

**独立行政法人 国立病院機構 名古屋医療センター**

# **初期臨床研修プログラム**

**2024年度版**

## 初期臨床研修プログラム 目次

1. 名古屋医療センター理念 p3
  2. 名古屋医療センター初期臨床研修理念 p3
  3. 名古屋医療センター初期臨床研修プログラム p4
  4. 各診療科の研修プログラム(目次付き) p13
  5. 職員研修・研修医向け勉強会日程表 p72
  6. 評価表・CVCについて p73
  7. 臨床研修修了認定基準項目 p74
  8. 初期臨床研修の中断および再開マニュアル p76
  9. 初期臨床研修の未修了マニュアル p79
  10. 図書・インターネットの環境について p85
  11. スキルラボについて p85
  12. 夜間休日の勤務について p86
  13. 診療の原則的なこと (名古屋医療センター研修医実務規定) p87
- 資料 1. 名古屋医療センター研修医の医療行為について p93
- 資料 2. WMAの主要な宣言等 p97
- (1) ジュネーブ宣言 p98
  - (2) WMA医の国際倫理綱領 p99
  - (3) ヘルシンキ宣言 p100
  - (4) 患者の権利に関するWMAリスボン宣言 p105
- 別添資料 1. 図書室の利用方法について、UP TO DATE の閲覧について
- 別添資料 1.-2 図書規程 (番号 4-16)
- 別添資料 2. 電子カルテ「カウンターサイン機能」に関する運用マニュアル
- 別添資料 3. 診療部組織図
- 別添資料 4. 協力型病院・協力施設一覧
- 別添資料 5. 病歴要約の手引き
- 別添資料 5.-2 病歴要約作成チェックリスト
- 別添資料 6. CPC について
- 別添資料 7. 各種評価表見本
- 別添資料 8. 中心静脈カテーテル挿入管理マニュアル
- 別添資料 一般外来手引
- 別添資料 禁煙外来手引
- 別添資料 EPOC2【研修医用マニュアル】

## 1 名古屋医療センター理念

**「病む人の立場に立って、安全でより質の高い医療を提供します。」**

基本方針

1. 病める人の尊厳と権利を守る医療の推進
2. 地域医療機関との連携と役割分担
3. 高度医療の実践と救急医療の充実
4. 拠点病院としての役割強化
5. 研修・教育・研究の推進
6. 安定した医療を提供する基盤の確立

## 2 名古屋医療センター初期臨床研修理念

**「将来、地域から信頼され活躍できる医師を病院全体で育てる。」**

基本方針

- ・ 幅広く深い知識と優れた技量を持つ医師を育成する。
- ・ 相手に対し、敬意を払うことができる人間性のある医師を育成する。
- ・ 指導医、看護師、コメディカルをはじめとする病院職員全体で育成する。
- ・ 院外指導者や他施設の研修医と共に学ぶ機会を設ける。
- ・ 幅広い知識が身に付くよう様々な地域連携研修の機会を設ける。

### 3 名古屋医療センター初期臨床研修プログラム 2024年4月改定

#### 病院の特徴

当院は、明治11年に創立されて以来140余年、診療、研究、研修に総合力を持つ高度総合医療施設であり、かつ東海・北陸地区の中核医療施設である。また平成16年4月から国立名古屋病院から独立行政法人「国立病院機構」として新しく生まれ変わった。病床数656床、医療法標榜診療科37科、院内標榜診療科6科、職員総数1,324名（医師数251名）。（2024年2月）

本院が国の医療政策として担うべき医療(政策医療)の分野では、血液難病に対しては高度医療専門施設(準ナショナルセンター)・がんや免疫異常(リウマチや膠原病など)に対しては基幹施設、循環器疾患(脳、心臓)、精神、成育、内分泌・代謝、感覚器、骨・運動器などに対しては専門医療施設に指定され、また厚生省特定のエイズ治療東海ブロック拠点病院及び東海ブロックの広域災害拠点病院の役割も担っている。

また、社会的役割を果たすために、病診連携、高度医療の実現に力をそそぐとともに、三次救急指定病院として急性期医療の強化を目指しており、救急外来患者数38.3名(1日平均)、救急車搬送患者数27名(1日平均)、心肺停止状態搬送患者数455名(年間)である。(2023年実績)

症例が豊富で、高度医療のための設備を数多く備え、また、指導医が多いため、充実した研修が可能である。夜間休日の救急外来(ER)は研修医1年次・2年次合わせて3名、内科、外科当直(卒後15年以内の若手医師)、病棟当直、ICU当直、CCU当直、産科当直等と約9人体制で行っており、すぐ上の医師がすぐ下の医師を指導する屋根瓦式研修方式になっており、同時に医療安全のための責任体制の強化を図っている。

1. 病院理念・研修理念は前ページ参照
2. 研修プログラムの特色及び臨床研修の目標

医師としての基本的な診療能力を修得するために、2年間を通して、内科、外科、救急部門、産婦人科、小児科、精神科、地域医療の研修を行い、その他の期間は、希望に沿って選択科により補完する。

医師としての人格を涵養し、将来の専門性にかかわらず、医学・医療の社会的ニーズを認識しつつ、日常診療で頻繁に遭遇する病気や病態に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的な診療能力(態度、技能、知識)を身につける。

#### 3.研修計画

研修期間：2年間でプライマリ・ケアにおける基本的な診療能力を修得する。

当院必修分野：

内科(24週以上)、外科(8週以上)、救急部門(ER各年次4週以上、ICU6週以上、麻酔科8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)、地域医療(4週以上)及び一般外来(並行研修)(4週以上)

補完期間は、不十分であった研修部分を修得するとともに、研修医が研修プログラムを選択し、積極的に研修に取り組むことができるよう活用する。

1年次、2年次を通して、指導医のもとでの週1回以上の研修医当直に従事し、救急医療を経験し、基本的診療能力を身につける。

#### 4. 指導体制と達成度評価（各種評価表を用いた）

各研修医に各科の指導医がつき、研修一般に関する指導を行う。研修管理委員会が指導を総括する。

各科研修時には、各科の指導医及び指導者が担当し、達成度評価を卒後教育研修センター（以下センターと呼ぶ）を通して研修管理委員会へ報告する。

指導が不十分であるときは、委員会より指導医へ勧告を行う。

各年次の春と冬の2回、センター指導医との面談を行い目標の達成度の確認と次年度の進路相談等を行う。

各科カンファレンス、抄読会、CPC（別添資料6参照）のほか、研修医を対象とした救急症例検討会、集中実習・講義を行う。

研修管理委員会は毎年、研修プログラムの修正と改善を行う。

2年間の研修修了後、修了証を発行する。

※ 各種評価表とは下記の3種類

① 研修医到達目標評価表（研修医評価Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ）

→自己評価・指導医評価・看護師など多職種評価

② 各科研修評価表

→共通項目の自己評価・指導医評価、各診療科独自の指導医評価

③ 研修医による評価

→指導医・上級医評価、診療科・病棟評価

（オンライン評価システム EPOC 2 および紙ベースで実施する）

#### 5. 定員と応募、面接

1) 令和7年度定員 14名

募集方法：公募（詳細は当院ホームページ参照）

お問い合わせ先 管理課 給与係長

電話 052-951-1111 内線 2215

FAX 052-951-0664

#### 6. 研修修了後の進路

当院専門研修（当院プログラム、他院プログラム）、当院レジデント、大学病院又は他病院、大学院への進学等

## 研修医の処遇

- 1) 身分：期間職員
- 2) 給与：1年次 316,700 円、2年次 334,800 円
- 3) 勤務時間：日勤 8：30～16：30（時間外勤務有り） ER夜勤 17：15～01：15
- 4) 休暇等：有給休暇 20 日、リフレッシュ休暇 3 日、産前産後休暇（有給）

