

**研修医に対する安全管理体制について  
(問題点及びその改善策)**

**平成16年2月**

**国立大学医学部附属病院長会議**

**常置委員会**

## 研修医に対する安全管理体制について (問題点及びその改善策)

平成 16 年度から卒後臨床研修必修化が実施されるのを踏まえ、各国立大学病院では指導體制の整備等が進められている一方、最近研修医が関連した医療事故の発生も報道されており、研修医に対する安全管理教育の強化が求められている。

このような状況において、国立大学医学部附属病院長会議常置委員会（以下、「常置委員会」という。）に設けられた医療安全管理体制問題小委員会（以下、「小委員会」という。）では、平成 15 年 10 月に各国立大学病院に対して、「研修医に対する安全管理体制についてのアンケート調査」を実施した。このアンケート調査結果（資料 1）を基に、国立大学医学部附属病院医療安全管理協議会で研修医に対する安全管理体制の問題点と改善策が検討され、平成 15 年 12 月 5 日開催の小委員会及び常置委員会に「卒後臨床における医療安全管理に関する報告」（資料 2）が提出された。本報告書を基に小委員会で検討を行い、「研修医に対する安全管理体制について（問題点及びその改善策）」としてとりまとめたものが本提言である。

提言は、アンケート調査結果や各国立大学病院から出された課題を 研修医の指導體制について、 卒後臨床研修プログラムについて、 研修医が単独で行い得る医療行為（特に処方、処置）に関する基準について、 医師の指示、カルテの記入方法について、 の 4 項目にとりまとめて問題点及び改善方策を示している。

各国立大学病院におかれては、この提言を参考としつつ、研修医の安全管理体制の整備、及び教育研修体制の充実に努めていただきたい。

### 1. 研修医の指導體制について

#### (1) 問題点

- ・ 診療科によって略称や医師の呼称が異なる場合があり、研修医がローテイトにより診療科が変わった際など間違いが生じやすい状況が見られる。
- ・ 研修医が日々の診療において治療方法などの細かい相談ができる体制が十分ではない状況が見られる。
- ・ 研修医に対する責任ある指導體制が確立されていないことが見受けられる。
- ・ 年度の途中に採用された指導医が当該大学病院の指導體制や指導内容・研修プログラムなどを熟知していないことが見受けられる。

#### (2) 改善方策

各国立大学病院においては、卒後臨床研修必修化に対応するための組織の整備が進められ、研修医の教育・指導體制に関する検討を行うための委員会や、研修医の管理や評価、協力病院との連絡調整等を行う卒後臨床研修センター等が設置されている。

研修医による医療事故の防止を進めるためには、研修医に対する医療安全管理の教育・研修・指導の体制充実の確立を図る必要があるが、既に各国立大学病院に設置されている医療安全対策室と卒後臨床研修センターが密接な連携を図りながら研修医指導体制に関する病院ポリシーの策定や研修医に対する情報受発信機能を担うことが必要である。特に、研修医が臨床研修を行うにあたっては、医療安全管理に関する教育を事前に行うことが必要である。

例えば、研修医が単独で行ってよい処置の内容や、研修医が薬剤の処方を行う際に指導医による確認が必要となることなどを徹底させることは、医療の安全性の向上のみならず、研修医に対する臨床指導にとっても重要なことである。

指導医の要件等については、厚生労働省が指定基準の中で示しているが、各国立大学病院においても明確に定める必要がある。その際、リスクマネジメント研修の受講を指導医の要件とするなど医療安全に関する内容や、倫理についての研修の受講も指導医の要件とするべきである。特に、研修医の指導に対して本来責任を負えない立場の大学院生や研究生を指導医としないようにするべきである。また、年度の途中に採用された医師（特に指導医）に対する院内の医療安全管理体制、病棟業務のルールなどの教育を採用時に義務づけることが必要である。

また、研修医の指導に必要な時間を十分に確保できるよう、指導医の業務分担への配慮や、指導医に対する適正な評価を行うことも必要である。

診療科によって指導を行う医師の呼称や医療用語について、各診療科固有の呼び方があると思われるが、研修医の指導体制を病院全体として確立させるためには、統一された表現を用いることが必要である。

また、診療科や病棟における診療上の手順が異なっている場合もある。このことは、医療安全管理上の問題だけでなく、慣れるまでに時間がかかり、ローテイトの障害になるなど教育研修体制上の問題にもなるので、病院内での診療上の手順の標準化にも取り組む必要がある。

