

一般内科初診外来 どう学び、どう教えるか

地域住民や施設のニーズに合った
外来診療技術を身につけよう!

日時：2015年3月1日(日) 13:30~16:00

場所：東京女子医科大学 総合外来センター 5階大会議室

主催：東京女子医科大学 男女共同参画推進局 女性医師再教育センター

超高齢化社会に求められる医療の多様化

一般社団法人日本慢性疾患重症化予防学会 理事 松本 洋

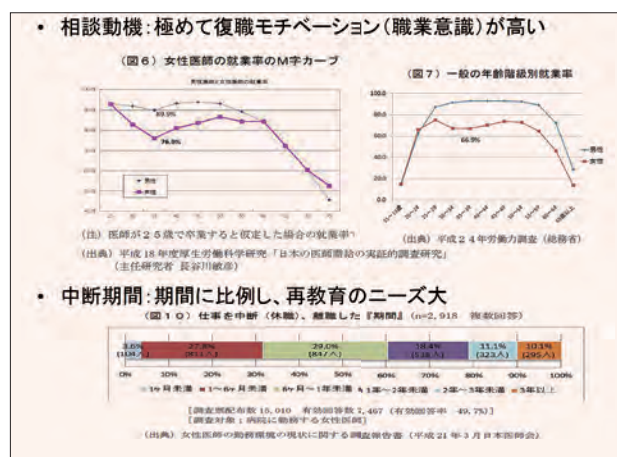
仕事に対するモチベーションが高い女性医師

私は「一般内科プロジェクト」に関わって最初の5年間くらいは、女性医師再教育センターに登録されたほとんどの人の相談に立ち会いました。その中で感じたことをお話したいと思います。

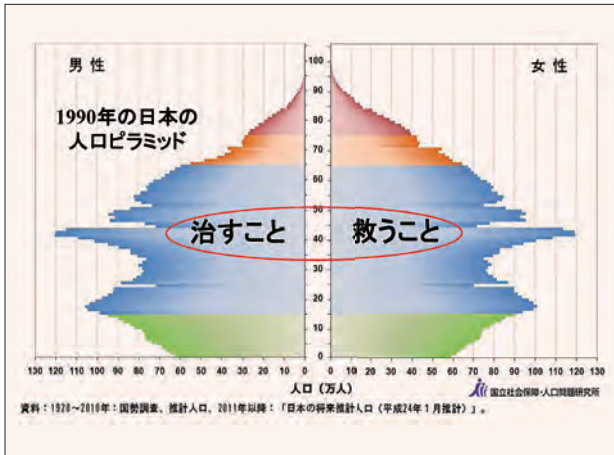
一番の驚きは、相談に来られるみなさんのモチベーションが高いということです。休職あるいは離職に至った要因が解消していないにもかかわらず、働きたいとってこられる。【資料1】のMカーブ(女性の年齢階級別労働力率)を見ても、これは明らかです。女性医師の就業率は35歳に76.0%まで下がりますが、それからじりじりと回復して60歳には男性医師と並び、70歳以降は男性医師の就業率を上回るというカーブを描いています。極めて職業意識が高いといえるでしょう。それと、休職期間が長期におよんでいる人も多く、こういう人たちにはどうしてもサポートが必要となってきます。

【資料2】に示したように、相談者が就業を中断した理由の多くは「出産・子育て」です。また、相談者は東京を中心とする大都会の人が圧倒的です。地方の人は、ご自分か

【資料1】女性医師再教育センターへの再教育・復職相談 相談動機



【資料6】多くの病気が治せた頃



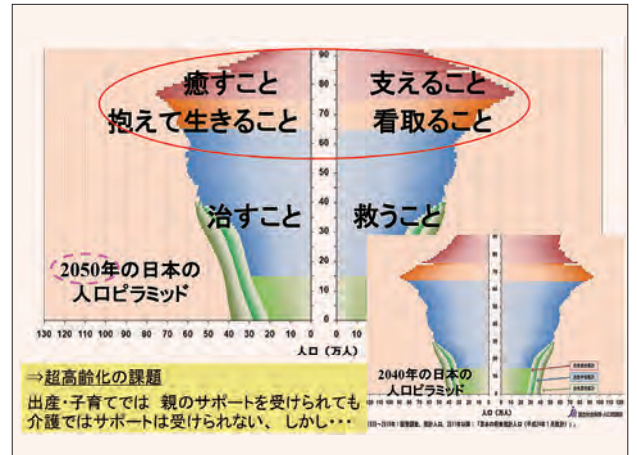
取り組むとしています。入院医療では【資料4】に示したように、左側の現在の一般病棟入院基本料の病床数を、基準規制から地域数量規制へと移行し、2025年には右側のような姿にしようとしています。

大病院から中小病院・診療所へ流れる患者さん

外来医療については、大学病院や地域の拠点となるような病院は一般外来を縮小してより専門的な診療を行い、その分、中小病院や診療所へ患者さんが流れていきます【資料5】。大病院には医療資源が豊富にあり、指導医もたくさんいますが、一般外来を縮小すると病棟が中心となり、当直勤務が増えてこざるをえません。

一方、その受け皿となる中小病院や診療所は、教育機能がウィークポイントといえます。また、医療の進歩は早く、離職した女性医師がその知識を取得したり、大病院でのインフォームドコンセントやチーム医療のあり方などをキャッチアップしたりするのも大変です。とはいえ、高齢者の患者さんが圧倒的に多い大病院の一般外来がこういう施設に移る

【資料7】多くの病気を治せなくなる頃



わけですから、診療は内科が中心になることはいうまでもありません。そこで、「一般内科プロジェクト」を立ち上げることになったのです。

【資料6】は多くの病気が治せた頃(1990年)の日本の人口ピラミッド、【資料7】は2050年の人口ピラミッドです。青年期から壮年期までは、時代が変わっても「治すこと・救うこと」に変わりはありません。しかし、2040年以降の人口ピラミッドでは、65歳以上の年齢層のボリュームが大きく膨らみます。そして、この年齢層には「癒すこと・支えること」、「抱えて生きること・看取ること」が求められます。

出産・子育てで休職しても短期間で復職される女性医師は、家族のサポートがあるからこそそれが実現できるのだと思います。これからは、その親の世代の面倒を見なければならない時代で、出産・子育てと同様に介護で休職を余儀なくされることになるでしょう。とはいえ、親の介護を経験される女性医師は、こうした超高齢化社会における課題解決でも大きなアドバンテージを有することになると思います。

一般内科外来における愁訴に関する 多施設共同研究の解析と全体像

東京医療保健大学 医療保健学部 医療情報学科 講師 瀬戸 僚馬

外来はオーダ歴、入院はサマリーから情報収集

私は問診票のある初診患者さんが、その後どうなったかという転帰を把握し、その経過について報告したいと思います。岩崎先生が話されたように、特に重要な症例についてのフィードバックが大切だといえますが、そこへ至るまでの手がかりとして、記述統計的な把握をしながら追跡調査を行っているところです。

調査方法は当初、千葉県立東金病院において、定量化され全国的にも標準化されているレセプトからの遡及を試みましたが、効率の悪さからこれを断念し、オーダ歴から転帰を把握することにしました。さらに聖隷横浜病院に移ってからは、電子サマリーの情報量が多いことから、外来診療に関してはオーダ歴から、入院患者さんに関してはサマ

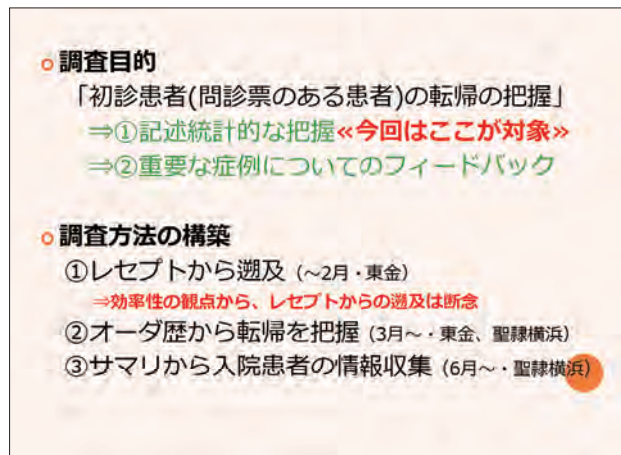
リーから情報収集することにしました【資料1】。

【資料2】は、東金病院で模索し、聖隷横浜病院で確立した追跡調査のフローを表したものです。まず外来初診の段階ではICPCの分類による問診票があります。そして入院歴がある患者さんについては、サマリーから病名や転帰を把握します。診療行為のコーディングもしたいところですが、これは対象外としました。

一方、入院しなかった患者さんは「再診あり群」と「再診なし群」に分け、どちらもオーダ歴から病名や診療行為に関する情報を収集しています。

【資料3】は、外来受診歴等のコーディング手法を示したのですが、一般内科プロジェクトでは愁訴をコード化することを目的に、ICPCの分類による重要なデータが蓄積されてきました。愁訴は一つではありませんから、患者さんの問診票をもとに医師が適宜、コーディングをしています。また、傷病名はICD-10分類によって基本的に一つに絞り込み、その定量化を主な目的として医師の記録をもとに診療情報管理士がコーディングを行います。診療行為についてはコーディングの手法がいくつかあるうえ、作業方法も膨大であるため対象外としたわけです。

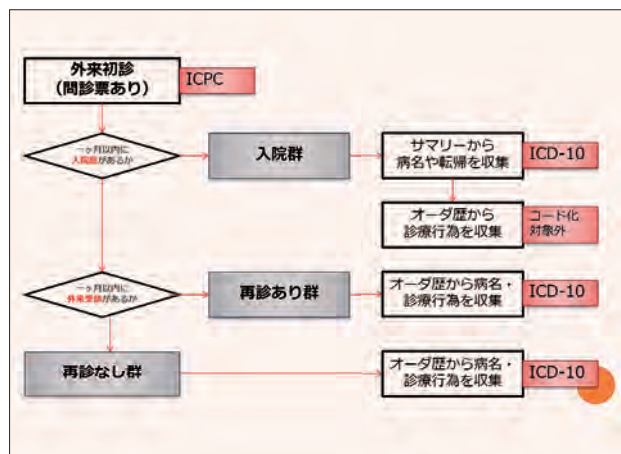
【資料1】追跡調査の概要



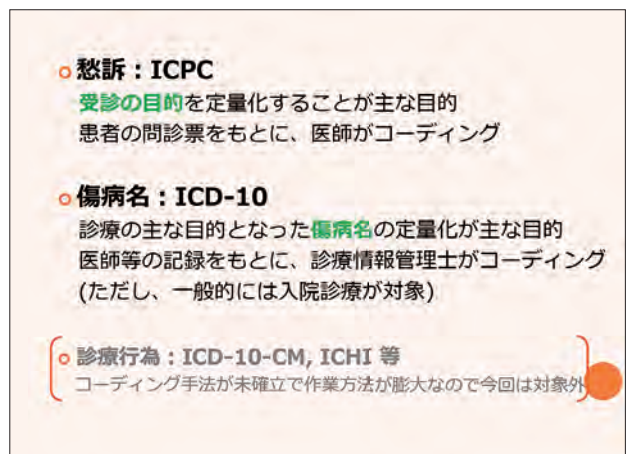
暫定ルールを設けて病名をコーディング

病名をどうやって収集したかということを示したのが【資料4】です。入院歴がある患者さんの病名は、サマリーがあるため非常に拾いやすいといえます。とはいえ、入院歴のない

【資料2】追跡フロー



【資料3】外来受診歴等のコーディング手法



【資料4】病名収集の優先順位

【医師が入力した病名】

1. 入院歴があるものは、**退院サマリーの病名**
2. 外来オーダ歴の中から、**受診日に医師が入力した病名**

【医事課が代行入力した病名】

3. 外来オーダ歴の中から、**受診日に医事課が代行入力した病名**

【それでも拾えない場合】

4. 次回受診日に登録され、**検査や処方等の診療行為との関連が明らか**な場合は、その病名
5. 前回受診日以前に登録され、**前回以前の受診と検査や処方等がほぼ同様**の場合は、その病名

【資料6】外来ICD-10コーディングのイメージ



【資料5】外来ICD-10コーディングの暫定ルール

入院におけるICD-10コーディングの方法はすでに確立されているが、情報量が少ない等の関係から、この方法を外来に流用することは困難

初診時に焦点となった傷病名を把握する目的に限定し、入院での手法をModifyした「本共同研究内での暫定ルール」を用いてコーディング

1. ICPCのコードがあるので、ICD-10のRコード(症状系)は使用しない。
2. 既に病名が絞り込まれている場合、その病名と矛盾する診療行為が明示されていない限り、その病名をコーディング。
3. 複数の病名がある場合、処方歴等の診療行為をもとに、その外来診療の主な目的と類推できる病名をコーディング。
4. 上記が更に複数ある場合、次の優先順位で選択
 - ① 関連病名が並んでいる場合は、より詳細な病名
 - ② 前後関係が明白な場合は、現在の焦点となっている可能性の高い病名 (例：肺炎と気管支炎が併記されている場合は「肺炎」)
 - ③ 次回診察がある場合は、その際の診療行為に関する病名
5. 診療行為と関係があれば、疑い病名のコーディングも妨げない。

【資料7】外来ICD-10コーディングの一例

【病院情報システムに登録された情報】

- 処方：PL,メジコン、ムソソルバン、カロナール、麻黄湯エキス
- 検査：インフルエンザ迅速
- 転帰：再診なし
- 病名：感冒、急性気管支炎、インフルエンザ(疑い)

1. 感冒と急性気管支炎は関連病名なので、**より具体性の高い「急性気管支炎(J20.9)」を登録。**
2. インフルエンザについては「**疑い病名**」であり、診療行為もそれを裏付け。(検査のみであり処方がない)
⇒**コーディングの対象外**

患者さんのほうが多いわけですから、外来オーダ歴の中から受診日に医師が入力した病名や、医事課が代行入力した病名を拾い出します。それでも拾えない場合もありますので、前のカルテや次のカルテから拾うなどいろいろな方法で病名情報を収集しています。

入院におけるICD-10コーディングの方法はすでに確立されていますが、これを外来に適用することは情報量の少なさなどから難しいのが実情です。そこで、初診時に焦点となった傷病名を把握することを主目的に、入院での手法をモディファイした「本共同研究内での暫定ルール」を用いてコーディングすることにしました【資料5】。

具体的には、外来での問診票データにはICPCコードがあるため、ICD-10のRコード(症状系)は基本的に使わないこととしました。また、すでに病名が絞り込まれている場合は原則としてその病名を、複数の病名がある場合は外来診療の主な目的を類推できる病名をコーディングすることにしました。

それでも関連病名が複数ある場合はより詳細な病名、前後関係が明白な場合は焦点となっている可能性の高い病名(例えば肺炎と気管支炎が併記されていれば肺炎)、次

回診察がある場合はその際の病名、という優先順位でコーディングしています。

【資料6】は、外来ICD-10コーディングのイメージを表したものです。病名がいろいろあり、診療行為の情報や再診時の情報、問診票データもあります。これらの情報を、ICD-10コーディングルールとICD-10対応標準病名マスターに則ってコーディングし、コードを付ける作業を行っています。

