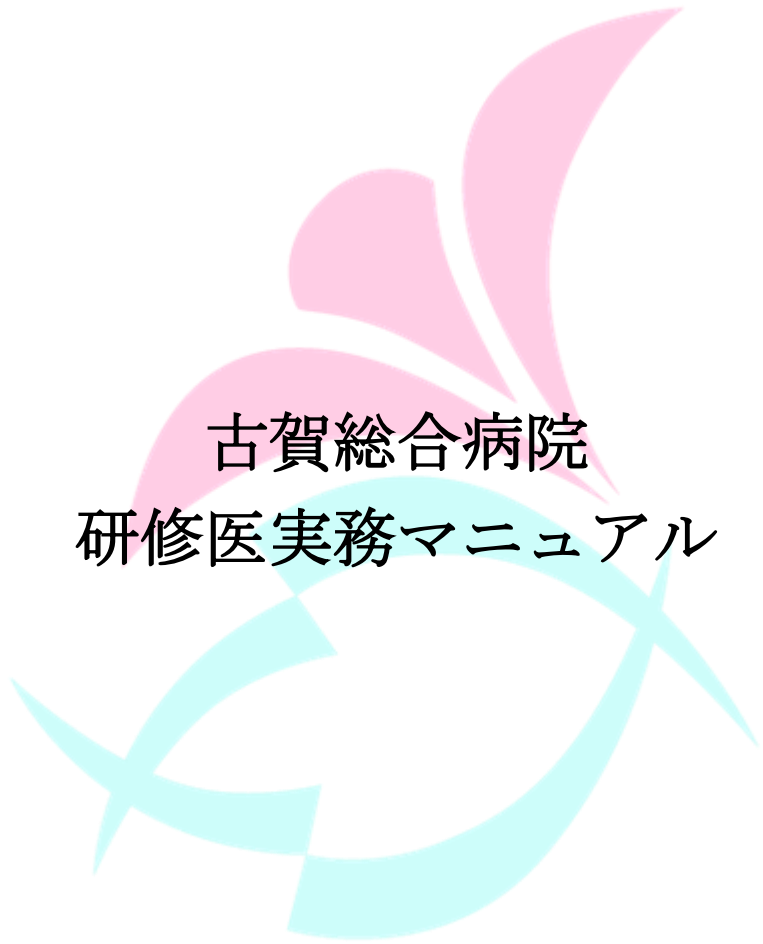




古賀総合病院 研修医実務マニュアル



【研修プロセス表】

1. オリエンテーション期	1
2. 内科	3
3. 外科	4
4. 精神科	5
5. 産婦人科	6
6. 地域医療	7
7. 選択	8

【各科シラバス】

1. 循環器内科	9
2. 内分泌内科	10
3. 肝臓内科	11
4. 消化器内科	12
5. 血液内科	13
6. 神経内科	14
7. 腎臓内科	15
8. 総合診療	16
9. 呼吸器内科	17
10. 外科	18
11. 産婦人科	19
12. 精神科	20
13. 救急	21
14. 眼科	22
15. 耳鼻科	23
16. 整形外科	24
17. 泌尿器科	25
18. 皮膚科	26

【各種マニュアル等】

お仕事チェック表：オリエンテーション	27
外来研修マニュアル	33
外来診療ガイダンス各論：1 診察前の準備	35
外来診療ガイダンス各論：2 問診	36
外来診療ガイダンス各論：3 診察	38
外来診療ガイダンス各論：4 診察後	39
(参考) 外来診療ガイダンス総論	40
(参考) 外来実務マニュアル：入院を決断したら	41
病棟研修マニュアル	42
(参考) 病棟実務マニュアル：入院を受け持ったら	44

（参考）病棟実務マニュアル：退院を決断したら	51
患者説明マニュアル	55
当直研修マニュアル	57
研修医の診療行為に関するマニュアル	59
初期研修医の CPC に関するマニュアル	61
診療関連書類の作成に関するマニュアル	63
（参考）退院サマリーの書き方	67
勉強会、講義リスト	70
研修医の診療記録の確認振り返りマニュアル	73

研修プロセス表

研修プロセス表；オリエンテーション期

オリエンテーション期

【一般目標】

古賀総合病院の概要や理念、社会人として医療人として必要な基本的素養を獲得する。
また、オリエンテーション期を通して基本的な診療を行うための知識、態度、技術を獲得する。

【行動目標】

- a. 病院の理念を述べることができるようになる
- b. 職務規程を理解し、社会人として、同心会職員として模範的な行動を取ることができるようになる
- c. 保険診療に必要な最低限の知識を獲得する
- d. 診療録作成などに関する規定、方法を学ぶ
- e. 他職種の業務を見学、体験し、他職種連携の基礎を学び、各種オーダーなどの基本を学ぶ
- f. 医療安全の基礎を学び、即時報告を独力で出せることができるようになる
- g. 標準予防策をはじめとした感染対策の基礎を学び、適切に実施できるようになる
- f. 地域医療連携病院の役割を知り、適切な医療機関間の連携方法を学ぶ
- g. 介護保険に関する最低限の知識を獲得する
- h. 医師の一般的な業務（入院、外来など）の流れを体験する
- i. 一般的な手技を行うことができるようになる
- j. 診療を行うために必要な基本的な事項を学び実践することができるようになる
- k. 院内急変などに対応するための基本的な行動を起こすことができる

【方略】

オリエンテーション期に、以下のプログラムを通して上記目標到達をはかる

（※本方略は、すべてを必ず実施するわけではなく、各部署の状況、日程などをかんがみて調整を行う）

- ・新入職員（全職種対象）オリエンテーションに参加する
- ・6-core competencies、RIME-model（※）関連の講義を受講する（特に Professionalism 関連）
- ・各部署の講義を受講する（医事課、診療情報管理課、医療安全管理室、感染制御室、地域医療連携室）
- ・各部署の見学・講義を受講する（薬剤部、臨床検査部、地域医療連携室、ME 技術部、放射線技術部、栄養管理部、リハビリテーション部）
- ・看護実習（病院日勤／夜勤、訪問）を行う
- ・指導医・後期研修医のシャドーイングを行う
- ・各種手技の実習を受講する（早朝採血実習、縫合など）
- ・基礎的な診療関連講義を受講する（病歴取得、身体診察、カルテ記載、プレゼンテーションなど）
- ・特異的な診療関連講義を受講する（心電図、レントゲン、輸血、輸液、文献検索/EBM など）
- ・ICLS を院内開催し、初期研修医は受講する
- ・オリエンテーション初期に、各研修医や指導医などへ研修手帳、各科シラバス、週間スケジュール

表、研修プロセス表などを配布し、利用方法を教授する

【評価】

360 度評価（特に講義・見学実施した各部署から）

オリエンテーション期振り返りテストをオリエンテーション期終了前後に実施する。

（筆記試験、実技試験、シミュレーションなどを用いたテストだが、基本的には形成的評価を行う）

※オリエンテーション自体の評価に関して

- ・オリエンテーション期には、専用の振り返りシートを毎日記入させる
- ・オリエンテーション終了後に、研修管理センターから各部署へ改善のためのヒアリングを行う
- ・受講者、各部署からのフィードバックを元に次年度のオリエンテーションのスケジュールや内容について研修管理センターで協議し、改善を図る。

※ 6-core competencies

専門職に必要な能力（コンピテンシー）のうち、重要な項目を集めたものを「コア・コンピテンシー」と言い、ACGME（米国卒後医学教育認定評議会）が示したものを以下に示す

Competency	小項目(例)
患者の診療	・問題点の整理:情報収集、医療面接、身体診察・・・ ・患者マネジメント:診療プラン作成、コンサルト・・・ ・手技:手技の実践、応用
医学知識	・診療に必要な知識 ・診断や手技に関する知識・・・
実践に基づく学習・改善	・フィードバック ・自己学習 ・EBMの手法を用いて臨床疑問を調べる
コミュニケーション	・対患者:患者自身、家族とのコミュニケーション ・院内スタッフ:多職種、指導医以外の医師と
プロフェッショナリズム	・プロとしての自覚:服装、遅刻、他者への敬意・・・ ・リーダーシップ ・仕事への責任感:書類、サマリ業務
システムに基づくケア	・院内システムの利用:電子カルテ、委員会・・・

※ RIME model

学習者が成長する過程において、その途中の成長モデルの頭文字をそろえたもの

Reporter	起こった事象を報告することが出来る（ハウレンソウ）
Interpreter	解釈し、判断することが出来る
Manager	自身の解釈、判断に基づき行動を起こすことが出来る
Educator	自分が起こした判断、行動について他人に教えることが出来る

【一般目標】

common disease を含む一般的な内科疾患を理解・経験し、適切な診断プロセスを経てケアプランを立案、実施することができるようになる

【行動目標】

- a. 入院患者を受け持った際に指導医とともに初期ケアプランを立案することができる
- b. 安全で明確な入院時指示を出すことができる
- c. SOAP 形式でカルテを記載することができる
- d. POS (Problem Oriented System) に則り患者の問題点を整理することができる
- e. 適切な報告・連絡・相談を行うことができる (RIME model のうち、まず Reporter を目指す)
- f. 診断・治療を行うために必要な基本的知識を獲得する
- g. 患者や患者家族、医療スタッフと適切な関係性を築くためにコミュニケーションを取れる
- h. 院内外の規則や手順を理解し、標準的な医療行為を行う事が出来る
- i. 退院時要約などの書類を遅滞なく作成、提出することができる
- j. 身だしなみに注意を払い、職員・来院者に挨拶を行う事ができる

【方略】

- ・上級医、指導医と共に、入院患者や外来患者の診療を行う
- ・ベッドサイドティーチング、内科カンファランス、各科カンファランス、朝の briefing や夕の指導医振り返りなどを通して適切な問診、診察、診療推論などの方法を指導医から学ぶ
- ・カルテ記載、退院時要約などを指導医・上級医の添削を受け記載する
- ・毎日、TPO に併せたプレゼンテーション技法を用いて指導医・上級医に患者の報告を行う
- ・院外カンファランスや講習会などの Off the job training に積極的に参加する
- ・指導医、メンターなどからフィードバックを受け、自省を促し自己改善に取り組む
- ・経験すべき症例のリストをこまめにチェックし症例・病態の経験を促す

【評価】

360 度評価

メンターとの振り返り

指導医・上級医からのフィードバック

内科カンファランスでのフィードバック

EPOC による評価

【一般目標】

common disease を含む一般的な外科疾患を経験し、適切な診断プロセスを経てケアプランを立案、手術を含む治療介入の適否判断を行うことができるようになる

【行動目標】

- a. 入院患者を受け持った際に指導医とともに初期ケアプランを立案することができる
- b. 周術期患者の適切な管理、ケアプラン作成を指導医とともに立案、実行することが出来る
- c. SOAP 形式でカルテを記載することができる
- d. POS (Problem Oriented System) に則り患者の問題点を整理することができる
- e. 適切な報告・連絡・相談を行うことができる (RIME model のうち、まず Reporter を目指す)
- f. 診断・手術・手術期管理を行うために必要な基本的知識を獲得する
- g. 患者や患者家族、医療スタッフと適切な関係性を築くためにコミュニケーションを取れる
- h. 院内外の規則や手順を理解し、標準的な医療行為を行う事が出来る
- i. 退院時要約などの書類を遅滞なく作成、提出することができる
- j. 身だしなみに注意を払い、職員・来院者に挨拶を行う事ができる

【方略】

- ・上級医、指導医と共に、入院患者や外来患者の診療を行う
- ・ベッドサイドティーチング、外科カンファランス、消化器カンファランス、朝の briefing や夕の指導医振り返りなどを通して適切な問診、診察、手術などの方法を指導医から学ぶ
- ・カルテ記載、退院時要約などを指導医・上級医の添削を受け記載する
- ・外科回診（包交も含む）に付きそい周術期管理に必要な知識・技能を獲得する
- ・内科を始めとする他科との連携を行う場面を経験する
- ・指導医、メンターなどからフィードバックを受け、自省を促し自己改善に取り組む
- ・経験すべき症例のリストをこまめにチェックし症例・病態の経験を促す

■研修科

- ・外科

【評価】

360 度評価

メンターとの振り返り

指導医・上級医からのフィードバック

外科カンファランス、消化器カンファランスでのフィードバック

EPOC による評価

研修プロセス表；精神科

【一般目標】

common disease を含む一般的な精神科疾患を理解・経験し、適切な診断プロセスを経てケアプランを立案、実施することができるようになる

【行動目標】

- 精神疾患を持つ患者の医療面接を経験し、症状について問診を行う事ができる
- 精神症状、評価について適切にカルテ記載を行うことができる
- 長谷川式簡易評価スケールなどを用いて簡単な評価を行うことができる
- 経験すべき疾患についての病態を理解している
- 修正型電気けいれん療法の実施に立ち会う
- 向精神薬について（適応、効果、副作用、相互作用など）を理解している
- 軽度の不眠、不安、せん妄に対して投薬治療を行う事ができる

【方略】

- ・上級医、指導医と共に、入院患者や外来患者の診療を行う
- ・カルテ記載、退院時要約などを指導医・上級医の添削を受け記載する
- ・病棟カンファランスに参加し、意見交換を行う
- ・身体科からのリエゾンに指導医と同行しベッドサイドティーチングを受ける

【評価】

360 度評価

メンターとの振り返り

指導医・上級医からのフィードバック

EPOC による評価

研修プロセス表；産婦人科

【一般目標】

日常診療で遭遇する妊娠・分娩や、common な産婦人科疾患に対応するために必要な基本的診療能力を習得する

【行動目標】

- 患者の不安、羞恥などに配慮した医療面接を行うことができる
- 産婦人科診療に必要な基本的診察法を指導医の直接指導のもと行う事が出来る
- SOAP 形式でカルテを記載することができる
- POS (Problem Oriented System) に則り患者の問題点を整理することができる
- 産婦人科診療に必要な検査（妊娠反応や超音波検査など）を指導医の指示のもと行う事ができる
- 産婦人科疾患の診断、治療に必要な基本的な知識を獲得する
- 患者や患者家族、医療スタッフと適切な関係性を築くためにコミュニケーションを取れる
- 院内外の規則や手順を理解し、標準的な医療行為を行う事が出来る
- 退院時要約などの書類を遅滞なく作成、提出することができる
- 身だしなみに注意を払い、職員・来院者に挨拶を行う事ができる

【方略】

- ・上級医、指導医と共に、入院患者や外来患者の診療を行う
- ・正常分娩や帝王切開術、その他婦人科手術に助手として参加する
- ・NICU の管理を指導医とともに経験する
- ・ベッドサイドティーチング、を通して適切な問診、診察などの技術、知識を指導医から学ぶ
- ・カルテ記載、退院時要約などを指導医・上級医の添削を受け記載する
- ・院外カンファランスや講習会などの Off the job training に積極的に参加する
- ・指導医、メンターなどからフィードバックを受け、自省を促し自己改善に取り組む
- ・経験すべき症例のリストをこまめにチェックし症例・病態の経験を促す

■研修科

- ・産婦人科

【評価】

360 度評価

メンターとの振り返り

指導医・上級医からのフィードバック

EPOC による評価

研修プロセス表；地域医療

【一般目標】

- ・ common disease から慢性疾患管理外来、保健予防活動など多岐にわたる診療を経験する
- ・ 病診連携、介護福祉、行政などとの連携を通して医療・福祉・保健サービスを理解する

