

2025 年度

公立西知多総合病院

卒後臨床研修プログラム

研修プログラムの名称・番号	1
研修プログラムの特徴	1
臨床研修病院の区分	1
臨床研修の理念と基本方針	3
ヘルシンキ宣言	4
リスボン宣言	9
臨床研修の到達目標・方略及び評価	12
研修医が遵守すべきこと	19
公立西知多総合病院の特徴	24
研修の実施要項	29
・オリエンテーション研修	29
・臨床研修の方法	29
・研修計画	29
・研修指導体制	30
・研修の記録及び評価方法	32
・臨床研修の修了判定	32
・修了判定後の手続き	33
・臨床研修の未修了・中断	33
・研修医募集定員数	35
・研修医の募集及び採用方法	35
・研修医の処遇	35
・連携体制（院内）	36
・連携体制（院外）	37
本プログラムの管理・運営のための責任者と組織	38
研修プログラム概要	40
・臨床研修到達目標項目マトリックス	40
・各診療科臨床研修カリキュラム	43
（内科）	44
（循環器内科）	47
（呼吸器内科）	50
（消化器内科）	52
（脳神経内科）	54
（糖尿病・内分泌内科）	56

（腎臓内科）	59
（小児科）	61
（産婦人科）	63
（麻酔科）	65
（外科※緩和ケア含む）	67
（整形外科）	70
（脳神経外科）	73
（泌尿器科）	76
（耳鼻咽喉科）	79
（皮膚科）	82
（眼科）	86
（救急科）	89
（放射線科）	92
（病理診断科）	94
（地域医療）	96
（精神科）	97
・研修の実際	98
・労務管理・健康管理（ハラスメント含む）	100
研修修了後の進路・待遇.....	101
臨床研修記録の保管・閲覧.....	101

研修プログラムの名称・番号

公立西知多総合病院臨床研修プログラム

2 年次 030770602

1 年次 030770603

研修プログラムの特徴

本プログラムは、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（医政発第 0612004 号、以下「施行通知」という。）に従うものである。

基本的なスキルを習得し、医師としてのスタイルとプロフェッショナリズムの確立を目指す。

救急医療の最前線でファーストタッチし、軽症から C P A の患者まで幅広い診療に携わる。

救急以外の研修では、内科、外科、小児科、麻酔科など幅広いスーパーローテーション研修を行い、将来の志望科に関わらず、ジェネラルに患者が診られるような医師を育成する。

専門医制度にもほとんどの診療科で対応しており、3 年目以降も専攻医として研修が可能。

また、臨床能力だけでなく研究のためのスキルを磨くように指導し、院内研究会、学会発表に積極的に参加してプレゼンテーションしてもらうため、文献を読み、自ら考えて発表できるようにする。

臨床研修病院の区分

公立西知多総合病院は基幹型臨床研修病院であり、以下の協力病院・協力施設を持つ。

協力型臨床研修病院

- ・ 知多半島総合医療センター
- ・ 医療法人資生会 八事病院
- ・ 社会医療法人宏潤会 大同病院
- ・ 特定医療法人共和会 共和病院
- ・ 医療法人寿康会 大府病院
- ・ あいち小児保健医療総合センター
- ・ 名古屋掖済会病院

臨床研修協力施設

- ・ 医療法人嚶鳴会 如来山内科・外科クリニック
- ・ 医療法人メディライフ 西知多リハビリテーション病院
- ・ 医療法人清樹会 知多サザンクリニック
- ・ 安藤医院
- ・ 医療法人敬寿会 やすい内科
- ・ 医療法人友和会 のばたクリニック
- ・ クリニックひらまつ
- ・ 加木屋たけうち内科

臨床研修の理念と基本方針

厚生労働省臨床研修の到達目標における基本理念

臨床研修は、医師が医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

当院における臨床研修の理念

医師として人格を涵養し、基本的な診療能力の習得及び医師の果たすべき社会的役割の理解を通じて、当院の基本理念「すべては患者さんのために」を実践できる医師を養成する。

当院における臨床研修の基本方針

- 1 臨床医として必要な基本的診療能力（知識・技能・態度）を習得する。
- 2 患者さんやご家族、医療スタッフとのコミュニケーションを大切にする態度を養う。
- 3 医師としてのプロフェッショナリズムを自覚し、それに基づいた行動ができる。
- 4 チーム医療を理解することにより、他職種メンバーと協働し、質の高い安全な医療の提供に貢献する。
- 5 地域の中核病院としての役割を理解し、地域医療の現場を経験する。
- 6 最新の医療知識を学習し、科学的根拠に基づく医療を提供する姿勢を生涯にわたって続けるための礎を築く。

ヘルシンキ宣言

人間を対象とする医学研究の倫理的原則

- 1964 年 6 月
フィンランド、ヘルシンキにおける第 18 回 WMA 総会で採択
- 1975 年 10 月
日本、東京における第 29 回 WMA 総会で改訂
- 1983 年 10 月
イタリア、ベニスにおける第 35 回 WMA 総会で改訂
- 1989 年 9 月
香港、九龍における第 41 回 WMA 総会で改訂
- 1996 年 10 月
南アフリカ、サマーセットウェストにおける第 48 回 WMA 総会で改訂
- 2000 年 10 月
スコットランド、エジンバラにおける第 52 回 WMA 総会で改訂
- 2002 年 10 月
米国、ワシントン DC における第 53 回 WMA 総会で改訂(第 29 項目明確化のため注釈追加)
- 2004 年 10 月
日本、東京における第 55 回 WMA 総会で改訂(第 30 項目明確化のため注釈追加)
- 2008 年 10 月
韓国、ソウルにおける第 59 回 WMA 総会で改訂
- 2013 年 10 月
ブラジル、フォルタレザにおける第 64 回 WMA 総会で改訂

序文

- 1 世界医師会（WMA）は、特定できる人間由来の試料およびデータの研究を含む、人間を対象とする医学研究の倫理的原則の文書としてヘルシンキ宣言を改訂してきた。本宣言は全体として解釈されることを意図したものであり、各項目は他のすべての関連項目を考慮に入れて適用されるべきである。
- 2 WMA の使命の一環として、本宣言は主に医師に対して表明されたものである。WMA は人間を対象とする医学研究に関与する医師以外の人々に対してもこれらの諸原則の採用を推奨する。

一般原則

- 3 WMA ジュネーブ宣言は、「私の患者の健康を私の第一の関心事とする」ことを医師に義務づけ、また医の国際倫理綱領は、「医師は、医療の提供に際して、患者の最善の利益のために行動すべきである」と宣言している。
- 4 医学研究の対象とされる人々を含め、患者の健康、ウェルビーイング、権利を向上させ守ることは医師の責務である。医師の知識と良心はこの責務達成のために捧げられる。
- 5 医学の進歩は人間を対象とする諸試験を要する研究に根本的に基づくものである。
- 6 人間を対象とする医学研究の第一の目的は、疾病の原因、発症および影響を理解し、予防、診断ならびに治療介入（手法、手順、処置）を改善することである。最善と証明された介入であっても、安全性、有効性、効率性、利用可能性および質に関する研究を通じて継続的に評価されなければならない。

- 7 医学研究はすべての被験者に対する配慮を推進かつ保証し、その健康と権利を擁護するための倫理基準に従わなければならない。
- 8 医学研究の主な目的は新しい知識を得ることであるが、この目標は個々の被験者の権利および利益に優先することがあってはならない。
- 9 被験者の生命、健康、尊厳、全体性、自己決定権、プライバシーおよび個人情報の秘密保持は医学研究に関与する医師の責務である。被験者の保護責任は常に医師またはその他の医療専門職にあり、たとえ被験者が同意していたとしても、決してその被験者にあるわけではない。
- 10 医師は、適用される国際的規範および基準はもとより人間を対象とする研究に関する自国の倫理的、法律および規制上の規範ならびに基準を考慮しなければならない。国内的または国際的倫理、法律、規制上の要請がこの宣言に示されている被験者の保護を減じあるいは排除してはならない。
- 11 医学研究は、環境に害を及ぼす可能性を最小限に抑える方法で実施されるべきである。
- 12 人間を対象とする医学研究は適切な倫理的および科学的な教育と訓練を受けた有資格者によってのみ行われなければならない。患者あるいは健康なボランティアを対象とする研究は能力と十分な資格を有する医師またはその他の医療専門職の監督を必要とする。
- 13 医学研究から除外されたグループには研究参加への機会が適切に提供されるべきである。
- 14 医学研究と医療ケアを組み合わせる医師は、潜在的な予防、診断または治療上の価値によって正当化される範囲で、かつ医師が研究への参加が被験者となる患者の健康に悪影響を与えないと信じる十分な理由がある場合にのみ、患者を研究に関与させるべきである。
- 15 研究参加の結果として損害を受けた被験者に対する適切な補償と治療が保証されなければならない。

リスク、負担、利益

- 16 医療および医学研究においてはほとんどの介入にリスクと負担が伴う。人間を対象とする医学研究はその目的の重要性が被験者のリスクおよび負担を上まわる場合に限り行うことができる。
- 17 人間を対象とするすべての医学研究は、研究の対象となる個人とグループに対する予想し得るリスクおよび負担と被験者およびその研究によって影響を受けるその他の個人またはグループに対する予見可能な利益とを比較して、慎重な評価を先行させなければならない。リスクを最小化させるための措置が講じられなければならない。リスクは研究者によって継続的に監視、評価、文書化されるべきである。
- 18 リスクが適切に評価されかつそのリスクを十分に管理できるとの確信を持たない限り、医師は人間を対象とする研究に関与してはならない。潜在的な利益よりもリスクが高いと判断される場合または明確な成果の確証が得られた場合、医師は研究を継続、変更あるいは直ちに中止すべきかを判断しなければならない。

社会的弱者グループおよび個人

- 19 あるグループおよび個人は特に社会的な弱者であり不適切な扱いを受けたり副次的な被害を受けやすい。すべての社会的弱者グループおよび個人は個別の状況を考慮したうえで保護を受けるべきである。

- 20 医学研究がそのグループの健康上の必要性または優先事項に応えるものであり、かつその研究が社会的弱者でないグループを対象として実施できない場合に限り、社会的弱者グループを対象とする医学研究は正当化される。さらに、そのグループは研究から得られた知識、実践または介入からの恩恵を受けるべきである。

科学的要件と研究計画書

- 21 人間を対象とする医学研究は、科学的文献の十分な知識、その他関連する情報源および適切な研究室での実験ならびに必要な応じた動物実験に基づき、一般に認知された科学的諸原則に従わなければならない。研究に使用される動物の福祉は尊重されなければならない。
- 22 人間を対象とする各研究の計画と実施内容は研究計画書に明示され正当化されていなければならない。研究計画書には関連する倫理的配慮について明記されまた本宣言の原則がどのように取り入れられてきたかを示すべきである。計画書は、資金提供、スポンサー、研究組織との関わり、起こり得る利益相反、被験者に対する報奨ならびに研究参加の結果として損害を受けた被験者の治療および／または補償の条項に関する情報を含むべきである。臨床試験においては、研究計画書には研究終了後条項に関する適切な取り決めについても記載しなければならない。

研究倫理委員会

- 23 研究計画書は、検討、意見、指導および承認を得るため研究開始前に関連する研究倫理委員会に提出されなければならない。この委員会は、その機能において透明性がなければならず、研究者、スポンサーおよびその他の不適切な影響から独立していなければならない、正当な資格を持っていない。委員会は、研究が実施される国あるいは国々の法律や規制、および適用される国際規範や基準を考慮しなければならないが、これらにより本宣言に規定される被験者の保護を減じるいは排除することが許されてはならない。研究倫理委員会は、進行中の研究をモニターする権利を持たなければならない。研究者は、委員会に対してモニタリング情報、特に重篤な有害事象に関する情報を提供しなければならない。委員会の審議と承認を得ずに計画書を修正してはならない。研究終了後、研究者は研究知見と結論の要約を含む最終報告書を委員会に提出しなければならない。

プライバシーと秘密保持

- 24 被験者のプライバシーおよび個人情報の秘密保持を厳守するためあらゆる予防策を講じなければならない。

インフォームド・コンセント

- 25 医学研究の被験者としてインフォームド・コンセントを与える能力がある個人の参加は自発的でなければならない。家族または地域社会のリーダーに助言を求めることが適切な場合もあるが、インフォームド・コンセントを与える能力がある個人を本人の自主的な承諾なしに研究に参加させてはならない。
- 26 インフォームド・コンセントを与える能力がある人間の被験者を対象とする医学研究においては、それぞれの被験者候補は、目的、方法、資金源、起こり得る利益相反、研究者の所属機関、研究の予測される利益と潜在的なリスク、研究に伴う不快感、研究終了後条項、その他研究に関するすべての側面について十分に説明されなければならない。被験者候補は、不利益を受けることなしにいつでも

も研究への参加を拒否したり、参加への同意を撤回したりする権利があることを知らされなければならない。情報提供するために使用される方法だけでなく、個々の被験者候補の具体的な情報ニーズについても特別な配慮をしなければならない。被験者候補が情報を理解していることを確認した後、医師またはその他の適切な資格を有する者は、被験者候補の自由意思によるインフォームド・コンセントを、できれば書面で求めなければならない。同意が書面で表明できない場合、書面以外の同意は正式に文書化され、立ち会いが行われなければならない。医学研究のすべての被験者には、研究の全体的な成果と結果について知られるという選択肢が与えられるべきである。

- 27 研究参加へのインフォームド・コンセントを求める場合、医師は、被験者候補が医師に依存した関係にあるかまたは同意を強要されているおそれがあるかについて特別な注意を払わなければならない。そのような状況下では、インフォームド・コンセントはこうした関係とは完全に独立したふさわしい有資格者によって求められなければならない。
- 28 インフォームド・コンセントを与える能力がないと思われる被験者候補については、医師は、法的代理人からインフォームド・コンセントを求めなければならない。これらの個人は、被験者候補に代表される集団の健康増進を意図し、代わりにインフォームド・コンセントを与える能力がある人と研究を実施することができず、最小限のリスクと最小限の負担しか伴わない研究でない限り、その人にとって有益となる可能性のない研究に参加させてはならない。
- 29 インフォームド・コンセントを与える能力がないと思われる被験者候補が研究への参加に関する決定に賛意を表することができる場合、医師は、法的代理人の同意に加えて、本人の賛意を求めなければならない。被験者候補の不賛意は尊重されるべきである。
- 30 例えば、意識不明の患者のように、肉体的、精神的にインフォームド・コンセントを与える能力がない被験者を対象とした研究は、インフォームド・コンセントを与えることを妨げる肉体的・精神的状態がその研究対象グループに固有の症状となっている場合に限って行うことができる。このような状況では、医師は法的代理人からインフォームド・コンセントを求めなければならない。そのような代理人が得られず研究延期もできない場合、この研究はインフォームド・コンセントを与えられない状態にある被験者を対象とする特別な理由が研究計画書で述べられ研究倫理委員会で承認されていることを条件として、インフォームド・コンセントなしに開始することができる。研究に引き続き留まる同意はできるかぎり早く被験者または法的代理人から取得しなければならない。
- 31 医師は治療のどの部分が研究に関連しているかを患者に十分に説明しなければならない。患者の研究への参加拒否または研究離脱の決定が患者・医師関係に決して悪影響を及ぼしてはならない。
- 32 バイオバンクや類似の保管場所に含まれるヒト由来試料やデータを用いた研究など、識別可能なヒト由来試料やデータを用いた医学研究の場合、医師は、その収集、保管、および／または再利用についてインフォームド・コンセントを求めなければならない。そのような研究において、同意を得ることが不可能または実行不可能な例外的状況もあり得る。そのような状況では、研究倫理委員会の検討と承認を経た後にのみ、研究を行うことができる。

プラセボの使用

- 33 新たな介入の利益、リスク、負担、有効性は、以下の場合を除き、最善と証明されている介入の利益、リスク、負担、有効性と比較検証されなければならない：証明された介入が存在せず、プラセボの使用、または介入なしが許容される場合。；あるいは、説得力があり科学的に健全な方法論的理由に基づき、最善と証明されたものより効果が劣る介入、プラセボの使用または介入なしが、その介入の有効性あるいは安全性を決定するために必要な場合、そして、最善と証明されたものより効果が劣る介入、プラセボの使用または介入なしの患者が、最善と証明された介入を受けなかった結果として重篤または回復不能な損害の付加的リスクを被ることがないと予想される場合。この選択肢の乱用を避けるために細心の注意が払われなければならない。

研究終了後条項

- 34 臨床試験の前に、スポンサー、研究者および主催国政府は、試験の中で有益であると証明された介入をまだ必要とするすべての研究参加者のために、試験終了後のアクセスに関する条項を策定すべきである。また、この情報はインフォームド・コンセントの手続きの間に研究参加者に開示されなければならない。

研究登録と結果の刊行および普及

- 35 人間を対象とするすべての研究は、最初の被験者を募集する前に一般的にアクセス可能なデータベースに登録されなければならない。
- 36 すべての研究者、著者、スポンサー、編集者および発行者は、研究結果の刊行と普及に倫理的責務を負っている。研究者は人間を対象とする研究の結果を一般的に公表する義務を有し報告書の完全性と正確性に説明責任を負う。すべての当事者は、倫理的報告に関する容認されたガイドラインを遵守すべきである。否定的結果および結論に達しない結果も肯定的結果と同様に、刊行または他の方法で公表されなければならない。資金源、組織との関わりおよび利益相反が、刊行物の中には明示されなければならない。この宣言の原則に反する研究報告は、刊行のために受理されるべきではない。

臨床における未実証の介入

- 37 個々の患者の処置において証明された介入が存在しないかまたはその他の既知の介入が有効でなかった場合、患者または法的代理人からのインフォームド・コンセントがあり、専門家の助言を求めたうえ、医師の判断において、その介入で生命を救う、健康を回復するまたは苦痛を緩和する望みがあるのであれば、証明されていない介入を実施することができる。この介入は、引き続き安全性と有効性を評価するために計画された研究の対象とされるべきである。すべての事例において新しい情報は記録され、適切な場合には公表されなければならない。

患者の権利に関するWMAリスボン宣言

- 1981年9月/10月
ポルトガル、リスボンにおける第34回WMA総会で採択
- 1995年9月
インドネシア、バリ島における第47回WMA総会で修正
- 2005年10月
チリ、サンティアゴにおける第171回WMA理事会で編集上修正
- 2015年4月
ノルウェー、オスローにおける第200回WMA理事会で再確認

序文

医師、患者およびより広い意味での社会との関係は、近年著しく変化してきた。医師は、常に自らの良心に従い、また常に患者の最善の利益のために行動すべきであると同時に、それと同等の努力を患者の自律性と正義を保証するために払わねばならない。以下に掲げる宣言は、医師が是認し推進する患者の主要な権利のいくつかを述べたものである。医師および医療従事者、または医療組織は、この権利を認識し、擁護していくうえで共同の責任を担っている。法律、政府の措置、あるいは他のいかなる行政や慣例であろうとも、患者の権利を否定する場合には、医師はこの権利を保障ないし回復させる適切な手段を講じるべきである。

原則

1 良質の医療を受ける権利

- a すべての人は、差別なしに適切な医療を受ける権利を有する。
- b すべての患者は、いかなる外部干渉も受けずに自由に臨床上および倫理上の判断を行うことを認識している医師から治療を受ける権利を有する。
- c 患者は、常にその最善の利益に即して治療を受けるものとする。患者が受ける治療は、一般的に受け入れられた医学的原則に沿って行われるものとする。
- d 質の保証は、常に医療のひとつの要素でなければならない。特に医師は、医療の質の擁護者たる責任を担うべきである。
- e 供給を限られた特定の治療に関して、それを必要とする患者間で選定を行わなければならない場合は、そのような患者はすべて治療を受けるための公平な選択手続きを受ける権利がある。その選択は、医学的基準に基づき、かつ差別なく行われなければならない。
- f 患者は、医療を継続して受ける権利を有する。医師は、医学的に必要とされる治療を行うにあたり、同じ患者の治療にあたっている他の医療提供者と協力する責務を有する。医師は、現在と異なる治療を行うために患者に対して適切な援助と十分な機会を与えることができないならば、今までの治療が医学的に引き続き必要とされる限り、患者の治療を中断してはならない。

2 選択の自由の権利

- a 患者は、民間、公的部門を問わず、担当の医師、病院、あるいは保健サービス機関を自由に選択し、また変更する権利を有する。
- b 患者はいかなる治療段階においても、他の医師の意見を求める権利を有する。

3 自己決定の権利

- a 患者は、自分自身に関わる自由な決定を行うための自己決定の権利を有する。医師は、患者に対してその決定をもたらす結果を知らせるものとする。
- b 精神的に判断能力のある成人患者は、いかなる診断上の手続きないし治療に対しても、同意を与えるかまたは差し控える権利を有する。患者は自分自身の決定を行ううえで必要とされる情報を得る権利を有する。患者は、検査ないし治療の目的、その結果が意味すること、そして同意を差し控えることの意味について明確に理解するべきである。
- c 患者は医学研究あるいは医学教育に参加することを拒絶する権利を有する。

4 意識のない患者

- a 患者が意識不明かその他の理由で意思を表明できない場合は、法律上の権限を有する代理人から、可能な限りインフォームド・コンセントを得なければならない。
- b 法律上の権限を有する代理人がおらず、患者に対する医学的侵襲が緊急に必要とされる場合は、患者の同意があるものと推定する。ただし、その患者の事前の確固たる意思表示あるいは信念に基づいて、その状況における医学的侵襲に対し同意を拒絶することが明白かつ疑いのない場合を除く。
- c しかしながら、医師は自殺企図により意識を失っている患者の生命を救うよう常に努力すべきである。

5 法的無能力の患者

- a 患者が未成年者あるいは法的無能力者の場合、法域によっては、法律上の権限を有する代理人の同意が必要とされる。それでもなお、患者の能力が許す限り、患者は意思決定に関与しなければならない。
- b 法的無能力の患者が合理的な判断をしよう場合、その意思決定は尊重されねばならず、かつ患者は法律上の権限を有する代理人に対する情報の開示を禁止する権利を有する。
- c 患者の代理人で法律上の権限を有する者、あるいは患者から権限を与えられた者が、医師の立場から見て、患者の最善の利益となる治療を禁止する場合、医師はその決定に対して、関係する法的あるいはその他慣例に基づき、異議を申し立てるべきである。救急を要する場合、医師は患者の最善の利益に即して行動することを要する。

6 患者の意思に反する処置

患者の意思に反する診断上の処置あるいは治療は、特別に法律が認め、かつ医の倫理の諸原則に合致する場合には、例外的な事例としてのみ行うことができる。

7 情報に対する権利

- a 患者は、いかなる医療上の記録であろうと、そこに記載されている自己の情報を受ける権利を有し、また症状についての医学的事実を含む健康状態に関して十分な説明を受ける権利を有する。しかしながら、患者の記録に含まれる第三者についての機密情報は、その者の同意なくしては患者に与えてはならない。
- b 例外的に、情報が患者自身の生命あるいは健康に著しい危険をもたらす恐れがあると信ずるべき十分な理由がある場合は、その情報を患者に対して与えなくともよい。

- c 情報は、その患者の文化に適した方法で、かつ患者が理解できる方法で与えられなければならない。
- d 患者は、他人の生命の保護に必要とされていない場合に限り、その明確な要求に基づき情報を知らされない権利を有する。
- e 患者は、必要があれば自分に代わって情報を受ける人を選択する権利を有する。

8 守秘義務に対する権利

- a 患者の健康状態、症状、診断、予後および治療について個人を特定しうるあらゆる情報、ならびにその他個人のすべての情報は、患者の死後も秘密が守られなければならない。ただし、患者の子孫には、自らの健康上のリスクに関わる情報を得る権利もありうる。
- b 秘密情報は、患者が明確な同意を与えるか、あるいは法律に明確に規定されている場合に限り開示することができる。情報は、患者が明らかに同意を与えていない場合は、厳密に「知る必要性」に基づいてのみ、他の医療提供者に開示することができる。
- c 個人を特定しうるあらゆる患者のデータは保護されねばならない。データの保護のために、その保管形態は適切になされなければならない。個人を特定しうるデータが導き出せるようなその人の人体を形成する物質も同様に保護されねばならない。

9 健康教育を受ける権利

すべての人は、個人の健康と保健サービスの利用について、情報を与えられたうえでの選択が可能となるような健康教育を受ける権利がある。この教育には、健康的なライフスタイルや、疾病の予防および早期発見についての手法に関する情報が含まれていなければならない。健康に対するすべての人の自己責任が強調されるべきである。医師は教育的努力に積極的に関わっていく義務がある。

10 尊厳に対する権利

- a 患者は、その文化および価値観を尊重されるように、その尊厳とプライバシーを守る権利は、医療と医学教育の場において常に尊重されるものとする。
- b 患者は、最新の医学知識に基づき苦痛を緩和される権利を有する。
- c 患者は、人間的な終末期ケアを受ける権利を有し、またできる限り尊厳を保ち、かつ安楽に死を迎えるためのあらゆる可能な助力を与えられる権利を有する。