研修医への指導は、カンファレンスへの参加や患者への治療における日々の指導等様々である。指導医が常に研修医と共に診療にあたることは現状では困難と思われるので、患者の主治医や研修医の担当指導医がいない場合でも、研修医が恒常的に診療や病棟業務に関する相談ができるように指導担当医師を各病棟で定め、常に連絡可能な状態を維持する体制が必

要である。

なお，看護師や医療技術職員を含めたコミュニケーションの向上やチーム医療の強化にも配慮すべきである。

## 2．卒後臨床研修プログラムについて

### (1) 問題点

- ・ 研修医に対するオリエンテーション等は講義が中心で，基本的な知識や技術に関する教育が含まれていない場合が多い。
- ・ 卒後臨床研修マニュアルには，病院全体の共通部分（医療安全管理等）がなく，診療科単位のをファイルしているにすぎないものが多い。
- ・ 到達度の評価の実施が診療科単位に行われており，病院としての方針が打ち出されていない。

### (2) 改善方策

卒後臨床研修プログラムの策定にあたっては，全体観を持って作成し，病院全体の共通部分や，具体的な到達度の評価項目を盛り込むことが必要である。

また，病態・診断・治療等に関する医学教育だけでなく，実践的かつ基本的な知識や技術（胃チューブ挿入の仕方や人工呼吸器の使用方法等）に関する臨床研修を行うことが不可欠である。特に医療安全管理，包括医療等の保険医療制度等についての実践研修も取り入れるべきである。その他，患者とのコミュニケーション不足からトラブルが発生することもあり，面接・接遇の研修やインフォームド・コンセントの取得方法も重要な研修項目とすべきである。

なお，研修医の評価においては，医療安全に関する評価も重視するべきである。

## 3．研修医が単独で行い得る医療行為（特に処方，処置）に関する基準について

### (1) 問題点

- ・ 研修医が単独で行い得る処方，処置などの医療行為に関しては，診療科単位の基準は作成されているが，病院全体としての基準が設けられていない。
- ・ 研修医が単独で行ってよい行為，指導医によるチェックや指導が必要な行為に関する基準が明文化されていない。
- ・ 本来，指導医のチェックが必要であるにもかかわらず，チェックがなくても実施できる実態がある。

## (2) 改善方策

研修医が単独で行ってよい指示や処置の基準，指導医と共に行うべき処置について，個々の研修医で知識・技術に差があるため一律に明文化することは困難とする意見も聞かれる。また，研修医は指導医の監督の下で指示や処置を行うべきであり，各診療科の基準を特に設けていないとするところもある。しかし，このような状況では，指導医によって，指導内容や処置のルールが変わることになり，安全管理上だけでなく，病院全体として確立された研修を行う上でも支障が出てくると考えられる。

研修医の行い得る医療行為に関しては，研修医が単独で行ってよいものと，研修医が単独では行っていけないもの（ア.薬剤の処方等，事前に指導医の確認を得て行うもの，イ.指導医の立ち会いの下に行うもの）に区別し，基準を明文化（資料 3）するとともに，その徹底した運用が必要である。

また，研修医が行った処方等に対する指導医のチェックについても，十分に確認ができるような体制整備が必要である。特に危険性の高い薬剤を研修医が処方する際の確認のルールを明確にしなければならない。必要に応じ，指導医のチェックが確認できない場合には，処方を行わない等の対策を講じることも考えられる。

## 4. 医師の指示，カルテの記入方法について

### (1) 問題点

- ・ 指示の出し方，カルテの記入方法は診療科によって異なっていることが見受けられ，病院全体として指示の出し方，カルテの記入方法の統一や必要な研修が行われていないところが見受けられる。

### (2) 改善方策

輸液の単位が明確でないため投与量を間違え，医療事故になった報告もあり，指示情報を正確に伝えるための方法や診療関連記録の記載方法のルール化を図り，診断の根拠となる情報や臨床経緯，結果等について十分な記載が行われるようにしなければならない。さらに帳票類の様式及び運用について院内での統一が必要である。

これらのことは研修医に対する教育だけでなく，指導医を含めた病院全体の問題として捉えられるべきである。「平成 14 年度医療事故防止のための相互チェック報告書」でも，診療記録の記載方法については十分な改善が見られず，教育・研修の強化が早急に望まれる。

また，指導医は診療記録の記載方法についても，研修医に対して指導する立場にあることを改めて認識する必要がある。

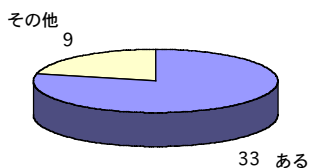
最後に、今回のアンケート調査で多くの大学から寄せられた意見として、指導医及び研修医のマンパワー不足による過重な勤務体制があげられている。ヒューマンエラーを防ぐためには、このような労働条件の改善や、診療体制の改革にも取り組んでいく必要がある。

