

平成 26 年度 日本プライマリ・ケア連合学会

家庭医療専門医・第 1 回認定医試験の講評

MEQ 講評

必須問題①

問 1. 概ね得点できていました。しかし、診断基準が曖昧だったり、不足していたりすることもありました。改めて、診断基準を見直してみてください。疾患の説明については、糖尿病という病気そのものや、三大合併症について言及する方が多くみられました。その一方で専門用語が多く、教科書の記載のようになってしまっている方もいました。患者さんに糖尿病について聞かれたときに、どのように答えるのか、ご自身なりの枠組みを考えてみてください。

問 2-1. 多くの方が、ビッグアナイド、SU 剤、DPP-4 阻害薬を選んでいました。それぞれの副作用については概ね良好に得点できていました。薬の適応や治療のアウトカムを考慮した薬剤の選択を意識するようにしてください。時々、存在しない剤形を記載したり、おそらく薬剤を間違えたのだろうというような用量表記が見られました。処方の際には、自分の記載を改めて確認するようにすると良いと思います。

問 2-2. 運動療法、食事療法については多くの方が記載していました。かなり詳細に例を挙げて説明している方もいましたが、「減塩」「栄養指導」のように具体性にかける記載もみられました。栄養士や看護師、保健師などによる指導も大切ですが、医師から具体的にアドバイスするのも大変重要なことですので、是非実践してみてください。

問 3. 様々なことについて記載がみられました。健診で指摘されていた尿潜血や軽度の脂質異常についてのフォローアップを行うという記載もありました。疾患についてのことだけでなく、ヘルスプロモーションも総合診療医として重要な点ですので、今後も意識するようにしてください。

必須問題②

問 1. 虚弱高齢者の転倒に対する対応について問いました。日常診療での経験の有無により、解答内容に差がある様に見受けられました。後期高齢者においては、転倒を契機に要介護状態へと至る事が多く、その対応について研修中に修得されることを期待しております。

問 2. 虚弱高齢者が経口摂取不良となった場合の対応についての評価・マネジメントの観点から問いました。今後も研修中に経験を積み、虚弱高齢者の経口摂取不良へ包括的にアプローチするための臨床能力を修得されることが望まれます。

問 3. 継続的に関わった虚弱高齢者への方針決定や、患者・家族への具体的説明法についての出題でした。患者中心のアプローチやアドバンス・ケア・プランニングの考え方もふまえた虚弱高齢者・家族への関わりは、今後のプライマリ・ケア医の大きな役割であり、今後も研鑽が望まれます。

必須問題③

【出題のねらい】

複数の慢性疾患をベースに、ラクナ梗塞を発症した虚弱高齢者のリスク予測とマネジメントについて問う問題です。脳梗塞の再発予防、虚弱高齢者のリスク予測、ポリファーマシーへの介入と、リハビリテーションの視点についての理解を求めました。

【講評】

問 1. 再発予防のための治療についての知識を問う問題です。降圧治療の強化と、脂質異常への介入を解答に求めました。大部分の方がこの二種類を解答されていました。

問 2. 高齢者に特有のリスクについての知識を問う問題です。虚弱高齢者に多い、転倒、うつ、認知機能障害、尿失禁・尿閉など排泄に関する問題や、薬剤に関連した消化出血や低血糖などを解答に求めました。多くの方は上記の解答をしていただいておりますが、心不全や肺炎などの病名を解答された方が散見されました。

問 3. ポリファーマシーへの介入についての知識を問う問題です。問 2 で問われたリスク予測をもとに、転倒予防、認知機能悪化予防、低血糖予防、消化管出血予防などの観点から、中止・減薬すべき薬剤を解答に求めました。多くの方が上記に該当する薬剤を解答されていました。

問 4. ICF の視点に基づくリハビリテーションについての知識を問う問題です。身体機能訓練だけでなく、日常生活に必要な「活動」や、「社会参加」を保障するための環境の調整、諸制度の活用を解答に求めました。多くの方が上記の視点で解答されていました。

必須問題④

【出題のねらい】

日常診療において Evidence-based Medicine を実践するための基礎知識と思考を問う問題です。本課題は、急性咽頭炎患者で溶連菌感染とインフルエンザの診断と治療を考えるというありふれた臨床問題を題材に、エビデンスをどのように活かしながら臨床判断を行うか、という EBM 実践の手順を踏むことができるかどうかを評価しました。実際の診療現場では原著論文を直接読む機会は必ずしも多くないため、エビデンスに基づいた二次資料である DynaMed®にある「Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children. Cochrane Database Syst Rev 2014 Apr 10;4:CD008965」についての記載を引用しました。EBM の 5 つの step のうち、特に情報の患者への適用 (Step 4) に重点を置いて問いました。EBM は単に論文を批判的吟味することや情報収集することではなく、実践できてこそ意味があるからです。

