

r : 評価者数

6) 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。

7) 「医師国家試験OSCE実施概要」の各章の内容

第1章 はじめに

受験者数：8000～9000名（1年間）、テストする内容：1)Case-based の臨床能力・2)個別課題(共用試験OSCEよりもハイレベル)、ステーション数：8ステーション、課題数：15～20課題、ステーション時間：15分間、時間配分方式：指定型と自由設定型の混在、実質テスト時間：120分間/1人、ステーション配置方式：ローテーション方式

第2章 事務局と実施日程

事務局を置いて、医療系国家試験OSCEセンター（仮称）を厚生労働省7地方厚生局管内に設置し、国家試験OSCE実施委員会（仮称）が運営する。

開始年度スケジュール：試験日時と内容を前年度10月に公示、評価者候補者の推薦を当該年度4月に受付（80大学および臨床研修指定病院から）、評価者認定講習会を6～7月に実施、受験者仮登録と受験料納付は7月下旬、受験地の決定・公示8月中旬（所属の厚生局管内）、評価者の決定・通知、課題を決定し9月に各センターに資料送付、専属SPの確保・養成は9月第3週～11月第2週の8週間（人材派遣会社から各センターで約60名ずつ調達）

10月～11月に国家試験OSCE実施、7センターで月～金の5日間に同時開催（10月～11月に3回実施し、計100回（5×3×7）程度、評価者の派遣（月～金の5日間拘束）、評価表の電子ファイル化処理、ビデオ画像の電子データ化、各センターから事務局11月下旬までに送付

合否判定と公示、事後評価は1月以降

追・再試験の実施3月上旬、東京にて1回のみ

受験者管理：受験対象者は、各医学部・医科大学の卒業見込みの6年次生

各医学部・医科大学ごとに、既卒者を含めてあらかじめ厚生労働省に受験者名を登録し、医学部・医科大学ごと受験料をまとめて納付する。

受験場所：①各厚生局管内の大学の受験者を当該厚生局において決定するか、②受験日程に合わせて受験者が受験場所を選択することを可能とするか、後日決定

第3章 課題と評価表

卒前医学教育モデル・コア・カリキュラムを参考にして、卒業時点で求められる技能・態度に関する学習・評価項目を選定

課題の内容は、common disease/common problem の診断推論、臨床判断を中核とし、医療安全や倫理を付加

課題には外来場面ばかりでなく、学生や研修医がよく遭遇するであろう病棟での臨床推論や判断を含める。

基本的な課題構成は、症例ベースの臨床能力を中核とする。

症例ベースではない手技複合のステーションも用意する。

複合手技の課題例

ACLS、乳房診察、肛門直腸診、12誘導心電図、腹部超音波検査、
妊娠反応検査、尿沈さ、末梢血塗抹標本の作製と観察、
微生物学的検査の検体の採取と保存、顕微鏡操作、グラム染色と観察
採血、静脈注射手技と点滴セットの扱い、皮下筋肉注射、針固定
経鼻胃管挿入と固定、導尿カテーテル挿入、
手術室手洗い、ガウンテクニック、基本的縫合、創部消毒、ガーゼ交換

単一課題例

X線検査結果の説明、消化管内視鏡検査の説明、服薬説明、生活習慣支援
退院時の日常生活指導、パッドニュースの伝え方、チームワーキング

評価表

評価表は項目評価と概略評定とを組み合わせる。SPからの概略評定も反映する。

第4章 評価者

1 試験室当たりの評価者数：原則2名とする。評価の質が安定したら1名

評価者の資質：大学の教員と臨床研修指定病院の指導医に評価者を委嘱

評価者：担当する課題に即した評価者講習会を受講した認定評価者

必要評価者総数：5824名（＝2名×4列×8試験室×7OSCEセンター×13日）

13日＝受験者総数8736名／8名×3サイクル×4列×7OSCEセンター

第5章 標準模擬患者 SP (Standardized Patient)

SPの養成：人材派遣会社からの2か月程度の派遣者（20歳～50歳代に限定）を身体診察にも
対応できる国家試験専属SPとして養成し、各OSCEセンター（仮称）に配置