## **5 . おわりに**

国立大学病院には患者の安全確保、医療事故の防止、医療の質の向上を目指し、患者が満足できる医療を提供することが求められており、研修医の指導体制も含め、医療安全管理体制の確立に向け、地道な努力を続けていかなければならない。

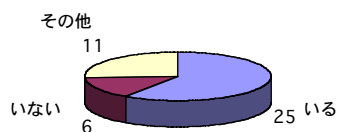
## 1) 研修医の指導体制の充実

1) ①臨床に出る前に、必要な医療技術の研修の機会がある。



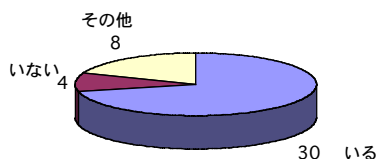
- ・診療科単位で実施、病院としては実施していない。
- ・診療科毎に要求される最低限の医療技術レベルが異なると考えられ、各診療科の判断による研修としている。
- ・診断学実習及び（研修医）採用者ガイダンスで、問診や視触診、蘇生法、コンピュータ入力等卒前・卒後を通じた研修を行っているが不十分である。
- ・現行ではオリエンテーションを施行しているが、講義が中心で医療技術については実技は伴っていない。

1) ②カルテの記入方法、指示の出し方についての病院内で統一された研修が行われている。



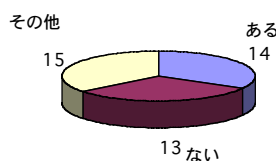
- ・記入方法、指示の出し方が診療科によって異なるため、最大公約数的なことしか指導できない。
- ・指導する側が指導を受けた経験がなく、病院側にも改革に対するポリシーを示していない。指導は指導医に巻かされており、診療科の特殊性もあいまって、統一されていない。
- ・カルテの記入方法については安全管理指針に記載はされているが、大まかな記載だけで、統一された目標が不明瞭である。指示の出し方は各病棟で若干の違いがある。

1) ③それぞれの研修医の知識、技術の習得程度について管理者は把握している。



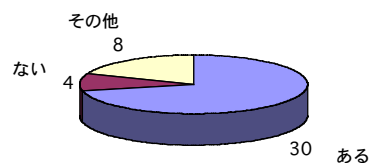
- ・研修医の管理が医局・診療科単位に行われており困難。
- ・研修（セミナー・研究会など）の到達度は現場の各々の指導者に任せられている。各自で到達度を直接管理者が見て試すことは体制として不可能。
- ・極端に問題のあるケースなどについては適宜把握されているが、各研修医レベルにおいて評価するための一定の基準やチェックリストは必ずしも設けられていない。
- ・研修期間中に習熟すべき知識、技術のリストを渡し、自己評価を行いつつ、直接の指導医は研修医の習熟度を把握している。しかし、指導医が習熟度を把握するには研修期間が短すぎるとの意見も多い。

1) ④研修医が単独で指示や処置を行ってよい研修医の知識レベルに対する基準がある。



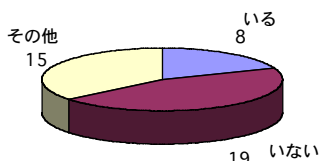
- ・診療科単位ではあるが、病院としてはない。
- ・研修医は指導医の監督のもとで指示や処置を行うべきであり、各診療科の基準を特に設けていない。
- ・到達目標は指導医に任されている。知識レベルで区別するのではなく、研修期間に応じて行ってよい処置等を決めている。
- ・ほとんどの医療行為（採血を除く）が指導医と共に行われているため、基準はない。
- ・指導医が判断して実施している。
- ・研修医ごとの経時的なレベル評価は行っていない。また、レベルごとの基準はない。

1) ⑤研修医の行う医療行為に対して、指導医がチェックするルールがある。



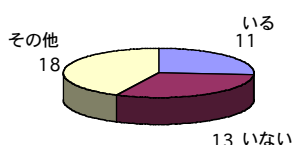
- ・診療科、指導医の熱意によってルールが守られたり、あまり守られていないのが現状であり周知を図っている。
- ・各診療科により対応が異なるため、ルールを設けていない診療科がある。
- ・診察、点滴以外の医療行為は研修医は行わないので、指導医がチェックするルールは不要であるとの意見がある。

