

これだけは押さえてほしい！

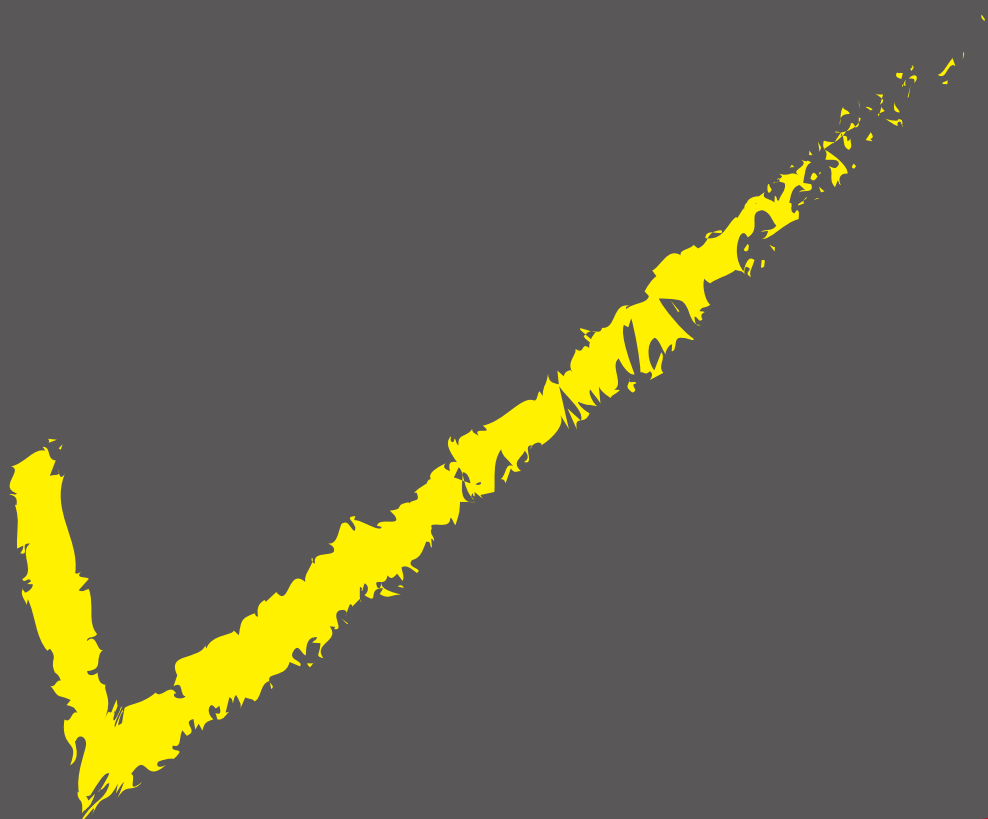
研修医のための ルール&マナー

日本医事新報社 編

本コンテンツはハイブリッド版です。PDF だけでなくスマホ等でも読みやすいHTML 版も併せてご利用いただけます。

- ▶HTML 版のご利用に当たっては、PDF データダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。
- ▶シリアルナンバー付きのメールはご購入から 3 営業日以内にお送り致します。
- ▶弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することでHTML 版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶登録手続



日本医事新報社では、
Web オリジナルコンテンツを
制作・販売しています。

▶一覧表示

巻頭言

挨拶をしない，患者さんの目を見て説明ができない，横柄な態度で人に接する，自分で考えず先輩に言われたことを繰り返すだけ…。

「惜しい！ もっとこうすればいいのに…」とアドバイスしたくなる，そんな研修医や若手医師を見たことはありませんか？

身近にいる，自分もかつてはそうだった，もしかして今も無意識にやっているかもしれない…。

本コンテンツのテーマは「院内でのルールとマナー」。

院内でのマナーから勉強法，心構えまで，先輩医師から若手医師へのアドバイス集となっております。もちろん，若手医師だけでなく，先輩医師の方には指導する際の参考として，ぜひご活用頂きたい内容です。