【講評】

問 1. 診断で用いるツールの名称を問いました。正答率は低めでした。

問 2. 問題文にある患者の状況から Centor score を評価してスコアを付け、そこから事後確率を計算することができるか評価しました。ベイズの定理を理解していれば、正答できると思います。

問 3. DynaMed®の記載から、その研究のデザインを読み取れるか評価しました。正答率は高めでした。

問 4. DynaMed®の記載から、各アウトカムについてのノイラミニダーゼ阻害薬の治療効果について読み取れるか評価しました。概ねよく読みとれていました。

問 5. 研究結果を、目の前の患者での臨床判断に利用することができるか評価しました。EBM 実践の 4 要素である、エビデンス (Research evidence)、患者の病状と周囲を取り巻く環境 (Clinical state and circumstances)、患者の好みと行動 (Patient's preference and action)、医療者の臨床経験 (Clinical expertise) を知っているか、またそれぞれ考慮することができるかどうかを評価しました。多角的な視点からの臨床判断を採点の基準にしており、考慮している要素が多いほど加点対象となります。要素の名前が書けていなくても、その内容が各要素を表している場合は加点しました。なお、最終的に下した治療内容そのものは採点対象にはしておりません。実際に診療に従事していれば、容易に答えられたと思います。

選択問題⑤

単純性肥満の小児に対する初期のマネジメント全般に関する設問です。

問 1. 診断について問いましたが、全体的に得点は高めでした。

問 2. 診断を踏まえた病状説明、初期の治療計画についてですが、問 1 に比べると得点は低くなっていました。方向性としては、以下の点に留意して治療を進めることが求められます。

- ・将来的なリスク（成人期の肥満、生活習慣病、動脈硬化性疾患等）
- ・学校や友人関係など、心理社会面の広い範囲への影響
- ・成人との患者教育のアプローチの違い

生活指導についても、家族背景や生活状況を踏まえた具体的なアドバイスが必要です。

選択問題⑥

メンタルヘルス領域で家庭医が直面することの多い「不眠」をテーマに出題しました。最近ではベンゾジアゼピン系薬剤のデメリットが改めて注目されており、薬だけ処方して終わりという診療は不十分です。睡眠状況を把握する質問、睡眠衛生に関する生活習慣指導、必要最小限の薬物療法の提供ができるよう、知識を整理して頂きたいと思います。

選択問題⑦

【出題のねらい】

長年、自分の診療所に通院している患者さんが腎細胞癌、多発肺転移と診断され、治療を受けた後に病状が進行し、在宅で緩和ケアを受けながら療養するためにプライマリ・ケア医に必要な基本的な薬物治療や看取りに必要な知識について問う問題です。この領域について、今後の生涯学習のために参考になるものとして様々な成書以外に、全国各地で行われている緩和ケア研修会（PEACE プロジェクト <http://www.jspm-peace.jp/index.html>）や、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト：OPTIM study（厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究）」のサイト（<http://gankanwa.umin.jp/index.html>）にある動画やパンフレットが挙げられます。

【講評】

問 1. 在宅でできる問診を中心に痛みの性状を評価するポイントを問う問題です。解答には、内臓痛や体性痛という表現も時折見られましたが、痛みの特徴、強さ、増悪・緩解因子、日常生活への支障などに関する記載を期待していました。

問 2. がん性疼痛に対してオピオイドを開始する際の具体的な処方内容を問う問題です。レスキュー処方まで記載出来ている方は非常に少なく、処方内容も市販されていない用量を記載される方や、オピオイド初回投与時にフェンタニル貼付剤を選択されている方が見られたことは、日常臨床でオピオイド処方を行っている経験の差が反映されていると考えられます。

<参考資料>

①Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol.* 2012;13(2):e58-68.

②がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2010 年版 日本緩和医療学会（現在は 2014 年版が市販されています）

③3 ステップ実践緩和ケア. 青海社, 東京, 2013

問 3. オピオイドの処方に際して注意すべき主な副作用を問う問題です。期待通りの解答が多い一方で、空欄である方も少なからず見受けられました。

<参考資料>

①がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2010 年版 日本緩和医療学会（現在は 2014 年版が市販されています）

問 4. 看取りに際して、一般的に見られる症状や状態の変化を問う問題です。解答は、ご本人、ご家族に伝える内容を期待していましたが、医療者しか評価できない症状や状態の変化を記載したものも多くみられました。看取り期に見られる症状や状態変化を患者、家族に伝えることは、不安を和らげ、残された時間を有意義に使ってもらうためにも重要であると考えられるため、参考資料

