平成25年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

看護師の高度な臨床実践能力の評価法の開発―とくにOSCEの開発と汎用性の検討

研究分担者 洪　　愛子　（公益社団法人日本看護協会　常任理事）

　 研究協力者　溝上　祐子　（公益社団法人日本看護協会看護研修学校　認定看護師教育課程長）

**研究要旨**：24年度はOSCE評価開発検討委員会を設置し、評価対象とする能力、使用するシミュレーション事例、環境等について検討し、OSCE評価を3分野（救急、皮膚・排泄ケア、感染管理）18名の対象者に実施した。対象者のフィジカルアセスメント能力や臨床推論力に差があるものの、総合点数の差に反映されない、評価項目ごとの評価の視点が曖昧であるという課題が残った。25年度はOSCE評価委員会をあらたに設置し、24年度OSCE評価に関して検討を行った。OSCE評価ビデオの逐語録および行動記録をもとに、評価項目の配点をする際にどのような行動、言動、技術に能力があると評価されているかを分析した。項目のうちフィジカルアセスメント能力を測れる項目は問診内容、診察技術、患者への説明等であった。また、３分野ともにステーションでの診察が終了したのち、他の部屋で各自に作成させた報告書からは臨床推論能力を測定できると思われた。これらの検討結果をもとにフィジカルアセスメント能力を測れる項目、臨床推論能力を測れる項目に高い配点を設定した評価表改良版を作成した。OSCEビデオの再評価を各分野2～3名の医師によって行った結果、評価の差が点数に反映され、評価者2名のほぼ一致した結果が得られ、妥当性も向上したと判断された。

1. **研究目的**

　看護師が患者の安全性を確保しながら高度な臨床実践を行うために必要な能力とそれらの評価方法を明示する。

1. **研究方法**

１）OSCEの実施方法・内容、評価等に関する情報収集

OSCEに関する情報収集として文献レビューを行い、国内外のOSCEの動向について、有識者の講演会を開催する。

２）高度な臨床実践能力を身につけた看護師の養成課程におけるOSCEの評価の検討

　(１)OSCE評価検討委員会の設置

（２) OSCE評価における評価項目および配点の

妥当性の検討

　24年度に行ったOSCEの記録ビデオを逐語録および行動録に起こし、構造分析を行う。OSCE記録ビデオで3分野（救急、皮膚・排泄ケア、感染管理）2本（A評価：最高得点、B評価：最低得点）を選択し、それぞれの項目別に言動や行動に着目し、その違いを分析する。

（３）新たな評価項目、評価配点の評価表を開発

　構造分析の結果から、能力の差があると評価される行動や言動が含まれる評価項目の配点を加点し、改良型評価表を作成する。

（４）改良型評価表の妥当性の検証

3分野2対象のOSCE記録ビデオを新たな評価者2～3名（3分野の実習担当医師）で改良型評価表を用いて評価する。

（倫理面への配慮）

　研修対象者のデータ・基礎情報などは厳重に管理し、個人が特定できないように倫理的に配慮した。

1. **研究結果**

１）OSCEの実施方法・内容、評価等に関する情報収集

（１）文献検索

文献検索ソフト医中誌Web、国内電子ジャーナル（メディカルオンライン）、PubMed、CiNiiを用い、検索キーワードを「OSCE・OSCE評価・SP（Simulated Patient）」、過去5年以内の原著論文を条件として検索した。さらに抄録・シンポジウム会議録などはOSCE導入の経緯や変遷を知るために1998年まで収集した。また、医学教育から広く医療界で取り入れているOSCEは、各分野の特殊性を踏まえた開発がされており、チーム医療推進における教育的役割を明らかにするため、医学・看護・歯学・薬学・理学療法の分野を網羅した。

結果、医学18件、看護10件、歯学5件、薬学5件、理学療法4件を抽出した。（表1）

文献から得られた情報の概略を以下に示す。OSCEは1975年にイギリスで提唱され、ヨーロッパや北米に広がっていった。カナダでは1992年から医師国家試験に正式導入されている。日本では、1994年に川崎医科大学が導入を始め、その後の広がりを受け、医学・歯学教育の改善を目的に医療系大学間共用試験実施評価機構が設立され、2002年からトライアル４回を経て2006年から正式に稼動している。

