

Post-CC OSCE を国家試験化するにあたっての妥当性・信頼性・公平性等の検証に関する研究  
(21IA2010)総合研究報告書

○ 研究代表者

栗原 敏:公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構・理事長

○ 研究分担者

齋藤宣彦:公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構・副理事長

伊藤俊之:滋賀医科大学・教授

藤田博一:高知大学・教授

早稲田勝久:愛知医科大学・教授

伊藤彰一:千葉大学・教授

石原 慎:藤田医科大学・教授

鋪野紀好:千葉大学・特任准教授

藤倉輝道:日本医科大学・教授

石井誠一:東北大学・准教授(現 東北福祉大学・教授)

栩野吉弘:大阪公立大学大学院医学研究科・准教授

岡崎史子:新潟大学・教授

大久保由美子:帝京大学・教授

青木茂樹:順天堂大学・教授

三谷昌平:東京女子医科大学・教授

高木 康:昭和大学・名誉教授

石田達樹:公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構・事業部長

仁田善雄:公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構・研究部長

江藤一洋:公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構・副理事長

伴信太郎:愛知医科大学・特命教育教授

斎藤隆史:北海道医療大学・教授

宮本千津子:東京医療保健大学・教授

○ 研究分担者

清水貴子:聖隷福祉事業団・顧問

稲森正彦:横浜市立大学・教授

廣井直樹:島根大学・教授

岡田英理子:東京医科歯科大学・准教授

野村 理:弘前大学・研究准教授

清水郁夫:千葉大学・特任教授

## 目次

- 1 はじめに
- 2 共用試験医学生臨床実習後 OSCE の現状と課題
  - 2.1 臨床実習後 OSCE の現状
  - 2.2 国内アンケート(別添あり)
  - 2.3 臨床実習終了時までには修得すること(CATO)
- 3 海外の医師国家試験実技試験(別添あり)
  - 3.1 調査方法
  - 3.2 結果と考察
- 4 医師国家試験 OSCE のあり方について
  - 4.1 医師国家試験としての OSCE の概要
  - 4.2 医師国家試験 OSCE 実施のための組織
  - 4.3 臨床実習後 OSCE としての至適課題数
  - 4.4 医師国家試験 OSCE の企画
  - 4.5 医師国家試験 OSCE での評価システムと評価者資格
- 5 試験実施施設と資源
  - 5.1 試験実施施設(別添あり)
  - 5.2 人的資源
- 6 合理的配慮支援
- 7 成績に対する異議申し立て
- 8 不正・逸脱案件に対する対応
- 9 別添資料リスト
- 10 図表

## 1 はじめに

医師国家試験で技能や態度を全国統一基準で評価することを目的とした試験方法について、具体策を提言することが、本報告書の目的である。

昭和 23 年に制定された医師法第九条によれば、「医師国家試験は、臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、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」とされている。しかし、医師国家試験では主に知識の修得度の評価に重きが置かれ、技能の修得度測定に関して十分とは言い難い状態のまま長年が経過した。これは、医師国家試験が Paper-based test であるため、技能についての実地試験が実施されない限り、その能力測定は不可能であり、すでに平成 13 年に医師国家試験に Objective Structured Clinical Examination(OSCE:客観的臨床能力試験)を導入することについて提言がなされている。その間、医学・医療に対する社会のニーズも変化し、単に技能ばかりでなく、医療人としての態度についても評価対象とすることが求められるようになった。

本来、技能や態度の評価には、臨床現場における「観察記録」が最善であるが、1万人弱の医学生を全国統一基準で「観察記録」により評価することは至難である。そこで再度、医師国家試験に OSCE を導入することについて、これまで医療系大学間共用試験実施評価機構(以下、共用試験機構と略す)が実施してきた臨床実習後 OSCE の経験をもとに以下にまとめた。

## 2 共用試験医学生臨床実習後 OSCE の現状と課題

### 2.1 臨床実習後 OSCE の現状

共用試験機構では、2020 年度より、臨床実習後の 6 年生を対象とした臨床能力の修得度評価の OSCE を、各会員大学の自律のもとに実施することを推奨してきた。それは、共用試験機構が作成した 3 課題（機構課題）と、大学独自に作成した 3 課題程度（大学独自課題）を加えた 6 課題の OSCE を基本とし、大学独自の課題については、その数や内容には実施大学の自由とした。この試験は、それぞれの大学の自律のもとに実施されるため、合否の判定は大学自身に委ねられた。

共用試験機構が作成し、各大学に提供した機構課題は、「医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成 28 年度改訂版）」の「F 診療の基本」のうち「F-1 症候・病態からのアプローチ」に掲げられている 37 症候からショックと心停止を除く 35 症候でシナリオを作った。そして、実際の試験では、その症候を演じる模擬患者に、受験者が医療面接をし、身体診察を実施したのち、考えられる病態や鑑別診断を指導医へプレゼンテーションすることを、16 分間で行い、2 名の評価者が、評価マニュアルに則って評価する形式である。この試験では、受験者に対しては事前にどのようなことが評価されるかを示している（表-1）。評価者には、より詳細な評価ルーブリックを示したうえで試験を実施し、その評価結果は当機構で採点、分析したうえで各大学に送付している。一方、大学独自課題については、それぞれの大学が課題を作って実施したので、どのような課題が作られ、その結果は如何だったかについて共用試験機構は関知していない。また、最終的な合否判定についても各大学に判断をゆだねていることから、共用試験機構では把握はしていないが、機構作成課題の結果と自大学作成課題の結果とを合わせて、各大学が合否を判定していると推察する。

2020 年度より全国の医学部・医科大学 82 大学に実施を推奨した結果、現在では 81 大学が機構課題と大学独自課題を用いた形式で実施している。2023 年度判明分の実施状況は、機構課題 3 課題実施した大学が 66 大学、2 課題実施した大学が 12 大学、1 課題実施した大学が 3 大学で、計 81 大学が機構課題を実施していた。大学独自課題は、13 課題実施した大学が 1 大学あり、6 課題実施した大学が 1 大学、5 課題実施した大学が 3 大学、3 課題実施した大学が 36 大学、2 課題実施した大学が 11 大学、1 課題実施した大学が合わせて 10 大学あった。

### 2.2 国内アンケート(別添 1)

2023 年度より臨床実習前 OSCE は医師法に基づいて実施される試験となり(公的化)、国で定めた共用試験要綱に基づいて機構が作成した実施要項に則り、統一した運営や到達判定基準で運用されている。臨床実習前 OSCE と同様に、将来的に臨床実習後 OSCE を全国統一した基準で運用する場合(いわゆる“公的化”を想定)、その問題点を把握するために、アンケート調査を 2023 年 10 月に行い、76 大学より回答を得た。

まず、臨床実習後 OSCE の公的化に関しては、74%の大学が必要と回答した。公的化 OSCE は、OSCE センターで実施されるべきと回答している大学が最も多い(62 大学)一方で、72%の大学が人的・経済的サポートがあれば自大学でも OSCE を実施可能と回答した。

評価者の募集に関しては、「全国の医学部から均等に負担する」という回答が最も多く(43%)、次に「専任の評価者を雇用する」が多かった(34%)。医療面接模擬患者の募集に関しては、「専任の模擬患者を雇用する」との回答が最も多く(42%)、次に「全国の模擬患者団体から募集する」が多かった(26%)。身体診察模擬患者は、一般模擬患者や医学生(現在は柔軟な対応で許可)、教員が担当していることが多かった。今後、医学生が身体診察模擬患者を担当できなくなった場合、

