



アメリカ家庭医療研修の変化

オレゴン健康科学大学家庭医療科
サウスウオーターフロントクリニック所長
山下大輔

予定

- 自己紹介
- アメリカ医療の現状とオバマケア
- P 4 (Preparing Personal Physician for Practice)
- 家庭医の4年制の試み
- ACGMEのマイルストーンプロジェクト
- 質疑応答

自己紹介

- 2000 信州大学卒業
- 2000～01 米国横須賀海軍病院インターン
- 2001～03 武蔵野赤十字病院初期臨床研修医
- 2003～04 聖マリアンナ医科大学総合診療内科
- 2005～06 生協浮間診療所 (日生協家庭医療学レジデンシー東京)
- 2006～09 オレゴン健康科学大学家庭医療研修医
- 2009～12 同上リーダーシップフェロー
- 2012 ~ Medical Director/Associate Residency Director

オレゴン州



OREGON



Lewis and Clark Expedition
1804 - 1806

542 Km

720 Km

ポートランド



オレゴン健康科学大学家庭医療学科



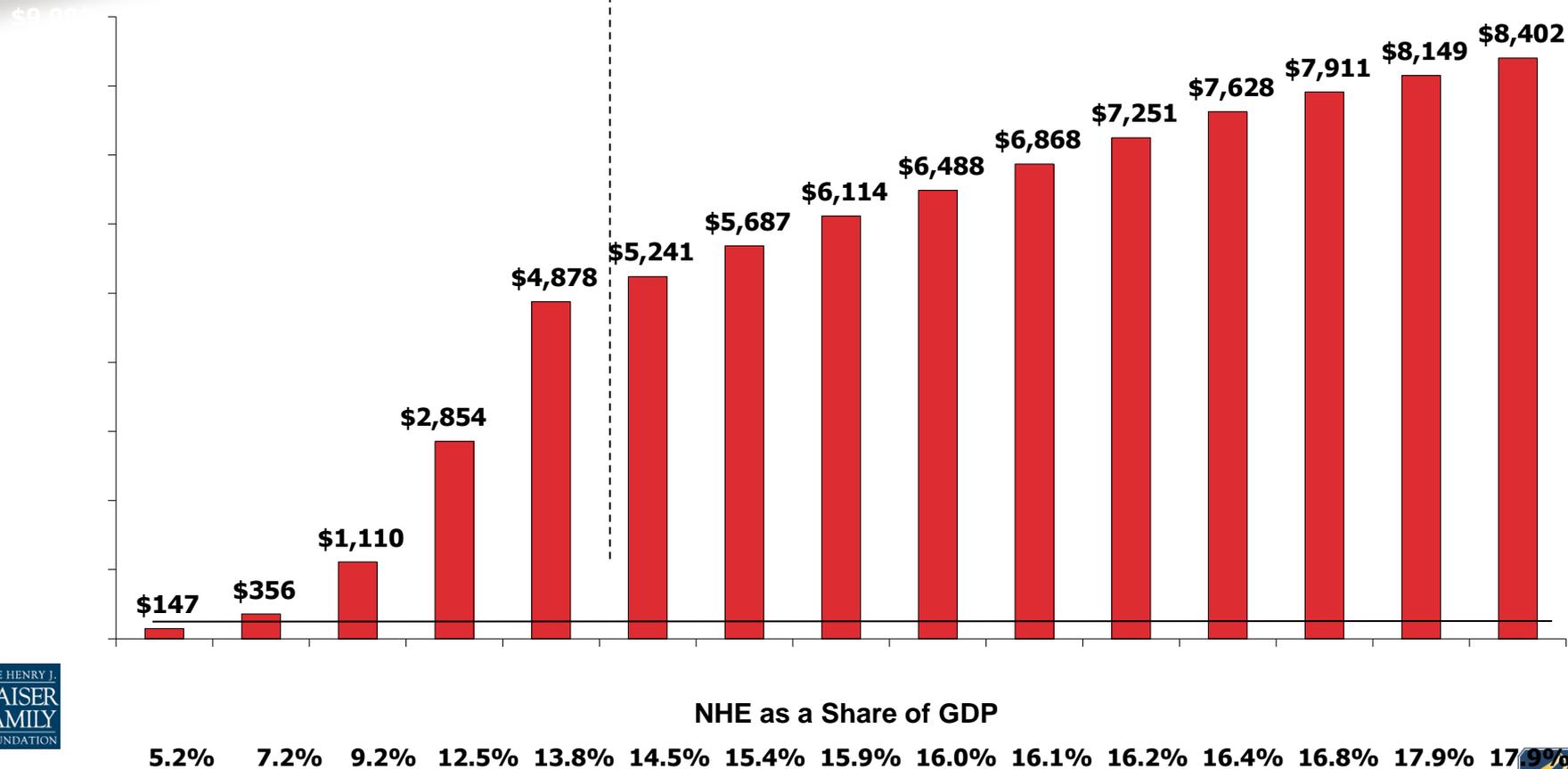
オレゴン健康科学大学家庭医療学科

- 1971年設立:指導医84名
- 臨床:診療所×4 (大型診療所)
 - 入院(成人・小児・出産)
 - 外来診療件数:15万件
 - 入院:2600人/年 (小児・新生児 600件/年)
 - 出産:342件 (帝王切開 86件)
- 教育
 - 医学部(20%)
 - 家庭医療専門医研修プログラムの運営
- 研究:プライマリケア研究・政策研究・
僻地医療研究・医学教育研究

アメリカ医療のかかえる問題点

- 医療費の高騰
- 複雑な医療保険制度
- 高い無保険者率
- 質の低下
- 国民全体の健康の向上につながらない過度の専門化
- 慢性疾患の増加

アメリカ国民1人あたりの医療費 1960年—2010年



NHE as a Share of GDP

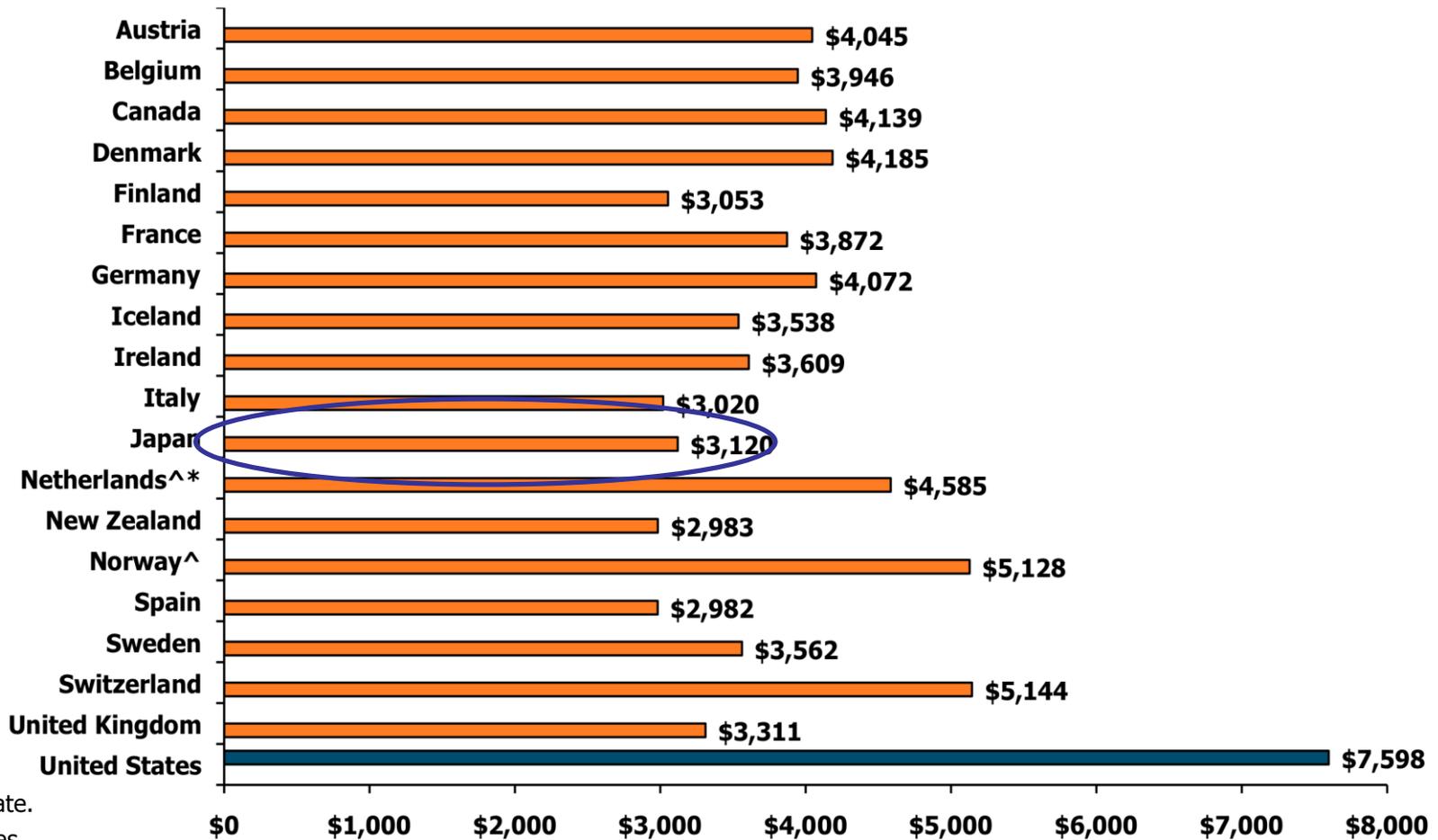
5.2% 7.2% 9.2% 12.5% 13.8% 14.5% 15.4% 15.9% 16.0% 16.1% 16.2% 16.4% 16.8% 17.9% 17.9%



Notes: According to CMS, population is the U.S. Bureau of the Census resident-based population, less armed forces overseas.

Source: Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group, at <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/>

国民1人あたりの医療費比較 (2009年)



^OECD estimate.

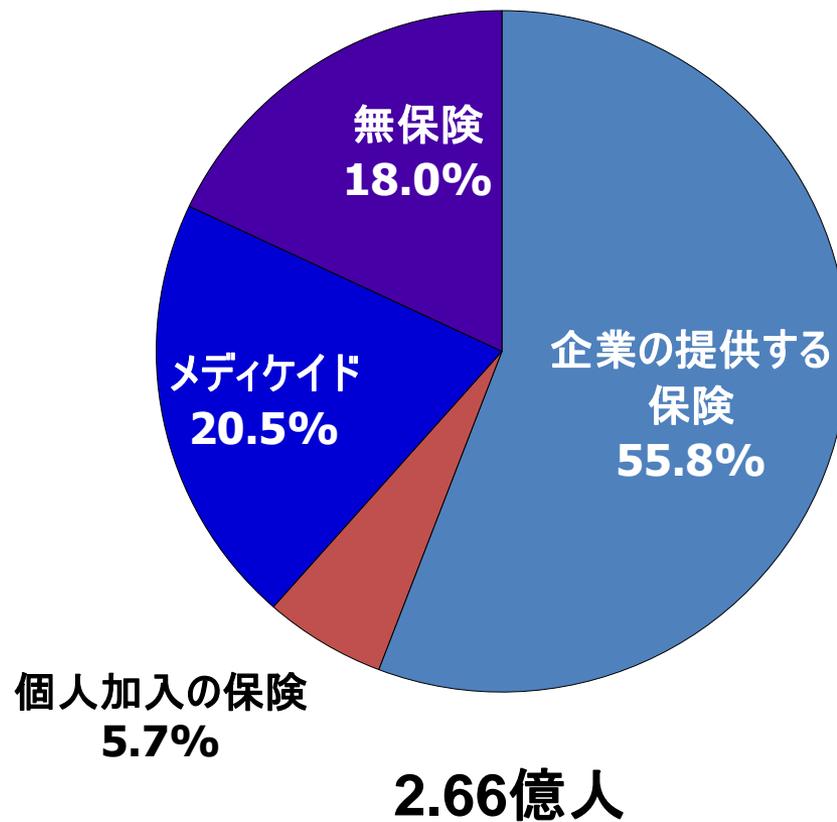
*Break in series.

