

日下隼人 くさか はやと
 草場鉄周 くさば てっしゅう
 國本雅也 くにもと まさなり
 久保惠嗣 くぼ けいし
 黒坂大次郎 くらさか だいじろう
 小島卓也 こじま たくや
 小原克彦 こはら かつひこ
 小松眞史 こまつ まさし
 小宮根真弓 こみやね まゆみ
 古森公浩 こもり きみひろ
 近藤 哲 こんどう さとし
 後藤 淳 ごとう じゅん
 齊藤史郎 さいとう しろう
 齋藤貴生 さいとう たかお
 佐伯秀久 さえき ひでさ
 酒井 洋 さかい ひろし
 朔 義亮 さく よしゆけ
 酒見英太 さけみ ひでた
 酒匂赤人 さこう あかひと
 佐々木崇 ささき たかし
 佐々木勝 ささき まさる
 佐藤 誠 さとう まこと
 佐野文明 さの ふみあき
 澤口 毅 さわぐち たけし
 四宮謙一 しのみや けんいち
 嶋津岳士 しまづ たけし
 正田良介 しょうだ りょうすけ
 新保卓郎 しんぼ たくろう
 菅谷 誠 すがや まこと
 鈴木 昌 すずき まさる
 住田俊和 すみだ としかず
 関 健 せき けん
 關 博文 せき ひろぶみ
 相馬 裕 そうま ひろし
 高木 誠 たかぎ まこと
 高倉義典 たかくら よしのり
 高橋一夫 たかはし かずお
 高橋弘明 たかはし ひろあき
 高林克日己 たかばやし かつひこ
 高松英夫 たかまつ ひでお
 高山哲夫 たかやま てつお
 武田裕子 たけだ ゆうこ
 竹中 克 たけなか かつ
 多田靖宏 ただ やすひろ
 田所憲治 たどころ けんじ
 田中克之 たなか かつゆき
 田中健太郎 たなか けんたろう
 田中純太 たなか じゅんた
 田中哲郎 たなか てつろう
 谷口洋貴 たにぐち ひろたか
 種田憲一郎 たねだ けんいちろう
 田村浩一 たむら こういち
 田山二郎 たやま じろう
 鄭 東孝 ちよん とんひょ
 常深祐一郎 つねみ ゆういちろう
 積田俊也 つみた しゅんや
 寺本信嗣 てらもと しんじ
 出来尾格 できお いたる
 中川貴史 なかがわ たかふみ
 中澤 誠 なかざわ まこと
 中田勝巳 なかた かつみ
 中村哲也 なかむら てつや
 中村真潮 なかむら ましお
 中村泰久 なかむら やすひさ
 中山健夫 なかやま たけお
 中山秀章 なかやま ひであき
 永井秀雄 ながい ひでお
 長尾 健 ながお けん
 名川弘一 ながわ ひろかず
 名郷直樹 なごう なおき
 二木芳人 にき よしひと
 西川正憲 にしかわ まさのり
 武蔵野赤十字病院小児科・副院長
 北海道家庭医療学センター所長
 済生会横浜市東部病院脳神経センター長
 信州大学大学院医学研究科・医学部内科学第一講座教授
 岩手医科大学眼科学教室教授
 大宮厚生病院副院長
 愛媛大学大学院医学系研究科加齢制御内科学準教授
 市立秋田総合病院副院長
 自治医科大学皮膚科学教室准教授
 名古屋大学医学部・大学院医学系研究科血管外科学教授
 北海道大学大学院医学研究科腫瘍外科学教授
 東京都済生会中央病院神経内科医長
 独立行政法人国立病院機構東京医療センター泌尿器科医長
 (財)福岡県がん協会検診センター院長
 東京大学大学院医学系研究科・医学部皮膚科学教室講師
 埼玉県立がんセンター呼吸器科副部長
 雪ノ聖母会 聖マリア病院健康科学センター診療部長
 洛和会京都医学教育センター所長
 国立国際医療センター消化器科医員
 岩手県立中央病院副院長
 都立広尾病院副院長
 筑波大学大学院人間総合科学研究科社会環境医学教授
 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院血液・腫瘍内科副部長
 富山市立富山市民病院関節再建外科部長
 東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科・医学部整形外科学教授
 大阪大学医学部附属病院高度救命救急センター教授
 国立国際医療センター戸山病院総合外来部長
 国立国際医療センター研究所国際臨床研究センター医療情報解析研究部長
 東京大学大学院医学系研究科・医学部皮膚科学教室医局長
 慶應義塾大学医学部救急医学助教授
 厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室主査
 城西医療財団城西病院理事長・総長
 岩手県立中央病院脳神経外科教授
 津軽保健生活協同組合健生病院整形外科長
 東京都済生会中央病院長
 奈良県立医科大学整形外科学教授・附属病院長
 島根大学医学部附属病院神経血液膠原病内科講師
 岩手県立中央病院医療研修科長
 千葉大学医学部附属病院企画情報部教授
 鹿児島大学大学院医歯総合研究科・医学部小児病態制御学教授
 中津川市国民健康保険坂下病院長
 国立大学法人三重大学大学院医学系研究科地域医療学講座教授
 東京大学医学部附属病院中央検査部講師
 福島県立医科大学医学部耳鼻咽喉科助教授
 日本赤十字社血液事業本部技監
 聖マリアンナ医科大学臨床研修センター講師
 小田原循環器病院医員
 新潟大学医歯学総合病院第二内科医員
 長野県立こども病院特命副院長
 洛和会音羽病院救急救命センター・総合診療科副部長
 国立保健医療科学院政策科学部主任研究官
 東京逓信病院病理科助教授
 国立国際医療センター耳鼻咽喉科・気管食道科医長
 独立行政法人国立病院機構東京医療センター総合内科医長
 東京大学大学院医学系研究科・医学部皮膚科学教室助手
 東海大学医学部付属八王子病院血液内科・一般内科助手
 東京大学大学院医学系研究科・医学部加齢医学講座講師
 島根大学医学部皮膚科学講座学内講師
 北海道家庭医療学センター医員
 東京女子医科大学医学部循環器小児科学教室教授
 環境省総合環境政策局環境保健部企画課保健業務室主査
 獨協医科大学消化器内視鏡センター・医療情報センター内視鏡部門長・助教授
 三重大学大学院医学系研究科循環器内科学
 厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室臨床研修専門官
 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野助教授
 新潟大学大学院医歯学総合研究科内部環境医学講座呼吸器病学分野医員
 自治医科大学消化器・一般外科学教授
 駿河台日本大学病院救命救急センター部長
 東京大学大学院医学系研究科・医学部臓器病態外科学講座腫瘍外科学・血管外科学教室教授
 (社)地域医療振興協会地域医療研修センター・東京北社会保険病院臨床研修センター長
 川崎医科大学附属病院呼吸器内科副医長
 藤沢市民病院呼吸器科医長

