

畑尾分担研究・資料6

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」

目的：国家試験におけるOSCE実施に向けての課題を明らかにするために、研究班のこれまでの検討結果を報告し、医学部卒業レベルにおけるOSCEの評価項目や実施上の問題点等について広く意見を交換することを目的とする。

日時：2005年11月27日（日）10：30～16：00

場所：東京慈恵会医科大学 大学1号館3階 大学1号館講堂（250名収容）

主催：2005年度厚生労働科学研究

「OSCEトライアルの実施等医師国家試験の改善にかかる研究」（主任研究者：相川直樹）
分担研究「国家試験OSCEトライアル実施に係る研究」（分担研究者：畑尾正彦）

総合司会：吉田素文（九州大学医学部）

10:30～10:40：「開会の挨拶」畑尾正彦（日赤武蔵野短期大学）

第1部：研究班の活動について

10:40～11:10：「今までの活動概要」畑尾正彦（日赤武蔵野短期大学）

11:10～11:40：「Advanced OSCE のデータ解析」犬塚裕樹（久留米大学医学部）

11:40～12:00：フロアー討論「国家試験OSCEについて」

12:00～13:00：昼食

第2部：診療参加型臨床実習の現状

13:00～13:30：「臨床実習のコア・カリキュラムについて」田辺政裕（千葉大学医学部）

13:30～14:00：「わが国の診療参加型臨床実習の現状」津田 司（三重大学医学部）

14:00～14:30：「諸外国での臨床実習とOSCE」吉田一郎（久留米大学医学部）

14:30～14:45：休憩

第3部：国家試験OSCE導入に向けて

14:45～15:00：「国家試験OSCEの必要性和実施可能性」畑尾正彦（日赤武蔵野短期大学）

15:00～15:50：フロアー討論

15:50～16:00：「閉会の挨拶」畑尾正彦（日赤武蔵野短期大学）

参加費：無料、事前登録：不要

§ 応募課題リスト

医療面接

頭痛

胸部

胸痛1

胸痛2

胸痛3

腹痛

イレウス

神経

内分泌

高脂血症

内科救急外来

外科手技

胃管挿入

DM nephropathy

子宮外妊娠

直腸診

第19回医学教育セミナー&ワークショップ

ワークショップ「国家試験OSCEの実現に向けて」

と き：2006年1月28日（土）・29日（日）

ところ：岐阜市ばるるプラザGifu

主 催：岐阜大学医学教育開発研究センター

担 当：厚生労働科学研究「OSCEトライアルの実施等国家試験の改善にかかる研究」
分担研究「国家試験OSCEトライアルの実施に係る研究」研究班

目 的：1. 医師国家試験OSCEの課題作成 ー全国公募課題のブラッシュアップー
2. WS参加者への国家試験OSCEに関する情報提供

スケジュール：

28日 13：00 オリエンテーション

13：10 解説「国家試験OSCE研究班の活動概要」

13：20 グループワーク「卒業時に求められる診療能力」

14：30 全体発表

15：00 解説「国家試験OSCEの課題のスタイル」

15：15 グループワーク「公募課題のブラッシュアップ」

18：30 グループワーク終了

29日 9：00 全体発表「公募課題のブラッシュアップ」

10：00 解説「国家試験OSCEの評点」

10：30 グループワーク「公募課題のブラッシュアップ」清書

11：30 意見交換「国家試験OSCE実施への道」

12：00 終了

グループ編成とブラッシュアップ課題

Aグループ：5名 「腹痛」

Bグループ：6名 「直腸診」

燭尾分担資料9 学習項目	卒業時に学生が指導医 の監視なしで臨床の 場で実施できる	卒業時に学生が シミュレータを使って 実施できる	卒業時に学生が介助又は 見学した経験がある	卒業時に学生が後査 結果を解釈できる	国家試験(卒業時) OSCEによって評価 (SPの利用可)	国家試験(卒業時) OSCEによって評価 (シミュレータを利用)
◆診療の基本						
・患者-医師関係	○					
・チーム医療	○					
・課題解決能力	○					
・EBM	○					
・安全管理(ユニバーサル・プレコシヨ ン)	○					
・医費面接	○				○	
・診療記録作成	○				○	
・プレゼンテーション	○				○	
・診療計画	○					
・医療の社会性			○			
・終末期・緩和医療			○			
・予防医療			○			
◆身体診察						
・全身の観察	○			○	○	
・頭頸部の診察	○			○	○	
・胸部の診察	○			○	○	
・腹部の診察	○			○	○	
・泌尿・生殖器の診察	○			○	○	
・骨盤内診察	○			○	○	
・骨・関節・筋肉系の診察	○			○	○	
・神経学的診察	○			○	○	
・小児の診察	○			○	○	