### 年 5 日の有給休暇取得は義務です

- 5) 宿舎等：敷地内に宿舎有、院内に専用仮眠室有
- 6) 健康保険、その他： 期間職員として病院規程による
- 7) 福利厚生：健康診断、各種予防接種、院内保育所（利用資格あり）
- 8) 医師賠償責任保険：自己負担で任意加入
- 9) 学会・研究会への参加について：費用負担有（条件による）

### 「アルバイト等は禁止」

#### 【研修プログラムの1例】

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年	内科 26週						ICU 5週	麻酔 8週	ER 5週	外科 4週		
2年	産婦 4週	小児 4週	精神* 4週	地域 4週	選択外科 4週	ER 4週	選択（補完）科目 24週					

\*協力病院にて研修

※年次休暇 5 日間をプログラムに含める

#### 内科 24 週以上(基本的診察法・治療技術修得)

循環器内科、消化器内科、呼吸器内科 脳神経内科、糖尿病・内分泌内科、血液内科、腎臓内科、膠原病内科、感染症内科、腫瘍内科、緩和ケア内科(2 週)より選択

#### 外科 8 週(急性期疾患基本処置修得)

一般外科 4 週

選択外科 4 週 整形外科、脳神経外科、泌尿器科、心臓血管外科より選択

#### 救急 12 週以上(急性期疾患基本処置修得)

ER 2年間 9 週、ICU 6 週、麻酔科 8 週

#### 地域医療研修 4 週以上

2年次に地域医療 4 週

#### 選択（補完）科目

眼科、耳鼻いんこう科、皮膚科、臨床検査科、病理診断科、放射線科(診断/治療)を含めた選択が可能

#### ※一般外来 4 週以上

地域医療、内科、総合内科、小児科の並行研修として行う

プログラム責任者： 飯田 浩充

副プログラム責任者： 近藤 貴士郎 / 服部 正嗣

参考：厚生労働省の定める到達目標、方略及び評価

—当院の2年間の初期臨床研修の目標もこれに準ずる—

## 臨床研修の到達目標、方略及び評価

### 臨床研修の基本理念（医師法第一六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令）

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。

### －到達目標－

#### 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. 医療の質と安全の管理

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等）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 科学的研究方法を理解し、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年間とする。

### 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行うこと。
- 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。
- 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。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。

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ができる病棟研修も行う。

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ができる病棟研修も行う。

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ができる病棟研修も行う。

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ができる病棟研修も行う。

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する。

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行う。麻酔科については、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行う。

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で、4週以上の研修を行う。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。総合内科、一般内科、一般外科、小児科、地域医療等での研修で行い、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認められない。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ができる。

⑪ 地域医療については、原則として、2年次に行うこと。研修内容は以下の通りを行う。

1) 一般外来での研修と在宅医療の研修を行う。

2) 病棟研修を行う場合は慢性期・回復期病棟での研修を行う。

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や、地域包括ケアの実践について十分に学ぶ。

⑫ 選択研修として、保健・医療行政の研修を希望する場合は、事前に相談すること。

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・領域等を含む研修を行う。また、機会があれば、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。

### 経験すべき症候

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、抑うつ、成長・発達の障害、妊娠・出産、終末期の症候（29症候）

### 経験すべき疾病・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）（26疾病・病態）

※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。

※詳しくは別添資料5『病歴要約作成の手引き』参照。

### Ⅲ到達目標の達成度評価

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として、看護師が別添資料7の研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを用いて評価する。

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、研修医に対して形式的評価（フィードバック）を行う。

2年間の研修終了時に、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。

#### 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

## 4 各診療科の研修プログラム

・ 血液内科	・ p14
・ 呼吸器内科	・ p15
・ 循環器内科	・ p16
・ 消化器内科	・ P18
・ 糖尿病・内分泌内科	・ p20
・ 脳神経内科	・ p22
・ 腎臓内科	・ p24
・ 腫瘍内科	・ p26
・ 緩和ケア内科	・ p28
・ 膠原病内科	・ p30
・ 感染症内科	・ p32
・ 救急救命センター	・ p34
・ 外科	・ p36
・ 心臓血管外科	・ p39
・ 産婦人科	・ p40
・ 精神科	・ p43
・ 整形外科	・ p47
・ 泌尿器科	・ p49
・ 小児科	・ p50
・ 脳神経外科	・ p52
・ 眼科	・ p54
・ 耳鼻いんこう科・頭頸部外科	・ p56
・ 皮膚科	・ p57
・ 麻酔科	・ p59
・ 放射線科	・ p64
・ 臨床検査科	・ p65
・ 病理診断科	・ p66
・ 地域医療	・ p69
・ 一般外来	・ p71

# 血液内科

## 一般目標

造血器腫瘍及び血液難病の診断法、病因、病態解析並びに治療法につき習熟することを目的とする。

## 行動目標

1. 血液形態診断、免疫診断法についてマスターする。
2. 臨床、臨床試験研究にスタッフと共に主体的に参加する。
  - (1) 臨床
    - ①造血器腫瘍(急性白血病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫など)及びその周辺疾患の診断法を習得する。
    - ②血液難病(再生不良性貧血、特発性血小板減少性紫斑病、溶血性貧血など)及び周辺疾患の診断法を習得する。
    - ③入院患者を担当し、その治療法を習得する。(化学療法、免疫療法、造血幹細胞移植、感染症・出血に対する対処法、輸血療法)
  - (2) 臨床試験研究
    - ①第Ⅰ相、Ⅱ相、Ⅲ相などの新薬開発の流れを学習する。
    - ②全国規模の共同治療研究に参加し、その方法について学ぶ。

## 方法

- ①上級医および指導医とともに、入院患者の診療にあたり、目標の達成に努める。
- ②当科の週間スケジュールに従い、勉強会及びカンファレンス等に参加する。
- ③検査や処置に積極的に参加する。
- ④原則、最低4週の研修期間とする。

## 評価

- ①研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ②研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
- ③研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
- ④各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

# 呼吸器内科

## 一般目標

呼吸器疾患からみた、内科診療の知識、技術を高めると共に、患者の社会的背景を考え、各々の患者に応じた治療選択能力を養う。呼吸器病学、臨床腫瘍学およびアレルギー学について研修・研鑽を積むことを目的とする。

## 行動目標

呼吸器疾患は腫瘍、感染症、慢性閉塞性肺疾患、呼吸不全、肺循環障害などその病因は多岐に亘るが、主として以下の事項を中心にスタッフの指導のもとに、入院患者を担当する。

1. 胸部の画像診断、内視鏡検査、各種臓器生検法の修得
2. 下記疾患・病態の診断・治療・臨床研究
  - (1) 肺・縦隔の腫瘍
  - (2) COPD, 気管支喘息
  - (3) 感染性呼吸器疾患
  - (4) 間質性肺疾患
  - (5) ARDS, 呼吸不全
  - (6) 胸膜疾患
  - (7) 全身性疾患の肺病変

## 方略

- ① 上級医および指導医とともに、入院患者の診療にあたり、目標の達成に努める。
- ② 当科の週間スケジュールに従い、検査及びカンファレンス等に参加することを原則とする
- ③ 原則、最低4週の研修期間とする。

## 評価

- ① 研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ② 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者から評価を受ける。
- ③ 呼吸器内科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④ 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
- ⑤ 各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

