

研究発表

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．

OSCE の実施に関する研究

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

国家試験レベルの実技試験を如何に実施すべきか：

—Daniel Klass 先生を招いて—

研究要旨：本研究では、国家試験レベルの実技試験の実施に当たっての諸側面について、カナダ、米国でその導入に深く関わった Daniel Klass 氏を招いて、実際的な問題を検討した。

研究方法：1) 日本の識者を交えたシンポジウムの開催、2) 直接のインタビュー及び討論による情報収集。

結果：以上の検討から、カナダ、アメリカ合衆国の国家試験レベルの客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination: OSCE）は、患者対応の資質を評価する妥当性の高い評価法で、学生・医学部教員・教育計画立案者などに明確な教育/学習目標を伝える形成的評価の意味もある。さらにもっと大きな役割は、国民に対する医療界の資質保証を明らかにしているということであることが明らかとなった。

両国での実施方法にはいくつかの違いがあるので、日本は夫々の良い点を採用すべきである。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

主任研究者

相川直樹（慶應大学医学部救急医学）

分担研究者

畑尾正彦（日本赤十字武蔵野短期大学成人看護）

A. 研究目的

日本と同様にアメリカ合衆国、カナダにおいては、医師国家試験がある。アメリカ合衆国、カナダにおいても、1980年代まで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このような知見を背景に、カナダでは1992年から、アメリカ合衆国では2004年から、医師国家試験に実技試験導入している。

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。

一方アメリカ合衆国アメリカ合衆国では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。」

今回は日本に実技試験を導入するに当たっての諸問題について、カナダ、米国で実技試験の導入に深く関わったDaniel Klass氏を招いて、検討を行った。

B. 研究方法

本研究では、平成18年11月3日～6日(4日間) **Daniel Jacob Klass, MD, FRCP(C)**氏を日本に招聘して、下記の方法で日本において国家試験レベルの実技試験を導入するに当たっての問題点を検討した。

1) 日本の識者を交えたシンポジウムの開催、2) 直接のインタビュー及び討論による情報収集。

スケジュール

C. 研究結果

1) 実技試験導入の意味

- ① 真に能力のあるものだけに医師の資格を与えるというプロセスを、客観的かつ妥当な方法で行う。【総括的評価としての役割】
- ② 学生・医学部教員・教育計画立案者などに明確な教育/学習目標を伝える【形成的評価としての役割】
- ③ 国民に対して医療界が資質保証を実践していることを明らかにしている

以上の要素が、国民からの信頼を得るためには必須である。

2) 北米における医師国家試験の歴史

- ① 1952年以降MCQ全盛
- ② 1970年代から実技評価が検討されるようになった
- ③ 1980年代から医学部では実技評価が盛んに用いられるようになった
- ④ 1992年からカナダの**MCCQE II**にOSCEが用いられるようになった
- ⑤ 1998年から米国のECFMGのCSA (Clinical Skills Assessment)にOSCEが用いられるようになった
- ⑥ 2004年から米国のUSMLEのstep2にOSCEが用いられるようになった(step2 CS)

3) カナダと米国の医師国家試験における実技試験の特徴

米国の実技試験の特徴

- 1) 多くの医学生は4年次(最終学年)に受験する
- 2) 12課題(内1課題はパイロット課題で採点されない)
- 3) 試験専用施設を5箇所用意し、年間を通じて試験を実施している
- 4) 1箇所の試験会場に100人前後のSPと4-5人のSP養成者が登録されていて、SPは学校教育に関与することなく試験に専念している
- 5) 実技評価はSPが行う
- 6) 試験時間は「実技15分+カルテ記載10分」
- 7) カルテ記載は医師が採点する
- 8) 合格率:米国の医学部卒業生>95%、外国医学校卒業生>85%