・精神面の診察	○			○	○	
・乳房触診	○			○	○	
・直腸診	○			○	○	
・内診	○			○	○	
◆外科基本手技						
・消毒	○					○
・局所麻酔		○				○
・縫合	○					○
・結紮	○					○
・ドレッシング(ガーゼ交換)	○					○
・抜糸		○				○
・止血		○				○
・切開・挿入						○
・皮膚生検			○			
・手洗い	○					○
・消毒ガウムの装着	○					○
・手袋装着	○					○
・各種生検			○			

学習項目	卒業時に学生が指導医の監督なしで臨床の場で実施できる	卒業時に学生がシミュレータを使って実施できる	卒業時に学生が介助又は見学した経験がある	卒業時に学生が検査結果を解釈できる	国家試験(卒業時) OSCEによって評価(SPの利用可)	国家試験(卒業時) OSCEによって評価(シミュレータを利用)
◆一般手技						
・注射法(皮内、皮下、筋肉)		○				○
・注射法(点滴、静脈確保)		○				○
・中心静脈カテーテル挿入			○			○
・採血(静脈血)	○					
・採血(動脈血)						
・動脈カテーテル挿入			○			
・心カテーテル検査			○			
・穿刺法(胸腔・腹腔)			○			
・穿刺法(腰椎)			○			
・ドレーンチューブ挿入(胸腔・腹腔)			○			
・膈新穿刺・吸引			○			
・骨髄穿刺・吸引			○			
・尿管の挿入と抜き			○			○
・尿道カテーテルの挿入と抜き			○			○
・洗腸						
・ネブラライザー		○				
・酸素療法		○				
・気道内吸引		○				
・気管内挿管		○				○
・CPR		○				○
・ACLS		○				○
・人工透析			○			
・人工呼吸器の操作			○			
◆検査手技						
・鼻咽喉スワブ検査				○		○
・呼吸機能検査(スパイログラフイー)				○		○
・動脈血ガス分析				○		○
・血糖検査				○		○
・便検査(潜血・虫卵)				○		○
・血液型判定・交差試験				○		○
・酸素飽和度検査				○		○
・胸部・腹部単純X線写真			○			○(所見の解釈のみ)
・超音波検査			○			○(所見の解釈のみ)
・超音波検査			○			○(所見の解釈のみ)
・消化器内視鏡(上部・下部消化管)			○			○(所見の解釈のみ)
・気管支鏡			○			○(所見の解釈のみ)
・CT・MRI検査			○			○(所見の解釈のみ)
・核医学検査			○			○(所見の解釈のみ)
・各種負荷試験			○			○(所見の解釈のみ)
・心電図(心電図モニター使用を含む)		○				○(所見の解釈のみ)
・尿検査(尿沈渣を含む)		○				○(所見の解釈のみ)
・尿検査(尿沈渣を含む)		○				○(所見の解釈のみ)
・末梢血塗抹標本作製						
・血液生化学・血液・免疫学等検査			○			○(所見の解釈のみ)
・病理検査			○			○(所見の解釈のみ)
・微生物学的検査の検体採取			○			○(所見の解釈のみ)
・グラム染色			○			○
・妊娠反応検査			○			○

参考資料



厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価研究事業）
分担研究報告書

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

分担研究者 伴 信太郎 名古屋大学医学部付属病院総合診療医学・教授

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

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 Snee 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 のウオーム・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 Smeeth 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。

ヨーロッパで実施されているOSCEの調査とその結果

A. 研究目的

日本、アメリカ合衆国（以下 米国）、カナダにおいては、医師国家試験がある。しかしいずれの国においても、当初は認知領域の評価に限られていた。一方、学習者の学習行動は、評価によって方向付けられることは周知の事実である。^{1, 2, 3}このような知見を背景に、医師国家試験を行なっているカナダ（1992年～）、米国（2004年～）では、認知領域の客観試験に加えて、客観的臨床能力試験 (Objective Structured Clinical Examination: OSCE) を導入した。

