

4) 課題のタイプ: 9つは面接と診察の課題とする (他にテレフォンコンサルトなどがある)

➤ 評価項目は以下の3項目

1) Integrated Clinical Encounter (ICE)

The ICE subcomponent includes assessment of:

- ✍ Data gathering . patient information collected by history taking and physical examination
- ✍ Documentation . completion of a patient note summarizing the findings of the patient encounter, diagnostic impression, and initial patient work-up (下記参照)

◇ Data gathering はチェックリスト: 全部で20項目以下になるように配慮している

- 面接: 10-10数項目
- 診察: 数項目

2) Communication and Interpersonal Skills (CIS): それぞれ概略評価

The CIS subcomponent includes assessment of:

- ✍ Questioning skills (eg, use of open-ended questions, transitional statements, interrupting the patient)
- ✍ Information-sharing skills (eg, avoidance of jargon, responsiveness to patient questions or concerns, provision of counseling when appropriate)
- ✍ Professional manner and rapport (eg, concern for patient's comfort and modesty, examinee's attention to personal hygiene, expression of interest in the impact of the illness)

3) Spoken English Proficiency (SEP).

➤ 反対意見

- ◇ 医学部; そんなことはすでに十分教えている
- ◇ 医学生; 高い受験料
- ◇ 米国医師会; 学生の影響を受け易く、学生の支持に回った。

➤ 合格率

- ◇ 米国医学生; 96%
- ◇ 外国人医学生; 83%
- ◇ 米国の有名大学で10%近くの不合格を出した大学があって、そこは技能教育

が不十分であった。

- 結果は6週間で返される
- 不合格の場合は、60日以降に再受験可能
- 1年目に来たクレームは100件内外、しかし2年目はずっと少なかった
- フィードバック：大学に対しては、当該大学の受験生全体の結果をフィードバックする。
- 日本の受験者数なら1箇所、3トラック、2回転で対応可能である。
- OSCEで評価できる臨床能力の限界について認識しておく必要がある。
- 12のステーションがまったく同じであったのは、4-5回だけ。
- プールしてあるシナリオの数は秘密であるとのことで、誰も教えてくれなかった（これは徹底していた）。
- それぞれのシナリオの期待得点は設定されている。
- IRTはケースが少なすぎて用いられない→liner regression modelを使う。
- 各回の実施に際しては、trainer on duty, administrator on dutyが一人ずつ配置される
- 今まで12ステーションがまったく一緒であったのは、4-5回しかない。

**\* Step 2 CS—Patient Note**

- 採点は臨床医が採点
  - ◇ 採点者のトレーニングは2時間
  - ◇ 1人が約100人分の採点
- 合否の境界のものは2人が別々に採点
- 1-9の評定尺度で採点。
- 現在手書きもタイプも求められているが、現在は50%ずつぐらいだが将来は全てタイプとなる。

## USMLE step 2 CS-SP

- \* 1箇所では100人前後のSPが登録
- \* 18歳以上に限定している
- \* トレーニングの時間は平均10時間
- \* 試験参加後も1週間に1度はSP養成者によるQC (Quality Control) を受ける。
- \* 医学部での教育に参加するSPとUSMLEのSPとは基本的に別のSPが望ましい(conflict of interests)
- \* 1人のSPが演ずる役は、2つ以上は認めていない (Dr. Burdick は3つにシナリオを演ずるSPもいると言っていた)
- \* SP養成者は4-5人 (Dr. Burdick は6人と言っていた) /1箇所
  - 養成者のトレーニング; 1週間の集中トレーニングコース; 毎日8時間
  - 医学部の教育に関わっている人は必ずしも望ましくない
- \* 1人のSP養成者は10人~15人のSPの養成を担当している
- \* 全てのSPのパフォーマンスは×1/週は
  - テープ: フィラデルフィアのセンターでチェックされてQCをしている
  - 生のパフォーマンス: 各センターで (各ステーションの1wayミラーから観察)
  - フィラデルフィアでは7人がこれを担当 (1人のSPのパフォーマンスを見るのは1人)
- \* SPへの報酬: 練習; \$16/時間、\$18/時間 (マクドナルドに時間給の2.5倍)

## USMLE step 2 CS-シナリオ作成

- \* 2つの委員会：それぞれの委員会のメンバーは7-8人
- \* 通常3日間合宿：この間に12ぐらいのシナリオを作る（Dr. Burdickは20ぐらいと言っていた）
- \* 一つのシナリオに対して、似た主訴であるが実は違う病態であるようなシナリオ（decoy:おとりシナリオ）や同じ病態の年齢・性別を離れたシナリオ（disguise:変装シナリオ）を作る。
- \* 出来上がったシナリオは少なくとも2箇所のセンターでパイロット使用
  - 70-140回の使用を経る。
  - SPによるData gatheringとpatient noteとの相関をチェックする
- \* パイロットの結果は、別の委員会が成績を心理計測的観点から検討（ビデオを見るわけではない）
- \* 実際に使用されるようになるのは試作シナリオの内の80-90%
- \* 試作から実用までは最低6ヶ月、平均1年。
- \* 項目
  - 年齢（可能な年齢範囲を示す）
  - 性別
  - 人種
  - 条件：このような人はSP役になれないということ指定：例；手術痕
  - ブループリント用の分類：主訴、BMI

