

消化器内科 初期研修プログラム

2009年04月13日作成

2009年11月06日修正

2010年05月02日修正

2010年09月18日修正

序文

このプログラムは勤医協中央病院で初期研修を受ける研修医のためのプログラムである。このプログラムを通して研修医は初期研修に必要な消化器内科の知識と技術を習得できる。また認定内科医の資格取得に必要な消化器分野の経験を得る事ができる。

研修目標

一般目標

消化器領域の common disease(*1)について初期対応とコンサルト能力を身につける。

行動目標

消化器疾患領域の基本的な問診が行える。

腹部の身体診察が行える。

消化器内科の診断，検査と治療について理解する。

消化器内科の診断治療手技(*2)に積極的に参加する。

上部消化管内視鏡のスクリーニング検査が行える(研修時期と希望により相談)。

肝硬変患者に適切な生活指導と検査治療のマネジメントが行える。

消化器癌患者への説明と検査治療のマネジメントが行える。

消化器疾患の緊急対応について理解し適切な症例提示を行える。

*1:食道炎,食道癌,食道静脈瘤,急性・慢性胃炎,AGML,消化性潰瘍,上部消化管出血,胃癌,感染性腸炎,炎症性腸疾患,虚血性腸炎,憩室炎,大腸ポリープ,下部消化管出血,大腸癌,急性・慢性肝炎,肝硬変,アルコール性肝障害,肝細胞癌,転移性肝癌,胆石胆嚢炎・胆管炎,胆嚢ポリープ,胆嚢・胆管癌,急性・慢性膵炎,膵癌

*2:胃管挿入,腹腔穿刺とドレナージ,SB チューブ,血液ガス分析,中心静脈カテーテル留置,腹部エコー,バリウム読影(胃・大腸),上部消化管内視鏡検査

研修の流れ

1年目の4月後半から9月まで

問診,診察技術の習得(入院患者を対象に指導医が模擬患者をつくり施行)。

問診,診察,鑑別,検査,診断を自分で行える事を目標に(指導医が最後にチェック)。

予想指示を出せるようになる。
退院時要約の記載を覚える。
検査の説明や病状の説明が出来るようになる(一度は検査を見学しておく)。
指導医と共に鑑別診断や必要な検査の指示が出せるようになる。
疾患についての勉強(テーマを指導医からもらう：入院患者に関連した疾患)。
患者数は1-3名程度で基本的には指導医の患者を割り当てる。
研修時に希望を踏まえて研修目標(手技,疾患)を立て、3-4週間後に評価・修正を行う。
術前検討会に参加、簡単な疾患に関しては術前かけられるようになる。
手技に関しては、血液ガス分析、腹腔穿刺(簡単な症例)、胃管挿入等

10月以降から2年目の9月(前半)まで

問診,診察,鑑別,検査,診断を自分で行えるようになる(指導医が最後に確認する)。
術前症例を受け持ち、検討会にかける。
患者数は2-4名程度(個人差有り)。
基本的には自分で受け持ち、指導医がチェックする。
研修時に希望を踏まえて研修目標(手技,疾患)を立て、3-4週間後に評価・修正を行う。
手技に関してはSBチューブ、中心静脈カテーテル留置等

2年目10月から2年目終了まで

終末期医療に携わる(告知を含む)。
患者数は4-10名程度。
地方会の参加・発表。
研修時に希望を踏まえて研修目標(手技,疾患)を立て、3-4週間後に評価・修正を行う。

消化器病棟に配置されたら

- 1) 指導医が決まります。指導医と相談しながら、自分の1週間のスケジュールを作成。
- 2) 希望事項の整理
 - a) 技術
 - 内視鏡検査:どの程度の習得を希望するか(他院でも1人で検査可能になる程度とか、検査の感じをつかむ程度とか、下部の習得も含めてなど)
 - 血管造影検査：希望の有無で研修を行う
 - 中心静脈カテーテル挿入：何処からの穿刺を優先して習得するか、目標件数はあるか
 - 腹部エコー検査：希望の有無で研修を行う
 - その他：胸水・腹水穿刺、胃管挿入、SBチューブ挿入、血液ガス分析など
 - b) 学術・症例
 - 希望する分野・症例(肝・胆・膵・消化管・急性期・慢性期・悪性疾患・全て)
 - 学会参加や発表の希望はあるか(但し学会のある時期に限られる)
 - c)

3) この間に主治医になった疾患の整理(症例の偏りの有無を確認する) . この間の(特に消化器疾患)退院時要約を提出するか、患者リスト(code、疾患名、転帰)を提出 .