昨年度の本研究で調査したカナダでは医師国家試験はMCCQE (Medical Council of Canada Qualifying Examination) といわれる。これは、医学部卒業時に行なわれる知識を問う試験MCCQE I（春と秋の2回行われ、MCQ形式で、コンピュータで行なわれる）と、1992年から導入された、医学部卒業後1年間の臨床研修を終了の後に行なわれる実技試験MCCQE II（OSCEで行なわれる）とからなる。

一方米国では2004年から、United States Medical Licensure Examination (USMLE) のstep 2にOSCEによる実技試験が導入された。

このような諸外国での展開を参考に日本でも医師国家試験の改善検討が行われており、技能の評価法として「OSCEの導入が視野に入れられている。」

今回は医師の臨床技能の評価法として、ヨーロッパにおける動向に焦点を当て、ヨーロッパにおける医学教育研究をリードしているMaastricht大学を訪問し調査を行うとともに、文献的検討を行なった。

B. 研究方法

本研究では、下記のスケジュールでMaastricht大学にて調査を行った。

スケジュール

2004年3月19日 日本発、同日オランダ着

2004年3月21-22日 Maastricht大学

- ・ Prof. Van der Vleuten CPM (Department of Educational Development and Researchの責任者)

- ・ Van Dalen J (Skills Lab 責任者) 他

2004年3月23日 帰国

C. 研究結果

1) 殆どのヨーロッパ諸国では医師国家試験はない(例外：フランス、ドイツ、スイスには医師国家試験があるが、いずれも筆記試験のみ)。

2) 医師としての臨床能力は、各医科大学による認定に任されている。

以下 オランダにおける状況

3) 知識の評価は「progress test」⁴ (6年間に求められる知識を毎回問う。その時期までに学習した範囲の知識を問うこれまでの筆記試験とは、そこが大きく異なる) によって行い、現在8つの医科大学のうち4大学が共通の試験を行なっている(4回/年×6年間)⁵。

4) 技能評価に関して共用のものはない。

以下 Maastricht 大学における状況

5) 現在は各学年で1回のOSCEが行われている。

6) Maastricht 大学における臨床教育の問題点

①教員による指導・フィードバックが少ない

②Competencyを包括的に評価できていない

③目標とすべき臨床能力が明確でない

7) Maastricht 大学における臨床評価の動向

①OSCEはあくまでもシミュレーションレベル

(ミラーの臨床能力ピラミッドの3rdレベル)⁶

②基本的臨床技能を含む基本的臨床能力は“In-training examination”で評価する方向に移りつつある。“In-training examination”の一つとして臨床技能・態度を評価する際には、mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) (ミラーの臨床能力ピラミッドの4thレベルを評価できる)⁷を用いている。

③1時点での評価ではなくポートフォリオ評価の導入を進めている。

D. 考察

ヨーロッパの多くの国々では、医師国家試験さえもなく、ましてやカナダ、米国のように、国家試験として客観的臨床能力試験 (Objective Structured Clinical Examination: OSCE) を導入している国は皆無であった。

オランダで国家試験が導入されない主たる理由としては、全ての医科大学が国立で、教育内容が極めて均質であることが挙げられていた。

オランダでは国家試験はないが、Maastricht大学のVan der Vleuten CPMは、国家試験がある国では、認知領域の試験だけでは不十分であることを強調していた。OSCEの導入は賢明なやり方であるが、OSCEでは情意領域の評価が不十分であることを認識しておくべきで、この点に関しては医学部での継続的な観察記録ないしはその他の継続的な質の評価が必要である。

今後の日本の国家試験を考えるに当たっては、技能評価を国家試験に含めるか否か。また含めないならば、医学部における標準的な技能評価としてOSCE+ α (mini-CEXのようなもの) を考えていくべきであろう。態度評価はいずれにせ

国家試験では評価できないので、医学部で、出来るだけポートフォリオ評価を導入すべきであると思われる。

E. 結論

ヨーロッパは大部分の国で医師国家試験を実施しておらず、医師国家試験への実技試験の導入の参考にはならない。

オランダ（この国でも医師国家試験を実施していない）では、知識、技能、態度の評価については、医学部の間に実施しており、特に知識については、オランダの8大学のうち4大学が共同して行っている。技能、態度に関しては共同作業は行なわれておらず、各大学単位での評価に任されている。