11 宗教的支援に対する権利

患者は、信仰する宗教の聖職者による支援を含む、精神的、道徳的慰問を受けるか受けないかを決める権利を有する。

臨床研修の到達目標・方略及び評価

I 到達目標

医師は、病める人の尊厳を守り、医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を深く認識し、医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）及び医師としての使命の遂行に必要な資質・能力を身に付けなくてはならない。医師としての基盤形成の段階にある研修医は、基本的価値観を自らのものとし、基本的診療業務ができるレベルの資質・能力を修得する。

A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与

社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。

2. 利他的な態度

患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。

3. 人間性の尊重

患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。

4. 自らを高める姿勢

自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

B. 資質・能力

1. 医学・医療における倫理性

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

- ① 人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。
- ② 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。
- ③ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。
- ④ 利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。
- ⑤ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。

2. 医学知識と問題対応能力

最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題について、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。

- ① 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。
- ② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。
- ③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。

3. 診療技能と患者ケア

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

- ① 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
- ② 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。
- ③ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

4. コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

- ① 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。
- ② 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。
- ③ 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

5. チーム医療の実践

医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図る。

- ① 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。
- ② チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。

6. 医療の質と安全管理

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

- ① 医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。
- ② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。
- ③ 医療事故等の予防と事後の対応を行う。
- ④ 医療従事者の健康管理（予防接種や針刺し事故への対応を含む。）を理解し、自らの健康管理に努める。

7. 社会における医療の実践

医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する。

- ① 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。
- ② 医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。
- ③ 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。
- ④ 予防医療・保健・健康増進に努める。
- ⑤ 地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。
- ⑥ 災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。

8. 科学的探究

医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。

- ① 医療上の疑問点を研究課題に変換する。
- ② 科学研究方法を理解し、活用する。
- ③ 臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

医療の質の向上のために省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。

- ① 急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。
- ② 同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。
- ③ 国内外の政策や医学及び医療の最新動向(薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。)を把握する。

C.基本的診療業務

コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療ができる。

1. 一般外来診療

頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。

2. 病棟診療

急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全身的な診療とケアを行い、地域連携に配慮した退院調整ができる。

3. 初期救急対応

緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。

4. 地域医療

地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる。

II 実務研修の方略

研修期間

研修期間は原則として2年間以上とする。

協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあっては、原則として、1年以上は基幹型臨床研修病院で研修を行う。なお、地域医療等における研修期間を、12週を上限として、基幹型臨床研修病院で研修を行ったものとみなすことができる。

臨床研修を行う分野・診療科

- ① 内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療を必修分野とする。また、一般外来での研修を含めること。
- ② 原則として、内科24週以上、救急12週以上、外科、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療それぞれ4週以上の研修を行う。なお、外科、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療については、8週以上の研修を行うことが望ましい。
- ③ 原則として、各分野は一定のまとまった期間に研修（ブロック研修）を行うことを基本とする。ただし、救急については、4週以上のまとまった期間に研修を行った上で、週1回の研修を通年で実施するなど特定の期間一定の頻度により行う研修（並行研修）を行うことも可能である。なお、特定の必修分野を研修中に救急の並行研修を行う場合、その日数は、当該特定の必修分野の研修期間に含めないこととする。
- ④ 内科については、入院患者の一般的・全身的な診療とケア、及び一般診療で頻繁に関わる症候や内科的疾患に対応するために、幅広い内科的疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑤ 外科については、一般診療において頻繁に関わる外科的疾患への対応、基本的な外科手技の習得、周術期の全身管理などに対応するために、幅広い外科的疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。

- ⑥ 小児科については、小児の心理・社会的側面に配慮しつつ、新生児期から思春期までの各発達段階に応じた総合的な診療を行うために、幅広い小児科疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑦ 産婦人科については、妊娠・出産、産科疾患や婦人科疾患、思春期や更年期における医学的対応などを含む一般診療において頻繁に遭遇する女性の健康問題への対応等を習得するために、幅広い産婦人科領域に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑧ 精神科については、精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、精神科専門外来又は精神科リエゾンチームでの研修を含むこと。なお、急性期入院患者の診療を行うことが望ましい。
- ⑨ 救急については、頻度の高い症候と疾患、緊急性の高い病態に対する初期救急対応の研修を含むこと。
 また、麻酔科における研修期間を、4週を上限として、救急の研修期間とすることができる。麻酔科を研修する場合には、気管挿管を含む気道管理及び呼吸管理、急性期の輸液・輸血療法、並びに血行動態管理法についての研修を含むこと。
- ⑩ 一般外来での研修については、ブロック研修又は並行研修により、4週以上の研修を行うこと。なお、受入状況に配慮しつつ、8週以上の研修を行うことが望ましい。また、症候・病態について適切な臨床推論プロセスを経て解決に導き、頻度の高い慢性疾患の継続診療を行うために、特定の症候や疾病に偏ることなく、原則として初診患者の診療及び慢性疾患患者の継続診療を含む研修を行うこと。例えば、総合診療、一般内科、一般外科、小児科、地域医療等における研修が想定され、特定の症候や疾病のみを診察する専門外来や、慢性疾患患者の継続診療を行わない救急外来、予防接種や健診・検診などの特定の診療のみを目的とした外来は含まれない。一般外来研修においては、他の必修分野等との同時研修を行うことも可能である。
- ⑪ 地域医療については、原則として、2年次に行うこと。また、へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院又は診療所を適宜選択して研修を行うこと。さらに研修内容としては以下に留意すること。
 - 1) 一般外来での研修と在宅医療の研修を含めること。ただし、地域医療以外で在宅医療の研修を行う場合に限り、必ずしも在宅医療の研修を行う必要はない。
 - 2) 病棟研修を行う場合は慢性期・回復期病棟での研修を含めること。
 - 3) 医療・介護・保健・福祉に係わる種々の施設や組織との連携を含む、地域包括ケアの実践について学ぶ機会を十分に含めること。
- ⑫ 選択研修として保健・医療行政の研修を行う場合、研修施設としては、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、検診・健診の実施施設、国際機関、行政機関、矯正施設、産業保健の事業場等が考えられる。
- ⑬ 全研修期間を通じて、感染対策（院内感染や性感染症等）、予防医療（予防接種等）、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、臨床病理検討会（CPC）等、基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修を含むこと。また、診療領域・職種横断的なチーム（感染制御、緩和ケア、栄養サポート、認知症ケア、退院支援等）の活動に参加することや、児童・思春期精神科領域（発達障害等）、薬剤耐性菌、ゲノム医療等、社会的要請の強い分野・領域等に関する研修を含むことが望ましい。

経験すべき症候（29 症候）

外来又は病棟において、下記の症候を呈する患者について、病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と病態を考慮した初期対応を行う。

ショック、体重減少・るい瘦、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作、視力障害、胸痛、心停止、呼吸困難、吐血・喀血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便秘異常（下痢・便秘）、熱傷・外傷、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋力低下、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、興奮・せん妄、抑うつ、成長・発達の障害、妊娠・出産、終末期の症候

経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）

外来又は病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。

脳血管障害、認知症、急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、高血圧、肺癌、肺炎、急性上気道炎、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、急性胃腸炎、胃癌、消化性潰瘍、肝炎・肝硬変、胆石症、大腸癌、腎盂腎炎、尿路結石、腎不全、高エネルギー外傷・骨折、糖尿病、脂質異常症、うつ病、統合失調症、依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）

経験すべき症候及び経験すべき疾病・病態の研修を行ったことの確認は、日常業務において作成する病歴要約に基づくこととし、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療、教育）、考察等を含むこと。

その他（経験すべき診察法・検査・手技等）

1. 医療面接
2. 身体診察
3. 臨床推論
4. 臨床手技

気道確保、人工呼吸（バッグ・バルブ・マスクによる徒手換気を含む）、胸骨圧迫、圧迫止血法、包帯法、採血法（静脈血、動脈血）、注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）、腰椎穿刺、穿刺法（胸腔、腹腔）、導尿法、ドレーン・チューブ類の管理、胃管の挿入と管理、局所麻酔法、創部消毒とガーゼ交換、簡単な切開・排膿、皮膚縫合、軽度の外傷・熱傷の処置、気管挿管、除細動等の臨床手技を身に付ける

5. 検査手技

血液型判定・交差適合試験、動脈血ガス分析（動脈採血を含む）、心電図の記録、超音波検査等を経験する。

6. 地域包括ケア・社会的視点

もの忘れ、けいれん発作、心停止、腰・背部痛、抑うつ、妊娠・出産、脳血管障害、認知症、心不全、高血圧、肺炎、慢性閉塞性肺疾患、腎不全、糖尿病、うつ病、統合失調症、依存症などについては、患者個人への対応とともに、社会的な枠組みでの治療や予防の重要性を理解する必要がある。

7. 診療録

- ・日々の診療録（退院時要約を含む）は速やかに記載し、指導医あるいは上級医の指導を受ける。
- ・退院時要約（病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療方針、教育）、考察等）の記載。
- ・退院時要約を症候および疾病・病態の研修を行ったことの確認に用いる場合であって考察の記載欄がない場合、別途、考察を記載した文書の提出と保管を必要とする。
- ・各種診断書（死亡診断書を含む）の作成。

Ⅲ 到達目標の達成度評価（臨床研修の目標の達成度評価までの手順）

研修医が到達目標を達成しているかどうかは、各分野・診療科のローテーション終了時に医師及び医師以外の医療職が研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを用いて評価し、評価票は、研修管理委員会で保管する。上記評価の結果を踏まえて、少なくとも年2回、プログラム責任者・研修管理委員会委員が研修医に対して形成的評価（フィードバック）を行う。2年間の研修終了時、研修管理委員会において、研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを勘案して作成される「臨床研修の目標の達成度判定票」を用いて到達目標の達成状況について評価する。なお、これらの評価は、PG-EPOC（卒後臨床研修医用オンライン臨床教育評価システム）で行うものとする。

研修医評価票

Ⅰ. 「A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）」に関する評価

- A-1. 社会的使命と公衆衛生への寄与
- A-2. 利他的な態度
- A-3. 人間性の尊重
- A-4. 自らを高める姿勢

Ⅱ. 「B. 資質・能力」に関する評価

- B-1. 医学・医療における倫理性
- B-2. 医学知識と問題対応能力
- B-3. 診療技能と患者ケア
- B-4. コミュニケーション能力
- B-5. チーム医療の実践
- B-6. 医療の質と安全の管理
- B-7. 社会における医療の実践
- B-8. 科学的探究
- B-9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

Ⅲ. 「C. 基本的診療業務」に関する評価

- C-1. 一般外来診療
- C-2. 病棟診療
- C-3. 初期救急対応
- C-4. 地域医療

IV その他の評価

1 研修医に対する評価

ア 各研修分野の指導医の評価

PG-EPOC により行う。

イ チューターの評価

面談により行う。

ウ 指導者（看護師）の評価

PG-EPOC により行う。

エ 指導者（コメディカル）の評価

オリエンテーション時に行う。

2 患者、地域住民からの評価

研修医に対する地域住民からの評価を以下の方法で確認する。

- (1) 院内ご意見箱
- (2) 患者満足度調査
- (3) 救急隊へのアンケート調査

3 研修記録の評価

(1) インシデントレポート

研修医 1 人当たり少なくとも年間 10 件のレポートを提出する。

4 研修医からのプログラムの評価

研修医は PG-EPOC を用いて以下の評価を入力し、プログラムへフィードバックする。

- (1) 指導医評価
- (2) 研修分野・診療科評価
- (3) 研修施設評価
- (4) 研修プログラム評価

研修医が遵守すべきこと

＜行動＞

- 1 自己に責任を持ち、積極的に行動する。
- 2 上級医、指導医、指導者の指導に従う。2 年次は、上級医としては扱われないが、1 年次研修医の指導に積極的にあたる。
- 3 診療に関することについては、上下の区別なく、また、職種の差なく積極的に建設的議論を行う。

＜診療行為＞

研修医は、すでに医師の資格を持ち、本プログラムにて単独でも診療を行えることを目標に研修するのであり、また、緊急時には医師としての責務を果たす必要があることから、当院では、研修医が積極的に診療に関わっていくことを求めるが、研修医の立場と医療の安全を保つため、以下の基準を定める。

＜基本原則＞

- 1 原則、研修医が行うあらゆる医療行為には、指導医の許可が必要である。ただし、実際に研修医が出す指示や研修医による医療行為は、指導医の同意を得た上で行われているものと理解し、外来及び病棟等の業務は進行する。なお、救急救命時にはこの限りではないが、可及的速やかに指導医に確認又は立会いを依頼する。
- 2 研修医は、指導医とできるだけ行動を共にし、その指導の下で診療行為ができる。
- 3 診療行為を実施した場合には、遅滞なく診療録を記載する。記録は、電子カルテの承認機能等で指導医によって修正要求を受け、承認される。
- 4 危険薬（向精神薬、麻薬、抗がん剤、循環系作動薬、インスリン等）の投与については、特に指導医の確認が必須である。
- 5 以上の基準は、通常の診療における取決めであり、患者の状態が急変して指導医の指示を受ける時間的余裕がない場合を想定したものではない。緊急時、急変患者を目前にした場合には、応急処置等、医師として対応が必要である。このような場合には、可及的速やかに指導医もしくは上級医の指示を受けられるよう対策をとるとともに、研修医の判断で最善の医療行為を行う。

以上を遵守しながらも起こってしまった医療事故については、病院がその責任を負うこととする。

＜研修医の医療行為に関する基準＞

レベル別に三段階に分ける。

レベル 1 研修医が単独で行つてよい医療行為

- ・初回実施時は、指導医の立会いのもとで実施する。
- ・困難な状況があった場合は、指導医に相談する。

レベル2 指導医の許可を得た上で、単独で行ってよい医療行為

- ・研修期間の経過に伴う、研修医の技術の向上の判断（熟練度の評価）は症例経験数を踏まえ、指導医が能力評価を行った上で、研修医単独での施行を認める。
- ・許可を与えるための、症例数や技術評価の基準は特に定めない。
- ・同じ医療行為であっても、患者個々に条件が異なり、同一患者における同一医療行為であっても患者の状態は一定ではないので、毎回許可を得てから実施する。

レベル3 指導医の立会いを必須とする医療行為

- ・2年間の研修期間において、研修医単独での施行を認めない。

	処方	注射	診察・その他
レベル1	・定期処方の継続 ・臨時処方の継続	・皮内注射 ・皮下注射 ・筋肉注射 ・静脈注射 ・末梢点滴	・医療面接 ・全身の視診、打診、触診 ・基本的な身体診察法（泌尿・生殖器の診察、小児を除く） ・直腸診 ・耳鏡、鼻鏡、検眼鏡による診察 ・インスリン自己注射指導 ・血糖値自己測定指導 ・診断書の複製 ・診療録の作成
レベル2	・定期処方の変更 ・新たな処方（定期・臨時等） ・高カロリー輸液処方 ・酸素療法の処方 ・経腸栄養新規処方 ・危険性の高い薬剤の処方 - 向精神薬 - 抗悪性腫瘍剤 - 心血管作動薬 - 抗不整脈薬 - 抗凝固薬 - インスリン ・麻薬処方：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	・輸血 ・危険性の高い薬剤の注射 - 向精神薬 - 抗悪性腫瘍剤 - 心血管作動薬 - 抗不整脈薬 - 抗凝固薬 ・動脈内への薬剤投与 ・麻薬剤注射：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	・紹介状の作成 ・診断書の作成 ・治療食の指示
レベル3		・関節内注射	・内診 ・死亡診断書の作成 ・重要な病状説明 ・インフォームドコンセントの取得

	検査	処置
レベル 1	・正常範囲の明確な検査の指示・判断 一般尿検査、便検査、血液型不適合検査 血液・生化学的検査、血液免疫血清学的検査 髄液検査、細菌学的検査、薬剤感受性検査など ・他部門依頼検査指示 心電図・ホルター心電図指示、単純X線検査指示 肺機能検査指示、脳波検査指示など ・超音波検査の実施 ・動脈圧測定 ・中心静脈圧測定 ・M M S E (Mini-Mental State Examination) ・聴力 ・平衡 ・味覚 ・嗅覚 ・知覚検査 ・視野 ・視力検査 ・間接喉頭鏡 ・アレルギー検査（貼付） ・長谷川式認知テスト	・静脈採血 ・皮膚消毒、包帯交換 ・外用薬貼付・塗布 ・気道内吸引、ネブライザー ・気管カニューレ交換 ・局所浸潤麻酔 ・抜糸 ・ドレーン抜去 ・皮下の止血 ・包帯法
レベル 2	・検査結果の判読・判断 心電図・ホルター心電図判読 単純X線検査判読、肺機能検査判読 脳波判読、超音波検査判読など ・インフォームドコンセントの必要な検査指示 C T 検査・M R I 検査・核医学検査など ・筋電図 ・神経伝導速度 ・内分泌負荷試験 ・運動負荷検査	・動脈血採血 ・創傷処置、軽度の外傷・熱傷の処置 ・導尿、浣腸 ・尿カテーテル挿入と管理 ※新生児・未熟児は除く ・胃管挿入と管理 ・皮下の膿瘍切開・排膿 ・皮膚縫合 ・ドレーン・チューブ類の管理 ・動脈ライン留置 ・小児の静脈採血 ・人口呼吸器の管理 ・透析の管理 ・静脈留置針の穿刺、留置

レ ベ ル 3	・以下の侵襲的検査 負荷心電図検査 負荷心エコー検査 直腸鏡検査、肛門鏡 消化管造影、脊髄造影など ・以下の危険性の高い侵襲的な検査 胸腔・腹腔鏡検査 気管支鏡、膀胱鏡 消化管内視鏡検査・治療 経食道エコー 肝生検、筋生検・神経生検 心・血管カテーテル検査 ・発達・知能・心理テストの解釈	・以下の侵襲的処置 骨髄穿刺、胸腔穿刺、腹腔穿刺、 腰椎穿刺など、髄腔内抗癌剤注入 ・以下の危険性の高い侵襲的な処置・救急処置 <u>マスクとバッグによる用手的喚起</u> <u>エアウェイの使用（経口、経鼻）</u> <u>ラリンジアルマスクの挿入、気管挿管、</u> <u>除細動、IABP、PCPS</u> ・中心静脈カテーテル挿入・留置 ・小児の動脈穿刺 ・針生検 ・脊髄麻酔 ・硬膜外麻酔 ・吸入麻酔 ・深部の止血 ・深部の膿瘍切開・排膿 ・深部の嚢胞切開・排膿 ・深部の嚢胞穿刺 ・深部の縫合
------------------	--	--

・レベル3のうち下線の行為については、救急救命のためただちに施行が必要となれる場合には研修医が単独で実施可能。

・電子カルテの記載は、指導医の承認が必要。研修医は記載の末尾に、指導医の名前を明記する。

※上記処置の同意書には、研修医の署名だけでなく上級医または指導医の連名とすること

以上

臨床研修委員会
平成29年1月24日制定

＜実務規定＞

1) 救急診療センター

救急外来では、限られた時間内で病態を把握し、対処する必要がある。入院の適応の有無を判断し、入院の適応のない場合には、日勤帯までの応急的対応となる。一見軽症にみえる患者に重症が含まれる確率が高いことから、上級医の指導の下で業務を行う。帰宅となった場合には、起こり得るリスク、再受診の必要がある兆候について十分検討し、患者家族へ説明し、その内容を診療録に記録する。なお、業務の詳細については、病院が別に定める救急診療センターマニュアルに従う。

判断に迷う場合は、上級医の判断を仰ぎ、研修医のみで最終的な判断は行わない。

2) 病棟

病棟では、時間的制約が比較的少ないが、病態が不安定な患者が多く、慎重な診療が必要である。指導医と共に行動し、あるいは指示を受け、指導医の責任のもと積極的に処置、処方、注射指示を出し、看護師に伝達する。研修医が単独、指導医の指導下で行ってよい処置等は別に定める。

通常の診療録記載は、入院時記録、経過記録、中間、退院サマリを記載し、指導医が承認、必要に応じて修正、コメント添付を行う。そのほかに診療情報提供書、入院診療計画書、死亡診断書等、医師として記載すべき書類は、積極的に記載する。ただし、対外的な書類については、指導医との連名（研修医／指導医）とする。

(1) 研修医は担当医として患者を担当する。

(2) 研修医は主治医となることができない。

(3) 研修医は指導医の資格を持つ主治医の責任の下で担当医となることができる。

3) 外来（主に一般外来研修）

内科、小児科ローテ中に一般外来研修を行う。指導医の下で初診患者の病歴聴取を行い検査、投薬等の診療計画を策定し、必要に応じて看護師、外来補助員等に指示を伝達する。これらには指導医の承認を必要とする。当該科ローテ中は、自分が初診で診察した患者の外来再診診察も行う。以前にローテートした研修医が初診で診察した患者の外来再診診察を行うこともある。

(1) 初診患者では、病歴聴取が重要である。特に高齢者については、家族背景、生活環境等の情報を個人情報に配慮しつつ、かつ医学的に必要な情報を得る必要がある。

(2) 身体所見の診察では、主訴に関係しない部分も含め、要領よくシステムレビューを行う。

(3) 指導医が継続的に診ている患者については、限られた時間内で診療の要領を見ながら助手を務める。

4) 手術センター

手術センターでの研修医の業務は、各診療科のカリキュラムで定める範囲とする。手術は、チーム医療の最たるものであり、研修中は、チームの一員であることを自覚して行動しなければならない。

公立西知多総合病院の特徴

病院の名称

公立西知多総合病院
Nishichita General Hospital

病院の所在地

〒477-8522
愛知県東海市中ノ池三丁目1番地の1
電話番号 (0562) 33-5500
FAX 番号 (0562) 33-5900

院長

吉原 基

病院の基本理念

すべては患者さんのために

病院の基本方針

1. 患者さんの生命と人権を尊重し、安心安全な医療を提供します。
2. 地域の基幹病院として、救急医療と急性期医療の充実に努めます。
3. 地域の医療機関や保健・福祉機関と連携し、地域住民の健康増進を図ります。
4. 教育と研修により、医療技術の向上と人間性豊かな医療人の育成に努めます。
5. 職員がやりがいを持ち、安心して働くことができる環境を整えます。
6. 健全な病院経営に努めます。

施設規模及び病床数

施設面積：41,957.09 m² 延床面積：54,675.83 m²

病床数：468 床

(ICU 8 床、救急病床 12 床、結核モデル病床 10 床、緩和ケア病床 20 床)

診療科

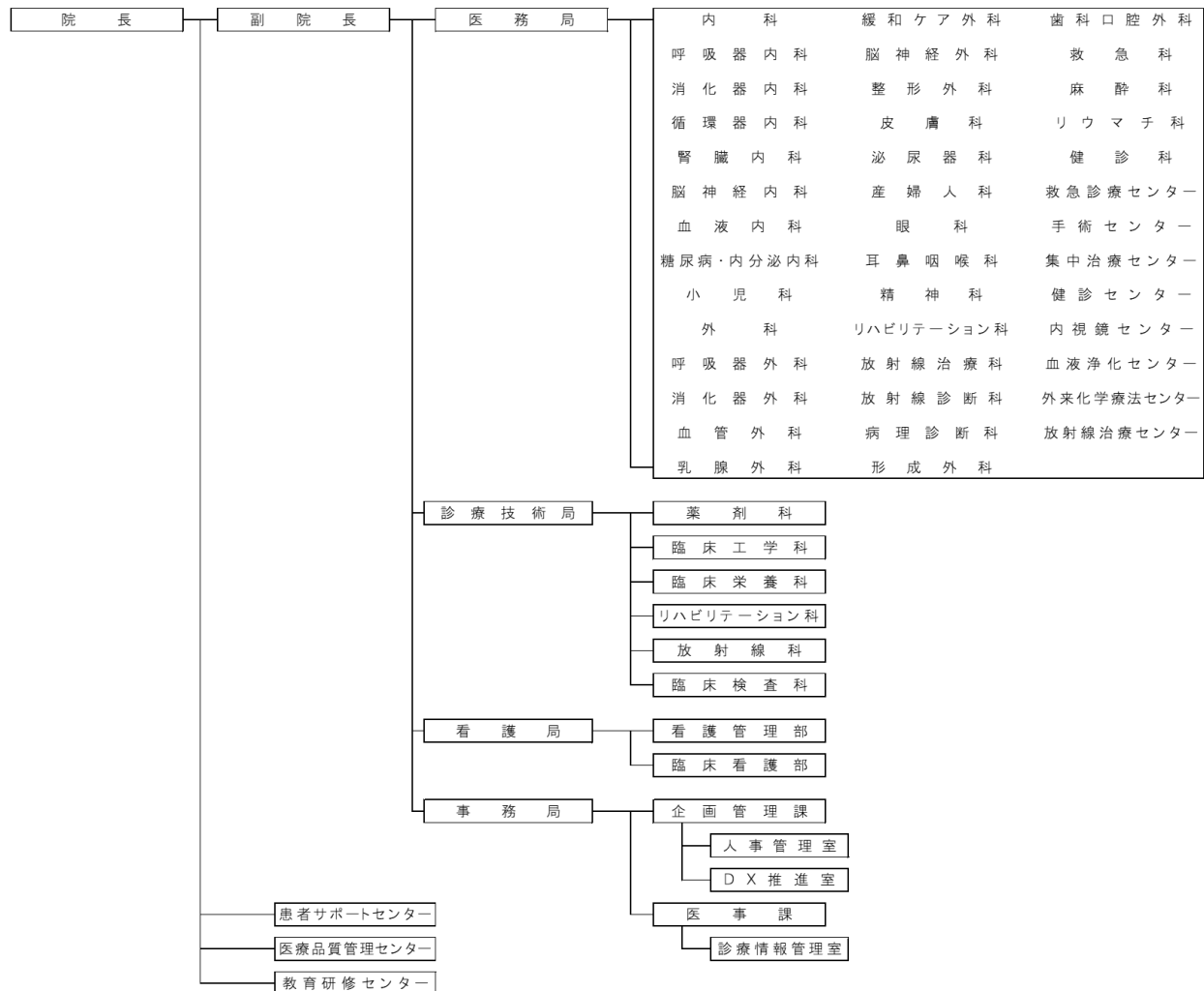
32 科 (内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、腎臓内科、脳神経内科、血液内科、糖尿病・内分泌内科、リウマチ・膠原病内科、外科、呼吸器外科、消化器外科、血管外科、脳神経外科、乳腺外科、整形外科、形成外科、緩和ケア外科、精神科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線治療科、放射線診断科、病理診断科、救急科、歯科口腔外科、麻酔科)