## 循環器内科

### 一般目標

日常診療で遭遇する循環器疾患全般について、診断技術および初期治療法を修得する。救急患者の診療を行い、適切なトリアージ(重症度および緊急度の把握)と初期の救急処置を修得する。

### 行動目標

1. 心臓血管センターでは、初期研修期間はスタッフの指導下に担当医として患者を受け持ち、後期研修以降は主担当医として入院患者を担当する。外来は後期研修以降主に専門外来を診療する。
  - (1) 標準 12 誘導心電図の判定(年間 1 万 3 千枚)
  - (2) 心臓超音波検査法の習得
  - (3) トレッドミル運動負荷試験
  - (4) 心臓核医学検査法を用いた心筋虚血の診断法と心機能の評価法についての研修
2. これら心電図の判読や心臓超音波検査を通じて循環器疾患の知識を蓄積し、さらに院内各診療科における循環器疾患の管理を経験する。
3. 心臓カテーテル検査には必ず参加し、カテーテル検査やその延長線上にある各種の手技を修得する。(カテーテル検査の大半は冠動脈造影であるが、心臓弁膜症や成人における先天性心疾患などの診断のためのカテーテル検査もある)。
4. 冠動脈造影の結果、その後の治療方針を薬物療法か、PCI 或は CABG を行うかを判断できるように、読影力を修得する。
5. 心筋梗塞など急性期の心疾患患者では、PCI や体外式ペースメーカーやスワンガンツカテーテルの挿入のほか除細動器や IABP の操作法を研修する。また、急性期のみならず慢性期の症例を通じて循環器薬の投与方法や有害事象について修得する。
6. 当循環器科には不整脈の症例が多く、電気生理学的検査や、カテーテルアブレーションを施行している。また、ペースメーカー埋込み患者に対してはペースメーカー外来を設けて管理している。

### 方略

- ① 上級医および指導医とともに、入院患者の診療にあたり、目標の達成に努める。
- ② 当科の週間スケジュールに従い、検査及びカンファレンス等に参加することを原則とする。
- ③ 原則、最低 4 週の研修期間とする。

### 評価

- ① 研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ② 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。



- ③ 循環器内科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④ 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
- ⑤ 各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

# 消化器内科

## 一般目標

消化器疾患は日常臨床上頻度の高い疾患であり、その特徴と病態を理解し、知識と技術を高めていくとともに、患者及び家族と適切にコミュニケーションをとり、全人的に接する能力を身につける。また、チームとしての診療が必須であり、チームの中で、討議、意志疎通、協調ができることを目指す。

## 行動目標

1年目 消化器の基本的検査の修得と疾患の理解及び治療を研修する。

(基本的手技項目)

- (1) 上部消化管 X 線検査
- (2) 大腸 X 線検査
- (3) 小腸透視
- (4) 食道、胃、十二指腸内視鏡検査
- (5) 大腸内視鏡検査
- (6) 腹部超音波検査
- (7) 腹部動脈撮影法
- (8) 中心静脈栄養法

2年目

1年目に修得研修した各種手技の一層の習熟に加え、特殊検査及び治療を研修する。

(項目)

- (1) 内視鏡的治療ポリペクトミー、消化管止血法、ストリップバイオプシー(EMR)、食道、胆管狭窄部位へのステント挿入など
- (2) 内視鏡的食道静脈瘤硬化療法(EIS)
- (3) 内視鏡的逆行性膵胆管造影法(ERCP)
- (4) 内視鏡的十二指腸乳頭切開術(EST)
- (5) 肝癌、肝動脈塞栓術(TAE)
- (6) 経皮経肝胆道造影法とドレナージ(PTC、PTCD)
- (7) 超音波内視鏡検査(EUS)
- (8) 消化器癌の化学療法
- (9) 内視鏡的胃瘻形成術
- (10) その他、肝生検

## 方略

- ①上級医および指導医とともに、入院患者の診療にあたり、目標の達成に努める。
- ②当科の週間スケジュールに従い、検査及びカンファレンス等に参加することを原則とする。

③原則、最低 4 週の研修期間とする。

#### 評価

- ①研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ②研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
- ③消化器内科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
- ⑤各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される

## 糖尿病・内分泌内科

### 一般目標

内分泌代謝疾患を有する入院患者あるいは救急患者の診療にあたり、必要な知識、技能を習得し、さらには医師としての基本的な態度を修練する。

### 行動目標

#### 1. 内分泌代謝の診断技術の習得

- 1) 内分泌代謝疾患に必要な理学的診断法(血圧測定、身体診察など)
- 2) 基礎的臨床検査法
  - ① 検尿、検便、血球計算など基本的な検査の実施
  - ② 採液検査手技(漿膜腔穿刺、髄液、骨髄等)
  - ③ 主要臓器の X 線写真診断、CT 検査、MRI 検査および超音波画像診断(心、消化管、腎、甲状腺)
  - ④ 検体検査測定成績の判断・解釈
  - ⑤ 心電図・脈波図・筋電図の撮影および判読
  - ⑥ 主要臓器の機能検査成績の総合的判定

#### 2. 内分泌代謝の治療技術の習得

処方、注射(薬物の薬理作用、副作用、中毒に関する知識)、輸血、輸液、各種穿刺、食事療法、運動療法。

#### 3. 内分泌代謝における緊急患者、重症患者の管理

- ① 呼吸、循環器の管理
- ② 輸液、栄養、鎮痛剤等の投与方法
- ③ ショックに対する処置
- ④ 血液浄化法

#### 4. 薬剤使用法の指示

#### 5. 患者の疾患自己管理教育

#### 6. チーム医療の理解

#### 7. 診療録の記載、各種診断書の作成、保険医療への理解

### 方略

#### C. 指導体制

常勤の内分泌代謝科の医師の指導のもとに、入院・外来患者の診療にあたる。  
症例検討会、文献抄読会、講演会に積極的に参加する。

#### D. 研修方法

1. 入院中または外来の内分泌代謝疾患患者について、指導医のもとで診療に当たる。
2. 毎週の症例検討会で担当症例のプレゼンテーションを行う。

3. 研修記録ノートを使用して、症例報告やレポートを記載する。
4. 研修期間は原則 4 週間(他科との兼ね合いで希望が強い場合は 2 週間も可)

## 評価

### E. 研修評価

指導医は診療態度、症例検討会での意見内容、研修記録ノートより、評価を行う。

- ①研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ②研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
- ③内分泌内科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
- ⑤各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

# 脳神経内科

## A. 一般目標

実際の患者に接して脳神経疾患患者の診断・治療に必要な基本的知識と診察法を習得すること。

## B. 行動目標

1. 神経疾患の基本的診察法の体得
  - 1) 病歴を聴取する。
  - 2) 主要な神経症状を観察し理解する。
  - 3) 意識、精神機能、脳神経、運動、感覚、反射など神経学的診察法を修得する。
2. 神経疾患診断の検査の概要を知る
  - 1) 頭蓋単純レントゲン、脊椎単純レントゲン、頭部 CT、頭部および脊椎 MRI、MRA と脳血管撮影、頸動脈超音波検査、SPECT の読影。
  - 2) 腰椎穿刺の実施と髄液検査の判断。
  - 3) 脳波、筋電図、神経伝導検査、誘発検査の理解。
3. 主要な神経疾患の理解と治療の実践  
脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血、てんかん、脳炎、髄膜炎、ギランバレー症候群、重症筋無力症、多発性硬化症、多発筋炎・皮膚筋炎、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、多発性神経障害、片頭痛など。
4. 緊急室および救命救急センターにおける急性神経疾患の診断と治療