カナダの実技試験の特徴

- 1) 医学部卒業後1年間の臨床研修終了後に受験する
- 2) 14 課題(内 2 課題はパイロット課題で採点されない)
- 3) 試験専用施設は無く、カナダの総合病院外来などを利用して、全国 15 会場で一斉に実施する
- 4) 全国で約 1,000 人の SP が参加(準備のいらない外傷患者役のような SP の中には高校生などもある)
- 5) 実技評価は医師が行う(各評価者には 2-3 週間前に 2 時間の)
- 6) 試験時間は「実技 10 分」、「実技 5 分+PEP(Post Encounter Probe)5 分」
- 7) 合格率:カナダの医学部卒業生 > 94%、外国医学校卒業生 > 56%

4)カナダの医師国家試験における実技試験のアウトカム評価

医師免許取得してからの診療における患者からのクレーム申し立てを指標として、MCCQE II の成績と比較すると、‘Communication Score’の成績とで有意な相関が見られた。このことは MCCQE II の ‘Communication Score’の予測妥当性が高いということを示している(投稿中)。

D. 考察

日本の国家試験は現在 MCQ のみであり

- ① 真に能力のあるものだけに医師の資格を与えるというプロセスを、客観的かつ妥当な方法で行う。【総括的評価としての役割】
- ② 学生・医学部教員・教育計画立案者などに明確な教育/学習目標を伝える【形成的評価としての役割】
- ③ 国民に対して医療界が資質保証を実践していることを明らかにしている
という役割を果たせていない。今後全力を傾けて実技試験の導入を図るべきである。

また、カナダのデータでは MCCQE II の ‘Communication Score’の予測妥当性が高いということを示されており、もし日本における導入で feasibility の点で難色を示される場合には、コミュニケーションの部分の導入だけでも十分に意味があると思われる。

E. 結論

日本の国家試験への実技試験の導入を早急に行うべきである。

また、カナダのデータでは MCCQE II の ‘Communication Score’の予測妥当性が高いということを示されており、もし日本における導入で feasibility の点で難色を示される場合には、コミュニケーションの部分の導入だけでも十分に意味があると思われる。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

Nobutaro Ban, Masahiko Hatao, Naoki Aikawa: Clinical Skills Lab in Japan: A 2005 Nationwide Survey. Association of American Medical Colleges (Seattle, Washington, USA), 2006 年 11 月 1 日
(伴分担研究・資料 1)

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

該当なし

参考文献

1. 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.

参考資料

- Daniel Klass 氏：履歴書（英文）
（伴分担研究・資料 2）
- Daniel Klass 氏：講演サマリー（英文）
（伴分担研究・資料 3）
- シンポジウム：ポスター
（伴分担研究・資料 4）
- 救急医療財団への報告書
（伴分担研究・資料 5）

CLINICAL SKILLS LABS IN JAPAN - A 2005 NATIONWIDE SURVEY -

Nobutaro Ban¹, Masahiko Hatao², Naoki Aikawa³

1. Nagoya University, 2. Musashino Red Cross College, 3. Keio University

1. BACKGROUND

Japan has 80 medical schools. Education and training last 6 years and last 2 years typically are clinical. US-type clinical clerkships are currently being introduced. In 2005 all schools started to require the Common Achievement Test (CAT) before students can enter the clinical years. The latter consists of a **performance based assessment (an Objective Structured Clinical Exam - OSCE)** and **objectively formatted computer administered questions (Computer-based Testing - CBT)**. The national introduction of OSCEs raised interest in more vigorous clinical training at the medical school level.

2. OBJECTIVE

To investigate the readiness of medical schools in Japan for systematic clinical skills training.

3. METHODS

Questionnaire survey sent to all medical schools in Japan.

4. RESULTS

Seventy-six medical schools responded to the survey (response rate: 95%). Fifty-one medical schools reported having a clinical skills lab. Twenty-three of those had only one room but 14 schools had more than 6 rooms. Usually these facilities are used for preclinical and clinical phases of medical school as well as for immediate postgraduate education. Medical students, residents, nursing students, staff physicians, and staff nurses were frequent users (in this order).

5. CONCLUSION

The clinical skills training in Japan has been changing rapidly over the last 10 years. Learning objectives for basic clinical skills were set for the pre-clinical phase and OSCEs have been introduced as nationwide assessment tool. Medical schools increasingly develop clinical skills labs but usually they are on a small scale. Further investments in skills labs and the establishment of well organized curricula for basic clinical skills are emergent tasks for most of the medical schools in Japan.