年間患者数 (2024 年度)

外来患者数	のべ	206,216 名	うち初診	21,079 名
救急診療センター	のべ	18,583 名	救急車	5,269 名
入院患者数	のべ	113,462 名	平均在院日数	10.9 日

組織図

2025 年 4 月 1 日現在



指定機関・病院

- ・保険医療機関
- ・救急告示病院
- ・指定自立支援医療機関（精神通院医療）
- ・被爆者一般疾病医療機関
- ・指定小児慢性特定疾病医療機関
- ・感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による指定医療機関
- ・愛知県 B 型・C 型肝炎患者医療給付事業における医療機関
- ・愛知県がん、重度肝硬変患者医療給付事業指定医療機関
- ・災害拠点病院（地域災害拠点病院）
- ・エイズ治療協力医療機関
- ・労災保険指定医療機関
- ・生活保護法指定医療機関
- ・指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）
- ・結核指定医療機関
- ・特定医療（指定難病）指定医療機関
- ・母体保護法指定医
- ・肝疾患専門医療機関
- ・先天性血液凝固因子障害等治療研修事業指定医療機関
- ・愛知 DMAT 指定医療機関
- ・臨床研修指定病院（医科）
- ・臨床研修指定病院（歯科）
- ・DPC 対象病院
- ・地域医療支援病院
- ・愛知県がん診療拠点病院

学会認定施設

- ・日本内科学会認定医制度教育関連病院
- ・日本呼吸器学会認定施設
- ・日本呼吸器内視鏡学会認定気管支鏡認定施設
- ・日本消化器病学会専門医制度関連施設
- ・日本消化器外科学会専門医修練施設
- ・日本消化器内視鏡学会専門医制度指導施設
- ・日本アレルギー学会認定教育施設
- ・日本外科学会外科専門医制度修練施設
- ・日本整形外科学会専門医制度研修施設
- ・日本眼科学会専門医制度研修施設
- ・日本皮膚科学会認定専門医研修施設
- ・日本麻酔科学会認定病院
- ・日本医療薬学会認定がん専門薬剤師研修施設
- ・日本急性血液浄化学会認定指定施設
- ・日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会乳房再建用エキスパンダー実施認定施設（一次再建）
- ・日本透析医学会教育関連施設
- ・日本腎臓学会研修施設
- ・日本消化管学会胃腸科指導施設
- ・日本循環器学会認定循環器専門医研修施設
- ・日本糖尿病学会認定教育施設
- ・日本医学放射線学会放射線科専門医修練機関
- ・日本胆道学会指導施設
- ・日本泌尿器学会専門医教育施設
- ・日本集中治療医学会専門医研修施設
- ・日本口腔外科学会准研修施設
- ・日本脳神経外科学会連携施設
- ・日本脳卒中学会一次脳卒中センター（PSC）
- ・日本乳癌学会専門医制度認定施設
- ・日本心血管インターベンジ（栄養サポートチーム）稼働施設
- ・日本リウマチ学会教育施設外研修施設
- ・日本臨床細胞学会認定施設
- ・日本がん治療認定医機構認定研修施設
- ・日本口腔ケア学会認定施設
- ・日本内分泌学会認定教育施設
- ・日本神経学会准教育施設
- ・緩和医療専門薬剤師研修施設

研修の実施要項

オリエンテーション研修

- 1 導入教育（病院全体研修に参加）
病院の理念、方針、経営目標、概要・組織、公務員倫理、服務、メンタルヘルス、コミュニケーション
個人情報保護、安全管理講習、地方公務員法、感染管理（標準予防策）、医療安全
- 2 臨床研修制度・プログラムの説明
研修理念、到達目標、方略、評価、修了基準、研修体制、チューターの紹介
- 3 医療倫理
人間の尊厳、A C P、守秘義務、倫理的ジレンマ、利益相反、ハラスメント、不法行為の防止
- 4 医療関連行為の理解と実習
電子カルテ操作説明、診療録の記載等、診断書作成、保険診療、薬剤処方、救急当直（各科）、
B L S、I C S L、各種医療機器の取扱い
- 5 患者とのコミュニケーション
服装、接遇、インフォームドコンセント、困難な患者への対応
- 6 医療安全管理
インシデント・アクシデント方向の方法、医療事故と医療過誤、院内感染対策、災害時対応
- 7 多職種連携・チーム医療
各部門の説明・注意喚起、多職種体験研修
- 8 地域連携
地域包括ケア、地域連携システム、患者サポートセンター見学
- 9 自己研鑽
学習方法、図書室（電子ジャーナル、文献検索）

臨床研修の方法

研修計画に沿い、スーパーローテーション方式による研修を基本とする。

研修計画

- 1 研修期間
原則として2年間とする。
- 2 研修計画
臨床研修を行う分野のうち、内科（24週以上）、外科（4週以上）、小児科（4週以上）
産婦人科（4週以上）、精神科（4週以上）、救急部門（12週以上）、地域医療（4週以上）
上：2週間ごとに分けて実施）は必修とする。（一般外来4週以上を含む）
※ 原則として、研修期間全体の1年以上は当院で研修を行うものとする。
※ 病院必修：麻酔科（6週）、放射線科（2週）、整形外科（2週）
- 3 研修計画（ローテーション）の変更
必修科目については原則変更を認めない。2年次のローテーションについては自分の進路を考え、指定された分野を含めた2年間の割り振りを臨床研修委員長と相談し、臨床研修管理委員会で審議

し、承認を得て決定する。

研修期間の割り振りの一例

1 年次	4～5 月	6 月	7～10 月	11 月	12～1 月	2～3 月
	外科 救急部門	小児科 放射線科	内科	選択科 小児科	救急部門 麻酔科	内科 救急部門
2 年次	4 月	5～6 月	7 月	8 月	9 月	10～3 月
	救急部門	内科	精神科	地域医療	産婦人科	選択科

研修指導体制

プログラム責任者、指導医、上級医及びメディカルスタッフの指導者から構成される。

研修医にチューター制（研修医 1 人に対して 1 人のチューター：指導医師が指定され、専任指導医として全期間を通して研修の責任を負う。必要に応じて個々に指導し、研修医を全面的にサポートしながら教育していく。）を導入し、将来の進路に近い科の指導者をチューターとする。期間割りの配属各科においては、その科の長を指導責任者に充てる。

1 プログラム責任者

臨床研修関連実務を統括し、研修プログラムの企画・立案及び実施の管理並びに研修医に対する助言、指導その他の援助を行う。

(1) 資格

ア 臨床研修指導医の資格を有する常勤医師であること。

イ プログラム責任者講習会の受講証明があること。

(2) 役割

ア 次に掲げる事項等、研修プログラムの企画立案及び実施の管理並びに研修医に対する助言、指導その他の援助を行う。

① 研修プログラムの原案を作成する。

② すべての研修医が臨床研修の目標を達成できるよう、全研修期間を通じて研修医の指導を行うとともに、研修プログラムの調整を行う。定期的、あるいは必要に応じて、研修医ごとの到達目標の達成状況を把握・評価し、定められた研修期間の終了時まで、修了基準を満たさない項目について研修が重点的に行えるよう指導医に情報提供する。

③ 到達目標の達成度について、少なくとも年 2 回、研修医に対して形成的評価（フィードバック）を行う。

イ 研修医の臨床研修の休止にあたり、履修期間を把握したうえで、休止の理由が正当かどうか判定する。研修医が修了基準を満たさなくなるおそれがある場合には、事前に研修管理委員会に報告・相談するなどして対策を講じ、定められた研修期間内に研修を修了できるように努める。

ウ 研修期間の終了に際し、研修管理委員会に対して研修医の到達目標の達成状況を達成度判定票を用いて報告する。

エ 管理者及び研修管理委員会が臨床研修の中断を検討する際には、十分話し合いを持つことで、当該研修医の臨床研修に関する正確な情報を提供する。

(3) 評価

プログラム責任者は、プログラムの評価として、研修医から評価される。

3 指導医

研修医に到達目標の達成ができるよう指導し、また、達成状況を把握し評価する。

(1) 資格

ア 常勤医師であること。

イ 原則臨床経験が7年以上（初期研修期間を含む）であること。

ウ 指導医講習会を受講し、受講証明があること。

(2) 役割

ア 研修医指導の責任者又は管理者であり、研修医を直接指導する場合だけでなく、いわゆる「屋根瓦方式」で上級医が研修医を直接指導できるよう指導監督する。

イ 研修医が担当した患者の病歴や手術記録を作成するよう指導する。

ウ 担当する分野・診療科の研修期間中、研修医ごとに到達目標の達成状況を把握し、研修医に対する指導を行い、担当する分野における研修期間の終了後に、研修医評価票を用いて評価する。

エ 研修医の評価に当たって、当該研修医の指導を行った又は共に業務を行った医師、看護師その他の職員と情報を共有する。

オ 研修医と十分意思疎通を図り、実際の状況と評価に乖離が生じないように努める。

カ 指導医を始めとする医師及び医師以外の医療職は、各分野・診療科のローテーション終了時に、研修医評価票を用いて到達目標の達成度を評価し、企画管理課人事管理室に提出する。

キ 研修医自身が、卒後臨床研修医用オンライン臨床教育評価システム（PG-EPOC）を活用して、研修の進捗状況を把握するように指導する。

ク 定期的に研修の進捗状況を研修医に知らせ、研修医及び指導スタッフ間で評価結果を共有し、より効果的な研修へとつなげる。

(3) 評価

指導医は、研修医から評価される。

4 上級医

(1) 資格

専攻医（卒後3年）以上であること。

(2) 役割

指導医の指導監督下で研修医を直接指導する。

5 指導者

看護師、薬剤師、臨床検査技師等、研修医の指導に関係する医師以外の医療職種全てを指し、研修医の指導・評価を行う。

(1) 資格

- ア 看護師は、師長職以上で看護局長の推薦があること。
- イ 診療技術局員は、副科長職以上で診療技術局長の推薦があること。
- ウ 事務員は、課長職以上で事務局長の推薦があること。

(2) 役割

病院スタッフ全員で将来性のある医師を育てるため、職場において多方面からそれぞれの立場で研修医の指導を行う。

6 チューター

研修医 1 人に対して 1 人のチューターが専任指導医として全期間を通して研修の責任を負う。必要に応じて個々に指導し、研修医を全面的にサポートしながら教育していく。

(1) 資格

研修医の将来の進路に近い科の指導医・上級医の中から研修医の人数分選出される。なお、研修医、チューターの申し出により、プログラム責任者が必要と認めた場合は、変更が可能。

(2) 役割

- ア 研修医のため、医師としての将来について、同じ職業の先輩として助言する。
- イ メンタルヘルスケアの問題は対象外とし、メンタルヘルスサポートの活用、もしくは企画管理課人事管理室へ相談する。
- ウ 定期的（2 年で 4 回）に研修医と面談し、研修の進捗、将来などについて問題がないか確認する。また、面談結果をプログラム責任者に報告する。

研修の記録及び評価方法

研修医の到達目標の達成は、医師及び医師以外の医療職により研修医評価票Ⅰ・Ⅱ・Ⅲを用いて行う。これらの評価は、EPOC 2（オンライン卒後臨床研修評価システム）で行う。臨床研修指導医による評価結果は、EPOC 2 上でフィードバックされる。これらの資料に基づき、年に 2 回、プログラム責任者との面談（形成的評価）を実施する。修了認定は定められた期間の研修終了後、臨床研修管理委員会の承認を経て院長が認定する。

臨床研修の修了判定

1 臨床研修の修了基準

- ・研修期間を通じた休止日数が、上限の 90 日を超えていないこと。
- ・研修プログラムに定める全必修分野について、必要期間を研修していること。
- ・臨床研修の到達目標の達成度評価が、EPOC 2 などにより全て完了し、その基準を満たしていること。
- ・臨床医としての適正評価（医療安全・法令順守等）が EPOC 2 などにより全て完了し、その内容に問題がないこと。
- ・提出が求められている病歴要約の全てが提出され、指導・評価を受けていること。

2 臨床研修の修了認定

- ・臨床研修管理委員会で研修医評価票Ⅰ・Ⅱ・Ⅲの内容から作成する臨床研修の目標の達成度判定票を用いて、研修プログラムに定める到達目標の達成が認定された時、院長に対し報告する。

修了判定後の手続き

- 1 院長は臨床研修管理委員会から研修医が到達目標の達成が修了基準を満たしていると報告された場合、臨床研修修了証を交付する。
- 2 同委員会で修了基準を満たしていないと報告された場合は、その研修医に対して理由を説明し、院長は当該研修医に対して臨床研修未修了理由書を交付する。
- 3 未修了となった研修医は、原則として引き続き当院での研修を継続することとし、同委員会は修了基準を満たすための履修計画表を東海北陸厚生局健康福祉部医事課へ提出する。

臨床研修の未修了・中断

1 臨床研修の未修了

(1) 研修未修了の判断

ア 上記「臨床研修の修了基準」を満たさない場合。

イ 臨床研修の途上において、妊娠、出産、育児、傷病等の理由、研究、留学等、キャリア形成のための理由又はその他正当な理由が生じ、当初の研修期間の終了時期に至り、臨床研修における休止期間の上限である90日を超えて休止又は中止する場合のうち、公立西知多総合病院臨床研修プログラムでの研修継続又は研修再開が想定される場合には、当初の研修期間の終了時の評価により、未修了の取扱いとする。

ウ 臨床研修の未修了は、臨床研修管理委員会委員長より、事前に臨床研修管理委員会で報告・相談し、必要があれば東海北陸厚生局健康福祉部医事課臨床研修係にも相談した上で慎重に判断する。

エ 臨床研修の未修了は、公立西知多総合病院臨床研修プログラムで研修を継続又は再開し、研修修了することを原則とする。

(2) 研修未修了者の取扱い

ア 当初の研修期間を超えて研修を実施する期間は、臨床研修における休止期間の上限である90日を超えて研修を休止した日数以上の研修を行う。

イ 当初の研修期間を超えて実施される研修は、当初の研修期間の終了時の評価において、目標到達されなかった必修項目及び必修科目の研修を行う。

ウ 研修の継続又は再開については、その期間の研修環境や指導体制が目標を到達する上で不足とならないよう、他の研修医とのローテーション重複等に十分配慮する。

エ 臨床研修の未修了にあつては、院長、臨床研修管理委員会委員長より、「研修未修了理由書（様式23）」を当該研修医に交付し、未修了を通知する。また、「履修計画表（様式

24) 」により、当該研修医の研修の継続または再開について、東海北陸厚生局に報告を行う。

2 臨床研修の中断

(1) 研修中断の判断

ア 未修了とした場合であって、その後、研修管理委員会から中断の勧告又は研修医から中断の申出を受け、院長、臨床研修管理委員会委員長が臨床研修の中断を認める場合には、その時点で臨床研修を中断する取扱いとする。

イ 公立西知多総合病院臨床研修プログラム以外の臨床研修プログラムで研修を再開することを原則とする。

ウ 当該研修医の臨床研修の継続について、研修管理委員会が困難であると評価、勧告した場合。

- ① 当該研修医が法令や諸規則を遵守できない場合。
- ② 当該研修医が安心・安全な医療の提供ができない状況に至った場合。
- ③ 研修医が臨床医としての適性を欠き、当該臨床研修病院の指導・教育によっても改善が不可能な場合。
- ④ 研修未修了とされた場合のうち、研修の再開時に当該研修医の履修する研修プログラムの変更、廃止等により同様の研修プログラムに復帰することが不可能であると見込まれる場合。
- ⑤ 公立西知多総合病院臨床研修プログラムの実施が不可能な状況となった場合。
- ⑥ その他正当な理由が生じた場合。

エ 当該研修医から管理者に申し出があった場合。

- ① 当該研修医からの申出に正当な理由が認められる場合。（不満等は、改善の余地があるため、認められない。）

オ 院長、臨床研修管理委員長は、当該研修医及び他の研修指導関係者と十分協議し、当該研修医の納得する検討を行う。

カ 院長、臨床研修管理委員長は、臨床研修管理委員会で報告・相談し、必要があれば東海北陸厚生局健康福祉部医事課臨床研修係にも相談した上で慎重に判断する。

(2) 研修中断者の取扱い

ア 臨床研修の中断にあつては、院長、臨床研修管理委員会委員長は、研修医の求めに応じて「臨床研修中断証（様式 18）」を交付し、「臨床研修中断報告書（様式 19）」により、当該研修医の研修の中断について、東海北陸厚生局に報告を行う。

イ 臨床研修を中断した者は、自己の希望する臨床研修病院に臨床研修中断証を添えて臨床研修の再開を申し込む必要がある。このため、臨床研修管理委員会委員長は、当該研修医の求めに応じて臨床研修再開の支援を含め、適切な進路指導を行う。

研修医募集定員数

全国調整及び県内調整に従う。

研修医の募集及び採用方法

医師臨床研修マッチングシステムに従い募集を行う。

1 必要書類

履歴書（写真貼付）、成績証明書、小論文を7月下旬頃までに公立西知多総合病院企画管理課人事管理室に提出。

2 選考方法

8月に実施する。院長、プログラム責任者、副プログラム責任者、看護局長との面接及び小論文により選考する。

研修医の処遇

1 身分：常勤職員（任期付常勤）

2 給与月額：1年次 367,952 円、2年次 384,308 円（地域手当含む）

上記のほか実績に応じ下記を支給する。

時間外勤務手当

通勤手当

期末勤勉手当（6月、12月）

特殊勤務手当

退職手当

（手当支給額は、西知多医療厚生組合職員の給与に関する条例等の例による）

3 勤務時間：午前8時30分から17時15分（週38時間45分勤務）

4 時間外救急外来当番勤務（宿日直）

宿直：17時15分～翌8時30分（翌日1日振替休日）

日直（土・日曜日、祝日）：8時30分～17時15分

応援直：平日17:15分～22時、休日13時～22時

5 休暇：土・日曜日、祝日、年末年始、年次有給休暇20日、夏季休暇5日

6 宿舍：近隣の住宅を借上げ（自己負担上限2万4千円）

7 その他：研修医室2室、厚生年金、健康保険、病院賠償責任保険、勤務医賠償責任保険加入（包括契約方式）、健康診断年2回実施、研修参加費用負担（年間10万円）あり。

連携体制（院内）

指導医リスト

研修分野	指導責任医	臨床研修指導医
内科	神野靖也	
呼吸器内科	中西 亨	吉田健也、長谷川万里子
循環器内科	牧野光恭	鈴木智理
消化器内科	竹山友章	鈴木悠土
脳神経内科	西田 卓	
糖尿病・内分泌内科	加藤二郎	泉田久和
腎臓内科	久志本浩子	
小児科	青嶋 努	山田晃郎
外科	富田 明宏	吉原 基、服部正興、平田明裕、山口美奈、渡邊哲也
産婦人科	川地史高	
麻酔科	内山壮太	水谷彰仁
整形外科	樋田大輔	
救急科	有木 弘	矢田部智昭
脳神経外科	森谷茂太	
泌尿器科	平野泰広	
耳鼻咽喉科	木下稚子	
皮膚科	安田滯奈	
眼科	樋口暁子	
放射線診断科	上岡久人	
病理診断科	溝口良順	渡邊緑子

指導者リスト

看護部長	倉崎 宣子	5 階東看護師長	渡邊 美保子
薬剤科長	笥 由紀子	5 階西看護師長	花木 弘美
リハビリテーション科長	井口 省三	6 階東看護師長	竹内 まや
放射線科長	手塚 文善	6 階西看護師長	杉山 智恵美
臨床検査科長	吉本 尚子	7 階西看護師長	新田 英子
I C U 看護師長	影浦 典代	8 階東看護師長	鈴木 理江
手術室看護師長	山田 昌矢	8 階西看護師長	加藤 美由紀
救急看護師長	濱岸 竹美	9 階看護師長	永井 留菜子
4 階東看護師長	片岡 礼子	外来看護師長	山内 三千代
4 階西看護師長	加藤 留美子		

連携体制（院外）

協力病院・協力施設指導医

協力病院・協力施設名	研修分野	臨床研修指導医
名古屋掖済会病院	産婦人科	清水 顕、高橋典子
知多半島総合医療センター	産婦人科	諸井博明、水野雅子
大同病院	産婦人科	境康太郎、服部友香、高村志麻
資生会 八事病院	精神科	小林健一、水谷浩明、早川雅美、内田あおい 井上裕一、新井貴之、吉田晶子
共和会 共和病院	精神科	西岡和郎、村瀬真治、山本晋平
寿康会 大府病院	精神科	岡田寿夫、岡田佑介
あいち小児保健医療総合センター	小児科	鈴木基正、伊藤健太
如来山内科・外科クリニック	地域医療	小谷勝祥
西知多リハビリテーション病院	地域医療	尾内一如
知多サザンクリニック	地域医療	菅江 崇
安藤医院	地域医療	安藤啓一郎
やすい内科	地域医療	安井 直
のばたクリニック	地域医療	野畑和夫
クリニックひらまつ	地域医療	平松敬人
加木屋たけうち内科	地域医療	竹内誠治

本プログラムの管理・運営のための責任者と組織

公立西知多総合病院臨床研修管理委員会において、プログラムの管理・研修計画の実施・研修医及び指導医の評価のすべてに責任をもつ。詳細は「公立西知多総合病院臨床研修管理委員会設置要綱」に定める。

1 臨床研修管理委員会名簿

役職	役職名	氏名	備考
委員長	糖尿病・内分泌内科主任部長	加藤 二郎	プログラム責任者
副委員長	救急科部長	矢田部 智昭	副プログラム責任者
委員	院長	吉原 基	
委員	副院長兼救急科主任部長	有木 弘	
委員	院長補佐兼内科主任部長	神野 靖也	
委員	呼吸器内科主任部長	中西 亨	
委員	院長補佐兼消化器内科主任部長	竹山 友章	
委員	循環器内科部長	早川 誠一	
委員	統括部長兼腎臓内科主任部長	久志本 浩子	
委員	外科医長	富田 明宏	
委員	脳神経外科主任部長	森谷 茂太	
委員	院長補佐兼整形外科主任部長	樋田 大輔	
委員	脳神経内科主任部長	西田 卓	
委員	小児科主任部長	青嶋 努	
委員	泌尿器科主任部長	平野 泰広	
委員	産婦人科主任部長代行	川地 史高	
委員	耳鼻咽喉科医長	木下 稚子	
委員	歯科口腔外科主任部長	西川 雅也	
委員	皮膚科医長	安田 滯奈	
委員	放射線診断科主任部長	上岡 久人	
委員	眼科主任部長	樋口 暁子	
委員	麻酔科主任部長	内山 壮太	
委員	病理診断科主任部長	溝口 良順	
委員	初期研修医	佐藤 祐紀	1 年次研修医代表
委員	初期研修医	時女 知行	2 年次研修医代表
委員	看護部長	倉崎 宣子	
委員	薬剤科科長	笥 由紀子	
委員	リハビリテーション科副科長	山口 祐基	
委員	放射線科科長	手塚 文善	
委員	臨床検査科科長	吉本 尚子	

委員	企画管理課 人事管理室長	牧野 達弘	
委員	企画管理課 人事管理室 統括主任	石濱 真吾	
委員	企画管理課 人事管理室	石川 あすな	事務局
外部委員	知多半島総合医療センター 院長	渡邊 和彦	
外部委員	八事病院 副院長	吉田 伸一	
外部委員	大同病院 院長	野々垣 浩二	
外部委員	共和病院 院長	西岡 和郎	
外部委員	大府病院 院長	岡田 寿夫	
外部委員	あいち小児保健医療総合センター部長 総合診療科部長	鈴木 基正	
外部委員	名古屋掖済会病院 院長	北川 喜己	
外部委員	如来山内科・外科クリニック 院長	小谷 勝祥	
外部委員	西知多リハビリテーション病院 院長	尾内 一如	
外部委員	知多サザンクリニック 院長	菅江 崇	
外部委員	安藤医院 副院長	安藤 啓一郎	
外部委員	やすい内科 院長	安井 直	
外部委員	のばたクリニック 院長	野畑 和夫	
外部委員	クリニックひらまつ	平松 敬人	
外部委員	加木屋たけうち内科	竹内 誠治	
外部委員	知多保健所 課長補佐	清水 康弘	
外部委員	東海市消防本部 警防課統括主幹	久野 善久	

