

200835060A

平成20年度厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

新医師臨床研修制度において有効な研修成果を
挙げるための院内体制および地域医療研修の
整備に関する研究

平成20年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 堺 常雄 (社会福祉法人 聖隷浜松病院)

平成21年(2009年)3月

まえがき

医師臨床研修制度では基本的理念として、「医師が、医師としての人格を涵養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない」ことを掲げてある。このために、2年間で効率の良い研修が望まれ、また地域医療での患者と密接した状態で行う研修が有効になってくる。

本研究では、(1) 効率の良い研修を行う手段として「屋根瓦方式の研修体制」に着目して、国内外で本方式を行っている施設を見学することによってその体制整備を図るとともに、(2) 地域医療研修の効果を検証することによって将来の地域連携を構築することを目的として、種々の課題を明らかにした。

(1) 屋根瓦方式の研修体制

当院では、プライマリ・ケア研修に重きを置くために、研修の主たる場所を総合診療内科と救急科としたプログラムを作成した。更に、屋根瓦方式の研修体制を構築するために1年目、2年目ともに総合診療内科と救急科をローテートし、3年目の後期研修医(上級医)、指導医がその上につく方式をとった。この方式によるチーム医療は研修医、上級医、指導医、患者夫々から評価を得ることができた。研修医にとっては、see one, do one, teach oneを実践することにより、効率の良い到達目標達成ができた。上級医、指導医にとっては事務的な診療業務の軽減が図れたものの、教育という業務が増えたのは事実であるが、かえって下を教えることができるといふインセンティブが加わったものと考えている。

総合診療内科と救急科のローテーション以外の専門科ローテーションでは、いわゆる屋根瓦方式ではなく、研修医にとっては実際の診療への関わりが少なくなりがちであった。

国内外の施設見学では夫々すぐ上の学年がロールモデルとして機能しており、屋根瓦方式の良い点が良く分かった。上級医の教育に関わる負荷はあるものの、それを上回る教育者育成の面でのインセンティブがうかがえた。

本研究では屋根瓦方式が効率の良い研修体制として機能することが示された。

(2) 地域医療研修

当院のような急性期病院では、病院前の健康管理や予防医療と病院後の介護や在宅医療の総合的な保険・医療を経験するために、地域完結型医療の研修が不可欠である。本研究ではその後者に注目して地域医療研修の効果を検証して地域連携の基礎を構築することとした。

具体的には、介護老人保健施設とその配置医である診療所で研修を行い、また日本家庭医

療後期研修プログラム責任者の会に参加して将来の地域連携の基礎構築の一助とした。

研修医の評価は高く、総合医・家庭医への認識が改善され、当初違う専門科を志望していた研修医の中にも総合医・家庭医への進路変更をするものがあつた。当院では総合診療内科の後期研修プログラムで、へき地医療を行っている浜松市国民健康保険佐久間病院との連携プログラムを検討中であり、本研究はその実現化に向けて有用であつた。

本研究は、特に急性期病院での研修では臨床研修制度の基本的理念を達成するためにも、このような形の地域医療研修が不可欠であることを示している。

更に、臨床研修制度の見直し案の中でも地域医療の研修の重要性が言われ、地域医療が「必須科目」として位置付けられており、本研究はその有用性を裏つけるものとして有意義なものと考えている。

主任研究者

堺 常雄

— 目 次 —

1. まえがき	
2. 目次	
3. 本文	
1) 北米内科研修システム視察報告	4
清水 貴子(研修センター)	
2) 理想的な屋根瓦方式を形成している研修指定病院視察	9
鈴木 広道(総合診療内科)	
3) 聖隷浜松病院における地域研修	17
清水 貴子(研修センター)	
4) 聖隷浜松病院家庭医療・総合診療研修カリキュラムの作成	26
渡邊 卓哉(総合診療内科)	
5) 第2回日本家庭医療後期研修プログラム責任者の会参加報告	43
渡邊 卓哉(総合診療内科)	

北米内科研修システム視察報告

清水貴子 (研修センター)

〔はじめに〕

当院のプログラムの特徴は、プライマリ・ケア研修に重きをおいていることであり、主たる研修場所は総合診療内科と救急科である。6ヶ月の内科分野は2007年度プログラムまでは、2年目にも総合診療内科と救急科をローテーションし、両科は計12ヶ月間の研修期間となる。両科では専門医研修医、指導医とともに屋根瓦方式によるチーム医療を形成し、さらに学生実習も多いので、この屋根瓦方式によって自らも新しいことを学習しながら、専門医研修医は臨床研修医を、2年生は1年生を、また1年生は学生を教えながら、それぞれに学ぶこと、つまり see one, do one, teach one を体験している。

真栄城優夫¹⁾は、研修に屋根瓦方式を採用すれば、指導に必要な負担を全スタッフで分担することができるかと述べているが、本方式を当院でさらに周知し、研修医がローテーションする各科において屋根瓦チーム医療体制を構築するために、理想的な屋根瓦方式を形成している研修指定病院を視察し、研修医および指導医における効果について実証することが必要である。

今回、北米、特に Olive View - UCLA medical center (以下 Olive View 病院) と West Los Angeles Veterans Affairs Medical Center (以下 VA 病院) の2病院の、特に内科レジデントシステムを見学できる機会を得た。両病院とも UCLA medical school の教育関連病院であり、Cedars-Sinai 病院などと相互乗り入れのシステムを形成している。

これらの視察を経て、当院のプログラムで本年度から研修を必須とした循環器内科において屋根瓦式チーム医療を構築したので、その成果についても考察を加えた。

〔視察報告〕

1. 北米の医学部および内科レジデントシステム

北米では高等学校卒業ののち、いわゆる4年間の“大学”を卒業してさらに4年間の medical school (以下医学校)に入る。この医学校の3・4年生で日本でのベッドサイドに相当する臨床実習を行う(後述)。医学校を卒業すると、マッチングにより内科・外科・精神科・産婦人科・小児科などのレジデントシステムに加わることになるが、専門科によってレジデントの年数は異なる。内科は原則的には3年間の internal medicine (内科) のコースのあと、人によっては4年目に選ばれて chief resident を