Notes: Amounts in U.S.\$ Purchasing Power Parity, see <http://www.oecd.org/std/ppp>; includes only countries over \$2,500. OECD defines Total Current Expenditures on Health as the sum of expenditures on personal health care, preventive and public health services, and health administration and health insurance; it excludes investment.

Source: Organisation for Economic Co-operation and Development. "OECD Health Data: Health Expenditures and Financing", OECD Health Statistics Data from internet subscription database. <http://www.oecd-ilibrary.org>, data accessed on 01/10/12.

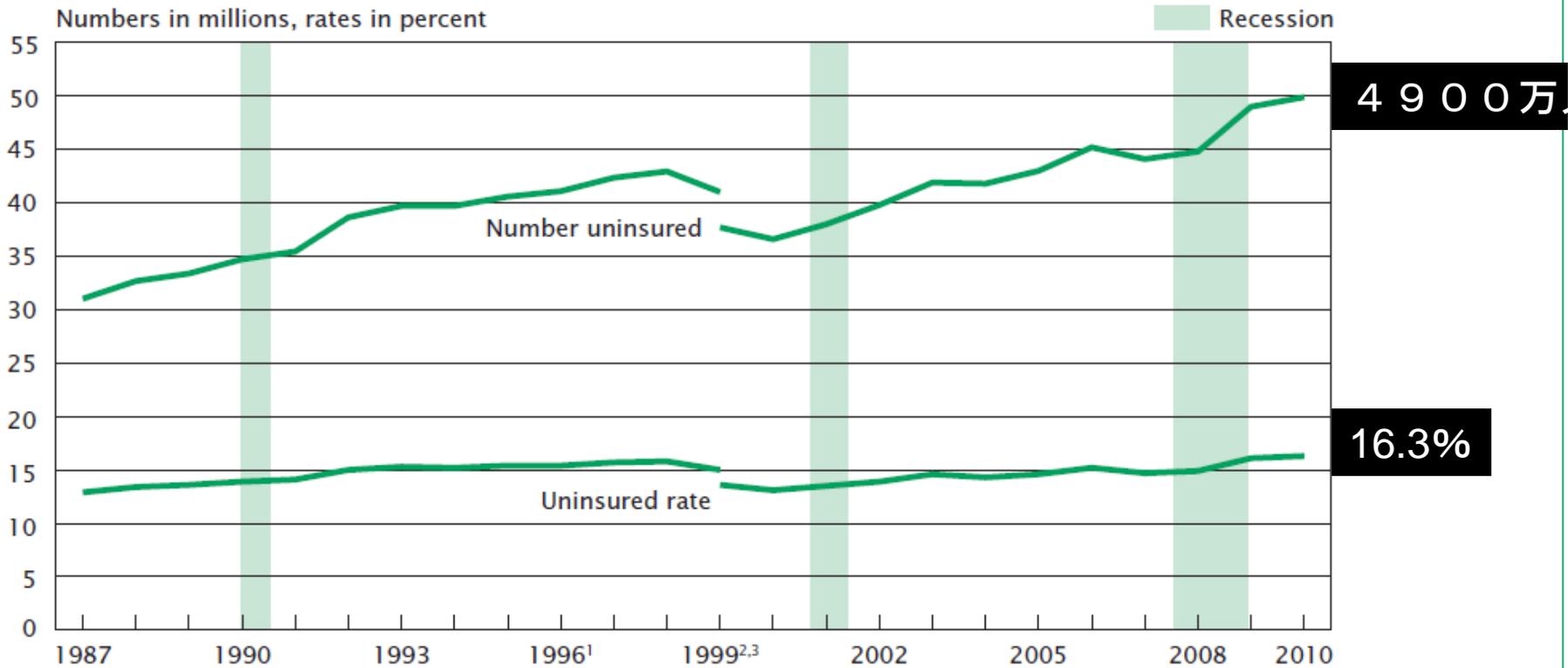


保険の種類による比較(65歳以下)



無保險者

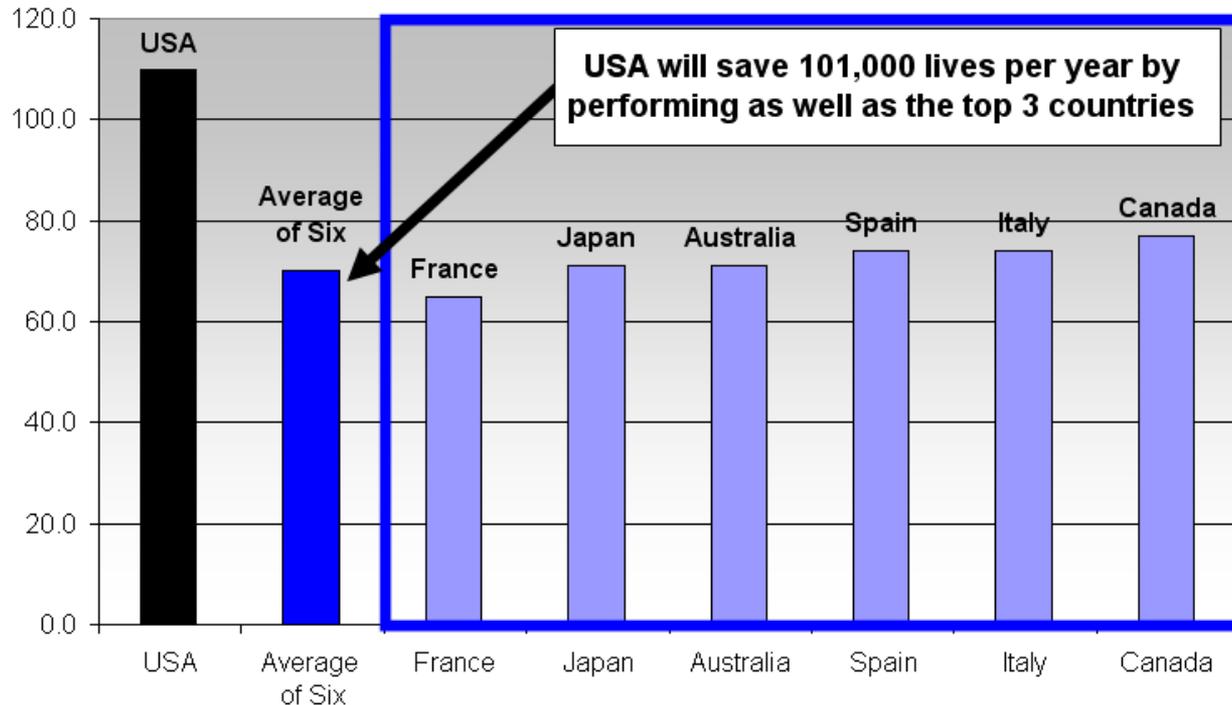
Figure 7.
Number Uninsured and Uninsured Rate: 1987 to 2010



予防し得る死亡率

Amenable Mortality

Deaths under age 75, per 100,000 of population, preventable by timely and effective health care



Source of country data: University of London
2008 report by E. Nolte, M. McKee

Analysis and bar chart by R.C. Haiducek; May 2010
Copyright © 2010 Good Health for All LLC, all rights reserved.
www.medicareforall.org/pages/Six_Countries

慢性疾患の質の現状

心房細動患者のうちワーファリンの適応がある人の半数以上がワーファリンの投与を受けていない

[Samsa et al. Arch Int Med 2000;160:967]

高血圧患者のうち66%が治療が不十分である

[JNC 7, JAMA 2003;289:2560.]

糖尿病患者のうち63%のHbA1c値は7.0(6.6)%以上である

[Saydah et al. JAMA 2004;291:335]

高脂血症患者の62%はLDLの治療目標に達していない

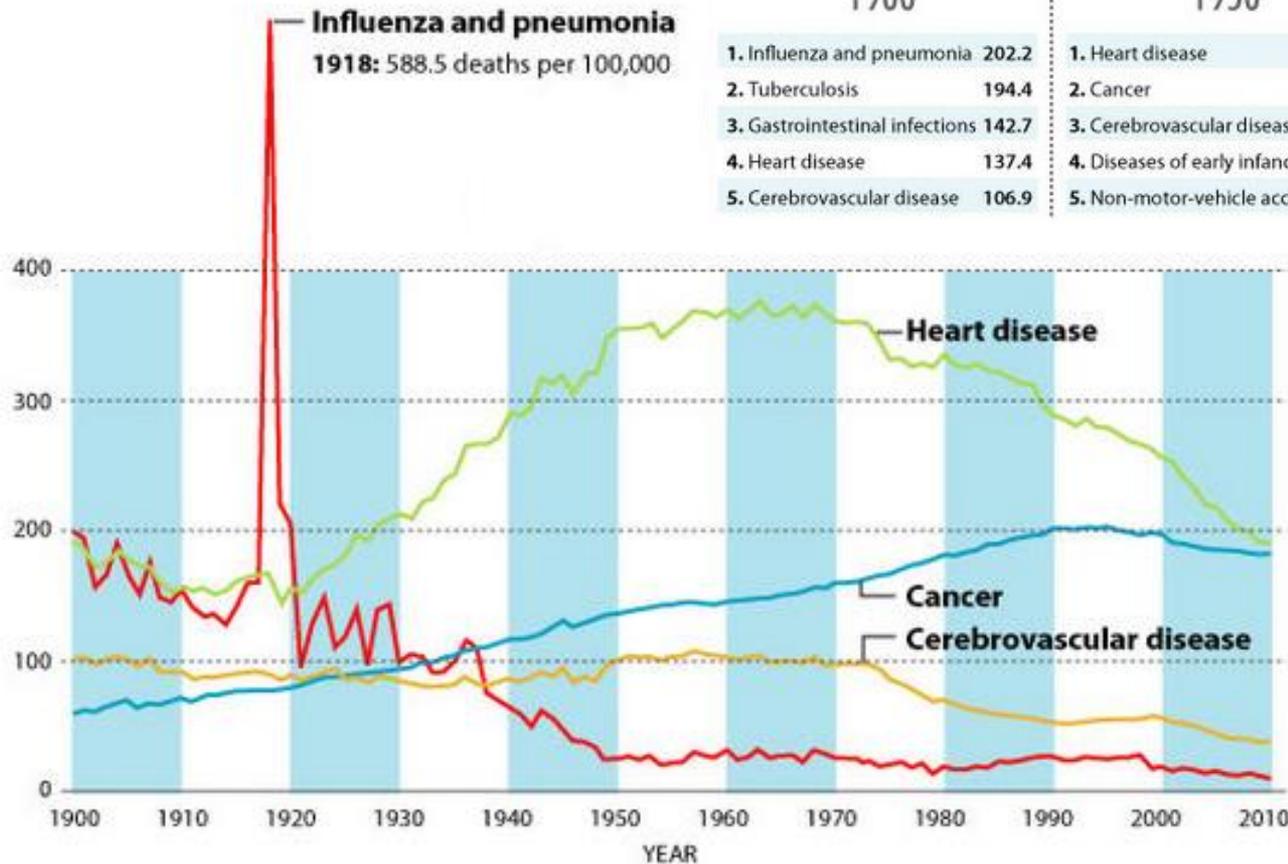
[Afonso et al. Am J Man Care 2006;12:589]

慢性疾患の増加 (対10万人死亡要因)