2 所掌事務

- ・臨床研修プログラムの統括管理（理念、プログラムの作成、評価、改善）に関すること
- ・研修医の管理（研修医の評価、到達度の把握とそのための配慮、処遇の改善、精神面を含む健康管理）に関すること
- ・研修の中断及び修了に関すること
- ・診療所等、院外施設との調整に関すること
- ・指導医の任命及び評価に関すること
- ・研修医の募集及び採用に関すること
- ・初期臨床研修に関する情報の収集に関すること
- ・診療参加型実習をはじめとする学生の実習及び見学に関すること
- ・その他、委員会の目的を達成するために必要な事業に関すること

3 臨床研修委員会

卒後臨床研修に関する事項のうち、院内での調整・報告等を行うための委員会であり、必要に応じて開催する。

4 チーム会

研修状況や体制、研修現場における諸問題等について、研修医及びチューターからの意見を把握するための会議であり、主に臨床研修委員会の開催に合わせて開催する。

研修プログラム概要

臨床研修到達目標項目マトリックス

経験すべき 29 症候

◎・・・ローテート研修において必修性が高い、または十分な研修が可能である
○・・・普通に研修を行うことは可能である

経験すべき症候 -29症候-		内科	循環器内科	呼吸器内科	消化器内科	脳神経内科	糖尿病・内分泌内科	腎臓内科	小児科	産婦人科	麻酔科	外科（緩和ケア含む）	整形外科	脳神経外科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	皮膚科	眼科	救急科	放射線診断科	病理診断科	地域医療	精神科
1	ショック	○	○		○			○	○	○	○	○	○		○				◎				
2	体重減少、るい瘦	◎		○	○		○	○	○			○											○
3	発疹	○							◎								○		○				
4	黄疸	○			◎				○			○							○				
5	発熱	◎	○	○	○	○	○	○	○			○			○	○	○		○			○	
6	もの忘れ	○				◎								○									○
7	頭痛	○				○			○					○					○				
8	めまい	○				○								○		○			◎				
9	意識障害・失神	○	○		○	○	○		○					○					◎				
10	けいれん発作	○				○			○					◎					○				
11	視力障害	○				○								○				◎	○				
12	胸痛	○	◎	○								○	○						○				
13	心停止		○																◎				
14	呼吸困難	○	○	◎				○	○										○				
15	吐血・喀血	○		○	◎														○				
16	下血・血便	○			◎														○				
17	嘔気・嘔吐	○			◎				○			○							○				
18	腹痛	○			◎				○	◎		○			○				○				
19	便秘異常（下痢・便秘）	○			◎				○			○							○				
20	熱傷・外傷												◎				○		○				
21	腰・背部痛	○	○		○						○		◎		○				○				
22	関節痛	○											◎						○				
23	運動麻痺・筋力低下	○				○							○	◎					○				
24	排尿障害（尿失禁・排尿困難）	○								○					◎				○				
25	興奮・せん妄	○				○													○				◎
26	抑うつ	○																					◎
27	成長・発達の障害								◎														
28	妊娠・出産									◎													
29	終末期の症候	○	○	○	○			○		○		◎		○	○				○			○	

経験すべき 26 疾病・病態

◎・・・ローテート研修において必修性が高い、または十分な研修が可能である
○・・・普通に研修を行うことは可能である

経験すべき疾病・病態 -26疾病・病態-	内科	循環器内科	呼吸器内科	消化器内科	脳神経内科	糖尿病・内分泌内科	腎臓内科	小児科	産婦人科	麻酔科	外科（緩和ケア含む）	整形外科	脳神経外科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	皮膚科	眼科	救急科	放射線診断科	病理診断科	地域医療	精神科
1 脳血管障害	○				○								◎					○				
2 認知症	○				◎								○									○
3 急性冠症候群	○	◎																○				
4 心不全	○	◎					○											○				
5 大動脈瘤		◎																○				
6 高血圧	○	◎			○	○	○						○					○				
7 肺癌			◎																			
8 肺炎	○		◎					○										○				
9 急性上気道炎	◎		○					○							○			○				
10 気管支喘息	○		◎					○										○				
11 慢性閉塞性肺疾患(COPD)			◎															○				
12 急性胃腸炎	○			◎				○										○				
13 胃癌				◎						○												
14 消化性潰瘍	○			◎														○				
15 肝炎・肝硬変	○			◎																		
16 胆石症	○			○							◎							○				
17 大腸癌				◎						○												
18 腎盂腎炎	○					○	○	○						◎				○				
19 尿路結石	○						○							◎				○				
20 腎不全	○	○					◎							○				○				
21 高エネルギー外傷・骨折										○	◎	○						○				
22 糖尿病	○	○				◎	○	○										○				
23 脂質異常症	○	○			○	◎	○					○										
24 うつ病	○																					◎
25 統合失調症	○																					◎
26 依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）	○																	◎				○

経験すべき 23 診察法・検査・手技等

◎・・・ローテート研修において必修性が高い、または十分な研修が可能である
○・・・普通に研修を行うことは可能である

経験すべき診察法・検査・手技等	内科	循環器内科	呼吸器内科	消化器内科	脳神経内科	糖尿病・内分泌内科	腎臓内科	小児科	産婦人科	麻酔科	外科（緩和ケア含む）	整形外科	脳神経外科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	皮膚科	眼科	救急科	放射線診断科	病理診断科	地域医療	精神科
1 気道確保										○								◎				
2 人工呼吸（BVMによる徒手換気を含む）										○								◎				
3 胸骨圧迫																		◎				
4 圧迫止血法											○	○	○			○		◎				
5 包帯法												◎				○		○				
6 採血法（静脈血・動脈血）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				◎				
7 注射法（皮下、皮下、筋肉、点滴、 静脈確保、中心静脈確保）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	○	○				○				
8 腰椎穿刺	○			○				○	○	○		○	◎					○				
9 穿刺法（胸腔、腹腔）	○		○	○			○		○		◎			○				○				
10 導尿法								○	○					◎				○				
11 ドレーン、チューブ類の管理		○	○	○					○		◎	○	○	○	○	○						
12 胃管の挿入と管理				○						○	○							◎				
13 局所麻酔法									○	○	◎	○						○				
14 創部消毒とガーゼ交換									○		◎	○	○	○	○	○		○				
15 簡単な切開、排膿											◎	○				○		○				
16 皮膚縫合									○		◎	○	○	○	○	○		○				
17 軽度の外傷、熱傷の処置											○	○				○		◎				
18 気管挿管										◎								○				
19 除細動		◎																○				
20 血液型判定、交差適合試験	○					◎																
21 動脈血ガス分析（動脈採血を含む）										◎								○				
22 心電図の記録	○	◎																○				
23 超音波検査	○	○		○			○	○	○		◎	○						○				

各診療科臨床研修カリキュラム

内科（一般）／研修カリキュラム

指導医： ○神野 靖也 （○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

内科一般における診断、治療に必要な基本的知識、技能を修得し、患者に対して全人的な診療を行うために、病院内外での他部門および他職種と連携ながらチーム医療を実践する。

B. 研修における行動目標（SBOs）

- (1) 個々の患者さんに合った医療面接や全身の身体診察が正しくできる。
- (2) 日常行う一般尿検査、血液生化学検査、血液免疫血清学的検査、細菌学的検査、生理学検査（呼吸機能検査、心電図、エコー検査など）、髄液検査、細胞診・病理組織検査、各種画像検査の意義を理解し、一部は実践できる。
- (3) 日常多く遭遇する以下の症候について発症機序を理解し、鑑別診断できる。
発熱、発疹・色素沈着、黄疸、悪心・嘔吐、胸やけ、吃逆、口渇、嚥下困難、便秘、下痢、吐血、下血、脾腫、リンパ節腫脹、浮腫、腹部膨隆、腹水、甲状腺腫、肥満、るいそう、チアノーゼ、胸水、貧血、胸痛、呼吸困難、異常呼吸、動悸、咳・痰、喘鳴、血痰、血尿、乏尿、多尿、脱水、排尿障害、四肢痛、関節痛、腰痛、意識障害、失神、頭痛、認知機能障害、痙攣、運動麻痺、しびれ、めまいなど
- (4) POSに基づき、多数ある患者の問題点を抽出し、それを診療録に記載できる。
- (5) 上記に基づいた初期診断、初期治療が円滑に行なえ、必要に応じて専門医と連携し、診断・治療ができる。
- (6) 複数の病態を有する高齢者の診療において、老年症候群を理解し適切に対応できる
- (7) 多職種が参加する症例検討の場において症例提示を適切に行うことができる。
- (8) 各種疾患の診療ガイドラインや最新の臨床知見に触れ、evidence-based medicine (EBM)を理解する。

C. 研修方略(LS)

L S 1 : On the job training (OJT)

- (1) 担当医として入院患者を受け持ち、主治医の指導のもと、問診、身体診察、検査データの把握を行い、診断及び治療計画立案に参加する。担当患者の回診を行い、診療録を記載し、主治医と方針を相談、決定する。主治医の指導のもとに、担当患者の検査、処方などのオーダーを行う。
- (2) 臨床研修指導医・上級医の監督のもと、初診内科外来で患者を診察し、検査、処方のオーダー、結果説明する
- (3) 紹介元への返書、証明書・診断書の記載方法を学ぶ。
- (4) 救急専門医と協力して、救急外来診療を積極的に行う。
- (5) 病棟での薬剤業務を病棟薬剤師と共に行なう。
- (6) 各種超音波検査を検査技師と共に行なう。

L S 2 : シミュレーション技能訓練

心エコー、腹部エコー、腰椎穿刺法、中心静脈確保法、気管挿管法を行う（適宜）。

L S 3 : カンファレンス・

- (1) 内科カンファレンス（毎週火曜日 11：00～）：担当患者の症例提示を行い議論に参加する。
- (2) 認知症支援チームと共に、介入症例のチーム回診、カンファレンスに参加する。
- (3) AST（抗生物質管理チーム）のカンファレンスに参加する。

L S 4 : 講義

研修期間中に倫理的・法律的・制度的な社会側面と生涯研修や、接遇、感染防御、リスクマネジメント、チーム治療について講義を受ける。

L S 5 : 勉強会

抄読会：N J Mの今月の症例、ワシントンマニュアルの抄読会を適時行う。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。

病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。

臨床研修委員長は半年に 1 度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

〔研修医週間予定表〕

	月	火	水	木	金
午前	初診外来	初診外来	初診外来	初診外来	初診外来
午後	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診 DST ライト	病棟回診
夕方					

*当直明けの日は原則、帰ること

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

（１）経験すべき症候

ショック

体重減少、るい瘦

発疹

黄疸

発熱

もの忘れ

頭痛

めまい

意識障害・失神

けいれん発作

視力障害

胸痛

呼吸困難

吐血・喀血

下血・血便

嘔気・嘔吐

腹痛

便通異常（下痢・便秘）

腰・背部痛

関節痛

運動麻痺・筋力低下

排尿障害（尿失禁・排尿困難）

興奮・せん妄

抑うつ

終末期の症候

（２）経験すべき疾病・病態

脳血管障害

認知症

急性冠症候群

心不全

高血圧

肺炎
急性上気道炎
気管支喘息
急性胃腸炎
消化性潰瘍
肝炎・肝硬変
胆石症
腎盂腎炎
尿路結石
腎不全
糖尿病
脂質異常症
うつ病
総合失調症
依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）
(3) 経験すべき診察法・検査・手技等
採血法（静脈血・動脈血）
注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）
腰椎穿刺
穿刺法（胸腔、腹腔）
血液型判定、交差適合試験
心電図の記録
超音波検査

循環器内科／研修カリキュラム

指導医： ○牧野 光恭、鈴木 智理（○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

循環器領域で頻度の高い虚血性心疾患、心不全、不整脈など代表的病態への対応及び最小限必要な管理ができること。基本的な診断、治療の能力（知識、技術）を培って、瞬時に判断して行動出来る能力を修得する。

B. 研修における行動目標（SBOs）

（1）循環器内科領域における問診および身体所見

- ①適切な問診及び身体所見（特に胸部聴診）をとることができる。
- ②虚血性心疾患を問診及び心電図所見から、緊急性を判断でき速やかに専門医に相談できる。

（2）循環器内科領域における基本的検査法

- ①自ら標準 12 誘導心電図を記録でき、その主要所見が診断できる。
- ②負荷心電図の目的を理解し判定できる。
- ③心電図モニターを監視し、不整脈の診断ができる。
- ④心エコー図を記録し、その主要所見が把握できる。
- ⑤胸部 X 線写真で心肺所見の読影ができる。
- ⑥胸部 CT で心肺の解剖を説明し、主な所見を読影できる。
- ⑦心臓核医学検査の目的を説明し、その画像所見を説明できる。
- ⑧心臓カテーテル検査を分類し、その適応と治療方針を決定できる。

（3）循環器内科領域における治療法

- ①主な薬物治療を分類し、各々の薬理作用とその副作用を説明できる。
強心剤、利尿剤、降圧剤、狭心症治療薬、抗不整脈薬
- ②補助循環（IABP・PCPS）のメカニズムを理解し、その適応について説明できる。
- ③電氣的除細動の目的を理解し使うことができる。
- ④人工ペースメーカー（ICD・CRT 含む）の適応を熟知する。
- ⑤虚血性心疾患の観血的治療（PCI・CABG）の適応を理解できる。

（4）各疾患の治療法

- ①急性心筋梗塞の合併症を熟知し、段階的心臓リハビリテーションの指示と合併症の治療ができる。
- ②狭心症を分類し、特に不安定狭心症の診断と治療（主に薬物治療）ができる。
- ③心不全の血行動態を非観血的・観血的に診断し、病態に応じた治療法（薬物治療・外科的治療）が決定できる。
- ④不整脈を電気生理学的に分類し、診断・治療ができる。

C. 研修方略（LS）

（1）病棟

- ①ローテーション開始時には、臨床研修指導医・上級医と面談し、自己紹介、研修目標の設定を行なう。ローテーション終了時には、評価表の記載とともに feed back を受ける。
- ②担当医として入院患者を受け持ち、主治医の指導のもと、問診、身体診察、検査データの把握を行ない、治療計画立案に参加する。2 年次研修においては、検査・診断・治療などの指示を積極的に行う。
毎日担当患者の回診を行い、主治医と方針を相談する。
- ③インフォームド・コンセントの実際を学び、簡単な事項については主治医の指導のもと自ら行う。
- ④入院診療計画書・退院療養計画書を、主治医の指導のもと、自ら作成する。
- ⑤主治医の指導のもと、担当患者の心電図一心エコー・胸部 X 線写真その他の画像を読影・評価し、カルテに記載する。
- ⑥入院患者の心エコー検査については可能な限り自ら実施する。

(2) 心血管撮影室

- ①心臓カテーテル検査の助手・外回りを行い、カテーテル検査の意義・結果・その後の方針について指導医から指導を受ける。
- ②カテーテル中の心電図モニター・圧モニターを監視し、緊急事態の対応につき指導医からの指導を受ける。
- ③自ら血管の穿刺を行い、また右心カテーテルを操作することにより、一時的ペースメーカー挿入手技を獲得する。永久的ペースメーカーでは局所麻酔、皮膚切開、圧迫止血、ドレーンチューブの管理の指導を指導医から受ける。

(3)カンファレンス

心カテカンファレンス(月曜日 16 時 00 分～)及び心不全カンファレンス(水曜日 16 時 00 分～)に参加し、担当患者の症例提示を行ない、議論に参加する。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。

病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。

臨床研修委員長は半年に 1 度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

【研修医週間予定表】

	月	火	水	木	金
午前	回診 心エコー	回診 シンチ	回診 心エコー	回診 シンチ	回診 心エコー
午後	心カテ 回診	心カテ	心カテ ペースメーカー クリニック(隔週)	心カテ	回診
夕方	カンファレンス		カンファレンス		

*当直明けの日は原則、帰ること

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

(1) 経験すべき症候

ショック
発熱
意識障害・失神
胸痛
心停止
呼吸困難
腰・背部痛
終末期の症候

(2) 経験すべき疾病・病態

急性冠症候群
心不全
大動脈瘤
高血圧
腎不全
糖尿病
脂質異常症

(3) 経験すべき診察法・検査・手技等

採血法（静脈血・動脈血）

注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）
ドレーン、チューブ類の管理
除細動
心電図の記録
超音波検査

呼吸器内科／研修カリキュラム

指導医： ○中西 亨、吉田 健也、長谷川 万里子 （○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

研修内容

- （１） 患者の病歴（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴）の聴取と記録
- （２） 全身の観察と胸部の理学的診察
- （３） 臨床検査の実施と結果の解釈
 - 動脈血ガス分析
 - 血液生化学的検査
 - 血液免疫血清学的検査
 - 細菌学的検査・薬剤感受性検査
 - 検体の採取（痰、血液など）
 - 簡単な細菌学的検査（グラム染色など）
 - 肺機能検査・スパイロメトリー
 - 細胞診検体（喀痰、胸水など）の採取と処理
 - 細胞診・病理組織検査（C）
- （４） 胸部レントゲン写真の読影
- （５） 胸部 CT などの読影
- （６） 気管支鏡
- （７） レスピレーター管理
- （８） 胸腔ドレナージ
- （９） 胸膜生検
- （１０） 呼吸器疾患の診断・治療
 - 頻度の高い症状：全身倦怠感、発熱、嚔声、胸痛、動悸、呼吸困難、咳・痰
 - 緊急を要する症状・病態：肺停止、ショック、急性呼吸不全
 - 経験が求められる疾患・病態：
 - （１） 呼吸不全
 - （２） 呼吸器感染症
 - （３） 閉塞性・拘束性肺疾患（気管支炎、気管支喘息、気管支拡張症）
 - （４） 肺循環障害（肺塞栓・肺梗塞）
 - （５） 異常呼吸（過換気症候群）
 - （６） 胸膜、縦隔、横隔膜疾患（自然気胸、胸膜炎）
 - （７） 肺癌
- （１１） 呼吸器疾患に対する薬剤の使用法

B. 研修における行動目標（SBOs）

- （１） 胸部 X 線・CT 検査の基本を習得する。
- （２） 呼吸器の重要疾患の診断と治療を習得する。
- （３） 気管支喘息発作などの救急疾患にも対応できるようにする。

C. 研修方略(LS)

LS-1：病棟研修

- （１） オリエンテーション（上級医、指導医）
 - ローテート開始時にスタッフに自己紹介し、指導医と面談し研修目標の設定を行う。ローテート終了時には評価表の記載とともにフィードバックを受ける。
- （２） 担当医として患者を受け持ち、主治医（上級医、指導医）の指導のもと、問診、身体診察、検査・画像データを把握し治療計画立案に参加する。毎日主治医とともに回診を行い、患者の状態の変化を観察しカルテに記載する。

- (3) 胸水、胸腔ドレナージを術者として行う。
- (4) インフォームドコンセントの実際を学び、簡単な事項については主治医の指導のもとに自ら行う。
- (5) 入院診療計画書/退院療養計画書、医師退院サマリーを主治医の指導のもと記載する。
- (6) 診療情報提供書、証明書、死亡診断書などを自ら記載する。

LS-2：気管支鏡、CT ガイド下生検の研修

気管支鏡と CT ガイド下生検の適応、禁忌について理解する。

検査に助手として加わり、手技について学ぶ。

LS-3：カンファレンス

毎日夕方に行われるミニカンファにレンスに参加し、その日に画像が撮影された患者、新入院患者について検討する。

病棟症例検討会に参加し他職種との入院患者の検討を行う。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。

病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。

臨床研修委員長は半年に 1 度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

[研修医週間予定表（呼吸器内科）]

	月	火	水	木	金
午前	回診	回診	回診	回診	回診
午後	気管支鏡・CT ガイド下生検	気管支鏡・CT ガイド下生検	気管支鏡・CT ガイド下生検	気管支鏡・CT ガイド下生検	気管支鏡・CT ガイド下生検
夕方	ミニカンファ	ミニカンファ	病棟カンファ	ミニカンファ	ミニカンファ

*当直明けの日は原則、帰ること。

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

- (1) 経験すべき症候
 - 体重減少、るい瘦
 - 発熱
 - 胸痛
 - 呼吸困難
 - 吐血・喀血
 - 終末期の症候
- (2) 経験すべき疾病・病態
 - 肺癌
 - 肺炎
 - 急性上気道炎
 - 気管支喘息
 - 慢性閉塞性肺疾患（COPD）
- (3) 経験すべき診察法・検査・手技等
 - 採血法（静脈血・動脈血）
 - 注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）
 - 穿刺法（胸腔、腹腔）
 - ドレーン、チューブ類の管理

消化器内科／研修カリキュラム

指導医： ○竹山 友章 （○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

- （１） 消化器内科における診断と治療に必要な基礎的知識を習得する。
- （２） 消化器内科における診断と治療に必要な問題解決方法を習得する。
- （３） 消化器内科に必要な基本的技能を習得する。
- （４） 患者および家族と望ましい人間関係を確立できる。
- （５） 適切な診療録を作成できる。
- （６） チーム医療の原則を理解し、他のスタッフと協調して仕事ができる。
- （７） 診断書、死亡診断書（検案書）、各種証明書の記載が適切にできる。
- （８） 生涯にわたる自己学習の習慣を身につける。

B. 研修における行動目標（SBOs）

- （１） チーム医療の意義を理解し、医療スタッフと良好なコミュニケーションがとれる。
- （２） 病歴の聴取と身体所見を診察し、診療録に的確な記載ができる。
- （３） 各種疾患の知識を取得し、必要な検査、治療の立案ができる。
- （４） 各種画像診断の読影を習得し、正常、異常所見の診断ができる。
- （５） 腹部超音波検査の基本手技を習得し、正常、異常所見の判断ができる。
- （６） 基本的な診察ができる。（腹部触診および聴診、直腸診、眼球結膜の視診など）
- （７） 基本的な手技の方法、リスクを熟知し実行できる。（胃管挿入、腹水穿刺、上部消化管内視鏡検査など）
- （８） 担当患者の状態を把握し、カルテ記載を行う。カンファレンスで状態を報告する。

C. 研修方略(LS)

毎朝ショートカンファレンスに参加し、担当患者を確認する。

午前中は内視鏡センターで上部消化管内視鏡検査を見学する。その上で、模型を用いて上部消化管内視鏡検査を練習する。十分に操作が可能となり、所見を理解できるようになったら上級医と共に内視鏡検査を実施する。

午後は担当患者に行われる検査や処置を中心に可能な限り検査・処置に参加する。

内視鏡センターカンファ、消化器外科カンファ、病理カンファに参加し、担当患者については発表する。

外来研修

消化器内科医について外来診療の実際を見学する。初診患者の病態把握、検査計画、治療計画の立案に参加する。

病棟研修

担当医として患者を受け持ち、主治医の指導のもと、問診、診察を行い、検査、画像データを把握し、検査、治療計画立案に参加する。更にカルテ記載を行う。各種疾患の治療を学ぶ。

腹水穿刺、中心静脈穿刺等の処置があれば助手または術者として上級医の指導のもと手技を学ぶ。

内視鏡研修

上部消化管、下部消化管、超音波内視鏡検査、ERC、胃瘻造設等に助手として参加し、手技、治療の手技の方法、適応等を学ぶ。

学会発表

研修時に症例があれば、上級医の指導のもとに内科学会、消化器病学会、消化器内視鏡学会で発表を行う。学会発表が無い場合は抄読会、あるいは内科会での症例発表を行う。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。
病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。
臨床研修委員長は半年に1度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

[研修医週間予定表（消化器内科）]

	月	火	水	木	金
午前	ショートカンファ (救急病棟) 内視鏡センター	ショートカンファ (救急病棟) 内視鏡センター	ショートカンファ (救急病棟) 内視鏡センター	ショートカンファ (救急病棟) 内視鏡センター	病理カンファ (第2、4、第 6会議室) ショートカンファ (救急病棟) 内視鏡センター
午後	腹部超音波関連手 技 血管撮影関連手技	内視鏡センター	内視鏡センター	内視鏡センター	内視鏡センター
夕方		病棟カンファ (6 Eカンファ 室)		消化器外科カン ファ (7 Eカン ファ室)	

*当直明けの日は原則、帰ること
学会発表を1回以上すること

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

（1）経験すべき症候

ショック
体重減少、るい瘦
黄疸
発熱
意識障害・失神
吐血・喀血
下血・血便
嘔気・嘔吐
腹痛
便通異常（下痢・便秘）
腰・背部痛
終末期の症候

（2）経験すべき疾病・病態

急性胃腸炎
胃癌
消化性潰瘍
肝炎・肝硬変
胆石症
大腸癌

（3）経験すべき診察法・検査・手技等

採血法（静脈血・動脈血）
注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）
穿刺法（胸腔、腹腔）
ドレーン、チューブ類の管理
胃管の挿入と管理
超音波検査