OSCEは医学教育において臨床能力、特に診察に関する技能および態度、マナーという実技を客観的に評価する妥当性の高い試験と位置づけられている。医学部の卒前の臨床実習が見学型から診療参加型（医行為をする）の実習（クリニカルクラークシップ）に変わるにあたり、学生の基本的臨床能力を確保･保証する目的で導入された。同時にCBT （Computer Based Testing：知識・問題解決能力評価試験）も導入され、全国の医学部が導入、参加したことで全国共通基準による評価が出来ることになった。公平性･信頼性･妥当性のあるOSCEを目指して、現在も継続的に改善を目的に関連学会等で検討されている。CBTは基本的知識を評価するために、病態・診断・治療に必要な知識を中心に出題される。OSCEは臨床能力を評価するための複数の課題が設定された小部屋であるステーションを回りながら、態度や技能といった臨床能力の評価を受ける。

看護師の高度な臨床実践能力を評価するにはフィジカルアセスメント能力や臨床推論能力、必要な技能などを測定することが必要であるが、筆記試験などで必要な知識や臨床推論力を評価し、OSCEで行動や言動、態度からアセスメント能力、コミュニケーション能力、技術を評価するという複数の評価方法が必要と考えられる。

（２）OSCEに関する講演会の実施

平成26年1月22日（水曜日）17：30～18：30に日本看護協会看護研修学校にて講演会「OSCEの国内外の状況と方向性」を実施した。講師はOSCE有識者の大西弘高氏（東京大学医学系研究科 医学教育国際研究センター）に依頼した。内容はOSCEを教育カリキュラムの修了判定に（評定）に利用するには公平性や評価者の一致率を高めることが重要であること、精度を高めるには一つのシナリオではなく、複数のステーション（を設定し、評価者の教育やＳＰの育成などが重要であるなどの知見が得られた。また、韓国や台湾では医師国家試験にOSCEを導入しているが複数のステーションを設定し、公平性を担保している。日本の現状は複数ステーションを設定しているところは増えてきたが、人員（評価者、SP）不足の課題等で単独ステーションの評価を行っているところも少なくない。

2）高度な臨床実践能力を身につけた看護師の養成課程におけるOSCEの評価法の検討

　(1)OSCE評価検討委員会の設置

　25年度は24年度に行ったOSCE評価の妥当性を評価するためのOSCE評価検討委員会を設置した。（表2）外部委員はOSCE有識者2名及び3分野（救急、皮膚・排泄ケア、感染管理）の看護師特定能力養成試行事業実施課程実習指導医師７名で構成した。委員会の検討内容は①24年試行OSCEについての有識者による全体評価②OSCEの改良型評価表作成③改良型評価表の評価の妥当性の検証とした。全体委員会１回、３分野別委員会を４回（救急分野1回、皮膚・排泄ケア分野1回、感染管理分野2回）開催した。内容を以下に示す。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日程 | 検討内容 |
| 全体委員会  平成26年  1月22日 | ①有識者によるOSCEの全体評価  ②有識者による講演会  ③OSCEの構造分析から作成する改良型評価表作成および評価方法の説明 |
| 分野別委員会  救急分野  平成26年  2月14日 | ①改良型評価表によるOSCE記録ビデオ２対象の評価  評価者：医師2名  三宅　康史（昭和大学病院救急救命センター）  田中　俊生（昭和大学病院救急救命センター） |
| 分野別委員会  皮膚・排泄ケア分野  平成26年  2月6日 | ①改良型評価表によるOSCE記録ビデオ2対象の評価  評価者：医師2名  市岡　滋（埼玉医科大学病院形成外科）  大浦　紀彦（杏林大学医学部附属病院形成外科） |
| 分野別委員会  感染管理分野  平成26年2月7日 | ①改良型評価表によるOSCE記録ビデオ2対象の評価  評価者：医師2名  中澤　靖（東京慈恵会医科大学医学部感染制御科）  細川  直登（ 亀田総合病院　総合診療・感染症科） |
| 分野別委員会  感染管理分野  平成26年2月12日 | ①改良型評価表によるOSCE記録ビデオ2対象の評価  評価者：医師1名  森澤  雄司（自治医科大学附属病院感染制御部） |