その一例が【資料7】です。病院情報システムに登録された情報として、処方された薬、検査、転帰、病名の記載があります。診療行為が行われているものに関しては保険適用の観点から、その根拠となる病名を付与しなければなりませんので、病名が多くなってしまいます。しかし、病名を絞り込まなければなりません。このケースでは、感冒と急性気管支炎は関連病名ですので、より具体性の高い急性気管支炎を病名として登録しました。インフルエンザについては「疑い」であり、診療行為も検査のみで処方がないためコーディングの対象外としています。

「一般内科プロジェクト」の結果から 見えてきたもの

女性医師再教育センター 一般内科プロジェクトチーフ 東京女子医科大学 学生健康管理センター 講師 **横田 仁子**

急性疾患の鑑別と合併症への注意が必要

「一般内科プロジェクト」の実態調査の結果を見ながら、初診の患者層と愁訴、必要な知識と技能についてお話したいと思います。

私は、横浜にある約200床規模の病院で一般内科医として約6年間働いた経歴があります。その病院は外科が中心でしたので、脳卒中や交通事故による外傷など他科の疾患を知ることができ、珍しい内科疾患を診ることもありました。総合内科専門医は、あらゆる内科疾患を診なければなりません。私は循環器専門の内科医ですが、そこで消化器系や呼吸器系の診療、高齢者の看取りまで行っていて、正直なところ葛藤がありました。実際、外来患者さんの3割は風邪、入院患者さんの2割は看取りでした。一般内科プロジェクトで明らかとなったようなデータがまだない時代でしたから、試行錯誤を繰り返していました。

さて、実態調査の結果についてですが、【資料1】で明らかのように、回答者の年齢層が30代と60代に二峰性のピークがありました。普通に考えれば高齢者のほうが多いはずですが、そういう人たちは“かかりつけ医”に向かうと考えられます。また、30代は人口が多い世代であることから、一般内科外来受診の層になっているようです。

回答者の55%の人たちに持病がある点も注目されます。高血圧、アレルギーが非常に多く、糖尿病、整形外科の病気、喘息、胃腸病、心臓病、精神科の病気がありました。また、47%の人が“かかりつけ医”があると回答していますが、

【資料1】結果(その1)

- 回答者の属性：
性別：男性 47% 女性 53%
年齢：15歳から96歳まで平均51.7±19.6歳
30代、60代に2峰性のピークがあった。
持病：2409名（55%）にあり
高血圧 27.8%、アレルギー 20.4%、糖尿病 13%、整形外科の病気9.8%、喘息、胃腸病、心臓病、精神科の病気であった。
かかりつけ医の有無：47%はかかりつけがあり

その内容はまだ分かっていません。

【資料2】は、調査結果に対してどのようなことが予測されるかを表したものです。まず、受診者は全年齢層におよんでおり、若年層は比較的機能性疾患が多く、高齢者層は器質性疾患が多いのではないかと考えられます。次に、症状の発現時期は約8割が急性期(1週間以内)、9割が1ヵ月以内でした。このことから、感染症や血栓凝固系、急性心筋梗塞、脳梗塞、出血など急性疾患の鑑別が必要となります。

受診時症状があり、我慢できないとか起きていられないという人もいました。このような患者さんには、適切な初期治療や入院適応を考えなければなりません。また、愁訴で多いのは呼吸器、消化器、全身症状でしたが、病名としては急性上気道炎、急性気管支炎、急性胃腸炎、急性全身性疾患が考えられます。さらに、半数に持病があったということは、慢性疾患の急性増悪や合併症、薬の相互作用を考えなければなりません。こういったことが、一般内科に必要な知識として導き出されたと思います。

一般内科医は海外の家庭医に相当する

【資料3】は、一般内科初診医のイメージを表したものです。最初は家庭医(かかりつけ医)でいいのかなと思っていましたが、学校医や産業医、地域活動はどうしたらいいのか、中小規模の病院では心電図や超音波、レントゲンなどの検査はできますが、CTやMRIの画像診断は誰がやるの

【資料2】結果(その2)

調査結果


- 全年齢層が受診
- 症状の発現時期は約8割が急性期(1週間以内)9割が1ヵ月以内であった。
- 受診時症状があり、我慢できなかったり、起きていられないものもいた。
- 愁訴で多いのは呼吸器、消化器、全身症状であった。
- 半数に持病があった。

予測されること

- 若年は機能性疾患、高齢は器質性疾患
- 急性疾患の鑑別(感染症、血栓凝固)
- 入院適応、初期治療
- 急性上気道炎、急性気管支炎、急性胃腸炎、急性全身性疾患
- 慢性疾患の急性増悪? 合併症? 薬の相互作用


【資料3】一般内科初診医とは

- 家庭医－（校医、産業医、地域活動）＋画像診断能力（超音波、CT、MRI）？
- 鑑別診断能力：年齢、性、基礎疾患や生活背景、症状の詳細（発症様式および増悪・寛解要因）および随伴症状を聴取して、診断仮説を絞り、身体所見と初期検査を加えることで診断を確定できるような知識と技能を身につけることである。（酒見 2001）

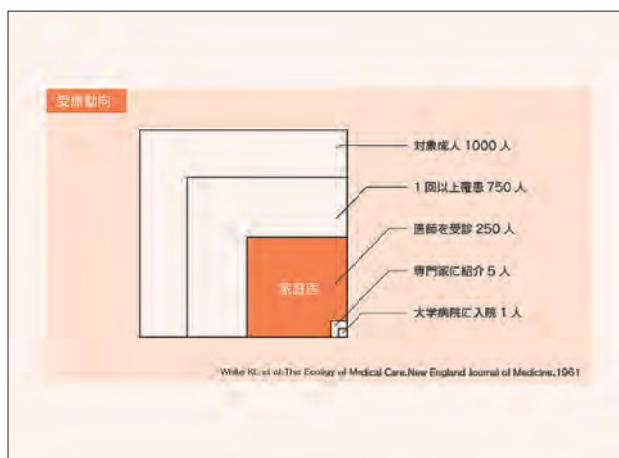


【資料6】あったらいいなと思う指標

- 入院適応指標：たとえば
 診断名×年齢×合併症（糖尿病2、悪性疾患2、COPD3、慢性心不全3、高血圧1.5、心気症1.5、うつ病1.5）×バイタルサイン×生きのよさ×支援のあるなし、本人の希望



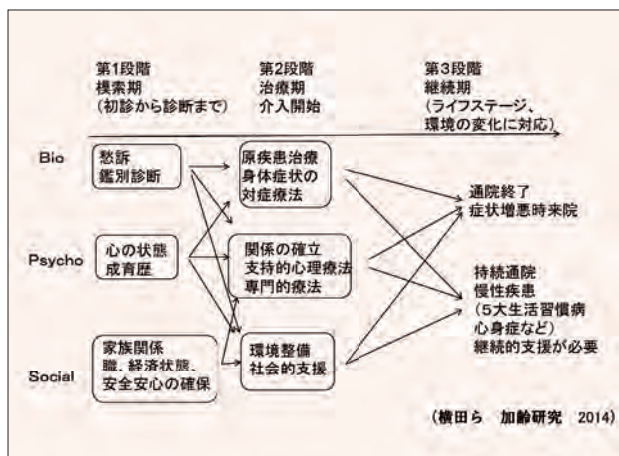
【資料4】日本人の病院好き？



【資料7】あったらいいなと思うシステム

- フィードバックシステム
- 今日解らなかったこと、迷ったことを討論出来たら。
- 今日の成果をお話する相手がいたら。
- 日記に書いておこう。
- E-ラーニング
- SNS、スカイプ等ITの活用

【資料5】女性医療の包括的アプローチ



か、といったことを考えるようになりました。また、鑑別診断能力とは【資料3】に示したようなことだと思いますが、これをどうやって学んでいくかということが今後の課題となります。

【資料4】は海外のデータですが、1年間に1,000人当たり何人が受診するかを示したものです。家庭医を受診するのは4人に1人の割合で、大学病院に入院するのはたった1人くらいです。この家庭医の役割を果たすのが診療所あるいは中小規模の病院で、これが一般内科医に相当する

という感じです。

家庭医ではBio、Psycho、Socialの各フェーズからのアプローチが考えられていますが、女性医療でも同じことがいえます【資料5】。そして、初診から診断までを第1段階、治療と介入期を第2段階、ライフステージや環境の変化に対応しながら支援していく継続期を第3段階と位置づけています。

女性外来は不定愁訴が多いのが特徴で、内科医としては鑑別診断のしかいがあります。診断が見つからない場合は、心の状態や成長歴などを聞いたり、家族関係や職場環境、経済状態などの社会的な問題まで聞いたりしながら診断をします。ですから、一般内科の初診外来では、第1段階の模索期での把握が重要なポイントだと思っています。

入院適応指標があれば診断に役立つ

【資料6】と【資料7】は、それぞれ「あったらいいなと思う指標」、「あったらいいなと思うシステム」について触れたものです。「あったらいいなと思う指標」は、入院適応指標です。診断名（主病名）が確定していて合併症があれば、その合併症を数値で表します。例えば、糖尿病や悪性疾患なら「2」、慢性閉塞性肺疾患（COPD）や慢性心不全なら「3」、

【資料8】外来対応できる慢性疾患

- 糖尿病
- 高血圧
- 気管支喘息
- 消化性潰瘍
- 慢性肝炎
- 甲状腺疾患
- 高尿酸血症
- 心身症
- うつ病
- 認知症
- 身体化症状
など

高血圧や心気症、うつ病は「1.5」というように数値を設定し、年齢にその数値を掛けます。さらに、バイタルサインや生きのよさ、支援の有無、本人の希望など、いろいろな要素を加味します。そのような入院適応指標をつくれないうものかと思っています。

「あったらいいなと思うシステム」は、フィードバックできるシステムです。e-ラーニングやSNS、SkypeなどのITを活用して討議したことや成果をフィードバックできるシステムを構築できるのではないかと考えています。

【資料8】は、外来で対応できる慢性疾患を示したものです。これらの中で多いのが糖尿病、高血圧、気管支喘息で、

【資料9】キーワード

- 急性疾患（感染症、血栓凝固）
- 感染症
- 一般内科初診と家庭医の違いは？
- 入院適応、初期治療
- 慢性疾患（生活習慣病、ストレス関連）
- 鑑別診断能力
- 病院受診傾向（何を求めている？）

最近アレルギー性疾患が増えてきています。

最後に、キーワードとしてまとめたのが【資料9】です。まず、急性疾患と感染症の把握はとても重要であるということ。そして、一般内科初診と家庭医の違いについては解答が出たように感じています。それから、入院適応や初期治療をどう判断するかも重要です。慢性疾患をどうやって診るか、鑑別診断能力をどのように養うか、さらに患者さんが何を求めているかという病院受診傾向を知ることも大切でしょう。こうしたことを踏まえ、一般内科医の復職支援システムをどのように構築していったらよいか、議論を進めていきたいと思っています。

一般内科データをどのように教育に活用するか

～地域病院、診療所、それぞれの立場から～

■ 座長

千葉県病院局 理事・千葉県循環器病センター 理事

平井 愛山

(司会)

女性医師再教育センター 一般内科プロジェクトチーフ

横田 仁子

■ シンポジスト

一般社団法人Sapporo Medical Academy 代表理事

岸田 直樹

川崎医療生活協同組合 あさお診療所 所長

西村 真紀

女性医師再教育センター研修修了生(東医療センター内科医)

小出 純子

プレゼンテーション

3ヵ月間の研修を経て現場に復帰

横田 最初に3人のシンポジストからプレゼンテーションをしていただき、その後、討論に移りたいと思います。まず、実際に女性医師再教育センターの復職プロジェクトで研修をされた小出先生からお願いします。

小出 長女を出産後、1年半のブランクを経て女子医大の女性医師再教育センターに登録申請し、平成26年3月から3ヵ月間、東京女子医大東医療センターの内科で研修を受け、そのまま6月から常勤として働いています。研修は外来の見学から始まり、予診をして上級医と相談しながら診察を見せていただき、病棟の患者さんの回診にも参加するという内容でした。6月からは研修で得た知識を踏まえ、実際に入院患者さんと外来患者さんに対応し、月に2～3回、救急当番(救急車への対応)も行っています。

勤務するようになって最初に苦労したのは、外来で患者さんを帰してもいいのか、入院させなければいけないのか、といった判断と、初期治療をどう行うかということでした。この点に関しては、すぐに相談できる上級医がいますので、相談しながら対応できるという環境にあります。入院患者さんに関しては、朝のカンファレンスで個々の入院患者さんの状況を自分たちが報告し、夕方には患者さんがどうなったかというフィードバックもありますので、しっかりサポートしていただいていると感じています。

出産して長いブランクがあっても、医師として働ける環境

が整備され、家族や職場のサポートもあって復帰できていることは、私にとって大きな幸せです。とても貴重な経験をさせていただいていると感謝しています。

風邪の症状に紛れ込んでいる重篤な疾患

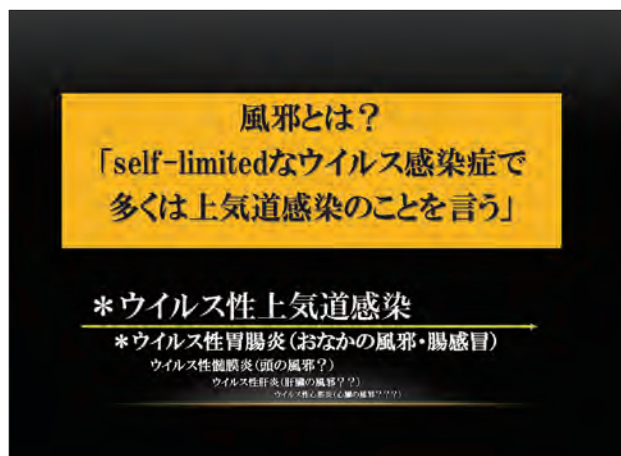
横田 次に、地域の病院においてどのように一般内科外来の指導をされているかという点について、岸田先生にお話しいただきたいと思います。

岸田 私は週に1回、研修医がいる病院の一般内科外来で指導していますが、一般内科外来はとてもインタレストィングであるということを伝えるとともに、それなりの頻度で重篤な疾患も見られるため、それをいかに見極め、主訴別にマネジメントしていくかということに重点を置いています。初診の患者さんがみえると、まず問診票だけで「何を考える

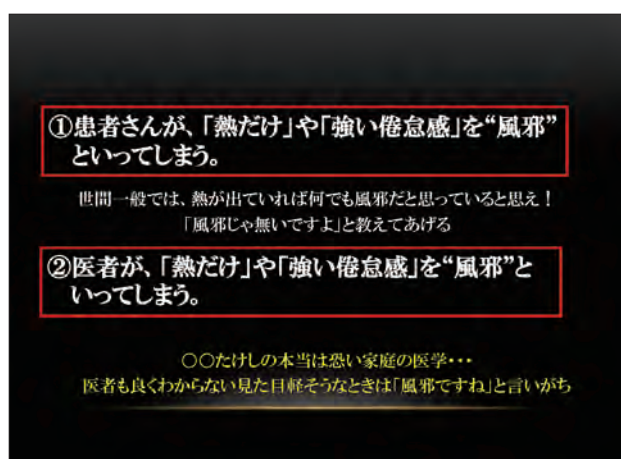
【資料1】一般内科外来の状況

- 一般内科初診外来
症状の出現から1か月以内の急性の呼吸器症状が4割
次いで全身の症状(発熱、倦怠感など)、消化器症状の方
症状がつかいか我慢できる程度の症状で来院
(多施設共同研究より)
- 転帰を追ってみると、死亡に至るケースもある(追跡調査より)
- 歩いてくる胸腹部および全身の急性疾患の鑑別と対症療法を含む初期治療および、対応が一般内科での研修の焦点になってゆく
- 風邪症状(咳、鼻汁、咽頭痛)、発熱、全身倦怠感などの主訴に紛れる重篤な疾患を見逃さない!