4)

研修期間

初期研修 2 年間のうちの最低 2 ヶ月間(内視鏡研修を希望する場合は 3 ヶ月以上が望ましいが、その場合研修病棟は問わない) .

研修指導医

古山準一，森園竜太郎，代田充，森田康太郎，後藤哲

マトリックス表に基づいた研修内容

基本的な臨床検査

内視鏡検査(但し希望の有無を確認)

基本的な手技(*2)

腹腔穿刺

経験すべき症状，病態，疾患

食欲不振， 黄疸， 嘔気・嘔吐， 胸焼け， 腹痛， 便通異常

緊急を要する症状，病態

急性腹症， 急性消化管出血，

経験が求められる疾患，病態(*1)

食道・胃・十二指腸疾患， 小腸・大腸疾患， 胆道疾患， 肝疾患， 膵臓疾患，
横隔膜・腹壁・腹膜疾患， アルコール依存症，ウイルス感染症

第一選択，当科で必ず研修する， 第二選択当科で可能な限り研修する

週間予定

(指導医の週の検査スケジュール：指導医により若干異なる)

	月	火	水	木	金	土
午前	Fs EIS	Fs PEIT	Fs 腹腔鏡	Fs 腹部血管造影	Fs PEIT	Fs
午後	病棟 カンファレンス	ERCP TCF	ERHSE TCF	腹部血管造影	ERCP TCF	
夜		術前検討会				

・基本的には指導医と伴に行動する(但し研修内容による) .

- ・週のスケジュールは研修時期と本人の希望を踏まえて作成するが、大旨下記の通り。
 - 午前：学習時間(内視鏡検査を希望しない場合)や内視鏡(希望時)を含めた検査、他見学
 - 午後：月曜以外は検査見学か病棟、勉強時間にあてる
- ・月曜日の午後は、Dr-Ns カンファレンス(14:00PM より)、Dr-Dr カンファレンス(術前検討会の予演会や症例検討 / 16:00PM より)、
 - ・腹部エコーの研修・見学を希望する場合は、火曜日と金曜日の午前の後半(ラパ口室)
 - ・バリウムの読影の研修を希望する場合は、火曜日の午後(基本的な読影に関して)
 - ・内視鏡研修を希望する場合は午前中(基本的に1年目の4月は不可)
 - ・用語説明：Fs(内視鏡検査)、EIS(食道静脈瘤硬化療法)、PEIT(エタノール注入療法)、ERCP(内視鏡的膵胆管造影)、TCF(下部消化管内視鏡検査)、ERHSE(内視鏡的粘膜切除)

(研修医のスケジュールの1例)

	月	火	水	木	金	土
午前	Fs/学習	Fs/学習 (IC-見学)	Fs/学習	Fs/学習 (腹部血管造影)	Fs/学習 (IC-見学)	休み (Fs)
午後	病棟 カンファレンス	病棟 (検査見学)	病棟 (検査見学)	病棟 (腹部血管造影)	病棟 (検査見学)	
夜		術前検討会				

内視鏡研修(研修時期と希望の有無で決める)

- ・1週目：見学・成書で内視鏡の構造，口腔・咽頭・食道・胃・十二指腸の基本的な解剖を学習．モデルでの内視鏡操作訓練開始．週末にはモデル操作試験．
 - ・2-4週目：抜き．写真撮影の開始．所見記載．
 - ・5週目以降：挿入
- 上記の予定は目安であり，知識，技術の習得に応じて研修を進めることとする．

術前検討会

- ・担当する症例がない週も，参加するのが望ましい．
- ・研修期間中に3例以上の症例提示を目指す．
- ・基本的なプレゼンテーション技術を習得する．

病棟研修

- ・以下の疾患病態を担当する．
 - 「消化管出血」「胆石症・胆道感染」「急性膵炎」「閉塞性黄疸」「ウイルス性肝炎」「肝硬変」
 - 「原発性肝癌」「胃癌」「大腸癌」
- ・カルテ記載を行う．

