

加古川中央市民病院

---

内科外来研修マニュアル:研修医版

加古川中央市民病院

# 内科外来研修マニュアル:研修医版 Ver1.1.0

---

総合内科◎加古川中央市民病院  
〒675-8611  
加古川市加古川町本町 439  
電話 078-451-5500 • FAX 078-451-5548

# 目次

はじめに.....	2
第 1 章: 外来研修の到達目標 (Goal) .....	2
第 2 章: 外来診療の基盤 — 良い医師患者関係の構築 .....	2
第 3 章: 高度な臨床推論のプロセス.....	2
3-1. プロセス 1: パターン認識 (直感的推論) .....	2
3-2. プロセス 2: 分析的推論 (論理的プロセス) .....	2
3-3. デバイアス (脱バイアス) の実践.....	2
第 4 章: 外来診療の実践テクニック.....	3
4-1. 戦略的問診: 診断の 8 割を導き出す .....	3
4-2. 身体診察: 目的を持って「取りに行く」.....	4
4-3. 臨床検査: 推論を裏付ける「最後のピース」.....	4
4-4. 症例プレゼンテーションの核心 .....	4
第 5 章: 学習の振り返り.....	5
5-1. 振り返り (Reflection) の重要性.....	5
5-2. 自らを評価する.....	6
5-3. 外来研修記録表への記載.....	6
5-4. 外来研修症例のフォロー.....	6
おわりに.....	6

---

# 内科外来研修・実践マニュアル

## はじめに

この外来研修では、単なる知識の習得にとどまらず、患者さん一人ひとりと向き合い、論理的に診断を導き出す「臨床医としての基礎」を築くため、指導医の先生方や看護師、事務職員が全力でサポートします。外来研修をより有意義にするためにこのマニュアルをぜひ役立ててください。

## 第1章:外来研修の到達目標(Goal)

**目** 標を意識し、そこに到達することを目指して研修しましょう。

1. サポート下での**独立診療**: 適切な指導環境で、単独で一般内科外来ができるようになる。
2. 三つの重点ポイント:
  - **良好な医師患者関係の構築**: アイコンタクト、敬意、共感的態度の徹底。
  - **論理的な臨床推論**: 病歴と身体所見から、根拠を持って鑑別を絞り込む。
  - **適切かつ簡潔な症例プレゼンテーション**: 診断に至るストーリーを論理的に提示する。

## 第2章:外来診療の基盤—良い医師患者関係の構築

**外** 来診療の8割はコミュニケーションで決まります。

- **アイコンタクトと礼儀**: 患者と目を合わせ、敬意を持って接することで信頼(ラポール)を築きます。
  - **オープン・エンド・クエスション**: 最初の2~3分は遮らずに話を聞き、何が主訴かを見極めます。
  - **患者の解釈モデル**: 「この病気をどう捉えているか」「何が一番不安か」を聴取することが、満足度とアドヒアランス(治療への協力)を高めます。
-

## 第3章:高度な臨床推論のプロセス

# 診

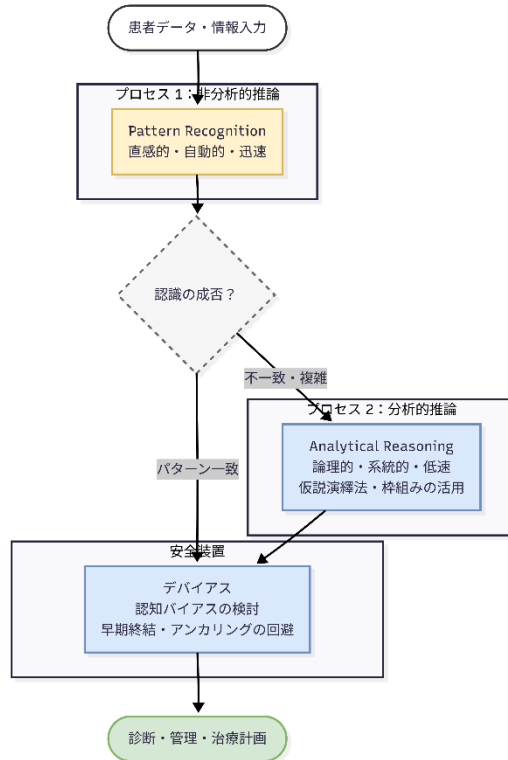
断は「直感」に頼りすぎず、「分析」で補完する二重プロセス (Dual Process Theory) で行います。

Judgmental Heuristics (経験則に基づく判断)

	知覚	System1 直感 Intuition	System2 推論 Reasoning
過程		高速 並列 自動的・連想的 学習が遅い	低速 逐次的 コントロール意識的 柔軟
内容	知覚 現在の刺激 刺激に制約	概念的な表現 過去・現在・未来 言語に依存	