勤め、その後専門内科を選択して fellow に進む。米国の内科専門医とは基本的には米国の3年間の「内科レジデントプログラム」を終了し、内科専門医の試験に合格した人たち “Board Certified in Internal Medicine” が会員になる資格を有し、「内科医」を称することができる。

医学生: student、卒後1年目: intern (以下インターン)、卒後2年目: resident (以下レジデント)、卒後3年目: senior (以下シニア)、卒後4年目: chief resident (以下チーフ) と称して区別されている。内科研修は基本的に3年であるが、成績の優秀なシニアの中から毎年1-2名が選ばれて、時には3ヶ月~6ヶ月交代で4年目のチーフを務める。チーフは毎日の morning

report、noon conference におけるインターンやレジデントが提示する症例の選択、症例によっては特別講師の依頼、入院患者の割り当てなどを行っている。チーフを務めると、専門内科にすすむのが1年遅れることになるものの、下級生の診療と教育の責任者としての責務は大きく、また fellow として就職する研修病院に対して大きな利点になり、carrier vitae (履歴書) にも記載できるので、これに選ばれることが名誉とされている。

2. 内科の診療体制

1) 入院診療

まず内科の診療体制に日本と大きな違いがある。これは前項で述べた、北米の内科レジデントシステムによる。見学した両病院とも内科の入院患者の多くは Department of General Internal Medicine (以下内科) に入院する。各専門内科には独自の入院ベッドはほとんどないため、自科として直接入院患者の受け持ちをすることは少なく、フェローやスタッフは内科チームやその他内科スタッフからの依頼で、コンサルト診療や検査を行う。コンサルトを受けた患者の回診は、専門科独自で自主的にまたはレジデントやインターンと一緒にほぼ毎日行っている。これらのシステムは全アメリカで同じということであった。

内科や専門内科とは別に、VA 病院では治療が終了したあとナーシングホームや自宅に帰る前の嚥下や身体リハビリなどのケアが必要な患者のためには“transient team”や“Geriatric department”に任せることができる。

内科の入院診療は両病院ともチームごとに行われ、各チームは Attending Doctor (以下アテンド) 1名、レジデント1名、インターン 2~3名、Medical Student の Extern (メディカルスクール 3・4年生、以下学生) 1-2名で構成され、きっちりとした屋根瓦方式が形成されていた。レジデ

ントは 2-3名ほど、インターンは 5~10名、学生は 1-2名の患者の受け持ちをし、規定数以上の入院患者はシニアもしくはアテンド以外の内科スタッフが受け持ちをする。当直や緊急当番のような担当時間に診たチームがそのまま入院担当も受け持つが、入院が多いときは他のチームに振り分けられることもある。

入院した患者の状態に応じ、各専門科のコンサルトを受けるが、全身状態の管理や各オーダはすべてチームの責任となる。通常学生の受持患者はインターンと一緒に面倒をみており、カルテの記載はインターンの承認が必要となるが、オーダはインターンと同様にできる。すべての患者はレジデントが把握し、日常の診療はレジデント以下の屋根瓦方式で完結している。インターンの中には、精神科や小児科など1年間の内科研修が必修とされている科のインターンも加わる。歴史があるためか、病院のなかに研修医や学生がいるのは自然で、特に病床の半分を占める内科患者を担当し病棟当直を行うため、研修医を抜きにして入院診療は成り立たない。こうした内科の診療システムは約30年前からで、その前は今の日本と同様各専門内科がそれぞれ入院を持っていたということだった。

内科チームはVA病院では4チームで、1日1チームが病棟当直 long call、1チームが Short call (日中の入院当番、14時まで) を担当するので、チームにとっては《long call・pre call・short call・pre call》を繰り返すことになる。一日当たりの入院は上限10人だった。Olive View 病院はベッド数300床中内科は180床であるが、それを8チームでカバーしている。1日2チームが long call (救急当番) を担当し、したがって同様に4日に一回 long call 当番がまわってくる。一晩に5チームが最大23人までの入院を受け、それを超えると次のチームが呼ばれる。Call consult team として、レジデント1名・フェロー1名・

アテンド1名も病院内にいる。

2) 外来

内科外来は、原則としてレジデントまたはシニアが担当する。各人が他の病院をローテーションしていても決まった曜日の午前中もしくは午後に来外担当日が決まっているので、継続外来を経験できる。外来診察室は全て個室であり、患者さんをレジデントが診療すると、外来カンファレンスルームに控えているアテンドと、診療の結果や今後の方針を報告相談し、患者さんにそれを伝える。レジデントの経験が浅い場合や学生の場合は報告の後アテンドと一緒に診察に行くこともある。内科の場合はアテンドが直接患者を診察することはなく、ほとんどがレジデントや学生であり、患者さんにとってもそれは当たり前らしく、そのことでクレームを言うてくることはない。

3. 内科レジデント

1) ローテーションスケジュール

インターンは1年間内科を含む各科にローテーションするが基本的には入院診療研修を中心とする。ローテーション先は、内科のほか、ICU、ER、ICU/CCU、レジデントシステム内の他病院での研修のほか1~2ヶ月のリサーチ期間や1ヶ月(4週間)の休暇が確保されている。

レジデントとシニアは基本的に内科研修のみを行い、レジデントはチームリーダーを通年で行うが、外来診療の研修もある。シニアはいわゆる“一人持ち”と外来研修を行う。

2) 内科における一日の標準的なスケジュール

07:00 出勤。インターンや学生は自分の受け持ち患者の病歴や問題点をまとめて、vitalや検査結果をブリーフィングするためのメモを個々につくって、その日の

状態を朝のチームカンファまでの間にチェックする。

08:15 朝食つき morning conference。最近では朝食のサービスがない場合もある。基本的にはチーフとレジデント・インターン・学生だけが出席するが、シニアやスタッフも朝食目当てに時々出席するらしい。チーフが心電図を提示して読み方を lecture したり、レジデントに症例を提示させたりして鑑別診断を詰めていく。症例によっては専門各科の指導医を招き意見をきくこともある。この会の運営が全てチーフに任されている。