【行動目標】

- a. common disease の初期対応、マネージメントを行う事ができる
- b. 糖尿病や高血圧症などの慢性疾患の一般的な定期管理、療養指導を行う事ができる
- c. 訪問診療の経験を活かして、生活の場を考慮したケアプランの作成を行う事ができる
- d. 訪問看護、介護サービスなどの、在宅療養のために利用可能な手段を理解する
- e. 在宅終末期患者のケアの概要を理解することができる
- f. 介護施設の訪問診療などを経験する
- g. 入院施設への患者紹介を通して病診連携の役割を理解する

※ 連携先病院によって、研修出来る範囲が異なる。

【方略】

- ・ 指導医と共に外来新患患者、定期通院患者の診療を行う
- ・ 指導医とともに訪問診療を行う
- ・ 機会があれば、在宅調整会議、サービス調整会議などの参加を行う
- ・ 介護保険主治医意見書の作成を行う
- ・ 機会があれば、地域住民への医療懇談会や健康相談会などに参加する

【評価】

指導医からのフィードバック

EPOC による評価

研修プロセス表；選択

【一般目標】

- ・プライマリケアを実践するために必要な、当該科における知識、技術、態度を獲得する

【行動目標】

- a. プライマリケアの場面で遭遇する当該科の **common disease** について理解し、初期対応を行う事ができる
- b. 専門医へコンサルトすべき状態を判断し、対応する事ができる
- c. 当該科に特徴的な診察方法、検査方法を経験する

【方略】

- ・上級医、指導医と共に外来、入院診療を行う
- ・ベッドサイドティーチング、カンファランスを通して適切な知識、技術、態度を獲得する
- ・カルテ記載、退院時要約などを指導医・上級医の添削を受け記載する
- ・院外カンファランスや講習会などの **Off the job training** に積極的に参加する
- ・指導医、メンターなどからフィードバックを受け、自省を促し自己改善に取り組む

■選択可能な科

古賀総合病院：皮膚科、整形外科、泌尿器科、耳鼻科、眼科、放射線科

外部協力型病院：小児科

【評価】

360 度評価

メンターとの振り返り

指導医からのフィードバック

EPOC による評価

各科シラバス

■循環器内科における獲得目標、到達目標

身体所見	心音聴取、動静脈系の診察、浮腫の診察
検査	心電図、胸部レントゲン画像の読影（講義含む） 胸壁心エコー検査を実施する 心筋逸脱酵素、BNPなどの検査値の評価、判断 ABI検査の実施、評価 トレッドミル検査に立ち会う ホルター心電図検査読影を見学する 心筋シンチ検査の立ち会い
病態	急性心不全の初期対応、入院管理 慢性心不全の管理、外来管理 頻脈性発作性心房細動の初期対応 その他頻脈性・徐脈性不整脈疾患の初期対応 虚血心疾患の初期対応
手技	心臓カテーテル検査に入る 一時ペーシング・恒久的ペースメーカー植込み術に入る
薬剤	利尿薬、降圧剤、抗不整脈薬、抗狭心症薬の理解、処方 抗血小板剤、抗凝固剤の理解、処方、調整

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
急性冠症候群	ショック
心不全	めまい・失神
大動脈瘤	胸痛
高血圧	心停止
（糖尿病、脂質異常症）	呼吸困難
	終末期の症候

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

検診二次精査（心電図異常）
動悸、末梢動脈疾患

■内分泌・代謝内科の獲得目標、到達目標

身体所見	甲状腺の診察 糖尿病性神経症の身体診察
検査	甲状腺エコーの適応、評価 甲状腺機能検査、自己抗体の適応、評価 糖尿病の治療マーカー（HbA1c など）の評価、判断 75gOGTT の実施、評価 インスリン分泌能検査の実施、評価 二次性高血圧症検査の適応、評価 内分泌負荷検査の実施、評価
病態	甲状腺機能異常疾患の治療 低血糖への初期対応 糖尿病教育入院患者を受け持つ 糖尿病慢性管理患者の外来診療を見学する 糖尿病教室への参加（自分で実施も）、患者教育 二次性高血圧症の鑑別検査 脂質異常の治療適応の判断
手技	甲状腺細胞診検査を見学する
薬剤	経口血糖降下薬の理解と処方 インスリン製剤の理解とオーダー インスリンスケール指示の実施 強化インスリン療法の導入

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
高血圧 糖尿病 脂質異常症	体重減少・るい瘦 (視力障害、筋力低下、排尿障害)

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

検診二次精査（血圧高値、脂質異常、耐糖能異常） 低血糖、糖尿病性ケトアシドーシス

■肝臓内科の獲得目標、到達目標

身体所見	肝臓の触診、黄疸の評価
検査	肝胆道系酵素、膵酵素の評価 ウイルス性肝炎検査の使い分け、評価 肝臓エコー検査、レントゲン検査の評価、読影 MRCP 検査などの適応、評価
病態	肝障害患者の初期対応（特に外来）、治療 黄疸患者の初期対応、治療 肝癌患者の入院管理 （食道静脈瘤患者の入院管理） 腹水精査・コントロール目的患者の入院管理 肝性脳症患者の治療
手技	肝生検検査を見学する 腹水穿刺を実施する
薬剤	肝性脳症治療薬（BCAA 製剤、ラクツロースなど）の理解 肝障害を来す薬剤の理解

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
肝炎・肝硬変 胆石症 依存症	体重減少・るい瘦 黄疸、発熱、意識障害・失神 吐血・喀血、下血・血便、 嘔気・嘔吐、腹痛、終末期の症候

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

胆道疾患、ウイルス性肝炎、薬物性肝障害、肝性脳症

■消化器内科の獲得目標、到達目標

身体所見	腹部診察、直腸診
検査	腹部レントゲン検査、腹部 CT 検査の読影 消化管内視鏡検査の適応、方法、同意などを理解する 消化管内視鏡検査、透視検査の実施・評価に立ち会う ピロリ関連検査の使い分け、実施 便検査（潜血、培養検査）の適応、評価
病態	胃、十二指腸潰瘍の入院患者を受け持つ 下血、血便症状のある患者の初期対応、入院管理を経験する イレウス患者の入院管理
手技	胃管留置の実施、イレウス管留置の介助 上部消化管内視鏡検査、透視検査の見学、実施
薬剤	下剤の適応、使い分けを学ぶ 消化性潰瘍治療薬の使い分け、ピロリ除菌治療薬

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
急性胃腸炎	ショック、体重減少・るい瘦
胃癌	黄疸、発熱、吐血・喀血、下血・血便
消化性潰瘍	嘔気・嘔吐、腹痛、便通異常（下痢・便秘）
大腸癌	終末期の症候

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

過敏性腸症候群、検診二次精査（便潜血異常）

■血液内科の獲得目標、到達目標

身体所見	貧血の身体所見 全身のリンパ節の診察
検査	末梢血検査の評価 血液型判定・交差適合試験の評価 骨髄検査の評価（スライド供覧など） フローサイトメトリー検査、遺伝子検査の評価 輸血関連検査の適応、実施、評価
病態	貧血の検査、評価、治療 血液疾患の入院管理（化学療法を含む） 無菌室管理で必要な事項を学ぶ 血球減少に対するマネージメントを学ぶ 凝固異常に対するマネージメントを学ぶ
手技	骨髄検査を実施する 中心静脈カテーテル留置術を実施する
薬剤	貧血治療薬の理解、処方 輸血の適応を判断し、患者説明、実施を行う 化学療法の理解（免疫抑制、副作用など）

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
	ショック、体重減少・るい瘦 発疹、発熱、終末期の症候

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

貧血、血小板減少、好中球減少、鉄欠乏性貧血 白血病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫 リンパ節腫大
--

■神経内科の獲得目標、到達目標

身体所見	神経診察
検査	神経生理学的検査の適応、結果の評価 髄液検査の適応、評価 脳波読影の見学を行う 頭部画像検査（CT、MRI、シンチ）の読影、評価 認知機能検査を自分で実施する 嚥下機能評価、嚥下造影検査に立ち会う
病態	脳梗塞（脳出血）患者の初期対応、入院管理 頭痛の初期対応、評価、治療 神経疾患の入院管理 けいれん、てんかん患者の初期対応、治療
手技	髄液検査を実施する
薬剤	抗血小板剤、抗凝固剤の理解 抗てんかん薬、抗パーキンソン病薬の理解、処方・調整

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
脳血管障害 認知症	体重減少・るい痩 物忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神 けいれん発作、視力障害 運動麻痺・筋力低下、排尿障害

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

神経変性疾患、パーキンソン病・パーキンソニズム、てんかん 痺れ、発声障害、歩行障害
--

■腎臓内科の獲得目標、到達目標

身体所見	浮腫の診察
検査	尿検査の適応、評価 腎機能検査、電解質検査の評価 腎臓エコー検査の評価
病態	CKD の理解と評価（Staging など） 急性腎不全患者の初期対応、入院管理 慢性腎不全患者の教育入院管理を受け持つ 透析・CAPD 導入患者を受け持つ 透析室見学（プライミングから透析実施まで） 腎性貧血、MBD などの合併症マネジメント 電解質異常の初期対応、治療（高カリウム血症など） CKD 患者の教育指導に立ち会う（栄養指導など）
手技	腎生検検査に立ち会う シャント造設術・CAPD カテーテル留置術に入る
薬剤	腎性貧血の治療（Epo、鉄剤など） MBD 治療薬（Ca、Vit.D、キレート剤など）の理解 腎機能に応じて調整が必要な薬剤の理解

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
高血圧、腎盂腎炎、尿路結石 腎不全 (糖尿病)	体重減少・るい瘦 呼吸困難、腰・背部痛 終末期の症候

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

検診二次精査（腎機能障害、尿検査異常） 糸球体腎炎、ネフローゼ症候群 透析導入、腹膜透析管理
--

■総合診療の獲得目標、到達目標

身体所見	OSCE に準じた一般的な医療面接、身体診察 頭頸部診察、筋骨格系診察、皮膚診察
検査	動（静）脈血液ガスの適応、評価 細菌学的検査の適応、評価 呼吸機能検査の適応、評価 体腔液検査の適応、評価
病態	発熱患者のマネージメント めまい患者のマネージメント 呼吸器症状のある患者のマネージメント
手技	採血検査の実施（動静脈穿刺） 胸水穿刺、ドレナージ術の実施 中心静脈カテーテル留置術の実施
薬剤	抗菌薬の使用（Empiric から Definitive まで）
基本的素養	安全管理について（サービス改善票の提出） 症例提示（プレゼンテーションの訓練） 診療録の作成（サマリーも含めて） 紹介状、コンサルテーションシートの作成

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
認知症、高血圧、肺炎、急性上気道炎、気管支喘息、COPD、急性胃腸炎、腎盂腎炎、尿路結石、糖尿病、脂質異常症、うつ病、依存症	ショック、体重減少・るい痩、発熱、物忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、胸痛、心停止、呼吸困難、嘔気・嘔吐、腹痛、便秘異常、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋力低下、排尿障害、興奮・せん妄、抑うつ、終末期の症候

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

性感染症、骨軟部組織感染症、寄生虫疾患、真菌感染症

■呼吸器内科の獲得目標、到達目標

身体所見	OSCE に準じた一般的な医療面接、身体診察 胸部診察
検査	動（静）脈血液ガスの適応、評価 呼吸機能検査の適応、評価 気管支鏡検査の適応、評価
病態	呼吸器症状のある患者のマネージメント 胸部画像異常陰影患者のマネージメント
手技	採血検査の実施（動静脈穿刺） 胸水穿刺、ドレナージ術の実施 気管支鏡検査の介助
薬剤	吸入デバイスの理解と使い分け

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
肺癌、肺炎、急性上気道炎 気管支喘息、COPD 依存症（ニコチン）	体重減少・るい痩 発熱、胸痛 呼吸困難、吐血・喀血 終末期の症候

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

間質性肺炎、気胸、膿胸 遷延性咳嗽・慢性咳嗽 （機会があれば）肺結核
--

■外科の獲得目標、到達目標

身体所見	医療面接全般、全身診察（特に腹部診察）、直腸診（肛門鏡） 術後患者さんの一般的な診察方法（創部診察を含む）
検査	症例に応じて必要な術前検査を選択し実施することが出来る 画像検査各々の特性を理解し、適切に選択することが出来る ERCP に立ち会う ベッドサイドの腹部超音波検査を実施する
病態	クリニカルパスを用いた診療を理解することが出来る 急性腹症の初期対応、マネージメントを行う事が出来る 癌患者さんのトータルマネージメントを行う事が出来る 疾患に応じた適切な周術期管理を行う事が出来る
手技	適切な創傷処置・術創処置を行う事が出来る 体腔ドレーンチューブ類を適切に管理することが出来る 高度な気道確保、麻酔法などを指導医とともに行う事が出来る
薬剤	予防的抗菌薬の意義、具体的方法を述べる事が出来る 周術期・絶食時の輸液法（TPN 含む）を行う事が出来る 患者の病態に応じた鎮痛薬の選択を行う事が出来る

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
急性胃腸炎、胃癌、胆石症	発熱、黄疸、嘔気・嘔吐
大腸癌	腹痛、便通異常
	熱傷・外傷、終末期の症候

※経験すべき疾病・病態で外科手術に至った症例を少なくとも 1 例選択する必要がある、
その際には手術要約を必ず含めてください

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

鼠径・大腿ヘルニア 急性胆嚢炎・胆管炎 脾嚢胞性疾患 消化管穿孔、汎発性腹膜炎
--

■産婦人科の獲得目標、到達目標

医療面接、身体所見	月経歴、妊娠歴などについての病歴を適切に聴取出来る 生殖器の診察（内診を含む）
検査	妊娠検査の特性を理解している 腹部超音波検査の実施、経膈超音波検査の評価が出来る 胎児心拍陣痛図（CTG モニタ）の評価が行える 骨盤単純 X 線検査の評価を行う事が出来る 膣細菌検査の評価を行うことが出来る STD スクリーニング検査の意義を説明することが出来る
病態	正常妊娠の周産期管理を行う事が出来る 産科手術療法（周術期管理を含む）を理解できる 新生児の診察、スクリーニング評価を行うことが出来る クリニカルパスを用いた診療を経験する
手技	胎児ドップラー検査を実施することが出来る 創処置、縫合を行う事が出来る 臍帯血・新生児採血を実施する
薬剤	妊娠中、授乳中の女性に対する適切な薬剤投与を行う事が出来る

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
高血圧	発熱、嘔気・嘔吐、便通異常
うつ病	妊娠・出産、終末期の症候

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

月経困難症、過多月経・過少月経
切迫早産
子宮癌検診

■精神科の獲得目標、到達目標

問診・診察	精神疾患を持っている患者に対する医療面接に慣れ、精神症状などについて問診を行う事が出来る。
検査	長谷川式簡易評価スケールを理解し施行できる
病態	下記の病態を理解することが出来る ・ 認知症 ・ うつ病、躁うつ病 ・ 統合失調症 ・ せん妄
手技	修正型電気けいれん療法を理解し施行できる
薬剤	向精神薬の理解 軽度の不眠・不安・せん妄に対して投薬治療が行える

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・ 病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・ サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
脳血管障害、認知症 うつ病、統合失調症	頭痛、認知機能障害 興奮・せん妄、抑うつ、幻覚・妄想 成長・発達の障害