（<http://gankanwa.umin.jp/pdf/mitori01.pdf>）などを活用していただくと良いと思います。

選択問題⑧

【出題のねらい】

帯下の診断では婦人科診察が必須ですが、その基本的項目と鑑別方法について問う問題です。どのような婦人科的主訴であっても合併もしくは鑑別が必要となる一般的な性行為感染症の鑑別が想起でき、その診断計画が立てられるかを問いました。避妊方法は日常診療でも総合診療専門医には必須の知識であり、最も簡便に利用されているコンドームの具体的な使用方法の説明と、それ以外の避妊方法についてメリットデメリットを網羅的に説明した上で患者とともに選択できるための基本知識が求められます。

【講評】

問 1. 帯下の正常と子宮頸部所見の混同がみられました。カンジダ膣炎の場合は典型例では子宮頸管炎は起こさないで、正常子宮頸部となります。

問 2. クラミジアや淋菌は培養検査が現在標準的とは言えず、不正解としました。HIV は標準的にはまず HIV 抗体を測定してからウエスタンブロットなど抗原検査になるため、抗体検査以外の検査は不正解としました。

問 3. (前回既出) 出来、不出来が二分した設問でした。IUD とペッサリーを混同している受験者がいました。子宮摘出は倫理的にも避妊法とは認められません。また妊娠検査薬、排卵検査薬も避妊法とは認められておりません。得点率は高めでした。

一時救急（一時救急対応のステーション）

日常診療で遭遇することが多い「めまい・ふらつき」に対して、病歴や診療所レベルで行える検査結果から、緊急性の高い原因を見逃さず診断することを評価しています。また、診断結果に応じて高度医療機関への紹介を適切に行うことも、同時に評価しています。今後も、どのような状況であっても、一般的な臨床検査の解釈は、適切に行えるように研鑽を続けていきましょう。

小児・思春期の問題（小児・思春期患者の外来診療に関するステーション）

初回の単純性熱性けいれん（頓挫後）を最も疑わせるケースです。

- ・ けいれん発作に関する病歴聴取
- ・ けいれんを起こす危険な疾患の除外
- ・ 発熱の鑑別
- ・ けいれん後の対応（抗けいれん薬、解熱鎮痛薬など）
- ・ 保護者の不安に対応した病状説明や声掛け

などが主な評価の対象となりました。

診断のプロセスについては、受験者の到達度は高いという全体的な印象でした。病状説明や家庭でのケアの指導については、受験者によってばらつきが見られました。

心理社会的問題（心理社会的問題へのアプローチ）

【出題の狙い】

このステーションでは、家庭医の外来において遭遇する病院からの逆紹介の症例において、生物学的問題を除外した後、その背景にある心理・社会的背景にアプローチする事ができる能力を問うことを目的とした問題となっています。10 分間という限られた診察時間の中全てに対してアプローチすることは困難ですが、家庭医療専門医として、継続性を意識しながら心理社会的な問題に対して的確にアプローチする能力は必須と考えられます。

【講評】

心房細動・全身倦怠感など生物心理学的問題に関しては前医にて各種検査を行い、主要な疾患に関しては除外していることを前提としました。受験者の中には生物学的な鑑別に終始して時間切れとなった方が一定数見受けられましたが、家庭医の外来では限られた診療時間の中で心理社会面にもバランスよくアプローチする能力が求められます。この辺りは意識して普段の診療にも取り組んで頂きたいと思います。

心理的問題としての抑うつ状態・不眠に関しては、概ねアプローチできていました。初診時は緊急性のある自殺企図や自殺願望などを必ず除外するように質問することは重要です。この点は受験者によって回答にばらつきが見られました。

社会背景に関しては、アプローチできていた受験者は少数でした。今回の場合、心理的な問題の背景には複雑な社会的因子（認知症の義母の介護・夫の介護への非協力的な所・息子の家族内暴力など）が隠されていました。社会背景に対しても効率よく素晴らしい対応ができていた受験者も少数ではありますが、見られました。限られた時間の中難しい対応だとは思われますが、家庭医療専門医としてはこのレベルまで求めたいと思います。

今回患者の主訴としては、心房細動の継続加療でした。しかしその裏に隠された受診理由としては心理・社会的背景における問題への対応です。地域を基盤とし家族・社会背景も含めて患者を診ていくことを専門とする家庭医にとって、生物学的問題以外に目を向けることは重要です。また患者は家族の一員であり、家族の構造や状況は患者の健康に影響をおよぼす事を十分に理解して対応できる能力を家庭医療専門医として身につけていることを期待します。