1) ⑥指導医と共に行うべき処置，研修医のみで行ってよい処置が明文化されている。



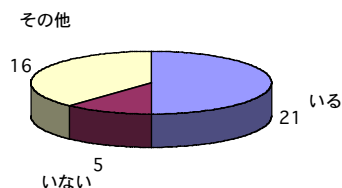
- ・常識と慣例に従って行われており，明文化はほとんどされていない。
- ・処置には常に上級医が付き添っている。特に外科領域では，研修医の能力によって研修医のみで行ってよいと判断する基準が異なるので，明文化は困難ではないだろうか。
- ・個々の研修医で知識・技術には大きな開きがあり，マンツーマンで指導する場合はおのずと基準もかわってくるので一律に明文化することは困難である。指導医の判断で出来る処置の可否を決定しており，侵襲的な処置の場合は，必ず指導医と共に行うようにしている。
- ・処置ごとに指導医がチェックし，次回から自己判断が可能かどうかを判断している。

1) ⑦研修医が処方変更や新たな処方を行う場合，必ず指導医がチェックを行い指導医のサインを確認して受けている。



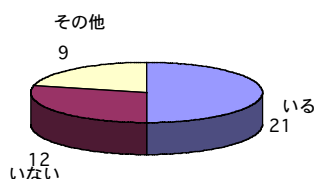
- ・チェックはするが，必ずしもサインは徹底されていない。
- ・実際の臨床の処方現場で，完全にマンツーマンで，つきっきりになるのは困難で科によって対応が異なる。
- ・オーダー入力であるためサインは不可能である。
- ・研修医が医師の責任として行ってよい。全部のカウンターサインは実務上不可能。
- ・処方箋上，指導医のサインの必要性の有無を確認することは困難である。

1) ⑧危険性の高い薬剤を研修医が処方する場合も同様の対応をしている。



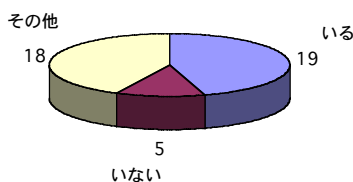
- ・抗癌剤等の薬剤を処方する場合は，指導医が必ず確認しているがサインはしていない。
- ・常時指導医が付き添って処方しているのでサインは行っていない。
- ・プロトコールを示して教えてはいるが，その後は，全て確認しているとは言い難い。また，指導医のサイン無しでは無効という取り決めはしていない。
- ・対応をしていない診療科は，変更のたびにサインをすることが不可能とか，危険薬剤を用いることがないなどの理由である。

1) ⑨危険性の高い薬剤が明文化されている。



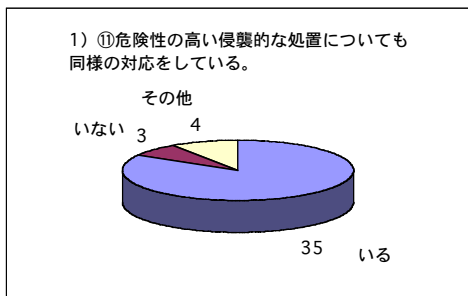
- ・体制がまだ整備されていない。しかし，コンピュータ入力に際してWARNINGが表示される。
- ・研修医は薬剤の処方全てを指導医の監督のもとで行うよう指導しているが，各診療科では基準を明文化していない。
- ・研修医が処方を行う場合，指導医がチェックを行うため明文化していない。
- ・項目は記載されているが，新しい薬剤の導入が頻繁であり，具体的薬剤名は記載されていない。

1) ⑩抗癌剤の注射等は，必ず指導医が立ち会って行っている。

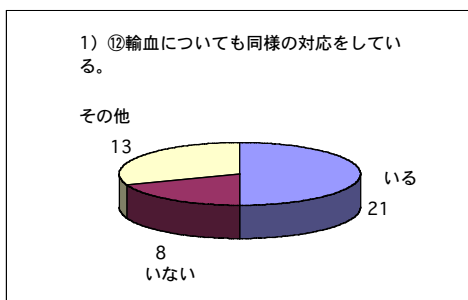


- ・診療科により事情が異なるが，指導医が立ち会えない場合でも，初期研修を終了した医師（3年目以上）が立ち会っている。
- ・研修医がミキシングを実施する際には，指導医とダブルチェックすることが決められているが，注射について必ずしも立ち会っていない。
- ・プロトコールに沿って，初回投与時には指導医が立ち会っているが，2回目以降は立ち会っていないところがある。
- ・最初の期間（3ヶ月）は指導医が毎回立ち会っているが，以降についてはマニュアルにより単独で行っている。

