

# JAMEP 日本医療教育プログラム推進機構

臨床研修プログラムは各医療機関の裁量に委ねられている。

医療機関によって教育内容が異なり、研修医のスキルにも大きな差が生まれている。

JAMEPは、第三者機関として日本の医療機関の質をチェックし、医療の質の向上を実現するための研修教育の支援を通じて、日本の医療の増進に寄与することを目的に設立された。

## Our Activities

JAMEPは日本の医療教育の質をチェックする第三者機関として、医療の質の向上を実現するための研修教育の支援活動を行っています。



### 基本的臨床能力評価試験

臨床研修プログラムの客観的アウトカム評価を目的とした、初期研修医（1・2年次）対象の臨床能力レベル評価試験（In-Training Exam）です。



### スキルアップセミナー

Problem-Based Learning (PBL)・Team-Based Learning (TBL)スタイルで学ぶ、実践的なセミナープログラムです。  
(2018年度 参加者募集中!!)



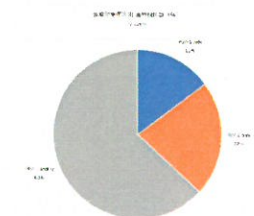
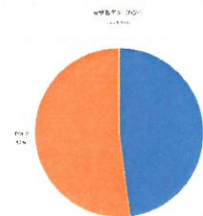
### CLIP

CLIP-Clinical Practice Academia-は、医学生・研修医を含むすべての医師を対象とした、臨床の知識と経験の共有を実現するためのKnowledge-sharing Platformです。

191	長野県	信濃赤十字病院 総合診療科 総合診療科
192	長野県	松本市立病院
193	新潟県	医療法人 立川メディカルセンター 立川総合病院
194	新潟県	新潟県厚生農業協同組合連合会 相模総合医療センター
195	新潟県	日本赤十字社 長岡赤十字病院
196	新潟県	新潟県厚生農業協同組合連合会 長岡中央総合病院
197	新潟県	新潟県厚生農業協同組合連合会 糸魚川総合病院
198	新潟県	新潟県厚生農業協同組合連合会 佐渡総合病院
199	新潟県	新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院
200	新潟県	新潟県立新発田病院
201	新潟県	新潟県立中央病院
202	新潟県	新潟市民病院
203	新潟県	新潟県立十日町病院
204	富山県	富山市立富山市民病院
205	富山県	富山県立富山市民病院

## 2017年度 基本的臨床能力評価試験 結果サマリー

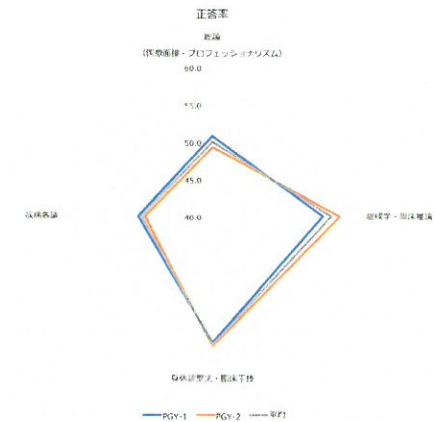
	受験者数	参加病院数
1年次 (PGY-1)	2,678 名	359 病院
2年次 (PGY-2)	2,915 名	391 病院
合計	5,593 名	459 病院



# JAMEP 基本的臨床能力 評価試験

I 総論	6問
II 症候学・臨床推論	18問
III 身体診察法・臨床手技	18問
IV 疾病各論	18問

(60問)



## 2017年度 基本的臨床能力 評価試験

### I 総論(6問)

#### 【問題1】

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) について正しいのはどれか。

1. 患者の状態が悪化してから話し合うべきである
2. 事前にACPについて話し合ったとしても病院死は減らない
3. ACPで重視されているのは患者の意思決定でありプロセスではない
4. 健康な時にACPについて話し合っても、後に半数程度は意向が変化する
5. 今後の治療・療養についての事前指示書を作成することが目的である