【資料2】風邪症候群とは？



【資料3】“風邪”という言い方のピットフォール



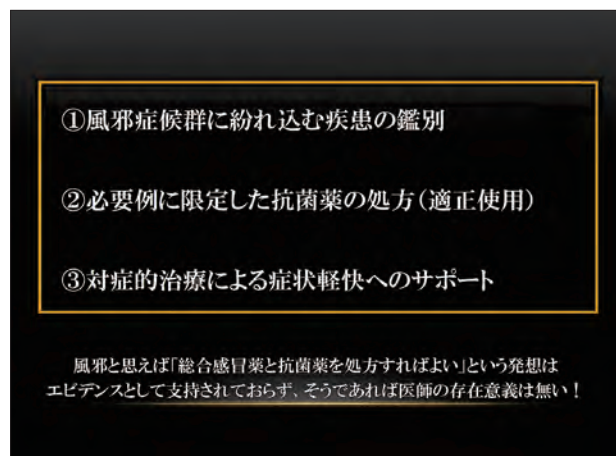
か」を研修医と10分前後ディスカッションします。そして、研修医に患者さんを診てもらってからまたディスカッションし、その結果をもとに私も一緒に患者さんを診るという形で指導しています。

【資料1】に示したように、一般内科外来は症状の出現から1ヵ月以内の急性の呼吸器症状が多く、その割合が4割を占めているのが現状です。次いで、発熱・倦怠感など全身の症状、消化器症状と続きます。重症度はそれほど強くはありませんが、死亡に至るケースもあります。特に、風邪の症状や発熱・倦怠感などの主訴に重篤な疾患が紛れ込んでいる場合がありますから、それを見逃さないことが重要です。

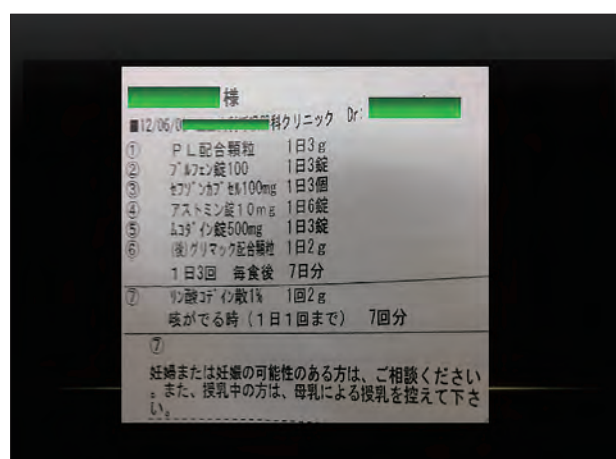
研修医に「風邪って何だろう?」と聞いても、きちんと答えられる人はいません。簡単なようで難しい。それだけにインタレストリングなのです。とはいえ、風邪には一応の定義があります【資料2】。「治療しなくてもいずれ症状が治まる性質のウイルス感染症で、多くは上気道感染のこと」とされています。

ただ、「いずれ症状が治まる性質のウイルス感染症」というと、いろいろなものが含まれてしまうため、この定義は極めて曖昧だといわざるをえません。そこで、風邪はウイルス性上

【資料4】風邪症候群に対する医師の役割



【資料5】患者さんがこの薬を本当に飲まないといけないか



気道感染のことだけを指すと、内科外来では教えています。実際に風邪の患者さんが来られたときは、症状を診たあとにホワイトボードを使って説明したりしています。

風邪の診断をめぐる衝撃の会話

【資料3】に示したように、患者さんは熱や倦怠感があると自分で勝手に「風邪だ」と思い込んでしまいがちです。医師も、熱しかない、倦怠感しかないといったような場合には、つい「風邪」といってしまう傾向があります。

医師の役割は【資料4】のように、風邪を診断するというよりも風邪症候群に紛れ込んでいる疾患を鑑別することにあります。また、抗菌薬の適正使用も重要であり、対症療法による症状軽快へのサポートも怠ってはなりません。「風邪と思ったら総合感冒薬と抗菌薬を処方すればよい」と発想するような医師にはなるなど研修医に伝えています。

【資料5】は、風邪というだけでこれほどたくさん薬が処方されるという一例です。これにどれだけ意味があり、効果があるのでしょうか。1人で内科外来をやっていると、患者さんのニーズに合わせてこのようになってしまいます。また、いったんこうした診療を学んでしまうと、薬を削るのはなかなか難

【資料6】典型的“風邪”型

以下の3症状が急性に、同時に、同程度存在している状態

- ① 鼻炎症状(くしゃみ、鼻汁、鼻詰まり)
- ② 咽頭炎症状(咽頭痛やイガイガ感)
- ③ 下気道(咳・喀痰の有無は問わない)症状

**3領域にわたる多彩性は
発熱の有無に関わらずウイルス感染の特徴**

【資料8】FOCUS探しアプローチ法

抗菌薬適応疾患(敗血症)を鑑別

＜熱以外に訴えの乏しい敗血症をきたす疾患＞

- (1)急性腎盂腎炎
- (2)急性前立腺炎
- (3)肝膿瘍、化膿性胆管炎
- (4)感染性心内膜炎
- (5)カテーテル関連血流感染
- (6)蜂窩織炎
- (7)肛門周囲膿瘍
- (8)歯髄炎
- (9)キャンピロバクター腸炎の初期
- (10)髄膜炎菌敗血症、サルモネラ、レプトスピラ、レジオネラ、ブルセラ

【資料7】局所臓器症状不明瞭・高熱のみ型

＜特徴＞

- ・突然の発熱を症状とする病型
- ・感染の病巣を示す局所症状(鼻汁、咽頭痛、咳、腹痛、下痢、激しい頭痛)を認めない群。
- *「悪寒・戦慄」「気分不良」「嘔気・嘔吐」「筋肉痛」は局所症状ではなく本病型の症状と解する。

＜高熱のみ型での鑑別疾患＞

- ①敗血症(特に菌血症まできている症例)
- ②ウイルス感染症(インフルエンザ)
- ③その他:リケッチアなど特殊な感染症
- ④非感染症(アレルギー、自己免疫疾患)

【資料9】実際にあった症例 やや長引く発熱+倦怠感

主訴)発熱、倦怠感
現病歴)
特に基礎疾患の無い20歳女性。10日くらい前から倦怠感あり。37℃後半の発熱認めたため近医受診し風邪といわれて風邪薬処方され帰宅。帰宅後も38℃前後の発熱を認め、倦怠感強いため受診。
気道症状なし。消化器症状は嘔気くらい。食事のにおいが気になり食欲が無い。熱があると頭痛がある。悪寒戦慄はなし。

身体所見)シックさはなし、T37.3℃、BP130/70、HR78bpm、RR16回/分
頭頸部)貧血・黄疸なし
咽頭発赤なし、頸部リンパ節触知されず
心・肺)異常音なし、腹部)腸蠕動音正常 圧痛なし

風邪(ウイルス性上気道感染)にしては何がおかしいか?

しいでしょうから、医師の気持ちもよく分かりますが、きちんとした指導体制が必要だと思います。

風邪の診療が適切にできていないケースとして、次のような例があります。先生が患者さんに、「風邪だと思いますが、抗生物質を飲みたいなら出します。どうしますか?」という、患者さんは「先生が必要だというなら出してください」と答えました。すると先生は、「うーん、どちらでもいいんです」と。

こうした“衝撃の会話”はたくさんあります。例えば、「風邪を引くと口の中の菌も増えるので、抗生物質を飲んでおいたほうがいいですよ」とか、「風邪に抗生物質は3日で効くので、3日たってもよくならなかつたら受診してください」というものです。いったい何の根拠があってこんなことを吹聴しているのでしょうか。やはりしっかりした教育が必要であるのはいうまでもありません。

風邪だと思ったら3症状をチェックせよ

私は風邪について、【資料6】に示した3症状が“急性に、同時に、どの程度”存在しているかを確認せよと研修医に聞いています。1つ目はくしゃみ・鼻水・鼻づまりの鼻炎症状、2つ目は咽頭痛やイガイガ感の咽頭炎症状、3つ目が下気道

症状による咳です。この3症状がウイルス感染の特徴であり、風邪だと思ったらまず3症状をチェックしなさいということです。

【資料7】のように「熱しかない」というケースもあるかと思いますが、外来ではこれが案外やっかいなテーマとなります。この場合には特に、敗血症を見逃さないよう指導しています。そのためのアプローチの方法が【資料8】です。この中に答えがあるはずなので、敗血症をきたす疾患を探せと聞いています。例えば、「脚に異常はありませんか」と患者さんにお聞きして診ると、案の定、赤い炎症があつて蜂窩織炎だったりします。こういう診療のコツを教えています。

微熱・倦怠感があつて急性の場合は、重篤な病気が紛れ込んでいる場合があります。【資料9】はその好例です。20代の女性が10日くらい前から倦怠感と発熱があり、近くの医院で受診し、風邪と診断されました。帰宅後も発熱・倦怠感が強いので別の病院で受診しましたが、やはり風邪として帰されました。気道症状はなく、消化器症状は嘔気くらいで食欲がないとのことでした。これは先の“3症状チェック”の1つも当てはまりません。ですから、風邪でないのは明らかで、実際には急性肝炎だったのです。

【資料10】実際にあった症例 かなり強い倦怠感+嘔気

26歳女性
主訴) 倦怠感、めまい、嘔気
現病歴)
1週間前から鼻汁・咽頭痛あり。数日でよくなったが、3日前から38度の発熱・倦怠感・嘔気認めため近医受診し感冒と言われ帰宅するも倦怠感・嘔気持続し食事もとられず改善無いため昨日も近医受診点滴を受け帰宅。本日も改善無いため点滴してもらも倦怠感著明なため家族とともに歩いて救急受診。

既往歴) なし 内服薬) NSAIDs、アレルギー) なし

初診時診断) 感冒

【資料11】微熱・倦怠感型(急性)

<<急性>>
・ウイルス感染症の軽症例が多い
・局所症状なく非常に強い「倦怠感」「食欲不振(食事の臭いが鼻につく)」を訴える場合、注意すべき疾患は
①急性肝炎
②急性心筋炎

かぜにしては38℃近い発熱が続き(3日以上)、局所症状無く下痢もないのに嘔気(嘔吐)続く食欲無い

かぜにしてはえらいだるい。心拍出量低下によるもの。時に完全房室ブロック、心タンポナーデ(心外膜心筋炎)を伴う。

【資料10】はもう1つの事例です。鼻水と咽頭痛があった26歳の女性は、それが数日でよくなったものの、その後、発熱・倦怠感・嘔気に見舞われたため近くの医院で受診し、風邪と診断されて帰宅しました。しかし、倦怠感と嘔気が持続して食事も摂れないため医院で点滴を受け、さらに病院で救急受診した結果、急性心筋炎であることが判明しました。

この2つの事例からも明らかのように、微熱・倦怠感型の症状には急性肝炎と急性心筋炎が紛れ込んでいる可能性があります。それを見抜くコツを【資料11】に示しました。38℃近い発熱で、局所症状はなく下痢もないのに嘔気が続くケースでは急性肝炎、風邪にしてはだるすぎるといったような場合は、完全房室ブロックや心タンポナーデ(心外膜心筋炎)が疑われるということです。

一般内科外来はこのように、風邪の診療ひとつをとってもものすごく奥が深く、医師としてやりがいのある分野だといえます。女性医師を対象としたこのような教育の場があればいいのではないかと思います。

初期研修医の外来研修プログラム

横田 ありがとうございます。次は、診療所ではどのよう

【資料12】家庭医療外来初診の特徴

- ・症状(主訴)あり 咳、発熱、咽頭痛
- ・健診・予防接種
- ・不定愁訴
ドクターショッピングで診断なし
- ・その他
女性医師希望
高齢者

【資料13】初期研修医 外来研修

- ・3ヶ月 週半日 病院の一般内科外来
- ・1ヶ月目 指導医の診療をみる
- ・2ヶ月目 研修医と指導医でみる
- ・3か月目 研修医が一人でみる

- ・一例毎にディスカッション

に教育されているかという点について、あさお診療所の西村先生にお話したいかと思います。

西村 あさお診療所は医師4人、看護師4人、事務員4人の小さな診療所で、医師のうち1人が後期研修医、もう1人が復職女性パート医で週3回外来を担当しています。家庭医療研修施設として、乳児から高齢者まで幅広く対応しています。

【資料12】は家庭医療外来初診の特徴を示したものです。初診者は大きく3つに分けられます。まず症状(主訴)がある人で、そのトップは咳、2位が発熱、3位が咽頭痛となっています。次に健診・予防接種に来られる人たちがいて、健診で病気を見つけ、慢性疾患の外来通院になる人もいます。3つ目が不定愁訴の人たちで、初診外来の中では診療に時間がかかる患者さんといえます。これらの中には、いわゆるドクターショッピングの果てに診断のついていない人もいますが、実は復職女性パートの先生がこうした人の対応を得意としています。そのほか、女性医師を希望される人や高齢者が多いのも特徴の一つです。高齢者は多臓器にわたる疾患を抱えているケースが多く、臓器別の主治医がいたりもしますが、そういう人たちの“かかりつけ医”としての役割も

【資料14】研修で重視していること

- A or notA
重篤な疾患のルールアウト
- 患者中心の医療の方法
今日来た理由に応えられたか
患者は納得したか
safety net: 起こりうること、次回の約束

