

総合診療を専門とする医師の コア・コンピテンシー

医療福祉生協連家庭医療学開発センター
日本プライマリ・ケア連合学会
藤沼康樹
2014年5月

今日のお話

- 総合診療と都市部の医療 (Urban Health)
 - 高齢者救急をめぐる問題
 - 総合診療と高齢者診療
 - 総合診療と複雑性
- 総合診療のコア・コンピテンシーを如何に設定するか
- プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医試験の構造

ちなみに・・・

家庭医 ≡ 地域基盤型プライマリケア担当総合診療医

- 診療所における非選択的なプライマリ・ケア外来診療
- 継続的なケアを提供
- 予防医療・ヘルスプロモーションの提供
- 各種ケアのコーディネーション
- 家族メンバーの相談役
- 地域の健康問題へのアプローチ
- **在宅医療の提供**

都市部における2025年問題と 高齢者医療

- 高齢者人口
 - 2015年「ベビーブーム世代」が前期高齢者到達
 - 2025年には高齢者人口は約 3,500万人に達する
- 年間死亡者数
 - 2015年には約 140万人(うち 65歳以上約 120万人)
 - 2025年には約 160万人(うち 65歳以上約 140万人)
- 都市部における高齢社会の問題は、高齢化率ではなく、**高齢者の絶対数の爆発的増加**による
- ⇒特に最期の場面をどう支えるかが、医療の最大の課題のひとつ

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」

高齢者救急と家庭医療

- 89歳女性
- 高血圧、慢性腎臓病で近医通院中。1か月前から、軟便3-4行/日。2週間前から、嘔気、食欲低下。かかりつけ医での血液検査では変化なし。
- **今月3回目の救急受診**となった。
- 夫と二人暮らしで、今回は入院の準備をしてきた。結果的にはうつ状態、多剤投薬に起因する食思不振であった。
- 結果的に入院の必要はなかったが、家での介護が困難とのことで入院となった。

高齢者救急診療の難しさ①

主訴より経過

- 主訴:不全片麻痺 胸痛が先行なら⇒ 急性心筋梗塞?
- 主訴:痙攣 動悸が先行なら⇒ 完全房室ブロック?
- 主訴:意識消失 呼吸困難が先行⇒ 肺塞栓?
- 主訴:めまい 背部痛が先行⇒ 解離性大動脈瘤?

寺澤 2011

高齢者救急診療の難しさ②

既往歴から考える

- 肝障害⇒腹痛、ショック⇒ 肝がん腹腔内出血
- 進行乳がん⇒便秘、意識障害⇒ 高カルシウム血症
- 悪性腫瘍⇒腰痛、対麻痺⇒ 腰椎転移
- 後縦靭帯骨化症⇒転倒後両上肢知覚過敏⇒ 脊髄障害

寺澤 2011

高齢者救急診療の難しさ③

Polypharmacy: 多剤投薬

- **7剤以上は要注意!**
- ベンゾジアゼピン ⇒ 転倒などいろいろ
- ワーファリン+NSAIDs ⇒ INR ↑
- ワーファリン+マクロライド ⇒ INR ↑
- ワーファリン+キノロン ⇒ INR ↑
- ACEI+スピロラクトン ⇒ 高カリウム血症
- ジギタリス+ペラパミル ⇒ ジギタリス中毒
- テオフィリン+キノロン ⇒ テオフィリン中毒
- SU剤+ハロペリドール ⇒ 低血糖

寺澤 2011

米国救急医学会 高齢者救急の質指標

- 認知機能の評価(高齢者の機能評価が不十分であることを反映)
- 痛みのマネージメント(高齢者の救急患者の痛みへの対応が不十分であることを反映)
- 紹介先との連携(施設やかかりつけ医との情報の伝達などが不十分であることを反映)