09:00 チームごとの症例カンファ。インターンや学生が一日分の変化をアテンドに説明し、今日の予定を提示する。カンファには nurse practitioner や薬剤師も必ず参加し、症例を聞いていてあとでいろいろな suggestion をしている。必要なコンサルトのために電話をかけるのも大事な仕事。症例提示の後も Attend が細かな相談に乗る。

12:00 昼食つき、朝と同様の症例検討会、VA 病院では水曜日は内科全体の grand round だった

13:00 同様にチームカンファレンス。午前中にオーダした検査結果などから翌朝までの診療方針を立てる。時には外来診療もある。

17:00 call 当番でなければ sign up して基本的に業務終了。17時以降は、患者の診療は nurse practitioner やシニアが行う。しかしほとんどのインターンやレジデントはサマリ記載、カルテ記載、翌日のブリーフィング準備のため遅くまで仕事をして

いる。

3) 達成目標

研修医は3年間の研修期間に、「鑑別診断」と「治療」について獲得することが唯一最大の目標で、特にインターンとレジデントはこの二つに関して繰り返し徹底的に要求される。したがってカンファレンスの間に、担当患者の急変以外病棟からコールなどを受けることはほとんどない。この間の点滴や処置は“IV team”や“nurse practitioner”が行ってくれる。ただし、中心ライン挿入・胸水/腹水穿刺、気管内挿管は医師の仕事として3年間に獲得すべき技術らしい。レジデントの安全管理としては、基本的に研修医が直接患者に手技を実施する機会は少ないので、日本のような手技上のインシデントは発生しにくい環境にある。特に気がついた点は以下のことであった。①オーダはレジデントがすべて確認し、電子カルテであっても紙カルテであっても、かならずアテンドのカウンターサインは必須であり、習慣となっていた。②薬物の処方では数字での記載は不可で、数字は使用せずたとえ「10」→「ten」、「150」→「one fifty または one hundred and fifty」と記載する。③オーダ端末は学生にいたるまで一人一台確保されているが、パソコンの前から離れるときは必ず log off する。

4. Attend Doctor

内科と各専門内科のスタッフは、科によって一定のチームアテンドが義務になっている。VA 病院ではアテンド期間は内科が4ヶ月、専門内科は1ヶ月であった。その他の期間は規則的な外来などのほかは研究を行うことができていた。

各専門内科のスタッフとして働いている時は、各チームから依頼された患者をほぼ毎日専門科チームとして回診し、インターンやレジデントに治療方針や検査オーダの指示を与え、場合によっては各科でオーダすることもある。たとえば見学させていたアテンド中の腎臓内科の医師の場合、

アテンド期間中は半日、約4時間の自分のクリニック以外は午前・午後のチームカンファレンスに費やしているとのことだった。米国では、専門医といえども米国内科学会の“Board Certified in Internal Medicine”の認定更新を定期的に受けなければならない。認定更新のためには、専門医のみならず全ての領域の知識の update が必要であり、定期的に内科チームのアテンドになることは全領域の知識の更新に役立つ。したがって、このシステムは、内科レジデントにとってもアテンドにとっても、効果的なシステムであるとの印象をうけた。

〔屋根瓦方式の構築および考察〕

当院においては屋根瓦方式による研修体制は、ローテーションする研修医の数が多くまた期間も長い総合診療内科と救急科ではすでに構築されていた。今年度はプログラムの変更により、2008年度から新しく必須ローテーションとなった循環器内科においても、屋根瓦方式を構築した。

屋根瓦方式は、もちろん研修医にとっては、相談できる上級医が明確で、ごく近い先輩であることから、相談しやすくまた将来のロールモデルを見つけやすいという大きな利点がある。一方で指導医にとっては、①研修医がチーム内の業務をある程度分担することになるため、上級医・指導医にとっては事務的な診療業務の軽減をはかることができる、②後輩を教えることで自らの知識や技術がおのずと up date する、というインセンティブがあることは知られている。当院において今回構築した屋根瓦チームは、単一の専門内科においてだったので、ほかに以下のような成果が得られた。

①すでに学会専門医を取得した指導医が、専門科で診療している症例であっても米国においてと同様卒後臨床研修医や専門研修医と一緒に診療するときには、単に専門領域での診療のみにとどまらず、どの領域にも必要な日常診療に携わることができ、自己のキャリアアップに繋がるとともに、「教えることが学ぶことである」という指導理念を後輩に hands-on することができた。②臨床研修医に密に関わることができたため、自科ローテーション後にも研修医にと

っては相談しやすく、また指導医にとっては他科でのコンサルト症例に対しても指導しやすくなったと同時に、将来にわたる良好なコミュニケーションが期待できた。

③自分の専門領域に興味を持てるように指導でき、後期研修先として選択してくれる可能性がある。

④コメディカルにとってはチームメンバーが明確にされ、指示経路がわかりやすくなったことが副次的な効果として得られた。

さらに、今回視察した北米の施設のごとく、病院に研修医や学生がいるのは自然で、そもそもプロフェッショナリズムの一要因であると考えられる、「後輩を育てること」が組織の中に文化として根付いている場合は、組織内における同僚、看護・事務を含

めたコメディカルによる評価が高くなると、指導医のモチベーションにつながるものが期待され、また研修医に尊敬される指導医であることは自己のキャリアとしても重要である。一方病院においては現在人材育成が最大の課題であることから、病院にすぐれた指導力を発揮する指導医が存在していることは、学生や研修医に対して大きなアピールとなり得ることが予想される。

