばして診察すべき)視診からひざが曲がっていて、評価できない。

- 縫合のステーションでは患者さん役の学生がガウンテクニックの介助を行うことになっていたが、この患者さん役の学生自身がガウンテクニックを見たこともしたこともないケースがあって(学生さんが)当惑していた。
- (縫合のステーション)手袋は(途中から滅菌された正式な医療用具に変わったが)、未滅菌のディスポでも良いから、袖口の折り返しをつけて、紙に入れておかないと評価できない。経験的にはA3のコピー用紙で簡単に作れる。
- (縫合のステーション)せっかくガウンを着ているが、どこまでが清潔領域で、どこからが不潔領域かわからず、学生も気にしない。現在のやり方なら、ガウンテクニックはガウンテクニックで評価して、縫合は手袋だけでさせる方が「清潔、不潔」を評価しやすいと思う。
- (縫合のステーション)膿盆は必須備品かもしれない。
- (縫合のステーション)(評価項目にないが)感染性廃棄物と、それ以外のものを、ボックスを作ってきちんと分けるかどうかも見る方がよい。このとき前の人が捨てた形跡があると同じように捨てるから、1回1回ボックスを空にする仕事が(評価者か模擬患者さん役の学生に)増えるが---。
- 眼底鏡検査は、スライドの裏から見ていると、学生の眼底鏡の灯りがきちんと眼底に達しているか、血管を4方向きちんと見ているかなどの評価ができることを初めて知りました。
- 眼底の所見をとるとき、(腹痛のないところから触るように)やはり症状のない、正常と思われる方から見るのが正しいのでしょうか?

ステーションごとの評価項目できづいたこと。(評価表の適切さ・問題点などを含む)

- やはり評価項目が少ないことは、何事にもまして、(あまり打ち合わせる時間のない)評価者にはありがたいことらしい(腹痛の評価項目はちょっと多い)。
- 筋性防御はほとんどの学生が言及しないし、評価も難しい。きちんとした人形か、トレーニングされた模擬患者さんがいないと難しいかも---。一方で、数分で学生を筋性防御を有する模擬患者に仕立てることも可能かもしれないので次回のトライアルでは行ってみたい。
- できる子ほど「負荷がかかる」、「服薬する」、「一過性」などの専門用語を使うような気がする。
- 「増強しますか」と聞いて、患者さん役の学生から「強くなるということですか?」と聞き返された学生もいた。
- 小児のステーションで「麻痺はありますか?」と学生が聞いて、模擬患者さんが「ありません」と答えていたが、「麻痺はあります(ありました)か?」でお母さんは分かるものだろうか?

受験者数人から聞き取ったこと

- 肝臓、脾臓の触診まで行きつけないのは、「腹膜炎」に引っ張られて、思いつけないことも一因。
- 課題自体がちょっと非典型的で(虫垂炎とか胆嚢炎でない)、「今の僕には」悩ましかった。(これは逆に、丁度良いということかもしれない:モニターの注)
- 課題3の内容はレベルとしては難しくない。
- 病棟指示は見たこともないが、必要であることが分かった。

評価者数人から聞き取ったこと

- 「ゲップが続くと死ぬ」は迷信であるが、このような迷信を聞いたことがない世代には唐突に感じられる。「自己解釈モデルを聞いたか」だけにとどめる方がいいように感じた。
- 筋性防御が評価しづらい。

SP数人から聞き取ったこと

- 「話しかけながら診察してくれる学生はとても感じがいい」、患者医師関係の原点だろう。
- 「面接で聞いてくれなかったことを診察中に、きっかけがあって聞いてくれるのも感じがいいですね」とも発言

各実施大学が用意すべき備品など(器材(準備)の適切さ・問題点などを含む)

- 今回は枕がなくて患者さん役の学生がしんどそうだった(腹筋もちょっと硬くなるか?)
- 腹痛Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ側は車の音などがうるさかったが、都会の大学で仕方がないでしょう。

運営効率化への提言

- カードリーダーを準備して午後から採点を始める方がいい。午後には進行も落ち着いて事務の方もちょっと余裕ができている。(翌日採点を学務課に提出しないといけないようなせっぱ詰まった状況の)経験的には、午前の分を午後には、そして午後の分を当日夜には、カードリーダーの読み取り不備をチェックしながら採点可能である。

その他、ステーション全体について(良かったところ、問題点、課題など)