Terrell, Kevin M., et al
Academic Emergency Medicine 16.5 : 441-449, 2009

入院適応のない患者さん その対策？

- 帰宅支援部
 - 暮らしの保健室(秋山正子)
 - Ambulatory care-sensitive conditionsへの対応強化
- ⇒プライマリケアレベルでの予期的なケアが重要

Ambulatory care-sensitive conditions

- 救急現場の声・・・「どうしてこんな入院させるの？」「丸投げはやめて！」
- **プライマリ・ケアの現場で適切にマネージメントすることで、不必要な入院を防ぐことができる可能性のある状態**
 - 悪化や再燃を防ぐことのできる慢性疾患
 - 早期介入により重症化を防ぐことのできる急性期疾患
 - 予防接種等の処置により発症自体を防ぐことのできる疾患

リサーチ・クエスチョン：

「この入院は防ぐことができたか？」

- Freudらは、ドイツのある地域の拠点病院における入院患者の中で、ACSCsと判断された104事例をとりあげ、紹介元の家庭医に「この入院は防ぐことはできたか？」というテーマでインタビュー調査を行うという非常に興味深い質的研究を行った。

Freund T, Ann Fam Med, 11(4):363-370, 2013

研究結果からの政策提言

- 患者の社会的背景、服薬アドヒランス、セルフマネジメント能力などを評価し、ACSCsで入院のリスクの高い患者を同定すること。
- 処方を見直すこと。
- 入院のリスクの高い患者には定期的に電話で状態を聞くこと
- 患者及び介護者にセルフマネジメントについて教育すること、特に症状悪化時の対応法
- TV電話や遠隔モニタリングの導入
- 患者にかかわる各セクターとの日常的なコミュニケーションの強化する
- ACSCsで入院となった責任は各セクターで共有すべきで、プライマリ・ケア現場のみに帰すべきでないという合意形成を地域で実施

Freund T, Ann Fam Med, 11(4):363-370, 2013

高齢者医療には 多次元的アプローチが必要

- 82歳の女性 息子夫婦と3人暮らし
- 軽度の認知障害、不眠、白内障、難聴、骨粗鬆症、腰痛と膝関節痛があり、さらに糖尿病、高血圧症、心不全で投薬を受け下剤を常用している。足の爪の変形がある
- この患者がある日家族につれられて受診。主訴は尿失禁と食欲不振である。

広角レンズに切り替えてみる

- 一歩引いて総合的に評価してみる
- この患者は、「利尿剤増量⇒尿量増量」「歩行障害」「白内障」「トイレまでの距離と照明」が、累積して、尿失禁として問題が顕在化した。

都市部のプライマリ・ケアの分断

- 75才男性の問題リスト
 1. 糖尿病・高血圧:A内科医院(糖尿病専門医)にて経口血糖降下剤処方
 2. 心房細動:B病院循環器内科にて抗凝固薬処方
 3. 変形性膝関節症:C整形外科医院にてNSAIDS処方及び物理療法
 4. 皮脂欠乏性湿疹:D皮膚科医院にて抗ヒスタミン剤と軟膏処方
 5. 白内障:E眼科医院にて保存的治療
 6. **そして、ものわずれがひどいことが気になり、F病院神経内科受診予定**

プライマリ・ケアにおける健康問題の構造

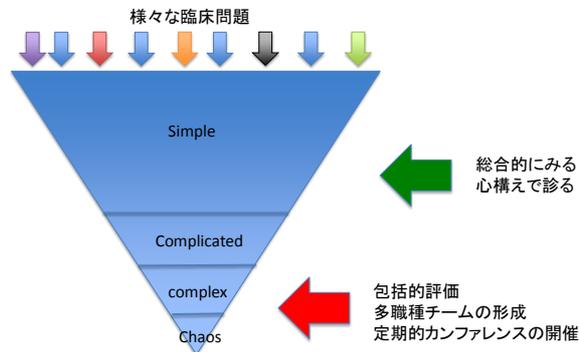
- **Simple**な問題
 - アルゴリズムやプロトコルで対応可能
- **Complicated**な問題
 - 相互に影響関係のあるいくつかのSimpleな問題の組み合わせ。プロトコルはないが、一般化可能な対応のコツはある
- **Complex**な問題
 - Complicatedな問題にくわえて、個性の高い要因がおおく影響。一般化可能な対応法を絞り込むことが困難
- **Chaotic**な問題
 - 問題群がコントロール不可能な問題を多く含み、危機的状況に陥りつつあり、今後の展開を予測することができない
 - 良い対応法は、問題がおちついたあとの振り返りでしか見出すことができない

