

Experience ロサンゼルスVA留学記

海外留学制度を活用して 最新医療の現場を体験

役割分担が明確な米国
異なる環境の研修で
今後の課題を発見長崎医療センター 形成外科
松尾はるか

2018年1月29日～2月9日まで形成外科で、2018年2月12日～3月2日までPhysical medicine and rehabilitation (PM&R) 科で見学研修をしました。形成外科ではおもにチーフドクターとレジデント医師、インターン医師（研修医）、実習研修中の3年生・4年生の学生とともに外来や手術に参加しました。

VA病院のPM&Rでは一般外来のほか、神経筋外来、ペインクリニック、他に装具、車いす、四肢切断外来などの専門的な外来と入院患者の内科管理や周術期管理を行っています。チーフドクターと相談し、複数の外来の見学と、褥瘡・創傷（Wound round）にも参加しました。PM&R分野としては脊椎損傷に対する加療自体はカルフォルニア州の別病院で行っており、VA病院ではほとんど関わることがないそうです。

レジデント医師が1学年で9人前後、VA病院でPM&Rに所属している医師は40人を超えますが、レジデントは週に何度も他の病院でも働いており、一般外来に出ているのはレジデント2～3人とアテンディングドクター 3～4人でした。外

来見学はレジデント医師と、他のラウンドはラウンドチームとの回診に同席しました。

最終週はPM&R医師にアレンジしていただき、Torrance Memorial Medical Centerの形成外科（熱傷や創を中心扱うセンター）を訪問。医師は2人と少ないものの、スタッフがケアを担当しており、役割が分散されていました。

今回の研修で感じた点をまとめてみます。

1) 入院期間、入院管理

全身麻酔でもほとんどの場合、患者さんは当日に病院に来て、手術を受け、その日のうちに帰宅します。患者さん自身も全身管理や安静など医学的の必要がない限り、入院は不要とされているようでした。日々の創部チェックが難しいケースは、自宅でのナーシングケアや近所の病院で看護処置を受けるのが一般的なようです。外科系治療で全身管理が必要な場合、外科手術の周術期管理1～2日以外は内科が担当し、創部の管理以外は内科が行うことでした。

2) 診察、アテンディング

診察はレジデント医師以下が行い、上級医師に報告して方針を決めるケースがほとんどでした。アテンディングを受けた医師は話を聞き、再度、患者を診察します。PM&Rでは上級医師が自ら担当する診察がないため、外来中いつでもアテンディングが受けられます。時間をかけて下級医師へフィードバックをしていたのが印象的でした。学生も診察者の1人として初診を行い、上級医師にアテンディングします。私はまだカル

テの書き方や状況の伝え方は学生以下だと痛感し、同時に訓練不足も認識しました。

3) 教育機関としての病院の認知

VA病院の急性期病棟は180床。レジデント医師、インターン医師、学生は500人以上で、患者数に比して医療スタッフの多さがうかがえます。ソーシャルワーク、リハビリテーションなど、コメディカル分野も多岐にわたり、専門外来や入院患者カンファレンスは多くの職種で成り立っていました。国が関与する特別な病院なのでシステムが整っているのですが、多彩な視点で患者さんが診られて興味深かったです。学生を含め、多数回の診察を受けることに患者さんも慣れていて、上級医師へ相談している間、長くお待ちさせる場合もありましたが、不満を言う方は1人もなく初めに学生が診察することを拒む患者さんいませんでした。

4) 病院ごとの役割分担

アメリカではまずかかりつけ医が診察し、必要な場合に専門の病院を紹介するのが一般的です。VA病院は特殊で、プライマリ診察から専門科目の診察まで対応できますが、プライマリ診察のあと専門の診療科へコンサルテーションされるという点は共通です。外来に3～4時間かけてくる方、州を越えて受診する方など大病院で診察を受けるのは簡単ではありません。地域の病院での診療と専門病院での診療が明確に区別されていることがうかがえました。



まとめ

VA病院では医師数に対して患者数がそれほど多くなく、患者さんも教育機関としての役割を認識しているので、1人に対して長い診療時間をとれるのではないのでしょうか。さらに診療における役割分担が明確なため、連携しながら、入院から退院までスムーズに加療できていると感じました。内科に限るのかもしれませんが、上級医師の担当はアテンディングに限られ、時間に余裕を持って下級医師からの相談に答えている点も印象的でした。1日の診療時間が変わらなくても、心の余裕を持って診療できているのがすばらしいと思いました。