西野 宏	にし の ひろし	自治医科大学耳鼻咽喉科学教室助教授
西野 洋	にし の ひろし	亀田総合病院総合診療・教育部長
二宮 清	にのみや きよし	洛和会音羽病院総合診療科部長
野口善令	のぐち よしのり	名古屋第二赤十字病院総合内科第三内科部長
野沢胤美	のざわ たねよし	虎の門病院神経内科・昭和大学医学部客員教授
野田 徹	のだ とおる	独立行政法人国立病院機構東京医療センター眼科医長
野田裕司	のだ ゆうじ	厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室臨床研修指導官
野村英樹	のむら ひでき	金沢大学医学部附属病院総合診療科准教授
畑尾正彦	はたお まさひこ	日本赤十字武蔵野短期大学教授
八藤英典	はっとう ひでのり	北海道家庭医療学センター医員
春名真一	はるな しんいち	獨協医科大学耳鼻咽喉科教授
伴信太郎	ばん のぶたろう	名古屋大学医学部附属病院総合診療部教授
半田 誠	はんた まこと	慶應義塾大学医学部輸血・細胞療法部助教授
肥塚直美	ひづか なおみ	東京女子医科大学医学部内分泌内科学(第二内科学)教室教授
平出 敦	ひらいで あつし	京都大学医学研究科医学教育推進センター教授
平田 憲	ひらた あきら	佐賀大学医学部眼科准教授
平原史樹	ひらはら ふみき	横浜市立大学大学院医学研究科・医学部生殖生育病態医学教授
廣橋一裕	ひろはし かずひろ	大阪市立大学医学部附属病院総合診療センター長・卒後臨床研修センター長
尾藤誠司	びとう せいじ	国立病院機構本部研究課・臨床研究推進室長
福井次矢	ふくい つぐや	聖路加国際病院長
福岡敏雄	ふくおか としお	倉敷中央病院総合診療科主任部長・医師研究研修部長
福沢嘉孝	ふくざわ よしたか	愛知医科大学消化器内科助教授
福田崇典	ふくだ たかのり	社会福祉法人神戸聖隷福祉事業団理事・保健事業部長
藤谷順子	ふじたに じゅんこ	国立国際医療センターリハビリテーション科医長
藤山千里	ふじやま ちさと	佐賀大学医学部泌尿器科准教授
放生雅章	ほうじょう まさゆき	国立国際医療センター戸山病院アレルギー科医長
保坂 隆	ほさか たかし	東海大学医学部医学科基盤診療学系教授
堀 進悟	ほり しんご	慶應義塾大学医学部救急医学准教授・救急部長
前野哲博	まえの てつひろ	筑波大学附属病院総合臨床教育センター総合診療グループ助教授
正木尚彦	まさき なおひこ	国立国際医療センター第二消化器科医長
松浦謙二	まつうら けんじ	沖縄県立八重山病院外科・救急部長
松村理司	まつむら ただし	洛和会音羽病院長
松本松圭	まつもと しょうけい	済生会横浜市東部病院救命救急センター医員
三浦博太郎	みうら ひろたろう	(社)地域医療振興協会横須賀市立うわまち病院副院長
三木哲郎	みき てつろう	愛媛大学大学院医学系研究科加齢制御内科学教授
水木 泰	みずき やすし	医療法人水の木会下関病院理事長
水嶋春翔	みずしま しゅんさく	横浜市立大学医学部社会予防医学教室・大学院医学研究科情報システム予防医学部門教授
箕輪良行	みのわ よしゆき	聖マリアンナ医科大学病院救命救急センター長
宮城良充	みやぎ よしみつ	沖縄県立中部病院副院長
三宅祥三	みやけ しょうぞう	武蔵野赤十字病院長
宮崎俊一	みやざき しゅんいち	近畿大学医学部循環器内科学教室主任教授
宮崎正信	みやざき まさのぶ	長崎大学医学部・歯学部附属病院第2内科助教授
宮下修行	みやした なおゆき	川崎医科大学呼吸器内科学講師
三輪高喜	みわ たかき	金沢大学大学院医学系研究科・脳医科学感覚運動病態学准教授
村岡 亮	むらおか あきら	厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室臨床研修審査専門官
望月俊明	もちづき としあき	聖路加国際病院救命救急センター医員
元雄良治	もとお よしはる	金沢医科大学病院集学的がん治療センター長
森内浩幸	もりうち ひろゆき	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科小児科教授
森川昭廣	もりかわ あきひろ	群馬大学大学院医学系研究科・医学部小児生体防御学教授
森澤健一郎	もりさわ けんいちろう	聖マリアンナ医科大学救急医学教室助教授
森本 剛	もりもと たけし	京都大学医学研究科医学教育推進センター講師
矢崎善一	やざき よしかず	国立病院機構松本病院循環器科講師
山嵜達也	やまそば たつや	東京大学大学院医学系研究科・医学部耳鼻咽喉科学教室助教授
山田 治	やまだ おさむ	山口大学医学部保健学科病態検査学講座教授
山田正信	やまだ まさのぶ	群馬大学大学院医学系研究科・医学部内科系科講師
山本哲也	やまもと てつや	岐阜大学大学院医学研究科・医学部眼科学教授
横井則彦	よこい のりひこ	京都府立医科大学大学院医学研究科・医学部視覚機能再生外科学助教授
横田裕行	よこた ひろゆき	日本医科大学付属病院高度救命救急センター教授
横手幸太郎	よこて こうたろう	千葉大学医学部附属病院第二内科助手
吉井文均	よしい ふみひと	東海大学医学部医学科神経内科学教授
吉澤弘久	よしざわ ひろひさ	新潟大学医歯学総合病院生命科学医療センター助教授
米倉修司	よねくら しゅうじ	東海大学医学部付属八王子病院副院長
和田 淳	わた じゅん	岡山大学医学部第三内科医局長
渡邊孝宏	わたなべ たかひろ	国際医療福祉大学三田病院皮膚科准教授
渡辺 毅	わたなべ つよし	福島県立医科大学医学部内科学第三講座教授

