

外来研修のあり方 についての研究会

第一回 2015年4月15日

第二回 2015年5月13日

第三回 2015年6月10日

メンバー

- 川口 正一郎(奈良県立西和医療センター)
- 黒岩 かをる(医療コミュニケーション薫陶塾)
- 下 正宗(医療法人財団東京勤労者医療会 東葛病院)
- 鶴 知光(雪の聖母会 聖マリア病院)
- 萩原 万里子(都立大塚病院)
- 横江 正道(名古屋第二赤十字病院)

目的と成果

- 外来診療のあり方、外来診療の場の適切性、外来診療で研修医が身に付けるべきことについて検討し、外来研修の目標を明確にしたい。
- 外来を機能分化し、救急外来以外行っていない病院の評価について、共通の解釈を図りたい。
- 研究会の成果については、全3回のとりまとめを次期評価項目改訂版「書面調査 October2015」の付録として公開、またJCEPのイベント等で発表し、情報を公開すること、本年度の事業報告書にて報告することとしたい。

外来研修の実状(1)

- 救急外来≠慢性疾患外来
- 慢性疾患外来に三年目からは単独に診療できる
- DPCの仕組みの中で入院患者は診断がついた患者であることが多い

- 一年目に一般外来研修はさせられないので救急外来研修になる
⇒ 一般外来をはじめたときに救急外来方式の発想になる
- 主訴だけ聞いて、または、それさえ聞かずに検査へ・・・の時代
- 発熱の患者は外来の受け手がなく困る。咳があると呼吸器
- 検査がすぐにできない、結果が遅れる病院での診療を不安がる医師

- 救急外来といいつつも、実は救急ウォークインは夜間の総合診療内科

外来研修の実情(2)

- 出した薬が効いたかどうか分からない、診っぱなしではダメ。
- 1週間放っておいてよかったのか。良くなったのか、悪くなったのか。
- カルテは見ているが、患者ともう一度会うことはない。
- 内科6ヶ月間で、一度は外来のフォローをしたらいいか。数例は見られるのでは。
- 継続性(の研修)の担保はどうするか？

外来研修の実情(3)

- 臓器別になりすぎた弊害。
- 地域医療では指導してもらっている。
- 連携施設での研修としている場合は、基幹型がよく指導内容を把握していることが求められる。
- 紹介状の返事の研修は。

外来研修の実情(4)

- 総合診療科、総合内科をつくれる病院はつくり、外来における指導体制再診でフォローアップできる体制を整備することをすすめる。
- つくれない病院は、新患を指導医について診る。
- 外来研修としてローテーションする診療科は、内科、外科、小児科、産婦人科などがあるか
- 病院現場からの非難があるのかも
- すべての診療技術を学ぶ場としての外来の位置づけは？。

論点整理

- 「方向性」
- 「現状との関係」
- 「体制」
- 「機会」
- 「継続性」
- 「環境」
- 「指導医役割」
- 「診断技術」などで論点整理

方向性：“目的”、“意義”を明確に示す

- 外来はすべての医師の**基本的診療技術を学ぶ場**として大切な研修の場である。
- 臨床の基本となる**医療面接の技術**を身に付け、コミュニケーション能力の経験度を高め、3年目以降にスムーズに外来診療が出来るようなスキルを習得することが必要である。
- 最終的には指導医が正しい診断に導くことから、研修医自身は診断が正しいかにとらわれすぎずに、コミュニケーションスキルをある程度の時間を取って学ばせることも必要である。「患者はどんな性格であるか？」、「インテリジェンスは？」、「生活背景は？」まで予想して個別に対応する能力が大切である。
- 医療面接と、基本的な身体診察法の習得を目的とする。
 - *初対面の患者、未診断の患者と話す力：コミュニケーション能力を身に付ける。
 - *診察対応能力を身に付ける。
- **診断をつけ、再診まで診る訓練を初期研修の目標とする。**
 - *内科6ヶ月間で、外来のフォロー等数例を診ることが望まれる。
- **外来において適切に診療録を記載する力を身に付ける。**
 - *POS(特にプロブレムリスト)に重点