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

双極性障害、適応障害、自殺企図・希死念慮、発達障害

■救急の獲得目標、到達目標

問診・診察	一般外来とは異なる、救急セッティングにおける的確な問診・診察法を理解し実践することができる ファーストタッチや AMPLE 問診など、初期対応の型を意識した診療を行うことができる
検査	ベッドサイドエコーを実施することができる 方針決定に繋がる検査を選択し適用することができる
病態	一次救急、二次救急で扱うすべての病態・疾患 高エネルギー外傷 来院時心肺停止
手技	ベッドサイドエコー、血液ガス検査 小外科処置、外傷処置（創処置、シーネ固定） 心肺蘇生法
薬剤	循環作動薬、抗不整脈薬 輸液、抗菌薬、鎮静薬など

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
脳血管障害、急性冠症候群、心不全 大動脈瘤、肺炎、気管支喘息 急性胃腸炎、消化性潰瘍 胆石症、腎盂腎炎、尿路結石、腎不全 高エネルギー外傷・骨折 依存症	ショック、黄疸、発熱 頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作 胸痛、心停止、呼吸困難、吐血・喀血 下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、熱傷・外傷 腰・背部痛、運動麻痺・筋力低下、排尿障害 興奮・せん妄、終末期の症候

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

窒息 薬物加療内服

■眼科の獲得目標、到達目標

問診・診察	眼科系の訴えに対する適切な問診を行う事が出来る 眼球、眼瞼の診察を行う事が出来る 視野、眼球運動の診察による評価を行う事が出来る
検査	視力検査を実施することが出来る 眼底カメラ検査を実施し評価することが出来る 細隙灯顕微鏡検査を行う事が出来る
病態	屈折異常の評価を行う事が出来る 角結膜炎の評価、投薬治療を行う事が出来る 白内障、緑内障の診断を行う事が出来る 糖尿病・高血圧症による眼疾患を理解し評価することが出来る 白内障手術を見学する 流行性眼疾患に対する療養指導を行う事が出来る
手技	眼底鏡を用いた網膜、視神経の観察・評価を行う事が出来る フルオレセイン染色を用いた角膜の評価を行う事が出来る 睫毛抜去を行う事が出来る
薬剤	散瞳薬の適応、禁忌、投与、指導を行う事が出来る 点眼麻酔の適応、禁忌を理解し投与実施することが出来る 点眼薬（抗アレルギー薬、抗菌薬）の理解、処方を行える

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
	視力障害

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

検診二次精査（視力異常） 結膜炎（アレルギー性、感染性）、白内障、緑内障

■耳鼻科の獲得目標、到達目標

医療面接、身体所見	耳、鼻を含む上気道の診察を行う事が出来る 平衡障害の診察、眼振の診察を行う事が出来る
検査	平衡機能検査について理解している（中枢性、末梢性の鑑別） （ビデオ式）フレンツェル眼鏡検査の評価を行うことが出来る 聴力検査の評価を行うことが出来る 喉頭鏡、ビデオスコープ検査の実施、評価が出来る 顔面レントゲン、耳鼻科領域 CT 検査の実施、評価が出来る
病態	耳痛、難聴の初期評価を行う事が出来る 鼻出血の初期対応を行う事が出来る めまい患者の初期対応を行う事が出来る 耳、鼻を含む上気道の感染症のマネジメントを行う事が出来る 気道腫瘍、気道閉塞などの危険性を理解し初期対応を出来る
手技	喉頭鏡、耳鏡、鼻鏡を用いた診察を行う事が出来る 鼓膜切開術を見学する
薬剤	抗アレルギー薬、抗めまい薬の理解、処方 点鼻薬の理解、処方 経口抗菌薬の理解、処方

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
	めまい

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

検診二次精査（聴力異常） 副鼻腔炎、中耳炎、外耳道炎

■整形外科の獲得目標、到達目標

医療面接、身体所見	骨、関節、筋肉系の診察 外傷症例の診察
検査	骨軟部組織単純レントゲン検査の選択、読影 骨軟部組織の CT、MRI 検査の適応、読影
病態	腰痛を訴える患者のマネージメントを行う事が出来る 膝などの関節痛を訴える患者の初期対応を行う事が出来る 骨折患者の初期対応を行う事が出来る 外傷・骨折患者の療養指導を行う事が出来る 骨粗鬆症の評価、治療、療養指導を行う事が出来る 緊急性のある整形外科疾患を述べる事が出来る
手技	簡単な包帯固定、シーネ固定を実施することが出来る トリガーポイントなどの局所麻酔を実施することが出来る
薬剤	鎮痛薬を病態に応じて適切に使い分ける事が出来る 鎮痛補助薬（SNRI、抗痙攣薬など）の併用を理解する 外用剤（軟膏、湿布など）を適切に処方することが出来る

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
高エネルギー外傷・骨折	外傷、腰・背部痛、関節痛 運動麻痺・筋力低下

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

骨粗鬆症、脊柱管狭窄症 変形性関節症、急性関節炎 脊椎圧迫骨折

■泌尿器科の獲得目標、到達目標

問診・診察	排尿障害に関する適切な問診・診察を行う事が出来る 泌尿生殖器の診察を行う事が出来る 前立腺の触診、精巣・精巣上体の診察を行う事が出来る
検査	尿検査の実施、評価を行う事が出来る KUB 撮影の読影を行う事が出来る 尿培養検査、尿細胞診の評価を行う事が出来る 泌尿器科的超音波検査の実施、評価を行う事が出来る 膀胱鏡検査、尿路造影検査に立ち会う
病態	排尿障害（急性尿閉含む）のマネジメントを行う事が出来る 尿路結石症のマネジメントを行う事が出来る 前立腺肥大症のマネジメントを理解出来る 神経因性膀胱のマネジメントを理解出来る 尿道カテーテル留置者の療養指導を行う事が出来る 自己導尿の指導に立ち会う
手技	導尿、尿道カテーテル留置を行う事が出来る 膀胱灌流療法の理解、実施、管理を行う事が出来る
薬剤	排尿障害を来す薬剤を述べる事が出来る 前立腺肥大症の治療薬について説明出来る 神経因性膀胱の治療薬について説明出来る

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
腎盂腎炎、尿路結石 腎不全	排尿障害（尿失禁・排尿困難）

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

検診二次精査（尿検査異常） 前立腺肥大症、過活動膀胱 肉眼的血尿、膀胱炎
--

■皮膚科の獲得目標、到達目標

医療面接、 身体所見	全身の皮膚の診察 皮疹についての特異的な問診
検査	皮膚真菌検査（KOH 鏡検など）を実施し評価することが出来る 皮膚軟部画像検査を病態に応じて選択し、評価することが出来る 生検・切除組織の病理診断を指導医と共に実施する
病態	皮疹・皮膚腫瘍の性状を適切に言語化する事が出来る 皮疹を訴える患者のマネージメントを行う事が出来る 皮膚感染症の初期対応、マネージメントを行う事が出来る 褥瘡、皮膚潰瘍の一般的なマネージメントを理解することが出来る 熱傷患者の初期対応、治療、療養指導を行う事が出来る 皮膚科手術に入る（見学もしくは助手） 外用剤の使用法、スキンケア等の療養指導を行うことが出来る
手技	ダーモスコピーを用いた病変の観察を行う事が出来る 一般的な創傷処置を行う事が出来る 指導医と共に皮膚生検法を実施することが出来る 皮膚切開、排膿処置を行う事が出来る 局所麻酔法、皮膚縫合法を行う事が出来る
薬剤	外用剤の一般的な事項を理解している 外用ステロイド、免疫抑制剤の使い分けを理解し処方出来る 外用抗菌薬・抗真菌薬の適応を理解し、処方を行う事が出来る

★初期臨床研修制度などで定められた、経験が必要な事項のリスト

※29 症候、26 疾病・病態を経験し病歴要約の提出が必要です。

- ・病歴要約は中間サマリーや退院サマリーなどなどを利用することが可能です。
- ・サマリーが無い症例（特に症候）では別途の雛形を用いて要約を作成してください

経験すべき疾病・病態	経験すべき症候
	発疹 熱傷・外傷

★その他、ローテーション中に経験してほしい症候、疾病・病態（レポート作成は不要）

アトピー性皮膚炎、薬疹、皮膚真菌症、蜂窩織炎 皮膚癌、日光角化症 褥瘡

各種マニュアル等

古賀総合病院 初期臨床研修 お仕事チェック表

- ・このリストに書かれてあるものの8割程度を、4～6月までに行えるようになります。

総論		
	病院の理念を暗唱することが出来る	
	決められた時間までに出勤することが出来る	
	タイムカードを利用し出退勤管理を行うことが出来る	nanaco カード利用
	有休を取得するための方法、相談者を知っている	
	病欠する場合の連絡方法を知っている	
	研修医参加必須のカンファレンスなどの日程を知っている	
	白衣を正しく着用することが出来る	白衣の前のボタンは閉じる
	白衣クリーニングの方法を知っている	
	適切な身だしなみであることを自ら確認出来る	
	病院スタッフ、患者さんに、能動的に挨拶を行うことが出来る	笑顔で、朗らかに
	個人情報適切に管理することが出来る（会話、データなど）	
	1日最低6時間は睡眠をとることが出来る	
	1日2食以上は食事をとることが出来る	
	自分の心身の不調を相談するための方法を知っている	
	電話で連絡する際に、適切な前置きをすることが出来る	「今お時間は・・・」

システム		
	電子カルテにログインし、使用後に必ずログアウトすることが出来る	開きっぱなしにしない
	メール、掲示板をもれなく確認することが出来る	
	文書体系管理システムを利用することが出来る	
	電話番号（PHS、固定）を検索することが出来る	
	与えられたメール（kgh メール）を毎日確認することが出来る	基幹型研修医のみ
	電子カルテの操作マニュアルを参照することが出来る	
	電子カルテの1号用紙もしくは2号用紙に記載を行うことが出来る	POS で記載する
	2号用紙の仮登録、解除の方法を知っている	
	カルテ記載に関して指導医への承認依頼を出すことが出来る	
	薬剤アレルギーなどを確認、記載することが出来る	
	DNARなどの急変時事前指示を確認、記載することが出来る	
	病名を登録することが出来る	
	患者サマリーに記載を行うことが出来る	

	検体検査結果を参照することが出来る	
	画像検査を閲覧し、読影レポートを参照することが出来る	
	生理検査結果を閲覧、参照することが出来る	
	内視鏡検査結果（画像、レポート）を参照することが出来る	
	病理検査結果を参照することが出来る	
	紹介状、薬手帳（スキャン）を参照することが出来る	
	家族の連絡先を参照することが出来る	看護のサマリー
	バイタルサインを参照することが出来る	
	看護師記録を参照することが出来る	
	コミュニケーションフォルダの利用方法を知っている	

病院内インフラ		
	自分のロッカー、貴重品の管理を行うことが出来る	
	自分の机の整理整頓を行うことが出来る	
	支給されたパソコンの管理を行うことが出来る	
	当直室の利用方法を知っている	
	駐車場の適切な利用方法を知っている	
	院内コンビニエンスストアを利用することが出来る	
	敷地内禁煙であることを理解し順守できる	禁煙しましょう
	医中誌などの二次情報を利用することが出来る	

医療安全		
	医療安全管理システムを開くことが出来る	
	危険、失敗などを感じたらすぐに指導医へ報告・相談することが出来る	
	インシデント報告を遅滞なく行うことが出来る	年間10件以上書いてください
	針刺し時の報告方法を知っている	
	医療安全関連の講習会に参加する	必修です

感染制御		
	医療関連感染制御マニュアルを参照することが出来る	
	針刺し時の対応マニュアルを参照することが出来る	
	自分のウイルス抗体価表を常に身に着けている	
	スタンダードプリコーションという言葉を理解している	日本語では標準予防策
	適切な手指消毒を行うことが出来る	手洗い、アルコール
	手指消毒を行うタイミングを3以上述べる事が出来る	全部で5つ（WHO）
	爪切りを適切に行い、付け爪をしない	時計もできれば外す

	個人防護具（PPE）の適切な着脱を行うことが出来る	マスク、ガウンなど
	マキシマルバリアプリコーションという言葉を理解している	
	滅菌手袋を適切に着用することが出来る	
	滅菌ガウンを適切に着用することが出来る	
	感染経路別予防策を3種類述べる事が出来る	全3経路
	経路別の病原体を各々2種類以上述べる事が出来る	

診察、問診		
	相手に敬意を持った態度で相対することが出来る	
	プライバシー、羞恥に配慮した診療を行うことが出来る	
	外来患者の受付から診察終了までの流れを把握している	
	診察室に呼び入れる方法を知っている	呼び出しボタン、マイクなど
	診察する前に自己紹介、患者の名前確認を行うことが出来る	
	OSCEに沿った問診を行うことが出来る	
	OSCEに沿った身体診察を行うことが出来る	
	オーダー、処方などについて外来看護師へ指示を出すことが出来る	
	病棟で担当患者がどの部屋にいるか確認出来る	患者表や電子カルテ上などで
	入院患者のベッドサイドに立ち入る前に声掛けを行うことが出来る	急に入らない

手技		
	末梢静脈採血を行うことが出来る	
	動脈血採血を行うことが出来る	
	末梢静脈血管確保を行うことが出来る	
	皮内注射、皮下注射を行うことが出来る	
	筋肉注射の方法・部位を述べ、行うことが出来る	
	清潔操作が必要な手技・処置の物品準備指示を出すことが出来る	腹水穿刺、CV留置など
	グラム染色を自ら実施することが出来る	

入院受け持ち		
	入院のオーダーを行うことが出来る	
	入院指示簿を入力することが出来る	
	指示簿で簡易入力を活用することが出来る	
	持参薬一覧・指示票の記載を行うことが出来る	
	DPC登録を行うことが出来る（入院時）	

	診療開始までに受け持ち患者の回診を行うことが出来る	
	入院患者のバイタルや看護記録を参照することが出来る	
	かかりつけ医へ診療情報を問い合わせることが出来る	地域連携室を活用
	退院のオーダーを行うことが出来る	
	絶食・遅食対応が必要な検査を知っている	
	他科コンサルテーションの手順を知っている	
	病棟超音波がどこにあるか知っており、借りてくることが出来る	

オーダーリング		
	内服薬の処方オーダーを行うことが出来る	
	臨時処方と緊急処方の違いを述べる事が出来る	
	職員の外来処方を行うことが出来る	
	入院患者の定期処方を行うことが出来る	
	各病棟の定期処方締め日を知っている	
	退院処方を行うことが出来る	
	自費診療分の処方オーダーを行うことが出来る	抗インフルエンザ薬予防投与等
	点滴、注射のオーダーを行うことが出来る	
	輸血のオーダーを行うことが出来る	
	注射カレンダーから注射オーダーを行うことが出来る	
	血液検査のオーダーを行うことが出来る	
	採取済み検体からの追加の検査オーダーを行うことが出来る	
	尿検査のオーダーを行うことが出来る	
	輸血前の検査オーダーを行うことが出来る	血型、不規則抗体、感染症
	血液培養のオーダーを行うことが出来る	
	心電図のオーダーを行うことが出来る	
	超音波検査オーダーを行うことが出来る	
	胸部単純レントゲン写真のオーダーを行うことが出来る	
	単純 CT 検査のオーダーを行うことが出来る	予定検査
	緊急 CT 検査の依頼、オーダーを行うことが出来る	当日緊急検査
	内視鏡検査のオーダーを行うことが出来る	
	内視鏡検査の前処置、絶食、内服などの指示を出すことが出来る	
	RI（シンチ）検査のオーダー方法を知っている	
	認知機能評価検査のオーダー方法を知っている	
	リハビリテーションの依頼を行うことが出来る	
	栄養指導のオーダーを行うことが出来る	