【5】基本的治療法

1) 療養指導

患者病状の安定、疾患の治癒促進、再発予防の達成を目的とした療養指導は、入院時の安静、体位、食事、保清および排泄や環境調整、退院時から自己管理の下に行う食事・栄養、運動、睡眠、飲酒や喫煙など生活習慣から嗜好品のコントロールまで幅広い内容を含む。医師は各疾患における療養の必要性と効果に関するエビデンスの把握、作成されたガイドラインの内容を理解することが指導上必須であり、指導は個々の患者に応じた具体性と長期間の継続性が要求され、良好な患者－医師関係の形成が指導の前提となる。医師が患者の自主性や自立性を尊重する態度で接し、その訴えに傾聴し、療養に必要な知識の形成と具体的目標を共有することで、最終的に患者に行動変容を促すことが可能になるのである。ここでは急性期と慢性期の療養指導についての一般的に習得を要する事項について述べる。

研修目標

a. 急性期療養指導

① 安静度：

急性期の病態・症状安定に必要な安静度と病状安定後の離床・リハビリ移行期に必要な安静度の理解と設定ができる。

安静臥床に伴う病態(深部静脈血栓症、褥創)の理解と予防法の実施ができる。

② 体位：

ショック、意識障害、上気道閉塞、心不全、呼吸不全などに適した体位の理解と体位保持への援助ができる。

多量喀痰排出患者への体位排痰法指導が理学療法士と相談しながらできる。

③ 食事：

疾患・病態に応じた必要カロリー、水分、塩分、カリウム、たんぱく質、脂質量の設定と制限ができる。

嚥下情報を把握し、言語療法士と相談しながら食事形態を選択できる。

④ 保清と排泄：

病態・病状に応じた入浴、清拭の判断ができる。

病態・病状に応じた排泄形態(病室トイレ利用、ポータブルトイレ使用、ベッド上排泄)の判断が看護師と相談しながらできる。

⑤ 環境調整：

室内の温度や湿度、ベッド周囲の整理整頓、プライバシー保持への配慮ができる。

b. 慢性期療養指導

① 食事・栄養：

食事・栄養療法が必要な疾患・病態を理解できる。

標準体重、BMI や Harris-Benedict の式を用いた必要エネルギー量の算出ができる。患者の疾患・病態に応じたカロリー、水分、塩分、カリウム、たんぱく質、脂質の必要量算出ができる。

管理栄養士と相談しながら患者に応じた食事と食事形態を選択できる。

② 運動:

運動促進が必要な疾患と制限が必要な疾患を理解できる。

患者に応じた運動の種類(有酸素運動、筋力トレーニング、ストレッチ)と強度(ボルグの数値)を理学療法士と相談しながら選択できる。

③ 睡眠:

睡眠異常を伴う疾患・病態を理解できる。

ポリソノグラフィーなどの特殊検査が必要な不眠(睡眠時無呼吸症候群、周期性四肢運動障害睡眠など)、うつ病や精神疾患に伴う不眠、CPAP療法など特殊治療が必要な不眠を睡眠外来、専門医に紹介することができる。

④ 飲酒:

飲酒が原因の疾患、増悪因子の疾患について理解できる。

疾病や健康被害を惹起するアルコール摂取量を認識できる。

患者個々のアルコール摂取量と飲酒への依存度を知ることができる。

禁断症状の出現可能性がある場合、専門医と相談しながら対応ができる。

アルコール依存症患者を専門外来、専門医へ紹介できる

⑤ 喫煙:

喫煙が原因となる疾患、増悪因子となる疾患について理解できる。

ニコチン依存症の理解とニコチン依存度テストの実施ができる。

ニコチン依存症患者を禁煙外来、専門家へ紹介できる。

禁煙治療における薬物療法を理解(ニコチン補充療法、ニコチン離脱症状)し、禁煙支援を専門医と相談しながらできる。

(二宮 清)

【6】医療記録

1) 診療録・POS(Problem Oriented System)

研修内容

診療を行った患者を対象にして、POSに基づく診療録を作成する。

目的

研修医自身が診療を行った患者について、問題点を明確にし、客観的で合理的な分析と考察を行い、解決するための経緯を計画から実施、評価まで系統的に記載することにより、患者に行った医療を自ら分析評価する能力を身につける。また、医療記録を指導医あるいは他者が監査することで、評価フィードバックを受け、科学的な根拠に基づく医療を修得する。

研修における留意点

1) 診療後遅滞なく記載される必要がある

医師法第24条第1項で、医師は診療をした時は、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならないと義務づけられている。また第2項では医師の勤務する病院、または診療所の管理者によって診療録は5年間の保存が義務づけられている。これらは研修医に明確に理解させる必要がある。

2) POSに基づくPOMR(Problem Oriented Medical Record)で記載される必要がある

医師法施行規則第23条によって、1)診療を受けた者の住所、氏名、性別および年齢、2)病名および主要症状、3)治療方法(処方および処置)、4)診療の年月日などの記載事項は決められているが、具体的な記載方法について特に規定はない。社会保険診療上、保険医療機関および保険医療費担当規則第22条では、様式第1号又はこれに準ずるものとして書式を定めている。問題解決の方法を客観的で合理的に行う手法としてPOSに基づくPOMRが診療録記載に有用であるとされており、これらを用いて記載することを指導することが望ましい。

3) 事実を正確かつ客観的に簡潔明瞭に記載する必要がある

診療録は公的な文書であり、記載者は主観をできるだけ混じえず、患者の訴えや所見が正確に記載されるよう指導されるべきである。

4) 第3者にも見やすいように丁寧に記載されなければならない

チーム医療の推進や、情報開示の意義を理解して、できる限り外国語や非公式な略語などを使わず、平易な言葉で記載されるべきである。研修医は診療録が医師だけの私的なメモでないことを十分に理解し、患者の全人的なケアに役立つような記録となるよう指導される必要がある。

5) 患者や家族に対する説明内容が正確に記載される必要がある

説明者、説明日時、相手、および同席者、説明内容、質問と回答などは必ず記載される必要があり、指導医が内容を監査することで客観性を担保する必要がある。

研修目標

一般目標(GIO):研修医が POS に基づく診療録記載をすることで、患者を客観的・系統的に根拠に基づいて診療する能力を身につける。

個別行動目標(SBOs)

1. 基礎データを収集することができる
2. 問題リストを作成することができる
3. 初期計画を立案することができる
4. 経過記録を作成することができる
5. 退院時要約を作成することができる
6. 記載内容の監査を受け、正確な医療を理解することができる

