3. 評価(フィードバック)について

(1)指導医からの On-the-job evaluation

指導医から逐次フィードバックがあります。指導医や中堅医師のほとんどは指導医講習会を終了しておりますので効果的なフィードバックを行う予定です。

(2)外部から医学教育の専門家を定期招聘(約3カ月に1度)

錦織　宏(にしごり　ひろし)先生　(東京大学医学教育国際協力センター)

ポートフォリオ発祥の地であるDundee大学大学院で医学教育学修士を取得し、全国の有名研修施設での医学教育に携わっています。

江別市立病院でも日ごろのフィードバックのまとめとして、ポートフォリオの作成をサポートや研修目標に基づいたフィードバックをおこないます。また教育回診もしてくれます。

【推奨するマニュアル】

- 『Pocket Medicine, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins』
- 『The Washington Manual of Medical Therapeutics, Lippincott Williams &Wilkins』
- 『Saint-Frances Guide: Clinical Clerkship in Inpatient Medicine, Lippincott Williams & Wilkins』

それぞれ日本語訳本も出ていますが、なるべく原著に挑戦するようにしましょう。この姿勢は将来必ず役に立ちます。

【研修後のキャリアについて】

江別市立病院の総合内科後期研修を終えた後のキャリアとしていくつかの選択肢を紹介します。

①当院の後期研修プログラムに入る。

江別市立病院後期研修プログラム参照

②他病院の後期研修、専門研修に進む。

研修で有名な洛和会音羽病院(京都市)など

③熱帯医学研修

長崎大学熱帯医学研究所臨床部門と提携

④家庭医療学

北海道家庭医療学センターとの提携により家庭医療後期研修ならびに家庭医療フェローシップへの進路があります。

【おわりに】

内科必修6か月の間にやれることはそう多くはありません。したがって初期研修の中で最も大切と思われる「プレゼンテーション」と「救急初期対応」を主に学んでほしいと考えます。プレゼンテーションができるためには、患者と密にコミュニケーションをとり病歴聴取、身体診察ができていなければなりませんし、鑑別診断や病態の考察とそれによる各種検査の適切なオーダー、治療ができていなければなりません。つまり「Presentation is everything.」ということなのです。また救急の初期対応は瞬時の判断、コンサルテーションなどを求められます。この2つを中心にして初期研修の期間を実りの多いものにしていきましょう。
そして忘れてはいけないのは研修を作っていくのはあなた自身だということです。常にアンテナを張ってチャンスを嗅ぎまわり食いついてください。一生のうちたった2年間です。医師になると決めたものが必ず通らなければならない努力の時期というものがあります。そこで「労の汗」をかかなかった医師はその後に「恥の汗」をかくことになります。医師としての基礎を築く時期を充実したものにしましょう。

江別市立病院　総合内科　後期研修プログラム

【はじめに】

現在医師不足問題で深刻なのが地方病院で外来診療だけでなく入院も含めた総合的な診療をする医師が不足していることであります。そこで実力ある総合内科医の養成が求められています。
全国的に総合内科の後期研修は各臓器別専門内科をローテーションすることによってなされるプログラムがほとんどです。これは初期研修を終えさらに高度なレベルを目指してやってくる後期研修医たちに対して指導医側が各専門科を集合させて対応せざるを得なかったり、また専門科にごとに分かれていない総合内科を内科の中心として設立することが大病院では困難だったりすることが原因と考えられます。
江別市立病院ではTotal Integration Modelという方法を用いてローテーションによらないプログラムを実現しました。教育面では後期研修医を指導できる総合内科医を揃え、総合内科医育成に多大な協力を提供する専門医が存在し、さらに国内外から優秀な教育専任医師を招聘することで、後期研修医の求める高度な内容にも十分応えることができる恵まれた環境を作っています。さらに「病院からの訪問診療」という環境も用意することにより、在宅と病院を 1 本化して経験できる研修もおこない、患者の心理社会的背景も考慮した全人的な診療も十分勉強することが可能となっています。
北の大地に新たに誕生した魅力ある研修をぜひ体験してください。