医学部の授業だけでは気づけない医師としてのルールやマナー。現場の生の声から生まれた83のアドバイスをお届けします。

SECTION 1

まずは社会人としてのマナー

- p7 **01** 病院は学校ではありません 村川力彦
- p8 **02** 白衣をきちんと着る 尾藤誠司
- p9 **03** 研修現場でも、やはり「身だしなみは足元から」 富田泰彦, 赤木美智男
- p10 **04** たかが挨拶, されど挨拶 田中和豊
- p11 **05** いつも元気に挨拶を 村田 健
- p12 **06** 「おはようございます」と言おう！ 本田順一
- p13 **07** Punctual でなけりゃ 渡辺孝之
- p14 **08** 「即レス」のすすめ 中島 伸
- p15 **09** 飲酒状態で病院に呼ばれたら？ 荒井正純
- p16 **10** 有給休暇の申し出 松浦恭子
- p17 **11** 院内 PHS・携帯電話の対応 川口信哉
- p18 **12** 守秘義務を守る 村田 健
- p19 **13** 受けた外線電話で、患者さんの個人情報をお話さない 片多史明
- p21 **14** 患者さんに「〇〇先生は本日いらっしゃいません」は× 加賀谷豊
- p22 **15** 後輩の指導—減点法でなく、加点法で評価する 佐藤耕一郎

SECTION 2

医師として持っておきたい心構え

- p23 **16** 不適切な言葉遣い 小松弘一, 古川恵美
- p24 **17** コメディカルとの信頼関係 本藤達也
- p25 **18** お山の大将が礼を欠いたら… 川島篤志
- p26 **19** まだまだいるぞこんな医師 まねしてはいけない医師 島貫公義

- p27 **20** したくない仕事に対するモチベーションの維持方法 岡本元純
- p28 **21** 無理をせず、自分にできることをしっかりやる 若林禎正
- p29 **22** 「感謝の気持ち」を忘れてはいけない！ 山添 優
- p30 **23** 職場で磨く技と心 堀 哲夫
- p31 **24** 常に平静の心で 神戸貴雅
- p32 **25** Three No (No busy, No excuse, No complaint) の心構えで！ 大下彰彦
- p33 **26** 専門への道（自分の興味って？） 阿部包愛
- p34 **27** 進路に悩み過ぎない 佐藤幸人
- p35 **28** 「マッチング先を変えたい」は通じない！ 望月 隆
- p36 **29** 「ガイドライン」や「EBM」のめざす本当の姿とは 津村和大

SECTION3

スキルアップのために日々勉強

- p37 **30** 教わり上手になろう 高木正和
- p38 **31** 1つのやり方にこだわるな！ 成田憲紀, 丹羽 潤
- p39 **32** 「僕、興味ないので…」という食わず嫌いは卒業して、幅広く学ぼう！ 津村和大
- p40 **33** 依頼箋での Consult はしない！ 津下圭太郎
- p41 **34** そこまでは… 小山 弘
- p42 **35** 1日1葉 鳥井晋造
- p43 **36** 1日1つ新しい知識を身につけよう！ 大楠崇浩, 尾下正秀
- p44 **37** 予習でチャンスをつかもう 村田 健
- p45 **38** 日頃からの準備の重要性 小松弘一, 神垣美香
- p46 **39** 常に疑問を持って 川口信哉
- p47 **40** 重複する疾患の可能性を常に意識する！ 大楠崇浩, 尾下正秀
- p48 **41** 自分流医学英語会話の勉強法 平田幸一

SECTION4

実際に患者さんと接するときのポイント

- p49* **42** 笑顔で、お大事に 大日方薫
- p50* **43** 患者さんとの接し方 西野雅巳
- p51* **44** 初診時の問診のコツ 前田直人
- p52* **45** 「当科（〇〇科）的には異常はありません」と言うべからず！ 大澤 稔
- p53* **46** 「異常ありません」としか言わない 野口善令
- p55* **47** 夜中に診療する前の3カ条 小松弘一、相子直人
- p56* **48** 残念… 黒島研美
- p57* **49** 毎日多くの患者さんが来院する中で、多くのトラブルが起きています 武田純三
- p58* **50** 「…ね」言葉遣い癖は…どうですかねえ？ 伊藤 博
- p59* **51** 症例に応じた適切な治療とは 小松弘一、古宮士朗
- p60* **52** 「不安」の軽減が「信頼」につながる 昆 祐理
- p61* **53** コミュニケーションも治療の1つ 武田美佐
- p62* **54** どっちが患者さんですか 山岡傳一郎
- p63* **55** モンスターペイシェントとの関わり 磯谷正敏
- p64* **56** DNARはよく考えて 高井 修