- ・病棟の流れ、電子カルテのオーダーリングについて理解する。
- ・他職種とのコミュニケーションを行い、カンファレンスに参加する。

検査見学

- ・消化器内科領域の検査治療の適応を理解する。
- ・検査治療の介助に積極的に参加する。

中心静脈カテーテル留置

- ・機会があれば見学から初め、介助、施行を目指す。

緊急症例

- ・「消化管出血」「急性腹症(胆道感染、急性膵炎など)」の診療に積極的に参加する。

患者・家族への説明

- 検査・治療の説明と同意(インフォームドコンセント)を行う。
- 悪性疾患の告知を行う。

研修に際してのアンケート

- 1) 消化器疾患と言えど何を思い出しますか(病気・検査・大学時代の印象など)

- 2) 消化器の中で興味のある(勉強したい)分野は(何処を中心に見学・研修したいか：複数可)
1. 消化管(胃・大腸など) 2. 肝臓 3. 胆膵系 4. 消化器全般 5. 消化器以外
6. その他_____
- 3) 消化器以外で興味のある分野は(複数可)
1. 循環器 2. 呼吸器 3. 内科(他) 4. 外科系 5. 基礎(病理など) 6. その他
- 4) 消化器病棟研修中に覚えたい手技は(複数可)
1. 胃管挿入 2. 腹腔穿刺 3. 血液ガス分析 4. 中心静脈カテーテル留置
5. 腹部エコー 6. バリウム読影(胃・大腸) 7. SBチューブ挿入
8. 内視鏡検査 9. その他(_____)
- 5) 中心静脈カテーテル挿入件数(成功例)：鼠径(件)、内頸(件)、鎖骨下(件)
- 6) 研修に対する希望は

- 7) ちなみに医学以外で興味のあるものは
1. 無し 2. 有り(_____)
- 8)

評価表

患者ケア	自己評価			指導医評価			看護師評価		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
患者に検査の説明ができたか									
患者に病気の説明ができたか									
患者に治療の説明ができたか									
上記を計画的に行えたか									
加てに簡潔に SOAP の記載ができたか									

コミュニケーション	自己評価			指導医評価			看護師評価		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
患者と良好な会話ができたか									
看護師と良好な会話ができたか									
意見の対立を適切な態度で処理したか									
患者・同僚・スタッフの話を傾聴したか									
患者に専門用語で話をしなかったか									

医学知識	自己評価			指導医評価			看護師評価		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
問診がとれたか							-	-	-
診察により所見をとれたか							-	-	-
上記により鑑別診断ができたか							-	-	-
検査プランが立てられたか(相談可)									
診断ができたか(相談可)							-	-	-
治療方針が立てられたか(相談可)							-	-	-
必要に応じた相談ができたか									
薬剤の適切使用ができたか									
予想指示が出せたか									
退院時要約が書けたか							-	-	-

A) 良好 or 少なくとも同期と同じくらい。(指導医・看護師)良好

B) 普通 or 同期と同じ程度。(指導医・看護師)普通

C) 良くない or 同期と比較して不十分 or 不明 . (指導医・看護師)もう一息 or 見てない
疾患 自己評価 指導医評価 看護師評価

	自己評価			指導医評価			看護師評価		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
食道静脈瘤							-	-	-
上部消化管出血							-	-	-
感染性腸炎							-	-	-
虚血性腸炎							-	-	-
炎症性腸疾患							-	-	-
大腸憩室炎							-	-	-
大腸ポリープ							-	-	-
急性肝炎							-	-	-
慢性肝炎							-	-	-
肝硬変							-	-	-
アルコール性肝障害							-	-	-
胆石・胆嚢炎・総胆管結石・胆管炎							-	-	-
急性・慢性膵炎							-	-	-
食道癌・胃癌							-	-	-
大腸癌(結腸・直腸)							-	-	-
肝臓癌							-	-	-
膵癌・胆嚢癌・胆管癌							-	-	-

A) 2 症例以上

B) 1 症例

C) 0 症例

今後の課題(自己研修目標)

指導医評価

1) 患者ケア :

2) コミュニケーション :

3) 医学知識 :

4) 内視鏡手技：

評価表の解説

患者ケア	自己評価			指導医評価			看護師評価		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
患者に検査の説明ができたか									
患者に病気の説明ができたか									
患者に治療の説明ができたか									
上記を計画的に行えたか									
加てに簡潔に SOAP の記載ができたか									