【役割　Outcome】

地方の中小規模病院で内科入院診療ができ、外来・訪問・救急診療も実施する能力を身につけ、さらに若手医師に対する教育、指導をおこなうことができる。

【中核的能力　Core competency】

1．必修項目

①入院診療

- 様々な内科学分野の問題をもつ入院患者の管理
- 入院患者の病歴聴取・身体診察を中心とした臨床推論を展開能力
- Time course illness script を意識したプレゼンテーション
- 入院患者に関する臨床倫理カンファレンスの司会
- 臓器別専門医に適切にコンサルテーションをする
- 病棟で必要な臨床感染症学の基本を身につけ、適切な抗菌薬使用
- 他職種と連携をとり患者の退院設定
- 病棟での初期研修医へのサポート（Mentor となる）
- ICU 管理（各種モニター管理、人工呼吸器管理、循環作動薬使用など）

②外来診療

■　入院で担当した患者の外来フォローアップ

■　（診療所ではなく）病院に直接受診する初診患者に対して初期対応

③2 次救急

■　救急搬送となる急性期疾患の初期対応

■　初期対応の後に必要に応じて上級医や専門医に適切なコンサルテーション

■　入院適応を決める

■　2 次救命措置（ACLS）

④基本手技

■　中心静脈ライン（両鼠径、両鎖骨下、右内頚）

■　胸腔ドレナージ

■　人工呼吸器管理（BiPAP を含む）

■　病棟で必要な各種エコー検査（腹部、心臓、深部静脈、頚動脈、甲状腺）

⑤コンサルテーション

■　必要に応じて、またカンファレンスにおいて適切に臓器別専門医にコンサルテーションの方法を学ぶ。

■　臨床推論を用いて初期研修医に入院患者に関する教育カンファレンス・回診を実施

2. 選択項目

（以下は Total Integration Model の中で選択する項目によって学習者の間で相違があります）

①訪問診療

■　在宅医療と入院医療のタイミングの判断

■　病院スタッフと外部スタッフの連携の中で医師として協力したチーム医療

■　いつでも入院の機会を準備した状態での在宅ターミナルケアを実践

②消化管内視鏡

上部消化管内視鏡

■　病変（特に早期胃癌）の認知ができ、その病変の所見を述べる能力

■　消化管出血に対して止血操作

■　胃瘻造設術の術者、内視鏡介助者の両方をこなす

下部消化管内視鏡

■　軸保持短縮法を用いてスムーズなトータルコロノスコピー

■　適切な状況で消化器内科医にコンサルテーション

③呼吸器内視鏡

■　スムーズな肉眼的観察

■　TBLB、ブラッシング、BAL

■　サンプルや結果の解釈

④循環器手技・検査

■　心臓血管カテーテルのサポート

■　負荷検査の実施

④高度救急医療

■　重症患者（特に外傷、脳血管疾患）の初期対応、その後のコンサルテーションができる

⑤研修医指導法

■　Time course illness script を利用したプレゼンテーションを誘導の仕方を学ぶ

■　仮説演繹法の指導法を学ぶ

■　病棟で身体診察に関する教育回診法を学ぶ

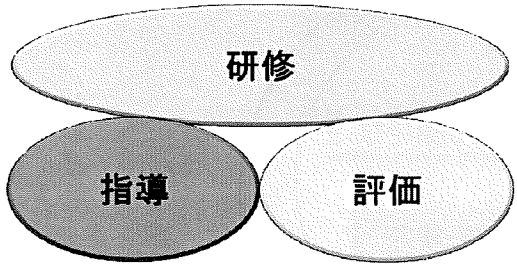
【具体的内容】

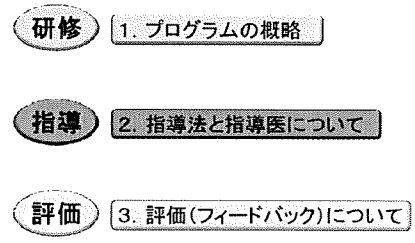
研修プログラム：Total Integration Model；TIM（Leinster, 2009）を採用

後期研修の期間は 2 年間が基本ですが、希望研修期間の異なるどんな研修医にも対応できるよう TIM 使用し、個人の目標にあった自由度の高い研修環境を実現しました。

総合内科研修システムの概念

「研修」とは与えられた機会（chance）であり、「指導」と「評価」によって支えられています。





1. プログラムの概略

江別市立病院の後期研修は、必修項目をこなしながら自分の目標に応じた項目を必要なだけ選択することで「自分自身の研修を作り上げていく」というスタイルをとるフレキシブルなものです。それはまさに自分自身のオリジナルケーキを作っていく過程に似ています。スポンジ生地は同じですが、上にのせるトッピングは自分が好きなもの選んで、結果として自分自身が食べたいものに仕上げていくことになります。

Make your own cake!

