

独立行政法人 労働者健康安全機構

関東労災病院

初期臨床研修案内 番外編

新入生へのメッセージ

2021年度初期研修修了生より



はじめに

このスライドは、令和3年度に関東労災病院の初期研修を修了した先生方から令和4年度に入職する後輩研修医に向けて贈られたアドバイス集です。

学生の皆さんにも初期研修の実際の様子を知ることのできる資料となっていますので、ここに転載します。

非常に長いですが、当院の研修に興味をお持ちいただいた方は研修生活を想像しながら読んでみていただくとよいと思います。

（「初期臨床研修案内」と併せてお読み下さい。）

新入生へのメッセージ

関東労災病院 2021年度初期研修修了生

目次

- 救急外来の勉強
- 病棟業務の勉強
- ローテ各科の勉強
- サマリの進め方
- ローテーションの組み方
- 院外研修の過ごし方
- 集合研修の感想
- 労務管理の感想と対策

救急外来の勉強

関東労災病院ER研修の特徴

- ・救急外来での業務は ①必修ローテーションでの2ヶ月間 ②当直での業務 の大きく二つ。
- ・救急搬送依頼を看護師が受け、専門医に応需相談。
- ・2次救急であるため基本的にショックなど重篤患者は応需しないが、かかりつけ患者であったり、来院時にショック状態と発覚することもあり注意を要する。
- ・walk in + 救急搬送の初期診療。どの診療科でも上級医に相談する体制がある。
- ・CTオーダーは夜間でも行える。造影CTに医師の同伴が必要。MRIは脳卒中HOT以外ではあまり撮像せず敷居高い、事前連絡が必要(立ち上げに時間かかる)。
- ・循環器・脳卒中HOTは基本的にSetで進行。(初期対応より上級医と一緒に診療することが多い)

基本的な診療の流れ

- ①救急隊やトリアージでの情報から考えられる疾患を想起、必要な検査を想定しておく。(過去カルテがあれば参照、可能な範囲でオーダー入れても良い。)
- ②初期対応(バイタルチェック、救急隊からの聴取、問診、家族からの聴取、診察など)
- ③検査オーダー(採血・採尿、培養検査、心電図、画像検査etc)、点滴オーダー・静脈路確保
- ④検査所見の評価, 診断
- ⑤入院(入院オーダー、翌日までの点滴・検査オーダー)or帰宅(処方や外来フォローがあればオーダー)

流れとしては上述の通りですが、②,③については一般内科外来と異なりERはスピード感が大事で、ERが混雑していたり、救急搬送されてくるような場合は先に検査や点滴オーダーをします(実際その状況がほとんど)。特に血液検査は診療の律速段階となる(検査結果が出るまで30分-1時間程度かかる)ため、採血検査とともに点滴(補液や薬剤投与が想定される場合)を先にオーダーしておいた上で問診、診察に入ることが多いです。

ただし、重症患者と軽症患者も同様の検査を詰め込むと、病院のキャパシティとして診療効率が低下しますし、医療費の増加にもつながります(病院経営としては良いのかもしれませんが)。例えば同じ胸痛でも、高血圧、糖尿病の中高年男性でHOTで運ばれてくる男性と、なんだか胸が苦しいという訴えでwalk inしてくる若年女性とでは話が違ってくるわけです。その辺は検査前確率を想定して診察、検査のオーダーを行っていく必要があります。

まずはERの診療flowに慣れながら、critical diseaseの除外を意識して診療を行う。慣れてくると、前情報の主訴や患者情報で鑑別診断を想起し、実際に診療と並行して疾患仮説を立てて診療が行えるようになります。さらにできるようになると初期診療+ α (疾患に応じた検査や入院後のオーダー、薬剤処方、骨折のシーネ固定法、ICなど)についても学べると良いかと思えます。

勉強方法

- ・ 救急外来の参考図書を一読しつつ、実際の現場でER診療の考え方を学ぶ。現場ではポケットサイズのハンドブック(京都ERなど)やiPhoneのEvernote等で確認できるものがあると良い。
- ・ 検査結果の解釈、評価を行えるように、血液ガスや心電図、画像の読み方などの本は読んでおく。特に当直中でのCT画像での見落とし、誤診断で痛い目を見る人は多いです。

勉強方法

- ・ 経験した疾患や主訴について振り返り勉強していくことがとにかく大事。上級医とdiscussionしながら自分が行った対応、検査及びその評価、診断が正しかったかどうかを評価していく。入院患者であれば翌日以降の診療がカルテで確認できるので振り返りを行える。読影レポートを確認したり、上級医の行っている診療経過を見ることで診療スキルの向上に努める。電子カルテの担当患者登録で勉強になった症例を登録しておくことで後で振り返りがしやすいです。

