

## Small group discussion

この時間には、第1週のER実習（クラークシップ）での経験の共有、感じたこと、疑問点などを振り返り、全体討論を通じて第2週のクラークシップへの準備を行い、併せて成果発表会の準備を行います。指導医がファシリテーターとなって討論を進めます。

クラークシップで経験した事から自発的に学習するテーマを選択してください。そのテーマを「学会形式の成果発表会」でレポートします。レポートでは「科学的根拠」に基づく考察が求められます。担当教員はそのテーマについて助言し、「科学的根拠」の検索方法を示唆します。

月曜日が休日の場合には、ERクラークシップの時間に担当教員と討論を行ってください。また、成果発表会の準備に関しても担当教員に自由に質問してください。

### 【指導医へ】

- 1) 最初の30分： 第1週のクラークシップで学生が経験した症例から1~2例を選択して、主訴、診断、disposition、および医学的、社会的問題点を発表させて下さい。各症例の問題点へのアプローチに関して感想を聞き、意見交換を行わせてください。この過程を通して、ERクラークシップで改善すべき点が抽出された場合には、以後のクラークシップにフィードバックできるよう、プログラム責任者に連絡ください。概ね30分
- 2) 次の30分： 上記で列記された医学的、社会的問題点の整理を行わせてください。
  - 例1： 列挙された医学的問題点と社会的問題点を分類・整理を行う。
  - 例2： 列挙された医学的問題点への対応について考察し討論する。
  - 例3： 患者が医療従事者に求めていたことは何かを考察し討論する。
  - 例4： KJ法を用いる。
  - 例5： 8人グループを4人ずつのグループに分割して討論を行わせる。
- 3) 最後の30分： 成果発表会（レポート）への準備状況を聴取して下さい。1)や2)の内容から、発表テーマの選択や疑問点の抽出を促して下さい。資料検索やアプローチの方法に関して、助言してください。

## ER 実習（クラークシップ）

SBO :

- 1) 診療チームの一員として、ER での救急患者診療に参加する。
- 2) 系統的診療（バイタル、病歴、身体所見、鑑別診断、検査、確定診断、治療、Disposition）を体験する。

### 【実習の概要】

- 1) 施設： 慶應および割り当てられた協力施設の ER。協力施設（責任者）は以下の通り。  
（資料省略）
- 2) 指導医： 各施設の救急医が ER に常駐して学生を指導します。
- 3) 同日に実習する学生数： 最大で慶應3人、協力施設1人
- 4) 協力施設の割り当て： 学生の希望を優先して割り当てます。
- 5) 実習時間： 午前9時から午後4時15分まで。

### 【学生が ER に持参する物品】

- 1) 白衣、聴診器、ID カード、臨床実習の手引き、筆記用具、学生用カルテ用紙（黄色の2号用紙、学事課で貰えます）、クリップボードなど。
- 2) 救急レジデントマニュアルなど携帯可能な教科書。

### 【指導医へ】

慶應救急部では ER 担当医2人のうち上級医師が指導医となります。協力施設では事情に合わせて指導医を決めてください。指導医には以下をお願いします。

- 1) 午前9時： ①学生の出欠確認の後、ER スタッフ（看護師を含む）に紹介して下さい。②その後以下を学生に説明して下さい：ER の設備と診療システム、昼食は指導医の許可を得ること、クラークシップ終了時に指導医がインタビューを行うこと。
- 2) クラークシップの開始： 学生に救急患者を割り当て、診療に参加させて下さい。担当する患者は同時に1人を原則としてください。診療が終了したら次の患者を割り当て、絶え間なく、病歴、身体所見、バイタル測定、心電図記録などを行わせてください。また患者や検体搬送などの診療補助も行わせてください。診療の過程で、学生に患者の鑑別診断、治療方針、Disposition を考えさせ、指導医に口頭報告するように指示して下さい。
- 3) 患者の同意： 学生の診療参加には患者の同意が必要です（口頭でよい）。「私が責任をもって診ますから、学生にも診療を手伝わせて下さい。」と**指導医が直接に患者に話しかけ、同意を得てください。**患者に意識障害がある場合には同意は不要です。
- 4) カルテ記載、処置範囲、守秘義務： 慶應救急部では学生にカルテの記載、侵襲的処置を行わせません。協力施設では、施設の方針により学生に指示を願います。診療情報の守秘義務に関して、学生は慶應義塾大学医学部の誓約書に署名して実習中の守秘義務を負っています。
- 5) クラークシップの活性化： 学生は「壁の花」となりがちです。時々声をかけ、プレゼンを求め、励まし、質問を受けてください。
- 6) 昼食： 診療状況を見て、指導医が昼食の許可を与えて下さい。
- 7) まとめと学生評価：午後4時頃に、短時間でも実習終了時に学生にインタビューし、実習のまとめ、学生からの質問への回答、学生への質問、などを行ってください。併