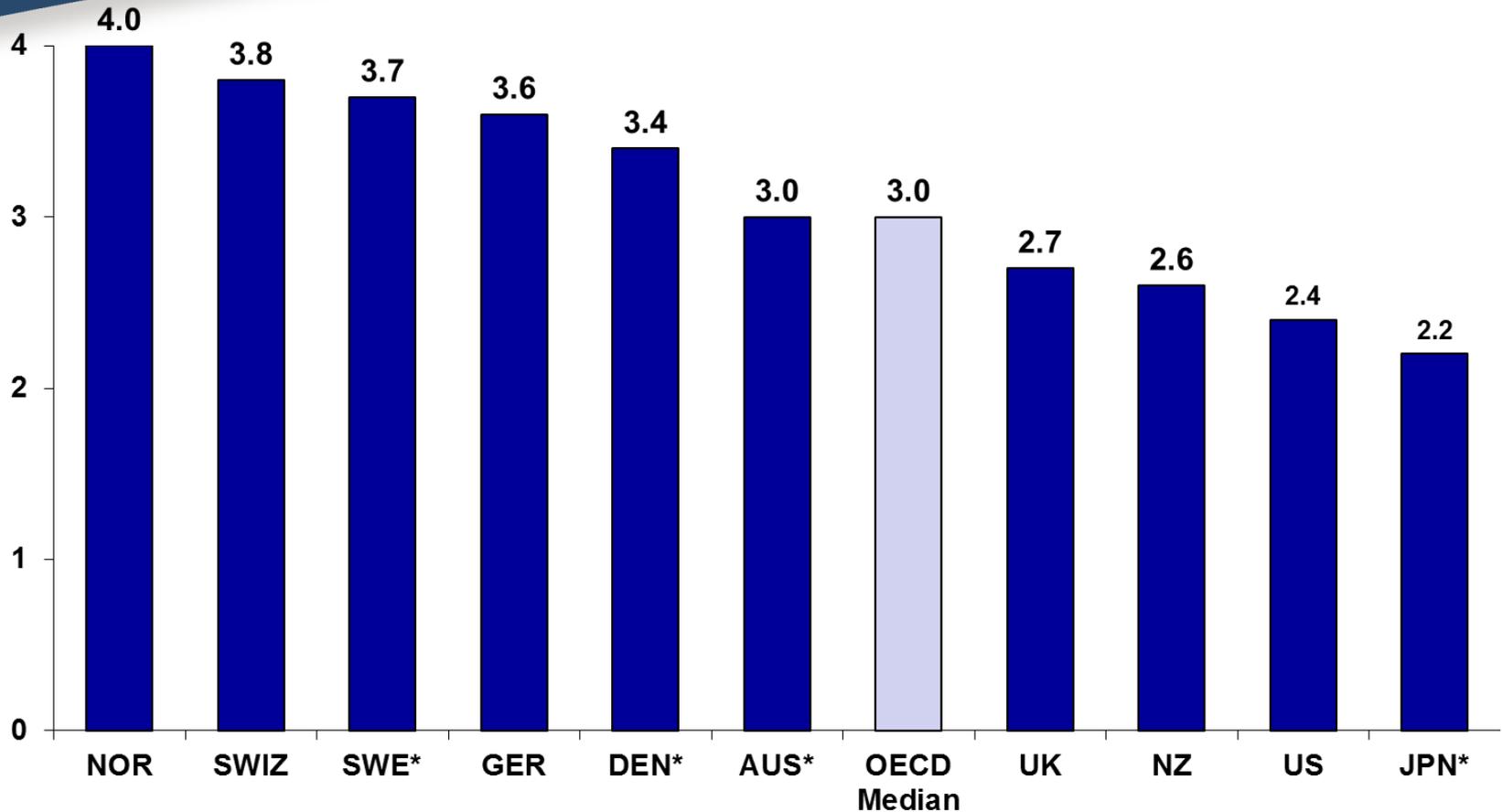
Leading causes of deaths in the U.S. since 1900

Number of deaths per 100,000

	1900	1950	2010
1. Influenza and pneumonia	202.2	1. Heart disease 355.5	1. Heart disease 192.9
2. Tuberculosis	194.4	2. Cancer 139.8	2. Cancer 185.9
3. Gastrointestinal infections	142.7	3. Cerebrovascular disease 104.0	3. Chronic airways disease 44.6
4. Heart disease	137.4	4. Diseases of early infancy 40.5	4. Cerebrovascular disease 41.8
5. Cerebrovascular disease	106.9	5. Non-motor-vehicle accidents 37.5	5. All accidents 38.2

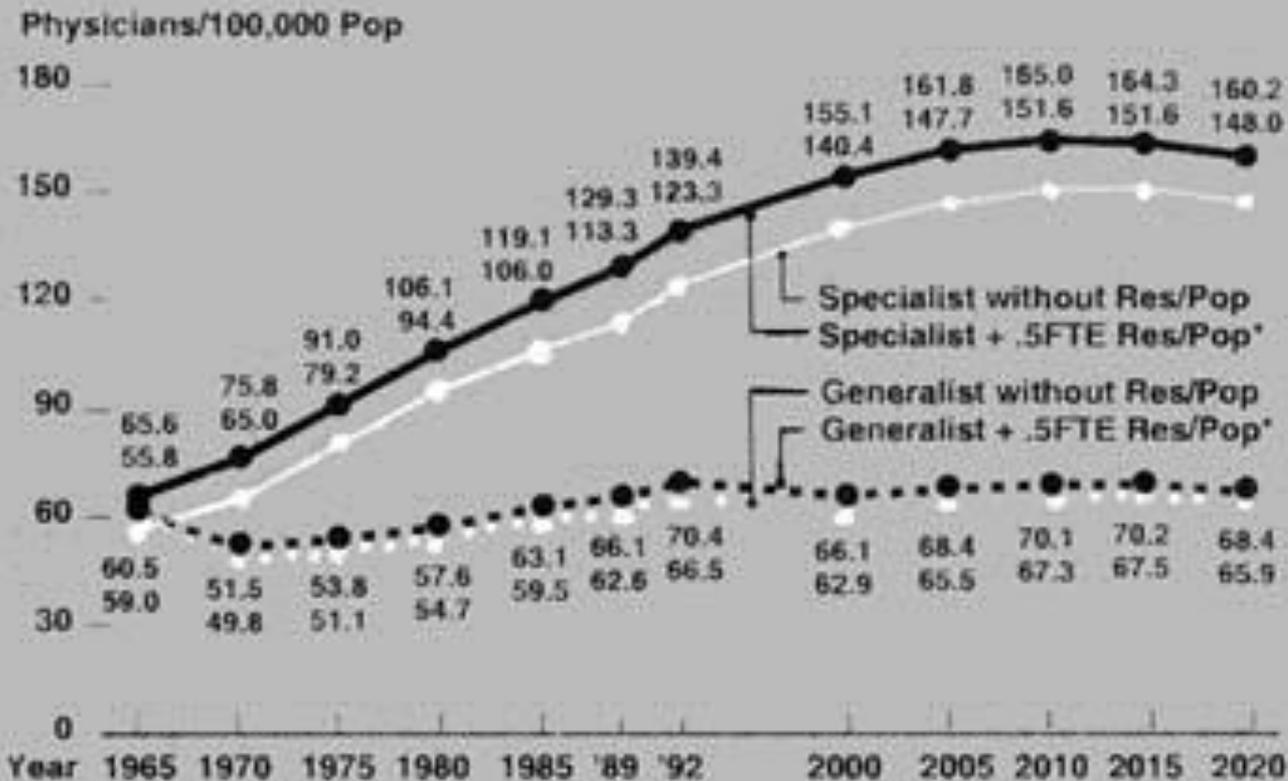


医師不足：国民1000人当たりの医師数



専門医の増加

Fig. 2- Patient Care Generalist and Specialist Physician Supply Ratios per 100,000 Population: Actual 1965-1992 and Projected 2000-2020



プライマリケア医(家庭医、一般小児科医)の不足

WHAT'S UP, DOC?

Waning Interest in the Career

Only 32 percent of physicians in the U.S. are primary-care providers. The rest are specialists in careers like radiology, cardiology, and dermatology.

32%

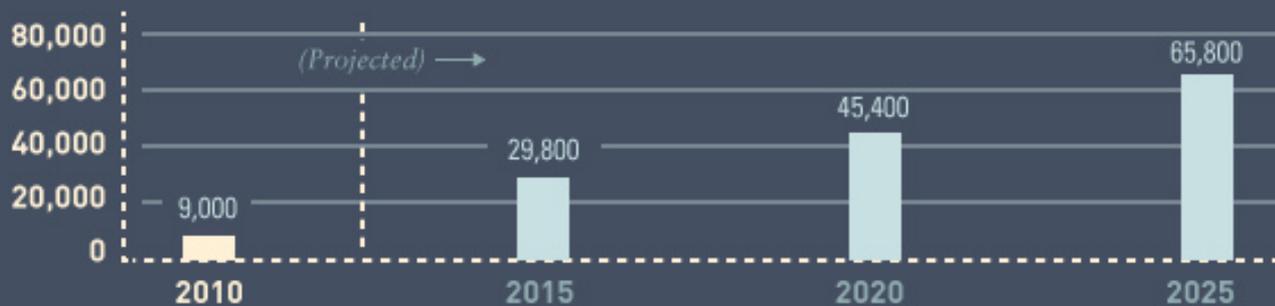
PRIMARY CARE

68%

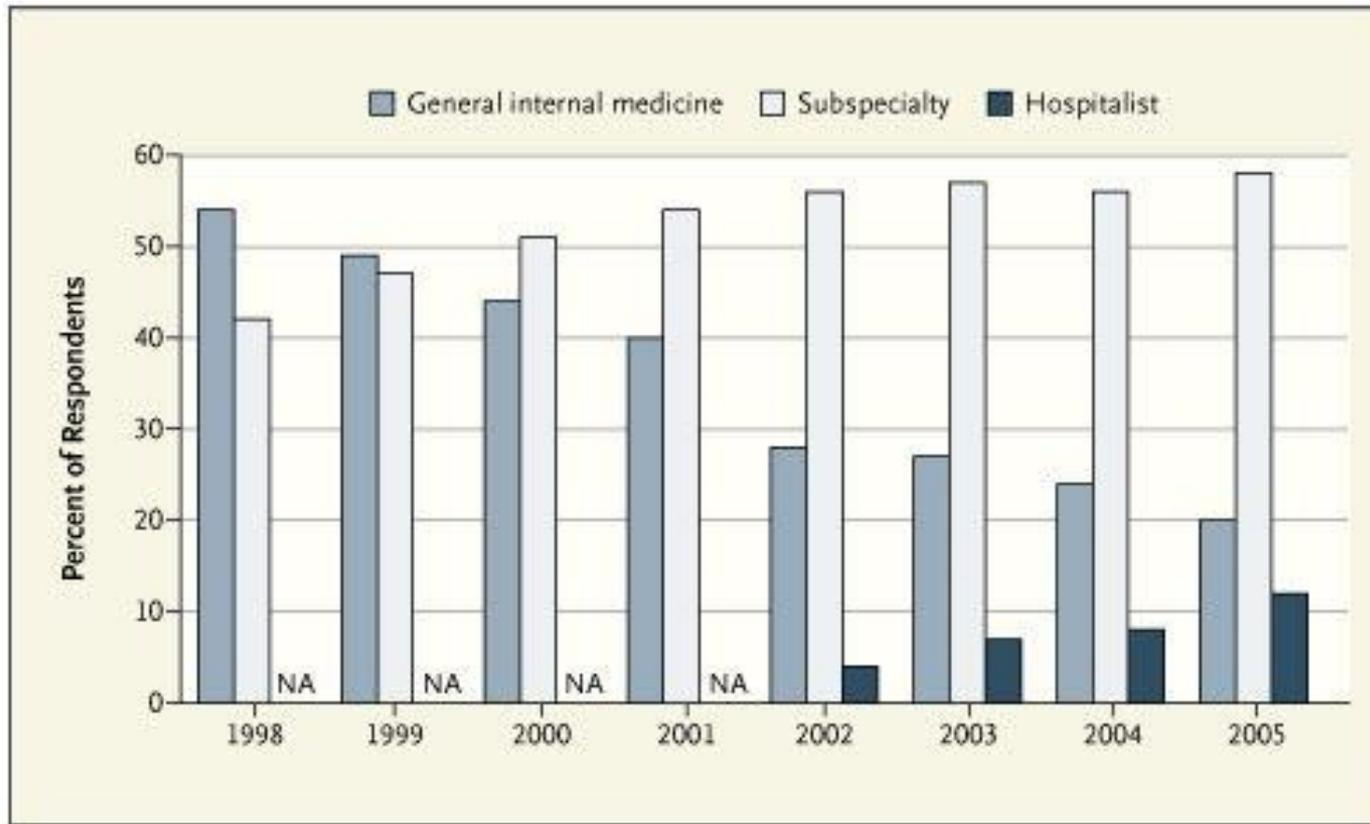
SPECIALISTS



GROWING DEFICIT OF PRIMARY-CARE PHYSICIANS



専門医の増加、プライマリケア医の減少



オバマケア : Affordable Care Act



- 無保険者数の減少
- 医療費の抑制
- 質の向上
- 保険会社の既往疾患や性別に対する差別の禁止
- 健診の充実
- プライマリケアの充実

家庭医療への影響

- 2900万人の患者の増加
 - 医師不足の増悪
- 慢性疾患管理教育の向上
- 質向上管理教育の導入
- チーム医療／リーダーシップ教育の導入
- 医療機関、地域内での連携能力の向上とその教育