SP養成人一人で約50名のSPの養成が可能

必要なSP＝8名×4列×3サイクル＝96名／1日／センター…50名で対応

SPの経費：時給2,000円×8時間×5日間＝80,000円／週

80,000×50×4.5（トレーニング込みで4.5週間）×7センター＝12,600万円

第6章 試験会場、要員、当日のスケジュール

試験会場：

厚生労働省地方厚生局（7か所）の管内に「医療系国家試験 OSCE センター（仮称）」を設置する。

管内の病院や看護専門学校等の既存施設を活用する。この目的のために、現在、統廃合等により使用していない病院の病室・診察室や看護専門学校の教室・実習室を使用することを想定している。

「医療系国家試験 OSCE センター（仮称）」に必要な施設・設備

受験者集合室、受験前控室、ステーション（試験室）、受験後控室、評価者控室、模擬患者控室、監視記録室、試験運営管理室、評価結果管理室、用具等倉庫

ステーション（試験室）の設備要件

各ステーション（試験室）の面積：30㎡以上

8ステーションが1フロアあること（受験者は8試験室をローテートする）

ステーション（試験室）の設備：受験者用机、受験者用椅子、評価者用机、評価者用椅子、診察台、シミュレーター・診察用具、壁掛け時計、
遠隔操縦可能なモニターカメラ、マイクロフォン、連絡用スピーカー

監視記録室の役割

OSCE実施中の全ステーションからの映像・音声をモニターし、記録する。

受験者のパフォーマンスの記録は、成績確定のための証拠となる。

試験の進行管理をアナウンス装置によりおこなう。

集合時刻と場所：医療系国家試験OSCEセンター（仮称）

集合時刻（ ）内は集合場所

スタッフ：8時00分（試験運営管理室）、評価者：8時45分（評価者控室）

模擬患者：8時45分（模擬患者控室）、

第1サイクル受験者（32名）：8時45分（受験者集合室）

第2・第3サイクル受験者（64名）：11時45分（受験者集合室）

※OSCE実施時間 第1サイクル：9時30分～11時54分、第2サイクル：13時00分～15時18分、第3サイクル：15時30分～17時48分

要員（人員と役割）

統括責任者1名。OSCE全体・全フロアを統括、問題が生じた場合の対応責任者

OSCE開始時の司会、受験者への注意事項等説明

フロア責任者4名（各フロア1名）：1フロアに2列試験室を設置する場合は2名

総合責任者（事務系）1名：事務方の総合責任

評価者 各試験室に2名。総計64名。緊急時バックアップ要員を各試験室1名。

標準模擬患者SP：課題の設定に依存する。最大32名

受験者集合室監督要員2名：受験者用の荷物・携帯など保管

受験前控室要員（誘導係兼任）：各フロアでスタッフ1名。総計4名

受験後控室要員1名：試験後の受験者の管理。アンケート用紙の配布と回収。

試験運営管理室要員2名：課題シート、評価表、評価マニュアルの準備と試験室の設営。試験開始後は各フロアとの連絡などを行う。

事務系補助要員 各列1名：フロア責任者を補佐、各フロアの進行をチェック

トラブル発生時には携帯無線機で連絡

タイムキーパー（時計係）各監視記録室に1名：時間の管理を行う。

フロア放送で試験の開始・終了の合図を行い、フロア全体の進行を調節する。

監視記録要員 2列ごとに監視記録員1名と技術スタッフ1名。

画面で各試験室の状況、試験の開始・終了を確認する。タイムキーパーと協力

受付要員4名：評価者、受験者等の受付（午前のみ）

評価表データ入力要員1名：評価表の事前チェック、結果の読み取り、入力、集計

試験当日のスケジュール

8時15分 受付開始 モニター、評価者、模擬患者および受験者（第1行程）

8時45分 第1サイクルの受験者確認と試験概要の説明（受験者集合室）

9時00分 モニター・評価者紹介（評価者控室）

9時15分 受験者 受験前控室に移動（32名）

9時30分 第1サイクル 試験開始

11時45分 第2、3サイクルの受験者受付開始

11時54分 第1サイクルOSCE終了。受験後控室に移動、アンケート用紙記入

11時54分～12時55分 昼食（評価者控室、試験運営管理室）

12時15分 第2、3サイクルの受験者確認と試験概要の説明（受験者集合室）

12時45分 第2サイクルの受験者 受験前控室に移動（32名）

13時00分 第2サイクルの試験開始

15時15分 第3サイクルの受験者 受験前控室に移動（32名）

15時18分 第2サイクルOSCE終了。受験後控室に移動、アンケート用紙記入
15時18分～15時30分 休憩
15時30分 第3サイクルの試験開始
17時48分 第3サイクルOSCE終了。受験後控室に移動、アンケート用紙記入
17時50分 試験実施後会議（反省会）
18時30分 終了

