

家庭医療後期研修における ポートフォリオ作成の援助

医療生協家庭医療学レジデンスー・東京
日生協家庭医療学開発センター(CFMD)
藤沼康樹

ポートフォリオの定義

•“A **purposeful** collection of student work that exhibits to the student (and/or other) the student's efforts, progress, or achievement in (a) given area(s). This collection must include **student participation** in selection of portfolio content; the **criteria for selection**; the **criteria for judging merit**, and evidence of **student reflection**. (p. 12).”

•ある領域における学習者の作業や進歩、達成を表現する学習者の仕事を目的意識的に集めたもの。これは、ポートフォリオの内容の選択、選択の基準、判定基準、学習者の省察に、学習者自身がかかわらなければならない、

•Reckase, M.D. (1995). Portfolio assessment: a theoretical estimate of score reliability. *Educational Measurement: Issues and Practice* **14**: 12-31

ポートフォリオとは

- 家庭医に特徴的な能力の評価が最終目的。
- レジデントはもっともよくできた仕事内容をポートフォリオとしてまとめることを求められる。
⇒show-case portfolio
- 仕事をしながら振り返り、ディスカッションし、理論的に学び、次により良い仕事ができるようにする。⇒ongoing learning
- ポートフォリオは、困難な事態に取り組みながら進歩を示すものである。

ポートフォリオの内容

- ポートフォリオに含まれる内容(エントリー)
 - 力量をしめすことのできる内容
 - レジデントが選択可能な領域の内容
 - 日々の実際の仕事に根ざした内容
- ポートフォリオのメニュー(エントリー領域)をだれが決めるか
 - 指導医陣
 - レジデント
 - 教育診療所などのコメディカルスタッフ

ポ^oートフォリオのメニュー

- 生物心理社会モデル
- 家族志向性ケア
- 地域指向性ケア
- 予防医学・健康増進
- ケアの継続性
- メディカルホーム
- 診療の構造
- 糖尿病
- 認知症
- 慢性疾患ガイドライン
- 慢性疾患ケアモデル
- EBM
- 予防接種
- 乳児健診
- 小児一般疾患と紹介
- 在宅緩和ケア
- 在宅急性期ケア
- 在宅ケア導入とケースマネージメント
- 外来虚弱高齢者ケア
- チーム医療・リーダーシップ
- 医学教育
- 質改善プロジェクト
- SEA

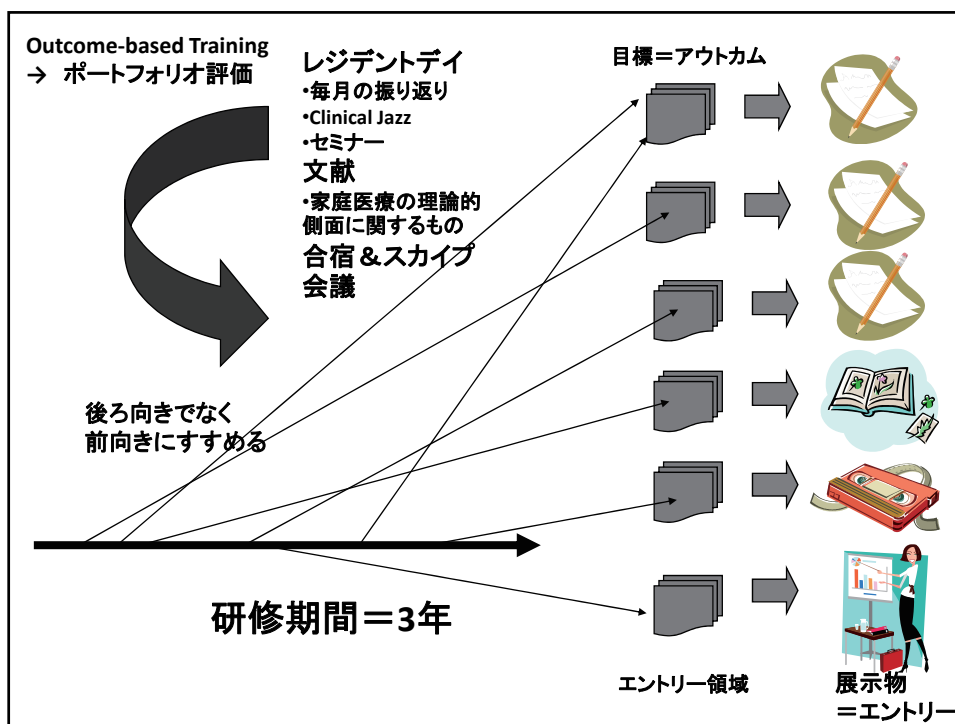
医療生協家庭医療学レジデンスー東京 2009年1月

ENTRY REQUIREMENTS (KFCT-FMR)