- 内視鏡のステーションで当初、模擬患者さんが学生に状況を説明していたが、「雰囲気」が変わってしまうし、ステーション間の統一も必要なので説明は評価者がする方が良い(午後は修正されていました)。
- (内視鏡のステーション)説明文書は長すぎる。夕方出ていたように「待っている間に読む」とか、前項の状況説明も「待っている間に読む」とかの工夫が必要。
- (内視鏡のステーション)検診業者からの結果通知を(患者さんが)「知っている」という説明で、中身を知っているのか、奥さんが持ってきた(シナリオはこちら)ことを知っているのか混乱する

場面があった。

- (内視鏡のステーション)見た範囲で「胃カメラをする時期」を、「血糖が落ち着くまで待ってやりましょう」と話す学生がいたが、(研修医であれば、知らないことは)「時期は上級医(なんと表現するかはともかく)と相談しますが---」と話すべきで、知らないことを「血糖が落ち着くまで待ってやりましょう」と話す学生はペナルティ、禁忌肢ものでは----
- (内視鏡のステーション)評価表の「面接の許可を得た」が(自分の理解では)状況設定に合わない。
- (内視鏡のステーション)「突き破って胃に穴が開く」と合併症を説明する子が多かったですが、そんなの聞いたことがないですがあるのでしょうか?(食道に開いた、梨状窩であいた、穿通の大網が剥がれて開いた、十二指腸が開いた、もちろん(CF で)大腸が開いたなんていうのは良く聞きますが---

畑尾分担研究・資料3

Advanced OSCEトライアル　モニター報告書2

大学単位でのAdvanced OSCEの問題点と今後の課題

兵庫医科　大学　　モニター年月日：2005年 5月 7日

モニター ステーション：　全 体　　モニター氏名：　○○○○

OSCE準備状況について（事前準備、当日OSCE開始前までの準備）

書類準備：評価シート、受験者配置表（4列）

会場設営：ステーションの張り紙、レイアウト、器材の搬入・配置

準備万端であった。

当日運営について（ステーションでの進行で生じがちな問題点、ステーション時間の適切さ・問題点、OSCE要員（評価者・SP・事務系スタッフなど）の交替時間などを含む）

事務職の配置

統　括：1名

受　付：2名

タイムキーパー：1名／2列

各列担当：1名（受験者控室から呼び出し・誘導・注意事項）

・行き届いた運営であった。

・SPの学生さんの意見：1日拘束されて、SP2人で受験者ごとに交替するよりも、半日拘束で継続するほうがよい。

受験を見てそれぞれのステーション内容について気づいたこと。（課題の難易度などを含む）

第1課題（面接）　第2課題（診察）　第3課題（　　）

[外科的手技]

・評価者によってガウンの扱いに違いがみられた（包装を解いて中身だけを渡す場合と、中包装で渡して自分で解くところから受験者に求める場合と、など）。

・SPの体位が座位だったため、腕の置き方で縫合操作のやりやすさに差があったように思う。

・廃棄物の分別も必要。

[呼吸困難]

・(評価者の意見)知識の口頭試問は不要。

[運営担当教員] ・既存のステーション・課題についての意見を聞いてほしい。

・新しいステーションを公募してもよいのではないか。

ステーションごとの評価項目できづいたこと。(評価表の適切さ・問題点などを含む)

・概略評価の注釈に、不適切なものがあった。

・(事務職からの指摘)検査計画で、保険で査定されそうなことでも"得点"にしても良いのか？

例:単純エックス線とCTとを同時にするなど。

受験者数人から聞き取ったこと

・緊張した。

・忘れていて、あとで気づいたこともあった。

・時間が足りなかった。考える時間がない気がした。

・SPをやったことがあったのだが勉強になった。

・時間配分を考慮してほしい。7分間経たないと次の課題に行けないのでイラツイタ。

・人形の診察(小児)で、所見をどう言ったらよいのか迷った(反射は"正常"と言ってよいのか？)。

・次のステーションまでの時間にもう少し余裕があるほうがよい。

・国家試験にOSCEが入ることについて

導入してもよい。

評価者の差があるといけないと思う。

評価者は1人でないほうが良い。

臨床実習で教えておいてほしい。

評価者数人から聞き取ったこと

・事前準備は前日にやった。

・あまり負担感はない。

・OSCEが試験に導入されることは良いことだと思う。

・臨床現場で問題が起こっている現状を考えると国家試験でOSCEをすることは必要。

・得点加算の評価は問題 → 概略評定が良いと思う

例:評価項目ごとのウエイトを見直すことが必要。重要なことも、たいしたことでないことも同じ1ではオカシイ。面接しながら、鑑別診断を想定して、次第に核心に絞り込んで行くことこそが大切。元に戻って軌道修正できれば良い。診察の途中で問診に戻っても良いのではないか。