Martin and Sturmberg 2005

Complex/Chaoticな問題例

- 単身生活の高齢者で、社会的に孤立しており、法的・家族的問題を抱え、狭心症、糖尿病、慢性腎不全、うつ病があり、アルコール問題の悪化により生じた危機的状況をどうマネジメントするか？

家庭医療・総合診療の外来現場



Complex/Chaosに取り組むために必要なスキル

- 複雑さを表現するボキャブラリー
- 患者中心のコミュニケーションスキル
- チームマネジメントのスキル
- 地域の様々な医療保健福祉リソースの開拓スキル

レジデントの悩み1

複雑であることを、どのように分析・記述し、伝え、
マネージメントすればいいのかわからない。

- 生物医学的ボキャブラリーでは太刀打ち出来ない
- 看護学、社会学、人文科学など医学以外の語彙を知ることで、複雑困難事例をまわりに伝えることができる
⇒アプローチのフォーカスをしぼることができる
- **質的看護研究から学ぶことが多い**
 - 誤嚥性肺炎のため胃ろう造設をおこなった高齢者家族の意思決定プロセス 島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要 5, 161-168, 2011
 - 重度認知症高齢者の代理意思決定において胃瘻造設を選択した家族がたどる心理的プロセス 日本老年看護学会誌 16(1), 75-84, 2011-11-30

レジデントの悩み2

一人で事例をマネージメントすることは
精神的にも時間的にも難しい

- 多職種チームの形成
- 情報収集、評価、プランの作成などを多職種協働で実施
⇒「つらいのは自分一人でない」という意識をもつ ことができる
⇒「問題解決」だけでなく、「安定させる」「落ち着かせ
る」という目標設定の大切さを知る
⇒事後的にチームで振り返りを行い、教訓を引き出しつつ、
チームメンバーの心理的・感情的なサポートを行う

レジデントの悩み3

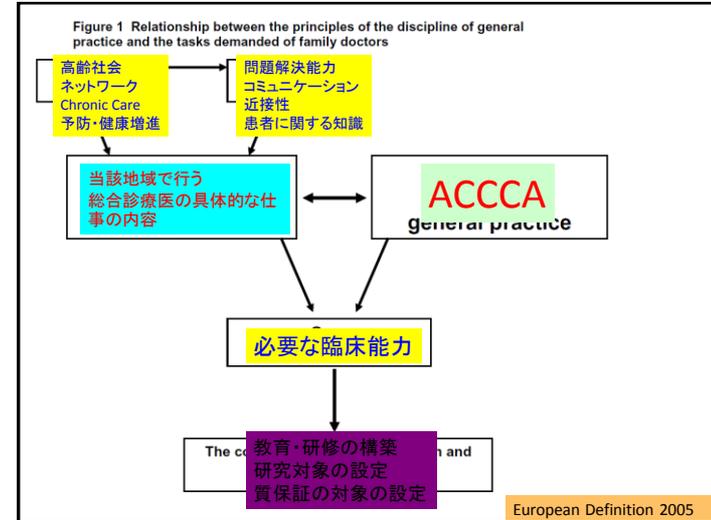
マネージメントの助けになる
地域のリソースがわからない。

- 自分の施設以外の医療保健福祉、行政機関などのスタッフを「具体的」に知っていること
- 地域には、ボランティア組織、趣味や活動の団体など豊富なインフォーマルリソースを知ること
- 困ったことはチームに相談し、地域に相談すること⇒**人のつながりを生かしたアプローチ**