【問題2】

ポリファーマシーについて正しいのはどれか。

1. 減薬すると治療報酬の算定ができる
2. 10種類以上の内服薬の処方のことである
3. 減薬すると大腿骨頸部骨折のリスクが低くなる
4. Beersクライテリアとは不適切処方を確定するためのツールである
5. 診療ガイドラインに従って処方することで防ぐことができる

【問題3】

医療現場における個人情報の扱いについて、適切なのはどれか。

1. 介護保険手続きの診断書を役場から求められたため、作成に当たり主治医から患者の個別同意を取得した
2. 病院内風景写真の一部に患者が特定可能な形で写っていたが、院内展示のため患者の個別同意なしに展示した
3. 救急搬送されてきた患者の家族に対して、既往歴と治療歴を患者の個別同意なしに聴取した
4. 病院内における患者情報利用について、見やすいところへの掲示のみを行った
5. 救急搬送されてきた高度意識障害患者の家族から電話で問い合わせがあったが、患者の個別同意がないため回答しなかった

【問題4】

78才男性。2日前から発熱のため入院した。既往に認知症（改訂長谷川式簡易知能評価スケール10/30点）があり、寝たきりで介護付き有料老人ホームに入所中である。これまでも誤嚥性肺炎による入退院を繰り返している。酸素状態の悪化があり、胸部単純X線写真では右下肺野に浸潤影を認め、誤嚥性肺炎が疑われた。

入院担当医となったあなたが、付き添ってきた家族に点滴と抗菌薬治療を行い、経管栄養も開始したいと説明した。すると、家族からこれ以上の治療をしないほしいと要望があった。

次にとるべき行動として、適切なのはどれか。

1. 家族に移行を尊重し治療を開始しない
2. 認知症があるが本人の意思を確かめる
3. 医師法において治療の義務が定められており、治療しないことは許されないと伝える
4. 治療を希望しないのであれば元の施設に退院するのがよいと伝える
5. 抗菌薬と点滴は使用するが経管栄養は使用しない

【問題5】

同じ科をローテーション中の1年目研修医が、上級医から指示された採血を誤ってオーダーしてしまった。2年目研修医のあなたはすぐに気がついたためオーダーを変更し、特に患者や周囲に害はなかった。

1年目研修医に対するフィードバックとして、適切でないのはどれか。

1. 1年目研修医の味方としてふるまう
2. 心理状態に配慮し時間をおいてから注意する
3. 直接得られた情報に基づいて行う
4. 修正可能な範囲の量で行う
5. ありのままに評価的でない言葉で行う

【問題6】

介護保険について正しいのはどれか。

1. 38歳の関節リウマチ患者は介護認定を受けられる
2. 介護保険サービスを利用する際に自己負担金はない
3. 介護認定で介護区分が決まった後6か月は見直しができない
4. 介護給付費の財源の80%は国民が負担する介護保険料である
5. 介護認定を受けるには、主治医意見書と市町村による認定調査が必要である

### 【解説1】

#### アドバンス・ケア・プランニング：ACP

1 ×

ACPは今後の治療・療養について、患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスを指しており、年齢・病気に関わらず健康人でもACPについて話し合っておく必要がある。というのも生命の危機に直面している患者では、ACPの話し合いそのものが本人と行われなかったり、患者自身が話し合いを避ける傾向があるからである。

2 ×

健康な時に話し合っておくことによるメリットとして、自己コントロール感の高まりや病院死の減少などが報告されている。

3.5 ×

プロセスが重視されており、それによって作成された文章や事前指示書（AD）が重要なわけではない。

4 ○

健康な時に話し合われたACPでは、半数の意向が変化することが示されている。確実性でいえば、入院時に話し合う方が確実と言えるが、本当に状態が悪化した際には意向が確認できないことも多い。