しかし、レジデント医師が日々直面している課題は日本と大きな差はなく、加療の方針は同じだと改めて感じました。1つ1つの経験を大切に勉強していくこと。そして、アテンディングが下手なのは、練習不足が大きな要因だと痛感したので、今後は積極的に相談していくことを診療の課題としたいと考えています。

Experience 研修情報紹介

平成30年度良質な医師を育てる研修

国立病院機構では、毎年、多彩な内容で「良質な医師を育てる研修」を開催しています。豊富な経験を持つ先生方が講師を担当。実践的なスキルが身につく充実の内容です。昨年度に引き続き、今年度も同様の研修が開催される予定です。プログラム内容をご参考のうえ、ぜひご参加ください。

脳卒中関連疾患 診療能力パワーアップセミナー

対象：初期研修医および後期研修医、卒後10年未満の医師
日時：平成30年11月2日（金）～3日（土）
会場：国立病院機構仙台医療センター
メディカルトレーニングセンター 脳血管撮影室
募集定員：30名

■ 研修内容

1日目

《グループワーク》

《仮》急性期脳梗塞の治療～現状の把握～
《仮》脳梗塞の予防的治療

《デモンストレーション》

Trevoハンズオン
脳血管内治療ライブ

《講義》

脳卒中関連文献の最新情報

《パネルディスカッション》

「この症例をどうするか」（ミニ解説：NIHSS、ASPECTS、ガイドライン）

2日目

《グループワーク》

《仮》NIHSSの取り方のコツ！
《仮》急性期脳梗塞の治療～明日からの実践～

《実習》

脳卒中中の血管内治療ハンズオン
神経超音波検査（頸動脈及び経頭蓋エコー）

救急初療 診療能力パワーアップセミナー

対象：初期研修医および後期研修医、卒後10年程度の医師
日時：平成30年12月14日（金）～15日（土）
会場：国立病院機構北海道医療センター附属
札幌看護学校
募集定員：24名

■ 研修内容

1日目

《グループ1・2共通》

講義：初期評価のデモンストレーション／プライマリーサーベイ／セカンダリーサーベイとPan-scan；頭頸部／セカンダリーサーベイとPan-scan；体幹部

《グループ1》

実習およびフィードバック：スキル&シナリオステーション
（st.1:Primary Syevey・FASTと骨盤簡易固定、st.2:単純X線、st.3:穿刺術、st.4:全身CT）

《グループ2》

講義：大規模事故・災害への体系的な対応に必要な項目（CSCATTT、トリアージ訓練）

2日目

《グループ1》

講義：大規模事故・災害への体系的な対応に必要な項目（CSCATTT、トリアージ訓練）

《グループ2》

実習およびフィードバック：スキル&シナリオステーション
（st.1:Primary Syevey・FASTと骨盤簡易固定、st.2:単純X線、st.3:穿刺術、st.4:全身CT）

《グループ1・2共通》

講義：災害時の病院机上シミュレーション

内科救急NHO-JMECC 指導者講習会

対象：内科学会員で若手医師の指導を行っている、あるいは行う予定の医師
加えてJMECCコースを受講済みで、今後JMECC研修のディレクター・インストラクターを目指す者
日時：平成31年2月5日（火）
会場：京都府医療トレーニングセンター（京都府医師会館5階）
募集定員：18名

■ 研修内容

午前

《講義》

JMECC指導者講習会（インストラクターコース）概論
JMECC指導者講習会プレテスト 解答と解説
成人教育技法、フィードバックについて

《実習》

アイスブレイキング・効果的な「話す」「教える」技法（説明のしかた）
パソコン、モニター、部屋準備方法と取り扱い
除細動器とモニター波形診断の指導手順
気道管理の指導手順
BLSの指導法（ロールプレイ方式）

午後

《実習》

ALSの指導法（ロールプレイ方式）
ケース、シナリオのディスカッションとロールプレイ
資器材の撤収方法

《講義》

内科救急総論・心停止への対応

※研修内容はいずれも、昨年度開催時のものになります。