せて、学生の積極性と知識を評価し、評価表に記載して下さい。協力施設では、評価表を事前に送付した封筒で慶應救急部宛に毎週木曜日に郵送ください。

#### 【学生へ】

- 1) 診療参加の方法： 慶應救急部では指導医 2 人と研修医 4-5 人が救急搬送患者を中心に診療を行っています。学生は指導医と研修医の両者の指導を受けながら診療に参加します。協力施設では診療体制は異なるので、適宜指示を受けてください。
- 2) 指導医が患者に口頭同意を得て、学生に診療参加を指示します。
- 3) 患者に挨拶してから診療を開始して下さい。患者に話しかけるとき： 相手の目を見て話して下さい。会話は丁寧語を基本にしてください。
- 4) 指導医は学生の「積極性」を評価します。積極的に診療に参加し、判断や質問を指導医に報告して下さい。指導医が診療に忙しいと、学生が「報告や質問」の機会を失う場合があります。指導医が忙しそうに見えても、ためらわずに報告や質問をして下さい。指導医は、学生の報告や質問を歓迎します。
- 5) この実習では、バイタルサイン、病歴、身体所見、鑑別診断を繰り返すことが大切です。知識不足に備え、救急レジデントマニュアルなどをポケットに携帯して下さい。
- 6) 指導医へのプレゼンテーション： 指導医や研修医が学生にプレゼンを求めます。プレゼンは「〇歳の男性が・・・」のように始め、要領よく、1 分間（400 文字）でプレゼンできるよう練習して下さい。
- 7) カルテの記載： 慶應救急部では「研修医の速度」で診療が進みます。このため、学生がカルテを記載すると診療速度に追いつかず、後から転記するばかりとなりがちでした。学生を診療に集中させるため、今年は慶應救急部ではカルテ記載を義務付けない方針です。学生がカルテ記載を希望する場合には、黄色の 2 号用紙を使用し、患者カルテには綴じこまぬようお願いします。
- 8) 昼食など： 指導医の許可を得てから昼食に出かけ、戻ったら指導医に報告して下さい。施設により、午前と午後で指導医が変更する場合があります。
- 9) 終了時： 指導医とのインタビューがあります。

## 救急車同乗実習

救急医学の実習では、プレホスピタルでの実習が必須と考えられています（世界的なコンセンサスです）。

- 救急隊員に何でも質問してください。
- 学生は法的には医療従事者ではなく見学者なので注意してください。
- 服装や実習態度には特段の注意が必要です。不適切な服装の場合、救急隊の判断により、同乗実習はできません。救急隊からの連絡により救急部実習の成績は減点されます。
- 実際に、平成 19 年度に不適切な服装、正当な事由のない早退などの事例が発生し、救急隊よりクレームが届いています。
- なお、救急車同乗実習では、場合により消防署内での待機時間が数時間に及びことがあります。その間に勉強できるよう、救急レジデントマニュアルなどのテキストを持参して下さい。
- 救急車同乗時は予防衣（青いガウン）を着用するので白衣は不要ですが、消防署内で待機しているときは白衣を着用して下さい。
- 水曜 16:30 から CPC がありますが、医学部の方針により同乗実習が優先されます。

## 成果発表会

クラークシップで経験した症例、救急医学に興味を持ったことなど、自分でテーマを選択して調査研究を行って下さい。科学的根拠に基づくレポートを作成し、学会方式で発表します。

- ① 座長は指導医が行います。各学生の発表時間は5分間、討論時間は10分間です。発表の形式は問いません (power point, print, 板書など)。
- ② 成果発表会が休日の場合には、翌週月曜正午までにレポートを救急部秘書に提出してください。レポートの書式は自由です。
- ③ 成果発表会 (またはレポート) の評価は、以下の項目に基づいて行います。
  - テーマの選択
    - 1) 臨床的疑問点は適切に抽出されたか。
    - 2) 臨床的疑問点が発表テーマと一致しているか。
  - テーマに対する科学的根拠の検索
    - 3) 適切に検索が行われていたか。
    - 4) 検索した内容がテーマと一致しているか。
    - 5) 科学的根拠に基づいた考察が行われたか。
  - 発表方法
    - 6) 発表に要した時間は適切であったか。
    - 7) プリントやスライドなど適切に使用できたか。
    - 8) テーマを分かりやすく発表できたか。
  - 質疑応答
    - 9) 適切な質疑応答ができたか。