- ・ **【患者に検査の説明ができたか】** 検査の説明を行う上では、どの様な疾患を想定しているか(診断がついている場合とついていない場合でも異なるが)、検査の目的(精査～術前診断など、鑑別診断、原発巣や原因を調べる為の検査)を理解しておく必要がある。またどの時点で検査が終了する予定で、どの時点で結果を説明できるかの目途を、入院時に立てておく必要がある。自分で検査の内容を理解(流れや検査時間・合併症など～一度は見学が必要)した上で、専門用語を極力使用せず、患者や家族が理解できていなければならない。なお術前検査の場合は、この段階で大まかな目処の説明(いったん退院になる可能性や手術の予定)が必要になる事もあるが、検査結果によっては手術適応外になるケースもあるので注意が必要。
- ・ 『A』は上記を踏まえ患者(・家族)が大旨理解できていると判断できた。何のための検査なのか(何のための入院なのか)が、患者・家族に理解された場合。質問に対して大旨適切に返答できた場合。
- ・ 『B』は患者(・家族)の検査への理解が不十分であったが説明はできた場合。少なくとも入院理由は理解されている。主治医は検査目的や内容を理解している。
- ・ 『C』は何のための検査なのかが患者(・家族)に伝わっていない。検査目的や内容を説明ができなかった。主治医が理解していない。入院理由が理解されていない。質問に対して全く返答できない場合。
- ・ **【患者に病気の説明ができたか】** 病気の説明を行う上では、まず診断(病名告知)に至った経過(検査結果など)の説明を行った上で、患者・家族の理解の有無の確認が必要。特に悪性疾患の場合は、告知の希望の有無を入院時に確認しておいたかどうかとも重要となる(すでに外来で告知されている場合は、病名の確認)。そのためにも入院当日から翌日までには、患者に会っておく必要がある(自己紹介や簡単な検査説明も兼ねて)。これを踏まえて、病気の説明が患者に理解できる言葉で説明できたか(特に炎症性腸疾患とは何か、自己免疫性肝疾患とは、虚血性腸炎の原因、憩室とは、憩室炎や憩室出血の原因、食道静脈瘤とは、原因など、患者・家族に

とって聞きなれない病気)

- ・ 『A』は説明後に患者(・家族)が説明を理解している表情である場合、的確な質問がかえってくる場合、理解できたと言う返事が返ってきた場合、質問に対して大旨適切に返答できた場合。
- ・ 『B』は『A』と『C』以外の場合、5割程度の理解も『B』とする。
- ・ 『C』は明らかに理解できていない反応(表情)、何度も同じ内容の質問又は苦情(何の病気なのか理解していない事に関連した)、又は看護師情報があった場合、病気の事は解らないという返事(理解する気持ちがない、理解する事をあきらめている場合も含む)は『C』になるが、家族が理解できている場合は『B』とする。主治医が病気を理解していない(説明できない)場合はや質問に対して全く返答できない場合は『C』。
- ・ 【患者に治療の説明ができたか】急性疾患と慢性(又は亜急性)疾患、良性疾患と悪性疾患、病名が解っている場合と解らない場合により多少異なる。特に複数の治療の選択肢がある場合は、それぞれの長所と短所、一般的に行われている(推奨されている)治療に対する知識、病気の種類によっては高度先進医療に対する知識も必要になる事があるため、事前にその知識を得ておく必要がある(文献・ガイドライン・専門書など)。またセカンドオピニオンに対しての知識・対応も必要。その上で当院に可能な治療を提案する事になる(必要であれば紹介する)。
- ・ 『A』は病名の解っている急性疾患(消化管出血、急性胆嚢炎・胆管炎など)であれば入院時又は入院後3日以内に治療方針を説明できた(通常は入院時に外来で大旨説明されている場合も多い)。またその後の病状経過、治療内容の継続又は変更を、計画的(定期的)に説明できた。悪性疾患の場合は上記を踏まえて説明ができた。また患者(・家族)は主治医の説明を理解し、適切と判断される治療方針に同意した。患者(・家族)の質問に対して大旨適切に返答できた。その後の病状経過も計画的(定期的)に説明できた。
- ・ 『B』は病名の解っている急性疾患であれば3日以内に主治医が治療方針の説明ができなかった。悪性疾患の場合は上記を踏まえて説明はできたが、患者(・家族)理解が不十分であった。治療計画(説明を含む)が後手にまわる傾向にあった。
- ・ 『C』は患者(・家族)から言われて初めて治療内容の説明をした。患者(・家族)が治療内容を全く理解していない(看護師からの情報も含む)。主治医が今後の治療内容を理解していない。患者(・家族)からの質問に対して全く返答できない。
- ・ 【上記を計画的に行えたか】入院目的(理由)、検査目的と内容、診断、治療方針、入院期間の目処が適切な期間ごとに、計画的に説明ができたかどうか。
- ・ 『A』は全て計画的に行えた。上記(検査・病気・治療の説明)全てが『A』であった場合。
- ・ 『B』は大旨計画的であった。『A』と『C』以外。