DANIEL JACOB KLASS, M.D., F.R.C.P.(C.)

Curriculum Vitae

Date: February 1, 2006

Office Address: The College of Physicians and Surgeons of Ontario
80 College Street
Toronto, ON M5G 2E2

Current Position: Associate Registrar
Director, Quality Management
The College of Physicians and Surgeons of Ontario

Education:

1963	B.A.	University of Manitoba (English)
1967	B.Sc.(Med)	University of Manitoba (Physiology)
1967	M.D., C.M.	McGill University (Medicine)
1973	FRCP(C)	Fellow of the Royal College of Physicians (Internal Medicine)
1973	FRCP(C)	Fellow of the Royal College of Physicians (Respiratory Diseases)

Faculty Appointments:

Canada:

1975-1980	Assistant Professor, Department of Medicine, University of Manitoba
1980-1987	Associate Professor, Department of Medicine, University of Manitoba
1981-1983	Acting Associate Dean, Undergraduate Medical Education, University of Manitoba, Faculty of Medicine
1983-1984	Visiting Professor, Department of Pediatrics, Hebrew University, Jerusalem
1983-1989	Associate Dean, Undergraduate Medical Education, University of Manitoba, Faculty of Medicine
1988-1994	Professor, Department of Medicine, University of

Manitoba

U.S.A.

- 1991-2000 Adjunct Associate Professor, Pulmonary Division, Department of Medicine, Hospital of The University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania
- 2000-2001 Adjunct Professor, Pulmonary Division, Department of Medicine, Hospital of The University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

Hospital and Administrative Appointments:

- 1973-1974 Acting Director, Pulmonary Function Laboratory, Health Sciences Centre, General Centre, Winnipeg, Canada
- 1975-1989 Associate Physician, Health Sciences Centre, Winnipeg, Canada
- 1975-1989 Consultant, St. Boniface Hospital, Winnipeg, Canada
- 1989-2000 Senior Medical Evaluation Officer, Director, Standardized Patient Project, Medical Advisor USMLE Step 3, Division of Evaluation Programs, National Board of Medical Examiners
- 1992-2001 Attending Physician, Hospital of The University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

Specialty Certification:

- 1973 Fellow, Royal College of Physicians, Canada, Internal Medicine [F.R.C.P.(C.)]
- 1973 Fellow, Royal College of Physicians, Canada, Respiratory Diseases

Licensure:

- 1973-1989 Specialist Register, College of Physicians and Surgeons of Manitoba, Canada
- Licentiate, Medical Council of Canada
- 1974 General Register, General Medical Council, Great Britain
- Current Registration, College of Physicians and Surgeons of Ontario

The Role of Standardized Patient Multiple Station Exams in National Licensure Examinations.

Summary

Daniel Klass MD,
Tokyo, November 5, 2006

Standardized patients, in multiple station examinations (MS-SPE) have become part of the gold standard for licensure assessment in North America and in many other parts of the world.

These tests play a critical role in the large picture of regulation of physicians in modern society. In North America and much of the English-speaking world, there is a strong tradition of professional self-regulation. One of the critical means by which this tradition is maintained is through the articulation of the obligations of the profession through licensure exams. So licensure exams have the function of setting the standards of education for entry to practice for the profession (the formative and summative roles of educational tests) and also in modulating the relationship between the profession of medicine and the many public stakeholders in the field of health; governments, the press, consumer groups, and organizations. Especially at times when the relationship between the profession and these groups is tenuous or threatened, the meaning and purpose of licensure exams must be carefully evaluated to be sure that public expectations of physician competence are addressed in licensure standards.

MS-SPE's developed in North America in response to the need of licensing authorities to provide assurance to the public that competencies of doctors in direct relationships with patients and their families had significant valence in the regulatory process of the profession. The inability of MCQ standardized testing to assess and therefore reinforce the development of relationship skills prompted the uptake of both standardized patient methods for teaching and testing and as well their use in multiple station examination. By the year 2000, the culture of medical schools in North America had changed to one that embraced both of these developments.