## 方略

### C. 研修期間 4 週間

### D. 指導体制

研修医は常勤の神経内科医の指導のもとに入院および外来患者の診療にあたる。当院には 5 人の神経内科専門医が常勤医としている。

### E. 研修方法

1. 研修医は常勤の神経内科医及びレジデントの指導のもと入院患者の診療をする。
2. 研修医は外来患者の予診をおこない、常勤の担当医の指導をうける。
3. 緊急室と救命救急センターでは神経内科チームの一員として診療にあたる。
4. 研修医は毎週の症例検討会にて、受け持ち患者のプレゼンテーションをおこなう。
5. 指導医に経験した症例報告を提出する。

## 評価

### F. 研修達成度評価

指導医は研修医の診療態度、症例のプレゼンテーション、症例報告とその際の質疑から研修の達成度を 5 段階評価で行う。

- ① 研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ② 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。

# 腎 臓 内 科

## I 一般目標

患者中心のチーム医療を実践するために、主要な腎・尿路系の疾患について病態を理解し、基本的な臨床能力を習得する。

## II 行動目標

以下の主要疾患の入院症例を指導医とともに担当し、診察法、検査、治療について理解を深める。

- \* 水、電解質、酸・塩基平衡異常
- \* 原発性糸球体疾患  
急性腎炎症候群、急速進行性腎炎症候群、慢性腎炎症候群、ネフローゼ症候群
- \* 尿細管、間質性疾患
- \* 腎・尿路感染症
- \* 高血圧および腎血管障害
- \* 全身性疾患による腎障害  
糖尿病性腎症、痛風腎、アミロイド腎、骨髄腫腎、膠原病とその近縁疾患に伴う腎障害、紫斑  
性腎炎、DIC による腎障害、肝疾患に伴う腎障害、妊娠と腎障害
- \* 急性腎不全、慢性腎不全（CKD）
- \* 遺伝性および先天性腎疾患
- \* 透析療法
- \* 血液透析 透析導入基準、合併症、ブラッドアクセス
- \* 各種アフェレーシス 適応、合併症

## III 方略（LS）

- 1) 指導医とともに入院症例を担当し、診療を行う。
- 2) 画像診断、腎生検等に参加し、手技を経験する。
- 3) 透析センターやICU、CCUにおいて各種の血液浄化療法を経験し、適応、実施方法等を理解する。
- 4) 入院患者および透析患者カンファランスに参加し、プレゼンテーションを行う。
- 5) 研修期間 4 週間

## 評価

- ①研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ②研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
- ③腎臓内科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。



⑤各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

# 腫瘍内科

## 一般目標

当科では特定の臓器や性別に偏らず幅広く成人の悪性腫瘍を対象に診療しています。がん薬物療法は私達の業務における比重こそ多いものの、研修医にとって重要なことは、専門的ながん薬物療法に関する詳細な知識を習得することではありません。内科診療の根幹に関わる病態の評価や検査法・身体診察、緩和ケア、感染症診療、栄養療法、リハビリテーションといった総合的な内科診療の計画立案に参加し、技量と経験に応じてチームの一員として患者のケアに参加することを期待しています。患者のケアに主体的に取り組む姿勢を最重要視しており、責任感を持って診療に参加したい研修医のローテーションを期待します。したがって、研修医のニーズに応じて一般内科により比重を置いた研修から、腫瘍学・がん薬物療法に比重を置いた研修、緩和ケアを重点的に経験する研修などが可能であり目標は個々に設定します。原則、診療対象は悪性腫瘍患者であり、患者のニーズや社会的背景を踏まえたアプローチ、チーム医療、EBMの実践が特に重要となります。

## 行動目標

研修医は種々の臓器（肺・縦隔、消化管・肝胆膵、乳房、頭頸部、泌尿器、婦人科、その他）に生じた悪性腫瘍の診療をチームの一員として担当します。研修医は年次や技量、状況に応じて数名～5名程度の担当医となり、担当患者においてはファーストコールとして取り組みます。担当医として最前線で情報収集、評価、報告、実践を繰り返しながら研修を行います。当科で経験すべき特に重要な項目として以下を中心に、スタッフの指導のもとに入院患者、一部外来患者を担当できるようにしています。

### 1. 下記疾患・病態の診断・治療・臨床研究

- (1) 悪性疾患が疑われる未診断例への診断アプローチ
- (2) 治療中の患者に生じる発熱、呼吸困難、疼痛、不眠などへの対応
- (3) がん薬物療法の管理、副作用対策（支持療法）
- (4) 多職種によるチーム医療の実践
- (5) 疼痛をはじめとする症状への支持療法・緩和医療の実践

## 方略

- ①腫瘍内科はチーム制での診療を行っている。研修医はメンバーとして入院患者の診療にあたり目標の達成に努める。
- ②ラウンドの前に担当患者に関する評価・プランを立案しプレゼンテーションする。
- ③チームラウンドを経てプランを修正・確認した上で実践する。不足している知識は適宜補充する
- ④上記ステップを繰り返しながら、技量の幅を広げていく。
- ⑤担当患者が退院後は可能な限り外来に同席しフォローアップする

- ⑥予約外受診・救急外来受診のときに対応する（腫瘍緊急症の評価，対応を行う）
- ⑦4～8 週の研修期間を推奨する．過去には研修期間を延長，または再度ローテーションした例がある．

#### 評価

- ①研修医は，研修開始時・前，研修中，終了時に適宜，指導医と面接を行う．
- ②研修医は，卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて研修終了時に，上級医および指導医、また，担当指導者より評価を受ける．
- ③腫瘍内科科の評価表も①と同時に記載し，研修医評価とする．
- ④研修医より，当診療科に対する評価は，卒後教育研修センターの定める様式を持って行う．
- ⑤各種評価表は定められた手順で卒後教育研修センターに提出する．

## 緩和ケア内科

### 一般目標

WHOによる緩和ケアの定義は、以下のようなものである。

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療、処置）を行うことによって、苦痛を予防し和らげることでQOLを改善するアプローチである。

当科では上記の定義に基づいて、悪性腫瘍の患者だけでなく、難治性の疾患の患者（心不全、腎不全、慢性呼吸器疾患、慢性肝疾患、神経・筋疾患等の患者）を幅広く対象として診察している。一般の方には緩和ケアというと、終末期の医療と考えられる方がいまだに多いのが実情であり、緩和ケア内科に紹介されたというだけでショックを受けて来られる方が多い。一部の医療従事者もまだ昔のイメージを持っている。がんと診断された時から主科と同時に緩和ケアが入って治療に取り組むことが今後一般的になっていくことを理解していただき、当科を回った後は気軽に緩和ケアチームに依頼ができるようになってもらいたい。当科は入院時には主科になることはなく、緩和ケアチームとして活動している。患者や家族のお困りごとに対して耳を傾け、そのことにどう対応していくのが一番良いかをチームで検討し、対応していく方法を学んでいく場としたい。看護師、薬剤師、栄養士、リハビリ、ケースワーカーなど多職種の方との連携などの重要性も当科を回る中で学んでいただきたい。身体症状のコントロールに加え、患者や家族に寄り添った対応、会話をすることも重要であり、意思決定支援・ACP（Advanced Care Planning；今後の治療、療養について患者・家族と医療従事者が患者自らの意向に基づきあらかじめ話し合うプロセス）を行うにあたって互いの信頼関係の構築がない場合はうまくいかない。コミュニケーション能力も磨いていただきたい。