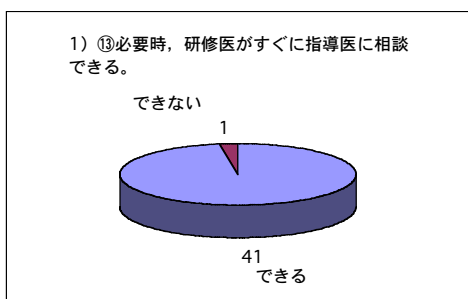




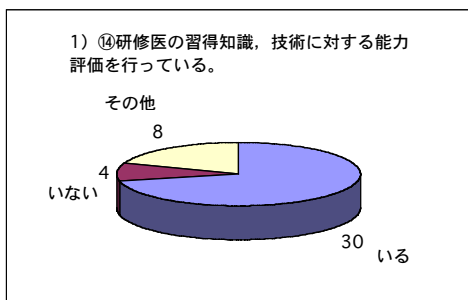
- ・科において対応が異なる。完全に指導医が付添うのはマンパワー的にも時間的にも困難。
- ・処置はほぼ立ち会っているが、回数を重ねると1年目の研修医と2年目の研修医の組み合わせで任せることもある。



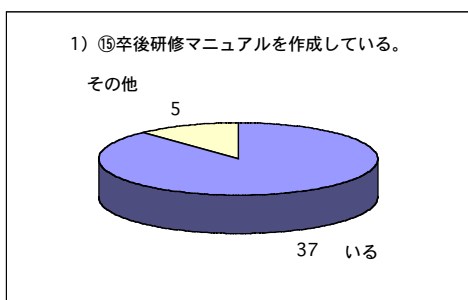
- ・少なくとも初回については指導医が立ち会っていると思われるが、ある程度慣れてくれば研修医のレベルで行うこともあり得る。
- ・ダブルチェックと慎重な対応をしている。輸血開始時、ベッドサイドでマニュアル通り5分経過するまで患者の状態観察を行っている部署は少ない。輸血追加時は、看護師のみで行っている部署もある。
- ・取扱マニュアルには複数人での確認が明文化されているが、指導医立会いの下には行われていない。
- ・輸血は実施しない、逆に輸血の多い診療科では全ての輸血に立ち会う時間がないなどの理由で立ち会わない診療科の方が多い。



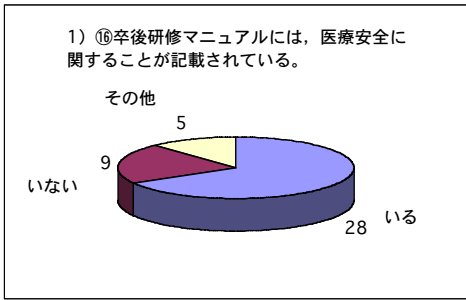
- ・チームを組む主治医は各患者ごとに異なっているので、直ちに連絡がつかない場合もある。



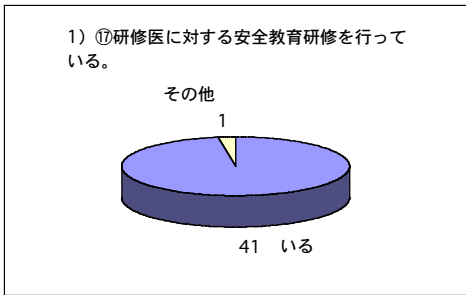
- ・病院全体としての客観的な評価基準が確立されておらず、各診療科で対応している。客観性に欠ける面は否めない。
- ・各々の知識・技術について一定の基準も設けられていない。まずはその評価方法が信頼性・一般性において満足行くレベルで確立されていることが重要であると思われる。
- ・危険性の高い侵襲的処置は、何度か実施させて立ち会って指導し、技術習得度を見極めていく。また、「自己評価、指導医評価」は、研修医評価表を使用して能力評価している。



- ・研修プログラムに合わせて、研修がスムーズに実施できる内容のマニュアルの作成を検討中。

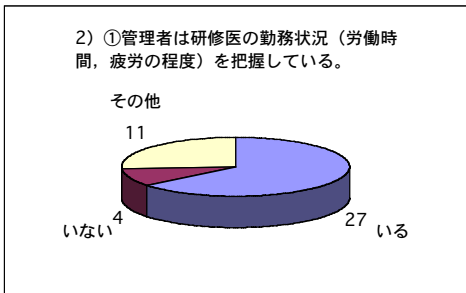


- ・卒後研修マニュアルには記載されていないが、臨床の場で指導している。病院としての「医療事故防止対策マニュアル」に総論・各論として明記されている。
- ・記載されていても少ない。また、リスクマネジメント・マニュアルにあるからということで卒後研修マニュアルには記載されていないところがある。