### 【解説2】

#### ポリファーマシー

1 ○

2016年2月から薬物総合評価調整加算として250点が算定可能である。6種類以上の薬物を内服中の患者で2種類以上の薬減をすることが算定要件となる。

2 ×

そもそも明らかな定義はないが、一般的には5種類以上と定義されることが多い。本邦では6種類以上を基準として算定。

3 ×

ポリファーマシーで大腿骨頸部骨折リスクが高くなるという研究はあるが、介入による骨折リスク減少効果は証明されていない。

4 ×

Beersクライテリアは米国老年医学会の提唱する潜在的不適切処方（Potentially inappropriate medications, PIMS）を確定するためのツールである（PIMSが即、不適切処方とは限らない）。

5 ×

診療ガイドラインはMultimorbidityへの配慮がないため、診療ガイドライン通りに処方するとポリファーマシーになることが指摘されている。

### 【解説3-1】

#### 医療安全・個人情報

1 ×

介護保険法第27条第6項で、市町村は要介護認定の申請書が提出されたときは、当該申請にかかる被保険者の主治医に対して、身体上または精神上の障害の原因である疾病または負傷の状況などにつき意見を求めるものとされており、個人情報保護法第23条第1項の第三者提供の制限の例外、「法令に基づく場合」に該当する。したがって本人の同意を得ずに診断書を提出することができる。

2 ×

当該写真を第三者に閲覧に供する場合、本人の同意を得る必要がある。個人情報保護法が定める原則として目的外利用や第三者提供の場合には、原則として本人の同意を得ると定められている。

3 ○

「厚生労働省 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン：Ⅲ-3 個人情報の適正な取得、個人データ内容の正確性の確保」によれば、治療のために必要な既往歴、治療歴等の情報を家族から取得することは、個人情報の適正な取得とされており問題はない。しかし、患者に説明できる状況になった場合に、家族などから取得した情報の内容とその相手について本人に説明すべきとされている。

### 【解説3-2】

#### 医療安全・個人情報

4 ×

「厚生労働省 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン：Ⅲ-2 利用目的の通知等」によれば、特に初診の患者などでは、掲示を見るように促すのが望ましいとされている。また、視力障害など掲示を見るのに障害がある患者、入院時に意識がなく掲示がみられない状況にあった患者などについては、特にパンフレットを渡したり、口頭での説明を補充したりすることが望ましいとされている。

5 ×

原則として回答には患者の同意が必要であるが、患者の状態が重篤で、緊急性があり、患者の同意を得ることが困難などの場合には、患者自身のためにも教えても良いと考えられている。ただし、この場合には、患者の家族であるかどうか（患者の住所、氏名、生年月日、患者の特徴、患者との関係など）を確認すべきである。個人情報保護法第23条第1項の第三者提供の制限の例外、「人の生命、身体または財産の保護のために必要」に該当する。

【解説4-1】

プロフェッショナリズム

1×

付き添いの家族の言葉だけで判断しているため誤りである。本人の意思を確認し、それが難しい場合には家族による本人意思の推定を行った上で、多職種による判断が必要である。

2○

治療について最大限本人の意思が尊重されなければならないため、本人の意向を確かめるのが正しい。認知症がある場合であっても快・不快については意思を表明できることが多く、本人の意向や気持ちに鑑みて確かめる必要がある。

3×

医師には診療の義務はあるが、患者に苦痛を伴うものも含め、全ての治療を行う義務があるわけではなく誤りである。医師には応招義務（医師法第19条第1項）があり、要請があれば診療を行う義務がある。しかし治療には患者に苦痛を強いるものや患者の利益が少ないものもあり、患者と相談しながら方針を決定する必要がある。

【解説4-2】

プロフェッショナリズム

4×

積極的治療を行うことのみが入院適応ではないため誤りである。積極的治療を行わない場合であっても緩和治療を必要とすることが多い。必要とされる治療や環境の評価をした上で、入院を継続することも含めて適切な療養環境について考える必要がある。

5×

実施する治療の範囲について、患者の意向が考慮されていないため誤りである。実施する治療の範囲は医師のみが判断すべきものではない。抗菌薬投与自体でもQOLを悪化させることがあり、患者の状態と意向によっては抗菌薬治療を差し控えることもある。