果たしています。

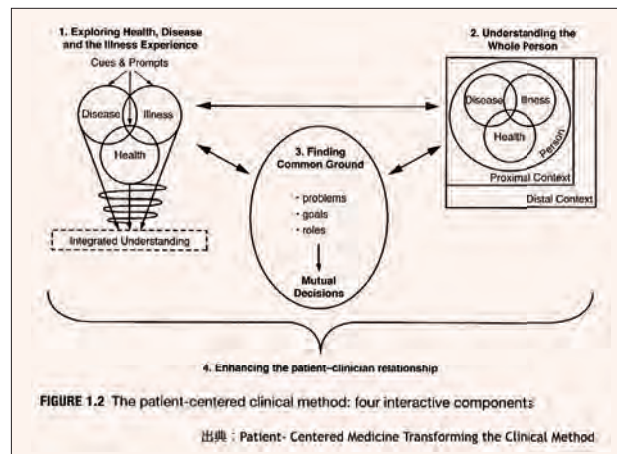
私は【資料13】のように、病院で初期研修医の外来指導をしています。一般内科外来で週1回(半日)、3ヵ月間にわたって研修を行うもので、最初の1ヵ月目は研修医が指導医である私の診療を見ながら、どこにポイントを置いて診ているか、患者さんに何を聞いているかなどを学んでもらいます。2ヵ月目には研修医と私の2人で患者さんを診ます。主に研修医が診療を行い、私は足りない部分の問診をしたり、身体所見を手伝ったりします。3ヵ月目になると研修医が1人で診療し、私はカーテンの外でその様子に耳を傾けるという形で指導しています。そして、1例ごとにディスカッションを行っています。

【患者中心の医療の方法】とは

【資料14】は、研修で重視していることを記したものです。「A or not A」とは、鑑別診断にはA、B、C、D、Eといういろいろあると思いますが、「A」なのか「Aではない」のかしっかり見極めなければならないということです。このまま患者さんを帰していいのか、重篤な疾患を見逃してはいないか、その判断が問われるわけです。また、「患者中心の医療の方法」で、患者さんが来られた理由に応えられたか、また納得していただけたか、という見極めも重要です。さらに、今後起こりうることや、次回の約束などについても理解していただく、つまりセーフティネットを提供することも大切です。

では、「患者中心の医療の方法」とはどのようなものなのでしょう。それを示したのが【資料15】です。まず患者さんのDisease(疾患)を見極め、どのようなIllness(病)で受診に来られたのか、疾患と病の両方を探ります。それから、Health(健康観)を探ることも大事で、予防医療などにも関わっていかねばなりません。診療所レベルでは、「風邪ですよ、さようなら」というわけにはいきません。その患者さんは、実は健診で高血圧と診断された人だったりして、再来を促

【資料15】患者中心の医療の方法



【資料16】Illness(病)

- Feelings 感情：つらい、怖い、不安
- Ideas 解釈：脳腫瘍？代々木で蚊。
- Function 影響：仕事、学校、家事
- Expectations 期待：薬、検査、

す必要があります。そういう人がたくさんいるわけです。

また、患者さんから「おじいちゃんの介護をされていて……」といった話が出たりすると、患者さんの周りの人も含めて患者背景を理解していかなければなりません。ですから、来られた患者さんだけを診るのではないということです。患者さんは咳や頭痛といった主訴を持って来られますが、その主訴には必ず物語があり、受診に来られた理由があるわけです。

どうしたら患者さんに納得してもらえるか

【資料16】は、Illness(病)について記したもので、Feeling(感情)、Ideas(解釈)、Function(影響)、Expectations(期待)の頭文字をとって「FIFE」と呼んでいるものです。ある患者さんが「つらい、不安である」と受診に来られました。「頭が痛くて脳腫瘍ではないか」と思ったからです。しかも、わざわざ仕事を休んで来ています。そして、心配なので「MRI検査をしてほしい」と。医師は、脳腫瘍ではないと診断してもそこに寄り添っていかないと、結局この患者さんは納得されないのでしょう。

納得というのは、【資料15】の「共通の理解基盤を見出す」

【主訴／受診の理由】
【FIFE】
【問題点】
【safety net】
【できたこと】
【感情】

という部分です。当該事例では、頭痛の原因が脳腫瘍ではなく、神経の調節不良によるものでした。患者さんは脳腫瘍が心配で来ているわけですから、そうではないということをしっかり説明し、できればMRIを撮らずに帰っていただくようにします。つまり、共通の理解によってゴールを見つめることが重要だということです。

これらをもとに作成したのが、【資料17】の外来研修チェックシートです。まず「主訴／受診の理由」では、何で受診に来たのかを書いてもらいます。前述の事例では、「頭痛」ではなく「脳腫瘍が心配だから」と書いてもらう必要があるということです。それから、「FIFE」を必ず聞くこと。「問題点」は、病名であったり健診で引っかかったりした部分を書いてもらいます。それから「safety net」をチェックし、「できたこと」を書いてもらうわけですが、これを見ると少しずつレベルアップしていくことが分かりますから、私はここを一番のカギとしています。

もう一つ大事にしているのが、研修医の「感情」です。「この患者さんは苦手だ」、「診断がうまくできなくて慌てた」、「FIFEを聞くのを忘れた」など何でもかまいません。感情が揺れ動いた経験は「学び」になるといわれていますので、この「感情」にも大きなポイントを置いています。

ディスカッション

まずは臨床現場で医者としての勘を取り戻す

平井 それではディスカッションに移ります。復職を目指している女性医師のみなさんに、どのような研修の場をつくっていったらいいのか、現状の課題と今後の方向性が少しでも見えてくればと考えています。そこでまず小出先生に、休職後、外来に出て患者さんと接したとき、どのような不安があったかお聞かせ願います。

小出 自分で診断したことを、自信を持って患者さんに説

明できるかどうか、一番不安に感じたところです。診断能力と自信がないと、それがなんとなく患者さんに伝わってしまうものですから……。

平井 休職期間中は診療の現場にいなかったわけですから、復帰して患者さんと1対1で話することに恐怖心みたいなものはありませんでしたか。

小出 子育て中は24時間、子どもと1対1だったわけですから、それが患者さんと1対1で接することになるわけですから、やはり不安を感じました。そこで、まずは医者としての勘を取り戻そうとしました。

平井 臨床の勘を取り戻すには、どのくらいの頻度で患者さんに接すればよいとお考えですか。

小出 少なくとも週1回は患者さんとふれあう機会があるのが望ましいと思います。ですから、週1回勤務から始めて徐々に勘を取り戻し、家庭や職場のサポートを得て週2回、週3回と増やしていけばよいでしょう。まずは、週1回の第一歩を踏み出すことです。

平井 西村先生は週に1回半日、初期研修医を対象に1ヵ月目、2ヵ月目、3ヵ月目とレベルを上げながら外来指導をされているわけですが、例えば2年間の休職期間がある人の場合、どの段階から研修を行うのが現実的でしょうか。

西村 1ヵ月目の「指導医(私)の診療をみる」ところは1~2回の研修で十分であり、実質的には2ヵ月目の「研修医と指導医でみる」というレベルから入っていけばよいと思っています。そこで、「この人は大丈夫」あるいは「もう少し一緒にみてあげたほうがよい」といった見極めをします。ほとんどの人が、現場は久しぶりであってもよく勉強されていますから、疾患を探る部分はほとんど問題ありません。それをどう患者さんに伝えるか、患者さんとどうやってコミュニケーションを取るかということですが、これも自信を持っていただいで大丈夫。ですから、2段階目の研修も多くの人が1ヵ月もかからず、あっという間に3ヵ月目のレベルの研修に入っていきます。

ティーチングの場は午後外来に設ける

平井 岸田先生は初期研修医を対象に一般内科外来を指導されているわけですが、彼らとどのような距離を取っていますか。

岸田 私は研修医に頑張ってもらいたいため、事前に受診者についてのディスカッションを行い、何かあったら呼びなさいと伝えて「とにかく診てこい」と突き放します。そういう形で結構こなしてもらっています。

平井 小出先生は、突き放されても大丈夫というようになるまで、ある程度時間がかかりましたか。

小出 私は週3回の研修を受けたあと常勤となり、1年経って外来診察も1人でやり、救急当番もこなしています。人によっては3ヵ月あるいは5ヵ月で対応できる人もいますが、やはり1人でも大丈夫といえるようになるまでは数ヵ月ぐらい必要ではないかと思います。

平井 復職支援に関しては国からの経済的なサポートがありません。その中で外来にティーチングの場を設けようとする、スペース的にもマンパワー的にもコスト負担がかかってくるのではないのでしょうか。この点について岩崎先生はどのようにとらえていますか。

岩崎 当院では午前中だけでなく午後も外来をやっており、午前担当の先生方に午後の初診外来をお願いするという形でティーチングの場を確保しています。ですから、コストはかかっていません。

平井 比較的、医師の手が空く午後外来であれば、そういった場の提供も可能ですね。

西村 初期研修医の一般内科外来研修も、午前中はバタバタしていますから実は午後外来で行っています。ただ、午後外来の場合、入院の適応があったり重篤な疾患が見つかったりしたときなどは大変です。とはいえ、ティーチングはやはり午後外来のほうがいいと思います。

医師の感情をチェックすることの意義

平井 施設ごとにマンパワーや外来の運用状況に合わせてティーチングの場をつくっていくということになるかと思いますが、では、コミュニケーションスキルという観点から、上級医や指導医だけでなく、看護師をはじめとするコメディカルからのフィードバックというのは、女性医師の復職支援においてどのような位置づけになるのでしょうか。

西村 あさお診療所では、毎日昼に15分間、その日に出勤した職員全員でカンファレンスを行っています。といっても大げさなものではなく、初診の患者さんや気になる患者さんについて意見交換するという場です。例えば、「あの患者さんは診察室に入っていったときと出てきたときの顔つきがすごく違っていた」といったようなフィードバックがあると、対応した研修医はすごく嬉しい気持ちになります。たった15分ですが、中身の濃い時間だといえます。それから、復職女性パート医が加わってから月に1回、1ヵ月を振り返る形でのカンファレンスも行っています。

平井 西村先生のチェックシートの「感情」というのは、非常に重要な評価項目だと思います。これまで役に立ったこととして、どんな例がありますか。

西村 「患者さんに対してキレそうになった」と書かれた例があります。そのときの感情を詳しく聞きましたが、実際にキ

れたこともあり、コメディカルの中でもそういうことが問題になっていたということです。本人が周りからどのように見られているか気づいていないこともありますから、そのように書いてもらおうと大いに役立ちますね。また、ネガティブなフィードバックばかりではなく、そうしたことを踏まえてどう成長していくかということ、ネクストステップという形で1ヵ月を振り返る場面で書いてもらっています。

コメディカルとのコミュニケーションが重要

平井 コメディカルからのフィードバックは、医学的な知識だけでなくチーム医療としてどうステップアップしていくかという意味からも、一般内科の復職プログラムで重要な要素だという印象がありますね。

岸田 私が初めて行く病院の一般内科外来でまずやることは、医師以外のメディカルスタッフ、特に看護師さんを味方につけることです。医師は忙しいので、いきなり相談したりするとコミュニケーション上、トラブルを引き起こしかねません。その点、看護師さんは医師や病院内のことに詳しく、困ったときにどの先生に相談したらよいかなど、適切なアドバイスをしてくれます。ですから、一般内科外来ではメディカルスタッフと親しくなることが重要であり、彼らに合わせて自分を変化していくとうまくいくのではないのでしょうか。

平井 そのようなアドバイスやこれまでの議論で出てきたシステムなどを整備していけば、女性医師の復職支援も一歩進んでいくようですね。

小出 コメディカルの看護師さんは患者さんのことをよくご存知ですし、医師の先生方についても精通されていますから、とても心強いです。女性医師の復職に向けてコメディカルの人たちとコミュニケーションを取ることは、チーム医療のうえからも大事なことではないかと思います。

平井 たいへん中身の濃いディスカッションができたのではないかと思います。女性医師の復職を実現するには、どのようなシステムを構築し、どのくらいの頻度で研修を行えばよいか、だいぶ見えてきたのではないのでしょうか。

横田 ありがとうございます。最後に、女性医師再教育センター副センター長を務めている東医療センター内科准教授の小川哲也先生に閉会を兼ねて挨拶をお願いします。

小川 女性医師が復職するにあたり、どこが問題で、どういった形で研修をするか、かなり明確になってきたのではないかと思います。私も一般内科外来に携わっていて、女性医師のみなさんに復職していただくことは、高齢化社会を支えていくうえからも非常に重要なことだと考えています。本日は長時間、ありがとうございました。

5. プロジェクトや初診外来主訴調査結果から見えてきたこと

平成27年3月1日(日)に「一般内科初診外来 ～どう学び、どう教えるか～」と題したシンポジウムを開催しました。これは、「2.多施設による初診外来主訴調査」で述べた調査結果を踏まえ、一般内科で復職するための知識や技術を学ぶ側と教える側に対して、どのようなことが必要なかを提示し、討論したシンポジウムです。

「女性医師キャリア支援モデル」として非常に重要なポイントがまとまっていますので、ぜひ皆様にご活用いただければ幸いです。

① 高齢化社会に求められる医療の多様化ー復職する女性医師への期待

女性医師再研修部門に研修を申請した女性医師は仕事に対するモチベーションは高いが、結婚や夫の就職で転居し、出身大学や家族の支援を得られず長期間離職する傾向があり、東京および近郊に住んでいる女性医師が多いことがわかりました。今後、高度医療機関は外来数を減らし、入院に重点を置き、地域の中小病院・診療所は主治医機能と外来機能に重点を置く方針です。外来通院の患者さんは中小病院・診療所に流れることが予想されますが、まだ教育機能が整っていないことが問題です。今後、都市部への人口流入が予想される中、初期研修を終えて離職した女性医師も、医師不足を解消するための大きな担い手であると考えられます。

② 一般内科外来における愁訴に関する多施設共同研究の解析と全体像

復職する女性医師が地域医療で活躍するために、中小病院・診療所で一般内科初診外来を担当するために必要な頻度の高い症候のデータベース作りを行いました。統一された共通の問診票で関東地方の規模の違う病院の内科外来で調査を行った結果、夏、冬ともに、病院の規模に関係なく頻度の高い愁訴は咳、発熱、咽頭症状、頭痛であり、半数を占めていました。この4つの愁訴に対応できれば外来診療の半数以上をこなせるということが予想される結果となりました。

③ 一般内科プロジェクトから見えてきたもの

一般内科プロジェクトの多施設共同研究において、症候に関するデータベースが作られました。一般内科外来の定義として、年齢、性別、臓器、症状を問わない成人内因性疾患の診断と治療を行い、症候からの鑑別診断能力が必要とされます。今回の調査でも、年齢は全年齢層、性別も問わず、症状も様々でしたが、急性感染性疾患、および急性疾患の鑑別が重要であることが見えてきました。

④ シンポジウムのパネルディスカッション内容

パネルディスカッションは、「一般内科データをどのように教育に活用するか～地域病院、診療所それぞれの立場から～」をテーマに行いました。

教える側(研修)

外来見学 ⇒ 予診をとり、指導医と一緒に診察 ⇒ 一人で外来を担当し、終了後フィードバック

★ ポイント ★

学ぶ側が「自立」するように段階的に

学ぶ側(復職希望者)

「何を学ぶか？」⇒ 頻度として多い「風邪」を極める
急性感染症、急性発熱性疾患、急性疾患を極める

★ ポイント ★

患者さん中心の医療 ⇒ 患者さんとのコミュニケーション法
ティーチングは方法と時間が重要
医師の感情もチェックする
パラメディカルとのコミュニケーションも大切

6. 今後の課題と展望

研修者側

★課題★

- ①新臨床研修制度前に各科ストレート研修を行った人は、どの程度研修できているかわからない
- ②研修病院側で臨床能力が判定できない
- ③離職により臨床の勘が鈍っているため、自信を持つことができない

