

# 外来診療の達人をめざそう!

浜田久之 (長崎大学病院 医療教育開発センター)

## はじめに

外来診療が上手にできる医師が、望まれる時代になりました。

2020年度より、初期臨床研修において外来研修が必修となり、2年間で20日以上以上の経験が求められています。つまり、外来が上手にできないと、医師として生き残っていくのは困難な時代に突入したといえます。

筆者は、トロント大学でプライマリ・ケアについて学び、帰国後は地域の診療所や中小病院で研修医のための外来研修を導入しました。また、2012年から外来医療教育室を創設しシステムティックに外来研修指導を行っています。本稿ではその経験をもとに、研修医の皆さんが明日から役に立つような外来研修のメソッドをお伝えします。将来の達人をめざして、第一歩を踏み出しましょう!

## 意識すべきATM

本稿は、一般内科外来に焦点を当てて解説します (専門外来や診断推論の話は含みません)。入院患者さんを診療するスタイルとは決定的に異なる3つのこと (ATM) を意識してください。

### 1 入院 (Admission) を意識する

外来診療の結末は、帰宅か入院の2つです。つまり、目の前の患者さんを入院 (搬送も含む) させるか、どうか…を判断することが、外来診療の最も大事なテーマです。

- ①入院させるときのシステム (誰に相談するか、入院ルーチン検査は何か) を確認
- ②高次機能病院へ搬送するときのシステム (急性心筋梗塞や脳卒中ホットラインなど) を確認

### 2 時間 (Time) を意識する

1人あたり10分前後が日本の外来診療の平均時間<sup>1)</sup>で、患者さんの満足度も高いといわれます。そのため研修医のただらとした問診に対して苛立つ患者さんもいます。

- ①15分でタイマーを鳴らす (患者さんにも時間を意識してもらう目的もあります)
- ②待ち患者さんが何人かを頭に入れる (例えば4人いたら、4人目は1時間後の診察となります)
- ③判断する (検査をしようかしまいか…とただら悩まず、やると判断することが重要です)

### 3 一期一会 (Meet) を意識する

外来は、はじめて会う患者さんが多いです。短時間で患者—医師関係を構築する必要があります。あなたの身なり、態度、言葉遣いが診療に大きく影響します。

- ①清潔でオーソドックスな身なりをする。髪型に対するクレームは多いため、要注意
- ②診させていただいている、勉強させていただいているという態度で臨む。診てやるという態度は厳禁
- ③大きな声でゆっくりと話す。患者さんは、高齢者で、難聴の場合が多い。「フツーに…」[「だいたい…」]「まあ〜」「〜みたいな」などを連発しない。研修医は、焦りや自分の未熟さを隠すために、早口でまくし立てることが多い

## アウトプットの準備

研修医と医学生の違いは、患者さんのためにアウトプットする必要があるかどうかです。医学生のように暗記する必要はありません。知識を即座に出して、使えるように準備する必要があります。

自分自身が日頃から使いたiPad、メモ、本、資料やサイトを、すぐにアウトプットできる状態にしておいてください。筆者は外来での指導用として下記の本と検索サイト、UpToDateとDynamedを使用しています。

### 1 どのような疾患が多いかサーチする

外来は、夏に熱中症、冬にインフルエンザが多いなど季節性があります。最新の情報を仕入れて、その疾患について予習をしてください。

### 2 アウトプットできる本や資料を準備する

- ①「主要症候からみた鑑別診断学 第2版」(村上義次, 他/著), 金芳堂, 2012
- ②「外来を愉しむ攻める問診」(山中克郎/著), 文光堂, 2012
- ③「ガイドライン外来診療2020」(泉孝英, 他/編), 日経BP社, 2020
- ④「今日の治療指針」(福井次矢, 他/編), 医学書院, 2020
- ⑤「治療薬マニュアル2020」(高久史磨, 他/監), 医学書院, 2020
- ⑥「臨床検査法提要 改定35版」(金井正光, 他/監), 金原出版, 2020

### 3 カルテのフォーマットを作成する

型通りに書いていけば効率的で、抜けが少なく、安心・安全の医療へつながります。診察所見は、書き込むのではなく、○をするだけにしたり、ポップアップメニューを使ったりします。

## 診察室での流れ

診察室での流れは、診察前準備 (1~5分) →問診 (2~5分) →身体診察 (2~5分) です。

## 診察前の準備：外来の勝敗は、準備が8割

外来は、ある意味戦場です。押し寄せる患者さんに対して時間内に安全かつ確実に、道筋をつける業務です。達人は、丸腰で戦いません。周到な準備で、8割方勝負が決まります。ベテランといえども、行き当たりばったりで患者さんと向き合うのは禁忌です。