2004年. . *Future of Family Medicine*



Recommendation 1.1

“家庭医医療に関連する学会は家庭医教育の革新と積極的な実験が必要であると認識している。”

2007年...

Preparing the Personal Physician for Practice: Changing Family Medicine Residency Training to Enable New Model Practice

Larry A. Green, MD, Samuel M. Jones, MD, Gerald Fetter Jr., MSA, and Perry A. Pugno, MD, MPH, CPE

Abstract

After two years of intensive study, in 2004 the Future of Family Medicine report concluded that the current U.S. health care system is inadequate and unsustainable, and called for changes within the specialty of family medicine to ensure the future health of the American public. With guidance and encouragement from many disciplines and health experts, a set of 10 recommendations was established to accomplish a transformative change in how family physicians serve their patients and how the essential function of primary care is achieved.

From these recommendations came a period of innovation and experimentation in the training of family physicians, entitled *Preparing the Personal Physician for Practice (P⁴)*. The P⁴ project is a carefully designed and evaluated initiative led by the American Board of Family Medicine and the Association of Family Medicine Residency Directors and administered by TransforMED, a practice redesign initiative of the American Academy of Family Physicians. Fourteen family medicine programs were chosen to participate and will put their innovations into practice from 2007 to 2012, during

which time regular evaluation will be conducted. The purpose of P⁴ is to learn how to improve the graduate medical education of family physicians such that they are prepared to be outstanding personal physicians and to work in the new models of practice now emerging. The innovations tested by P⁴ residencies are expected to inspire substantial changes in the content, structure, and locations of training of family physicians and to guide future revisions in accreditation and certification requirements.

Acad Med. 2007; 82:1220-1227.

“P⁴レジデンシーで試みられる革新的な家庭医教育の実践は、今後の家庭医教育の研修内容、構造、そして研修の場の変化を呼び起こすであろう”

Family physicians are committed to fostering health and integrating health care for the whole person by humanizing medicine and providing science-based, high-quality care.

—Institute of Medicine Committee on Quality Health Care in America, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*

There is an urgent need not simply to adjust but to fully transform the way health care is provided in the United States.¹ More than \$2 trillion is being spent each year for mediocre results. One of the explanations for the gap between

the performance of the U.S. health care enterprise and what is attainable is the lack of integration of personal care toward goals that make sense for particular individuals in particular situations. This is the terrain of family medicine and other fields committed to excellent primary care. The evidence about the favorable effects of primary care on health and health care is substantial, and the evidence that a nation can sustain a viable and efficient health care system without primary care is absent.²

In 2002, seven national family medicine organizations³ united to reassess the status of family medicine in the United States. Growing frustration among family physicians, confusion among the public about the role of family physicians and primary care, declining student interest in frontline primary care practice, and

comprehensive, two-year review. On the basis of a literature review, commissioned representative surveys, and interviews with purposefully chosen representatives across the country, these organizations concluded that the current health care system is inadequate and unsustainable, and “unless there are changes in the broader health care system and within the specialty, the position of family medicine in the United States may be untenable in a 10–20 year timeframe, which would be detrimental to the health of the American public.”³

Simultaneously, a vision emerged from these seven organizations of unprecedented opportunities to sustain health, prevent disease, and both avoid and relieve suffering. When combined with the enduring value of *personalized attention from a trusted medical advisor*,⁴ this vision engendered renewed

Dr. Green is professor of family medicine, Department of Family Medicine, University of Colorado School of Medicine, Denver, Colorado.

Dr. Jones is program director, VCU–Fairfax Family Medicine Residency Program, Fairfax, Virginia.

P4とその研究デザイン

- 家庭医療レジデンシーの革新的な教育手法を全米規模で実証する
- 2007年～2012年の5年間
- その多くはPCMH（メディカルホーム）の機能導入
- 症例シリーズ研究
- ブラインドされた、査読者が提案書を評価
- 14の家庭医療レジデンシー



Residency Program Locations



関係性データベースによる縦断的なデータの集積

家庭医継続外来の調査

- 臨床の特徴（疾患、性別、年齢）
- PCMHの項目をどの程度、実践しているかの調査

レジデンシープログラムの調査

- 指導医の変化、指導医の研究活動の調査
- レジデントの質改善活動の調査

レジデントのアンケート

- PCMHとその特徴の重要性に対する等級評価
- カリキュラムと研修の等級評価

卒業生のアンケート

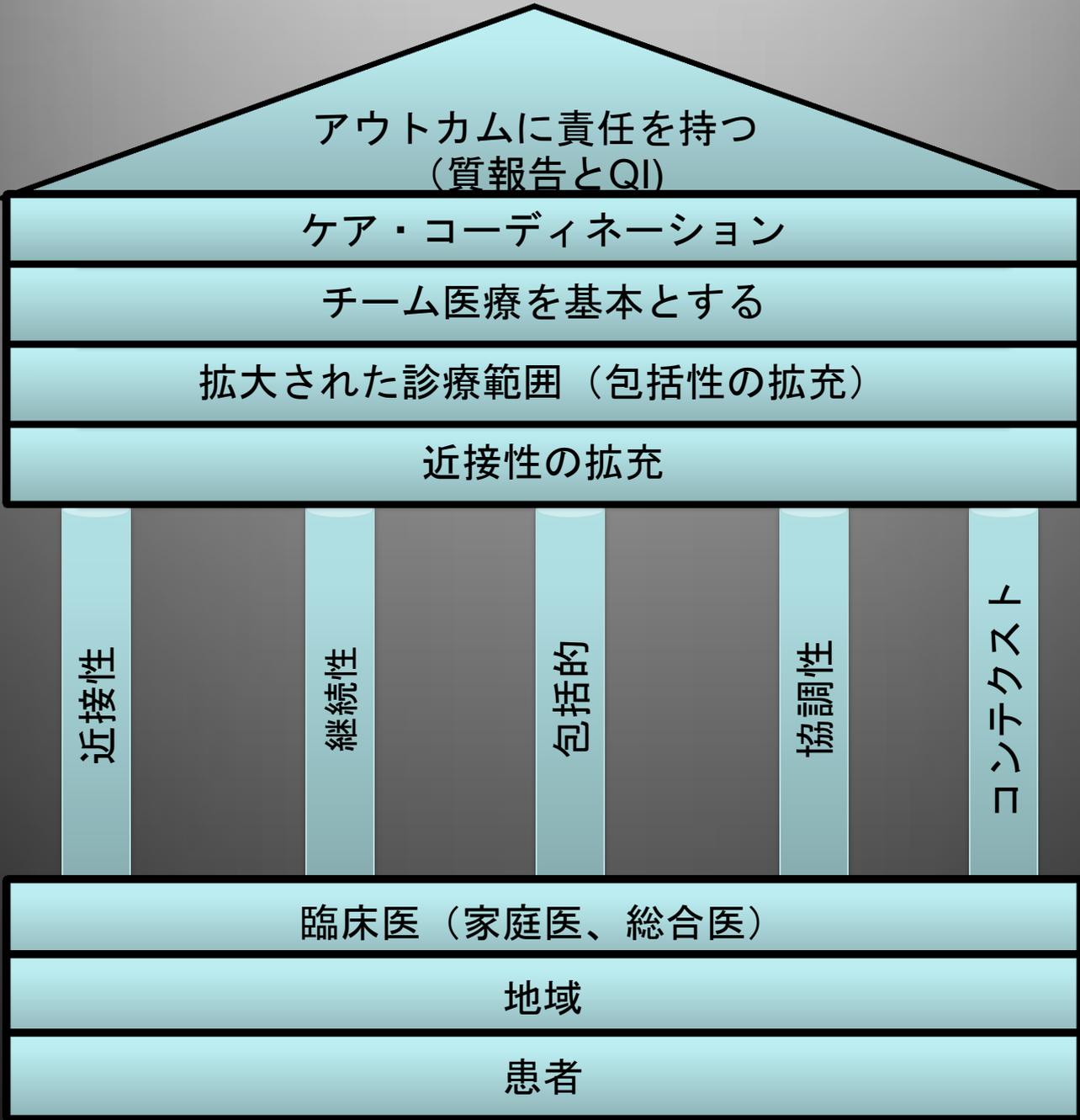
- 卒業後の進路先の調査
- 臨床の範囲
- 進路先の診療所のPCMHの施行の実際
- レジデンシーの等級評価

PCMHとは？

PCMH (Patient Centered Medical Home)
は、集団としての住民に
基本的な医療を提供する
ために発展した、効果的
な医療システムである。

PCMHとは

- 伝統的なくプライマリ・ケアに
基盤をおく
- 慢性疾患の医療ケア・モデル
の導入
- 患者を消費者として捉える
- 医療情報技術と通信技術の利
用
(電子化と共有化)