## 今後の日本における方向性への試案

- \* 8,000人の受験生なら、3列設ければ1箇所ですばける。その方が信頼性の確保から絶対によい。
  - 試算： $12 \times 3 \times 2 = 72$ 、 $8000 \div 72 = 111.11111 \dots$
  - フル回転で112日、1ヶ月に20日として約6か月

### 問題点

- これはSPが評価者も兼ねるという米国のモデルによる。
  - 米国でSPが評価者も兼ねるというようにしている最も大きな理由は費用であり、カナダは医師の合否を医師以外の人で判定することに納得が得られないとして医師が評価に当たっている。
- \* 国家試験に参加するSPは、これまでの医学部教育に参加しているSPとは別に新たに育てる。
    - その養成に当たっては、これまでのSP養成者に依頼せざるを得ないであろうが、その方たちにも、医学部の教育からは離れてもらう必要がある。

## 研究成果の刊行に関する一覧

主任研究者 相川直樹

### 1. 論文発表

1. Aikawa N, Fujishima S, Sasaki J: Cytokine storm in extensive burns: mechanisms and pharmacological modulation of cytokine-induced systemic inflammation. *Dialysis Transplant Burn*. 2003; 14:1-6.
2. 藤島清太郎, 相川直樹: SIRS の病態と治療: 血液凝固障害と ARDS: SIRS・ARDS の概念と病態に関する最近のトピックス. *Mebio*. 2003; 20: 13-16.
3. 相川直樹: 外科的侵襲に対する生体反応. *日本外科学会雑誌*. 2003; 104: 809-810.
4. 相川直樹: フォスフルコナゾール (フルコナゾール・プロドラッグ. 化学療法の領域. 2003; 19: 211-214.
5. Suzuki M, Hori S, Nakamura I, Nagata S, Tomita Y, Aikawa N: Role of vagal control in vasovagal syncope. *Pacing Clinic Electrophysiol*. 2003; 126: 571-578.
6. Sasaki J, Fujishima S, Iwamura H, Wakitani K, Aiso S, Aikawa N: Prior burn insult induces lethal acute lung injury in endotoxemic mice: effects of cytokine inhibition. *Amer J Physiol Lung cellular and molecular physiology*. 2003; 284: 270-278.
7. 青木克憲, 相川直樹: ショック. 診断と治療. 2003; 91: 175-182.
8. 相川直樹: 卒後臨床研修必修化と外科教育のあり方. *日本外科学会雑誌*. 2003; 104: 280-284.
9. 相川直樹, 藤島清太郎, 田熊清継: SIRS. *総合臨床*. 2003; 52: 1651-1654.
10. 相川直樹: 熱傷ショックの病態と治療法の変遷. *Shock*. 2003; 18:15-20.
11. 相川直樹, 田熊清継: リネゾリド. *臨床と微生物*. 2003; 30: 549-555.
12. Aikawa N: Medical licensure examination for the visually impaired. *Medical Education*. 2004; 38: 120-121.
13. 山崎元靖, 石川秀樹, 三村琢也, 栗原智宏, 相川直樹: 熱傷. *救急医学*. 2004; 28: 365-370.
14. Tamakuma S, Ogawa M, Aikawa N, et al.: Relationship between neutrophil elastase and acute lung injury in humans. *Pulmonary Pharmacol Therapeutics*. 2004; 17: 271-279.
15. 山崎元靖, 並木淳, 石川秀樹, 三村琢也, 栗原智宏, 相川直樹: 初期評価と気道管理. *救急医学*. 2004; 28: 581-586.
16. 青木克憲, 鈴木昌, 堀進悟, 葉季久男, 山崎元靖, 相川直樹: 広範囲熱傷における心機能, 組織酸素代謝, 早期経腸栄養についての最近の知見. *日本熱傷学会会誌*. 2004; 30:

11-20.