〔参考文献〕

1) 真栄城優夫：卒後臨床研修制度と自治体病院。全国自治体病院協議会雑誌

(平成16年3月号)

理想的な屋根瓦方式を形成している研修指定病院の視察

鈴木広道 (総合診療内科)

〔背景と目的〕

2004年度より施行された卒後臨床研修必修化に伴い、初期研修医は2年間の中で特定の科に固定せず、多くの科を数ヶ月単位で研修する事となり、『見て学ぶ』、今までの日本の古典的な教育方針からの転換が必要な時期となっている。又医療の高度化、急性期病院における重症の患者数の増加は顕著となっており、個人における診療は限界となっておりチーム医療の構築が急務である。屋根瓦方式は初期研修医(1年目~2年目)、上級医(3年目~6年目)、指導医(7年目以上)が診療班を組み、チームで複数の患者様の診療を行う方式であり、米国の研修病院において長年採用されてきた方式である。教育的な側面としては初期研修医の教育を上級医、指導医の二人で行う事による、教育時間の増加のみならず、上級医は初期研修医に教える事により上級医自身がより効率的に知識・経験を積んでいく事が可能となる¹⁾。診療の側面としては上級医と指導医、上級医と初期研修医により責任を分担又交代で休暇を取る事により、長年問題とされてきた医師の長時間労働を解消する効果が期待されている。

卒後臨床研修必修化から4年が経過し、当院を含め複数の病院が屋根瓦方式を現場の診療に取り入れている。今回、先進的に取り組み高い評価を得ている二つの臨床研修指定病院を視察し、それぞれの屋根瓦方式を用いた教育について考察を行った。

〔結果及び考察〕

(1) 麻生飯塚病院²⁾

1) 病院データ

病院名：麻生飯塚病院
所在地：福岡県 飯塚市
市人口：13万人 筑豊地区45万人
医師数：195人(指導医126人)
病床数：1116床
平均利用病床数：844床
平均在院日数：15.5日
平均外来受診：2164人
分娩数：565件
内科体制：全科あり
総合診療内科：あり
救急科：あり
感染症内科：なし
院内ICT：あり
院内NST：あり

ICU専属医師：なし
救急外来受診件数：38262人
救急車搬送件数：7177件
救急経由入院数：6411人
二次救急輪番制：あり
電子カルテ：なし
(オーダリングシステム)
DPC採用：あり

九州の中心部博多より車・電車で1時間の距離にある飯塚市の中心的病院である。1100床と日本屈指の病床数を持つ。各専門内科医が複数名、常勤医として診療に従事している。専修医を医局派遣とは別に多く採用している。二次救急輪番制はあまり機能しておらず、救急車の受け入れ台数が多い。

2) 総合診療内科体制

①総合診療内科概要

総合診療内科病床数 : 40-60床

総合診療内科医師 : スタッフ9名
専修医 5名

運営方式 : 5診療班によるチーム制を導入

外来ブース : 4ブース(初/再診)
: 診療部長を除き
スタッフは週1回

診療班構成 : 責任医師1名、
シニアレジデント1名、
ジュニアレジデント1名

患者数 : 7-12名

患者数制限 : 10名程度
10名以上の場合、シニアレジデントが
直接受け持ち医となる

初期研修医教育 : 4名/30名(1年次のみ)
1年次:4ヶ月間

②スケジュール

・診療スケジュール

～午前8時:1年次研修医単独による回診

午前8時～9時:各診療班持ち回りによる1症例のプレゼンテーション

午前9時～11時:指導医回診

午前3時頃～:回診(重症又は変化のあった患者様のみ)

外来は午前・午後、時間外外来は各内科持ち回りで行われる(全体で1名)

・カンファレンススケジュール

月曜日(8:30-9:30):退院プレゼンテーション(週1回)

1症例3分程度(プレゼンテーション1分 教育レクチャー2分)

木曜日夕 :後期研修医向け勉強会

火曜日・木曜日17:00:血液培養回診(ICTラウンド)

③診療疾病構成

平成18年度入院実績 909名

外来:内科系新患の方の45-50%を担当。多くが初診である。

頻度の高い主訴:全身倦怠、食欲不振、体重減少、不安、めまい、頭痛、浮腫、発熱、関節痛、検査結果異常

④研修医・専修医教育

・研修医

重点項目:プレゼンテーション・身体所見・鑑別思考過程を重視。

評価 :日々の診療、ローテーション終了時に全体前でプレゼンテーションを行い採点

・専修医

他科研修:個別相談

院外研修・留学制度:なし

他科専門科を研修するかは個別に相談。シニアレジデントとして勤務しつつ週1

回の外来勤務、月数回の当直業務を行う。外勤を行う医師もいる。

⑤その他研修環境

研修医専用デスク :なし

研修ルーム :あり(パソコン4台設置)