In addition, by the year 2004, in both Canada and the United States, no student could be licensed in any North American jurisdiction without having passed a clinical skills exam using SP's and stressing relationship skills. Although there are significant

differences between the MS-Spa's in the two countries, the main purposes and tools of both the NBME and MCC processes are united, and the further development of these tests can be undertaken based on the best features of both assessments. In the US, SP's do most of the recording and scoring of the candidates, while in Canada these tasks are mainly accomplished by observing doctors. In Canada, the exams are administered at all medical schools, but only over two short periods, while in the US the exam is administered at only 5 large centralized sites, but continuously.

Each country adopting MS-SPE processes needs to examine the two national systems to determine what best might serve their own local needs. In all cases, the critical resources needing to be marshaled are the same; doctors to provide the expertise to develop cases, help train patients, and set standards for the examinations; a group of highly skilled individuals called SP trainers, who can recruit and train patients to perform their roles and record and score candidate actions in an accurate and reproducible way, and who also have a critical role to play in case development, and the physical resource of a properly equipped clinical space that can be made available either occasionally or regularly for the implementation of the tests.

Finally I describe some recent research which as yet is unpublished, that makes a statement about the **validity and utility** of standardized patient testing for licensure. What appears to be the case is that performance in the MCC QE2 examination, with its strong emphasis on assessing communication skills in candidates, is a strong predictor of physicians who, once in practice, are the recipients of complaints from patients. The higher candidates score in the communication component of the QE2 exam, the less likely that they will be the subject of patient complaints once in practice. SP MSE's appear to address the need for which they were implemented in the licensure scheme in Canada at least, that is the gap between the professional statement of competence in relationships with patients and the expectations of those patients.

**厚生労働科研費「試験問題プール制の推進等国家試験の改善に係る研究」
分担研究「OSCEの実施に関する研究」班主催シン
ポジウム**

日 時 : 2006年11月5日(日) 10:30~16:00
場 所 : 東京慈恵会医科大学・大学1号館講堂 (250名収容)
〒105-8461 東京都港区西新橋 3-25-8
参加費 : 無料 ※事前登録の必要はありません。

<シンポジウムの概要>

Advanced OSCE 研究班では、今まで、国家試験 OSCE の必要性、試験としての問題点などの論点を検討してきました。今年度は、「OSCEの実施に関する研究」班として、国家試験 OSCE のことについて、外国の先生もお招きし、北米・カナダの国家試験 OSCE の実情、今までの Advanced OSCE 研究の検討内容、そして Advanced OSCE を実施した国内医学部でも経験例をご紹介します。国家試験 OSCE の問題を広く議論したいと考え、シンポジウムを開催いたします。今年の医学教育学会では、韓国で国家試験 OSCE の実施がまじかに控えている事が Meng 会長から報告されました。国家試験 OSCE について多くの参加者を得て議論を深める時期に来ていると考えています。医学教育に関心を持たれる全ての方のご来聴をお待ちしております。

開会の挨拶:

10:30~10:40 畑尾 正彦 先生 (日本赤十字武蔵野短期大学)

第1部: Advanced OSCE 研究班の活動概要

今までの研究班の活動で、課題の作成、トライアルの実施、評価データの解析結果、評価者の問題、SP の問題、国家試験として行った場合の問題点の抽出などを提示します。

- 10:40~12:00
- 1) Advanced OSCE 研究班の活動報告: 畑尾 正彦 先生
(日本赤十字武蔵野短期大学)
 - 2) Advanced OSCE での評価者についての検討: 吉田 素文 先生
(九州大学)
 - 3) Advanced OSCE の評点についての検討: 犬塚 裕紀 先生 (久留米大学)
 - 4) 総合討論

第2部：特別講演

オンタリオ医科大学 Quality Management の責任者である Daniel Klass 先生にアメリカ、カナダの国家試験 OSCE についてご講演をいただきます。