### 行動目標

研修医は緩和ケア内科の外来の患者、病棟の緩和ケアチームに依頼された患者について

下記のことを念頭に置いて診察する。

#### 1. 患者、家族との面談、診察

- ① 疼痛についての適切な問診、診察 持続痛、突出痛、神経障害性疼痛等
- ② 嘔気、嘔吐についての診察
- ③ 呼吸困難の診察
- ④ 気持ちのつらさの診察
- ⑤ せん妄の診断

#### 2. 評価方法、アセスメントツール

- ① 痛みについてのアセスメントツール NRS VAS, フェイススケール等
- ② 予後予測ツール PaP スコア PPI

③ つらさと支障の寒暖計 苦痛のスクリーニングシート

3. 身体症状、精神症状の緩和 その状態と対応、薬物治療含めて

- ① 痛みの緩和
  - a. 薬物療法、NSAIDs、オピオイド、鎮痛補助剤
  - b. 放射線治療
  - c. 神経ブロック
- ② 悪心嘔吐の緩和
- ③ 便秘、下痢症状の緩和
- ④ 腹水、胸水、浮腫の緩和
- ⑤ 呼吸困難の緩和
- ⑥ 不安、不眠、不穏、せん妄の対応
- ⑦ 鎮静について

4. その他

- ① 栄養指導
- ② 療養調整の実際
- ③ 社会的苦痛への対応（経済面の相談、就労支援）
- ④ 意思決定支援・ACP

方略

- ⑧緩和ケア内科は緩和ケアチームの一員として病棟では動くこととなるため、研修医もそのメンバーとして一緒にラウンドしてもらおう。気になった患者さんに対しては別な時間でゆっくりと話を聞くようにしていただく。
- ⑨患者の病状説明やケースワーカーの面談等に入ってもらうことで、在宅療養やホスピス等の予約していくときの全体の流れについて理解していく。
- ⑩外来についても、実際の ACP の状況を見知っていただく。
- ⑪医療用麻薬の使用法についての講義を聞いてもらい、医療用麻薬の使用法、PCA ポンプの使用法等を理解する。
- ⑫毎週木曜日の緩和ケアチームのカンファレンスに出席して、問題点をあげ検討する。
- ⑬終末期の対応（患者、家族へのお話、輸液、鎮静等の対応）の知識を深める。
- ⑭2週間の研修期間を推奨する。できれば2年次に研修していただく方がよいと思われる。（どうしても1年次に研修するのであれば後半に）

評価

- ⑥研修医は、研修開始時・前、研修中、終了時に適宜、指導医と面接を行う。
- ⑦研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
- ⑧緩和ケア内科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ⑨研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
- ⑩各種評価表は定められた手順で卒後教育研修センターに提出する。

# 膠原病内科

## A 一般目標

膠原病診療の基本のみならず、実際の受け持ち患者の問題点の整理と指導医とのディスカッション・ベッドサイドティーチングを通して原因不明の疼痛や発熱にどのようにアプローチするかなど内科診療に必要な基本的知識と診察法を習得する。

膠原病の主たる治療薬であるグルココルチコイド・免疫抑制剤・分子標的薬について、投与方法・メリット・デメリットについて理解する。

## B 行動目標

### 1. 膠原病・自己免疫疾患の基本的診察法の体得

- 1) 医療面接および診察法を理解し実践する
- 2) 主要な症状を観察し理解する
- 3) 発熱、関節痛・筋痛、皮疹の出方・性状に対するアプローチの仕方を習得する
- 4) 口腔・陰部・皮膚の診察、指や関節の所見、膠原病の皮膚病変の診察法を習得する

### 2. 膠原病診断のための検査法の概要を知り意義を理解し応用する

- 1) 貧血その他の血球減少の鑑別
- 2) 抗核抗体・抗DNA抗体などの自己抗体の測定意義・測定すべき状況
- 3) 血管炎症候群の診断アプローチ
- 4) 胸部単純写真、胸部・腹部CT、心エコー、肺機能検査、浅側頭動脈生検、筋生検など主要検査の結果解釈
- 5) 血液培養、尿培養、痰培養、胃液培養、胸水穿刺、髄液検査
- 6) 不明熱や他科で診断に難渋する症例に対し、自己免疫疾患・リウマチ性疾患だけでなく、悪性腫瘍や感染症、薬剤アレルギーなどについての鑑別のためのアプローチの仕方

### 3. 主な膠原病・自己免疫疾患の理解と診療の実践

関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、混合性結合組織病、強皮症、多発性筋炎／皮膚筋炎、抗リン脂質抗体症候群、シェーグレン症候群、結節性多発動脈炎、顕微鏡的多発血管炎、多発血管炎性肉芽腫症、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、高安動脈炎、巨細胞性動脈炎、リウマチ性多発筋痛症、ベーチェット病、成人ステイロ病、乾癬性関節炎、強直性脊椎炎、SAPHO症候群、IgG4関連疾患など

### 4. グルココルチコイド・免疫抑制剤・分子標的薬等を指導医と一緒に実際に使用することで、治療開始前、治療開始後にどのような注意点が必要かを理解できるようにする。

## C 指導体制

研修医は指導医（専門医、医師）の指導のもと入院患者を5名以上担当し、回診・カルテ記載行う

毎日指導医とディスカッションを行い、手技（関節エコー等）がある場合には一緒に行う  
全症例カンファレンスでは、プレゼンテーション・質疑応答を通じて理解を深めるようにする

#### D 研修方法

1. 研修医は常勤の指導医及び後期研修医の指導のもと入院患者・緊急受診患者の診察を行う
2. 研修医は週2回の全症例カンファレンスで、受け持ち患者のプレゼンテーションを行う
3. 関節エコー、関節注射等の手技がある場合には指導医と一緒にを行う
4. 治療薬・疾患に関しては、指導医により適宜レクチャーを受ける
5. 担当患者については、入院要約を作成し指導医に提出する
6. 研修期間は4週（6～8週も可）とする

#### E 研修評価

指導医は、研修医の診療態度、症例プレゼンテーション、症例要約、ディスカッションなどから研修の達成度を5段階で評価を行う

## 感染症内科

### 【一般目標】

HIV 感染症の診断・治療、感染対策、チーム医療、HIV 感染予防啓発活動について研修・研鑽を積むことを目的とする。

### 【行動目標】

1. 基礎
  - 1.1 スクリーニング検査・確認検査の原理、結果解釈について説明できる
  - 1.2 薬剤耐性検査の必要性、解釈、どのように臨床に還元するかを説明できる。
2. 臨床
  - 1.1 当科に紹介された未治療初診患者のマネージメントを指導医と協力して行うことができる。
  - 1.2 当科に入院となった患者の入院中のマネージメントを指導医と協力して行うことができる。
  - 1.3 チーム医療のそれぞれの役割を理解し、適切に他職種と連携することができる。
  - 1.4 患者プライバシーおよびセクシャリティに配慮した診療を行うことができる。
3. 公衆衛生
  - 1.1 全国および当院の患者動向を説明することができる。
  - 1.2 公衆衛生学的手法に基づいた HIV 感染予防活動の重要性について説明することができる。
  - 1.3 感染予防行為、標準予防策、院内感染対策について平易な言葉で説明することができる。
  - 1.4 HIV を取り巻く歴史、社会情勢、制度の仕組みについて説明することができる。

### 【方略】

1. 上級医および指導医とともに、外来・入院患者の診療にあたり、目標の達成に努める。
2. 各職種からレクチャーを受けることでチーム医療における各職種が果たす役割を理解する。
3. 外来コンサルトおよび症例カンファレンスにおいて適切な症例提示手法を学ぶ。
4. 希望者は検査会（6・9・12月に開催）に参加し、地域で行われている HIV 予防活動の現場を知る。
5. 原則 4 週以上の研修期間が望ましい。（2 週間から可）