＜有識者によるOSCEの全体評価＞

　OSCEを行う目的が目標と比較し、フィードバック情報を提供する評価か、評価をレベル分けに結び付け、合否判定ができる評定かで方法が異なってくる。24年度に実施したOSCEは修了判定を目的に行ったが、各分野のステーションはシナリオに凝った1症例であったため、一般化可能性が低いと評価される。学習者が得意とする症例にあたったものは高得点をとれるが、その症例経験が少ないものは不利になる。評定は本来信頼性が高い総括評価であるべきである。24年度版のシナリオはカリキュラム途中で行われる形成評価としては改善点を示す、フィードバックすることで教育効果は高い。評定目的であれば信頼性を高めるために複数のステーションを設置すべきである。全体的能力（行動・パフォーマンス）を構成する知識、問題解決レベルの知識、態度、スキル技能のうち、技能はOSCEでしか見れない。知識は筆記試験で、臨床推論はペーパー症例あるいは口頭試問などで測ることができる。評定は組み合わせで構成すべきである。

（2) OSCE評価における評価項目および配点の妥当性の検討

　24年に行ったOSCEの記録ビデオを逐語録および行動録に起こした。OSCE記録ビデオで3分野（救急、皮膚・排泄ケア、感染管理）の対象から2本（A評価：最高得点の評価を受けたもの、B評価：最低得点の評価を受けたもの）を選択し、それぞれの項目別に言動や行動に着目し、その違いを比較した。（3分野ともに評価項目ごとに配点しており、総合点は100点である。）

　①救急分野（表3-1）

患者設定：息苦しさを主訴とする心筋梗塞患者

　救急分野の評価A（最高得点）とB（最低得点）の逐語録及び行動録を比較すると、評価項目の「即時評価と即時蘇生」はAが主訴の胸部の圧迫感および、手の冷たさから患者の不安定さを確認し、診療場所を変更しているがBは患者の不安定要素は判断せず、SAMPLER（臨床推論シート）に沿った問診が続けられていた。この行動の差は点数差としては表れておらず、双方ともに５点中５点と評価されていた。次に続く「詳細な評価」はSAMPLERやOPQRSTを使用した問診や検査の選択（医師の指示のもと）などが評価の視点となっていたが、Aは心筋梗塞と評価するための検査や追加の問診、緊急の場合を考えた処置が準備できていたがBは検査の項目が少なく、緊急の処置の準備は不足していた。しかし、評価点は30点中Aは28点、Bは25点とあまり差が見られなかった。診察が終了し、報告書作成の項目は一連の流れを臨床推論シートに沿って、記述できたかを評価するが、35点中Aは35点、Bは24点と内容に合った評価の差が出ていた。救急分野は構造分析の結果、a「即時評価と即時蘇生」の評価の視点を明確にすることと配点を上げる。b「詳細な評価」は言動、対応や技術を見る視点を明らかにするために「問診および身体診察」と「検査及び処置の選択（医師の指示のもと）」の項目に分け配点を上げることとした。

　②皮膚・排泄ケア分野（表3-2）

患者設定：足の創傷の治癒遅延を主訴とする糖尿病性足病変のシャルコー関節骨折患者

　皮膚・排泄ケア分野の評価A（高得点）とB（低得点）の逐語録及び行動録を比較すると、評価項目の「創部の局所診察」でAは創の観察およびサイズを測定し、創周囲の腫脹を指摘し、感染の可能性を探る必要があり、検査が必要と説明しているが、Bは創の観察はしているが、サイズの測定はできておらず、創周囲の腫脹については指摘していない。この差は10点中Aが10点に対し、Bは8.5点と点数差が出ており、妥当であった。項目の「必要な検査の説明（目的・得られる成果）」においてAは創の腫脹に対して、炎症の程度を検査すること、血糖値など糖尿病の状態や骨の精査が必要でレントゲン検査が必要であることが説明できていることに対し、Bは炎症や血糖などの血液検査、レントゲン検査が必要と説明しているが、なぜその検査が必要かの説明が不足している。点数は10点中Aは10点、Bは8.5点でその差が反映されている。対応や言動の差が出ているのは「患者に病状および今後の治療の説明」の項目でAは血液検査やレントゲン検査の結果を説明し、糖尿病の関与が大きいこと、患部の安静治療が必要であることが説明できているがBは血液データから糖尿病の関与は説明できているがレントゲン検査の結果は異常がないと説明している。今後の治療の必要性は話していない。点数は10点中Aは10点、Bは6点であり、差を反映しているがこの項目はフィジカルアセスメント能力をもっとも測れる内容であるため、他の項目と同様の10点では配点が低いと考えられた。「報告書の記載」の項目はAは身体所見、局所の状態、検査の結果をまとめ、「糖尿病性足病変シャルコー関節の骨折」と評価され、適切な治療方針が記載されている。一方Bは身体所見、局所の状態、血液検査結果はまとめられているがレントゲン写真の結果が不足している。しかし「糖尿病性足病変シャルコー関節の骨折」と評価され、安静の治療方針も記載されている。点数は30点中Aは30点、Bは27点と差はあまり出ていなかった。これは評価基準が曖昧である可能性があり、何が記載されていれば何点という基準の設定が必要と思われた。また、この項目は臨床推論力を測定できる項目のため、配点を上げる必要があると思われた。皮膚・排泄ケア分野は構造分析の結果、a「患者に病状および今後の治療の説明」項目の配点を高くするb「報告書の記載」項目の配点を高くするc各項目の評価の基準を明確にするとした。

