

2022 年度日本プライマリ・ケア連合学会 家庭医療専門医筆記試験／プライマリ・ケア認定医試験

講評：筆記

【講評】 ※括弧内は 2021 年度試験値

筆記試験の平均点ならびに標準偏差は、専門医試験受験者で 200 点満点中平均点 147.0 点 [100 点満点換算で 73.5 点]、標準偏差 13.01、認定医試験受験者で 200 点満点中平均点 126.1 点[100 点満点換算で 63.1 点]、標準偏差 15.5 でした。

領域別の正答率については、専門医試験で、日常病(慢性疾患) 77.7%(68.5%)、日常病(皮膚・眼・耳鼻・泌尿) 71.3%(65.7%)、急性疾患・救急 65.6%(70.8%)、小児・思春期 65.5% (83.5%)、高齢者 76.2%(66.9%)、メンタル 82.8%(83.5%)、女性・男性・周産期 69.2% (71.1%)、緩和 67.2%(79.7%)、整形 77.4%(83.2%)、公衆衛生 71.7%(79.6%)、コミュニケーション 87.7%(89.3%)、EBM 58.1%(53.4%)、日本の医療制度 59.1%(52.8%)、家庭医療の原則 70.9% (新設) でした。

認定医試験では、日常病(慢性疾患) 73.2%(60.0%)、日常病(皮膚・眼・耳鼻・泌尿) 66.7%(57.9%)、急性疾患・救急 58.9%(64.9%)、小児・思春期 52.8%(74.3%)、高齢者 64.9%(58.7%)、メンタル 73.3%(68.1%)、女性・男性・周産期 63.4%(55.8%)、緩和 62.7%(77.0%)、整形 68.5% (77.6%)、公衆衛生 63.1%(67.7%)、コミュニケーション 82.7%(78.6%)、EBM 47.8%(42.7%)、日本の医療制度 56.1%(48.5%)、家庭医療の原則 50.9% (新設) でした。

正答率が極端に低かった設問や、識別指数がマイナス値であった設問に関しては再評価を行い、そのうちの一部を不適切問題と判断し、全員加点といたしました。

本年度は WONCA (世界家庭医機構) の要請を受け試験問題を 200 問まで増やし、領域として「家庭医療の原則」を策定しました。また、昨年に引き続き CBT (Computer Based Test) で試験を行い、全国複数箇所の試験会場で受験して頂きました。次年度以降は再度試験の方法を含めて見直しを行い、筆記試験問題の改善に努めていきます。

2022 年度 日本プライマリ・ケア連合学会 家庭医療専門医試験

講評：CSA

ST1＜思春期のステーション＞

【評価の観点】

- 日常診療で遭遇する思春期特有の健康問題に対して、その時期に特徴的な価値観や健康感を踏まえながら適切な対応ができるかを評価する。
 - ✓ 適切な対応とは、患者の感情や自尊心に配慮した個別性の高い診療を提供して問題解決に取り組む事、また保護者だけではなく必要に応じて専門医（精神科医や小児科医）や、学校教員やスクールカウンセラー、行政や児童相談所などの他職種と連携して関わることを含む。

【全体講評】

過敏性腸症候群の思春期患者の診療において、必要な情報を収集して鑑別と診断を行い、生活指導、検査や治療方針の提案が行えているかどうか、また思春期の特性を踏まえたコミュニケーションを行い、患者とラポール形成が出来ているかを評価しました。

多くの受験生は過敏性腸症候群の診断に至ることは出来ていましたが、具体的な生活指導まで言及出来ていないことが目立ちました。一方、思春期の特性を踏まえたコミュニケーションについては多くの方が、十分に出来ていたようです。

思春期は小児期から成人への移行期であり、年代を問わず診療をする家庭医はその診療に精通しておく必要があります。この年代は体調不良があってもなかなか受診しないことも多く、診療する機会は決して多くありませんが、十分に理解を深めておいて頂けたらと思います。

ST2＜患者教育のステーション＞

【評価の観点】

- 日常診療で頻度の高いセルフケアが病勢を左右するような慢性の健康問題に対し、患者中心という点を重視しつつ、患者の行動変容を促すようなやり取りにおいて、エビデンスに基づいたアドバイスを行い、より好ましい意思決定を患者側にしてもらうことができるかを評価する。