SECTION5

周囲とのスムーズな情報共有のために

- p65* **57** Face to face 有菌健二
- p66* **58** プレゼンテーションデビュー 大野耕一
- p67* **59** プレゼンテーションがうまくできない 藤本武士
- p68* **60** 単なる「メッセージ」はダメ 岡田俊英
- p69* **61** コンサルトの仕方 米田真也

p70	62	Caution プレゼンテーションの禁句「もともと」「フォローアップ」	岡田 靖
p71	63	日常診療で正しい医学用語を使用する	岩澤孝昌
p73	64	院内電話に注意	海江田令次
p74	65	院内 PHS での話し方—相手の状況を考えて！	中村祐之
p75	66	真夜中の指導医への電話	豊永哲至
p76	67	ER でのカルテ記載のコツ	濱田卓也
p78	68	内科サマリーの書き方 主訴, 現病歴, 既往歴	池ノ内浩
p80	69	診療録は公的文書	村田 健
p81	70	「医師」である前に「社会人」	大久保政雄

SECTION6

身につけたい習慣

p84	71	聴き上手になりましょう	米島 學
p85	72	コックピットに学ぶ手術室におけるチーム医療の実践	林 弘人
p86	73	検査データからプレゼンテーションしない	吉村 博
p87	74	ルールは君の中にある	山内孝義
p88	75	看護記録には必ず目を通すこと	村田 健
p89	76	標準予防策	橋本治光, 香川二郎
p90	77	「指さし呼称」と「チェックリスト」でミスを防止せよ	田中 修
p91	78	早起きは三文の得！	安藤治朗, 丹羽 潤
p92	79	当直明けは無理しない	森 琢児
p93	80	前医からの引き継ぎや紹介で気をつけたいこと	井津井康浩
p94	81	正直な言動と謙虚な努力	小島哲弥
p95	82	見る前に跳べ	山本智清
p96	83	Caution 「忙しい」は止めよう	青山直善

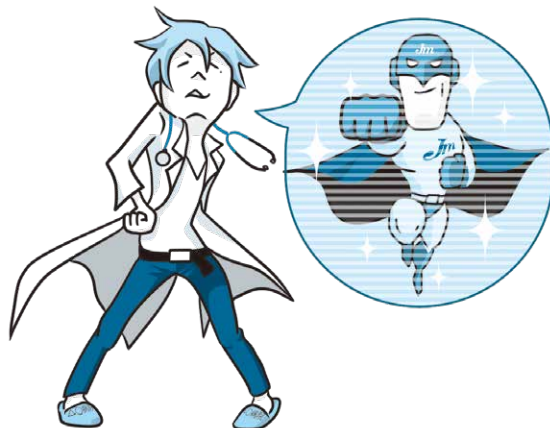
02

白衣をきちんと着る

白衣「ビラビラ」はエラそう

よく医療系のドラマなどで白衣のボタンをすべて開けてビラビラさせながら廊下を歩いている医師を見かけますが、あれはダメです。ちょっと周りを見渡せば気が付くことですが、ボタン全開で歩いているのは医療職の中で医師がほとんどです。バットマンやスーパーマンのマントみたいに白衣をビラビラとたなびかせていることで、深層心理の中で、ヒーローになった気分を味わっているのかもしれない。白衣のボタンを開けるのは、だらしのないか不衛生などという問題以上に「エラそう」な印象を人に与えます。本当に尊敬に値する人間は、自分の尊大な態度や印象に常に自己批判的なものです。

また、身だしなみとは関係ありませんが、やはり医療系ドラマなどで、医師が廊下を横2列とか3列で歩いているシーンを見かけます。あれについても「Gメン'75か(古い)！? カッコいいと思われたいか？」とツッコミを入れたくなります。