試験資料

課題シート、評価表、評価マニュアル、筆記用具、診察用具、シミュレーター
机、椅子、ベッド、ゴミ箱（感染用・非感染用）、時計等

その他

受験者への説明手順、タイムキーパー行動マニュアル、危機管理事項と対応手順
トラブル事例マニュアル、受験者ローテーション表（例）

第7章 事後評価、成績確定、追試験・再試験

事後評価（目的：試験の妥当性、信頼性の担保。課題や運営システムの見直し）

評価項目ごとの難易度、評価者間の級内相関係数の算出、除外項目の設定
課題・評価表の見直し、評価者講習の見直し、認定評価者の質の担保に資する。
評価表の得点率の算出、課題の見直し、異なる課題の受験者間の得点調整
評価者の評価結果とビデオとの照合、抜き打ちで評価の適正度のチェック
受験者の課題セットおよび試験会場ごとにG係数の算出
試験の信頼性の検証および評価者講習の見直しに資する。

成績確定

合否判定レベルの設定方法：総得点（修正アンゴフ法）、概略評価、その他
不合格を確定するときは別の評価者がビデオ判定を行う。
コミュニケーションスキルと医療安全に関する項目の評価を重視する。

追試験・再試験

同一年度内に一回の追・再試験を行う。
全国1か所で、一定期間後に実施する。

8) 公開シンポジウム「医師国家試験OSCEの実施に向けて」

全国大学医学部、主な臨床研修病院、厚生労働省、文部科学省、日本医師会等に案内状を送付して、公開シンポジウム「医師国家試験OSCE実施に向けて」を2008年12月5日（金）に東京慈恵会医科大学で開催し、OSCE実施に向けた問題点を整理した。全国（北は旭川、南は宮崎）から68名の参加者があった。

意見交換、質疑応答が行われたが、医師国家試験OSCEの実施に反対する意見はなかった。

D. 考察

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

を増やすことが实际的である。

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るが、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、医学部卒業時までには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年間を振り返って、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、極々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切れないが、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。

現行の医師国家試験を「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条のもとに真に応える医師国家試験に改善をするためには、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。

3) 医師国家試験OSCE実施概要

国家試験としてのOSCEの実施に関する必要事項が、極めて具体的かつ詳細に記載されているので、今後、本格的なOSCEトライアルに際しても、国家試験OSCEの本格実施に際しても、マニュアルとして活用されるものと考えられる。

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。
- 3) 医師国家試験OSCE実施のためのマニュアル「医師国家試験OSCE実施概要」を作成した。
- 4) 公開シンポジウム「医師国家試験OSCE実施に向けて」において、医師国家試験OSCEの実施に対する参加者からの反対意見はなかった。

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当しない

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。

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み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み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。

韓国における医師国家試験へのOSCE導入の現状

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、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。

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る、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が演じるシナリオは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¹⁾、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、

- ④ 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】
- ⑤ 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】
- ⑥ 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。

E. 結論

韓国では、カナダと米国の折衷型の実技試験を2009年10月～導入する予定である。日本の国家試験の現状の問題点を考えるならば、実技試験の導入の具体的なロードマップを早急に明らかにすべきであろう。

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

本研究に直接関係する論文発表なし。

2. 刊行物

1. 医道審議会医師分科会医師国家試験改善検討部会（部会長：相川直樹）：医師国家試験改善検討部会報告書；平成19年3月。
2. 医道審議会医師分科会医師臨床研修部会（部会長・斉藤信彦、相川直樹委員ほか）：
医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書；厚生労働省、平成19年12月