### 【指導医へ】

- 1) プロジェクターを準備して下さい。
- 2) 討論に関して、積極的に議論を誘導して下さい。医学上、重要な視点が欠けていた場合にはその指摘とフォローを行ってください。討論の締めくくりでは、発表した学生が達成感を持てるように配慮。
- 3) 成果発表の終了後に、臨床実習を総括して下さい。良い点、悪い点など、感想を聞き、適宜コメントして下さい。プログラム上、改善を要する点があれば、プログラム責任者に連絡ください。
- 4) 最後に、学生の実習評価を完成させ、用紙を切り離して学事課に提出するよう指導して下さい。

## 成績評価

○救急医学臨床実習の成績は、下記のように、実習の各枠毎に指導医が5段階で評価し、使用した時間枠の重みをつけて総合評価します。

5：最優秀、4：優秀、3：合格、2，1：不合格

○ 評価のポイントは以下のとおりです。

○ シミュレーション： 積極性と到達度

その他： 積極性と知識

### 第1週

		月				火	水	木	金		
		ガイダンス	BLS	ACLS-1	ER準備	ER-1	ER-1	ER-1	ACLS-2	ACLS-3	ACLS-4
施設名		/	/	/	/				/	/	/
評価方法		出欠	5段階	5段階	5段階	5段階	5段階	5段階	5段階	5段階	5段階
教員署名											
学生番号	学生氏名										
1	慶應太郎										
2	信濃花子										
3											
4											

### 第2週

月		火	水	木	金
外傷	Small Gr	ER-2	ER-2	ER-2	発表会
/	/				/
5段階	5段階	5段階	5段階	5段階	5段階

## Web 公募システムにチェックリスト・改訂版

(平成 20 年 3 月)

### A. 内容・テーマについて：

- A-1 医師として具有すべき知識が評価できる問題か。医師として第一歩を踏み出すのに必要な能力を問う問題か。
- A-2 医師国家試験出題基準の範囲内の内容か。
- A-3 非常に稀な疾患・病態ではないか。
- A-4 単一のテーマを扱った問題か。
- A-5 学説により意見が分かれることはないか。
- A-6 当たり前のことを問う内容（いわゆるナンセンス問題）ではないか。

### B. 説明文・設問文・選択肢（正解肢・誤答肢）について：

- B-1 説明文・設問文に不用意なヒントが含まれていないか。
- B-2 選択肢は論理的順序に配列されているか。
- B-3 一つの選択肢に二つ以上の内容が含まれていないか。
- B-4 学力の低い受験者でも、なんなく除外できる誤答肢（ナンセンス肢）でないか。
- B-5 二律背反の関係にある選択肢のペアはないか（特に X type で注意）。
- B-6 否定形の設問に否定形の選択肢（二重否定）となっていないか。
- B-7 選択肢に「必ず」、「常に」、「すべて」などの限定句が入っていないか。

相川分担研究・資料3

A施設：政令都市立病院（約700床）・救命救急センターにおける  
医学生の経験症例の内訳

医学生 1

初 日：6例

30歳代	てんかん + 頭部外傷
50歳代	両下肢リンパ節炎
50歳代	脊椎損傷（交通外傷）
80歳代	頭部外傷
乳 児	熱性けいれん
幼 児	熱性けいれん

第2日：8例

40歳代	急性アルコール中毒
60歳代	心肺停止
80歳代	めまい（末梢性）
80歳代	発熱
40歳代	墜落外傷
40歳代	意識障害（低ナトリウム血症）
40歳代	頭部外傷
60歳代	意識障害（SAH）

第3日：8例

20歳代	骨盤骨折
30歳代	肝硬変
30歳代	痙攣
20歳代	急性虫垂炎
60歳代	歩行障害（原因不明）
60歳代	ウエルニッケ脳症の疑い
40歳代	急性胃腸炎の疑い
70歳代	心肺停止