SP数人から聞き取ったこと

事前準備は大きな負担ではなかった。

シナリオは覚えるようにした。

受験者5人ほどでやや疲れを感じた。

1回の間に休める時間があるとよい(眼底を見ているときなど休める)。

勉強になった。

自分たちが受験するときのことを考えると、実習をしっかりやりたいと思う。

前回もSPをやらせてもらったが、その時には分らなかったことが、今度はよく分った。

国家試験でやるとすると

スタンダードがほしい。

指導医によって、教えることが違うと混乱する。

OSCEができるような臨床実習をやってほしい。

教え方に慣れていない指導医がいると困る。

各実施大学が用意すべき備品など(器材(準備)の適切さ・問題点などを含む)

運営効率化への提言

その他、ステーション全体について(良かったところ、問題点、課題など)

・受験者が続けてステーションを回るのではなく、次のステーションまでの間が空くのは良い。

利　点:落ち着く。次への心の準備ができる。疲れを癒せる?

問題点:受験者同士の情報交換を防げない。

誘導係の事務職は待機控室に案内に行かなければならない。

畑尾分担研究・資料４

久留米大学Advanced OSCE事後コメント

厚生労働科学研究「国家試験OSCEトライアルの実施に係る研究」研究班

○Advanced OSCEを国家試験に導入することは決まっているが、それを実施する時期については、全国の大学への普及状況を待つというのが厚生労働省の姿勢である。日本の医学教育が良くなるためには、国家試験で実技のテスト（Advanced OSCE）が行われるようになることが大切であると、貴学の先賢が常々おっしゃっていたことである。
各大学で何らかの形でAdvanced OSCEを実施することが望まれるのであるが、今回の貴学のように１学年全員（100名規模）を１日でテストすることは、とても貴重で素晴らしいことであり、他の大学へのインパクトは大きいと思われる。

企画・参加・関与してくださった課題責任者、評価者の皆さまはもちろんのこと、準備・運営・進行に携わられた多数の事務職の方々や患者さん役（SP）の皆さまに、そして真剣にAdvanced OSCE に取り組んでくださった学生の皆さまに深甚の謝意と敬意を表したいと思う。

○（１）小児ステーションについて

午前Ａ列で打腱槌を胸ポケットにいれて、前かがみで小児の診察をおこなったところ、打腱槌が胸ポケットから小児の近くに落下した。また、眼底を見るのに、耳鏡を用いた。両方とも極めて危険な行為であるので、このような危険行為については総括的評価と言えども、フィードバックすべきである。

Ｂ列ではＡ列と異なり、女子学生がＳＰをしていた。女子学生の演技に問題はなかった。評価者が小児ステーションの課題１，２，３を時間で区切って学生に行わせていた。Ａ列とは時間の進め方が異なっていた。

（２）頭痛ステーションについて

Ａ列のＳＰの演技は良かった。学生が医療面接と身体診察両方のＳＰをかねている場合は、診察中も問診情報を集めることが可能であるが、Ａ列のように医療面接と身体診察ＳＰが別人の場合はそれができない。評点にも影響する可能性がある。評価者によって、

（３）体重減少ステーション

医療面接１１分、診察４分の構成だが、医療面接が長すぎ、診察が短すぎる。評価者によっては、医療面接が終わっても次の課題に進ませていない評価者がいた。Ｂ列ではＳＰが男子学生であるにも拘らず、設定は45歳の女性となっている。学生ＳＰは１学年下の学生で、臨場感がなく、また、学生同士で女性の話をしているため、アイコンタクトなど、不自然さがあった。学生ＳＰの話し方がてきぱきと早く、感情がなかった。足背動脈の触診部位を実際に評価者が確認する場合としない場合があった。

○・禁煙支援のステーションは研究班の課題と同じでした。学生にはあまり禁煙に関する教育が出来ていないと言うことでしたが、学生さんたちは皆頑張って禁煙支援に取り組んでいたと感じました。たとえ、試験対策としての勉強であれ、多くの学生が禁煙支援の基礎知識と技能を身につけると言うことは画期的なことだと感じました。

・久留米のＳＰさん達はデビュー戦とは言え、皆うまく自分なりに役作りはされていたと思います。今後の課題は複数のＳＰ間で演技をすり合わせることだと感じました。

・久留米のＳＰさんには男性も結構含まれていたので、面接から連続して胸部ー腹部の身体診察に移行する事が出来そうに感じましたし、神経や頭頸部診察のステーションでは女性のＳＰさんでも（ご本人がＯＫなら）身体診察にご協力いただけるように思いました。リアリティという面では同じＳＰさんで面接から診察と進めた方が良いですし、100人規模で12ステーション規模のadvanced OSCEで、多くのステーションが身体診察も出来るＳＰで実施できたということなら、我が国でも画期的な取り組みになると思います。
是非とも取り組んで頂きたいと感じました。

