

勤医協札幌病院一般内科 初期研修医向け研修プログラム

菊水地域における勤医協札幌病院（特に内科）の『社会的責任』

■ ミッション

- 「赤ちゃんから高齢者まで、やさしい病院をめざします」
- 「安全・安心・納得の医療を実践します」
- 「憲法を守り、安心して暮らせるまちづくりに貢献します。」

参考：「勤医協札幌病院 基本理念」

■ 果たすべき役割

「健康を守るために1歩先を照らす」

健康評価、疾病予防、健康増進（街づくり・政策提言も含む）、患者教育（医療者育成）

「いついかなる時も苦痛を和らげる」

急性疾患・傷害の診療、慢性疾患の診療、終末期ケア（在宅診療含む）

「出産・育児・成長をみんなでサポート」

小児・思春期のケア、産科ケア（産前・産後ケア含む）

「力を合わせるシステム作り」

多職種連携（Interprofessional work）、ケアの統合（多組織を組み合わせた多面的アプローチ）

「社会的弱者の最後の砦」

患者権利の擁護（社会的脆弱性をもつ住民（貧困、孤立など）へのアプローチ）

診療の質向上を目指す（持続的な診療の質改善活動と診療現場に基づいた研究）

参考：「勤医協札幌病院が果たす地域での役割」『The future of family medicine: A collaborative project of the family medicine community』2004. Ann of Fam Med

研修医のニーズ・問題意識

■ 総合診療病棟だけでは臓器別内科研修が不十分だが、臓器別内科を全て選択できるほど自由選択期間がない。

- ・中病総合診療病棟や外来指導研修といった必修期間からの振替先としての選択肢になると嬉しい。
- ・札幌病院内科ローテ中にマイナー科・検査系研修もできると嬉しい
- ・関心・到達度に応じて内容をカスタマイズできるのは嬉しい

■ 科ごとに教育体制のバラツキが大きい

- ・指導環境の整った札幌病院内科を選択肢に入れることで緩和できるかもしれない。

■ 健診やよくある健康問題の診療を繰り返し経験したり、地域医療の視点を身に付ける機会が少ない。

- ・単純・軽症の事例で標準的診療をしっかりと身に付けたい（中病では重症・複雑事例しか経験できない）。
- ・身体診察・基本検査の解釈、予防・健康教育を学びたい（チーム医療・医療倫理など高度なことの前に）
- ・地域の健康問題を調査し、地域医療の理解、診療の質向上、ひいては学会発表の機会創出につなげたい

■ 中病で学べない領域への関心

- ・家庭医療、老年医学、リハビリ、特に在宅調整や往診など「急性期病棟のあと」へのニーズは強い
- ・外来・地域で患者から学ぶ方法、目標設定・学習・振り返りの方法論習得

参考：「過去の初期研修総括合宿で出された意見」、「11卒研修医へのアンケート」

研修環境

体制：内科急性期病棟	→O（総合・腎）・I（血液）・N/Y（代謝内分泌・糖尿）・S（総合・家庭医療）
回復期リハ病棟	→S.Y.（循環器・リハビリ・老年）、S
内科外来	→病棟担当医＋I（代謝内分泌・糖尿病）、H（循環器） 他多数（パートで消化器・呼吸器 Dr もいる）
往診	→S.N.・S
研修医	→後期研修医は現在予定なし（今後は1-2名配置したい） 初期研修医は2-3名受け入れ可能（複数いたほうが学習効果大きい）
他職種	→検査技師（エコーの技術指導可能） 放射線技師（単純写真の撮影技術指導可能、読影は内科医師担当？）、 リハビリ（リハビリ指導可能、Sも関与できる） 薬剤師、管理栄養士（NST活動などで関与可能）、MSW、他 看護師（3-1病棟は小児科で受け入れ慣れている。外来も相談中）
研修専任事務	→なし

物品：テキスト・マニュアル（研修医コーナー横の本棚に配備済） →要望に応じて追加購入可能
Webの情報源（医局 Windows PC の、Google chrome ブックマークに登録済）
学習会資料、研修医作成資料（医局 Windows PC のデスクトップ「内科研修資料」フォルダ内に蓄積予定）
シミュレーターなどは今後の検討課題（中病に委ねるほうがよさそう）
画像 PACS システムは導入間に合った、2012年4月から電子カルテ化予定。

費用：物品等の新規購入は、随時予算と相談。割と融通がきく。

合意形成：札幌内科運営会議では受け入れ合意済み。

札幌研修委員会、医局会議内での受け入れ合意予定。

中病研修委員会にも話を通し承諾済み。

受け入れ時期：2011年11月から受け入れ可能。

2012年4月からは研修スタート科としての受け入れも可能。

研修目標

※上記を踏まえて、指導医と研修医で面談し個別に決定する

※別紙の「目標管理シート」を参照

※4ページの枠組みを基本に、5～6ページの各項目から選択して組み立てていく。

一般目標

- ・
- ・

行動目標

- ・
- ・
- ・
- ・

実際の業務

■主に担当する患者層

- ・年齢層は、思春期から高齢者（妊婦・周産期・小児は担当各科で研修）
- ・疾患の時期は、急性期～回復期と、安定期（重症疾患の超急性期は中病各科で研修）
疾患の種類は特に限定せず、さらに健康・人生観や家族・社会問題も学習対象とします。
- ・診療の場面は、内科急性期・回復期リハビリ病棟、内科外来・検診外来、在宅・地域、検査室など全て。