17. Ishikawa H, Yoshida M, Wakabayashi G, Otani Y, Shimazu M, Kubota T, Kumai K, Aikawa N, Kitajima M: Effects of cimetidine, a histamine type 2 receptor antagonist, on microcirculatory disturbance of the stomach induced by full-thickness burn injuries as a model for surgical stress in rats. *Current Therapeutic Research*. 2004; 65: 373-382.
18. Suzuki M, Hori S, Nakamura I, Soejima K, Aikawa N: Long-term survival of Japanese patients transported to an emergency department because of syncope. *Ann Emergency Med*. 2004; 44: 215-221.
19. 相川直樹, 藤島清太郎: SIRS, sepsis, 敗血症の病態解明と sepsis に対する新規治療法の開発. *日本臨床*. 2004; 62: 2173-2176.
20. Sekine K, Fujishima S, Aikawa N: Plasma hepatocyte growth factor is increased in early-phase sepsis. *J Infect Chemother*. 2004; 10: 110-114.
21. Kotani M, Kotani T, Ishizaka A, Fujishima S, Koh H, Tasaka S, Sazafuji M, Ikeda E, Moriyama K, Kotake Y, Morisaki H, Aikawa N, et al.: Neutrophil depletion attenuates interleukin-8 production in mild-overstretch ventilated normal rabbit lung. *Crit Care Med*. 2004; 32: 514-519.
22. 相川直樹: ホスフルコナゾール. *臨床と薬物治療*. 2004; 23: 271-273.
23. Aikawa N, Fujishima S, Kobayashi M, et al.: Cost-minimisation analysis of sivelestat for acute lung injury associated with systemic inflammatory response syndrome. *Pharmacoeconomics* 2005; 23: 169-181.
24. Fujishima S, Nakamura M, Nakamura H, Inoue T, Yogo Y, Okubo Y, Aikawa N, et al.: Flow cytometric detection of cell-associated interleukin-8 in alveolar macrophages in vivo from patients with hypersensitivity pneumonitis and sarcoidosis. *Scand J Clin Lab Invest* 2004; 64: 237-243.
25. Inoue T, Fujishima S, Ikeda E, Yoshie O, Tsukamoto N, Aiso S, Aikawa N, et al.: CCL22 and CCL17 in rat radiation pneumonitis and in human idiopathic pulmonary fibrosis. *Eur Respir J* 2004; 24: 49-56.
26. Aikawa N, Fujishima S, Endo S, et al.: Multicenter prospective study of procalcitonin as an indicator of sepsis. *J Infect Chemother* 2005; 11: 152-159.
27. Suzuki M, Aikawa N, Kobayashi K, Higuchi R: Prognostic implications of inhalation injury in burn patients in Tokyo. *Burns* 2005; 31: 331-336.
28. Wakino S, Hori S, Mimura T, Fujishima S, Hayashi K, Inamoto H, Saruta T, Aikawa N: Heat stroke with multiple organ failure treated with cold hemodialysis and cold continuous hemodiafiltration: a case report. *Ther Apher Dial* 2005; 9: 423-428.

29. Wakino S, Hori S, Mimura T, Miyatake S, Fujishima S, Aikawa N: A case of severe heat stroke with abnormal cardiac findings. *Int Heart J* 2005; 46: 543-550.
30. Inoue S, Hori S, Adachi T, Miyazaki K, Kyotani S, Fukuda K, Mori H, Nakazawa H, Aikawa N, Ogawa S: Flow-independent myocardial ischemia induced by endothelin-1: an NADH fluorescence analysis. *J Cardiovasc Pharmacol* 2005; 46:810-816.
31. Aikawa N, Kohno S, Shibuya K, et al.: Current status of diagnosis and treatment of invasive fungal infections in Japan. *J Infect Chemother* 2005; 11: 278-87.
32. Kobayashi K, Ikeda H, Higuchi R, Nozaki M, Yamamoto Y, Urabe M, Shimazaki S, Sugamata A, Aikawa N, et al.: Epidemiological and outcome characteristics of major burns in Tokyo. *Burns* 2005; 31(Suppl 1): S3-S11.
33. Lewin MR, Hori S, Aikawa N: Emergency medical services in Japan: an opportunity for the rational development of pre-hospital care and research. *J Emerg Med* 2005; 28: 237-241.
34. 堀進悟、相川直樹: 研究の場としてのERの可能性. *救急医学*. 2005; 29: 1176-1182.
35. 相川直樹: Voriconazoleの開発の経緯. *日本化学療法学会雑誌*. 2005; 53: 4-7.
36. 二木芳人、吉田稔、島田馨、河野茂、正岡徹、山口英世、相川直樹, 他: 深在性真菌症に対するvoriconazoleの臨床試験 -多施設共同、非対照試験-. *日本化学療法学会雑誌*. 2005; 53(S-2): 32-50.
37. 石川秀樹、堀進悟、山崎元靖、相川直樹: 催事主催者からの「医療対応を依頼する文書」に見る問題点. *日本集団災害医学会誌*. 2005; 10: 10-18.
38. 相川直樹: 手術数と病院ランキング. *日本外科学会雑誌*. 2005; 106: 411.

## 2. 学会発表

1. 相川直樹、賀来満夫、谷川原佑介、清水喜八郎: 熱傷患者への抗 MRSA 薬使用時の therapeutic drug monitoring (TDM). 第 29 回日本熱傷学会総会・学術集会, 大阪市 ; 2003 年 6 月
2. Tanigawara Y, Morita K, Kaku M, Aikawa N: Population pharmacokinetics and pharmacodynamics (PK/PD) of Arbekacin in patients infected with methicillin-resistant *S. aureus* (MRSA). *Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, American Society of Clinical Microbiology, Chicago, USA; September, 2003.*