- ・ 『C』は計画的にできなかった．上記の2個以上が『C』の場合．
- ・ 【カルテに簡潔にSOAPの記載ができたか】自分以外が一見して理解できる長さで、適切な(過不足のない)文章である事が必要．検査結果の羅列や、感想や意見など主観の入る文書、思考過程を長々と記載するのは、自分以外には理解できない(又は理解に時間を要する)内容になりかねない．また短すぎると、その診断に至った理由が解らない場合がある．
- ・ 『A』は一見して他人に理解できるカルテ記載である事．主訴の記載がある．診断名に関連した現病歴が適切に記載されている．診断に至った検査・診察所見の記載がある(異常の無い検査結果は適切な長さにまとめる)．診断名の記載がある(症状は診断名にはならない．また確定診断である必要はない)．診断名が無い場合でも、鑑別疾患の記載がある事．SOAP全ての記載がある(但しSに関しては、看護師記録で十分であれば省略可能)．
- ・ 『B』は『A』と『C』以外．Assesmentに至る経過が、他人に理解できない内容(又は理解困難な内容)でも可とする．
- ・ 『C』はAssesment(A)とPlan(P)が無いもの．急性疾患の臨時入院であれば、入院目的がカルテ上不明なもの(又は他人に理解できない)も含む．

コミュニケーション	自己評価			指導医評価			看護師評価		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
患者と良好な会話ができたか									
看護師と良好な会話ができたか									
意見の対立を適切な態度で処理したか									
患者・同僚・スタッフの話を傾聴したか									
患者に専門用語で話をしなかったか									

- ・ 【患者と良好な会話ができたか】患者(・家族)と良好な会話とは、何をもって良好と判断するか、少なくとも周囲から不満の噂や批判を聞かない事が大前提と思われる．医師に直接不満を訴えるケースは少ないが、同室の患者や看護師には話しているケースもある．入院期間中のみで、“良好”であったかどうかの評価は難しい．患者が医師に意見を言いやすい雰囲気を作れるかどうか、患者情報を得られるかどうかにつながる．
- ・ 『A』は特に悪い噂を聞かない、感謝の言葉が聞ける場合とする．少なくともクレームが無い事．特に患者(・家族)から病気に対する思いや考え、本人の趣味や日常、悪性疾患であれば看取りに関して話を聞ける場合であれば、きわめて良好であったと言える．
- ・ 『B』は『A』と『C』以外．基本的に入院期間中問題無い場合(可も無ければ不可

も無い)．患者(・家族)と打ち解けるまでには至らなかった程度とする．

- ・ 『C』は直接患者(・家族)からのクレーム(但し善意のある場合を除く)があった場合．主治医交代も含まれる．
- ・ **【看護師と良好な会話ができただか】**自分自身の問題点・不備な点や患者情報を(患者の不安や心配事などで、医師に直接言いつらい内容など)、看護師より聞けるかどうかによっても、良好かどうかの判断材料の一つになると思われる．こちらも客観的な評価が難しいが、病棟内や勤務時間外、歓送迎会などで、楽しく雑談が可能であったかどうかも参考になると思われる．
- ・ 『A』は勤務時間内外で楽しく会話できた場合や仕事以外の内容の話(いわゆる雑談や趣味の話など)ができた場合．仕事以外の内容で、話しかけられる場合も当てはまるものとする．
- ・ 『B』は日常業務に支障がない程度の会話であった場合．『A』と『C』以外．
- ・ 『C』は業務上の会話もほとんど無かった(必要最低限も無い場合)．上申・連絡・報告・相談はほとんど全て指導医にされた(但し4西病棟配置直後や入職後3ヶ月程度の期間は除く)場合．ほとんど無視された場合．
- ・ **【意見の対立を適切な態度で処理したか】**意見の対立とは大きく分けると、指導医(又は他の医師)との対立、看護師との対立、患者(・家族)との対立、看護師以外の他職種との対立であるが、この場合は を除き、 に対処できたかになる(実際には >)．相手の話(意見)を聞けたか、こちらの意見を説明できたか(自分の意見を聞いてもらい、理解を得られる様に努力したか)、問題点を整理した上で、双方が納得できる方針を提案できたか(必ずしもどちらかの意見になるとは限らず、第三の選択があるかもしれない)、またこの時の態度(話し方)に問題はなかったか(高圧的な態度、相手を不快にさせる表情や態度・姿勢)は、その後の医療を継続していく上で重要となる．
- ・ 『A』は相手がこちらの説明(方針・妥協案・自分の考え)に納得し、第三者(傍にいた看護師又は医師)が見ても問題ない(特に否定されないか、修正案があればそれを受け入れる)と判断されれば場合．第三者がいなければ、相手が納得していれば可とする(提案内容を行動にうつしていれば)．自分が相手の意見に納得して、方針を修正できた場合も可とする．
- ・ 『B』は意見が平行線だが、意見対立に対しての努力を行い、その点に関して相手の理解を得られた場合(最終的に妥協案が見つければ『A』)．
- ・ 『C』は意見対立に対しての説得・説明や解決の為に努力をしていない、相手の意見を無視した場合や理解する努力を回避した場合．
- ・ **【患者・同僚・スタッフの話を傾聴したか】**話を傾聴したかどうかは主観的な問題である．相手からの指摘・意見がなければ成立しないし、言われた事を単に(自分の考えに反して)実行するだけでは傾聴しているとは言えない．自分とは若干(又