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Coordination and accessibility | 11. High standard professionalism / clinical ethics |
| 2. Health Promotion | 12. Comprehensive community care / COPC / determinants of health * |
| 3. EBM | 13. Comprehensive approach to multiple problems * |
| 4. Structure of consultation (videotaping) x 2
Family oriented care | 14. Realization of new FM with empowering others / team based approach (Patient-Centered Medical Home or Chronic disease management) |
| 5. Biopsychosocial Model * | 15. Continuity of care with family orientation* |
| 6. Women's health / maternity care | 16. Care of underrepresented population (improving access or Tailored Care) |
| 7. Approach to behavior change * | 17. evidence based CQI |
| 8. Home care (introduction or palliative care) | |
| 9. Living in the community / service to the community | |
| 10. Comprehensive care of the elderly | |

* required for board certification in FM

亀田ファミリークリニック館山 2009年3月



家庭医を特徴づける能力

- ・ 患者中心・家族志向の医療を提供する能力
- ・ 包括的で継続的、かつ効率的な医療を提供する能力
- ・ 地域・コミュニティをケアする能力

ポートフォリオ評価の5項目

- 患者中心・家族志向の医療を提供する能力
 - ①Biopsychosocial modelを用いて問題解決を試みた症例
 - ②家族カンファレンス、もしくは家族が問題を解決するために援助を行った事例
- 包括的で継続的、かつ効率的な医療を提供する能力
 - ③複数の健康問題を抱える患者に統合されたケアを実践した症例
 - ④行動変容のアプローチを用い、患者教育をおこなった症例
- 地域・コミュニティをケアする能力
 - ⑤地域における疾病の予防やヘルスプロモーションに関する活動

日本家庭医療学会 2009

ポートフォリオ発表会(京都)から

- ポートフォリオが家庭医のモチベーションを維持する。
- ポートフォリオのフォーマット整備が家庭医療の学びを深める。
- レジデントで集まる場が大切。

松井善則 2009 個人Blogより

ポートフォリオ作成援助①

- アウトカム＝ポートフォリオのメニューを常に意識した事例収集をこころがける。
- よいポートフォリオエントリーのなりそうな事例や経験の気づきを指導医が促す。
- ポートフォリオエントリーになりそうな事例が、みづかりにくい場合、どうすればよいエントリーになりそうな事例を得ることができるかの戦略をたてる。
 - － (例)DM新患は、すべてDM専門外来を受診させることになっている診療所では、そのシステムを変える。

ポートフォリオ作成援助②

- ポートフォリオエントリー領域＝メニュー＝アウトカムに関する学習を重視し、定期的に学ぶ機会をつくる。
 - － 例えば、Biopsychosocial approachに関するEngelの古典的文献や、最新のRochesterの文献をとりあげ学ぶ。
 - － 例えば、地域ケアについて、WHOのSolid Factsの文献を取り上げ、健康の社会的決定因子に関する社会疫学について学ぶ。

ポートフォリオ作成の援助③

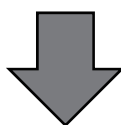
- ポートフォリオのモックアップについての検討会を数カ月おきに集中して行う。
 - 当レジデンシーでは2回の温泉合宿をおこなった
- 最終的にフォーマルな発表会あるいは展示会を計画し、内外のステイクホルダーに通知する。

カバーレター

- 事例に関する省察＝reflectionをまとめたもの
- 以下の要素が含まれること
 - エントリー領域にもとめられる能力の基準となぜそれが家庭医に必要なのかについての記述
 - 事例がなぜその能力を示すことになるのか、についての記述
 - その能力に関する今後の自分自身の課題の設定と向上のための計画の記述

評価基準について

- 各々のエントリー領域の定義と記述されなければならない要素の記述
- 必読文献、資料、サイトの明示



評価基準＝ルーブリック

Class of 2009のポートフォリオを今後分析してルーブリックを作成する予定です

ポートフォリオを使うことで・・・

- 受動的でなく自発的な学習が促される。
- 評価のための資料を自分で選択し構築することができる。
- 批判的思考、自己省察が促される。
- 実際の仕事の場面における、自分の考えかたや行動を説明することができる。