### 【評価】

1. 研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
2. 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級



医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。

3. 感染症内科の評価表も 1. と同時に記載し、研修医評価とする。
4. 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
5. 各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

# 救命救急センター

## 目標

### 一般目標

診療科単位での診察ではなく、救急初期対応及び重症全身管理を必要とする患者さんに対応できるようになるために、救急外来における初期対応及び集中治療室において求められるチーム医療の一員としての臨床能力を身につける。

### 行動目標

#### 1. ICU、E Rにおける緊急治療の実際（手技、手法を経験する）

- 1) 救急蘇生法（ACLSに準じたもの）
- 2) 呼吸管理（気管挿管、気管切開、人工呼吸）
- 3) 心電図、脳波、体温、血圧などのモニタリング
- 4) 血液ガス、水電解質の補正
- 5) 緊急薬剤の投与（心血管作動薬、鎮静剤、鎮痛剤、抗けいれん薬など）
- 6) 不整脈の緊急治療（除細動、抗不整脈薬、経皮ペーシング等）
- 7) 注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈路確保、中心静脈路確保）
- 8) 採血法（静脈血、動脈血）
- 9) 穿刺法（腰椎、胸腔、腹腔）
- 10) 胃管の挿入、管理、導尿法
- 11) 圧迫止血法、包帯法、局所麻酔法、皮膚縫合法
- 12) 緊急輸血法
- 13) 血液浄化法
- 14) 感染の予防

#### 2. 重症患者の診断と治療のすすめ方

- 1) vital sign のチェック
- 2) 問診、聴打診、触診
- 3) 意識障害の評価とその意義づけ（APACHE II 及び AIS-90 の評価法）
- 4) 血液、尿、髄液、X線写真その他の諸検査成績とその解釈
- 5) 各種重症患者の診断治療のすすめ方
  - a) 急性冠症候群、急性心不全（心電図の判読とモニタリングおよび治療法）
  - b) 脳血管障害（神経学的徴候の把握、CT スキャン、MRI、脳血管撮影および内科的療法と手術的療法）
  - c) 頭部外傷、脊髄損傷（頭蓋 X 線写真、CT スキャン、脳血管撮影および創傷処置と手術的療法）
  - d) 急性中毒（その原因と治療）
  - e) 代謝性脳症（その原因と治療）
  - f) 急性感染症
  - g) 急性呼吸不全（その原因と治療）

- h) 多発外傷（胸腹部外傷、脊椎骨折、骨盤骨折、多発骨折など）
- i) その他
  - ① 溺水
  - ② 熱傷、環境異常（熱中症、低体温症）
  - ③ 急性腹症
  - ④ 急性腎不全
  - ⑤ 消化管出血
  - ⑥ その他（産婦人科、精神科領域の救急）

### 3. 医療倫理

守秘義務など医師の守るべき法律を理解する。患者や家族の心情に共感し、思いやりのある態度で接する。

### 4. 医療面接

清潔な服装で患者に接し、きちんと挨拶ができる。患者の訴えに辛抱強く耳を傾け、鑑別診断に重要な情報を得る。

### 5. 基本的診察

バイタルサインをチェックし、頭頸部、胸部、腹部、四肢の基本的診察を正しくおこなう。

### 6. 検査

胸部レントゲン写真、心電図を正しく読影する。

血液、尿検査データを正しく解釈する。

### 7. 応急処置

救急初期診療における標準的な診療手順である、BLS、ACLS、JATEC、RUSH を理解し、上級医に指示された救命処置を迅速におこなう。

### 8. カルテ記載

SOAP 方式を用いて他の医療従事者にもわかりやすく診療経過や方針を記載し、必ず署名をする。

### 方略

- ①上級医および指導医とともに、救急外来受診患者及び救命救急センター入院患者の診療にあたり、目標の達成に努める。
- ②当科の週間スケジュールに従い、検査及びカンファレンス等に参加することを原則とする。
- ③原則、ICU は最低 6 週、ER は最低 4 週の研修期間とする（ER は選択の場合の研修期間は 2 週以上で可）。

### 評価

- ①研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ②研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
- ③救命救急センター・総合診療科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
- ⑤各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

# 外 科

## 一般目標

外科入院患者を担当し、外来患者のうち、主として救急患者の診療にあたる。身体各部の損傷、腫瘍、奇形、発育異常、内分泌疾患の外科、胸部臓器外科および腹部臓器外科を主体とする診察に従事する。その他外科総論的事項の臨床的研修するものとする。

## 行動目標

1. 外科における基本的診察法の実践
  - 1) 問診、聴打診、触診
  - 2) 肛門内指診
  - 3) 肛門鏡検査
  - 4) 直腸鏡検査
  - 5) 外科症例(手術を含む)を1例以上受け持ち、診断、検査、術後管理等について症例レポートを提出すること
2. 外科における緊急に必要な臨床検査法の実施
  - 1) 末梢血、尿検査
  - 2) 胸、腹部 X 線写真
  - 3) 胸腔・腹腔穿刺
3. 外科における基本的臨床検査法の選択と解釈
  - 1) 胸腹部単純 X 線写真について
  - 2) 胃腸透視
  - 3) 各種内視鏡
4. 外科における輸血・輸液の実践
  - 1) ショック時
  - 2) イレウスその他体液喪失時
  - 3) 一般術前・術後
5. 基本的な外科的手技の実践
  - 1) メス、ハサミなどの持ち方、糸結び法
  - 2) 皮膚創傷処置
  - 3) 簡単な切開、搔爬、穿刺等の手術手技
  - 4) 虫垂切除、ヘルニア退治術などの手術の助手
6. 外科における基本的な麻酔の実践
  - 1) 局麻、伝達麻酔
  - 2) 腰椎麻酔
  - 3) 全麻の助手
7. 外科における末期患者の管理

- 1) 輸液による全身管理
- 2) 制癌剤の使用法
- 3) 鎮痛剤の使用法
8. 心マッサージ・D-C 除細動の実施
9. 外科におけるショックの管理の実施
  - 1) 基本的な考え方
  - 2) 診断
  - 3) 治療(輸液・輸血、心肺に対する処置、ステロイド)
10. 外科における急性出血の処置の実施}
  - 1) 全身管理
  - 2) 部位別止血法
  - 3) 観血的処置
11. 外科における急性心血管疾患の処置の実施
  - 1) 輸血・輸液・薬物療法
  - 2) 血管撮影
  - 3) 手術
12. 外科における急性腹症の診断と処置の実施
  - 1) 診察法
  - 2) 検査法(画像診断を含む)
  - 3) 胃ゾンデ挿入、腹腔穿刺、輸液など
  - 4) 手術または非観血的処置と選択
13. 外傷の処置の実施
  - 1) 創処置
  - 2) 止血法
  - 3) 術後処置
14. 外科における感染症の予防並びに治療
  - 1) 手術の術後処置
  - 2) 抗生剤の選択
15. 救命救急に関する外科的処置の実際
  - 1) 血管露出法
  - 2) 中心静脈カテーテル
  - 3) カルジオモニター
  - 4) 酸素療法

#### 方略

- ① 上級医および指導医とともに、入院患者の診療にあたり、手術に参加することで、目標の達成に努める。
- ② 当科の週間スケジュールに従い、手術、検査及びカンファレンス等に参加することを原則とする。
- ③ 原則、最低4週の研修期間とする。

## 評価

- ① 研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ② 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
- ③ 外科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④ 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
- ⑤ 各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