■ローテート期間

- ・初期研修期間であればいつでも受け入れ可能です（スタート科としての選択も可能）
- ・2ヶ月以上連続した期間でのローテが望ましい。
ただし、中病総合診療病棟での研修を終えていれば、1ヶ月間の研修も例外的に受け入れる。
- ・各科研修の垣根を外し、相互乗り入れしながら柔軟な研修体制を組む。
※札幌ローテ期間中に（内科以外も含む）、札幌内科外来で週1～3回の外来研修を行う事ができる。
これは中病の外来指導研修期間の6ヶ月から振替え可能とする。
※札幌内科ローテ中に、週1-2回程度のマイナー科研修や検査研修を行う事ができる。
特に推奨するのは皮膚科・眼科、エコー・放射線。その他も応相談。

■ルーチン業務

- ・基本週間スケジュール
 - 8:00～ 8:45 月水金は回診、木曜は総回診に参加し、担当患者のショートプレゼンを行う。
 - 9:00～16:00 個別に相談し、病棟・外来・往診・選択研修の比率を調整する（次頁参照）。
 - 16:00～17:00 月曜は教育目的の夕回診を行い、ベッドサイドでの問診・身体診察の指導を受ける。
水曜は入院担当患者の教育カンファレンスを行い、新患フルプレゼンテーションの練習、
治療方針のディスカッション、自己学習・考察のポイントの抽出を行う。
 - 17:00～17:30 月曜以外は振り返りとミニレクチャーを行う。

土曜日は月2回指定休を取得。それ以外は研修単位とし、課題作成や達成度自己評価を行う（評価の頁参照）
二木会や、その他ジェネラリスト向けの学習イベント・セミナー・学会への参加を強く推奨する。

■研修開始時に行うこと

- ・研修プログラム内容の相談（特に外来・往診・選択研修の単位数・曜日などの確定）
初日の面談で「重点的に学びたい・学んでほしいこと」を抽出し共有します。また、以前にローテートした科からの申し送りがあれば盛り込み、本人の能力や希望にあわせた個別化したプログラムを作ります。
- ・研修目標の確定
事前に「札幌内科 目標管理シート」に記載してもらい、研修開始1週間後に微調整します。
目標に基づいた振り返り方についても研修開始直後にレクチャーします。
- ・課題や評価方法の確認（評価のページ参照）
事前に評価方法を知ることによって学習態度・学習効率が高まるため、研修初期に研修医に確認してもらいます。

1. 外来研修

① まず徹底的に健診を行う

- ・ミニレクチャーと毎日のフィードバックを通して、疾病予防・健康増進の考え方を理解し、エビデンスに基づいた問診・身体診察・検査の選択ができるようになる。
- ・健常者の身体診察を繰り返し行い、正確な診察スキル習得と正常所見の理解を深める。推奨テキストを参照しながら、適宜指導医に実技指導を受けること。
- ・心電図・胸部 Xp 読影を大量にこなすことで基本的な読影手順を身につけ、短時間で異常所見に気がつける読影能力の基礎をもにつける。循環器医などから特徴的な症例のデータを見せてもらい指導を受けられる時間も別途設ける。

② 1-2週間後に外来デビュー。

- ・希望に応じて週1～3単位、1単位あたり2～4名程度の診察を行う。
患者数よりも理解度の深さを重視し、疑問をその日のうちに解消できるペースを目安とする。
- ・最初は病態の落ち着いた慢性疾患患者か、バイタルに問題のない急性疾患患者を選び診療を行う。
特に糖尿病・高脂血症・高血圧症や橋本病、急性上気道炎・急性下痢症、軽症肺炎、健診結果返し、不定愁訴・慢性疼痛などの経験を積む。
- ・ガイドラインやエビデンスに基づいた標準的な疾患管理を学び、EBMを臨床現場で活用する方法を理解し身につける（GRIFEモデルを活用した指導）。
- ・主訴以外にも予防・健康増進の視点で必ず一つは介入する方法論を身につける。
- ・外来特有の「時間」の使い方(1年かけて全体に介入する)や「医療資源」の使い方(地域・スタッフとの連携)を身につける。
- ・生活歴や既往歴、人生観などの「背景情報」の聞き方と、診療への活かし方を学ぶ。
- ・様々な指導医の外来を見学することで、一般的な外来診察のイメージを身につける。

③ 簡潔な病歴聴取と身体診察から危険な疾患を除外する方法論は、中病の当直や救急研修に委ねる。

2. 病棟研修

① 地域の中規模病院内科急性期病棟の入院患者層を知り、よくある入院疾患の標準的治療を身につける。

- ・担当患者数は1～3名程度とし、できるだけ単純な症例で基本を徹底的に反復してもらう。
例：肺炎・尿路感染症、喘息発作・COPD急性増悪、糖尿病コントロール、癌精査・緩和ケアなど。
- ・患者対応・カルテ記載などの臨床業務と、教育単位である夕回診や教育カンファ、毎日の振り返りを通じて、基本的臨床能力(問診・診察、検査解釈、カルテ記載・プレゼン、患者教育等)を身につける。