その代わりをだれに依頼するかは、多くの大学において「目途がたっていない」との回答であった。また、医療面接模擬患者のうち、身体診察模擬患者を担当できる人数は、5名以下が50%と最も多かった。

以上より、多くの大学にて臨床実習後 OSCE の公的化は必要と考えているが、その実施にあたり、様々な人的・経済的サポートが必要であることが分かった。評価者や模擬患者は、専任を雇用するという意見が多いが、その運用については様々な課題を残していると考ええる。

## 2.3 「臨床実習終了時までに修得すること(CATO)」

### 2.3.1 臨床実習終了後までに修得すべきこと(CATO)の検討

試験を構築するに際しては、学修目標を定め、その目標への到達度を測定するための最適な評価方法を選択し、それに基づいて実施した結果を判断して、意思決定をするという経過をたどらなければならない。そこで、まず医学部卒業時点において到達していなければならない学修目標を定める作業が必要である。この医学部卒業時点での到達目標は、卒後の臨床研修開始を許容できるレベルと同義である。さらに、医学部卒業時に到達すべき目標の先には、臨床研修の到達目標、さらに専門医としての研修目標、医師の生涯教育目標へと続いており、医学部卒業時に到達すべき目標は医師養成におけるそれぞれの段階の目標の第一段階である。

医師養成の第一段階である医学部卒業時点における学修到達目標は、時代とともに変化する。直近では文部科学省主導でまとめられた、6年間の医学教育全体を扱った「医学教育モデル・コア・カリキュラム(令和4年度改訂版)」があるが、共用試験機構では OSCE のあり方検討ワーキンググループ(清水貴子座長、以下、あり方検討WG)において、臨床実習で修得すべき臨床能力に特化した「臨床実習終了時までに修得すること(CATO)」を策定した。ここでは後者について、策定までの経過を示す。

あり方検討WGでは、

- ① あり方検討WGメンバーにより、広く、医学生が臨床実習終了時までに修得しておくべきこと、すなわち臨床研修開始時に修得しておくことは何かを抽出し、その中から絞り込んで具体的な「臨床実習終了時までに修得すること(CATO)」の原案を策定した。
- ② 2023年3月には、この原案を全国の医学部・医科大学に示してパブリックコメントを求めた。同時に、同年5月、共用試験機構が実施するOSCEの「認定評価者」資格を取得した臨床研修病院等の研修指導医からもパブリックコメントを求めた。
- ③ 上記2つのパブリックコメントで得られた意見を参考にして、表-2に示した「臨床実習終了時までに修得すること(CATO)」の最終案を策定した。
- ④ あり方検討WGでは、上記の「臨床実習終了時までに修得すること(CATO)」の12項目について、臨床実習前と後で同じ指標ではかれるよう、医学部の学修課程において臨床実習開始までに修得しておくことと、臨床実習終了後、すなわち臨床研修開始時までに修得しておくことについて、いわゆるマイルストーンを作成し、同様にパブリックコメントを収集し、まとめた(表-3)。
- ⑤ 「臨床実習終了時までに修得すること(CATO)」と、「医学教育モデル・コア・カリキュラム(令和4年度改訂版)」の「医師として求められる基本的な資質・能力」との対応を検討し、表-4に示した。表の縦軸は、「臨床実習終了時までに修得すること(CATO)」の、医学生が臨床実習をとおして修得することが求められる診療現場での行動を示し、横軸には「医

学教育モデル・コア・カリキュラム(令和 4 年度改訂版)」の「医師として求められる基本的な資質・能力」の第 2 層までの記載を示し、「医学教育モデル・コア・カリキュラム(令和 4 年度改訂版)」の「医師として求められる基本的な資質・能力」の第2層のどの部分が「臨床実習終了までに修得すること(CATO)」で対応しているかを○印で示した。ただし、医学教育モデル・コア・カリキュラムの内容のうち臨床実習後 OSCE では評価できない行動もあり、それに関しては、他の何らかの方法で評価すべきであるとしている。

### 2.3.2 達成度測定のための OSCE 課題として作成可能な項目についての検討

「臨床実習終了までに修得すること(CATO)」で定めた 12 項目の中から、臨床実習後 OSCE として課題を提供することを前提に、内容が診療参加型臨床実習を終了した医学部 6 年生に課すテーマとして妥当で、評価方法として OSCE を用いることが可能な実現性があるという条件を満たすことが必要であると考えた。12 項目から妥当性と実現性を満たすものを絞り込むために、全国医学部・医科大学および共用試験機構の認定評価者である臨床研修病院等の研修指導医を対象に協力者を募り、修正 Delphi 法を用いて適切な項目を抽出することを試みた。その結果、「臨床実習終了までに修得すること(CATO)」12 項目中、5、6、9、10 に関しては、OSCE 課題で問うことが難しいと判断され、これら 4 項目を除く 8 項目の内容から臨床実習後 OSCE における機構課題を作成することが適切と結論付けた。

### 3 海外の医師国家試験実技試験(別添 2)

OSCE 海外調査班では、英国、カナダ、台湾、韓国等、海外の医師国家試験技能試験の現状(試験課題数・評価者の育成や認定方法・模擬患者の育成や認定方法・試験実施に関する資源・合否判定方法など)を調査し、本邦の現状と比較することを目的とし、2022 年度に、海外の医師国家試験技能試験に関する有識者に対して、アンケート調査やインタビューを実施した。また、直接情報収集ができない国については文献レビューによる資料作成を行なった。

#### 3.1 調査方法

医学教育モデル・コア・カリキュラム(令和 4 年度改訂版)改訂の基盤となった医学教育モデル・コア・カリキュラムの時期改訂に向けた調査・研究(令和 3 年度大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業)報告書では、アウトカム基盤型教育を実施している諸外国等を対象に海外調査が実施されている。卒前教育の整合性という観点から、上記調査で対象となる国であり、かつ令和 4 年度も OSCE 等の医師国家試験技能試験が実施されている国・地域を対象として選定した。上記の結果、今回の調査では英国、カナダ、台湾、韓国を対象とし、各国・地域の医師国家試験技能試験に関する有識者に対して、アンケート調査(メール)、必要に応じてインタビューを実施した。直接情報収集ができない国については、文献レビューによる資料作成を実施した。

調査項目として、以下の 5 項目を設定した。

- ① 試験設計について
- ② 模擬患者について
- ③ OSCE センターの運営試験設計について
- ④ OSCE 実施のための予算について
- ⑤ OSCE の運営について

#### 3.2 結果と考察

##### 3.2.1 試験設計について

調査対象の国・地域での学修者評価は、試験室ごとに 1 名の評価者が実施していた。また、医師以外の医療専門職が評価を担っている国・地域もあった。我が国の臨床実習後 OSCE では、医師 2 名による標準化された評価が実施されている。評価者の確保の観点からは、医師 1 名での評価や、他の医療専門職を活用した評価について検討する価値はある。今回の調査対象の国・地域では 12 課題程度が実施されていた。これは、ブループリントやその根拠となるコンピテンシーについては各国・地域で定められており、課題数が多いことでこれらをより網羅しやすくなっている。我が国における臨床実習後 OSCE では機構課題が 3 つ、大学独自課題が 3 つの合計 6 課題での評価が推奨されている。全国の医学部で 12 課題を実施する場合には、試験を行うスペースの確保や試験課題で評価する能力の拡充が求められる。そのため、試験室あたりの評価者数と試験課題数については、実行可能性も考慮した配置を検討する必要がある。

我が国での臨床実習後 OSCE では、機構課題の場合、試験室あたり 2 つのビデオカメラの設置が推奨されている。海外では試験室では何らかの形での直接観察をおこなっているが、ビデオカメラは必ずしも必須とはしていなかった。ビデオカメラの設置については、必要性の有無は合否判定方法とプロセスとの整合性に基づいて検討する必要がある。