【全体講評】

今年度は「健診で数年間血圧高値を指摘されていたものの受診はせずに経過していた壮年期の方が、受診前日に一過性の高血圧があり、高めの血圧が持続しているために臨時受診した」という設定で、皆さんには初見でのアプローチをしていただきました。このステーションでは患者を適切に評価し、患者が持つ思いを汲み取り、患者が抱える背景を踏まえ、エビデンスに基づいたケアを提供することが出来るか、を評価しました。実は、会社の同僚がクモ膜下出血で倒れたり、周囲では服薬している同僚が多かった

り、と本人自身は高血圧に対し不安もあり、でも残業が多く喫煙もしていてなかなか生活習慣を改善できない一人暮らしの方でした。

患者教育に大切なコミュニケーション、ラポール形成は比較的皆さんできていたように思います。しかし、二次性高血圧にこだわりすぎて検査を強く勧めたり、降圧管理に終始したりと、十分な関係構築ができていない方も散見されました。そして、体重の推移や食事、喫煙、運動習慣、仕事や家族など患者の背景に関する聴取が不十分、具体的な生活指導ができていない受験生は少なくありませんでした。あらためて、頻度の高い慢性疾患の診療ガイドラインなどは確認していただき、エビデンスをもとに個々の患者に応じた具体的な生活指導やケアができるよう、今後も学習・研鑽を積んでいただくことを期待します。また、鑑別を考えるあまり、時間が間に合わずマネジメントまでたどり着けなかった方もいたようです。時間制約のある試験環境ではありますが、忙しい日常診療でも質の高い医療をできるよう日々の経験を積んでいただければ幸いです。

ST3<救急のステーション>

【評価の観点】

- 日常診療で遭遇する頻度が高く比較的緊急性が高い症候・疾患に対して、まずバイタルサイン・病歴・身体所見などから緊急性を判断した後、問診を行いながら同時に適切な検査・治療の介入を行うことができるかを評価する。
- ✓ 適切な検査・治療の介入とは、診療のセッティングや患者の心理社会背景も考慮しつつ、診断に至る検査の組み立てや症状への対応を行い、予想される転機を考慮しながら治療方針を提案することを指す。

【全体講評】

今回は癌の骨転移で積極的な治療適応ではないかかりつけの患者さんが、COVID-19 感染で受診した症例を取り上げました。今回の救急ステーションとしてのポイントは、家庭医として時代背景を意識した **Common disease** の対応を適切にできること、かかりつけの患者さんの心理社会背景を意識したマネジメントができるかを考えていただくことを課題としました。今回は癌で積極的な治療適応がない患者さんで、カルテには「DNAR 確認済み」と記載のある患者さんでした。癌の治療適応のない患者さんに対する ACP と ADs に違いを意識しているかも評価の対象としました。実際に ACP と ADs を意識したマネジメントができていた受験生は少数でした。また、緊急性を疑った患者さんのマネジメントができていない受験生も多々見受けられました。ABC の確認とバイタルサインの測定、ABC・バイタルサインが崩れていれば速やかに介入する、重症度を判定しその後の搬送の適応を判断するという基本的な部分ができいないなど課題が多かったと思われます。診療所の外来は **Common disease** の中に隠れた緊急度の高い患者を拾い上げるのは困難な場合が多いですが、ときに致死的な疾患も隠れている為、日頃から緊急対応のマネジメントを意識して診療することを心がけていただければと思います。

ST4<在宅のステーション>

【評価の観点】

- 在宅診療で遭遇する頻度の高い疾患・症候を有する患者とその家族に対して、患者・家族の思いや背景を聴取した上で、適切な診断や評価を行い、個別性のあるケアや今後の過ごし方を提案できるかを評価する。

【全体講評】

慢性疾患の下降期にある高齢男性が患者で、すでに臨時往診を行った後で、受験生は患者の家族（長男・長女）に面接を行うという設定でした。訪問診療を行っていた患者が急性期疾患を発症し、その病状を判断した上で、患者・家族の思いや背景を聴取し、個別性のあるケアや今後の療養方針について、家族に提案することができるかを評価しました。患者は呼吸器感染に伴う心不全増悪・COPD増悪をきたしている、入院治療も考慮する病状であり、家族に病状を説明し、入院を含めた治療方針や今後の在宅療養について、家族の不安や迷いに対応しながら、合意形成していく面接ができるかを評価しました。急性症状の評価・対応と、より長期的な視点での在宅療養のケア調整の両方を行うことを求めました。

