

報告

れを目指す者にはFDを学ぶ時間が必要と考えられた。学習者の満足度は非常に高く、その後の行動変容に影響を与えた。

本稿の要旨は、第18回家庭医療学会（平成15年11月15日、東京）で発表した。

謝辞

今回の短期FD研修は亀田総合病院家庭医診療科岡田唯男先生が存在がなくては実施しえないものでした。貴重な時間を多大に割いていただいたばかりでなく、米国での経験や情報を惜しみなく提供していただいたことには改めて深く感謝申し上げます。また「教育場面の見学」に恥らいなく立ち会って下さり「教育の実践」にも参加していただいた同病院家庭医診療科シニアレジデント達、研修中の生活面でのお世話いただいた医師卒後研修センターのスタッフをはじめとする病院関係者にも誌上をお借りして厚く御礼申し上げます。

参考文献

- 1) 水口文香, 葛西龍樹, 吉村学, 他:開かれたネットワーク:家庭医療学専門医コースでの多施設研修の意義. 家庭医療 2000;7 (1): 18-23.
- 2) Bland CJ, Schmitz CC, Stritter FT, et al: Successful Faculty in Academic Medicine. Springer, New York, 1990.
- 3) Holloway RL, Wilkerson L, Hejduk G: Our back pages: Faculty development and the evolution of family medicine. Fam Med 1997; 29 (4): 233-236.
- 4) バトリシア・A・クラントン著, 入江直子 他訳:おとなの学びを拓くー自己決定と意識変容をめざして. 風書房, 東京, 2002.
- 5) Krause KC: Formative feedback. in Paulman PM, Susman JL, Abboud CA (eds), Precepting Medical Students in the Office. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2000, pp76-80.
- 6) PEP2 Workbook_Preceptor Education Project, Second Edition: A guide for teaching in your practice. Society of Teachers of Family Medicine, KS, 1999.
- 7) マイク D. フェタース, 吉岡哲也, 佐野 潔:家庭医療外来実習を最大限に活かすコツ STFMプリセプター教育プロジェクトに基づく方略. 家庭医療 2003;10 (1): 9-16.
- 8) Kemp JE, Morrison GR, Ross SM: Designing effective instruction. Macmillan Pub Co. New York, 1994.
- 9) Performing a SWOT analysis: <<http://www.bplans.com/ma/swotanalysis.cfm>>
- 10) Abraham Maslow: Motivation and Personality, 3rd edition. Addison-Wesley Pub Co, MA, 1987.
- 11) 岡田唯男:卒後臨床研修の必修化を控えて3. 新しい卒後臨床研修の枠組み 4) 指導医の要件・役割・評価. JIM, 2003; 13 (5): 429-432.
- 12) Sheets KD: Working with students not interested in Family Practice. Fam Med 1997; 29 (6): 389-390.
- 13) ダニエル・ゴールマン, リチャード・ボヤツィス, アニー・マッキー, 土屋京子訳:EQ リーダーシップー成功する人の「こころの知能指数」の活かし方, 日本経済新聞社, 東京, 2002.
- 14) 齋藤孝:会議革命, P H P 研究所, 東京, 2002.

〈連絡先〉一瀬直日

赤穂市民病院

〒678-0232 兵庫県赤穂市中広1090

電話: 0791-43-3222

Fax: 0791-43-0351

E-mail: FZK12332@nifty.ne.jp

報告

英文抄録：

Key words : Faculty development (FD) , Family medicine, behavioral change, community preceptor, outpatient teaching

[Backgrounds] : The three months of elective time is available for the senior residents during their family practice training at the Hokkaido Centre for Family Medicine, Carres Alliance Medical Corporation. The author was looking for the opportunity to have faculty development (FD) activity using his elective time so he can become a better community preceptor after completing his training. Okada, the interim chief of the Department of Family Medicine, Kameda Medical Center, who is the U.S. board certified family physician have had completed a formal two year full-time family medicine FD fellowship in the U.S upon the completion of his residency training. He had a plan to develop and implement FD fellowship in Japan, which is comparable to ones in the U.S. in terms of quality. He agreed to develop a one month pilot FD program for the author as his elective rotation.

[Objectives] : To present overview of the pilot FD program from learner's perspective, learner's experience and a part of program outcomes.

