研修医総合ガイドライン

2026 年 9 月　初版

本書の位置づけと使い方

本書の位置づけ

- 本書は診療ガイドラインではありません。初期研修で必要になる基本的な考え方と動き方を、公開資料をもとに整理した学習用の実用書です。
- 本書の内容は、各施設の手順・院内規程や、指導医・上級医の判断に代わるものではありません。実際の対応は、所属施設の手順と指導医の指示に従ってください。
- 制度・研修関連の記述は、本文に示した各資料の版・時点に基づきます。

想定読者

初期研修医 1〜2 年目、これから初期研修を始める医学生。医学部卒業程度の基礎医学・臨床医学知識を前提とし、病棟・救急・当直などの実務経験は少ない読者を想定しています。

使い方

- **通読する**：第 1 章で安全の原則（相談する・院内手順を確かめる・未確認を残さない・再評価する・次の確認者につなぐ）を押さえ、以降の章はその原則を場面ごとに具体化しています。
- **引いて使う**：各章の「QUICK REFERENCE」カードは、現場で確認したい要点を短くまとめた早見です。詳細と根拠は本文と参考文献で確認してください。
- 枠囲みの「注意」はつまずきやすい点、「チェックリスト」は行動前後の確認項目、ケースは典型的な場面の例です。

目次

第 1 章　研修の土台と最初の一歩　1

1.1 「一人前らしさ」より安全を選ぶ 1
1.2 初日・初週に確かめること 2
1.3 分からないことを扱う 4
1.4 責任を持ち、抱え込まない 5

第 2 章　病棟の一日を回す　7

2.1 出勤して最初に作る患者地図 7
2.2 患者ごとの朝の確認 8
2.3 診察・依頼・再評価をつなぐ 9
2.4 引継ぎ前の未完了リスト 10
2.5 急な割り込みが来たら 11

第 3 章　記録・プレゼン・説明　14

3.1 記録が次の行動を支える 14
3.2 事実・解釈・方針を分けて書く 15
3.3 短い症例提示の組み立て 16
3.4 患者・家族への説明と記録 17

第 4 章　報告・相談・チームで動く　19

4.1 報告か相談かを決める 19
4.2 要点を並べて依頼する 20
4.3 他科コンサルトの会話例 21
4.4 チーム内で閉ループをつくる 22
4.5 伝わらない時にもう一段動く 23

第 5 章　救急・急変・敗血症　25

5.1 「様子を見る」で止めない 25
5.2 最初の数分のチーム行動 26
5.3 状態が悪化する患者を繰り返し評価する 27
5.4 敗血症の可能性を見たら 28
5.5 培養・治療・感染源を並行して考える 30
5.6 集中治療へつなぐ 31

第 6 章　輸液・輸血・腎機能　34

6.1 何のために液体を入れるのか 34
6.2 投与前後に確かめる循環反応 34
6.3 輸血を安全に行うための確認 36
6.4 腎機能値をそのまま薬の量に置き換えない . . . 37
6.5 腎機能推算値の読み分け 37
6.6 一律な指示を避ける場面 38

第 7 章　処方・抗菌薬・医療安全　40

7.1 処方の前に患者と薬歴を確かめる 40
7.2 薬を開始する理由とモニタリングを一行にする 41
7.3 感染症らしさと重症度から抗菌薬を選ぶ 42
7.4 培養と経過で処方を見直す 44
7.5 腎機能・相互作用・要注意薬を確かめる 46
7.6 誤り・疑義・有害事象に気づいたとき 46

第 8 章　ローテーションで学びを残す　49

8.1 ローテーション初日に目標を小さく決める . . . 49
8.2 担当患者の経過を追う 50
8.3 フィードバックを次の行動に変える 50
8.4 勤務後の短い省察 51
8.5 制度の到達目標と現場の経験をつなぐ 52
参考文献 54

第 1 章　研修の土台と最初の一歩

初めて担当患者の前に立つとき、最初から完璧な答えを持っている必要はない。大切なのは、分かっていることと分からないことを区別し、患者の安全につながる次の行動を選ぶことだ。研修医としての「一人前らしさ」は、何でも一人で決める姿ではなく、自分の力が届く範囲を知り、必要な支援を適切な時点で使うところから形になる。

1.1 「一人前らしさ」より安全を選ぶ

初期臨床研修は、特定の専門領域を早く完成させるためだけの期間ではない。専門分野にかかわらず頻度の高い傷病に対応する基本的な診療能力を身につけ、患者を尊重する姿勢や、医療チームの一員として働く力を養うことが目的に含まれる。日本の到達目標は、基本的価値観、資質・能力、基本的診療業務を複数の領域に分け、研修修了時に目指す水準を示している。そこには、患者中心の診療、臨床推論、記録と説明、安全管理、報告・相談、チーム連携が並ぶ。[1, 2]

この枠組みを「すべてを自分だけでできるようになる期限」と読むと、研修の意味を取り違える。目標には到達度を段階的に確認する評価があり、実際の診療は指導医や他職種と協働できる環境のなかで経験を積む。研修医が担う仕事は、患者を診て考え、必要な情報を集め、計画を言葉にし、適切な指導や協働へつなぐことだ。自分の判断だけで安全に進められないと分かったときに、いったん立ち止まることも診療の一部である。[1, 2]

「基本的」とは簡単という意味ではない。よくある症状でも、患者の価値観や併存する問題、生活背景によって、確認すべきことや支援の形は異なる。基本を繰り返し使えるようにするには、何を観察し、どの情報を根拠に考え、どこに不確実性が残るかを意識する必要がある。目の前の患者に必要な手順を一つずつ踏み、経験した判断を指導のもとで振り返ることが研修の仕事になる。

到達目標には、知識や技能だけでなく、患者を尊重する姿勢、安全への配慮、他者との連携、継続して学ぶ態度も含まれている。評価されるのは診療の結果だけではない。情報の集め方や相談のタイミング、患者への説明、記録など、過程を含めて学ぶ必要がある。これは結果責任を曖昧にすることではない。自分の行為を説明し、分からない点を明らかにし、次の診療をより安全にするための学習責任を持つということだ。[1, 2]

臨床研修の到達目標では、医師としての基本的価値観を「プロフェッショナリズム」として最初に置いている。研修医に求められる専門職性は、白衣や肩書きで示すものではなく、患者の利益を優先し、誠実に情報を扱い、自分の行為を説明できるという日々の振る舞いに表れる。所見を取り忘れたなら取り忘れたと伝え、確認していない値を確認済みのように書かない。こうした小さな正確さの積み重ねが、患者とチームからの信頼の土台になる。到達目標は自らの健康管理に努めることも資質・能力の一つに含めており、無理を隠して働き続けることは専門職性の証明にならない。[1, 2]

4 月、病室で初めて「先生」と呼ばれて、返事に詰まる。自分はまだ何もできないのに、と感じる研修医は少なくない。けれども患者にとっては、目の前の研修医も医師である。肩書きに見合う知識は一晩では増えないが、できることを丁寧に行い、分からないことは「確認して戻ります」と言って本当に戻ることは、初日からできる。

自分の限界を知ることは、能力の低さを認める後ろ向きの作業ではない。「この処置は見学したが一人では行っていない」「この説明は内容を理解しているが、家族の質問に答えきれる自信がない」と具体的に言えれば、指導者は任せる範囲と立ち会う範囲を決めやすい。限界は固定されたものではなく、指導のもとで経験を重ねるごとに広がる。だからこそ、今日の時点でどこまでが一人でできる範囲かを、ローテーションや場面ごとに更新して伝える。

専門職倫理を考えるとき、海外の職業倫理資料も論点を整理する参照枠にはなる。米国医師会の倫理規範は、医師の倫理的実践や専門職としての行為を扱う米国の方針であり、日本の法律や臨床研修の制度要件ではない。その射程を区別したうえで、患者の利益を考え、迷いを隠さず、責任のある相手に共有する姿勢を考える補助資料として読む。[3]

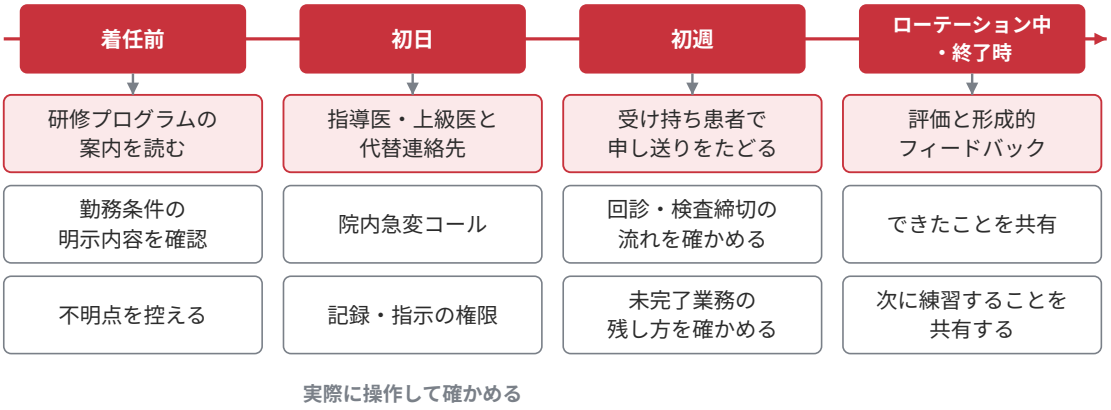


図 1.1　着任前・初日・初週・ローテーション中に確かめること。連絡先・手順は院内の案内で確認する。

1.1.1 安全な診療には助けを求める力も含まれる

「分からない」と感じたら、まず何が分からないのかを小さく分ける。患者の状態が把握できていないのか、所見の意味づけに迷うのか、選択肢は分かるが患者に適用できるか決められないのか。記録や手順が不明なのか。曖昧さの種類が分かれば、相談相手に伝える情報と求める助けを具体化しやすい。

相談は「答えを教えてください」と委ねることだけではない。確認できた事実、まだ確かでない点、自分が考えた次の一手、判断を急ぐ理由を短く共有し、どこを一緒に確認すべきかを尋ねる。仮に、診察後に患者の訴えと記録上の経過が一致しないと気づいたなら、その食い違いをそのまま報告し、追加で確認すべき情報を相談する。事実を都合よく整えて「問題なし」としてしまうより、未確定な点を明示するほうが、チームが安全に判断を進められる。

相談の深さは、状況に合わせる。急いでいる場面では、患者の場所、いま起きている変化、必要な応援を先に伝える。時間に余裕のある症例検討なら、これまでの経過と鑑別、考えた計画を整理してから議論できる。緊急性の高い場面で完璧な経過説明を準備してから連絡しようとすると、支援につながるのが遅れる。まず安全確保に必要な情報を伝え、追加情報は相手の質問に応じて補う。

助けを求める目安を「自分で何分考えたか」にしない。悪化している、緊急性を否定できない、実施をためらう指示がある、必要な情報にアクセスできない、手順が分からない。どれか一つでも当てはまれば早めに相談する。反対に、急がない疑問なら、確認できる情報を集めて自分の問いを一つ作ってから持っていくほうが、相談が学びになる。

相談しても担当は終わらない。頼まれた確認を済ませたか、患者は変わっていないか、次の担当者に渡すものはないかを見届けて、はじめて仕事が閉じる。

1.2 初日・初週に確かめること

配属先が変わるたび、同じ医師でも仕事の流れ、担当の境界、連絡経路は変わる。前の診療科でできたことをそのまま持ち込まず、患者を受け持つ前に、誰がどの判断を指導するのか、どの状況で上級医に連絡するのかを確認しておく。研修目標は全国で定められていても、具体的な呼び出し先や記録システム、夜間の役割分担は施設・診療科ごとの手順に従う。

初日は、指導医と上級医、研修の相談窓口、連絡がつかない場合の代替先を、名前または役割と連絡方法で確かめる。急変時に誰へ知らせ、どの院内コールを使い、誰が現場へ向かうかも、実際の手順で確認する。患者を担当したあとに探し始めると遅れることがあるため、電話番号や内線、電子カルテ上の連絡方法を使える状態にしておく。曖昧な略称や「いつもの場所」だけで理解したつもりにならず、必要なら現地で動線を確認する。

同じ日に、記録の確定方法、指示を入力・実施する範囲、処置や検査の申込み方、結果を誰が見るかを確認する。患者への説明や同意、家族への連絡など、単独で進めてよいか判断に迷う場面も、施設のルールを先に尋ねる。これは能力を低く見積もるためではない。誤解しやすい境界を予測して、患者の前で曖昧な約束をしないための準備である。

初日の確認では「説明を聞いた」で終えず、自分が実際に操作・連絡できるかを確かめる。電子カルテの閲覧・記録・確定に権限の違いがあるなら、どの状態の記録を誰が確認するのかを確認する。検査や処置の依頼も、入力した内容がどの部署に届くの

か、緊急時の連絡が別に必要なのかを聞く。説明だけでは分かりにくい手順は、指導者の立ち会いのもとで練習する。

医療安全に関わる情報は、患者の個人情報と同様に適切に扱う。連絡先のメモや未完了リストを作る場合には、施設の認めた端末・様式を使い、必要な人だけが見られる場所に記録する。個人所有端末や私的なクラウドへの患者情報転記はしない。まず院内の情報管理方針と手順を知り、その範囲で仕事を見えるようにする。

初週は、実際に受け持った患者の流れに沿って、申し送りの時刻、回診、検査・処置の締切、未完了業務の残し方をたどる（病棟の動き方は第 2 章）。一度聞いただけで覚えられなくて当然である。二度目は先輩の横で一緒に操作する。

初日・初週の確認リスト

- □ 指導医・上級医の名前（または役割）と連絡方法、つながらないときの代替先
- □ 急変時に使う院内コール、誰へ知らせ、誰が現場へ来るか（院内手順で確認）
- □ 夜間・休日の窓口と、緊急連絡・通常連絡の使い分け
- □ 電子カルテの閲覧・記録・確定の権限と、記録を誰が確認するか
- □ 指示を入力・実施してよい範囲、検査・処置の申込み先、結果を見る人
- □ 患者への説明・同意・家族への連絡を単独で進めてよい範囲
- □ 連絡先メモや未完了リストに使ってよい端末・様式
- □ 申し送りの時刻、回診・カンファレンス、検査・処置の締切
- □ 勤務時間・休息・健康相談の窓口と、確認した文書名・日付

初週のうちに、自分の研修を支える指導体制の全体像もつかんでおく。2024 年度版の医師臨床研修指導ガイドラインは、研修管理委員会、プログラム責任者、指導医、上級医、医師以外の指導者、メンターといった役割を分けて説明している。指導医の指導監督のもとで、臨床経験の長い上級医が研修医を直接指導する、いわゆる屋根瓦方式も想定されている。看護師や薬剤師など医師以外の職種も研修医の評価と指導に関わる。つまり、病棟で日々助言をくれる人と、評価をまとめる人、研修全体を管理する人は同じとは限らない。[1]

メンターは、診療科の枠を超えて研修生活やキャリア、精神面の相談に継続的に応じる支援者として位置づけられ、評価者とは別の医師が担うことが望ましいとされる。ただし、メンター制度は省令施行通知に定めのある必須の仕組みではなく、採用の有無や形はプログラムによって違う。なお、この指導ガイドラインは 2024 年度版であり、研修制度の要件そのものは厚生労働省の省令施行通知で定められ、令和 8 年（2026 年）3 月 31 日にも一部改正されている。制度上の細かな要件で迷ったら、ガイドラインの記述だけで判断せず、最新の通知と所属プログラムの説明を研修管理の窓口で確かめる。[1]

1.2.1 施設の連絡経路と勤務ルールを確かめる

勤務時間や休息、健康相談についても、配属先の説明を受け、就業規則や研修プログラムの案内を確認する。医師の働き方に関する制度は 2024 年 4 月に新たな仕組みが始まり、厚生労働省の情報ページには勤務時間、勤務間インターバルや面接指導などの関連資料が案内されている。ただし、個々の勤務実態にどう適用されるかは雇用条件や医療機関の管理方法によって異なる。一般向けのウェブ案内だけで、自分の勤務上の扱いを決めつけない。[1, 4]

確認先は一つとは限らない。勤務表や実際の業務分担は所属診療科、研修内容や評価はプログラムの責任者・研修管理の窓口、体調や長時間勤務の相談は施設が定める健康管理・労務管理の窓口というように、相談内容で担当を分けて考える。どこに連絡すべきか不明な場合は、研修担当者やメンターに「この種類の相談は誰が窓口か」と尋ねてよい。相談先が分からないという問題を、個人の我慢で解決しない。

研修は予定表どおり進むとは限らない。全部を暗記しようとせず、必要なときに見返せる場所に連絡先と手順を置く。勤務ルールについて確認した日付や文書名も控えておけば、配置替えや改訂後に見直しやすい。ローテーション終了時の評価や定期的な形成的フィードバック（受け方は第 8 章）は、できたことと次に練習することを共有し、研修方法を調整する機会でもある。評価の面談前に自分の疑問を整理しておくと、助言を具体的な行動に変えやすい。[1, 2]

フィードバックは、評価される側が困りごとを隠さないほど具体的になる。最近うまくできたと感じる場面、迷って時間がかかった場面、次のローテーションで経験したい業務を短く振り返る。助言を受けたら「次に似た状況で何を試すか」を決め、実際に使って再び指導者へ確認する。評価票の記載や面談時期はプログラムで異なりうるため、回数や書式は所属先の案内に従う。[1, 2]

1.3 分からないことを扱う

研修では、知識が足りない場面だけでなく、情報がまだそろっていない場面、複数の合理的な選択肢がある場面、時間が限られる場面に繰り返し出会う。すぐ正答にたどり着けるかだけを自分の物差しにすると、必要な情報収集や相談の機会を逃す。まず、今分かること、確認が必要なこと、判断を待てない理由を分ける。

たとえば、これは仮想の複合例である。病棟で患者の様子を見た研修医が、本人の訴えと朝の記録の間に食い違いを感じた。診断名を急がず、いつから何が変わったのか、観察できた事実は何か、未確認の情報は何かを整理する。緊急性が疑われるなら、詳しい鑑別を一人で完成させる前に、院内の急変手順に沿って応援を要請する。差し迫った危険が見えない場合も、記録を確認して上級医へ相談する時点を先延ばしにしない。

仮想例：本人の訴えと記録が食い違う

朝の記録には「夜間著変なし」とある。ところが訪室すると、患者は「夜中から少し息がしにくい」と話した。研修医は診断名を当てはめる前に、手元の情報を三つに分けた。

- **確認できた事実**：本人の訴えの内容、訪室時に測り直したバイタルサインと診察所見、記録が書かれた時刻
- **まだ確認していないこと**：訴えが始まった時刻、夜勤看護師が見た様子、前日との違い
- **急ぐ理由**：状態が悪化している、あるいは緊急性を否定できないなら、鑑別を一人で完成させる前に院内の急変手順で応援を求める

差し迫った危険は見えなかったため、研修医は上級医に「記録と本人の訴えが食い違っています。確認した事実はここまでで、未確認はこれです。一緒に診ていただけますか」と伝えた。食い違いを「問題なし」に整えず、そのまま共有したことで、追加で確かめる項目と次に診る時刻がその場で決まった。

1.3.1 迷いを相談に変える

相談の入り口では、相手に長い経過を一度に話すより、患者の識別に必要な情報、今起きている問題、急ぐ理由を先に置く。次に、確認した事実と自分の評価を分け、すでに行った対応、結果、まだ決められない点を伝える。最後に「何を確認したいか」を明確にする。たとえば診察を一緒にしてほしいのか、方針を相談したいのか、今すぐ現場へ来てほしいのかでは、相手に求める行動が異なる。

相手が忙しそうに見えても、緊急性があるときに遠慮して待つことは安全な代替にならない。院内で決められた緊急連絡経路を使い、伝わったことを確認する。つながらなければ、代替先へ連絡する。反対に、急がない相談なら、相手が応答できる時刻や方法を確認し、患者の状態が変わった場合には待たずに連絡する条件を決める。どちらの場合も「相談した」という事実より、次の行動と責任者が明らかになったかが大切である。

Before／After：相談の最初の一文

Before　「すみません、○号室の方なんですが、昨日入院されて、既往に……（1分経過）……どうしたらいいでしょうか」

After　「○号室の○○さんについて、一緒に診察していただきたくて連絡しました。朝の記録と本人の訴えが食い違っていて、息苦しさが夜中からあるそうです」

変えたのは順番だけである。何を頼みたいかが先に来ると、相手は聞きながら準備できる。

説明を受けた後は、理解した方針を自分の言葉で短く言い返し、認識が一致しているか確かめる。実施する人、行う時刻、結果を確認する人、状態が変わったときの連絡先が分かれば、相談は具体的な診療計画になる。ここで扱う報告の構造を、緊急連絡や複雑なコンサルトの完成形だとは考えない。状況に応じた報告・相談の詳しい方法は第 4 章で扱う。

1.3.2 迷ったときの基本動作

ここまでの内容を、本書全体で繰り返し使う五つの動作にまとめておく。以降の章では「第 1 章の基本動作」として参照し、同じ説明は繰り返さない。

QUICK REFERENCE
迷ったときの基本動作

(1) **危ないかも → 先に呼ぶ**：診断より応援。院内の緊急経路を使う
(2) **分けて渡す**：確認できた事実／未確認／自分の考え／頼みたいこと
(3) **未確認は未確認と書く・言う**：「見ていない」を「問題なし」にしない
(4) **やった後に見に戻る**：誰が・いつ・何を見て再評価するか決める
(5) **次の確認者を決めてから離れる**：担当・期限・連絡条件を読み合わせる

施設の手順（呼出し先・様式・権限）は初日に確認し、迷えば上級医へ。

表 1.1　相談内容に応じて確認先を選ぶための一般的な整理。役割名・連絡方法は施設ごとの案内で確認する。

相談したいこと	最初に確認する相手の例	相談時に伝える焦点
患者の状態、診療判断、直近の処置	当番の指導医・上級医	現在の変化、緊急性、確認した事実
研修目標、ローテーション、評価	プログラム責任者・研修管理窓口	できたこと、困っている場面、必要な経験
勤務負担、体調、休息の調整	施設の労務・健康管理窓口	勤務の状況、体調への影響、安全な交代の必要性
日常的な迷い、相談先の確認	メンター等、施設が定める支援者	何を誰に相談すべきかという迷い

注意｜ありがちな勘違い

- 「もう少し調べてから相談しよう」→ 悪化しているなら、調べるのは呼んだ後でよい
- 「相談した＝自分の仕事は終わり」→ 決まったことを実行し、結果を見届けるまでが担当
- 「忙しそうだから明日にしよう」→ 相手の忙しさより患者の変化を基準にする

1.3.3 疑問を学びに変えて残す

その場で解決しなかった疑問は、放置すると同じ場面で同じように迷う。診療中に浮かんだ問いを短く書き留め、その日のうちに教科書や指針で調べ、必要なら翌日に指導医へ確認する、という小さな循環をつくる。メモには患者を特定できる情報を入れず、「この所見の意味は何か」「この薬を選んだ理由は何か」のように問いの形で残す。調べた答えが施設の運用と食い違うときは、自己判断で運用を変えず、指導医に確認してから扱う。

研修では、経験すべき症候と疾病・病態が定められ、日常診療で作成する病歴要約などで経験を確認する。担当した症例を振り返るとき、どの症候を経験したか、どこで迷い誰に相談したかを記録しておくと、病歴要約をまとめる作業が単なる事務ではなく学習の整理になる。経験の偏りに早く気づけば、ローテーション中や面談で必要な経験を相談できる。[1, 2]

知識不足に落ち込む日は誰にでもある。そのとき「分からなかった」で終えず、「次に同じ場面で何を確認するか」を一つ決めれば、迷いは次の診療の手順に変わる。

1.4 責任を持ち、抱え込まない

研修医にも、患者の状態を確認し、担当した情報を正確に伝え、決められた業務を行い、残った仕事を明示して渡す責任がある。その責任は、支援なしにすべてを自分で遂行するという意味ではない。患者の安全に必要な助言を受け、役割の境界を確認し、仕事量や体調の問題を適切な管理窓口につなぐことも、研修を安全に続ける条件である。厚生労働省の研修資料は研修医の健康確保と指導・管理体制を扱い、働き方改革の案内は勤務時間や健康確保に関する情報への入口を示している。[1, 4]

相談先の役割を、施設の組織図の代わりに一般化することはできない。それでも、相談内容に応じて確認先を分けて考える助けにはなる。患者の臨床判断についてはその場の指導医・上級医、研修の進め方や評価についてはプログラム責任者や研修管理委員会、勤務・健康上の調整については施設が指定する管理・健康窓口へつなぐ。メンターや医師以外の指導者は、日常の困りごとを整理する支援者になりうるが、緊急時の臨床指揮者と同一とは限らない。役職名と実際の担当は着任先で確認する。[1]

1.4.1 担当を安全につなぎ、次の人へ渡す

疲労や体調不良に気づいたら、まず現在の勤務や患者対応にどのような影響が出ているかを言葉にし、施設の管理窓口へ伝える。長時間勤務や勤務間の休息に関する制度情報は公的ページから確認できるが、個別の適用関係や手続きは医療機関の管理者・担当窓口に確認する。自分で法律上の結論を急いだり、対応を一人で決めたりせず、健康管理の手順に接続する。[1, 4]

勤務と健康は、個人の心がけだけの問題ではない。2024 年度版の指導ガイドラインは、臨床研修医が労働者として労働法規の適用を受けることを明記し、2024 年 4 月から医師に適用された時間外労働の上限規制、長時間労働となる医師への面接指導、勤務間インターバルの確保などを説明している。研修医に適用される水準や上限時間の扱いは研修プログラムごとに示されているため、自分の条件は数字の噂ではなく、所属先の明示内容で確認する。面接指導の対象になった場合も、それは罰則ではなく健康を守るための仕組みとして受ける。[1, 4]

睡眠不足や連続勤務のあとほど、基本動作を省かない。気分の落ち込みや不眠が続くときも、同期や家族に話すだけで終わらせず、メンターや施設の健康相談の窓口を使ってよい。自分の健康を管理することは、患者の安全を守る仕事の一部である。[1]

体調が患者対応に響きそうなとき
勤務を続けるか離れるかを一人で決めない。施設の指導体制・健康管理の窓口へ伝え、担当患者、実施済みの対応、未完了の業務を明示して、安全に交代できることを確かめる。

勤務調整を相談するときは、担当患者を曖昧なままにしない。誰が引き継ぐのか、待っている検査結果や説明は何か、どの時点で再確認するかを相手と確かめる。すぐに代わりの担当者が決まらない場合も、その事実を責任者に伝え、優先順位と追加の支援を相談する。体調を伝えることと患者を引き継ぐことを別々の問題にせず、一つの安全な移行として扱う。

当直明けに「先に帰ります」と言い出しにくい。多くの研修医が一度は感じる気まずさである。けれども休息は患者を放り出すことではなく、引き継ぎを整えたうえで取るものだ。未完了事項を明示して渡し、次の担当者が動ける状態をつくってから帰るほうが、残り続けるより患者にとっても自分にとっても安全である。

ガイドラインは、研修医が事務作業や患者移動、他の職種が実施可能な処置を担いがちだった慣習を見直し、労働そのものを減らす工夫や、医師の業務を他職種へ移すタスク・シフティングを研修病院の課題として挙げている。あわせて、研修医の健康を守る相談窓口や、産業医・衛生委員会による支援の充実も求めている。研修医にとっては、他職種に任せられる業務と医師が行うべき業務の境界を知ることが、負担の軽減と学習時間の確保の両方につながる。ただし、何をどの職種が担うかは施設ごとに定められているため、自分で分担を決めず、病棟の運用として確認する。[1]

今日からできること

- □ 体調や負担が患者対応に影響しそうだと感じたら、早めに言葉にして伝える
- □ 勤務調整は施設の窓口に相談し、自分だけで結論を出さない
- □ 交代するときは、担当患者・未完了事項・次の確認時刻を引き継ぎ先と読み合わせる