勉強方法

- ・基本的に上級医に相談しやすい体制ですが、上級医がすぐに対応できない緊急時の初期対応を想定して(心停止、呼吸不全、ショックの対応や高K血症など)一度学んでおく。(集合研修等利用して共有していく。)
- ・わからないことは上級医に限らず、看護師さん、技師さんなど職場・医療現場の先輩に恥ずかしがらず積極的に聞きましょう。

病棟業務の勉強

研修医がやるべきことは、大まかには、

- ・ (できれば一人で)朝・夕回診
 - ・ 日々のカルテ記載
 - ・ 実施済み処方
 - ・ 今後の採血・画像検査
 - ・ 点滴・内服薬の処方
 - ・ その他細々とした指示
 - ・ 入院サマリ、退院サマリ
 - ・ トラブル時の対応(「発熱してます…」 「痛がってます…」 「指示が抜けてるんですが…」 「ルートとってください」 などなど)
- があります。

最初の3か月くらいは正直なところ何もできません。。。

カルテの使い方も分からないんですから、無理もありません。

分からないところ、自信がないところは上級医をはじめ、周りの看護師さんや薬剤師さんに何でも聞きましょう。

周りとうまく情報共有をすることが研修医として、医師としての第一歩であり、一番大事なことです。

加えて、病院の中には不文律が意外とたくさんあります。

病院での決まり事、病棟での決まり事、診療科での決まり事、上級医の中での決まり事、その患者での決まり事などなど

焦らず確認です。

そのうち、ある程度の事務仕事はできるようになります。

次に困るのは、看護師さんからの電話です。

事務仕事の電話から緊急的な電話まで大小様々な用件が飛んできます。

研修医は「行きます」「やります」「確認して折り返します」と返答しましょう。

内容を大きく分けると、①事務仕事 ②予測していたトラブル ③予測していなかったトラブル(緊急!)に分かれます。

①事務仕事は研修医の仕事です。すぐにやりましょう。ルートや採血などの手技をお願いされることもあります。うまくなるには場数を踏むしかありません。

②予測していたトラブル 上級医と今後の治療方針や注意事項を共有できていれば、焦らず対応することができます。自分の担当患者は確実に把握しましょう。(もちろん最初のうちは全て確認です)

③予測していなかったトラブル 徐々に「何か変だぞ」という嗅覚が身についてきます。少しでもおかしいと思ったら、まずは患者さんのところへ飛んで行きましょう。（ここで毎日患者さんと会っているかどうかを試されます）

救急的な対応が必要であったり、専門科的な対応が必要だったりしますが、いずれにせよ上級医と相談しましょう。そして相談するには異常を異常だと認識することが重要です。その嗅覚が必要です。

ローテ各科の勉強

最初は各科の仕事に慣れないと思いますが余裕が出てきたら

- ① その時点で持っている患者さんのプロブレムに沿った調べ物(ウェブで調べる場合はEvernoteやNotionのクリップ機能で記録をとっておくとよいでしょう)
- ② 各科の基礎的検査・手技・その他commonな仕事(循環器内科なら心電図、腎臓内科なら体液・電解質→透析、整形外科なら解剖学など)
- ③ 教科書をはじめから読む(簡潔なものでよいと思います)

をするのが良いかなと思います。

最初は「せっかくこの科を回すのだからこの1ヶ月である程度詳しくなってしまうおう」と思って教科書を読み始めるのですが、通常業務が通常業務としてあった上での勉強なので息切れしてくる人が多いです(息切れしない優秀な方は是非そのまま頑張ってください)。

自分も実際に働いてみて、1ヶ月は広くやろうとすると明らかに短いというのを早速身を持って実感しました。結局広く深くは難しいので学生までと違って目の前にある問題を勉強の材料にすることになります。そうすると上記では①>②>③の優先度がよいのかな、と考えています。

サマリの進め方について

■ ペース

初期研修では計55の疾患・症候についてのサマリーの提出が求められます。

かなり量が多いですが、2-3ヶ月ごとに提出する数が決まっているのでそれに従ってやっていけばいいと思います。最初の方は大体1ヶ月3個くらいのペースでしょう。もちろん、どんどん先に進んで書いて行っても構いません。

最初は数が多くて大変だと思いますが、慣れると意外となんとかなります。サマリーなんかは自分の時間を取られていたらもったいないぐらいの気持ちで、ちゃっちゃと終わらせてしまいましょう。頑張ってください。

■ テーマ

テーマの症候・疾患について、「視力障害」など運が悪いと2年間で経験しないようなものがあったり、「認知症」と「物忘れ」、「うつ」と「抑うつ気分」がそれぞれ別個にあたりと課題設定が若干現実に即していません。