13：00～14：30 アメリカ、カナダでも国家試験 OSCE の導入経験（仮題）：

Daniel Klass 先生（The College of Physicians and Surgeons of Ontario）

第3部：わが国での Advanced OSCE の事例報告

- 14：30～16：00
- 1) 兵庫医科大学での Advanced OSCE：鈴木 敬一郎 先生（兵庫医科大学）
 - 2) 久留米大学医学部での Advanced OSCE：上野 隆昇 先生（久留米大学）
 - 3) 札幌医科大学での Advanced OSCE：山本 和利 先生（札幌医科大学）
 - 4) 総合討論

<問い合わせ先>

東京慈恵会医科大学 教育センター 福島 統

〒105-8461 東京都港区西新橋3-25-8

Tel：03-3433-1111 内線 2720

Fax：03-5400-1274

E-mail：fukushima@jikei.ac.jp

研究報告書

1. 招へいされた外国人研究者

所属・職名（和文）：カナダ オンタリオ州医学会 医療の質管理委員会 委員長

（英文）：Director, Quality Management, The College of Physicians and Surgeons of
Ontario

氏 名（和文）：ダニエル ジェイコブ クラース

氏 名（英文）：DANIEL JACOB KLASS, M.D., F.R.C.P.(C.)

2. 受入研究者

所属・職名：名古屋大学医学部附属病院総合診療部・教授

氏 名：伴 信太郎

3. 招へい期間

平成 18 年 11 月 3 日～6 日（4 日間）

4. 共同研究課題

『日本の医師国家試験への OSCE 導入』に関する研究

5. 研究活動の概要

平成 18 年 11 月 3 日	来日	
平成 18 年 11 月 4 日	東京	国家試験に OSCE を導入するための戦略 打ち合わせ
平成 18 年 11 月 5 日	東京慈恵会医科大学	シンポジウム‘日本における国家試験 OSCE 導入に向けて’
平成 18 年 11 月 5 日	東京	米国・カナダにおける国家試験 OSCE(USMLE step2 CS、MCCQE(Medical Council of Canada Qualifying Examination) II)の導入過程分析
平成 18 年 11 月 6 日	東京	総括

6. 共同研究課題の成果

KLASS 氏との共同研究によって、『日本の医師国家試験への OSCE 導入』については、米国とカナダの“国家試験レベルの OSCE”の夫々の特徴を踏まえ、さらに日本における固有の事情を勘案して今後の導入戦略を図る必要性が明らかとなった。

6-1. 米国の USMLE (The United States Medical Licensing Examination™) step2 CS

- * 【実施機関】米国の USMLE step2 CS は National Board of Medical Examiners (NBME) という民間機関によって実施されている。NBME は 85% の収入の大半は USMLE から得ており、連邦政府からの援助などはない。約 300 人の常勤スタッフがいる。
- * 【受験料】10 万円
- * 【受験会場】5 箇所の OSCE 専用施設: シカゴ、アトランタ、フィラデルフィア、LA、ヒューストン
- * 【試験の実施の仕方】5 箇所は全て同じセッティング
 - 1) 2 列、2~3 サイクル/日
 - 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 箇所ですべて 6,000~7,000 人/年が受験
- * 【試験のブループリント】
 - 1) 領域: cardiovascular, constitutional, gastrointestinal, genitourinary, musculoskeletal, neurological, psychiatric, respiratory, and women's health 等
 - 2) 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
 - 3) 性別: 少なくとも男性、女性はそれぞれ 3 人は含める
 - 4) 緊急度
 - 急性疾患
 - 亜急性疾患
 - 慢性疾患
 - 5) 課題のタイプ: 9 課題は『医療面接+身体診察』で、残りが『医療面接のみ』、『電話対応』、『患者説明』などの課題が出される。