次の第 2 章では、こうした心構えを病棟の一日の動き方に落とし込む。

第 2 章　病棟の一日を回す

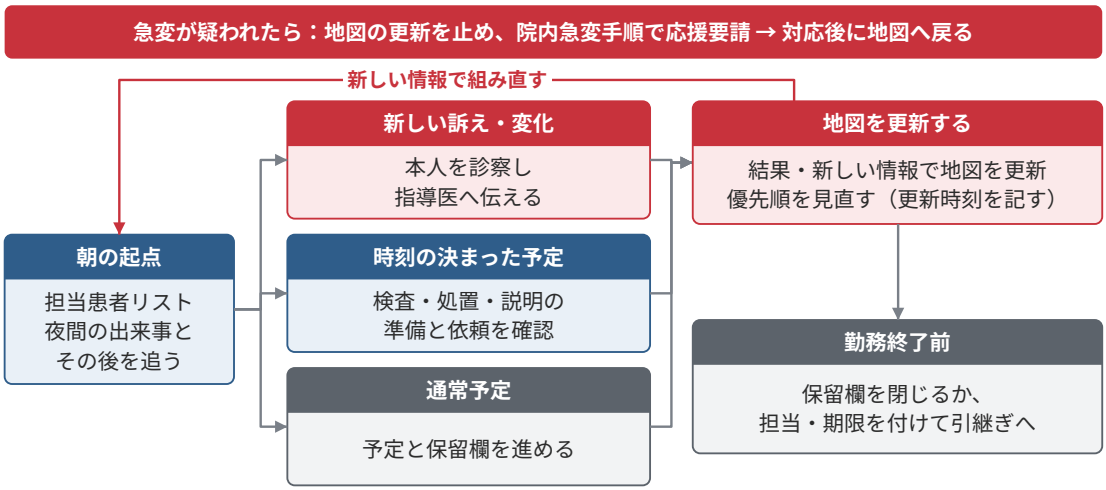


図 2.1　朝の患者地図を 3 種類に振り分け、新しい情報で組み直す。急変が疑われたら更新を止めて院内急変手順へ。

病棟の一日は予定表どおりには進まない。病棟業務の中心は、担当患者の状態を把握し、必要な診療を依頼し、結果を見て再評価し、次の担当者へ渡す循環にある。患者の状態、時間制約、未完了の仕事を一つの見取り図に置き、変化のたびに優先順位を更新する。出勤直後に全員分の情報を暗記しようとするより、患者ごとに「今どうか」「今日何をするか」「何が残っているか」を見える形にする。研修の基本的診療業務には病棟診療が含まれ、診療は指導・連携ができる環境を前提に経験を積むものとされる。ここで示す患者地図やリストは、施設の正式な記録・申し送り様式を置き換えるものではない。[1, 2]

2.1 出勤して最初に作る患者地図

最初に担当患者の患者リストを確かめたら、単なる名前の列を今日の仕事が分かる地図へ変える。患者ごとに、夜間や前回確認以降の変化、診療上の懸念、時間の決まった検査・処置・説明、相談先、保留中の項目を一か所に整理する。詳しい経過は電子カルテを読み（記録の書き方は第 3 章）、地図には次の行動に必要な見出しだけを置く。個人情報の持ち出しや、施設で認められていない記録媒体への転記は行わず、院内の安全な方法を使う。

一覧を作るときは、全患者を同じ順番で扱うのではなく、状態変化の有無と時間制約を分ける。新しい訴えや変化がある人、決められた時刻に対応が必要な人、通常予定を進める人という具合に見通しをつける。これは仕事の整理法であって緊急度判定ではない。急変が疑われたら地図づくりは中断し、第 1 章の基本動作どおり先に応援を呼ぶ。

夜間の申し送りを読むときは、出来事の有無だけでなく「その後どうなったか」を追う。連絡があった、検査を依頼した、追加の観察を始めたという記録があれば、次の記載や担当者の確認と照らし、対応が完了しているか、続いているかを確かめる。背景が短く省かれている場合には元の記録に戻り、時刻や患者の状態を合わせて理解する。

ありがちなのは、カルテを丸ごと書き写した「厚すぎる地図」である。欄は「状態の変化」「予定」「保留」「相談先」の四つで足りる。書き写すほど大事な変化が埋もれ、更新も追いつかなくなる。

■ 2.1.1 予定と急ぐ患者を分ける

予定表には、検査や処置だけでなく、患者への説明、他職種との相談、退院に向けた調整なども書き込む。時刻が決まっている予定には、前提となる準備や依頼が済んでいるかを確かめる。検査を予約し

ただけで患者の準備が整っているとは限らず、説明や確認が必要なものは担当者と期限を明確にする。

急ぐ順番は朝に固定して終わりではない。患者から新しい訴えがあれば、本人に会って状態を確認し、担当の指導医へ必要な情報を伝える。予定された処置を抱えていても、優先度の高い変化があれば順番を見直す。一方、連絡や依頼が来るたびに現在の仕事を無言で放棄すると、途中まで行った作業が消えてしまう。中断する時点で、どこまで済んだか、次に何をするかを地図か施設の記録へ残しておく。

初日に確認した連絡先（第 1 章）は、地図の「相談先」欄に書き込んでおく。自分の一覧に載っていない患者でも、緊急事態に気づいたら担当境界を理由に見過ごさない。

予定を一つの時刻表として固めるより、前後関係も書いておく。たとえば、診察後に指示を確認して検査へつなぐ、結果が返ったら患者を再評価する、といった依存関係である。先行する作業が遅れたときに後続の予定へ影響することが見えると、関係者への連絡や再調整がしやすい。予定が変更になったら、古い時刻を残したままにせず、現在の状態が分かるように更新する。

手元の地図を更新しても、正式な記録が更新されたことにはならない。チームで共有するのは施設の申し送り様式か電子カルテであり、地図は自分の仕事を追う補助である。

■ 2.1.2 初日・初週に病棟の流れをつかむ

新しい病棟での初日・初週は、患者を覚える前に、病棟業務の流れを覚える期間と考える。朝の申し送りはどこで誰から受けるのか、回診やカンファレンスで何を報告するのか、検査や処置の依頼はどの画面から出し、締切はいつか、夕方の申し送りは誰に渡すのか。これらは病棟ごとに異なるため、前のローテーションの感覚で動かず、上級医や病棟スタッフに一度ずつ確かめる（第 1 章）。

最初の数日は、担当患者の数を少なく始めることも多い。その間に、患者リストの形式、正式な記録の場所、看護記録や他職種の記録の読み方を確認し、自分の患者地図の欄をその病棟に合わせて作り直す。分からない略語や運用に出会ったら、推測で進めずにその場で尋ね、答えを見返せる場所に残す。初週の終わりに、つまずいた場面を上級医と振り返れば、翌週からの動き方が具体的になる。

2.2 患者ごとの朝の確認

カルテを開く前から診断を決めつけず、まず夜間の出来事や患者の現在の訴えを追う。記録上の出来事だけでなく、患者がどう感じているか、前日から何が変わったかを診察で確かめる。バイタルサインや検査値は、時系列と治療経過に並べ、単独の数値を取り出して結論にしない。測定条件や過去の値、患者の症状と照らして、確認が要る変化を探す。

確認した情報は、観察事実と自分の解釈を区別する。「食事量が半分だった」という記録と、「脱水が進んでいるのではないか」という考えは同じ種類の情報ではない。検査値の変化も、その値を患者の状態と合わせて検討する問いの出発点であり、単独で処置を決める根拠ではない。迷う数値や所見があれば、測定の再確認、患者の診察、既往や治療との照合を行い、必要に応じて指導医へ相談する。[1, 2]

注意｜朝にありがちな勘違い

- 「看護記録に『著変なし』とある」→本人に聞くと「夜中に息苦しかった」ことがある
- 「採血結果が並んでいない＝異常なし」→まだ出ていない、あるいは出ていないことに誰も気づいていない
- 「回診に間に合わせるため全員を 5 分ずつ」→夜間に変化があった人から先に、長めに

患者に会う前に過去記録を読むことは重要だが、記録が現在の状態を完全に表すとは限らない。患者本人や周囲のスタッフから新しい情報を得たら、記録上の見立てと一致するか確かめる。本人が話しにくそうな場合や意思疎通に支援が必要な場合には、適切な補助者やチームメンバーと相談しながら、患者の希望と理解を確認する。見た目だけで「変わりない」と判断せず、具体的な症状や生活上の困りごとを尋ねる。

異常がなくても「問題なし」とまとめず、何をいつ確認したかを残す。検査中で診察できなかった患者は、第 1 章のとおり未確認として地図に残し、誰がいつ見るかを書いておく。

朝の確認では、夜勤の看護師から直接話を聞ける機会を大切にする。記録には残りにくい「夜中に何度も起きていた」「いつもより返事が遅い気がした」といった観察は、患者を診察する際の問いを具体的にする。聞いた内容は、誰がいつ観察したかと合わせて扱い、自分の診察で確かめてから計画に反映する。忙しい朝に全員分を聞けないときは、夜間に変化があった患者から優先して尋ねる。

QUICK REFERENCE
朝の患者確認

表 2.1

見るもの	一言で
本人	昨日から何が変わった？
夜間	記録＋夜勤看護師。その後どうなった？
バイタル	点でなく線で
検査	誰の・いつの？ 未返却は？
診察	記録の見立てと合う？
今日	予定・担当・期限
見られなかった所	「未確認」として残す

2.2.1 検査値を経過と症状に重ねる

たとえば、前日の値と比べて一つの検査項目が変化していたとする。それだけでは、患者が悪化したのか、測定条件や治療の影響か、臨床的に重要な変化かは決まらない。本人の訴え、診察所見、同じ時間帯の他の情報、治療後の反応を並べ、「この変化で何を確かめるべきか」という問いにする。必要な検査や対応は、患者固有の状況と指導体制のもとで決める。

検査が未実施だったり、結果がまだ返っていなかったりする場合は、一覧の空欄を完了と見なさない。依頼の状態を確認し、実施見込みと結果を見る人を明らかにする。結果が返った後は、数値を記録するだけでなく、患者の状態や当初の見立てに影響するかを再評価する。経過を読んだら患者のもとへ行く、診察後に記録を更新するという往復をつくると、情報を現場の状態から切り離しにくい。

取り違えが疑われる値や、互いに矛盾する値を前提に判断を進めない。都合のよい値だけを拾わず、測定時点を並べて指導医に示す。

一つ役に立つ習慣がある。検査を出す前に「この結果が○○なら、何を変えるのか」と自分に一文で問うことだ。答えが出ない検査は、目的を指導医と確かめてから出す。

2.3 診察・依頼・再評価をつなぐ

診察をして計画を立てたら、計画を実行可能な依頼にする。誰が対応するのか、いつまでに必要なのか、何をもって完了とするのかを確認する。検査、処置、他職種への相談など、内容が違っても、依頼を送信した時点では仕事は終わっていない。実施されたかを確認し、結果や返答を読み、患者の状態に戻って確かめる。患者の診療計画を安全に進めるには、評価・計画・実施・評価の循環を途中で切らないことが要点になる。[1, 2]

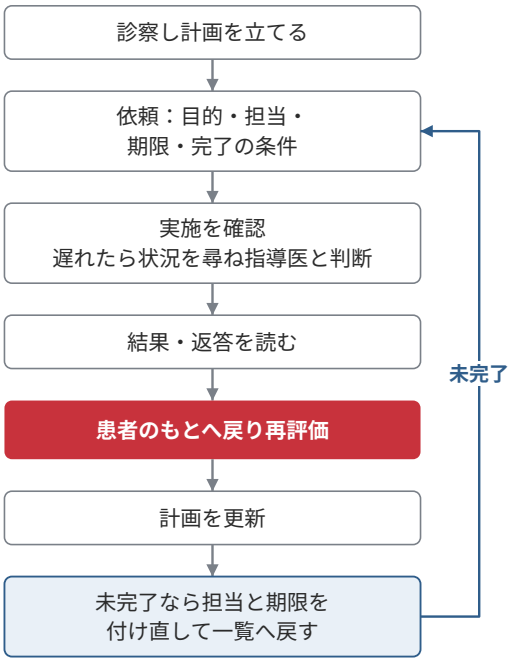


図 2.2　依頼は患者の再評価で一区切り。未完了なら担当と期限を付け直して一覧へ戻す。

依頼の言葉は、相手が次の動きを選べる程度に具体的にする。「確認をお願いします」だけでは、何を、どの時点で、どんな条件で知らせるのかが不明な場合がある。依頼の目的、患者に関係する背景、求める行動と時期を伝え、緊急度が変わったときの連絡方法を確認する。詳細な報告・相談の型は後の章で扱うが、病棟の仕事では依頼の入口から結果確認までを自分の一覧に残す。

診察のあとに立てる計画は、患者の希望や理解とも照らし合わせる。処置や検査が予定されたなら、患者への説明が済んでいるか、質問や不安が残っていないかを確認する。研修医自身が説明の範囲や方法を判断できないと感じたら、指導医へ相談し、誰がどの内容を説明するか調整する。説明を依頼した場合も、実施の有無や患者の受け止めを確認し、診療計画に反映する。

他職種に依頼するときは、相手の専門性を尊重し、患者の目標や相談したい点を伝える。依頼内容の背景が共有されないと、実施方法や優先度の解釈が食い違うことがある。相手から提案や質問が返ってきたら、それは業務の割り振りではなく、患者に必要なことを一緒に詰めるやり取りである。

2.3.1 依頼を結果確認まで追う

依頼した後は、少なくとも三つの問いを自分に返す。実際に実施する担当者は決まったか。必要な時刻までに行われる見通しか。結果を確認し、患者の状態を見直すのは誰か。担当が不明なら、依頼先へ確認して責任の所在をはっきりさせる。期限に間に合わない可能性があれば、患者への影響を考え、指導医や関係職種へ早めに伝えて代案を相談する。

結果が返らないときには、ただ待ち続けない。予定の時刻が過ぎたことを確認したら、施設の連絡手順に従い実施状況を尋ね、遅延が患者の対応に影響するかを指導医と判断する。反対に、すぐ返ってきた結果でも、患者の状態を見ずに値だけで仕事を閉じない。予定していた問いへの答えになったか、症状や診察所見に変化がないか、新しい対応が必要かを評価する。

一つの依頼に複数の段階がある場合は、途中の状態を記録する。「依頼済み」「実施待ち」「結果確認待ち」「結果を踏まえた再評価済み」を区別すれば、口頭の記憶に頼らず、どの段階に誰が関わっているかが見える。依頼を出した本人が勤務を終えるなら、その進捗を次の担当者と照合する。引継ぎの方法は次節で扱う。

依頼を受ける側から確認を求められたときは、急がせる表現だけを繰り返すのでなく、目的と期限を共有し直す。依頼先に別の優先業務があるなら、実施見込みを尋ね、患者への影響を含めて指導医と調整する。依頼した側の予定だけを基準に相手を責めることは、必要な情報共有を妨げる。予定が変更になった場合には、患者や関係者への説明が必要かも合わせて判断する。

2.4 引継ぎ前の未完了リスト

勤務の終わりに、今日の仕事を思い出せるかだけで完了を判断しない。返っていない結果、未実施の依頼、患者への再説明、他職種との調整などを患者ごとに見直す。各項目には、現在の状態、次に行うこと、担当者、期限または再確認時刻、遅れた場合の連絡条件を添える。施設で決められた記録方法に残し、口頭で伝える必要があるものは受け手が理解したことを確かめる。[1, 2]

未完了業務を洗い出すときは、勤務の終わりにまとめて思い出そうとせず、日中から患者地図の「保留」欄に書き足しておく。夕方の見直しは、その欄を一行ずつ閉じるか、担当と期限を付けて残すかを決める作業になる。完了させられるものは勤務時間内に済ませ、残すものは理由を添える。「時間がなくて終わらなかった」ことを隠す必要はない。終わらなかった事実と次の行動が見えていれば、受け手は安全に引き継げる。

研修の到達目標には、診療記録や情報共有、チームでの連携、医療安全が含まれ、ローテーションの評価では医師以外の職種も研修医を評価する。未完了業務を明示して渡す習慣は、こうした目標を日々の病棟で具体化したものといえる。申し送りの様式や口頭で伝える範囲は病棟ごとに決まっているので、初週のうちに確認しておく。[1, 2]

未完了リストは、書いた時点で終わりではない。たとえば夕方、ある患者の検査結果がまだ返っていないとする。リストには「結果待ち」と書くだけでなく、結果を誰が確認するか、いつまでに返る見込みか、遅れたら誰に連絡するかを添える。自分が勤務を終えるなら、その行を次の担当者と一緒に読み、担当欄を書き換えたことを双方で確かめる。担当者の名前が空欄のまま残る行は、誰の仕事でもない行になりやすい。

QUICK REFERENCE
引き継ぎ

(1) 患者ごとに：今の状態 → 残っている行動
(2) 残す行ごとに：**何を／誰が／いつまでに／遅れたら誰へ**
(3) 急ぐ順：安全に関わる → 時刻が決まっている → 通常
(4) 保留中の説明：何を・いつ・誰が話すか
(5) 他部署に渡した依頼：病棟側の追跡担当
(6) 受け手に言い返してもらう
(7) 担当欄が空の行を残さない

注意｜未完了業務が宙に浮く典型

- 記憶だけに置いて、どこにも書いていない
- 結果を誰が確認するのかが決まっていない
- 期限や再確認の時刻がない
- 遅れたときや状態が変わったときの連絡先がない
- 引継ぎ先が決まらないまま勤務が終わる

2.4.1 次の担当者と未完了項目を照合する

引継ぎでは、患者の現在の状態と、まだ終わっていない行動を同じ順序で伝える。たとえば「検査結果待ち」とだけ言うのではなく、何の結果か、いつ頃確認する見込みか、結果を受けて誰が患者を再評価するのかを明らかにする。患者の状態が変わった場合や結果が遅れた場合、どこへ再連絡するかも確かめる。引き継ぐ人が話し終えたら、受け手に次の行動と時刻を言い返してもらい、双方の理解を揃える。

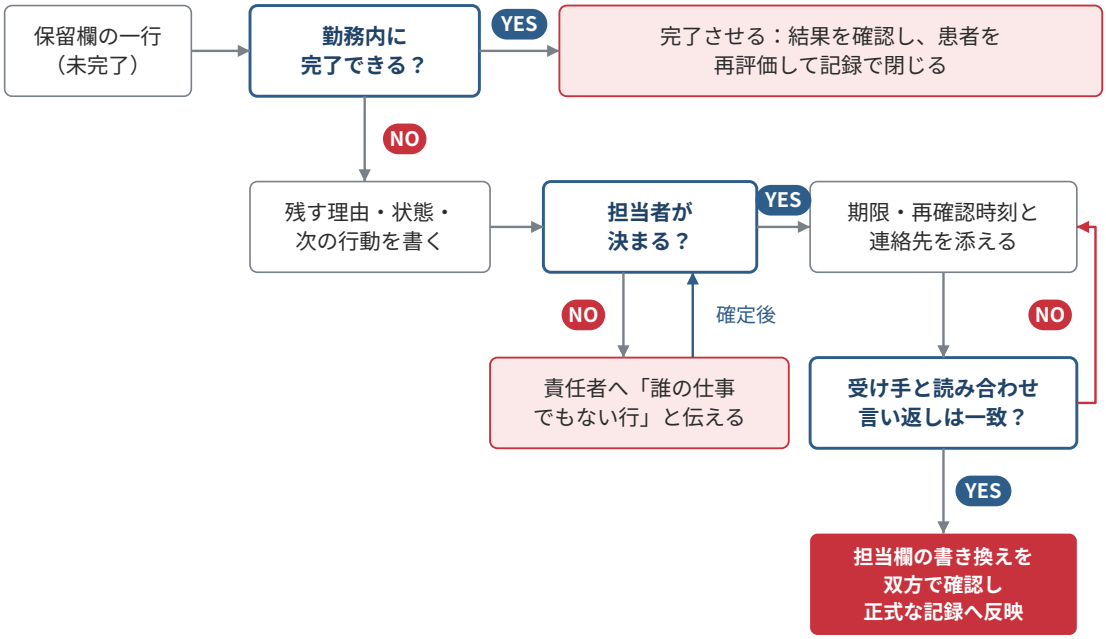


図 2.3　未完了項目を閉じるか、担当・期限・連絡条件を付けて明示的に引き継ぐ。申し送りの様式は院内手順で確認する。

項目が多いときは、全部を同じ重さで読み上げない。重要な保留が埋もれる。引継ぎ先が決まらないなら、責任者に担当を決めてもらう。

患者や家族への説明が保留中なら、何を伝える予定だったか、説明を待つ理由、いつ再確認するかを申し送る。検査結果が返った後に説明する予定なら、結果の確認者と説明する担当を分けて記す。説明の内容や時期は患者の状況に応じて調整し、引継ぎだけで患者への説明責任が消えると考えない。担当が変わることを患者に伝える必要がある場合は、施設の手順と指導医の助言に沿って行う。

他部署に依頼した項目は、依頼先に知らせたことで病棟の追跡責任が消えるわけではない。結果と患者の変化を誰が見るかまで決めて渡す。

2.5 急な割り込みが来たら

予定された診察や記録の途中に電話が鳴り、新しい依頼が入ることはある。内容を聞いた瞬間に、すべての作業を捨てて走るか、反対に「今の仕事が終わってから」と保留するかの二択にしない。まず何が起きているのか、患者の安全に関係する変化か、対応に時間の制約があるかを確かめる。急変の疑いがあるなら院内の緊急手順を使い、必要な応援を要請する。一般的な仕事整理の図で重症度を判定してはならない。[1, 2]

仮想例：退院書類の途中にかかってきた電話

午前、研修医は退院予定の患者の書類を入力していた。そこへ看護師から、別の担当患者について「さっきから呼びかけへの反応がいつもより鈍い」と電話が入る。

(1) 誰が何を見たか、いま誰が患者のそばにいるかを短く確かめた。
(2) 緊急性を否定できないため、院内手順で応援を要請し、上級医へ連絡した。
(3) 書類の中断点を施設のメモ機能に残した（「処方欄まで入力、未確定」）。同僚には書類を保留したことを伝えた。
(4) 上級医の到着後、自分が続けて担う部分と引き渡す部分を確認した。
(5) 対応後、担当医と患者地図を更新した。書類に戻る前に一覧を見直すと、別の患者の検査結果が返っていたため、先に確認してから書類を再開した。

この例で見てほしいのは診断ではなく、仕事の組み替え方である。書類を「あとで思い出せる」と信じて走り出すと、戻ったときにどこまで入力したか分からない。10 秒でよいので中断点を書く。どの患者のどの作業で止めたのか、必要な入力や確認のうちどこまで済んだのかを残す。患者情報を手元の付箋などへ無造作に書き写すのではなく、施設の安全なメモ方法を用いる。可能なら同僚へ中断した業務を



図 2.4　割り込み連絡の種類ごとの最初の行動と復帰前の確認。院内トリアージ・急変基準に代わるものではない。

伝え、優先順位の調整が必要か相談する。急変対応に向かう一人へ通常業務もすべて残さないよう、周囲の役割分担を確かめる。

急がない依頼なら「○時に行きます」と相手に返し、地図に登録する。黙って保留にした依頼は、相手から見れば無視と区別がつかない。

> **急変が疑われるときは院内手順が先**
> 次の振り分け図の一般的な分類で患者を評価しない。施設の急変対応手順と緊急連絡先を使い、上級医や応援を要請する。

2.5.1 割り込みの優先順を決める

割り込みを受けたら、まず患者の安全に直結する変化かを問う。そうであれば院内の急変手順で応援を要請し、手元の仕事は必要に応じて別の担当者へ移す。次に、時間を逃すと患者対応に影響する依頼かを確かめ、期限と影響を指導医や関係者と共有して、担当と対応時刻を決める。どちらでもなければ通常の予定として患者リストに追加する。いずれの場合も、もとの作業の中断点を記録してから動く。

優先度を変えたときは、影響を受ける予定の担当者へ知らせる。検査前の準備や他部署の枠が不要になった場合には、予約や依頼を放置せず、施設の手続きに従って変更を伝える。患者にも予定変更の説明が必要なら、誰が伝えるか決めておく。業務を並べ替えた結果、新しい期限ができた場合には患者地図に記録し、もとの計画と混同しない。

2.5.2 中断した仕事に戻り、優先順を更新する

新しい対応の後は、割り込みそのものが終わったかだけでなく、患者の状態、実施した対応、返っていない結果を見直す。担当医と確認し、患者地図に追加すべき変化があれば更新する。そのうえで、割り込みの直前に何をしていたかを患者一覧・未完了リストから拾い直す。診療録を途中まで書いた、検査依頼を準備していた、他職種への連絡を保留した、といった作業を記憶だけで復元しない。

割り込みが片付いても、元の順番に戻れるとは限らない。その間に別の結果が返り、別の患者が変わっている。再開前に一度だけ一覧を見直す。

午後 3 時、まだ午前の仕事が半分残っている。そう気づいたら、昼休みを削って黙って埋め合わせるより、指導医に「残りはこれで、この順でやるつもりです。間に合わないのはこれです」と見せる。確認を省く、記録を後回しにする、休息を削るといった帳尻合わせは、夕方の見落としにつながる。

診療チーム内で地図を見直す機会があれば、変化した患者と予定変更を中心に共有する。各自の業務を順番に報告するだけでなく、誰に追加の支援が必要か、どの期限が迫っているかを確かめると、チーム全体で優先順位を調整できる。自分の一覧だけでは見えなかった他職種の予定や患者の希望が分かることもある。会話で合意した担当や期限は、忘れないうちに施設の記録へ反映する。

対応後の振り返り（勤務後の短い省察のやり方はローテーションの章で扱う）は、失敗探しではなく次に使える改善点を見つける機会にする。どの時点で優先順位を見直したか、連絡に必要な情報はそろっていたか、中断した仕事を見失わずに戻れたかを確認する。個人の記憶だけでなく、記録や申し送りを見て実際の流れを確かめる。手順上の曖昧さが

見つかった場合は、個人ルールを増やすより、病棟チームや指導者に共有して正式な運用を確認する。

帰る前の最後の問いは一つでよい。「自分の頭の中にだけある仕事は、残っていないか」。

病棟で集めた情報を記録と症例提示にどうまとめるかは、次の第 3 章で扱う。

第３章 記録・プレゼン・説明

診療録を書くとき、患者の前で説明するとき、上級医に症例を提示するとき、材料は同じでも相手が知りたいことは違う。診療録はその場にいない次の医療者へ経過と判断を渡す。症例提示は、聞き手が今の判断を助けられるよう情報を選ぶ。患者・家族への説明は、医療者の見立てを本人が理解し、質問や希望を言える言葉に置き換える。この三つを一つの文章に詰め込もうとすると、記録は冗長になり、提示では依頼がぼやけ、説明では専門用語が残る。

目指すのは長い記載や流暢なプレゼンではない。次に読む人が「何が分かっていて、何を考え、誰が何をするのか」をたどれること、聞き手が必要な判断を返せること、患者が自分に関係することを理解して次の相談に参加できることだ。診療情報を患者が理解しやすい形で提供し、記録を正確かつ最新に保つことは、国の指針にも示されている。[5]

3.1 記録が次の行動を支える

夜間に呼ばれて初めて会う患者のカルテを開いた場面を想像するとよい。知りたいのは、入院理由の長い説明より「今どんな問題を追っていて、どこまで確かめ、何が起きたら誰に連絡する約束になっているか」である。自分が書く記録も、その読み手に向けて書く。研修の到達目標でも、診療内容とその根拠を適切に記録することは、患者ケアに含まれる基本的な能力として位置づけられている。[2]

3.1.1 読み手が次の行動を選べる記録

診療記録は、医療者が「やったこと」を後から並べるためだけの書類ではない。患者の状態がどう変わり、どの情報を根拠に判断し、何を実施し、その後どうなったかを残す。次の担当者はその記録を手掛かりに診療を続け、患者や家族への説明にもつなげる。診療録、処方せん、手術・看護記録、検査結果、画像、紹介状、入院中の診療経過の要約など、診療の過程で作成・保存される記録は幅広い。指針がいう「診療記録」は、文章のカルテだけを指すわけではない。[5]

勤務中に書いたメモや口頭の伝達だけでは、時間がたつと誰が何を確認したか追えなくなる。記録には、患者の識別、記載時刻、作成者が分かることに加え、患者の状態、行った評価、判断、説明、実施した対応、反応、これからの方針を必要な範囲で残す。たとえば「発熱あり、経過観察」とだけ書くと、誰がいつどの値を確認し、何を懸念し、次は誰がいつ再評価するのかが読めない。「体温上昇を確認。呼吸状態と意識に変化なし。感染症を含む原因を評価中。担当医へ共有し、採血結果を〇時に確認する」のように書けば、事実・評価中の課題・次の行動をたどりやすい。

