

総合診療科プログラム

一般目標(オリエンテーション)

総合診療科は2020年4月より川本医師1人体制になっています。総合診療と言ってもその範囲は幅広く、求められる役割は病院毎・地域毎に異なります。当院では救急総合診療がその中心になります。具体的には、救急外来症例の振り返りを積極的に行うことで救急における臨床能力の向上を図ります。総合内科外来では、発熱・体重減少・浮腫など診断のついていない疾患に対して臨床推論をしながら対処方法を学びます。実技では、1年目は腹部エコー、2年目は腹部エコーに加えて心エコー研修を行います。救急外来では聴診器の如くエコーを使用する機会が増えており、そのためにもエコー研修は非常に有効です。

行動目標

B-1医学・医療における倫理性	診断のついていない患者の診察において、医療面接や身体診察、検査の組み立てを通して意思決定をする。
B-2医学知識と問題対応能力	鑑別診断を考えながら医療面接・身体診察を行い、各鑑別疾患に対して医療推論を行う。
B-3診療技能と患者ケア	患者さんに対して親身な態度で接する、系統的な身体診察を行う、Problem-Oriented-Systemに準じてカルテ記載を行う。
B-4コミュニケーション能力	患者・家族との面談を通してインフォームド・コンセントを行う。
B-5チーム医療の実践	多職種カンファランスに参加し、患者をめぐる諸問題を多角的に理解し、コメディカルと協調しながらチーム医療を実践する。
B-6医療の質と安全管理	指導医やコメディカルと綿密に連絡を取り合いながら、検査計画と治療を行うことができる。
B-7社会における医療の実践	不必要な検査は行わず、医療経済的な側面も考慮しながら適切なタイミングで検査・治療を選択できる。
B-8科学的探究	自分の臨床的疑問をリサーチクエスションに変換し、適切な研究デザインを選択できる。
B-9生涯に渡って共に学ぶ姿勢	振り返りカンファを行うことで経験を意味のあるものにし、そこで得られた知見を次に生かすことで臨床能力を高めていく。

研修の方略(LS)

週間スケジュール	月	火	水	木	金
時間					
8:30～9:00	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
9:00～12:00	病棟研修	病棟研修	病棟研修	病棟研修	外来研修
12:00～13:00	Webカンファ	昼食	昼食	昼食	昼食
13:00～14:00	13:00～	救急カンファ	薬剤カンファ	13:00～	病理勉強会
14:00～15:00	エコー研修	エコー研修	エコー研修	エコー研修	神経内科勉強会
15:00～16:00		15:00～	NSTラウンド		
16:00～16:30	病棟回診	合同回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
16:30～17:00		内分泌勉強会	高血圧勉強会	膠原病勉強会	

病棟業務 (1)総合診療科の入院患者の担当医として、指導医とともに診療を行う。(2)8:30～9:00に病棟回診を行うため、それまでに患者の状態を把握しておく。(3)朝の病棟回診で出てきた問題点・疑問点を午前中に上級医・指導医とともに解決する。(4)病歴聴取では、Review of systemを用いる。(5)身体診察では、Top to bottom approachを行う。(6)診療では、Problem Listをしっかりと立てる。(7)診断がついていない場合は、鑑別診断のリストを作成する。(8)検査の立案では、検査特性(感度・特異度)を考慮に入れる。(9)行われている治療の妥当性や診療における疑問点をUp to dateなどを用いて調べる。(10)午後の病棟回診では、検査結果の確認と治療方針の見直しなど、新たな問題点の解決策を提示する。(11)各種勉強会に出席する。(12)エコー研修では、診察所見との対比を意識しながら行う。

手術 なし

カンファレンス (1)火曜日に救急科との振り返りカンファに参加する。(2)水曜日に薬剤部との薬剤カンファに参加する。(3)不定期ではあるが、月曜日に院外施設とのWebカンファに参加する。(4)各種勉強会に参加する。