合計22例（1日平均7.3例）

**医学生 2**

初 日：7例

90歳代	ラクナ梗塞の疑い
50歳代	めまい
50歳代	急性腸炎
80歳代	イレウス
40歳代	ヒステリー
70歳代	呼吸不全
幼 児	誤飲

第2日：8例

20歳代	左上腕打撲
80歳代	血尿
70歳代	イレウス
90歳代	食欲不振
50歳代	頭部外傷
70歳代	低血糖発作
幼 児	大腿骨頸部骨折
幼 児	熱性痙攣

第3日：6例

20歳代	緊張性頭痛
30歳代	左足関節脱臼
30歳代	顔面外傷（交通外傷）
30歳代	左足開放骨折
10歳代	過換気症候群
小 児	麻疹

合計21例（1日平均7.0例）



医学生 3

初 日：7例

70歳代	心肺停止
小 児	気管支喘息
60歳代	胸椎破裂骨折
30歳代	胸膜炎の疑い
40歳代	右上腕開放骨折
50歳代	吐血
20歳代	発熱

第2日：11例

70歳代	めまい
30歳代	胃潰瘍
60歳代	肺がん + 腹痛
80歳代	食欲不振
70歳代	胸部違和感
50歳代	結核
30歳代	心肺停止 (外傷性)
50歳代	顔面外傷
50歳代	しびれ
幼 児	気管支喘息
80歳代	転倒外傷

第3日：7例

70歳代	頭部外傷
80歳代	脳梗塞
70歳代	MDS 貧血
80歳代	心不全
40歳代	右下腿骨折脊髄髄膜腫の疑い
70歳代	便秘症
60歳代	肋骨骨折の疑い (交通外傷)

合計25例 (1日平均8.3例)

3名の医学生は、軽症救急患者から、重傷外傷、心肺停止までの傷病と乳児から高齢者まで  
の広範な救急症例を経験している。経験症例数は一人当たり平均23例。

D施設：独立行政法人病院（約650床）・救急センター（一次・二次施設）  
 における救急医療実習時の来院患者

学生	神	整	消	循	呼	脳	外	小	内	泌	CPA	心	入院	計	小児 科除 く
	経	形	化	環	吸	外	科	児	科						
	器	器	器	器	器	器	器	器	器	器	器	器			
1	3	17	5	1	1	10		10	2	3	2		13	54	44
2	8	7	3	5	9	9	1	13	1	2	3		15	61	48
3	11	6	9	1	1	1		13	6	2			11	50	37
4	8	7	3	4	3	6		12	5	2	2		15	52	40
5	4	8	5	5	4	10	1	7	8	1			9	53	46
6	4	14	6	5	4	5		14	4	4			12	60	46
7	6	11	5	3	4	10	2	11	5	2	2		16	61	50
8	5	14	7	3	6	11	1	13	6	2	1		17	69	56
9	7	12	10	4	5	7		6	5		1	2	17	59	53
10	10	9	10	5	3	6	1	16	7	1			15	68	52
11	9	10	5	5	6	7	1	5	2	3			13	53	48
12	6	9	4	4	2	10		10	8				17	53	43
13	5	9	7	2	1	6		9	7	1	2		5	49	40
14	4	11	6	3	5	4	1	7	4		1		9	46	39
15	3	6	6	3	4	4		9	7	2	1		15	45	36
16	14	12	2	4	4	10	1	11	4				21	62	51
17	14	6	5	3	2	11	1	10	2	2	1	1	20	58	48
18	5	8	10	5	4	13	1	9	2	1	1	1	9	60	51
19	9	15	5	4	2	9		9	12		1		10	66	57
20	9	5	5	1	3	9	1	7	9	1			12	50	43
21	9	16	6	4	4	7		18	7		1		15	72	54
合計															
21	153	212	124	74	77	165	12	219	113	29	19	4	286	1201	982