インナーよりも白衣のボタン

当院では数年前に白衣の着方に関する大規模な調査を行いました。その結果、インナーについては、今はやりのスクラブウェアの印象は悪くありませんでした。一方、ネクタイを着用していても、白衣のボタンを開けている姿の印象は悪いという結果が有意に出了ました。その後、当院では、インナーウェアについては特段の制約を設けていませんが、すべての医師は白衣を着用する際には前のボタンを閉めることをルールとしました。簡単なことですが、それだけで少し患者さんに対して謙虚な姿勢になれるような気がします。

18

お山の大将が礼を欠いたら…

こんなこと言っていないですか？（自分より若い医師が集まっている飲み会で）

「A医院からの紹介って、医学的な評価が甘いよね。造影CT撮れば一発なのに！」

「〇〇科のB先生に外科担当症例で注意されたけど、専門外のことなんて知らないよ！」

残念ながら、悪口や噂話は雑談や飲み会のネタになりがちですが、これはダメです！

謙虚に、真摯に

病気を診ることに少し自信がついてきた時期、特に急性期病院でしか医療経験がなく、継続外来の経験が浅い若手医師は注意が必要です。「後医は名医」であることや、純粋な医学的事項だけでなく患者背景を含めて外来診療を行うことの大変さを理解していないにもかかわらず、案外自分が何でもできるように感じた時期に、勘違いが発生します。病院での経験は、医療のほんの一部です。自分ができていないことを認識できずに、批判をすることは格好悪いものです。その批判は将来跳ね返ってくることも覚えておいたほうがよいと思います。また、ちょっとした指摘を真摯に受け止められない時期ってありますよね。ですが、その愚痴を自分より若手にこぼしても、よい影響はありません。むしろ格好悪いです。「怒られるうちが華」とも言いますが、経験を積むごとに医師という立場で怒られる頻度は激減します。特に、接点が少ない他科の先生や他施設の先生に対して真摯な態度でいられるか、怒られることを受け入れられるかが医師としてだけでなく、人としての成長につながります。彼らは、医師・社会人としても先輩のはずです。

「腫れ物に触らず」的な医師になっている人も少なからずいますよね。そうはならないようにしましう。そして、そんな部下を律することができる上司が少ない社会になったことも、指摘を真摯に受け止められない、勘違いをしている医師が増えたことの一因かもしれません。

こういう中堅医師にはなってはいけない、と思えるといいですが、案外、影響力を持った先生ほど飲み会を仕切ったり、研修医とたむろしたりすることも多いものです。

では、自分の若い頃はどうかというと、恥ずかしながらできていませんでした。「他人の批判や愚痴を一切言わない！」と、医師になったときから心に決めていたという先生の講演を拝聴したときに、本当に恥ずかしい気持ちになりました。できれば自分が犯してきた失敗を、若手には歩んで欲しくはありません。

 川島篤志（市立福知山市民病院 研究研修センター長/総合内科医長）

35

1日1薬

研修医は時間がない？

研修医Aくんの1日は、朝は採血で始まり、夜は指導医B先生との回診・カルテ記載で終わります。日中は仕事で忙しく、帰宅してテキストを読みはじめると5分もせずに目が閉じてきます。そのため、勧められた論文は手付かずで、せっかく購入した専門書も積んだままです。そんな中、ようやく採血の失敗は減ってきたものの、B先生から指示された薬を間違えて入力し、さらにそれが先月の研修医セミナーで取り上げられた薬だったので嚴重注意を受けてしまいました。

忙し過ぎて勉強できなかったことが誤薬の原因なのだから、受け持ち患者を少なくし、仕事量を減らして欲しいとAくんは考えました。

限られた時間で役立つ勉強を！

Aくんは能力やモチベーションが低いわけではなく、どこにでもいる普通の研修医ではないでしょうか。研修が始まって戸惑うのは、採血・診察などの臨床手技と初めて聞く薬の名前です。受け持ち患者に投与されている薬をメモしていても、個々の薬剤情報まで手が回らないのが現状でしょう。

