

医師臨床研修制度の到達目標・評価のあり
方に関するワーキンググループ
精神科ヒアリング

精神科七者懇談会

卒後研修問題委員会

委員長 小島卓也(大宮厚生病院 副院長)

委員 米田 博 (大阪医科大学 教授)

説明の内容

A-1.到達目標の習得に精神科研修がどのように貢献するか

A-2.どのような精神疾患の研修(経験目標)が役立つか

B.研修医のアンケート

C.精神疾患の疫学

D.結論

医学教育の世界の動向

- 医学部教育の改革
 - グローバル化、標準化、臨床へのシフト
- アウトカム基盤型の教育
- ポートフォリオによる評価の導入

到達目標と経験目標の関係

WGの提言

- 到達目標とは、研修修了時に到達すべき能力・資質（コンピテンシー）
- 到達目標の能力・資質を構造化
 - 上位目標として数項目→数項目の下位目標
 - 経験目標

最終的な到達目標を達成できるように経験目標を選んで研修

新たな上位目標(WG案)

- I. コミュニケーション
- II. チーム医療
- III. 医学知識と問題対応能力
- IV. 安全管理
- V. 患者へのケアと診療技術
- VI. 医療の社会性
- VII. プロフェッショナリズム
- VIII. 科学的探究と生涯学習

A-1.到達目標の習得に精神科研修が
どのように貢献するか

A-2.どのような精神疾患の研修(経験
目標)が役立つか

1. コミュニケーション

患者・家族、医療チーム、院内職員、他院、社会とのコミュニケーション

- 患者・家族とのコミュニケーションをとれることが最重要。
- 患者・家族の心理を把握するとともに、治療者と患者・家族の間に起る、心理的相互関係を理解し、適切な対応ができる。
- 種々の精神疾患患者とのコミュニケーションをとることがコミュニケーション能力の向上に役立つ。

精神疾患患者とのコミュニケーション

- **うつ状態の患者**: 不安・焦燥の強い患者、自殺念慮の強い患者、億劫・疲労感の強い患者、話をせず反応も示さない患者、妄想のある患者
- **認知症の患者**: 物忘れがひどく同じことを繰り返し徘徊する患者、被害妄想・夜間不穏・せん妄の患者、指示がわからず危険な行動をする患者
- **統合失調症の患者**: 幻覚妄想を持つ患者、まとまらない言動を呈する患者、強い不安に慄いている患者、意欲の低下や感情の鈍麻した患者

精神疾患患者とのコミュニケーション が何をもたらすか

- 患者を全人的に理解し、患者・家族と良好な人間関係を確立し、病歴を聴取して精神症状を把握し、病態を理解するとともに、自らの心理的問題を処理する。
- コミュニケーションが取りにくい病態に対しても、臆することなく立ち向かい、理解し共感しようとする姿勢を堅持し、適切に対応できる。
- 何故そのような病態が起きているのかと、学問的に考えることが重要。

コミュニケーション

- コミュニケーション能力を高め、患者を様々な医療的環境に導入し、対応できる能力を養う。
- これらの目的には最もコミュニケーションの取りにくい統合失調症を経験目標にすることが極めて重要である。

II. チーム医療

多職種による連携によって、患者・家族が必要とする情報や環境を提供でき、医療チームの一員として、またリーダーシップを発揮して、協力する能力を養う。相互に研鑽し互いの能力を高める。

- 精神疾患の病態には、家庭、職場、学校内の環境、対人関係等が影響する。それぞれの専門の職種の間でのミーティング、カンファレンス等で情報収集し、問題を多面的に把握して解決に協力する。そのためのリーダーシップを養う。

チーム医療

- 精神科の日々の診療がまさにチーム医療を
実践しており、生きたチーム医療を学ぶこと
ができる。

III. 医学知識と問題対応能力

- 頻度の高い症状(精神科に関係する)
2不眠、3食欲不振、4体重減少、10頭痛、20動悸、
21呼吸困難、35不安・抑うつ
- 緊急を要する症状・病態
意識障害(軽い意識障害でまとまらない言動)、
幻覚妄想状態、興奮状態、抑うつ不安状態(自殺の危険)
- 精神科的な緊急を要する状態にとりあえず対応でき、
あわてることなく精神科医と連絡をとれる。そのためには
経験をしておくことが一番である。