エビデンス：
多

エビデンス：
少

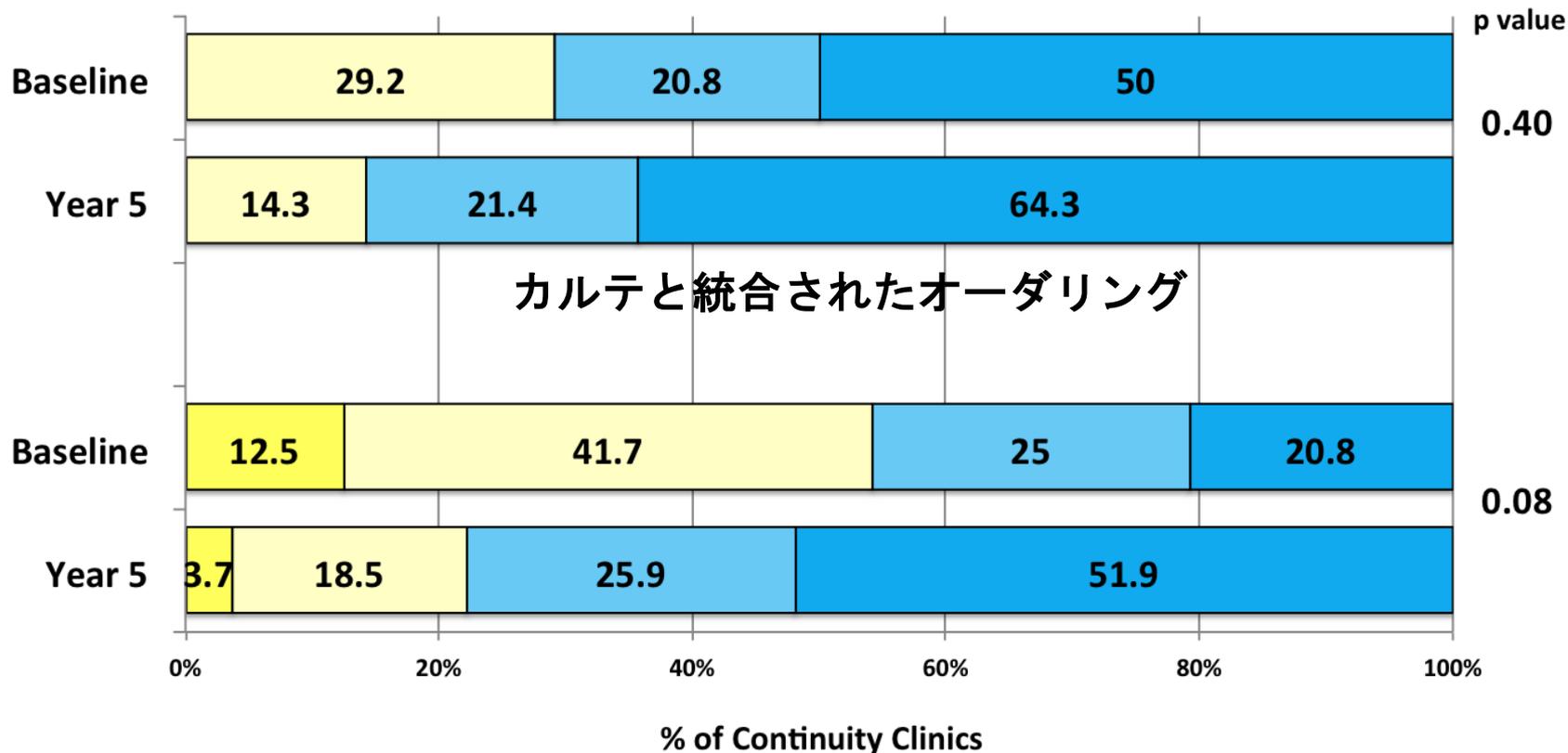
診療所のPCMHへの移行

- レジデントの継続外来でのPCMHの導入
- PCMHの教育カリキュラムの導入

Innovation Theme	Number of Innovations at Baseline	Number of Innovations partially or fully Implemented	Percent of Innovations partially or fully Implemented
PCMHの導入	8	6	75%
PCMHカリキュラム	4	4	100%

電子カルテとオーダリング

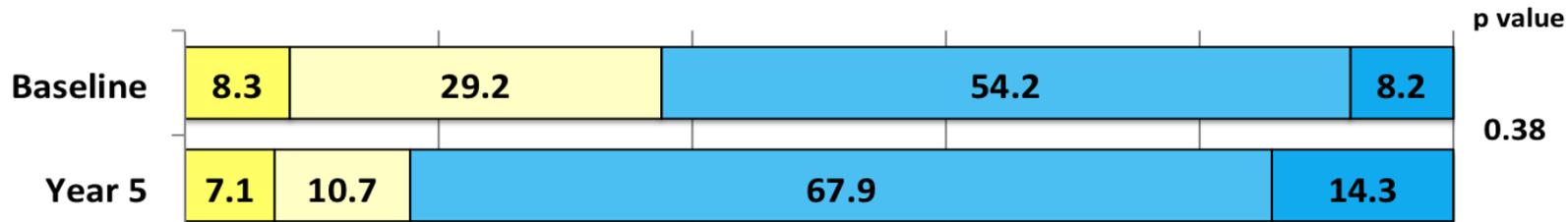
電子カルテの導入



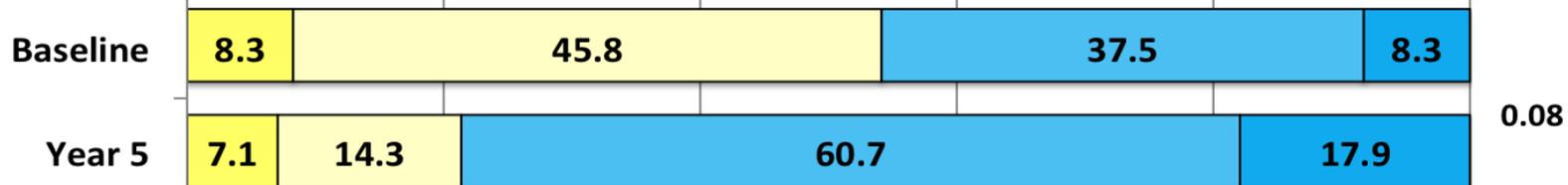
■ Absent ■ Planning ■ Present ■ Mature

質データの報告と質改善

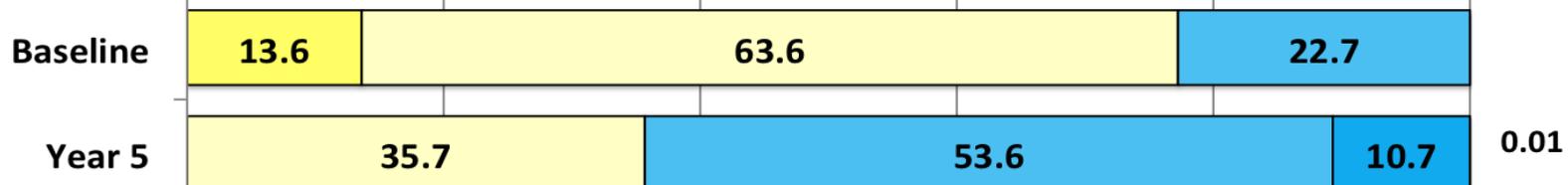
慢性疾患患者リスト



集団人口を対象とした質改善



予防健診項目の患者リスト



0% 20% 40% 60% 80% 100%
% of Continuity Clinics

■ Absent ■ Planning ■ Present ■ Mature

糖尿患者の一覧

<u>Last Visit / DM Vgt Dx In Last Year?</u>	<u>PRIO (0-8)</u>	<u>Most Recent HbA1C Date & Result</u>	<u>Most Recent LDL Date & Result</u>	<u>Most Recent Microalbumin Date & Result</u>	<u>PL=Nephropathy Last Neph Visit ACE-ARB?</u>	<u>Most Recent Creatinine Date & Result</u>	<u>Most Recent Systolic BP Date & Result</u>	<u>Last FLU Last PPV</u>	<u>CEI Referral Date / CEI Visit Date</u>
01/04/2012 Yes	1	6.5 01/04/2012	64 09/28/2011	6 * 02/16/2011	No — No	1.03 09/28/2011	130 01/04/2012	— 09/28/2011	— —
02/16/2012 Yes	4	8.6 02/16/2012	62 11/07/2011	27 * 04/12/2011	No — Yes	0.81 11/07/2011	140 02/16/2012	11/07/2011 12/14/2006	10/04/2010 —
10/11/2011 Yes	2	5.3 * 02/25/2011	80 * 09/09/2010	13 12/14/2011	Yes 03/21/2012 Yes	1.14 03/21/2012	126 03/21/2012	10/11/2011 10/27/2010	— —
09/30/2010 No	5	12.2 * 09/30/2010	84 * 04/02/2009	206 * 09/30/2010	No — Yes	1.05 03/09/2012	125 03/09/2012	09/30/2010 * 12/16/2009	06/16/2009 07/28/2009
02/21/2012 Yes	3	8.1 03/02/2012	34 12/20/2011	18 * 03/29/2011	No — Yes	0.84 04/19/2012	151 04/17/2012	11/01/2011 11/16/2006	03/01/2011 03/29/2011
02/15/2012 Yes	7	—	—	—	No — No	— — 1.03	132 02/15/2012	10/01/2011 01/01/2008	09/27/2010 —
03/22/2010 No	1	6.3 03/14/2012	46 03/14/2012	7 03/14/2012	Yes 10/10/2011 Yes	1.39 03/14/2012	134 03/28/2012	11/20/2006 * —	— —
03/12/2012 Yes	4	5.6 03/13/2012	162 03/13/2012	28 * 06/07/2010	No — Yes	0.93 03/13/2012	156 03/12/2012	10/17/2011 10/04/2010	— 01/23/2012
02/03/2010 No	5	9.3 * 03/30/2011	97 * 12/30/2009	16 * 12/30/2009	No — No	0.94 09/30/2010	116 * 03/30/2011	12/01/2010 * 02/12/2008	— —

DIABETES DASHBOARD

Mammogram Report

<u>CURRENT AGE</u>	<u>MOST RECENT VISIT</u>	<u>MAMMOGRAM STATUS</u>	<u>MOST RECENT ORDER</u>	<u>RESULT DATE</u>	<u>HLTH MAINT. OVERRIDE DATE</u>	<u>PROBLEM LIST NOTED DATE</u>	<u>MYCHART ACTIVE?</u>	<u>HOME PHONE</u>
55	05/01/2012	Order Due	10/19/2009	10/20/2009	--	--	--	Yes 503-8
50	09/14/2012	Order Due	03/12/2009	03/13/2009	--	--	--	Yes 503-8
59	09/28/2012	Order Due	04/01/2009	04/02/2009	--	--	--	No 971-2
71	09/16/2011	Order Due	06/11/2009	06/11/2009	--	--	--	No 503-2
65	06/26/2012	Order Due	05/24/2005	05/24/2005	--	--	--	No 503-7
67	10/02/2009	Order Due	07/07/2009	07/08/2009	--	--	--	No 971-3
66	09/10/2012	Order Due	08/02/2004	08/02/2004	--	--	--	No 360-8
75	07/21/2012	Order Due	05/28/2009	05/27/2009	--	--	--	No 503-8
64	12/10/2010	Order Due	08/03/2009	01/01/2009	--	--	--	Yes 503-4
50	07/20/2010	Order Due	09/11/2006	--	--	--	--	No 503-8
54	09/14/2012	Order Due	08/13/2009	08/14/2009	--	--	--	No 503-3
51	07/27/2012	OK	01/31/2012	02/01/2012	--	--	--	Yes 503-6
65	05/10/2011	OK	--	--	07/14/2010	--	--	Yes 503-2
63	08/07/2012	OK	09/20/2012	09/21/2012	--	--	--	No 503-2
54	09/20/2012	OK	07/25/2012	07/26/2012	07/08/2010	--	--	Yes 971-2
71	08/17/2012	OK	08/17/2012	08/20/2012	--	--	--	No 503-6
65	09/11/2012	OK	09/27/2012	09/28/2012	--	--	--	No 503-6
52	06/26/2012	No History	--	--	--	--	--	Yes 650-
50	07/26/2011	No History	--	--	--	--	--	Yes 503-
58	05/17/2012	No History	--	--	--	--	--	Yes 503-
73	04/29/2010	No History	--	--	--	--	--	No 503-
56	08/30/2012	No History	--	--	--	--	--	Yes 360-
53	11/19/2009	No History	--	--	--	--	--	Yes

Mammogram Screenings

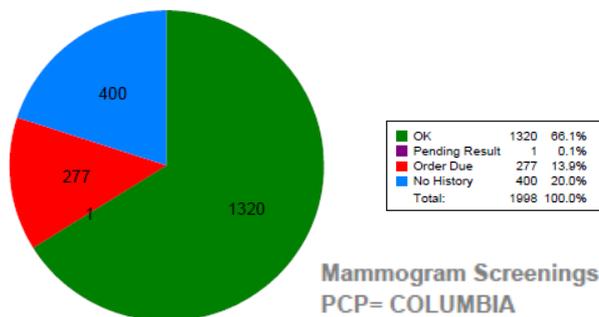
For Patients Seen: 10/1/2009 to 9/30/2012