D施設：独立行政法人病院（約 650 床）・救急センター（一次・二次施設）

における救急医療実習時の主要担当症例

学生	主要担当症例	症例数
1	脳梗塞2、急性心筋梗塞	3
2	脳梗塞2、急性心筋梗塞、心不全	4
3	脳梗塞、脳出血	2
4	脳梗塞、心不全、くも膜下出血	3
5	虫垂炎、急性心筋梗塞	2
6	脳梗塞、心不全、くも膜下出血、CO 中毒、一過性脳虚血発作	5
7	脳梗塞、肝外傷、硬膜下血腫、くも膜下出血、脳出血、腹部大動脈瘤、気胸	7
8	葉中、急性心筋梗塞	2
9	脳梗塞、Ⅲ度ブロック2、硬膜下血腫、熱中症、呼吸不全2	7
10	虫垂炎、急性心筋梗塞2、肺炎、脾炎	5
11	気胸、急性心筋梗塞、徐脈、外傷気胸	4
12	脳梗塞、心不全2、心筋炎、気胸、アナフィラキシー、硬膜下血腫	7
13	低血糖	1
14	脳梗塞、心不全、気胸	3
15	脳梗塞、急性心筋梗塞	2
16	心不全2、急性心筋梗塞、肺炎、薬物中毒、DM ケトアシドーシス	6
17	脳梗塞、心不全2、心筋炎、髄膜炎、葉中	6
18	くも膜下出血、心不全、大腸穿孔	3
19	脳梗塞2、脳出血、心不全	4
20	脳梗塞3	3
21	脳梗塞、急性心筋梗塞、心不全2、脳出血、硬膜下血腫	6
21	合計	85

前表で示した来院患者のうち、比較的重症の急性傷病を担当している。

担当症例数は一人当たり平均 4.0 例。

平成19年度厚生労働科学研究費補助金 医療安全・医療技術評価総合研究事業  
試験問題プール制の推進等国家試験の改善に係る研究 (H18-医療-一般-018)

分担研究報告書

OSCEの実施に関する研究

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学 教授

研究要旨：国家試験の実技試験に必要な評価の信頼性を検討するために Advanced OSCE の評価データを解析し、実技試験で評価すべき事項の標準化と普及を図るために臨床研修開始時に必要な臨床能力に関して調査した。

研究方法：1) ステーション数6か所、受験者6名、評価者各ステーション3名の Advanced OSCE 大阪トライアルにおける評価データを解析した。

2) 2年次研修医2,981名を対象に、臨床研修開始時に必要な臨床能力(54項目)について自記式アンケート調査を行った。

結果：1) 評価データから算出した一般化可能性係数Gは0.817で、資格認定等の総括的評価に必要な信頼性指標とされる  $G > 0.8$  であった。

2) アンケート調査の回収数は862通、回収率29%(3月12日現在)であった。最も多くの回答者が「実習で患者に実施できる」ようになっていることが必要であるとしたのは、54項目中、「静脈採血」や「注射」など日常診療場面でしばしば行われる一般的な臨床実技11項目であった。

#### A. 研究目的

本年度の研究目的は次の2項とした。

1) 国家試験として行われる実技試験に必要な評価の信頼性を検討するために、Advanced OSCE トライアルの評価データを解析する。

2) 評価すべき事項の標準化と普及に資するために、臨床研修開始時に必要な臨床能力に関するアンケート調査を行う。

## B. 研究方法

医学教育学と統計学に関する有識者を研究協力者とする分担研究班を組織し、OSCE の評価の信頼性の検討と OSCE で評価すべき項目に関する調査を行った。

### 1) 評価データの解析

Advanced OSCE 大阪トライアルは、6ステーション（咽頭痛、動悸、呼吸困難、腹痛、高血圧、緊急動悸）、受験者数6名、各ステーションの評価者数3名という構成であった。受験者と評価者は全国からの応募者である。その評価データを解析し、OSCE 全体の信頼性の指標である一般化可能性係数 G を算出した。

### 2) アンケート調査

2年次研修医を対象に、臨床研修開始時に必要な臨床能力に関する自記式アンケートを対象病院ごとに送付し、個別郵送による回収を行った。対象病院は2005年マッチングの結果でマッチした研修医数の多寡に偏りが生じないように選定した臨床研修病院およびすべての大学病院とした。調査対象者数2名（12病院）、3名（11病院）、4名（11病院）、5名（168病院）、10名（115研修病院・89大学病院）、合計406病院で、調査対象研修医数2981名である。

調査表は分担研究班メンバーの協力によって策定した面接・コミュニケーション4項目、身体診察7項目、検査手技20項目、治療手技20項目、救命救急2目、その他1項目の合計54項目について、「卒前医学教育では不要」、「見学して診療を理解する」、「模型等で模擬的にできる」、「診療の一部を手伝える」、「実習で患者に実施できる」の5段階のいずれかをチェックしてもらうものである。