⇒展示会型ポートフォリオ発表会等

Biopsychosocial approachの指導

BPSアプローチの構成要素

ロチェスター大学のグループの提案(2003)

- ① Eliciting the patient's story and life circumstances
- ② Integrating the biological, psychological, and social domains
- ③ Recognizing the centrality of relationships in providing care
- ④ Understanding the physician
- ⑤ Focusing the model for clinical practice
- ⑥ Providing multidimensional treatment and optimizing management and treatment

①患者の物語と生活環境を聴取

- 開かれた質問の効果的な使用が必要
- 心理・情緒的な状態に注目する
- 家族、仕事など社会生活、精神心理的な情報を集める。生物医学的なデータを集める
- 疾患、病い、病いの影響それぞれを評価する
- 患者自身が現在の状態をどう考えているか積極的に聴取する

②生物・心理・社会の領域を統合する

- 個々の要因の相互的な関係について図示してみる
- 因果関係については、多因子的に考察する
～構造因果性
- 病態生理学的な考察と疫学的なデータによる
evidence-based approachは必須
- 健康の社会的決定因子を考慮

【問題点】

- #1 両側足しびれ
- #2 食思不振
- #3 抑うつ気分、不眠
- #4 フェニトイン血中濃度高値
- #5 骨粗鬆症、腰部脊柱管狭窄症
- #6 2、3箇所整形外科でどうにもならないといわれている
- #7 慢性硬膜下血腫術後
- #8 高血圧、高脂血症
- #9 50歳のてんかんの既往
- #10胆石
- #11廃用性症候群(筋力低下)
- #12息子が心筋梗塞
- #13娘、孫と新たに同居
- #14引越し
- #15なれない土地でデイケアに参加

【行った介入】

- ・#1に対し、腰部XP施行し、#5によるものが最も疑われ、エルトニン筋肉注射を開始。しかし、フェニトイン血中濃度が
- 高く、フェニトインの副作用も考えられた。薬を強く希望され、ビタミン剤を処方。
- #4にたいし、フェニトインを減量し、血中濃度は下がった。他の薬剤と相互作用が強いので、フェニトインは使いにくかったが、他の問題が多かったため、フェニトインは継続した。それから頻回来院させた(1回/週)。
- ・当院の整形外科医からビスフォスフォネート、ビタミンD、カルシウム製剤が処方されたが、食思不振を認め、ビスフォスフォネートを中止。
- ・2回目の診察時もしびれがよくなる、これさえとってくればというのであった。#6ということであったが、聖マリアナ医科大学放射線科で圧迫骨折に対し、骨セメントで腰痛が改善し、歩行可能になっているケースを見たことがあったので、患者、患者の娘と相談し、放射線科に問い合わせたところ、脊柱管狭窄症に至っているしびれに対しては難しいという答えであった。
- それを患者に伝えると、実は聖マリアナ医科大学の整形外科でもそういわれたということだった。「もうしびれはこのままで仕方ないですね。もういいです。」ということなので、紹介はしないことにした。足の冷感が強いので、プロレナールを開始した。

HCA-JCCU Family Medicine Residency Program, Tokyo

③ケアを提供において関係性が中心であることを認識する

- Relationship centered care : RCC (Pew Health Professions Commission 1994)
 - 様々な「関係」を中心にケアを構築する→個々の医療者の能力や患者の病いは関係性に規定される→「まず関係ありき」

RCCの領域

- 4つの領域においてケアを行う
 - 患者－医療者関係Clinician-Patient Relationship
 - 医療者－医療者関係Clinician-Clinician Relationship
 - 医療者－地域(社会)関係Practitioner-Community Relationship
 - 医療者－自己関係Clinician Relationship with Self

HCA-JCCU Family Medicine Residency
Program, Tokyo

Beach and Inui 2005

RCC実践のチェックポイント例

- 共有化した意思決定を行っている
- 正直で誠実な態度
- ケアの視点をもっている
- 共感的なコミュニケーションを行っている
- 家族や社会生活上のネットワークを巻き込んでケアする→collaboration
- スピリチュアルな次元を考慮に入れている
- ヘルスケアシステムとの関係を考慮に入れている

④自分(医師)を知る

- BPSアプローチにおける観察者問題→観察者自身がシステム内部にある→完全な傍観者であることができない
 - 自己への気づき→メタ認知
 - 振り返り(プロセスの事後的な言語化)→反省的実践家
- 実践のための二つのポイント
 - Mindful Practiceの実践
 - 難しい患者、困難な医師患者関係への対応能力