地域の医療者との対話の場を構築

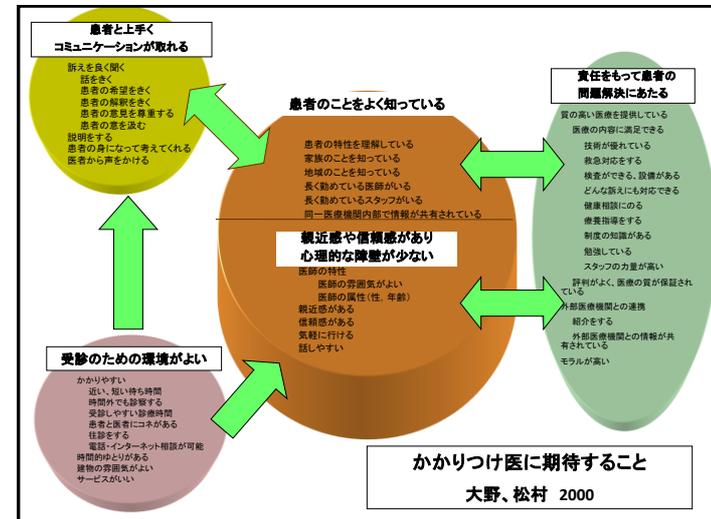
- ワールド・カフェ@浮間、の取り組み

コア・コンピテンシーはどう決めるか



患者要求と受療行動

患者は本当に病院志向か？



かかりつけ医の必要要件

- 問題解決能力
- 近接性
- フラットなコミュニケーション
- 患者のことをよく知っている

総合診療専門医が備えるべき臨床能力の例示 (1人の専門医が、以下のすべての項目を実践できること)

- 外来で
 - 健診で初めて高血圧を指摘された患者について、疾患の説明、二次性高血圧の除外、食事運動指導、自宅血圧管理指導、禁煙指導ができる
 - 不眠と頭痛で受診した患者について、うつ病を的確に診断し、自殺念慮を確認して精神科に適切にコンサルトできる
 - 動悸、全身倦怠で受診した患者について、適切な鑑別診断を行ってパセドウ病と診断し、抗甲状腺薬による治療を開始できる
 - 女性の月経前症候群や更年期障害の診断と治療を行い、必要に応じて専門科にコンサルテーションできる。
 - 小児の予防接種について、母親に正確に説明し、適切に実施できる



総合診療専門医が備えるべき臨床能力の例示 (1人の専門医が、以下のすべての項目を実践できること)

- 救急当直で
 - 気管支喘息中発作で受診した小児患者にガイドラインに準拠した治療を行って、翌日の小児科外来受診を指示できる
 - テニスのプレー中に転倒して足首痛を訴える患者について、適切な初期評価・治療、および必要に応じて固定まで行い、整形外科受診を指示できる。
 - 胸背部痛で受診した患者について、大動脈解離と診断して循環器外科医に適切にコンサルトできる。
 - 鼻出血で受診した患者について、止血処置を含めた適切な初期対応ができる
 - 食欲不振、ADL低下で受診した高齢患者について、肺炎と診断して入院の判断ができる。



総合診療専門医が備えるべき臨床能力の例示 (1人の専門医が、以下のすべての項目を実践できること)

- 病棟で
 - 脳梗塞後遺症、認知症、糖尿病があり、誤嚥性肺炎で入院した高齢患者の全体のマネジメントができる
 - 様々な症状緩和や倫理面の配慮を含めた癌・非癌患者の緩和医療ができる
 - 熱中症で入院した独居老人について、脱水の補正を行い、全身状態の改善を図るとともに、退院後のケアプランの調整ができる。
 - 不明熱で入院した患者について全身精査を行い、悪性リンパ腫を疑って血液内科専門医にコンサルトできる。
 - 外科の依頼を受けて、糖尿病患者の周術期の血糖コントロールができる