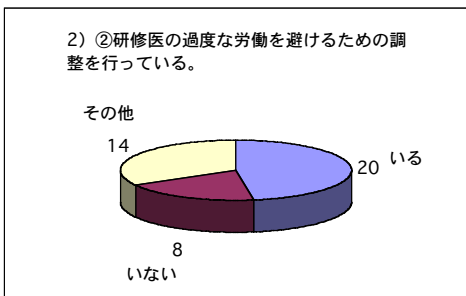


- ・研修開始時に行うオリエンテーション研修において、医師としての倫理、法制等の講習とともに行われている。また、研修をより効率的に進めるために、適宜、講習・討議の場が設けられている。

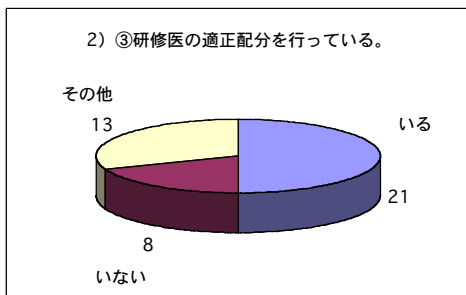
## 2) 研修医の実質勤務時間調査と健康維持体制



- ・現時点で研修医は各科に属しており、一括管理が困難。
- ・勤務時間については把握しているが、疲労の程度についての把握は困難である。
- ・労働と自己学習との区別が難しく、また疲労の様子はうかがえても正確に把握するのは困難と思われます。



- ・行っているが徹底されていない。研修医は、早朝から深夜まで働いて当然という指導医がまだ少ない。
- ・人員が少なく調整できない。
- ・ある程度の調整は可能である。しかし、病棟業務は研修医を含む医師全員の時間外ボランティア労働の上に成り立っており、暗黙の了解となっている。また、それなしには病棟が回らない仕組みになっている。



- ・研修プログラムによるため、適正配分は実施できない。
- ・研修医のほとんどがストレート研修であり、適正配分は難しい。必須化後は、適正配分となる予定である。
- ・いるだけの定員は適正配分しているが、絶対数は不足している。

平成15年12月 4日

国立大学医学部附属病院長会議常置委員会  
医療安全管理体制問題小委員会委員長  
東京大学医学部附属病院長 永井良三 殿

国立大学医学部附属病院医療安全管理協議会会長  
大阪大学医学部附属病院中央クリティカルマネジメント部部长  
武田 裕

### 研修医に対する安全管理体制の検討について（回答）

平成15年11月10日付けで依頼のありました標記のことについて、貴委員会が各国立大学病院に対してアンケート調査を実施され、取りまとめられた資料を基に、国立大学医学部附属病院医療安全管理協議会において検討し、別紙のとおり取りまとめたのでご報告いたします。

## 研修医の指導体制に関する問題点

平成 15 年 11 月

### 1. 研修医の指導体制

- ・ 指導的立場の医師の呼称が、診療科によって様々である。
- ・ 日々の診療の細かい相談ができる体制がない。
- ・ 本来、責任を負えない立場の大学院生や研究生等が指導医となっている。
- ・ 中途採用の指導医は、研修医の指導体制や内容を熟知していない。

### 2. 卒後臨床研修プログラム

- ・ オリエンテーション等は講義が中心で、基本的な知識や技術に関する教育が含まれていない。
- ・ 卒後臨床研修マニュアルは、病院全体の共通部分（医療安全管理など）がなく、診療科単位のもののみをファイルしているにすぎない。
- ・ 到達度の評価の実施が診療科単位に行われており、病院としての方針が打ち出されていない。

### 3. 研修医単独で行いうる医療行為（特に、処方、処置）に関する基準

- ・ 診療科単位の基準は作成されているが、病院全体としての基準がない。
- ・ 研修医が単独で行ってよい行為、指導医によるチェックや指導が不可欠な行為に関する基準が、明文化されていない。
- ・ 本来、指導医のチェックが必要であるにもかかわらず、チェックがなくても実施できる実態がある。

### 4. 医師の指示、カルテの記入方法

- ・ 指示の出し方、カルテの記入方法は診療科によって異なり、病院全体として統一されていない。

#### 参考資料

- ・ 平成 15 年度国立大学病院相互チェック「研修医に対する安全管理体制についてのアンケート調査票」。
- ・ 国立大学医学部附属病院長会議常置委員会. 医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて（提言）. 平成 13 年 6 月.
- ・ 国立大学医学部附属病院長会議常置委員会. 平成 14 年度医療事故防止のための相互チェック報告書. 平成 15 年 7 月.