朝に立てた予定が夕方までに変わることは珍しくない。検査を予定したが、患者の状態が変わり順番を前倒しした。家族から新しい既往情報を聞き、当初の鑑別を見直した。相談した結果、治療を保留し別の検査を追加した。こうした変化は、新しい記録に結論だけを書くだけでなく、いつ、どの情報が増え、何を理由に方針を変えたかを残す。前の計画と新しい計画が並んでいても、更新時刻と理由が読めれば、次の担当者は古い指示を誤って実施しにくい。

カルテの最後に「フォロー」と一語だけ置く。研修医の記録で最もよく見る失敗の一つである。誰も引き取っていない。「午後の画像結果を当番医が確認し、所見があれば担当チームへ連絡する」と書けば、確認漏れの手掛かりになる。

記載は正確かつ最新に保つ。誤りを直すときは、施設の電子カルテの訂正手順に従い、訂正した人・内容・時刻が分かるようにする。以前の記載を消して事実と異なる形に変えたり、後から都合よく書き換えたりしない。これは書面を整えるためだけではなく、患者の安全を守り、診療の経過を後から検証できる状態にするためだ。制度上の細かな手続きや電子カルテ操作は施設ごとに異なるため、初日に指導医や医療情報担当へ確認しておく。[5]

診療録を読む人は、書き手と同じ情報を持っているとは限らない。略語だけで埋めず、施設内で意味が共通していない略語は避ける。引用した患者の言葉は、必要なところを本人の表現として示し、医療者の解釈と混ざらないようにする。家族から得た情報なら情報提供者を明記する。未確認の情報は「未確認」として残し、推定を確定事項のように記さない。共有先を誤らないことも記録の一部である。患

表 3.1　記載の書き方と、読み手が受け取る状態の違い。

書き方	読み手が受け取る状態
採血予定	まだ依頼していない可能性がある
採血依頼済み（担当・時刻）	検体が出たかは未確認
採血実施済み、結果待ち	誰が結果を見るかを決める必要がある
結果確認済み、担当医へ共有	次の判断が残っているかを確認する

者の同意や法令上の例外を確認し、診療に関係する人へ必要な範囲で共有する。[5]

忙しいときほど、後で書き足すつもりの情報が抜けやすい。患者の診察後に記録するなら、時刻を実際の確認時刻と混同しないよう施設ルールに従う。診療の後から記載する場合は、遅れて記載したことが分かる方式を使い、思い出せない内容を推測で補わない。検査値を転記するときは患者と採取時刻、単位、前回値との違いを確認する。定型文やコピーした記録は便利だが、古い診断や予定が残っていないか、患者の現在の状態に合っているかを送信前に読む。コピーの誤りは、正確さを保つための確認責任をなくさない。

Before／After：一行の記録

Before　血圧低下あり。経過観察。
After　〇時 血圧低下（普段の値より低い）。再検でも持続。担当医へ連絡済み、ベッドサイド再評価を依頼。〇時に再測定し、結果を担当医へ。
増えたのは「いつ・何と比べて・誰に伝え・次に誰が見るか」だけである。

経過記録の見本（仮想例）

S　「今朝から息が切れる」。安静時にもある、と本人。
O　呼吸数・酸素飽和度・会話の様子（測定時刻を付ける）。聴診：左右差なし、明らかな副雑音なし。胸部画像：結果待ち。
A　前日にはなかった呼吸の訴えが出現。原因は未確定。〈考えている原因〉と〈見逃したくない可能性〉、それぞれの根拠となる所見を書く。
P　〈時刻〉担当医へ報告済み。画像結果は〈担当者〉が〈時刻〉までに確認し、患者を再評価する。悪化時は〈連絡先〉へ。未評価：〈項目〉。
〈 〉は患者と施設に合わせて埋める欄。記録様式は施設の規定に従う。

3.2 事実・解釈・方針を分けて書く

■ 3.2.1 SOAP で事実と判断を分ける

記載を整理する枠組みの一つが SOAP である。S（Subjective）は患者が話した症状や経過、O（Objective）は診察・測定・検査で確認した所見、A（Assessment）はそれらから考えた評価、P（Plan）は次の検査・治療・説明・再評価などの計画を置く。SOAP は考えを並べる補助線であって、欄を埋めれば記録が完成する魔法の型ではない。施設が定める様式と記載ルールを優先し、読み手が経過と判断を追えるように使う。[2]

患者が「息苦しい」と話したなら S に本人の訴えを記す。呼吸数、酸素飽和度、聴診所見は O に置く。「肺炎の可能性がある」は観察事実ではなく、所見や経過を踏まえた A である。胸部画像を依頼する、酸素投与を行う、上級医に相談するなどは P に記す。実施後に呼吸状態がどう変わったかを追加し、当初の評価や計画を更新する。同じ文章の中で「肺炎である」と断定しながら根拠が示されていなければ、後の担当者は診断の確度を見誤るかもしれない。

記載の事実と解釈を分けるとは、見た・聞いた・測ったことと、そこから自分が考えたことを別の文として書くことである。記録で特に混ざりやすいのは、患者の訴えと医療者の評価、検査結果とその解釈、計画と実施済み事項である。「採血する」と書いた後に採血が実施されたか分からなければ、次の担当者は二重依頼や実施漏れに気づけない。「家族に説明した」だけでは誰に何を伝え、どの質問が残ったか分からない。記載後に、動詞の時制を見直して「予定」「依頼済み」「実施済み」「結果確認済み」を区別する。

一語の違いで、次の担当者が取る行動は変わる。

事実を短く記す工夫も要る。「胸部聴診異常なし」は何を聞いたのか曖昧なことがある。「左右差なし、明らかな副雑音なし」のように、観察した内容を具体化できる範囲で書く。一方で、詳細な所見をすべて並べると、重要な変化が埋もれる。前回と比べて違うところ、今回の判断に影響する所見、治療後に追うべき所見を選ぶ。数値を記載するなら単位と測定時点を確認し、転記時の誤りを避けるため元データと照合する。

判断の確度も記録に表す。「感染症を疑う」「可能性が低い」「現時点で否定できない」は、それぞれ異なる判断である。確度を弱めるために曖昧な言い回しを重ねるのではなく、どの事実が判断を支え、どの情報が不足し、何が分かれば見直すのかを書く。

表 3.2　SOAP の各欄に書くこと・混ぜやすいこと・次の読み手に残すこと。記録様式と訂正方法は施設の規定に従う。

欄	置く情報	混ぜやすいこと	次の読み手に残すこと
S	患者が話した症状と経過（いつから、どんな時に、本人が感じた変化）	医療者の解釈を患者の言葉のように書く	本人の言葉で表された変化
O	診察・測定・検査で確認した所見。数値は単位と測定時点を付ける	何を見たか曖昧な「異常なし」、未確認の項目を空欄のまま残す	何をいつ確認したか、前回と違う所見
A	前回との違い、考えている原因、見逃したくない可能性とその根拠	一つの検査値だけで結論を書く、事実の繰り返しで終える	判断の根拠と、まだ残る不確実性
P	相談した相手、決めた検査・対応、再評価の時刻	「経過観察」だけで担当と時刻がない	誰が何をいつ見るか、「未評価」「結果待ち」の明示

判断が変わったら、前回の評価を消して置き換えるのでなく、新しい情報と変更理由を追記する。時系列で読むことで、後から患者の状態が急に変わったのか、情報が徐々に集まって判断が更新されたのかを区別できる。

問題が複数ある患者では、SOAP を一つにまとめず、問題ごとに A と P を分けると読みやすい。たとえば「#1 発熱」「#2 食事摂取量の低下」「#3 退院調整」と見出しを立て、それぞれに評価と次の行動を書く。S や O は共通で書いてよいが、どの所見がどの問題の判断に使われたのかが追えるようにする。その日に動きがなかった問題も「変化なし、方針継続」と一行残しておけば、見落としたのか、確認して変える必要がなかったのかを読み手が区別できる。問題の立て方や書式は診療科や施設で異なるので、ローテートのはじめに指導医の記録を一例読んで合わせる。

3.3 短い症例提示の組み立て

■ 3.3.1 相談目的から提示を組み立てる

症例提示は診療録の朗読ではない。聞き手に何を判断してほしいのかを先に決め、その判断に必要な情報を選んで伝える。患者の識別と相談目的を最初に示し、今回の問題、いつからどう変わったか、判断を変える背景、重要な所見、自分の評価、すでに行った対応、求める助言や行動を続ける。順序は状況に合わせてよいが、相手が聞き終えたときに「何が起きていて、何を頼まれているか」が分かる必要がある。[2]

提示の前に、聞き手と緊急度を考える。今すぐベッドサイドに来てほしいのか、数時間以内に方針を相談したいのか、定例回診で共有すればよいのかでは、最初に伝える情報が違う。危険が迫っているなら、背景説明を長くする前に緊急性と場所、必要な支援を伝える。急変時の構造化報告は次章第 4 章で扱う。ここでは、通常の症例提示を短く組み立てる考え方を確認する。

Before／After：回診での短い提示（仮想例）

Before　「A さんは〇年前に〇〇と診断され、その後〇〇で入院歴があり、今回は〇月〇日に……（入院時からの経過を順に 2 分）……で、今朝熱が出ました。どうしましょうか」

After　「A さんの発熱について、今日の方針を相談したいです。昨夜から食事が取れず、今朝新たに発熱。免疫抑制治療中です。血圧と意識は保たれていますが、腹部に圧痛があります。尿検査は結果待ちです。腹部と尿路の感染を考えています。血液培養を出し、画像の再検を相談したいです。午後の結果確認の担当も決めたいです」

After は短いのではなく、**依頼が先・未確定が明示・次の担当まで入っている**。全履歴は聞かれたら補えばよい。個別の検査適応を示す例ではない。

「何が心配か」「自分ではどう考えたか」「何をしてほしいか」をぼかさないことも大切だ。「この患者をどうしたらよいでしょうか」だけでは、聞き手はどの判断を求められたのか分からない。「感染症を疑っていますが、感染源がまだ確定できません。抗菌薬開始の要否と、画像検査の優先順位を相談したいです」と言えば、助言してほしい内容が伝わる。すでに行った対応、その結果、まだ得られていない情報を分け、予定を実施済みのように話さない。

提示を始める前に「今日決めたいこと」を一文にする。「抗菌薬の変更を相談したい」「退院前に追加評価が要るか相談したい」「未確認の結果を誰が追うか決めたい」。問いが決まれば、選ぶ情報も決まる。

「それ、いつの値？」と聞かれて答えに詰まる。そこで推測で埋めるのが一番危ない。「確認して戻ります」と言い、本当に戻る。決まったことはカルテに残し、口頭でうまく話せたことと記録に残ったことを別々に確かめる。

提示が終わった後、上級医から「もっと短く」「先に結論を」と言われることがある。落ち込むより、何

が余分で何が足りなかったかを一つだけ聞き返すと次に生かしやすい。「最初の一文で依頼を言えていましたか」「判断に要らなかった情報はどれでしたか」と尋ねれば、評価ではなく具体的な修正点が返ってくる。研修では到達目標に沿った形成的なフィードバックが予定されているが、日々の提示のたびに短く確かめる方が、型は早く身につく。[2]

短さは情報を隠すことではない。相手の判断を変える情報を残し、それ以外を圧縮することである。患者の氏名や識別情報は施設のプライバシー手順に沿って扱い、公共の場所や許可のない端末で不要な個人情報を口にしない。患者の診療のため他の医療者から情報を得る場合も、同意の確認など院内手順を守る。[5]

QUICK REFERENCE
症例提示の組み立て

(1) 聞き手と相談目的を一文にする（何を判断してほしいか）
(2) 最初の一文：患者・急ぐ度合い・依頼
(3) 判断を変える経過・所見だけ選び、残りは圧縮
(4) 評価と不確実性、求める判断・対応
(5) 答えられない質問 →「確認して戻ります」、確認者と時刻
(6) 合意を復唱し、カルテと申し送りへ

3.4 患者・家族への説明と記録

■ 3.4.1 理解を確かめて記録へ戻す

患者への説明では、医療者同士で使う言葉をそのまま並べない。「炎症反応が高い」「鑑別が必要」と伝えるだけでは、何が分かっていて、何をこれから確かめるのかが伝わりにくい。「熱の原因を調べています。今の検査だけでは原因を決められないので、尿の検査と画像を追加し、結果を見て治療を相談します」のように、分かったこと・まだ分からないこと・次の行動を日常の言葉で説明する。診療情報提供の指針は、患者等が理解しやすいよう懇切丁寧に情報を伝えることを求めている。[5]

説明は、医療者が話し終えた時点では完了しない。患者がどこまで理解したか、気になっていることは何か、本人が望むことは何かを確認する。「ここまでで分かりにくかったところはありますか」「検査を受ける前に心配なことはありますか」と尋ねると、説明者の思い込みを減らせる。本人の理解を確かめるために説明内容を自分の言葉で言い返してもらう方法を用いる場合も、試験のように問い詰めず、説明の仕方を整えるための確認として行う。

同意が必要な検査・治療については、目的、見込まれる利益、主なリスク、代替案、実施しない場合に考えられることを、患者が判断できる範囲で説明する。自分が答えられない質問や、判断を要する相談が出たら、曖昧なまま約束せず指導医に確認して一緒に説明する。説明した内容、同席者、患者の質問・意向、同意や保留の状態、誰が次に説明するかを記録する。家族への共有では、患者本人の意思と同意、法令や施設ルールを確認する。家族がそばにいることだけで、診療情報を共有してよいとは限らない。[5]

説明の言葉を選ぶときは、患者がすでに知っていることや、今日知りたいことから始める。医療者が伝える情報をすべて一度に話すより、まず重要な点を伝え、反応を見ながら補う方が理解を確かめやすい。予後や検査の意味に幅があるときは、確定していないことをそのまま説明する。「まだ原因が分からないので問題がない」と短絡しない。「現時点で分かった範囲」と「次に確かめること」を分ける。患者が治療をすぐ決められない場合も、保留の理由や再度話し合う時刻を確認し、本人が置き去りにならないようにする。

家族から説明を求められたとき、患者本人が同席を望むか、どの範囲を共有してよいかを確かめる。本人が意思表示できない状況などは、指導医と施設の規程に従い、誰に何を伝えるかを判断する。家族から得た情報は、患者の発言や医療者の観察と区別して記録する。説明内容に食い違いが生じた場合は、前回の説明を確認し、どこが誤解・不足していたかを整理してから改めて説明する。記録は責任を回避するための証拠作りではなく、説明と診療を一貫させるための記憶の共有である。

AHRQ の患者・家族エンゲージメントガイド概要は、入院時からのコミュニケーション改善、患者・家族が参加する看護師のベッドサイド引継ぎ、退院計画への参加などを病院の質・安全向上の戦略として挙げる。これは、説明を医師と患者だけの一回の会話に閉じず、患者・家族が望む範囲でケアの継続に関われるようにする視点である。概要ページに記載された戦略の範囲を紹介し、リンク先にある個別ツールの細部までこの章で推定しない。[6]

電子カルテの安全な扱いは、患者情報を正しく共有するための前提でもある。厚生労働省は 2026 年 6 月に医療情報システム安全管理ガイドライン第 7.0 版と関連資料の公開を案内している。研修医は個別要件をこの案内だけから推測せず、自施設の現行手順とガイドライン本文を確認する。[7]

同じ所見を、記録では次の担当者が診療を続けるために、プレゼンではチームの判断を助けるため

に、患者説明では本人が理解し質問できるために表現する。伝え方を変えても事実は変えない。説明のために確度を誇張せず、プレゼンを短くするために不確実性を消さず、記録を整えるために実施していない対応を書かない。この三つを分けながらつなぐことが、患者を中心にした診療の継続を支える。

面談の最後は、「説明した」で閉じず、次に話す条件を決める。検査結果が出たら説明するのか、治療方針が決まる時点で指導医と再面談するのかを共有する。患者が今すぐ答えを望んでいても、情報が揃っていなければ、分かること・未確定なこと・いつ誰が戻って説明するかを伝える。患者の理解や意向は時間と状況で変わるため、長い入院では一度の同意だけで十分と決めつけず、方針変更時に改めて確認する。記録には、その時点での会話と合意を残す。

説明の場には、言葉以外の障壁もある。難聴、視力低下、疲労、痛み、日本語以外を主に使う患者、強い不安で話が頭に入らない家族。こうした場合は、説明の時間や場所を変える、図や書面を併用する、通訳や支援者の同席を施設の手順で手配するなど、理解できる条件を先に整える。一度同意した患者が迷い始めたときも、それを面倒な変化とみなさず、何が心配になったのかを聞き直し、指導医と共有する。誰の同席や書面同意が要るかは施設で決まっているので、初日の確認事項に入れておく（第 1 章）。

説明と記録をつなぐ仮想例

入院中の患者に新しい検査を提案する。医療者向けの記録には「検査結果だけでは原因は確定していない。症状の経過と診察所見を踏まえて追加画像を提案。本人へ目的と主な負担を説明し、質問を確認。患者は検査を希望。結果判明後に担当医が説明する」と、根拠・未確定点・説明・意向・次の担当を残す。患者には「今の結果では原因を決められません。もう一つ画像を撮ると、次の治療を選ぶ手掛かりになります。検査の負担や心配な点を一緒に確認しましょう」と伝える。本人が「結果が悪かった場合も今日分かりますか」と尋ねたら、検査時刻と結果説明の予定を確かめて答える。これは説明の形を考えるための仮想場面で、個別検査の適応や説明内容は実際の病状と指導医の判断に従う。

チェックリスト

- ☐ 患者本人に何が分かっていて、何が未確定か説明したか。
- ☐ 次の検査・対応と、その目的を伝えたか。
- ☐ 質問・理解・本人の意向を確かめたか。
- ☐ 説明内容、同意・保留、共有範囲、次に説明する担当を記録したか。

第 4 章　報告・相談・チームで動く

表 4.1　報告・相談・コンサルトで相手に返してほしいものと、最後に言う一文の例。

種類	相手に返してほしいもの	最後に言う一文の例
報告	状況の把握。必要なら指示	「以上、共有です。追加の指示はありますか」
相談	判断や方針への意見	「○○で進めてよいか確認させてください」
コンサルト	専門的な助言・診察・対応	「本日中に診察いただけますか」

患者の変化に気づいたら、まず「何を相手にしてほしいのか」を決める。状態を知らせるだけの報告か、判断を一緒に考える相談か、専門的な助言や具体的な対応を頼むコンサルトか。目的が曖昧なまま連絡すると、相手は必要な緊急度を読み取れず、話し終えても誰が次に動くのか決まらない。連絡の形を整えるのは、話し上手になるためではない。患者の安全に必要な支援が、必要な人へ届き、行動になったことを確かめるためだ。

臨床研修の到達目標は、日常業務として報告・連絡・相談を行い、チームの役割を理解して情報を共有することを求めている。厚生労働省の「医師臨床研修指導ガイドライン－2024 年度版－」も、研修医が得た情報を指導医へ提示し、指導のもとで検査・治療・説明や他科への相談を行う過程を示す。[1, 2] この章ではカルテの書き方や急変患者の評価を繰り返さず、口頭での連絡とチーム内の受け渡しに焦点を当てる。なお、到達目標・方略・評価は 2026 年 3 月 31 日に改正されている。2024 年度版ガイドラインは指導の進め方を説明する資料として読み、制度上の細かな要件は改正後の資料と所属する研修プログラムで確認する。記録の整理は第 3 章、悪化した患者の初期対応は第 5 章で扱う。

4.1 報告か相談かを決める

三つの違いを、相手に返してほしいものの違いとして並べると次のようになる。

迷ったら「相談」として連絡してよい。報告のつもりで話し始めても、相手が判断を求められていると気づかなければ、依頼が宙に浮く。逆に、相談の形で連絡して「それは報告で十分」と言われても、患者に不利益は生じない。

■ 4.1.1 相手と連絡経路を選ぶ

一度の連絡に報告と相談が混ざってもかまわない。ただし最後の一文で、相手に何をしてほしいかを言葉にする。差し迫った危険があるときは、この区別より先に緊急経路を使う（第 1 章の基本動作）。下の図は連絡目的を選ぶ補助であり、急変の判定基準ではない。

連絡先は「誰がこの判断をできるか」と「今この患者に対応できるのは誰か」の両方で選ぶ。二つが別の人になることは珍しくない。

連絡の手段も選ぶ。院内 PHS や電話は即時の判断を求めるとき、対面は患者を一緒に診てほしいとき、電子カルテのメッセージや院内チャットは急がない共有に向く。文字の連絡は記録が残る一方、相手がいつ読むか分からない。急ぐ内容を文字だけで送って返事を待ち続けると、連絡したつもりで時間が過ぎる。返事が必要な連絡には、既読や返信を確認する時刻を自分で決め、過ぎたら電話に切り替える。患者情報をどの手段で送ってよいかは施設の情報管理の規程で決まっているため、院内手順を確認する。

連絡は研修医から出すだけではない。看護師や薬剤師から「この患者、何か変です」「この処方で合っていますか」と連絡を受ける側にもなる。そのときは、まず相手が何を心配しているのかを聞き切り、自分の言葉で要点を返す。「呼吸数が上がっていて、本人もいつもと違うと言っているのですね。今から診に行きます」のように、受け取った内容と自分の次の行動を伝えると、相手は連絡が届いたと分かる。すぐに行けないときは、到着の目安と、その間にさらに変化したらどうするかを決める。判断に迷う内容なら、受けたまま抱えず上級医につなぐ。研修の到達目標でも、多職種の役割を理解して連携することが資質・能力の一つとされている。多職種連

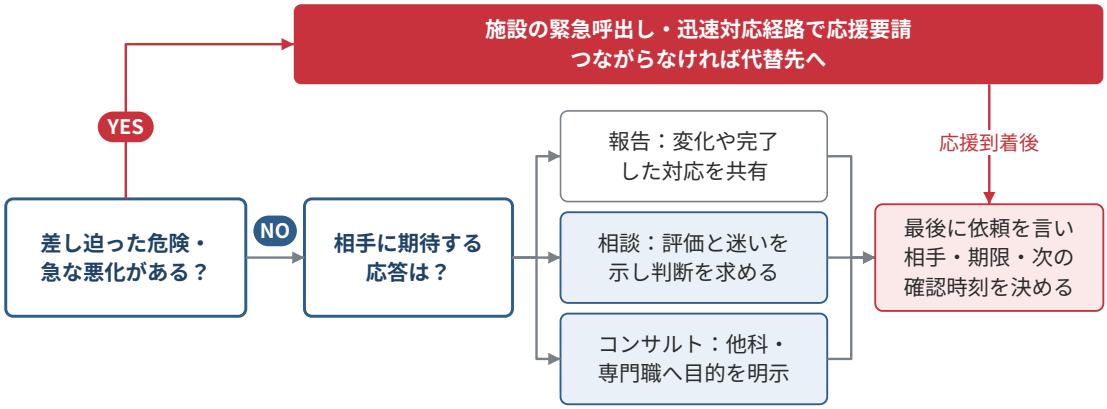


図 4.1　報告・相談・コンサルトの選び方。緊急時の呼出し先と基準は院内手順で確認する。

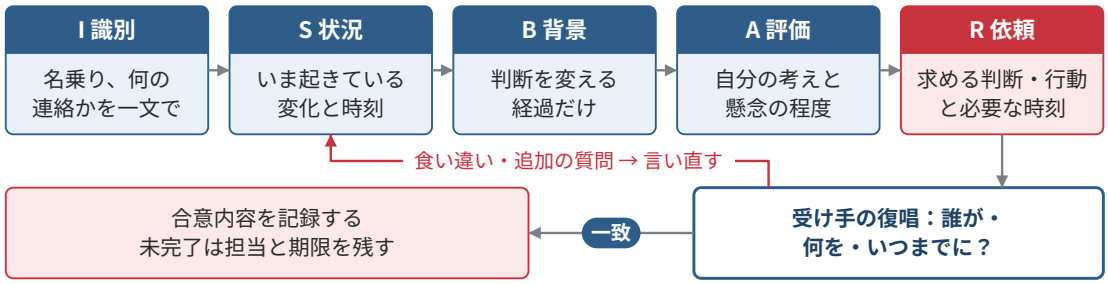


図 4.2　ISBAR で伝え、受け手の復唱で閉じる。使用する様式（SBAR・ISBAR 等）は施設の規定に合わせる。

携は、会議の場より先に、こうした一本の連絡を受け止めて返すところから始まる。[2]

4.2 要点を並べて依頼する

電話や対面での短い相談では、伝える順序を持っておくと、緊張していても要点が抜けにくい。TeamSTEPPS 3.0 は、医療チームのコミュニケーション、チームリーダーシップ、状況モニタリング、相互支援、導入方法を扱う教育資源として AHRQ が提供している。公開ページは枠組みと教材への案内であり、個別研修資料のすべてを収載するものではない。[8]

■ 4.2.1 患者・状況・背景・評価・依頼

ISBAR は、Identify（患者・自分の識別）、Situation（今の状況）、Background（判断に関係する背景）、Assessment（自分の評価）、Recommendation（相手に求める提案・対応）を順に整理する枠組みである。施設の規定や相手の役割に合わせて使い、頭文字を一字ずつ読み上げること自体を目的にしない。はじめに患者が誰かを安全に識別し、何について連絡したのかを一文で示す。次に、今起きている変化と時刻、今回の判断を変える背景、自分の評価を続ける。最後に、相手に求める判断や行動、必要な時刻を具体的に述べる。[8]

SBAR と ISBAR の違いは、先頭に識別（I）を明示するかどうかである。電話では相手の顔が見えず、同姓の患者や同じ病棟の別患者と取り違えやすいので、I を独立させておく意味がある。施設によって SBAR、ISBAR、独自の様式のどれを使うかは異なるため、院内で使われている型に合わせればよい。大切なのは型の名前より、識別・状況・背景・評価・依頼が一度の連絡でそろうことである。急変時の報告にも同じ骨格が使えるが、そこでは評価の中身と招集の判断が優先になる。その部分は次章で扱う。

「ちょっと相談があります」だけでは、聞き手は予定を空けるべきか、すぐに患者のもとへ行くべきか判断できない。「病棟の患者について、今朝から新しい症状が出ており、診察を一緒にお願いしたいです」のように、話の入口で用件を置く。夜間に上級医へ電話するなら、最初の十数秒で「誰の、何について、どれくらい急ぐ、何を頼みたい」が伝わるかを意識する。連絡の最初に結論を伝えることは、背景を省略することではない。聞き手が急ぐ度合いを判断できるようにしてから、必要な情報を補う。

■ 4.2.2 依頼と期限を具体的にする

評価を伝えるときは、観察事実、解釈、未確認事項を区別する。「血圧が下がった」はいつの測定か、「脱水かもしれない」はどの情報から考えたか、「検査結果待ち」は誰が確認する予定かを補う。まだ分からないことは、分からないと明言する。確認できていない情報を推定で埋める必要はない。相手にお願いする内容は「診てもらえますか」「方針を相談できますか」「この検査結果を確認していただけますか」のように具体化し、返答が必要な期限も添える。

電話の前に紙や画面に数語だけメモしておくとよい。患者識別、現在の変化、関連する背景、自分の評価、依頼、返答期限の六点である。長い台本を作ると、相手の質問に応じて必要な情報を出せなくなる。メモは読み上げる原稿ではなく、抜けを防ぐための足場にする。話し終えたら相手の返答を聞き、認識した方針を自分の言葉で復唱する。

口頭相談の言い出し例

「〇病棟の〇〇です。〇号室の患者について、今朝から〇〇が変化したため連絡しました。背景に〇〇があり、確認できた所見は〇〇です。私は〇〇を懸念しています。〇〇の判断／診察をお願いできますか。〇時までに方針を確認したいです。検査結果は〇〇が確認し、変化があれば再度連絡します。」患者識別情報・施設の連絡手順・緊急度は状況に応じて調整する。

「相手が分かってくれるはず」と期待するだけでなく、伝えた後に理解の一致を確かめる。相手の返答を遮らず聞き、優先順位や見解が違うときはその理由を尋ねる。対応を保留する判断なら、何を待っているのか、どの変化で再連絡するのかを明らかにする。依頼への返答が曖昧なら、「では〇時に再評価し、〇〇の場合は連絡するという理解でよいですか」と確認する。これは同意を迫るためではなく、患者の前でそれぞれが別の計画を持つのを防ぐためである。