課題作成の視点として、海外では 12 課題の中にも、パイロット課題として 1 課題組込む入れことを実施している。新規問題の開発にあたり、問題点の検証も踏まえた運用例として活用で

きる可能性がある。また、診察室では模擬患者以外にも、同僚の医師役を演じる俳優を活用し、患者の引き継ぎ(patient handover)や、症例に関するディスカッションを実施する取り組みがあった。このような工夫を行うことで、現行の臨床実習後 OSCE で評価している技能以外にも、多様な能力を評価できる試験設計が可能となる。国毎の医師に求められる業務の違いと照らし合わせて検証する必要がある。

合否判定に関しては、ボーダーライン回帰法が広く採用されており、各国・地域で試験の公平性・妥当性・客観性を評価するための仕組みが確立されている。異議申し立てのプロセスも整備されており、英国では GMC CPSA 基準の要件を、カナダでは Medical Council of Canada の規定を満たす形で行われている。

再試験については、英国では年に 2 回の受験機会があり、不合格の場合はその年を繰り返すことができる一方、韓国では再試験の機会が設けられていない。台湾では、春期に行われる OSCE で不合格となった場合、その年の秋期に再度受験することが可能となっている。不合格者の再試験については実施体制やスケジュール、マッチングとの関連が大きいことが推測される。すなわち、複数回受験可能にすることは難しいが、英国のように国家試験という形式をとらない場合は学内の再試験としての実施が容易となる可能性がある。また、いずれの国・地域でも、異議申し立て対応プロセスが確立している。

実施団体の資金源に関しては、受験料の他に実施大学や行政からの支援があることが明らかになっており、特に国家試験としての位置づけがある場合は、政府からの支援が受けられる。これらの資金は、試験の質の確保と持続可能な運営のために不可欠であると考えられる。

### 3.2.2 標準模擬患者(SP)について

英国では、各大学が SP 養成を実施しており、試験当日の説明だけでなく、一貫性を保つために試験前に SP 養成講習会を実施している。カナダでは、SP 間の標準化のためのトレーニングが実施されている。台湾では、SP 養成プログラムを実施するための SP 養成者自体を養成するための全国 SP 養成ワークショップが定期的開催され、SP の養成数を維持している。韓国では、役者または実際の患者を雇い、SP 養成を実施している。

SP 養成を担当する組織として、英国では各医学部が担っている。カナダでは National Assessment Collaboration(NAC)試験を実施する試験会場が SP を募集し、養成をおこなっている。台湾では教育病院や大学内にある OSCE センターが SP 養成プログラムを企画・管理・計画し、資格のある SP を継続的に養成している。韓国では国立国家試験院が SP の募集・採用・養成を担当し、毎年計 8 回の養成機講習を提供している。また、台湾と韓国では、SP 研修プログラムの認定に関する組織があり、SP トレーニングの質の一貫性を確保している。

### 3.2.3 OSCE センターについて

英国以外の 3 つの国・地域では何らかの形で試験実施拠点が設けられており、各国・地域の医学教育および評価システムに組み込まれている。カナダでは、OSCE は 1 拠点だけではなく、全国の複数の拠点で実施されている。台湾では、Taiwan Medical Accreditation Council (TAMA)が、教育病院や大学内にある OSCE センターを評価する権限を政府から与えられており、27 か所の OSCE センターが承認されている。韓国には 2 つの OSCE センターが存在し、全国で 1 日最大 72 名が受験できる環境が整えられている。

これらの国・地域では OSCE センターの施設や資器材が試験以外の用途を担っているケースも見受けられ、効果的な施設の有効活用が行われている。いずれの国もセンターの質保証プロセスを有しており、各センターの運営や試験設計、評価方法の向上に寄与していると考えられる。

#### 3.2.4 予算について

OSCE の予算に関して、英国、カナダ、台湾、韓国で共通しているのは、医学教育の一環として OSCE を実施していることであるが、資金源とその運用には違いが見られる。英国では、英国政府から医学生一人ひとり当たり配分される資金と臨床現場が研修のために受け取る資金が原資となっている。カナダでは、OSCE の予算は MCC (Medical Council of Canada) から支払われているが、大学自体が別途 OSCE 実施にかかる資金を調達している可能性がある。台湾では、OSCE の予算は大学や教育関連病院等から支援を受けている。台湾政府の予算とも関連しており、教育機関や病院からの支援も一部の資金源となっている。韓国では、詳細な予算についての情報は提供されていない。いずれにしても、各大学だけではなく、OSCE 実施と運営には公的資金が投入されており、医師養成は国家事業として、ある程度認識されていると思われる。

また、OSCE に必要な資材やシミュレータの購入とメンテナンスも行われており、試験の質を向上させるための支援もなされている。

#### 3.2.5 運営について

各国・地域で異なる管理団体が OSCE を運営している。カナダの MCC では約 100~200 人の職員で構成されている。学生の受験料は各国で異なり、カナダの National Assessment Collaboration の受験料は \$3,050、台湾の受験料は 6,000 NTD (約 26,000 円)、韓国の受験料は 62 万ウォン (約 62,000 円) であった。受験料の負担者は各国で異なるが、実施機関や教育機関から支援が行われる場合がある。

## 4 医師国家試験 OSCE のあり方について

前述の経験や調査をもとに、以下に信頼性や公平性に主たる視点を置いた医師国家試験 OSCE を企画する。

なお、下記の内容はひとつの案であり、国家試験としての OSCE を実施していくためには上述も含め様々な課題があるため、それらを踏まえて検討していく必要がある。

### 4.1 医師国家試験としての OSCE の概要

#### 4.1.1 実施日程

実施時期については、6 年生の 1 月中の 2 日間にわたる筆記による医師国家試験を、そのままの形態で実施する前提で考えると、OSCE は 6 年生の 11 月までに終了する必要がある。それから逆算すると、6 年生の 9～11 月の 3 か月間で、82 医学部・医科大学の卒業生、約 9,700 名に対して OSCE を実施しておかなくてはならない。どのような実施形態になるかで大きく日程は異なるが、現行の各大学で行われている診療参加型臨床実習後 OSCE と同様に各大学で実施する場合には、施設の課題数、同時進行列数、評価者・模擬患者・試験補助者等の人的資源の確保の可否等により、1 日で終了できるか、2 日間にわたるかは異なる。一方、複数の OSCE 実施拠点を設置した場合には、各受験生の予定に合わせた柔軟な運用が可能になる可能性がある。

#### 4.1.2 受験資格

医師国家試験の受験資格は、現行の医師国家試験受験資格と変わるところはない。念のために付け加えると、令和 3 年の共用試験公的化に伴う医師法改正に示されているように、公的化された臨床実習前共用試験に合格し診療参加型臨床実習を終了していなければならない。

各受験者の受験資格の有無の判定は、受験者の単位取得状況や実習時の成績等を判断して大学の責任において行う。その際、各大学においては現行の医師国家試験に倣い、受験予定学生は「医学の正規の過程を修めて翌年の 3 月までに卒業する見込みの者」として扱う。また、実施大学の既卒者で未合格者については、卒業した大学の 6 年生の再試験者として扱う。医師国家試験予備試験合格者および外国の医学校を卒業した者等については、別に定めるが、現行の日本語臨床能力調査を発展的に解消し、医師国家試験としての OSCE の受験を義務付けることも可能と思われる。