## 卒後臨床研修における医療安全管理に関する報告

平成 15 年 11 月

1. 研修医の指導体制を病院全体として確立すること。とくに指導を行う医師の呼称は、病院全体で統一された表現を用いるべきである。
2. 臨床研修を担当する委員会は、研修医の教育・指導に関する病院全体の意思決定機関として機能し、卒後臨床研修センターは、事務的業務にとどまらず、研修医指導体制に関する病院ポリシーの策定や研修医に対する情報受発信機能を担うべきである。
3. 患者の主治医や研修医の担当指導医がいない場合でも、研修医が、恒常的に診療や病棟業務に関する相談ができるように、担当医師を各病棟等で定め、常に連絡可能な状態を維持することが必要である。
4. 研修医の指導に対して本来責任を負えない立場の大学院生や研究生を、指導医としないようにするべきである。また、中途採用医師（とくに指導医）に対する、院内の医療安全管理体制、病棟業務のルールなどの教育を採用時に義務づけることが必要である。
5. 卒後臨床研修マニュアルは全体観を持って作成し、病院全体の共通部分や、具体的な到達度の評価項目を盛り込む必要がある。
6. 研修医に対して、病態・診断・治療に関する教育だけでなく、実践的かつ基本的な知識や技術（人工呼吸器の使用方法等）に関する臨床研修を行うことが不可欠である。特に医療安全管理、保険医療制度（包括医療等）などの実践研修を特段に配慮すべきである。
7. 研修医の行う医療行為（特に、危険性の高い薬剤、輸血、侵襲的手技）については、研修医が一人で行ってよいもの、指導医の確認を要するもの、指導医の立会いのもとに行うものに区別し、基準を明文化するとともに、その徹底した運用が必要である。また、熟練度に関する評価（到達度）も必要である。
8. 医師の指示の伝達方法、診療関連記録の記載方法のルール化、帳票類の様式及び運用の院内統一化が必要である。
9. 研修医、指導医、診療担当医師及びコ・メディカルスタッフ間での互いのコミュニケ

ーションの向上、チーム医療の強化について具体的な方法を示し実践すべきである。

10. 研修医の評価において、医療安全管理関連項目を重視すべきである。

研修医が単独で行なってよい処置・処方基準

大学医学部附属病院における診療行為のうち、研修医が、指導医の同席なしに単独で行なってよい処置と処方内容の基準を示す。実際の運用に当たっては、個々の研修医の技量はもとより、各診療科・診療部門における実状を踏まえて検討する必要がある。各々の手技については、例え研修医が単独で行ってよいと一般的に考えられるものであっても、施行が困難な場合は無理をせずに上級医・指導医に任せる必要がある。なお、ここに示す基準は通常の診療における基準であって、緊急時はこの限りではない。

・診察

研修医が単独で行なってよいこと

- A．全身の視診、打診、触診
- B．簡単な器具（聴診器、打腱器、血圧計などを用いる全身の診察）
- C．直腸診
- D．耳鏡、鼻鏡、検眼鏡による診察

診察に際しては、組織を損傷しないように十分に注意する必要がある

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A．内診

・検査

1．生理学的検査

研修医が単独で行なってよいこと

- A．心電図
- B．聴力、平衡、味覚、嗅覚、知覚
- C．視野、視力
- D．眼球に直接触れる検査

眼球を損傷しないように注意する必要がある

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A．脳波
- B．呼吸機能（肺活量など）
- C．筋電図、神経伝導速度

2．内視鏡検査など

研修医が単独で行なってよいこと

- A．喉頭鏡

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A．直腸鏡
- B．肛門鏡
- C．食道鏡
- D．胃内視鏡
- E．大腸内視鏡
- F．気管支鏡
- G．膀胱鏡

### 3．画像検査

研修医が単独で行なってよいこと

- A．超音波

内容によっては誤診に繋がる恐れがあるため、検査結果の解釈・判断は指導医と協議する必要がある

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A．単純X線撮影
- B．CT
- C．MRI
- D．血管造影
- E．核医学検査
- F．消化管造影
- G．気管支造影
- H．脊髄造影

### 4．血管穿刺と採血

研修医が単独で行なってよいこと

- A．末梢静脈穿刺と静脈ライン留置

血管穿刺の際に神経を損傷した事例もあるので、確実に血管を穿刺する必要がある  
困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

- B．動脈穿刺

肘窩部では上腕動脈は正中神経に伴走しており、神経損傷には十分に注意する  
動脈ラインの留置は、研修医単独で行なってはならない  
困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A．中心静脈穿刺（鎖骨下、内頸、大腿）
- B．動脈ライン留置