■　Base（スポンジ生地）→必修項目

■　Decoration（トッピング）→選択項目

必修項目は希望研修期間中継続しておこない、それぞれの希望に応じて選択項目を選びます。はじめに選んだ項目は途中でやめることもでき、またはじめ選ばなかった項目を途中からすることもできます。

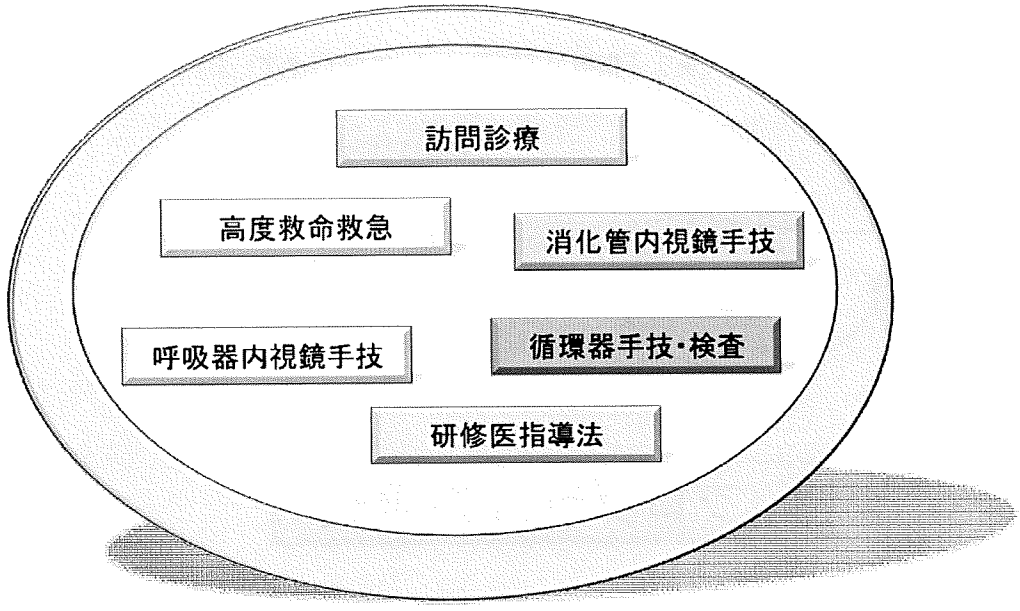
(1)必修項目

病棟・外来診療、2次救急、基本手技

①総合内科病棟(約 70 床)診療
②病院における総合内科外来診療
③2 次救急初期診療
④病棟における基本手技

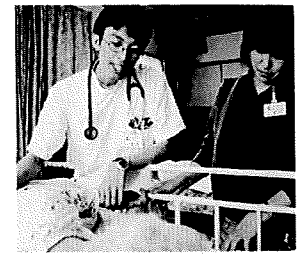
(2)選択項目

Pick any !
お皿に容易された選択項目を自分の目標や研修期間を考慮して選ぶことができます。



訪問診療

- 週 1 回。月に 2 回は指導医とともに往診する。
- いざという時に入院ができるため在宅看取りも増えています。



消化管内視鏡手技

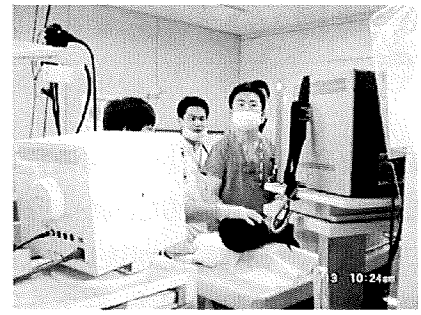
- 総合マインドをもった消化器内科専門医、渡邊義行先生直伝の内視鏡研修。
- 上部消化管内視鏡、胃瘻造設、研修期間が長ければ下部消化管内視鏡も習得できます。