なかなか経験しないであろう項目についてはあらかじめチェックしておいて、書けそうな症例を目ざとくゲットしてください。自分がついている先生の症例でなくても、相談して名前を入れてもらうなどしても良いと思います。ただ、例えば視力障害などの項目ではある程度、無理矢理そのテーマにこじつけたレポートになってしまうのは仕方ないと思います。

また、「高血圧」，「脂質異常症」などは内服している人は多いけど、実際に入院してその疾患が主病名になることは少ないでしょう。

「心筋梗塞で入院したが，その時に未治療の脂質異常症が判明し内服を開始した」みたいな症例で書ければ十分だと思います。

■ 検査結果

全ての検査結果を記載する必要はありません。病態に関係のあるものを選んで記載していきましょう。

■ 考察

数が多いのであまり時間をかけなくても良いのかなと思います（もちろんしっかり書いていた同期もいました）。筆者の場合は、UpToDateがガイドラインを引用して書くことが多かったです。基本的にその症例、そのテーマに関連したことを書くのが普通でしょう。参考文献は2次資料でも大丈夫ですが、2次資料の元となった論文をさも読んだかのように参考文献の欄に記載してはいけません。ちなみに、Up To Dateを参考文献とする場合の表記のフォーマットはホームページに記載されています。

教科書だと『内科診断リファレンス』、『内科診療フローチャート』を使っている人もいました。「教科書よりはガイドラインとかを参考文献にした方が良い」と言っている先生もいらっしゃるるので、柔軟にいきましょう。

■ 参考文献

参考文献の書き方について2020年度集合研修の資料に一度目を通しておくと良いでしょう。電子カルテに入っているのもので2年目に場所を教えてください。論文，書籍，ホームページ，UpToDateとそれぞれ記載の仕方が異なり大変面倒なので，筆者はフォーマットのwordファイルを作ってコピーして使っていました。Pubmedで「cite」のボタンを押すと，引用の形式に自動でしてくれるので便利です。

■ 最後に

略語の書き方，単位と数値の間は半角スペースを入れるなど，細かい注意点はいろいろありますし，集合研修などで学ぶ機会があるかも知れません．一番大切なのはきちんと読める日本語で書いてあることだと思います．提出する前に必ず読み直して，意味の通る日本語になっているかを確認するようにしましょう．

■ J-OSLERについて

3年目以降に内科に進む人はJ-OSLERも並行して進めていけると良いです。初期研修の症例は症例登録で80症例、病歴要約で14症例使えます。疾患群とかがあって面倒なので、内科志望の人は一度調べてみるのが良いでしょう。神経内科や血液内科などは、その科に進まない限りは、初期研修の症例を活用しないとなかなか症例が集まらないかもしれません。症例登録については、各科をローテしながら下書きを作っていけるとベストです。2年目の後半になってから始める人が多いですが、1年以上前の症例を思い出しながら症例登録を書くのは本当に筆が進まないのです。 . . .

少なくとも担当した患者は全員電子カルテの機能で登録しておきましょう。あとから探すときに格段に楽になります。

詳しくは隣の部屋にいる内科専攻医の先生に聞くのが良いでしょう。

ローテーションの組み方

例年通りだと1年目の終わりから選択期間が始まると思います。選択期間の初めの方は、志望科で考えている科を中心に希望を出している人がほとんどです。

入局先の決定時期などを考慮すると、迷っている人は遅くても2年目の5.6月までにはローテしておいた方が良いでしょう。

反対に、志望科がはっきり決まっている人は、むしろ他の科を中心に組むのは良いかもしれません。

選択期間は限られますが、他科ローテは研修医の時しかできないので、色々な科を幅広くローテしておくことをおすすめします。

後半の選択期間は、志望科に関連する科をローテしている人が多かったです。

また、外科系志望の人で手術の執刀をしたい場合は、2か月以上ローテした方がチャンスは多いかもしれませんが、やる気があれば1か月の中でも執刀は可能でした(※その時の症例次第ですが)。

以下、選択者の多かった診療科(※学年によって多少ばらつきあり)

- ・放射線科:一般的な胸腹部CTなど読めるようになると日々の当直業務でも生きてきます。MRIを多用する科(神経内科、産婦人科など)を志望する人はそれも学ぶ良い機会です。

- ・感染症内科:抗菌薬の選択など学ぶチャンスです。

- ・糖尿病内科:血糖管理は何科に行っても重要になってくると思います。

- ・病理診断科:内科外科に関わらず、腫瘍を扱う科は特に良い勉強になると思います。

- ・皮膚科:入院患者の皮疹や掻痒などコンサル機会が非常に多いです。自分で処方できるようになると良いですね。

院外研修の過ごし方

当院は地域医療としてあがの市民病院、島脳神経外科整形外科医院、しまむらクリニックの内2つを選択します。精神科では東横恵愛病院に行きます。島脳神経外科整形外科医院・しまむらクリニック・東横恵愛病院は病院近辺なので、今回は新潟のあがの市民病院についてお伝えします。

