

序

医療の場が病棟から外来にシフトしはじめたとされています。しかし研修医の研修の場は従来通り入院病棟が中心であり、病棟と救急外来中心の初期研修を終えれば、そのまま外来ブースを任せられ、右往左往しながら実地で外来診療を覚えていくのが実状ではないでしょうか。病棟のように毎日顔を合わせて信頼関係を築いたり、必要な検査を後で追加したりすることのできない1回勝負の外来は、病棟とは違う教育が必要なことは明らかですが、外来研修が充実している施設はまだ少ないです。

欧米では1970年頃より脱病院化が進み、外来診療がますます重要になってきています。米国ではManaged careの影響、さらに、医療の進歩により、平均入院日数はますます短縮されています。必然的に外来でのフォローアップの重要性は高まる一方です。研修医の権利、教育機会を確保するのが主な目的として全米の臨床研修プログラムの認可を行っているACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education, 卒後医学教育認可評議会)は、3年間の内科初期研修における3分の1の期間は外来研修にあてるよう基準を示しています。

日本の医療制度のなかでは、外来教育はそれを行う場に臨機応変に合わせる必要があります。米国のようにはいきません。またそうでなければ待ち時間の問題や教育者側への負担のため長続きしないでしょう。現状は、卒前・卒後教育において系統だった外来教育は非常に稀です。しかし、外来における最低限のエチケット、患者—医師関係構築法、診療でのテクニック・対処法は外来を行う前に習得しておくことが必須であると考えます。われわれは日本、米国の両国で医療を経験し、さまざまなクレームも耳にまいりました。その一部もご紹介し、よりよい外来診療の実現のお手伝いができればと願っております。

今回、執筆にあたって羊土社の北本陽介氏には企画・編集全般についてご尽力いただき感謝申し上げます。

最後に、本書が日常の外来診療の質の向上、ひいては日本全体の医療の向上に貢献できれば幸いです。

2008年8月

岸本暢将
篠浦 丞