A. 米国の実技試験の特徴

- 9) 多くの医学生は 4 年次 (最終学年) に受験する
- 10) 12 課題 (内 1 課題はパイロット課題で採点されない)
- 11) 試験専用施設を 5 箇所用意し、年間を通じて試験を実施している
- 12) 1 箇所の試験会場に 100 人前後の SP と 4-5 人の SP 養成者が登録されていて、SP は学校教育に関与することなく試験に専念している
- 13) 実技評価は SP が行う
- 14) 試験時間は「実技 15 分+カルテ記載 10 分」
- 15) カルテ記載は医師が採点する

16) 合格率:米国の医学部卒業生>95%、外国医学校卒業生>85%

6-2. カナダの MCCQE (Medical Council of Canada Qualifying Examination) II

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; OSCE で行なわれる。

(cf. MCCQE I : 医学部卒業時に行なわれる知識を問う試験; MCQ で行なわれる. CBT である)

* 【実施機関】MCC (Medical Council of Canada)

➤ 8つの委員会からなる

- ◇ 内科学試験委員会
- ◇ 産婦人科科学試験委員会
- ◇ 小児科学試験委員会
- ◇ 精神医学試験委員会
- ◇ 外科学
- ◇ 臨床推論能力試験委員会
- ◇ OSCE 試験委員会
- ◇ 公衆衛生等試験委員会 (Population health, Ethical, Legal and Organizational aspects of the practice of medicine; PHELO)

* 【実施開始時期】1992年～

* 【受験会場】カナダ全土で10数箇所:病院外来などの既存の施設を使用

* 【試験の実施の仕方】

- 1) 何列かは会場によって異なる
- 2) 14 課題
- 3) 3 時間
- 4) 5 ステーション:5 分実技+5 分関連課題(X 線読影など)
7 ステーション:10 分実技
- 5) 実技評価は医師が行う(各評価者には2-3 週間前に2 時間と、当日1 時間の説明)

* 【試験のブループリント】

- 1) 医療面接(Hx)
- 2) 身体診察(Px)
- 3) 患者とのコミュニケーション(Cx)

B.カナダの実技試験の特徴

- 8) 医学部卒業後1年間の臨床研修終了後に受験する
- 9) 14 課題(内2 課題はパイロット課題で採点されない)
- 10) 試験専用施設は無く、カナダの総合病院外来などを利用して、全国15 会場で一斉に実施する
- 11) 全国で約1,000 人のSP が参加(準備のいらない外傷患者役のようなSP の中には高校生などもある)
- 12) 実技評価は医師が行う(各評価者には2-3 週間前に2 時間と、当日1 時間の説明)
- 13) 試験時間は「実技10 分」、「実技5 分+PEP(Post Encounter Probe)5 分」
- 14) 合格率:カナダの医学部卒業生>94%、外国医学校卒業生>56%

6-3. カナダの MCCQE II のフォローアップ研究

【対象】カナダの MCCQE II を 1993-96 年の間に受験し、現在実際に診療中の医師 (6677 人)
Ontario 州: 2,415 人、Quebec 州: 1,161 人、その他の州:3,101 人

【方法】医師について監督機関に寄せられた苦情と MCCQE II の成績 (総得点とコミュニケーション(Cx)の得点)との関連を検討した。

【結果】 Ontario or Quebec の 3576 人の検討結果。
Ontario 州での総苦情件数:571 (23.6%)、Quebe 州での総苦情件数:165 (14.2%)、総得点の高

いほど、苦情を受ける割合は低かったが、もっと目立っていたのはコミュニケーション(Cx)の得点との相関で、コミュニケーションスコアの高い人ほど苦情を受ける割合は低いという明確な関係が得られた。