#### 4.1.3 受験機会

##### ① 本試験

受験機会は、「医学生共用試験要綱」に基づいて実施されている臨床実習前 OSCE と同じ考えとすることで、以下に述べる追試験及び再試験の受験機会を確保することができる。すなわち、各受験者の受験機会は各年度内において 2 回までとする。その内、1 回目に行われる試験を本試験と定義する。

##### ② 追試験および再試験

追試験は、何らかの事由により、本試験を受験できなかった場合に行われる。「何らかの事由」とは、①学校感染症、②病気、③忌引、④その他正当な理由と認められるものとする。本試験が不合格であった場合は、1 回に限り再試験の機会を与える。追試験及び再試験の受験に限り、学校保健安全法に定められた学校感染症のために受験できなかった場合、再度受験機会の確保を行う。また、受験機会の公平な確保のため、追試験に対する追試験及び再試験、再試験に対する追試験は実施しない。

##### ③ やり直し試験

本試験および追再試験実施に際し、逸脱事案などにより試験が不成立になった場合や、試験の運営などが不適切と後日判断された場合には改めて試験のやり直しをすることがある。

#### ④ 既卒者への対応

既卒者用の OSCE は、別途実施する必要がある。ただし、再試験で到達基準に達しなかった受験者に対する扱いは、国家試験の受験回数制限に言及することになるので、今後検討すべき問題である。

#### 4.1.4 受験料

現行の医師国家試験の受験料は 15,300 円であるが、合格すれば医籍に登録するための登録免許税として、60,000 円の費用を国庫に納めなければならない。OSCE の受験料を paper-based test と比較することは、そもそも測定する学修目標が異なるので容易ではない。しかし、国民・社会のために優れた医師の養成の一端のために行うという OSCE の目的を考えると、費用を抑制して不十分な試験を行うことはできない。費用負担は、受験者、医師養成機関としての大学、後輩医師を養成する義務を負う医師会、さらに医療を受ける立場の国民の 4 者で負担すべきであると考えられる。韓国や台湾などの東アジア圏では受験生から 26,000 円～62,000 円の受験料の徴収していることを鑑みると、同程度の受験料は必要となると考えられる。

### 4.2 医師国家試験 OSCE 実施のための組織

試験実施のためには、運営、評価、合否判定だけでなく、合理的配慮や異議申し立てなど多岐にわたる実施のための組織が必要となる。大別して下記の組織が必要と考えられ、必要に応じてさらに業務に特化した部会や小委員会の編成が必要となる。

#### ① 実施管理運営委員会

- 学修・評価項目の作成及び教育用動画を作成する委員会
- 課題を作成・管理し、提供する委員会
- 評価者養成及び登録・配置のための委員会
- 模擬患者養成及び登録・配置のための委員会

#### ② 合格者判定委員会

#### ③ 到達基準設定委員会

#### ④ 実施後評価・課題検証委員会

#### ⑤ 施設・資機材検討・開発委員会

#### ⑥ 不正・実施要項逸脱調査委員会

#### ⑦ 不正・実施要項逸脱判定委員会

#### ⑧ 受験者異議申立対応委員会

#### ⑨ 合理的配慮支援委員会

### 4.3 臨床実習後 OSCE としての至適課題数

6 年生の臨床能力を測定するための信頼性を確保するには、海外における同様の OSCE を参考にすると、14 課題以上を課すことが望ましいと考えられる。また、OSCE 海外調査班による報告では、英国・カナダ・台湾・韓国等でも 12 課題程度が課されている。しかし、臨床能力という広範囲の能力を測定するには、14 課題であっても sampling inspection の域を出ない。英国のある大学では、医学生は 2 年間で数十課題の OSCE をマスターしなければならなかった時もあるが、わ

が国とは医師養成システムや医療制度が異なるので、単純に比較することはできない。

第 2 項で示したように、共用試験機構が現在実施している臨床実習後 OSCE は、機構課題 3 課題と、大学のオートノミー(自律性)を重視してそれぞれの大学で作成した大学独自課題 3~6 課題を加えて、計 6~9 課題を実施している大学が約 6 割である。医師国家試験に OSCE を導入する場合は、全国統一試験のため、各大学が作成した課題を用いることはできず、適切な課題を現状の数倍規模で作成する必要がある。加えて、OSCE 専用施設(人的資源を含む)を持たないわが国の現状を踏まえると、理想的な総括評価としての OSCE を実施することよりも、まず、実施可能性を考慮する必要がある。以上のことから、OSCE を各大学の建物で実施することを想定せざるを得ず、施設面から実施可能課題数が制限され、8 課題程度が限界と考える。

#### 4.4 医師国家試験 OSCE の企画

##### 4.4.1 1 課題あたりの試験時間

海外で行われている例を参考にすると、1 課題あたりの試験時間は 10~20 分が目安となる。現在、共用試験機構が実施している臨床実習後 OSCE は、全体の試験時間を 16 分とし、医療面接と身体診察で 12 分、情報のまとめと指導医への報告を 4 分間で実施することとしている。

評価すべき能力によっては、16 分間を必要としない課題、またはそれ以上の時間を要する課題があると推測される。試験時間としては画一的に設定するのではなく、短時間課題と長時間課題とを組み合わせることも考えられる。

##### 4.4.2 課題の作成

課題作成のためには、共用試験機構がこれまで実施してきた手法が参考となる。第 2 項の OSCE あり方検討 WG の結果で示したように、「臨床実習終了までに修得すること(CATO)」と「医学教育モデル・コア・カリキュラム(令和4年度改訂版)」の「医師として求められる基本的な資質・能力」をもとに、臨床実習において学修すべき技能と態度を明確にする必要がある。

表-2 に示した「臨床実習終了までに修得すること(CATO)」の 12 項目中 8 項目の内容から課題を作成するが、課題の多くは、common disease の症候を中心として、医療面接と身体診察から臨床検査計画を立案し、得られた検査成績から病態を解析し、鑑別診断や治療方針を考え、それを集約して指導医に報告するという、日常臨床で一般的に遭遇する状況を模した課題が望ましい。一方で、海外では同僚医師や看護師とのコミュニケーションを用いた課題もあることから、診療録記載や臨床検査の説明や患者へのカウンセリングといった課題があってもよいかも知れない。評価が学修方略を規定する側面もあることから、研修医初日に必要な臨床能力とはどのようなものなのかを詳細に検討する必要がある。

課題として用いるべき症候や疾患数は、「医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成4年度改訂版)」の「表5 主要症候」に掲げられている 37 症候を中心に、臨床研修で経験することが求められている common disease として 29 症候、26 疾患と考えられ、これも参考にする必要がある。また医学医療の進歩を考慮すれば、課題の新陳代謝も考えなければならない。

#### 4.5 医師国家試験 OSCE での評価システムと評価者資格

評価は、学修者が設定された目標を達成したかを測定するために重要な因子であり、厳格に定められなければならない。

##### 4.5.1 評価のあり方

評価の要素は、評価ルーブリックと評価者である。評価ルーブリックは、それを作成する委員

会を作って作成するが、受験者にはどのようなことが評価されるかを事前に示しておく。参考までに、現在、共用試験機構が公開している受験者用評価ルーブリックを表-4に示した。評価者用には、どのような状態をルーブリックに当てはめるかを示す評価マニュアル作成しておく。

#### 4.5.2 評価者のあり方

技能や態度の評価の信頼性を担保するためには、事前に評価者の能力を均てん化しておくことが必須である。そのため、評価者の候補者を集め、動画等を教材として、どう評価すべきかを確認する評価者養成講習会を実施し、評価者として認定する作業が欠かせない。