[Methods] : The program covered a set of essential skills for community preceptor. It used three major strategies; core lectures given by faculty, learner's observation of faculty's actual teaching sessions, and planning and delivering lectures to residents by a learner.

[Results] : The author was highly satisfied with this program and became confident with teaching in the office.

[Conclusions] : FD curriculum which covers the most of skills necessary for community preceptors can be done over an intensive one month. Faculty and those who want to be faculty should have training to become a clinician educator in addition to their continuous medical education (CME) as a clinician because the skills necessary for clinicians and ones for educators are somewhat different. This pilot FD program gave the author high satisfaction because of its usefulness and relevance. It also influenced his subsequent behavioral changes as an educator.

特集 地域で医師を育てる—地域保健・医療研修で何をするか

[診療所研修を魅力的にするために]
効果的に外来で教育を行う
5つのマイクロスキル

岡田 唯男

J I M

第14巻 第5号 別刷
2004年5月15日 発行

医学書院

診療所研修を魅力的にするために

効果的に外来で教育を行う 5つのマイクロスキル

岡田 唯男

Question & Answer

Q : 臨床の最新の知識がないと指導医はできないのでしょうか?

A : 知識の伝達より、考え方を伝えるほうが応用できる。マイクロスキルで学習者が自ら考える手助けを。

Keyword : マイクロスキル, 外来教育, 1分間指導法, 成人教育理論, facilitated learning

外来での教育は、時間、場所、指導医らの確保の問題、また病棟での診療能力に包括されるという誤解などで、軽視されてきている。米国において家庭医の教育を効果的に行う目的で開発された^{1,2)}、現在では広く内科、小児科においても使用されている Neher らによる5つのマイクロスキル(以下、マイクロスキル)³⁾をもとに、効果的な外来教育法について紹介する。

菌の診断を支持する症状を知らないかもしれない。逆にそのことはよく知っているが、どのような抗菌薬を選択すべきか知らないかもしれない。上記の方法では指導医がその区別を付けることは困難である。この研修医に欠けている部分(学習のニード: learner's need)は明らかにされることなく、結果として非効率に外来教育の時間が過ぎていく。

よく見られる(?)指導の例

研修医 6歳の女の子です。2日前より咽頭痛があり、昨日から37.8℃の発熱です(以下略。ここで指導医のほうを向いてコメントを待つ)。

指導医 どうやら溶連菌による咽頭炎のようだね。アモキシシリン出しといて

さて、このやり取りで、この研修医に必要な(learner-centered, J1)教育が行われただろうか。この研修医は問診はきちんととれても、溶連

指導医が果たすべき2つの役割

指導医は2つの役割を果たす必要がある。1つは責任者として患者の受ける医療が過不足のないよう保証すること。もう1つは研修医の診断と治療を行うことである。教育の分野では学習者のニーズ評価(learner's educational needs assessment)と指導(instruction)と呼ばれており、指導医が行う診断と治療の主たる対象は学習者であることを忘れないでほしい。

J1/J2ノート

J1 learner-centered (学習者中心の)

最近、患者中心の医療といわれるように、教育の分野でも、教育者中心(教育者が学習内容を決める)から、学習者中心(学ぶべきことは学習者が決める、個々の学習者のニードに合わせて指導する)の教育が求められている。

J2 facilitated learning method

教育者は知識の伝達者としてではなく、思考や議論を促進するための問いかけを巧みに使うことで、主として高レベルの知識領域(問題解決能力)の習得を目指す教育法。講義と違い、学習者がかなり能動的であることが必要。

マイクロスキルのできること、できないこと

マイクロスキルが目指すのは、①学習者が問題解決に使う知識(事実)の組み合わせと問題解決の手順の両方を明らかにし、②その不足領域に絞って介入(教育)を行うことである。したがって、基本的に facilitated learning method (J2) に基づいた小グループ学習や PBL (problem based learning) と同じく高レベルの知識領域 (J3) の評価、教育を短時間で行うこと、また忘れられがちな正の (positive) フィードバックを含めた形成的評価 (J4) が含まれていることが、その長所である。