②急性期病棟以外にも関わり、患者が家に帰り地域に溶け込んでいくまでの全過程に関わる。

- ・外来からの入院や他院からの転院、急性期、回リハ、退院後往診まで関われることを目指す。
- ・家庭医療・老年医学・リハビリの視点で、患者の能力の評価方法や回復過程に関する理解を深める。
- ・多職種カンファレンスを通してチーム医療の方法論を学ぶ。
カンファへの積極的参加・発言だけでなく、カンファ後に各職種へのシャドーイング研修も行う。

③希望者は複雑な事例も担当し、全人的に評価しケアする手法を身に付ける。

- ・基本的には中病総合診療病棟で研修してもらう。
- ・研修医2年目や強く希望する場合には、終末期患者(癌・非癌疾患問わず)や心理社会的に複雑な事例を担当し、「統合されたケア：Integrated care」と「家族志向のケア：Family-oriented care」を重点的に学ぶ

3. 在宅・地域研修

① 往診の見学・同伴を行う

- ・病棟で担当した患者は、可能な限り外来見学や往診同行を行い、退院後の患者の調子や病状、場によるケアの違いを学ぶ。
- ・希望者は2年間担当患者を固定し、継続的に関わりながら以下を学ぶ。
 - ◆老年医学の視点での高齢者ケアや、在宅特有の条件下でのターミナルケアを知る。
 - ◆訪問看護師やヘルパー、ケアマネージャーとの連携から、在宅でのコメディカルのすごさを知る

② 地域ケアの方法論を学ぶ

- ・「地域志向性プライマリケア」や「エスノグラフィー」といった方法論を学び、自分の診療圏の文化・土地柄の分析方法、診療への活かし方を身につける。
 - ◆地域視診、住民アンケート・聞き取り調査、公的データの収集などから地域の特徴を分析し、自分なりの考察をまとめる。
 - ◆地域分析の結果に基づいて、友の会や地域の住民団体と連携し、健康増進プロジェクトを実践し報告をまとめる。

※時間外・院外活動が多くなるため、いずれも希望者のみの選択項目とします。

4. 選択研修

①選択研修

- ・往診・地域ケア、マイナー科や検査研修を自由に選択できる（未確定）
- ・ただし、同時に複数を選択すると学習が追いつかなくなるため一定の制限を設ける。
 - ◆週2～3単位まで、外来・検診と合わせ5単位までとする。
 - ◆1ヶ月あたり2種類までに制限する。
- 例：1ヶ月目はエコー+眼科、2ヶ月目は放射線+皮膚科、余裕があれば平行して地域ケア
- ・採血・点滴の練習や各種穿刺、内視鏡などの手技研修は基本的には行わず中病研修に委ねる。

評価とフィードバック

1. 満足度

- 「満足度のアンケート」 →研修開始時と終了時
 研修環境改善のための具体的な提案も必ず一つ記入してもらおう。
 (参考図書、研修医スペースや診療環境、研修プログラムへの改善案など)

2. 理解度

- 「筆記テスト」 →家庭医療専門医試験の MCQ (Multiple choice question) から流用。
 「読影テスト」 →心電図・胸部レントゲンの読影テスト
 「レポート提出」 →毎月第4火曜日
 (プライマリケアの視点で疾患・病態を考察したものを提出。理解度の評価)

3. 行動変化

- 「振り返り」 →できるだけ毎日、最低でも週3回行う。
 (具体的な症例・診療場面における、研修医の能力評価と省察の促進)。
 「研修目標の振り返り」 →2週ごとと終了1週間前(目標達成度全般の質的評価)
 「マトリックス表」 →2週ごとと終了1週間前(経験した症候・疾患の量的評価)

4. パフォーマンス変化

- 「実技テスト」 →家庭医療専門医試験の CSA (Clinical skills assessment) から流用。
 特に予防、老年、行動変容のテーマから出題する。
 胸痛などから致命的疾患を鑑別する問題は救急研修や総診の Mini-CEX に委ねる。
 「360度評価」 →指導医・看護師、他関わった職種から、実際の言動に対して主観的に評価する。
 「ポートフォリオ」 →上記すべてをまとめたファイルの提出。
 Significant event analysis 該当例があれば、それをまとめて同封する。

最後に上記の評価項目全体を俯瞰し、総括的評価を行う。

内容は書面にまとめ、研修医本人と読み合せをした上で手渡し、次のローテ先に申し送ります。

※今後の検討課題

- 「ビデオレビュー」 →模擬患者(友の会や職員に依頼)に外来に入ってもらい、実際の診察の様子を撮影。診察終了後に指導医・研修医でビデオを見ながら診療態度や内容についてディスカッションする。高い学習効果があるため、出来れば実現したい。
 「指導医・指導環境評価」 →いつかは必ず実現する。
 評価方法や評価される側の心の準備を促してから。