#### 4.5.3 評価者の所属

評価者の所属は受験者が在籍している大学とは別大学であることが望ましい。それにより評価者が他大学のOSCEを経験して、自大学のそれにフィードバックすることで改善が期待できる。また、受験者の大学とは関連のない臨床研修病院等の指導医が評価者資格を取得して、実施大学に赴き評価を担当することは、研修指導医が卒前の6年生の臨床能力を知ること、卒前から臨床研修への、いわゆるシームレスな臨床医学教育の参考になると同時に、大学にとっては、自大学の臨床医学教育の成果を他病院の研修指導医により評価されることにもなる。

#### 4.5.4 1試験室あたりの評価者数

これまでの共用試験機構OSCEにおける1人評価者と2人評価者による信頼性指標の比較(図-1)によれば、8課題の場合、一般化可能性理論(D-study)の $\Phi$ 係数0.7以上をもってすれば、1試験室あたり2名を配置すれば、一応の信頼性は担保できるとされている。海外で実施のように12課題以上であれば、1試験室当たりの評価者数は1名でよいかもしれないが、導入前には試行して上記と同様に $\Phi$ 係数を求めておくことで信頼性が確保されることになる。

#### 4.5.5 模擬患者及びシミュレータ

OSCEにおける模擬患者は、教育用模擬患者と異なり、受験者により対応が異なってはならない。この模擬患者の均てん化のために、事前に十分なトレーニング、課題ごとの標準化を行っておくことが公平性維持のために不可欠である。また、模擬患者による受験者の評価は極めて貴重であり、その重みづけを検討したうえで、総括評価の一部に加えることも検討する。また、シミュレータについては、大学間で格差が生じないように統一されていなければならないし、それぞれの品質維持のための管理も必要である。

#### 4.5.6 動画の記録

複数の評価者による評価が、著しく不一致をきたした場合、あるいは評価に疑義が生じた場合等に備えて、各試験室には受験者並びに模擬患者の行動が記録できるように多方向から動画を記録する設備は不可欠である。しかし、評価に耐えうる動画の撮影が必要であり、大学で国家試験化OSCEが実施される場合には、撮影技術を均質化する必要がある。

#### 4.5.7 合否判定

共用試験機構が行っている臨床実習後OSCEの合否判定(到達判定)の方法は、課題作成チームとは独立した別の組織を作り、医学教育専門家によるコンセンサスを得て定めている。国家試験化OSCEでも同様の仕組みで合否判定を行い、到達基準に達していると判定された場合は、これまでの医師国家試験と同様にその氏名を公表する。

#### 4.5.8 結果の公表

基本的には、共用試験の臨床実習前OSCEの個人成績表、総表の形式に準拠して行い、合格証を各受験者に提供する。また、年間の課題の組み合わせにおける不到達者率などの累積データを公表し、各大学へのフィードバックとなる情報の提供を行う。

## 5 試験実施施設と資源

### 5.1 試験実施施設

OSCE の医師国家試験導入を検討するにあたり、試験実施施設(いわゆる OSCE センター)についても検討する必要がある。すなわち、全国 82 医学部・医科大学において養成した医師が、国民・社会の要請に応えることができるだけの技能や態度を具有しているかを OSCE で測定するためには、公平、公正かつ厳正な試験実施と評価が必要であり、一定の基準を満たした施設と人員で試験を実施しなくてはならない。

共用試験臨床実習前 OSCE と併せると約 20,000 名の受験者が参加する OSCE であるという前提で考えると、全国に 7 か所程度の OSCE センターを整備することで、1 回あたり 100 名の受験者を受け入れる前提で、年間 70 回/施設の試験実施頻度となる。

OSCE の実施には模擬患者を含めた必要人員は 150~250 名が必要であるが、OSCE センターの運営・維持にも人員を確保する必要があり、20 名程度の人員が必要となる。さらに、OSCE センターに定年後の大学教員や事務職員を一定期間雇用し、課題の作成と管理、評価者の養成と手配、模擬患者の養成と手配、資機材の管理や運営等を行うことも検討される。

共用試験機構では医学系の OSCE センターに関するワーキンググループを立ち上げて検討を重ねてきたので、その概略を 6.別添④に示す。「全国医学部における OSCE 実施状況および OSCE センター設置に関するニーズ調査」では、各医学部、医科大学での技能・態度教育環境や OSCE 受験環境が大学毎に異なることや OSCE 実施に係る負担が増大している状況と OSCE センター設置への期待が高いことが明らかとなった。一方、「OSCE 実施に関する学生の意識調査」では、自大学実施のニーズは高いが、公平・公正な試験の実施や統一された環境での OSCE 受験を望む声も見られた。「国内医学部・医科大学訪問調査」では、技能・態度教育環境や OSCE 受験環境が大学毎に異なることの裏付けが明確となった。このような状況の中で、「海外 OSCE 実施施設調査」では、国外の医学部出身者に対してのみ、Professional and Linguistic Assessments Board test 2(実技試験)が課されている英国や、教育病院や医学部に OSCE センターが設置され責任管理監督機関である *Taiwan Medical Accreditation Council* の承認を受けている台湾での OSCE センターの状況について情報収集を行った。それらの結果を踏まえ、「OSCE センター設置条件の検討」「OSCE センターに係る資源の検討」を行った。

臨床実習前/後 OSCE の実施には膨大な人的、資金的負担が生じることが明らかであり、現時点では 82 の医学部・医科大学にその負担が分散している状況である。OSCE の実施に特化した人材の育成と施設の設置は、過大な OSCE 実施にかかる大学の負担を減じることが可能となると思われる。また、地方厚生局単位など複数の OSCE センター設置が可能であれば、他の医療職(歯科医師や薬剤師、看護師)養成課程での利用や CBT や国家試験での利用も可能となり、費用効率を高めることができるはずである。また、医療人材の学び直しのための研修施設を兼ねることで、OSCE センターを設置している海外でも、医療系人材養成のためのスキルトレーニング施設としての運営がされている。

OSCE センターの設置については、長期的視野で検討すべき問題である点は否めない。それまでの間の姑息的処置として、82 医学部・医科大学の中で、一定の基準を満たす OSCE 施設を有している医学部施設を借用することで OSCE センターの代用とすることも提案する。

### 5.2 人的資源

#### 5.2.1 評価者養成

現状の3課題で全て認定評価者が担当する場合、82 大学×3課題×6試験室×2名=2,952 名が最低必要人数である。6 課題の場合は同様に 82 大学×6 課題×2 名=5,904 名が最低必要人数である。確実に試験を実施するためには、最低必要人数の 1.5 倍~2 倍必要であり、3 課題の場合は 4,428 名~5,904 名、6 課題の場合は 8,856 名~11,808 名が必要人数となる。

#### 5.2.2 模擬患者養成

一人の模擬患者が連続して 20 名(臨床実習前 OSCE で設定した上限)の受験者を担当することについては、試験時間や身体診察の負担を考慮すると無理があると考え、1 列で 2 名の模擬患者が交互に担当することを推奨し試算をした。3 課題を 4 列で実施した場合 2 名×4 列×3 課題で 24 名が必要となる。受験者の多い大学であれば 2 名×8 列×3 課題で 48 名が 1 日で必要となる。4 課題実施すれば 32 名~64 名、6 課題であれば 48 名~96 名必要となる。一人の模擬患者に何名の受験者を担当してもらうか、いくつの課題をお願いするかによるが、3 課題実施でも全国 82 大学で年間 2,000 名~4,000 名の模擬患者が必要となる。