そこで、その日に投与した薬を1剤選んで、**薬効・投与方法・禁忌・副作用・相互作用を学ぶことを日課として下さい**。テキストは日本薬局方でなくてもOKです。10~20分で薬効などを箇条書きにして自分の処方薬集をつくるのです。**2年もすれば、日常診療で使用する薬はほとんど網羅できます**。

仕事の種類・量とも多い研修医が、自己学習にまとまった時間を割くのは至難の業ですが、**1日10~20分の努力でエキスパート研修医・良医への道が開けます**。

58

プレゼンテーションデビュー

自分ではできたつもりでも…

研修医のAくんは院内での症例プレゼンテーションで発表することになりました。

コンピュータ画面上に用意した画像を提示して、その内容に沿ってプレゼンテーションしました。内容は紙に印刷しており、それを見ながら話します。少し内容が多くなりましたが、細かい結果も詳しく説明したつもりです。緊張で少し声が小さくなってしまったかもしれませんが、頑張りました。自分ではなかなかの出来栄だと思うのですが、周りの反応はそれほどありません。

I-コンタクトより、Eye-コンタクト

人前での発表は慣れていないと誰でも緊張するものです。しかし、来ている人はあなたの緊張を見に来ているわけではありません。内容に自信を持って、しっかり前を見て話しましょう。まず最も基本的なこととして、声が聞こえない発表は聞く気が起きません。優秀な研修医でも、声が小さくて損をしているケースは今まで散々目にしてきました。ゆっくりと理解しやすい言葉で、はっきりしゃべるようにするとよいと思います。

次に、話す内容が多いとポイントが伝わりづらくなることがあります。言いたいことを簡潔にまとめる練習をしましょう。

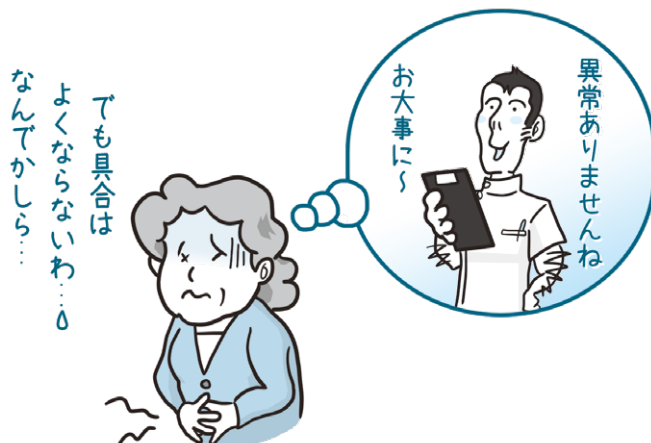
また用意した紙を見て話していましたが、その結果、残念ながら紙とコンピュータ画面だけを見て話が進んでしまい、聞いている人の表情や態度を気にする余裕はありませんでした。プレゼンテーションの際には人の目を見て話すことが大切です。患者さんを目の前にして話をするときも基本は同じです。同じアイコンタクトでも、コンピュータの画面ばかり見ているようではI-コンタクトになってしまいます。Eye-コンタクトが大切です。

46

「異常ありません」としか言わない

不安を与える説明

救急外来で、患者さんに「検査は異常ありません」とだけ説明していませんか。これで納得できる患者さんもいるかもしれませんが、中には「異常がないのに具合が悪いのはなぜだ?」と余計に不安になる患者さんもいるかもしれません。不安を残したまま帰宅させると感情のしこりが残り、万一、悪いアウトカムになった場合、医療行為に過失がなくても「あのときの診療がいい加減だったからだ」と感情が爆発してトラブルに発展する可能性があります。



こうすればよくなる！

話し方、コミュニケーション次第で、患者さんの受ける印象は随分変わります。

① 診療の見通しの説明をする

診療の途中の段階から、どんな病気を疑ってこれからどんな検査をするのか、簡単に見通しを説明しましょう。

例「右側の手足が動きにくく、脳の血管の病気が疑われるのでCTをとります」

② 診断に至った思考プロセスを説明する

どういう根拠で診断したかを簡単に説明しましょう。特に明らかな原因が見つからず確定診断がつかない場合は、

かななかった場合には重大な疾患の可能性を考えたが可能性は低いことを伝えるのが大事です。ただし、あくまで可能性であり100%大丈夫と言い切らないように注意しましょう。臨床に絶対はありません。