検索環境 :UP-TO-DATE 利用可
MD consult:利用可

日中外来 :なし

当直 :月6回

院内レクチャー :CPC年5回、その他定期的には存在しないが個人的に行われている。

海外留学制度 :不明

専修医と合わせ計14名のスタッフにより40-60名の入院患者・4ブースの外来診療を担当又開田病院に医師を派遣している。入院診療は5診療班に分かれ1診療班は3

名の医師により 7-12 名を担当している。今年度 5 名の中堅・若手医師が加わった事により診療班の責任者は主に中堅の医師が担当し、熟練の年配医師は管理を行っている。診療部長は主に研修管理及び家庭医療教育の立ち上げに専念している。又、感染管理専任の医師も 1 年在籍している。日々の診療は当院と同様 8 時までにはまずは 1 年目研修医が患者様を一通り診察しカルテ記載が行われている。朝のカンファレンスは月曜日の退院報告を除き、1 例に 1 時間かけ現症を主体としたカンファレンスが行われている。各診療班が週 1 回担当し入念な準備を行う。カンファレンス後の指導医回診では指導医による回診が行われ診療方針が決まる。検査・処方オーダーが上級医以上から殆ど出されており、これは午後の回診でも同様であった。1 年次研修医が傍観者になりやすい傾向が認められた。夜間の対応は 24 時間主治医制でまずは 1 年次研修医が必ず呼ばれる体制となっている。これは休日も同様であった。1 年次研修医の報告は殆どがシニアレジデントに報告され対処されるためシニアレジデントも同様に 24 時間主治医制となる。休暇は研修医・上級医・指導医共に年 1 週間であった。診療範囲は広く救急外来経由では手技の必要のない内科入院患者は総合診療科入院となっていた。この体制まで 10 年かかったとの事であり、入念な知識の整理、他科診療を批判せず、各科との信頼関係の構築が重要であると考えられた。外来は 4 ブースに分かれ診療が行われているが、専修医は診療後かならずスタッフからチェックを受けるようになっている。専修医は新患を 6-7 人及び数名の再診患者様を診る体制であった。当院の時間外外来での初期研修医教育、2 年次の日中外来等、初期研修医に対する外来教育の場は設けられていない。現在改善中の項目としては質の充実つまりクレチャー等を充実させ、教育を充実されると共に病態・疾病に対する科内のアプローチの標準化・

適正化を図っていくとの事であった。又家庭医療研修構築が進んでおり、外来診療の改善を更に進めていた。研修に関しては EPOC 等は採用していないが、ACLS 等の必須等管理された研修が行われている。各自の専用の机は無く、検索に対するインフラが弱い印象を受ける。当直は月 6 回と多いが、準夜帯、深夜帯と分かれており、又 1 年時は準夜帯のみの勤務となる。定期的なレクチャーは殆どないが、研修医独自に勉強会を多く開催している習慣が根付いている。

3) 総合診療内科内学生教育体制

クリニカルクラークシップ受け入れ	: あり
見学実習	: 基本
2泊3日	
実習担当窓口	: あり
スケジュール管理	: あり
学生実習担当医師	: なし

実習方式:

見学実習、クラークシップを問わず総合診療内科の 1 チームに振り分けられ 1 年次研修医と行動を共にする。見学主体の実習方式。1 週間以上実習の学生は 1 週間毎にチームを変更。学生実習向けのレクチャーやプレゼンテーションは無く、持ち患者もいない。朝は 8:00 のカンファレンスより出席。朝、夕のラウンドを通し指導医からの質問多い。

4) 救急医療体制

救急科医師: スタッフ 7 名 専修医 12 名
当直体制

勤務体制:

準夜 17:00-24:30 深夜 24:30-8:00
の 2 交代制

救急外来は準夜・深夜で勤務医交代。1 年目は準夜のみ

勤務医数: 中央スタッフ 5 名 研修医 3 名
+ 救急科医師 (3 勤務交代制)

専門医当直: 循環器内科・神経内科 (脳卒

中当直) その他宅直制
翌日勤務:あり
勤務回数:スタッフ 月1回強 (若手内
科医は自発的に月4-7回勤務)
当直料金:半直で22000円 当直33000円
年齢制限:なし(部長より当直免除)

救急外来当直
救急車対応医師(全科3年目以上1名 研
修医1名)
内科系対応医師(内科3年目以上1名 研
修医1名)
外科系対応医師(外科3年目以上1名 研
修医1名)

病棟当直:
内科系 :急変対応 1名
 新入院対応1名
外科系 :不明

年間3万人以上の救急外来患者様を救急科
医師、他科当直医と協力して診療。救急科
以外の当直医は準夜帯と深夜帯で勤務を交
代している。又病棟当直、救急車対応当直
は別におり多くの医師が当直を行っている。
救急外来にて入院が入った場合は入院対応
の内科医に引き継ぎ、内科として翌日まで
主治医として診療を行う。処置が必要な場
合は各科拘束医に連絡をとる。翌日8:30に
各科代表者が集まり各科に振り分けを行う。
処置のない内科入院(肺炎・心不全・高血
糖・電解質異常・腎不全・腸炎)は総合診療
科入院となる。翌日は通常業務で代休等は
無い。全体の当直回数は多いが、当直料が
比較的高く、若手医師が自発的に月4-7回
行っているため年配者は月1回程度で負担
は大きくない。当直の年齢制限はないが、
部長以上は当直が免除される。

(2) 湘南鎌倉病院²⁾

1) 病院概要

所在地 : 神奈川県 鎌倉市

市人口 : 17万人
医師数 : 86人(指導医40人)
病床数 : 540床
平均利用病床数:426床
平均在院日数 : 9.6日
平均外来受診 : 1201人
分娩数 : 1028件

内科体制 : 全科あり 総合診療
内科:有り 救急科:あり
感染症内科:なし 院内ICT:有り 院内
NST:あり ICU専属医師:なし

救急外来受診件数 : 16425人
救急車搬送件数 : 9490件
救急経由入院数 : 不明
二次救急輪番制 : 不明

電子カルテ : あり
DPC採用 : 不明

鎌倉市の中核病院であり救急車の受け入れ
台数が多く、救急医療が充実している。救
急室は観察室を含め20床以上確保されて
おり診察室も同数程度確保されている。救
急体制については初期研修医・後期研修医
の当直回数が多く主体を担っていた。初期
研修医は救急当直(救急外来患者、救急車搬
送患者)5回、内科当直(内科系新入院)5
回の当直を行い、後期研修医では内科当直
を5回行い初期研修医の指導を行っていた。
スタッフの当直回数は不明であるが、40歳
以上は当直が免除されていた。昼間は同診
療ブースを内科外来として使用していた。
平均入院期間が10日を切っており短期間
であった。内科は呼吸器内科以外の専門医
が常勤医として勤務されており、総合内科
を含めた各内科間の垣根が低い印象を受け
た。医局において食事・飲料水が無料提供
されており、職員食堂も整備されていた。

2) 総合診療内科体制

① 総合診療内科概要

総合診療内科病床数：100-120床

総合診療内科医師：スタッフ6名(外国人医師1名含む)