D. Kahneman "Thinking, Fast and Slow"

System1 と System2 は人間の脳が意思決定や判断を行う際に使い分ける 2 つの異なる思考モードです。経験に基づく直感と言われる System1 は自動的で高速ですがバイアスに影響され、推論と言われる System2 は論理的ですが非常に低速で使う努力が必要です。



### 3-1. プロセス 1:パターン認識 (直感的推論)

経験豊富な医師は、患者の外見や典型的なエピソードから System1:直感によって瞬時に診断を想起します。

- **課題:** Common Disease (頻度の高い疾患) の典型パターンを数多く学び、この「直感の引き出し」を増やすことを目標としましょう。

### 3-2. プロセス 2:分析的推論 (論理的プロセス)

直感で鑑別診断が挙がらない場合や、病態が複雑な場合、直感と状況が一致しない場合は、System2 を用いて論理的に考えます。

- **仮説演繹法:** 問診で数個の仮説を立て、身体診察や検査でそれを「検証」し仮説が正しいか繰り返し検討します。
- **枠組み (VINDICATE+P):** 鑑別が挙がらない時は、解剖学的・生理学的・カテゴリー別のフレームワークを用いて鑑別診断を考えます。

### 3-3. デバイアス(脱バイアス)の実践

臨床推論の最後には必ず「安全装置」を設けてください。

- **早期終結 (Premature Closure) の回避:** 早期終結とは、十分な検証なく最初の診断で思考を止める認知バイアスの一つです。「他に説明可能な疾患はないか?」「この診断で説明がつかない所見はないか?」と自問します。

認知バイアス (Cognitive Bias) とは「誰にでも起こる人間の脳の特徴性」であり「System1:直感に基づく、無意識の思考の偏り」のことです。利用可能性バイアス、確認バイアス、アンカリング、代表性バイアスなどがあります。

## 第4章:外来診療の実践テクニック

# 限

られた外来時間の中で、いかに「診断の精度」と「患者満足度」を両立させるか、具体的なアクションを解説します

### 4-1. 戦略的問診:診断の8割を導き出す

問診は単なる聞き取りではなく、鑑別疾患を「想起」し「絞り込む」ための戦略的プロセスです。

#### ① 最初の2~3分: Open-ended question

まずは患者さんの話を遮らずに聞きます。「今日はどうされましたか?」という問いから始め、患者さんの物語を把握します。ここで「何が本当の主訴か(痛みなのか、痛みに伴う不安なのか)」を見極めます。

#### ② 核心に迫る: OPQRST による肉付け

主訴を医学的な「問題表象」に昇華させるため、以下の項目を網羅します。

- **O (Onset): 発症様式。** 突然か(血管障害・穿孔)、急性か(炎症)、慢性か。
- **P (Palliative/Provocative): 増悪・寛解因子。** 体動で響くか、安静で消えるか。
- **Q (Quality/Quantity): 性質と程度。** 鋭い痛みか、重苦しいか。
- **R (Region/Radiation): 部位と放散。** どこが痛いか、背中へ抜けるか。
- **S (Associated Symptoms): 随伴症状。** 吐き気、発汗、しびれなど。
- **T (Time course): 時間的経過。** だんだん悪くなっているか、波があるか。

#### ③ 患者背景の把握: PDASFROS

外来では情報の取捨選択が重要です。時間の制約を考慮しつつ、必要な範囲で以下を確認します。

- **P (Past history): 既往歴。**
- **D (Drug): 内服薬。** サプリメントや市販薬も含む。
- **A (Allergy): アレルギー。**
- **S (Social history): 社会歴。** 喫煙、飲酒、職業、同居家族(ADL)。
- **F (Family history): 家族歴。**
- **ROS (Review of Systems): 全身の臓器の症状。** 医療側、本人ともに意識していない部分の見落とし防止。

「問題表象」とは、患者が語る主観的で断片的な物語を、医学的なキーワードを組み合わせ、「1文の要約」に凝縮することで、臨床推論の論理的分析を行うための重要なステップです。(例:「突然発症し、体動困難な激痛を伴う、高齢男性の急性腰部痛」「昨日からの発赤・熱感・圧痛を伴う、左膝の急性単関節腫脹」など)

## 4.2. 身体診察:目的を持って「取りに行く」

目的のない身体診察は「情報ノイズ」です。問診で立てた仮説を「検証」するために行います。

### ① 高感度・高特異度の意識

- **高特異度の所見**：「これがあれば確定」と言えるもの（例：髄膜刺激徴候があれば髄膜炎を強く疑う）。
- **高感度の所見**：「これがなければ否定」と言えるもの（例：足背動脈が触れれば急性動脈閉塞は否定的）。診断確定のために「高特異度」の所見を取りに行き、除外のために「高感度」の所見を確認します。