依頼を具体的にするための言い換えを並べておく。

- 「見ておいてください」→「〇時までにベッドサイドで診察をお願いできますか」
- 「結果が出たら教えてください」→「〇時に私が結果を確認し、異常があれば先生へ電話します」
- 「様子を見ます」→「〇時に再評価し、〇〇が続けば再度相談します」
- 「念のため連絡しました」→「方針の変更は不要と考えていますが、よいか確認させてください」

言い換えると、誰が・いつ・何をするかが文の中に入る。期限の目安や再評価の条件は患者の状態と施設の運用で変わるので、自分で決めきれないときは、その部分も含めて相談する。

4.3 他科コンサルトの会話例

コンサルトを依頼する前に、相談相手へ何を期待するのかを整理する。鑑別について意見がほしいのか、検査や治療の候補を相談したいのか、専門的な診察を依頼したいのか、診療を引き受けてもらう必要があるのかで、必要な情報と伝える緊急度は異なる。依頼の目的を一文にし、相手が判断するために必要な病歴・所見・検査・これまでの対応を選ぶ。現在の担当医と患者の希望も共有し、専門科の助言を受けた後に誰が主治療計画を調整するか確認する。厚生労働省の到達目標は、コンサルテーションや医療連携が可能な環境で基本診療を行うことを前提としている。[2]

■ 4.3.1 会話の準備は「何を頼むか」から

他科への電話で一番多い失敗は、話し終えてから「で、何をしてほしいの？」と聞き返されることだ。専門科の医師が電話の最初に知りたいのは、ほぼ次の三つである。何を頼まれているのか（意見か、診察か、処置か、転科か）。どれくらい急ぐのか。自分の科が答えられる問いなのか。経過の細部は、その後でよい。院内の相談なら相手も同じカルテを見られるので要点に絞れるが、院外への紹介では相手はカルテを見られないため、経過と実施済みの対応を文書で過不足なく渡す必要がある。

QUICK REFERENCE
他科コンサルト

(1) **目的を一文で**：意見／診察／処置／転科・外来フォロー
(2) **急ぐ度合い**：今すぐ／本日中／次の外来で
(3) **自分の見立て**：疑う病態と理由（外れていてよい）
(4) **判断に要る情報だけ**：関連する経過・所見・検査・実施済みの対応
(5) **未確認は未確認**：「確認して〇時に折り返します」
(6) **締め**：復唱、次の連絡時刻、主治療チームの担当
(7) **記録**：相手・時刻・助言・次の確認者

上級医の承認や依頼票の要否は診療科ごとに確認。

準備に時間をかけすぎて連絡が遅れるのは避ける。連絡に必要な情報を手元に置き、まだ検査結果が出ていなければその状態を伝える。相手が求めた情報を確認してから、追加の診療録や検査結果を共

有する。患者が診察を受けることを知らない、または相談内容を知らない場合には、緊急性と本人の状態に応じて説明の機会をつくる。情報共有の範囲と患者同意は施設手順に従う。

4.3.2 依頼と応答を会話でつなぐ

コンサルトは、一方的に情報を渡して終わる手続きではなく、相手の質問に答えながら依頼を磨いていく会話である。専門科から質問が返ってきたら、知らないことを取り繕わず、「未確認です。確認して○時までに折り返します」と答える。返答の中に自分が知らない用語や手技が出てきたら、その場で聞き返す。分かったふりをして電話を切ると、患者のもとで何をすればよいか分からなくなる。書面の依頼票も必要なら、口頭で話した目的と同じ文言で書き、両者がずれないようにする。

他科への相談例

研修医：「内科病棟の患者について相談です。入院後に新しい皮疹が出て、薬剤性も含めて評価しています。薬疹と断定はできませんが、昨日から範囲が広がっています。皮膚科で本日中に診察いただき、追加で確認すべき所見を相談できますか。」
専門科：「呼吸苦や粘膜病変、発熱はありますか。薬剤の開始時期と皮疹の写真も確認したいです。」
研修医：「呼吸状態は現在安定しています。口腔内の病変は未評価なので、今から診察して結果をお伝えします。薬剤開始日は一覧を確認します。○時までの診察が難しい場合は、どなたに再度相談すればよいでしょうか。」
専門科：「まずその二点を確認して、○時に当科当直へ連絡してください。急な呼吸症状や粘膜病変があれば、待たずに直ちに連絡してください。」
研修医：「○時に当直へ連絡し、呼吸症状や粘膜病変があればすぐに再連絡する、と理解しました。患者を診察し、担当医にも共有します。」
この会話は連絡の構造を示す仮想例であり、皮疹の診断基準や対応を示すものではない。実際の緊急度と診療は患者の状態・院内手順に従う。

会話が終わったら、相談相手の氏名・所属、相談時刻、共有した情報、助言・依頼された対応、次の確認担当を施設の方法で記録する。相談を受けた専門科がすべてを引き受けたと思い込まず、主治療チームがその後の方針に責任を持つ範囲を確認する。患者を診察した人が異なる評価を示したときは、診療チームへ伝え、依頼内容を更新する。助言が実施できない場合も、黙って依頼を終わらせず、理由と代替案を相談する。

専門科の返答が「今日は診察できない」「その検査は不要」といった、期待と違う内容のこともある。その場で食い下がる前に、相手の判断の理由と、どの変化があれば再度相談してよいかを聞く。そのうえで、主治療チームの上級医に返答を伝え、方針を一緒に決め直す。研修医が一人で専門科と主治療チームの間に立ち、両方の意見を調整しようとしなくてよい。

4.4 チーム内で閉ループをつくる

「頼んだ」「聞いた」「済んだ」の三つは、同じ状態を意味しない。誰かへ伝えた時点では、依頼を受けた側が内容を理解し、実行できると確認したとは限らない。依頼や指示を受けた人が要点を復唱し、送り手が意図と合っているか確かめ、実施後に完了または未完了を返す。この往復を閉じることで、仕事が人の間で途切れにくくなる。TeamSTEPPS は、コミュニケーションだけでなく状況モニタリング、チームリーダーシップ、相互支援も含むため、連絡を一人の技術ではなくチームの仕事として考える助けになる。[8]

4.4.1 復唱で内容を確かめる

検査を依頼された側なら、「○○の検査を今から依頼し、結果を○時に確認します」と復唱する。依頼した側は、患者、検査内容、期限、結果を確認する担当が合っているかを確認する。依頼する側も「検査をお願いします」だけでなく、何を知るためか、いつまでに必要か、異常時に誰へ連絡するかを示す。受け手は実施できるか、他の緊急作業と重なっていないか伝える。できないと分かった場合に早く共有すれば、依頼側は別の担当者を探せる。

閉ループが特に効くのは、口頭で指示を出す・受ける場面である。研修医が看護師に「○○を始めてください」と口頭で伝えたつもりでも、薬剤名や量、開始時刻の聞き違いは起こりうる。口頭指示をどの場面で認めるか、後からどう記録や入力で確定させるかは施設ごとに決まっているので、院内手順を確認する。そのうえで、受け手に復唱してもらい、自分も復唱を最後まで聞いて一致を確かめる。薬剤師から処方について疑義照会を受けたときも同じで、何が問題と指摘されたのかを復唱し、変更するなら何をどう変えたかを返し、自分で判断できなければ上級医に確認してから回答する。「たぶん大丈夫です」で電話を切らない。

チームの中で一番経験の浅い立場でも、閉ループを始めることはできる。上級医からの指示が曖昧に感じたら、「○○を○時までに、という理解でよいですか」と自分から復唱すればよい。確認は相手を疑う行為ではなく、患者の前で同じ計画を持つための作業である。

依頼を閉じる

(1) 依頼者は相手・内容・期限・完了条件を言葉にする。
(2) 受け手は依頼の要点と担当範囲を復唱する。
(3) 依頼者は意図との一致を確認し、ずれがあれば修正する。
(4) 受け手は実施後に結果を返す。未完了なら理由と次の担当・時刻を共有する。

返事がないまま時間が経つ依頼は、完了扱いにしない。患者家族への説明、検査結果の確認、他科からの返答、転棟後の処置など、未完了になりやすい作業をリストに残し、当日の担当と締切を明記する。看護師・薬剤師など他職種が気づいた懸念も、内容を確かめてチームに戻す。患者・家族も共有の受け手である。AHRQ のガイドは、看護師のベッドサイド引継ぎに患者・家族が参加する戦略を紹介しており（説明全般は第 3 章）、患者がその場で情報を修正できることもある。[6]

閉ループは医師どうしより、職種をまたぐ場面で切れやすい。職種ごとに記録する場所、使う言葉、勤務交代の時刻が違うからである。看護師は病棟での観察と処置の実施、薬剤師は処方内容や相互作用の確認、リハビリ職は動作や離床の状況、医療ソーシャルワーカーは退院後の生活や制度の調整を担う。研修医が指示や依頼を出すときは、相手の職種が何を知れば動けるかを考え、「なぜ必要か」を一言添える。逆に、他職種の記録や申し送りに目を通してから回診に行くと、自分だけでは拾えない変化に気づける。

■ 4.4.2 完了・未完了を送り返す

閉ループの最後の一歩は、依頼した人へ結果を返すことである。「済みました」の一言でも、依頼者は頭の中の未完了リストから一つ消せる。できなかったときほど早く返す。「検査室が混んでいて、採血は○時になる見込みです」「家族に連絡がつかず、説明は明日の午前に回します。担当は○○先生です」と、未完了の理由と次の担当・時刻をそろえて伝える。黙って遅れるより、遅れると分かった時点で返す方が、依頼者は別の手を打てる。勤務交代の直前に気づいた未完了は、自分の中で完結させず、申し送りの項目として相手が受け取ったことを確かめてから離れる。

受け渡しが切れた場面を振り返る

血液検査の再検を依頼したが、夕方の引継ぎに担当者が書かれず、結果も確認されなかったという仮想場面を考える。依頼の相手、確認期限、結果が異常だった場合の連絡先のどこが未確定だったかを振り返る。誰か一人を責めるのではなく、受け渡しを確かめる手順と未完了一覧のどこを補えば次の勤務で防げるかを話し合う。

4.5 伝わらない時にもう一段動く

相手が応答しない、意見が一致しない、話した後も患者が良くならない。どれも起こる。応答がなければ別の連絡先へ進む時刻を決め、懸念が残るならより経験のある医師や当直責任者へ再共有する。権限争いではなく、未解決のリスクに支援をつなぐ動きである。研修医は自身の判断の限界を伝え、患者の変化を上級医と共有する責任を担う。[1, 2]

夜中に何度も電話することに気が引ける、前に連絡したとき強い口調で返された、という経験は、次の連絡をためらわせる。けれども連絡をためらう理由が自分の気まずさであるなら、患者の安全より優先する理由にはならない。遠慮を減らすには、連絡の目的を最初にはっきり言うことが一番効く。「前回の連絡から状態が変わったので再度連絡しました」「判断に迷うので確認させてください」と始めれば、相手も何のための電話かすぐ分かる。強い口調で返されたとしても、必要な指示を受け取れたかどうかを確かめることに集中し、つらさが続く場合は指導医やメンターなど研修の相談窓口に話す。指導ガイドライン（2024 年度版）は、指導医・上級医のほか医師以外の指導者やメンターを含む指導体制を示しており、連絡の悩みも相談してよい内容である。[1]

■ 4.5.1 安全上の懸念を上へつなぐ

「もう少し様子を見よう」と言われても、自分が懸念する変化を具体的に言葉にして確認する。「呼吸数が前回より増えて、会話が途切れるようになりました。私は悪化を心配しています。今すぐもう一度診察していただけますか」のように、観察事実、自分の懸念、求める行動を同じ会話に含める。状況が変化したら、前に伝えた内容に固執せず、最新の患者状態を伝え直す。相談相手の判断に疑問が残る場合や、返答が得られない場合は、施設のエスカレー

ション経路に従い別の支援者へつなぐ。急変対応では、通常の相談順を踏むことより安全確保と緊急招集を優先する。具体的な初期評価・対応は次章で扱う。

もう一段動く場面を、短い会話で確かめておく。

懸念を伝え直す仮想例

研修医：「先ほどご相談した〇号室の患者について、再度の連絡です。30 分前より呼吸が速くなり、本人が息苦しさを訴えています。前回の方針から状態が変わったと考えます。」
上級医：「朝から少し速かったのでは。もう少し様子を見てもいいと思うけど。」
研修医：「朝の記録と比べても増えていて、会話が途切れるようになりました。私は悪化を心配しています。今、診察に来ていただけますか。難しければ、当直責任者に連絡してよいでしょうか。」
上級医：「分かった、10 分で行く。それまでに〇〇を確認しておいて。」
研修医：「10 分で来ていただけること、それまでに〇〇を確認することを了解しました。その間に変化があれば、すぐに再度連絡します。」
この会話は伝え直しの構造を示す仮想例で、数値や評価の基準を示すものではない。

ここで研修医がしているのは、相手を言い負かすことではない。前回から何が変わったかという事実、自分の懸念、求める行動、それが難しい場合の次の連絡先を、落ち着いて一度の会話に入れている。TeamSTEPPS のカリキュラムがコミュニケーションと並んで状況モニタリングと相互支援を柱に置いていることも、こうした声かけを個人の勇気ではなくチームの仕組みとして考える手掛かりになる。[8]

電話を切った後にもう一度だけ問う。「誰が、いつ、何をすることになったか」。答えられなければ、まだ連絡は終わっていない。

第 5 章　救急・急変・敗血症

夜の病棟で「なんとなくおかしい」と感じた患者を前に、最初に困るのは知識不足よりも「今、誰を呼んでいいのか」「もう少し見てからでいいのか」という迷いである。この章は、悪化に気づいてから応援を呼び、チームで初期評価と安定化を並行し、反応を見直し、必要なら集中治療へつなぐまでの動き方を扱う。後半では、救急外来でも病棟でも出会う敗血症を例に、培養・抗菌薬・感染源対応を同時に考える順序を示す。

臨床研修の到達目標は、初期救急を基本的診療業務の一つに挙げ、コンサルテーションや医療連携ができる環境のもとで対応できる力を求めている。研修医に一人で蘇生を完結させることを求めているわけではない。[2] 心肺蘇生の具体的な手技や薬剤の使い方は、院内の蘇生教育と最新版の蘇生ガイドラインで身につける。JRC 蘇生ガイドライン 2025 は、オンライン版の公開と意見募集を経て書籍版が 2026 年 7 月に刊行され、BLS・ALS から教育・チームまでを扱う。本書ではその内容を再現せず、そこへ入る前後の行動に絞る。[9]

救急外来と病棟では、同じ「急変」でも出発点が違う。救急外来では、診断のついていない患者が最初から具合の悪い状態で来る。病棟では、ある程度経過の分かっている患者が、予定外の方向へ変わっていく。前者では情報が少ないまま評価を始める力が、後者では「いつもと違う」に早く気づく力が問われる。ただ、応援を呼ぶ、並行して評価する、反応を見直す、引き継ぐという骨格は共通しており、この章はその骨格を中心に書いている。

JRC は蘇生ガイドラインを 5 年ごとに改訂し、その間は国際的なエビデンス要約を翻訳・解釈して公開する方針を示している。[9] 院内の蘇生教育の教材が古い版に基づいていないか、受講した年度も含めて確認しておくとよい。

5.1 「様子を見る」で止めない

「様子を見る」は、何を・いつまでに・どうなったら次に動くかが決まっていれば立派な計画になる。決まっていなければ、判断の先送りにすぎない。悪化が疑われる患者では、観察を続けることと応援を呼ぶことを二者択一にしない。呼んだうえで観察と評価を続ければよい。

多くの施設では、バイタルサインの変化を点数化する早期警告スコアや、院内の急変対応チーム（Rapid Response System、RRS）の起動基準を定めている。国際的な敗血症ガイドラインも、急性疾患で重症化リスクの高い患者をスクリーニングし、標準化した対応手順につなげる仕組みを強く推奨している。ただし、スクリーニング法はどれか一つを万能とせず、qSOFA を単独のスクリーニング手段として SIRS、NEWS、MEWS より優先して使わないよう勧めている。[10] つまり、点数は「呼ぶきっかけ」にはなっても、「呼ばなくてよい理由」にはならない。

日本集中治療医学会は、RRS の運用指針を他のガイドライン・指針とともに公開している。一方で、起動基準、呼ぶ番号、誰が来るか、研修医が直接起動してよいかは施設ごとに違う。[11] 配属初日に聞いておくことは三つでいい。「何番に電話するか」「研修医が自分で起動してよいか」「来るのは誰か」。答えを院内 PHS の横に貼っておく。

研修医が呼ぶのをためらう理由は、たいてい似ている。「大げさだったら恥ずかしい」「上級医は忙しそう」「自分で判断できないと思われたくない」。しかし、呼んで何もなければ「良かった」で終わる。呼ばずに悪化すれば、取り返しがつかないことがある。この非対称を覚えておくと、迷ったときの判断が少し楽になる。看護師から「いつもと違う」と言われたときも同じである。数値に出る前の変化を最初に拾うのは、ベッドサイドにいる時間が長い看護師であることが多い。その懸念を「バイタルは大丈夫そうです」で打ち消さず、自分の目で患者を見に行く。

見に行ったあとも、「様子を見る」と決めるなら中身を具体的にする。何を、何分後に、誰が測り、どうなっていたら誰に連絡するのか。これを看護師と共有し、記録に残す。そこまで決めて初めて、様子を見ることは計画になる。

注意｜点数を呼ばない理由にしない

スコアが基準未満でも、臨床的な懸念があれば院内手順で応援を呼んでよい。点数は判断の補助であり、呼ばない理由にはならない。

5.1.1 懸念を言葉にして応援を呼ぶ

応援要請の時点で、診断がついている必要はない。起動基準や連絡先は施設ごとに違うため、院内手順に沿って呼ぶ。[11] 必要なのは「誰が、今どうで、何が心配で、何をしてほしいか」である。報告の型は第 4 章で扱った ISBAR を使えばよい。急変の場面では、最後の依頼を先に言うくらいでちょうどいい。

> 研修医「5 階東の○○さん、術後 2 日目です。呼吸が速くなり、30 分前より明らかに反応が鈍いです。今すぐ来ていただけますか。RRS を呼ぶべきか判断してください」
>
> 上級医「分かった、すぐ行く。モニターをつけて、看護師さんとバイタルを取り直しておいて」
>
> 研修医「モニター装着、バイタル再測定ですね。了解です」

最後の復唱が閉ループコミュニケーションである。「すぐ来てほしい」「判断してほしい」という依頼をはっきり言うと、相手は優先度を誤りにくい。

電話をかける前に、手元にそろえておきたいものは多くない。直近のバイタルサインとその推移、いつから何が変わったか、既往と今回の入院理由、今出ている指示、そして蘇生処置に関する患者の意向が記録されているかどうか。全部そろわなくても、電話は先にかけてよい。そろっていない項目は「まだ確認できていません」と言えば足りる。情報を集め終わるまで連絡を遅らせるほうが、よほど危ない。

相手が電話に出ない、すぐに来られないときの経路も、施設ごとに決まっているはずである。主治医、当直上級医、RRS、院内緊急コールなど、次に誰を呼ぶかを事前に知っておく。「つながらなかったので様子を見ていた」は、どの施設でも通らない言い訳になる。

5.2 最初の数分のチーム行動

急変の場に最初に着いた一人がやることは、全部を自分で片づけることではない。安全を確保し、人を集め、評価を始め、集まった人に仕事を配る。この四つは順番ではなく、ほぼ同時に走る。

最初に確かめるのは、患者と自分たちの安全である。周囲の環境、感染対策、ベッド周りの危険を見て、手を出してよい状況かを一瞬で判断する。次に、声を出して人を集める。反応がない、呼吸がおかしいなど心停止が疑われる場合は、院内の蘇生手順と訓練で学んだ流れに切り替える。そこから先の手技と薬剤は、施設の蘇生教育と最新版ガイドラインに従う。[9]

心停止ではないが悪化している患者では、気道（A）・呼吸（B）・循環（C）の順に、生命に直結する問題がないかを短時間で見る。ABC は「全部を詳しく診察する」枠組みではなく、「今すぐ手を打たないと危ない問題を見落とさない」ための順番である。意識の変化、体温、血糖など、見落とすと危ない項目も併せて確かめる。評価の途中で危険な所見を見つけたら、その場で対応を依頼し、評価は続ける。

並行して、原因を探す情報も集め始める。いつから、どう変わったのか。直前に何があったか。新しく始めた薬、処置、検査、食事、転倒はないか。点滴やドレーン、カテーテルの状態はどうか。看護記録と看護師の話は、この時間帯の最良の情報源になる。ここで集めた手がかりは、安定化と同時に原因検索を進めるための材料であり、診断を急いで一つに絞るためのものではない。

最初の数分で研修医が陥りやすいのは、目の前の一つの作業に没頭してしまうことである。ルート確保に手間取っている間に、誰も呼吸を見ていなかった。検査の指示を入れている間に、上級医への連絡が遅れた。手を動かしながらも、ときどき顔を上げて患者全体と部屋全体を見る。それが難しいと感じたら、手技は他の人に任せ、自分は全体を見る側に回る判断も正しい。

感染が疑われる場面では、日本版敗血症診療ガイドライン 2024（J-SSCG2024）のバンドルが、迅速評価として呼吸数、体温、意識、収縮期血圧、心拍数の確認を挙げている。[12] 急変の初期評価で見る項目と大きく重なるため、「急変対応」と「敗血症評価」を別々の仕事と考えず、同じ評価の中で感染の可能性も頭に置いておく。

5.2.1 役割を分けて初期評価する

人が集まったら、誰がリーダーかを最初に決める。上級医が到着するまでは研修医が仮のリーダーになることもある。その場合、リーダーの仕事は手を動かすことより、全体を見て指示を出し、記録と時間を管理することだと割り切る。

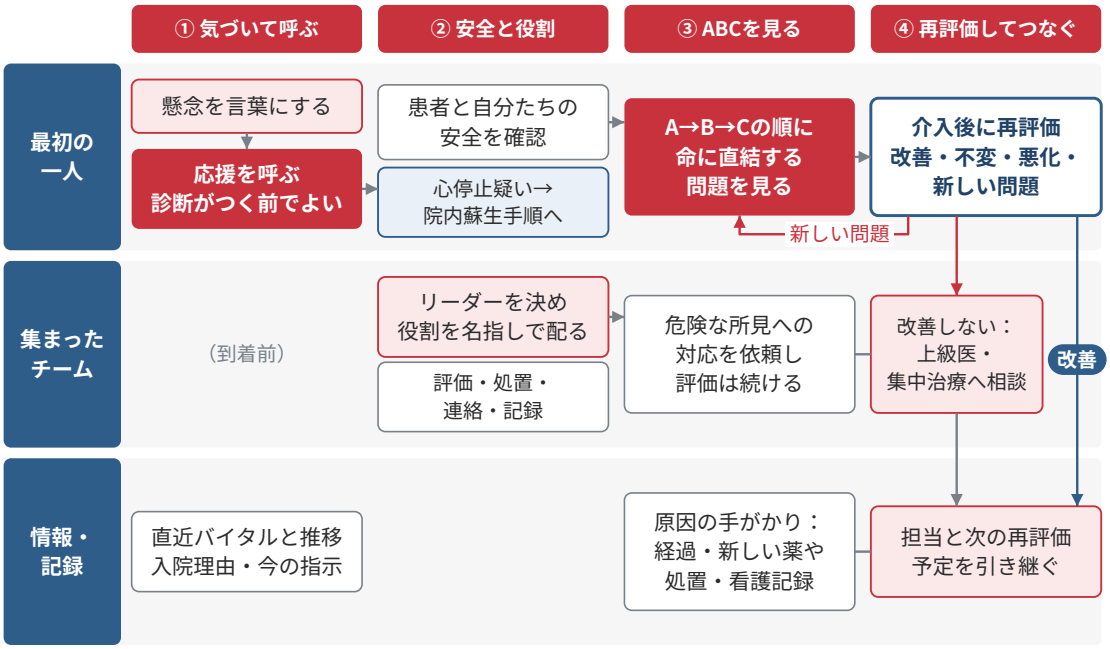


図 5.1　悪化に気づいてからの最初の数分：誰が何を並行して行うか。呼出し基準・連絡先・蘇生手順は院内手順で確認する。

表 5.1　急変対応での役割と主な仕事、研修医が担うときの注意。

役割	主な仕事	研修医が担うときの注意
リーダー	全体の把握、指示、優先順位の更新	指示は名指しで出し、復唱を待つ
評価係	ABC を中心とした観察、所見の報告	所見は「いつ・何が」で伝える
処置係	モニター装着、ルート確保、検体採取など	施設で許された範囲にとどめる
記録係	時刻、所見、実施内容の記録	後の再評価と引継ぎの土台になる
連絡係	上級医・主治医・他部門への連絡	誰に何を伝えたかも記録に残す

QUICK REFERENCE
急変時の最初の数分

(1) 安全確認・声を出して人を集める
(2) 心停止疑い → 院内蘇生手順へ切替
(3) A・B・C、意識・体温・血糖
(4) リーダーを決める（仮でも）
(5) 指示は名指し＋復唱
(6) いつから・何が変わったか／新しい薬・処置
(7) 顔を上げて全体を見る
(8) 時刻と数字だけでもメモ
根拠：[9, 12]

人数が少なければ一人が複数の役割を兼ねる。大事なのは、全員が「今、誰が何をしているか」を知っている状態を保つことである。誰も担っていない仕事があれば、リーダーが気づいて割り当てる。

指示は「誰か採血して」ではなく、「A さん、血液培養 2 セットをお願いします」のように名前と内容をそろえて出す。受けた側は復唱し、終わったら「採血終わりました」と報告する。騒がしい場では、この一往復があるだけで、やったつもり・頼んだつもりの抜けが大きく減る。上級医が到着したら、それまでの経過を短く伝えてリーダーを交代し、自分は割り当てられた役割に移る。

部屋にいる患者本人や家族のことも忘れない。意識があれば、何が起きていて、これから何をするかを短く伝える。家族が付き添っていれば、誰か一人が状況を説明する役を担うか、落ち着いたら説明の時間を設けると伝える。慌ただしい処置の最中に、患者が「放っておかれている」と感じないようにすることも、チームの仕事の一部である。

5.3 状態が悪化する患者を繰り返し評価する

急変対応でいちばん抜けやすいのは、処置をしたあとの「で、どうなった？」である。酸素を上げた、輸液を始めた、薬を入れた。その結果、呼吸は楽に

なったか、血圧や意識はどう変わったか。これを見に行かないと、効かなかった治療を続けたり、効いていない事実に気づくのが遅れたりする。

敗血症の国際ガイドラインも、初期蘇生のあとの評価を重視している。乳酸値が高い場合は乳酸の低下を目安の一つに蘇生を進めることを提案しつつ、状況や他の原因も考慮するよう添えている。毛細血管再充満時間は、ほかの循環評価の補助として使うことを提案している。[10] J-SSCG2024 のバンドルも、乳酸値の再測定と心エコーの反復を初期治療に含めている。[12] どちらも「一度測って終わり」ではなく、経時的に追うことを前提にしている。

具体的な再評価の間隔や目標値は、患者の状態と施設の方針、指導医の指示で決まる。研修医が決めておくべきなのは、「次にいつ、何を見て、どうなっていたら誰に連絡するか」を言葉にしておくことである。

再評価のときに見る場所は、最初の評価と同じでよい。呼吸の様子、循環の指標、意識、尿量、皮膚の色や温かさ。前回と同じ項目を同じ方法で見るから、変化が比べられる。測る人が変わったり、測定条件が違ったりすると、見かけの変化に振り回される。可能なら同じ人が続けて見る、あるいは測定条件を記録に添える。

記録は、後から読んだ人が経過を再現できるように書く。「〇時 呼吸数、酸素投与量、意識の状態」「〇時 輸液開始」「〇時 再評価で呼吸数と意識がこう変化」。この時系列があれば、上級医や ICU のチームに状況を伝えるときにそのまま使える。忙しい最中に完璧な記録は難しいので、記録係がいれば任せ、いなければ手元のメモに時刻と数字だけでも残し、落ち着いてから正式な記録に起こす。