脳神経内科／研修カリキュラム

指導医： ○西田 卓 （○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

- （１） 病歴を正確に聴取し、整理記載できる。
- （２） 基本的な神経所見を把握し整理記載できる。
- （３） 症状と所見から神経の局在診断と病因を考察できる。
- （４） 神経疾患の診断を進めるのに必要な検査法の適応、意義、結果を解釈できる。
- （５） 基本的な検査手技の習得。
- （６） 基本的な画像所見の読影を習得する。
- （７） 脳炎、脳血管障害などの急性疾患に対する応急処置と必要な検査手順を習得する。
- （８） 神経変性疾患など主要な慢性疾患の経過、治療を理解する。

B. 研修における行動目標（SBOs）

基本的考察法の習得

1. 患者及び家族と適切なコミュニケーションがとれる。
2. 神経系の解剖の理解とそれにのっとった基本的な神経学的診察法の習得。

意識レベル、痴呆

脳神経

筋トーン、筋萎縮、肥大、筋力の評価

深部腱反射

不随意運動

感覚系

小脳系

自律神経系

3. 基本的検査法の習得及び所見の解釈

腰椎穿刺

筋電図

末梢神経伝達速度

脳波

画像検査：CT、MRI、脳血流シンチ、頸動脈エコー

4. 基本的な治療法の理解

以上のことを基本に症例を通じて、より臨床に即したかたちでの研修を進める。一般内科の中の脳神経内科であるという観点から患者を診ること、そのためには患者とその家族と適切なコミュニケーションをとれるようにすることはもちろんのことであるが、チーム医療として診断や治療をすすめていくにあたり、他職種の医療従事者といかに協力し、的確に情報交換をするかということも目標としていきたい。また医療を通じて福祉等社会的側面の重要性や対応についても習得できるよう指導する。

C. 研修方略(LS)

LS1：On the job training

○担当医として入院患者を受け持ち、主治医の指導のもと、病歴聴取、診察および治療計画立案に参加する。毎日回診を行い、主治医と方針を相談する。特に2年次研修においては、検査、治療などの指示を主治医の指導のもとに積極的に行う。

○主治医の指導のもと、腰椎穿刺、筋生検、筋電図など侵襲的な検査を実際に施行する。

○外来診療は、新患の病歴聴取などを行いながら、臨床研修指導医・上級医の診療を見学し、診察や患者への接し方などを学ぶ。

○インフォームド・コンセントの実践を学び、簡単な事項については主治医の指導のもと自ら行う。

- 診療情報提供書、証明書、死亡診断書など自ら記載する。(ただし、主治医と連名が必要)
- 入院診療計画書/退院療養計画書を主治医の指導のもと、自ら作成する。

LS2:カンファレンス

- 毎週月曜日 14 時 00 分からの DST 回診に参加し、カルテ記載する。
- 毎週月曜日 16 時 00 分からのリハビリテーションカンファレンスに参加する。
(看護師、MSW、リハビリテーション科等)

LS3：勉強会

- 不定期に行われる院外研究会にも積極的に参加する。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。

病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。

臨床研修委員長は半年に 1 度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

[研修医週間予定表]

	月	火	水	木	金
午前	病棟回診	病棟回診	病棟回診	外来 病棟回診	病棟回診
午後	病棟回診 病棟カンファ DST 回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
夕方					

*当直明けの日は原則、帰ること。

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

(1) 経験すべき症候

発熱

もの忘れ

頭痛

めまい

意識障害・失神

けいれん発作

視力障害

運動麻痺・筋力低下

興奮・せん妄

(2) 経験すべき疾病・病態

脳血管障害

認知症

高血圧

脂質異常症

(3) 経験すべき診察法・検査・手技等

採血法（静脈血・動脈血）

注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）

腰椎穿刺

糖尿病・内分泌内科／研修カリキュラム

指導医： ○加藤 二郎 、 泉田 久和 （○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

- （１） 内分泌代謝・糖尿病疾患についての基本的事項の習得をすることによって、内科疾患全体との関わりを認識し、内分泌代謝・糖尿病疾患に診療に必要な知識・技術を習得する。
- （２） 患者との良好なコミュニケーションを確立するとともにチーム医療の一員とし診療をスムーズに行えるようにする
- （３） 学会および研究会などで発表する

B. 研修における行動目標（SBOs）

- （１） 面接・問礼儀正しく、いたわりの気持ちで患者と接することができる。
- （２） 望ましい面接技法と系統的問診法による正確で十分な病歴聴取ができる。
- （３） 系統的診察法により必要な身体的所見をとり、記述できる。
- （４） 患者の心理的、社会的背景を聴取し記述できる。
- （５） 患者及び家族に病状を的確に説明でき、治療方針について同意を得ることができる。
- （６） バイタルサインの把握が出来る。
- （７） 尿の一般的な検査を実施し、結果を解釈することが出来る。
- （８） 便の肉眼的検査、潜血反応を実施し、結果を解釈することが出来る。
- （９） 血液生化学検査を指示し、その結果を解釈することが出来る。
- （10） 血液ガス分析結果を実施し、その結果を解釈することが出来る。
- （11） 血清免疫学的検査を指示し、その結果を解釈することが出来る。
- （12） 血液一般検査と血液像検査を指示し、その結果を解釈することが出来る。
- （13） 心電図をとりその結果を解釈することが出来る。
- （14） 簡易血糖測定を実施し、解釈することが出来る。
- （15） 内分泌学的検査を適切に指示し、負荷検査を実施し、その結果を解釈することが出来る。
- （16） 糖尿病の診断、合併症の評価を行い、適切な療養指導を行うことが出来る。
- （17） X線障害の予防を配慮して検査の指示を出すことが出来る。
- （18） 胸部X線写真を読影することが出来る。
- （19） MRI、CTの指示を行い主要な所見について解釈することが出来る。
- （20） 核医学検査についてその適応を決め、結果の主要な所見について解釈することが出来る。
- （21） 一般経口薬、注射薬の適応、禁忌、使用量、副作用、配合禁忌をあげることが出来る。
- （22） 薬物療法の成果を評価することができる。
- （23） ステロイド薬の種類、副作用を理解し適切に選択使用することが出来る。
- （24） インスリン治療の適応と種類、量、回数について適切な指示を出すことが出来る。
- （25） 経口糖尿病薬について、その薬理作用と副作用を理解し適切に処方することが出来る。
- （26） 抗生剤の適応を決め適切な選択をすることが出来る。
- （27） 食事療法の原理を理解し適切な指示を出すことが出来る。
- （28） 運動療法の原則を理解し適切な指示を出すことが出来る。
- （29） 禁煙の重要性を説明し、適切な指導をすることが出来る。
- （30） 精神、心理療法の必要性を判断し、適応を決めることが出来る。
- （31） 適切な診療録を作成することが出来る。
- （32） 患者の問題リストを作成することが出来る。
- （33） 診療計画を立案することが出来る。
- （34） 退院の判断をすることが出来る。

- (35) 症例を提示し要約すること出来る。
- (36) 以下の内分泌代謝疾患・糖尿病について適切な検査を指示し、診断を行い、治療方針を立てることができ、適切な療養指導を行うことが出来る。
 - 甲状腺機能亢進症
 - 甲状腺機能低下症
 - 結節性甲状腺腫
 - 亜急性甲状腺炎
 - 副腎腫瘍
 - 原発性アルドステロン症
 - Cushing 症候群
 - 褐色細胞腫
 - 副腎不全
 - 副甲状腺機能亢進症
 - 副甲状腺機能低下症
 - 下垂体疾患
 - 尿崩症
 - SIADH
 - 膵内分泌腫瘍（インスリノーマ等）
 - 性腺異常
 - 電解質異常
 - 脂質代謝異常
 - 尿酸代謝異常
 - 肥満症
 - 糖尿病性ケトアシドーシス
 - 高浸透圧性糖尿病性昏睡
 - 低血糖
 - 1 型糖尿病
 - 2 型糖尿病
 - その他の特定の機序・疾患によるもの
 - 遺伝子異常が同定されたもの、膵外分泌疾患・内分泌疾患・肝疾患に伴うもの、薬物によるもの、等）
 - 妊娠糖尿病
 - 糖尿病性神経障害、壊疽
 - 糖尿病性腎症
 - 糖尿病性網膜症
 - 糖尿病患者の術前、術後管理
- (37) 保険医療法規、制度を理解し遵守することが出来る。
- (38) 医療保障制度、公費負担医療等を理解し、患者からの相談に応じることが出来る。
- (39) 在宅医療、社会復帰に向けて適切な判断と助言をすることが出来る。
- (40) 地域の保健・健康増進（保健所機能など）の関係を理解することが出来る。
- (41) 医療事故に対して適切に対処することが出来る。
- (42) 診断書・証明書を作成することができる。
- (43) 的確な診療情報提供書を作成することができ、また、その返事を書くことが出来る。
- (44) 医の倫理、生命の倫理に基づいた行動をとることが出来る。
- (45) 必要な情報収集（文献検索）の技法を理解し、実践することが出来る。
- (46) 医療情報の評価と選択の方法について理解することが出来る。
- (47) 自己評価及び第三者による評価をふまえ診療計画を改善することが出来る。
- (48) 自己研修プログラムを作成し実践することができる。

C. 研修方略(LS)

- (1) 原則として指導医とともに診療に当たる。指導医の監督の下、受け持ち患者の検査、処置、薬剤の投与を行う。
 - (2) 指導医は定期的に研修医の研修目標達成の進捗状況を点検し、適切に指導する。
- 病棟研修：新規入院患者が順次割り当てられ、病歴、身体所見を系統的にとり、検査計画を立て、主治医の指導のもと検査と治療の指示を行う。
- 診療録の記載を行い、指導医の点検を受ける。
- 病棟回診：指導医とベッドサイド及び病棟回診し、診断・治療について検討する。
- 医師カンファレンス：入院患者の提示、指導医参加による検討を行う。
- 他職種カンファレンス：他職種と共同で入院患者の糖尿病治療、療養方針の検討、共有、一般内科入院患者の社会復帰支援の相談を行う。
- 検査・患者教育：
- 内分泌負荷試験、糖代謝検査
 - 負荷薬剤の静注、経時的採血を主治医の監督下に行う。
 - 糖尿病患者教育、個別指導に参加し、担当する。

D. 評価

- 臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。
- ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。
- 指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。
- 病棟看護部長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。
- 臨床研修委員長は半年に1度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

[研修医週間予定表]

	月	火	水	木	金
午前	病棟回診 回診 外来 患者管理	病棟回診 回診 外来 患者管理	病棟回診 回診 外来 患者管理	病棟回診 回診 外来 患者管理	病棟回診 回診 外来
午後	病棟回診 甲状腺エコー 穿刺吸引細胞診 他職種カンファ	病棟回診 医師カンファレンス	病棟回診 糖尿病教室	病棟回診 糖尿病他職種カンファレンス	病棟回診 糖尿病教室 甲状腺エコー 穿刺吸引細胞診
夕方					

*当直明けの日は帰ること。

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

- (1) 経験すべき症候
 - 体重減少、るい瘦
 - 発熱
 - 意識障害・失神
- (2) 経験すべき疾病・病態
 - 高血圧
 - 腎盂腎炎
 - 糖尿病
 - 脂質異常症
- (3) 経験すべき診察法・検査・手技等
 - 採血法（静脈血・動脈血）
 - 注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）

腎臓内科／研修カリキュラム

指導医： ○久志本 浩子 （○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

内科一般の医療を実践できる医師となり、腎臓疾患の診療に必要な基本的知識や技能を習得する。

急性腎障害や電解質異常への初期対応や、検尿異常がある場合の腎生検の適応、腎炎、ネフローゼ症候群の治療を学ぶ。また、末期腎不全患者に対して血液および腹膜透析の診療能力を身につける。

機会があれば、学会および研究会などで発表する。

B. 研修における行動目標（SBOs）

- (1) 腎臓疾患を念頭においた病歴聴取、身体診察ができる。
- (2) 尿検査、採血検査の適応、指示の出し方、異常所見の有無の判断ができる。
- (3) 腹部エコー、腹部CT検査の適応、指示の出し方、読影ができる。
- (4) 水・電解質、酸塩基平衡異常に対し、血液ガスの採取および分析ができる。
- (5) 急性腎不全の鑑別診断を列挙して、急性血液浄化療法の適応を臨床研修指導医・上級医と検討する。
- (6) 血漿交換療法など各種血液浄化療法を指導医とともに導入し管理する。
- (7) 病歴や所見から糸球体および尿細管間質疾患の存在を想定し、腎生検の適応を判断できる。
- (8) 慢性腎不全の保存期療法について実践できる。
- (9) 腎代替療法選択を患者に説明し、透析導入時の管理、維持透析の合併症の治療を習得する。
- (10) 腎移植に対し理解し患者に説明できるようにする。
- (11) 内シャント血管を臨床研修指導医・上級医とともに作製しバスキュラーアクセスの管理を習得する。
- (12) 腹膜透析でのチューブ挿入術を臨床研修指導医・上級医と行い、導入後の腹膜透析管理を行う。

C. 研修方略(LS)

LS1: On the job training

- 担当医として入院患者を受け持ち、主治医の指導のもと、回診し相談しながら、治療計画立案に参加する。2年次研修では、検査、治療などの指示を主治医の指導のもとに積極的に行う。
- 腎生検の施行に立ち会い介助を行う。腎生検の適応、合併症およびその後の対応を十分に理解し、主治医の指導のもと実際に施行する。
- 内シャント設置術、人工血管移植術、経皮的内シャント形成術に立ち会い、麻酔、器具出し、縫合などの補助を行う。
- インフォームド・コンセントの実践を学び、簡単な事項については主治医の指導のもと自ら行う。
- 診療情報提供書、証明書など自ら記載する。（ただし、主治医と連名が必要）
- 入院診療計画書/退院療養計画書を主治医の指導のもと、自ら作成する。

LS2: カンファレンス

- 毎週火曜日（PM3:30～）の腎臓内科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリ科、MSWのチームカンファレンス及び、毎週月曜日の透析カンファレンス（PM4:00～）に出席し、担当患者のプレゼンテーションを行い、治療方針を検討する。

LS3:勉強会

- 不定期に行われる院内外研究会や内科学会、腎臓学会、透析医学会にも積極的に参加する。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。

病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。

臨床研修委員長は半年に1度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

【研修医週間予定表】

	月	火	水	木	金
午前	回診 新規入院患者 カンファレンス 腎臓内科部長 回診	回診 外来見学など	回診 外来見学など	回診	回診 透析回診
午後	腎生検 透析カンファ レンス	腎臓内科チー ムカンファレ ンス	シャント手 術・PTA	シャント手 術・PTA	透析回診 シャント手 術・PTA
夕方		(勉強会)			

*当直明けの日は原則、帰ること。

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

(1) 経験すべき症候

ショック

体重減少、るい瘦

発熱

呼吸困難

終末期の症候

(2) 経験すべき疾病・病態

心不全

高血圧

腎盂腎炎

尿路結石

腎不全

糖尿病

脂質異常症

(3) 経験すべき診察法・検査・手技等

採血法（静脈血・動脈血）

注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）

穿刺法（胸腔、腹腔）

超音波検査

小児科／研修カリキュラム

指導医： ○青嶋 努、山田 晃郎（○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

- （１）小児科診療に必要な基礎的知識を修得する。
- （２）小児科診療に必要な問題解決方法を修得する。
- （３）小児科診療に必要な基本的技能を習得する。
- （４）患者及び家族と好ましい信頼関係を確立し、十分な説明、心理的援助を行う。
- （５）適切な診療録を作成する。
- （６）チーム医療の原則を理解し、他の医療スタッフと協調して仕事する。
- （７）診断書、各種証明書を適切に記載する。
- （８）生涯にわたる自己学習の習慣を身につける。

B. 研修における行動目標（SBOs）

- （１）病歴の聴取と身体所見（身体計測、意識状態、vital sign、視覚所見、聴診所見、触診所見、神経学的所見など）がとれて、診療録に的確に記載できる。
- （２）各種検査（血液、尿、便、髄液、細菌学的）・画像検査（単純レントゲン、CT、MRI、シンチグラム、心電図、超音波、脳波）を解釈し、問題点を把握して治療方針を立案できる。
- （３）基本処置（点滴注射、ワクチン接種、採血、採尿、腰椎穿刺など）ができる。
- （４）抗生剤など薬剤の種類と適応を理解できる。
- （５）患者・家族とのコミュニケーションをとり、上級医とともにインフォームドコンセントをとれる。
- （６）入院診療・退院療養計画書、他科依頼書、診療情報提供書、登園許可書などの書類を作成することができる。
- （７）予防接種について理解し、接種スケジュールを立案することができる。
- （８）問題解決のため、適切なコンサルテーションや自ら文献検索などができる。

C. 研修方略(LS)

LS-1：病棟研修

- （１）担当医として患者を受け持ち、主治医（上級医、指導医）の指導のもと、問診、身体診察、検査・画像データを把握し治療計画立案に参加する。毎日主治医とともに回診を行い、患者の状態の変化を観察しカルテに記載する。
- （２）インフォームドコンセントの実際を学び、簡単な事項については主治医の指導のもとに自ら行う。
- （３）点滴、採血、髄液採取、腎生検などの手技を、抜糸、術者または助手として行う。
- （４）入院診療・退院療養計画書、医師退院サマリーを主治医の指導のもと記載する。
- （５）診療情報提供書、証明書、登園許可書などを自ら記載する。

LS-2：外来研修

- （１）指導医の外来診察を見学し、診察手順、患者への説明方法などを学ぶ。
- （２）自ら、病歴の聴取、身体診察を行い、適切な検査・治療を立案する。
- （３）点滴注射、ワクチン接種、採血、採尿、腰椎穿刺などの手技を行う。
- （４）時間外救急患者、救急搬送患者の対応をする。

LS-3：カンファレンス

カンファレンスに参加し、入院患者についてプレゼンテーションする。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項

目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。

病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。

臨床研修委員長は半年に1度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

【研修医週間予定表】

	月	火	水	木	金
午前	病棟回診 回診終了後外来	病棟回診 回診終了後外来	病棟回診 回診終了後外来	病棟回診 回診終了後外来	病棟回診 回診終了後外来
午後	時間外患者診察 循環器外来 1ヶ月検診	腎外来 時間外患者診察	神経外来 時間外患者診察 病棟カンファレンス	予防接種 時間外患者診察	乳児・3歳児検診 腎外来 時間外患者診察
夕方					

*当直明けの日は原則、帰ること。

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

（1）経験すべき症候

ショック

体重減少、るい瘦

発疹

黄疸

発熱

頭痛

意識障害・失神

けいれん発作

呼吸困難

嘔気・嘔吐

腹痛

便通異常（下痢・便秘）

成長・発達の障害

（2）経験すべき疾病・病態

肺炎

急性上気道炎

気管支喘息

急性胃腸炎

腎盂腎炎

糖尿病

（3）経験すべき診察法・検査・手技等

採血法（静脈血・動脈血）

注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）

腰椎穿刺

導尿法

超音波検査

産婦人科／研修カリキュラム

指導医： ○川地 史高 （○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

- （１）医師として自覚ある行動がとれること。
- （２）産婦人科診療の特性を理解し、診療に当たる正しい姿勢を身につける。
- （３）産婦人科における疾患の診断と治療に必要な知識を習得する。
- （４）診療録の適切な記載、各種同意書の必要性・内容の理解ができる。

B. 研修における行動目標（SBOs）

- （１）時間・規則を守って行動する。
- （２）患者との間に良好なコミュニケーションをとり、問題解決指向型の病歴記載を適切に行う。
- （３）妊産婦への検査・薬物投与の問題点を理解する。
- （４）外来および救急患者への対応。
- （５）手術患者の術前リスク評価・術中術後管理を理解する。
- （６）外来・入院患者管理をととして、診断に必要な考え方、治療に必要な医療行為（書類作成を含めて）を習得する。
- （７）産科・婦人科・生殖内分泌の３領域で下記の項目をできるだけ多く体験・理解する。

産科領域

- （１）正常妊娠・分娩・産褥の母児の経過が理解できる。
超音波検査・胎児心拍モニタリング・胎児骨盤レントゲン・Bishop スコアなど諸検査への参加および理解。
- （２）下記の異常妊娠・分娩・産褥のぼじの経過が理解できる。
異所性妊娠 切迫流産 妊娠中のマイナートラブル ハイリスク妊娠
多胎妊娠 前置胎盤・低置胎盤 前期破水 胎児心拍モニタリング異常（急速遂
娩の適応） 児頭骨盤不均衡 微弱・過強陣痛 回旋異常・胎位異常
子宮破裂・内反 頸管裂傷 癒着胎盤 産科ショック
- （３）周産期カンファレンスでの症例提示と問題点の把握。
- （４）子宮内容除去・帝王切開の助手。

婦人科領域

- （１）不正性器出血、婦人科疾患による急性腹症の鑑別診断の理解。
- （２）以下の検査を通じて、婦人科腫瘍疾患を理解する。
細胞診 コルポスコープ・組織診 超音波検査 CT・MRI の読影
一般採血および腫瘍マーカーの評価
- （３）手術・化学療法・放射線治療の適応を理解する。
- （４）婦人科手術の助手。
- （５）症例検討会などで症例提示を行う。

生殖内分泌領域

- （１）無月経・不妊患者・更年期患者の診断から治療までの過程を理解する。
- （２）不妊患者の諸検査・治療を理解する。
- （３）更年期患者の諸検査・治療を理解する。

C. 研修方略(LS)

ローターと開始の朝にカンファレンスでオリエンテーションを行う。
その後は毎朝の病棟回診時にスケジュールを確認していく。
ローターと終了時に産婦人科医とふりかえりを行う

外来研修

婦人科医師について外来診療の実際を見学する。状況に応じ実施可能と判断された手技を行う。

初診患者・手術患者で各種疾患の典型例や特殊例について、患者の状態把握や治療計画の立案に参加する。

病棟研修

婦人科入院患者の特性、回診のルールを理解し守る。

主治医回診・病棟回診への参加。

入院患者の通常の経過の理解、通常と異なる経過の対処について勉強する。

手術研修

手術に助手として参加し、手術術式および骨盤解剖について学ぶ。

局所麻酔、皮膚縫合などの手術手技の一部を実際に行う。

各種カンファレンスでの症例の把握と提示。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。

病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。

臨床研修委員長は半年に 1 度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

【研修医週間予定表】

	月	火	水	木	金
午前	病棟ミーティング 病棟回診後外来	病棟ミーティング 病棟回診後外来	病棟ミーティング 病棟回診後外来	病棟ミーティング 病棟回診後外来	病棟ミーティング 病棟回診後外来
午後	処置・小手術など	手術参加	手術参加	手術参加	病棟カンファレンス 病理カンファレンス(第 2、4)
夕方					

*当直明けの日は原則、帰ること。

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

(1) 経験すべき症候

ショック

腹痛

排尿障害（尿失禁・排尿困難）

妊娠・出産

終末期の症候

(2) 経験すべき診察法・検査・手技等

採血法（静脈血・動脈血）

注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）

腰椎穿刺

穿刺法（胸腔、腹腔）

導尿法

ドレーン、チューブ類の管理

局所麻酔法

創部消毒とガーゼ交換

皮膚縫合

超音波検査

麻酔科／研修カリキュラム

指導医： ○内山 壮太、水谷 彰仁（○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

- （１）手術室と麻酔科外来の運営システムを理解する。
- （２）医師や看護師や技師等、すべてのスタッフの役割を認識し、チーム一員として協調して診療にあたる姿勢を養う。
- （３）基本的なモニタリングについて理解する。
- （４）一般的な麻酔前評価ができる。
- （５）救命救急の基本的手技ができる。
- （６）麻酔対象患者の問題点・麻酔管理方法の選択に関して、簡潔・的確な症例提示ができる。
- （７）指導医の指導の下に問題のない患者の一般的な周術期管理ができる。
- （８）ペインクリニック対象疾患について理解する。

B. 研修における行動目標（SBOs）

- （１）病歴、既往歴、家族歴の聴取
- （２）一般検査の解釈
- （３）胸部X線写真の読影
- （４）心電図の診断
- （５）麻酔対象患者の問題点・麻酔管理方法の選択に関して、簡潔・的確な症例提示と周術期の全身状態の把握
- （６）周術期のバイタルサイン変動の診断と治療
- （７）手術、麻酔の生体に及ぼす影響についての理解
- （８）各種モニターの基本構造の理解と使用
- （９）各種麻酔薬の作用、生理的影響の特徴についての理解
- （１０）輸血の適応、副作用についての理解
- （１１）各種循環作動薬の作用、副作用についての理解
- （１２）感染の防御
- （１３）末梢静脈路確保
- （１４）マスクによる人工呼吸
- （１５）気管内挿管
- （１６）機械的人工呼吸器操作
- （１７）用手人工呼吸
- （１８）経鼻胃管の挿入
- （１９）術前・術後の診察・診療
- （２０）各種の術後鎮痛法についての理解