対象症例の選択

研修医が診療を行った全患者を対象とする。

- 1) 診療を行った全ての患者の診療録を記載することは医師の義務であることから、全症例が対象となる
- 2) チーム医療の観点から、診療に関与した症例であれば対象としてもよい
- 3) 臨床症状や経過が典型的で、継続的な変化のある症例が教育的で望ましい
- 4) 入院時から担当し、退院時まで受け持ち医である症例が望ましい
- 5) 研修の初期段階では、時間的制約なども考慮し、入院患者を対象に指導を開始することが多いと思われるが、プログラムや習熟度に応じて、外来患者も対象にするべきである

個別行動目標に対する方略

1. 基礎データを収集することができる

基礎データとは、主に入院時所見にあたるもので、主訴、患者の生活像、現病歴、既往歴、系統的病歴、理学所見、検査結果が含まれる。系統的病歴は Review Of System(ROS)とも呼ばれ、体を種々の系統(呼吸器系、循環器系、内分泌系など)に分類しそれぞれにおける病歴を聴取することで、全身の見落としの無い情報収集が可能となる。これらの基礎データの上に新しいデータが追加されることで、診断や治療方針の決定がなされる。そのため、なるべく無駄な情報は省き、かつ患者ケアを行う上で必要なことは、完全な形で、患者の社会的、精神的背景も含めて得られる必要がある。そのためには、各病院で、入院時に少なくとも最低限必須とする診察項目、検査内容をあらかじめ提示しまとめておくことが望ましい。

2. 問題リストを作成することができる

基礎データを総合的に論理的に分析し、問題点を抽出し選択するわけだが、早期に諸問題を一つに絞り、一つの独立疾患に仕上げるよりも、最初は問題をいくつかに分けて、独立した番号を振り、整理するよう指導することが望ましい。最初から診断がつけられるものは診断名を問題点とし、診断がつかないものに関しては症候や所見、検査データなどが問題点となってもよい。いくつかの問題点が経過の中で単一化された時にはそれらをまとめ一つにし、その思考のプロセスを記載するよう指導する。このプロセスの記載は、後に述べる監査をする時に有用である。リストは、入院患者では、検査結果が出るまでの時間なども考慮し入院後 24-48 時間以内に作成されることが望ましい。

3. 初期計画を立案することができる

問題リストに基づき、問題ごとに、診断計画、治療計画、教育計画の3つの側面に分けて立案する。

- ・ 診断計画… 鑑別診断を行う上で必要な検査を行うことが中心となる。また、確定診断を得るため、病勢を知るため、病状の変化を知るための検査などを計画する。適切な鑑別診断を列挙し、必要最低限の検査が、適切な時期に行われることが望ましい。
- ・ 治療計画… 問題ごとに必要な処置、ケアの計画を立てることで、具体的な処置方法などを記載する必要がある。
- ・ 教育計画… 患者と家族に対する病状、予後の説明、検査、手術などの内容説明、日常生活上の指導事項などを記載する。誰もがわかる簡明な表現方法で、患者と医師が共通した理解を得られるように記載されるべきである。

4. 経過記録を作成することができる

問題リストにあげられた問題点の日々の経過を診療録に記載することは、その問題を研修医がどのように考えたかを明確にする。記載方法としては叙述的記録として問題点ごとに SOAP の4項目に整理して行う。

・S (Subjective data)

主観的データであり、患者の立場からの問題点、すなわち患者がどう感じ、どのように訴えているかについて記載する。検査データに偏重するのではなく、価値のある情報は患者の訴えの中にあるということが指導されることが望ましい。

・O (Objective data)

客観的データであり、診察所見、検査データなどを記載する。単純に結果のみの記載ではなく、その結果が得られた条件(例: 血液ガス分析での投与酸素濃度等)なども併記されることが望ましい。

・A (Assessment)

得られた情報からどのような診断、治療が考えられるか、データをどのように解釈するかなどを科学的根拠に基づき、論理的に記載する。また、他医の意見があった場合にはそれらを記載することで客観性を得ることができる。

・P (Plan)

Assessmentされた結果、行うべき検査、治療の具体的な方法を記載する。

慢性疾患などの短期的な変化に乏しい問題や、時間のない外来診療での記載を行う時には、これらの経過記録を、経過一覧表(Flow sheet)を作成し、問題点ごとに定期的にまとめて一目でわかるようにしておくことが望ましい。

5. 退院時要約、および要約記録を作成することができる

患者退院時又は、転科、主治医が変更する時に書かれる最終経過で、退院後できるだけ早期に作成することが望ましい。問題点ごとに SOAP に分けて記載し、退院時の状況、退院後の指示を簡潔にまとめる。未解決な問題点は特に重要で、次に診療を行う医師にその経過が的確に伝わるよう記載される必要がある。

6. 記載内容の監査を受け、修正することができる

監査は指導医だけでなく、看護師を含めたコメディカルなど診療録を扱うすべての人が行うことによって、患者の総合的なケアを可能にする。監査における注意点としては以下のことがあげられる。

- ①基礎データの十分な収集がなされているか
- ②問題リストが、身体的、心理的、社会的な側面から十分に検討され列挙されているか
- ③問題点が統合化され初期計画として適切な診断、治療、患者への助言、生活指導などが記載されているか

研修医に診療における思考プロセスを簡潔に記載するよう指導することで、監査をよりよく行うことが可能となる。

研修医の医療行為が論理的に科学的な根拠をもって行われているかを監査し、それに基づいて修正が行われ、完全な診療録が最終的に作成されることが望ましい。

(望月 俊明)

【7】診療計画

保健・医療・福祉の各側面に配慮しつつ、診療計画を作成する

1) 診療計画の作成

診療計画について診療の流れに沿って診断計画、治療計画、治療管理計画(クリティカルパス等)、入退院の適応判断、退院後の在宅での総合的管理計画に分けて解説する。診療計画は、一般的に「治療方針は？」とか「今後の方針」といった言葉で表現されている。医師は絶えず方針決定(選択)を行っており、この思考過程を磨くことは医師の終生の目標である。研修医には、系統的な情報収集と解析をもとにEBMを活用した診療方針の決定の思考方法を理解させる。また、診療方針の決定には患者の社会的背景についても考察することが大切であることを理解させる。

研修内容

プライマリケアで取り扱う基本的な症状・病態・疾患に対して安全で効率のよい診療計画を立てることができる。

目的

基本的な症状・病態に対して安全で効率よい診断計画を立てることができる。また、基本的な治療の経過を理解し治療計画を立てることができる。さらに、診療計画を理解しやすい言葉で患者・家族に説明し同意を得ることができる。