介入後の再評価

(1) 介入の前に、何が変われば効いたと判断するか、次にいつ見るかを決める。
(2) 介入後に反応を確かめる：呼吸・循環・意識・尿量など。
(3) **改善**：次の評価時刻と、どうなったら誰に連絡するかを看護師と共有する。
(4) **不変**：上級医へ再相談し、原因の見立てを見直す。
(5) **悪化**：再評価の予定を待たず、上級医・院内の急変経路へ連絡する。
(6) 評価した時刻と所見を時系列で記録する。

■ 5.3.1 反応と悪化徴候を追う

再評価で「少し良くなった」と感じたときほど注意がいる。一つの数値が改善しても、別の項目が悪化していることがある。見るべきは点ではなく線である。介入前と後の値を同じ表に並べ、時刻を添えて記録すると、上級医に伝えるときも「〇時に始めて、〇時の時点でこう変わった」と言える。

改善していないのに、報告のたびに「少し良くなっています」と言ってしまうことがある。良い知らせを伝えたい気持ちは自然だが、上級医が必要としているのは正確な変化である。「変わりません」「むしろ呼吸数が増えています」と言いにくいことほど、早く伝える。その一言が、次の手を打つ時間を生む。

悪化が続く、改善が乏しい、新しい問題が出てきた。こうした場合は、最初の見立てが違う可能性を考える。感染と思っていたが出血だった、心不全が隠れていた、薬の副作用だった。国際ガイドラインは、感染が確定していない場合は他の原因を継続的に再評価し、別の原因が示されるか強く疑われる場合は経験的抗菌薬を中止するよう勧めている。[10] 再評価は、治療の効果判定であると同時に、診断の見直しの機会でもある。

5.4 敗血症の可能性を見たら

敗血症は、感染に対する宿主反応の調節不全によって生命を脅かす臓器障害が生じた状態である。臨床では「感染がありそう」と「臓器障害が起きていそう」の二つがそろったときに疑い、迅速に評価と対応を始める。国際ガイドラインは、敗血症と敗血症性ショックを緊急事態とし、治療と蘇生を直ちに始めることをベストプラクティスとしている。[10]

「直ちに始める」は、診断を確定させてから動くという意味ではない。敗血症かもしれないと思った時点で、評価と初期対応を並行して進め、その後の情報で見立てを修正していく。最初の判断が外れていたら、それは再評価がうまく働いた証拠であって、失敗ではない。

日本では、日本集中治療医学会と日本救急医学会の合同委員会が J-SSCG2024 の正式版を公開しており、本編と付録、CQ ごとの補足資料、バンドル PDF が入手できる。[13] 学会のガイドライン目録には新旧の版が並ぶため、使う前に版と日付を確かめる。[11] 本書の記述は、成人を対象とする 2 つのガイドライン（J-SSCG2024 と Surviving Sepsis Campaign 2021）に基づく。小児や妊産婦には別の配慮があるため、ここでの記述をそのまま当てはめない。

J-SSCG2024 の付録は、CQ ごとに臨床疑問、比較する介入、アウトカム、採用したエビデンス、確実性、推奨の理由を示している。[14] バンドルは要点を一枚にまとめたものなので、「なぜそう推奨されるのか」「どこまで確かなのか」を知りたくなったら、付

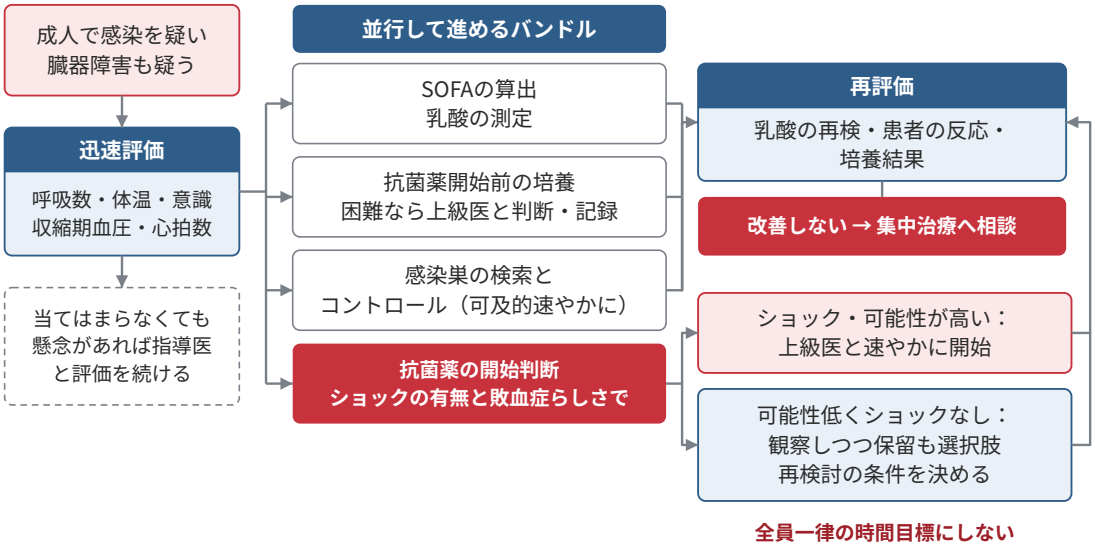


図 5.2　成人で敗血症を疑ったときに並行して進めること（J-SSCG2024 バンドルと SSC 2021 に基づく）。抗菌薬開始はショックの有無と敗血症らしさで判断し、全例一律の時間目標にしない。

表 5.2　感染と臓器障害の手がかりを見る軸と、よくある落とし穴。

見る軸	手がかりの例	よくある落とし穴
感染の可能性	発熱・悪寒、局所症状、カテーテルや創部、最近の手術・処置	発熱がないことで感染を否定する
臓器障害の可能性	意識の変化、呼吸数の増加、血圧低下、尿量減少、検査値の変化	一つの数値の正常化で安心する
重症度	ショックの有無、乳酸値、SOFA の変化、介入への反応	最初の評価を最後まで使い続ける
別の原因	出血、心原性、薬剤性、肺塞栓など感染以外の病態	敗血症と決めて見直さない

録の CQ に戻るとよい。推奨の強さと確実性を知っておくと、指導医と方針を話し合うときに、自分の意見の根拠を示しやすくなる。

J-SSCG2024 のバンドルは、感染と臓器障害を疑ったら迅速評価と初期治療バンドルを行うとしている。迅速評価の目安として、呼吸数 22 回/分以上、体温 36℃未満または 38℃超、意識 GCS 15 未満、収縮期血圧 100 mmHg 以下、心拍数 90 回/分超が示されている。敗血症・敗血症性ショックの診断には、SOFA スコアの算出と乳酸値の測定を行う。[12] 国際ガイドラインも、敗血症が疑われる成人で血中乳酸値を測定することを提案している。[10]

この目安を「当てはまらなければ敗血症ではない」と読んではいけない。前節で述べたとおり、単一の点数だけで除外しない。高齢者や免疫抑制中の患者、解熱薬や降圧薬を使っている患者では、数値が典型的に動かないこともある。臨床的に懸念があれば、指導医と一緒に評価を進める。

敗血症を疑う場面は救急外来だけではない。入院中の患者が、術後数日たって、カテーテルを入れて数日たって、あるいは誤嚥のあとに、静かに悪くなっていくことがある。病棟では「入院の原因になった病気」に目が向きがちで、新しい感染を見落としやすい。発熱や頻呼吸、意識の変化に気づいたら、元の病気の悪化だけでなく、入院中に起きた新しい感染の可能性も並べて考える。

感染源の手がかりは、病歴と診察の中にある。咳や痰、排尿時の症状、腹痛、創部やカテーテル刺入部の発赤、下痢、皮膚の変化。本人が話せない場合は、家族や看護師、過去の記録から拾う。手がかりが乏しいときは、全身を上から順に見ていく。背中や殿部、下肢など、ふだん見ない場所に原因が隠れていることもある。

■ 5.4.1 感染と臓器障害を合わせて見る

実際の現場では、「熱がある」だけでも「血圧が低い」だけでも敗血症とは言えない。感染の手がかりと、臓器障害の手がかりを別々に集め、重ねて考える。

SOFA スコアは複数の臓器系の障害を評価する枠組みであり、ガイドライン上の評価の一部として使う。点数が出るのを待って対応を遅らせるものでは

ない。検査を出したら、結果を待つ間にも観察と相談を続ける。

臓器障害の手がかりは、検査値より先にベッドサイドに現れることが多い。受け答えが昨日よりかみ合わない、会話の途中で息継ぎが増えた、手足が冷たくまだらに見える、尿がほとんど出ていない。こうした変化は数値化しにくいぶん、記録や報告から抜け落ちやすい。見たままを具体的な言葉で書き、伝える。「なんとなく悪い」を「昨日は自分で食事をとれたが、今日は呼びかけへの返事が遅い」に言い換えるだけで、受け手の判断材料は大きく増える。

上級医への報告では、「敗血症だと思います」と結論だけ言うより、「感染の手がかりはこれ、臓器障害を疑う所見はこれ、ショックかどうかはこう見ている」と分けて伝えるほうが、相手は判断しやすい。自分の見立てに自信がなくても、並べた材料が正確なら、上級医は同じ材料から判断を組み立てられる。

感染以外の病態が敗血症に似て見えることも多い。消化管出血、心筋梗塞や心不全、肺塞栓、薬剤の副作用、脱水、内分泌の異常など、発熱や頻脈、血圧低下、意識の変化を起こす原因は幅広い。国際ガイドラインも、ショックのない敗血症の可能性例では、感染性か非感染性かを迅速に評価し、急性の類似病態に対処することを求めている。[10]「敗血症かもしれない」と「敗血症以外かもしれない」を同時に持っておくと、検査の出し方も、上級医への相談の仕方も変わる。

5.5 培養・治療・感染源を並行して考える

敗血症を疑ったとき、「培養を取る」「抗菌薬を始める」「感染源を探す」は、どれかが終わってから次へ進む手順ではない。患者の状態を見ながら、同時に進める束である。J-SSCG2024 のバンドルは、血液培養 2 セットと感染が疑われる部位からの検体採取、適切な経験的抗菌薬の投与、感染巣の検索とコントロールを並べて示している。[12]

血液培養について、厚生労働省の「抗微生物薬適正使用の手引き 第四版 医科・入院編」は、抗菌薬投与開始前と、すでに投与中で広域抗菌薬に変更する前には必ず血液培養を採取するとし、原則 2 セット以上の採取を示している。感染臓器が特定できない場合も血液培養 2 セットの採取を挙げ、感染が疑われる臓器に応じた検体を抗菌薬投与前に可能な限り採取するよう求めている。[15] 採取の手技や清潔操作は院内の手順と指導に従う。

現場では、採取に手間取って抗菌薬の開始が遅れるという問題が起きる。ルートが取りにくい、採血できる部位が限られる、人手が足りない。こうしたときに、培養を優先するか抗菌薬を優先するかを研修医一人で決めない。患者の状態を伝えて上級医に判断を仰ぎ、決めた内容と理由を記録する。培養を取らずに抗菌薬を始めた場合は、その事実を申し送りに明記しておくと、あとで結果を解釈する人が迷わない。

逆に、抗菌薬を急ぐ必要が高くないと判断された場面もある。感染の可能性が低くショックがなければ、国際ガイドラインは注意深い観察のもとで抗菌薬を保留する選択肢も示している。[10] その場合も「保留」は放置ではない。何をどの間隔で観察し、どうなったら抗菌薬を再検討するかを決め、看護師と共有しておく。開始する場合と同じく、保留した理由と次の判断点を記録に残す。

抗菌薬の開始時期は、ガイドラインの表現を条件ごと正確に読む必要がある。国際ガイドラインは、敗血症性ショックの可能性がある場合、または敗血症の可能性が高い場合には抗菌薬を直ちに、理想的には認知から 1 時間以内に投与することを強く推奨している（エビデンスの確実性はショックありで低、ショックなしで非常に低）。ショックのない敗血症の可能性例では、病歴・診察・検査で感染性か非感染性かを迅速に評価し、可能なら 3 時間以内に済ませることをベストプラクティスとし、感染の懸念が残る場合は認知から 3 時間以内に抗菌薬を投与することを提案している。感染の可能性が低くショックがない場合は、注意深く観察しながら抗菌薬を保留することも提案している。[10]

J-SSCG2024 は、敗血症あるいは敗血症性ショックと認知した後、抗菌薬は可及的早期に開始するが、必ずしも 1 時間以内という目標は用いないことを弱く推奨している（GRADE 2C）。理由として、早期投与の効果がわずかでエビデンスの確実性が低いこと、1 時間に固執することで原因微生物の推定が不十分になり、不要な広域・多剤投与が増える潜在的な害を挙げている。[14] 二つのガイドラインは「早く始める」点では一致しているが、時間目標の扱いは違う。どちらも「全員に一律 1 時間」とは言っていない。ショックの有無、敗血症らしさ、培養採取との兼ね合いを、指導医と一緒に判断する。

経験的抗菌薬を使うかどうか、使うなら何を選ぶかは、重症度、感染症らしさ、感染臓器、想定される病原体、患者背景、施設の耐性状況を踏まえて決める。[15] 薬剤群ごとの考え方は第 7 章で扱う。

手引きは、抗菌薬の適正使用を、適応、薬剤選択、用量、期間を評価して患者の転帰を改善し、有害事象を最小限にする取り組みとして位置づけている。[15] 急変の夜は「とりあえず広く」と考えがち

だが、その判断もあとで見直されることを前提にしている。夜間に選んだ理由を一行でも記録しておけば、翌朝のチームが見直しやすくなる。

QUICK REFERENCE
敗血症を疑ったら（成人）

(1) 感染の手がかり＋臓器障害の手がかりを別々に
(2) 迅速評価：呼吸数・体温・意識・収縮期血圧・心拍数
(3) SOFA 算出・乳酸測定
(4) 血液培養 2 セット＋感染部位の検体
(5) 経験的抗菌薬：ショックの有無と感染らしさで急ぎ方が変わる
(6) 感染巣の検索とコントロール
(7) 低血圧 → 初期輸液と昇圧薬を上級医と
(8) 乳酸・心エコーで再評価、感染以外も並べる

根拠：[10, 12, 14]。目安に当てはまらないことは除外の理由にならない。

感染源コントロールも、抗菌薬と同時に考える。J-SSCG2024 のバンドルは、感染巣の検索とコントロールを「可及的速やかに」行う項目として示している。[12] 国際ガイドラインは、感染源の可能性がある血管内デバイスを、代わりのアクセスを確保したうえで速やかに抜去することをベストプラクティスとしている。[10] 膿瘍、閉塞、壊死組織など処置が要る感染巣が疑われれば、早めに上級医と相談し、必要な診療科へコンサルトする。研修医は「抗菌薬を入れたから一段落」と考えず、「この感染は抗菌薬だけで治るか」を問いとして持っておく。

中心静脈カテーテルや尿道カテーテル、ドレーンなど、入院中に入れたデバイスはとくに見落としやすい。「このデバイスは今も必要か」「刺入部や排液に変化はないか」を感染源検索の定番の問いにしておく。画像検査で膿瘍や閉塞が見つかれば、処置の適否とタイミングは担当診療科と相談して決まる。研修医の役割は、その可能性に気づき、早めに相談の場をつくることである。

■ 5.5.1 治療開始後の見直しを決める

抗菌薬を始めた時点で、見直しの予定も一緒に決める。手引きは、治療開始後に臨床経過と培養結果をもとに患者状態と抗菌薬を再評価し、狭域化、経口化、中止などを検討するよう示している。[15] 国際ガイドラインも、固定した期間で漫然と続けるより、毎日デエスカレーション（培養結果や経過に合わせた狭域化・中止。詳しくは処方・抗菌薬の章）を評価することを提案し、感染源コントロールが十分なら短い治療期間を支持している。[10] J-SSCG2024 の付録にも、培養に基づくデエスカレーションや治療期間に関する CQ がまとめられている。[14]

- 培養結果はいつ出る見込みか、誰が確認するか
- 感染源の評価・処置はどこまで進んだか
- 翌日以降、何を見て抗菌薬を続ける・変える・止めるか
- 感染以外の原因が見つかった場合、誰に相談するか

この四つを記録と申し送りに残しておくと、夜間に始めた治療が翌朝きちんと見直される。

見直しは、抗菌薬を「止める」方向だけではない。培養で想定外の菌が見つかる、感染源が別の場所だと分かる、治療に反応しない。こうした場合には、薬剤の変更や感染源の再検索が必要になる。いずれの方向でも、判断は培養結果と患者の経過をあわせて、指導医と一緒に行う。

5.6 集中治療へつなぐ

初期対応をしても改善しない、または集中的な監視と治療が必要と判断したら、集中治療への移行を検討する。J-SSCG2024 のバンドルは、集中治療を安全に提供できる場所への移行を検討する項目を挙げている。[12] 国際ガイドラインも、ICU 入室が必要な敗血症・敗血症性ショックの成人では、6 時間以内の ICU 入室を提案している。[10] ただし、ICU に相談する基準、相談の窓口、誰が入室を決めるかは施設の体制で異なる。研修医が直接 ICU へ連絡してよいかも含めて、院内手順を確認し、指導医・上級医と一緒に動く。

ICU の空床がない、入室の適応について意見が分かれるといった理由で、すぐには移れないこともある。その間も患者は病棟にいて、治療と観察は続く。移行を待つ時間の担当者、観察の間隔、再相談の条件を上級医と決め、「ICU に相談したから一段落」と考えない。待っている間に悪化した場合の連絡先も確認しておく。

初期輸液や昇圧薬について、両ガイドラインは晶質液を初期蘇生の第一選択とし、ノルアドレナリンを第一選択の昇圧薬としている。J-SSCG2024 のバンドルは、低血圧がある場合は初期輸液と並行してノルアドレナリンを早期に開始することを示している。[10, 12] 具体的な投与量、速度、投与経路は、患者の状態と指導医の判断で決まる。輸液の量や腎機能への配慮は第 6 章で扱う。

J-SSCG2024 のバンドルは、ICU での急性期介入として、初期輸液後もショックが改善しない場合の追加薬剤の検討、血糖管理、微生物学的検査、抗菌薬のデエスカレーションと適切な中止、DIC の鑑別と対応、早期リハビリテーションなどを挙げている。呼

吸管理、栄養療法、鎮痛・鎮静は、それぞれ別のガイドラインに従うよう案内している。[12] 研修医がこれらをすべて覚えておく必要はないが、ICU に移ったあとも治療が続き、病棟で始めた評価や治療がそこへ引き継がれていくことは知っておきたい。日本集中治療医学会のサイトには、重症患者の搬送や ICU 入退室に関する指針も掲載されている。[11]

ICU や上級医に相談するときは、次の様式に沿って要点をまとめると伝わりやすい。

集中治療に相談するときの要点

- **患者識別**：氏名・病棟、自分の名前と立場
- **今の状態と経時変化**：いつから、何が、どう変わったか
- **実施した介入と反応**：何をいつ行い、どう変わったか（変わらなかったか）
- **疑う原因と感染源への対応**
- **培養・抗菌薬の状況**：採取の有無と時刻、開始の有無と時刻
- **依頼内容と希望時刻**：診察、転棟の相談など
- **患者・家族の意向**：記録の有無。不明なら「未確認」と書く

分からない欄は空けずに「未確認」「未実施」と書く。

様式は埋めること自体が目的ではない。空欄は「未確認」「まだ実施していない」と正直に書くことで、受け手が次に何をすべきか分かる。

相談の前に、患者と家族の治療に関する意向が記録されているかを確認する。集中治療の適応は、医学的な判断だけでなく、患者の価値観や事前に話し合われた方針とも関わる。国際ガイドラインは、患者・家族と予後や治療目標を話し合うことをベストプラクティスとしている。[10] 意向がはっきりしない場合、急変の場で研修医が単独で話し合いを進めるのではなく、上級医・主治医に確認し、必要な話し合いにつなげる。

仮想の例で流れを追ってみる。術後の患者で、夜間に看護師から「呼吸が速く、ぼんやりしている」と連絡があった。研修医は訪室して呼吸と循環、意識を確認し、その場で当直上級医に連絡した。上級医の到着までに、モニターを装着し、看護師とバイタルサインを取り直し、創部とドレーン、カテーテルを確認した。上級医と相談して血液培養 2 セットと疑わしい部位の検体を採取し、経験的抗菌薬の開始と初期輸液を指示のもとで進めた。その後の再評価で改善が乏しかったため、上級医が ICU に相談し、研修医は様式に沿って経過をまとめた。この流れの中で、研修医は一度も「一人で決めて」はいない。それでも、気づく、呼ぶ、集める、伝えるという部分では大きな役割を果たしている。

仮想複合例：夜間の術後患者　誰が何を担ったか

表 5.3　仮想複合例の各段階で、研修医が担ったことと上級医と決めたこと。

段階	研修医が担ったこと	上級医と決めたこと
気づく	看護師の連絡で訪室し、呼吸・循環・意識を確認	—
呼ぶ	その場で当直上級医へ連絡	—
集める	モニター装着、看護師とバイタルサインの取り直し、創部・ドレーン・カテーテルの確認	採取する検体
治療を始める	指示のもとで培養採取と初期輸液を進める	経験的抗菌薬の開始
見直す	介入後の反応を再評価し、改善が乏しいことを共有	ICU への相談
伝える	様式に沿って経過をまとめ、担当と次の評価予定を引き継ぐ	引継ぎ先と連絡の条件

5.6.1 担当と再評価予定を引き渡す

急変対応の最後は引継ぎで終わる。ICU へ移る場合でも、病棟にとどまる場合でも、「誰が担当するか」と「次にいつ何を見るか」が引き継がれていなければ、それまでの対応が途切れる。国際ガイドラインは、ケアの移行時に重要な情報を伝える引継ぎの仕組みを使うことを提案しているが、特定の構造化ツールが通常の方法より優れるとは示していない。[10] 引継ぎの様式は施設のものを使う。

引継ぎで最低限伝えたいのは、今の状態、ここまでにやったこととその反応、まだ結果が出ていない検査、次の評価予定と連絡の条件である。とくに培養の結果待ち、画像の読影待ち、コンサルトの返事待ちといった「宙に浮いた仕事」は、担当者と確認時刻を添えて渡す。病棟に残る場合は、夜間の担当者に「どうなったら誰を呼ぶか」を具体的に伝え、看護師とも共有する。

逆に引継ぎを受ける側になったときは、分からない点をその場で聞く。「この培養は誰が確認しますか」「悪化したら最初に誰に連絡しますか」。遠慮し

て聞かずに受け取ると、受け取った瞬間から自分が責任を持つ仕事の中身が分からないままになる。急変の対応は、引継ぎを受けた人が次の再評価を実行したところで、ようやく一つの区切りを迎える。

ICU から病棟に戻る場面や退院時にも、薬剤照合（入院前後・転棟前後の薬を突き合わせること。処方・抗菌薬の章で扱う）と、患者・家族への診断・治療・その後の経過の説明が求められる。[10] J-SSCG2024 も、患者・家族中心のケアと情報提供を ICU での介入に含めている。[12] 急変の夜に関わった研修医が、その後の経過を追うことで得られる学びは大きい。翌日、患者のもとを訪ねて、自分の判断がどうだったかを振り返ってみてほしい。

振り返るときは、結果の良し悪しより、判断の過程を見る。いつ気づけたか、もっと早く気づける手がかりはあったか、呼ぶまでにためらった時間はなかったか、再評価の予定は守れたか。指導医に経過を話し、意見をもらうと、次の急変で使える自分なりの型が少しずつできていく。

第 6 章 輸液・輸血・腎機能

輸液も輸血も、指示を出して終わる処置ではない。何を改善するために行うのか、実施前の状態はどうか、行った後に何が変わったかを確かめる。腎機能も、検査票の数値をそのまま薬の量に置き換えることはできない。数値の種類、薬剤の添付文書、患者の体格や病態を合わせて読む。

この章は、具体的な維持輸液量、電解質補正式、輸血の閾値や速度を一覧にしない。相談の原則は第 1 章 のとおり。この章では、指示を書く前に一文で言える目的、投与前に残しておく所見、投与後に見る順番を扱う。

6.1 何のために液体を入れるのか

輸液指示を書く前に、まず「何を変えるためか」を一文にする。循環が保てない患者に初期蘇生を行うのか、経口摂取が難しい患者の水分・電解質の必要を補うのか、継続する喪失を補うのか。同じ「点滴が必要そう」という印象から出発しても、目的が違えば確認する情報も、期待する変化も異なる。

目的を立てるときは、摂取と喪失を含む経過を確認する。食事や飲水がどの程度できているか、嘔吐・下痢・出血・ドレーン排液などの喪失があるか、尿量や体重がどう推移したか、循環と呼吸にどのような変化があるか。心臓・腎臓の病気、妊娠、年齢、発熱や感染、使っている薬も判断に関わる。これらを一度に完璧に集める必要はないが、分かっている事実と不明点を分け、急ぐ情報から確認する。

オーダーには、液体の種類、経路、予定量・速さ、投与する期間、見直し条件が含まれる。どれか一つを慣例で決めるのではなく、目的と患者の現状に照らして組み合わせる。点滴以外にも、薬剤の溶解液、経管栄養、経口摂取などから水分が入る。指示欄の輸液だけを見て全体量を判断しない。看護師と実際の投与内容を確かめ、入っている量と出ている量をできる範囲で突き合わせる。

患者の水分状態を評価する時は、一つの所見を決め手にしない。口腔の乾燥、血圧、脈拍、尿量、体重、浮腫などはそれぞれ病態や治療、測定条件の影響を受ける。時間経過と患者の訴え、診察、検査値を組み合わせ、急に変化した所見があればその変化に応じて対応する。飲水制限や利尿薬が指示されている患者では、安易な水分追加が治療目標と衝突しないかを確認する。

経口摂取が回復すれば静脈輸液を減らす、あるいは止める判断が必要になることもある。栄養や水分摂取が改善したか、継続する喪失はあるか、必要な薬剤投与のために点滴が要るかを見直す。点滴を継続する理由がなくなっているのに、オーダーだけが残らないよう、回診や申し送りで終了条件を共有する。患者や家族にも、飲水量の目安など具体的な退院指示が必要なら担当医と確認し、自己判断で一律の制限や補給を勧めない。

特に、「維持」という言葉だけで慣例量を選ばない。経口摂取ができないからといって、患者の状態や治療中の水分出納を見ずに同じ量を続けることはできない。すでに他の輸液や薬剤投与に伴う水分が入っていないか、浮腫や呼吸状態の悪化がないか、腎機能や循環の変化がないかを合わせて見る。必要量の計算や電解質補正は、患者の条件と現行の院内手順・根拠に沿って指導医と確認する。

開始時の目的が消えたり、状態が変わったりすれば、輸液もいったん見直す。絶食が解除されて食事が始まった、発熱や下痢が落ち着いた、利尿薬が追加された、あるいは新たな心不全や腎障害が疑われるなど、指示の前提を変える出来事は病棟で起こる。オーダーの終了時刻だけで安全を担保するのではなく、担当者が患者を確認する機会を決め、継続の理由が失われていないかを確かめる。

敗血症性ショックなど急性の循環不全では、蘇生の目標を全身状態や灌流の所見と合わせて扱い、必要な処置を並行して進める。ガイドラインの介入も、病態と根拠の確実性を離れて一般の維持輸液に読み替えるものではない。急性期の対応をさらに確認する場合は、急変時の初期対応を参照する。[10, 12, 14]

6.2 投与前後に確かめる循環反応

介入後の反応を判断するには、介入前の状態を残しておく。血圧や脈拍だけでなく、意識、皮膚の状態、呼吸、末梢灌流、尿量、検査値など、患者の病

表 6.1　輸液の目的と、目的ごとに確かめる変化・見直しの問い。量・組成・速さは患者の条件と院内手順に沿って指導医と確認する。

目的	期待する変化	確かめる所見	見直しの問い
初期蘇生（循環が保てない）	循環・灌流の改善	全身状態と灌流の所見、呼吸状態を投与前後で比べる	反応はあるか。呼吸は悪化していないか。並行すべき処置や原因への治療はないか
維持（経口摂取が難しい）	水分・電解質の必要を補う	摂取量、尿量、体重、浮腫、ほかの輸液や薬剤の溶解液から入る水分	経口摂取は戻ったか。継続する理由は残っているか。終了条件は共有されているか
喪失の補充（喪失が続いている）	続いている喪失を補う	嘔吐・下痢・出血・ドレーン排液の量と経過	喪失は続いているか。原因への対応は進んでいるか