C. 研修方略(LS)

1. 術前回診
麻酔科外来における診察を見学する。
2. 麻酔計画
（１）１週目：指導医がたて、研修医を指導する。
（２）２週目以降：原則として指導医の指導の下に研修医がたてる。
3. 麻酔始業点検
指導医と共に行う。
4. 麻酔管理
（１）研修医といえども責任は問われることを自覚すること。
（２）必ず最低５分間隔で血圧・心拍数を麻酔記録に記入し、経皮酸素飽和度・呼気終末二酸化炭素濃度・体温・中心静脈などを必要に応じて記入する。

- (3) 昇圧薬・血管拡張薬など種類、量を間違えると重篤な結果をもたらす可能性のある薬剤が麻酔科領域でよく使用される。このため指定された薬剤以外の独自の判断による投与は原則として禁止する。また輸血施行の判断についても必ず指導医の指示を仰ぎ許可を得ること。
- (4) 麻酔導入時及び終了時は必ず指導医の指示を仰ぐ。
5. 術後回診
手術当日と翌日に行い、指導医に報告する。
6. 指導体制
- (1) 指導医 1 名が研修医 1 名に対して専門指導医として全期間を通して研修の責任を負う。麻酔科研修にあたっては、最低でも 4 週間の研修期間を必要とする。これ以下の研修期間では見学のみとし、手技の実施は行わない。
- (2) 専任指導医は定期的に研修医の研修目標達成の進捗具合を点検し、直接指導を行う。
- a. 個々の研修医の目標達成度を 2 週間ごとにチェックする。
- b. 個々の研修医の欠点や弱点を補うために適宜受け持ち患者や研修スケジュールを調整する。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。

病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。

臨床研修委員長は半年に 1 度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

【研修医週間予定表】

	月	火	水	木	金
午前	朝カンファ I C U 処置 麻酔	朝カンファ I C U 処置 麻酔	朝カンファ I C U 処置 麻酔	朝カンファ I C U 処置 麻酔	朝カンファ I C U 処置 麻酔
午後	I C U 処置 麻酔 術前後回診	I C U 処置 麻酔 術前後回診	I C U 処置 麻酔 術前後回診	I C U 処置 麻酔 術前後回診	I C U 処置 麻酔 術前後回診
夕方	勉強会	勉強会	勉強会	勉強会	勉強会

*当直明けの日は原則、帰ること。

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

- (1) 経験すべき症候
ショック
腰・背部痛
- (2) 経験すべき診察法・検査・手技等
気道確保
人工呼吸（BVM による徒手換気を含む）
採血法（静脈血・動脈血）
注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）
腰椎穿刺
胃管の挿入と管理
局所麻酔法
気管挿管
動脈血ガス分析（動脈採血を含む）

外科（緩和ケア含む）／研修カリキュラム

指導医： 吉原 基、○富田 明宏、平田 明裕、山口 美奈、渡邊 哲也
（○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

- （１）一般外科における診断と治療に必要な基礎的知識を習得する。
- （２）一般外科における診断と治療に必要な問題解決方法を習得する。
- （３）一般外科に必要な基本的技能を修得する。
- （４）患者及び家族との望ましい人間関係を確立できる。
- （５）適切な診療録を作成できる。
- （６）チーム医療の原則を理解し、他の医療スタッフと協調して仕事ができる。
- （７）診断書、死亡診断書（検案書）、各種証明書の記載が適切にできる。
- （８）生涯にわたる自己学習の習慣を身につける。

B. 研修における行動目標（SBOs）

- （１）チーム医療の意義を理解し、医療スタッフとの良好なコミュニケーションがとれる。
- （２）病歴の聴取と身体所見がとれて、診療録に的確に記載できる。
- （３）術前検査・各種画像検査が読影でき、問題点を把握し治療方針を立案できる。
- （４）外科的基本処置（局所麻酔、切開・縫合・結紮、抜糸、外傷処置、ドレーン管理、胃管挿入等）ができる。
- （５）手術に参加し助手としても手術手技ができる。
 - ①開腹手術の助手として縫合・結紮を行う。
 - ②鏡視下手術に助手としてカメラを的確に操作できる。
 - ③電気メス、エネルギーデバイスの特性を理解し使用できる。
- （６）基本的な診察ができる。（腹部、胸部、乳房、頸部、直腸）
- （７）抗癌剤治療の種類と適応を理解できる。
- （８）患者・家族とのコミュニケーションをとり、上級医とともにインフォームドコンセントをとる。
- （９）入院患者の必要書類を作成することができる。
- （１０）臨床倫理と緩和医療について理解し、麻薬の適正使用、副作用対策を実施できる。

C. 研修方略(LS)

LS-1：病棟研修

- （１）オリエンテーション（上級医、指導医）
ローテート開始時にスタッフに自己紹介し、指導医と面談し研修目標の設定を行う。ローテート終了時には評価表の記載とともにフィードバックを受ける。
- （２）担当医として患者を受け持ち、主治医（上級医、指導医）の指導のもと、問診、身体診察、検査・画像データを把握し治療計画立案に参加する。毎日主治医とともに回診を行い、患者の状態の変化を観察しカルテに記載する。術後合併症の診断と対処法について学ぶ。
- （３）抜糸、ガーゼ交換、ドレーン管理、胸水・腹水穿刺などを術者または助手として行う。
- （４）インフォームドコンセントの実際を学び、簡単な事項については主治医の指導のもとに自ら行う。
- （５）入院診療計画書/退院療養計画書、医師退院サマリーを主治医の指導のもと記載する。
- （６）診療情報提供書、証明書、死亡診断書などを自ら記載する。

LS-2：手術研修

手術に助手として加わり、手術術式や解剖について学ぶ。
局所麻酔や皮膚切開、皮膚縫合を実際に行う。
切除標本の観察、整理を行い記録することによって、各種癌取り扱い規約について学ぶ。

執刀医による家族への手術の説明に参加する。
虫垂炎の手術を術者として行う。

LS-3：外来研修

初診患者の問診、身体診察を行い、検査データの分析をして治療計画の立案に参加する。
乳房診察、肛門診察を行う。
外科手術紹介患者、緊急手術患者の診察を行い、手術適応について学ぶ。

LS-4：カンファレンス

朝カンファに参加し、重症患者、周術期患者、新入院患者について検討する
内科外科症例検討会に参加し手術紹介患者の検討を行う。
病棟症例検討会に参加し他職種との入院患者の検討を行う。
病理検討会に参加し手術症例の病理結果について学ぶ。

LS-5：抄読会・学会発表

指導医と相談し英文論文を抄読会で発表する。
研修2年間の内に学会発表を1題は行う。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。

病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。

臨床研修委員長は半年に1度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

【研修医週間予定表】

	月	火	水	木	金
午前	朝カンファ7F 患者管理 回診	朝カンファ7F 患者管理 回診	朝カンファ7F 患者管理 回診	朝カンファ7F 患者管理 回診	抄読会（隔週） 病理カンファ （隔週） 回診
午後	手術	手術	手術	手術	手術
夕方		病棟カンファ		消化器カンファ	

*当直明けの日は原則、帰ること。

月～木曜日は7階カンファレンス室に8：30に来ること

朝夕2回は担当患者の回診をし、カルテ記載をすること

他に仕事の無いときは、病棟回診、検査、手術、時間内緊急手術に参加すること

夜間休日待機の日は緊急手術に参加すること

抄読会で英語論文の発表をすること

最終週は緩和ケア病棟回診、外来診察、緩和ケアカンファを行う

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

（1）経験すべき症候

ショック

- 体重減少、るい瘦
- 黄疸
- 発熱
- 胸痛
- 嘔気・嘔吐
- 腹痛
- 便通異常（下痢・便秘）
- 終末期の症候
- (2) 経験すべき疾病・病態
 - 胃癌
 - 胆石症
 - 大腸癌
 - 高エネルギー外傷・骨折
- (3) 経験すべき診察法・検査・手技等
 - 圧迫止血法
 - 採血法（静脈血・動脈血）
 - 注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）
 - 穿刺法（胸腔、腹腔）
 - ドレーン、チューブ類の管理
 - 胃管の挿入と管理
 - 局所麻酔法
 - 創部消毒とガーゼ交換
 - 簡単な切開、排膿
 - 皮膚縫合
 - 軽度の外傷、熱傷の処置
 - 超音波検査

整形外科／研修カリキュラム

指導医： ○樋田 大輔 （○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

- （１） 整形外科における診断と治療に必要な基礎的知識を習得する。
- （２） 整形外科における診断と治療に必要な問題解決方法を習得する。
- （３） 整形外科に必要な基本的技能を修得する。
- （４） 患者及び家族との望ましい人間関係を確立できる。
- （５） 適切な診療録を作成できる。
- （６） チーム医療の原則を理解し、他の医療スタッフと協調して仕事ができる。
- （７） 各種診断書、死亡診断書（検案書）、各種証明書の記載が適切にできる。
- （８） 生涯にわたる自己学習の習慣を身につける。

B. 研修における行動目標（SBOs）

- （１） チーム医療の意義を理解し、医療スタッフとの良好なコミュニケーションがとれる。
- （２） 病歴の聴取と整形外科の身体所見（関節可動域評価、筋力評価、神経学的評価）がとれて、診療録に的確に記載できる。
- （３） 術前検査・各種画像検査が読影でき、問題点を把握し治療方針を立案できる。
- （４） 外科の基本処置（注射法、局所麻酔、切開排膿、関節穿刺、皮膚縫合、包帯法、ギプス固定、軽度の外傷の処置）ができる。
- （５） 手術に参加し助手としても手術手技ができる。
 - ① 観血的整復固定術の助手として参加して、縫合・結紮を行う。
 - ② 人工関節手術に参加して、クリーン・ルームの手術、SSI class1 の手術における感染予防を理解する。
 - ③ 関節鏡視下手術に参加し、鏡視における解剖を理解する。
- （６） 基本的な整形外科的診察（脊椎、関節疾患、骨折、靱帯・腱損傷、感染症など）ができる。
- （７） 患者・家族とのコミュニケーションをとり、主治医とともにインフォームドコンセントをとる。
- （８） 入院患者の必要書類を作成することができる。
- （９） 理学療法の処方、指示が理解でき、行える。
- （１０） 各種装具治療が理解できる

C. 研修方略(LS)

LS-1：病棟研修

- （１） オリエンテーション（上級医、指導医）

ローテート開始時に病棟スタッフに自己紹介し、指導医と面談し研修目標の設定を行う。ローテート終了時には評価表の記載とともにフィードバックを受ける。
- （２） 担当医として患者を受け持ち、主治医（上級医、指導医）の指導のもと、問診、身体診察、検査・画像データを把握し治療計画立案に参加する。毎日主治医とともに回診を行い、患者の状態の変化を観察しカルテに記載する。術後合併症の診断と対処法について学ぶ。
- （３） 抜糸、ガーゼ交換、ドレーン管理、関節穿刺などを術者または助手として行う。
- （４） インフォームドコンセントの実際を学び、簡単な事項については主治医の指導のもとに自ら行う。
- （５） 入院診療計画書/退院療養計画書、医師退院サマリーを主治医の指導のもと記載する。
- （６） 診療情報提供書、証明書、死亡診断書などを主治医の指導のもと記載する。

LS-2：手術研修

- （１） 手術に助手として加わり、手術術式や解剖について学び、手術記事を記載し、指導医に確認を受ける。

- (2) 局所麻酔や皮膚切開、皮膚縫合を実際に行う。
- (3) 主治医による家族への手術の説明に担当医として、参加する。
- (4) 抜釘等の手術を術者として行う。

LS-3：外来研修

- (1) 初診患者の問診、身体診察を行い、検査データの分析をして治療計画の立案に参加する。
- (2) 脊椎疾患、関節疾患、骨粗鬆症の診察を行う。
- (3) 救急患者（開放創、開放骨折、脱臼、靱帯損傷）の診察を行い、初期治療、手術適応について学ぶ。

LS-4：カンファレンス

- (1) 毎夕入院患者の画像を指導医と供覧し、画像評価を行う。
- (2) 病棟カンファレンスに参加し他職種との入院患者の検討を行う。
- (3) 1週間の整形外科救急患者の画像読影を行い、指導医と検討を行う。

LS-5：抄読会・学会発表

- (1) 指導医と相談し、担当患者の文献検索、抄読を行う。
- (2) 指導医よりテーマをもらい1～2症例のレポートを作成する。
- (3) 適当な症例があれば、研修2年間の内に学会発表を1題行うことを目標とする。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。

病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。

臨床研修委員長は半年に1度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

【研修医週間予定表】

	月	火	水	木	金
午前	整形外科1診 外来	整形外科1診 外来、装具採型 ギプス巻き	整形外科1診 外来	整形外科1診 外来、装具採型 ギプス巻き	4W病棟回診 脊椎検査
午後	手術	手術	手術	手術	手術
夕方				病棟カンファ	

*当直明けの日は原則、帰ること。

月～金曜日は午前中手術、検査などがあれば優先して参加すること

月～金曜日は指導医に付き、救急医患者の診察、治療を行うこと

月～金曜日は夕方に入院患者の画像読影を行うこと

参加した手術のレポートを作成、また指導医よりテーマをもらい、1～2症例のレポート作成を行うこと

1週間の救急外来での整形外科患者の画像読影を行うこと

夜間、休日などの時間外緊急手術に参加してもよい

学会発表を1回以上することを目標とする

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

（1）経験すべき症候

ショック

胸痛

熱傷・外傷

腰・背部痛

関節痛

運動麻痺・筋力低下

（2）経験すべき疾病・病態

高エネルギー外傷・骨折

（3）経験すべき診察法・検査・手技等

圧迫止血法

包帯法

採血法（静脈血・動脈血）

注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）

腰椎穿刺

ドレーン、チューブ類の管理

局所麻酔法

創部消毒とガーゼ交換

簡単な切開、排膿

皮膚縫合

軽度の外傷、熱傷の処置

超音波検査

脳神経外科／研修カリキュラム

指導医： ○森谷 茂太 （○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

- （１） 医師としての自覚を身につけ、患者・家族や他の医療メンバーの信頼を得る。
- （２） 脳神経外科疾患の救急診療ができるように、脳神経外科疾患の診断・治療法を理解し、診断・治療の基本手技を修得する。
- （３） 医師としての能力の向上を目指し、自己学習の習慣を身につける。

B. 研修における行動目標（SBOs）

1. 医師としての自覚を身につけ、他の医療メンバーや患者・家族の信頼を得る。
 - （１） 決められた時間に病棟に出勤し、当日の業務について病棟指導医と打ち合わせる。
 - （２） 毎日、受け持ち患者の診察を行い、カルテに記載する。
 - （３） 受け持ち患者の看護上の問題点を、担当ナースに確認する。
 - （４） 受け持ち患者がリハビリテーションをしているときには、担当療法士にリハビリテーションの進行を尋ねる。
 - （５） 診察を通して患者の肉体的精神的苦痛に気づき、主治医と原因について考え適切に対応する。
 - （６） 患者・家族の訴えに、分かる範囲内で答え、不明な点は主治医に確認して答える。
 - （７） 症例検討会で受け持ち患者のプレゼンテーションを行う。
 - （８） 救急患者の診察・手術に参加する。
 - （９） 地域包括ケアシステムを学ぶため多職種カンファレンス、MSW面談に参加する。
2. 脳神経外科疾患を把握し救急の場で診療ができるように、脳神経外科疾患の診断・治療法を理解し、診断・治療の基本手技を修得する。

2－1：診断

- （１） 入院患者の問診・基本的な全身診察・神経学的診察を行い、カルテに記載し、主治医に説明する。
- （２） 診察結果から問題点を抽出し、カルテに記載し主治医に説明する。
- （３） 放射線学的検査（単純撮影・CT・MRI・SPECT・PET・脊髓造影・血管撮影など）を読み、カルテに図及び所見を記載し、主治医に説明する。
- （４） 生理学的検査（超音波検査、ECG、EEG、ABR、SEP など）所見をカルテに記載し、主治医に説明する。
- （５） 検査結果をふまえた総合的所見より臨床診断と鑑別診断をつけ、主治医に説明する。

2－2：基本手技

- （１） 腰椎穿刺を病棟指導医の指導のもとに実施する。
- （２） 診断のための各種検査を病棟指導医の指導のもとに実施する。
- （３） 脳神経外科手術に助手として参加する。
- （４） 脳血管撮影に助手として参加する。

2－3：治療

- （１） 臨床診断をもとに最も有効な治療法及び他に考えられる治療法を選択し、主治医に説明する。
- （２） 選択した治療（手術）の方法（術式）を理解する。
- （３） 患者と家族への、治療前（術前）の病状及び治療法説明に参加する。
- （４） 手術に助手として参加し、手術の基本操作を体験する。
- （５） 手術における、皮膚縫合・結紮など基本的外科手技を実施する。
- （６） 基本的外科手技を身につけ穿頭術を指導医の指導のもとに実施する（二次目標）。
- （７） 脳神経外科的術後管理について理解するために、主治医と共に術後指示を出す。

- (8) 血管内手術に助手として参加し、血管内手術手技の基本を学習する。
 - (9) 悪性脳腫瘍に対する集学的治療(化学療法・放射線治療を含む)を主治医と共に指示する。
 - (10) 術後の創処置を実施する。
 - (11) 術後経過における変化や異常を指摘し、主治医と共に対応する。
3. 医師としての能力の向上を目指し、自己学習の習慣を身につける。
- (1) 臨床における疑問点を列記し、専任指導医又はカリキュラム担当者に報告する。
 - (2) 疑問解決手段(教科書・専門書・文献検索など)について専任指導医又はカリキュラム担当者と相談する。
 - (3) 学習内容をまとめ、症例検討会で発表する。

C. 研修方略(LS)

- 1 病棟オリエンテーション
 - 日時：第1日午前
 - 場所：4F病棟
 - 人：病棟チーフ
 - 内容：病棟チーフ及び病棟医の紹介、病棟内のオリエンテーション
- 2 研修オリエンテーション
 - 日時：第1日午後
 - 場所：4F病棟
 - 人：専任指導医又はカリキュラム担当者
 - 内容：専任指導医及びカリキュラム担当者の紹介
研修全体のオリエンテーション
受け持ち患者の紹介
- 3 病棟研修
 - 日時：基本的に毎日
 - 場所：4F病棟
 - 人：病棟指導医
 - 内容：入院患者診察・診断・回診処置・指示などの病棟業務
- 4 救急研修
 - 日時：脳神経外科救急患者来院時(希望時は夜間も参加)
 - 場所：救急医療室
 - 人：外来指導医又は当直指導医
 - 内容：救急処置・診断・治療
- 5 手術室研修
 - 日時：受け持ち患者の手術日及び緊急手術時
 - 場所：手術室
 - 人：専任指導医又は病棟指導医
 - 内容：手術助手
- 6 研修指導体制
 - (1) 原則として脳神経外科医1名が専門指導医となり、カリキュラム担当者と共に研修の責任を負う。
 - (2) 専任指導医の受け持ち患者を、新規入院患者を含め数名受け持つ。
 - (3) 病棟にて受け持ち患者診察・回診処置・指示・カルテ記載を行う。
 - (4) 担当患者の特殊検査(血管撮影・脊髓造影など)に、術者の一員として参加する。
 - (5) 担当患者の手術に、助手として参加する。
 - (6) 救急患者があれば、診察治療に参加する。
 - (7) 研修目標の達成度について常に点検し、研修にフィードバックする。
 - a. 毎日朝夕に専任指導医又は救急当番医と連絡し、その日に研修予定と結果を確認する。
 - b. 各週の目標達成度を専任指導医又はカリキュラム担当者がチェックし、研修スケジュールを調節する。
 - c. 専任指導医又はカリキュラム担当者が研修医の相談に応じる。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。

病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。

【研修医週間予定表】

	月	火	水	木	金
午前	救急症例検討 外来/病棟管理	回診 手術/病棟管理	回診 手術/病棟管理	回診 病棟管理	回診 外来/病棟管理
午後	症例カンファ レンス	症例カンファ レンス 救急患者対応	手術	血管撮影 血管内治療	病棟管理
夕方	リハビリカン ファレンス				

* 当直明けの日は原則、帰ること

救急患者が来院した場合には救急対応を優先

夜間緊急手術に参加した翌日は帰宅可

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

（１）経験すべき症候

もの忘れ

頭痛

めまい

意識障害・失神

けいれん発作

視力障害

運動麻痺・筋力低下

終末期の症候

（２）経験すべき疾病・病態

脳血管障害

認知症

高血圧

高エネルギー外傷・骨折

脂質異常症

（３）経験すべき診察法・検査・手技等

圧迫止血法

採血法（静脈血・動脈血）

注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）

腰椎穿刺

ドレーン、チューブ類の管理

創部消毒とガーゼ交換

皮膚縫合

泌尿器科／研修カリキュラム

指導医： ○平野 泰広 （○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

- （１）主要な泌尿器科疾患の診断と治療に必要な基礎的知識を習得する。
- （２）主要な泌尿器科疾患に対する検査法の概略を理解し、問題解決方法を習得する。
- （３）主要な泌尿器科疾患に対する治療法の概略を理解し、適切なタイミングで対診（コンサルテーション）、患者紹介ができる。
- （４）主要な泌尿器科疾患の処置、手術に参加し、外科的に必要な基本的技能を修得する。
- （５）チーム医療の原則を理解し、他の医療メンバーと協調できる。
- （６）自己評価を行うとともに第３者による評価も受け入れ、診療にフィードバックする態度を習得する。

B. 研修における行動目標（SBOs）

- １．以下の基本的診察方法を実施し、所見を解釈できる。
 - （１）望ましい面接技法と系統的問診法による正確で十分な病歴採取
 - （２）全身の観察（バイタルサイン、皮膚、表在性リンパ節触知の有無を含む）
 - （３）胸部の診察
 - （４）腹部の診察
 - （５）外性器、会陰の診察、直腸診
 - （６）神経学的所見
- ２．基本的検査法
 - ２－１：以下の基本的検査を自ら実施し、結果を解釈できる。
 - （１）一般検尿・尿沈査・ウルツマンテスト
 - （２）腎臓・膀胱・前立腺の超音波検査
 - （３）KUB・IVP・DIP
 - （４）膀胱鏡、膀胱尿道造影、逆行性腎盂尿管造影
 - （５）順行性腎盂造影
 - （６）前立腺生検
 - ２－２：以下の検査を指示し、結果を解釈できる。
 - （１）一般血液検査
 - （２）腎機能検査（尿、血液生化学的）
 - （３）尿細菌学的検査・薬剤感受性検査
 - （４）尿路性器画像検査（CT、MRI、血管造影など）
 - （５）特殊腎機能検査（核医学的）
 - ２－３：以下の検査を指示し、専門家の意見に基づき結果を解釈できる。
 - （１）尿細胞診
- ３．基本的治療方法
 - ３－１：目的・方法を理解できる。
 - （１）泌尿器科における薬物治療
 - a. 尿路感染症
 - b. 排尿障害
 - c. 悪性腫瘍（化学療法）
 - d. その他
 - ３－２：尿路管理法を理解し修得する。
 - （１）泌尿器科用カテーテルの種類と使用法
 - （２）導尿法
 - （３）バルンカテーテル挿入・留置法

3-3：泌尿器科的救急処置を理解し修得する。

- (1) 尿路結石
- (2) 尿閉
- (3) 尿路性器外傷に対するプライマリーケア
- (4) 精索軸捻転
4. 泌尿器科における外科的治療法の概略を理解し助手として参加する。
 - (1) 内視鏡手術（経尿道的、経皮的）
 - (2) 体外尿路結石破砕術（ESWL）
 - (3) 観血的手術
5. 患者、家族と適切で良好なコミュニケーションをとることができる。
6. 情報を整理し、適切な診療録を作成できる。
問題点を整理し、解決に必要な医療資源（コンサルテーション、文献検索など）を積極的に活用でき、診療計画を作成できる。
7. 研修指導体制
 - (1) チーム医療の一員として、研修医は実際の医療を行う。具体的には医師、研修医からなるチームが一つの単位となって患者を受け持つ。
 - (2) 診察、検査、治療に関する直接的指導は医師が行う。
 - (3) 研修医は医師との連絡を緊密に行い、臨床医療を遂行する。

C. 研修方略(LS)

- (1) オリエンテーション
 - a. 泌尿器科医局及び病棟の機構と利用法
 - b. チーム医療と責任体制
 - c. 泌尿器科研修カリキュラムの説明
- (2) 研修
 - a. 入院受け待ち患者の診療（毎日）
 - b. 指導医師の監督下に各種検査、手術、手術介助を実際に行う。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。

病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。

臨床研修委員長は半年に1度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

〔研修医週間予定表〕

	月	火	水	木	金
午前	病棟回診 外来	病棟回診 外来	病棟回診 外来	病棟回診 外来	病棟回診 外来
午後	検査 カンファレンス	検査 手術 結石破砕手術	手術	手術	手術
夕方					

*当直明けの日は原則、帰ること

朝夕2回は担当患者の回診を行い、カルテ記載をすること

他に仕事の無いときは、病棟回診、検査、手術、時間内緊急手術に参加すること

夜間休日待機の日は緊急手術に参加すること

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

- (1) 経験すべき症候
 - ショック
 - 発熱
 - 腹痛
 - 腰・背部痛
 - 排尿障害（尿失禁・排尿困難）
 - 終末期の症候
- (2) 経験すべき疾病・病態
 - 腎盂腎炎
 - 尿路結石
 - 腎不全
- (3) 経験すべき診察法・検査・手技等
 - 採血法（静脈血・動脈血）
 - 注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）
 - 腰椎穿刺
 - 穿刺法（胸腔、腹腔）
 - 導尿法
 - ドレーン、チューブ類の管理
 - 創部消毒とガーゼ交換
 - 皮膚縫合