は大きく)異なる見解や、自分が気づいていない考え方を指摘された時に、それを理解(意見の対立や話し合いがあっても良い)する姿勢が必要である。また最終的にはその意見を(又はその修正案)受け入れ、かつ実践している必要がある。

- ・ 『A』は上記ができた場合(最終的に実践できた)。
- ・ 『B』は傾聴できた(意見は理解できた)が、常時実践はできなかった、又はいろいろな意味で実践する機会がなかった場合、異なる考え方や意見を聞く機会が無かった場合も『B』。
- ・ 『C』は意見や見解を無視した場合(又は他者から意見を無視した様にみえた事を、後日指摘された場合)、自分で無視したと思っていなくても、他者からその様に見られれば同様とする。
- ・ 【患者に専門用語で話をしなかったか】専門用語の使用の有無の判断は、口頭と文章の場合がある。口頭の場合は後日の検証が困難なので、主観的な判断と相手の反応や第三者の意見を参考にする。文章の場合は、使用している言葉(又は医学用語の説明文章)が病名以外可能な限り一般用語を用いているか、表現が理解しづらい言葉になっていないかで判断する(具体的にはインターネットの一般向けの説明内容が参考になる)。但し全てを詳しく説明しすぎると、かえって解りづらくなる可能性があるので注意が必要。
- ・ 『A』は患者(・家族)が大旨(7割以上)説明内容を理解していると判断した場合。“良く解りました”“丁寧な説明で理解できました”などの返事が返ってくる場合、的確な質問(説明を理解している)がかえってくる場合、説明文章であれば、指導医からの用語の修正がほとんど無い場合(文章そのものの修正は除く)。
- ・ 『B』は5割程度の理解と判断した場合、『A』と『C』以外。
- ・ 『C』は専門用語を多用した為に明らかに理解できていない表情、説明に納得していない場合(説明の仕方が難しかった場合は含まない)、患者(・家族)から説明が難しいと言われた場合もこれに含む。第三者からの複数の用語の使用に関しての修正の指摘があった場合、説明文章であれば、指導医から用語の修正をうけ、ほとんど書き直しになった場合。

医学知識	自己評価			指導医評価			看護師評価		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
問診がとれたか							-	-	-
診察により所見をとれたか							-	-	-
上記により鑑別診断ができたか							-	-	-
検査プランが立てられたか(相談可)									

診断ができたか(相談可)								-	-	-
治療方針が立てられたか(相談可)								-	-	-
必要に応じた相談ができたか										
薬剤の適切使用ができたか										
予想指示が出せたか										
退院時要約が書けたか								-	-	-