6. Aikawa N: Prevention and treatment of infection in burns. Pan African Burns Society, Cape Town, South Africa; March, 2004.
7. Aikawa N: Advances in the fluid resuscitation of extensive burns. Pan African Burns Society, Cape Town, South Africa; March, 2004.
8. 相川直樹: Cytokine storm in sepsis: pathophysiology and innovative treatment. 第52回日本化学療法学会総会, 沖縄市; 2004年6月
9. Aikawa N: SIRS and cytokine storm in severe burns: the mechanisms and treatment. ; 2004 Post ISBI Congress Taipei Symposium, Taipei, Taiwan; August, 2004.
10. Aoki K, Yoh K, Aikawa N: An experimental study on hypotensive resuscitation during active hemorrhage: impact on tissue dysoxia, end-organ function, and mortality. American Association for the Surgery of Trauma, 63rd Meeting, Maui, USA; September, 2004.
11. Aikawa N: Fire disasters in Japan. ; The Joint Meeting of The Middle East Burn and Fire Disaster Society The Third Meeting, Cairo, Egypt; November, 2004.
12. 鈴木昌、堀進悟、山崎元靖、葉季久雄、相川直樹: CPR講習の反復受講とCPR施行の自信: 慶應義塾BLSプログラムにおける検討. 第8回日本臨床救急医学会総会, 東京都; 2005年4月.
13. Yoh K, Aikawa N, et al: Mortality of elderly burned patient in an urban population of Japan. 37th American Burn Association, Chicago, USA; May, 2005.
14. Ishikawa H, Yoshida M, Kubota T, Kumai T, Otani Y, Saikawa T, Nakamura T, Aikawa N, Kitajima M: Causes and frequency of clinic visits by postgastrectomy patients outside regular hours. 6th International Gastric Cancer Congress, Yokohama, Japan; May, 2005.
15. Aikawa N: Our experience with burns of the elderly. Turkish Burn and Fire Disaster Society, Ankara, Turkey; September, 2005. Aikawa N: Antibodies and other humoral agents in the treatment of infection. 41st World Congress of Surgery of ISS/SIC, Durban, South Africa; August, 2005.
16. Aikawa N: Antibodies and other humoral agents in the treatment of infection. 41st World Congress of Surgery of ISS/SIC, Durban, South Africa; August, 2005.
17. Yoh K, Aikawa N: The cause of burn injury does not contribute to burn patient mortality. 11th European Burns Association Congress, Estoril, Portugal; September, 2005.
18. Takuma K, Aikawa N: Empiric therapy for a 4 year-old boy surviving a 96% BSA burn. 11th European Burns Association Congress, Estoril, Portugal; September, 2005.
19. 藤島清太郎、堀進悟、並木淳、石川秀樹、鈴木昌、山崎元靖、船曳知弘、正岡建洋、

葉季久雄、清水良子、相川直樹：大学病院初期臨床研修プログラムにおけるER研修の意義。第33回日本救急医学会総会，さいたま市；2005年10月。

20. 石川秀樹、堀進悟、藤島清太郎、山崎元靖、相川直樹：当院救急部門における研修プログラムの工夫とその問題点。第33回日本救急医学会総会，さいたま市；2005年10月。

21. 山崎元靖、鈴木昌、堀進悟、宮武論、三村琢也、船曳知弘、正岡建洋、葉季久雄、相川直樹：AED講習のインストラクターの職種の検討。第33回日本救急医学会総会，さいたま市；2005年10月。

22. 鈴木昌、堀進悟、山崎元靖、宮武論、三村琢也、船曳知弘、正岡建洋、葉季久雄、相川直樹：指導者と受講者の情動的共感性が講習の評価に及ぼす影響。第33回日本救急医学会総会，さいたま市；2005年10月。

23. 鈴木昌、鈴木崇儀、堀進悟、山崎元靖、葉季久雄、相川直樹：アンケートに基づくCPR in Schoolsの評価。第33回日本救急医学会総会，さいたま市；2005年10月。

24. 船曳知弘、鈴木昌、堀進悟、相川直樹：救急医学における教育の評価。第33回日本救急医学会総会，さいたま市；2005年10月。

25. 堀進悟、鈴木昌、山崎元靖、葉季久雄、相川直樹：学校教育へのBLS導入時期の検討。第33回日本救急医学会総会，さいたま市；2005年10月。

26. 清水良子、鈴木昌、葉季久雄、正岡建洋、船曳知弘、山崎元靖、石川秀樹、並木淳、藤島清太郎、堀進悟、相川直樹：低Na血症における血清Na濃度と意識障害との関係。第33回日本救急医学会総会，さいたま市；2005年10月。

### 3. 出版物

1. 相川直樹、堀進悟（編著）：救急レジデントマニュアル 第3版；医学書院、東京、2003年

2. 相川直樹（改訂部会長）、他：平成17年度版・医師国家資格試験出題基準。医事試験制度研究会（監修）；(株)まほろば、東京 2004年

分担研究者 畑尾正彦

1. 福島 統、畑尾正彦ほか：平成16年度全国Advanced OSCEアンケート結果について. 第37回日本医学教育学会大会. 2005年7月.
2. 犬塚裕樹、畑尾正彦ほか：Advanced OSCEトライアルにおける評価データの解析(1)－評価の信頼性と概略評価の特質－. 第37回日本医学教育学会大会. 2005年7月.
3. 犬塚裕樹、畑尾正彦ほか：Advanced OSCEトライアルにおける評価データの解析(2)－評価項目の検討方法－. 第37回日本医学教育学会大会. 2005年7月.
4. 出口寛文、畑尾正彦ほか：医学部卒業時のAdvanced OSCE－心疾患診察ステーションの試み－. 医学教育2004 35：245－253.
5. 畑尾正彦：医学教育における臨床実習. リハビリテーションのひろば. 2004 37：3－11.
6. 福島 統、畑尾正彦ほか：Advanced OSCEトライアルの概要. 第36回日本医学教育学会大会. 2004年7月.
7. 犬塚浩樹、畑尾正彦ほか：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.