## C. 研究結果

### 1) 評価データの解析

Advanced OSCE 大阪トライアルにおける評価データを分散分析した結果は表の通りである。この結果から算出した一般化可能性係数 G は 0.817 であった。

$$G = \frac{\hat{\sigma}_i^2}{\hat{\sigma}_i^2 + \frac{\hat{\sigma}_{ij}^2}{n} + \frac{\hat{\sigma}_{i(k;j)}^2}{nr}} = 0.817$$

n : ステーション数

r : 評価者数

表. 分散分析

変動要因	自由度	平均平方	分散推定値	全分散に対する割合%
受験者 i	5	599.7	27.21	12.7
ステーション j	5	2215.98	110.92	51.9
評価者 (k : j)	12	140.58	18.24	8.5
ij	25	110.01	26.29	12.3
i (k : j)	60	31.15	31.15	14.6
計		3097.42	213.81	100
受験者数=6				
n=6				
r=3				

## 2) アンケート調査

3月12日までに返送された調査票は862通で回収率は29%であった。最も多くの回答者が「実習で患者に実施できる」に選んだ項目は、「静脈採血」、「クロスマッチ」、「グラム染色」、「皮下・皮内注射」、「筋肉注射」、「静脈注射」、「点滴注射」、「創傷の洗浄」、「止血」、「包帯交換」、「抜糸」であり、「模型等で模擬的にできる」に最も多くの回答者が選んだ項目は「直腸指診」、「乳房の診察」、「眼底鏡を用いた診察」、「耳鏡・鼻鏡を用いた診察」、「動脈採血」、「腹部超音波検査」、「皮膚縫合」、「CPR/AED」、「ACLS」であった。一方、「精神科的面接」、「生活習慣病の患者支援」、「患者・家族への病状説明」、「受け入れにくい知らせの説明」、「生殖器の診察」、「穿刺手技」、「内視鏡検査」、「中心静脈注射」、「輸血」、「デブリドメント」、「骨折の整復」、「副子固定」などは多くの回答者が「見学して診療を理解する」に選んだ。最も多くの回答者が「卒前医学教育では不要」とした項目はなかった。

調査した54項目で「実習で患者に実施できる」を選んだ回答者がゼロだった項目はなかった。

## D. 考察

平成7年の医師国家試験改善検討委員会報告書で、実技試験を引き続き検討すべき事項であるとされ、平成11年の国家試験改善検討委員会報告書で実技試験を導入することが方向性の定まった事項と明記された。平成15年の国家試験改善検討委員会報告書でも方向性の定まった事項であるとされながら、前回の改善時よりも臨床実習前の共用試験OSCEは全国の医学部に急速に広まりつつあるものの、臨床実習後のOSCE(Advanced OSCE)の導入状況は未だ

不十分であるとの理由で実施時期は先延ばしとなった。平成 19 年の国家試験改善検討委員会報告書では、国家試験は評価の客観性と透明性等の確保が必要であること、臨床実習後の OSCE で評価すべき事項の標準化され、普及しているとはいえないことなどが解決された上で実施することが望ましいとされた。

#### 1) 評価の客観性と透明性

OSCE が客観性の高い評価であることはその名の通りであるが、適正な評価表ときめ細かな評価マニュアルが用意されていても、評価者による評価のばらつきが評価結果の信頼性を損なう可能性が、資格認定試験において問題となる。信頼性を確保するためには、課題と評価者の数を増やすことが実際的である。

Advanced OSCE 大阪トライアルにおける評価データの分散分析の結果から算出した一般化可能性係数  $G$  は 0.817 であった。総括的評価として必要な信頼性指標のレベルは一般に  $G > 0.7$  とされることが多く、6 種類のステーションと各ステーションに評価者が 3 名ずつ配置される OSCE の信頼性は保証されると考えてよいであろう。

ステーション数あるいは課題数をどれだけ増やすならば、評価者の数が少なくても信頼性を保証できるか、さらに検討を加えたい。

透明性について必要なことは、現行の医師国家試験の実態について、社会・国民がどのように認識し、何を期待しているかを明らかにすることであると考え、今回は調査していない。

#### 2) Advanced OSCE で評価すべき項目

臨床研修開始時に研修医の身につけている臨床能力は、医学部卒業時まで身につけた臨床能力にほかならない。実際に臨床研修を行った研修医が 2 年間で振り返って、臨床研修開始時にどんな臨床能力が必要だと感じたか。それらは Advanced OSCE で評価すべき項目を割り出す手がかりとなる。分担研究班で策定した 54 項目についてアンケート調査を行った。アンケートの回収率は 29% であったが、回収率には種々の要因が反映される。今回は依頼状とともに調査表を対象病院の研修担当者あてに送付し、研修医に渡していただく形をとったが、実際には研修医に渡されていない病院もあった。