★解決策★

- ①スキルチェックリストを入力してもらい、受け持ち症例数を提出してもらい、自分の臨床能力を再認識して研修内容を検討してもらい
- ②いきなりの研修ではなく、(お互いにとっての)お試し期間を設ける
- ③研修前にカウンセリングを行い、研修者ができること、できていることを発見する

研修病院側

★課題★

臨床研修病院ではないため、教育を受けた指導医がいない、また新臨床研修制度で医師不足に陥っているため、教育する時間がない。

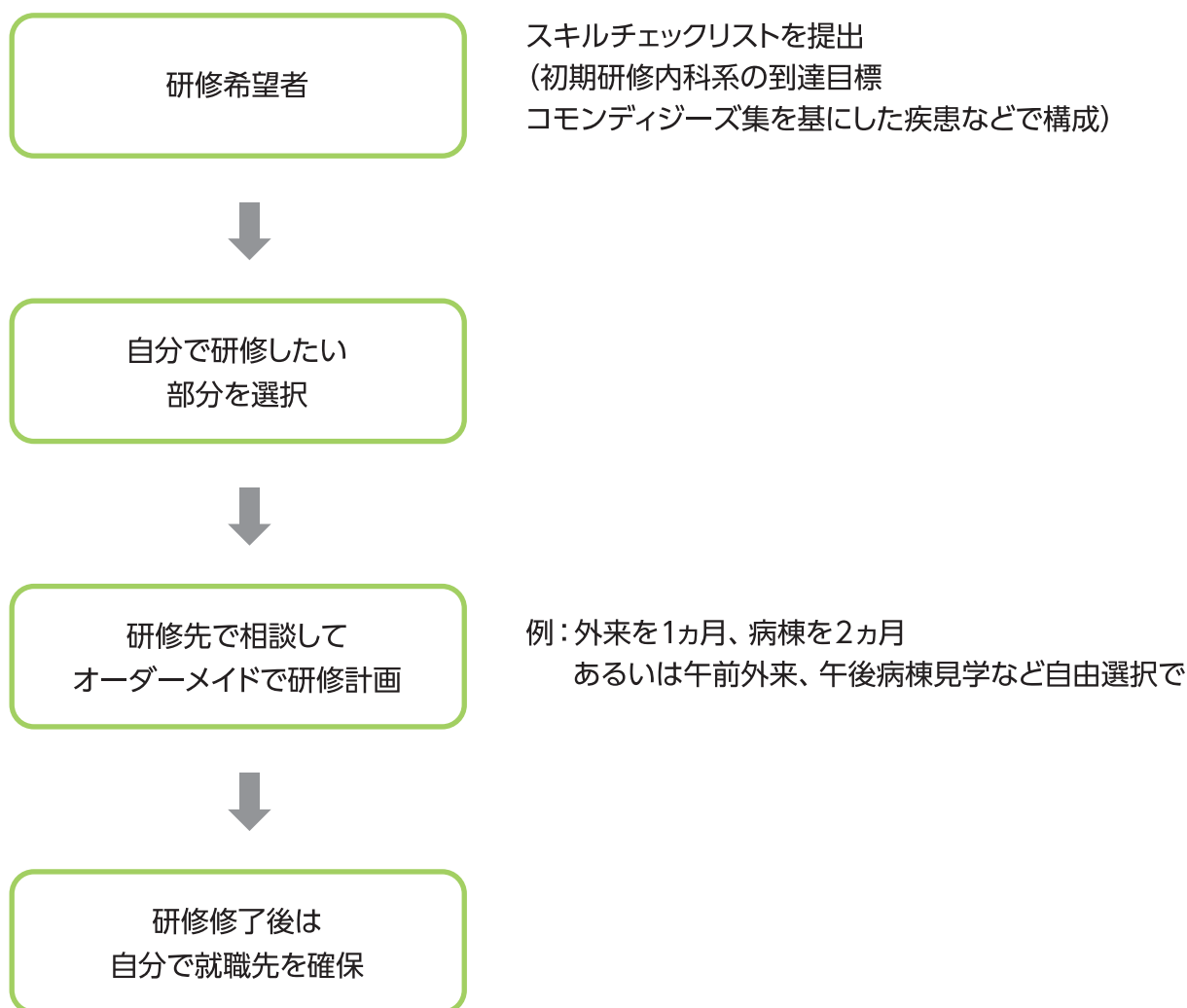
★解決策★

- ▶わかりやすい研修カリキュラムの作成
- ▶研修先を研修指導医のいる病院、あるいは地域医療カリキュラムに参加している診療所(新臨床研修ではプライマリケア医育成も目標にしている)にする

『多施設による初診外来主訴調査』により、「コモンディジーズを学び、慣れること」、「症候の鑑別診断と初期対応（咳、発熱、咽頭症状、頭痛から）」、「サポート体制の充実」、「重症例を経験する」ことが重要であることが浮き彫りとなりました。

また、復職する女性医師が一般内科外来を担当するには、「メンター（キャリアカウンセリングも含む）」、「教育コーディネーター（研修先の選択）」、「研修病院の確保と指導医」、「就職先の確保（中小病院・診療所）」が必要になります。

本学では、現在モデルケースとして東京女子医科大学東医療センター（400床規模）の内科で一般内科研修を実施しています。



大都市では、出身大学のある地域から離れて勤務している女性医師も多く、出身大学から復職支援のサポートを得ることは難しい場合も多いようです。そのため、出身大学を問わない公的な「(仮)女性医師キャリア支援センター」を作り、相談受付やキャリアカウンセリング、研修先の確保とコーディネート、就職先の紹介などの役割を連携して行うか、包括して行うことが望ましいと考えられます。

【7】東京女子医科大学における環境整備

【7】東京女子医科大学における環境整備

東京女子医科大学では、女性医師・研究者が働き続けることができるように、様々な環境整備に取り組んでいます。

1. 職場の理解

① 所属長意識改革

働きやすい環境整備や公平感の醸成には、所属長の意識改革が重要です。そこで、女性リーダーを育成することが所属長の職務であることを認識し、女性研究者のキャリア形成支援を所属長が積極的に行えるように、大学および大学病院の所属長向け研修プログラムの開発を進めています。

② 教員評価制度見直し

職場内での公平感の醸成には、導入の趣旨・目的が明確な評価制度が求められます。特に教員評価制度は「評価」という名称から抵抗感を抱かせることも多く、有効に機能させるのが難しいのが現状です。そこで、教授職をはじめとする管理職全体の能力や組織風土の醸成を目指し、女性の上位職登用への積極性を含むダイバーシティの考え方を組み入れた、本学の教員として望まれる人材像の検討や、これに近づくための能力要素を整理したスキルチェックリストの作成を進めています。

※①、②はいずれも、平成28年度文部科学省「ダイバーシティ研究環境実現イニシアティブ(特色型)」の取り組みとして実施しています。

2. 相談窓口

① キャリアカウンセリング窓口

女性医療人キャリア形成センターに設置されている「彌生塾」では、女性医師のキャリアカウンセリングを行っています。彌生塾は、本学創設者の吉岡彌生先生の精神を受け継ぎ、社会のリーダーとしてより良い社会を作るために活動することを目指す女性医療人のための塾です。

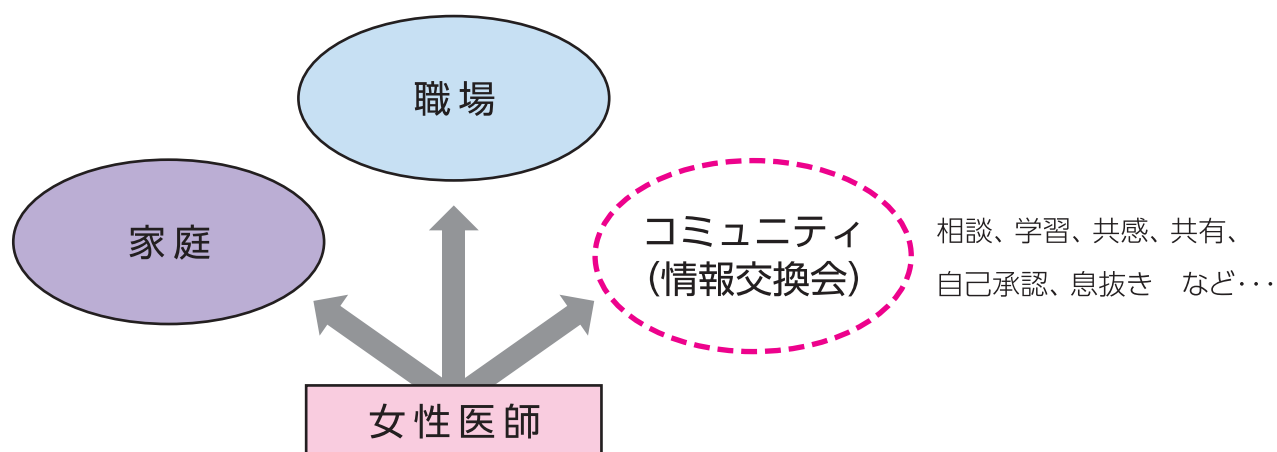
キャリアカウンセリングや面談では、今後のキャリア形成や上位職に向けて、具体的に何が必要か等のアドバイスをを行い、女性医師同士の交流会「サロン」も定期的に開催しています。

② 復職相談窓口

本報告書に掲載のとおり、女性医師再研修部門では相談者の卒業大学、お住まいの地域等を問わず、復職に関する相談を受け付けています。

★「コミュニティ」の重要性★

復職を目指す女性医師にとって、職場や家庭とは異なるもうひとつの「気軽に相談できる場所=コミュニティ」を持つことは非常に重要です。



このようなコミュニティでは参加者同士の悩みや解決法が共有され、自身の経験がまた別の女性医師の参考になるという循環が生まれることにより、相互に励みや学びが得られる貴重な場となります。

女性医師再研修部門では、面談の中でコミュニティとのつながりが望ましいと判断した相談者に対して、復帰過程にある医師のための勉強会「カトレア外来塾(※)」をご紹介します。

※カトレア外来塾

症候別の鑑別診断や症例の振り返り、悩み相談、近況報告などを10～15名で月に1回ペースで開催しており、すでに計50回開催されています。学外に勤務する本学卒業生が運営スタッフになっています。

3. 診療体制サポート

女性医師の勤務環境改善

事務作業などにより医師の業務が煩雑になると、診療や研究業務に支障が出る場合があります。事務作業は、医局事務員がサポートしますが、その医局事務員が業務多忙のためにサポートが困難になっている場合があります。

そこで、事務作業のスリム化による医師や研究者および事務員の業務負担の軽減と、快適な医局作りによる診療・研究等の作業効率向上によるワークライフバランスの向上のため、医局における「事務作業の見直しと効率化」および「医局スペースの有効活用の方法の提案」を進め、具体的な改善検討を行っています。

※平成28年度文部科学省「ダイバーシティ研究環境実現イニシアティブ(特色型)」の取り組みとして実施しています。

4. 勤務体制サポート

短時間勤務制度

多様な短時間勤務制度で、子育てやキャリア形成をサポートしています。

■ 女性医師支援

	★ 臨床系教員の短時間勤務		★ 医療練士研修生の短時間勤務	女性臨床医師支援の短時間勤務
	定員内	定員外		
年 度	2008～	2011～	2011～	2011～
対 象	助教以上		医療練士研修生	准講師以上または 卒後10年以上
勤務条件	週5日 36時間 週4日 32時間 週4日 28時間 宿日直 月1回 外勤 週4時間以内		週5日 36時間	週5日 36時間 週4日 32時間 週4日 28時間 週3日 28時間 宿日直 月2回まで 外勤 週1日以内
給 与	基準内賃金の 8割 7割 6割 社保あり		基準内賃金の 8割 社保あり	基準内賃金の 8割 7割 6割 社保あり
原 資	教室・診療科・施設		教室・診療科・施設	宮原敏基金

★男性も取得可

■ 女性研究者支援

	女性医師・研究者の育成支援	佐竹高子女性医学研究者研究奨励金
年 度	2009～	2011～
対 象	助教以上	助教以上
勤務条件	週30時間	週30時間
給 与	月額制 195,000円 社保あり	月額制 195,000円 社保あり
原 資	女性医師・研究者支援基金	佐竹高子医学研究基金

5. 保育環境

① 院内保育所

昼間・延長・夜間・休日・病児保育を行っています。昼間・延長・夜間・休日保育は生後8週から小学校就学まで、病児保育は生後3ヵ月から小学校3年生までのお子様を利用できます。また、搾乳室も保育所内に設置しています。

■ 女子医大附属保育所



	昼間保育	延長保育
対象	2ヵ月～就学前の待機児	2ヵ月～就学前
時間	7:30～18:30	18:30～20:00
料金	200円/時 2年目以降300円	300円/時 2年目以降350円

	夜間保育	休日保育	病児保育
対象	2ヵ月～就学前	2ヵ月～就学前	2ヵ月～3年生
時間	20:00～7:30	7:30～18:30	8:00～18:00
料金	400円/時	300円/時 2年目以降350円	500円/時

② 女子医大・東京医大ファミリーサポート

医療従事者の勤務環境整備のために、学内にファミリーサポートシステムを構築し、地域の方を中心とするファミリーサポーター(提供会員)を募集し、本学医療従事者(依頼会員)の子どもたちの急病時や放課後の保育など細やかな支援をしていただくことにより、勤務を中断せずにする体制を整えるために設立されました。

平成26年からは、同じ新宿区にある東京医科大学と連携してファミリーサポートを運営しています。

■ 女子医大・東京医大ファミリーサポート



	一時預かり保育	病児保育	お泊まり保育
場所	依頼会員の自宅 提供会員の自宅	依頼会員の自宅	提供会員の自宅
対象	生後おおむね2ヵ月～ 15歳	1歳～6年生	1年生～6年生
時間	7:00～22:00	8:30～18:00 土・日・祝日はなし	19:00～7:00
料金	800円/時 19:00以降900円/時 (兄弟の2人目以降は半額)	基本1,000円/時	1泊18,000円 (兄弟の2人目以降は半額)

③ ベビーシッター割引券

公益社団法人全国保育サービス協会が事業主等と連携して、事業主等に雇用される労働者がベビーシッター派遣サービスを利用した場合に、その労働者が支払う利用料金の一部または全部を助成する事業です。

本学は、割引券使用事業主として承認されています。厚生年金加入者が利用することができ、小学校3年生までのお子様を対象として、就労中、1日1枚まで2,200円の割引券を利用できます。

6. 復職支援

① e-ラーニング

女性医療人キャリア形成センターでは、「教育・学習支援プログラム(e-ラーニング)」を実施しています。

知識のアップデートのために!