Report ID: FM0007

User Selections-

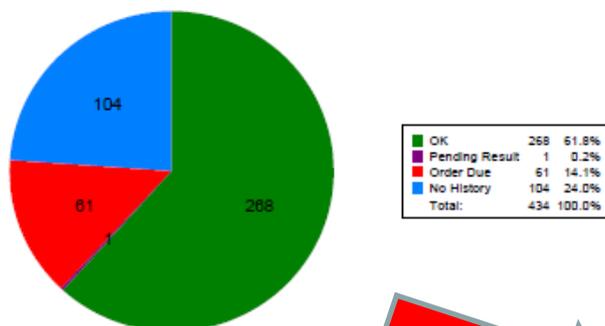
Center: OHSU FAMILY MEDICINE AT SOUTH WATERFRONT

診療所全体

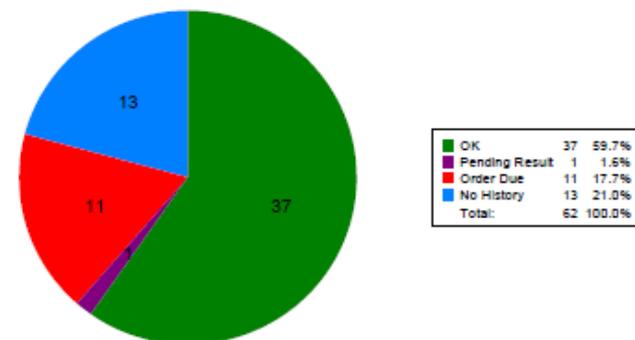


Mammogram Screenings by PCP
PCP= COLUMBIA
Visit Dates: 10/1/2009-9/30/2012

チーム



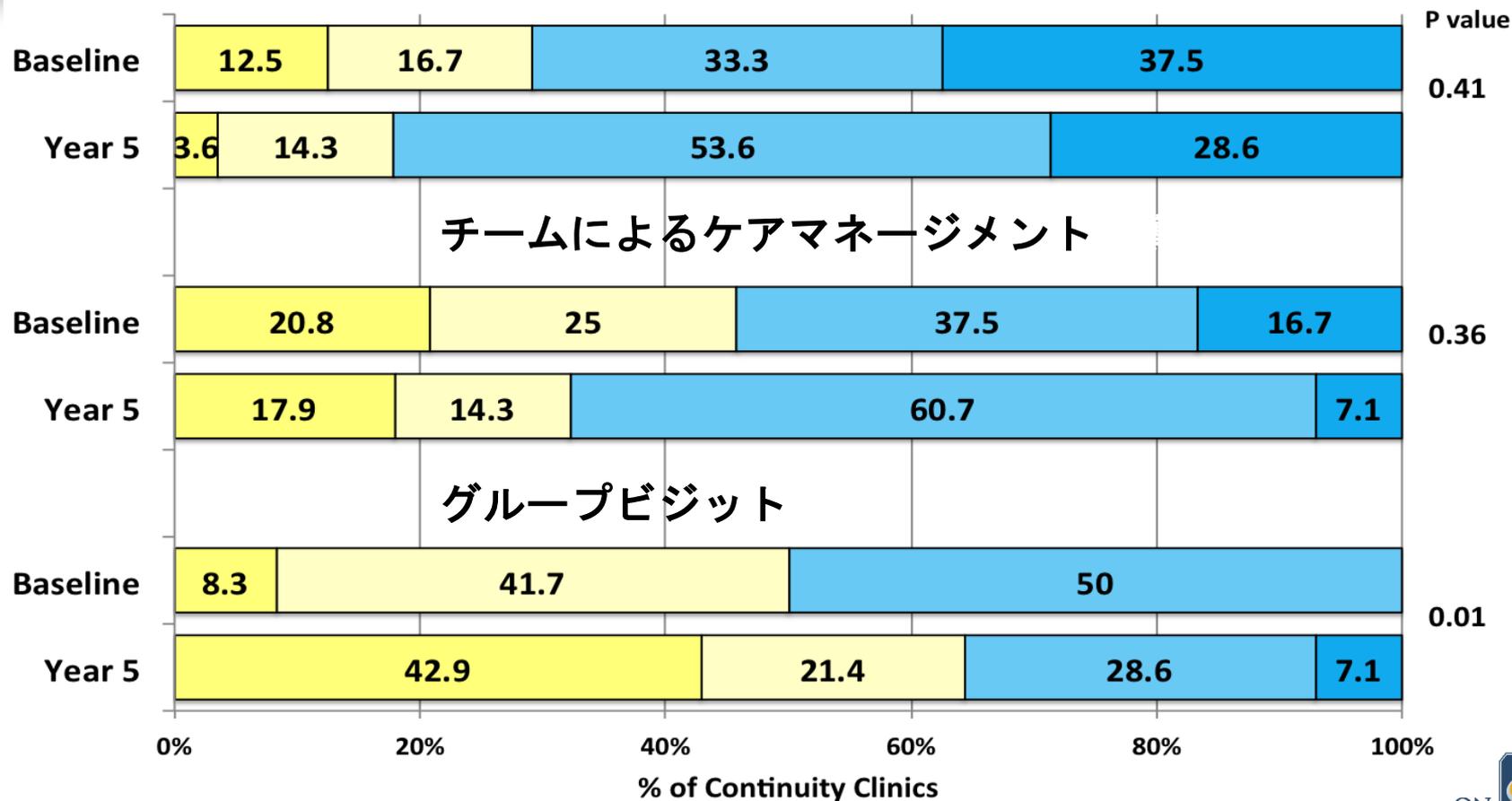
Mammogram Screenings by PCP
PCP= YAMASHITA, DAISUKE
Visit Dates: 10/1/2009-9/30/2012



Note: In this report, we have defined Mammogram order and result required every 30 months to be considered OK. If a Mammogram has not been ordered and result in 30 months, status will be displayed as ORDER DUE. If an order has been made in the last 30 months, but has not yet been result, status will be displayed Pending Result. If a patient refuses a mammogram, receives mammograms outside of OHSU, or physician decision not to obtain mammogram- patient status will be "OK" if this is documented in Health Maintenance or on the Problem List in the last 30 months.

包括性の拡充、ケアマネ、アクセスの拡充

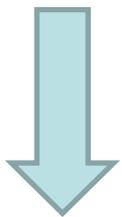
メンタルヘルスの統合



■ Absent
 ■ Planning
 ■ Present
 ■ Mature

急性疾患の治療（キュア）モデル

診断:副鼻腔炎



治療: 抗生物質

医療

慢性疾患へのケアモデル

- エンパワメント
- メンタルヘルスの改善
- 生活習慣の改善

セルフ
ケア

- 環境の改善(食、住)
- 地域リソース
- 地域での支えあい

医療

地域で
のケア

- 診断
- 治療
- 疾患管理

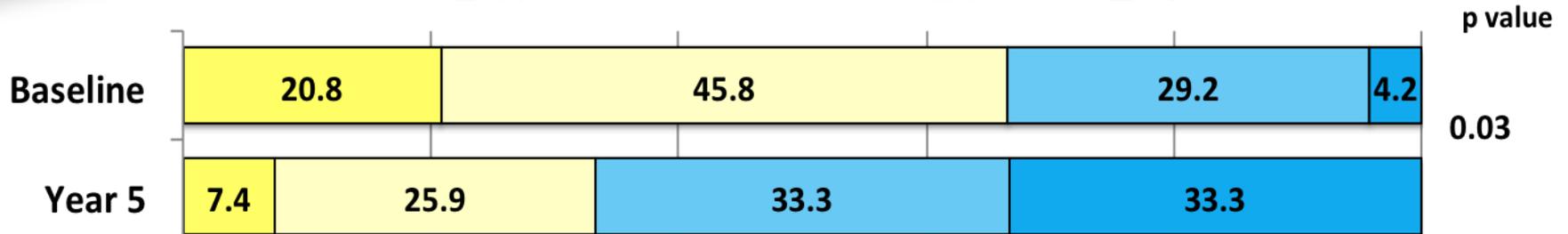
グループヴィジット

- 患者グループでの診療
- 患者同士での学び
- より時間をかけて診療が可能
- 多職種でのアプローチ

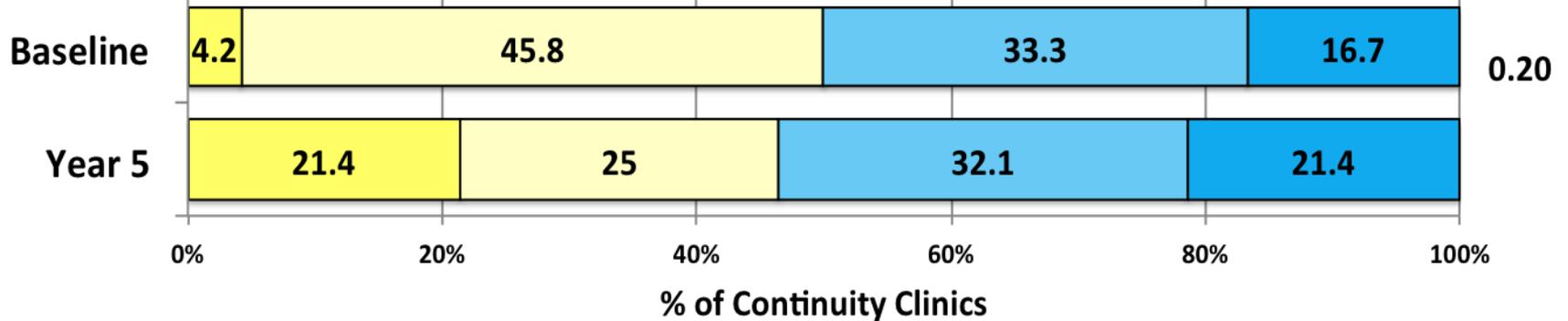


アクセスの拡充

患者とのインターネットを介した通信



オープンアクセス/アクセスの改善



■ Absent ■ Planning ■ Present ■ Mature

チーム医療への影響

Table 2. Odds of Practicing in a Setting with Team-based Care According to Exposure During Residency Training

Exposure to Team-based Care in Residency Training	Odds of using Team-based care in Clinical Practice Post Residency	95% CI
None	1.00 (<i>Referent</i>)	--
Some (1-2 Years)	1.22	0.24, 6.18
All 3 years	1.64	0.67, 4.02

- チーム医療をレジデンス中に多少経験した研修者は、卒後にチーム医療を行なっているクリニックにより就職する傾向がある。(LR 1.22)
- チーム医療をレジデンスを通じて経験した研修者は、卒後にチーム医療を行なっているクリニックにより就職する傾向がある。(LR 1.22)

現時点では、この傾向は統計学的優位差はないが、今後データの集積が期待される。

家庭医診療所のPCMHの導入において学んだ事

- 複数のチームが存在する中で、革新と標準化の間での軋轢は避けがたい
- レジデントはあらたな情報技術／電子カルテの修得については指導医の先をいっている
- 意味のあるデータを電子カルテから抽出することは容易ではない
- 指導医はPCMHを教える事に苦勞している
 - コンセプトが変化し続けている
 - 指導医自身もPCMHでの臨床経験が浅い
- 従来のペタゴジカルな教授法から、協同しながら学び発見するという教育姿勢への変化が必要である

4年制研修の試み (6施設)

- 家庭医研修の開始を早める
 - 医学部四年時より家庭医療研修を開始する
 - West Virginia, Missouri (**n=2**)
- 選択制の4年制プログラム (学位なし)
 - フェローシップとの統合
 - Waukesha, JPS (**n=2**)
- 選択制の4年制プログラム (学位なし)
 - 予防医学レジデンシーとの合同、MPHの修得
 - Loma Linda (**n=1**)
- F完全に統合された4年制
 - 4年制が義務である場合
 - Middlesex (**n=1**)