オランダで最も先進的な医学教育に取り組んでいるMaastricht大学では、技能はOSCEとmini-CEXの併用であるが、徐々に後者にウエイトを置くようにしている。

今後の日本の国家試験を考えるに当たっては、技能評価を国家試験に含めるか否か。又含めないならば、医学部における標準的な技能評価としてOSCE+ α （mini-CEXのようなもの）を考えなければならないであろう。態度評価はいずれにせ国家試験では評価できないので、医学部で、出来るだけポートフォリオ評価を導入すべきである。

参考文献

1. Frederiksen N. The real test bias: influences of testing on teaching and learning. *American Psychologist* 39: 193-202, 1984.
2. Newble D, Jaeger K. The effect of assessments and examinations on the learning of medical students. *Medical Education* 17:165-71, 1983
3. Ban N., et al. The benefits of an OSCE as an end-of-course assessment of introduction to clinical medicine" Course. In Rothman AI, Cohen R eds., *Proceedings: The Sixth Ottawa Conference on Medical Education Toronto: University of Toronto Bookstore Custom Publishing*, 157-159, 1995.
4. Van der Vleuten CPM, Verwijnen G, Wijnen WHFW. Fifteen years of experience with progress testing in a problem-based learning curriculum. *Medical Teacher* 18:103-109, 1996.
5. Van der Vleuten CPM, Schuwirth LWT, Muijtens AMM, Thoben AJMN, Cohen-Schotanus J, Van Boven CPA. Cross institutional collaboration in assessment: a case on progress testing. *Medical Teacher* 26:719-725, 2004.
6. Norcini JJ. Work based assessment. In: Cantillon P, Hutchinson, Wood D (Eds) *ABC of Learning and Teaching in Medicine*. BMJ Books, London, p36.
7. Norcini JJ, Blank LL, Duffy D, Fortna SG. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med* 148: 476-481, 2003

National Board of Medical Examiners (NBME) 訪問調査報告書

はじめに

この報告書は、相川直樹教授（慶応大学）が研究者代表者で、畑尾正彦教授（日本赤十字武蔵野短期大学）と私が分担研究者である『OSCEトライアルの実施等国家試験の改善にかかる研究（厚労省H15-医療-017）』の一環としての海外の国家試験レベルの実技評価の現状調査の第3弾である。これまで、カナダ、ヨーロッパの実情を調査してきた。今回は米国のフィラデルフィア（ペンシルベニア州）にあるNational Board of Medical Examiners (NBME) が行っているUSMLE (The United States Medical Licensing Examination) のstep 2のClinical Skills (CS) について調査した。

今回の渡米に当たっては、相川直樹教授にはNBMEのDr. Donald Melnick に紹介状を書いていただくなど大変お世話になった。

先方ではDr. LaDucaが窓口となって下さり、私の前もっての下記の質問にしたがって、多くのスタッフとの面会の機会を作っていただいた。

1. How we're training Standardized Patients?
2. Type of cases and how many cases we have for USMLE Clinical Skills?
3. How we prepare USMLE Clinical Skills to administer?
4. A way of setting a cut-off point for success or failure.
5. Cost for preparation of USMLE Clinical Skills.
6. How many students take USMLE Clinical Skills and how much do they pay to take the exam?

前述のように、以前カナダの国家試験のOSCEを報告したが、この2カ国は、国家試験レベルで実技試験を課していることで有名である。カナダが先行して、米国がその後を追う形となったが、NBMEにはカナダ人も多く参加しており、お互いにライバルであり、且つよきパートナーであるといった関係である。それぞれのやり方は、カナダがローテク・医師による評価型であるのに対し、米国はハイテク・模擬患者による評価型（医師は報酬が高く雇えない）という違いがある。

日本の医師国家試験は、費用対効果と評価が学習者に与える影響などを勘案しながら、第3の道での実技試験の導入の道を探るべきであろう。

NBMEの人たちは大変皆さん協力的で今後もし必要なことがあればいろいろ教えてもらえると思う（秘密に関してはある程度の壁は予想されるが）。この報告書の読者からのいろいろな質問は彼らに投げかけてみたい。

尚、本報告書は箇条書きの形式でまとめてあり、読みやすさはあるがやや無味乾燥なものとなっていることをあらかじめお断りしておきたい。

本報告書が、日本での今後の実技評価あり方に資するところがあることを祈念している。

8 March 2006 Wednesday

7:45 a.m. Arrive at the National Board Breakfast – Committee Dining Room

Tony LaDuca, PhD

8:20 a.m. Meeting with Dr. William Burdick at ECFMG

3624 Market Street, Third Floor

Exam Center Area

12:00 Lunch Committee Dining Room

Attendees

NBME Staff

ECFMG

Tony LaDuca

Jack Boulet

Andre DeChampain

William Burdick

Ron Nungester

Danette McKinley

Peter Scoles

John Norcini

9 March 2006 Thursday

Leave for the Airport 7:00 a.m.