呼吸器内視鏡手技

- 専門技術ですが、興味のある人は研修できます。呼吸器診療の幅が広がります。

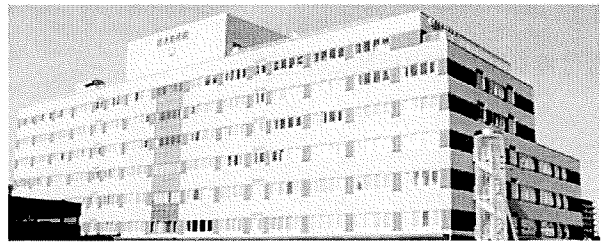
循環器手技・検査

- 平成 22 年度から循環器内科専門医が赴任し、心臓カテーテル検査のほか、負荷検査などを学ぶことができます。



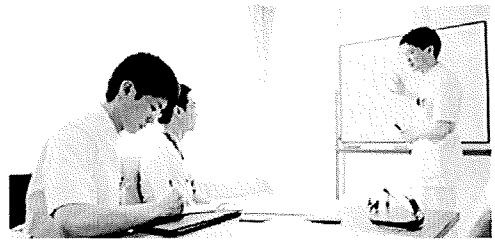
高度救命救急

- 札幌東徳洲会病院と提携。月 2 回程度救急研修できます。外傷や脳血管疾患も体験できます。



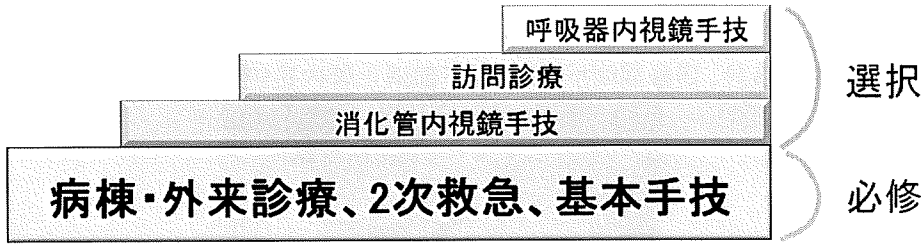
研修医指導法

- 研修医に仮説演繹法や Time course illness script を使って教育カンファレンス・回診をする方法を学びます。総合内科として最も大切な分野の 1 つである Diagnostic medicine を順序立てて後輩に教育できれば、どこにいっても指導できるとともに、勉強熱心な研修医が集まってくる環境を作り出すことができます。

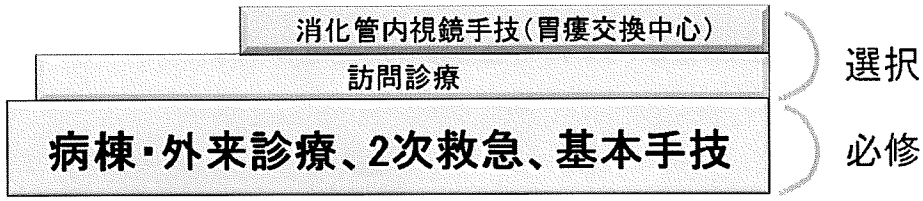


平成 21 年度の後期研修医の例

研修医1



研修医2



必修項目をおこないながら同時進行で選択項目を上乗せしていきます。

研修医 1 は「何でもやりたい派」。消化管内視鏡から気管支鏡、訪問診療まですべておこないました。

研修医 2 は「訪問診療やりたい派」。内視鏡研修はいらないが、訪問診療にかかわる手技、例えば胃瘻交換などはすべてやりました。在宅看取りなども積極的におこなっています。

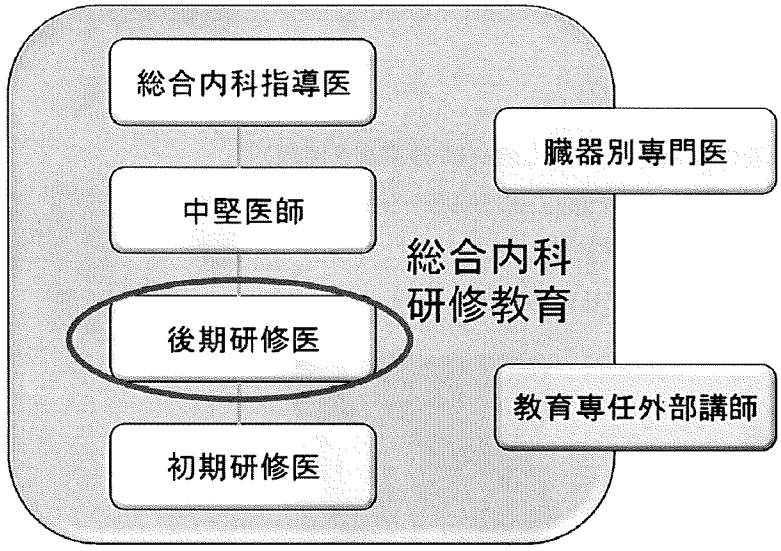
自分の研修期間とよく相談してその期間で何ができるか、また何ができるようになりたいかをよく考えて選択項目を選んでください。