態に合った所見を選ぶ。何をどの時点で見直すのかも決め、可能なら上級医と共有する。記録には「輸液後に観察」だけではなく、確認する所見と担当者、予定時刻を具体的に書く。

「反応したか」は、点滴後に数値が一つ上がったかだけでは判定できない。患者が楽になったか、循環が改善したか、酸素化や呼吸仕事量が悪化していないか、期待した変化が続いているかを複数の情報で確認する。体液を追加することで害が生じる可能性も意識する。浮腫、呼吸困難、酸素需要の増加、尿量や腎機能の悪化が見られる場合は、単に「まだ血圧が低いから」と次の輸液を重ねず、患者を再評価して上級医へ伝える。

病棟では、バイタルサインの時間経過、尿量、摂取・排出、体重、末梢所見、呼吸状態を患者の元で確認する。評価間隔は一律の時刻表ではなく、重症度や治療への反応に合わせる。状態が不安定なら定時回診を待たず、看護師の報告やモニターの変化を受けてベッドサイドで再評価し、上級医へ連絡する。安定している患者でも、開始後いつ再確認するかが決まっていないと、投与の継続だけが慣例化しやすい。

再評価には患者本人の訴えも欠かせない。「息苦しさが出ていないか」「口渇やめまいは変わったか」「排尿や食事はどうか」など、開始時の症状と対応する問いを尋ねる。意識障害などで本人から情報を得にくい場合には、看護師や家族が見た変化も参考にする。本人の訴えと客観的な所見が一致しない時も、その食い違いを記録して指導医と解釈する。

敗血症性ショックの推奨資料は、循環の評価・初期輸液・昇圧薬などを一連の急性期対応として記述し、個々の介入の根拠や確実性も扱う。乳酸値の変化だけを治療成功の判定にせず、全身の灌流と経過を合わせて読む。個々の状況で何を選ぶかは、推奨の条件と患者の反応を照合して決める。[10, 12, 14]

各資料の要点も条件付きで読む。日本版敗血症診療ガイドライン 2024 のバンドル図は、初期輸液に調整晶質液を用い、低血圧があれば輸液と並行してノルアドレナリンを早期に始める方針と、乳酸の再検や心エコーによる再評価を示す。Surviving Sepsis Campaign 2021 も、敗血症性ショックの初期蘇生で晶質液を、昇圧薬ではノルエピネフリンを第一選択としている。どちらも「敗血症・敗血症性ショックの初期蘇生」という場面の推奨であり、病棟の脱水や維持輸液の量をここから決めるものではない。[10, 12]

たとえば、輸液のあとに血圧は少し上がった一方で呼吸が苦しくなり、酸素投与が増えたとする。目標の一つだけが動いたことを根拠に輸液を続けるのではなく、呼吸と循環の変化、投与前後の所見、考えられる別の原因を整理して、すぐに上級医と方針を相談する。処置が済んだことより、患者の状態がどう変わったかが次の判断の出発点になる。

QUICK REFERENCE
輸液の再評価

(1) 目的を一文で（蘇生／維持／喪失の補充）
(2) 投与前の所見を残す
(3) 投与後：循環・灌流、呼吸・酸素需要、意識、尿量
(4) 害の徴候：浮腫・呼吸困難・酸素需要増
(5) 他の輸液・溶解液・経口から入る水分
(6) 前提が変わった？（食事再開・心不全・腎障害）
(7) 次に誰がいつ見るか、終了条件

敗血症の初期蘇生の推奨を維持輸液に流用しない [10, 12]

別の例として、血圧が大きく変わらない場合も、それだけで「輸液が効かなかった」と決めない。患者の全身状態や検査、出血や感染など原因に対する治療が必要か、測定や体位、使用中の薬が影響していないかを確認する。研修医ができるのは、患者を見直して重要な変化を見つけ、指導医に明確な問いを持って相談することだ。異常な変化を見落とす可

能性がある時は、再評価の予定時刻を待たず応援を要請する。

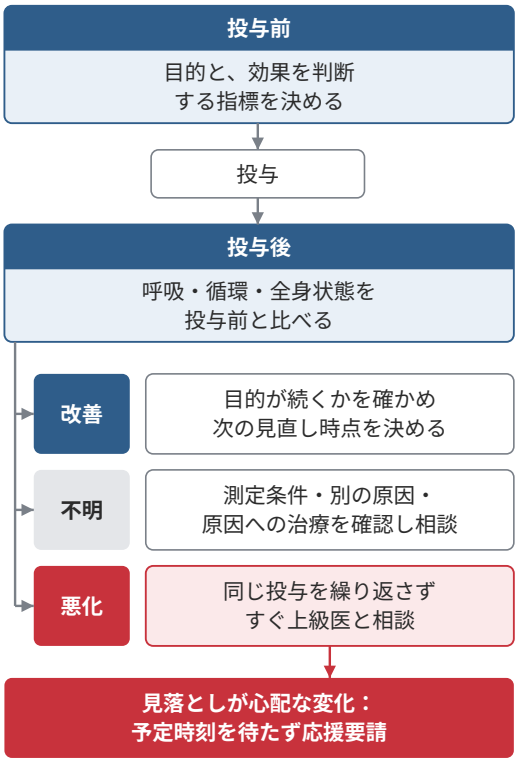


図 6.1　輸液の前に判断指標を決め、投与後の反応で次を決める。同じ介入を自動的に繰り返さない。

6.3 輸血を安全に行うための確認

輸血の相談を受けたら、まず適応と目的を確認する。診断、出血や症状の経過、検査値、患者の全身状態、予定している処置を指示医と照合し、何を改善するための輸血かを理解する。判断に必要な情報が足りなければ、独自に補って進めず、上級医へ確認する。閾値や速度は疾患・製剤・患者の状況と推奨の改訂に依存するため、古い一覧表や他患者の慣例を一般的指示として流用しない。

実施前には患者・製剤照合を行い、本人確認、製剤情報、指示、検査・適合情報が一致しているかを院内の手順書に沿って確かめる。表示の違い、患者識別の不一致、検体の取り違えが疑われる場合は、その場でいったん止め、輸血部門と指示医へ連絡する。

輸血には、免疫性・感染性その他の合併症や不適合輸血など、完全にはなくせない危険がある。厚生労働省の指針は、適応を最新の知見で判断すること、十分な知識を持つ医師の管理下で行うこと、異常時に緊急処置ができる準備を求めている。ただし、同指針は 2005 年改定版である。実際の手順や検査条件は、現行の院内手順・輸血部門の指示で確認する。[16]

開始前に患者の状態を把握し、開始後は院内手順で定める方法に従って観察する。新しい発熱、発疹、呼吸苦、血圧変化など気になる変化があれば、輸血との関連を決めつけず、投与中の事実として直ちに指示医へ報告する。手順に従い投与の停止など必要な対応を行い、輸血部門へ連絡する。終了後も経過観察を続け、実施した製剤、患者の反応、必要な検査と報告を記録する。副作用を疑う事象は、原因究明と再発予防に必要なため、施設の報告経路に沿って共有する。[16]

輸血前の確認は、製剤のラベルだけを見る作業ではない。患者本人を識別し、指示書、患者情報、製剤情報、適合確認がそろっているかを施設の手順に沿って照合する。検体を採取する時点の本人確認やラベル貼付にも施設手順がある。誰が何を確認するか、バーコードや電子認証をどう使うかは配属先で確認しておく。確認者同士で情報が食い違う、識別が曖昧になる、予定と異なる製剤が届くなどの疑問があれば、そこで作業を止めて責任者へつなぐ。急いでいる時ほど、「誰が何を確認したか」をチーム内で共有する。

輸血の前後には、予定した目的に対して患者の症状や臨床状態がどう変わったかも評価する。数値の変化のみを追うのではなく、治療目標、他の介入、出血や基礎疾患の経過を合わせて記録する。望む効果がなかったり予想外の症状が出たりしたら、製剤の追加を独断で決めず、指示医・輸血部門へ相談する。指針は有効性と安全性の双方を評価して診療録に記載するよう求めるが、具体的な観察項目や対応手順は施設の最新手順を優先する。[16]

輸血に関する記録では、どの製剤をいつ使用したか、どの患者に誰が実施したか、開始時と終了後の状態、反応や報告の有無が追えることが重要になる。異常を疑った際は、患者の症状が始まった時刻、投与中だったこと、観察できた所見、既に行った対応を時系列でまとめる。原因が決められなくても、疑われる副作用や照合上の不一致は輸血部門に伝える。早期に一緒に状況を確認することで、患者対応と必要な調査を進めやすくなる。[16]

血液の準備そのものにも考え方がある。同指針は、直ちに輸血する可能性が低い待機手術などでは、血液を無駄にせず準備を効率化する方法としてタイプ・アンド・スクリーン（T&S）や最大手術血液準備量（MSBOS）の採用が望ましいとしている。また、特定生物由来製品である血液製剤の使用記録は、使用日から少なくとも 20 年保存する旨を記している。どの手術でどの方式を使うか、記録をどの様式で残

すかは、2005 年当時の記載ではなく現行の院内規程と輸血部門の運用で確かめる。[16]

輸血前・中・後の確認

- □ **前**：目的・指示・患者識別・製剤・適合情報を照合し、観察方法と連絡先を確認する。
- □ **中**：患者の状態を施設の手順に従って観察し、変化を認めたら速やかに指示医・輸血部門へ連絡する。
- □ **後**：終了後の経過と効果・有害事象の評価を記録し、必要な報告を行う。
- □ 判断や情報に不一致があれば、先へ進めず確認する。

6.4 腎機能値をそのまま薬の量に置き換えない

腎機能が低下すると、腎臓から排泄される薬剤の血中濃度が高くなり、薬効が強まりすぎたり副作用が増えたりすることがある。対応には、一回量を減らす、投与間隔を延ばす、別の薬を選ぶなど複数の方法があり、どれが適切かは薬剤ごとに異なる。薬名を見て「腎機能が悪いから半量」と一律に決めることはできない。薬剤量の調整は、添付文書の基準と患者の腎機能を照らし合わせ、薬剤師と確認して決める。[17]

処方前に確認するのは、最新の腎機能値だけではない。どの式から得た値か、単位が何か、添付文書はどの指標を基準にしているかを確認する。腎機能は急性疾患や脱水、治療経過に伴い変わるため、過去の値がそのまま現在の状態を表すとは限らない。薬剤の排泄経路や併用薬、治療期間、予想する効果と有害事象も含め、指導医・薬剤師と照合する。

腎機能を悪化させ得る薬にも目を配る。CKD 診療ガイド 2024 は、NSAIDs など腎障害のリスクがある薬剤を含め、CKD 患者では薬剤性急性腎障害（AKI）の危険を評価し、処方後も腎機能を追うよう求めている。「用量を合わせたから終わり」ではなく、開始後の腎機能と尿量、体液状態の変化を観察計画に入れる。さらに、発熱・嘔吐・下痢などで食べられない「シックデイ」について、同章は CKD での定義や一律の休薬ルールは確立していないとし、脱水や病態を評価したうえで医療機関が一時休薬や減量を判断するとしている。退院時に患者へ伝える内容は、薬ごとに担当医・薬剤師と決め、研修医が独自の中止ルールを作らない。[17]

また、腎臓から排泄されない薬なら常に安全というわけでもない。CKD 診療ガイド 2024 の薬物療法章は、肝排泄型薬剤でも腎障害患者で血中濃度が上がる薬があること、併用薬間の相互作用が治療効果を弱めたり有害事象を増やしたりすることを説明している。たとえば、特定のリン吸着薬と一部の抗菌薬ではキレート形成によって吸収が妨げられ得る。具体的な組合せと対処は必ず添付文書・院内薬剤情報で確かめ、薬剤師に相談する。[17]

薬剤の指示を確認するときは、薬剤名、製剤・規格、投与経路、用量、間隔、期間を一つずつ見る。とくに入院時や病状変化時には、持参薬の継続・中断と新規処方を区別し、重複や相互作用を確認する。投与後に期待する効果が得られない場合や腎機能・電解質などに変化が現れた場合は、処方時の前提に戻る。処方の安全確認の流れは、処方・抗菌薬の章でも扱う。

腎機能は入院中にも変わる。脱水、感染症、循環不全、手術、薬剤の追加などが重なれば、安定期に確認した値をそのまま現在の処方に当てはめられないことがある。採血時刻と処方時刻、尿量、体液状態、最近の治療変更を合わせて確認する。推算値を相談する時は「eGFR が低い」とだけ伝えず、値、単位、採血時点、患者の体格、薬剤名、添付文書が参照する指標をまとめる。こうすれば、相談を受ける側も確認する条件を特定しやすい。

患者本人が腎機能値や薬の変更について尋ねることもある。研修医は、なぜ用量の確認が必要なのかを「薬が体に残りやすくなることがあり、薬ごとに見方が違うため、薬剤師・上級医と一緒に確認しています」と伝えられる。検査値から何が確定したか、どの薬をどれだけ変えるべきかを未確認のまま断言しない。患者の不安や希望は担当チームと共有し、説明はその施設の役割分担に沿って行う。

6.5 腎機能推算値の読み分け

腎機能を示す値には、推算クレアチニンクリアランス（推算 Ccr）、クレアチニン由来の eGFR、シスタチン C 由来の eGFR などがある。名称が似ていても、使う式や単位が異なる。標準化 eGFR は体表面積 1.73 m^2 に換算した値で、単位は通常 mL/分/1.73 m^2。薬剤投与のために体格を反映する個別化 GFR は、体表面積補正を解除した mL/分で示す。数字だけを取り出して別の指標と比べたり、同じ単位とみなしたりしない。[17]

ある薬は推算 Ccr、別の薬は eGFR を前提に用量を記載し、eGFR を用いる場合にも標準化値か個別化値かが異なることがある。処方支援ツールの表示や検査票の eGFR が、添付文書の方法と同じとは限らない。迷ったら、薬剤名と添付文書の記載、患者の

表 6.2　腎機能推算値の単位と照合点。クレアチニン由来の値は筋肉量などの影響を受けるため、迷ったら薬剤師・上級医と指標を決める。

指標	単位	何を表す値か	処方で照合すること
推算 Ccr	mL/分	推算式で求めたクレアチニンクリアランス	添付文書が Ccr で用量区分を示しているか。使った式と入力した体重
標準化 eGFR	mL/分/1.73 m²	体表面積 1.73 m²に換算した推算 GFR	薬剤に使う前に、添付文書が標準化値と個別化値のどちらを前提にしているか
個別化 GFR	mL/分	体表面積補正を解除し、患者の体格を反映させた値	入力した身長・体重、採血時点。標準化値と取り違えていないか

身長・体重・採血値をそろえて薬剤師または上級医に確認する。[17]

血清クレアチニンは腎機能以外に筋肉量や食事などの影響も受ける。筋肉量が少ない患者では腎機能を実際より良く見積もり、筋肉量が多い患者では悪く見積もることがある。高齢で痩せた人、長期臥床、切断、著しいるいそうなどではクレアチニン由来の値だけでは判断しづらい場合がある。状況によってはシスタチン C による推算などを検討するが、こちらも患者背景を踏まえて解釈する。式の選択や検査の追加を研修医だけで決めず、疑問を言葉にして相談する。[17]

血清クレアチニンは、腎機能が変わらなくても動くことがある。同章は、クレアチニンの尿細管分泌を抑える薬（例としてシメチジン、ST 合剤中のトリメトプリム、ドルテグラビル）では、血清クレアチニンが上がってクレアチニン由来の eGFR は下がっても、実際の腎機能は変わっていない場合があると述べる。逆向きの注意として、GFR や Ccr が高い値でも原則として投与量を増やす必要はないとしている。推算値の変化を見たら、新しく始めた薬と採血時点を並べ、「腎機能が悪化したのか、値だけが動いたのか」を相談の論点にする。[17]

推算値には誤差があり、境界付近の値を丸めや切り捨てだけで区分しない。治療域の狭い薬、重い副作用が起き得る薬、腎機能が短期間で動く患者ではとくに慎重に扱い、必要なら TDM も含めて薬剤師と投与後の確認計画まで点検する。薬ごとの確認手順と相互作用は第 7 章で扱う。[17]

参照する資料の性格も確かめておきたい。日本腎臓学会は、かかりつけ医や医療スタッフ向けの実践的な「CKD 診療ガイド」と、Minds の方法に沿って作る学術的な「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン」を別の出版物として位置づけている。医療者向けの診療ガイド 2024 は 2024 年 7 月 10 日に発行され、学会は刷ごとの正誤表を公表している。手元で使う時は、最新の刷と正誤表を確かめたうえで該当章を直接読む。[17–19]

6.6 一律な指示を避ける場面

患者の経過が変わる、腎機能が動く、投与後に想定外の症状が出る、指示と添付文書の前提が一致しない。こうした場面では、昨日の処方やいつもの量を自動的に繰り返さない。分かっている情報、疑問点、患者への影響、これから確認する人を整理し、上級医や薬剤師へ早めに相談する。相談の際は「腎機能が悪いです」だけでなく、値と単位、測定時点、式、薬剤、具体的な懸念を伝える。

「その量、昨日の前提のままですか？」――この一言を自分に向けるだけで、慣例の継続はかなり減る。

相談を始める時は、まず時間的な切迫度を伝える。たとえば「次の投与までに確認したい」「すでに投与済みで患者の症状が変化した」「腎機能が急に動き、定時処方を保留すべきか迷う」と具体的に述べる。その上で、指示内容と患者の実際の状態、見た資料、まだ分からない点を順に共有する。相手から返答を受けたら要点を復唱し、誰が実施するのか、いつ再評価するのかを確認する。判断を引き継いだつもりでも、担当と期限が曖昧なら未完了のまま残る。

輸液や輸血の数値は、対象疾患、患者の循環・呼吸状態、併存症、根拠が想定する状況を離れて適用できない。輸血の閾値・速度を 2005 年改定指針から現行の一般ルールとして断定しない。敗血症の蘇生に関する推奨は、一般病棟の維持輸液やあらゆる患者の個別指示を代替しない。ここで大切なのは、数値を覚えることではなく、どの推奨をどの条件の患者へ使おうとしているかを確かめることだ。[10, 14, 16]

注意｜数値をそのまま転用しない

維持輸液量、電解質補正式、輸血の閾値や速度を、患者条件と現行の根拠・院内手順を確認せずに一般化しない。古い資料や別の病態の推奨を個別患者の指示に置き換えず、迷えば実施前に上級医・薬剤師・輸血部門へ相談する。

表 6.3　迷ったときに立ち止まり、照合し、相談する先。数値の基準は本書で一覧にせず、現行の資料と院内手順で確認する。

場面	立ち止まる合図	照合するもの	相談先
輸液	開始時の目的が消えた・前提が変わった（食事の再開、心不全や腎障害の疑い）、投与後に呼吸が苦しくなった	実際に入っている水分（ほかの輸液・溶解液を含む）、投与前後の所見、終了条件	上級医。投与内容は看護師と確認
腎機能と処方	腎機能が急に動いた、指示と添付文書の前提が一致しない	値・単位・採血時点・式・体格、添付文書が参照する指標	薬剤師・上級医
輸血	適応や目的が分からない、照合で不一致がある、投与中に新しい症状が出た	院内手順書に沿った患者・製剤の照合、指示内容、現行の指針	指示医。輸血の担当部署は院内手順で確認

6.6.1 相談・記録・再評価につなぐ

相談した後は、誰が次の判断を担うのか、いつ何を見直すのかを記録する。処方の調整や輸液の変更だけでなく、変更の理由と確認した情報、患者の反応、残っている懸念も共有する。申し送りを受ける側が「何を待ち、どの変化があれば再度連絡するか」を理解できる形にする。

たとえば、薬剤師から「添付文書の腎機能指標と検査票の表示が異なる」と指摘されたとする。その場で数字を読み替えて処方を確定せず、上級医と薬剤師に患者の状態、使用中の薬、採血時点を示して確認する。変更が決まったら、担当者と次の採血・観察時点、効果や有害事象を再確認する条件を診療録と申し送りに残す。こうして初めて、処方は患者の経過に結び付いた仕事になる。[16, 17]

薬剤師への相談は、たとえば次のように組み立てる。

> 「○○さんの抗菌薬の用量について確認させてください。今朝の採血でクレアチニン由来の eGFR が前回より下がっています。単位は mL/分/1.73 m²で、身長・体重は記録のとおり小柄です。添付文書が推算 Ccr を基準にしているようなので、どの指標で区分を読むべきか、次回投与前に一緒に見ていただけますか。」

値・単位・時点・体格・薬剤・期限をそろえると、相手は何を確認すればよいかをすぐ判断できる。

この章で扱った輸液の目的と再評価、輸血の照合、腎機能指標の読み分けは、処方全般の確認手順とつながっている。続く章では、薬歴・アレルギーの確認から抗菌薬の再評価、投薬上の疑問や誤りへの対応へ進む。

第 7 章 処方・抗菌薬・医療安全

処方は、薬剤名を選んで入力した時点では終わらない。患者と薬歴を確かめ、なぜ使うか、何を確かめるかを決め、実際の投与後に効果と有害事象を見直すところまでが一連の仕事だ。抗菌薬では感染巣、重症度、検体、患者背景を初期判断に組み込み、得られた情報に合わせて治療を続けるか、狭域化するか、中止するかを考える。

処方に迷った時の相談の仕方は第 1 章 の原則どおりでよい。この章で足すのは、処方ならではの「持っていく材料」だ。薬剤名と規格、経路、回数、薬歴のどこが食い違っているか、腎機能の値と単位と採血時点、アレルギー歴の中身。「この薬でいいですか」ではなく「ここが一致しません」と言えれば、相手は数分で答えられる。

7.1 処方の前に患者と薬歴を確かめる

処方入力に進む前に、患者本人、記録、薬剤情報が同じ人の情報を指しているか確かめる。入院時は本人が持参した薬袋、お薬手帳、紹介状、診療録、本人・家族からの聴取など、複数の情報源が一致するとは限らない。薬剤名や規格、飲み方、最終服用時刻、処方元、実際に継続していたかを一つずつ確認し、食い違いは「確認中」として残す。処方箋に記載されていることと、患者が実際に使っていることは同じではない。

アレルギー欄に薬剤名だけが書かれている場合には、どの症状がいつ起きたか、どの薬剤をどの状況で使ったかを確認する。吐き気などの副作用と、即時型の重い反応を同じものとして扱わない。とはいえ、研修医が一人で「アレルギーではない」と消去したり、別の同系統薬を安全と断定したりもしない。曖昧なら、過去の記録と患者の説明を示して上級医・薬剤師へ相談し、確認した内容と残る不確実性を記録する。

次に、今回の処方と既存薬を照合する。成分の重複、同じ目的の薬の併用、相互作用、腎・肝機能、妊娠可能性、年齢、体重、食事や嚥下の状況など、処方に関係する条件を確認する。患者の状態によって必要な項目は異なるため、決まり文句のチェックを埋めるだけにしない。薬剤師による処方監査は研修医の確認を代わりに担うものではなく、二重の確認として働く。医薬品安全使用の手順書は、確認事項、疑義照会、投与後の観察や情報共有を自施設の流れに落とすために参照する。[20]

確認する情報源には限界もある。患者が持参した薬袋は最近の処方変更を反映していないことがあり、お薬手帳も市販薬や他院薬が抜けている場合がある。電子カルテの「内服中」も、実際に服用した時刻や中断理由までは示さないことがある。どれか一つを絶対視せず、情報源ごとの記載日と確かさを確認し、可能なら患者本人や家族、薬局、処方元に尋ねる。確認できなかった点を「服用していない」と記録しない。

処方内容は、名前だけでなく剤形・規格、経路、回数、期間まで一続きで確認する。内服できない患者に内服薬の継続を指示していないか、嚥下状態に合わない剤形でないか、同じ成分の配合剤と単剤が重なっていないか、頓用薬の使い方が明瞭かを患者の状況に合わせて見る。薬剤の分割・粉砕や経管投与の可否は、薬剤ごとの情報を薬剤師と確認する。入力欄が埋まっていても、患者に実行できない指示なら安全な処方とはいえない。[20]

なお、ここで参照している医薬品安全使用の手順書作成マニュアルは平成 30 年改訂版で、各施設が手順書を見直す際の視点や例を示すものだと自ら述べている。書かれた項目をそのまま一律に守る規則ではなく、配属先で実際に何を誰が確認するかは、その施設の現行の手順書で確かめる。[20]

処方を確定する前の照合

- ☐ 院内の方法で患者を識別した
- ☐ 持参薬の継続・中断と新規処方を区別した（入院時・病状変化時）
- ☐ 薬歴を複数の情報源で照合した（持参薬・お薬手帳・電子カルテ・本人や家族）。記載日と確かさも見た
- ☐ アレルギー・副作用歴を、症状と状況まで確認した
- ☐ 薬剤名・剤形・規格・経路・回数・期間を一続きで確認した
- ☐ 重複（配合剤と単剤）・相互作用を確認した

- □ 腎・肝機能と、添付文書が参照する指標を確認した
- □ 患者が実行できる指示か（嚥下・内服の可否・経管投与）を確認した
- □ 不一致・疑義は確定前に上級医・薬剤師・処方元へ確認した
- □ 確認できなかった点は「未確認」と記録した（「服用なし」にしない）

QUICK REFERENCE
処方時

(1) 患者・薬歴：薬袋／手帳／診療録／本人の話が一致するか
(2) 最終服用時刻、実際に飲んでいたか
(3) アレルギー：何の薬で、どんな症状が、いつ
(4) 重複・相互作用・腎肝機能・嚥下と剤形
(5) 剤形・規格・経路・回数・期間を一続きで
(6) 目的／期待する変化／何で見るか／いつ誰が見直すか
(7) 不一致は「確認中」と記録、確定前に照会
根拠：[20]

注意｜不一致を見つけたら確定前に確認する

患者の申告、薬剤情報、診療録、処方内容のいずれかが食い違う場合は、確認できた事実と不明点を分ける。推測で薬歴を補正せず、処方前に上級医または薬剤師へ具体的な確認を依頼する。

7.1.1 薬歴の食い違いを処方前に解く

「いつもの薬です」と説明されても、薬の種類や量が分からないまま継続指示を出すことはできない。薬袋がない、記録が古い、家族が別の用量を話す、といった不一致は珍しくない。分かる範囲で薬剤名、規格、服用状況、最終服用時刻を並べ、薬局や処方元への照会が必要かを担当者に相談する。照会中にどの薬を保留し、どの治療を先に進めるかは患者の緊急度に応じて上級医と決める。

薬歴の照合は一度きりではない。入院時の情報がそろった時、手術や絶食が決まった時、腎機能や全身状態が変わった時、退院処方を組む時にもう一度確認する。中断した薬を再開するのか、入院中に追加した薬を退院後も続けるのか、用量や期間は変わるのかを説明し、患者が実際に使う薬の一覧に反映する。変更理由と次の確認者が記録されていれば、交代する診療チームも同じ計画を追いやすい。[20]

退院や転院の場面も照合の山場になる。Surviving Sepsis Campaign 2021 は、敗血症の患者のケア移行時に、引継ぎと薬剤照合を行い、患者・家族に診断や治療、起こり得る後遺症を説明することを実務項目に含めている。敗血症に限らず、入院中に始めた薬・止めた薬・量を変えた薬を退院処方と見比べ、その理由を次の医療者に渡す。[10]

7.2 薬を開始する理由とモニタリングを一行にする

薬を開始する時は、処方内容と一緒に「何を治療するのか」「何が改善すれば効果があったと言えるか」「どんな有害事象をいつ確かめるか」を言葉にする。目的が決まっていれば、検査結果や患者の訴えを受けて継続・変更を相談しやすい。目的の記載がないまま処方だけが残ると、退院や担当交代の後も薬剤が自動的に継続されかねない。

観察項目は薬剤と患者に応じて決める。症状や身体所見、検査値、血中濃度、食事状況、併用薬などが候補になる。監視の頻度・時点は全ての薬剤で共通ではなく、用量、投与経路、病状、添付文書や院内手順を確認する。何か異常が起きた時にだけ検査するのではなく、開始前に基準となる状態と、次に確認する時点を決めておく。