病状の重症度を、入院か在宅か迷うような設定としましたが、受験生のこれまでの経験により、入院治療の方向に話が進むことも想定しており、実際数名みられました。一方、父親本人の希望に加え、家族も、在宅看取りの経験（父親が祖父母を家で看取った）から二世帯住宅を建て、父親が入退院を繰り返し、せん妄を起こした経験から、在宅治療を希望しました。それを踏まえて、入院治療と在宅治療双方のメリット・デメリットを考え、在宅での治療やケアの内容（酸素吸入量の増量、利尿剤や抗生剤の点滴、訪問看護の訪問回数の追加、訪問介護の導入など）を家族と話し合うことを想定しました。家族が在宅療養を希望する背景に何があるか、思いや背景を知ろうとする姿勢が重要と考えます。

また、例年このステーションでは、病歴や家族背景を把握することに時間がかかり、試験時間が足りなくなる傾向があるため、事前資料を提示しました。しっかり読み込んでいた受験生がいた一方、あまり読み込んでいないと思われる受験生もいました。この時間不足に加え、介護サービスの具体的な内容の理解不足があり、介護サービスの利用を含めた具体的な在宅療養の指導を行えなかった受験生がいました。

病状の評価に加え、患者・家族の思いや背景を聴取し、治療方針を一緒に考える意思決定支援や、介護サービスの必要性や適応を含めた具体的な内容の理解が必要と考えます。

ST5<医学教育のステーション>

【評価の観点】

- 家庭医療専門医は教育活動に日常的に携わることが求められる。指導医としての能力の中でも、ポートフォリオでは評価しにくい学習者への1対1での直接指導の部分を評価対象とする。
 - ✓ 教育の対象は研修医とする。研修医がある患者を診た上で症例プレゼンテーションした際、患者の解釈モデル、受診動機などに関する事項の確認ができているかどうか、健康問題についても配慮しつつ、研修医の学習への動機づけが高まるような指導ができているどうかを評価する。

【全体講評】

地域密着型病院の初診外来で初期研修医のプリセプティングを行うという設問でした。フィードバック技法に基づいた適切なコミュニケーションを取れているかどうか为主眼でしたが、概ね良好にできていたようです。中にはあまり学習者の意図を汲み取れていない、高圧的などの評価となった方もおられたので気をつけていただきたいと思います。

また新家庭医療専門医としては純粋な **Biomedical** な部分以外の指導も期待したいところです。学習者によってレディネスは様々だと思いますが、家庭医らしい診療能力の一部でも伝えることができれば日本全体の医療の質向上につながると思いますので諦めず頑張ってみてください。

ST6＜心理社会のステーション＞

【評価の観点】

- 日常診療で頻度の高い心理的問題や健康の社会的決定因子に関わるような社会的問題を抽出し、患者・家族とともに対応について相談しながら、必要に応じて薬物療法や、適切なケア、社会的処方や場合によっては専門医紹介の提案ができるかを評価する。

【全体講評】

今年の心理社会 ST は「のどに何かが詰まっている」と感じているが諸検査では器質的な身体疾患が何も見つからないという患者さんで、診断に必要な受療動機、解釈モデル、家族や心理社会的背景などの情報聴取ができているか、患者さんに共感の態度で接することができているか、最終的に患者さんが納得できる説明をできているかを評価しました。日常でどの程度心理社会的な背景が重要となる診療を実践しておられるかで評価に差がでたと思います。短い時間ではありますが、きちんと時間内で患者の心理社会背景を聞き取り、それが今の症状（今回の場合身体症状症、もしくは咽喉頭異常感症などに分類されます）につながっていることを説明できた受験者も多くいましたが、「下を向いて話している」「説明がよくわからないまま患者が不安になる」といった受験者も見受けられました。オンラインではありましたが、日常的に心理社会背景に踏み込み診療する能力をつけているかは十分評価できたのではと考えています。「身体に疾患が見つからないのに症状を起こす」疾患を普段から勉強し、心理社会的背景が症状を起こすこともあるということの理解を深めておいてください。