#### 5.2.3 運営のための人材確保

臨床実習後 OSCE 実施に関わる人材は多岐にわたるが、現行の 3 課題を6試験室、1 日で実施する場合には約 110 名、6 課題まで増やし6試験室、1 日で実施する場合には約 250 名の運営担当者、評価者、模擬患者などが必要となる。また、OSCE センターのような専用施設で行う場合には、施設管理者として約 13 名、評価者や模擬患者の派遣業務と模擬患者の標準化まで行う場合にはさらに 5 名程度(計 18 名)の人員を常勤者として雇用する必要がある。表-5 に詳細を示す。

## 6 合理的配慮支援

「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」(いわゆる「障害者差別解消法」)に基づき、障害、疾病、その他の事情を理由として、受験上の配慮を希望する受験者に合理的配慮を行い、試験を実施する。試験実施予定の 4 か月前までに、本人が大学を通じて、診断書等事情が証明できる書類とともに合理的配慮の申請を行う。公正公平な試験実施となるよう、受験者、大学と対話をしながら試験実施方法を検討する。

## 7 成績に対する異議申し立て

受験者は、到達基準に達しなかった場合など試験結果に対して異議がある場合、試験の透明性及び公平性の向上を図る観点から異議申し立てをすることが出来る。受験者は、はじめに所属大学の実施責任者などに申し出、学内にて検討し、再評価申請が妥当であると判断された場合は、所属大学医学部長を通じて成績の再評価を申請できる。申請を受けた試験実施機関は、記録してある動画を、本試験時とは異なった評価者により再評価し、その結果を所属大学に伝える。

## 8 不正・逸脱案件に対する対応

受験者の不正行為や重大な逸脱事案が認められた場合、受験を停止させ、またはその試験を無効とする。不正行為に加担した医学生については、共用試験の受験資格を取り消す場合がある。逸脱事案や不正行為(疑いを含む)を認めた場合、試験実施施設および機構本部の試験関係者は二次的に生じる諸問題を最小限にとどめるために迅速かつ適切に対応する。発生した事案が試験実施に重大な悪影響を及ぼすと考えられる場合、不正・逸脱行為調査委員会を設置し、事案の確認と対応を検討し、必要に応じて現地調査等を行い、試験の成立又は不成立の判断を行う。委員会で検討された不正・逸脱行為としては、使用機材の故障・誤設定、不適切物品の使用、開始アナウンス忘れなど運営の問題、試験資料の不適切な取り扱いなどがあった。いずれも委員会で検討し、対応と対策を実施大学へ通知し、やり直し試験とした事例もあった。

## 9 別添資料リスト

1. 国内アンケート結果
2. 海外の医師国家試験実技試験調査まとめ

この試験では受験生のパフォーマンスを包括的に評価する。評価表に記されている「要素」を参考にしながら、「要素」以外のことも参考にしてもよい。

	到達基準を超えないレベル	到達基準に満たないレベル	到達基準に満たないレベル
	指導医の支援がほとんどなしで実施できる。 (信頼して任せられるレベル)	指導医の支援を得ながら実施できる。 (指導医の直接の監督の下で実施できるレベル)	指導医の支援があり、患者に実感があふれる。 (期待値として実施させられないレベル)
	6	5	4
A. 患者への配慮、コミュニケーション	患者への配慮、コミュニケーションスキルは信頼して任せられることができるレベルである。	患者への配慮、コミュニケーションスキルは十分であり、指導医がすぐに対応できる状況下で実施できるレベルである。	患者への配慮、コミュニケーションスキルは十分ではあるが、指導医の直接の監督の下で実施できるレベルである。
B. 医師面談による情報収集	指導医が確認しなくてもよいぐらいに必要な情報が収集できる。	指導医がほとんど確認しなくてもよいぐらいに十分な情報が収集できる。	指導医が少し確認すればよいぐらいに十分な情報が収集できる。
C. 診断仮説に基づいた身体診察	必要な診察項目を全てかつ適切に実施できる。	必要な診察項目が少々不足している、または手法が少々不適切である。	必要な診察項目がかなり不足している、または手法の多くが不適切である。
D. 症例プレゼンテーション	典型的かつ状況に応じた症例プレゼンテーションを、疾患を想定しつつ順序立てて、過不足なくスムーズに実施できる。	典型的かつ状況に応じた症例プレゼンテーションを、疾患を想定しつつ順序立てて実施できる。	おおむね典型的な症例プレゼンテーションを実施できるが、非典型的の順序立っていないことがある。
E. 臨床推論	収集した情報にもとづいて、必要な鑑別診断を根拠を示しつつ列挙することができる。さらに緊急性や有病率などの考慮も十分である。	収集した情報にもとづいて、必要な鑑別診断を根拠を示して挙げることができるが、緊急性や有病率などへの考慮が十分でない。	必要な鑑別診断を挙げられるが、その根拠が十分ではない。
概略評価	卒後臨床研修の終了時点で期待されるレベル以上	卒後臨床研修の中間時点で期待されるレベル	卒後臨床研修の開始時点で期待されるレベル
		卒後臨床研修の開始時点で要求される最低限のレベル	卒後臨床研修の開始を許可できないレベル (部分的な再教育が必要)
			卒後臨床研修の開始を許可できないレベル (全般的な再教育が必要)

表-1

表-2 臨床実習終了までに修得すること(CATO)

患者・家族の心情によりそい、患者中心の医療を実践するために、医学生は臨床実習終了までに以下を修得しなければならない。	
1.	適切なコミュニケーションによって医療面接を行い、必要な情報を得る。
2.	適切に身体診察を行い、必要な情報を得る。
3.	得られた情報から適切な臨床推論を行う。
4.	状況に応じて適切に症例提示を行う。
5.	得られた情報を統合して問題点を列挙し、それに即した適切な診断・治療・教育計画を立てる。
6.	臨床上の問題に対してエビデンスを収集し、批判的吟味を行った上で、患者への適用を検討する。
7.	診療録を遅滞なく、正確にわかりやすく記載する。
8.	医療安全上の問題を認識し、適切な行動をとる。
9.	多職種で適切に協働する。
10.	必要な情報を患者等と共有し、患者の主体的な意思決定を支援する。
11.	基本的臨床手技を安全かつ適切に実施する。
12.	得られた情報から緊急性を評価し、適切に初期対応を行う。