指導の留意点

研修の1年目には、比較的時間をかけてじっくりみることができる患者を選び、指導にも時間をかけて研修医の思考力の育成に努めることが望ましい。まず、マニュアルどおりの診断・治療を正確に行わせることが必要である。既に同様の症例を経験したことのある研修医には、自分で考えさせる必要がある。もちろん、診断や治療が誤ったり遅れたりしないように、指導医は研修医と患者を常に観察する必要がある。

診断あるいは治療方針を決定する際には、必ず指導医に連絡し討論するようにする。研修医にはスタンダード(マニュアル)を叩き込む必要があるが、考える癖をつけなくてはならない。そのためには、患者に不利益にならない範囲での試行錯誤を許す心のゆとりも必要である。丁寧な指導をしながら、かつ、過剰な指示はしないというバランスが大切である。過剰な指示、説明は研修医から考える力を奪ってしまう。問題解決能力をいかに身につけさせるかが重要であり、考えを述べさせて、その根拠を問う質問を混ぜるのがよい。そして、何を考えるべきかを理解させるべきである。ただし、答えはすぐに教えるか、すぐに調べられる内容にすることが望ましい。

さらに、退院時などに症例を振り返り、個々の診療計画が妥当であったかを研修医とともに振り返り、評価することが大切である。診療計画を評価することで次の症例に応用可能な思考過程が育まれる。

(1)診断計画**研修目標**

一般目標(GIO):基本的な症状・病態に対して診断のための安全で効率よい診察・検査計画を立てることができる

診断の流れに沿って個別目標を挙げる

個別目標(SBOs):

1. 症状・病態に対する病歴聴取と診察ができる
2. 適切なスクリーニング検査を選択できる
3. 診察所見とスクリーニング検査から全身状態と病態を把握し、診断を絞り込むための診察・検査を選択できる
4. 鑑別診断に含まれる疾患について、緊急性を判断できる
5. 適切な時期に上級医にコンサルトできる
6. 診断のための侵襲的検査の適応を判断できる
7. 患者・家族に対して理解しやすい言葉で診断計画、検査結果を説明できる
8. 診断の過程を振り返り、診断のアルゴリズムを検討できる

対象症例の選択

研修の1年目では、担当分野の基本的な疾患、症状について診断の流れを理解したうえで診断計画を立てることが望ましい。比較的安定した疾患に対する診断過程を経験してから、より重症な症例を指導医とともに経験するように計画する。

個別行動目標に対する方略**1. 症状・病態に対する病歴聴取と診察ができる**

臨床研修では系統的病歴聴取と系統的診察を繰り返すことになる。指導医は研修医に

- ・「何がわかったのか」
- ・「どんな病気があると思うか」
- ・「これからどういうふうにしたいか」

という問いかけを行い、研修医と話し合い、患者の要点をまとめさせる。

また、指導医は基本的な病態についてテーマを絞ったの集中指導、シミュレーション教育、DVD 教育を企画する。

指導例:心不全における病歴聴取のポイント、バイタルサインの特徴、患者の重篤感、呼吸音、心音などの身体所見を理解させる。さらに、研修医が病歴聴取と診察から心不全の可能性を指摘できるようにする。

2. 適切なスクリーニング検査を選択できる

診断において病歴聴取と診察さらにスクリーニング検査が必須である。前項で研修医に「どんな病気

があると思うか」「どのようにしたいのか」の話し合いは、このスクリーニング検査を決定するためにある。スクリーニング検査には、迅速に大まかに鑑別診断を絞り込む役割と生理機能を把握するという2つの側面がある。

基本的なスクリーニング検査の例:

- ・ 採血検査:ヘモグラム、生化学、CRP、血沈
- ・ 検尿:
- ・ 画像検査:レントゲン検査、超音波検査
- ・ 心電図
- ・ その他

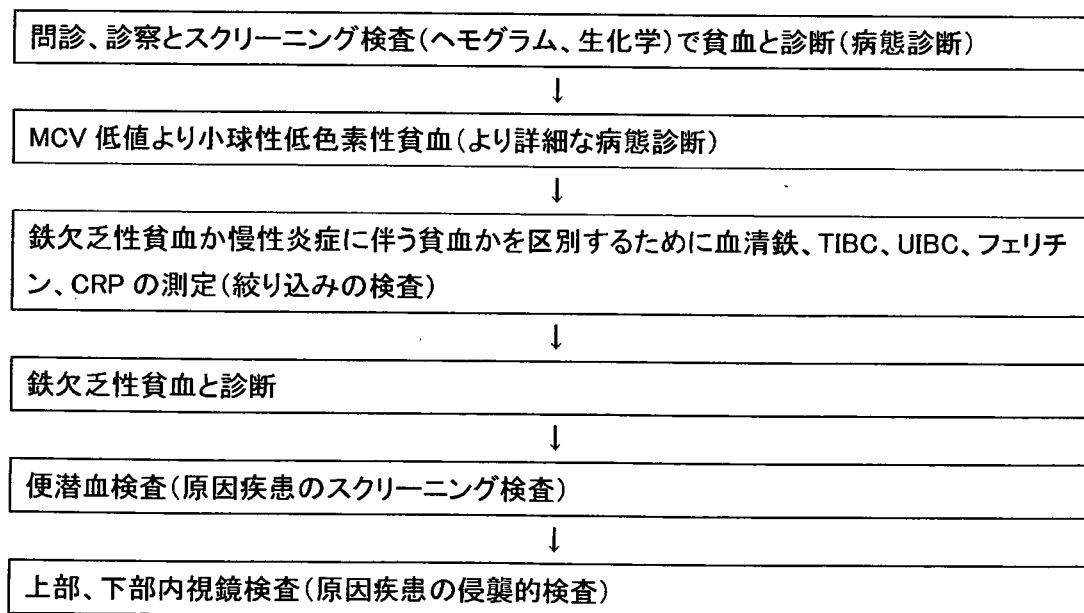
基本的に数時間以内に検査結果が出るものを組み合わせて用いる。指導医は研修医に「どのような検査結果が予想されるか」と問いかけを行い、何のための検査であるのか認識させる。

3. 診察所見とスクリーニング検査から全身状態と病態を把握し、診断を絞り込むための診察・検査を選択できる

診断は診察→大まかな鑑別診断→スクリーニング検査→検査結果の解釈と確認の診察→絞り込みの検査→確定診断のための侵襲的検査の流れで行われる。この間に絶えず診断仮説と検証が繰り返される。

絞り込みの検査とは、鑑別にあげた疾患を効率よく診断するために篩い分けるための検査であり、スクリーニング検査より感度は低いが特異度が高い検査が行う。また、検査結果が出るのに時間がかかることが多い。