総合診療専門医が備えるべき臨床能力の例示
(1人の専門医が、以下のすべての項目を実践できること)

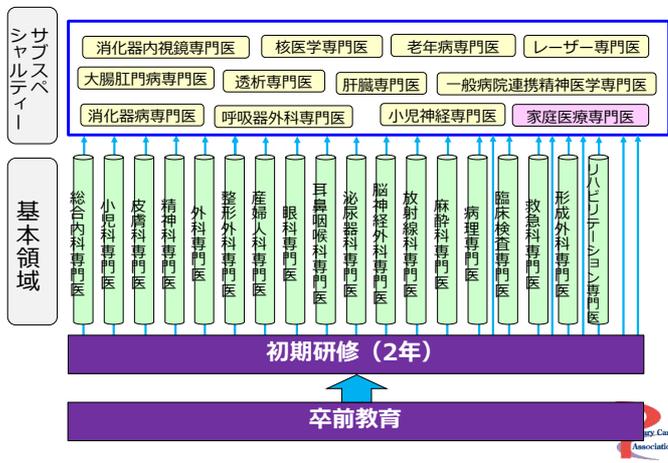
● 地域で

- 寝たきりで褥瘡を作った患者の訪問診療を行い、褥瘡の治療を行うとともに、ケアマネージャーや介護職と相談して、ケアプランを見直すことができる
- COPDで在宅酸素療法を受けている患者の医学的管理を行うとともに、訪問看護師、理学療法士と協力して、ADLの維持に努めることができる
- 学校医として、小学生の健康管理と学校への適切な助言ができる
- 地域住民を対象として、禁煙教室を開催できる
- 地方自治体の担当者と協力して、子宮頸癌ワクチンの導入に関する協議に参画できる



プライマリ・ケア連合学会が考える
総合診療医のコンピテンシー

専門医のキャリアパス (現在)



専門医のキャリアパス (新制度発足後)



総合診療専門医のあり方

総合診療専門医は、従来の領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「**扱う問題の広さと多様性**」が特徴であり、専門医の一つとして基本領域に加えるべきである。

総合診療専門医は日常的に頻度の高い疾病や傷害に対応出来る事に加えて、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応出来る「**地域を診る医師**」の視点が重要である。

地域のニーズを基盤として、**多職種と連携**して、**包括的且つ多様な医療サービス**（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケアなど）を柔軟に提供し、地域における**予防医療・健康増進活動**等を通して地域全体の健康向上に貢献出来る。

キーワードは「**地域**」



家庭医療専門医その名称の問題

- 2017以降専門医制度の大きな変化⇒日本においては「総合診療専門医」
- 英語名はGeneral Practice(??)
- ヨーロッパ型Family Medicine + 北米型Hospitalist Medicineのハイブリッド

コア・コンピテンシーは 何によって決まるか？

- ヘルスケアシステムの現状と予測、患者・地域住民のニーズと要求から設定される、具体的なタスクと仕事内容
- 総合診療の価値観(Value system)あるいは原則(Principles)
- すべての医師に必要なコンピテンシー

日本における総合診療の タスクの現状及び期待

- 非選択的外来診療
 - 対象は年齢、性別、臓器、医学的問題であるかどうか、に制限されない
 - 基本的な問診・身体診察、一般的な検査により、適切に診断、治療、適切な専門科に紹介
 - Gate openerとしての役割
- 頻度の高い慢性疾患の継続管理
 - 診療のコンテキストにより、取り扱う疾患は異なる
 - 専門各科とのShared care、複数科にケアされている場合の調整の役割
- 予防医療・健康増進
 - Case findings、行動変容、健康診断
 - 予防接種

- 在宅診療
 - 定期訪問診療、臨時往診
 - 在宅急性期ケア、在宅緩和ケア
 - 地域包括医療
 - 病診連携
- 施設(病院以外)のメディカル・サービス
 - 福祉施設、療養施設の入所者の健康管理
 - 学校医、産業医