	食事のオーダー、変更を行うことが出来る	
	特殊な食事オーダー、変更を行う方法を知っている	病棟担当栄養士
	時間外のオーダー（採血）を行うことができる	

文書・書類作成		
	紹介状を作成することが出来る	電カル操作による
	報告書、診療情報提供書の違いを述べる事が出来る	
	造影剤使用説明・同意書を作成することが出来る	
	身体拘束についての説明同意書を作成することが出来る	
	内視鏡検査の説明同意書を作成することが出来る	
	輸血の同意書を作成することが出来る	
	特定抗菌薬使用届を記載することが出来る	
	退院サマリの記載方法を知っている	
	自分の退院サマリーの一覧を参照することが出来る	
	死亡診断書の記載方法を知っている	
	主治医意見書の作成方法を知っている	
	症状詳記の記載方法を知っている	
	コンサルテーションシートの記載方法を知っている	

患者説明、指導		
	内視鏡検査の説明、同意書取得を行うことが出来る	
	造影 CT の説明、同意書取得を行うことが出来る	
	輸血の説明、同意書取得を行うことが出来る	
	身体拘束の説明、同意書取得を行うことが出来る	
	患者に説明した内容を遅滞なくカルテに記載することが出来る	

その他		
	死亡確認の手順を知っている	
	病棟担当の薬剤師、栄養士、MSW などの確認方法を知っている	
	画像検査について放射線科医師へ相談することが出来る	
	院内ハリーコールのかけ方を知っている	
	CPC へ必ず参加する	

	10～20 秒程度の very short プレゼンテーションを行える	指導医
	5～6 分程度の full プレゼンテーションを数回経験する	指導医
	全体研修へ可能な限り参加する	倫理、感染、リスクは必須
	文献検索の方法を知っている	PubMed や医中誌など
	文献の発注方法を知っている	大学附属図書館への依頼など
	研修医手帳を参照することが出来る	
	レポート作成が必要な症例（29 症候、26 疾病）を把握している	研修医手帳参照
	PG-EPOC の記載方法を知っている	
	緊急時の指導医の連絡先を知っている	
	投与する薬剤の添付文書を確認することが出来る	
	医療保険制度の概要を理解している	指導医、医事課
	介護保険制度の概要を理解している	指導医、連携室

外来研修マニュアル

第2版：2025年9月1日作成

1. 研修期間の到達目標

初期研修1年目終了時	指導医の 直接 指導下において適切な一般内科外来診療を行う事が出来る
初期研修2年目終了時	指導医の 間接 指導下において適切な一般内科外来診療を行う事が出来る

2. 研修期間の獲得目標

- ・研修手帳に記載のある、経験すべき疾患・症状を全て網羅できる
- ・一般外来で遭遇する頻度の高い疾患、症状の一般的なマネージメントを理解することができる
- ・上級医、専門医へコンサルトが必要な病態、状態を適切に判断することができる
- ・入院の適応を判断を行う事ができる
- ・外来診療における他職種協働の役割を理解し実践することが出来る
- ・外来診療における**インフォームドコンセント**、**患者プライバシー**、**倫理的配慮**を理解し実践できる。
- ・初期研修修了までに記載が必要な症例・症状レポートを作成する

3. 研修の時期

- ・1年目5月頃から、主に内科研修期間において外来研修を行う
- ・週1回程度の午前中の単位を行う。
- ・入院病棟診療に差し支えが無い範囲で、集中して外来研修単位を増やすことも可能である。

4. 研修の場

- ・内科外来（一般外来、発熱外来、救急外来 walk-in など）
- ・救急外来（時間外・救急搬送対応）
- ・院外研修：地域医療、小児科、外科系外来など

5. 研修の内容

- ・軽症疾患（感冒、胃腸炎、皮疹、検診異常など）の一次診療
- ・入院症例の退院後フォローアップ
- ・外来診療の基本ステップ（予診、問診、診察、検査、Disposition 決定）を実践
- ・発熱外来・感染症診療（PPEの着脱、ゾーニング対応を含む）
- ・当直帯の救急患者（walk-in／救急搬送）の初期対応
- ・指導医の判断により、慢性疾患の定期診療や重症患者外来も経験可能

6. 指導体制

- ・原則として、指導医（もしくは上級医）の直接観察下において診療を行う。
- ・修練状況を鑑みながら、指導医の間接観察下（カーテンの後ろや、別室などで待機し適宜相談を行いながら）での診療に切り替えていく。
- ・指導医が緊急時などで席を外さないといけない場合は、指導医が代理で相談が出来る医師を依頼する。
- ・侵襲性のある検査や処置、処方（点滴・内服）、入院判断、帰宅判断などについて指導医の承認、確認（ダブルチェック）を必ず行う。
- ・診療が終了した後に、指導医と時間を設けて、診療内容や診察態度、カルテ記載、医学的知識などに関するフィードバックを行うことを努力目標とする。

7. その他

- ・研修全体の責任は、研修している診療科の部長が負う
- ・研修医が行った診療行為に関しては、指導医が責任を負う
- ・研修医は、オーダーやカルテ記載などの承認登録は指導を行っている指導医へ依頼する
- ・研修医は、指導医名とともに指導を受けながら診療行為を行った旨を必ず記載する
- ・看護師、診療補助者は研修医の安全な診療のために必要な援助を行う。
- ・研修医が指導医とのコミュニケーションに関してでコンフリクトを生じた場合、研修管理センターに報告相談を行うように努める。

外来診療ガイダンス：各論 1

Step① 診察前の準備

■ 診察前にしっかり準備を行う事は、特に初修者の外来診療にとってとても重要です。

診察前にある程度の鑑別疾患を挙げ、どんな問診や診察、検査を行うかなどある程度の方針を立てておき準備をすることで、診察の途中で真っ白になることを防ぐことができます。

■ 外来診察に慣れてくると、事前の準備の時間はかなり短くなっていきます。最初は 10～20 分程度かけて指導医と綿密に作戦を立てて望みましょう。慣れてきたら、5～10 分ほどかけて自分なりに作戦をたてて指導医に提案して **Discussion** してみましょう。この練習を繰り返していくと、将来独力で外来診療を行うきわめて大きな力になります。

1. 予診を行う

● 予診（簡単な病歴などの確認）、身体計測を行います。通常、看護師さんが行います。

外来診療を行う前に 5～10 例程度予診を行ってみましょう。

- ・予診は 5 分以内に（ここで鑑別診断を挙げたり、深く聞く必要はありません）
- ・その後に診療する医師の参考になる程度の、**Critical** な情報のみ聴取しましょう

2. 診察前に必要な情報の収集を行う

● 過去の受診歴、カルテ、紹介状などを参考に手短かに情報を収集しましょう。

- ・既往歴、主病名、服薬の内容、最近の入院歴や治療経過など

3. 予診票を参考に、鑑別診断を挙げる事ができる

● 少ない情報でも、広く鑑別診断を挙げていきましょう。

- ・本命 1－2 個、対抗馬 2－3 個、**Don't miss** なもの 1－3 個程度を挙げましょう。

4. 挙げた鑑別診断のために必要な問診・診察事項を準備する

● 通常のルーチンの診察で聞かない、特異的な事をあらかじめ準備しましょう。

- ・できればカルテやメモに書いておくと、診察の途中で忘れにくくなります。

5. 診察が終わったときにどうするか考えておく

● 診察が終わった後にどうするか、まだ判断出来ない間はその場で指導医と相談する必要がありますが、患者さんの前で **Discussion** することを避けるためにあらかじめ検査を考えておいて、患者さんに一旦外に出てもらった後に指導医と **Discussion** しましょう。

- ・心電図や尿検査、レントゲンなど、侵襲性の低く簡単なものが無難です。

外来診療ガイダンス：各論 2

Step② 呼び入れ～問診

- 問診を行う前に呼び入れ、挨拶などを行いますが、ここの第一印象はその後の診療の上で極めて重要になります。自分の容姿、礼儀、言葉遣い、態度などに十分配慮しましょう。
 - 問診は、ルーチンの問診に加えて Step①で準備した特異的な問診を出来るだけこぼさないように聴取していきましょう。現実にはイレギュラーな質問が飛んできたり、予診で取られていない予想外の症状を訴えたりしてきます。臨機応変さは経験を積まないと中々養われません。
-

1. 呼び入れ～問診まで

- 呼び入れ、挨拶、名乗り、名前確認を行きましょう。
「おはようございます。研修医の〇〇です。本日診察を担当させていただきます」
「確認のためにお名前をフルネームで教えて頂いてもよろしいでしょうか」
- ※ 患者さんが座るまでの様子（具合、歩き方）なども重要な情報です。具に観察しましょう。
- ※ 経緯を持った態度で、相手の気持ちを考慮した声かけ、非医療従事者にわかりやすい言葉で。

2. ルーチンの問診を行う。

- 主訴の確認、現病歴、既往歴、家族歴、社会生活歴などを
現病歴は、症状の始まりから受診までを、「ストーリー」としてオープンに語ってもらう。
「それでどうになりました？」「～について詳しく教えてもらっても良いですか？」などを上手く使う

3. 主訴について、OPQRST 法を用いて聴取し直す

- 臨床推論を行いやすくするために、主訴を掘り下げていきます
カルテにあらかじめ「OPQRST」と書いて準備しておくとう聞き逃しにくくなります。

4. Step①で挙げた鑑別疾患について特異的な問診事項を聴取することが出来る

- 予め聞こうと思ったことを忘れず聞きましょう。
こども、あらかじめカルテに書いておくとう良いでしょう。
また、問診の途中で出てきた新情報を元に鑑別疾患を加えていくことも必要です。

5. ROS を意識した追加の問診を行う

- 能動的に聴取しないと出てこない症状を拾うために必要です。
例えば発熱で、「気道症状、消化器症状、神経症状、皮疹、関節症状、泌尿器症状・・・」

6. 問診したことを適切な形でカルテに記載する

- 医学用語に置き換えつつ、適切な順番で記載しましょう。
患者さんを待たせないよう、出来れば検査を出した後、処方した後などに記載をしましょう。
-

★研修医に毎年注意すること

- ・ 認知症のある患者への言葉遣いは特に注意する
→ 敬意を持った態度で、非認知症患者と同じように接する。
- ・ 会話のスピードを相手のスピードと同等か、やや遅い程度に調整する
- ・ 共感の態度を示す（特につらい症状を訴えたあとなど）

★Advance

「主訴」「症状」などと、「受診動機」を分けて聴取してみましょう。

たとえば、「胸痛」で受診した女性は「胸痛の原因を調べて治療してほしい」という考えがあるかもしれませんが、もしかしたら「友人が胸痛で原因がわからず、3ヶ月後に進行乳癌が見つかったから、自分も不安になった」という「気持ち（感情）」が実際に受診行動を起こさせたきっかけかもしれません。

この場合、

主訴：胸痛 受診動機：友人が乳癌で自分もそうじゃないか不安だった

となります。そこで「心電図や胸部レントゲンを撮影して『異常がありませんよ。痛み止めを出しておきましょう』」と言う診療行為は患者さんにとって不満、不安が残ってしまう結果となります。本人の「主訴」でなくて、「心配事」に対するアプローチが必要になります。

一般的に「解釈モデル」を聞き出すことによって、「受診動機（真の主訴）」を推し量ることが出来ます。

外来診療ガイドンス：各論 3

Step③ 診察

■ OSCE と同じです。

1. OSCE で学んだ手法を用いて、ルーチンの診察を行う

- 繰り返し学習していきましょう。

診察の教科書、回診で教わった方法、YouTube などを用いて是非学んでいきましょう。

2. 適切に声かけしながら、患者の羞恥に配慮して診察を行う

- 診察中の態度もとても重要です。
 - ・「お腹を触ります」「胸の音を聞きます」など、行う行為を前もって予告しましょう。
 - ・診察時は、後のカーテンを出来れば閉める
 - ・女性の下腹部診察の際には、女性看護師さんの同席を求める。

3. 挙げた鑑別疾患に特異的な診察を追加する

- 特殊な診察法なども学ぶ必要があります
 - ・例えば髄膜炎を疑ったときの Jolt-accentuation など

4. 診察の結果を適切に解釈し、カルテに記載する

- 結果の解釈と、カルテ記載（言語化）という難しい作業になります。
 - ・この所見を陽性とするか、陰性とするか、判断困難とするか
 - ・例えば皮疹の性状をいかに表現するか
 - 自信が無い所見は、その都度指導医に確認しましょう。
 - 教科書、症例報告、専門医のカルテ記載などを参考にしながら語彙を増やしましょう。
-

★研修医に毎年注意すること

- ・診察前後に必ず手指消毒を行う
- ・腹部診察中は、必ず患者の顔を見ながら触る
 - 表情の変化に最大の注意を払う。
- ・腹部診察では、最初のわずかな圧迫で痛みがあったり筋性防御があるなら、それ以上触らない。
 - 痛い人への Blumberg 徴候などは、苦痛を与えるだけで無用。

外来診療ガイドンス：各論 4

Step④ 診察後

■ 診察が終わった時に次どうするかを決めましょう。

方法 1：指導医が検査や処方指示を決めてしまう

●最初はこの方法をとります（しばらくは準備、診察、問診までの練習）

方法 2：自分で必要な検査などを考えて、指導医と Discussion する

●ある程度慣れたら、Step①で考えておいた検査+αを出して下さい

方法 3：自分で検査や処方などの方針を考えて、指導医に許可をもらう

●2 年目後半～3 年目頃の到達目標です

一旦、患者さんに外に出てもらった後でも良いので、「～を考えて～の検査を出したいと思います」などと、指導医へプレゼンしてみてください。

Step⑤ Disposition の決定

■ 検査結果の解釈、暫定（確定）診断、Disposition の決定を行います。

1. 行った検査の結果を解釈する

● 検査の特性なども考慮した上で、結果を解釈、吟味します。

2. 問診や診察の情報と統合し、鑑別診断の出し入れ、上げ下げを行う

● ベイズの定理も頭に浮かべながら

3. Disposition の決定

●指導医と相談しながら治療方針を決定していきます。

・慣れてきたら、自分で考えて指導医へ Presentation しましょう。

※必ずしもその場で診断がつくことは多くなく、その場合には妥当な治療・経過観察の方針を決める必要があります。

外来診療ガイドンス：総論

外来での到達目標

<①診察前の準備>

1. 予診を行う事ができる
2. 診察前に必要な情報収集を行う事ができる
3. 予診票を参考に、鑑別診断を挙げることができる
4. 挙げた鑑別診断のために必要な問診・診察事項を準備することができる

<②問診>

1. 適切な呼び入れ、挨拶、名前確認を行う事ができる
2. 敬意を持った態度、適切な言葉遣いで問診を行う事ができる
3. 問診した事を適切な形でカルテに記載することができる
4. 一通りの現病歴、既往歴、その他を聴取することができる
5. 主訴に対して、OPQRST 法などを用いて更に詳しく聴取することができる
6. 挙げた鑑別疾患に特異的な問診事項を聴取することができる
7. ROS を意識しながら追加の問診を行える

<③身体診察>

1. OSCE で学んだ診察法を適切に実施できる
2. 身体診察の結果を適切に解釈し、カルテに記載することができる
3. 声かけや、患者の羞恥に配慮した診察を行う事ができる
4. 挙げた鑑別疾患に特異的な診察を追加することができる

<④診察後>

1. 指導医の指示で検査や処方のおオーダーを行う事ができる
2. 必要な検査などを挙げた上で、指導医と相談しオーダーを行う事ができる
3. 検査や処方などのマネージメントを自分で考えて、指導医に許可をもらう事ができる