指導例:貧血についての検査の流れで例を示す。



この診断の流れの中で、スクリーニング検査結果はどのように解釈すべきか、次に何を考えどのような絞り込みの検査を行うのか、侵襲的検査の必要性について研修医と話し合うことが大切である。

4. 鑑別診断に含まれる疾患の緊急性を考え、検査の優先順位を決定できる

診断を安全に行うために緊急性のある疾患について、迅速に診断、除外診断を行う。このため、行う検査の優先順位をつけることが大切である。状況によってはスクリーニング検査よりも確定検査が優先される。

指導例：発熱のない頭痛の診察について

さまざまな疾患が頭痛を引き起こすが、緊急性の高い「くも膜下出血」を疑っての問診と診察を行う

- ・ 「突然に起こりましたか」
- ・ 「起こった時間はいつですか」
- ・ 「これまでにない頭痛ですか」
- ・ 「起こったときに力が抜けたような感じはなかったですか」

くも膜下出血を疑わせる病歴聴取ができた場合には緊急頭部 CT を最優先で行う。

5. 適切な時期に上級医にコンサルトできる

研修医には緊急性のある病態と判断した場合や、判断に迷った場合には、すぐに指導医に相談することを習慣づける。

6. 診断のための侵襲的検査の適応を判断できる

各分野において診断確定のための侵襲的検査が行われ、診断の核となる検査である。

例：

- ・ リンパ節腫大におけるリンパ節生検
- ・ 肺病変における気管支内視鏡検査
- ・ 循環器における心臓カテーテル検査
- ・ 腎疾患における腎生検等

侵襲的検査は臨床経過や所見から陽性となる可能性の高い患者に絞り込んで実施する。このための適応基準を理解する。研修医には侵襲的検査で明らかになる疾患は何か、その確率はどの程度か、検査の合併症について指導医と話し合う。同時に検査における安全性を確保するために除外基準を理解する。また、侵襲的検査を行うべき時期についても検討する。

7. 患者・家族に対して理解しやすい言葉で診断計画、検査結果を説明できる

疾患によっては、検査を組み合わせる時間をかけて診断することが求められる。また、侵襲的な検査を行うときには、疑われる疾患、その根拠、検査の安全性について理解しやすい言葉で説明し同意を得る必要がある。

研修指導では研修医に説明の場に立ち合わせて慣れた上で、実際の説明を行わせる。かならず指導医とともに説明し、患者に不安を与えないように配慮する。

8. 診断の過程を振り返り、診断のアルゴリズムを検討することができる

系統的な講義で行われている鑑別診断のアルゴリズムは、多くの場合、すべての検査結果がそろったときに分類、診断のために活用ができる。実際の診療の場合、検査の安全性、迅速性から優先順位

があり、検査結果もばらばらの時期に報告される。このような時間の流れを組み込んだアルゴリズムが研修には大切である。

このため基本的症状・病態の診断過程について研修レポートを作成する。この中で診断のための診察と検査の適正な組み合わせと検査の優先順位を理解させる。

評価

各分野において重要な症状、病態、スクリーニング検査、侵襲的検査について研修医の評価を行う。その参考例を次に示す。

(清川 哲志)

図1 到達目標の評価表の基本形

○○○科 到達目標		
研修医氏名() 指導医氏名()		
研修期間(/ ~ /)		
	担当科で重要な症状、徴候	
1. 基本診察		研修医評価
① ○○○の徴候を診察できる		
② ○○○の症状を診察できる		
③		
④	特有のスクリーニング検査	
2. 基本検査		
① ○○○検査で異常値を指摘できる		
② ○○○のパターンで鑑別診断を提示できる		
③ ○○○の検査計画を立てることができる		
④		
3. 侵襲的検査や手技	科での特有の診断的検査方法(情緒的)や処置、手技のリスト	
① ○○○検査の適応を決定できる		
② ○○○治療の適応を決定し方法を理解できる		
4. 治療と管理		
① ○○○治療の適応を理解し科での特有な治療方法、管理方法についてのリスト(一度済みのものは除く)		
② 抗がん剤の投与を安全に行える		
③ 抗がん剤の副作用を管理できる		
④ 顆粒球減少時の適切な処置を行える		
⑤ 悪性腫瘍に対する薬物療法を適切に行える		
⑥ 輸血の適応を決定することができる		
⑦ 検査の副作用に対処ができる		
⑧ ステロイド治療を安全に行える		
⑨ 治療を理解しやすい言葉で説明できる		
⑩ 慢性疾患の患者の心理的なケアができる		
5. 認識すべき症例	症状が○○に類似することが多い疾患のリスト	別表
① 貧血(骨髄異形性症候群)		
② 白血病		
③ 悪性リンパ腫		
④ 出血傾向 感染症・DIC		
⑤ 膠原病		
⑥ 敗血症		

図2 循環器科における到達目標評価表(参考例)

循環器科 到達目標評価表		
研修医氏名()	指導医氏名()	
研修期間(/ ~ /)		
評価基準 A:十分にできる B:できる C:要努力		
1. 基本診察から疾患を鑑別する	研修医評価	指導医評価
① 心不全の徴候	<input type="text"/>	<input type="text"/>
② 心雑音の聴診	<input type="text"/>	<input type="text"/>
③ 胸痛の問診から検査計画を立てる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
④ 失神の問診から検査計画を立てる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. 基本検査を実施、または指示し結果を評価できる		
① 胸部X線での心肺所見	<input type="text"/>	<input type="text"/>
② 心電図	<input type="text"/>	<input type="text"/>
③ 心エコー	<input type="text"/>	<input type="text"/>
④ ホルター心電図	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. 侵襲的検査、手技の適応を理解し、その前後の管理ができる		
① 運動負荷心電図	<input type="text"/>	<input type="text"/>
② 心臓カテーテル検査	<input type="text"/>	<input type="text"/>
③ 心血管造影、冠動脈造影	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. 救急対応(ショック、心不全、失神発作、胸痛)		
① 初期対応ができる(ACLS)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
② 直流除細動の適応が判断でき実施できる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
③ 一時ペーシングカテーテル挿入の適応判断	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. 特殊治療の適応と前後の管理方法が理解できる		
① 循環器用薬の作用、副作用を理解し使用する	<input type="text"/>	<input type="text"/>
② 経皮的冠動脈形成術(PTCA)、ステント挿入	<input type="text"/>	<input type="text"/>
③ ペースメーカー植え込み術	<input type="text"/>	<input type="text"/>
④ 心膜穿刺	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑤ 抗凝固剤による管理	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. 研修中に経験した症例	症例数	
① うっ血性心不全	<input type="text"/>	例
② 狭心症・心筋梗塞	<input type="text"/>	例
③ 拡張型心筋症	<input type="text"/>	例
④ 不整脈(心房細動、心室頻拍、房室ブロック)	<input type="text"/>	例
⑤ 弁膜症	<input type="text"/>	例
⑥ 動脈疾患(大動脈瘤)	<input type="text"/>	例
⑦ 深部静脈血栓症、静脈瘤	<input type="text"/>	例
⑧ 高血圧症	<input type="text"/>	例