専修医 10名(他科ローテート中含む 総合内科研修 6名)

運営方式：3診療班によるチーム制を導入

外来ブース：4-5ブース(初/再診)

：スタッフは週1-2回

診療班構成：責任医師1名、シニアレジデント1-2名(基本は1名)

ジュニアレジデント2年目1名

1年目2名

患者数：1チーム30-40名

患者数制限：なし(平均して30名)

総合内科20名 他内科10名)

初期研修医教育：1年次：4ヶ月間

2年次 2ヶ月間

② スケジュール

診療スケジュール

・病棟

午前7時15分：専門研修医による15分のミニレクチャー

午前7時15分-8時：新患・重症報告、退院報告

午前8時-：チーム回診

午後16時30分：新患・退院報告、外来カンファレンス

外国人医師との英語のカンファレンス(週3回) (月・火・木)

ミニレクチャー：例 低ナトリウム血症について

週間カンファレンスの予定

火曜日 9:00-11:00 呼吸器回診

13:00 レントゲンカンファレンス

15:00 腎カンファレンス

17:30 DMカンファレンス

19:00 オンコロジーカンファレンス

水曜日 8:30 内科カンファレンス

木曜日 8:30-9:00 神経回診

19:00 ジャーナラルクラブ
総合内科ミーティング

土曜日 8:30 GIカンファカンファレンス

その他院外招聘医師によるカンファレンス(横須賀海軍病院、感染症青木先生等)あり

④ 診療疾病構成

内科全般。救急経由での入院が多い。

内科入院患者様内訳(視察時)

総合内科 98人

神経内科 2人

膠原病リウマチ科 1人

腎臓内科 23人

血液内科 26人

内分泌内科 17人

脳卒中科 16人

外来：今回視察では不詳

⑤ 研修医・専修医教育

・研修医：担当医として総合内科の患者を20名前後、各専門内科の患者様を10名前後受け持つ。シニアレジデントの元に診療、2年次研修医は自身の受け持ち患者の診療に加え1年次研修医の基本的技術等の指導も行う。

重点項目：プレゼンテーション・身体所見・鑑別思考過程を重視。

・専修医：3年目はチームのシニアレジデント(主治医)として1年間勤務し4年目に各専門内科を研修する。5年目は総合内科においてチーフレジデントの仕事を務めリーダーとしての技量を育成。

計 100-120 人に至る入院患者様を 3 チームの診療班に分け診療。昨年までは疾患別において診療班を構成していたが、今年度より解消し疾患に関係無く診療班を構成されていた。神経内科・膠原病・内分泌内科・消化器内科は特殊な患者様を除き殆どを総合内科に入院管理を依頼していた。腎臓内科・血液内科・循環器内科はその疾患の特殊性・緊急性より各専門内科が独自に病床を持ち診療を行っていたが、循環器領域においても心不全等は総合内科において管理を行っていた。北米式内科システムとなっており、私自身が経験した中では UCLA において採用されているシステムに一番近い印象を受けた。神経内科・脳卒中領域との連携においては北米には認められないが、日本において、神経領域は内科の一分野として認定されており今後当院においても参考になるのではないかと考えられた。

3 チーム共に指導医-シニアレジデント-ジュニアレジデントの屋根瓦式によりチーム診療を行いシニアレジデントが主治医としての役割を担っていた。ジュニアレジデントは 1 年目、2 年目合わせて 2-3 名が常時診療班に配属されていた。特徴として総合内科の患者様 15-20 名を受け持った上に他専門内科の患者様を 10-15 名受け持っている事であった。研修医自身が救急で受け持った患者様は退院までそのまま診療する事であった。

1 日の流れとして、朝は 7:15 分よりシニアレジデントによる研修医向けのミニレクチャーで始まる。内容は日々の診療で役に立つ実践的な内容を簡潔に教える事に重点が置かれていた。病棟ナースステーションにおいて一同が集まり、プリント形式で 1-2 枚の内容を説明形式で講義を行っていた。ミニレクチャー終了後は重症・入院報告を行った後に各診療班に分かれカンファレンス・回診を行われた。日によって各専門内科とのカンファレンスがあり、総合内科入院中の患者様において専門的な相談を必要

とする症例において相談しているとの事であった。回診は指導医と共に毎日行われていた。入院患者様が多くジュニアレジデントも多忙のため回診の時間を作るのが困難な印象を受けた。病棟診療、外来診療の区切りがつく 16:30 より入院、退院報告が行われ、その日の入院患者・退院患者様を簡潔にプレゼンテーションされていた。外国人医師による英語での討論も週 3 回その後であり、1 例を重点的に英語で議論しているとの事であった。入院、退院報告後は診療班毎に再度分かれ方針を再確認した後に、病棟業務の残りをを行い 1 日の業務が終了する事であった。夜間については担当医、主治医帰宅後は救急当直医によって入院患者様の対応は行われる。30 人の入院患者様を受け持つ環境においては大変有効なシステムと考えられた。以上が診療班構成及び日常診療の流れとなる。

その他にも特記すべき点はいくつかあり以下のとおりである。

・総合内科・他専門内科との連携性の高さ及び救急医療との連携

概して専門性内科と総合内科との連携が非常にスムーズな印象を受けた。専門内科医はまずは内科医であるとの認識があり総合内科を内科として考え、専門内科医であると共に内科をサポートする姿勢が強い事を認識した。総合内科医として質の高い診療を行うために必要な事では、専門内科との確固たる連携であり、十分なコミュニケーションが大事であると御指導を頂いた。これは麻生飯塚病院でも同様に受けたご助言であり、総合内科として発展するにあたり不可欠な要素であると考えられる。又連携するあたり、give のみ take のみの関係ではうまくいかず give and take の関係では無ければいけないと御意見を頂いた。これは当院でも言える事で、当科においてもよりスムーズな連携のために give できるものを高め又 take のある程度の明確化を