日常病（日常病の外来診療に関するステーション）

コモンディジーズのセッションは、日常診療で極めてよく診るであろう高中性脂肪血症で受診される患者さんへの初診対応を評価することが目的でした。

健診で指摘された高中性脂肪血症について、患者さんの思いに配慮しつつ、今後の診療に必要な病歴聴取・身体所見・検査などを行い、一連の診察を終えることを重視しています。一般的な外来診療スキルやコミュニケーションスキル、必要最低限の問診項目が聴取されているか、患者さんの解釈モデルの確認などが為されているか、高中性脂肪血症の診断や今後の予後・治療に関する説明・具体的な生活習慣指導が為されているかなどを評価対象としています。

薬物療法を希望しているという症例設定としましたが、高中性脂肪血症のみに対する薬物介入が大血管病変の一次予防に繋がるかどうかは現時点では不明確です。高中性脂肪血症患者の心筋梗塞発生率は高いことが報告（Arch Intern Med. 2009;169(6):578.）されていますが、交絡因子も多数あること、それに対する介入による予防効果が証明されていないというのが実情です。一般的に推奨されているアプローチとして、心血管リスクの評価を行い、high risk 患者では高血圧や糖尿病、喫煙状態への介入、運動習慣や肥満への対処を優先するべきとされています。また、薬物療法を検討する場合に、フィブラート系薬剤やニコチン酸、EPA 製剤などはスタチン系薬剤よりも中性脂肪値を下げることは知られていますが、心血管イベント抑制という観点からはスタチン系薬剤を推奨するという報告も出てきています。

プライマリ・ケア医として、このような不確実性が大きい分野に対して、患者さんの個別性に配慮しながら、疾患リスクや予後、治療効果の見積もりなどの説明を通して、Shared decision making できるかは極めて重要なスキルの一つですが、まだまだ不十分な印象を持ちました。

多くの受験者の方は、患者さんの受診に繋がった潜在的な不安感を聞き出し、傾聴・共感・アドバイスと繋げて下さっていましたが、中には「どうして受診したのか分からない」といった内容の対応をされた方がいらしたのは残念でした。一見すると“つかみどころの無い”患者さんで、困惑された方もいらっしゃるかもしれませんが、日常診療では非常に良くある診療セッティングであると思います。この機会にもう一度自身の診療内容を振り返る機会にして頂ければ幸いです。

小外科（外来での小外科処置に関するステーション）

研修中に一定以上の小外科の経験があるかどうかを確認させて頂きました。手技とくに縫合の実際は、臨床経験が反映されると考えられますが、修得されている方が多い印象でした。処置法には非常に多くのバリエーションがありますが、その方法で行う理由を明確にし、適切なインフォームド・コンセントを実践することがプライマリ・ケア医には求められていると考えております。

また、プライマリ・ケア医が扱ってもよい傷か否かの判断も重要で、研修でこれらを修得されることを期待しております。

患者教育（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）

60 歳男性/女性で、禁煙に関して失敗歴があり、禁煙に対する自信がない反面、孫の言葉をきっかけに禁煙外来に興味を持った関心期の症例を取り上げました。当領域の評価の狙いは担当医が禁煙に対する正しい知識をわかりやすく話してくれるか、患者の内心やめなければと思っている気持ちや不安をうまく引き出し、関心期から実行期につながるような面談の組み立てになっているかを評価しました。

半分以上の受験者はよくできていましたが、行動変容のステージを意識した質問やニコチン依存についてなどの焦点を当てた質問ができていなかった場合や、一方的な情報提供にとどまる受験者なども散見されました。

高齢者医療と主治医意見書（高齢者ケアに関するステーション）

【高齢者医療】

認知症の高齢男性と付添いの嫁（介護者）への医療面接です。患者は通院を拒み、待合室でも落ち着きがありません。嫁は通院が限界と感じ、在宅医療の相談がしたい、という設定です。嫁の解釈モデルを引き出し、在宅ケア導入に向けて必要な情報を収集し、方針を決定できるか否かを評価しました。在宅ケア導入に必要な情報とは、ADL、IADL、コミュニケーション（認知機能等）、問題行動、介護保険関連の情報です。きちんと把握し訪問診療の計画を立てた方は高得点でした。

在宅医療の経験に乏しい方、認知症患者に尊厳をもって接することのできなかった方は点数が低く、臨床経験の有無が点数に反映された印象です。

【主治医意見書】

前ステーションで診察した認知症のケースを介護の視点から把握し、主治医意見書に反映させることができるかどうか評価しました。介護認定審査会は医学の専門用語を理解していない審査員も多数含まれます。したがって介護福祉関係者にもわかりやすい言葉で、「介護の手間」に焦点を当てた具体的な記載が必要となります。最後の「特記すべき事項」の記載内容を特に重視して評価しました。

その他、日常生活の自立度、認知症の中核・周辺症状、介護に関連した病名の記載、同意の有無、記入日や署名なども評価の対象としました。