　③感染管理分野（表3-3）

患者設定：腸腰筋膿瘍で入院中に感染性心内膜炎を疑う患者

　感染管理分野の評価A（高得点）とB（低得点）の逐語録及び行動録を比較すると、評価項目の「問診の実施」ではAは発熱の出現時期を確認していないがわかりやすい表現で出現時の症状を確認している。Bは悪寒出現時期の確認はしているが具体的な症状は確認していない。調子の悪いという発言に対しての症状を確認していない。配点は8点中Aは6点、Bは7.3点であった。何を問診で引き出せば何点になるかなどの具体的な配点が必要と思われた。「身体診察の実施」項目ではAは確実な体位を取らせ、腰部叩打痛の確認を行い、指や足底の出血斑を確認し、それに対する時期と疼痛の有無を確認している。Bは患者の体位はそのままで衣服の上から聴診している。また、指や足底の出血斑を確認しているが時期や疼痛などの問診を行っていない。この項目は明らかに差があるが点数も32点中A は30.6点、Ｂは21.3点と点数に反映されており、妥当と思われたが、一つの項目に評価すべき視点が多く含まれているため、評価の基準を具体的に出す工夫が必要と思われた。「報告書の記載」は臨床推論力を測れる項目で配点も50点と重きが置かれている。Aは身体診察の結果と身長・体重、バイタルサイン、点滴刺入部の状況が記載されている。評価はカテーテル感染から椎関板炎、出血斑から心内膜炎を推測しており、前回の感染からMRSAを起因菌と疑っている。医師への提案事項にもVCM投与、感染性心内膜炎から経食道エコー、眼底検査等が記載されている。一方、Bは身長体重、バイタルサイン、点滴刺入部の記載がない、前回入院の感染からMRSAも疑っているが出血斑から感染性心内膜炎に結び付いていない。提案事項はMRSAを含む他の微生物もカバーするための抗菌薬の変更について記載されている。明らかな差がみられるが点数は50点中Aは43点、Bは34.6点で妥当と思われた。

感染管理分野は構造分析の結果、a「身体診察の実施」を言動、対応や技術を見る視点を明らかにするために「患者が身体診察に適した体位をとれている」「全身状態の診察手技」「腰部叩打痛の診察手技」「腸腰筋徴候の診察手技」「心内膜炎所見の確認」の項目に分ける。「報告書の記載」の評価の視点には記載されるべき内容を明示し、点数化することとした。

（３）新たな評価項目、評価配点の評価表を開発

　構造分析の結果から、能力の差があると評価される行動や言動が含まれる評価項目の配点を加点し、改良型評価表を作成した。

　①救急分野（表4-1）

　項目を細分化し、評価の視点に具体的な行動や言動、必要な検査や処置の選択内容を記載し、それぞれに配点化した。

評価項目１：患者に自分の立場を説明している

自分の立場を明確に説明し、診療の承諾を得ているか　　配点は変わらず5点

評価項目2：初期観察

患者の第一印象をとらえ、主な訴えを聴取しているか　　配点は変わらず5点

評価項目3：即時評価と即時蘇生

患者の状態を判断（安定・不安定）し、患者の状態に応じた対応（診療場所を選定）をしているか

配点は5点から8点に変更

（詳細な評価の項目は以下の4、5に区分し、配点は30点から計34点に加点）

評価項目4：　問診および身体診察

アセスメントのための問診および身体診察を行っているか　　　12点

評価項目5：検査および処置の選択(医師の指示のもと)