○１．運営、構成

＊　「外科」、「救急蘇生」のステーションは５分以上残すことがほとんどである。「外科」は手袋装着から始めてもこの時間を残す。共用試験で手袋装着に時間がかかるのと違って、クリニカルクラークシップ（臨床実習）の効果が明らかである。このようなステーションでは、課題そのものを工夫するか、筆記課題をつけるかしないと、評価者が５分間（フィードバック的に）話し続けることになる。この時間を黙って過ごすのも辛い。

＊　「体重減少」のステーションでは面接が11分、他は７分というような違いがあると、受験生には戸惑いがあると思われる。（禁煙指導のような、15分面談ステーションがあることは問題ないと思うが）いくつかの課題を含むステーションでは面接時間は統一するほうが良いように思う。

＊　Ａグループの（面接模擬患者ー身体診察学生）と、Ｂグループ（面接学生の模擬患者ーそのまま身体診察同一学生）を比べると、学生の面接のSPとしての能力は多少落ちる（評価には差し支えなし）が、流れが自然で、やはり将来的には模擬患者さんに身体診察の多くをお願いするほうがよいと思う。ただ「そのほうが便利だから」「外国はそうだから」という視点ではいけないと思う。

２．新作課題

＊　新作問題全体に、医療面接の「openで聞かれたときに答えること」、［もう一度openで聞かれたら話すが、そうでなければ話さないこと］が明確でない。またSPが「今日は動悸と息切れで来ました」と話すが、これは医者言葉、もっと患者さんが話すように変える必要がある。患者さんの言葉から「症候」を整理できるようになるの

がよい。

＊ 新作問題全体に、closed で聞かれた場合の返事主体の作り方である。これでは本当に open を心がける受験者のよさが引き出せない。質は高いので、ちょっとした工夫でよくなるはず。

＊ 「足のしびれ」のステーションで、用紙によって「患者さんの名前」が田島宗介や田島太郎（？）で、患者確認の際に混乱があった。

＊ 「腹部」ステーションの課題はやや散漫（どうき、胸苦しさなど盛り込みすぎ）で、身体診察指示項目も「肝臓は診なくてよい」「腹部以外の必要な診察をしなさい」と不自然。こんな項目があってもいいと思うが、それには「腹部」という課題名をつけてはいけないと思う。

＊ 「腹部」ステーションの想定疾患を学生は一様に「膵炎」「胃潰瘍」「狭心症」と書いていたが、そうだろうか？正解は？一人「心気症」と書いていたが、そんなあたりが近いように思う。

3．個別ステーションや模擬患者さんの印象

＊ A グループの「足のしびれ（神経）」のステーションでは二人の模擬患者のキャラクターが「明るい」「暗い」の両極端であった。課題は暗い、不安を抱えた内容で、「明るい、朗らか」パターン（おそらくこの模擬患者さんの地そのものと思われるが）は合わない。学生も多少の戸惑いがあると思う。でもこの朗らかな SP さんのよさは捨てがたい（いい人！）。

＊ 小児のお人形の頸部は後方へは軟らかくできるが、前方へは軟らかくならない（私の扱い方間違い？）ように思う。項部硬直があるように感じた（課題では項部硬直はないはず）。人形の構造的な欠陥（頭が前に動きにくい）なら改良が必要である。

＊ これは個人的な印象ですが、「咽頭痛」のステーション設定では必ず、溶連菌感染と EB ウィルスのチェックを全例にするのでしょうか？すると私はしていないから落第ですね。しないならこの設定は不自然かも。作問者の言いたいこと、思いはよくわかりますが---。

＊ 「禁煙支援」では説明し、説得し、害を述べする子が多い。ここでも大事なことは傾聴であり、患者さんの思いを聞き、すり合わせることと思います。評価シートは「傾聴した」「確認しあった」［話し合った］［参加を促した］となっているが、実際の評価は「患者さんの思い」「医学的な見解」「今後の取り組み」「目標設定」がでるとチェックがつく。このあたりは工夫が必要である。

○参加しておられた教員、事務のみなさんが一生懸命で、Adv OSCEを学生さんの向上のためにと真剣に取り組んでおられたのが印象的でした。

そしてやはり、技能評価は（手袋装着一つをとっても）到達度に応じて数回行うべきだと感じましたし、逆に我々作題する側も到達度を考えてステーション設計を変えていく必要があることも、改めて感じました。