図っていく事も必要と考えられる。

・チーフレジデントの存在

総合内科後期研修医の3年目がチーフレジデントとして各種カンファレンスの運営、救急からの入院初期対応、振り分けの役割を担っていた。3年目が一人とも限らないが、3年間の研修において管理の役割を研修する事は大変有用と考えられた。

・初期研修・後期研修中における経験症例の充実

多忙な生活ではあるが、初期研修医として絶えず平均入院日数10日の中で30人の入院患者様を受け持つ事により6ヶ月間で240名前後の入院患者様を受けもつ事になる。後期研修医としては500名前後に達し、又経験する疾患も初期研修医・後期研修医ともに内科全般を幅広く研修でき、経験する症例として理想的な環境にある。特に後期研修医は1年目で500名を総合内科において経験した後、2年目で各専門内科において専門的知識を更に研鑽し、3年目でチーフレジデントとして経験症例の一層の充実、知識の整理をする事により標準的な北米の内科研修プログラムに決してひけをとらない環境が得られている。

3) 外国人医師招聘事業

湘南鎌倉総合病院ではイギリスより内科医を招聘しチューターとして雇用していた。役割は現症を重視した診療の徹底、英語力、国際的視野の育成、総合内科運営の助言であり、診療班において直接指導医として診療を行い又カンファレンスの主催を通して活動されていた。医師免許による活動の制限及び文化・言語の違いにより当初は苦労されていたとの事だが、近年徐々に実を結んできているとの事であった。同様の仕事を日本で行っているのは5人だけであり、互いに連携をとって活動を行っているとの事であった。

日本の日々の診療における課題はやはり現症の重視及び労働環境の改善³⁾を挙げられていた。イギリスでは週40時間労働が国によって定められており、シフト制によりチーム医療を行っているとの事であった。人口あたりの医師数、GDP当りの医療費(以前は日本と同等に低かったが近年改革により増加)の差はあるが、平均寿命等健康指数についてはBMIや貧富差等を考慮すると日本と同等であり、イギリスの医療環境について学ぶ事もあると考えられた。

高度専門医療の面における日本の先進性(人口あたりのCT、MRI設置台数においてOECD加盟国中1位で欧州平均の10倍)については功罪あるものの同医師も評価しており、現症と高度先進医療のすりあわせが大事ではないかと述べられていた。

〔総括と今後の課題〕

今回屋根瓦方式を積極的に取り入れ、積極的に研修プログラムを構築している二つの病院の総合内科を視察し、考察を行った。いずれの病院においても共通している事として、指導医、上級医と共に教育に時間を費やすことに違和感がなく、カンファレンスや回診、レクチャーを通して積極的に指導を行っていた。指導に関しては上級医が過去数年間を通して学んだ知識・経験を積極的に研修医に伝え、指導医が確認する流れが確立されていた。課題点としては、上級医が診療・教育の場において中心になる事が多く、初期研修医がしばしば受け身、傍観者となりがちな点が認められたことであった。現在日本の医学教育では学生教育は依然として充分ではなく、医師1年目の診療能力の向上が必要であると考えられる。又将来専門としない研修科では研修に積極的でない場合もある。米国においては学生に対する2年間のクリカルクラークシップが確立しており、医師1年目での診療技量は日米間で大きな開きがある。より効率的な屋根瓦方式を確立するためには卒前の学

生教育の確立が必須である。

- 1) 日本医学教育学会 SP 養成者教育ワーキンググループ(編)：第 1 回「SP 養成者のためのワークショップ」報告書. 1999
- 2) 財団法人 医療研修推進財団 臨床研修ガイドブック 2008

聖隷浜松病院における地域保健・医療研修

清水貴子（研修センター）

〔要旨〕

急性期病院において、卒後臨床研修の必修科目である「地域保健・医療」研修を効果的に行うためには、カリキュラムによるところが大きい。当院では急性期病院での医療“前”である予防医学、および病院医療“後”の介護・在宅医療を研修できるよう、経営母体内にある施設を最大限に利用してカリキュラムを組み立てた。その結果、研修医にとっては病院医療“前後”の地域住民の医療に関する意識や行動についての理解を深めることができ、満足度が高かった。特に、家庭医療や老年医療に対する認識が深まり、また地域医療の一端に関与できたため、自己の将来の専門診療科選択を見直すきっかけとなつて、実際に専門科を変更し将来家庭医や総合診療医を目指すことにした研修医もいるなど、一定の成果を得ることができた。

〔はじめに〕

2004年の医師卒後臨床研修制度の改訂で最も注目すべき点は、「地域保健・医療」が研修科として必須になったことであろう。それまでと異なつて、地域医療に関する認識を深め、ひいては地域で必要とされる医師の育成の端緒になることが可能となった。

一方当院は急性期病院であり、研修医が担当する症例はERや外来から直接入院する緊急例が多く、また病院全体の平均在院日数も12～13日と短い。従つて地域における住民の医療行動や地域住民のニーズについてはなかなか理解しにくいのが現状である。幸い母体である社会福祉法人聖隷事業団に健康診断センター・介護老人保健施設などの保健福祉施設と、その配置医である診療所が所属しているためこれらの利点を生かし、地域住民の医療行動を把握し、急性期病院前の予防医療から病院後の介護および在宅医療など地域完結型医療の研修を組み立てることができた。

〔目的〕

地域完結型の医療を目指す、当院の理念に基づいた地域保健・医療のカリキュラムを構築し、急性期病院を受診する以前の地

域住民の医療行動を理解する一助とする¹⁾。ローテーション終了時に研修医の地域医療に関する関心や認識の変化を抽出し、地域保健・医療研修の成果を調査する。またカリキュラムの内容と研修の実際を検証する。