## 第36回日本医学教育学会大会 演題抄録

### 2003 Advanced OSCE（東京、大阪、九州）トライアルの概要

福島 統、阿部好文、犬塚裕樹、大滝純司、大野良三、倉本 秋、斎藤宣彦、田辺政裕、津田 司、出口寛文、中島宏昭、伴 信太郎、藤崎和彦、吉田一郎、吉田素文、畑尾正彦

厚生労働科研費「OSCEトライアルの実施等国家試験の計善にかかる研究」班

医学部卒業時の客観的臨床能力試験としての適正度を調べる目的で、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「OSCEトライアルの実施等国家試験の改善にかかる研究」班では、2003年9月に東京、10月に大阪、2004年3月に九州トライアルを行い、受験者、評価者、標準模擬患者にアンケート調査を行った。トライアルでは、「臨床実技能力評価の指針」（医事試験制度研究会 2003年）に収録されている医学部卒業時レベルを想定したadvanced OSCEステーションを用いた。

医療面接、身体診察では、First visit、common diseases をテーマにcase-based で、患者支援では禁煙支援が、診療技能では、医療者向け心肺蘇生術、ガウンテクニック・縫合などの課題が用いられた。トライアル参加者は東京で受験者14名、評価者21名、大阪で受験者11名、評価者37名、九州で受験者13名、評価者27名であった。参加者からのアンケートを解析した

受験者は、一部研修医も含まれるがほとんどは医学部6年生と5年生であった。受験者から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。眼底鏡、耳鏡などの機器の使用、First visit の患者さんへの対応、禁煙支援に対する戸惑いが見られた。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。

Advanced OSCEで求める能力を学生が着実に臨床実習で身につけていくための学習方略を検討する必要がある。OSCEで測る学習内容と学生が臨床実習で身につける学習内容との整合性のために、臨床実習での学習目標、方略、評価の関連を議論していかなければならない。

2003 Advanced OSCE 大阪トライアルにおける評価データの解析

犬塚裕樹、阿部好文、大滝純司、大野良三、倉本 秋、  
斎藤宣彦、田辺政裕、津田 司、出口寛文、中島宏昭、伴 信太郎、  
福島 統、藤崎和彦、吉田一郎、吉田素文、畑尾正彦

厚生労働科研費「OSCE トライアルの実施等国家試験の改善にかかる研究」班

【目的】：本研究班は国家試験での実施を想定した客観的臨床能力試験 (Objective Structured Clinical Examination: OSCE) の開発研究を進めている。今回は、昨年 10 月に実施した Advanced OSCE 大阪トライアルについて、評価者間の信頼度に関する統計解析を行った。同トライアル (6 ステーション 3 サイクル、受験者 18 名、評価者 1 ステーションあたり 3-4 名) による評価表のデータの中から、(1) ステーション別に、評価者ごとに受験者を合計得点により順位付けしたとき、評価者間での順位の相関の程度および (2) 評価表の各項目別得点の、評価者間での一致の程度などについて検討した。

【方法】6 ステーションのうち、「咽頭痛」と「動悸」の 2 ステーションにおいて、相関係数およびカッパ係数などを求め、評価データの解析を行った。

【結果】「咽頭痛」では、受験者の合計得点による受験者間の順位において、評価者間で有意な相関が認められる場合が少なかったが、「動悸」では、評価者間で相関が認められる場合が多かった。しかしながら、評価表の各項目の得点の一致度について見ると、「動悸」では評価者間の平均一致度が 0.76 に対し、「咽頭痛」ではさらに高い 0.80 を示した。この 2 つの方法による結果の相違の原因を探るために、受験者と評価者を 2 つの要因とする 2 元配置分散分析を行ったところ、受験者の得点の分布パターンが「咽頭痛」と「動悸」ステーション間で大きく異なっていた。

【結論】評価者間の信頼度を検討するためには、評価表の合計点数のみならず、項目ごとの評価データの情報を使って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。いろいろな切り口の解析を行うことが有効であると思われる。

Advanced OSCEトライアルにおける評価データの解析（1）

—評価の信頼性と概略評価の特質—

犬塚裕樹<sup>\*1\*2</sup>、仁田善雄<sup>\*3</sup>、阿部好文<sup>\*2</sup>、大滝純司<sup>\*2</sup>、大野良三<sup>\*2</sup>、倉本 秋<sup>\*2</sup>、齋藤宣彦<sup>\*2</sup>、  
田辺政裕<sup>\*2</sup>、津田 司<sup>\*2</sup>、出口寛文<sup>\*2</sup>、中島宏昭<sup>\*2</sup>、伴 信太郎<sup>\*2</sup>、福島 統<sup>\*2</sup>、藤崎和彦<sup>\*2</sup>、  
吉田一郎<sup>\*2</sup>、吉田素文<sup>\*2</sup>、畑尾正彦<sup>\*2</sup>