逆に、基本的な知識に欠けるため、問題解決以前のレベルにある学習者の教育や、評価のために質問ではなく観察を必要とする技術領域 (J3) の評価、教育には適さない。

実施方法

マイクロスキルを含めた外来教育の流れを図1に示す。

▶ 成功のための環境作り：学習者の安全の確保

マイクロスキルの最初の2ステップで学習者のニーズ評価が行われるが、そのための主な手段が「尋ねる」ことであるため、学習者が質問されることに慣れていなかったり、過去に嫌な経験があったりすると、この方法そのものがうまくいかない。研修中、研修前後とも一貫して、質問は評

価(診断)のためであって困らせるためではないこと、何も言わないより間違った答えでも問題が明らかになるほうがよいことなどを、学習者に理解させ、「自分のできていないところを安心してさらけ出せる」環境を作る必要がある。

▶ 患者の診断：症例提示(学習者による)

指導医として、報告に基づいて患者の診断を行うと同時に、学習者の情報収集能力、症例提示能力などを評価する。問題解決をするのは学習者であることを忘れず、情報収集のための質問は最小限にとどめる。

▶ 学習者の診断：学習者の能動化(activation)とニーズ評価

1：考えを述べさせる (Get a commitment)

指導医に診断・治療の答えを与えられることに慣れている受け身な学習者は、症例を一通り提示しおえると、指導医の「解決」を求めて「問」を置くことが多い。しかしここでは、答えを提示したい衝動を抑えて、本人の考えが述べられるよう、問いかけを行う。

2：根拠を述べさせる (Probe for supporting evidence)

ステップ1で本人が考える診断名や必要な検査、治療などを述べた後、指導医からの正しいか間違っているかの「判決」を求めて再び黙ることもよくある。答えが正しくともそれは偶然かもしれないし、結論を導く過程が間違っているかもしれない。「なぜそう思うのか」尋ねることで、その判断に至った思考過程が明らかになる。答えが

JIMノート

J3 高レベルの知識領域

しばしば教育目標は知識、態度、技術に分類され、知識(認知領域)はさらに知識、理解、応用、分析、統合、評価の6段階に分けられる。後者ほど習得レベルが高く、その前段階の習得を前提とする。したがって、基本的な知識(心筋梗塞の症状)なしでは、胸痛の患者をどう評価するかなど、問題解決方法の教育は困難となる。

J4 形成的評価 (formative evaluation)

合否判定などに使用される評価 (summative evaluation：総括的/判定的評価) に対して、対象のパフォーマンスを改善するための評価。良い点、改善点などの情報を収集し、本人に提示する作業のことで、いわゆるフィードバックと同様の活動。