<⑤検査後>

1. 行った検査の結果を解釈することができる
2. 検査結果を参考に鑑別・暫定診断を挙げ、更なる精査を検討することができる
3. 患者の Disposition を指導医と相談し決定することができる
患者の Disposition を自分で考えて、指導医に許可をもらう事ができる

■入院を決断したら

<流れ>

1. 入院決定について看護師へ伝え、病床を抑えてもらう
2. 入院のオーダーを行う

<実際の手順>

1. 入院決定について看護師へ伝え、病床を抑えてもらう

患者から確認すべきこと	個室（差額あり）の希望の有無
自分でチェックすべきこと	感染対策が必要な状況 ・ 空気感染を起こす危険性のある疾患 麻疹、結核疑い、播種性带状疱疹感染・・・ ・ 接触対策が必要な疾患や病歴 インフルエンザ、ノロ、コロナなど ESBL 産生菌、MRSA などの検出歴 →いずれかに該当するなら ICN へ相談
看護師へ伝えること	・ 当日緊急入院なのか、後日予約入院なのか ・ 年齢、性別 ・ 認知症の有無、ADL ・ モニタ管理が必要かどうかなど

2. 入院のオーダーを行う

オーダーの方法：操作マニュアル→「5・6 入院基本オーダー」参照

Tips
マニュアル「緊急入院種別判定」では、 来院状況「予定あり」は予定入院。当日緊急入院なら「ダイナミックテンプレートを記入する」を選択する 該当状況は、緊急入院加算がつくかどうかなので、該当があれば選ぶ

病棟研修マニュアル

初版：2017 年 9 月 15 日作成

8. 研修期間の到達目標

初期研修 1 年目終了時	指導医の 直接 指導下において適切な病棟診療を行う事が出来る
初期研修 2 年目終了時	指導医の 間接 指導下において適切な病棟診療を行う事が出来る

9. 研修期間の獲得目標

- ・研修手帳に記載のある、経験すべき疾患・症状を全て網羅できる
- ・入院患者において経験する頻度の高い疾患、症状の一般的なマネジメントを理解することができる
- ・上級医、専門医へコンサルトが必要な病態、状態を適切に判断することができる
- ・外来診療における他職種協働の役割を理解し実践することができる
- ・初期研修修了までに記載が必要な入院症例・症状レポートを作成する
- ・入院患者の診療計画作成、評価を指導医とともに実施することができる
- ・入院患者の退院適否判断を行う事ができる

10. 研修の時期

- ・1 年目 5 月頃から、主に内科研修期間において病棟研修を開始する
- ・内科研修期間後に、外科、精神科を含めた診療科の病棟研修を行う

11. 研修の内容

- ・各科研修の総論としては、研修手帳、研修プロセス表記載に従い研修を行う。
- ・各科（内科の各臓器専門科も含め）の各論は、各シラバスに従い研修を行う。
- ・研修医には、一日に半日以上の病棟単位を設け、病棟研修に専念することができるよう配慮する。
- ・各種カンファランスへの参加（「初期研修医勉強会、講義リスト」を参照）

12. 指導体制

- ・原則として、指導医－上級医による屋根瓦での直接・観察指導下において研修を行う。
- ・研修医は全受け持ち症例に対しては「担当医」として対応する（主治医は指導医・上級医）。
- ・病棟からのコールは基本的に研修医が対応するが、対応については指導医への「報告・連絡・相談」を欠かさないように心がける。
- ・指導医が必ず PHS で連絡がつけられる状態にしておくが、指導医が外勤・出張などで不在の場合は必ず代理医を依頼し、研修医は代理医に相談を行う。
- ・指導医・上級医と連絡が取れない場合は、研修科の部長もしくは研修管理センター所属医師に連絡を取

り相談を行う。

- ・毎日、研修医は指導医と時間を設けて診療計画をディスカッションし、指導医は診療内容や診察態度、カルテ記載、医学的知識などに関するチェック、フィードバックを行うことを努力目標とする。

1 3. 担当症例の選択・人数など

- ・担当症例は、各科指導医が相談し決定する。
- ・経験が必要な症例（29 症候、26 疾病・疾患）を優先的に経験できる様に指導医らは配慮を行う。
- ・担当症例の人数は、1 年目は 6 名程度、2 年目 9 名程度を概ねの上限とする。ただ、症例の内容（たとえば転院調整待ちで特別な介入が必要ない症例やカルテフォローのみを行っている症例など）に応じて、指導医・研修医とで相談し更に入院症例を増やすことが出来る。

1 4. 評価

- ・研修医の病棟診療の形成的評価は日々の指導医との振り返りやメンターとの振り返りにより行う。
- ・総括的評価については、基本的には EPOC の入力、他職種からの 360 度評価によって行う。

1 5. その他

- ・研修全体の責任者は、研修している診療科の部長が負う
- ・研修医が行った診療行為に関しては、指導医もしくは上級医が責任を負う
- ・研修医は、オーダーやカルテ記載などの承認登録は指導を行っている指導医へ依頼する
- ・看護師、診療補助者は研修医の安全な診療のために必要な援助を行う。
- ・研修管理センターは、研修医の受け持ち症例数などをチェックし、過大な負荷がかかっているか注意を払う。場合によっては研修科の指導医と相談を行う。
- ・研修医が指導医とのコミュニケーションに関してコンフリクトを生じた場合、研修管理センターに報告相談を行うように努める。

■入院を受け持ったら

1. 入院診療計画書を記載する
2. 指示簿を入力する
3. 持参薬一覧・指示票の記載を行う（作成されてから）
4. 当面必要な点滴、内服薬の処方を行う
5. 当面必要な検査のオーダーを出す
6. 食事のオーダーに変更があれば入力する
7. 病名をつける
8. リハビリオーダーを入れる（必要に応じて）
9. 栄養指導のオーダーを入れる（必要に応じて）
10. 入院時 DPC を入力する
11. 入院時 1 号用紙を記載する（Admission Note）
12. 患者サマリーに記載を行う
13. 紹介元へ入院報告書を記載する（紹介患者であれば）
14. 患者・家族へ説明を行う（必要な同意書をもらう）

<各論>

1. 入院診療計画書を記載する

●入院診療計画書は必須記載の書類です。患者さんに渡すものです。入院後すぐに書きましょう。

記載方法：「操作マニュアル」→「文書作成オーダー」参照

※研修医が作成する場合：「主治医」を指導医・上級医の名前に変更し、「主治医以外の担当者名」には自分の名前を入れる。

2. 指示簿を入力する

●入院の上治療を行う上で必要な Ns への指示（バイタル測定の頻度や安静度、予想されるイベントへの対処法など）をあらかじめ記載しておきます。これがないと、頻繁に電話がかかります。

記載方法：「操作マニュアル」→「文書作成オーダー」参照

① 安静度

患者さんがどこまで安静を必要とするかを記載します。

- ・「安静度区分」の検索ボタンに入っているものをそのまま使うだけでも良いです。細かく指示を出したければ、直接記載したり、コメントに追記したりしても良いです。

<入れておいた方が良い項目>

「普段の安静度（ベッド上/トイレ時歩行可/病棟フリー/院内フリーなど）」

「検査出しなどの際の移動手段（歩行/車椅子/ベッド）」

「保清の方法（清拭/シャワー/入浴など）」

② オーダー

予想されるイベントに対して、自動で投薬などを行ってもらうための項目です。

例えば、「発熱したら、カロナール(300mg)1錠内服してもらう」など。

※あくまでも「予想されるイベント」です。予想されないイベント（例えば、検査入院の人が発熱するなど）の場合は、自動で対症療法を行う前に診察・評価を行う方が安全ですので、「Dr. コール」などとしておきましょう。

・マニュアルに従って一つ一つ入れても良いですが、大変なので「簡易入力」から入れていきましょう。自分でセットを作っても良いですし、他の先生のセットから流用しても良いです。

・代表的な物は、「発熱時」「疼痛時」「嘔気・嘔吐時」「便秘時」「不眠時」「不穏時」などです。

③ バイタル

入院患者のバイタルサインをどのくらいの頻度で測定していくかを記載します。

・大体の目安では、不安定な患者さんは「バイタル測定 3 回/日」程度、ICU レベルなどでは「6 時間毎」など、設定していった下さい。

※状態が安定したら、必ず測定の頻度を減らしていった下さい（Ns が大変です）。

・「バイタル」タブの「その他」には、例えば「体重測定」などを記載して下さい。

④ その他指示

上記①～③以外の細かい指示を入れていきます。例えば、

■予想されるイベントに対して、オーダーを伴わない指示を入れる場合

例：「SpO2<92%であれば酸素経鼻 2L/min 開始もしくは 1L/min アップ」

■オーダーを伴う場合

例：「収縮期血圧<90mmHg なら生食 500ml を 2 時間かけて投与」

→別途、② オーダー指示で生食の指示を出しておいた方が Ns は助かるでしょう。

<入れておいた方が良い項目>

「SpO2 に応じた対処指示」「血圧に応じた対処指示」「血糖に応じた対処指示（スケールなど）」

「絶食指示」「急変時蘇生処置の有無」

※②と同様で、酸素が下がることが予想出来ない患者であれば、SpO2 に応じて自動で酸素を投与するだけの指示を出してはいけません。まずは低酸素の評価を行う必要がありますので、患者安全のために「酸素開始と同時に Dr コール」などと記載しておきましょう。

■その他、Ns への口頭指示で間違いが無いよう（記録としての残すため）に活用しましょう。

例：「5 月 6 日、日勤帯に尿道カテーテルを抜去して下さい。」

「6 月 13 日、家族が来院したら説明を行いますので主治医コールをお願いします」

※一時的な指示であれば、「終了日」を記載して指示が残らないようにしましょう。

※出来るだけ「具体的な数値」「具体的な指示」を心がけましょう。曖昧な基準や対処法は、間違い・事故の元になったり、指示を受ける側が困る原因となったりします。

例：「発熱したらカロナール内服」

→「体温 38 度以上でカロナール(300mg)1T 内服、4 時間空けて 4 回/日まで」

3. 持参薬オーダーに継続・中止の支持を行う

●入院時の持参薬を継続・中止するか、入院中または退院後に再開。中止するか、持参薬オーダーで入力します。持参薬を薬剤師で確認し、持参薬オーダーが入力されるまでに時間がかかる場合があります。入力後は持参薬指示書が入院病棟に発行されます。

平日時間外、土日祝日は持参薬識別ができないため、当院処方、紹介状、お薬手帳などを参照し、休み明けの分まで臨時、緊急処方をお願いします。直近平日に薬剤師が鑑別し、入力を行います。臨時、緊急処方の切れ後にしようすることは可能です。

< 持参薬オーダーの手順 >

< 継続している持参薬の中止 >

< 中止した持参薬の再開 >

< 持参薬の継続処方（院内処方への切替） >

→操作マニュアル「持参薬オーダー」参照

4. 病名をつける

●入院時点である程度の病名を付けてしまいましょう。

左側バーの「病名」ボタンから登録する。

詳しい病名登録方法は「操作マニュアル」→「病名オーダー」参照

入院時点で付けておく病名

- ・入院主病名：主病名サインを付けておく。開始日は受け持ち日でなく、「入院した日」に変更する。
- ・その他病名：入院時に行った検査や投薬のために必要な病名を入れる

入院後に付ける病名

- ・入院後に実施した検査や投薬で新たに必要となった病名を入れる

病名登録の Tips

- ・検査は「疑い」でも良いが、投薬は通常「疑い」で保険が通りません。
- ・後々不要となる病名は、自動終了させるようにしておきましょう。

後々に不要となることが予測される病名（検査のために付けた病名や、治癒が見込まれる病名など）は、自動で終了されるようにしておくとし後から見た先生が困らなくなります。例えば、検査の疑い病名だったら「転帰区分（右上の方）」を「中止」→「自動終了（右下の方）」を「1ヶ月後」など。

5. リハビリオーダーを入れる（必要に応じて）

- ADL が完全に自立する方など以外では、基本的にはリハビリをオーダーしましょう。

「リハビリオーダー方法（簡易版）」参照：入職時に配布され、リハビリの方から貰えます。
（手順を以下に抜粋）

- ①入院主病名が以下であれば、リハビリ依頼のためにコンサルトが必要。
神経疾患、脳血管疾患、摂食嚥下障害は神経内科へコンサルト（月、水、木）
運動器疾患は整形へコンサルト
- ②上記疾患以外であれば、自分でリハビリをオーダーする。
 - ・左側バーの「リハビリ」ボタンから入る
 - ・診断病名を付ける（入院主病名のみを、右の「依頼科」もしくは「全科」より選択する）
 - ・治療目標を選ぶ
 - ・疾患分類を決める：がん、循環器疾患はそのまま付ける。それ以外は「廃用症候群」を選択する
 - ・依頼項目を入れる：「理学療法」 and/or 「作業療法」 ボタンを押し、以下を記載する。
「診療報酬区分」、「訓練場所」、「リハ内容」 3つとも、右に出てくる選択肢を選ぶ
「起算日」はわかる範囲でつける（発症日 or 手術日は必須）
 - ・上記を入れたら、右下の登録を押して終了

6. 栄養指導のオーダーを入れる（必要に応じて）

- 栄養士さんから、栄養指導が行われます。施設入所者などで管理された食事を出されている方以外（自宅生活）で高血圧や糖尿病などがある方は積極的に入れましょう。

「操作マニュアル」→「栄養指導オーダー」

Tips

- ・通常は、「日付未定」でオーダーして良いです。栄養士・病棟看護師が患者や家族と相談して栄養指導の日程を調整して貰えます。
- ・もし家族が栄養指導を希望し、来院する時間が決まっていれば、その旨予約日を設定するか、日付未定としてコメント欄に「希望日・時間」を記載すると良いです。

7. 入院時 DPC を入力する

左側バーの「DPC 登録」から作成を開始する。

※医事課の方がある程度作成してくれますが、医師しかわからない部分もたくさんありますので、出来るだけ自分で記載を行うように心がけましょう。

※記載方法がわからない場合は、医事課の方にいつでも聞いてください。

<上半分の記載>

- ・入院履歴情報の下の該当入院期間の日付をダブルクリックし、修正を行う。

①DPC 登録画面の記載

入院目的	1～4 まで選ぶ。肺炎などの入院であれば通常は 4 です
JCS	入院時点の JCS を記載して下さい
リハビリ	有無を記載
GAF	主病名が精神疾患の場合は、適宜記載を。
A-DROP 肺炎区分	主病名が肺炎（誤嚥性肺炎なども）の場合に記載する。 ※A-DROP（肺炎重症度）：以下の 5 項目を満たす数の合計 A（年齢）：男性 70 歳以上、女性 75 歳以上 D（脱水）：BUN $\geq$ 21mg/dL または脱水あり R（呼吸）：SpO ₂ < 90% 以下（PaO ₂ < 60torr） O（意識）：意識障害あり P（血圧）：収縮期血圧 < 90mmHg
脳卒中	主病名が脳卒中の場合に記載
DPC 決定傷病名	右の「検索」から、登録された病名より選択する。 「最も医療費を投じた病名」を選ぶ。どれを選ぶかわかなければ複数選んでおいて下さい（退院時に再度選び直しますので、入院時は大体で OK）

以上が記載終了したら、「登録」を押して「医師」にチェックを入れる。

②DPC 承認画面の記載

- ・一番下の青い「承認画面へ」ボタンを押す

入院区分	1：予定入院 2：緊急入院 → 救急車以外での受診による緊急入院 3：緊急入院（2 以外） → 救急車、ドクターヘリによる緊急入院
救急搬送	あり、なしを選択（ありなら、入院区分は「3」になる）
退院先	わかる範囲で記載（特に介護施設の区分は調べないとわかりにくい）