C . 小児の採血

とくに指導医の許可を得た場合はこの限りではない

年長の小児はこの限りではない

D . 小児の動脈穿刺

年長の小児はこの限りではない

5 . 穿刺

研修医が単独で行なってよいこと

A . 皮下の嚢胞

B . 皮下の膿瘍

C . 関節

研修医が単独で行なってはいけないこと

A . 深部の嚢胞

B . 深部の膿瘍

C . 胸腔

D . 腹腔

E . 膀胱

F . 腰部硬膜外穿刺

G . 腰部くも膜下穿刺

H . 針生検

6 . 産婦人科

研修医が単独で行なってはいけないこと

A . 膣内容採取

B . コルポスコピー

C . 子宮内操作

7 . その他

研修医が単独で行なってよいこと

A . アレルギー検査（貼付）

B . 長谷川式痴呆テスト

C . MMSE

研修医が単独で行なってはいけないこと

A . 発達テストの解釈

B . 知能テストの解釈

C . 心理テストの解釈

## ・治療

### 1. 処置

研修医が単独で行なってよいこと

- A. 皮膚消毒、包帯交換
- B. 創傷処置
- C. 外用薬貼付・塗布
- D. 気道内吸引、ネブライザー
- E. 導尿

前立腺肥大などのためにカテーテルの挿入が困難なときは無理をせずに指導医に任せる  
新生児や未熟児では、研修医が単独で行なってはならない

#### F. 浣腸

新生児や未熟児では、研修医が単独で行なってはならない  
潰瘍性大腸炎や老人、その他、困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

#### G. 胃管挿入（経管栄養目的以外のもの）

反射が低下している患者や意識のない患者では、胃管の位置をx線などで確認する  
新生児や未熟児では、研修医が単独で行なってはならない  
困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

#### H. 気管カニューレ交換

研修医が単独で行なってよいのはとくに習熟している場合である  
技量にわずかでも不安がある場合は、上級医師の同席が必要である

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A. ギブス巻き
- B. ギブスカット
- C. 胃管挿入（経管栄養目的のもの）

反射が低下している患者や意識のない患者では、胃管の位置をx線などで確認する

### 2. 注射

研修医が単独で行なってよいこと

- A. 皮内
- B. 皮下
- C. 筋肉
- D. 末梢静脈
- E. 輸血

輸血によりアレルギー歴が疑われる場合には無理をせずに指導医に任せる

F．関節内

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．中心静脈（穿刺を伴う場合）

B．動脈（穿刺を伴う場合）

目的が採血ではなく、薬剤注入の場合は、研修医が単独で動脈穿刺をしてはならない。

3．麻酔

研修医が単独で行なってよいこと

A．局所浸潤麻酔

局所麻酔薬のアレルギーの既往を問診し、説明・同意書を作成する

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．脊髄麻酔

B．硬膜外麻酔（穿刺を伴う場合）

4．外科的処置

研修医が単独で行なってよいこと

A．抜糸

B．ドレーン抜去

時期、方法については指導医と協議する

C．皮下の止血

D．皮下の膿瘍切開・排膿

E．皮膚の縫合

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．深部の止血

応急処置を行なうのは差し支えない

B．深部の膿瘍切開・排膿

C．深部の縫合

5．処方

研修医が単独で行なってよいこと

A．一般の内服薬

処方箋の作成の前に、処方内容を指導医と協議する

B．注射処方（一般）

処方箋の作成の前に、処方内容を指導医と協議する

C．理学療法

処方箋の作成の前に、処方内容を指導医と協議する

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．内服薬（抗精神薬）

B．内服薬（麻薬）

法律により、麻薬施用者免許を受けている医師以外は麻薬を処方してはいけない

C．内服薬（抗悪性腫瘍剤）

D．注射薬（抗精神薬）

E．注射薬（麻薬）

法律により、麻薬施用者免許を受けている医師以外は麻薬を処方してはいけない

F．注射薬（抗悪性腫瘍剤）

．その他

研修医が単独で行なってよいこと

A．インスリン自己注射指導

インスリンの種類、投与量、投与時刻はあらかじめ指導医のチェックを受ける。

B．血糖値自己測定指導

C．診断書・証明書作成

診断書・証明書の内容は指導医のチェックを受ける

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．病状説明

正式な場での病状説明は研修医単独で行なってはならないが、ベッドサイドでの病状に対する簡単な質問に答えるのは研修医が単独で行なって差し支えない

B．病理解剖

C．病理診断報告