耳鼻咽喉科／研修カリキュラム

指導医： ○木下 稚子 （○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

- （１）耳鼻いんこう科診療における診断と治療に必要な基礎的知識を習得する。
- （２）耳鼻いんこう科診療における診断と治療に必要な問題解決法を習得する。
- （３）耳鼻いんこう科診療における診断と治療に必要な基本的技能を習得する。
- （４）患者および家族と望ましい人間関係を確立できる。
- （５）適切な診療録を作成できる。
- （６）チーム医療の原則を理解し、他の医療メンバーと協調できる。
- （７）自己評価を行い、第三者による評価を受け入れ、診療にフィードバックする態度を身につける。
- （８）生涯にわたる自己学習の習慣を身につける。

B. 研修における行動目標（SBOs）

- （１）基本的な耳鼻いんこう科診療法を習得する。
 - ・額帯鏡を用いた、耳・鼻腔・咽頭・喉頭の視診
 - ・内視鏡を用いた、鼻腔・咽頭・喉頭の視診
 - ・顕微鏡を用いた、外耳道・鼓膜の視診
 - ・頸部の触診
- （２）基本的な耳鼻いんこう科検査法を習得する。
 - （２－１）以下の基本的検査法を自ら施行し、結果を解釈できる。
 - ・標準純音聴力検査 インピーダンスオージオメトリー
 - ・平衡機能検査（注視眼振・頭位および頭位変換眼振検査）
 - ・顔面神経機能検査（麻痺スコア 流涙検査 定性味覚試験）
 - ・嚥下内視鏡検査
 - （２－２）以下の検査を指示し、自分で結果を解釈できる。
 - ・ABR（聴性脳幹反応） OAE（耳音響放射） 語音聴力検査
 - ・ENoG（顔面神経電気生理学的検査）
 - ・画像検査：単純X線 下咽頭食道造影 嚥下造影検査 CT MRI 頸部超音波検査
 - （２－３）以下の検査を指示し、専門医の意見に基づき結果を解釈できる。
 - ・細胞診 病理組織検査
- （３）基本的な耳鼻いんこう科治療法を習得する。
 - ・鼻出血止血処置
 - ・簡単な異物除去
 - ・気管切開術
 - ・耳鼻いんこう科手術の助手
- （４）基本的な耳鼻いんこう科手技を習得する。
 - ・鼓膜穿刺 鼓膜切開
 - ・上顎洞穿刺・洗浄処置
 - ・気管カニューレ交換
 - ・表在腫瘍・頸部リンパ節生検

- (5) 患者・家族との良好な人間関係を確立できる。
 - ・適切なコミュニケーション
 - ・患者・家族のニーズの把握
 - ・生活指導
 - ・心理的側面の把握と指導
 - ・インフォームド・コンセント
 - ・プライバシーの保護
- (6) チーム医療：他職種の医療従事者と強調・協力し、的確に情報を交換して問題に対処できる。
 - ・指導医・専門医のコンサルト、指導を受ける。
 - ・適切なタイミングで他科コンサルト、他施設への患者紹介を行う。
- (7) 文書記録、学術活動：適切に文書を作成し、管理できる。また適切に症例を把握し、指示できる。
 - ・診療録、入院診療計画書、退院サマリー、診療情報提供書、死亡診断書などの作成
 - ・文献検索など必要な情報収集
 - ・症例呈示

C. 研修方略(LS)

- (1) オリエンテーション
 - ・耳鼻いんこう科外来および病棟の機構と利用方法について
 - ・指導医と受け持ち患者の割り振り
 - ・耳鼻いんこう科研修カリキュラムの説明
- (2) 病棟研修
 - ・入院受け持ち患者の診察：毎日、必要に応じ夜間・休日も行う。
 - ・診療録の記載：毎日、必要に応じ夜間・休日も行う。
 - ・病棟回診での受け持ち患者の症例呈示
- (3) 外来研修
 - ・初診患者の問診、所見、検査データより治療計画を立案する。
 - ・手術予定患者における手術適応につき学ぶ。
 - ・外来検査・処置・小手術：鼓膜切開、細胞診、生検など
- (4) 手術研修
 - ・手術に助手として加わり、術式や解剖について学ぶ。
 - ・局所麻酔や皮膚切開、皮膚縫合を実際に行う。
 - ・執刀医による家族への手術の説明に参加する。
- (5) カンファレンス
 - ・症例の呈示：主訴、病歴、家族歴、既往歴、現症、検査結果など
 - ・問題リストを挙げて鑑別診断を行う。
 - ・初期計画を診断、治療、患者・家族への説明に分けて呈示する。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。

病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。

臨床研修委員長は半年に1度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

[研修医週間予定表（耳鼻いんこう科）]

	月	火	水	木	金
午前	病棟回診 手術参加 外来診療	病棟回診 嚥下回診	病棟回診 外来診療	病棟回診 手術参加 外来診療	病棟回診 外来診療 嚥下回診
午後	手術参加	外来検査 処置・小手術	外来検査 処置・小手術	手術参加	手術参加 処置、検査
夕方		嚥下カンファ	病棟カンファ		

*当直明けの日は原則、帰ること。

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

- （１）経験すべき症候
 - 発熱
 - めまい
- （２）経験すべき疾病・病態
 - 急性上気道炎
- （３）経験すべき診察法・検査・手技等
 - ドレーン、チューブ類の管理
 - 創部消毒とガーゼ交換
 - 皮膚縫合

皮膚科／研修カリキュラム

指導医： ○安田 滢奈 （○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

- （１）皮膚科診療における主要疾患や主要症状に対する診断と治療に必要な基礎知識を習得する。
- （２）皮膚科診療における主要疾患や主要症状に対する診断と治療に必要な問題解決方法を習得する。
- （３）皮膚科診療における主要疾患や主要症状に対する診断と治療に必要な基本的手技を習得する。
- （４）患者を具体的、精神的に理解し、心身ともに治療、対処を行う。
- （５）患者及びその家族と望ましい人間関係を確立する。
- （６）チーム医療を理解し、実践する。
- （７）適切な診療録を作成できる。
- （８）必要な検査、治療法の正確な知識を理解できる。
- （９）的確な時期に対診、患者紹介ができる。
- （１０）正確な皮膚病理学的判断ができる。

B. 研修における行動目標（SBOs）

1. 基本的診察法を習得する。

- （１）患者の状況を把握して、問診にて的確な病歴が採取できる。
- （２）患者・家族と良好なコミュニケーションがとれる。
- （３）系統的診察により全身所見を把握できる。
- （４）皮疹を的確に判断し認識できる。
- （５）皮疹だけでなく、全身の診察ができる。
- （６）状況を理解して必要な検査が判断できる。
- （７）状況を理解して必要な治療法が判断できる。
- （８）患者・家族に疾患・検査・治療について、正確な説明ができる。

2. 基本的検査法を習得する。

2－1：以下の基本的検査法を自ら実施し、結果を解釈できる。

- （１）皮膚生検（蛍光抗体直接法、間接法を含む）
- （２）血型検査
- （３）動脈血ガス分析
- （４）細菌学的検査（膿、皮膚、咽頭、鼻腔、喀痰、尿、便、血液）

2－2：以下の検査を指示し、結果を解釈できる。

- （１）細胞疹、病理学的検査
- （２）血算
- （３）血液生化学的検査
- （４）血液免疫学的検査
- （５）細菌学的検査
- （６）肺機能検査
- （７）随液検査
- （８）X線検査
- （９）一般検尿
- （１０）検便
- （１１）アレルギー検査（プリック、パッチテスト）

3. 基本的治療法を習得する。

3-1：以下の治療法を自ら適応を決定し、実施できる。

- (1) 薬剤の処方（服薬指導を含む）
- (2) 切開、切除など、小外科治療
- (3) 輸液管理
- (4) 療養指導
- (5) 輸血・血液製剤の使用
- (6) 抗菌剤の使用
- (7) 心肺蘇生、呼吸・循環管理

3-2：以下の治療法の必要性を判断し、適応を決定できる。

- (1) 外科的治療
- (2) 抗腫瘍化学療法
- (3) 放射線療法
- (4) リハビリテーション
- (5) 精神療法、社会的療法

4. 基本的手技を習得する。以下の手技を自ら適応を決定し実施できる。

- (1) 皮膚生検（パンチバイオプシー、メスプローベ）
- (2) 蛍光抗体直接・間接法
- (3) 注射法（皮内、皮下、筋肉、静脈）
- (4) 皮膚穿刺法（ガングリオンなど）
- (5) 採血法（静脈、動脈）
- (6) ガーゼ、包帯交換
- (7) ドレーン管理
- (8) 局所麻酔法
- (9) 滅菌消毒法
- (10) 皮膚切開、排膿
- (11) 皮膚縫合法
- (12) 小手術
- (13) 包帯法
- (14) 皮膚ドレッシング法

5. 患者を全人格として捉え、POSの原理にしたがった適切な診断、治療、教育計画をたてることができる。

- (1) 得られた情報を整理し、POMRの形式に従いカルテに記載できる。
- (2) 症例を的確に要約し、場面に応じた呈示ができる。
- (3) 問題点を整理し、適宜診療計画の作成、変更が行える。
- (4) 入退院の判定ができる。

6. 患者、家族と良好な人間関係を確立する。

- (1) 適切なコミュニケーション
- (2) 患者、家族のニーズの把握
- (3) 生活指導
- (4) 心理的側面の把握と指導
- (5) インフォームドコンセント
- (6) プライバシーの保護

7. チーム医療が的確に実践できる。

8. 文書を適切に作成し、管理できる。

- (1) 診療録
- (2) 処方箋、指示箋
- (3) 紹介状とその返事
- (4) 診断書など、証明書

9. 研修指導体制

- (1) 原則として、研修医 1 名に対して教官 1 名が専任指導医として全期間を通して研修の責任を負う。
- (2) 受け持ち患者は研修開始時に専任指導医が 1～2 名の患者を研修医に振り分ける。
- (3) 疾患に偏り無く、腫瘍、膠原病、水疱症、アトピーなど各種疾患患者を受け持つ。
- (4) 入院患者の診察、検査、治療に関する直接指導は主治医（指導医）がおこなう。
- (5) 専任指導医は定期的に研修医の目標達成のすすみ具合を点検し、適切に主治医に指示を与えるか直接指導をおこなう。
 - a. 毎日、業務開始時と終了時に研修医と連絡をとる。
 - b. ここの研修医の目標達成率を毎週チェックする。
 - c. 個々の研修医の欠点や弱点を補うために適宜受け持ち患者や研修スケジュールを調整する。
 - d. 必要に応じて個別に指導する。
 - e. 研修医の（公私にわたる）相談に応じる。

C. 研修方略(LS)

- (1) オリエンテーション（第一日午前中、教育担当医）
 - a. 皮膚科、病棟、外来の機構と利用法について
 - b. 専任指導医と受け持ち患者の割り振り
 - c. 皮膚科研修のカリキュラムの説明
- (2) 病棟研修（専任指導医、指導医）
 - a. 入院受け持ち患者の診療：毎日必要に応じて夜間休日も
 - b. 診療業務日誌（カルテ）の記載：毎日必要に応じて夜間休日も
 - c. 処置、当番：（指導医）
- (3) 外来研修（外来担当医）
- (4) 皮膚科手術研修（専任指導医、指導医）
 - a. 全身麻酔手術(症例があった場合)
 - b. 局所麻酔手術(午後適宜)
- (5) その他の業務
受け持ち患者以外でも研修目標達成に必要な検査、処置、治療の場合は見学し、主治医の指導下でこれをおこなう。緊急で検査や処置がおこなわれる場合には、PHSにより研修医を呼び出す。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。

●研修評価項目● —チェックリスト—

- ☐ 皮膚の原発疹(紅斑、紫斑、丘疹、結節、水疱、びらん、など)や続発疹(鱗屑、か皮、苔癬化局面、など)や粘膜疹(アクタ、など)を診て、その発疹名と個々の形態、発疹の分布や分布様式について記載できる。
- ☐ 悪性黒色腫を診て、診断が下せないまでも、それを疑うことができる。
- ☐ 有棘細胞癌を診て、診断が下せないまでも、それを疑うことができる。

- ☐基底細胞癌を診て、診断が下せないまでも、それを疑うことができる。
- ☐乳房外パジェット病を診て、診断が下せないまでも、それを疑うことができる。
- ☐熱傷を診て、全身管理の必要な是非が判断できる。
- ☐薬疹、蕁麻疹、刺虫症で起こるアナフィラキシーショックの徴候をつかむことができる。
さらに、その後の対応もできる。
- ☐中毒疹を診たとき、薬疹を疑える。さらにその重篤度についても判断できる。
- ☐带状疱疹の早期判断と適切な初期治療ができる。
- ☐皮膚細菌感染症（丹毒、せつ腫症、蜂窩織炎など）の早期判断ができる。
- ☐S L E、皮膚筋炎、強皮症、シェーグレン症候群にみられる皮膚症状がわかる。
- ☐皮膚の簡単な縫合ができる。
- ☐皮膚良性腫瘍の摘出術（簡単なもの）ができる。

【研修医週間予定表】

	月	火	水	木	金
午前	外来 病棟	外来 病棟	外来 病棟	外来 病棟	外来 病棟
午後	外来 病棟	外来手術 アレルギー検査 病棟	手術 病棟	病棟 褥瘡回診	手術 病棟
夕方					

*当直明けの日は原則、帰ること。

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

- （１）経験すべき症候
 - 発疹
 - 発熱
 - 熱傷・外傷
- （２）経験すべき診察法・検査・手技等
 - 圧迫止血法
 - 包帯法
 - ドレーン、チューブ類の管理
 - 創部消毒とガーゼ交換
 - 簡単な切開、排膿
 - 皮膚縫合
 - 軽度の外傷、熱傷の処置

眼科／研修カリキュラム

指導医： ○樋口 暁子 （○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

- （１）指導医の指導のもとに眼科の基本手技を学び、実際の臨床の場で実践することにより眼科診療の実際を体験する。
- （２）豚眼などを利用し、顕微鏡手術を体験する。
- （３）外来での患者の診療に関わることにより、low vision の患者のケア、感染性疾患への対策など眼科診療の特徴をつかむ。
- （４）病棟で指導医とともに数名の患者を受け持ち、その診療を通して手術を含めた眼科治療、術前術後管理を学ぶ。眼疾患により入院している患者と接することにより、患者の手術や疾患への不安を知り、その接遇について学ぶ。
- （５）救急外来において、救急患者の診療に関わることにより、眼科の緊急時の処置や救急外来における対応を学ぶ。
- （６）症例検討会に加わり、プレゼンテーションの方法を学ぶ。
- （７）実習を通し、感覚器としての眼の特徴を学び、患者の QOL における視覚の重要性を理解する。

B. 研修における行動目標（SBOs）

様々な訴えを持った外来患者に接することで患者にとっての問題を明らかにし、疾患の診断と治療をすすめていくための科学的な思考を学ぶ。病棟では指導医のもとで複数の患者を受け持つことにより病歴の聴取、手術前検査、術前術後の診察を行う。手術にも助手として参加し、患者の治療に関わる。また、豚眼を用いて顕微鏡手術を実体験する。救急外来に関わることにより緊急時の処置を学ぶ。症例検討会に参加し、研修期間の後半には発表をする。

C. 研修方略(LS)

第 1 週 ガイダンス

視力検査、視野検査など基本的な検査法の習得
眼底検査、細隙灯顕微鏡検査など診療に必要な検査法の習得
外来、手術、病棟見学

第 2 週 外来での予診とり、外来見学

手術見学及び助手
豚眼での顕微鏡手術練習
救急患者の診察

第 3 週 入院患者の診察

外来での予診とり及び診察
手術見学及び助手
救急患者の診察

第 4 週 入院患者の診察

外来での予診とり及び診察
豚眼での顕微鏡手術練習

第 5 週以降

第 1 週から 4 週の項目の習得
手術に積極的に参加し手術手技の習得
症例発表

原則として1ヶ月から2ヶ月間を研修期間とする。希望に応じ、延長、短縮も可能とする。研修医1名に対し眼科医1名が指導医として全期間を通して研修の責任を負う。

第1週は卒然教育の復習をかねて視力検査、視野検査、眼圧検査、細隙灯顕微鏡検査、眼底検査など眼科診療に必要な諸検査や手技の習得に努め、眼科外来診療の流れをつかむ。

第2週から4週は外来で実際に患者の問診をとり、検査をすすめ、指導医から指導を受ける。また病棟では指導医とともに患者を受け持ち、患者を通して疾患の診断と治療を学ぶ。さらに手術にも外回りないし手術助手として参加する。

第5週以降は第2週から4週の内容に加えて、症例発表を行い、その準備を通してプレゼンテーションの方法を学ぶ。また手術にも積極的に参加し、眼科手術において必要な、基本手技を習得する。

D. 評価

臨床研修医はEPOC2研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。

病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。

臨床研修委員長は半年に1度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

●研修評価項目●（チェックリスト）

1. 外来にて：問診

- ☐ 清潔な身形で患者と接することができる。
- ☐ 患者に対して適切な対応ができる。
- ☐ 問診で患者、家族から訴えを聞き、正確な病歴が聴取できる。
- ☐ 遺伝性疾患については家族歴の聴取と正しい記載ができる。
- ☐ 問診から初診担当医の診察までに患者に必要な外来検査を考慮し、実行できる。

2. 外来にて：眼科諸検査

- ☐ 視診、結膜炎の診断
- ☐ 流行性角結膜炎の診断と取扱法
- ☐ 矯正視力検査と視力の記載法
- ☐ 眼鏡処方とその処方箋への記述
- ☐ 屈折検査（レフラクトメーター、ケラトメータ）
- ☐ 精密眼圧測定（空気圧式）
- ☐ 散瞳可否の判断
- ☐ ボンノスコープを用いての眼底検査
- ☐ 額带式双眼倒像鏡を用いての眼底検査
- ☐ 細隙灯顕微鏡検査
- ☐ 染色細隙灯顕微鏡検査
- ☐ 眼位異常の検査（ヒルシュベルグ、クリムスキー、カバーテスト、プリズムカバーテスト）
- ☐ 眼球運動検査（ヘスを含む）
- ☐ 立体視、両眼視機能検査
- ☐ 動的量的視野検査（ゴールドマン）
- ☐ 静的量的視野検査（ハンフリー）
- ☐ 涙液分泌機能検査
- ☐ 角膜内皮細胞顕微鏡検査
- ☐ 眼球突出度測定
- ☐ 色覚検査（色覚表検査、色相配列検査）
- ☐ 眼底カメラ撮影
- ☐ 蛍光眼底造影検査とその読影
- ☐ 網膜電図（ERG）

- ☐ 超音波画像診断（Bモード）
- ☐ 角膜形状検査
- 3. 外来にて：眼科外来小手術と処置法
 - ☐ 角膜異物除去
 - ☐ 睫毛抜去
 - ☐ 涙管通水、涙道ブジー
 - ☐ 結膜異物除去
 - ☐ 麦粒腫切開
 - ☐ 霰粒腫切開
- 4. 外来にて：文書記述法
 - ☐ 紹介状の記載
 - ☐ 紹介状への返事の記載
 - ☐ 診断書、証明書の記載
- 5. 病棟にて
 - ☐ 入院時指示と諸検査
 - ☐ 眼科入院患者とのコミュニケーション
 - ☐ 病棟看護婦との連携
 - ☐ 術式に応じた術前諸検査（眼内レンズのパワー計測を含む）
- 6. 手術室にて
 - ☐ 手術見学
 - ☐ 眼科手術器械の使用法
 - ☐ 顕微鏡手術の助手
 - ☐ 各眼科手術の流れをつかむ
 - ☐ 結膜縫合
- 7. 学術・その他
 - ☐ 症例報告

【研修医週間予定表】

	月	火	水	木	金
午前	外来	外来	外来	外来	外来
午後	手術、病棟	手術、病棟	手術、病棟	検査、処置	検査、処置
夕方					

＊当直明けの日は原則、帰ること。

最終週に症例発表

術後、病棟回診

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

（１）経験すべき症候

視力障害

救急科／研修カリキュラム

指導医： ○有木 弘、矢田部 智昭 （○：責任指導医）

A. GIO (general instruction object)

救急外来を受診した患者との医療面接、身体診察の基本的な能力を身につけ、内因性、外因性を含めた急性期疾患全般の診断、治療の技術と知識を幅広く習得する。

B. SBOs (specific behavior objects)

1. 患者、家族との間で病歴聴取や病態の説明が円滑に行える。
2. 重症度・緊急度に基づいた適切なトリアージが行える。
3. 救急疾患の鑑別を行いながら、適切な身体所見をとり、必要な検査を組み立てて、その結果を判断できる。
4. 治療の基本手技（静脈路確保、マスク換気、気管挿管、除細動など）を安全に実施できる。
5. 種々のショック状態の患者に対して初期対応が適切に行える。
6. ICLS に準じた心肺蘇生を行える。
7. JPTEC, JATEC に準じた外傷の初期治療が行える。
8. 種々のスタッフと良好なコミュニケーションをはかり、チーム医療を実践できる。

C. LS (learning strategy)

x

1. 救急専従医の指導の下に、初療の担当医として問診、身体診察、必要な検査の把握とその結果の判断を行い、診断と治療方針の決定に関わる。
2. 縫合、止血、穿刺などの基本的な外科手技を指導医のもとに行う。
3. 救急搬送のショック、心肺停止などの重症例の治療においては、チーム医療の一員として積極的に関与しながら、リーダーとしての医師の役割を覚える。
4. 毎朝のミーティングにて、関わった症例の振り返りを行い、初療での判断、治療結果につき検討する。
5. 定例の救急症例検討会にて症例のプレゼンテーションを行い、診断や治療の問題点を洗い出し貴重な経験を蓄積していく。
6. 救急隊とのホットラインにて、適切な情報収集と救急隊への助言が行えるようにする。
7. 院内の ICLS コースを受講して、心肺蘇生の知識と手技、リーダーシップを会得する。
8. 救急車への同乗研修に参加して、救命士による現場から病院到着までの救急搬送患者への観察、処置の実際を理解する。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。臨床研修委員長は半年に1度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

【研修医週間予定表】

	月	火	水	木	金
午前	救急症例検討会 ミーティング 救急外来	ミーティング 救急外来	ミーティング 救急外来	ミーティング 救急外来	ミーティング 救急外来
午後	救急外来	救急外来	救急外来	救急外来	救急外来
夕方	ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング

*当直明けの日は原則、帰ること

院内で開催の I C L S 講習会は原則受講すること

外傷救急の J P T E C、J A T E C の講習は推奨している

E. 経験すべき症候・疾病病態・手技等（下線の項目は、該当科が責任を持つもの）

（１）経験すべき症候

ショック

発疹

黄疸

発熱

頭痛

めまい

意識障害・失神

けいれん発作

視力障害

胸痛

心停止

呼吸困難

吐血・喀血

下血・血便

嘔気・嘔吐

腹痛

便通異常（下痢・便秘）

熱傷・外傷

腰・背部痛

関節痛

運動麻痺・筋力低下

排尿障害（尿失禁・排尿困難）

興奮・せん妄

終末期の症候

（２）経験すべき疾病・病態

脳血管障害

急性冠症候群

心不全

大動脈瘤

高血圧
肺炎
急性上気道炎
気管支喘息
慢性閉塞性肺疾患（COPD）
急性胃腸炎
消化性潰瘍
胆石症
腎盂腎炎
尿路結石
腎不全
高エネルギー外傷・骨折
糖尿病
依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）
(3) 経験すべき診察法・検査・手技等
気道確保
人工呼吸（BVMによる徒手換気を含む）
胸骨圧迫
圧迫止血法
包帯法
採血法（静脈血・動脈血）
注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）
腰椎穿刺
穿刺法（胸腔、腹腔）
導尿法
胃管の挿入と管理
局所麻酔法
創部消毒とガーゼ交換
簡単な切開、排膿
皮膚縫合
軽度の外傷、熱傷の処置
気管挿管
除細動
動脈血ガス分析（動脈採血を含む）
心電図の記録
超音波検査

放射線診断科／研修カリキュラム

指導医： ○上岡 久人 （○：責任指導医）

A. 研修における一般目標（GIO）

- （１）放射線医学に関する一般的な知識および技能を習得する。
- （２）日常的な放射線検査において、主要な病変を指摘し、鑑別診断を行う能力を身につける。
- （３）放射線検査および放射線治療の適応、方法ならびに放射線障害予防について理解し、実施できるようにする。

B. 研修における行動目標（SBOs）

1. X線診断

- （１）主要な病変を指摘し、鑑別診断を述べることができる。
- （２）検査に伴う障害ならびに副作用を理解し、それに配慮して検査計画を立案できる。
- （３）患者に検査目的、検査方法、副作用、合併症等について適切に説明できる。
- （４）副作用に対して適切に対応できる。