所 属：<sup>\*1</sup>久留米大学 医学部 医学教育企画・調査室、  
<sup>\*2</sup>国家試験OSCEトライアルの実施に係る研究班、  
<sup>\*3</sup>東京医科歯科大学MDセンター

【目的】Advanced OSCEトライアルは、2003年9月の東京慈恵会医科大学での東京トライアルをはじめとして、大阪トライアル、九州トライアル、名古屋トライアルなどがおこなわれ、2004年度までに7回を数え多くの評価データが蓄積されてきた。評価の信頼性や受験者に対する判別力の度合い、および評価表に取り入れられている概略評価の特質について調べることを目的として、これらの評価データの解析をおこなった。

【方法】ステーションごとに、評価者間と受験者間における評価項目の加算得点の平均とばらつきをそれぞれ求めた。具体的には、特定の1受験者が複数の評価者から付けられた得点の平均 $m$ と標準偏差 $s$ とをそれぞれ受験者全員にわたって平均した値 $\langle m \rangle$ と $\langle s \rangle$ とを求めた。また、特定の1評価者が複数の受験者に付けた得点の平均 $M$ と標準偏差 $S$ をそれぞれ評価者全員にわたって平均した値 $\langle M \rangle$ と $\langle S \rangle$ とを求めた。次に、概略評価と評価項目の加算得点との相関関係を調べた。【結果】各ステーションにおいて、評価者間の得点のばらつき $\langle s \rangle$ と受験者間のばらつき $\langle S \rangle$ とを比較したところ、多くのステーションでは、受験者間に比べ評価者間の得点のばらつきが小さいことがわかった。これは評価の信頼性が高く受験者の能力を判別できることを示唆している。また、概略評価と項目加算得点の間には有意な相関関係があることがわかった。さらに、ステーションを構成する複数の類似課題間において、互いの概略評価は相関関係がみられたが、得点については必ずしも互いに相関関係がないことがわかった。このことは、これらの複数の類似課題は互いに受験者の異なる能力を測っていることが示唆される。このことから評価表での合計得点の算出方法を工夫することでOSCE全体の評価の信頼性を向上できる可能性が期待される。

Advanced OSCEトライアルにおける評価データの解析 (2)

—評価項目の検討方法—

犬塚裕樹<sup>\*1\*2</sup>、仁田善雄<sup>\*3</sup>、阿部好文<sup>\*2</sup>、大滝純司<sup>\*2</sup>、大野良三<sup>\*2</sup>、倉本 秋<sup>\*2</sup>、齋藤宣彦<sup>\*2</sup>、  
田辺政裕<sup>\*2</sup>、津田 司<sup>\*2</sup>、出口寛文<sup>\*2</sup>、中島宏昭<sup>\*2</sup>、伴 信太郎<sup>\*2</sup>、福島 統<sup>\*2</sup>、藤崎和彦<sup>\*2</sup>、  
吉田一郎<sup>\*2</sup>、吉田素文<sup>\*2</sup>、畑尾正彦<sup>\*2</sup>

所 属：<sup>\*1</sup>久留米大学 医学部 医学教育企画・調査室、  
<sup>\*2</sup>国家試験OSCEトライアルの実施に係る研究班、  
<sup>\*3</sup>東京医科歯科大学MDセンター

【目的】OSCEのステーションで使われる評価表の評価項目の善し悪しを検討する場合に、正答率と同時に得点のばらつきの程度を知ることが重要である。得点のばらつきがあった場合、そのばらつきが受験者によるものか、評価者によるものかを知ることは有用な情報である。評価の妥当性や信頼性を向上させるために、評価表における評価項目の検討方法について研究した。

【方法】評価項目の検討方法をAdvanced OSCE東京トライアルでえられた医療面接・神経ステーションの評価データに適用した。このステーションでは、14人の受験者に対してそれぞれ2人の評価者が評価した。評価項目ごとに次の量を計算した：(1) 正答である(問題ができてい)割合 $p$ 、(2) 2人の評価者間の評価一致度 $f$ 、(3) 2人の評価者の評価が一致している条件の下で正答である割合 $f_p$ 、(4) 2人の評価者の評価が偶然に一致する確率 $\cdot \cdot$ 。ただし、 $\cdot \cdot = p^2 + (1-p)^2$  によって算出した。