また、選択項目にはない新しい試みも可能な限り随時相談にのります。

2. 指導法と指導医について

総合内科の病棟診療は屋根瓦式のチームとして診療にあたり、そこに臓器別専門医と教育専任外部講師がかかわるという体制をとっています。病棟患者のほとんどは総合内科医が主治医として担当することにより、専門医はその専門知識や技術に集中することができます。その代わりに総合内科医や研修医の専門分野におけるコンサルテーションや教育に携わっています。バックに専門医が控えているため安心して専門的な知識を必要とする患者でもマネージメントすることが可能です。
このように総合内科医は決して逃げてはいけません。自分たちが責任を持ちつづけ専門医のサポートをするかわりに教育をうける、という関係により良好な Specialist-generalist relationship ができあがるのです。そのためにはたくさん勉強する必要があります。

(1)指導体制の概略



みなさんは、丸で囲まれた後期研修医というポジションです。

(2)指導医

①総合内科指導医

- 阿部、濱口、高橋、大友

②中堅医師

- 山田(和)、若林

③臓器別専門医

- 消化器内科:渡邊
- 循環器内科:山田、青木
- 血液・糖尿病内科:西嶋

④教育専任外部医師

国内外から臨床力と教育力にすぐれた Clinician educator を招聘しております。総合内科に必要な広い知識にさらに奥深さを与えてくれます。

平成 21 年度実績

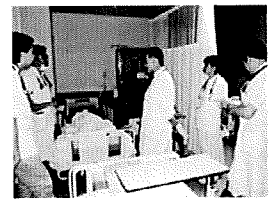
- Robin Bailey 先生　感染症・熱帯医学　ロンドン
- Rebecca Harrison 先生　病棟総合医学　オレゴン
- Kishor Shah 先生　循環器　ボンベイ
- 伊賀幹二先生　循環器　西宮
- 北海道大学第一内科から呼吸器学専門医 7 名

(3)カンファレンス、回診など

①カンファレンス

- 新患カンファレンス→1 週間の新患の紹介
- 管理カンファレンス→患者全員の把握
- 教育カンファレンス→臨床推論を使った症例検討
- 倫理カンファレンス→入院患者の他職種による話し合い(4 分割表を使用)
- 専門カンファレンス(消化器、循環器)→専門医にコンサルテーション
- 訪問診療カンファレンス→往診患者についての話し合い
- 外科カンファレンス→手術が必要な患者についての相談

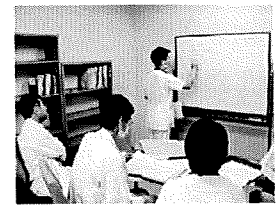
②回診



- 管理回診→患者全員の把握
- 教育回診→臨床推論を使った症例検討
- グループ回診→朝のグループ内での作戦立て
- フィジカル回診→身体診察の回診

③勉強会

- 抄読会(ジャーナルクラブ)(週 2 回)→有名雑誌、ケースレポートなどの抄読
- 症例検討会(週 1 回)→Clinical problem solving 方式のカンファレンス
- インターネットプライマリケアシリーズ(週 1 回)→北海道内外の施設でのネットレクチャー
- M&M カンファレンス(月 1 回)→症例の振り返り
- CPC(月 1 回)→剖検後の検討会
- 医学英語教室(週 1 回)→北海道一の医学英語教育



④その他

- 内視鏡実習
- エコー実習

(4)週間スケジュール

	月	火	水	木	金
-7:30	プレ回診	プレ回診	プレ回診	プレ回診	早朝抄読会(630) プレ回診
7:30-8:00	連絡会議	ジャーナルクラブ (月曜日休みの場合は連絡会議)	インターネットカンファ (症例検討・クイズ・抄読会)	インターネットカンファ (PCLS)	連絡会・症例討議
8:00-8:45	グループ回診	グループ回診	グループ回診	グループ回診	グループ回診
8:45-11:00	外来、病棟、検査、救急	外来、病棟、検査、救急	外来、病棟、検査、救急	外来、病棟、検査、救急	外来、病棟、検査、救急
11:00-12:30		教育カンファ回診			教育カンファ回診
12:30-13:30	ランチョンカンファ (研修医室)	ランチョンカンファ (研修医室)	ランチョンカンファ (研修医室)	ランチョンカンファ (研修医室)	ランチョンカンファ (研修医室)
13:30-14:00	外来、病棟、検査、救急	外来、病棟、検査、救急	外来、病棟、検査、救急	抗菌剤療法/倫理カンファ	フィジカル回診
14:00-15:00				外来、病棟、検査、救急	外来、病棟、検査、救急
15:30-16:00			循環器カンファレンス		管理カンファカンファレンス 週末申し送り
16:00-16:30	管理回診(西5・西4)	新患カンファレンス		管理回診(東5)	
16:30-17:00			外科カンファ		
17:00-17:30	病棟業務		病棟業務	病棟業務	消化器カンファ
17:30-18:00	心電図読影会	病棟業務	心電図読影会		心電図読影会
18:00-19:00		外来患者フィードバック (後期研修医)	症例検討会	医学英語	病棟業務