以上が記載終了したら、「登録」を押して「医師」にチェックを入れる。

※不足などあれば、適宜医事課から問い合わせがあります。

8. 入院時1号用紙を記載する (Admission Note)

- 入院時には1号用紙を記載することが必須となっています。必ず書いて下さい。

・診療記録（カルテ記載部分）のタイトル部分を右クリック→「新規作成（簡易 SOAP）」
→「1号用紙」と変更して、入院時サマリーの家族歴の部分までを記載する。

・家族歴以降の、評価や治療方針などについては新たに診療記録を作成し、追記していく。

・後から探しやすい様に、記載した日付を重要日にしておく。

上部タブ（日付が書いてある所）を右クリック→重要日コメント新規登録→「入院日」等と書く
そうすると、日付に「★」マークがつくので、後々探しやすい

9. 患者サマリーに記載を行う

- 患者の簡単なサマリーを記載しておくことで、別のスタッフが見てすぐに患者の概要を理解出来るように記載しておくことが出来ます。「2分以内に大体理解出来る」程度の記載量とすると良いです。

左側バー、「患者サマリー」を押して記載を行う。

「操作マニュアル」→「28.患者サマリー」参照

・入院中の患者であれば、「基礎疾患、かかりつけ、生活の場、ADL、入院に至った現病歴、治療方針、急変時対応（Code）」などを簡単に記載すると良いです。

・退院する時には、退院後外来を受診したときに入院の経過が分かるように、上記にあわせて経過をごく簡単に追記しておく、と親切です。

10. 紹介元へ入院報告書を記載する (紹介患者であれば)

- 紹介した先生は、どうなったか心配していると思いますので、可能な限り当日もしくは翌日までに記載して送付（FAX もしておくとなお良いです）しましょう。

・左側バーの「Yahgee ランチャー」から作成

・印環を押して、病棟クラークさんもしくは地域連携室経由で送付+FAX を依頼する

- 紹介ではないけれどもかかりつけの先生がある場合は、入院したことを報告することは地域連携の観点からも重要なことですので、是非報告書を作成しましょう。ついでに、診療状況（投薬内容や、最近の検査値、方針など）を教えてもらうような記載をしておく、と便利です。

・左側バーの「Yahgee ランチャー」から作成

・印環を押して、病棟クラークさんもしくは地域連携室経由で送付+FAX を依頼する

11. 患者・家族へ説明を行う (必要な同意書をもらう)

- 当日もしくは可能な限り早期に面談・説明を行いましょう。

＜説明しておいた方がよい事項＞

- ・病状、病名、治療方針など一般的な説明事項
- ・高齢である、重篤な状態である場合：急変時処置について（Code）
- ・重篤な状態である場合：経過次第では生命の危機に陥る（死亡する）可能性があること

＜取っておいた方がよい同意書＞

せん妄のリスクがある場合：身体拘束についての説明同意書（必要に応じて）

「文書作成」→「10.説明同意書」→「身体拘束についての説明同意書」

（記載例）

身体拘束の必要性：カテーテル・ドレーン類の抜去、転倒転落防止など

身体拘束の内容：四肢・体幹ベルト、ミトンなど

期間及び時間帯：医師・看護師が必要と判断する期間

- ・以上を記載し、プリントアウトしてサインをもらい、看護師へ渡す

行う可能性のある検査の同意書（必要に応じて）

造影 CT 検査：「文書作成」→「02.問診」→「CT 検査問診票」

「文書作成」→「10.説明同意書」左の+マーク→「6.放射線科」の中

内視鏡検査：「文書作成」→「10.説明同意書」左の+マーク→「1.内科」→「消化器内科」の中

輸血など：「文書作成」→「10.説明同意書」→「特定生物由来説明書」＋「〃同意書」

- ・各々プリントアウトし説明、サインをもらい看護師へ渡す

＜面談を行い、説明した内容をすぐにカルテに記載する＞

方法：2号用紙の【診療記録】の部分を右クリック→「表題変更」→「IC」として、記載を行う。

記載内容：

1. 説明の場所、時間、説明相手、説明した者の名前、同席者
2. 上記、説明した内容
3. 家族から質問があればその内容、最終的に方針に同意したかどうか

＜その他、行うこと＞

- ・急変時 DNRI であることが確認出来たら、指示簿にも「急変時 DNRI」と書いておく

■退院を決断したら

<流れ>

1. 退院決定について看護師へ伝達する
2. 退院のオーダーを行う（通常、看護師が入力する）
3. 退院診療計画書を作成する
4. DPC の登録を行う
5. 退院処方を行う
6. 退院後外来予約、検査予約を入れる（再診がある場合）
7. 診療情報提供書を準備する
8. 退院サマリの記載を行う

<実際の手順>

1. 退院決定について看護師へ伝達する

- ①退院日、退院時間について担当看護師へ伝達を行う
- ②口頭指示での間違いがないよう、①の内容をカルテか指示簿に記載する
- ③必要に応じて MSW と調整を行う（介護タクシーやケアマネージャーの調整など）

2. 退院のオーダーを行う（通常、看護師が入力する）

入院患者一覧から当該患者を右クリック→入院基本→退院決定

※自分で登録する場合は、操作マニュアル→「15.入院基本オーダー」参照

3. 退院診療計画書を作成する

- 入院診療計画書は必須記載の書類です。必ず書きましょう。

「文書作成」ボタン→「01. 計画書」から選び、記載を開始する

※記載方法：「操作マニュアル」→「27.文書作成」参照

- ・「主治医以外の担当者名」には指導医名を入れておく
- ・記載が終わったら上書き保存し Excel ファイルを閉じて、右下の「登録」ボタンを押す

4. DPC の最終登録を行う

- この作業をしっかりと行わないと医事課のスタッフがとても困ります。

※下記①～③を**退院日前日まで**（出来れば前もって）に登録しておく

①DPC 登録画面の記載

入院時に記載していない部分／変更があった分を記載し直す。

②承認画面の記載

入院時に記載していない部分／変更があった分を記載し直す

③「様式1」の記載

- ・上記②承認画面から一番下の青い「様式1」ボタンを押す
- ・もしくは、DPC 登録から左下の「様式1詳細」の該当入院日をダブルクリック

診療	わかる範囲で記載を。以下の点は医師が可能な限り記載を。 ・退院時転帰 ※主病名が外来フォロー必要なら「軽快」、不要なら「治癒」 ・主病名が脳卒中：発症前／退院時の Rankin-Scale、発症時期 を記載 ・主病名が肺炎なら：肺炎の重症度分類
診療関連	わかる範囲で記載を。以下の点は医師が可能な限り記載を。 ・喫煙指数、入退院時 JCS、ADL スコア ・主病名が癌関連：初発／再発、Stage、TNM 分類 ・主病名が呼吸器疾患（肺炎含む）：Hugh Jones 分類 ・主病名が心疾患：NYHA 分類 ・主病名が ACS 関連：入院時重症度（CCS、Killip など） ・主病名が肝硬変関連：Child-Pugh 分類 ・主病名が急性膵炎：重症度分類 ・主病名が熱傷：Burn Index

以上が記載終了したら、「登録」を押して「医師」にチェックを入れる。

※不足などあれば、適宜医事課より問い合わせがあります。

5. 退院処方を行う

処方オーダーを行う。

①右上の方の「処方区分」を「退院」へ変更する

②退院処方開始日は「退院日」から開始とする。

③入院中の処方でも余る分（退院日以降の分）は返品とするため、病棟看護師か病棟薬剤師へ、その旨伝える。

※施設への退院や転院していく患者であれば、先方へ処方日数を伺っておく。

6. 退院後外来予約、検査予約を入れる（再診がある場合）

●退院後の外来再診がある場合、受診の予約やその際の検査予約などを適宜入れてください。

<退院後外来受診予約>

- ① 左側バーの「予約」を押す
- ② カレンダーが出るので、適宜再診日に登録する

<退院後の検査予約>

- ① 2番の退院登録が終了していることを確認する（入院患者一覧に変化あり）
※退院登録せずに検査を出すと、入院中オーダーとなり、退院時に消去されます。
- ② 退院日よりも未来日での検査予約を通常どおり入力する。

7. 診療情報提供書を準備する

「紹介元への手紙」、「紹介先への手紙」
の2種類を基本は作成する（両者兼ねる場合もある）

<紹介元への手紙>

※紹介患者でなければ、記載不要。

- ・左側のツールバーから「紹介状」を選択
- ・紹介元の病院名の右側の「+文書追加」ボタンを押す
- ・退院後に紹介元に戻らない場合は「最終報告書」、退院後に紹介元へ戻り診療を継続してもらう場合は「診療情報提供書」から文書を作成する。
- ・作成したらプリントアウトして**印鑑を押し**、検査など添付文書を添えて病棟クラークさんへ渡す（退院時に持たせるか郵送するかも伝える）。

<紹介先への手紙>

※退院後どこにも紹介しない場合は記載不要。

- ・左側のツールバーから「紹介状」を選択
- ・全く新たな紹介（逆紹介）なら「新規の紹介（逆紹介）」、紹介元ではないが元のかかりつけ医へ診療継続を依頼するなら「紹介受け付け情報が・・・」の、右側の「+文書追加」ボタンを押す
※紹介元で診療を継続してもらうなら、上記の「紹介元への手紙」だけで良い。
- ・作成したらプリントアウトして**印鑑を押し**、検査など添付文書を添えて病棟クラークさんへ渡す（退院時に持たせるか郵送するかも伝える）。

8. 退院サマリーの記載を行う

- ・退院から **14 日以内** に必ず記載を終える。※初期研修医は退院から **7 日以内**
- ・該当患者のカルテを開き、「文書作成」から「06. 退院サマリー」を選ぶ。
- ・「ファイル名」の中から、どのテンプレートを用的か選ぶ

テンプレートの意味は以下の通り

退院時要約：Excel ファイル、カルテ記載事項なども反映

退院時要約 2：Excel ファイル、患者基本事項（指名や住所など）程度のみが反映。

退院時要約 3：Word ファイル、患者基本事項（指名や住所など）程度のみが反映。

退院時要約 4：Word ファイル、カルテ記載事項なども反映

退院時要約（研修医用）：Word ファイル、内科学会レポートに準じたもの

- ・開いた画面で右上の方の「文書編集」を押すと、Excel/Word ファイルが開く。
- ・作成が終わったら、上書き保存（Ctrl+S）して、ファイルを閉じる
- ・記載途中なら「登録」を、完成なら「登録&文書確定」を押す。

作成に疑問がある場合は、診療情報管理室へ問い合わせして下さい。

患者説明マニュアル

初版：2017 年 7 月 28 日作成

1 6. 研修期間の到達目標

初期研修 1 年目終了時	侵襲的検査、処置、輸血等の説明、同意書の取得を行う事が出来る 指導医の 直接 指導下において検査結果、病状の説明などを行う事が出来る
初期研修 2 年目終了時	指導医の 間接 指導下において検査結果、病状の説明などを行う事が出来る 指導医の 直接 指導下において急変時の事前指示、Advanced Care Planning に関する話し合い、重大疾患（癌等）の告知を含む病状説明を行う事が出来る

1 7. 研修期間の獲得目標

- ・ 検査結果、病名、病状、治療方針、診療計画について患者が納得出来るように説明出来る
- ・ 説明用紙などに記載を行い、図示なども用いながら説明を行う事が出来る
- ・ 患者のプライバシーや羞恥、感情に配慮した説明・環境整備を心がけることが出来る
- ・ 一方的な説明にならないようにする説明の技法を用いて説明を行う事が出来る
- ・ 説明を行った事を速やかに診療録に記載することが出来る
- ・ 診療録に記載する際に必要な事項を知っている
- ・ セカンドオピニオンについて、その定義・実施方法について理解している

1 8. 研修の時期、場

- ・ 全ての研修期間を通して、外来、病棟で行う

1 9. 研修の内容

- ・ 患者説明に関する講義の受講（研修医勉強会など）
- ・ 侵襲的検査、処置、輸血などの説明、同意書の取得
- ・ 検査結果、病状（病名、予後予測など）の説明
- ・ 治療方針、診療計画（クリニカルパスも含む）の説明
- ・ 薬剤の効果、副作用などに関する説明
- ・ 療養指導（どのように過ごすか、どのような場合再受診すべきかなど）の説明
- ・ 急変時の事前指示（DNAR を含む）の説明、希望聴取
- ・ Advanced Care Planning に関する話し合い
- ・ 重大疾患（悪性疾患や神経難病など）の告知

20. 指導体制

- ・当初は指導医による説明に同席し、見学学習を行う
- ・状況を見ながら指導医同席の元、研修医が説明を行う
- ・進捗に応じて、簡単な説明（検査結果の伝達や投薬薬剤の説明など）を研修医が単独で行うことができる様に、指導医が援助・指導する

21. その他

- ・研修医が説明、同意書の取得などを行う場合、その責任は指導医もしくは診療科部長が負う
- ・説明前に、説明する内容などについて必ず指導医と相談を行う
- ・指導医がやむを得ず同席出来ない場合は看護師（師長含む）などに同席の依頼を行う
- ・診療録には、「説明の出席者」「誰が主に説明を行ったか」「説明時間」「説明場所」「説明内容」を必ず記載するように心がける。また、患者の反応や返答、質問なども可及的に記載する。
- ・同意書には、基本的には研修医、指導医の名前を連名で記す

※セカンドオピニオンに関して

- ・他院からの当院へのセカンドオピニオン紹介に関しては、地域連携室が一括窓口として管理している。通常の外来とは異なる対応となる（HP にセカンドオピニオンに関する記載あり。地域連携室に対応マニュアルあり）ため、一度地域連携室へつなぐこと。
- ・担当患者（外来でも）から他院へのセカンドオピニオンの希望がある場合は、必ず指導医と相談しセカンドオピニオンの検討、手配を行う。通常、地域連携室が窓口となりセカンドオピニオンを受け付けている病院を選定、調整を行う。

当直研修マニュアル

初版：2017 年 9 月 15 日作成

2 2. 研修期間の到達目標

初期研修 1 年目終了時	指導医の 直接 指導下において当直帯の一次医療を行う事が出来る
初期研修 2 年目終了時	指導医の 間接 指導下において当直帯における一次・二次医療の提供、病棟対応を行う事が出来る

2 3. 研修期間の獲得目標

- ・研修手帳に記載のある、経験すべき疾患・症状を全て網羅できる
- ・夜間、休日などにおける一般的な walk-in 患者のマネジメントを行う事ができる
- ・夜間、休日の救急搬送患者の一般的なマネジメントを行う事ができる
- ・専門医へコンサルトが必要な病態、状態を適切に判断することができる
- ・当直帯で遭遇する、整形外科、婦人科、眼科、耳鼻科、皮膚科、泌尿器科などの知識・経験が必要な病態に対して、適切な一次対応を行う事が出来る
- ・入院の必要性の判断や適切なフォローアップ（後日専門科受診など）の提案を行う事ができる