### ② 診察の優先順位

問診が終わった時点で、頭の中に鑑別疾患のリストができているはずですが。その中で、「最重要疾患を否定するための所見」から順に診察します。

## 4.3. 臨床検査:推論を裏付ける「最後のピース」

検査はあくまで臨床推論の補助ツールです。

- **検査の選択**：診断確定のためには「高特異度」の検査（画像検査、特異的マーカー）を選びます。
- **検査のオーダー**：画像検査をオーダーする際は、検査依頼書に必ず「疑い病名」と「特に確認したい部位」を明記します。これにより、放射線科医からのレポートの質も向上します。
- **スクリーニングの罨**：紹介状にある検査結果は利用しますが、自分でもう一度「今の病態に合っているか」を再評価してください。

## 4.4. 症例プレゼンテーションの核心

- 自身のレベルが現在どこにあるかを意識しましょう。
  - **Reporter（報告者）**：情報を漏れなく正確に伝える。
  - **Interpreter（解釈者）**：情報を解釈し、鑑別診断とその根拠を述べる。
  - **Manager（管理者）**：検査・治療計画を具体的に提案する。
  - **Educator（教育者）**：文献的考察を加え、チームに還元する。

研修医1年目の間に、InterpreterからManagerへの到達を目指しましょう。



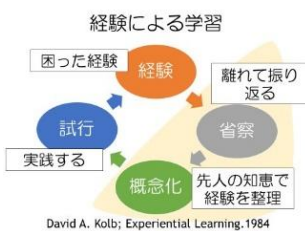
学習者のステージとしてO-RIMEモデルがあります。少しでも上のステージを目指してもらいましょう。

Observer（観察する）  
Reporter（報告する）  
Interpreter（解釈する）  
Manager（処理する）  
Educator（教育する）

- プレゼンテーションは単なる情報の伝達ではなく、あなたが考えた臨床推論の出力であり、優れたプレゼンテーションは聞いているだけで診断が浮かび上がります。以下の4点を意識してください。
  1. 導入：年齢、性別、重要な既往歴や背景、発症様式を含めて1文で始めます。「70歳男性、高血圧の既往あり。3時間前からの突然の背部痛で来院しました。」。
  2. 主訴の肉付け：診断を示唆するキーワードを含めます。単なる「背部痛」ではなく、「移動する引き裂かれるような鋭い痛み」と表現し、第一候補（大動脈解離）を示唆します。
  3. 鑑別の提示（3候補）：次を提示します。
    - 本命：病歴と所見が最も合致するもの。
    - 第二候補：Commonな疾患や似た症状の既往疾患。
    - 除外候補：Critical（致命的）で見逃してはいけないもの。
  4. 根拠の明示：臨床推論の核心部分として、なぜそう考えたかの根拠を述べます。「左胸部の呼吸音減弱がないため気胸は否定的ですが、血圧の左右差があるため解離を第一に考えます」といった比較検討が、臨床推論の核心です。

## 第5章:学習の振り返り

**外** 来研修記録表の症例欄を記載し、指導医に確認してもらうことが振り返りではありません。「経験」を「学び」に変えるための「振り返り」が不可欠です。



経験を振り返り言語化することで、先人の知恵を検索し、次の場面で使えるように自分の中に取り込み実践することが経験による学習サイクルとされています。

### 5-1. 振り返り(Reflection)の重要性

有意義な振り返りのために4つのステップを意識して、自分の外来実習を指導医と一緒に振り返りましょう。

1. **経験したこと**: 何が起きたか？
2. **驚き・気づき**: 自分の予想と何が違ったか？
3. **概念化**: そこから得られた教訓は何か？（次にも使える一般則）
4. **実践**: 次の患者さんにどう生かすか？

## 5-2. 自らを評価する

評価とは価値を見つけることです。外来研修を開始するときに「学びたいこと」を具体的に明確にしましょう。そして、その研修が終わった直後に、「何ができなかったか」だけでなく、「何ができるようになったか」を言語化してください。できなかったことは、次の研修ステージにおける目標になります。

## 5-3. 外来研修記録表への記載

外来研修を修了した記録として外来研修記録表が必要です。必ず当日持参し、終了時に指導医からのコメントとサインをもらい、臨床研修センターに提出してください。

## 5-4. 外来研修症例のフォロー

当日のカルテ記載については、指導医の先生が承認、必要に応じてコメント入力されますので確認してください。また、指導医の先生がどのようなアセスメント、プランを立てたのかも確認しておきましょう。可能であればその患者さんのフォローアップをすることで経時的な患者さんの症状や所見の変化から病態や全体像を理解する大事な学びになります。意識してチェックし、疑問があれば指導医の先生などに質問することも重要です。

## おわりに

➤ の研修を通じて、皆さんが「よい医師」への階段を一步ずつ登っていくことを期待しています。患者さんを第一に考えるのはもちろんですが、失敗を恐れず、常に「目標を達成するにはどうすればよいか」という意識を持ち続けてください。指導医は、皆さんの成長を全力でサポートし、一緒に成長し続けることを楽しみにしています。