# 心 臓 血 管 外 科

## 一般目標

- 1 緊急手術を必要とする心臓血管疾患かどうかの鑑別が可能な臨床能力を身に付ける
- 2 虚血性心疾患、弁膜症、大動脈瘤、先天性心疾患の病態生理、手術療法、術前・術中・術後管理の理解
- 3 チーム医療における医師、コメディカルとの協調性を体得
- 4 患者、家族との良い関わり合いの体得

## 行動目標

1. 緊急手術を必要とする疾患の理解し急性大動脈解離と虚血性心疾患の診断・鑑別の理解
2. 冠動脈造影の必ず覚わる平易な読み方の理解
3. 循環器疾患の輸液管理、カテコラミンの使用の実際
4. 各様補助循環の理解
5. 心臓血管手術に参加し体得してもらう
6. 病歴抄録の作成、症例検討会でのプレゼンテーション
7. 緊急処置を要する状態かどうかの鑑別が可能な臨床能力を身につける
8. 胸部レントゲン写真、コンピューター断層撮影、冠動脈造影などが読めるように努める

## 方略

- ① 上級医および指導医とともに、入院患者の診療にあたり、手術に参加することで、目標の達成に努める。
- ② 当科の週間スケジュールに従い、手術、検査及びカンファレンス等に参加することを原則とする。
- ③ 原則、最低4週の研修期間とする。

## 評価

- ① 研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ② 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
- ③ 心臓血管外科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④ 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。

各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

# 産婦人科

## 1. 一般目標

- (1) 人の性の片方である女性を、受精から胎内の発育、成長の結果としての分娩、産褥の流れから理解し、自然に進行する過程にどのような学問的アプローチと医療的な関わりが可能かを、個々の女性の違いに留意しながら学ぶ。
- (2) 病的な女性のなかでも生殖器に関連する疾患の診断にいたる過程、治療の選択を、経験と科学の観点からとらえ、婦人科診断法と治療法の端緒を身につける。

## 2. 行動目標

- (1) 一般的な医療としての行動目標は、総論に譲り、産科婦人科にかかわる点を述べる。
- (2) 診断法の基礎を身につける。
  - 1) 女性という性に配慮して、訴えたい内容を理解して、病歴を記述することができる。
  - 2) 訴えに基づいて、診断するために必要な検査を行い、現時点の評価を行い、具体的な指示を与えることができる。
- (3) 診断に基づく治療を選択する。

個々の女性に適した治療法を、具体的な女性とともに考えながら、もっとも適した指示を与えることができる。
- (4) 日々の治療経過を記述して目標を立て、試行錯誤する。
- (5) 産科領域
  - 1) 受精から胎児発達を追跡しながら分娩、産褥までの正常経過を記述して、観察する。
  - 2) その経過が正常か、正常から逸脱する可能性があるかを評価して、妊娠経過に介入するか否かを決定する。
  - 3) これら进行评估するためのいくつかの方法論を理解して、経験を重ねながら手技を習得する。
  - 4) 具体的な目標:流産の診断、子宮外妊娠の診断、子宮内胎児発育遅延の診断と経過を追いながら、指導医と検討できる力を付ける。分娩に立ちあい、正常か異常に至るかを判断できる。帝王切開分娩を選択する決定に参加し、手術の助手を務め、手術分娩が適切であったかどうかを評価できる。
- (6) 婦人科領域
  - 1) 女性の訴えに何が多いかを学び、診断・治療する道筋を的確に表現できる。
  - 2) 婦人科診察の方法論の長所・欠点を理解して手技を学ぶ。
  - 3) さまざまな婦人科診断法を理解して、具体例に適用する場に参加する。



- 4) 婦人科手術に助手として加わり、骨盤内解剖を学ぶ。
- 5) 婦人科癌の治療のさまざまな方法を学び、診断と治療の関連を理解する。
- 6) いくつかの化学療法の特徴を区別して理解し、個々の例が適切な治療を行われているかを判断する。
- 7) 婦人科治療の現場にふれ、経過を記録して学ぶ。

### 3. 指導体制

- (1) 研修担当医が、研修医と研修到達目標を決め、期間中の外来診察、回診、手術などの割り振りをおこなう。
- (2) 研修医の経験した内容、症例の記録を参照し、検査法の問題点、手技の到達度を判断しながら、つぎの具体的な目標設定を行う。

#### (1) 産科

- 1) 外来診察
  - ① 指導医の外来診察について問診方法を学ぶ
  - ② 診断内容と手技をまなぶ。
  - ③ つぎの指示を行う場に参加する。
- 2) 妊婦健診
  - ① 指導医の診察について、一連の手技から診断に至る道筋を学ぶ。
  - ② 妊婦の質問に答え、指示し、記録する。
  - ③ 分娩開始から診察に参加し、進行にともなう変化を記録して、分娩に立ち会う。
- 3) 産褥
  - ① 助産師と討論しながら褥婦の経過をみて、記録する。
  - ② 1ヶ月健診に立ち会い、診察して、記録する。

#### (2) 婦人科

- 1) 外来診察

初診、再来患者の診察にかかわり、診断から治療の是非を討論する。
- 2) 回診
  - ① 病棟の患者の状況と看護師の業務を把握する
  - ② 処置内容を記録する。
- 3) 手術
  - ① 第2助手として加わる。
  - ② 摘出した標本を記録し、病理検査にまわし、病理診断にかかわる。
- 4) 化学療法

具体例を通して該当の治療法の経過を見ながら、腫瘍マーカーの推移、画像診断の評価、内診所見の変化、副作用の発現と対処方法にかかわる。

#### (3) 受け持ちの症例報告を行う。

関連した論文を読み、報告に盛り込む。

**(4) 興味のある最近の論文を、手短に発表する。**

方略

- ① 上級医および指導医とともに、入院患者の診療にあたり、手術に参加することで、目標の達成に努める
- ② 当科の週間スケジュールに従い、手術、検査及びカンファレンス等に参加することを原則とする
- ③ 原則、最低4週の研修期間とする。

評価

- ① 研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ② 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
- ③ 産婦人科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④ 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
- ⑤ 各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

# 精神科

## 研修目標

臨床場面で、全ての医師に求められる、総合的、全人的医療提供する態度を身につけ、患者の精神・心理、社会的側面にも対応できるように、患者の精神・心理的状态を理解し、良好な治療関係を形成し、精神療法的対応ができるようにする。

### 【一般目標】

- #1. プライマリー・ケアに求められる、精神症状の診断と治療技術を身につける。
  - ① 精神症状の評価と鑑別診断技術を身につける。
  - ② 精神症状への治療技術(薬物療法・心理的介入方法など)を身につける。
- #2. 身体疾患を有する患者の精神症状の評価と治療技術を身につける。
  - ① 対応困難患者の心理行動理解のための知識と技術を身につける。
  - ② 精神症状の評価と治療技術(薬物療法・心理的介入方法など)を身につける。
  - ③ コンサルテーション・リエゾン精神医学の技術を身につける。
  - ④ 緩和ケアの技術を身につける。
- #3. 医療コミュニケーション技術を身につける。
  - ① 初回面接のための技術を身につける。
  - ② インフォームド・コンセントに必要なコミュニケーションの技術を身につける。
  - ③ 患者家族の心理理解のための技術を身につける。
  - ④ メンタルヘルスケアの技術を身につける。
- #4. チーム医療に必要な技術を身につける。
  - ① チーム医療モデルを理解する。
  - ② 他職種との連携のための技術を身につける。
  - ③ 病診(病院と診療所)連携病病(病院と病院)連携を理解する。
- #5. 精神科リハビリテーションや地域支援体制を経験する。
  - ① 精神科デイケア(ナイトケア・デイナイトケアを含む)を経験する。
  - ② 訪問看護・訪問診療を経験する。
  - ③ 社会復帰施設・居宅生活支援事業を経験し、社会資源の活用技術を身につける。
  - ④ 保健所の精神保健活動を経験する。