教育・学修支援プログラム
e-ラーニング

東京女子医科大学

自分のキャリアを考えるための知識

臨床に必要な基礎知識

臨床に必要な実践的な知識

講義数	約110講義
登録者数	約5,200名(平成29年1月現在)
対象者	医療従事者であればどなたでも視聴いただけます
特長	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 登録、視聴はすべて無料です ▶ 子育て中でも見やすいように1講義は約20分、講義の途中で停止しても、続きから再生可能です

【講義例：キャリアに関する項目/女性医師の多様なキャリア形成や働き方を提案】

女性医師再教育センターで学んだ 女性医師の経験2

- 女性医師再教育センターの取り組みと実績
- 研修に申請した背景
- 研修の内容紹介
- 研修を受けて感じたこと
- 研修への申請を考えている方々へのメッセージ

医師の子育て ～先輩医師からのアドバイス～

- 第1章 仕事と子育て～3歳児神話への挑戦?～
- 第2章 子育ての質とは:発達心理学が教えてくれること
- 第3章 保育園の利用
- 第4章 学童期以後の子育て
- 第5章 まとめと子育ての先輩としてのアドバイス

女性医師の復職の際の一般内科 ～外来のミニマムポイント～

- 第1章 一般内科外来の特徴
- 第2章 症状・症候別のアプローチの必要性
- 第3章 一般内科外来に際しての学習方法
- 第4章 まとめ

【講義例：臨床に必要な基本項目/診療科を問わずに知っておきたい情報】

救急蘇生1 BLSとAED

- 第1章 あなたならどうする?
- 第2章 BLSとは?
- 第3章 救命の連鎖とBLSの手順
- 第4章 AEDってどんなもの?
- 第5章 BLSの実際
- 第6章 まとめ

成人 こんな時あなたならどうする? 外来で遭遇する緊急疾患の診断1

- 第1章 外来で遭遇する緊急疾患の診断
- 第2章 症例1:心窩部痛
- 第3章 症例2:嘔気・嘔吐・倦怠感
- 第4章 症例3:首の痛み

画像診断4 胸部X線単純撮影の読影法

- 第1章 標準的観察法
- 第2章 診断のための重要な所見

【講義例：臨床に必要な実践項目/治療、疾患に特化した情報】

検尿異常から何を考えるか?

- 第1章 尿は語る(血尿、尿蛋白)
- 第2章 腎機能
- 第3章 症例示(Case1)
- 第4章 症例示(Case2)

主訴から診る腹痛の診断

- 第1章 腹痛とは
- 第2章 症例1右下腹部痛
- 第3章 症例2右季肋部痛

糖尿病6 Case Study

- 第1章 Case Study1 ~50歳男性~
- 第2章 Case Study2 ~64歳女性~
- 第3章 まとめ

(e-ラーニング受講者の感想)

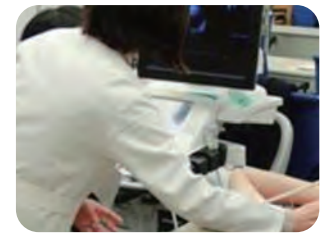
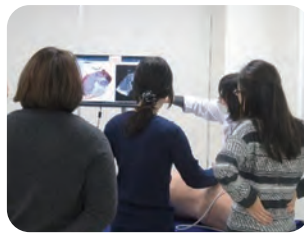
- 実践的な内容で、実際の外来でのやり取りを思い出しました。(医師／女性／休職中)
- 不安を抱えながらも一歩踏み出したところでしたが、講義を拝見して少し具体的に見えてきました。(医師／女性／休職中)
- 講義を拝見し、子育てだけでなく、仕事の充実感も感じたいと思いました。(医師／女性／非常勤)
- 知らない知識が満足に得られ、とてもよかったです。(医師／男性／在職中)
- 最低限必要なことがコンパクトにまとまっていて、よかったです。(医師／男性／在職中)
- 薬局に来られるお客様の初期診断に役立てたいです。(薬剤師／女性／在職中)
- キャリアを応援してくれる内容で、勇気づけられました。(医学生／女性)

② ハンズオン実習

女性医師再研修部門では、復職やキャリアアップを目指す女性医師を対象に「ハンズオン実習」を定期的で開催しています。本学の「スキルラボ」を利用し、様々なシミュレータも使いながら、ベテランの指導医が講義や実習を行います。

(実習例)

・上部消化管内視鏡、腹部エコー ・フィジカルアセスメント ・認知症 ・救命救急 ・頸動脈エコー ・採血 など



公式Facebookページ

女性医師再研修部門では、Facebookを利用して様々な情報発信やFacebook専用コンテンツの配信を行っています。

1. 東京女子医科大学における女性医師復職支援活動の更なる普及

公式Facebookページ「東京女子医科大学女性医療人キャリア形成センター女性医師再研修部門」では、本学による女性医師復職支援活動(相談窓口、実地研修、e-ラーニングなど)に関する様々な情報を発信しています。一般をはじめ医療従事者に広く知っていただくことで、支援を必要とされている一人でも多くの方々に情報を届けています。

2. 女性医師再研修部門バーチャル同窓会(非公式ページ)

女性医師再研修部門に相談をされた方やe-ラーニングの講師をされた先生方など、関係者のみの非公開ページです。Facebookというインターネット上のバーチャルな環境で運営し、女性医師同士の情報交換の場としてご活用いただいています。さらに、ここでしか見ることのできない医学生による女性医師へのインタビュー動画なども公開しています。



東京女子医科大学／日本赤十字社／済生会／メディカル・プリンシプル社共同
「女性医師 再教育－復職プロジェクト」主催

女性医師 働き続けられる 病院システムを求めて

日時：2009年3月20日（金・春分の日） 13:00～16:00
場所：東京女子医科大学 総合外来センター5階 大会議室

開会挨拶 宮崎俊一氏（東京女子医科大学 学長）

活動報告 再教育センターの歩みと今後

川上順子氏（東京女子医科大学第一生理学主任教授・女性医師再教育センター副センター長）

病院取組紹介

女性医師復職への当院の取り組み 富田博樹氏（武蔵野赤十字病院 院長）
満足度の高い職員は病院の財産 里見裕之氏（福井県済生会病院 産婦人科医長）
女性医師が元気になる病院を目指して 岩崎滋樹氏（聖隷横浜病院 院長）

パネル討論「医師の働きやすい病院システムとは？」

パネリスト：富田博樹氏（武蔵野赤十字病院 院長）
里見裕之氏（福井県済生会病院 産婦人科医長）
岩崎滋樹氏（聖隷横浜病院 院長）
大澤真木子氏（東京女子医科大学小児科学主任教授・女性医師再教育センター センター長）

閉会挨拶 大澤真木子氏（東京女子医科大学小児科学主任教授・女性医師再教育センターセンター長）

※シンポジウム終了後、希望者の方を対象に再研修－復職の為の個別相談を行います。

★託児：ご希望の方は2月25日（水）までに
ご連絡ください（無料・先着順）

★参加申込は・・・
女性医師再教育センター ホームページから！
(<http://www.twmu.ac.jp/CECWD/index.html>)

連絡先：東京女子医科大学女性医師再教育センター
TEL:03-3353-8112(内線22103) FAX:03-5269-6653
E-mail:saikyoku@ofc.twmu.ac.jp

文部科学省
「社会人の学び直しニーズ対応教育推進プログラム」委託事業



東京女子医科大学 男女共同参画推進局 女性医師再教育センター主催

復職のための一般内科外来 ～研修すべきミニマム要件～

参加費無料

日時:2010年1月30日(土) 11:00～17:30

場所:東京女子医科大学 総合外来センター5階会議室

ハンズオン実習とシンポジウムが合体!
復職の勇氣とあなたの潜在能力を活性化します!

【東京女子医科大学/日本赤十字社/済生会/メディカル・プリンシプル社「女性医師 再教育-復職プロジェクト」】

<第一部>

11:00 開会挨拶 中村真一先生(女性医師再教育センター副センター長、東京女子医科大学消化器内視鏡科准教授)

11:10 ハンズオン実習

<消化器内視鏡> 少人数グループで最新の内視鏡を体験～まずは触れてみよう～

<頸動脈エコー> ガイドラインに基づく初心者のための頸動脈エコー実技指導

<救命救急> 正しい一次救命処置(BLS)～患者の急変 どう対応する!??～

13:40 閉会挨拶 片井みゆき先生

(女性医師再教育センター副センター長、東京女子医科大学東医療センター日暮里クリニック准教授)

<第二部>

14:40 開会挨拶 宮崎俊一先生(東京女子医科大学学長、男女共同参画推進局 局長)

14:50 シンポジウム「復職のための一般内科外来」

パネリスト: 宮尾益理子先生(関東中央病院 代謝内分泌科)

小西竜太先生(関東労災病院 総合内科 医療情報部)

竹並麗先生(北本共済病院 院長)

平井愛山先生(千葉県立東金病院 院長)

16:30 パネルディスカッション

17:30 閉会挨拶 川上順子先生

(女性医師再教育センターセンター長、東京女子医科大学第一生理学教室主任教授)

17:40 (希望者のみ) 「再研修-復職」のための個別相談会



協力:オリンパスメディカルシステムズ株式会社

★ハンズオン実習のみ、シンポジウムのみ参加も可能です。

★託児:ご希望の方はご連絡ください(無料・先着順)。

★参加申込は・・・

女性医師再教育センター ホームページから!

(<http://www.twmu.ac.jp/CECWD/index.html>)



連絡先:東京女子医科大学女性医師再教育センター
TEL:03-5369-8685(直通) FAX:03-5369-8687
E-mail:saikyouiku@ofc.twmu.ac.jp



文部科学省
「社会人の学び直しニーズ対応教育推進プログラム」委託事業



東京女子医科大学 男女共同参画推進局 女性医師再教育センター主催



同窓会&講演会

「地域医療と女性医師」



日時：2011年1月15日（土） 11：00～16：00

場所：東京女子医科大学 総合外来センター5階 会議室

【東京女子医科大学／日本赤十字社／済生会／メディカル・プリンシプル社「女性医師 再教育一復職プロジェクト」】

* 第一部 同窓会 *

- 11：00～11：10 開会挨拶
東京女子医科大学 小児科主任教授
男女共同参画推進局 副局長 大澤真木子先生
- 11：10～11：30 女性医師再教育センター取組報告
東京女子医科大学 第一生理学教室主任教授
女性医師再教育センター センター長 川上順子先生
- 11：30～13：30 懇親会

* 第二部 講演会「地域医療と女性医師」 *

- 14：00～14：10 開会挨拶
東京女子医科大学 学長 宮崎俊一先生
- 14：10～14：30 聖隷横浜病院 病院長 岩崎滋樹先生
- 14：30～14：50 時計台記念病院 女性総合診療センター
センター長 藤井美穂先生
- 14：50～15：10 千葉県立東金病院 病院長 平井愛山先生
- 15：20～15：40 パネルディスカッション
- 15：40～15：50 閉会挨拶
東京女子医科大学 第一生理学教室主任教授
女性医師再教育センター センター長 川上順子先生



* 参加費は無料となっております。女性医師再教育センターホームページからお申し込み下さい。

* 無料の託児施設もご用意しております。先着順となりますので必ずご連絡下さい。

お申し込みは、女性医師再教育センター ホームページから！

東京女子医科大学 男女共同参画推進局 女性医師再教育センター
TEL：03-5369-8685（直通） FAX：03-5369-8687
E-mail：saikyoiuku@ofc.twmu.ac.jp
URL：http://www.twmu.ac.jp/CECWD/index.html



文部科学省「社会人の学び直しニーズ対応教育推進プログラム」委託事業

文部科学省 MINISTRY OF EDUCATION, CULTURE, SPORTS, SCIENCE AND TECHNOLOGY



東京女子医科大学 男女共同参画推進局 女性医師再教育センター主催

～ シンポジウム&参加型ケースカンファレンス ～

地域病院臨床データに基づく 一般内科外来復職カリキュラム

日時:2013年1月20日(日) 12:45～17:00

場所:東京女子医科大学 総合外来センター5階 大会議室

参加費:無料。託児ご希望の方はご連絡ください。(無料/先着順)

対象:性別、職種を問わず、どなたでもご参加いただけます。

復職を目指す女性医師をはじめ、男性医師にも地域病院の一般内科外来は大きなニーズがあります。首都圏近郊の複数の地域病院との協働プロジェクトにより、一般内科の新患外来の主訴と診断名をデータベース化し、地域医療に早期に貢献できる学習プライオリティーが判明しましたので、シンポジウムでご紹介いたします。

プログラム

12:45-12:50 【開会挨拶】本学 副学長/小児科 主任教授 大澤 真木子 先生

12:50-13:20 【女性医師の活躍と地域医療】

自治医科大学 地域医療学センター センター長 梶井 英治 先生

<第一部 シンポジウム>

～ 地域病院臨床データに基づく一般内科外来復職カリキュラム～

13:20-13:30 【取り組みの趣旨】女性医師再教育センター センター長

本学 第一生理学 主任教授 川上 順子 先生

13:30-13:50 【地域病院臨床データの概要】聖隷横浜病院 院長 岩崎 滋樹 先生

13:50-14:00 休憩

14:00-14:50 パネルディスカッション「一般内科外来カリキュラム作成に向けて」

座長:千葉県立東金病院 院長 平井 愛山 先生

14:50-15:00 シンポジウムメッセージ

15:00-15:10 コーヒーブレイク

<第二部 一般内科外来参加型ケースカンファレンス>

～ 地域病院で最も多い主訴「咳」から学ぶ～

15:10-15:20 講師紹介

15:20-16:50 講師:飯塚病院 総合診療科 医長 吉野 俊平 先生

16:50-17:00 【閉会挨拶】女性医師再教育センター 副センター長、

本学 東医療センター 日暮里クリニック

性差医療部 部長 片井 みゆき 先生

17:00-18:30 【懇親会】自由参加

シンポジウム詳細とお申し込み方法は、裏面をご覧ください！

★女性医師再教育センター事務局★ [TEL] 03-5369-8685(直通)

～シンポジウムメッセージ～

女性医師の離職原因である出産・子育ては、長期にわたり、女性医師の復帰を困難とする大きな要因です。育児中でも無理なく勤務ができ、しかも地域医療に貢献できるような働き方ができないか、センターでは検討を重ねてきました。その選択肢の一つに日勤帯の外来勤務があるのではないかと考えます。

しかし、外来勤務を受け入れる病院の多くは、中規模以下の地域病院であり専門性の範囲に留まらず広範囲な外来診療能力が求められます。

女性医師にとって地域病院の一般内科外来は大きなニーズがありますが、対応する研修カリキュラムも、自己研鑽の判断材料もない状況です。今般、首都圏近郊の複数の地域病院との協働プロジェクトにより、一般内科の新患外来の主訴と診断名をデータベース化することができ、地域医療に早期に貢献できる学習プライオリティーが判明しました。

本シンポジウムでは、女性医師の復職を支援するカリキュラム組成の方向性を含め、当データベースが切り開く社会貢献の展望を探って参ります。

(女性医師再教育センター センター長 川上 順子)