その他 緊急時対応・学術活動等 (1)速やかに上級医・指導医に連絡を取り対処する。(2)定期的に内科学会への症例報告を行う。

経験可能な症候(経験すべき症候29症例中25症候)		
1	ショック	○ 敗血症性ショックの管理
2	体重減少・るい瘦	○ 悪性腫瘍の評価、栄養管理
3	発疹	○ 緊急性や感染性の判断
4	黄疸	○ 肝疾患や血液疾患などの鑑別
5	発熱	○ 不明熱の原因疾患の診断と治療
6	もの忘れ	○
7	頭痛	○
8	めまい	○
9	意識障害・失神	○
10	けいれん発作	○
11	視力障害	○
12	胸痛	○ 致死的な疾患の鑑別
13	心停止	
14	呼吸困難	○ 致死的な疾患の鑑別
15	吐血・喀血	○ 致死的な疾患の鑑別
16	下血・血便	○
17	嘔気・嘔吐	○ 消化器疾患以外も含めた全身診察
18	腹痛	○ 急性腹症の鑑別
19	便通異常(下痢・便秘)	○
20	熱傷・外傷	
21	腰・背部痛	○
22	関節痛	○
23	運動麻痺・筋力低下	○
24	排尿障害(尿失禁・排尿困難)	○
25	興奮・せん妄	○
26	抑うつ	○
27	成長・発達障害	
28	妊娠・出産	
29	終末期の症候	○
経験可能な疾病・病態(経験すべき疾病・病態26疾病・病態中12疾病・病態)		
1	脳血管障害	
2	認知症	○ 治療可能な認知症の鑑別、社会資源の活用
3	急性冠症候群	
4	心不全	
5	大動脈瘤	
6	高血圧	○ ACE-I・ARB、Ca拮抗薬、利尿剤の使用、二次性高血圧の鑑別
7	肺癌	
8	肺炎	○ 喀痰培養結果の判断、抗菌薬の選択とde-escalation
9	急性上気道炎	○ 抗菌薬使用の是非
10	気管支喘息	
11	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	
12	急性胃腸炎	○ ウイルス性、細菌性の鑑別
13	胃癌	
14	消化性潰瘍	
15	肝炎・肝硬変	
16	胆石症	○ 腹部エコーでの描出
17	大腸癌	
18	腎盂腎炎	○ 尿培養結果の判断、抗菌薬の選択とde-escalation
19	尿路結石	○ 腹部エコーで水腎症の有無を確認、除痛
20	腎不全	○ 腎前性・腎性・腎後性の鑑別
21	高エネルギー外傷・骨折	
22	糖尿病	○ 経口血糖降下薬、インスリンによる血糖コントロール
23	脂質異常症	○ 動脈硬化性疾患のリスク評価
24	うつ病	○
25	統合失調症	
26	依存症(ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博)	

経験可能な臨床手技	研修医1年次			研修医2年次		
	単独可能	単独不可		単独可能	単独不可	
		事前確認	指導医立会		事前確認	指導医立会
体位変換	○			○		
移送	○			○		
皮膚消毒	○			○		
外用薬の貼布・塗布	○			○		
気道内吸引・ネブライザー	○			○		
静脈採血	○			○		
胃管の挿入と抜去		○		○		
尿道カテーテルの挿入と抜去						
注射(皮内、皮下、筋肉、静脈内)	○			○		
中心静脈カテーテルの挿入)			○			○
動脈血採血・動脈血)	○			○		
腰椎穿刺						
ドレーンの挿入・抜去						
全身麻酔・局所麻酔・輸血						
眼球に直接触れる治療						
①気道確保						
②人口呼吸(バッグ・バルブ・マスクによる徒手換気含)						
③胸骨圧迫						
④圧迫止血法						
⑤包帯法						
⑥採血法(静脈血、動脈血)	○			○		
⑦注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保)			○			○
⑧腰痛穿刺						
⑨穿刺法(胸腔、腹腔)						
⑩導尿法						
⑪ドレーン・チューブ類の管理						
⑫胃管の挿入と管理		○			○	
⑬局所麻酔法		○			○	
⑭創部消毒とガーゼ交換	○			○		
⑮簡単な切開・排膿						
⑯皮膚縫合						
⑰軽度の外傷・熱傷の処置						
⑱気管挿管						
⑲除細動等						
検査手技の経験						
血液型判定・交差適合試験						
動脈血ガス分析(動脈採血を含む)	○			○		
心電図の記録	○			○		
超音波検査			○			○
評価(Ev)						
研修医評価票を用いて、下記のとおり評価する。 A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)について、到達目標における医師としての基本的価値観4項目を評価する。 B. 資質・能力について、研修修了時に習得すべき包括的な資質・能力9項目について評価する。 C. 基本的診療業務について、研修修了時に身に付けておくべき4つの診療場面(一般外来診療、病棟診療、初期救急対応、地域医療)における診療能力について評価する。						