慣れない地で研修を行う事に対して不安はあると思いますが、少なくとも私にとっては凄く有意義で楽しい期間でした。

平日：初診外来・救急業務および自分が入院させた患者さんの病棟業務を担当します。

外来は色々な重症度の方が様々な訴えで来院します。発熱やめまいなど普段の救急外来で担当するような主訴から、認知機能の低下が強くオムツを食べてしまったと言うような方まで、、、

日中の外来なので重症度・緊急度は低い方が多いですが、中には心不全や大動脈解離、敗血症の様な重篤な病態が隠れている事もあります。

あがので対応が困難な場合は救急車に乗って転院搬送に行く事もあります。

基本的には当院での救急外来業務を1年間行えば重症度の評価に関しては行える様になると思います。また当院と同じように患者さんの転帰に関しては全例上級医と相談の上で決定します。

病棟業務は外来の合間や午後にやります。基本的には自分で方針を決めて治療していきます。外来の時に相談した上級医と一緒に担当します。

夜間・休日：当直業務以外基本的にはフリーです。病棟から電話が来る事がありますが、実際に来院しなければならない機会は少ないと思います（もちろん担当患者の重症度にもよりますが）。

新潟には見どころが沢山あります、雪の時期でなければ1ヶ月間レンタカーを借りる人も多いです。日本酒や魚介、自然、ウィンタースポーツなど存分に満喫して下さい。新潟は少し車の運転が荒い印象なので、運転には気をつけてください。

集合研修の感想

集合研修は年3回ほど、研修医が数日間診療科に属さずに集まって、普段の診療では不足しがちなことについて学びます。

内容としては

- ・ 診療報酬の制度
- ・ チーム医療・委員会
- ・ 退院支援
- ・ サマリチェック
- ・ 症例発表
- ・ その他の講義

があります。

診療報酬やチーム医療・委員会については、1人で細かく学ぶのは難しく、分担して発表することで全体を理解していくことになります。

最初のころはよく分からないかもしれませんが、次第に重要性が分かってくるはずです。今後医師として生きていくために、自分たちがどのようなシステムの中で働いているのかしっかり学びましょう。

退院支援は、退院後の自宅環境の調整や施設の選定など、看護師さんやメディカルソーシャルワーカーさんが中心となっていて行っている業務について学ぶものです。どんな患者にどんな支援が必要なのか実際に参加してはじめてイメージできました。集合研修で発表するのは数人ですが、全員が参加する必要がある、ローテーションによっては、1年目に回る内科（消化器内科など）で経験しておかないと症例がないこともあるので注意。

サマリーについては別の章で詳しく述べられているので省略します。

症例発表は院内で経験した症例について10分程度で発表します。地方会などでの発表経験があればそのまま使うこともできます。他の研修医の発表を聞くと自分の至らなさを感じ良い刺激となりました。準備が大変なので7月の集合研修を参考に早めに症例を決めて指導医に相談しましょう。

その他で最も印象に残っているのは、2年目が中心となって1年目に指導した救急シミュレーションです。準備は大変でしたがかなり充実した内容になったと思うので、ぜひ引き継いでほしいです。

エコーなど上級医やコメディカルの方に教えて
いただきたいものがあれば、集合研修中に枠を
設けてもらえることもあります。

総括すると、集合研修はかなり学びが多く、充
実した期間だと思えます。準備は大変ですが、
絶対にためになるので、頑張ってください！

労務管理の感想と対策

当院では、研修医のdutyの仕事量からして残業になる場面はそこまで多くなく、むしろ日中暇な時間を持つて余すことが少なくありません。そのため、時々定時オーバーすることはあるかもしれませんが、それも込みでの給料という考えの元、一部の科を除き時間外はつかないことが多いです。

その場合、定時後も病院にいる場合は自己研鑽という形になります。

自己研鑽は申請フォームから毎日申告する必要があり、正直な所大変面倒であり運用がうまくいっていない状態でした。

色々な考え方がありますが、個人的には、当院の研修医の仕事量を考えると、残業代はつけばラッキーぐらいの感覚でいる方が気持ちよく働けるのではないかと思います。

この体制を受け入れるのであれば、自己研鑽の煩雑さも不要になるはずです。

4月以降臨床研修管理室長の先生を含めよく話し合うとよい問題だと思います。



(2021年9月集合研修 医療安全)



(2021年7月集合研修 救急シミュレーション)

おわりに

初期研修先を決めるシステムは「マッチング」です。
ここまでお読みいただき、自分に合うかもしれないな、
と思われた方は是非ご応募下さい。

お待ちしております。

関東労災病院 卒後臨床研修管理室