お申し込み方法

女性医師再教育センターホームページの申込フォームから、
もしくは直接お電話でお申し込みください♪

**女性医師だけでなく、地域医療に興味のある方、
一般内科医としての再出発を考えておられる男性医師も歓迎致します。**

ケースカンファレンスの参加希望も同時に受け付けます！
ご不明な点などございましたら、お気軽にお問い合わせください♪

★女性医師再教育センター事務局★

[URL] <http://www.fwmu.ac.jp/CECWD/index.html>

[TEL] 03-5369-8685(直通) **[FAX]** 03-5369-8687

[Mail] saiyouiku.bm@fwmu.ac.jp





東京女子医科大学 男女共同参画推進局 女性医師再教育センター主催

メディカルインタビューのフラッシュアップ

～自分に合った患者コミュニケーションスキルを見つけよう!～

日時:2014年2月2日(日) 13:00～16:30

場所:東京女子医科大学 総合外来センター5階 大会議室

参加費:無料。託見ご希望の方はご連絡ください。(無料/先着順)

対象:性別、職種を問わず、どなたでもご参加いただけます。

共通のひとりの患者に対して、
多様なバックグラウンドを持つ
医師が、メディカルインタビュー



どのような
コミュニケーションスキルで?
模擬患者と一緒に、実演&解説を行います。

プログラム

- | | |
|-------------|--|
| 12:30- | 受付開始 |
| 13:00-13:05 | 【開会挨拶】東京女子医科大学 学長 笠貫 宏 先生 |
| 13:05-13:50 | 【メディカルインタビュー①】
手稲深仁会病院 総合内科・感染症科 医長 岸田 直樹 先生 |
| 13:50-14:35 | 【メディカルインタビュー②】
あさお診療所 所長 西村 真紀 先生 |
| 14:35-15:20 | 【メディカルインタビュー③】
千葉県立東金病院 院長 平井 愛山 先生 |
| 15:20-15:30 | 休憩 |
| 15:30-15:50 | 【患者側から見たメディカルインタビュー】
NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML
理事長 山口 育子 氏 |
| 15:50-16:20 | 【総合討論】 |
| 16:20-16:25 | 【閉会挨拶】東京女子医科大学 女性生涯健康センター
副所長 檜垣 祐子 先生 |
| 16:30-17:30 | 懇親会(無料、自由参加) |



女性医師再教育センターホームページの申込フォーム、
もしくは直接お電話でお申し込みください。

ご不明な点などがございましたら、お気軽にお問い合わせください。

★女性医師再教育センター事務局★

【TEL】03-5369-8685(直通)

【FAX】03-5369-8687

【Mail】saikyouiku.bm@twmu.ac.jp

【URL】<http://www.twmu.ac.jp/CECWD/index.html>





一般内科初診外来 - どう学び、どう教えるか 地域住民や施設のニーズに合った 外来診療技術を身につけよう!

日 時：2015年3月1日(日) 13:30～16:00

場 所：東京女子医科大学 総合外来センター5階 大会議室

参加費：無料。託児ご希望の方はご連絡ください。(無料/先着順)

対 象：性別、職種を問わず、どなたでもご参加いただけます。

プログラム

13:00(受付開始)

13:30-13:35 【開会挨拶】女性医師再教育センター長
本学女性生涯健康センター 教授 檜垣 祐子 先生

13:35-13:50 【超高齢化社会と求められる医療の多様化】
(社)日本慢性疾患重症化予防学会 理事 松本 洋 氏

13:50-14:20 【一般内科外来における主訴に関する多施設共同研究の解析と全体像】
聖隷横浜病院 院長 岩崎 滋樹 先生
東京医療保健大学 医療保健学部 医療情報学科 瀬戸 僚馬 先生

14:20-14:30 【結果から見えてきたもの】
女性医師再教育センター 一般内科プロジェクトチーフ
本学学生健康管理センター 横田 仁子 先生

14:30-14:40 【休憩】

14:40-15:45 【シンポジウム】一般内科データをどのように教育に活用するか
～ 地域病院、診療所、それぞれの立場から～
座長：千葉県病院局 理事、千葉県循環器病センター 理事 平井 愛山 先生
女性医師再教育センター 一般内科プロジェクトチーフ 横田 仁子 先生

★ シンポジスト ★

一般社団法人 Sapporo Medical Academy (SMA) 代表理事 岸田 直樹 先生
川崎医療生活協同組合 あさお診療所 所長 西村 真紀 先生
女性医師再教育センター 研修修了生

★ 総合討論&座長総括 ★

15:45-15:50 【閉会挨拶】女性医師再教育センター 副センター長
本学東医療センター内科 准教授 小川 哲也 先生

16:00-17:00 【懇親会】



※お申し込み方法などは、裏面をご覧ください。

シンポジウムメッセージ

コミュニケーションスキルには、その人の人間性が大きく反映します。医師にとっても例外ではありません。地域住民のニーズや施設の規模に応じた診療技術を習得し、その場にふさわしい一般内科医としてのスキルを身につけることが大切です。焦点の合った診療経験を積み重ねることは、コミュニケーションスキルの向上にも結びつくのではないのでしょうか。

今回、一般内科初診外来の愁訴の臨床疫学調査から地域住民のニーズが判明致しました。どのように医師はそれに対応することができるのでしょうか？それは医学に対する自分の興味、関心だけで解決は出来ません。この点をみんなで考えてゆきたいと思います。

女性医師再教育センター
一般内科プロジェクトチーフ
本学学生健康管理センター 横田 仁子

シンポジスト紹介



一般社団法人 Sapporo Medical Academy(SMA)
代表理事 岸田 直樹 先生

北海道函館市出身

2002年 3月 国立旭川医科大学医学部医学科卒業
2005年 3月 手稲溪仁会病院初期臨床研修修了
2008年 3月 手稲溪仁会病院総合内科フェロー修了
手稲一ハワイ医学教育フェロー修了
2010年 3月 静岡県立静岡がんセンター 感染症科フェロー修了
2010年 4月 手稲溪仁会病院 総合内科・感染症科
感染症科チーフ 兼 感染対策室室長
2014年 4月より現職



川崎医療生活協同組合 あさお診療所
所長 西村 真紀 先生

1997年 東海大学医学部卒
王子生協病院初期研修
生協浮間診療所にて家庭医療研修
2000年 女児出産
2001年 日本プライマリ・ケア連合学会
認定家庭医療専門医 取得
2006年より現職



女性医師再教育センター研修修了生

育児のため休職しており、復帰にあたって女性医師再教育センターへ相談を行った。2014年3月から5月まで、東京女子医科大学東医療センター内科にて研修を行い、2014年6月より同所属に入局し、医療練士研修生として勤務している。

**女性医師再教育センターホームページの申込フォーム、
もしくは直接お電話でお申し込みください。**

ご不明な点などがございましたら、お気軽にお問い合わせください。

★女性医師再教育センター事務局★

【TEL】 03-5269-7319 (内線 8382)

【FAX】 03-3353-6793

【Mail】 saikyoiiku.bm@twmu.ac.jp

【URL】 <http://www.twmu.ac.jp/CECWD/>



【8】女性医師キャリア支援モデル
普及推進事業総括

【8】女性医師キャリア支援モデル普及推進事業総括

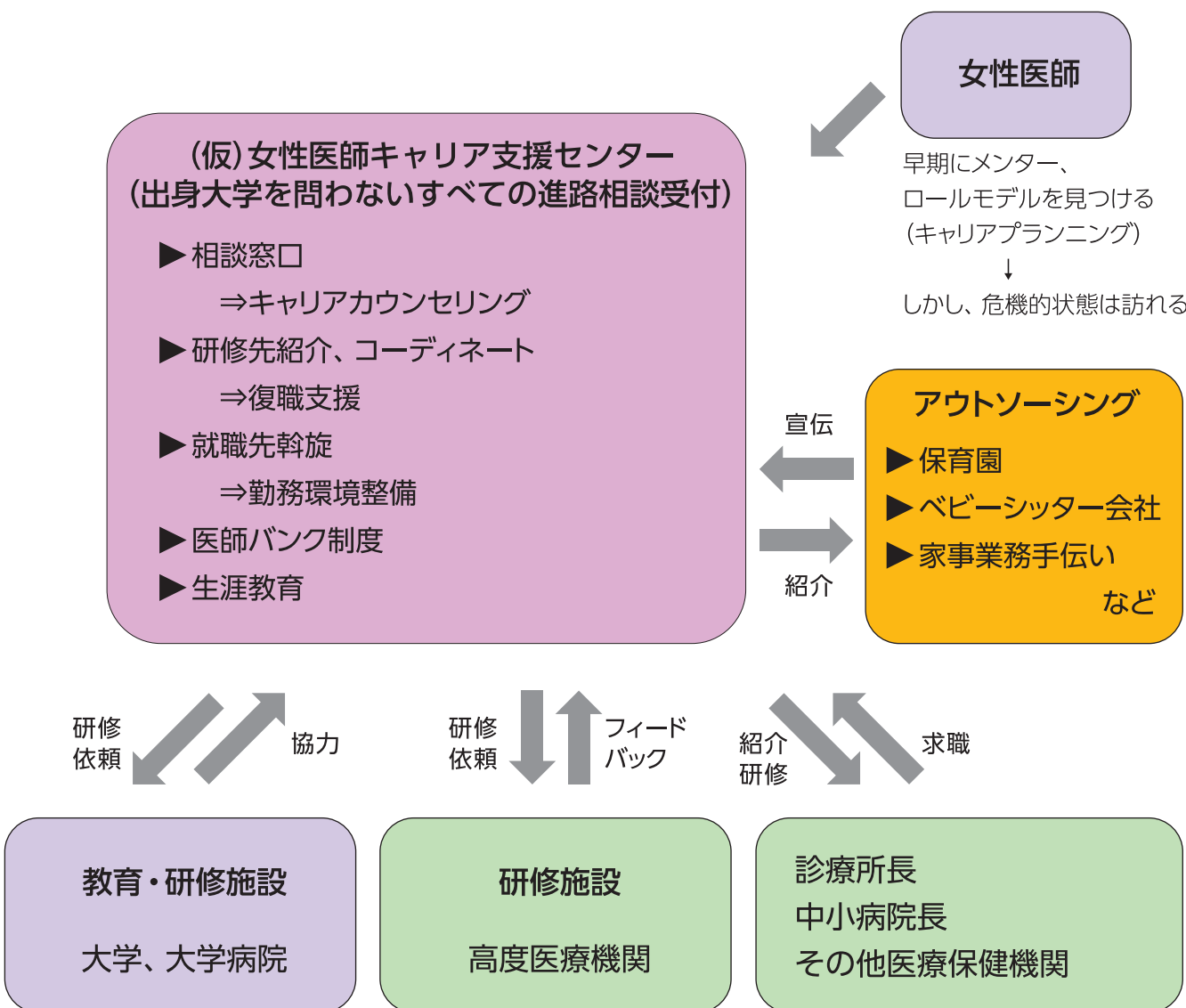
本報告書では、女性医師のキャリア形成支援や復職支援に関する内容を述べてきました。現在、出身大学を問わない相談窓口の設置、今後の方向性を一緒に検討するロールモデルやメンターによるキャリアカウンセリング、復職のための研修について、本学女性医療人キャリア形成センター女性医師再研修部門で実施していることを紹介しました。その中で、いかに相談者の声に耳を傾け、育み、導くことが重要かということがおわかりいただけたと思います。

しかしながら、一大学の一部門では直接的な就職斡旋や多数の研修施設の確保が難しいなど、困難な点もあります。

地域医療の中核をなすのは「診療所・中小病院」であり、出身大学を問わず相談を受け入れる公的な「(仮)女性医師キャリア支援センター」が設置され、大学や研修施設、医師会などが連携して支援を実施していくことが望ましいと言えます。

今後このようなセンターが設置され、実力は十分あるにもかかわらず、ほんの少しの不安のために復職できずにいる女性医師、復職したいと思ってもどこに相談すればよいかわからずに悩んでいる女性医師に対して、各機関の連携したサポート体制が確立することを期待いたします。

都市部の理想的な女性医師キャリア支援モデル



【9】参考資料

[9] 参考資料

女性医師再研修部門で実際に相談の受付を行っている「申請フォーム」と「スキルチェックリスト」を紹介します。

一般内科以外の診療科での研修希望、または相談のみを希望される方には「申請フォーム」を、一般内科での研修を希望される方には「スキルチェックリスト」をお送りいただいています。

1. 申請フォーム

当部門のホームページから送信可能です。(http://www.twmu.ac.jp/twmu-form/form_CECWD/index.html)

東京女子医科大学
女性医療人キャリア形成センター
TW MU Career Development Center for Medical Professionals

女性医師再研修部門

女性医師再教育 復職プロジェクト 登録・申請フォーム

注意: 必須の欄は必ず入力してください。

姓 氏名 田中 花子

フリガナ 田中花子 ハナコ

現在の勤務状況 離職中 非常勤で勤務 常勤で勤務 その他

年齢 歳

結婚について 既婚 未婚

お子様について お子様のいらっしゃる方は人数と年齢を入力ください。
 人 歳 歳 歳 歳

郵便番号

都道府県 【選択して下さい】

ご住所
丁目番地

メールアドレス ご自身のメール受信の設定により、自動返信が迷惑メールフォルダなどに振り分けられてしまう場合があります。

確認のためもう一度

電話番号

その他連絡先

FAX番号

卒業大学

卒業年度 年度

希望する研修病院

希望する研修科

研修希望日数 日 日 日 日 日 日 日

研修希望時間 時 分 - 時 分

研修希望内容
(研修でどのようなことを学びたいか等)

研修後についてのお考え
(常勤で復職、非常勤で復職、こうしていきたいという方向性等)

診療実績
(在籍病院、年数、離職期間など)

志望動機

特記事項

今後の復職支援の参考とするため、現在の勤務状況や年齢など、匿名の集計データとして使用させていただく場合がございます。

送信確認 上記送信内容を確認したらチェックを入れてください


2. スキルチェックリスト

当部門のホームページから送信可能です。(http://www.twmu.ac.jp/twmu-form/form-skillcheck/index.html)
研修希望以外の方も含め、所属や性別を問わずどなたでもご利用いただけます。



東京女子医科大学 女性医職人キャリア形成センター
女性医師再研修部門
TW MU Career Development Center for Women Physicians

一般内科プロジェクトスキルチェックリスト



1.利用者情報入力 > 2.スキルチェックリスト > 確認画面

このスキルチェックリストは、本学以外の異なる6施設で夏季と冬季の2回に渡って行った「新患外来主訴アンケート調査(約4,000件)」の集計データを基に作成しており、一般内科外来を行う際に「習得しておくべき基本的診療技能」や「経験すべき症状・病態・疾患」などの項目から構成されています。
すべての項目ができなければならないというのではなく、あくまでもご自身の経験や苦手な部分を再確認していただくための目安となるものです。

必須 研修希望の有無 研修を希望する 研修を希望しない(チェックリストの利用のみ)

必須 性別 男性 女性

必須 現在の勤務状況 離職中 非常勤で勤務 常勤で勤務
 その他 ()

必須 年齢 歳

必須 メールアドレス

必須 確認のためもう一度

必須 研修を希望される方は志望動機をご入力ください。研修を希望されず、チェックリストのみ利用される方は、利用しようと思った理由をご入力ください。

自由記載欄

必須 データ利用 チェックリストデータの 使用を許諾する
今後の復讐支援の参考とするため、ご入力いただいた内容は匿名の集計データとして報告書やHPへの掲載、また学会発表などで使用させていただく場合がございます。