- ・ **【問診がとれたか】**主訴と現病歴から鑑別疾患を想定して、それに適した問診を行う必要がある。急性疾患(特に外来)の場合は、短時間で的確な問診を、患者が答えられない場合は、家族からの必要な情報を得る必要がある。またどちらからも問診がとれない場合は、診察のみで診断する必要もある。逆に入院患者の場合は、可能な限り詳細な問診がとれている方が良い(但し現疾患に関連のある)。
- ・ 『A』は診断につながる適切な問診を簡潔にとれた場合(入院患者の場合は退院時要約の現病歴又は入院時のカルテ記載できていれば可)。
- ・ 『B』は問診はとれているが、診断に結びつかない内容が多い(5割以上)場合。
- ・ 『C』は問診をとれていない場合。
- ・ **【診察により所見をとれたか】**上記に基づき原因となる疾患を想定し、診察を行う事によりそれを絞り込む。疾患によってはその重傷度を確認する。また異なる所見を得た場合は、それが何を意味するかを再度考察する必要がある。
- ・ 『A』は検査・診断につながる診察所見をとることができている場合。この場合診断そのものは間違っても構わない。診察所見からどのような疾患を想定(又は除外目的)して検査を組んだのかが、適切であれば良い。
- ・ 『B』は診察は行っているが所見が不十分な場合。不十分とは、検査を組むために必要な所見がとれていない場合(逆に言えば、診察上必要の無い検査を組んでいる事になる)。
- ・ 『C』は診察していない場合。診察しているが、検査・診断につながる診察所見がほとんど誤っている場合。
- ・ **【上記により鑑別診断ができたか】**すでに診断がついている場合であっても、その診断が正しいかどうかを検証する必要がある(正し生検などで結果が出ている場合は別)。急性疾患の場合は、診察・検査所見からどのような疾患が想定されるか、その結果どのような検査を追加する必要があるかを考える必要がある。
- ・ 『A』は初期段階で(外来又は入院時)鑑別診断を2つ以上あげられた場合。但し主治医となった時点で、診断がついている場合は除く。
- ・ 『B』は鑑別診断を考えたが、思い浮かばなかった場合。
- ・ 『C』は考えなかった(カルテに記載も無い)場合。
- ・ **【検査プランが立てられたか(相談可)】**

- ・ 想定される疾患(鑑別疾患)により、必要な検査が異なってくる。上記に基づき検査プランを立て(又は検査指示を出し)、それが過不足無いものでなくてはならない。時には自分で検査順序を考えて組む必要もでてくる(例えばバリウム検査の後にCTを組んだ場合、数日はCTが施行できず非効率的になる。CTの後であれば、翌日にはバリウム検査が可能) .また入院3日以内に必要な検査(検査結果後に必要となった追加検査は除く)がほぼ指示をだせている事が望ましい。
- ・ 『A』は過不足なく、かつ効率よく入院早期(外来は除く)に検査が組まれている場合。後日追加検査があっても構わないが(例えばUCGの結果異常があり、循環器にコンサルトした結果心筋シンチやカテーテル検査を追加するなど)、明らかに必要な検査が不足している場合は不十分と判断する。指導医との相談は可とする。
- ・ 『B』は最終的に必要な検査が組まれていた場合(期間や効率は問わない)。
- ・ 『C』は検査が3日以上たっても全く組まれていない。最終的に必要な検査が組まれていなかった場合(かつ指導医にも相談していない)。
- ・ 【診断ができたか(相談可)】問診・診察・検査・鑑別疾患をあげ除外する。これらできて初めて診断が可能となる(但し例外有り)。最初から診断がついている場合は、そこに至る過程を理解している必要がある。
- ・ 『A』は自分で診断ができた。
- ・ 『B』は『A』と『C』以外。指導医と相談したが、診断がつかなかった場合もこれに相当する。また最初から診断名を教えてもらった場合、診断がすでについている場合もこれに相当する。
- ・ 『C』は診断できなかった(かつ指導医とも相談しなかった)。
- ・ 【治療方針が立てられたか(相談可)】複数の治療の選択肢がある場合は、それぞれの長所と短所、一般的に行われている(推奨されている)治療に対する知識、病気の種類によっては高度先進医療に対する知識も必要になる事があるため、事前にその知識を得ておく必要がある(文献・ガイドライン・専門書など)。またセカンドオピニオンに対しての知識・対応も必要。その上で当院に可能な治療を選択する事になる(必要であれば紹介する)。他科にまたがる場合は、専門医へのコンサルトも必要であり、場合によっては他職種への相談した上で治療方針を立てる必要がある。具体的には時間的に余裕がある場合は(つまり外来や緊急時は除く)、まず自分で治療法を確認して、患者に適した治療方針を立てる。次に指導医に治療プランを提案、必要に応じて治療プランの修正を行う。最後に患者に提案する。
- ・ 『A』は上記を滞りなく行えた場合。“滞りなく”の日数は病態や患者・家族によっても異なる。考え方としては周囲から指摘される前に、こちらから提案できたかどうかになると思われる。但し明らかに間違っているプランは除く。
- ・ 『B』は『A』と『C』以外。何とか自分でプランを立てられた場合(正しいかどうかは問わないが、そこにたどり着く過程は重要)。