### 1 まず問診票を熟読する

問診票に記載されている主訴に基づく鑑別診断があげられている本 (または、サイト) を1~2分眺めて、こっそりと勉強します。

### 2 問診票でトリアージする

歩いて外来を受診する人も膜下出血、心筋梗塞の患者さんもいるため、トリアージは必須です。一番気を付けなければならないことは、「痛み」です。「痛み」であれば、OPQRSTを問診します。なかでも、「O」のオンセットが最も大切だと思います。

### 3 診察する前に、問診票をみながらカルテをある程度完成させる

事前にカルテを書くことをオススメするのは次の3つの理由があるためです。

- ①パソコンを見ないことにより、患者満足度が上がるため「最近の若い先生は、パソコンばかり見て、患者を診ない」というクレームに対処できる
- ②問診や身体診察に集中できる
- ③診察後に、迅速に検査へ回すことができ、診療時間の短縮につながる

### 4 診察する前にアセスメントを書き、オーダーを飛ばす準備をする (飛ばしてはダメ)

患者さんが、診察室に入る瞬間から勝負ははじまります。一瞬たりとも気を抜いたらダメです。観察し、判断し、戦略を巡らさなければなりません。最も重要なことは、冷静に、できるだけ客観的になることです。焦ってはダメです。

(アセスメントの記入例) 胆石による胆嚢炎を考慮して、採血、腹部エコー、ルート確保をオーダーする。

### 5 看護師さんやスタッフに、次の予想される行動を伝える

「この患者さんは、おそらく腹部エコーの検査をする」と伝えておきます。そうすると、スタッフは先手を打って、エコー室の状況を調べ、すぐにエコーができるかどうか伝えてくれます。

## 患者さんが診察室に入ったら、微笑み、チャットで攻める問診

### 1 微笑む

人との出会いは、ファーストインプレッションに大きく左右されます。自分のキャラを捨て、患者さんから期待される医師像となることが大事です。優しく微笑むだけで、患者さんに安心感を与え、その後の問診がスムーズになります。「お待たせしました、担当の山田太郎です。お名前の確認を〜」

### 2 チャットを入れる

「今日は暑いですね」「外は、雨が降ってききましたか?」「長く通院されているんですね。私は今日はじめてで、よろしくお願ひします」「この病院は、久しぶりみたいですね」「\*\*\*町からですか〜」などの30秒ほどのチャットで、患者との距離感が縮まることがあります。達人となるためにチャットは、3~4つくらいのパターンを常に準備をしておいて、年々増やしていきましょう。

### 3 傾聴1~2分

「今日はどうしましたか?」の後には、ひたすら患者さんの話を聞きましょう。このとき、視線を合わせるように意識することが大切です。

### 4 攻める問診

患者さんの話は長いわりに情報が少ない場合も多いです。筆者は、2分を過ぎると「お話の途中ですみませんが、こちらから質問させてください」と、断りを入れたうえで質問をします。

### 5 陰性症状をたくさん聞いて鑑別診断をする (ここが最も大切だが、できる研修医は少ない)

問診と基本的診察で85%の診断が可能といわれています<sup>2)</sup>。例えば、発熱が主訴なら、急性上気道炎を考慮して咳、咽頭痛、咳嗽、全身倦怠感、筋肉痛、関節痛の有無をまずは聞きます。次に急性腸炎を考慮して腹痛、下痢などの有無を聞きます。このとき、疾患を考えながら陽性症状、陰性症状を確認していかなければなりません。考えられる疾患と、その症状を結びつけてパターン化して質問する方法を習得する必要があります。行き当たりばったりで質問している研修医が多いので、ぜひ、山中克郎先生の『外来を愉しむ・攻める問診』を何度も読んでパターンを身につけてください。

## 診察は、ルーチン。自ら動く

### 1 診断を意識する

一つ一つの診察行為と診断を結びつけることが重要です。「この頸部の視診で甲状腺疾患を見つけるぞ!」「この聴診で肺炎を見つけるぞ!」といった具合で狙い撃ちしながら診察を進めていきましょう。