評価（心筋梗塞）するための検査や処置の判断を行っているか　　22点

評価項目6：報告（ファーストコールから項目名を変更）

簡潔に （SBARを用いて）患者の状態を医師に報告しているか　　　配点は5点から8点に変更

評価項目7：患者への説明（患者に病状および今後の治療の説明から項目名を変更）

患者に現在の状態と今後について説明

配点は10点から8点に変更

評価項目8：報告書の記載

問診や身体診察の結果や検査の結果が記入され、推論のプロセスがわかる報告書となっているか

配点は35点から32点に変更

　②皮膚・排泄ケア分野（表4-2）

評価項目は変更ないが、評価の視点に具体的な行動や言動、必要な検査や処置の内容を記載し、それぞれに配点化した。

評価項目1：患者に自分の立場を説明している

自分の立場を明確に説明し、診察の承諾を得ているか　　配点は10点から5点に変更

評価項目2：問診の実施

患者にわかりやすく、コミュニケーション能力を駆使して次の事柄が聞き出せているか

配点は変わらず10点

評価項目3：局所の診察の実施

適切な手技で診察が行えているか

適切な手技で必要な検査が行えているか

配点は10点から9点に変更

評価項目4：創部の局所診察

適切な手技で創部の局所診察が行えているか

配点は10点から9点に変更

評価項目5：必要な検査の選択(医師の指示のもと)

創傷の状態を評価するための検査が医師の指示のもと選択できているか　配点は10点から6点に変更

評価項目6：必要な検査の説明（目的・得られる成果）

検査が必要であることを説明できているか

配点は10点から6点に変更

評価項目７：患者に病状および今後の治療の説明

患者にわかりやすく、コミュニケーション能力を駆使して次の事柄が説明できているか

配点は10点から20点に変更

評価項目８：報告書の記載

次の内容が記載されているか

配点は30点から35点に変更

　③感染管理分野（表4-3）

項目を細分化し、評価の視点に具体的な行動や言動、必要な検査や処置の内容を記載し、それぞれに配点化した。

評価項目1：患者に自分の立場を説明している

自分の立場を明確に説明し、診察の承諾を得ているか　　　配点は変わらず5点

評価項目2：問診の実施

患者にわかりやすく、コミュニケーション能力を駆使して次の事柄が聞き出せているか

配点は8点から9点に変更

（身体診察の実際は以下の１）から５）に区分してそれぞれに配点し、総点数は32点から31点に変更）

評価項目3－１）：患者が身体診察に適した体位をとれている

患者の状態に合わせて、身体診察に適した体位を取れるよう支援しているか　　配点3点

評価項目3－2）：全身状態の診察手技

患者の状態を考慮しながら適切な手技で診察が行えているか　　　配点12点

評価項目3－3）：腰部叩打痛の診察手技

患者の状態を考慮しながら腰部叩打痛を確認している　　　　　　　配点4点

評価項目3－4）：腸腰筋徴候の診察手技

患者の状態を考慮しながら腸腰筋徴候を確認している　　　　　　　配点4点

評価項目3－5）：心内膜炎所見の確認

患者の状態を考慮しながら心内膜炎の所見を確認している　　　　　配点8点

評価項目4：その他の観察

点滴挿入中の患者のライン刺入部の観察を行っている　　　　　　　配点は変わらず3点

評価項目5：患者に身体診察が修了したことを説明している

患者にわかりやすく、コミュニケーション能力を駆使して次の事柄が説明できているか

配点は変わらず2点

（報告書の記載は１）から３）に区分し、それぞれに配点し、記載されるべき事項を明記し、総点数は変わらず50点）

評価項目6－1) ：患者の身体所見を記載している

配点は10点

評価項目6－2）：報告書に評価が記載されている

配点は20点

評価項目6－3）：報告書に提案事項が記載されている　　　　配点は20点

（４）改良型評価表の妥当性の検証

3分野2対象のOSCE記録ビデオを新たな評価者2～3名（3分野の実習担当医師）に改良型評価表で評価を依頼した。その結果から、評価者間の評価のばらつきがあるかどうかを検証した。

①救急分野（表5-1）

　救急の評価AとBのOSCEビデオを2名のC医師、D医師が評価した結果を表5-1に示す。評価Ａの項目ごとの一致率は40％であったが、1点差の項目を含めて一致率をみると60％で総合点数は両医師とも同点数であった。一方、評価Bの結果は項目ごとの一致率は50％で1点差を含めて一致率を出すと90％となった。総合点数には4点の差があった。評価のばらつきはないと判断出来た。