2. CT診断

- （１）CTの原理を理解する。
- （２）正常CT解剖を理解する。
- （３）造影の有無、造影方法による画像の違いを理解する。
- （４）主要な病変を指摘し、鑑別診断を述べることができる。
- （５）検査に伴う障害ならびに副作用を理解し、それに配慮して検査計画を立案できる。
- （６）患者に検査目的、検査方法、副作用等について適切に説明できる。
- （７）副作用に対して適切に対応できる。

3. MRI診断

- （１）MRIの原理を理解する。
- （２）正常MRI解剖を理解する。
- （３）MRI造影剤について理解する。
- （４）主要な病変を指摘し、鑑別診断を述べることができる。
- （５）検査に伴う障害ならびに副作用を理解し、それに配慮して検査計画を立案できる。
- （６）患者に検査目的、検査方法、副作用等について適切に説明できる。
- （７）副作用に対して適切に対応できる。

4. 核医学

- （１）核医学検査に使用する放射性医薬品について理解し、適応を判断できる。
- （２）放射性医薬品を適切に扱い、SPECT（断層画像）を有効に活用することができる。
- （３）核医学検査の所見を理解し、画像の読影と報告書を作成できる。
- （４）検査に伴う障害、副作用を理解し、それを配慮して検査計画を立案。
- （５）患者に検査目的、検査方法、副作用等について適切に説明できる。
- （６）副作用に対して適切に対応できる。

C. 研修方略(LS)

- （１）原則として研修医には専任の指導医を付ける。
- （２）研修期間に応じて、上記４部門の中から研修医の希望する部門を選びそれぞれ１週間程度ずつ研修する
- （３）部門によっては時間にゆとりのできるものもあるので、その場合は他部門と並列に研修することもできる。
- （４）レポートの作成は参考文献、テキスト等を参考にして行い、指導医のチェック指導を受ける。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。

病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。

臨床研修委員長は半年に1度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

【研修医週間予定表】

	月	火	水	木	金
午前	読影 & 造影 立会い	読影&造影 立会い	読影 & 造影 立会い	読影 & 造影 立会い	読影&造影 立会い
午後	読影 & 造影 立会い	読影 & 造影 立会い	読影 & 造影 立会い	読影 & 造影 立会い	読影&造影 立会い
夕方	読影チェッ ク、指導	読影チェッ ク、指導	読影チェッ ク、指導	読影チェッ ク、指導	読影チェッ ク、指導

*当直明けの日は原則、帰ること。

病理診断科／研修カリキュラム

I 目的と特徴

病理診断科は肉眼所見、組織学的形態から病態を理解し、組織学的な診断を行う部門であり、病理解剖及び各科との CPC に参加することにより形態を基盤とする病態の理解及び診断、治療に寄与する。

II 責任者、指導医

病理診断科 専任医師 2 名

溝口良順

(日本病理学会専門医、日本臨床細胞学会専門医)

○渡辺緑子 (○：責任指導医)

(日本病理学会専門医、日本内科学会専門医、腎臓内科学会専門医、糖尿病学会専門医)

III 臨床実績

病理解剖 年間 5 例

組織診断 年間 5 0 0 0 例

細胞診断 年間 1 0 0 0 0 例

A. 研修における一般目標 (GIO)

将来の専門分野に関わらず、医師としての病理診断への依頼、取り扱いさらには病理診断の理解とそれに基づく正しい臨床診断と治療法の選択能力を習得する。

B. 研修における行動目標 (SBOs)

- 1 守秘義務の果たし、プライバシーを尊重できる。
- 2 指導医、専門医に適切な時期に指導を受けられる。
- 3 チーム医療としての適切な人間関係を構築できる。
- 4 同僚、後輩への適切なアドバイスができる。
- 5 患者情報を適切に交換できる。
- 6 関係諸機関及び担当者との適切なコミュニケーションがとれる。
- 7 臨床上の問題点を解決するための情報収集、評価、適切な対応をとれる。
- 8 自己評価及び第三者評価を踏まえた問題解決能力を向上させる。
- 9 臨床研究や治療の意義を理解し、研究、学会活動に関心を持つ。
- 10 自己管理能力を身につけ、生涯にわたり診療能力の向上に努める。
- 11 医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実行できる。
- 12 医療事故防止、事故後にマニュアルに沿って行動できる。
- 13 院内感染対策を理解し、実行できる。
- 14 症例提示と討論ができる。
- 15 カンファレンスや学術集会に参加する。
- 16 医の倫理、生命倫理を理解し、適切に行動できる。
- 17 細胞診・組織診断の適応を判断し、その結果についても解釈できる。
- 18 臨床病理検討会 CPC レポートを作成し、症例提示できる。

《実施目標》

- 病理解剖：
- 1 依頼医との解決すべき問題点の整理
 - 2 解剖の手技・手順の理解
 - 3 各臓器の肉眼所見の理解と記載
 - 4 全体像の把握と肉眼解剖所見の整理、まとめ
 - 5 形態学からの病態の把握への理解

- 手術材料： 1 提出臓器の固定法の理解と写真撮影
 2 術中迅速標本作成、診断の理解
 3 固定臓器の肉眼所見の記載
 4 固定臓器の切り出しと写真撮影
 5 癌取り扱い規約に沿った理解と記載
- 組織学検索： 1 HE 染色法の経験
 2 各種特殊染色法の理解と適応
 3 各臓器組織学的所見の復習
 4 病理組織診断への参加
 5 顕微鏡写真撮影の経験
- 細胞学検索： 1 パパニコロー染色の経験
 2 細胞診断への参加
 3 有用な細胞診断臓器と組織診断の相違と理解
- カンファレンス
 各科のカンファレンスおよび死亡症例検討会への出席

C. 研修方略(LS)

基本となる肉眼所見の判読と記載が中心となり、研修医の思考する目的に沿った各臓器中心性の組織学的所見の判読、記載を行う。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

ローテート科に対する指導医の評価シートを記載する。

指導医は、同研修医評価システムの研修医自己評価を確認し、自科の指導医評価を入力する。

病棟看護師長はローテート科目に対する研修医の評価シートに、看護師からの評価を記載する。

臨床研修委員長は半年に 1 度、研修医を面談し評価結果をフィードバックする。

【研修医週間予定表】

	月	火	水	木	金
午前	手術材料切り出し、写真撮影	手術材料切り出し、写真撮影	手術材料切り出し、写真撮影	手術材料切り出し、写真撮影	外科カンファレンス（第 2、4） 手術材料切り出し、写真撮影
午後	病理診断	病理診断	病理診断	病理診断	病理診断
夕方	乳腺カンファレンス（毎週）				解剖症例検討（随時）

*当直明けの日は原則、帰ること。

地域医療／研修カリキュラム

指導医： ○各協力施設実習管理責任者

A. 研修における一般目標（GIO）

臨床医としての基礎を築くために、地域医療の理念及びシステムを理解し、参画、実践するための基本的な態度、知識、技能を身に付ける。

B. 研修における行動目標（SBOs）

地域医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために

- 1 患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療（在宅医療を含む）について理解し、実践する。
- 2 診療所の役割（病診連携への理解を含む）について理解し、実践する。
- 3 へき地・離島医療について理解し、機会があれば実践する。
- 4 病診連携など連携医療のシステム、役割が理解できる。
- 5 診療所（かかりつけ医）の役割、業務が理解できる。
- 6 診療情報提供書が記載でき、その報告書が記載できる。
- 7 訪問診療、訪問看護の実験を経験する。
- 8 メディカル・ソーシャル・ワーカー（MSW）の役割、業務が理解できる。
- 9 介護保険のシステム、役割が理解できる。
- 10 介護保険の意見書が記載できる。

C. 研修方略(LS)

- 1 病棟研修：回復期リハビリテーションを実践し、前方・後方連携を理解する。
- 2 病棟研修：早期から後方連携を意識し、退院後のプログラムを組むとともに退院前カンファレンスを主宰する。
- 3 外来研修：初診患者ならびに継続受診患者の病歴聴取、身体診察を行う。さらに指導医の監督のもとに各種検査を組み立て、検査結果を判断し、患者へ説明する。
- 4 外来研修：内視鏡検査等の手技を経験する。
- 5 在宅研修：訪問診療担当医の訪問診療に同行し、在宅医療を学ぶ。
- 6 在宅研修：訪問看護ステーションによる訪問看護に同行し訪問看護を理解する。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

各協力施設実習管理責任者は、紙媒体で指導医評価を記入する。

精神科／研修カリキュラム

指導医： ○各協力病院実習管理責任者

A. 研修における一般目標（GIO）

精神疾患の診断、治療、社会復帰、予防等の方法を習得し、また身体疾患を有する病者の精神的な問題を理解して全人的な対応ができる医師を養成することを目標とする。

B. 研修における行動目標（SBOs）

1 プライマリー・ケアに求められる、精神疾患の診察法を身につける。

- (1) 精神疾患が内因性、外因性、心因性のいずれによるものか大凡の見当をつけることができる。
- (2) 精神疾患の症状、治療法、予後を説明できる。
- (3) 精神疾患の病状から入院の適応の判断ができる。
- (4) 精神疾患を持つ家族に病気の説明ができる。
- (5) デイケア等の社会復帰や地域支援体制を理解する。
- (6) 精神保健福祉法およびその他関連法規の主旨を理解する。

2 身体疾患を持つ患者の心の問題を理解する。

- (1) 身体疾患を持つ患者の心の問題の内容を理解して共感できる。
- (2) 患者の心の問題を解決あるいは軽減できる対応法を身につける。
- (3) 家族に心の問題点を分かりやすく説明して理解を得ることができる。

3 基本手技

- (1) 精神医学的面接法や精神現象を把握する技能と精神疾患を診断する能力を身につける。
- (2) 精神医学的診断と家庭環境等の心理社会的要因を考慮して適切な精神医学的な治療（薬物療法、精神療法、行動療法、自立訓練法等）を実施する。
- (3) 脳波や各種心理検査（ロールシャッハ、クレペリン、SDS、TEG、SCT、親子関係テスト、WAIS-R 等）の結果を解釈して治療に役立てることができる。
- (4) 精神疾患やその病状を精神科以外の医療関係者にわかりやすく説明することができる。

4 医療記録

- (1) 主訴、現病歴、家族歴、既往歴、職歴、精神医学的所見を聴き取り正しく記載できる。
- (2) 脳波、心理検査の所見を正しく解釈して、記載できる。
- (3) 正しい処方箋の記載法を身につける。
- (4) 紹介医に対して分かりやすい精神医学的な返事と必要に応じて他医に適切な依頼状を書く。

C. 研修方略(LS)

- 1 指導医とともに精神科研修協力病院で入院患者の診療にあたる。
- 2 精神科専門外来や精神科リエゾンチームでの研修を行う。
- 3 急性期入院患者の診療を行うことが望ましい。
- 4 興奮・せん妄、抑うつ、成長・発達の障害などの症候を経験する。
- 5 認知症、うつ病、統合失調症などの疾病・病態を経験する。
- 6 問診、診察、検査結果の解釈、鑑別診断、担当患者の診療計画立案、治療法について修得する。
- 7 新患外来・リエゾン診察に対応する。
- 8 精神療法・薬物療法、電気けいれん療法の補助を行う
- 9 回診・カンファレンスに参加し、発表、討論を行う。

D. 評価

臨床研修医は EPOC2 研修医評価システムで自己評価を行う。行動目標の達成度、経験目標項目の有無を入力する。

各協力施設実習管理責任者は、紙媒体で指導医評価を記入する。

研修の実際

1 入職時オリエンテーション

以下についての座学、実習を7日間で行う。

- (1) 病院の理念・方針・経営目標、概要・組織、公務員倫理、公務員法、保険診療
- (2) コミュニケーション研修、医療安全研修、放射線安全講習、感染管理
- (3) 研修プログラムについてのオリエンテーション
- (4) 各科当直事前講習
- (5) 看護局紹介、薬剤科、臨床検査科実習
- (6) 結紮縫合研修、末梢点滴講習、中心静脈シミュレーター研修（手技確認後資格シール配布）
- (7) 電子カルテ操作説明、EPOC2 入力方法説明

2 研修予定表（ローテート表）の作成

ローテート研修の初期に救急外来、小児科、整形外科の研修を行う。その後、1 年次は内科、外科、小児科、救急外来、麻酔科の研修を行う。希望により1 年次に選択科を研修することもできる。2 年次以降は1 年次で研修未了の内科、地域医療、精神科、産科と選択科の研修を行う。

3 平日時間内の業務（各科ローテート）

研修予定表に従い各科で研修する。（病棟・外来・手術室・検査室等）

前週までに責任指導医に集合場所を確認する。ローテ初日は勤務開始時に「病棟看護師朝カンファ」で看護師長（指導者）、病棟看護師に挨拶する。（外科系診療科は日を改めて「手術室朝カンファ」でも挨拶する。）

マトリックス表に基づき該当科にて習得すべき症例、症候、手技を確認し、ローテ終了時に習得できていない場合は指導医に相談して今後の習得方法を確認する。

研修医の診療行為は診療録を記載することで証明される。指導医は原則即日承認する。診療録承認時にコメントが書かれることもあるので参照する。

具体的な業務内容は本プログラム内の「病棟・外来・救急外来実務規定」に記載する。

指導医、指導者のアドバイスの元、研修医が入院診療計画立案に参加、入院診療計画書を作成（「主治医以外の担当者」欄に研修医の名前を記載）し、看護師とともに患者に説明する。入院患者を診察する際は、可能なら看護師と同行することが望ましい。

各種オーダー、指示は指導医の指導のもとで発行し、必要に応じて研修医自ら看護師に伝達する。

並行外来研修の対象となる科では、指導医の指示のもと、外来診療を行う。

診療録の記載は POMR に従う。初診時、入院時には24 時間以内に診療録にて初診、入院時記録を作成する。入院資料計画書を専任指導医とともに記載する。入院患者を担当する際は、休日、当直明けを除き毎日患者を回診し、遅滞なく診療録に記載する。研修期間中に担当患者が退院した際は1 週間以内に退院サマリーを記載し、指導医の承認を得る。

呼び出しを含む時間外勤務については、指導医と相談の上、参加の有無を決定する。

ローテ終了時には速やかに EPOC2 にて評価申請を行う。その際にコメント入力と双方向評価を必須とする。（詳細は「6 研修の記録・評価」を参照）

経験症例のうち、当院での規定として、20 例のレポート（うち1 例は手術記録）提出を必要とする。

4 時間外救急外来の業務

研修医の勤務体系は平日休日ともに宿直は 17 時 15 分から翌日 8 時 30 分、休日日直は 8 時 30 分より 17 時 15 分まで。応援直は平日 17 時 15 分から 22 時まで、休日 13 時より 22 時まで、それぞれ 1 人が担当する。当直明けは勤務免除とする。

平日時間内勤務と同様に指導医（内科直、外科直）の指導の下に診療し、診療録には指導医の承認を必要とする。具体的な業務内容は「救急診療センター運用マニュアル」、本プログラム内の「実務規定：救急診療センター」に記載する。

5 研修会・勉強会

(1) ER カンファレンス（毎週月曜朝 8:00～8:30）：研修医が救急外来で診察した患者とその疾患について、発表・検討を行う。

(2) 研修医勉強会（第 2・4 水曜朝 8:00～8:30）：診療等の際に研修医に知っておいて欲しいことや自身が経験したことについて、指導医、上級医、2 年次初期研修医による講義、実習を行う。

(3) 医療安全研修会

ア 医療安全について

入職時オリエンテーションにて実施

イ 医療安全研修会（年 2 回参加。当直等で参加できない場合は、ビデオ研修等にて実施）

(4) 感染対策研修会

ア 感染管理（標準予防策）について

入職時オリエンテーションにて実施

イ 感染対策研修会（年 2 回参加。当直等で参加できない場合は、ビデオ研修等にて実施）

(5) ICLS 講習会

ICLS 認定コースの指導内容に沿った心肺蘇生に関わる講習会を 1 年目に実施

(6) 認知症ケア研修会

認知症患者のアセスメント等についての研修を実施（年 1 回参加。当直等で参加できない場合は、ビデオ研修等にて実施）

(7) スキルトレーニング

ア 結紮縫合研修（外科の指導医、上級医支援）

イ 末梢点滴講習

ウ CV カテーテル挿入研修（研修後にテストを実施し、合格しなければ CV 挿入不可）

エ PICC 研修

オ 骨髄穿刺研修

上記のトレーニング機器は随時使用可能である。入職時オリエンテーションだけでなく、実際に患者に対して手技を行う前に練習するなどの活用をすることが望ましい。

(8) 緩和ケア研修会

2 年目に実施

(9) 剖検の立ち会いと CPC、死亡症例検討会

病棟、救急外来での患者死亡時は、剖検についての IC に同席し、病理解剖を希望された際には

立ち会う。

1 年次あるいは 2 年次に CPC の発表を必ず 1 回は経験する。なお、CPC への参加は、当直等を除き、原則必須とする。

病理解剖を行わなかった死亡症例のうち、診断や治療の妥当性を検討する必要があると判断された症例については、M&M カンファレンスや ER カンファレンスにおいて症例検討を行う。

(10) NST 勉強会

(11) キャンサーボード

(12) 接遇研修会

(13) 情報セキュリティ研修

(14) 研修医面談

半年毎にチューター・プログラム責任者と研修医とで面談を行い、研修の進捗状況の確認等を行う。

(15) その他

ア 予防医療、虐待対応、社会復帰支援、ACP についても別途研修機会を設ける。

イ 研修医は、基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修の記録として、感染対策（院内感染や性感染症等）、予防医療（予防接種等）、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、臨床病理検討会（CPC）等の研修について、その内容を EPOC2 に登録する。

6 学会発表

初期研修の 2 年間で、2 回程度の学会発表を目標とする。

志望科にかかわらず、ローテ先の指導医と相談して積極的に学会発表する姿勢が望ましい。

学会発表をすることにより疾患を深く掘り下げることや最新のエビデンスを学ぶ姿勢を身につけることができ、これは医師に必要な「生涯にわたり学ぶ姿勢」につながり、これは患者の利益だけでなく、医師自身にとっても人生を豊かにすることに繋がる。

7 研修の記録・評価

研修の記録、評価は EPOC2 を用いて行う。

評価者は責任指導医、病棟・外来師長である。上級医や師長以外の看護師も必要に応じて評価を行う。

[評価表 I II III]ローテ終了時には速やかに EPOC2 にて評価申請を行う。その際にコメント入力と双方向評価（研修医から指導医、指導者への評価）を必須とする。

[症例・症候]ローテで経験した症例、症候は遅滞なく登録する。ローテ終了時にマトリックス表を参照し、◎で経験できていない症例・症候があれば責任指導医に相談する。ローテ以外でも救急外来等で経験した症例を登録してもよい。

[手技] ローテで経験した症例、症候は遅滞なく登録する。自己評価が 1,2 の場合も正直に記入すること。その場合は後日、自己評価 3 になるまで繰り返し手技を経験する必要がある。ローテ終了時にマトリックス表を参照し、◎で経験できていない手技があれば責任指導医に相談する。ローテ以外でも救急外来等で経験した手技を登録してもよい。

[その他] 予防医療、虐待対応、社会復帰支援、ACP 等も経験次第登録する。

上記の達成度合いについて年 2 回のプログラム責任者面談で確認（形成的評価）し、必要な対応が指示される。

上記はすべて必須項目であり、2 年次終了時に未了の場合は研修修了は認められない。

8 その他、知っておくべき事柄

(1) 利益相反について

職員手帳 P2-3 に当院の倫理基準が定められている。

利益相反とは、簡単に言うと、「一方の利益になり、他方の不利益となる行為」である。

例えば、「昨日、薬の説明会で弁当をもらったから本当は A 薬の方がいいけど患者さんに B 薬を使おう」など。製薬会社や医療機器メーカーから金銭提供を受けてその薬剤、機器を使用することは利益相反のみならず収賄などの刑事罰を科せられることがある。

弁当付きの説明会、学会でのランチョンセミナーなどで情報提供を受けることは臨床上有益なこともあるが、これらは一方的に「薬のよい効果」の情報のみが与えられることがほとんどであり、情報を本当かなと一歩引いた立場から見る姿勢が必要である。

学会発表や講演をする際、企業からの講演料などがないかを発表前に「利益相反の開示（COI）」として掲示する必要があるのは、発表にバイアスがないかを聴衆に知らせるためである。

公的な機関、病院では企業から旅費の支給のある講演会などに参加する場合には「招聘状」を所属施設に提出する必要がある。病院のルールを必ず確認すること。

(2) 文献検索と文献請求について

ア 文献検索の方法

一般的には英語論文は「PubMed」、日本語論文は「医中誌」で検索をする。

PubMed はアメリカ政府が提供しているフリーサイトであり、どこでも利用可能。

医中誌は有料サイトであるが病院で契約しているため院内ネット環境（HIS/院内 Wifi）で医中誌 Web にアクセスすることで日本語論文を検索できる。

検索式には正解はないが、まずは調べたい内容の単語を検索ボックスに入力して慣れることから始めてみるとよい。

Google など一般的なインターネット上の情報は正しいかを十分に吟味する必要があります。学会など公的機関がインターネット上でのみ発表している情報があり、このような正しい情報は学会発表や論文の引用として使用することはできる。

文献検索への AI の利用も広く行われつつある。しかし、AI は「ハルシネーション」と呼ばれる、事実に基づかない情報を生成することがある。従って、AI の検索結果のみを鵜呑みにしないことが大切である。

イ 文献請求の方法

検索した際に論文が無料で公開されている場合は、そのまま論文をダウンロードできる。

無料ダウンロードできない場合は、欲しい論文のタイトル、著者、書誌情報が記載された内容を印刷して医局秘書さんに文献請求をお願いする。当院が契約している図書館ネットワークを通して印刷した論文が数日で入手できる。この際の費用は病院負担となる。

昨今、オンラインのみで公開されている論文（online journal）が増えてきており、多くの場合、無料ダウンロードできる（open access 論文）が、有料論文もある。このようにオンラインのみの有料論文は図書館ネットワークを通して入手できず、1 論文 3000-6000 円程度で有料ダウンロードできるが、現時点の当院の規則では有料ダウンロードした論文に関する費用は研究費で請求できない。

和文月刊誌の一部は「医書.jp」より無料でダウンロードができます。電子カルテのトップに記載の「医書.jp」の ID、パスワードを使用してログインする。

ウ Up To Date サイトの活用

Up To Date は疾患やその治療法についてのエビデンスに基づく臨床ソリューションを提供するサイトである。有料サイトであるが病院で契約しているため院内ネット環境（HIS/院内 Wifi）でアクセスできる。

総説として、疾患概念や最新の治療法を確認することが出来る。日本語での検索は可能だが、検索結果は原則英語で表示される。総説を読むだけでなく、できる限り参考論文にも目を通すと良い。

労務管理・健康管理（ハラスメント含む）

【労務管理】

公立西知多総合病院の時間外業務の取扱い

■ 労働時間に該当するもの

診療に関するもの

1. 病棟回診（診療時間前、診療時間後、休日）
2. 予定手術の延長、緊急手術
3. 呼出対応
4. カルテ記録
5. サマリー作成
6. 外来の準備
7. オーダーチェック
8. 診療上必要不可欠な情報収集
9. 診断書作成、紹介状等作成
10. 読影

会議・打ち合わせ

1. 委員会一覧にある会議・委員会・チーム会
2. 参加必須の勉強会・カンファレンス
3. 医局会、内科会

研究・講演その他

1. 上長の命令に基づく学会発表の準備
2. 上長の命令に基づく外部講演等の準備
3. 上長の命令に基づく研究活動・論文執筆

■労働時間に該当しないもの

休憩・休息

1. 食事
2. 睡眠
3. 外出
4. インターネットの閲覧

自己研鑽

1. 自己学習
2. 症例見学
3. 参加任意の勉強会・カンファレンス

自己研鑽

1. 上長の命令に基づかない学会発表の準備
2. 上長の命令に基づかない外部講演等の準備
3. 上長の命令に基づかない研究活動・論文執筆

【健康管理】

- ・健康診断：1年間に2回
- ・予防接種：雇い入れ健診時に抗体検査を行い、麻疹・風疹・水痘・ムンプス・B型肝炎ワクチンを接種する。臨時ワクチンとしてインフルエンザワクチンを接種する。
- ・メンタルヘルスサポート：心の専門家（公認心理師・精神保健福祉士・産業カウンセラーなど）がストレスやメンタルケアの相談に対応する。
- ・ハラスメント対策：「公立西知多総合病院のハラスメント防止に関する要綱」に基づき、専用相談窓口等を設置。

研修修了後の進路・待遇

当院で初期研修を修了した医師に関してはその進路を把握し、希望に応じて適切なアドバイスを与える。
当院での専攻医を希望する者は、選考の上、正職員として採用する。

臨床研修記録の保管・閲覧

臨床研修医に関する次の事項を記載した記録を研修修了した日から5年間保存する。

1. 氏名、医籍登録番号、生年月日
2. 臨床研修プログラム名
3. 臨床研修病院 臨床研修協力病院 研修協力施設の名称
4. 臨床研修内容と研修医の評価
5. 病歴要約（レポート）