3. 学会発表

1. 相川直樹：教育講演「医師卒後臨床研修制度3年目を迎えて」司会。第9回日本臨床救急医学会総会，盛岡市；2006年5月。
2. 山崎元靖、鈴木昌、堀進悟、藤島清太郎、並木淳、船曳知弘、正岡建洋、葉季久雄、清水良子、栗原智宏、相川直樹：ポスター「シミュレーション教育に対する逆評価の検討」。第34回日本救急医学会総会，福岡市；2006年10月。
3. 石川秀樹、安井清孝、山崎元靖、堀進悟、相川直樹：ワークショップ；大学病院の救急部門における研修医への外傷教育。第20回日本外傷学会，名古屋市；2006年5月。
4. 山崎元靖、堀進悟、藤島清太郎、並木淳、鈴木昌、船曳知弘、正岡建洋、葉季久雄、清水良子、石川秀樹、相川直樹：研修医に対するBLS、ACLS教育：研修医の蘇生現場経験数からの検討。第34回日本救急医学会総会，福岡市；2006年10月。
5. 石川秀樹、堀進悟、山崎元靖、安井清孝、藤島清太郎、天野隆弘、相川直樹：Off-the-job trainingを活用した当院救急部門における研修医教育。第34回日本救急医学会総会，福岡市；2006年10月。
6. 船曳知弘、鈴木昌、山崎元靖、堀進悟、相川直樹：他診療科医師に対する救急医療研修の需要の検討。第34回日本救急医学会総会，福岡市；2006年10月。
7. 鈴木昌、堀進悟、藤島清太郎、並木淳、山崎元靖、船曳知弘、正岡建洋、葉季久雄、清水良子、栗原智宏、相川直樹：救急医学臨床実習の工夫とその検証。第34回日本救急医学会総会，福岡市；2006年10月。
8. 山崎元靖、船曳知弘、張替喜世一、佐藤幸男、並木淳、葉季久雄、栗原智宏、堀進悟、相川直樹：東京都におけるJPTECの医療機関別普及状況の経年的変化。第57回日本救急医学会関東地方会。横浜市；2007年2月。
9. 山崎元靖、堀進悟、藤島清太郎、並木淳、鈴木昌、船曳知弘、葉季久雄、栗原智宏、石川秀樹、相川直樹：ER研修の評価：医師初期臨床研修における他の救急研修との比較。第10回日本臨床救急医学会総会，神戸市；2007年5月。
10. 並木淳、栗原智宏、葉季久雄、山崎元靖、関根和彦、佐々木淳一、北野光秀、石井誠一郎、小林健二、堀進悟、相川直樹：大学・協力施設の連携による外傷外科医（外科系救急医）養成プログラム。第21回日本外傷学会，2007年5月。
11. 鈴木昌、堀進悟、藤島清太郎、相川直樹：ER型救急医療における受診患者数と病床稼働率との関係。第35回日本救急医学会総会，大阪；2007年10月

12. 山崎元靖, 堀進悟, 藤島清太郎, 並木淳, 鈴木昌, 船曳知弘, 葉季久雄, 栗原智宏, 上野浩一, 石川秀樹, 相川直樹: 自主学習ソフトマイクロシムの医師初期臨床研修プログラムにおける評価. 第35回日本救急医学会総会, 大阪市; 2007年10月.
13. 瀧野昌也, 堀進悟, 木村昭夫, 山下雅知, 寺沢秀一, 本多英喜, 二味寛, 太田凡, 林寛之, 芳賀佳之, 箕輪良行: ER型後期臨床研修モデルプログラム作成のねらいについて. 第35回日本救急医学会総会, 大阪市; 2007年10月.
14. 船曳知弘, 鈴木昌, 山崎元靖, 安井清隆, 栗林幸夫, 天野隆弘, 堀進悟, 相川直樹: 放射線科医に対するシミュレーションを用いたアナフィラキシー教育の試み. 第43回日本医学放射線学会秋季臨床大会, 名古屋市; 2007年10月.
15. 相川直樹: シンポジウム「臨床研修部会、新たな動き」大学病院の立場から. 厚生労働省・平成19年度特定研修: 医師臨床研修制度・研修管理委員会・委員長研修, 和光市; 2008年1月.
16. 宮木大, 石川秀樹, 山崎元靖, 安井清孝, 堀進悟, 相川直樹: 初期臨床研修における災害医学教育の有用性についての検討. 第58回日本救急医学会関東地方会, さいたま市; 2008年2月.
17. 山崎元靖, 並木淳, 栗原智宏, 宮木大, 相川直樹: JATECTMに基づいた外傷初期診療教育プログラムの学生臨床実習における評価. 第22回日本外傷学会, 2008年5月.
18. 堀進悟, 山崎元靖, 鈴木昌, 関根和彦, 並木淳, 藤島清太郎, 相川直樹: 医学部学生教育へのマイクロシムの導入と評価. 第36回日本救急医学会総会, 札幌市; 2008年10月.
19. 宮木大, 鈴木昌, 宮武諭, 小林健二, 堀進悟, 相川直樹: パネルディスカッション「救急専門医教育; 後期研修医をめぐって」救急医療機関におけるインフルエンザ流行予測の検討. 第36回日本救急医学会総会, 札幌市; 2008年10月.
20. 山崎元靖, 並木淳, 船曳知弘, 安心院康彦, 堀進悟, 相川直樹: ビデオと模擬患者を用いた意識レベル判定トレーニングの効果訓練前・後と遠隔期の成績第36回日本救急医学会総会, 札幌市; 2008年10月.
21. 小池祐司, 山崎元靖, 堀進悟, 関根和彦, 城下晃子, 鈴木昌, 並木淳, 藤島清太郎, 相川直樹: 救急医療・初期臨床研修プログラムの双方向評価. 第36回日本救急医学会総会, 札幌市; 2008年10月.
22. 並木淳, 安倍晋也, 栗原智宏, 関根和彦, 堀進悟, 相川直樹, 山崎元靖, 北野光秀, 佐々木淳一, 石井誠一郎, 小林健二: 救急外科医(外科系救急医)の後期研修医教育の現状と問題点. 第36回日本救急医学会総会, 札幌市2008年10月.
23. 鈴木昌, 船曳知弘, 伊藤荘一, 大木貴博, 宮武諭, 安倍晋也, 城下晃子, 佐藤洋子, 堀進悟, 相川直樹: 初期臨床研修医の男女共同参画に対する意識調査. 第36回日本救急医学会総会, 札幌市; 2008年10月.