回答内容については、日常しばしば遭遇する診療場面で実施することの多い実技項目を、最も多くの回答者が「実習で患者に実施できる」として選んでいる。それらには患者さんが多少とも“痛み”を感じる手技が含まれている。多くの研修医が「模型等で模擬的にできる」に選んだ項目は、「実習で患者に実施できる」に選んだ項目と比べて手技的に難易度が高いというよりも、臨床現場の比較的限られた場面で遭遇するものといえそうだ。

これらのことは、単に臨床実技の練習の実習ではなく、卒前に患者さんの生の感情と触れ合う臨床実習の中で、ごく一般的な臨床能力を養っておくことが大切であることを物語っていると考えられる。医学生が責任をもって診療に参加するクリニカルクラークシップを促進するような Advanced OSCE の構築が必要である。

マッチングによる研修医の数の多寡が、病院規模・病床数と相関するとは言いきれないが、2年間の研修環境・研修内容の違いが、「実習で患者に実施できる」と「模型等で模擬的にできる」という回答の差に関係しているか、調査対象病院の研修医数と回答の違いについて検討し、「模型等で模擬的にできる」とされる項目の中にも「実習で患者に実施できる」が含まれていないか確認することも必要であろう。

面接・コミュニケーションに関する項目は、臨床研修開始時までには「見学して診療を理解する」とする回答者が多かったのは、研修医が主体的に行うよりも、指導医・上級医が行うのを見学することが多いという現在の臨床の現場の実状を反映していることが推察される。

今後の見通しとして、透明性に耐える医師国家試験であるために、「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」とする医師法第9条の定め適切に応える医師国家試験にすることが必要であり、そのためには、すでに導入の方向性が定まっている Advanced OSCE の実施時期を視野に入れた正式なトライアルの開始が必須であると考えられる。

## E. 結論

- 1) 6種類のステーションと各ステーションに評価者が3名ずつ配置される OSCE では信頼性が確保される。
- 2) 日常しばしば遭遇する診療場面で実施されることの多い一般的な実技項目は、臨床研修開始時に必要な臨床能力であると、多くの2年次研修医は捉えている。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

未定

### 2. 学会発表

第40回日本医学教育学会大会で発表の予定

## G. 知的財産権の出願・登録状況

該当しない



分担研究報告書

韓国における医師国家試験へのOSCE導入の現状

分担研究者 伴 信太郎 名古屋大学医学部附属病院総合診療部 教授

**研究要旨：**本研究では、韓国における国家試験レベルの実技試験の実施の準備状況等について、2008年1月28日～30日まで韓国を訪問し実施担当機関、関係者から情報を収集した。  
**研究方法：**主な訪問先は韓国医学教育学会、National Health Personnel Licensing Examination Board (NHPLEB)で、直接のインタビュー及び討論による情報収集。  
**結果：**韓国においては2009年10月からの実技試験の導入を決定している。試験場は1箇所  
で、12課題、1回の試験は160分、53日間で実施予定である。学生の受験日時は random  
assignmentで決定される。合否基準は修正Angoff法で、通知は合否のみで行う。現在SP参  
加型の臨床問題(CPX)63題、模型などで実施する実技課題(OSCE)53題を準備している。  
前者のためのSP養成は80人前後のSPと10人前後のトレーナーの養成を準備していて、  
このSPは学校教育には関与することなく、試験に専念する。1人のSPが演ずるシナリオ  
は2つまでとしている。

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・教授)

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学・教授)

A. 研究目的

韓国では、日本と同様に医師国家試験があり、これまでは認知領域の評価に限られていた。カナダの医師国家試験では1992年から(参考資料1)、米国のECFMGでは1998年から、USMLEでは2004年から(参考資料2)実技試験導入しているのを受けて、これらの国々の方法を参考に韓国でも2009年10月からの実技試験の導入が決定されている。

国家試験の実施法において極めて似た状況にある韓国における国家試験への実技試験導入

の準備状況を調査し、日本における実技試験導入の参考に供するために今回の調査研究を行った。

## B. 研究方法

本研究では、2008年1月28日～30日まで韓国を訪問し、韓国医学教育学会の関係者〔Kwang-Ho Meng氏（韓国医学教育学会前会長）、Chung Myung-Hyun氏（韓国医学教育学会会長）、Moo Sang Lee氏（Yonsei大学）〕から情報収集を行った。また National Health Personnel Licensing Examination Board (NHPLEB) を訪問し、実技試験導入の委員会の委員長をしている Hoonki Park氏（Hanyang大学）、前委員長の Yoon-seong Lee氏（Seoul大学）、他と直接のインタビュー及び討論による情報収集を行った。