【結論】 MCCQE II の試験結果は、将来医師として臨床を行う場合に患者からのクレームを受ける可能性を予測することが可能である。

今後の日本における方向性への試案

- * 国家試験レベルの実技試験は、信頼性も妥当性も高いものが実施可能である。
- * 国家試験レベルの実技試験は、
 - 国民に医師の質の担保を明示するとともに、国民のための技量の担保も可能とする
 - 学生及び教員に対しては、どのような事を学ぶ/教えるべきかを明示する。
- * カナダと米国はいずれも国家試験レベルの実技試験を実施しているが、前述の A.、B. に示して如く夫々の特徴がある。
- * 日本では夫々のよい点、実際的な点を臨機応変に取り入れるべきであろう。
- * 具体的には 8,000 人の受験生なら、12 のステーションを 3 列設ければ、1 箇所ですばける。その方が信頼性の確保ができる。
 - 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 か月で全受験生が受験可能
- * 上記と同じセッティングの試験会場が 3 箇所であれば、約 2 ヶ月で全受験生が受験可能。
- * 各受験会場の設定が 1 列であれば、3 倍の場所、あるいは期間を要する。
- * 臨床技能全般の評価が難しければ、コミュニケーション技能を中心にし評価の実施でも十分価値があると思われる。

今後の検討課題

- SP が評価者も兼ねるという米国のモデルでやるか？評価は医師が行うカナダモデルでやるか？

- 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か否か（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）。
- 会場を何箇所にするか
- 臨床能力全般を評価の対象とするか、あるいはコミュニケーションを中心に評価するか

以上が共同研究課題の成果であるが、このうち外国人研究者を招へいたことによって得られた成果は、

6-1. 米国の USMLE (The United States Medical Licensing Examination™) step2 CS

の一部。

6-2. カナダの MCCQE (Medical Council of Canada Qualifying Examination) II

の一部。

6-3. カナダの MCCQE II のフォローアップ研究

の全て。

および、**今後の日本における方向性への試案**

と、**今後の検討課題**

の一部である。

7. 外国人研究者のレポートは、別添の通りです。

【添付資料】

1. 外国人研究者レポート

2. 東京慈恵会医科大学 シンポジウム‘日本における国家試験

OSCE 導入に向けて’広報

3. DANIEL JACOB KLASS, M.D., F.R.C.P.(C.) : 履歴書

平成18年度業績

著書

1. 著書 (編著)

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.

2. 著書 (分担執筆)

伴信太郎：主要症候へのアプローチ：疲労，全身倦怠感. 金澤一郎，北原光夫，山口徹，小俣政男総 (編) 内科学，医学書院・東京, 2006, pp 157-9.

3. 著書 (監修)

伴信太郎 (監修) 向原 圭：医療面接—根拠に基づいたアプローチ. 文光堂、東京, 2006.

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;.

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, 2006.
2. 伴信太郎：学外臨床実習の現状と課題. *日医雑誌* 135: 567-569, 2006.
3. 伴信太郎：(Editorial)地域の医師不足解消法をめぐって. *JIM* 16: 777, 2006.
4. 伴信太郎：私の意見「国民に理解していただきたい医学教育」. *月刊 なごや* No 281; 14, 2006.

学会発表(海外)

Invited lecture

1. Nobutaro Ban: Medical Education in Japan. 19th Joint Symposium of Medical Education (Seoul, Korea), 2006.

一般口演

1. Nobutaro Ban, Masahiko Hatao, Naoki Aikawa: Clinical Skills Lab in Japan: A 2005 Nationwide Survey. RIME Oral Abstract Presentations (一般口演). Association of American Medical Colleges (Seattle, Washington, USA), 11,1, 2006.
2. Elizabeth Kachur, Nobutaro Ban, Tony Errichetti: Clinical Skills Lab: Current State and Future Directions- Taking a Global Perspective. GEA/GSA Group Discussion session (小グループ討議) Association of American Medical Colleges (Seattle, Washington, USA), 11,1, 2006.

学会発表(国内)