分担研究者 畑尾正彦

1. 論文発表

1. 畑尾正彦、伴信太郎：「OSCEの実施に関する研究」報告書「医師国家試験 OSCE 実施概要」（本研究報告書から抜粋）
2. 学会発表
 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一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。
 8. 畑尾正彦：「Advanced OSCE トライアル評価データ解析：評価の信頼性」 第41回日本医学教育学会大会（予定）
 9. 畑尾正彦：「医師国家試験 OSCE についての提言」 第41回日本医学教育学会大会（予定）

Advanced OSCEトライアルにおける評価データの解析
—評価データから評価者の区分はできるか?—

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

所 属：¹久留米大学 医学部 医学教育企画・調査室、
²国家試験OSCEトライアルの実施に係る研究班

【目的】OSCEでは評価者が受験者を評価するために、評価者の信頼性の検討が重要な問題の1つである。国家試験(Advanced) OSCEトライアルは、この信頼性の検討を目的の1つとして行われてきた。本研究では、その一環として、OSCEの評価データから、評価のしかたの違いによって評価者を区分することが可能かどうかについて解析した。【方法】Advanced OSCEトライアルにおいて得られた評価データに、評価者を区分する方法(犬塚ら、私信)を適用した。共通の受験者を評価した評価者に対して、すべての評価者ごとに、評価のしかたの違いの程度をあらわす評価者間の「評価距離」を計算した。これらをもとに評価者のグループ分けを試みた。【結果】研修医を対象とした東京トライアルにおいては、評価者として医療従事者以外に非医療従事者を含み、6人から8人の評価者が設定された。小児ステーションにおける解析の結果、評価者は大きく2つのグループに分かれた。1つのグループにステーション責任者と小児科医など医療従事者が含まれた。非医療従事者2人は、ともに他方のグループに含まれ区分された。一方、大阪トライアルでの咽頭痛ステーションにおいては、4人の評価者はすべて医師であった。この解析では、評価者は大きなグループには分かれなかった。【考察】東京トライアルと大阪トライアルの解析結果から評価者の区分を生じさせる要因を具体的に探ることにより、国家試験OSCEの評価者になり得るための標準化について、及び、この区分法を実際に応用することができるための解決すべき課題等について、今後検討したい。