例「右下腹部に痛みがあり、虫垂炎、憩室炎などが疑われます。ですが、CTで異常所見がないので今のところ虫垂炎や憩室炎は可能性が低く、機能的腹痛(いわゆる胃腸炎)かもしれません。ただし、これからはっきりしてくることがありますので腹痛が悪くなったらまた受診して下さい」

③ 専門用語はなるべく使わない

専門用語、業界用語はなるべく使わず噛み砕いたわかりやすい言葉で説明しましょう。キンイ(近医)、トウイン(当院)など、**普通のワープロで変換できない用語は、業界内の符牒**です。病名などは、**紙に書きながら説明し最後に書いた紙を渡すのもよい方法**です。

④ 診療の最後に「他に何か心配なことはありませんか」と確かめる

不安を残したまま帰らせないために、**何を心配しているか聴き出す**とよいでしょう。患者さんはこちらが想像もつかないことを心配していることがあります。

 **野口善令**(名古屋第二赤十字病院 副院長/第一総合内科部長)

63

日常診療で正しい医学用語を使用する

これで大丈夫？

<呼吸苦…？>

循環器内科症例カンファランスでの1コマです。ある初期研修医が受け持ち患者のプレゼンテーションで「呼吸苦を主訴に当院搬送された72歳の女性ですが…」と。その直後に院長より「呼吸苦を英語で言うと何だね？」「dyspneaです」「では、呼吸困難は英語でなんと表現するのかな？」「…dyspneaです」。

医学用語ではない呼吸苦という表現を用いた研修医に対する指導を込めた質問でした。呼吸苦という言葉は、借金苦や生活苦といった日本語表現を参考に、呼吸困難で苦しんでいる患者さんを表現し、かつ短縮化され、看護師の表現として広まっていったとする説があります。

<略しすぎでは…>

「アレスト！ 心ま！ エピ1アンプル！ このままじゃステルからPCPSプライミング！」おそろくほとんどの先生方が理解可能だと思います。しかしながら、全国の看護師や日本語を学ぶ他国の看護師、研修医がこの言葉を理解できるでしょうか？

その数日後、別の病院に医師支援で出張した際に、急性心筋梗塞を疑うような胸部絞扼感を主訴に救急車で搬送される患者さんの報告が研修医から電話でありました。しかしその表現には、さすがに私も驚きました。「胸苦の患者さんが救急車できます」と。

正しいとされる医学用語と、実際の現場で使用されている言語の変化に驚愕しました。

正しい医学用語を使おう！

医療安全対策が不十分で、危機管理の不完全な職場において、コミュニケーションのための言語が変化していくとしたらどうなるのでしょうか。もちろん医学の進歩の影響として新しい概念や治療方法が認められ、それが医療現場で正しい医学用語として増えていくことは容認しなくてはなりません。しかし、1つのことに対して複数の表現が存在し、かつ、短縮化し難解に変化していく状況が続いていくとしたらどうでしょう。救命救急や手術室などの緊急かつ高度な医療を提供し複数の職種が交錯するような現場で、お互いに意思疎通できるのでしょうか。

SBARコミュニケーションは米国で開発された医療の質、安全、効率を改善するチームワークシス

テムです。Situation：状況把握, Background：背景, Assessment：評価, Recommendation：提案で構成されます。正しい医学用語でこのシステムに基づき、前述の胸痛症例を振り返ると。

「2時間前からの胸痛を主訴に62歳男性、糖尿病歴のある患者さんが救急搬送されます。バイタルサインと同時に12誘導心電図、採血をとりますが、循環器科の先生にも一報いれますか？」

Door to balloon timeが短くなりそうな感じがしますよね。

これから医療の様々なシーンで、主役として活躍し、学会発表や論文作成をしていく若い先生方には、ぜひ、正しい医学用語（有名なテキストブックに記載されている表現）を使用し、簡潔で合理的、明快的なプレゼンテーションを心掛けて頂ければと思います。



岩澤孝昌 (公益社団法人地域医療復興協会 横須賀市立うわまち病院 循環器内科循環器部長/集中治療部部長)