### 2 ルーチンで行う

ルーチンと一口にいってもやり方は大きく分けて、3つあると思います。

- ①型どおり順番に行う(筆者は、頭部から行う)
- ②主訴に対する部位から診察をはじめ
- ③独自の方法(手から診る...など)で行う

研修医の皆さんには、①をお勧めします。結果的に速く、見落としが少ないです。また診察中は、問診をしないでください。問診と診察を混ぜると、見落としが多くなります。

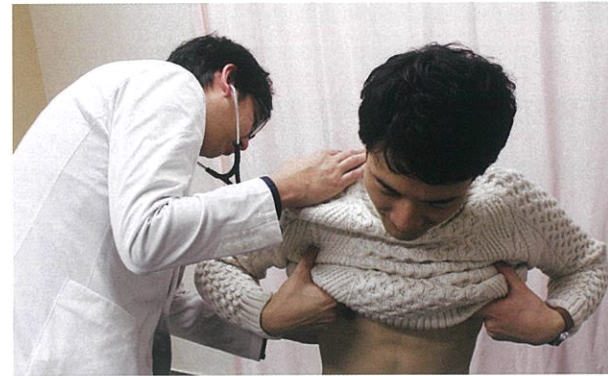


図1 患者さんの横に立つ

### 3 自分が動く(患者さんの正面から真横に立って診察する)

頭部~頸部は患者さんの正面に、頸部~胸部は患者さんの横に立って診察するよう心掛けましょう。

「すいませんが、後ろを向いて服を上げてください」などと患者さんに指示する場合がありますが非常に非効率的で、医師自身が動いた方が効率的です。真横に立つと背部~胸部を一気に診察できて、患者さんの羞恥心も軽減されますし、感染対策にもなります(図1)。

## 効率的な身体診察:達人の道へ、一発診断力を磨く

身体診察は奥が深いのですが、ここではポイントだけ記載します。詳細は筆者の書いた『外来必携2』をご覧ください。参考にして、考えながら診察しましょう! は、一発診断できる可能性があるもので暗記しておく一生使えます。

### 1 目:眼科への紹介のタイミングを逃さない

- |   |   |
|---|---|
| 1) 赤目 (red eye) を見分ける                                       | 2) 貧血と黄疸                                      |
| a) 結膜下充血(全体的に赤い): 緊急性は少ないです。多くは、ウイルス性結膜炎と考えられます。            | a) 結膜蒼白(真っ白): Hb9.5 g/dL以下で結膜が蒼白の場合は、精査が必要です。 |
| b) 結膜充血(血管の拡張): 緊急性がある状態です。急性緑内障などの可能性が考えられます。すぐ眼科へ紹介しましょう。 | b) 眼球血膜の黄疸: 診断の精度は明らかではありません。                 |

### 2 □: 診る順番を決めて見逃さない

感染症分野の診断へ至る情報の宝庫です。診察の際は舌圧子を使用します。新型コロナウイルスの感染が疑われる場合は行いません。

#### 1) 患者に口を開けさせる方法

患者に①アー、②エー、③舌を引いてハー(または、息を吸わせる)の順で発音させることにより、軟口蓋の挙上、舌咽、迷走神経の運動が確認できます。

#### 2) 舌圧子の使用

テコの原理を利用します。舌の中央を押さえないように注意しましょう。左と右の舌根を1回ずつ押さえるのがポイントです。

#### 3) 診る順番を決めておく

筆者は次のaからeの順番に診ると決めています。

- |  |   |
|--|---|
| a) 口唇: ヘルペスがあったときは、角膜ヘルペスの合併の有無を確認します。境界明瞭な固い病変は、伝染性軟属腫と悪性類上皮がんが疑われます。95%の口唇の類上皮がんは、下唇にできます <sup>3)</sup> 。                        | 右と左のどっちが痛いですか?と問う方法も有効です。急性喉頭蓋炎、扁桃周囲膿瘍などのSix killer sore throatを念頭に入れて診察しましょう。触診は禁忌の場合もあるので要注意です。 |
| b) 舌: 舌尖端の赤色は上気道炎初期症状を、黒毛舌は口腔内乾燥や嚥下困難を、黄苔舌は消化器機能低下を、舌体肥大と舌裏静脈怒張は心不全を疑います。また、口内炎と誤診しやすい舌がんは、視診での粘膜不整や触診での硬結が特徴的で、20歳代でもみられるので要注意です。 | d) 口蓋: 発赤(小点状出血)は、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎を考慮します(特異度95%、感度7%) <sup>4)</sup> 。                                |
| c) 扁桃: 病変が両側にあるか片側にあるかを見分けることは重要です。片側の著明な腫脹の場合は扁桃周囲膿瘍なども考慮しなければなりません。視診のほかに、咽頭痛の患者に「唾を飲んでください。                                     | e) 咽頭後壁: イクラ状リンパ濾胞は、インフルエンザを考慮します。日本の実臨床家の多くが指摘していますが、現時点ではエビデンス的にははっきりしたものではありません。               |
- 最後に、口腔が全体的に歯肉炎や齲歯が多ければ、感染症(誤嚥性肺炎や心内膜炎)の合併、糖尿病を疑います。