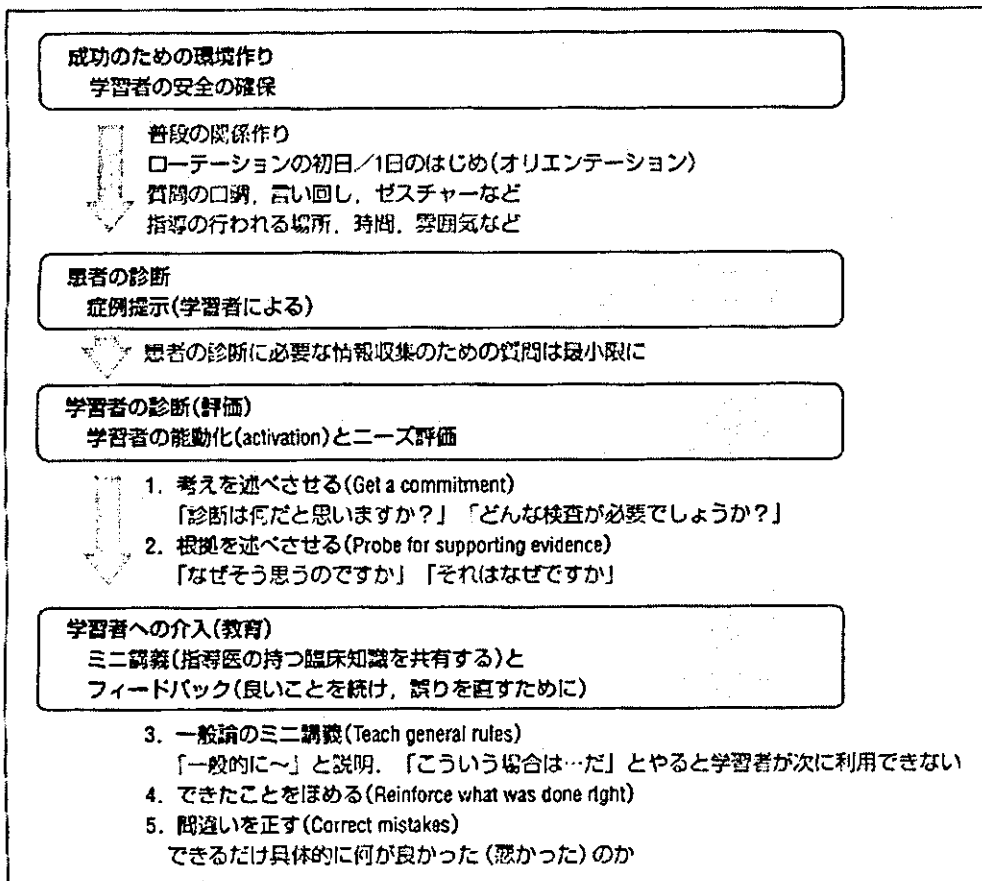


図1 マイクロスキルを含んだ外来教育の流れ

注) 1～5の部分がマイクロスキル。時間が許せば1症例の提示中に1～5のサイクルを何度も繰り返してもよい。また、必ずしもすべてのステップを使用しなくてもよく、不要であれば特定のステップを省略してもよい。

間違っていた場合も、どこでつまづいたかが明らかにになる。

▶ 学習者への介入(教育)：ミニ講義とフィードバック

3：一般論のミニ講義 (Teach general rules)

上記1, 2のステップで明らかになった、学習者の欠けている部分(ニード)に絞って、将来的にも使えるように一般論として講義をする。疾患の診断と治療を網羅するような系統講義ではない。自分も知らない内容であった場合、一緒に調べるといった対応を。

4：できたことをほめる (Reinforce what was done

right)

5：間違いを正す (Correct mistakes)

良かったことは次につなげ、訂正点は次にもちこさないためにフィードバックを手短に行う。フィードバックは本人のためであることを念頭に、次に使えるよう、具体的に何が良かった(悪かった)のかを説明する。フィードバック論の詳細は成書に譲る。

具体的なやり取りの例を、表1に示す。

うまく行かない時/その他の注意点

学習者が自分の弱点を見せることを前提とする

表1 マイクロスキルを含む外来教育の実践例

●成功のための環境作り

2週間の診療所外来ローテーション。初日に、わからなければそう言ってほしいこと、間違ってもよいことなどは説明しておく。

●研修医による症例提示

研修医(以下、研)「患者さんは28歳女性です。昨日からの血尿と右腰部痛で受診されました。右の背部に叩打痛があります(以下省略)」

指導医(以下、指)「排尿時痛は？」

研「ありませんでした」

指「発熱は？」

研「すみません、聞いてません」

できるだけ本人に話させる。しかし、指導医は患者の診断に必要な情報が病歴から抜けていれば、質問せざるを得ない。この場合、腎盂腎炎と尿路結石の鑑別に発熱や排尿時痛の有無が必要なのに、含まれていなかったため質問した。答えられれば、聴取はしていたが病歴に含めなかった、逆に答えられなければ、そのことを意識していなかったことがわかる(学習者の評価)。病歴提示がまとまっていなかったり、患者の診断のために指導医があまりに多くの質問をしななければならない場合などは、問診をやり直させるか、中断して指導医自ら患者を問診、診察することが必要。受け身のスタイルの研修に慣れていると、指示を待つように問を置くので、それをステップ1へのきっかけとする。

●学習者の診断(評価)

・ステップ1

指「それで、何を考えますか？」

研「典型的な腎盂腎炎だと思います」

これから研修医の診断。排尿時痛がなかったことから尿路結石の可能性もあるのに、発熱の有無を聞いていなかったことから、この研修医はその鑑別が浮かんていないのではないかと指導医は考える。研修医はこの時点で自分が正しいかどうかの判定を指導医からもらいたいの、問を置くことが多いが、さらに研修医の思考過程を評価するためステップ2へ。