現状との関係

多くの臨床研修病院において、一般外来の研修(スキルアップ指導)は行われていないか、または行われていてもかなり少ないのが現状である。

救急外来の経験は多くの病院で行われているが、患者数、その施設の体制、指導医の関わりなどによりかなりの差があると考えられる。

救急外来では、忙しい時の医療面接が不十分になることも考えられる。

ある程度の時間を費やし、また同じ患者を複数回診察する経験も必要と思われる。慢性疾患、一般診断学も身に付けることが望まれる。

また、臓器別診療科の弊害として、「発熱の患者は外来の受け手がなく困る」、「咳があれば呼吸器内科」という現状もある。

地域医療との関連付けをどのようにするかなどの課題もあるが、臨床研修2年を修了した後、3年目には単独で外来を行うことを念頭に、必要な能力を身に付けるよう研修プログラムを整備することが必要である。

厚労省の「臨床研修の到達目標」の 行動目標および経験目標において、一般外来研修で身に付けるべき項目が明確に示されていないので、特に内科系研修は外来研修を必須事項にするなど、必要な項目を追加することも提案したい。

体制

- 総合診療科(イメージとして総合内科と簡単な外科)、総合内科がある場合は、比較的そこで研修可能であると考えられるので、外来での指導体制を確立しプログラムを実施する。
- 総合診療科、総合内科がない場合は、内科を中心に週のうちの一定程度の外来研修に時間を割く工夫が必要である。各科外来担当である指導医のもと新患(できれば紹介状がない患者なども)について外来にて診療を行うなど外来研修のプログラムを構築し、実施する。
- 内科だけに限らず、外科系の診療科でも医療面接(処置等も入る)を取り入れるべきであり、特殊な診療科(小児科は患児ではなく親と話さなければならない)も経験するべきである。婦人科等は、慎重さが必要であろう。
- 対応工夫内容など解釈モデルも求められる。
- また、再診でフォローアップできる体制も整備する必要がある。

継続性

- 2年間を通しての**定期的な外来研修**も考えられるが、指導医の時間確保等の課題は多い。
- 短期ローテートなど難しい面もあるが、1ヶ月でローテーションの場合、経験が限られるが、不可能ではないと考える。
- 「カルテは見ているが、患者ともう一度会うことはない」、「出した薬が効いたかどうか分からない」など、診っぱなしにすることなく、初診から再診につながる体制も重要である。1週間放っておいてよかったのか。良くなったのか、悪くなったのかの判断もすることが必要である。**外来で患者をマネジメントする能力を身に付ける必要がある。**

環境

- 継続性を保障するような環境が必要であり、病院全体の協力体制が求められる。
- 外来での積極的な研修を行うためには、正式なアナウンス・掲示が必要である。また、指導医と、研修医がともに診療できる外来環境として、スペースと時間の確保が必要である。患者の満足度が外来の研修医の診療につながる工夫が望まれる。患者からの評価のフィードバックがあればいいそう良いと思われる。
- 研修医と指導医が一緒に見る
- 研修医1人で行わせて、近く(別の場所)で監督・・・スペースの問題、患者への配慮から
- <掲示例> <http://www.jce-pct.jp/poster/index.html>
 - *「当院では、指導医の監督のもとに研修医(医師免許取得者)が外来・病棟で診療を行っています。」
 - *「当院は研修病院なので外来時間が長くなります」

外来研修の場の適切性について(機会)

- どのような場合であれ、**安全面の配慮**が行われていることは必須である。その上で、外来研修の機会を確保することが求められる。
- **初診と再診を経験**する。
- 時間と、患者の協力が求められる
- やり直しがきかないということを認識して診療をすることが求められる
- **患者のニーズへの配慮**が必要である。
- **時間内の紹介状のない初診患者**の診察をする。
- 外来研修としてローテーションする診療科は、内科、外科、小児科、産婦人科などが望まれる。

外来研修の場の適切性について(機会)

- 小児科は、成人の外来とは別である。
- 1年目の一般外来研修は困難なので救急外来から行う場合もある。救急外来は特殊な症例の可能性があるため、例えば、救急外来から外来研修を行ったことで、一般外来でも救急外来方式になってしわのないように留意することが求められる。救急外来といいながら、救急ウォークインは、夜間の総合診療内科としての研修の場になることもある。
- 救急車への対応を経験する。
- 慢性疾患患者について、3年目に単独で診療できる外来とは少し違うことも理解する。
- 絞られた情報(診断がついた症例)の診断をする傾向になっていることにも留意する。
- 本人に考えさせる研修とすることと、救急の時間との両立を図る。
- 地域医療研修での外来が統一されていない。外来を行い往診することが求められる。可能であれば地域包括ケアを行っているところでの研修が求められる。また、開業医の来院による研修医の外来研修という場もある。