2 4. 研修の時期

- ・1 年目 6 ～ 7 月頃から、当直研修を開始する

2 5. 研修の内容

- ・内科当直医、外科当直医とともに、当直帯の walk-in、救急搬送例、病棟対応を行う
- ・週 1 回程度の当直を行う（※最大で 4 日間／月とする）

2 6. 指導体制

- ・内科研修中は内科当直医、外科研修中は外科当直医を主な指導者として当直研修を行う（他診療科研修中は当直医と相談する）。また、内科研修中でも、外科当直医対応例を通して研修を行うことも可能である（逆も然り）。
- ・受診、救急搬送例の受け入れ判断、病棟からのコールは原則として当直医が行い、当直医は研修医に連絡し一緒に対応を行う（原則として研修医が 1st-call を受けることを避けるが、受けた場合は必ず当直医に連絡・相談し、単独診療を行わないようにする）。
- ・症例に応じて当直医が指示を出して間接的な指導の下で研修医が対応を行う事も可とするが、密に連絡を取り、治療方針決定や帰宅判断などは必ず指導医の許可の下行う。この場合、当直医は可能な限り患者を直接観察し危険性が無いか評価を行うなどして、患者の安全性を保ちつつ研修医の不安を低減する努力を行う。

- ・当直医は必ず PHS で連絡がつけられる状態にしておく。連絡がつかない場合は、研修医はもう一人の当直医へ連絡を行い相談する事ができる。
- ・指導医は対応した症例毎に研修医と時間を設けてディスカッションし、診療内容や診察態度、カルテ記載、医学的知識などに関するチェック、フィードバックを行うことを努力目標とする。

27. 評価

- ・研修医の病棟診療の形成的評価は日々の指導医との振り返りやメンターとの振り返りにより行う
- ・総括的評価については、基本的には EPOC の入力、他職種からの 360 度評価によって行う

28. その他

- ・原則として研修医が行った診療行為に関しては、当直担当医師が指導責任を負う
- ・研修医は、オーダーやカルテ記載などの承認登録は当直医へ依頼し、当直医は遅滞なく記載のチェックを行い、カルテ承認登録を行う
- ・当直看護師は研修医の安全な診療のために必要な援助を行う
- ・研修医は、当直勤務表が決定したら自分が当直に入る日を決めて、医局秘書へ連絡する
- ・食事（夕食、朝食）は医局秘書が準備を行う
- ・当直室は、原則として 3 階北病棟の当直室を用いる
- ・当直研修は午後 5 時から午前 8 時 30 分までであり、手当は別途定める

研修医の診療行為に関するマニュアル

初版：2017 年 9 月 1 日作成

第 2 版：2018 年 8 月 22 日改訂

1. 総論

初期研修医が行う診療行為や診療録記載などについては、基本的に指導医・上級医による確認、承認、フィードバックが必要である。特に、患者の安全が脅かされる可能性のある診療行為については、研修医が単独で行ってはならず、指導医の直接・間接的な指導が必須である。

本マニュアルでは、当院で初期研修医が実施する医療行為を危険性、重大性、難易度などによりレベル分けし、各々に必要な「指導医（もしくは上級医）の関与」を定める。

2. 原則

- ・原則として、当該診療行為を初めて実施する際には、指導医の事前・事後確認から立ち会いを要する
- ・本基準は、研修医が「十分その診療行為に熟達した場合」でも必要な指導医の関与を示している
- ・緊急時などの医療行為に関しては、患者の安全と利益を最優先し本基準の弾力的な運用が出来る
- ・当院で基本的に実施しない稀な手技や新たな医療行為を行う場合は、その都度指導医の判断で実施し、後に研修管理委員会で本マニュアルに追記を検討する
- ・研修医は診療行為を実施した後に速やかにカルテに記載し、指導医らからカルテチェックを受ける

3. 基準のレベル

レベル 1	研修医が単独で判断し実施可能である医療行為
レベル 2	指導医による実施後確認が必要な医療行為
レベル 3	指導医の実施前確認と実施後確認が必要な医療行為
レベル 4	指導医の実施前確認と実施後確認、更に実施時の立会が必要な医療行為
レベル 5	基本的には研修医が実施することの出来ない医療行為（※）

※医療行為の計画は初期研修医が指導医との相談の下で行えるが、医療行為自体を研修医は出来ない

レベル	実施後確認	実施前確認	立ち会い
1			
2	要		
3	要	要	
4	要	要	要
5	通常、研修医が自ら実施することは出来ない		

研修医の診療行為レベル

レベル	内服処方	注射処方	検査	処置	診察・その他
1			①検査の指示 一般的な検体検査、造影剤を使用しない画像検査、侵襲性の低い生理検査、認知機能評価などの検査 ②検査の実施 一般的な検体検査、グラム染色、造影剤を使用しない画像検査、認知機能評価 ③検査結果の判断 インフルエンザ迅速検査などの結果の明らかな定性検査	・動静脈採血 ・皮膚消毒、包帯交換 ・外用薬貼付、塗布 ・気道内吸引、ネブライザー ・局所浸潤麻酔 ・止血法、包帯法 ・注射手技（皮内、皮下、筋肉、静脈） ・血管確保（静脈路） ・導尿、浣腸 ・ガーゼ交換	・医療面接 ・全身の指診、打診、触診などを含む基本的な身体診察法 ・耳鏡、鼻鏡、検眼鏡などを用いた診察 ・オーダーのダブルチェック ・院内の患者搬送 ・他職種との業務連絡 ・ハリーコール
2	・定期処方の継続 ・臨時処方の継続 ・経腸栄養の継続	・皮内・皮下注射 ・筋肉注射、静脈注射 ・末梢点滴	①検査の指示 造影剤を使用する画像検査、シンチ検査 侵襲性のある生理検査、内分泌負荷試験 ②検査の実施 侵襲性の低い生理機能検査、内分泌負荷試験 ③検査結果の判断 一般的な検体検査、画像検査、生理検査、細菌学的検査	・創傷処置 ・軽度の外傷、熱傷の処置 ・抜糸、ドレーン抜去 ・BVM 換気 ・経鼻胃管挿入	・診療録の記載 ・同意書の取得 ・簡単な検査結果、病状説明
3	・定期処方の変更 ・新規処方 ・経腸栄養新規開始	・輸血 ・高カロリー輸液 ・抗菌薬投与 ・インスリン	①検査の指示 侵襲性の高い処置の必要な検査（体腔液検査など）、保険適応のない検査		・一般的な診断書の作成 ・方針の決定を伴うような病状説明 ・紹介状の作成 ・入退院の判断 ・救急患者受け入れ判断
4	危険性のある薬剤の新規開始 （向精神薬、心血管作動薬、抗不整脈薬、抗凝固薬、オピオイド、抗癌剤など）	危険性のある薬剤の新規開始 （同左）	②検査の実施 危険性のある検査（体腔液穿刺検査、髄液検査、骨髓検査、内視鏡検査、気管支鏡検査、トレッドミル検査など合併症、急変の可能性があるもの）	・気管挿管 ・CPR 法 ・脊髄麻酔、硬膜外麻酔法 ・体腔ドレーン留置 ・中心静脈カテーテル留置 ・皮膚縫合	・癌の告知 ・術前、術後説明 ・急変時事前指示の取得 ・看取り、死亡宣告 ・死亡診断書/検案書の作成 ・退院前合同カンファランス
5					医療要否意見書 身体障害者手帳申請書

研修医のC P Cに関するマニュアル

初版：2017年9月6日作成

1. 総論

初期臨床研修医は、研修期間内に臨床病理検討会（以下、CPC）に症例を提示し、そのレポートを作成する必要がある。本マニュアルでは、初期研修医がCPCに症例を提示する際に必要な取り決め、手順を示す。

2. C P Cにおける研修目標

＜一般目標＞

研修医が病理解剖を通じて、臨床経過と疾患の本態の関連を総合的に理解する能力を身につける

＜個別行動目標＞

1. 病理解剖の法的制約・手続きを説明できる
2. ご遺族に対して病理解剖の目的と意義を説明できる
3. ご遺体に対して礼をもって接する
4. 臨床経過とその問題点を的確に説明できる
5. 病理所見（肉眼・組織像）とその示す意味を説明できる
6. 症例の報告ができる

＜個別行動目標に対する方略＞

新医師臨床研修制度ガイドラインを参照

3. C P Cで検討する具体的な内容

診断関連	・ 臨床診断名（主病変、副病変の漏れや誤り・鑑別診断） ・ 診断に必要な検査（検査計画の妥当性・必要な検査の漏れ・検査結果の解釈）
治療関連	・ 治療計画の妥当性 ・ 治療効果の予測・評価 ・ 副作用への配慮とその把握
病態関連	・ 主病変と副病変の関連について ・ 全身的な病態の把握 ・ 合併症や病態変化に対する予測と予防的処置の有無、その後の対応 ・ 経過中の病態変化に対する原因考察
死因関連	・ 直接死因と間接死因について ・ 死因の予測とその対応について

4. 研修医が実施すべき具体的な研修内容

CPCで症例を提示する
＜症例提示の原則について＞ 研修医が、研修期間中に自ら臨床上に関わりを持った（可能であれば救急対応や病棟担当を行った）症例で、死亡し病理解剖を行った症例を対象とする。 ※研修期間中に適切な対象が得られない場合は、他の剖検例を対象とすることが可能である。ただ、その際は症例提示までに臨床経過を病歴などから十分に把握し、全体像を理解する努力を行う。 ※剖検症例が不足する場合は、複数名の初期研修医で準備を行い、CPCにて症例提示を行う事もやぶさかでは無い。 ※原則として、CPCで症例提示を行う事が求められており、聴衆として参加することのみでは十分な研修を積んだとは言えない。
＜症例提示の準備について＞ ・剖検症例について、CPCを開催する時期を大学病院病理学教室の担当者と相談する。 ・明らかにしたい臨床疑問などについて、あらかじめ大学病院病理学教室へ伝達する。 ・症例提示に必要な病歴のハンドアウトや、必要に応じてスライドなどを過去のCPC資料を参考に作成する。 ・作成した資料を、指導医・上級医からチェックを受け推敲する。
＜CPCの開催、評価について＞ ・CPC開催日が決定したら、臨床研修センター/医局秘書にて全部署へ参加案内を行う。 ・検査部病理担当者と必要な物品（検体を含め）準備する。 ・CPC運営に関しては、別途院内規定・マニュアルを参考にして実施する。
CPCレポートを作成する
＜CPCレポートの原則について＞ 研修医がCPCで症例提示を行った内容について、各個人毎にCPCレポートを作成する。 ※CPCレポートに記載する内容については、研修手帳の「CPCレポート作成要領」を参照
＜CPCレポートの提出＞ 研修医手帳に記載された方法により、提出する。
CPC症例提示・CPCレポートの評価方法
研修医：CPC研修評価表に自己評価を記入する 指導医：CPC研修評価表に指導医評価を記入する その他：CPCにおいて質疑応答の中で評価・フィードバックを行う ※「CPC研修評価表」は、研修医手帳内にあります。

診療関連書類の作成に関するマニュアル

改訂：2025 年 9 月 16 日作成

1. 総論

初期研修医が作成を行う可能性のある診療・研修に関連する書類作成の方法、運用などについてのマニュアルを以下に取り決めする。

2. 書類一覧

- a. 診療録
- b. 処方箋
- c. 指示書（指示簿、訪問看護指示書）
- d. 説明書（入院診療計画書、退院療養計画書、病状説明書、各種同意書など）
- e. 診断書（生命保険診断書、一般診断書、死亡診断書・死体検案書など）
- f. 診療情報提供書
- g. 介護保険主治医意見書、医療用費意見書
- h. 退院時要約
- i. 研修関連レポート：29 症例レポート、26 疾病・病態レポート、外科症例レポート、C P C レポート

3. 初期研修期間での到達目標、方略

到達目標：上記一覧の a ～ h を独力で作成することができるようになる

方略：

- ・オリエンテーションの時期に、主たる書類の作成の講習・指導を行う
- ・オリエンテーションで講習を行わなかった書類は、書類発行が必要になったその都度もしくは勉強会にて指導医もしくは上級医により書類作成の指導を行う。
- ・指導医・上級医は研修医が作成した書類を必ずチェックし、適切なフィードバックを行う。

4. 書類作成マニュアル各論

a. 診療録

方法：電子カルテ上の「診療記録」に、可能な限り S O A P 形式で記載を行う。

また、当該科初診の場合は 1 号用紙の作成を行う（【診療記録】を右クリックし、「新規作成（簡易 S O A P）入力」→「1 号用紙」）ことが望ましい。

研修医は入力を終えたら、「一次終了」などで記載確定を行うが、その際にポップアップが出るため、そこで確認を行って貰う指導医を選ぶ。

指導医のチェック

指導医は研修医がカルテ入力を終えたあとにナビゲーションシステムの「カウンターサイン」タブ内に当該カルテ記載が提示されるため、その内容を確認し必要に応じて修正の指示（場合によっては差し戻しボタンを使用）を行い、問題なければ「確認承認」ボタンを押すことによってカウンターサイン行った事とする。

b. 処方箋

方法：電子カルテ上の「処方」や「注射」からオーダーリングを行う。

オーダーリング後、入院処方箋、外来（院内処方）処方箋は薬剤部に出るため、薬剤部でチェックし処理を行う。外来（院外）処方箋は処方した近傍のプリンターからプリントアウトされるため、確認を行い捺印する。

指導医のチェック

研修医の進達状況、処方する内容（麻薬など）に応じて、「研修医の診療行為に関するマニュアル」に沿い実施前・実施後確認・立ち会いによるチェックを行う。

また、研修医のオーダーに関しては看護師・薬剤師などもチェックを行い、疑義があれば指導医へ確認を行う努力を行う。

c. 指示書

■指示簿

主に入院中患者の療養指示、事前指示などを指示簿にて行う。

方法については別途マニュアル「入院を受け持ったら」の「2. 指示簿を入力する」を参照
指示簿を入力し終わったら、指導医・上級医がチェックを行う。

■訪問看護指示書

院内ポータルシステム内の「医見書システム」から訪問看護指示書を作成する。

（場合によっては、訪問看護ステーションの特定の書類があることもある）

作成した場合指導医によりチェックを受ける。

d. 説明書

■入院診療計画書、退院療養計画書

記載方法：別途マニュアル「入院を受け持ったら」内を参照

指導医のチェック：指導医がチェックを行い、指導医の名前を記載する。

■病状説明書

- ・患者本人、家族へ病状説明を行った場合は、その内容を診療録（カルテ）に記載する。
→別途「患者説明マニュアル」を参照
- ・説明内容をプリントアウトして患者へ渡す際は、複写を電子カルテに取り込む。

■各種同意書

方法：中心静脈カテーテル挿入術説明・同意書や、造影剤使用検査に関する説明・同意書、内視鏡検査説明・同意書などは、電子カルテ「文書作成」→「説明同意書」から選択し、説明・同意書をプリン

トアウトし、患者に提示しながら説明、同意書にサインを貰う。

指導医のチェック

研修医の進達状況、処方する内容（麻薬など）に応じて、「研修医の診療行為に関するマニュアル」に沿い実施前・実施後確認・立ち会いによるチェックを行う。

e. 診断書

■一般診断書

記載方法：電子カルテ「文書作成」→「20. 診断書」→「院内診断書」にて記載する。

指導医のチェック：必ず指導医がチェックを行い、指導医の名前を記載する。

■生命保険診断書

当院では基本的には代行記載を行って貰う。

基本的には指導医に確認が回るため、もし研修医に確認・記載依頼があった場合は指導医に依頼を行う。

■死亡診断書・死体検案書

方法：医学部で学習したように、記載を行う。この際には、最新版の「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」（厚生労働省作成）を参考に記載することが望ましい。記名は研修医の名前で良い。