## C. 研究結果

韓国における国家試験の実技試験の導入予定は以下の如くである。

### 1) 対象となる医学生の人数

約 3,300 人

### 2) 日時

- ・2009年の10月～12月（53日間）。
- ・どの受験生がいつ受験するかは random assignment で決める。

### 3) 場所

試験場は1箇所、NHPLEBのビルディングに2箇所の試験会場が設営され、それぞれに1列ずつのステーションが配置される。

### 4) 課題

- ① SP (Standardized patient) が参加するステーション (CPX) (10分) × 6 : ここでは、態度、コミュニケーション技能、臨床的な知識を評価する。
- ② 診療録記載 (5分) × 6 : SOAP形式で所見、アセスメント、計画を記載する。
- ③ 実技試験 (OSCE) (5分) × 6 : マネキン、モデル、imitation patientなどを相手に臨床実技を実施する。

## 5) 実施法

1回の受験に必要な時間：160分（5分間の休憩、評価票記入時間を含めて）。1日3回転させる。1列12人×2×3=72人/日

## 6) 評価(者)

- ① CPX（10分）：SPが評価するか、医学部教授が評価する未定。
- ② 診療録記載（5分）：医学部教授が1つの記載を最低2人で評価。30人ぐらいの評価者を予定している。
- ③ 実技試験（OSCE）（5分）：医学部教授。

## 7) ステーションの配置(図1)

## 8) 受験料

政府からの補助金を前提として、\$400~500ぐらいを予定しているが未定。

## 9) 合否の決め方

修正 Angoff 法

## 10) 合否の出し方

合否のみを通知する

## 11) プールされている課題

- ① CPX：63（表1）
- ② OSCE：53（表2）

## 12) 試験結果の有効期間

「筆記試験」と「実技試験」の一方のみの合格の時は、翌年の試験は合格した方は受験しなくてよい。

## 13) SPの養成法

- ・ 80人前後のSPと10人前後のSP養成者の登録を予定しているが、現在までに確保されているのは、SP12人、SP養成者1人である。
- ・ 1人のSPが演じるシナリオは2つまで。
- ・ SPは学校教育に関与することなく医師国家試験に専念する。

## D. 考察

韓国では 2009 年 10 月から国家試験に実技試験を導入する予定で準備が進められている。試験場は 1 箇所、12 課題、1 回の試験に 160 分かけて、53 日間で実施。学生の受験日時は random assignment で決定される。合否基準は修正 Angoff 法で、通知は合否のみで行う。現在 SP 参加型の臨床問題 (CPX) 63 題、模型などで実施する実技課題 53 題を準備している。前者のための SP 養成は 80 人前後の SP と 10 人前後のトレーナーの養成を準備していて、この SP は学校教育には関与することなく、試験に専念してもらおう。1 人の SP が演ずるシナリオは 2 つまで。

以上が韓国の実技試験の予定で、予定通りに実施されるであろうという感触を得たが、幾つか未定の点があり (CPX の評価者、カルテ記載を採点に加えるか否か、受験料など)、特に CPX の評価者は大きな問題で、まだ流動的な点があるのは否めない。

韓国の方式は、米国とカナダの折衷型であると言え、日本の実技試験実施の良い参考になると思われる。

平成 19 年の医師国家試験改善検討部会の「報告書」では<sup>1)</sup>、未だ検討すべき課題が多いとして、実技試験の正式トライアルや導入時期は明記されなかった。理由には、以下のことが挙げられている。

- ① 資格試験としての性質上必要な客観性、透明性等の確保が必要であること
- ② 医学教育における臨床実習後に各大学が実施する OSCE (以下「Advanced OSCE」という。) で問うべき事項が標準化され、普及しているとはいえないこと
- ③ 十分なトレーニングを積んだ模擬患者や評価者が多数必要であるなど、実施上の負担が大きいこと

が挙げられている。

この内、②は、正式なトライアルの開始、ないしは導入時期の明記がこれを促進することになるであろう。

現在の日本の MCQ のみの医師国家試験は、

- 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する

という役割を十分には果たしていない。今後、実際の開始時期については、韓国の実施状況を見てからでもよいと思われるが、凡その導入時期と正式なトライアルの開始の明記は早急に行うべきであると考ええる。