Advanced OSCEトライアルにおける評価データの解析II：
評価者の区分に影響する主要因

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

所 属：¹久留米大学 医学部 医学教育企画・調査室、
²厚労科研「OSCEの実施に関する研究」班

【目的】Advanced(国家試験)OSCEトライアルにおける評価データを使って、評価のしかたの相違に基づく評価者の区分に影響を与えた主要因を検出することを試みた。【方法】2005年に実施された、研修医を対象としたAdvanced OSCE東京トライアルにおいて胃カメラステーションと小児ステーションの評価データを解析した。両ステーションではそれぞれ8名と6名の評価者が同時に受験者を評価した。評価者間で評価のしかたの相違の程度をあらわす「評価距離」を用いた解析から、評価者は2つの大きなグループに分かれ、ステーション責任者と、医療に直接には携わっていない評価者がそれぞれ別グループに含まれることがわかっている。この区分に影響を及ぼす主要因を特定するためにロジスティック解析をおこなった。【結果】両ステーションにおいて評価者を2グループに区分するいくつかの要因が検出できた。【考察】特定の評価項目における評価のしかたの相違が評価者の区分に大きく影響していた。グループの区分に影響を与えた原因等について考察し、適正な評価者選定のための参考資料となることを目指したい。

Advanced OSCEトライアル評価データ解析III
— ステーション間の相対的位置関係決定法

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

^{*1}久留米大学 医学部 医学教育企画・調査室

^{*2}厚労科研「OSCEの実施に関する研究」班

【目的】OSCEを設営する上で、どのような課題のステーションを設けるかということは非常に重要である。本研究では、この問題を解く手がかりとして、これまでに実施されたAdvanced OSCEトライアルにおいて、OSCEを構成するステーションの特徴が互いにもつ位置関係を、受験者の得点の取り方の違いの観点から決定する方法について調べた。

【方法】ステーション間の課題の特徴の違いは、受験者の得点の取り方に反映するかもしれない。もし、そうであれば、逆に受験者が得点した点数からステーションの互いの特徴の違いを再構成できる可能性がある。そこで受験者の得点の取り方のステーション間での違いの程度がステーション間の距離を表しているとしてステーションの互いの相対的位置関係を求めた。

【結果】Advanced OSCE東京トライアル（慈恵医大で実施）の評価データを解析した。OSCEはガウンテクニック、禁煙支援、神経、小児、頭痛、体重減少の6ステーションで構成され、各ステーション、2人の評価者がついた。ステーション間の距離データから、UPGA法によりステーションのクラスター図を作成することができた。この結果から、頭痛と体重減少は1つのクラスターを成し、禁煙支援、神経及び小児は別のクラスターを成すことがわかった。ガウンテクニック縫合は、これらの2つのクラスターとは大きく離れたところに位置した。

【結論】ステーションの特徴の違いの互いの位置関係を表しているクラスター図による分析結果を蓄積し検討を進めることにより、理想的なOSCEに必要な課題について1つの観点からの知見を得ることができると示唆された。

国家試験OSCEにおける模擬患者養成をどう考えるか

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

所 属：^{*1}岐阜大学 医学部 医学教育開発研究センター

^{*2}国家試験OSCEトライアルの実施に係る研究班

【目的】国家試験にAdvanced OSCEスタイルの実技試験を導入するうえで、模擬患者養成をどうするかということが一つの課題として挙げられてきた。本報告ではその可能性について検討する。【方法】この間のAdvanced OSCEトライアルおよび研究班の議論を通じて明らかになってきた、国家試験OSCEにおける模擬患者養成に関する可能性をまとめて本報告において提示する。【結果】フィードバックを要さないOSCEにおける模擬患者（標準模擬患者）の養成は、国家試験OSCEの場合も含めて通常のトレーニングに携わる模擬患者養成と比較してどちらかというところ容易である。また既成の模擬患者の約7割5分は衣服から出ている四肢や頭頸部の診察なら許容できると考えており、2割強は衣服を脱いで直接身体に触れられる胸部、腹部、背部の診察も許容できると考えている。また、現状における模擬患者の総数が700名以上、男女比が1：4であることも考え合わせれば、国家試験OSCEでの身体診察部分に対する模擬患者の参加も一定の可能性を現時的に考えられうる状況になってきたといえる。【考察】こういった現状を踏まえ、1：現状の模擬患者に協力してもらう方法、2：国家公務員等を短期養成して協力してもらう方法、3：上記の2方法の組み合わせが、国家試験OSCEにおいて模擬患者養成を具体的にを行う現実性の高い方策であると考えられる。