②皮膚・排泄ケア分野（表5-2）

皮膚・排泄ケア分野の評価AとBのOSCEビデオを2名のC医師、D医師が評価した結果を表5-2に示す。評価Ａの項目ごとの一致率は50％であったが、1点差の項目を含めて一致率をみると80％で総合点数は5点の差があった。一方、評価Bの結果は項目ごとの一致率は40％で1点差を含めて一致率を出すと50％になった。総合点数には15点の差があった。点差の大きい項目は「患者に病状および今後の治療の説明」でC医師は20点中14点、D医師は7点であった。評価Bの言動に対して、あやふやな表現を説明に値しない、説明していると判断するかどうかの差があったと考える。評価者の一致度を高めるには言語能力をどう評価するかのマニュアルも必要と思われた。それ以外の評価のばらつきはないと判断出来た。

③感染管理分野（表5-3）

感染管理分野の評価AとBのOSCEビデオを2名のC医師、D医師が評価した結果を表5-3に示す。評価Ａの項目ごとの一致率は40％であったが、1点差の項目を含めて一致率をみると70％で総合点数は1点差であった。一方、評価Bの結果は項目ごとの一致率は40％で1点差を含めて一致率を出すと70％になった。総合点数には1点の差があった。評価のばらつきはないと判断出来た。

**D．考察**

　25年度はOSCE評価委員会をあらたに設置し、24年度OSCE評価に関して検討を行った。有識者による全体評価では教育カリキュラムの修了を評定するOSCEは公平性、信頼性を担保することが重要であり、我々が24年に施行したOSCE評価のステーションはシナリオに凝った1症例であったため、一般化可能性が低いと評価された。つまり、学習者が得意とする症例にあたったものは高得点をとれるが、その症例経験が少ないものは不利になるということである。評定は本来信頼性が高い総括評価であるべきで、OSCEは信頼性を高めるために複数のステーションを設置すべきである。文献からの情報収集でも、OSCEは医学教育において臨床能力、特に診察に関する技能および態度、マナーという実技を客観的に評価する妥当性の高い試験と位置づけられ、基本的臨床能力を確保･保証する目的で導入され、公平性･信頼性･妥当性を目指して、現在も継続的に改善を目的に関連学会等で検討されている。しかし、OSCEだけで実践能力や臨床推論力を測ることは不可能でCBT （Computer Based Testing：知識・問題解決能力評価試験）も同時に導入され、全国の医学部が参加したことで全国共通基準による評価が出来ることになった経緯からも複数の評価方法の組み合わせが重要と思われた。

次に評価表の改良を目的に24年度に行った評価ビデオの構造分析を行った。ビデオの逐語録および行動記録をもとに、評価項目の配点を決定すると思われた行動、言動、技術を選択した。項目のうちフィジカルアセスメント能力を測れる項目は分野によって、やや異なるものの問診内容、診察技術、患者への説明等であった。また、３分野ともにステーションでの診察が終了したのち、他の部屋で各自に作成させた報告書からは臨床推論能力を測定できると思われた。これらの検討結果をもとにフィジカルアセスメント能力を測れる項目、臨床推論能力を測れる項目に高い配点を設定した評価表改良版を作成した。24年度の評価者が対象の行動や言動、技術を見て、いいと感じたものを具体的に抽出することによって、各項目に対象者が何ができていればいいのか、何が説明できていればよいのか、具体的に評価の視点が明記できたことは改良型の評価表で新たな評価者が評価をし、その評価の結果がほぼそろっていることからも妥当であったと考える。

**E．結論**

　高度な臨床実践を行うために必要な能力とそれらの評価方法としてOSCEを行う場合は行動、言動、技術を見て評価を行うため、具体的な評価の視点を示した評価表あるいは評価基準の作成が重要である。フィジカルアセスメント能力を測れる項目はどのような場面のどのような問診内容、診察技術、患者への説明等であるか、具体的に明示したほうが評定者間の一致率が高まり、信頼性が高まると思われた。また、公平性を高めるにはあらゆる場面や問診、技能を見るシミュレーションモデルなど複数のステーションが必要である。臨床推論力を測るのは報告書の作成やペーパーシミュレーション、口頭試問などのステーションの活用が適している。

　高度な臨床実践を行う看護師に必要な知識や病態の理解度は筆記試験などの活用も考えるべきで最終的な評定には複数のステーションで構成されたOSCE、知識や問題解決能力を評価する筆記試験などの組み合わせが必要である。

**F.研究発表**

**1. 論文発表**

　なし。

**2. 学会発表**

　なし。