・ステップ2

指「なぜ、そのように考えますか？他に鑑別診断はありますか？」

研「先日病棟で受け持った腎盂腎炎の患者と同じ症状です。診察でそれを支持する所見もあります。鑑別診断は…他には考えにくいです」

やはり尿路結石は浮かんていなかったようである。彼の思考過程が血尿+腰部痛(+叩打痛)=腎盂腎炎という短絡路を形成しており、そこに彼の学習ニーズがある。学習者の診断(評価)も終了、介入(指導)のためステップ3へ。違う研修医であれば尿路結石は考えたものの、男性の病歴だと思い込んでいたために腎盂腎炎と考えるかもしれない。そのような思考過程の違い(学習のニーズの違い)はステップ2なくして明らかにならない。

●学習者への介入(教育)

・ステップ3

指「一般的に腎盂腎炎だと発熱があることが多いね。また、血尿と腰部痛が必ずしも腎盂腎炎を意味するとは限らない。尿路結石でも同じような症状が出るね。その鑑別はどうやったらよいだろうか？」

本人に不足している部分だけに絞って説明。もう少し、学習者の両疾患に対する理解を知るための質問をする(学習者の評価。ステップ1、2)。発熱についての情報なしでは患者の診断がつかないので、両者の鑑別に役立つ症状や検査などを簡単に説明し、一緒に患者さんから追加の情報収集を行う。発熱はなく、尿検査により細菌や白血球は見られなかった。患者に適切な診療をして帰した後、ステップ3、4のフィードバックへ。

・ステップ4、5

指「若い女性は尿路感染症が多いし、この病歴で腎盂腎炎を考えられたのはよいと思う。今回は完全に尿路結石を忘れていたみたいなので、次からはそのことも考えながら診療すると良くなるでしょう」

ステップ3までの過程で、学習者自身が自分の欠けていたことに気づくことも多い。そのような場合はステップ5は省略して、良かったところをはめるだけでも可。時間があれば、ステップ3の前に、「必要な検査はありますか」「診断が正しければどんな治療をしますか」など、学習者の知識や思考過程を明らかにする質問をさらに行ってもよい。ただし、いじめることが目的ではないので、質問で明らかになった学ぶべき点はきちんとフォローすること。

注)指導の手順を示すために細かい病歴提示などは省いてあります。診断の正誤にはこだわらず、指導方法に注目してください。

ので、ベッドサイドなど、患者がいる前では不適切になる可能性がある。以下、各ステップでの注意点を述べる。

ステップ1, 2: 学習者が自分の考えを述べようとしなない場合, ①集めた情報の処理, 解釈ができていない(もしくは十分集められていない), ②自分の弱点を見せたくない(過去にそうしたことで嫌な思いをした), ③他人の判断に依存している(今まで主導権を持たされたことがなく, 指示に従うだけの研修をしていた), などが考えられる。適切に学習者の診断, 対応を行う。

ステップ3: 短期の外來研修で「すべて」教えようと思わないこと。1症例1ポイントで十分である。

ステップ4, 5: できるだけほめ, 訂正は最小限にとどめる。

最後に, この方法を使用することで, 読者の指導医としての評価が上がることを願います。

文献

- 1) Society of Teachers of Family Medicine PEP2 Committee: PEP2 workbook/preceptor education project—a guide for teaching in your practice, 2nd ed. STFM, Shawnee Mission, 1999.
- 2) Society of Teachers of Family Medicine PEP2 Committee: PEP2 facilitator's guide/preceptor education

project—facilitator's guide for conducting PEP2 workshops, 2nd ed. STFM, Shawnee Mission, 1999. <このプロジェクトにマイクロスキルが取り上げられたことで家庭医での外來教育の標準となった>

- 3) Neher JO, et al: A five-step "microskills" model of clinical teaching. J Am Board Fam Pract 5: 419-424, 1992. <マイクロスキルが最初に紹介されたオリジナル。何度も読むに値します>
- 4) Moser SM: The University of Kansas School of Medicine-Wichita. Preceptor handbook. One minute preceptor—microskills of clinical teaching. <http://wichita.kumc.edu/fcm/precipdev/minute.html>. 2001年8月13日更新(最終アクセス2003年12月31日) <マイクロスキルの各ステップで使う具体的な文例や, ステップの理念にのっとっていない間違いの文例が豊富です>
- 5) Irby D: How attending physicians make instructional decisions when conducting teaching rounds. Acad Med 67: 630-638, 1992. <マイクロスキルの背景にある大きな概念の元です。症例提示→患者の診断→学習者の診断→適切な教育(本文図1)>
- 6) Whitman N, et al: Preceptors as teachers—a guide to clinical teaching, 2nd ed. Department of Family and Preventive Medicine, University of Utah School of Medicine, Salt Lake City, 1995. <英語ですが30ページ弱です。しかも半分は図です。しかし外來教育の極意がここにあり, よくまとまっています>