9:18 Flight

NBMEの概要

- * 民営機関
- * 85%の収入の大半は USMLE (The United States Medical Licensing Examination™) から得ている。
- * 連邦政府からの援助などはない。
- * 常勤のスタッフの数：約 300 人
- * USMLE :
 - 3 steps からなる
 - 対象： 米国医学生；15,700 人
外国人医学生；12,000～14,000人

USMLEの概要 (情報はwww.usmle.orgで得られる)

- Federation of State Medical Boards (FSMB) と National Board of Medical Examiners (NBME) が共同運営する.
- 米国、カナダの学生・卒業生は NBME に登録をし、外国医学校の学生・卒業生は、Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG) に登録をし、step 1, step 2 を受験する.
- 米国、カナダの卒業生も外国医学校の卒業生も step 3 は FSMB に登録して受験する。この step 3 は米国でレジデントをしていなくてもコネティカット州などでは受験できる.
- Step 1; コンピュータによる基礎医学の知識についての試験。
 - ◇ 単なる想起レベルの知識ではなく、グラフやデータの解釈を問う問題が出される
 - ◇ 1年目～2年目に受験
- Step 2; : 臨床に関する知識・技能・態度を評価する
 - ◇ CS (Clinical Skills) ; 実技試験
 - 4年生の7月～4月に受験することが多い (95%) ; 3年生で core CC が終わるため.
 - ◇ CK (Clinical Knowledge) ; 知識の試験
 - 3年生の終わり頃に受験することが多い
- Step 3; 独力で一般臨床を実践できる臨床能力の評価
 - ◇ 1.5 days ; MCQs
 - ◇ 0.5 day ; computerized patient management competency (1999～)
 - ◇ Step1, step2 CK & CS に合格してからでないと受けられない
- NBME の立場からは、Step 1, step2 CK, step2 CS はどのような順番で受けてもよいが、医学部のほうで受け方をコントロールしている (少数ながら step2 CS から受ける受験生がいる) .

USMLE step 2 CS (Clinical Skills)

* Step 2 CS

- 費用の問題と守秘の問題が2大テーマ
 - ◇ 全て受験料でまかなわれているとすると、費用は受験料10万円×16,000人=16億円
- 5か所；シカゴ、アトランタ、フィラデルフィア、LA、ヒューストン
 - ◇ 全て同じセッティング
 - 1) 2列、2～3サイクル
 - 2) 12課題(1課題はテスト問題)
 - 3) 合計24ステーションに対してバックアップのSPが4人いる
 - 4) 1箇所では6,000～7,000人が受験
 - 5) 3列にすれば9,000人/1試験場に対応できる
 - ◇ この複数個所でやるのが、信頼性確保の上での最大の問題で、多くの人が1箇所ですることを勧めていた。
- 出題のためのブループリント
 - ◇ 領域別
 - 1) cardiovascular, constitutional, gastrointestinal, genitourinary, musculoskeletal, neurological, psychiatric, respiratory, and women's health 等
 - 2) この分類には興味深い歴史があって、もともと ECFMG が CSA (Clinical Skills Assessment) として行っていたときには、症状別の分け方をしていた、chest, abdomen 等と分けていたのが、NBME の USMLE に名ってこのような分け方となり、ECFMG の Dr. William Burdick は、症状別の分け方のほうが臨床的だと思うが、何か political な理由があったのだろうと述べていた。
 - ◇ 患者の背景別
 - 1) 年齢
 - 18歳以下 (SPは18歳以上としているので、若く見せる)
 - 18-44歳
 - 45-64歳
 - 65歳以上
 - 2) 性別：少なくとも男性、女性はそれぞれ3人は含める
 - 3) 緊急別
 - 急性疾患
 - 亜急性疾患
 - 慢性疾患