Mindful Practice (思慮深い臨床)

- Epstein RL JAMA 1999
- 「模範的医師」の4つの特性
 - Attentive observation
 - Critical curiosity
 - Beginner's mind (informed flexibility)
 - Presence

Attentive observation

- 「注意深い観察」
 - 観察されるものを観察する観察者を観察すること
 - 早急な判断をせず観察できること
 - 自身のバイアス、思考過程、感情を自分でモニタリングできること

HCA-JCCU Family Medicine Residency
Program, Tokyo

Critical curiosity

- 批判的好奇心
 - ありうる可能性に対してオープンであること
 - データを充分集める前に結論をださないこと

HCA-JCCU Family Medicine Residency
Program, Tokyo

Beginner's mind

- 万年初心者としての心構え
 - 考え方やみかたの枠組みを一つにしない
 - こういうみかた、ああいうとらえ方がありうると思うこと

HCA-JCCU Family Medicine Residency
Program, Tokyo

Presence

- そこに居ること、存在感をもって接する
 - 患者の身体的、心理的、感情的なものすべてに反応すること
 - 患者のかくれた心配や思いに配慮する＝共感
 - ばたばたした病院ではなかなか難しい

HCA-JCCU Family Medicine Residency
Program, Tokyo

困難な医師患者関係の意義

- BPSアプローチの教育において、もっともディスカッションのネタになる
 - 困難な診療とはなにか？
 - 困難な状況を生みやすい患者のパーソナリティの特質と行動パターン
 - 困難な状況を生みやすい医師のパーソナリティの特質と行動パターン

HCA-JCCU Family Medicine Residency
Program, Tokyo

⑤どの臨床モデルに焦点を当てるか

- 多次元的な様々な要因の相互関連により、問題は動的かつ非線形的にみえる→単純な因果関係が成立せず、決定不能・不確実が満ちている
 - まず、「とりあえず」生物医学的問題に焦点を当てることはたいていよい
 - 優先順位をつけること
 - 患者を含むチームで相談すること
 - 限界を自覚すること
 - 再考すること
 - 賢く「様子を見る」こと

Focusing が問題になる事例→教育的に意義の大きい事例

- 確定診断がつかない、つけられない患者
- 効果が不確定な治療を行う場合
- 治療後期待した効果が得られず病状が進行する場合
- 治癒できない場合
 - End-of-life care
 - 慢性進行性神経疾患

⑥多面的な治療を提供する

- 多職種でのチームアプローチがキーとなる
- 患者と意思決定プロセスを共有する
 - 関連する情報を患者に提供する
 - 直面している問題にネーミングを試みる(「高血圧」、「お孫さんの問題」等)
 - 様子を見ることも治療である
- 行動変容がキーとなることも多く、行動変容のためのスキルが必要(motivational interview等)
- 心と身体を同時にケアする習慣をつける
- スピリチュアルな次元にも注目する

文献

- Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*. 2004;2:576–582
- Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129–136
- Candib LM. *Medicine and the Family: A Feminist Perspective*. New York, NY: Basic Books; 1995.
- Epstein RM. Mindful practice. *JAMA*. 1999;282:833–839
- Pew-Fetzer Task Force on Advancing Psychosocial Health Education. *Health Professions Education and Relationship-Centered Care*. San Francisco: Pew Health Professions Commission; 1994.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al, eds. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. 2nd ed. Radcliffe: Abingdon, Oxon; 2003.
- ロチェスター大学医学部教授Dr. Timothy E. Quill講演会 "Integrating Behavioral Medicine and Humanism into a Medical School Curriculum"
http://www.ircme.u-tokyo.ac.jp/workshop_list_2005.html#2005052401

SGD(指導シミュレーション)

- 5つの基本エントリー領域について、実際例を各グループで1つつつ出してディスカッションします。
- 患者中心・家族志向の医療を提供する能力
 - 事例は最近診はじめた人で、解決していない、あるいは困っている事例をあげてください。
 - ① Biopsychosocial modelを用いて問題解決を試みた症例
 - ② 家族カンファレンス、もしくは家族が問題を解決するために援助を行った事例
 - ③ 複数の健康問題を抱える患者に統合されたケアを実践した症例
 - ④ 行動変容のアプローチを用い、患者教育をおこなった症例
- 地域・コミュニティをケアする能力
 - 自分の施設で行ってみたいプロジェクトの概要を上げてください。
 - ⑤ 地域における疾病の予防やヘルスプロモーションに関する活動