### 3 頸部: 甲状腺は横から見る。ペンライト使用!

視診で呼吸不全や心不全などを疑い、触診で感染症や膠原病などを疑います。

- 胸鎖乳突筋: COPDで入院になる患者さんの9割に呼吸補助筋(肥大)の使用が認められます<sup>5)</sup>。
- 頸静脈: 視診では右内頸静脈を視ることが理想的ですが、ペンライトを接線方向よりあてて外頸静脈を視る方法が容易です。動静脈は、首の付け根を押さえると静脈は消えるが、動脈は消えないことから鑑別できます(図2)。慢性心不全の評価において、頸静脈怒張は、右心系の圧上昇と心機能低下を示唆するため(感度81%、特異度80%)<sup>5)</sup>、非常に有用です。頸静脈の怒張所見は、多変量解析で死亡率と入院頻度を上げたという研究もあります<sup>5)</sup>。

- リンパ節: 触診は、後頸部から前へ行います。後頸部リンパ節は全身性疾患(ウイルス性感染症、膠原病、悪性リンパ腫など)を疑います。顎下リンパ節は局所感染など、オトガイ下リンパ節は伝染性単核球症など、鎖骨上リンパ節は悪性腫瘍などを考慮します。鎖骨上リンパ節は、患者の頭をまっすぐ前にして腕を下

- 甲状腺: 甲状腺の診察は、首を伸展させない方がよいです。横から見て、輪状軟骨下の外側への弓状の張り出しが認められたら腺腫などを疑います。



図2 頸静脈怒張をライトでみる  
外頸静脈(接線方向(→))からライトをあてる。坐位で怒張ならば精査が必要となる。右心系の圧上昇と心機能低下を示唆する(感度81%、特異度80%)<sup>5)</sup>。

### 4 胸部: 患者の真横に立つ、背側右下肺から聴く。肺炎、心不全を見逃さない!

効率的に胸部の聴診をするために、医師は患者さんの真横に立ちます(図1)。これにより、患者さんからの曝露が少なくなり、また患者さんの羞恥心が軽減されます。最初に所見が多く、聞きやすい背側下部の肺音から確認します。肺疾患が全体にびまん

性に分布する場合でもラ音(クラックル)は、下胸部で最も強く聞こえます。プライマリ・ケア外来では、感染症の頻度が高く、筆者は誤嚥性肺炎を狙い背側右下肺から聞くようにしています。

うっ血性心不全は、1吸気あたりのクラックル数が4~9回で、吸気後半または全期で聴取されます。肺炎は3~7回で、全期で聴こえます。

胸部前面での心音の聴診は、心不全のIII音IV音と大動脈弁狭窄(AS)の収縮期駆出性雑音を見逃さないように留意しましょう。

## ルーチン+α

主訴によりルーチンに加え+αとして、腹部、四肢、神経学的診察などを付け加えます。腹痛時の腹部診察については、『外来必携2』に詳細を記しています。

### 1 腹部診察のポイント: 感度や特異度の高い手技を積極的に行う

例えば、カーネット(Carnett)徴候で腹痛の原因が腹壁か腹腔内かを判断します。胆嚢炎などを判断するマフィー(Murphy)徴候、虫垂炎などを判断するMcBurney圧痛点、腸腰筋徴候、咳テスト、かかと落とす試験などは簡単にできるので、マスターします。

### 2 四肢診察のポイント: しびれなどは、整形外科的診察Tipsを用いる

頸椎症性脊髄症を疑ったら10秒テスト、頸椎症性神経根症を疑ったらSpurling test、手根管症候群を疑ったらPerfect O、Phalen testを行います。手指のこわばりなどは、膠原病の診察Tipsを用います。リウマチ疾患などを疑ったらスクイーズサイン、PIP関節、MP関節触診法などを行います。下肢の浮腫は、圧痕が戻るまでの時間に注目します。40秒以内(fast pitting edema)ならネフローゼ症候群や肝硬変などの低アルブミン血症を、40秒以上(slow pitting edema)なら心不全や腎不全を疑います。