- ・ 『C』は自分なりのプラン(正しいかどうかは問わないが、そこにたどり着く過程は重要)を立てられない場合。
- ・ 【必要に応じた相談ができたか】“知るを知るとなし、知らざるを知らずとなす、これ知るなり”。相談を行う場合はどこが解らないのか、問題点はどこにあるのかを理解する必要があり、その為には自分なりに事前に学んでおく必要がある。“解らない” = “聞く”では自分自身の勉強にもならないし、記憶にも残らない。逆に調べる事に時間をかけすぎても患者の不利益になるし、病態の悪化につながるため、相談する時期を逸する事は避けなければならない(特に緊急性のある場合)。
- ・ 『A』は適切に相談を行えた場合。過去に経験した問題に関しては、適切に処理をできた(後日報告でも可)。学問的な知識は、自分なりの方針を持った上で、指導医に相談(又は確認)ができた。
- ・ 『B』はとりあえず解らない事は相談して理解できた場合。患者に不利益は与えなかった。
- ・ 『C』は必要な事を相談しなかった。結果患者に不利益を与える可能性があった。
- ・ 【薬剤の適切使用ができたか】ガイドライン・マニュアル・治療指針等に記載されている薬剤の種類及び使用量であれば問題無いが、患者の病態によっては加減が必要な場合もあるので注意が必要。高度先進医療や適応外の使用法・文献レベルの治療法に関しては、原則指導医の意見を聞くべきである。
- ・ 『A』は指導医からの訂正がない場合(事前相談可)。
- ・ 『B』は指導医から訂正されたが、最終的に適切な投薬又は点滴・注射指示ができた場合。
- ・ 『C』は指導医から訂正されたが、適切な投薬又は点滴・注射指示を行わなかった場合(最終的に指導医・薬剤師を含め不適切と判断された内容を、他の助言を聞かずに強行した)。指導医から助言されたにもかかわらず投薬又は点滴・注射指示を出していない場合(指導医が何らかの理由で先に指示・処方を出した場合は除く)。明らかな投薬・処方・指示ミスがあり、その結果患者に不利益があった場合。
- ・ 【予想指示が出せたか】原則としてその疾患と、それにより起こり得る状態(症状)を把握している必要がある(不明熱や原因不明のショック状態など、診断がついていないものは除く)。つまりどの様な疾患で、どの様な合併症が想定されるか、看護師(又は日当直医師)が必要としている予想指示も含めて理解していなくてはならない(一般的な指示は除いて、通常患者に必要な予想指示を看護師は求めない)。その意味では、“Dr call”と言う予想指示は(主治医 call 又は、何らかの対応指示の後に Dr call はあり得る)、予想しているにもかかわらず、それに対処すべき指示を出していない、又はその症状が起こる病態を理解していない事になる。予想外であれば予想指示にならない。
- ・ 『A』は必要な予想指示が7割以上出せた場合。

- ・ 『B』はその疾患に想定される予想指示を5割前後出せた場合。
- ・ 『C』は予想指示が無い、又はほとんどが『Dr call』は『C』(但し担当医又は主治医 call は除く)。
- ・ 【退院時要約が書けたか】
- ・ 原則 1 週間以内に(生件結果待ちや学会等で不在の時は除く)に記載されている必要がある。必要十分条件としては、指導医のチェックを受けている、診断・方針が誤りなく適切に記載されている、要約 1 枚目に要点がまとまっていて整理されている(他人がみて理解できる)、症例によっては(つまり全例でなくて良い~1-2 症例/月)、2 枚目に考察の記載があり、各科認定医試験に対応できるものである。なお現病歴の長い患者に関しては、その治療経過が退院時要約の 2 枚目に記載されている事が望ましい。
- ・ 『A』は上記を満たす場合(特に)。但し指導医にチェックを受けずに後日大幅な退院時要約の修正(及び指摘)があった場合は『B』となる。大幅な修正とは診断名、治療内容、退院後の方針などの 5 割以上が修正された場合を指す。明らかな誤りは『C』だが、指導医に相談していれば『B』。
- ・ 『B』は『C』以外。上記 のいずれかを満たしていない場合(期限は 2 週間以内)。
- ・ 『C』は 2 週間以内に退院時要約が記載されていないか、診断や方針に明らかな誤りがある場合(指導医にもチェックを受けていない)。 をいずれも満たさない場合。