モニタリングは「採血をする」ことだけではない。症状を尋ねる、投与が実際に行われたか確認する、食事や排泄の変化を見る、薬を使った後の診察所見を比べるなど、患者とチームから得られる情報を含む。検査値を確認できない勤務帯や退院後にどうするのかも計画に入れる。必要な確認を別の担当者に依頼する時は、いつまでにどの結果を返してほしいかを具体的に伝える。見直し時点が決まっていない処方は、継続の理由を後から再構成しにくい。

薬剤を中止・変更する場合も同じ考え方を使う。副作用が疑われた時に、患者が実際に何を使ったかを確かめ、処方医へ連絡し、代替治療や観察計画を相談する。効果が十分でないからと量を足す前に、投与の実施状況、服薬・吸収、相互作用、診断の見直しが必要かを確かめる。開始の根拠と同様に、続けない判断にも理由と次の評価を記録する。[20]

一行の計画にするなら、「肺炎に対して経験的治療を開始。酸素需要、発熱と培養結果を本日中に確認し、明朝に継続・狭域化を上級医と再評価する」のように、理由・見るもの・時点・担当を含める。これは固定文型ではない。現場の記録様式に沿って、読む人が処方の意図と未完了の確認を把握できる形にする。処方後の効果や副作用を確認し、必要な情報を診療チームで共有することは、薬剤安全手順にも含まれる。[20]

目的は何か。**期待する変化**は何か。**有害事象や効果を何で見るか**。**いつ誰が見直すか**。この四つが曖昧なままなら、確認してから処方を確定する。

7.3 感染症らしさと重症度から抗菌薬を選ぶ

抗菌薬を考える前に、感染巣と患者の重症度を評価する。発熱だけで感染症と決めたり、細菌感染が疑われたことだけで広域薬を選んだりしない。発症経過、症状、診察所見、画像・検査、免疫状態、基礎疾患、最近の抗菌薬、過去の培養、デバイス、入院歴など、患者について分かる情報を集める。感染症以外の原因も考え、診断の確からしさと悪化の速さを区別して共有する。

抗菌薬を始める場合、可能なら投与前に感染部位に応じた適切な検体を採取する。血液培養、尿、喀痰、創部など必要な検体は患者の状態と診断仮説に合わせて選ぶ。採取の準備に時間がかかる、採取が困難、または採取のために必要な治療が遅れるといった場合は、単独で抱えずに上級医へすぐ相談する。検体を採ったかどうかだけではなく、採取部位・時刻・抗菌薬との前後関係、結果がいつ誰に届くかを確認する。

抗菌薬適正使用は、必要な患者に根拠のある選択で始め、経過に応じて見直すことを指す。入院診療向けの抗微生物薬適正使用の手引きは、感染臓器と重症度、鑑別、検体採取、患者背景や既往培養、薬剤歴、施設の耐性状況を踏まえた選択を示す。[15] 日本版敗血症診療ガイドラインの各 CQ は、推奨の強さやエビデンスの確実性、対象状況を区別して説明している。[14] 開始の時間目標が条件付きであることは、後の表で比べる。

検体のタイミングについて、手引きは抗菌薬投与を始める前と、すでに抗菌薬を使っていて広域薬に変更する前には血液培養を採取するとし、原則 2 セット以上を求めている。感染臓器が特定できない場合も、血液培養 2 セットを採取するとしている。1 セットだけでは、後で検出された菌が汚染か原因菌かを判断しにくくなる。[15]

薬剤の選択は、病巣・想定する病原体・重症度・患者固有の耐性リスク・薬剤アレルギーや臓器機能・施設のアンチバイオグラムや院内指針を合わせて行う。施設ごとに流行する耐性菌や推奨される初期治療が異なるため、一般書の一覧をそのまま自施設の処方に置き換えない。上級医に持っていくのは「何を使いますか」ではなく、想定する感染巣、過去の培養と最近の抗菌薬、アレルギーの中身、腎機能、そして自分が考えた候補薬とその理由だ。候補が外れていても、材料がそろっていれば相談は短く済む。

開始の速さについても、資料は条件を付けて述べている。手引きは、バイタルサインの異常から敗血症、特に敗血症性ショックと判断した場合に可及的速やかな抗菌薬投与を推奨する。Surviving Sepsis Campaign 2021 も、敗血症性ショックまたは敗血症の可能性が高い場合には速やかに投与し、感染が確かでない場合は感染性・非感染性の原因を迅速に再評価し続けるよう求めている。つまり「発熱なら全員すぐ」でも「培養が出るまで待つ」でもなく、ショックの有無と感染の確からしさで判断の重みが変わる。[10, 15]

「念のため広く覆う」だけでは治療計画にならない。広域薬を選ぶなら、何の病原体・耐性リスクを想定しているのか、何を根拠にしたのか、データが得られた後にどう見直すのかを説明できるようにする。一方、重い感染が疑われる患者に必要な初期対応を遅らせない。感染部位の評価や検体採取の準備と、治療を急ぐ判断を並行させる。特定薬の網羅範囲、組織移行性や投与設計の細部は、現在のガイドラインや院内資料を確認し、経験談だけから導かない。[14, 15]

抗菌薬開始時は、患者・検体・薬剤が取り違えられないよう、採取ラベルとオーダーを確かめる。血液培養など複数検体を採取する場合、採取の量や手技は施設の採取手順で確かめる。培養採取を試みたが難しかった、抗菌薬を先に投与した、検体の採取部位に疑問があるなどの情報は、後で結果を読むチームにとって重要になる。検査依頼を出して終わりにせず、結果を誰が確認し、いつ診療に反映するかまで相談する。[15]

肺炎、尿路感染、皮膚・軟部組織感染などで必要な検査と選択薬は異なる。成人肺炎診療ガイドライン 2024 の目次は、市中肺炎、医療・介護関連肺炎、院内肺炎、人工呼吸器関連肺炎等の範囲や、検査・薬剤選択に関する臨床疑問を示す。本書では個々の推奨には踏み込まない。具体的な肺炎治療を判断する時は、ガイドライン本文の現行版と自施設の手順を確認する。[21]

同ガイドラインの臨床疑問には、重症度評価のほか、抗菌薬の選択・併用・投与期間・de-escalation も含まれる。肺炎でも「始める判断」と「見直す判断」の両方が検討対象になっていることは覚えておきたい。[21]

仮想場面：培養結果を待つ間の初期判断

入院中の患者に発熱と新しい呼吸状態の変化があり、画像にも新たな陰影が見つかった。研

表 7.1　成人敗血症で抗菌薬開始の判断が変わる条件。SSC 2021 は国際ガイドライン（本書は学会掲載の推奨ページに拠る）、J-SSCG2024 は「敗血症と認知した後」の推奨で、SSC の「可能性がある」段階とは対象の切り方が異なる。どちらも「全員に一律 1 時間」とはしていない。国内の運用は施設の方針と上級医で確かめる。

臨床状況（成人）	SSC 2021	J-SSCG2024	研修医の次の行動
敗血症性ショックの可能性がある、または敗血症の可能性が高い	直ちに、理想的には認知から 1 時間以内の投与を強く推奨（確実性：ショックありで低、なしで非常に低）[10]	認知後は可及的早期に開始。ただし必ずしも 1 時間以内という目標は用いない（弱い推奨、GRADE 2C）[14]	すぐ上級医と開始を決める。培養採取との兼ね合いを相談し、選んだ理由を記録する
ショックはなく、敗血症の可能性がある	感染性か非感染性かを迅速に評価し（可能なら 3 時間以内）、懸念が残れば認知から 3 時間以内の投与を提案 [10]	敗血症と認知したら可及的早期に開始（一律の時間目標は用いない）[14]	評価を急ぎ、感染の懸念が残るかを上級医と判断する
感染の可能性が低く、ショックがない	注意深く観察しながら抗菌薬を保留することを提案 [10]	この条件に限った推奨は本書では扱っていない	観察項目・間隔と再検討の条件を決め、看護師と共有して記録する

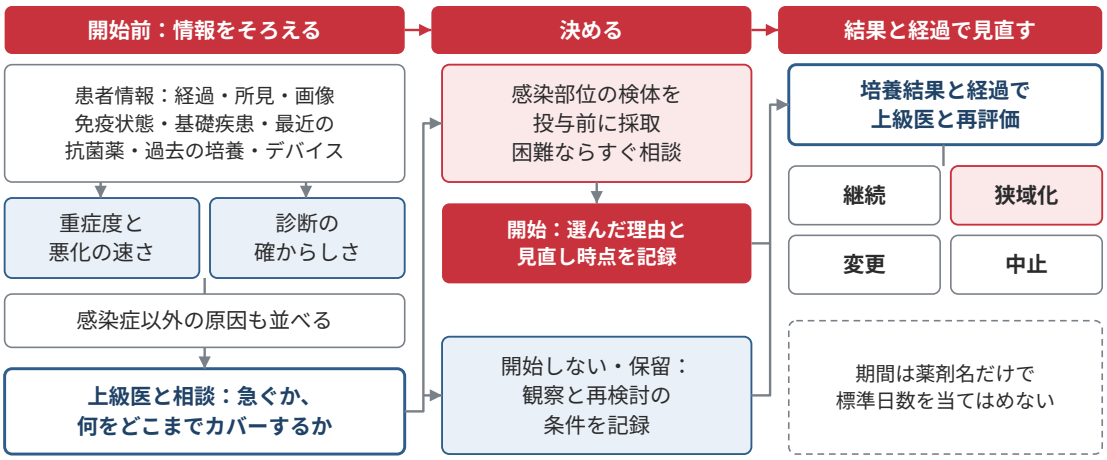


図 7.1　抗菌薬の開始前・開始／保留・結果と経過による見直し。薬剤名・用量・期間は施設の指針と上級医で確認する。

修医は患者をベッドサイドで再評価し、経過、酸素需要、既往歴、服用薬、過去の培養結果を確認する。採取できる検体を上級医と相談し、治療を急ぐ病状か、何を想定しどこまでカバーする必要があるかを伝える。薬剤を選んだ後は、培養の結果と患者の反応をいつ見直すかも同時に決める。

Before：「肺炎っぽいので抗菌薬どうしますか」

After：「新しい陰影と酸素需要の増加があります。血圧と意識は保たれています。過去の培養はこの結果、最近の抗菌薬はこれです。血液培養 2 セットと喀痰を先に出したいのですが、開始を急ぐ状態かを見てください」

後者は、ショックの有無、検体、見直しの材料を最初から含んでいる。

QUICK REFERENCE

抗菌薬開始時

(1) ショックの有無／敗血症らしさ → 開始の急ぎ方が変わる（表参照）
(2) 血液培養：投与前・広域へ変更前、原則 2 セット以上
(3) 感染臓器に応じた検体も投与前に
(4) 採取部位・時刻・抗菌薬との前後をラベルと記録に
(5) 採れなかった・先に投与した → 申し送りに明記
(6) 選んだ理由（想定病原体・耐性リスク）を一行で
(7) 見直し時点と担当を開始時に決める

根拠：[10, 14, 15]

注意｜施設の方針と患者情報を照合する

地域・施設の耐性状況、過去の培養と感受性、最近の抗菌薬使用、アレルギー、臓器機能を確認する。一般的な薬剤表は院内指針や上級医・薬剤師への相談を置き換えない。

■ 7.3.1 診断確度と緊急性を分けて考える

「感染症かどうかまだ分からない」ことと、「治療を急ぐ病態かどうか」は別々の問いだ。診断の情報が限られていても、急速な循環・呼吸の悪化や新たな臓器障害があれば緊急に対応し、上級医を呼ぶ。状態が比較的安定している場合には、抗菌薬を開始する利益と不利益、検体や画像などで診断を深める方法、短時間で再評価できる条件を相談する。疑いの強さだけで待機を決めたり、病名の候補だけで投与を決めたりしない。

敗血症の抗菌薬開始時期に関する推奨は、対象集団や確実性を踏まえて読む必要がある。ガイドラインの CQ は、患者を認識した時点からの一律時間目標を単純な処方指示として与えるものではない。上級医に伝える順番は、①ショックがあるか（血圧・意識・灌流）、②感染を疑う根拠と感染巣の候補、③培養は採れたか・いつ採れるか、④感染以外の原因として何を考えたか、でよい。忘れやすいのは③と④だ。[10, 14]

7.4 培養と経過で処方を見直す

経験的治療を開始したら、処方時の仮説を患者の経過で確かめる。検体の結果だけでなく、症状、循環・呼吸、検査所見、感染巣への処置、投与実績や有害事象を見直す。培養陰性だから直ちに感染症を否定する、あるいは培養陽性だから常に治療する、という単純な判断はできない。検体の質、抗菌薬投与との前後関係、菌の量や患者の状態を合わせて解釈する。

再評価では、「昨日と比べて改善したか」に加えて「当初の診断仮説はまだ妥当か」を尋ねる。解熱しても感染巣が残ることがあり、発熱が続いても抗菌薬の失敗とは限らない。培養結果が診療像に合うか、別の感染巣が見つかっていないか、膿瘍・閉塞・感染器具など感染源の処置が必要でないかを確認する。薬剤を変更する前に、患者の変化を時系列にし、上級医や必要な専門科へ相談する。[14, 15]

原因微生物や感受性が分かれば、薬剤の狭域化（デエスカレーション）、変更、中止を検討する。臨床的に感染が否定的になった場合、検体から定着や汚染が考えられる場合、想定した感染巣が変わった場合も、開始時の薬を続ける理由を改めて点検する。一方で、患者の不安定さや検体の限界などから、狭域化を直ちに選べないこともある。診断と患者反応を基に理由を記録し、いつ次に判断するかを決める。

適正使用の手引きは、開始後の臨床経過・検査結果による再評価、培養に基づく狭域化や中止、感染源コントロール、専門家への相談を扱う。日本版敗血症診療ガイドラインも、各 CQ の推奨と根拠の確実性を示し、検査やバイオマーカーの結果だけで全例の抗菌薬中止を決めるよう求めるものではない。抗菌薬を始めた理由と続ける理由は別々に確認する。[12, 14, 15]

期間を決める時も、薬剤名だけで「標準の日数」を当てはめない。感染部位、感染源コントロールの状況、病原体、患者の反応、免疫状態、治療ガイドラインの対象範囲を確認する。処方開始時には暫定的な見直し時点を決め、情報が増えたら継続理由と終了条件を明確にする。退院後まで治療が続くなら、残日数、服薬方法、有害事象時の連絡先、フォローアップの担当を患者と次の医療者に伝える。根拠を確認せずに短縮・延長することは、どちらも避けたい。[15]

なぜ狭域化にこだわるのか。手引きは、広域薬で経験的治療がうまくいっていても、狭域薬で治療でき根拠がある疾患なら狭域薬へ変えることが望ましいとする。広域薬の継続は薬剤耐性菌の発生、副作用、急性腎障害、クロストリディオイデス・ディフィシル感染症（CDI）の増加などとの関連が指摘されており、疾患ごとの第 1 選択薬の多くは狭域薬である。狭域化は一般に安全に行えると報告されている。「効いているから変えない」ではなく、「狭い薬で足りるか」を毎回問う。[15]

耐性菌対策は、抗菌薬を必要な時に適切な薬剤・量・期間で使うことと結び付いている。厚生労働省の適正使用資料は、不必要な投与と、適応があっても薬剤・用量・期間が標準から外れる不適切使用を区別している。広域薬を「念のため」に続けることは、個々の患者にも医療全体にも無害とは限らない。治療の必要性を定期的に見直す。[15, 22]

■ 7.4.1 検査・培養を受け取る

培養結果の連絡を受けたら、菌名だけで治療を決めない。入院編の手引きは「培養結果＝真の原因微生物とは限らない」とし、検出された菌の種類と、どの検体から出たかを合わせて見るよう求める。

評価の時期について、手引きは入院患者の経験的治療の効果判定と適正化を治療開始 72 時間後に行うことを推奨し、その時点で細菌感染症の証拠がなければ中止を検討するとしている。ただし 72 時間以内でも状態が悪化すれば、原因臓器・微生物・薬

表 7.2　抗菌薬を始めた後の見直しで確かめること（手引き[15]と SSC 2021[10]に基づく）。どの行も「検討する」判断で、自動的な規則ではない。始めた理由と続ける理由は別々に確認する。

判断	確かめる情報	注意すること	相談先
継続	臨床経過、感染源コントロールの状況、培養・感受性、有害事象	「効いているから変えない」ではなく、狭い薬で足りるかを毎回問う	上級医
狭域化	培養で原因菌と感受性が分かり、狭域薬で治療できる根拠がある	検出菌が定着や汚染でないかを、検体の種類と合わせて見る	上級医・院内の感染症相談窓口（院内手順で確認）
変更	状態の悪化、新しい感染源、有害事象	予定した見直し時点より前でも、悪化すれば見直す	上級医
中止を検討	治療開始 72 時間の時点で細菌感染症の証拠がない、別の原因が示されるか強く疑われる	検査値やバイオマーカーだけで決めない。期間は薬剤名だけで標準日数を当てはめない	上級医

表 7.3　培養結果を受け取った時の読み方（手引き入院編[15]の記載に基づく）。どの行も菌種・検体・臨床所見を合わせた判断の出発点で、単独で治療の要否を決める規則ではない。

受け取った情報	手引きが示す読み方	研修医の次の一手
喀痰・尿などから菌が検出	定着菌（保菌）の可能性があり、耐性菌でも定着なら治療対象とは限らない	臨床所見・グラム染色と照合し、上級医と治療対象か相談する
尿培養から黄色ブドウ球菌	尿路感染より血流感染を検討すべき所見	発熱や炎症反応があれば血液培養を相談する
血液培養で黄色ブドウ球菌、グラム陰性桿菌、カンジダ、肺炎球菌、A 群 β 溶血性連鎖球菌など	1 セットでも真の原因菌と考える	汚染として片づけず、すぐ上級医へ報告する
血液培養で汚染菌になりやすい菌（CNS、コリネバクテリウム属など）が 2 セット中 1 セット	汚染の可能性を考える。2 セット以上で検出されたら真の原因菌として治療を検討	採取状況を確認し、判断に迷えば再検を相談する。症状が改善しなければ再検のうえ治療開始を検討
血液培養が 1 セットのみ	汚染か否かの判断が難しい	次回から原則 2 セット以上の採取を計画する

剤選択を再検討する。早く同定できる検査がある施設では、その時点で適正化してよい。日々の診察は続けたうえで、「72 時間時点で何を決めるか」をあらかじめチームで共有しておくと、見直しが漏れにくい。[15]

「効いているか確かめるために培養を取り直す」という発想にも注意がいる。手引きは、原則として治療効果の判定のために培養を再検しないとし、例外として感染性心内膜炎などの血管内感染症や、血液から黄色ブドウ球菌やカンジダが検出された場合を挙げ、これらでは治療開始後に血液培養を再検すべきとしている。肺炎の喀痰や尿路感染の尿では、グラム染色で菌の減少や消失を見て効果を判断できる場合もある。再検やグラム染色の運用は検査部門・上級医と確認する。[15]

QUICK REFERENCE

抗菌薬見直し

(1) 毎日：臨床経過、悪化なら 72 時間を待たず再検討
(2) 72 時間時点：効果判定と適正化、証拠なければ中止を検討
(3) 培養：菌種×検体の種類（定着・汚染・真の原因菌）
(4) 原因菌判明 → 狭域薬で足りるか
(5) 感染源コントロールは済んだか
(6) 効果判定のための培養再検は原則しない（例外あり）
(7) 続ける理由・次の判断時点を記録

根拠：[15]

こうした個々の判断は、国の AMR 対策とつながっている。厚生労働省は 2023〜2027 年のアクションプランのもと、必要な場合に限り適切な薬剤を適切な量と期間で使う方針を掲げ、2026 年 1 月付で抗微生物薬適正使用の手引き第 4 版を外来・入院などの編に分けて公表している。古い版の手引きや旧版

を基にした院内資料を見かけたら、版と日付を確認する。[22]

7.5 腎機能・相互作用・要注意薬を確かめる

腎機能が低下した時の薬剤調整は、薬剤ごとの排泄経路と添付文書が想定する腎機能指標を確認する。標準化 eGFR、個別化 GFR、推算 Ccr を互いに読み替えてはいけない。薬剤によって基準にする数値や単位が異なるため、検査票の値をそのままどの処方にも当てはめない。体格・筋肉量・病状の変化で推算値の精度が気になる場合は、薬剤師・上級医に確認する。[17]

腎排泄型薬剤では、腎機能低下に応じて一回量や投与間隔を調整することがあるが、その具体策は薬ごとに添付文書で確かめる。クレアチニン値が薬剤や筋肉量の変化で動く場合にも、数値の変化だけで腎機能の実変化と決めつけない。投与後の効果と副作用、必要時の血中濃度モニタリングを組み込み、調整後にも患者の反応を確認する。抗菌薬も腎排泄の寄与や治療域が異なるため、同じ換算ルールを一律適用しない。[17]

相互作用は、併用薬のリストを眺めるだけでは見逃すことがある。吸収が妨げられる組合せ、腎機能への影響が重なる組合せ、出血や低血糖など同種の有害作用が重なる組合せを確認する。CKD 診療ガイド 2024 は、リン吸着薬と一部の抗菌薬とのキレート形成、腎障害時の薬剤蓄積、併用薬への注意を挙げている。どの薬をどの時間間隔で使うかなど個別の指示は添付文書と院内薬剤情報を参照する。[17]

高齢者、糖尿病、腎疾患など特別な背景を持つ患者では、一般的な薬剤一覧で安全性が決まらない。『高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2025』や入院糖尿病診療の基準など、対象に合う現行資料がある。本書では個々の薬の具体的推奨や目標値は扱わないので、実際の判断時にガイドライン本文・添付文書・施設の承認済み手順を確認する。[23, 24]

糖尿病の入院患者に関する基準は、外来通院中の治療計画をそのまま続けることが常に適切とは限らないことを示す領域の一例である。食事摂取、絶食、手術、感染、ステロイド投与などによって治療や観察の条件が変わるため、入院用の指示・オーダーセットと患者の状態を確認する。具体的な血糖目標やインスリン量は診療状況と現行のガイドライン、施設手順に照らして担当医に確認し、本章では一律の数値を処方例として示さない。[24]

一方で、この基準自体は入院時の評価についての推奨も含む。たとえば、直近 3 か月以内の結果がなければ、糖尿病または高血糖で入院した患者には HbA1c の測定を推奨している。持参薬の確認と同じく、入院前の治療がどの程度コントロールされていたかを把握することが、入院中の指示を考える出発点になる。なお、これは米国糖尿病学会の 2026 年版基準であり、国内の保険・施設運用は別に確かめる。[24]

高齢者に処方する場合も、薬剤の一覧で機械的に「止める」「続ける」を決めない。治療目的、本人の症状と価値観、既往歴、他の薬、腎機能、転倒や認知機能などの状態を担当チームで検討する。処方判断時にはガイドライン全文と患者個別の事情を直接確認する。[23]

注意｜腎機能値から単独で用量を決めない

薬剤の添付文書が参照する式・単位を確かめ、体格、筋肉量、病態、併用薬、検査値の時間経過と合わせる。曖昧なら処方を確定する前に上級医・薬剤師へ照会する。

7.5.1 薬剤ごとの腎機能指標を確かめる

腎機能の読み分けは第 6 章 で扱った。処方の場面では、次の順で確かめると迷いにくい。

(1) **薬剤の排泄経路**：腎排泄の寄与が大きい薬か。CKD 診療ガイド 2024 は、可能なら腎排泄型でない代替薬や腎排泄の寄与が小さい薬を選ぶことが望ましいとしている。

(2) **添付文書の指標**：推算 Ccr、標準化 eGFR、個別化 GFR のどれで区分されているか。多くの添付文書は Cockcroft–Gault 式の推算 Ccr で設定されているが、例外もある。

(3) **患者の条件**：体格、筋肉量、腎機能の推移、クレアチニンに影響する併用薬。

(4) **投与後の監視**：腎機能別の用量は目安であり、効果と副作用を見て必要なら見直す。治療域の狭い抗菌薬では TDM を考慮する。

この順序のどこかで判断に迷えば、処方確定前に薬剤師や腎臓専門医へ相談する。[17]

7.6 誤り・疑義・有害事象に気づいたとき

処方・調剤・投与の誤りや有害事象に気づいたら、最初に患者の状態と実際に起きたことを確かめる。薬剤名、規格、投与量、経路、時刻、患者の症状を整理し、処方を一人で書き換えて問題を閉じない。上級医・薬剤師・看護師など必要な相手へ速やかに連絡し、患者に必要な観察や処置をチームで決める。緊急性があれば、通常の記録作業より患者の評価と応援要請を先に行う。

処方の疑問を早く言葉にすることは、研修医に求められる能力の一部でもある。現行の臨床研修の到達目標は、患者の状態に合わせた最適な治療を安全に実施すること、医療の質と患者安全の管理を資質・能力として掲げている。[2]

疑義照会では「この処方は違うと思います」だけでなく、何が不明か、添付文書・検査値・薬歴のどこが一致しないか、患者にどのような懸念があるかを伝える。返答を復唱し、処方変更や保留の内容、実施者、次の確認時点を共有する。患者・家族への説明が必要な場面でも、研修医一人で説明方針を決めず、担当医と施設手順に従う。

誤りを報告することは、責任を他人に移すためではない。患者に生じた影響を確かめ、再発防止に必要な事実を集めるための診療上の対応だ。患者や家族への説明、院内報告、記録の書き方やタイミングは、事案と制度、施設の規程によって異なる。事実と推測を分け、記録を後から書き換えず、患者対応に必要な情報を担当医と医療安全部門へつなぐ。事例報告を懲罰や個人評価の場と決めつけて萎縮せず、まず院内の相談先を確認する。[20, 25–27]

厚生労働省が説明する医療事故情報収集等事業は、事故等事案やヒヤリハットを集めて分析・共有する制度である。個々の職員が患者対応を優先し、所属施設の規則に従って報告することと、制度上の事例区分・報告対象を混同しない。院内のどの窓口へいつ報告するか、どの記録様式を使うかは施設の医療安全管理体制で確認する。[25–27]

制度上の報告の範囲も一律ではない。医療事故情報収集等事業のページによれば、医療法施行規則に基づき一定の病院には事故等事案の報告が義務づけられ、その他の参加施設は任意参加である。ヒヤリハットの報告も参加は任意で、件数のみか事例情報まで出すかを選べる。自分の施設がどの立場にあるかは医療安全管理部門に確かめる。[26]

感染予防も薬剤の安全使用と同じく、患者単位の実務に組み込む。手指衛生、個人防護具、注射・薬剤の取扱い、機器や環境の清潔、感染が疑われる患者の配置や連絡は、病原体・処置・施設の手順に応じて行う。CDC の基本実践は医療提供の複数の場に共通する基礎をまとめ、WHO や厚生労働省の資料は感染予防・管理と施設間の連携を扱っている。個別の実施項目は、各資料の現行本文と院内規程で確認する。[28–31]

CDC の中核実践は、医療の種類や場所にかかわらず、医療を提供するすべての環境に適用することを意図し、患者や感染性物質に直接・間接に触れ得る職員を有給・無給を問わず対象に含めている。研修医も例外ではない。国際的にも、WHO の感染予防・管理の世界行動計画・モニタリング枠組み（2024〜2030 年）が 2024 年の世界保健総会で承認され、各国の改善に向けた行動と指標を示している。[30, 31]

研修医が日常的に遭遇する場面では、患者ごとに必要な予防策を看護師や感染制御担当者へ確認し、標準予防策を基礎に施設の掲示・手順を確認する。新しい抗菌薬を始める時には、適応と培養だけでなく、投与経路や薬剤の準備が施設の注射安全手順に沿っているかを見る。手順が分からない、隔離区分や防護具が判断できない場合には、自己流で進めず担当部署に確かめる。[28, 31]

投与後の誤りに気づいた時

- ☐ **患者を確認**：患者の状態、実際に投与された薬剤・量・時刻を確かめる。
- ☐ **連絡**：上級医、薬剤師、看護師など必要な担当者へ速やかに伝える。
- ☐ **計画**：観察・処置、処方の保留や変更、患者への説明方針をチームで決める。
- ☐ **記録・報告**：施設手順に沿って事実と対応を記録し、必要な医療安全報告を行う。