### 3 神経学的所見のポイント

神経学的所見は、『外来必携2』をご参照ください。

## 専門用語の少ない説明をして必ず<次>へつなぐ

### 1 患者さんはお金を払っている。 説明はわかりやすくを意識する

外来では、患者さんが数千～数万円のお金を払って検査を受ける場合が多いです。その価値に見合う、専門用語をできるだけ使わないわかりやすい説明が必要です。

「白血球が12,000で、CRPが3ですから、抗菌薬が必要ですね」と、言われても患者さんは何のことかわからず、診察室の外で看護

師さんに再度説明を求めたりします。「研修医の先生の説明は専門用語が多く、おまけに早口で…」と、クレームがくることもあります。

「体のなかに細菌が入ったときの反応で、血液中の白血球やCRPという数値が上がります。通常は、白血球だと7,000くらいですが、山田さんは12,000ありますね。CRPも通常は1以下ですが、3です。細菌の感染が疑われますね。細菌を殺す抗菌薬が必要と思います」

説明は時間をかけるというより、熱心に説明する態度と、わかりやすい言葉の選択が重要です。

### 2 最後は、「何かご不明の点はありませんか？」で、 説明を終える

患者さんは、家に帰ってから、「\*\*\*について、先生に質問すればよかった」「あれっ、先生、何て言ったっけ?」「本当は、\*\*\*について相談したかったのに…」などと思うことが多いです。また、診察室を出て帰りに言う患者さんの言葉が、本当に訴えたかったことだったりします。最後は必ず、何か言い残した点、疑問点はないかを聞くことにより、よりよい医師患者関係が構築されます。

### 3 <次>を必ず提示する

一回の外来では、すべてを決着することができません。他院や他科への紹介、次回の予約(引継ぎ)へできるだけつなぐようにしてください。風邪薬を出して終わることがありますが、必ず「症状が持続すれば、3日後の外来にきてください」と言い渡し、必ずカルテに記載しましょう。心配な患者さんは、次の日の予約をとっていただくことも必要です。

## 記録する

簡単でよいので必ず、全例を自分の振り返り用に記録しましょう。またその際、反省点を書き入れましょう。

一例一例を丁寧に積みあげていく研修医は、ある

時期から飛躍的に成長します。指導医としては、それが一番嬉しいことです！達人をめざして、一緒に頑張りましょう！

## 文献

- 1) 木佐健吾, 他: 日本国内の診察時間研究の現状 - システマティックレビュー. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 35: 37-44, 2012
- 2) 「MKSAP17 General Internal Medicine」(Masters PA, et al, eds), p40, American College of Physicians, 2015
- 3) 別部智司, 他: 「臨床家のための舌診のすべて」(別部智司, 世良田和幸/編), p76, 医歯薬出版, 2005
- 4) Siml DL, 他: 「JAMA版 論理的診察の技術」(竹本毅/訳), p621, 日経BP社, 2010
- 5) 「身体診察シークレット」(金城紀与史, 他/監訳), メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2009
- 6) 「サバイラ 身体診察のアートとサイエンス」(須藤博, 他/監訳), 医学書院, 2013

## 参考図書

- 1) 「研修医のための外来必携1」(浜田久之, 他/編), 長崎文献社 ↑アマゾンで無料ダウンロード可能。
- 2) 「研修医のための外来必携2」(浜田久之, 他/編), 長崎文献社 ↑アマゾンで無料ダウンロード可能。
- 3) 浜田久之: 効率的な外来診療の進め方。日本内科学会雑誌, 107: 499-504, 2018

## Profile

浜田久之(はまだ ひさゆき) 長崎大学病院 医療教育開発センター (内科医)

1997年大分医科大学卒業後、長崎大学の内科に入局、地域中小関連病院で診療。2004～2006年トロント大学 地域家庭医学科にて、プライマリ・ケア教育を学ぶ。日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療専門医・指導医。研修医専属部署にて外来教育に従事。研修医の先生と、外来をはじめ10年くらいになりますが、いまでも毎回緊張します。診断がバシッと決まったり、珍しい病気を見つけたり、患者さんが笑顔になったりするととても嬉しいです。でも、油断していると、歩いてくる脳出血や急性心筋梗塞に遭遇し、こちらの心臓が止まりそうになります。外来診療は奥が深い。だから、おもしろく楽しい。日々、一緒に精進！