1. 伴信太郎：日本の臨床技能教育一現状と問題点． シンポジウム「日米の医療面接教育：理論と実践の統合をめざして」（東京大学、弥生講堂）， 3.25. 2006.
2. 西城卓也、胡 晔晨、伴信太郎、堀江典克：慢性疲労症候群（疑）で来院した患者の病態分類．「第 57 回に本心身医学会中部地方会」（愛知芸術文化センター、名古屋）， 4.15, 2006.
3. 竹内一仁、西城卓也、鈴木富雄、佐藤寿一、伴 信太郎：大学総合診療病棟における臨床教育およびその指導医養成システムの開発-第 4 報-. 第 38 回日本医学教育学会大会（奈良）， 7.29, 2006.
4. 篠崎恵美子、阿部恵子、伴 信太郎：模擬患者の熟達過程についての検討． 第 38 回日本医学教育学会大会（奈良）， 7.29, 2006.
5. 星寿和、植村和正、大滝純司、川畑秀伸、小林裕幸、橋本正良、伴 信太郎：学習者参加型指導スキルアップセミナーによる指導能力変化についての検討． 第 38 回日本医学教育学会大会（奈良）， 7.30, 2006.
6. 西城卓也、松尾一成、中田均、徳山秀樹、鈴木富雄、佐藤寿一、植村和正、伴 信太郎：医学生意識構造から検討する、臨床実習における医療面接教育のあり方． 第 38 回日本医学教育学会大会（奈良）， 7.30, 2006.
7. 阿部恵子、鈴木富雄、藤崎和彦、伴 信太郎、ローターデボラ：模擬患者（SP）の特徴および練習状況と満足感． 第 38 回日本医学教育学会大会（奈良）， 7.30, 2006.
8. 阿部恵子、鈴木富雄、藤崎和彦、伴 信太郎、ローターデボラ：模擬患者（SP）が医学教育にのぞむこと：日米意識調査の比較． 第 38 回日本医学教育学会大会（奈良）， 7.30, 2006.

講演

1. 伴信太郎：新医師臨床研修制度をめぐって一実地医家の教育への参画． 曾於郡、鹿屋市、肝属郡、肝属東部医師会（鹿屋市：鹿児島）， 2, 16, 2006.
2. 伴信太郎：身体診察法を見直す． 第 228 回長崎臨床内科医会総会（長崎市：長崎）， 3, 24, 2006.
3. 伴信太郎：プライマリ・ケアで求められる心のケア． 愛知県社保研究会， 5, 13, 2006.
4. 伴信太郎：専門医としてのジェネラリスト． 第 2 回総合診療セミナー（金沢都ホテル、金沢）， 6, 9, 2006.
5. 伴信太郎：医師国家試験レベルの OSCE の動向 - 米国・カナダの例を参考に． 金沢医科大学医学教育講演会（金沢医科大学、内灘）， 6, 9, 2006.
6. 伴信太郎：新研修制度の意図、問題点とこれからの抱負 - 討論内容のまとめ - . アジア・ハート・ハウス大阪セミナー2006：みんなで育てよう、よい医師を！～卒後教育のこれから～（毎日新聞ビル地下 1 階オーバルホール、大阪）， 6, 11, 2006.

7. 伴信太郎：症候から診断へのアプローチ法 - 頭痛を例に - 専門医療として総合診療. かしま病院地域医療連携フォーラム（いわき市、福島），6，17，2006.
8. 伴信太郎：臨床技能トレーニングはいかにあるべきか. 日本医科大学 医学教育シンポジウム（日本医科大学、東京），6，21，2006.
9. 伴信太郎：疲労・倦怠感を訴える患者と睡眠. 第2回日本疲労学会総会・学術集会・スポンサーシンポジウム「疲労と睡眠」（大阪市、大阪），7，23，2006.
10. 伴信太郎：国家試験とOSCE. 医師国家試験完全検討部会（厚生労働省、東京），9，14，2006.
11. 伴信太郎：後期高齢者医療のあり方-特にプライマリ・ケアのあり方をめぐって-. 社会保障審議会 第2回後期高齢者医療の在り方に関する特別部会（厚生労働省、東京），10，25，2006.
12. 伴信太郎：事例報告：名古屋大学における医学教育. 第2回名古屋大学キャリア教育シンポジウム（名古屋大学、名古屋），11，22，2006.

業所有権の出願・取得状況

1. 慢性疲労症候群の診断方法；特願 2006-054414
六反一仁、森田恭子、伴信太郎、西城卓也、杉山 寿、齋藤俊郎
2006, 03, 1 出願.

テレビ出演

1. NHK徳島：「四国羅針盤：こころの病をとらえる。」2006, 07, 14 1930-2000.