外来研修の場の適切性について（指導医の役割）

指導医は、臨床研修省令に示される資格と能力を有する者であり、病院が研修医に対する指導を任命したものである。指導医は、**研修医が3年目から一人で診療を行うことができる**よう指導し、評価をすることが求められる。指導医がその役割を果たすためには、病院全体の積極的な体制と取り組みが必須であり、**指導医のモチベーションや時間の確保などの整備**が必要である。また指導体制として、指導医、上級医、医師以外の指導者からなる指導チームによる臨床研修の実施が必要である。

連携施設での研修としている場合は、「地域医療では指導してもらっている」など丸投げするのではなく、**地域包括ケアの認定病院と綿密な連携**をするなど、**基幹型がよく指導内容を把握**することが求められる。

外来研修の場の適切性について(指導医の役割)

<特に以下については必須としたい>

- 患者の性格、それに合わせた**医療面接**ができていたかチェックする。
- **基本的診察技術**のスキルアップを図る。
- **診療録**を迅速に**チェック**する。
- 必ずサインを行い、**紹介状の返事**まで書かせて指導をする。
- 研修医の症例は、全て指導医がレビューする。
- **インフォームドコンセントの訓練**をし、記録を残す。
- 先輩医師の失敗例などでの**シミュレーション**で済まさない。

外来研修で研修医が身につけるべきことについて

『診療技術』

主訴だけ聞いて、または、それさえ聞かずに検査へ案内するという時代であるが、検査がすぐにできない場合、結果が遅れる病院でも診療が行える医師を養成するために特に以下を身に付けておくことが必要である。

必須事項

- **医療面接**ができる。(初対面時の挨拶、観察、言葉使い、患者解釈モデルの理解、多彩(多種多様)な場面への対応、外国人、親・家族・周囲の人・キーパーソン、いろいろな人への対応)
- **基本的な身体診察**(病歴聴取から体系的診察)が行える。(聴診、脈診、打診、触診、打腱、眼底所見、耳鏡)
- 患者個別による**プライバシーについて配慮**することができる。(子供・思春期・女性など)
- **検査計画**を立てることができる。
- **カルテを記載**することができる。(病棟と異なる点は、短時間で書き上げる)
- **説明と同意**の取得と、記録ができる。
- **他科コンサルテーション、紹介状**の記載ができる。
- 帰宅させてしまっているのかの**判断**ができる。

外来研修の第三者評価

【現在までの訪問調査を通しての課題】

- 外来研修について一般外来研修が行われているかどうか、**救急外来だけでは不十分**であるという評価を行ってきた。そして、一般外来研修の状況について不十分である病院が散見される一方、**部署訪問では病棟の訪問が主で外来の調査自体が現行の評価項目では評価が十分に行えていない状況も確認された。**
- また、そもそも研修プログラムに一般外来研修が適切に含まれていない病院もあり、厚労省の示す到達目標においても外来研修における到達目標が明確に示されていない。
- 外来研修の重要性を再確認し、**外来でしか学べないことがある**ことを明確にすることが課題とされる。
- 今後、病棟をみる時間を少し外来にあてる、研修医インタビュー、指導医インタビューでも外来について確認するなど、**訪問調査の方法を見直す**ことが必要である。同時に、臨床研修病院に外来研修の重要性を認識させることが必要である。

外来研修の第三者評価

【一般外来機能のある病院の評価】

- 質を向上する
- 研修医診察のシステムがある
- プログラムに外来研修が明確に示されている
- 外来スペースは十分である
- 研修医が診察することが掲示されている

外来研修の第三者評価

【一般外来機能のない病院・救急外来以外行っていない病院の評価】

どの診療科（小児科、外科など専門外来しかななくても）であれ、**外来患者は診るはず、紹介状を持ってくる外来はあるはずである。**

基本的には、一般外来機能のある病院と同様の評価を行う。

外来研修で身に付けるべきことが組み込まれていなければ、「b」以下の判定もあり得る。

大学や家庭医として、同系列の外来部門との連携での代用などの場合は、**綿密なプログラムの作成と把握**が必要となる。