【結果】このステーションは、「医療面接」と「神経診察」の2つの課題からなり、さらにそれぞれの課題は「面接のプロセス」と「面接のコンテンツ」及び、「患者への配慮」と「診察のテクニック」にわかれる。正答である割合 $p$ は、「面接のプロセス」と「面接のコンテンツ」において、平均がそれぞれ0.76と0.38となりかなり差があった。「患者への配慮」と「診察のテクニック」ではそれぞれ0.64と0.56であった。しかし、「医療面接」と「神経診察」において全体的に $p$ が0に近い値や1に近い値を示す項目が散在し、項目ごとにかんがりの値のばらつきがみられた。全体で、 $p$ が0.9以上の項目数は13(15.5%)、 $p$ が0.1以下の項目数は7(8.3%)であった。2人の評価者の評価一致度 $f$ が0.9以上の項目数が41(48.1%)と高かった。 $f$ が0.7以下は、わずか3(3.6%)であった。さらに、ほとんどすべての項目で評価者間の偶然による一致確率 $\cdot \cdot$ よりも評価者間の一致度が大きくなっていた。上記の $p$ 、 $f$ 、 $f_p$ 、 $\cdot \cdot$ の4つの量によって検討を要する項目を抽出し吟味したい。

平成16年度全国Advanced OSCE アンケート結果について

福島 統、阿部好文、犬塚裕樹、大滝純司、大野良三、倉本 秋、斎藤宣彦、田辺政裕、津田 司、出口寛文、中島宏昭、伴 信太郎、藤崎和彦、吉田一郎、吉田素文、畑尾正彦

1. 東京慈恵会医科大学 医学教育研究室
2. 国家試験 OSCE トライアルの実施に係る研究班

【目的】共用試験客観的臨床能力試験（OSCE）の導入により、全国80医学部全てで臨床実習開始前のOSCEが行われている。医学部卒業レベルのOSCEの導入率を調べる目的で全国アンケートを行った。

〈BR〉【方法】2005年1月に全国80医学部のOSCE担当者宛にアンケート調査を行った。質問項目は、①臨床実習中、臨床実習後、卒業時にOSCEを行っているか、②行っていない場合は実施予定があるか、③行っている場合はどのようなステーションを採用しているか、④国家試験OSCEにはどのようなステーションを導入すべきか、である。2005年2月に53医学部から回答を得た。

〈BR〉【結果】回答を寄せた53医学部中、臨床実習後または卒業時に学部単位でOSCEを行っているのは26医学部（49%）であった。現在は行っていないが、実施に向けて検討中と回答したのは15医学部であった。現行のAdvanced OSCEの事例基盤型ステーション以外に、導入を考えるべきステーションとして、採血、直腸診、乳房診、グラム染色、ACLS、静脈・皮下・筋肉注射、導尿、エックス線・内視鏡検査結果の説明、服薬指導、生活習慣に関する支援、退院時指導、他職種への検査依頼などが上げられた。

〈BR〉【結論】臨床実習後・卒業時OSCEについての「医学教育カリキュラムの現状」による調査では、1999年での実施率は19%、2001年は23%、2003年33%である。「医学教育カリキュラムの現状」とは異なり、我々は各医学部のOSCE担当者に直接アンケートする形で調査を行い、2002年では41%、そして今回の2004年では49%との回答を得ている。どちらの調査でも、急速に臨床実習後・卒業時OSCEが導入されていることが分かる。さらに我々の調査では平成20年までにさらに15医学部が導入を目指していることが分かった。アンケートの自由意見の中には、臨床実習後・卒業時OSCE導入による臨床実習教育改善への期待もあるが、教育現場として何をどこまで学生に指導すべきかの悩みも多く聞かれた。英国、米国では卒業レベルで求められる臨床技能が明示されている。特に英国ではそのレベルに沿った形で卒業試験OSCEが実施されている。わが国でも、卒業レベルの到達目標の明確化と、その目標とOSCEステーション課題との整合性の検討が急務であろう。



分担研究者 伴信太郎

著書（単著）

1. 伴信太郎: プライマリ・ケア実践のための臨床教育－指導医と医学生・研修医への道しるべ. エルゼビア・ジャパン, 東京, 2004.

著書（共著）

1. 伴信太郎（編著）：コアカリキュラム対応 基本事項. 金芳堂、京都、2006.

著書（分担執筆）

1. 伴信太郎：総合診療と家庭医学. （財）日米医学医療交流財団（編）：アメリカ・カナダ医学留学へのパスポート Vol 12; はる書房、東京、pp 65-69, 2003.

論文

原著

1. Kei Mukohara, Nobutaro Ban, Gen Sobue, Yasuhiro Shimada, Takashi Otani, Seiji Yamada: Follow the patients: process and outcome evaluation of medical students educational experiences accompanying outpatients. *Medical Education* 40: 158-165, 2006.
2. 阿部恵子、西城卓也、向原圭、菊川誠、鈴木富雄、伴信太郎: 模擬患者の協力を得た医療面接と身体診察実習の試み -実習前後の学習者および模擬患者の感想の比較-. *医学教育* 36: 207-213, 2005.
3. Kazuya Kitamura, Michael D Fetters, Nobutaro Ban: Preconception care by family physicians and general practitioners in Japan. *BMC Family Practice* 6; 31 (28 July 2005), 2005.
4. 阿部恵子、向原圭、伴信太郎: 模擬患者の持つ身体診察に対するイメージ -グループインタビューによる質的分析-. *医学教育* 36; 107 -111, 2005.
5. 竹中裕昭、伴信太郎: 日本の家庭医、看護師による家族アプローチの現状調査（第3報）. *家庭医療* 11; 4-8, 2004.
6. Mukohara K. Kitamura K. Wakabayashi H. Abe K. Sato J. Ban N.: An evaluation of a communication skills seminar for students in a Japanese medical school: non-randomized controlled study. *BMC Medical Education* 4; 24, 2004.
7. Kunihiro Matsui, Nobutaro Ban, Shunichi Fukuhara, Takuro Shimbo, Hiroshi Koyama, Seigo Nakamura, Naoki Nago, Toshio Fukuoka & Tsuguya Fukui: Poor English skills as a barrier for Japanese health care professionals in learning and practicing evidence-based medicine. *Medical Education* 38; 1203-1205, 2004.