変化を促進する要因と阻害する要因

❖ レジデンシープログラム革新とその維持

- 38/44 (86%) – ほぼ全ての革新を導入出来た割合
- 63/80 (79%) – 仮説の検証が出来た割合

➤ 促進する要因

指導医が一致団結している、協力的リーダーシップ、リトリートの開催、指導意と職員の変化への積極的な参加、ステークホルダーの理解、他のレジデンシーとの協力、カリキュラムの管理

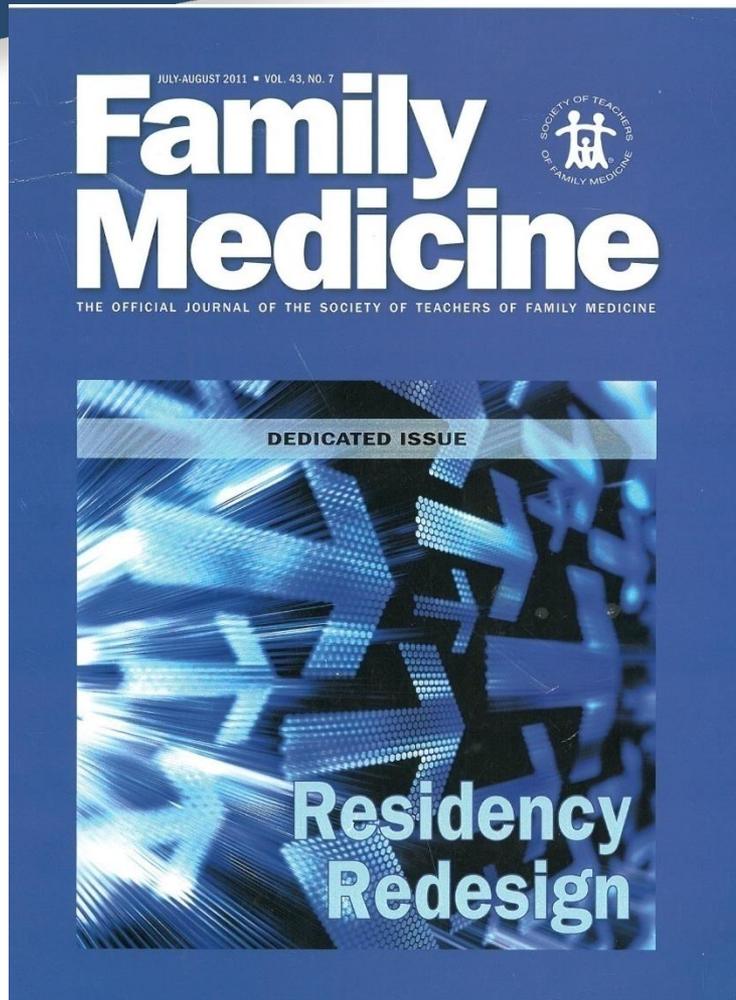
➤ 阻害因子

評価のリソースの欠如、現場でのデータ解析を行なうスタッフの欠如、資金の欠如、職員の高い離職率、指導医のバーンアウトと変化に対する疲労、変化に対する不信

P4で学んだ事

- 協同での学びは、変化を助け、養生する
- 教育者と研究者は肩を並べて、働く必要がある
- 指導意と学習者は変化を希求している
- もし本気であれば、レジデンシーの規模やリソースに関わらず、変化を起こす事は可能である
- 革新はレジデンシーにとって良い事であり、結果としてより多くの学生を惹き付ける

2011年...



家庭医療レジデンスでの教育の革新が流行し始めている

"流行を全米に波及する好機である。"

P4以後....

- P⁴ プロジェクトは当初の期待以上の成果を生み出し、新たな革新への火付け役となった
- 地域での教育改革の協同(コラボレーション)の増加
 - Colorado FM Residency PCMH -10施設
 - I³ PCMH Collaborative (NC, SC, VA) - 25施設
 - Pennsylvania FM Program PCMH Collaborative -30施設
- 家庭医療、一般内科、小児科を対象にした、新たなモデルでの横断的なプライマリケアの指導医養成プログラムの開始

ACGMEによる4年制の試み

- 2013年より開始 10施設
- ACGMEとABFM(家庭医療専門医機構)との合同プロジェクト
- 4年制の試みとその科学的評価
- P4の研究手法を拡大し評価を行う
- 比較症例研究(コントロールを設定)
- 各施設での仮説検証

OHSUでの4年制のこころみ

- 臨床能力（包括性）の維持
- PCMHなどに必要なあらたな技能の修得
- 卒後にPCMH・医療改善を就職先にもたらしリーダーシップの養成
- 意図的な継続的なカリキュラムの導入
- キャップストーンプロジェクト：修士レベルの個人プロジェクト

OHSUでの4年制

Rotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
PGY 1	Behavioral	Ortho sports med	ER	FMIS GPS	FMIS SWF	OHSU OB	GM2	Rural surgery	FMIS Rich	NICU	OHSU inpt peds	FMIS D
リーダーシップ				PCMH								
PGY 2	FMIS	Geriatric	Med Selective	FMIS D	ER	Emanual GYN	Outpt peds	VA MICU	Elective	NF	rural	Rural
情報管理/EBM												
PGY 3	FMIS	NF	Ortho/sports med	Surgery	Elective C	GM2	Emanual OB	Peds ER	Palliation	Master I	Master II	Derm
社会医学/行動医学				老人のケア								
PGY 4	FMIS	NF	Adolescent and community resources	Elective	NF	Population and systems management	Clinical enterprise leadership	Developmental Peds	Master III	Master IV	Master V	Master VI
集団人口のケア				リーダーシップ								
キャップストーンプロジェクト												

ACGMEのコンピテンシーを基にした教育の歴史

1998年：コンピテンシープロジェクトの開始

2007年：コアコンピテンシーの提示

6つの領域において設定

2013年：最初のマイルストーンが施行

- The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME):
 - アメリカのほとんどの研修医プログラムの認可管理を行っている

1998年以前

- 臨床研修プログラムは、現場での経験時間と、経験数(症例数)で規定されていた
- 例
 - 病棟:成人対象の医療ケア 8ヶ月
 - 小児医療 4ヶ月
 - 外科 2ヶ月
 - 出産数 40

1998年:アウトカムプロジェクト

研修時間や経験(数)だけではなく、コンピテンシーの達成を示す事を必須とした

アウトカムプロジェクトの問題点

- コンピテンシーが明確に示されていない
- 一定の専門科内、また他の専門科を通じての、コンピテンシーの共通の定義が容認されていなかった。

アウトカムプロジェクトの反省

- コンピテンシーの明確な定義の必要性
- 研修医と医師に共通する広範囲な能力・適性についての定義設定の必要性

2007年:コア・コンピタンスの提唱

全研修医は、6つの分野において、コンピテンシーを実証しなければならない。

- 1) Medical knowledge (医学知識の習得・応用ができる)
- 2) Patient care (適切な患者ケアができる)
- 3) Interpersonal and communication skills
(患者や医療者と良好な対人関係を築ける)
- 4) Practice-based learning and improvement
(臨床に基づいた、自己学習と改善ができる)
- 5) Professionalism
(プロフェッショナリズムに基づいた行動ができる)
- 6) System-based practice
(医療システムを理解し、それに基づいた実践ができる)

コアコンピテンシーの問題

- これらの概念を定義するために、個人のプログラムはそのままになっている。
- 専門科の中でさえ、コンピテンシーの定義について、一般的に同意されていない。
- ほとんどの研修医評価は、まだ、医療知識や患者のケアに焦点が当てられている傾向にある。

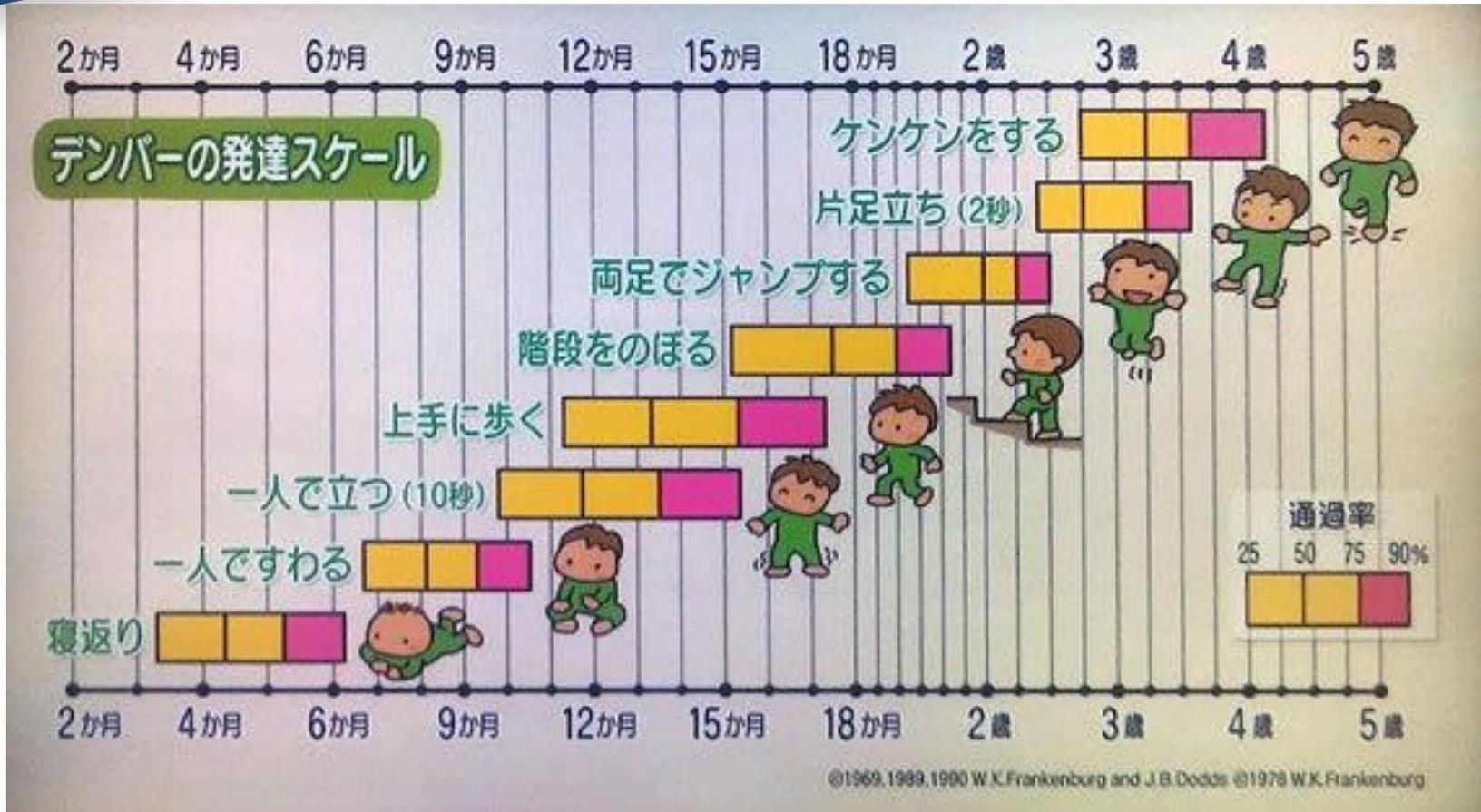
コアコンピテンシーの反省と対応

- 各専門科ごとに、コアコンピテンシーをより明確に定義する事が必要
- 各専門科ごとに、それぞれのコンピテンシーをマイルストーンとして設定
- 6つのコアコンピテンシーをそれぞれ3から4に分けて詳細に設定
- 家庭医療科は22のマイルストーンを設定