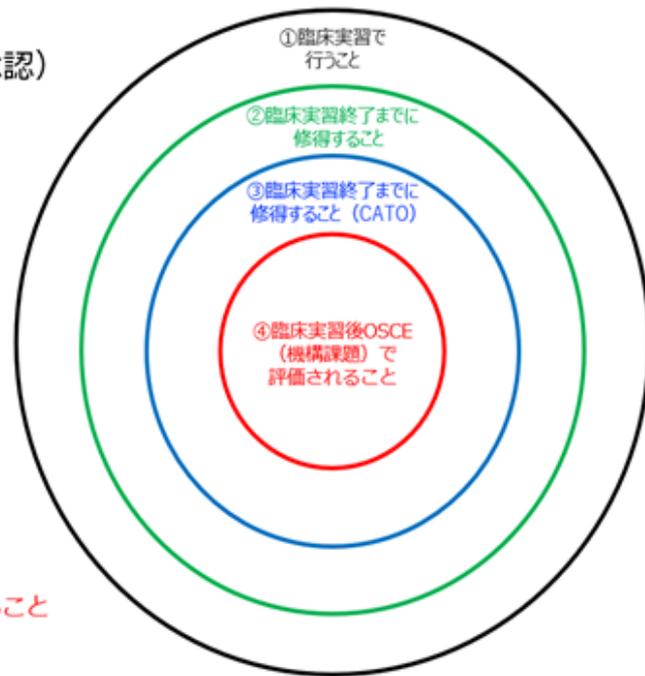
表-3

「臨床実習終了までに修得すること (CATO)」

前文：	患者・家族の心情によりその信頼を得て、患者中心の医療を実践するために、医学生は臨床実習終了までに以下を修得しなければならない。					
	1.適切なコミュニケーションによって医療面接を行い、必要な情報を得る。	2.適切に身体診察を行い、必要な情報を得る。	3.得られた情報から適切な臨床推論を行う。	4.状況に応じて適切に症例提示を行う。	5.得られた情報を統合して問題点を列挙し、それに即した適切な診断・治療・教育計画を立てる。	6.臨床上の問題に対してエビデンスを収集し、批判的吟味を行った上で、患者への適用を検討する。
臨床実習前 (臨床実習開始時)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療面接の冒頭で、挨拶・自己紹介・本人確認をする。</li> <li>・主訴、現病歴、既往歴、家族歴などの基本的な病歴を聴取する。</li> <li>・患者の疼痛や感情に配慮する。</li> <li>・患者・家族の解釈モデルを聞く。</li> <li>・言語的および非言語的コミュニケーションの重要性を理解して用いる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療安全に配慮する。</li> <li>・標準予防策を行う。</li> <li>・正しい手技を実施する</li> <li>・身体診察時には羞恥心、不安、疼痛に配慮する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・症候から主要な鑑別診断を列挙する。</li> <li>・基礎的な解剖・病態生理に基づいた臨床推論を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・症例提示の目的や一般的な形式を理解する。</li> <li>・正しい医学用語を使用する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医学的、心理社会的、行動習慣、予防医学上の問題を含めたプロブレムリストを作成する。</li> <li>・主要な鑑別診断に対して、診断計画をたてる。</li> <li>・診療ガイドライン、クリニカルパスの意義を知っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・根拠に基づいた医療 (EBM) の概念を理解する。</li> <li>・PICO (PECO) などをを用いて臨床的疑問を定型化する。</li> <li>・エビデンスを検索しうる情報源を知っている。</li> <li>・エビデンスの初歩的な検索をする。</li> <li>・得られた文献を批判的に吟味する。</li> </ul>
臨床実習後 (臨床研修開始時)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・臨床現場で診療録等の情報を用いて本人確認をする。</li> <li>・症候に沿って臨床推論しながら詳細に病歴を聴取する。</li> <li>・其感を示し良好な関係を築く。</li> <li>・患者・家族の多様性に配慮する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の状態に応じた診察をする。</li> <li>・得られた身体所見を適切に解釈する。</li> <li>・必要に応じて優美的医行為や羞恥的医行為を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・頻度、重症度、緊急度などを考慮して鑑別疾患を列挙する。</li> <li>・臨床推論には限界があることを理解する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目的に応じて適切な対象や内容を選択する。</li> <li>・適切なタイミング・形式で症例提示を行う。</li> <li>・自分自身の中で明確な点と不明確な点を整理する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重症度、緊急度などを考慮したプロブレムリストを作成する。</li> <li>・患者中心の視点に立って行動科学・社会科学に基づき基本的な診療計画を立てる。</li> <li>・診療ガイドライン、クリニカルパスを参考に計画を立てる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入手したエビデンスを批判的に吟味して、患者への適用を検討する。</li> <li>・根拠に基づいた医師が、医学の本質の一つであることを実践を通して理解する。</li> <li>・医学知識が常に変わりゆくことを認識し、最新のエビデンス、診療ガイドラインを利用する。</li> </ul>

前文：	患者・家族の心情によりその信頼を得て、患者中心の医療を実践するために、医学生は臨床実習終了までに以下を修得しなければならない。					
	7. 診療録を遅滞なく、正確にわかりやすく記載する。	8. 医療安全上の問題を認識し、適切な行動をとる。	9. 多職種で適切に協働する。	10. 必要な情報を患者等と共有し、患者の主体的な意思決定を支援する。	11. 基本的臨床手技を安全かつ適切に実施する。	12. 得られた情報から緊急性を評価し、適切に初期対応を行う。
臨床実習前 (臨床実習開始時)	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療録の記載法（問題志向型医療記録など）を理解する。</li> <li>診療録の閲覧ルールおよび守秘義務を遵守する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療安全上起こりうる問題の予防や対応について理解する。</li> <li>臨床現場で起こりうる感染の予防や対策について理解する。</li> <li>守秘義務を遵守する。</li> <li>手指消毒、個人防護具着脱など基本的な感染対策を行う。</li> <li>メンタルヘルスを含めた心身の健康管理を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の役割を他の医療系学部学生に説明する</li> <li>自らの価値観や貢献について、多職種及び他の医療系学部学生との関係性の中で認識する</li> <li>自らの知識や価値観を他の医療系学部学生に伝える</li> <li>病院・診療所・施設等の職場環境やチームや部門等の所属に応じた他職種の役割を理解している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>言語的および非言語的コミュニケーションの重要性を理解する。</li> <li>患者や家族の多様性に配慮してコミュニケーションをする。</li> <li>専門用語を使わずに、わかりやすく説明する。</li> <li>社会的背景の重要性を理解する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>模擬環境で以下をする</li> <li>&lt;一般手技&gt;</li> <li>体位交換、移送</li> <li>皮膚消毒</li> <li>外用薬の貼付・塗布</li> <li>気道内吸引</li> <li>ネブライザー</li> <li>静脈採血</li> <li>末梢静脈の血管確保</li> <li>胃管の挿入と抜去</li> <li>原道カテーテルの挿入と抜去</li> <li>皮内注射</li> <li>皮下注射</li> <li>筋肉注射</li> <li>静脈内注射</li> <li>&lt;検査手技&gt;</li> <li>尿検査(妊娠反応検査を含む)</li> <li>微生物学検査(Gram 染色を含む)</li> <li>12 誘導心電図の記録</li> <li>心電図モニター装着</li> <li>臨床判断のための簡易工コー(FAST 含む)</li> <li>病原体抗原の迅速検査</li> <li>簡易血糖測定</li> <li>&lt;外科手技&gt;</li> <li>清潔操作</li> <li>手術や手技のための手洗い</li> <li>手術室における方ワンテック</li> <li>基本的な縫合と抜糸</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>模擬環境で以下をする</li> <li>意識レベルの判定</li> <li>バイタルサイン（体温、脈拍、血圧、呼吸数、経皮的酸素飽和度）の評価</li> <li>一次救命処置（AED使用を含む）</li> <li>アドレナリン自己注射器の使用</li> <li>気道異物への対応</li> </ul>
臨床実習後 (臨床研修開始時)	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療後に速やかに診療録を過不足なく記載する。</li> <li>他職種と情報を共有できるように診療録を記載する。</li> <li>医学的、心理社会的、行動習慣、予防医学上の問題を記載する。</li> <li>紹介状、診断書、退院時要約などの診療記録の下書きを作成する。</li> <li>病状説明の内容を診療録に記載する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療安全上の問題を認識した時、患者の身体的安全を確保して指導医等に報告する。</li> <li>インシデント・レポートを記載する。</li> <li>医療安全、感染対策、医療倫理の研修を積極的に受ける。</li> <li>針刺し事故など医療安全上起こりうる問題の予防や対応を行う。</li> <li>臨床現場で起こりうる感染の予防や対策を行う。</li> <li>守秘義務や個人情報保護の遵守する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>協働する関係者と互いに配慮し、役割、知識、意見、価値を伝え合う</li> <li>協働する職種で信頼関係を構築する。</li> <li>意見の相違が生じうることを認識する。</li> <li>互いの知識・技術を活かし合う。</li> <li>多職種からの評価を通して、自らの態度・姿勢を省察する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の経験を尊重し、価値観を明確にするように支援する。</li> <li>患者の医療や生活に必要な社会的資源に関する情報を提供する。</li> <li>理解したかどうかを患者さんの言葉で説明してもらう。</li> <li>患者や家族との相互理解や同意にもとづいて意思決定を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実際の現場または模擬環境で以下をする</li> <li>&lt;一般手技&gt;</li> <li>体位交換、移送</li> <li>皮膚消毒</li> <li>外用薬の貼付・塗布</li> <li>気道内吸引</li> <li>ネブライザー</li> <li>静脈採血</li> <li>動脈採血</li> <li>末梢静脈の血管確保</li> <li>胃管の挿入と抜去</li> <li>原道カテーテルの挿入と抜去</li> <li>皮内注射</li> <li>皮下注射</li> <li>筋肉注射</li> <li>静脈内注射</li> <li>&lt;検査手技&gt;</li> <li>尿検査(妊娠反応検査を含む)</li> <li>微生物学検査(Gram 染色を含む)</li> <li>12 誘導心電図の記録</li> <li>心電図モニター装着</li> <li>臨床判断のための簡易工コー(FAST 含む)</li> <li>病原体抗原の迅速検査</li> <li>簡易血糖測定</li> <li>&lt;外科手技&gt;</li> <li>清潔操作</li> <li>手術や手技のための手洗い</li> <li>手術室における方ワンテック</li> <li>基本的な縫合と抜糸</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実際の現場で以下をする</li> <li>意識レベルの判定</li> <li>バイタルサイン（体温、脈拍、血圧、呼吸数、経皮的酸素飽和度）の評価</li> <li>生理学的異常の徴候を認識して、医療チームに連絡し、モニターの装着・酸素投与・静脈路確保を行う</li> <li>緊急性の高い患者に対する二次救命処置を含む初期対応を補助する</li> <li>外傷の初期対応を補助する</li> <li>アナフィラキシーショックの対応をする</li> <li>一次救命処置（AED使用を含む）</li> <li>気道異物への対応</li> </ul>