8. Kazuya Kitamura, Michael D. Fetters, Nobutaro Ban: Contraceptive Care by Family Physicians and General Practitioners in Japan: Attitudes and Practices. *Family Medicine* 36; 279-283, 2004.
9. 竹中裕昭, 伴信太郎: 日本の家庭医、看護師による家族アプローチの現状調査 (第2報). *家庭医療* 10: 50-59, 2003.
10. 竹中裕昭, 伴信太郎: 日本の家庭医、看護婦による家族アプローチの現状調査 (第1報). *家庭医療* 10: 50-59, 2003.

#### 総説

1. 伴信太郎: 疲労・倦怠感を主訴とする患者に対する診断の手引き. *総合臨床* 55; 76-80, 2005.
2. 伴信太郎: 医療を極める: "総合する専門医" (ジェネラリスト) を育てる. *Anismus Winter* 2006 No. 41; 38-41, 2005.
3. 伴信太郎: 内科学、統合性と専門分化をどう両立させるか? 1. 総合的な内科教育のあり方. *日本内科学会雑誌* 34; 1879-1884, 2005.
4. 伴信太郎: 良質な医療提供とかかりつけ医の役割. *日本臨床内科医会誌* 20; 169-175, 2005.
5. 伴信太郎: プライマリ・ケアにおけるアルコール問題. *アルコール関連問題学会雑誌* 7; 57-61, 2005.
6. 伴信太郎: 新しい診療概念: 客観的臨床能力試験-OSCE-. *日本医師会雑誌* 132; 868-870, 2004.
7. 伴信太郎: プライマリ・ケアに求められる総合的判断-特に心理的側面への配慮について-. *臨床針灸* 18; 1-15, 2004.
8. 阿部恵子, 伴信太郎: 基本的臨床能力への招待: ⑩行動医学(1)-心理社会的側面の解説: 医師-患者関係の構築-. *診断と治療* 91: 343-349, 2003.
9. 阿部恵子, 伴信太郎: 基本的臨床能力への招待: ⑩行動医学(2)-心理社会的側面の解説: 患者心理と家族ライフサイクル-. *診断と治療* 91: 717-723, 2003.
10. Nobutaro Ban: Continuing care of chronic illness: Evidence-based medicine and narrative-based medicine as competencies for patient-centered care. *Asia Pacific Family Medicine* 2: 74-76, 2003.
11. 堀江克典, 佐藤寿一, 胡 曉晨, 伴信太郎: 慢性疲労症候群患者の漢方治療-特に「証」に基づくことの重要性について-. *Nikkei Medical* 2003年10月号 別冊付録: 16-17, 2003.

## 学会発表

1. 胡 曉晨、佐藤寿一、西城卓也、佐藤祐造、伴信太郎：問診と舌診に基づいた”弁証論治”の有用性の検討（第5報）慢性疲労症候群についての”証”の特徴. 第56回日本東洋医学会学術集会（富山），2005. 5. 21.
2. 胡 曉晨 佐藤 寿一 堀江 典克 西城 卓也 伴信太郎 佐藤 祐造：舌診と問診に基づいた”弁証論治”の有用性の検討（第4報）－慢性疲労症候群患者の’証’の特徴－. 第9回中部プライマリ・ケア研究会（名古屋），2004. 11, 28.
3. 胡 曉晨 佐藤 寿一 堀江 典克 西城 卓也 伴信太郎 佐藤 祐造：プライマリ・ケア外来における舌診と問診に基づいた”弁証論治”の有用性の検討（第3報）：慢性疲労症候群についての’証’のまとめ. 第34回日本東洋医学東海地方会（名古屋），2004. 11, 7.
4. 胡 曉晨 佐藤 寿一 堀江 典克 西城 卓也 伴信太郎 佐藤 祐造：プライマリ・ケア外来における問診と舌診に基づいた“弁証論治”の有用性の検討. 第33回日本東洋医学東海地方会（名古屋），2003. 11, 9.
5. 堀江典克、胡 曉晨、伴信太郎：慢性疲労症候群の漢方治療－特に「証」に基づくことの重要性について－. 第8回慢性疲労症候群(CFS)研究会(米子), 2003. 2. 14.

## 報告書

1. 伴信太郎：プライマリ・ケア医の‘心のケア’診療能力向上に向けた介入研究. 厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業 『うつ病関連の自殺予防戦略研究課題の提案と評価に関する研究』 平成16年度 総括・分担報告書（主任研究者 樋口 輝彦），30-34, 2005.

## 研究成果の刊行物・別刷