週間スケジュールはその時期で多少の変更があります。

基本的に朝勉強→昼間働き→夕方勉強です。

(5)その他:後期研修生活の実態は?

①受け持ち患者数:10 人前後

②1 日の新入院患者:Max2 名まで

③抄読会や症例検討会の担当は 1～2 カ月に 1 回当たる

④Work-life balance→働くときは一生懸命働き、休む時はしっかり休む

- 平日夜間拘束当番は週 1 回程度
- 休日当番は月 1 回程度
- 勤務時間以外は基本的に当番医に任せて基本的にフリー。

⑤宿舎のこと

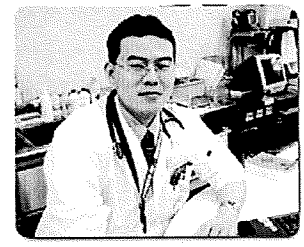
病院から歩いて 5 分のところにある賃貸住宅。2LDK;30000/月、4LDK;35000/月。満室の場合は民間賃貸住宅を斡旋します(病院から補助が出ます)。

3. 評価(フィードバック)について

(1)指導医からの On-the-job evaluation

指導医から逐次フィードバックがあります。指導医や中堅医師のほとんどは指導医講習会を終了しておりますので効果的なフィードバックを行う予定です。

(2)外部から医学教育の専門家を定期招聘(約3カ月に1度)



錦織　宏(にしごり　ひろし)先生　(東京大学医学教育国際協力センター)

ポートフォリオ発祥の地である Dundee 大学大学院で医学教育学修士を取得し、全国の有名研修施設での医学教育に携わっています。

江別市立病院でも日ごろのフィードバックのまとめとして、ポートフォリオの作成をサポートや研修目標に基づいたフィードバックをおこないます。また教育回診もしてくれます。

【研修後のキャリアについて】

江別市立病院の総合内科後期研修を終えた後のキャリアとしていくつかの選択肢を紹介します。

①スタッフとして残る。

現在、北海道の地方病院に医師チームを数年交代で派遣する循環型システムも計画しており、勤務期間を終えた後にはまた江別に戻りフィードバックを行います。

②地方病院にある期間勤務する。

江別で学んだことの実力試しです。松前町立松前病院、厚岸町立病院、道立羽幌病院、利尻島国保中央病院などの地方病院には江別の指導医と同門の指導医が勤務しております。

③大学院進学

札幌医科大学地域医療総合医学講座との提携により研究、博士号取得が可能です。

④熱帯医学国際医療協力

長崎大学熱帯医学研究所内科との提携により、途上国での研究などが可能です。

⑤家庭医療学

北海道家庭医療学センターとの提携により家庭医療後期研修ならびに家庭医療フェローシップへの進路があります。

⑥その他

留学についても相談にのります。

【おわりに】

江別市立病院の総合内科後期研修はすべて「病院の」というキーワードが関係しております。つまり常に入院診療を意識した診療と教育という意味です。そこが家庭医療学の守備範囲と大きく異なるところです。

例えば、外来診療の関していうと、クリニックや診療所に受診する患者と病院に直接来院する患者とはその重症度、患者背景などで何らかの差があると考えられます。往診に関しても入院施設を持たないクリニックや無床診療所でカバーできる患者群と、いつでも入院をさせることができる「病院からの往診」でカバーが必要な患者群とは異なります。このように診療、教育のすべてが「入院医療」と結びついた形で行われているわけです。

多種類の問題を抱える患者の入院医療はとても大変です。しかし総合内科という分野はそれに挑む尊いプロフェッショナルであると言えます。特に北海道では無床診療所の数は右肩上がりに増え続けている一方で、入院医療をおこなう有床診療所や病院からは医師が次々と撤退しているのが現状です。したがって入院患者もマネージメントできる総合内科医の育成は、現在最も求められているものと考えます。

皆さんもこの志高き集団の一員として研鑽を積んでいきましょう！