マイルストーンとは

- レジデンシーを通してのそれぞれの段階で、到達が期待される、技術、知識、ふるまいの基準
- 明確な評価をするため、可能な限り、行動、ふるまいをもととした言語を使用
- 学習の向上をレベル1～5で段階評価
- 学習の「ロードマップ（道しるべ）」を提供する

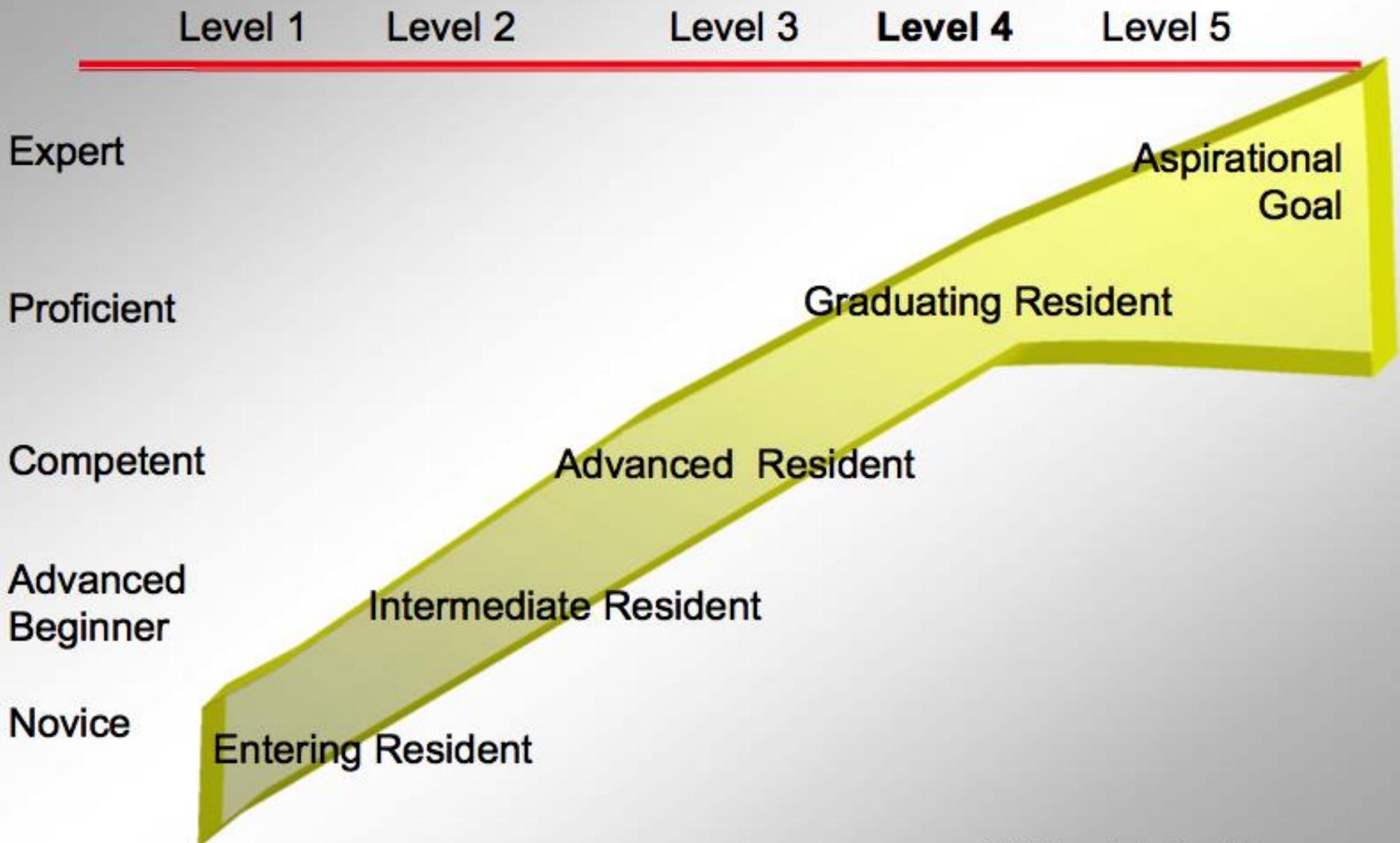
デンバー小児発達スケール



マイルストーンのレベルとは

- レベル 1: 研修医一年目に相当
- レベル 2: 順調に能力が向上している研修医
- レベル 3: 研修医は引き続き向上しており、複数の領域のマイルストーンを実践している
- レベル 4: 研修卒業レベル：研修医は、研修プログラムの目標とされたマイルストーンの多くを実践できる。
- レベル 5: 卒後、数年診療経験を積んだ医師のレベル

Levels of Expectation



マイルストーンの例 –Communication

他の医師、医療者、医療チームと効果的かつ良好な関係をきづく

レベル	1	2	3	4	5
	<p>チーム医療の重要性を理解し、他者の貢献を尊重する。</p>	<p>紹介を行なう際に、適切なタイミングで、適切な情報を交換し、紹介目的を明確に伝える事が出来る。 患者情報を、明確、簡潔、かつ整理して説明、記録が出来る</p>	<p>電子カルテを効果的に利用して医療チームとの連絡が出来る 注意深く話を聞き、情報交換を行い、建設的なフィードバックを受諾・提供し、医療ケア・チームと協力的にコミュニケーションできる</p>	<p>退院などの医療の場の移行整などを含む、複雑で困難な状況で、周囲医療チームとの協力的な関係を維持できる。 医療チーム内の対立を患者にとっても益となるように、解決する事が出来る</p>	<p>他の医療者と効果的に協力し、患者を中心に考えた医療ケアを提供する模範となる</p>

マイルストーンの学習の道しるべとしての役割

- コアコンピテンシーの詳細を規定している。
- 今まであまり評価されていなかったコアコンピテンシーの詳細を規定している。
- コンピテンシーについて、教育者、学習者のお互いが理解できる共通の言語を使用することにより、より効果的に教育できる。
- 学習者をより客観的に評価できる。

マイルストーンと問題学習者への介入

- マイルストーンを採用することにより、新たな問題学習領域を認識し、介入を考える助けとなる
- 介入の必要な研修医は、しばしば複数のエリアで不足している部分がある。
- 今までは、患者のケアと医療知識以外は、教育介入について話し合う共通の言語がなかった。

マイルストーンの運用

- 各研修医は、1年に2回、22のマイルストーンにもとづいて評価される
- 評価は6ヶ月ごとに、ACGMEに報告
- 研修医の進歩を継続的に評価するのに使用される。
- このデータは、研修プログラムの認定更新の一環として使用される。

研修プログラムの継続的な認定

NAS (New Accreditation System)

今まで：断続的な評価

- 5年ごと
- 研修内容を詳細に記載した書類の提出（膨大）
- 症例数、手技数の報告
- プログラム訪問と面接による評価

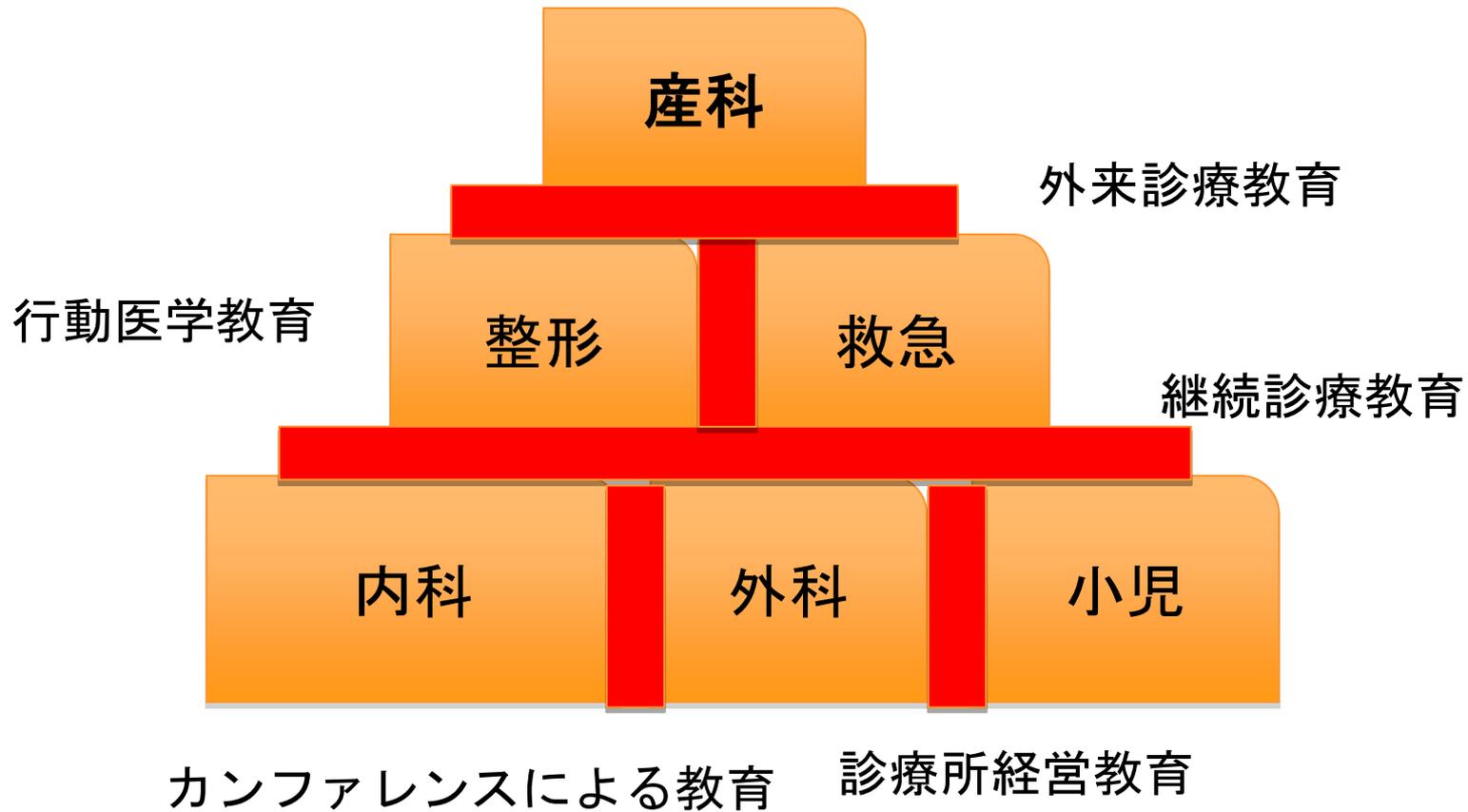
今後：継続的な評価

- マイルストーンによる研修医の進歩の報告（6ヶ月毎）
- 学習者、指導者への調査（毎年）
- 学習者の技術、技能への自己評価（毎年）
- 認定試験の結果（毎年）
- 指導者の学究活動報告（毎年）
- 認定期間を10年に延長

結語

- 慢性疾患の増加、医療費の高騰、高度の専門化などにとともない、アメリカの家庭医には新たな能力が求められている
- P4では家庭医レジデンシーの革新、変化が可能であること、そしてその促進因子、阻害因子が明らかになって来ている
- P4は新たなレジデンシー教育改革の火付け役となっている
- マイルストーンを使った、コンピテンシーのより詳細な設定と評価が今後臨床研修評価で重用視されている

今までの家庭医研修の構造 1970



従来の家庭医教育

- 3年間を通じた継続外来
- ブロックローテーションでの専門科研修
- 受身のカンファレンスでの教育
- 個人での診療を想定
- わずかな診療所運営へのかかわり
- 治療への重視（キュア vs ケア）

今後の家庭医教育の構造 2013