図3 血液・膠原病内科での到達目標評価表(参考例)

血液・膠原病内科 到達目標評価表		
研修医氏名()	指導医氏名()	
研修期間(/ ~ /)	評価基準 A:十分にできる B:できる C:要努力	
1. 基本診察	研修医評価	指導医評価
① 感染の徴候を診察できる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
② 出血傾向の徴候	<input type="text"/>	<input type="text"/>
③ 貧血の症状	<input type="text"/>	<input type="text"/>
④ リンパ節腫大	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑤ 膠原病の症状を診察できる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. 基本検査		
① 末梢血液検査で異常値を指摘できる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
② 貧血のパターンで鑑別診断を提示できる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
③ 出血傾向の検査計画を立てることができる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
④ 膠原病のスクリーニング検査を行える	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. 侵襲的検査、手技		
① 骨髄穿刺の適応を決定し実施できる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
② 中心静脈カテの適応を決定し方法を理解できる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. 治療と管理		
① 抗がん剤の適応を理解できる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
② 抗がん剤の投与を安全に行うことができる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
③ 抗がん剤の副作用を予測し対応できる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
④ 発熱性好中球減少を理解し対応できる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑤ 感染症に対する薬物療法を適切に行える	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑥ 輸血の適応を決定することができる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑦ 輸血の副作用に対処ができる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑧ ステロイド治療を安全に行える	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑨ 治療を理解しやすい言葉で説明できる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑩ 悪性疾患の患者の心理的なケアができる	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. 研修中に経験した症例	症例数	
① 貧血(骨髄異形性症候群を含む)	<input type="text"/>	例
② 白血病	<input type="text"/>	例
③ 悪性リンパ腫	<input type="text"/>	例
④ 出血傾向・紫斑病・DIC	<input type="text"/>	例
⑤ 膠原病	<input type="text"/>	例
⑥ 敗血症	<input type="text"/>	例

【B】経験すべき症状・病態・疾患

【1】頻度の高い症状

1) 全身倦怠感

場面の具体的な提示

新患者を、初診外来で研修医が全身倦怠感を訴える患者の医療面接と身体診察を済ませた時点で、指導医にプレゼンテーションをしようとしている場面である。

研修医のプレゼンテーション

患者名:A. O 年齢:55 性別:男性

●主訴/来診理由

「いつも疲れた感じがして全身がだるい」と訴えて受診。

●現病歴

疲労感と元気のなさが2ヵ月前から続いている。起床後、朝から疲れを感じ、体がだるく何もやる気が起きない。集中力がなく、決断するのが億劫で仕事の能率が悪くなったと感じている。入眠は困難で、朝早く目が覚めてしまうため、毎晩4時間くらいしか眠ることができない。口渇感があり飲水は多いが、食欲がなくあまり食べない。体重は測っていないが、家族や友人から痩せたといわれる。何年か前にも何回かこのような症状が出現したことがあるが、そのために病院を受診したことはなく、様子を見ているうちに軽快した。

●既往歴

5年ほど前に健診で高血圧を指摘され、以後、かかりつけ医院から降圧薬を処方されている。その他の服薬歴はない。

●家族歴

特記すべき家族歴はない。

●社会歴

銀行役員として働いている。職場の人間関係のストレスは多い。

喫煙はしない。飲酒は缶ビール一本を週末に飲む程度。

●身体所見(身長:168cm 体重:62kg 血圧:154/92mmHg 脈拍:84/分 呼吸数:16/分 体温:36.2℃)

体重は最後に測定したときよりも3kg程度減少していた。

結膜に黄疸、貧血なし。頸部リンパ節腫脹なし。胸部聴診所見異常なし。腹部は平坦軟。肝脾触知せず。

●現時点での診断とその根拠

倦怠感、体重減少、口渇・多飲があり糖尿病を疑う。

●鑑別が必要な疾患リストと診断計画

その他に全身倦怠感を来す疾患としては、貧血がある。貧血、高血糖、尿糖をチェックするため検尿と血液検査(CBC、生化学、HbA_{1c})を行う。

指導例とそのポイント(矢印の右側は研修医の返答の一例)

1. 病歴、身体診察について議論する

全身倦怠感のため ADL に支障を来している状況が聴取できている。
服薬歴、社会歴、飲酒歴について病歴がとれている。
体重減少の存在を確認している。

- ①病歴聴取に際しては、オープンエンド クエスチョン open-ended question を用い、倦怠感とは何を意味するのかを患者の言葉でなるべく詳しく表現してもらうようにする。確認のために「だるいとはどういう意味ですか?」「その症状を具体的に説明してください。」などと追加して質問するのがよい
→「患者の訴える「だるさ」の中身は「やる気がでない」というニュアンスが中心のようである」
- ②全身倦怠感の日常生活に対する影響を確認する
→「仕事に支障を来している」
- ③仕事、家庭の状況(オーバーワークではないかなど)について確認する
→「ストレスは感じているが、オーバーワークではない」
- ④精神・心理的原因を示唆する症状、状況があるか確認する。うつ病、不安障害、身体化障害などの精神疾患を示唆する症状についてスクリーニング的に質問する。後述のうつ病の二項目質問紙法を活用する。
- ⑤アルコールの摂取量を確認する
→「倦怠感の原因になるほどの過飲はない」
- ⑥薬物歴について詳しく聞き出す。精神安定薬、睡眠薬、抗うつ薬、中枢神経に移行する降圧薬(レセルピン、メチルドーパ、クロニジン、プロプラノロールなど)、筋弛緩薬、市販の感冒薬に含まれる抗ヒスタミン薬は倦怠感の原因になりうる
→「降圧薬の内容は ARB(バルサルタン)であった」
- ⑦睡眠の質と長さについて質問する
→「入眠困難と早朝覚醒がある」
- ⑧倦怠感以外に随伴症状はないか?
→「発熱などの随伴症状はなかった」