ST7＜緩和医療のステーション＞

【評価の観点】

- 日常診療で遭遇する可能性の高いがん末期や非がん末期の状態の患者・家族に対して、その告知と、患者・家族の思いや背景を聴取した上で、その後の個別性のあるケアや今後の過ごし方を提案できるかどうかを評価する。

【全体講評】

緩和ケア領域の CSA では、膀胱癌で予後が半年程度の患者さんが訪問診療の相談に来た、という設定で、終末期の患者さんが抱える予後や症状に関する不安に対応すること、今後起こりうることを説明し、どう過ごしていきたいかを相談することができるかを評価しました。

「家で過ごしたいが、家族に迷惑はかけたくない」「この先どうなるのか、もしつらい症状がでたらどうしたらいいのか」「医療用麻薬は増やしてもいいのか」といった不安や疑問がある患者さんに、症状緩和の具体的な提案、illness trajectory を用いた今後起こりうることの説明などを期待しました。また、不安な気持ちや限られた予後に対する苦悩を聴き取るといった感情への配慮ができるかも評価しました。話し合う課題も多かったため、限られた時間の中ではすべてを網羅することが難しい方が多かったようです。患者さんの感情への配慮が足りないと感じられたケースもありました。医療用麻薬の説明や illness trajectory の説明ができた受験生は少数でした。

緩和ケア領域では予後が短い患者さんの苦悩を受け止めつつ、今後起こりうることを具体的に説明し、対処法についても伝えていくことが重要と考えます。日常診療で緩和ケア領域に触れる際には、こういった点を意識して診療していただければと思います。

ST8＜高齢者のステーション＞

【評価の観点】

- 日常診療で頻度の高い症候や多数の健康問題を有する高齢者に対して、ライフサイクルと虚弱化を踏まえた適切な対応が出来るかを評価する。
 - ✓ 適切な対応とは、多疾患併存（multimorbidity）患者に対するアセスメントや、複雑・困難事例に対する包括的なアセスメント、さらに本人の思いや QOL、心理・社会的問題、患者背景及び家族の思い、介護問題に関する情報収集を行い、本人と共に家族や介護者、介護・福祉と連携し、地域の資源を活用し、患者個別の目標を目指したケア方針の決定、その際の適切なコミュニケーション能力、継続的な「包括的統合アプローチ」を含んだ対応を指す。

【全体講評】

腰椎圧迫骨折を契機に ADL が低下し、ポリファーマシーになっている患者さんに対して、本人の思いや CGA（高齢者総合的機能評価）、患者背景、基礎疾患などを情報収集し、適切な介入ができるかを評価しました。特に、薬による副作用を疑わせる「めまい症状」について、鑑別疾患（貧血、低血糖、睡眠導入剤など）を想定したり、虚弱高齢者（フレイル）であることを認識できているか、患者本人の希望でもある減薬を提案できるか、が評価のポイントでした。

全体的には、時間がない中、CGA を意識した問診や、ポリファーマシーへの介入が適切にできていました。多くの受験者は共感的かつ支持的対応で患者の訴えに対応できていましたが、一部で、最初から closed question を多用している受験者がいました。また、時間の制約があるためか、ポリファーマシーの介入のみに終始してしまい、肝心の患者背景や CGA の問診が不十分な受験者がいました。

情報収集に一生懸命になりすぎてしまうと、どうしても質問を矢継ぎ早にしてしまうのも致し方ありませんが、患者さんの思いを置き去りにした介入にならないようにしてもらいたいです。

2022 年度 日本プライマリ・ケア連合学会 家庭医療専門医試験

講評：ポートフォリオ

【講評】

例年と同様、詳細事例報告をループブックに沿って全領域を評価すると共に、2 事例に対してはオンラインでの口頭試問も行いました。ポートフォリオ評価は個別性が高いため、受験者全体の中でどのレベルにおられるかという点と、点数の低かった領域に対してどのような改善点があったかをコメントしておりますので参考にいただければ幸いです。