指導医のチェック：記載を確認した旨、診療録に記載する。

処理：作成し終わったら、病棟では病棟師長、外来なら外来師長、当直帯では管理師長へ引き継ぐ

f. 診療情報提供書

記載方法：電子カルテ「紹介状」から文書ポータルシステムを開き、診療情報提供書（もしくは報告書など）を作成する。完成させたらチェックのためにプリントアウトし指導医へ提出する。

指導医のチェック：確認を行い必要に応じて修正の指示を行う。

確認を終えたら、指導医名を併記する。

処理：研修医は、指導医から修正指示を貰った診療情報提供書などは可能な限り残し、参考にする。

g. 介護保険主治医意見書、医療要否意見書

■介護保険主治医意見書

方法：院内ポータルシステム内の「医見書システム」から作成を行う。

指導医のチェック：確認が出来たら、指導医名を記入（システム内への記入と、プリントアウト分への署名）する。

■医療要否意見書

基本的には指導医が作成する。もし研修医に確認・記載依頼があった場合は指導医に依頼を行う。

h. 退院時要約

方法：該当患者のカルテを開き、「文書作成」から「06. 退院サマリー」を選ぶ。「ファイル名」の中から、どのテンプレートをを用いるか選ぶが、初期研修医は「退院時要約（研修医用）」を選択することが望ましい（内科学会の指定する病歴要約に近い）。また、可能な限り「考察」を加えること

が望ましい。

★初期研修医は退院から7日間以内に退院サマリーを完成、確定させる事を努力義務とする。

このため、退院後早期に退院サマリーを作成し、プリントアウトした上で指導医に提出（所定のファイルを利用）し、チェック、修正を行う。

指導医のチェック：指導医はチェックを行い、必要に応じて修正指示を出す。可能な限り期限内に完成できる様に迅速にチェック、フィードバックを行うように努める。

管理：研修医は指導医とやりとりをした履歴（赤ペン修正のあるプリントなど）を自分で保管し、次のサマリー作成に活かすよう努める。

i. 研修関連レポート

総論：初期臨床研修で記入が求められる書類です。

- ・26 症候レポート
- ・26 疾病・病態レポート
- ・外科症例レポート
- ・C P C レポート

記載・運用方法：研修医手帳を参照して下さい。

5. 備考

全体として、古賀総合病院の院内マニュアルである「古賀総合病院 診療録記載マニュアル」が基本的な診療録等作成において上位のマニュアルであり、本マニュアルは初期臨床研修医の研修の運用上のマニュアルである。

退院サマリーの書き方

2017 年 4 月作成

<はじめに>

退院サマリ（退院時要約）は、入院から退院までの経過や治療経過を要約し、最終診断名・転機を加えて記載するものです。

<サマリを作成する目的>

「作成しないといけない理由」は様々ありますが、「作成する目的」は

1. 記録として遺すため
2. 退院後の診療の参考にするため

です。退院した患者さんがその後外来に来たときに「どんな経過だったのか」と主治医が確認するためや、主治医以外の先生が「この人は3年前に入院したことがあるみたいだけど、なんでだろう」といったときに見る事を想定して下さい。

<作成にあたって>

- ・サマリーは、**退院後1週間以内**に完成、確定させるようにして下さい。

ですので、指導医への提出は**退院後4－5日目ごろまでに**頑張ってください。

※退院後7日目に完成されていなければ、指導医が怒られます。

※退院後10日目を過ぎたら、上の人にさらに怒られます。

- ・可能な限り、退院後に外来を受診するまでに完成させて下さい。
- ・簡潔に、外来でちょっとみてすぐに理解出来るように作成することが望ましいのですが、初期研修中は「退院時総括」と呼ばれるもっと詳細なレポート（症例レポートや内科認定医試験のためのレポートなど）を書く必要があることも踏まえて、当院では可能な限り詳細に、分かりやすく書くことを求めています。

<作成の手順>

「文書作成」の「退院サマリー」の中から「研修医用」を選んでください。

※患者一覧の左タブの中の「退院サマリー」に自分の書くべきサマリーの一覧があり、そこから記載することもできます（ここは、書き漏れがないかチェックするのに役立つところでもあります）。

- ・個人によってやり方はありますが、おすすめするものとしては「**入院時から書き始める**」事です。

- ・特に、入院患者を受け持ち、その日の一号用紙などを書き終えたら、それをコピー&ペーストしていただくだけです。ここで、主訴から現病歴、検査所見、身体所見まではほぼ書き終わられます。

入院してすぐにそこまで書いてしまうと、サマリーは3－4割終了です。

- ・慣れてきたら入院中に経過に応じて「入院後経過」を書き足していくと良いです。

- ・完成したら一緒に担当した指導医にチェックをもらい、推敲し完成させていきましょう。
- ・理想は、退院日もしくは退院翌日に完成です。

<作成方法>

グラウンドルール：A4 で2枚に収める。フォント、サイズなどを揃える。

※ 患者氏名、ID、生年月日、住所、感染症などの情報は自動的に記載されます。

① 入院経路：チェックを忘れずに。複数選択可です。

② 病名：可能な限り ICD-10 に準拠した標準病名であることが望まれます。

入院中の主病名、副病名などを可能な範囲で記載して下さい。

重要な基礎疾患も記載してください（転機は往々にして「不変」）

転機：退院時の状況に応じて治癒、軽快、死亡などと埋めて下さい。

※治癒：フォローアップが全く不要な場合。軽快：フォローアップが必要な場合

③ 手術、病理診断、悪性腫瘍：該当があれば記載を。

④ 紹介元、紹介先：忘れずに記載を。

⑤ 退院時処方：簡潔に記載を。

⑥ 本文：プレゼンテーションと同じような流れで書くと分かりやすいです。

【主訴】	特殊な場合を除いて、客観的な症状・所見を名詞で記載する。
【現病歴】	最初に簡単な患者背景を入れてもよいです。 発症から受診するまでの経過を、「文書（物語）として成立するように」記載してください。つまり、 ・余計な付加情報は現病歴に入れ込まず、後述（付記）する。 ・主語は「患者」に揃える。・体言止めを多用しない。
【既往歴】	直近で無ければ、日付で記載するよりも年齢で書く方が分かりやすい。 現在治療中の疾患は「併存症」や「基礎疾患」と分けてもよいです。
【社会生活歴】	嗜好などや職業歴、誰と暮らしているかなど。 普段の ADL や介護度などもこのあたりに。
【家族歴】	主病名や経過に必要なものは特に記載しましょう。
【理学所見】	バイタルサイン、診察所見などを、「簡潔に」記載してください
【検査成績】	尿検査、血液検査は、必要十分なものを取捨選択してください。 胸部レントゲン検査や心電図検査は必須項目です。 入院後の検査もここに記載してよいですが、検査日を併記してください。
【経過および治療】	POS に則って記載してください。 色々な記載方法があります。模範例は日本内科学会雑誌に毎号掲載されていますので、参考にして下さい（※模範過ぎて少々大変ですが、最初からこの参考例に準じて書いておくと、後々にとても役立ちます）。 ※プロブレム毎に記載する方法をお勧めします。症例によっては経時的に記載した方が分かりやすい場合もありますので、臨機応変に。

【本人、家族への説明】	退院時に説明したことを簡潔に書いてください。
【退院後治療方針】	退院後の方針（外来通院、紹介など）を記載してください。
【考察】	患者のケアのために調べたことを reference をつけて記載してください。 「診断」「治療」「指導」などについてが定番です。
その他	主治医は指導医の名前、研修医に自分の名前、診療科長は選ぶ。

勉強会、講義リスト

初版：2017 年 8 月 24 日作成

29. 定期的に開催する勉強会、講義、研修会など

初期研修医に参加が求められる勉強会、講義、講演会などのリストを以下に示す。

■勉強会、カンファレンス

研修医カンファレンス 日時：毎週火曜日午前 7 時半から 30 分ほどの時間で実施する。 場所：2 階会議室 内容：指導医、上級医からの講義、症例ディスカッション 研修医が自ら作成した発表資料のプレゼンテーション 他部署職員からの講義（薬剤部、リハビリテーション部など） 備考：基本的には必須参加です。 研修医が作成した発表資料は、医局秘書がまとめて保管する。
内科カンファレンス 日時：毎週火曜日午後 5 時から 1-2 時間程度 場所：2 階会議室 内容：受け持ち（特に新患）症例のプレゼンテーション、ディスカッション 作成した発表（講義）資料のプレゼンテーション 学会発表の予演会 備考：必須参加です。研修医は最低 1 症例提示することが努力義務です。 プレゼンテーションは基本的には Full-presentation である（オリエンテーション期に講義） 研修医が発表したプレゼン資料は医局秘書がまとめて保管する。
消化器/外科カンファレンス 日時：毎週木曜日午前 7 時半から 30-60 分程度の時間で実施する 場所：2 階研究室 内容：手術症例などに関するカンファレンスを外科、消化器科、放射線科などと合同で行います。 備考：基本的には必須参加です。事前にプレゼンテーション指示を受けた場合は、消化器科指導医や外科指導医と相談し、プレゼンテーションの準備を行って下さい。
病棟カンファレンス 日時：不定期（要望、必要に応じて） 場所：不定

内容：自分が受け持っている症例について病棟看護師などと合同でミニカンファレンスを行い、意見交換や方針についての伝達相談を行って下さい。 また、看護師などから当該疾患や治療・処置に関する勉強会の要望がある場合に、カンファレンスとして勉強会を提供する。 備考：基本的には指導医が指導・フィードバックを行える範囲でカンファレンスを提供する。
C P C 日時：開催される前に電子カルテ掲示板、医局掲示などで周知されます。 場所：2 階会議室 内容：当院での剖検例に関する C P C です。宮崎大学病理学教室の先生方に来ていただき、ディスカッションを行います。研修医がプレゼンテーションを担当する場合がありますので、指示を受けた場合は、事前に資料作成、プレゼンテーションを行って下さい。 備考：必須参加です。

■研修会、講習会

医療安全研修会 日時、場所：その都度、電子カルテ掲示板などで連絡があります。 内容：医療安全管理室から、医療安全に関する研修会が定期的開催されます。 備考：研修医は、診療などで参加が困難な場合を除き、基本的に必須参加とします。
感染制御研修会 日時、場所；その都度、電子カルテ掲示板などで連絡があります。 内容：感染制御委員会から、感染制御に関する研修会が定期的開催されます。 備考：研修医含む全職員、参加必須です。診療などでやむを得ず出席が出来なかった場合は、後日研修会 DVD の閲覧を行って下さい。

■その他

NST ラウンド 日時、場所：その都度、電子カルテ掲示板などで連絡があります。 内容：NST チームによる患者ラウンドを行い、栄養管理に関するディスカッションが行われます。 備考：参加は必須ではありませんが、時間が許す限り参加をお願いします。
緩和ケアミーティング 日時：毎週水曜日、午前 10 時から 内容：緩和ケアチームにより、介入症例のディスカッションなどが行われます。 備考：参加は必須ではありませんが、時間が許す限り参加をお願いします。
ICT (Infection Control Team) ラウンド 日時：毎週木曜日、午後 4 時から 場所：細菌検査室に集合し、ラウンド部署に向かいます。

内容：ICT メンバーによる、病棟・部署の感染制御関連の直接監視ラウンドを行います。 備考：参加は必須ではありませんが、時間が許す限り参加をお願いします。
全体研修会 日時、場所：その都度、電子カルテ掲示板などで連絡があります。 内容：様々な内容について、全職員向けの研修会を行います。 備考：医療倫理、感染制御に関する全体研修会は必須参加です。

2. グラウンドルール

- ・カンファレンスを実施する場合、カンファレンスの記録を可能な限り残すこと
(発表者、発表内容、スライドのハンドアウトなど)
- ・病棟カンファランスなどを行った場合、カルテ 2 号用紙に内容の記録を残しても良い
- ・必須の研修会や講習会に関しては参加名簿に必ず記銘すること
- ・名簿記載がないカンファレンスなどの場合は、振り返りシートに参加したこと記載する

3. 毎年定例で開催が望ましい研修医向け講義一覧

感染症講義	総論、薬剤各論、細菌各論、疾患各論などの分野を数回に分けて講義を行う
血液ガス講義	血液ガスの読み方などについての講義を行う
心電図講義	循環器医師により心電図読影に関する講義を
レントゲン読影講義	胸部・腹部レントゲンや CT 検査などの読影に関する講義を指導医もしくは放射線科医により行う
患者説明講義	患者説明、同意書取得に関する講義を指導医らにより行う
主治医意見書講義	介護保険主治医意見書の記載方法に関する講義を指導医により行う
EBM 関連講義	EBM 手法、文献検索方法などについての講義を行う（オリエンテーション時期に基礎的な講義を行う）
保険制度講義	医事課などから、保険制度、保険診療に関する講義を行う
社会保障制度講義	社会保障制度、介護保険などに関する講義を行う
患者説明の講義	医療面接、病状説明、同意書取得に関する講義を行う
健康被害関連講義	医薬品副作用被害救済制度についての講義を行う

研修医の診療記録の確認・振り返りマニュアル

初版：2017 年 8 月 24 日作成

3 0. 総論

初期研修医が行う診療行為や診療録記載などについては、基本的に指導医・上級医による確認、承認、フィードバックが必要である。特に、患者の安全が脅かされる可能性のある診療行為については、研修医が単独で行ってはならず、指導医の直接・関節的な指導が必須である。

また、実施した行為、判断などを研修医が診療録に記載を行うが、その内容やディスカッションした事柄などについて、日々指導医・上級医がチェックする必要がある。

3 1. 指導医・上級医がチェックを行うべき診療記録とそのチェック方法

<診療録（カルテ）>

原則：初期研修医が電子カルテ上で入力した診療記録を毎日指導医・上級医が確認する。

タイミング①：診療行為を行ったその都度の確認

タイミング②：夕方などの指導医との振り返りの時間帯

方法：指導医・上級医がカルテ記載などについて確認を行い、必要に応じて修正の指示を出す。

また、医学的な問題などをディスカッションした場合は、その内容を診療録上もしくは何らか別の用紙・電子媒体などに記録を残すことが望ましい。

確認の記録方法

- ① カルテ確認を行った旨を指導医が記載する（例：「カルテチェックしました」）
- ② カルテ確認を行った旨を研修医が記載する（例：「〇〇指導医とカルテチェックを実施した」）
- ③ ナビゲーションシステムの「カウンターサイン」から、カルテ記載内容を指導医が確認し、必要に応じてコメントを残しチェックを行う。内容によっては差し戻し機能を用いる。

<退院サマリー>

原則：患者が退院し7日以内に指導医が確認を行い、サマリーを確定させる。

方法：

- ① 研修医は患者が退院したら速やかに退院サマリーを作成し、プリントアウトして所定のファイルに入れて指導医へ内容確認を依頼する。
- ② 指導医は、赤ペンなどでチェックを行い訂正・修正の指示を出す（場合によっては直接指導でも可）。
- ③ 研修医は指示に従い修正を行い、指導医へ再確認依頼を行う。
- ④ 以上の確認作業を繰り返し、指導医の OK 確認がもらえた後に、指導医が（もしくは研修医が指導医の許可を貰い）サマリーの指導医欄に指導医名を記載し、確定登録を行う。

備考：

- ・研修医は、指導医がチェックし修正指示を受けたサマリーの記録を所定のファイルに保管する。
- ・退院後 8 日を越えてもサマリーの提出・確定が無い場合は指導医もしくは臨床管理センター、診療情報管理室よりアラートを行い催促する。
- ・退院後 14 日を越えてもサマリーの提出・確定が無い場合は研修管理センター長もしくは院長、各科部長などより研修医に聞き取りを行い、改善に努める。