鑑別疾患のリストを常に考え、それらの疾患を確定、除外するためにはどんな情報をとったらよいか考えて、追加の質問をするよう指導する。そのためには、早い段階で次項の全身倦怠感の診断について議論してもよい。

2. 診断について議論する

- ①全身倦怠感の原因には何があるか

原因については、以下のように分類するのが理解しやすく有用である。

- (1) 生理的倦怠感

働き過ぎ、睡眠不足、妊娠等の負荷に対する生理的反応。

- (2) 器質的倦怠感

感染症(特に慢性感染症である感染性心内膜炎、肺結核など)、内分泌疾患(糖尿病、甲状腺疾患、

高Ca血症など)、心肺疾患(うつ血性心不全、COPDなど)、貧血、薬物副作用等の器質的原因によるもの。

(3) 精神・心理的倦怠感

うつ病、不安、心理的ストレス等の原因によるもの。

(4) 混合性

上記の組合せ

②頻度の高い疾患は何か

→「貧血、糖尿病」

一般外来では、精神・心理的原因による全身倦怠感が最も多い。内訳として、うつ病 またはうつ状態、不安障害、身体化障害が多い。うつ病の身体症状として倦怠感は、早朝覚醒、食欲不振、性交障害、便秘などと並んで頻度が高い。次に頻度が高いのは、過労、妊娠などの生理的倦怠感、薬物、アルコールによるものである。

身体疾患のうち比較的頻度が高いのは、感染症、甲状腺疾患、糖尿病、心肺疾患であるが、これらには倦怠感以外に随伴症状があることが多い。

③見逃してはならない重要な疾患は何か

まれではあるが、急性副腎不全、非ケトン性高浸透圧性昏睡、急性心筋梗塞などで全身倦怠感が主訴となることがある。バイタルサイン、全身状態をチェックし安定していることを確認してから次のステップへ進む。

自殺企図は緊急症であるため、うつ病を疑った場合、必ず自殺念慮の有無について確認する

→「自殺念慮はなかった」

3. 検査計画について議論する

①うつ病の二項目質問紙法を施行する

(1) この1ヵ月間、気分が落ち込んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。

(抑うつ気分)

(2) この1ヵ月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。(興味・喜びの喪失)

ふたつとも「いいえ」であればうつ病は除外できるが、ひとつでも「はい」があればうつ病が疑われるので精神科にコンサルトする

→この症例は、ふたつとも「はい」であった

②頻度の高い身体疾患を除外しておく

身体疾患のうち、比較的頻度が高い感染症、甲状腺疾患、糖尿病、心肺疾患のスクリーニングを行う。

CBC、生化学、Ca、血沈、TSH、検尿、胸部レ線、ECG、妊娠可能年代の女性には妊娠反応。

この症例は病歴からうつ病の可能性が高いと判断されるので、CBC、生化学程度でよい。

4. 研修医が陥りやすいピットフォール

全身倦怠感の頻度の高い鑑別診断として精神疾患(とくにうつ病)を想起できない。この症例では、口渇があったので糖尿病に飛びついてしまったと思われるが、糖尿病としては不眠、集中力の欠如などを説明できない。

うつ病患者が、身体症状を訴えて内科外来を受診することは非常に多く、自殺念慮をともなっている場合

は、緊急症として対処する必要があることを知っておかなければならない。

5. 症例をベースにした学習の追加

二項目質問紙法を使用することにより、どのくらいうつ病を確定・除外診断できるのか議論する。そのためにはどんな情報が必要なのか考えさせる。答えがわからなければ、二項目質問紙法の検査特性を勉強するよう示唆する。データベース(UpToDate、DynaMed、ACP PIER など)が利用できれば、研修医に調べさせるか、一緒に調べてみる。これらのデータベースを使用すれば、楽に原著に到達できるが、Google で検索しても情報は得られるだろう。

Whooley ら(Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med 1997 Jul;12(7):439-45.)によれば、二項目質問紙法の大うつ病に対する感度 96%、特異度 57%である。

SnNout (Sensitivity Negative Ruleout 感度が高い検査が陰性なら除外できる)、SpPin (Specificity Positive Rulein 特異度が高い検査が陽性なら確定できる)のルールにより、二項目質問紙法は感度が高いので陰性(両方とも「いいえ」)であればうつ病を除外できることがわかる。

(野口 善令)

【B】経験すべき症状・病態・疾患

【2】緊急を要する症状・病態

1) 心肺停止

心肺停止に対処できることは、医療人としての基本的な素養である。近年は特に、突然の心肺停止の救命に対して、AEDの普及とともに社会的にも関心が高まっている。そのような中で、心肺停止に対して、効果的な救急蘇生法(cardiopulmonary resuscitation)を実施できなくてはならない。心肺停止に至った最初の10分間のケアは特に重要である。それだけでなく、周囲のスタッフとともに、適切なチーム蘇生を推進し、指導医や上級医と共に、心肺停止に至った病態の治療を実施できることが求められる。

《心肺停止の初期診療において研修医が実施すべき原則》

- ①ローテーションした病棟において、常に、AEDの設置場所や除細動器、救急カートの設置場所を覚えている
- ②心肺停止のリスクのある患者を認識し、蘇生を始める必要性を判断でき、いざという時には、行動に移すことができる
- ③自ら蘇生を実施することができるだけでなく、蘇生が全体として効果的に進行するように、役割を果たしチーム蘇生に貢献できる
- ④突然の心停止に対して、単にリズムに対応する診療を行うのではなく、その根本的な原因を考慮しながら、可能な限り病因に基づく治療をめざす
- ⑤医学的な診療にのみ意識を集中するのではなく、患者家族に対する、あるいは社会的な背景に対する配慮を怠らない

《研修医の蘇生コースへの貢献》

たとえ多数例を経験しても、場当たりの救命処置をくりかえすだけでは、心肺停止の病態に適切にアプローチすることはできない。系統的な手順に基づいて現実に実施できるようになるためには、シミュレーションコースへの参画が不可欠である。新しい臨床研修制度で育つ研修医のために構築されたコースとして、*ICLSコースが整備されている。日本救急医学会 ICLS コースガイドブックは、もともとは ICLS コース受講のために作成されたが、臨床研修医が習得すべき蘇生のエッセンスが集約されているので、自己学習教材としても使用できる。また、受講するだけでなく、コース運営をサポートして、医療機関や地域の蘇生教育においても役割を果たすことが求められる。特に、**BLS コースについては、一般市民、他の医療者に対するコース指導が求められる。

* Immediate Cardiac Life Support

** Basic Life Support