課題のあり方概念図  
(2021.07.15実施管理小委員会承認)



- ①臨床実習で行うこと
- ②臨床実習終了までに修得すること
- ③臨床実習終了までに修得すること (CATO)
- ④臨床実習後OSCE (機構課題) で評価されること

「臨床実習終了までに修得すること (CATO)」と「医学教育モデル・コア・カリキュラム (令和4年度改訂版) 対応表

この対応表は、共用試験実施評価機構 (CATO) が定めた「臨床実習終了までに修得すること (CATO)」と医学教育モデル・コア・カリキュラム (令和4年度改訂版) の「医師として求められる基本的な資質・能力」の対応を示すものである。「臨床実習終了までに修得すること (CATO)」は、医学生が臨床実習を通して実施できるようになることが求められる診療現場での行動である。したがって、これは臨床実習後OSCEで評価されるものよりも広い範囲の行動を含む。そのため、臨床実習後OSCEで評価されない行動は他の方法で評価することか求められるを示している。

対応表の作成にあたっては、医学教育モデル・コア・カリキュラムの「医師として求められる基本的な資質・能力」の第2層までの記載を参考にした。表に○がついていなくても、何らかの対応が必要な場合があることに留意されたい。また、医学教育モデル・コア・カリキュラムが(本前?)医学教育全体を対象とするのに対して、「臨床実習終了までに修得すること (CATO)」は主に臨床実習の場における学習を対象としている。

医師として求められる基本的な資質・能力 (モデル・コア・カリキュラム)

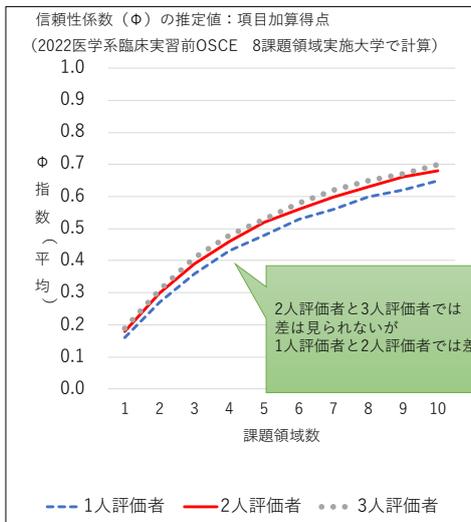
臨床実習終了までに修得すること (CATO)	PR	GE	LL	RE	PS	IT	CS	CM	IP	SO
	プロフェッショナリズム	総合的に患者・生活者をみる姿勢	生涯にわたって共に学ぶ姿勢	科学的探究	専門知識に基づいた問題解決能力	情報・科学技術を活かす能力	患者ケアのための診療技能	コミュニケーション能力	多職種連携能力	社会における医療の役割の理解
1.適切なコミュニケーションによって医療面接を行い、必要な情報を得る。								○		
2.適切に身体診察を行い、必要な情報を得る。								○		
3.得られた情報から適切な臨床推論を行う。					○					
4.状況に応じて適切に症例提示を行う。										
5.得られた情報を統合して問題点を列挙し、それに即した適切な診断・治療・教育計画を立てる。					○					
6.臨床上の問題に対してエビデンスを収集し、批判的吟味を行った上で、患者への適用を検討する。	○	○					○			
7.診療録等を適量なく、正確にわかりやすく記載する。						○				
8.医療安全上の問題を認識し、適切な行動をとる。								○	○	
9.多職種で適切に協働する。								○	○	
10.必要な情報を患者等と共有し、患者の主体的意思決定を支援する。								○	○	○
11.基本的臨床手技を安全かつ適切に実施する。										
12.得られた情報から緊急性を評価し、適切に初期対応を行う。										

表-5

	本試験-1日で実施-	
	3 課題	6 課題
	16分課題6列	
想定する部屋数	18 部屋	36 部屋
機構派遣監督者	1 名	1 名
OSCE 実施統括責任者	1 名	1 名
実施責任者	1 名	1 名
実施副責任者(会場責任者)	1-2 名	1-2 名
データ管理責任者	1 名	1 名
会場内学生誘導責任者	1 名	1 名
受験者/評価者受付責任者	2 名	2 名
学生待機室(前/後)責任者	2 名	2 名
課題責任者	3 名	6 名
評価者	36 名	72 名
医療面接模擬患者	36 名	72 名
身体診察模擬患者	36 名	72 名
模擬患者標準化担当者	1 名	1 名
運営事務(誘導など)	20-24 名	20-24 名
合計	106-111 名	253-258 名

図-1

## 1人評価者と2人評価者による信頼性指標の比較



2人評価者と3人評価者では差は見られないが、1人評価者と2人評価者では差がある

共用試験では単独で到達度を決定する領域（基本的臨床手技、医療面接、救急）があるため1人評価者では不安が残ります

### 一般化可能性理論とは

- 得点のバラツキに影響を与える要因として「受験者能力」「評価者」「課題（領域）」を考慮して、測定の精度に与える影響を検討できる
- OSCEの信頼性を評価するのに一般的に使用される統計学的手法である

### $\Phi$ 指数 (dependability index)

- 一般化可能性理論で求められる信頼性を表す2つの指標の1つである
- 絶対評価に用いることができ、受験者の能力のバラツキ以外を誤差とみなす方法である
- 0~1の範囲の値を示す
- 値が大きいほど信頼性が高いとみなされる
- 一般的に  $\Phi$  指数は0.7を超えると信頼性があるとされている

推定値では  $\Phi=0.7$  を超えるには、1人の評価者では13、2人の評価者では11、3人の評価者では10の課題が必要