おかだ ただお

亀田メディカルセンター家庭医診療科家庭医後期専門研修プログラム

〒206-8602 千葉県鴨川市東町929

Tel: 0470-92-2211(代) Fax: 0470-99-1198

掲示板

第30回 肺癌診断会および画像診断セミナー

日時: 6月24日(木)～26日(土)

会場: ホテルリステル猪苗代(福島県耶麻郡猪苗代町/Tel: 0242-66-2233)

プログラム: 画像診断セミナー「胸部画像診断の基礎知識」/肺癌治療関連合併症の画像診断/公算症例検討「経過を追えた微小結節陰影(HRCT所見の徹底解析)」/サテライト講演「禁煙講演の仕方(仮)」高橋裕子(奈良女子大), 「肺癌診断会の思い出(仮)」坪井榮孝(日本医師会)/経時的変化に基づく肺診断(CADを含む), 他

会費: 45,000円(宿泊・朝夕食・懇親会費含む)

申し込み方法: ハガキ, FAX, E-mailで事務局に申し込むと, 詳しい案内を送ります。

問い合わせ先: 大原総合病院放射線科 肺癌診断会事務局(森谷浩史)

〒960-8611 福島市大町6-11

Tel: 024-526-0433 Fax: 024-526-0342 E-mail: hmoriya@fmu.ac.jp

<http://fukushima.cool.ne.jp/ganbari/>

One more JIM

Q1 診療所研修を引き受ける診療所医師として、留意すべき点を教えてください。

A1 「地域保健・医療研修」の指導の際にポイントとなるであろう点を以下にあげる。

研修開始前

- 教育目標や評価方法について、研修医の所属する施設の教育担当者と事前に打ち合わせをする。
- 研修医が診察(医療面接、身体診察)に使用できるスペースを確保する。

研修開始時

- 研修開始時に研修医とともに研修のゴールを確認し、研修医の学びたいこと、指導者が研修医に期待することを明確にしておく(ブレアンケートを利用)。

研修期間中

- 一般的な疾患を有し、さまざまな背景をもつ患者を診察する機会を与える。
- 診療に貢献するような役割を研修医に与える。
例) 医療面接・身体診察とその記録、検査・治療計画の立案、訪問診療、夜間の救急患者への対応、診療情報提供書の作成(指導医の言う内容の口述筆記など)
- 毎日の外来診療の終わりに診察内容について振り返り、研修医にフィードバックを与える。
- 研修の中間地点で、それまでの研修について研修医とともに振り返り、後半の研修をどのように行うか話し合う(研修の記録を利用)。

研修修了時

- 研修修了時に研修医からプログラムに対するコメントを得る(ポストアンケート)。
- 評価表(本文図2)を用いて研修医に正式なフィードバックを与える。

*プライマリ・ケア教育連絡協議会のホームページ

ジ(<http://www.reference.co.jp/primary-care/>)には、研修医が記載するブレアンケート、ポストアンケート、研修の記録が掲載されており、自由に利用できる。
(武田裕子 → p388)

Q2 地域医療に関心のない研修医に診療を行わせる際の注意点を教えてください。

A2 研修医を受け入れたことのない診療所に研修医が来たら、まず基本的な医師としての態度やコミュニケーション能力が身に付いているかをチェックする。最初はゆっくりしたペースで患者診療を行わせ、その様子を観察する(場合によっては他のスタッフの協力も得る)。指導医が診療に同席することは、かえって研修医の自然の姿が見えず、緊張を与えるので好ましくない。問題がある研修医に対しては、プログラムを、見学中心とする、診察の一部のみを行ってもらい、文献学習などに置き換えるなどに変更することもやむを得ない。診療の安全上、必ず診察の直後にカルテチェックを行って不十分な点の補充、危険の回避を行う。何例か診察させるうちに診察能力が確認できたら診療を任せ、研修医からの質問に答える程度でよくなる。その場合でも事後に必ず診療のフィードバックは行うこと。万が一研修医が診察に携わることができない場合や、地域医療に関心がない場合でも、診療所医療にやりがいを感じている医師とともに過ごすなかで、研修医が必ずや新しい何かを得ると信じている。