ご入力いただいた内容は、個人を特定できない形で、学会や報告書等で発表させていただく場合がございますので、予めご了承の上、ご利用をお願い致します。
また、ご入力いただきました個人情報は、個人情報の保護に関する法律、関連諸法令、関連省庁等のガイドラインを遵守し、適切に取り扱います。無断で第三者に情報を提供することはありません。

2.スキルチェックリストへすすむ >

— 86 —



一般内科プロジェクトスキルチェックリスト



1.利用者情報入力

>

2.スキルチェックリスト

>

確認画面

【入力される前に必ずお読みください】

①質問項目について、経験や知識が足りている/あると思われる場合

→「できる/ある」にチェックをして、次の項目にお進みください。

②質問項目について、経験や知識が足りていない/あまりないと思われる場合

→「できる/ある」にはチェックをせず、その項目について研修を希望する場合のみ「研修したい」にチェックをしてください。

【研修を希望される皆様へ】

研修内容は、希望される研修内容を踏まえ、スキルチェックリストの入力内容を考慮しながら検討致します。

A. 基本的診療技能

[1]医療面接

1 患者やその家族と信頼関係を築くことができる。

できる 研修したい

2 患者と家族の精神的・身体的苦痛に十分配慮できる。

できる 研修したい

3 患者に分かりやすい言葉で対話できる。

できる 研修したい

4 病歴情報の種類(主訴、現病歴、既往歴、家族歴、社会歴、システムレビュー)とそれらを聴取する際の手順を説明できる。

できる 研修したい

5 医療面接における基本的コミュニケーション技法を実践できる。(傾聴、非言語的コミュニケーション、順言語的コミュニケーション、開放型質問、閉鎖型質問、中立的質問法、焦点を絞った質問など)

できる 研修したい

6 薬物やアルコール依存症、性的活動などの聞き取りが難しい内容の面接ができる。

できる 研修したい

7 患者の解釈モデルを適切に抽出できる。

できる 研修したい

8 患者の心理的および社会的背景や自立した生活を送るための課題を把握し、抱える問題点を抽出・整理できる。

できる 研修したい

9 患者の要望(診察・転医・紹介)への対処の仕方を説明できる。

できる 研修したい

10 患者のプライバシーに配慮できる。

できる 研修したい

11 告知や悪いニュースを適切に伝えることができる。

できる 研修したい

【2】身体診察法

1 全身の観察(バイタルサインと精神状態の把握、皮膚や表在リンパ節の診察を含む)ができ、身体所見を記載できる。

できる 研修したい

2 頭頸部の診察(眼瞼・結膜、口腔、咽頭の観察、甲状腺の診察を含む)ができ、身体所見を記載できる。

できる 研修したい

3 胸部の診察(聴打診を含む)ができ、身体所見を記載できる。

できる 研修したい

4 腹部の診察(触診・聴打診を含む)ができ、身体所見を記載できる。

できる 研修したい

5 骨・関節・筋肉系の診察ができ、身体所見を記載できる。

できる 研修したい

6 神経学的診察*ができ、身体所見を記載できる。

(*)意識の質とレベルの評価、利き手、簡単な高次機能(痴呆の有無)、脳神経系、運動系、感覚系、反射、起立歩行、髄膜刺激症状の診察と簡単な評価ができる。

できる 研修したい

【3】臨床推論(臨床判断を含む)

1 基本的診察知識に基づき、症例に関する情報を収集・分析できる。

できる 研修したい

2 不完全な情報からでも見逃してはならない疾患に配慮しながら、確率的に鑑別診断を進行できる。

できる 研修したい

3 医療面接初期に有病率、主訴および受療行動などから疾患仮説を想起できる。

できる 研修したい

4 医療面接(病歴)と身体所見等の情報を統合して、想起した疾患仮説の指示、棄却ができる。

できる 研修したい

5 よく用いられている診断法(仮説演繹法、徹底的検討、ワーストケースシナリオの除外、パターン認識、ヒューリスティクス)を理解し、状況に応じて使い分けができる。

できる 研修したい

【4】臨床検査の選択と結果の解釈

病歴と臨床経過を把握し、医療面接と身体診察から得られた情報をもとに、以下の必要な検査の適応についての判断、及び結果の解釈ができるか。

1 一般尿検査(尿沈澱物顕微鏡検査を含む)

できる 研修したい

2 便検査(潜血、虫卵)

できる 研修したい

3 血算・白血球分類

できる 研修したい

4 血液型判定、交差適合試験

できる 研修したい

5 心電図(12誘導)、負荷心電図

できる 研修したい

6 動脈血ガス分析

できる 研修したい

7 血源生化学的検査

できる 研修したい

8 血液免疫血清学的検査(免疫細胞検査、アレルギー検査を含む)

できる 研修したい

9 細菌学的検査・薬剤感受性検査

できる 研修したい

10 肺機能検査

できる 研修したい

11 髄液検査

できる 研修したい

12 細胞診・病理組織検査

できる 研修したい

13 内視鏡検査

1) 上部消化管内視鏡

できる 研修したい

2) 上部以外の消化管内視鏡検査

できる 研修したい

14 超音波検査

1) 腹部超音波検査

できる 研修したい

2) 心臓超音波検査

できる 研修したい

3) 甲状腺、骨盤内超音波検査

できる 研修したい

15 単純X線検査

できる 研修したい

16 造影X線検査

できる 研修したい

17 X線CT検査

できる 研修したい

18 MRI検査

できる 研修したい

19 神経生理学的検査(脳波・筋電図など)

できる 研修したい

【5】手技

以下の手技が実施できるか。

1 気道確保を実施できる。

できる 研修したい

2 人工呼吸を実施できる。(バクマスクによると徒手換気を含む)

できる 研修したい

3 心マッサージを実施できる。

できる 研修したい

4 圧迫止血法を実施できる。

できる 研修したい

5 包帯法を実施できる。

できる 研修したい

6注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴)を実施できる。

できる 研修したい

7採血法(静脈血、動脈血)を実施できる。

できる 研修したい

8穿刺法(腰椎、胸腔、腹腔)を実施できる。

できる 研修したい

9導尿法を実施できる。

できる 研修したい

10ドレーン・チューブ類の管理ができる。

できる 研修したい

11胃管の挿入と管理ができる。

できる 研修したい

12局所麻酔法を実施できる。

できる 研修したい

13創部消毒とガーゼ交換を実施できる。

できる 研修したい

14簡単な切開・閉鎖を実施できる。

できる 研修したい

15気管内挿管を実施できる。

できる 研修したい

16除細動を実施できる。

できる 研修したい

【6】治療法

基本的治療法の適応を決定し、適切に実施するために以下のことができるか。

1療養指導(安静度、体位、食事、入浴、排せつ、環境整備を含む)ができる。

できる 研修したい

2薬物の作用、副作用、相互作用について理解し、薬物治療(抗生剤、副腎皮質ステロイド薬、解熱薬、麻薬を含む)ができる。

できる 研修したい

3病態に合わせて適切な輸液ができる。

できる 研修したい

4輸血(成分輸血を含む)による効果と副作用について理解し、輸血が実施できる。

できる 研修したい

【7】医療記録

1診療録をPOS(Problem Oriented System)に従って、記録し管理できる。

できる 研修したい

2処方箋、指示箋を作成し、管理できる。

できる 研修したい

3診断書、意見書を作成し、管理できる。

できる 研修したい

4死亡診断書(死体検案書を含む)を作成し、管理できる。

できる 研修したい

5紹介状と紹介状の返信を作成でき、それを管理できる。

できる 研修したい

B. 経験すべき症状・病態・疾患

【1】愁訴

患者の呈する以下の症状から、身体所見や簡単な検査所見に基づいた鑑別診断ができ、初期治療を的確に行うことができるか。(頻度順)

1 咳

できる 研修したい

2 発熱(1～3日以内)

できる 研修したい

3 発熱(4～14日)

できる 研修したい

4 咽頭の症状

できる 研修したい

5 頭痛

できる 研修したい

6 くしゃみ・鼻閉

できる 研修したい

7 下痢

できる 研修したい

8 腹痛

できる 研修したい

9 嘔気

できる 研修したい

10 胸痛

できる 研修したい

11 心窩部痛

できる 研修したい

12 めまい

できる 研修したい

13 息切れ・呼吸困難

できる 研修したい

14 食欲不振

できる 研修したい

15 嘔吐

できる 研修したい

16 背中・の症状(腰痛も含む)

できる 研修したい

17 悪寒

できる 研修したい

18 関節の症状

できる 研修したい

19 動悸・心拍の自覚

できる 研修したい

【2】緊急を要する症状・病態(以下の初期治療に参加したことがあるかどうか)

1 心肺停止
 ある 研修したい

2 ショック
 ある 研修したい

3 意識障害
 ある 研修したい

4 脳血管障害
 ある 研修したい

5 急性呼吸不全
 ある 研修したい

6 急性心不全
 ある 研修したい

7 急性冠症候群
 ある 研修したい

8 急性腹症
 ある 研修したい

9 急性消化管出血
 ある 研修したい

10 急性腎不全
 ある 研修したい

11 急性感染症
 ある 研修したい

12 急性中毒
 ある 研修したい

13 鎮静・鎮痲
 ある 研修したい

【3】経験が求められる疾患・病態(以下の初期治療に参加したことがあるかどうか)

※一般内科、家庭医外来頻度別

1 急性上気道炎
 ある 研修したい

2 接触性皮膚炎
 ある 研修したい

3 胃炎、胃の機能障害、消化性潰瘍
 ある 研修したい

4 大腸炎、感染による腸炎
 ある 研修したい

5 虫刺され
 ある 研修したい

6急性めまい

ある 研修したい

7膝の痛み

ある 研修したい

8急性咽喉炎

ある 研修したい

9アレルギー性結膜炎

ある 研修したい

10アレルギー性鼻炎

ある 研修したい

11変形性膝関節症

ある 研修したい

12急激な血圧上昇

ある 研修したい

13頭痛

ある 研修したい

14腰部椎間板障害

ある 研修したい

15胸部不整脈

ある 研修したい

16下部尿路感染症

ある 研修したい

17気管支喘息

ある 研修したい

18頸椎症候群

ある 研修したい

19痺麻痺

ある 研修したい

20口内炎、口角炎、舌炎

ある 研修したい

21急性・慢性副鼻腔炎

ある 研修したい

22届卒中

ある 研修したい

【4】特定の医療現場の経験

1救急医療

1)バイタルサインの把握ができる。

できる 研修したい

2)重症度および緊急度の把握ができる。

できる 研修したい

3)ショックの診断と治療ができる。

できる 研修したい

4)2次救命処置(ACLS)ができる。

できる 研修したい

5)1次救命処置(BLS)を指導できる。

できる 研修したい

6)頻度の高い内科救急疾患の初期治療ができる。

できる 研修したい

7)腹痛・胸部不快感の初期対応ができる。

できる 研修したい

8)胸部不快感の初期対応ができる。

できる 研修したい

9)呼吸苦の初期対応ができる。

できる 研修したい

10)内分泌・代謝・環境因子の初期対応ができる。

できる 研修したい

11)意識障害の初期対応ができる。

できる 研修したい

12)専門医への適切なコンサルテーションができる。

できる 研修したい

②予防医療

1)食事・運動・禁煙指導とストレスマネジメントができる。

できる 研修したい

2)予防接種に参加できる。

できる 研修したい

3)予防医療の現場を経験する

できる 研修したい

③地域保健・医療

1)保健所の役割について理解し、実践することができる。

できる 研修したい

2)社会福祉施設等の役割について理解し、実践することができる。

できる 研修したい

3)介護保険について理解し、実践することができる

できる 研修したい

4)診療所の役割について理解し、実践することができる。

できる 研修したい

5)保健所、診療所、社会福祉施設、介護老人保健施設、へき地・離島診療所等の地域保健・医療の現場を経験したことがある

できる 研修したい

4)以下の慢性的健康問題について、病態を理解でき、病態に応じて継続投薬や専門医への紹介ができる。

1)高血圧

できる 研修したい

2)骨粗鬆症、腰痛、変形性膝関節症

できる 研修したい

3)2型糖尿病

できる 研修したい

4)白内障

できる 研修したい

5)睡眠障害

できる 研修したい

6)高脂血症

できる 研修したい

7)消化性潰瘍

できる 研修したい

8)脳卒中

できる 研修したい

9)気管支喘息

できる 研修したい

10)狭心症、心房細動、心不全

できる 研修したい

11)アトピー性皮膚炎

できる 研修したい

12)皮膚糸状菌症、白癬症

できる 研修したい

13)痛風、高尿酸血症

できる 研修したい

14)結膜炎、その他の眼疾患

できる 研修したい

15)肝炎、肝硬変

できる 研修したい

16)前立腺肥大症

できる 研修したい

17)花粉症、アレルギー性鼻炎

できる 研修したい

18)慢性下気道感染症

できる 研修したい

19)不安障害、うつ病

できる 研修したい

20)慢性めまい

できる 研修したい

21)慢性閉塞性肺疾患、肺炎腫

できる 研修したい

22)胆石・胆のう炎

できる 研修したい

23)慢性肺炎

できる 研修したい

24)五十肩

できる 研修したい

「東京女子医科大学であれば何か女性医師の復職支援を実施しているのではないかと、思って相談しました」という声を多数いただきます。

本学は本邦唯一の女子医科大学であり、当報告書の「【3】東京女子医科大学が培ってきた女性医師支援の歴史」にも記載したとおり、卒前・卒後教育から勤務継続支援まで様々な取り組みを行ってきました。

その中で、女性医療人キャリア形成センター女性医師再研修部門の復職支援は、相談者の卒業大学を問わず、どなたでも利用できる復職相談窓口として、約230件の相談対応を行ってきた実績があります。

相談対応をする中で私たちが当たり前のように頭に描いている「相談対応マニュアル」のようなものを何か形にすることができないだろうかと考えていたところ、この度、厚生労働省「平成28年度女性医師キャリア支援モデル普及推進事業」に採択され、このような報告書という形でまとめることができました。

全国の都道府県や大学などで女性医師の復職・就業支援をされている皆様、また復職を目指している女性医師の皆様、さらに今後医師としてキャリアを積まれる中で様々な悩みを経験するであろう医学生の皆様の道標として、この報告書をご活用いただければ幸いです。

(女性医療人キャリア形成センター事務局：和田美周子)

ご相談や取材、視察、講演依頼、情報交換なども承っています。
詳しくは下記、東京女子医科大学 女性医療人キャリア形成センター 連絡先
までお気軽にお問い合わせください。

厚生労働省 平成28年度

女性医師キャリア支援モデル普及推進事業実施報告書

発行日 平成29年3月

発行 東京女子医科大学 女性医療人キャリア形成センター
〒162-8666 東京都新宿区河田町8番1号

編集 女性医療人キャリア形成センター
横田仁子、和田美周子

連絡先 TEL.03-3353-8112 内線41382

E-mail:cdc.bm@twmu.ac.jp

<http://www.twmu.ac.jp/gender/>

印刷 株式会社 教育広報社

