

# 家庭医療専門研修の専攻医に対する業務基盤型評価—Mini-CEX

## 背景

欧米では、患者の実際の診療場面をそのまま評価する方法が古くから用いられてきた。しかし、その信頼性・妥当性にはかなり疑問があった。Mini-CEXはそのような背景を踏まえて1990年代に米国で開発された、業務基盤型評価の草分けと言えるモデルであり、現在では全世界的に用いられている。

## 概要

様々な場面での診療場面（医療面接＋診察＋説明など）を指導医が観察し、評価票に沿った形でチェックしていく。診療時間は15分ほどとされるが、現場に応じてある程度短縮・延長可能。フィードバックは5～10分程度。このフォーマットはオリジナルのものから若干改変している。なお、評価者は、診療に関してフィードバックできる能力を持つ医師である必要がある。

## 評価のポイント

1. 背景情報：診療施設名、評価者名、日付、専攻医名、患者の年齢・性別、診療の場と以下の情報
  - 新患か再来か：しばらく期間が空いてから来院した方については、問題点が前回と似通っていれば再来扱い、そうでない場合新患扱い。
  - 主診断・問題点：診断もさることながら、認知能、精神的問題（不安、うつ、依存）、ADL低下、独居や孤立、貧困といった点も確認。
  - 事例の困難度：クネビンフレームワークで言われている、単純（simple、アクティブな問題が単一）、複合（complicated、アクティブな問題は複数だがそれぞれへの対処でOK）、複雑（complex、複数の問題が絡み合っているが方向性はそれなりに見えている）、混沌（chaotic、複数の問題は方向性すら見えない）の4段階に分ける。
2. 評価項目
  - 医療面接
    - その事例で鍵を握る情報が、適切な質問を用いつつ、正確に収集されている。
    - 患者や同行者が発する非言語的なサインに適切に反応する。
    - 患者に尊敬、思いやり、謙虚さを持って接し、信頼関係を構築し、共感を示す。
  - 身体診察
    - 患者の羞恥心、心地よさに配慮した診察が出来ている。
    - 時間効率、論理的手順を考慮し、スクリーニングと焦点を絞った診察など使い分けている。
  - 臨床判断／推論
    - 診断だけでなく、患者の療養や今後の生活に影響しそうな様々な問題をあぶり出し、意思決定につなげている。
    - 今後の検査や治療等の計画を考える上で必要な情報なども明確化させている。
  - 共同意思決定
    - 患者の症状だけでなく、生活上の問題などにも踏み込んで議論ができています。

- 今後の検査、治療等について分かりやすく説明し、患者が納得の上で合意している
- 全般評価
  - 時間効率や流れに関して不自然さのない診療ができています。
  - その他、家庭医として不適切な行動や言動がみられない。

### 3. 評価基準

- 以下の4段階で評価する。

1点	2点	3点	4点
指導医の確認・監督が必要なレベル	独立した診療は許容できるレベル	不安を持たずに診療を任せられるレベル	専門医にふさわしいレベル

- 指導医は、なぜその点数にしたかを説明し、専攻医の納得を得るようにする。
- 評価するための情報が不足していた場合（診察せずに終わった事例における身体診察項目など）には評価不能にチェックする。

### 4. 評価プロセス：観察時間、フィードバック時間

- 観察時間：基本的には専攻医の様子を直接観察する。患者に重大な危害が及ぶと思われたとき以外には診療に介入しない。
- フィードバック時間：診療の間に行う評価なので、基本的には5～10分程度で行う。フィードバックの原則、①できていた、できてなかったことを具体的に、②主観が入る部分は“I(アイ)”メッセージで伝える、③単なるダメ出しにしない、を守る。
- 評価後、評価票は指導医からプログラム責任者に結果を共有し、その後専攻医にも共有される。