(西村真紀 → p395)

Q3 なぜマイクロスキルなのでしょうか。

A3 この方法が急速に広がった理由として、1～2時間のワークショップで習得可能、短時間で

実施可能(5分以内、しばしば1, 2分で実施できるので1分間指導法 one minute preceptor の別名も、本文の実施例も2~3分でしよう)、忘れにくい、学習者のニーズを明らかにできる、成人教育理論に基づいている、指導医が医師としての能力が高なくても良い指導ができる、などの理由で、とくに時々しか教えない指導医や指導の初心者(がまず最初に身に付けるのに適しているから)と考えます。

また最近の研究でも、マイクロスキルによる指導と方法を指定しない自由な指導(traditional model)を比較した場合に、マイクロスキルのほうが、よりその症例に則した教育(その症例の鑑別診断、必要な検査、その疾患の典型的な症状などの議論)が行われること(使わない場合は、一般的な病歴のとり方、症例提示の仕方、危険因子などの話題が多い)(Irby D. Acad Med 2004)や、マイクロスキルを用いた場合、指導医が患者の正しい診断に到達できる率が高いこと、問診、診察、症例提示、臨床的推論(clinical reasoning)、知識量の領域において学習者をより高く評価すること、指導医が同様の領域で自信を持って学習者の評価ができること、マイクロスキルのほうが効果的で、効率の良い指導法であると指導医が感じたこと(Aagaard E. Acad Med 2004)が示されています。

実際に私が依頼を受けて計画、実施するFD(faculty development: 指導医養成)でも、外来教育をする指導医が対象の際はマイクロスキルとフィードバックの方法を習得できるよう計画を立てます。診察を中心とする clinician-educator や preceptor のような指導医なら、その2つのスキルでかなり良い指導ができます。

(岡田唯男 → p399)

Q4 忙しい日常臨床のなかで、どうすれば形成的評価をする時間を確保できますか？

A4 確かに診療所の医師は忙しく、十分な時間は取れないのが現状だと思います。

まず、現在の週間予定を書き出してみてください。少し使えそうな細切れの無駄な時間はありませんか？ 必ずあるはずです。自分だけでなくスタッフとも相談してみましょう。なんとかひねり出してみてください。形成的評価を行う際には、指導医もいろいろな気づきをメモしておいて、比較的余裕のある時間に研修医へ実施するとよいでしょう。筆者の経験では、往診移動中の車内や昼食時間、外来患者がとぎれた時間などに少しずつ実施しています。それでも多忙な方でも、毎週末業務終了後に最低30分程度は確保して形成的評価にあてたいところです。(古村 学 → p404)

Q5 診察室が1つしか使えないため、学習者に診察してもらおうスタイルの診療所研修を実施するのが難しいのですが、どうしたらよいでしょうか？

A5 診察室の数の問題は、ソロブラクティスが多い日本の個人診療所の構造的な問題である。指導医と学習者の診察を並行して実施するためには2つ以上の診察室が不可欠であり、1つでは外来見学を実施するしかない。

この問題の克服のためには2つの方法がある。1つは、検査室などの他の目的のために準備した部屋に机・椅子を持ち込んで簡易診察室にしてみよう、学習者に診察させる方法だが、患者に不快な思いをさせる可能性もあるため、指導医から十分な説明を行い、患者の了承をもらうことが重要である。

もう1つは、指導医の診察の合間に学習者の診察を組み入れる方法だが、一番の問題は診療の流れが滞ることである。その解決策として、学習者が病歴と身体診察を終えたあと、指導医がそのまま診察室に入り、患者の前で学習者の評価とマネジメントプランを聞きながら、適宜修正を加えて診療をまとめ上げる方法がある。学習者・指導医双方に実力と経験が必要な指導法だが、一度試していただきたい。(草場鉄周 → p408)