次に取る行動

患者に必要な初期対応を実行し、上級医・薬剤師に報告する。投与内容と経過を記録し、施設の報告窓口・手順を確認する。

7.6.1 誤りに気づいた直後の患者確認

誤りに気づいた瞬間は、報告の文面よりも患者が先だ。ベッドサイドに行き、意識・呼吸・循環と、投与された薬で起こり得る症状を確かめる。まだ投与が続いていれば、止めるべきかをすぐ指示医に確認する。次に、実際に使われた薬剤・量・経路・時刻を、処方・投与記録・残った薬剤で照合する。

> 研修医「○号室の○○さんですが、指示と異なる規格の薬が投与された可能性があります。現在の意識と呼吸・循環は安定しています。投与時刻と量を看護師と確認中です。観察と対応の指示をお願いします。」

事実が確定していない段階でも、分かっていることと確認中のことを分けて早く伝える。ヒヤリハットには、患者に実施される前に見つかった誤りや、影響がなかった・軽微だった事例も含まれる。未然に止められた誤りも、施設の手順に沿って共有する価値がある。[26]

こうした行動は個人の心がけにとどまらない。臨床研修の到達目標は、医療の質と患者安全の重要性

を理解して評価・改善に努めることや、日常業務の一環として報告・連絡・相談を実践することを掲げている。WHO も、薬剤に関連する害を減らす取り組み（Medication Without Harm）を患者安全の主要な柱として示している。[2, 29]

医療安全や感染対策の公的ページには、通知や研修資料、指針へのリンク集も多い。リンク先の中身は、使う時に本文で確かめる。日本高血圧学会の 2025 年版や高齢者薬物療法のガイドラインも、対象患者に関係する時は最新の全文を直接確認する。[32]

参照先の性格を知っておくと、探すのが速くなる。たとえば日本高血圧学会の 2025 年版は、国民の血圧管理、患者の管理・治療、特殊病態・二次性高血圧の 3 部で構成され、実地医家やチーム医療者が具体的な行動につなげやすい簡潔な推奨を作成方針に挙げている。WHO の患者安全ページも、類似名称薬、薬剤関連の有害事象、患者・家族の参加、インシデントの報告と学習といった刊行物を一覧にしている。取り違えやすい薬剤名への注意や、患者自身に薬の変更を確かめてもらう工夫は、こうした資料の本文と院内の取り組みを合わせて学ぶ。[29, 32]

薬剤の安全は、正しい薬を正しい量で処方することにとどまらない。本人の薬歴を確かめ、処方の目的と監視を明示し、投与後の反応を追って、誤りや不明点を早く共有する。次章第 8 章では、こうした経験をローテーション中の学習目標、患者の経過、フィードバックへつなげる。

第 8 章　ローテーションで学びを残す

この章は読み物ではなく、翌日から使う道具箱として置く。初日の 5 分、毎日の数行、週に一度の見返し、最終日の棚卸し。どれも紙 1 枚かメモ数行で回せる形にした。

ローテーションで身につくのは、症例数より「次にどう動くか」だ。忙しい日は、気づいたことを一つの行動に変えるだけでよい。相談の仕方や未確認を残さない原則は第 1 章の原則どおりで、ここでは繰り返さない。

テンプレートや目安の時間は本書の提案であり、特定施設の必須運用ではない。制度上の到達目標と評価方法は、改正後の厚生労働省資料と自施設のプログラムで確認する。[1, 2, 33]

8.1 ローテーション初日に目標を小さく決める

「循環器を学ぶ」では広すぎて、誰も観察できない。「胸痛患者で重要な病歴と初期評価を整理し、上級医に自分の考えを説明する」なら、明日の診療で試せて、助言ももらえる。学習目標は知識の量ではなく、患者の前で見える行動にしておく。

題材は、その科で頻度の高い症候や頻度の高い疾患から選ぶ。臨床研修の基本理念そのものが、将来の専門にかかわらず、一般的な診療で頻繁に関わる負傷や疾病に適切に対応できる基本的な診療能力を求めている。珍しい疾患は出会えば学べばよく、目標の中心には次の部署でも使える課題を置く。[2]

QUICK REFERENCE
ローテ初日 5 分テンプレート

表 8.1

聞く・書くこと	メモ欄
主な担当患者層・よく出会う症候	
病棟以外の機会（外来・救急・処置・カンファ）	
評価者・時期・方法	
手術中・外来中など、つながりにくい時の連絡先	
中間見直しの日	
今回の目標（観察できる行動で 1〜2 個）	

答えは科と施設で変わる。先輩の体験談は雰囲気をつかむ手掛かりにとどめ、今の配属先の運用は指導者と院内の案内で確かめる。すべての症例に出会えるとは限らないので、代替の機会やシミュレーションの有無もこの時に聞いておくと後で慌てない。

8.1.1 初日に指導者へ伝える 3 行

目標は頭の中に置くより、短く言って共有した方が観察してもらえる。挨拶の流れで言える長さにする。

- **伸ばしたいこと**：例「入院時の問題リストを自分で作り、優先順位の理由を説明する」
- **今の状態**：例「病歴は取れるが、検査の選び方の理由づけが弱い」
- **見てほしい場面**：例「今週の新規入院 1 例のプレゼンで、鑑別の順番に助言がほしい」

よくあるつまずきは四つ。大きすぎる（「内科を一通り」）、数だけ（件数は残っても何ができるようになったかが残らない）、自分だけ（伝えていないので観察されない）、固定したまま（担当が変わっても初日の目標にしがみつく）。どれも、中間見直しの日を初日に決めておけば早めに気づける。見直しの時期や方法は各プログラムの案内で確認する。

表 8.2　広い学習希望を、観察・助言・次の試行ができる小目標に書き換えた例。

広い願い	観察できる小目標	試す場面	指導者に頼む確認
「循環器を学ぶ」	胸痛患者で重要な病歴と初期評価を整理し、上級医に自分の考えを説明する	胸痛で受診・入院した担当患者	抜けていた病歴や評価を一つ指摘してもらう
「発表がうまくなりたい」	最初の一文で依頼を言い、判断に要る情報だけで症例を提示する	回診・カンファレンスでの提示	「最初の一文で依頼を言えていたか」「要らなかった情報はどれか」を尋ねる
「患者説明に慣れたい」	説明に同席し、患者の理解を確かめる言葉を一つ使ってみる	検査・治療の説明への同席	理解の確かめ方について具体的な助言をもらう



図 8.1　仮想の入院経過に置く学習上の問い。診療上の判断は担当チームの指示に従う。

8.2 担当患者の経過を追う

一人の患者を入院から退院・転院まで追うと、診断名より「情報が増えるたびに何が変わったか」が残る。見学で終わらせないために、毎日一つだけ問う。昨日の判断から何が変わったか。この結果はどの仮説を支持し、何を除外しないか。次の担当に残す不確実性は何か。答えを思いついても自分だけで方針を変えず、上級医へ持ち込む。

救急外来や一般外来で診た患者も、許可された範囲で後から記録を見返すと、初診の見立てがどう扱われたかが分かる。担当外の記録を開く時は施設の閲覧ルールに従う。

次の図は治療アルゴリズムではなく、経過を追う時の学習上の問いを並べた仮想例である。症状の評価や治療の決定は担当チームの指示に従う。

患者経過が予想と違う方向へ進んだ時は、学びが一番大きい。「最初の見立てが誤りだった」と急いで結論せず、下の型で時点ごとに並べる。個人の責任探しではなく、チームの診療を振り返る目的で指導者と話す。

QUICK REFERENCE
症例振り返りテンプレート

(1) 入院時の見立て：最重要の問題と根拠
(2) その時手元にあった情報／なかった情報
(3) 変化点：見立て・計画が変わった日と、変えた情報
(4) 別の判断ができたとしたら、何がいつあれば
(5) 退院時の残課題：誰に何を引き継いだか
(6) 次の患者で早めに確かめること（1つ）

制度上も、経験すべき症候や疾病・病態は、日常業務で作る病歴要約などで確認するとされる。要約には病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プランなどを含め、患者を同定できない形で残す。上の型の1・3・5は、そのまま要約の骨組みになる。様式や提出方法、PG-EPOCなど記録システムの使い方は施設ごとに異なる。[1, 2]

記録の型や症例提示の組み立ては記録とプレゼンの章、未完了業務の追い方は病棟業務の章に任せる。

8.3 フィードバックを次の行動に変える

「今日の発表はどうでしたか」と聞くと、「よかったよ」で終わりやすい。見てほしい一つの行動を先に言えば、指導者も答えやすい。自分の評価と指導

表 8.4　広い頼み方と、行動を示す頼み方の例。

広い頼み方	行動を示す頼み方
「何か改善点はありますか」	「今朝の報告で、状態変化を先に言えていたか見てください」
「プレゼンどうでしたか」	「鑑別を 3 つに絞った理由が伝わったか教えてください」
「もっと勉強します」	「明日の新規入院で、検査を出す前に自分の問いを一文で伝えます」

者の観察が食い違ったら、どの発言や所見からそう受け取ったかを尋ねる。理由が分かると、再現したい行動と変えたい行動を選べる。

制度の側では、研修医評価票によるローテーションごとの評価と、プログラム責任者・研修管理委員会委員による形成的評価（フィードバック）を少なくとも年 2 回行うことが定められている。これは日々の助言を年 2 回に限るという意味ではない。研修評価は評価票の記入で終わらせず、次の目標の材料にする。[2]

評価票は医師だけでなく医師以外の医療職も記載する仕組みである。看護師や薬剤師に「指示の出し方で困ったことはなかったか」と聞くと、医師の視点では見えない改善点が出てくる。[1, 2]

QUICK REFERENCE
指導医へのフィードバック依頼

表 8.3

いつ	言い方の型
事前（朝・提示の前）	「今日の○○で、△△ができているか見ていただけますか」
直後（数分で）	「△△はどうでしたか。一つ直すならどこですか」
次の機会の後	「前回の助言どおり□□に変えました。変わっていましたか」
職種を変えて	「指示や連絡で困ったことはありませんでしたか」

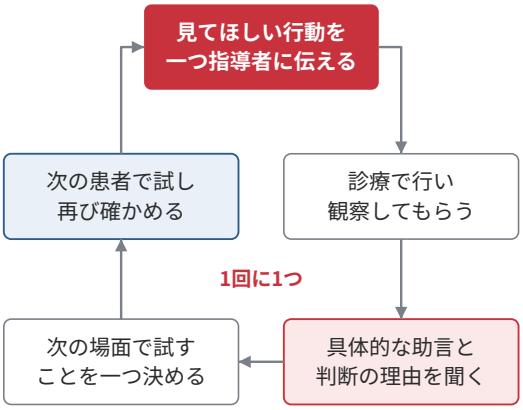


図 8.2　観察・助言・次の試行をつなぐ循環。評価の時期と書式は所属プログラムの案内に従う。

8.3.1 次の患者で試し、もう一度助言を得る

助言は全部一度に直そうとしない。次の患者で試す行動を一つに絞り、試したら同じ指導者にもう一度見てもらう。うまくいかなければ、能力だけを責めず、時間や情報の条件も見直す。記録するなら「よかった」「不十分」といった評価語ではなく、場面・観察された行動・次に試すことを短く残す。共有する時は、患者を特定できる不要な情報を含めない。[1, 2]

診た直後に短く振り返る型は、一般外来で特に回しやすい。2024 年度版の指導ガイドラインは一般外来研修の方略例として、研修医が診察した患者を指導医に報告し、診療終了後に指導医と振り返り、指導内容を診療録に記載する形を示している。この型は病棟や救急でもそのまま使える。[1]

厳しい指摘に納得できない時は、その場で反論を組み立てるより、観察された事実を確かめ、後で自分の記録と照らす。受け止め方や指導の方法そのものに困ったら、プログラム責任者やメンターなど別の窓口を使ってよい。指導体制には、指導医・上級医のほか、プログラム責任者、研修管理委員会、医師以外の指導者、メンターなどの役割が整理されている。[1]

8.4 勤務後の短い省察

長い反省文は要らない。記憶が新しいうちに、事実・判断・結果を分けて数行。後から知ったことを、

表 8.6　到達目標で扱われる領域と、病棟で観察しやすい行動の例（右列は本書の提案）。

到達目標で扱われる領域の例	病棟での観察しやすい行動の例
臨床推論・問題対応	新規入院で鑑別を挙げ、検査を選ぶ理由を説明する
診療記録	事実と解釈を分けて経過を書き、変化点を残す
コミュニケーション	患者・家族への説明に同席し、理解を確かめる言葉を学ぶ
チーム医療・安全管理	指示の意図を他職種に伝え、報告・連絡・相談を遅らせない
生涯学習	疑問を一つ調べ、次の患者で使えたか確かめる

当時知っていたかのように書き換えない。疲れ切った日は翌朝の相談事項を一行だけでよい。患者名やIDは書かず、施設が認める場所に残す。

> **場面**：夕方の発熱の報告を受けた（事実）**その時の判断**：感染を第一に考え、上級医へ相談した（判断）**その後**：上級医は薬剤性も挙げた。自分は薬歴を確認していなかった（結果）**次に試すこと**：発熱の報告を受けたら、相談前に直近の投薬変更を確認する

この例の医学的判断は仮想であり、実際の評価手順は担当チームと各実務章に従う。

同じ種類のつまずきは、一回ごとのメモでは見えない。そこで「弱点ログ」を一枚だけ別に持ち、省察の中で繰り返しそうなものだけを移す。3回目の記入があった項目は、次の目標か指導者への頼みごとの候補になる。

QUICK REFERENCE
自分の弱点ログ

表 8.5

列	書く内容（1行）
日付・場面	例：夜の報告、新規入院
つまずき	例：薬歴を見ずに相談した
回数	正の字で足す
次の対策	行動で1つ
確かめた人	指導医・同期・他職種

8.4.1 週に一度、数分で見返す

毎日のメモは断片なので、週に一度だけ束ねる。決まった曜日の短い時間に固定した方が続く。長時間勤務の後に省察を積み増すより、勤務時間や体調を優先し、負担が大きい時は相談する。[1]

QUICK REFERENCE
週1レビューシート

(1) 目標に近い経験：今週 ___ 回（場面を1つ書く）
(2) 弱点ログで増えた項目
(3) もらった助言と、試した結果
(4) 目標を書き換えるか（大きすぎ／機会なし）
(5) 来週、指導者に見てほしい場面を1つ
(6) 経験したが未記録の項目はないか

目標は評価のための約束ではなく、学びの向きを決める道具なので、合わなければ書き換えてよい。

8.5 制度の到達目標と現場の経験をつなぐ

到達目標には、プロフェッショナリズム、医学知識と問題対応、診療技能、コミュニケーション、チーム医療、医療の質と安全、生涯学習などが含まれる。評価は知識試験だけでなく、一般外来・病棟・初期救急・地域医療など基本的診療業務の経験を含めて行う。[1, 2]

版の区別が要る。医師臨床研修指導ガイドライン2024年度版（2024年12月一部改訂）は、到達目標の構成や評価の実務、PG-EPOCの概要を詳しく解説しており、読み物として役立つ。一方、厚生労働省の臨床研修制度のページには、2026年3月31日に一部改正された施行通知と、別添「臨床研修の到達目標、方略及び評価」、改正概要、新旧対照表が掲載されている。制度要件はまず改正後の一次資料で確かめ、ガイドラインの解説は食い違わない範囲で使う。[1, 2, 33]

右の列は本書の提案で、公式の評価項目そのものではない。評価票の項目と水準は改正後の公式文書と自施設の評価方法で確認する。[2]

必修分野の週数も版を分けて読む。旧版にあたる2024年度版指導ガイドラインは、研修期間を原則として2年間以上とし、内科24週以上、救急12週以上、外科・小児科・産婦人科・精神科・地域医療を各4週以上（これら5分野は8週以上が望ましい）、一般外来4週以上（8週以上が望ましい）と解説してい

表 8.7　制度上の到達目標・施設の研修計画・個人の短期目標の違いと確認先。施設ごとの運用は院内手順で確認する。

層	何を定めるか	どこで確かめるか	相談先
制度上の到達目標	研修修了時に目指す水準と評価の枠組み	厚生労働省の現行の施行通知と到達目標（改正の時点を確認）	研修管理部門・プログラム責任者
施設の研修計画	ローテーションの順番、必須経験の時期、評価の方法と書式	自施設のプログラム案内・評価システム	プログラム責任者・研修管理委員会
個人の短期目標	このローテーションで今週試す、観察できる行動	日々の診療と指導者の観察	指導医・上級医、メンター

る。[1] 2026 年 3 月 31 日改正後の別添でも、研修期間は原則として 2 年間以上、必修分野の週数は同じ数値で記載されており、地域医療は原則として 2 年次に行うとされている。[2, 33] 各分野を何年次に、どの順序で、どの施設で回るかはプログラムごとに異なる。配属表を見る時は、「必修を満たすか」だけでなく「その期間に何を学ぶか」を初日のテンプレートにつなげる。

8.5.1 経験機会が足りないときは相談する

未経験に気づいたら、まず記録と評価システムで本当に未経験かを確かめる。「やったはず」「まだ足りない」を記憶で決めない。相談では「この症例がありません」で止めず、どの到達目標に関係するか、近い経験はあったか、残りの配属のどこで機会がありそうかまで添える。代替の方法や時期は施設と指導者が決める。特定施設のやり方を全国標準として語らない。[1, 2, 33]

評価は、ローテーション終了時の評価、少なくとも年 2 回の形成的評価、2 年間の研修終了時の研修管理委員会による評価という流れで定められている。未経験に早く気づけば、形成的評価の場で計画を直せる。後半にまとめて探すより、各ローテーションの最終日に一度確かめる方が負担は小さい。選択期間を決める時も、この棚卸しと本人の関心を並べてプログラム責任者と相談する。[2]

必須経験が足りないと気づいたら

仮想の場面：ローテーションの終わりに評価システムを見返すと、ある症候の経験がまだ記録されていなかった。

- **事実**：どの項目が未経験か。経験したが記録していないだけではないか
- **目標**：公式の到達目標ではその項目をどう表しているか
- **相談先**：指導医か研修管理の担当者。代替の機会やシミュレーションがあるか
- **次の機会**：残りの配属のうち、出会えそうな部署と時期（院内の案内で確認）

8.5.2 次の部署へ持ち越す

最終日は、患者の引継ぎとは別に、自分の学習の引継ぎを作る日だ。前の指導者のコメントで繰り返し出た点は、そのまま次の目標にしてよい。科が変わっても、報告の組み立て、経過の追い方、相談のタイミングは持ち越せる。次の指導者への一言は、この程度の短さで足りる。

> 「前の科では、入院時の問題リストの優先順位づけを練習しました。経過の変化点を報告で先に言うことはまだ不安定です。ここでは、新規入院の報告を一度聞いていただき、優先順位の説明に助言をいただけますか」

ローテ最終日のチェックリスト

- □ 評価システムで経験済み項目を確かめ、未記録分を入力した
- □ 未経験・不確かな項目を到達目標の言葉で書き出し、相談先を決めた
- □ 病歴要約など提出物の期限を確かめた（様式は院内の案内で）
- □ 評価票・コメントを読み返し、繰り返し指摘された点を弱点ログへ移した
- □ できるようになったこと／まだ不確かなこと／次に試すことを 1 つずつ書いた
- □ 次の指導者に観察してほしい場面を一文にした
- □ 未解決の疑問と、誰に聞くかを決めた

次の一歩

- □ 次の初日に、5 分テンプレートと 3 行の目標を持って行く
- □ 担当患者 1 人を選び、症例振り返りテンプレートで経過を追う
- □ 助言を一つ選んで次の患者で試し、同じ指導者にもう一度確かめる

参考文献

引用文献

[1] 厚生労働省研究班, 厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室. 医師臨床研修指導ガイドライン―*2024* 年度版―. 医師臨床研修指導ガイドライン, 厚生労働省, 2024 年 12 月. https://www.mhlw.go.jp/content/001364766.pdf (参照 2026 年 9 月 29 日).

[2] 厚生労働省. 臨床研修の到達目標、方略及び評価. 厚生労働省 医師臨床研修関連資料, 厚生労働省, 2026 年 3 月 31 日. https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001681348.pdf (参照 2026 年 9 月 29 日).

[3] American Medical Association. *AMA Code of Medical Ethics*. AMA Code of Medical Ethics website, American Medical Association, 日付なし. https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/code-medical-ethics-overview (参照 2026 年 9 月 29 日).

[4] 厚生労働省. 医師の働き方改革. 厚生労働省 健康・医療, 厚生労働省, 日付なし. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/ishi-hatarakikata_34355.html (参照 2026 年 9 月 29 日).

[5] 厚生労働省. 診療情報の提供等に関する指針. 厚生労働省 医療審議会資料, 厚生労働省, 日付なし. https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/06/s0623-15m.html (参照 2026 年 9 月 29 日).

[6] Agency for Healthcare Research and Quality. *Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety*. AHRQ Patient and Family Engagement, Agency for Healthcare Research and Quality, 日付なし. https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/resource/guide.html (参照 2026 年 9 月 29 日).

[7] 厚生労働省. 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第 *7.0* 版（令和 *8* 年 *6* 月）. 厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会, 厚生労働省, 2026 年 6 月. https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.html (参照 2026 年 9 月 29 日).

[8] Agency for Healthcare Research and Quality. *TeamSTEPPS 3.0*. AHRQ TeamSTEPPS Program, Agency for Healthcare Research and Quality, 日付なし. https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html (参照 2026 年 9 月 29 日).

[9] 一般社団法人 日本蘇生協議会. *JRC* 蘇生ガイドライン *2025*. JRC 日本蘇生協議会, 一般社団法人 日本蘇生協議会, 2025 年 10 月 22 日. https://www.jrc-cpr.org/jrc-guideline-2025/ (参照 2026 年 9 月 29 日).

[10] Laura Evans, Andrew Rhodes, Waleed Alhazzani, et al. *Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021*. Critical Care Medicine, 49(11), e1063–e1143, Society of Critical Care Medicine, 2021 年 11 月. https://www.sccm.org/clinical-resources/surviving-sepsis-campaign-guidelines-2021 (参照 2026 年 9 月 29 日).

[11] 一般社団法人 日本集中治療医学会. ガイドライン・指針等 | 日本集中治療医学会. 日本集中治療医学会 機関誌・刊行物, 日付なし. https://www.jsicm.org/publication/guideline.html (参照 2026 年 9 月 29 日).

[12] 日本集中治療医学会, 日本救急医学会. 日本版敗血症診療ガイドライン *2024* 初期治療とケアバンドル. 日本版敗血症診療ガイドライン 2024, 日本集中治療医学会・日本救急医学会, 2024 年. https://www.jaam.jp/info/2024/files/bundle.pdf (参照 2026 年 9 月 29 日).

[13] 日本集中治療医学会・日本救急医学会合同委員会. 「日本版敗血症診療ガイドライン *2024 (J-SSCG2024)*」正式版 公開のお知らせ. 日本救急医学会 お知らせ, 日本救急医学会, 日付なし. https://www.jaam.jp/info/2024/info-20241118.html (参照 2026 年 9 月 29 日).

[14] 日本集中治療医学会, 日本救急医学会. 日本版敗血症診療ガイドライン *2024* 付録（*CQ2-3* 掲載 *PDF*；複数 *CQ* 収録）. 日本版敗血症診療ガイドライン 2024 付録, 日本集中治療医学会・日本救急医学会, 2024 年. https://pre.jaam.jp/info/2024/files/J-SSCG2024_CQ2-3.pdf?v=20240821 (参照 2026 年 9 月 29 日).

[15] 厚生労働省 健康・生活衛生局 感染症対策部 感染症対策課. 抗微生物薬適正使用の手引き 第四版 医科・入院編. 抗微生物薬適正使用の手引き 第四版, 厚生労働省, 2026 年 1 月 16 日. https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001630904.pdf (参照 2026 年 9 月 29 日).

[16] 厚生労働省医薬食品局血液対策課. 「輸血療法の実施に関する指針」（改定版）. 厚生労働省 血液事業の情報ページ, 厚生労働省, 2005 年 9 月. https://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/iyaku/kenketsugo/5tekisei3a.html (参照 2026 年 9 月 29 日).

[17] 日本腎臓学会. *CKD* 診療ガイド *2024* 第 *12* 章「薬物療法の注意」. CKD 診療ガイド 2024, 日本腎臓学会, 2024 年. https://cdn.jsn.or.jp/data/gl2024_ckd_ch12.pdf (参照 2026 年 9 月 29 日).

[18] 日本腎臓学会. 「*CKD* 診療ガイド *2024*」「患者さんとご家族のための *CKD* 療養ガイド *2024*」刊行のお知らせ. 日本腎臓学会 医療従事者向けニュース, 一般社団法人 日本腎臓学会, 2024 年 12 月 2 日. https://jsn.or.jp/medic/newstopics/formember/ckd2024ckd2024.php (参照 2026 年 9 月 29 日).

[19] 日本腎臓学会. *CKD* 診療ガイド *2024*. 日本腎臓学会, 日本腎臓学会, 2024 年 7 月 10 日. https://cdn.jsn.or.jp/medic/guideline/pdf/guide/viewer.html?file=1-178_v3.pdf (参照 2026 年 9 月 29 日).

[20] 平成 29 年度厚生労働科学特別研究「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の策定に関する研究」班, 研究代表者：土屋文人. 「医薬品の安全使用のための業務手順書」作成マニュアル（平成 *30* 年改訂版）. 厚生労働科学特別研究成果, 厚生労働省, 2018 年 5 月. https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000903657.pdf (参照 2026 年 9 月 29 日).

[21] 日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン 2024 作成委員会. 成人肺炎診療ガイドライン *2024*. 日本呼吸器学会 ガイドライン, 株式会社メディカルレビュー社, 2024 年. https://www.jrs.or.jp/publication/jrs_guidelines/20240319125656.html (参照 2026 年 9 月 29 日).

[22] 厚生労働省. 薬剤耐性（*AMR*）対策. 厚生労働省 感染症情報, 日付なし. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000120172.html (参照 2026 年 9 月 29 日).

[23] 日本老年医学会. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン *2025*. 日本老年医学会 刊行物, 株式会社メジカルビュー社, 2025 年 7 月. https://jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/guideline_koreisha_sdt_2025.html (参照 2026 年 9 月 29 日).

[24] American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. *16. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Care in Diabetes—2026*. Diabetes Care, 49(Supplement 1), S339–S355, American Diabetes Association, 2025 年 12 月 8 日. https://doi.org/10.2337/dc26-S016 https://diabetesjournals.org/care/article/49/Supplement_1/S339/163925/16-Diabetes-Care-in-the-Hospital-Standards-of-Care (参照 2026 年 9 月 29 日).

[25] 厚生労働省. 医療安全施策にかかる説明資料. 厚生労働省 医療安全対策, 厚生労働省, 日付なし. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/newpage_75097.html (参照 2026 年 9 月 29 日).

[26] 厚生労働省. 医療事故情報収集等事業について. 厚生労働省 医療安全対策, 日付なし. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_22786.html (参照 2026 年 9 月 29 日).

[27] 厚生労働省. 法令・通知等（医療安全対策）. 厚生労働省 医療安全対策, 日付なし. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03125.html (参照 2026 年 9 月 29 日).

[28] 厚生労働省. 院内感染対策について. 厚生労働省 医療政策, 日付なし. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21747.html (参照 2026 年 9 月 29 日).

[29] World Health Organization. *Patient Safety*. WHO Integrated Health Services / Patient Safety, World Health Organization, 日付なし. https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety (参照 2026 年 9 月 29 日).

[30] World Health Organization. *Infection prevention and control*. WHO Integrated Health Services / Infection prevention and control, World Health Organization, 日付なし. https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control (参照 2026 年 9 月 29 日).

[31] Centers for Disease Control and Prevention. *CDC's Core Infection Prevention and Control Practices for Safe Healthcare Delivery in All Settings*. CDC Infection Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2025 年 6 月 23 日. https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/core-practices/index.html (参照 2026 年 9 月 29 日).
[32] 日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン委員会. 高血圧管理・治療ガイドライン *2025*. 日本高血圧学会 出版物案内, 特定非営利活動法人 日本高血圧学会, 2025 年. https://jpnsh.jp/guideline.html (参照 2026 年 9 月 29 日).
[33] 厚生労働省. 医師法第 *16* 条の *2* 第 *1* 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について（令和 *8* 年 *3* 月 *31* 日一部改正）. 医師臨床研修制度のホームページ／関係法令・通知等について, 厚生労働省, 2026 年 3 月 31 日. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000081052_00019.html (参照 2026 年 9 月 29 日).