〔カリキュラムの概要〕

カリキュラムの基本骨格は新制度当初から同じである。さらに研修終了前には健康診断センター以外の研修先担当者全員と当院研修医専任看護師²⁾およびプログラム責任者が一同に会して、研修医にフィードバックする「総括」の時間を設けていた。この総括での反省点をふまえてカリキュラムに改善を加え、2009年3月現在は図1のようなスケジュールになっている。

各施設における1ヶ月の地域医療研修での目標を以下の通りとした。

1. 健康診断センター
 - ・特に疾病を持たない、健康な住民に対する保健予防医療を理解する
 - ・医療統計学の基礎を身につけ、EBMの考え方に基づく論文の理解ができるようにする
 - ・検診業務において頻繁に検査される

胸部単純レントゲン写真、心電図、腹部エコーなど、多数の検査独影をとおして、正常例の経験を積む

2009年2月ローテーションの研修医の例を図2に示す。

2. 介護施設（特別養護老人ホーム／身体障害者寮護施設）
 - ・将来地域に密着した医療が実践できるために、施設における医療の実態を体験し病院医療との違いを理解する
 - ・家庭や家族の代用である介護施設における介護を体験し、介護に適した医療の処方、必要な介護の選択ができるようになる
 - ・介護保険などの福祉・保険制度を知る
 - ・終末医療を経験し、介護施設における看取りを経験する
3. 診療所
 - ・地域診療所を受診する頻度の多い症状や疾病を診察し、継続医療を行う
 - ・在宅療養の患者を診察し、かかりつけ医の役割を知る
 - ・病院への紹介が必要な症例の選択、タイミングや紹介時に必要な要件を

知る

- ・病院から地域への逆紹介の望ましい要件を知る

この4年間に総括での反省点をふまえて改善した点には以下のようなものがあった。

- ①当初デイケアやデイサービスの研修は入っていなかったが、診療所からの往診で診療する患者さんがこれらを利用している場合があるので、家庭と施設での両方の状態が比べられるようにカリキュラムに加えた
- ②2008年4月地域包括医療が開始され、介護施設に隣接して事務所が開設したので、包地域包括支援センター職員に医療経済や介護保険等の簡単なレクチャーをしていた
- ③2008年から、介護審査会に研修医が陪席できることになったので、1ヶ月の月はじめに主治医意見書を記載し、審査会では実際に意見書がどのように介護認定に使用されるのか、また医師が記載する項目の中でどれが重要な項目なのか、実体験させていただくことにした
- ④当初総括は、最終週に行っていたが、目標をたてたものの未実施である事柄が残ってしまうので、第3週に総括を行い4週目に未実施のものを研修できる余地を残した。

図1

	月	火	水	木	金	土
	検診センター	介護施設・診療所	検診センター	介護施設・診療所	検診センター	診療所
午前	胸部Xp読影 眼底読影 3週:脳MRI・MRA読影	診療所 外来診療	腹部エコー	2週:地域包括センターでのレクチャー 介護 4週:デイケア・デイサービス	胸部Xp読影 内科診察	外来診療
午後	人間ドック診察 胸部Xp 3週:脳ドック診察	介護施設往診	人間ドック診察 U-GI	往診 3週:総括および介護審査会	心電図読影 心エコー読影	

総括での質問事項も年によって多少異なるが、現在は以下のような項目について自由発言とし、それを記録する方式をとった。具体的な質問事項を以下に記す。

1. 自分では具体的にどのような目標をもって研修にのぞみ、どれぐらい達成できましたか。
 - (1) 健康診断センター
 - (2) 介護施設
 - (3) 診療所
 - (4) 地域包括支援センターでの講義
2. 地域保健・医療研修を2年目で行う事の意義をどのように考えますか。今後医師としての自分に、生かせることは何だと考えますか。
3. 地域保健・医療研修の中で困ったこと、改善したほうがよいと思う点はありませんか。
4. 指導者コメント

〔結果および考察〕

主に、3期生(2007年度)4期生(2008年度)、各12名計24名の研修医の1~3についての回答をまとめた。

1. 自分では具体的にどのような目標をもって研修にのぞみ、どれぐらい達成できましたか。
 - (1) 健康診断センター**【目標】**
 - ・予防医学、健診の役割について知る
 - ・健康な人の集団から、異常を選びぬけるようにする
 - ・胸部レントゲン、心電図、腹部エコーの読影技術のレベルアップを図る
 - ・病院診療との関係を意識しつつ健診の意義や方法を学ぶ
 - ・どんな人が健診を利用するのか、どんなニーズがあるかを知る**【達成度】**
 - ・心電図・レントゲンなどを系統的に読影

し、数をこなす上にfeedbackを受けられたのがよかった。苦手な部分がカバーできた。反復の重要性をまなんだ

- ・健康な方と話ができて、市民は想像以上に健康を気にしているのがわかった
- ・心電図の読み方、腹部エコーの手技の獲得ができて、それを健診・クリニックで実践できた
- ・正常な身体診察、正常から異常を診ることの違いがわかった
- ・薬を出さないで満足してもらい必要性を感じた。食事・生活指導が主で、病院では「異常がないから薬は出しません」という事はあっても、あまり食事や生活指導はしなかったと思った
- ・健診センター(予防医学のプロ)のような医者スタイルがあることがわかった
- ・以前は健診センターで何をやっているかがわからず、元々健康な人の異常を見つけても、他の医療機関等に託す事に違和感があったが、保険医療ではない医療がある事を知る事ができた
- ・生活習慣病について患者と面接し、予防の大切さが分かった
- ・論文の読み方や統計の勉強が出来た
- ・病院で診療を行う中でどんな制度かとかどんな検査が受けられるかなどが伝えられると思った

(2) 介護施設

【目標】

- ・介護業務に携わることで、日本の高齢化社会の実態を知る
- ・介護・福祉の理解を深める
- ・病院で急性期を診た後、地域に帰っていく人たちがどのようにしているのかを知る
- ・病気を治すべき人の対応しかしてこなかったが、“死を待っている人”の対応がしたい

【達成度】

- ・例えば嚥下に関して、病院では機能が低