IV.安全管理

- 自殺の危険の高い患者を把握して訪問看護・診療、外来、入院で対応する。
- プライバシーを考慮しつつ自殺を予防し危険な時期を乗り越える。
- 暴力に走り易い患者を把握して早期にチーム医療で対応する。
- 自殺が迫っている患者・せん妄患者・興奮患者等の安全を図るために、有資格者が法律に基づき、人権を配慮しながら行う隔離・拘束などの医療行為を知っておく。

V.患者へのケアと診療技術

診療技能には患者・家族との情報共有や接遇態度等の能力も含まれる。つまり、単なる診療技能だけでなく、患者背景(社会・心理・経済・教育・家族関係等)の全てに対応する診療態度を含めた臨床実践能力を示している。

- 患者・家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる。

患者へのケアと診療技術

- 精神保健・医療

精神症状の捉え方の基本を身につける。

デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。

- 緩和ケア、終末期医療

心理社会的側面への配慮ができる。

死生観・宗教観などへの配慮ができる。

VII.プロフェッショナリズム

医のプロフェッショナリズムとは、患者中心の医療の実践を初めとする社会的使命を果たすため、常に社会からの信頼に値する行動をとり、日々省察を重ねて、さらなる高みをめざす姿勢である。医師としての活動の基盤をなす概念であり、医師に求められる全ての能力の源泉となる価値観である。

- 医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動できる。
- 患者中心の医療を行う。
- 社会的使命に貢献する意思をもつ。
- 誠実さと公正性を発揮し行動する。

プロフェッショナリズム

- 統合失調症患者の診察を体験する。
幻覚や妄想がある、奇妙な態度・行動をし、まとまりが悪いなどから、診察を回避することが無いように体験しておく。
体験することにより、病態を医学的に理解し、患者の苦悩に共感し、医師の恐怖感は軽減する。
- 統合失調症の経験は医師のプロフェッショナルリズムの育成に大きく貢献する。

B.研修医のアンケート

「到達目標が求められる疾患・病態」 に関する評価(アンケート)

「適切と思う」「どちらかといえば適切」の2段階を合わせたものの割合

- 認知症：74.6% (大学病院) 73% (研修病院)
- 気分障害：74.9% (大学病院) 69.8% (研修病院)
- 統合失調症：69.3% (大学病院) 66.5% (研修病院)

「到達目標が求められる疾患・病態」 に関する評価(アンケート)

- A疾患について、精神科の3疾患と内科系の7疾患の比較
- 内科系:80%を超えている
- 精神科:認知症が70%を超えており、気分障害が約70%、統合失調症は67~69%
- この違いに大きな影響を与えているのは、内科系は必修で、研修期間が9.4カ月
- 精神科の場合、選択であり、1ヶ月弱の研修期間
- これらを勘案すれば精神科3疾患の評価はかなり高い評価

精神科が研修診療科に含まれない 場合の経験

- 他科(内科等)合併症等で経験(精神科往診):35~40%、
 - 救急外来で経験:38~41%
 - 両者合わせて73~81%
 - リエゾンや救急の場で精神科指導医が積極的に指導する
- * 本来、精神科が必修化され、精神科において研修すべきである。

C.精神疾患の疫学

精神疾患の疫学

	総患者数 千人	増加率 %	推計入院 患者数千人	推計外来 患者数千人
気分障害	958	34.7	29.1	59
統合失調症	713		174.1	48
認知症	512		80	36
アルツハイマー病	366	311.2	41	26
その他の認知症	146		39	10

D. 結論

結論1

- 研修修了時のコンピテンシーの達成度を上げるために経験目標を設定する(WG)。
- WGが示した上位目標について精神的に検討した。
- 種々の精神疾患患者とのコミュニケーションをもつことがコミュニケーション能力の向上に役立つ。
- 最もコミュニケーションをとりにくい統合失調症を経験することが役立つ。

結論2

- プロフェッショナルリズムの観点からも統合失調症を経験することは必要である。
- アンケートの結果からも気分障害、認知症だけでなく統合失調症も研修に必要な疾患として評価されていた。
- 総患者数は統合失調症は71万人、気分障害96万人、認知症51万人であったが、入院患者数は統合失調症が17万人と最も多かった。

結論3

- コンピテンシーである、コミュニケーション能力の育成、プロフェッショナルリズムの醸成のためには、統合失調症の経験が必須である。
- 精神科卒後研修は研修の基盤をなすものであり、諸外国においては例外なく必修化されている。

ご清聴有難うございました