- 一次救急医療、及び二次救急医療の一部
 - 病院当直業務、救急当番
 - 電話相談(Telephone triage)
- 病院病棟医療
 - 外来・在宅などとシームレスなケアが必要な高齢者(Frail elderly)の入院ケア
 - 併存疾患の多い事例の主治医機能
 - 心理社会倫理的複雑事例への対応とマネージメント
 - 退院支援と地域連携機能
 - 癌及び非癌患者の緩和ケア
 - 診断困難事例への対応
 - 病院における各種マネージメントと、医療者への教育活動
 - 検査・治療手技は診療のコンテキストに依存する

- 地域支援活動(Community outreach)
 - 地域住民へのヘルスプロモーション活動
 - 地域公衆衛生活動
 - 地域開発支援
- 経営・マネージメント活動
 - 診療所の運営・経営
 - 病院の運営・経営
 - 安全管理と医療の質管理

- 教育活動

- 卒前・卒後・生涯教育へのかかわり
- 地域指向性医学教育の実践
- 多職種教育への援助

- 研究活動

- プライマリ・ケア研究～Practice based research等
- ヘルス・サービス研究

総合診療の価値観と行動原則 (Values and Principles)

文献的検討

- Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998
- The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA, 1991
- Core competencies in hospital medicine: development and methodology. J Hosp Med. 2006;1 Suppl 1:48-56.
- 藤沼康樹編「新総合診療医学(家庭医療学編)」カイ書林
- 徳田安春編「新総合診療医学(病院総合診療医学編)」カイ書林
- 日本プライマリ・ケア連合学会編「日本プライマリ・ケア連合学会基本研修ハンドブック」南山堂

総合性と包括性

- 非選択的な健康問題への1次対応を行い、ヘルスケアシステムへのgate openerの役割を果たす
- 生物医学的アプローチと心理社会的アプローチをバランスよく行う
- 予防、治療、緩和、リハビリを統合して実施する
- 患者指向性の問題解決を行う
- 最良のエビデンスに基づいた診療を行う

継続的なケア

- 身近な「かかりつけ」医機能を果たす
- ライフコースに沿ったケアを行う
- 患者アドボケイトの機能を持つ
- アクセスの保証を行う

家族指向性

- 家族メンバーのケアを行う
- 家族のコンテキストを考慮したケアを行う

地域指向性

- 地域のコンテキストの中での各種判断を行う
- 地域の疫学に基づく臨床推論を行う
- 特定のリスクあるいは健康問題をもつ人口集団へのケアを行う
- 地域の健康度の向上に資する

多職種連携とコーディネーション

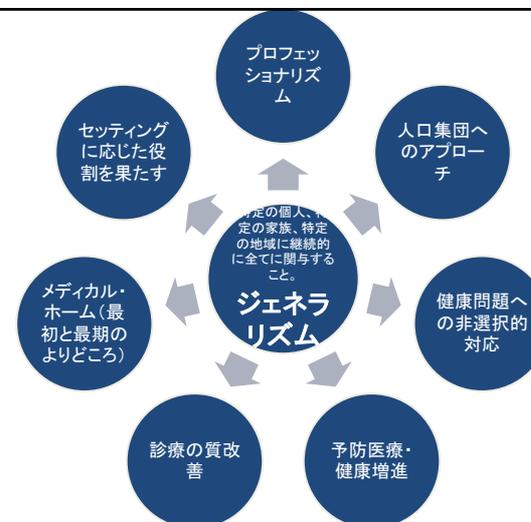
- 施設内、施設外の医療者や福祉職などと協働する
- チームのメンバーの役割を果たし、必要なリーダーシップを発揮する

全ての医師に共通の コンピテンシー

すべての医師に共通

- 全ての専門医に必要なコンピテンシーは総合診療医のコンピテンシーとして重視
- 卒前研修、初期研修でも同様なコンピテンシーが設定されているが、専門医研修でも引き続き位置づけられ、評価を受けることを提案。