【解説5】

医学教育

フィードバックの原則として、

- ① 学習者の味方として同じゴールを目指して行う
- ② 直に得られた情報に基づいて行う
- ③ 修正可能な範囲の量で行う
- ④ ありのままに評価的でない言葉で行う

などが重要とされている。

一方、フィードバックは必ずしも時間を置けばよいわけではなく、機を見て必要なタイミングを計って行うのがよいとされる。

【解説6】

介護保険（法）

1×

介護保険は介護保険法によって規定されている。通常介護保険の対象者は、65歳以上が第1号被保険者、40～65歳未満の患者でも特定疾患（合計16疾患）のために介護が必要になった場合には、第2号被保険者として介護のサービスを受けることが可能である。関節リウマチは特定疾患の16疾患に含まれるが、38歳ではサービスを受けることはできない。

2×

介護保険の利用者は、保険給付の利用費として1割の自己負担がある。ただし、所得金額や世帯人数によっては2割負担になることもある。

3×

介護認定の区分は、心身の状態が変化した場合には、残りの有効期間にかかわらず、いつでも要介護状態区分の変更を申請（区分変更申請）することが可能である。

4×

介護給付費の財源は公費（国や県、市町村）が50%で、国民負担の介護保険料が残りの50%をしめる。

# アドバンス・ケア・プランニング

Advance Care Planning(ACP) : 定義

- 今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス
  - 患者が望めば、家族や友人とともに行われる
  - 患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい。
  - ACPの話し合いは以下の内容を含む
    - ・ 患者本人の気がかりや意向
    - ・ 患者の価値観や目標
    - ・ 病状や予後の理解
    - ・ 治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

# ACPの効用

- ACPを行うと
  - 患者の自己コントロール感が高まる  
*Morrison, J Am Geriatr Soc. 2005*
  - 死亡場所との関連（病院死の減少）  
*Degenholtz, Ann Intern Med. 2004*
  - 代理決定者-医師のコミュニケーションが改善  
*Teno J. JAGS 2007*
  - より患者の意向が尊重されたケアが実践され、患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少する  
*Detering K, BMJ 2010*

# どのような介入が求められるか

*Good Working lists for PC. Smith TJ, et al. JCO2012*

- 診断について話し合う
- 予後と治癒が可能かについて率直に話し合う
- 治療のゴールを話し合う
- 標準化された症状評価ツールに基づいて症状マネジメントする（ESASやMSAS）
- つらさの寒暖計などつらさを評価する
- 精神的評価とサポート
- 早期からのホスピスプログラムの関与（亡くなる3-6か月前にあらかじめ受診しておく）

# ポリファーマシー polypharmacy

臨床的に必要とされている量以上に多くの薬剤が処方されている状態

何種類以上内服するとポリファーマシーになるのか厳密な基準は無い。

5種類以上とも6種類以上も言われているが、3種類でも問題が起ることもあれば、10種類必要な場合もあり、**本質的にはその中身が重要。**

薬事2016,9 (Vol58 No12)-2017,3(Vol59 No4) みんなで考えるポリファーマシー 吉田英人  
超高齢者社会におけるかかりつけ医のための適性処方の手引き 日本医師会 より

## ポリファーマシーの何が問題か

服薬アドヒアランスの低下

薬剤費の増加

薬物相互作用

薬物有害事象 (adverse drug events; ADEs)

潜在的に不適切な処方 (potentially inappropriate medications; PIMs)



薬事2016,9 (Vol58 No12)-2017,3 (Vol59 No4) みんなで考えるポリファーマシー 吉田英人 より

## 潜在的に不適切な処方を見つけるツール



Beers Criteria



STOPP/START Criteria



高齢者の安全な薬物療法ガイドライン

出典:

- By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2012 April ; 60(4): 616-631.
- D. O'Mahony, et al. STOPP & START criteria, A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. European Geriatric Medicine. 2010 Feb; 1:45-51.
- 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015(日本老年医学会)