- プロフェッショナリズム
- 医師患者関係構築と対人コミュニケーション
- EBM、生涯学習、ICT、省察的実践
- 医療の質保証・改善と安全性
- 医療制度の理解

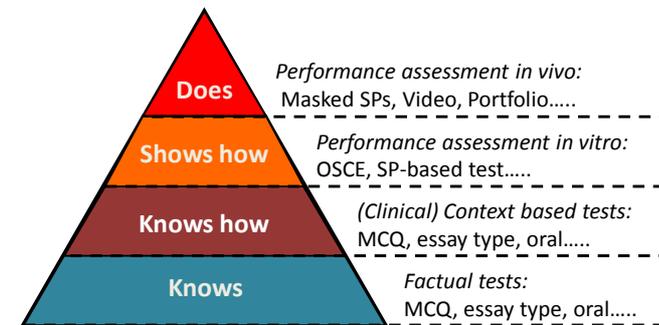


プライマリ・ケア連合学会認定 家庭医療専門医試験の構造

Showcase Portfolio

- Performance assessment in vivo
- 学会認定専門医が習得すべきコンピテンシーの領域に関する達成を証明する仕事内容を記述する。
- 症例報告ではなく、実践内容を記述する。
- カバーレター、本文、振り返りが構成要素
- 「生物心理社会アプローチ」「家族アプローチ」「地域ケア」「救急医療」「緩和医療」「プロフェッショナリズム」など10テーマ

評価からみた医師の臨床能力



Modified essay questions

- Cognitive assessment、問題解決能力を評価
- 比較的複雑な症例を提示し、設問に答える
- 出題領域は、EBM、日常病、慢性疾患、メンタルヘルス、高齢者医療、小児医療、緩和ケア、ウイメンズヘルス

CSA

- Performance assessment in vitro
- 8つのステーションで構成される「模擬診療所」
- 1ステーション12分
 - 一次救急対応のステーション
 - 小児・思春期患者の外来診療に関するステーション
 - 心理社会的問題へのアプローチに関するステーション
 - 日常病の外来診療に関するステーション
 - 外来での小外科処置に関する実技試験のステーション
 - 禁煙等の生活習慣に対する行動変容アプローチに関するステーション
 - 高齢者ケアに関するステーション

参考：MRCGP CSA サーキット1

1. 最近ずっと疲れが取れなくて、よく眠れない、という初診の46才男性
2. ちょっと恥ずかしいんだけど先生、膀胱の調子がチト悪くてね、という高血圧で通院中の68才男性。
3. 最近胃の調子がわるくて、消化不良なんだよ、先生。なんか薬くれる？という37才のバブ従業員。
4. 2ヶ月中断していた57才女性の糖尿病患者。
5. 自分の親父のように痛がって死ぬのはいやだ、という59才の進行肺がんの男性
6. ずっとひどい頭痛で悩んでいて、いつも買っている鎮痛剤がきかなくて困っているという26才女性。

参考：MRCGP CSA サーキット2

7. 自分の酒の問題をなんとかしたいと相談にきた37才男性
8. 両手先がびりびりして痛むという38才女性
9. 片方の下腿の痛みと腫れが急にきたという、24才の肥満した女性
10. 目のかすみ心配で来院した37才男性。症状的には、多発性硬化症をおもわせる症状が他にもあるが、患者は「大丈夫だよ？先生」を繰り返す
11. 42才の女性で皮疹が主訴。病歴とあわせて皮膚の所見は接触性皮膚炎
12. ホット・フラッシュをうったえる54才女性。症状にたえられないと
13. けいれんを主訴に来院した50才男性。こんなのははじめてで、てんかんだしたら、運転手を仕事にしているんで失業してしまうと心配している

今後の課題として

- 評価法のさらなる開発
- コンピテンシーの妥当性に関する検討
- 生涯学習あるいはContinuing professional developmentのためのシステムの構築、それに結びつけた有意味は更新制度の開発

ありがとうございました。