### 【行動目標】

- #1. 精神および心理状態の把握の仕方および対人関係の持ち方について学ぶ
  - ① 医療人として必要な態度・姿勢を身につける。

患者医師関係をはじめとして人間関係を良好に保つための態度身につける。
  - ② 基本的な面接法を学ぶ。
    - (1) 患者に対する接し方、態度、質問の仕方を身につけ、患者の解釈モデル、受診動機、受診行動を理解する。
    - (2) 患者の病歴(主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的インタビュー)聴取を行い、記録することができる。

- (3) 患者・家族への適切な指示・指導ができる。
- (4) 心理的問題の処理の仕方を学ぶ。
- ③精神症状の捉え方の基本を身につける。
  - (1) 陳述と表情・態度・行動から情報を得る。
  - (2) 患者の訴えを聞きながら、疾患・症状を想定しそれに関する質問を行い、症状の有無を確認する。合わなければ、別の疾患症状を想定し直して質問し確認する。患者の陳述を可能な限りそのまま記載すると同時に専門用語での記載の仕方を学ぶ。
- ④患者、家族に対し、適切なインフォームド・コンセントを得られるようにする。
  - 診断、治療計画などについてわかりやすく説明し、了解を得て治療を行う。
- ⑤チーム医療について学ぶ医療チームの一員としての役割を理解し、幅広い職種の医療従事者と協調・協力し、的確に情報を交換して問題に対処できる。
  - (1) 指導医に適切なタイミングでコンサルテーションできる。
  - (2) 上級および同僚医師、他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。
  - (3) 患者の転入、転科にあたり情報を交換できる。
  - (4) 関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる。

## #2. 精神疾患とそれへの対処の特性について学ぶ

- ① 精神疾患に関する基本的知識を身につける。主な精神科疾患の診断と治療計画をたてることができる。
  - 気分障害(うつ病、躁うつ病)、認知症、統合失調症、症状精神病(せん妄)、身体表現性障害、ストレス関連障害などの診断、治療計画をたてることができる。
- ② 担当症例について、生物学的・心理学的・社会的側面をよく把握し、治療できる。
  - 脳の形態、機能とくに生理学的・薬理学的な側面すなわち生物学的側面、心理学的側面、家庭・職場などの社会学的側面から患者の状態を統合的に理解し、薬物療法、精神療法、心理・社会的働きかけなど、状態や時期に応じて適切に治療することができる。
- ③ 精神症状に対する初期的な対応と治療(プライマリーケア)の実際を学ぶ。
  - 初診や緊急の場面において患者が示す精神症状に対して初期的な対応の仕方と治療の仕方を学ぶ。
- ④ リエゾン精神医学および緩和ケアの基本を学ぶ。一般科の外来、入院中の患者で精神症状が出現し、診療を依頼されたり、相談をされたりした場合、症例をとおして実際の対応の仕方について学ぶ。また緩和ケアの実際について学ぶ。
- ⑤ 精神科薬物療法の適応を決定し、適切な向精神薬を合理的に選択できるように、臨床精神薬理学的な基礎知識を学び、臨床場面で自ら実践して学ぶ。
- ⑥ 簡易精神療法の技法を学ぶ。
  - 支持的精神療法および認知療法などの精神療法を実践し精神療法の基本を学ぶ。
- ⑦ 精神科救急に関する基本的な評価と対応を理解する。
  - 興奮、昏迷、意識障害、自殺企図などを評価し適切な対応ができる。
- ⑧ 精神保健福祉法およびその他関連法規の知識を持ち、適切な行動制限の指示を理解できる。任意入院、医療保護入院、措置入院および患者の人権尊重と行動制限な

どについて理解する。

- ⑨ デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。訪問看護、外来デイケアなどに参加し、社会参加のための生活支援体制を理解する。

### 【経験目標】

#### A 経験すべき診察法・検査・手技

- ① 基本的な精神科診察法面接を通じて、精神面の診察ができ、記載できる。
- ② 基本的な臨床検査 X線 CT 検査、MR I 検査、核医学検査(SPECT)、神経生理学的検査(脳波など)  
心理検査(WAIS-R、ロールシャッハテストなど)

#### B 経験すべき症状・病態・疾患

- 1 頻度の高い症状・不眠・けいれん発作・不安・抑うつ
- 2 緊急を要する症状一病態・意識障害一精神科領域の救急
- 3 経験が求められる疾患・病態

#### 必修項目

##### 【症候】興奮・せん妄、抑うつ

上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い、必要な内容(※)を含むレポートを提出すること。

##### 【疾病・病態】認知症、うつ病、統合失調症

上記の疾病・病態を有する患者の診療にあたり、必要な内容(※)を含むレポートを提出すること。

- (※)必要な内容：①病歴 ②身体所見 ③検査所見 ④アセスメント  
⑤プラン(診断、治療、教育) ⑥考察

#### C 特定の医療現場の経験

##### ① 精神保健・医療

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、

- 1) 精神症状の捉え方の基本を身につける。
- 2) 精神疾患に対する初期的対応と治療の実際を学ぶ。
- 3) デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。必修項目精神保健センター、精神病院等の精神保健・医療の現場を経験すること。

##### ② 緩和・終末期医療

緩和・終末期医療を必要とする患者と家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 心理社会的側面への配慮ができる。
- 2) 緩和ケア(WHO方式がん疼痛治療法を含む)に参加できる。
- 3) 告知をめぐる諸問題への配慮ができる。
- 4) 死生観・宗教観などへの配慮ができる。

#### 方略

- ① 上級医および指導医とともに、入院患者の診療にあたり、目標の達成に努める。
- ② 当科の週間スケジュールに従い、外来初診、医長回診及びカンファレンス等に参加する

ことを原則とする。

- ③ 原則、最低4週の研修期間とする。
- ④ 具体的な研修方略は基本的な精神科研修プログラムに準ずる。

#### 評価

- ① 研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ② 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
- ③ 精神科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④ 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
- ⑤ 各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

# 整形外科

整形外科の対象の患者は新生児から老人まで、救急から慢性疾患までと幅広く、その診療対象部位も体幹、四肢と広範囲にわたっています。ローテート研修でその手技を取得しておくこと、ER での当直などで役立ちます。将来外科系・内科系希望にかかわらず研修しておくことをおすすめします。当医療センターでは、以下の整形外科臨床研修カリキュラムを参考にしています。

## 1. 救急医療

一般目標：運動器救急疾患・外傷に対応できる基本的診察能力を修得する。

行動目標：

- ① 多発外傷における重要臓器損傷とその症状を述べることができる
- ② 骨折に伴う全身的・局所的症状を述べるができる。
- ③ 神経・血管・筋腱損傷の症状を述べるができる
- ④ 脊髄損傷の症状を述べるができる。
- ⑤ 多発外傷の重要度を判断できる。
- ⑥ 多発外傷において優先検査順位を判断できる
- ⑦ 開放骨折を判断でき、その重要度を判断できる
- ⑧ 神経・血管・筋腱の損傷を判断できる
- ⑨ 神経学的観察によって麻酔の高位を判断できる
- ⑩ 骨・関節感染症の急性期の症状を述べるができる

## 2. 慢性疾患

一般目標：適正な診断を行うために必要な運動器慢性疾患の重要性と特殊性について理解・修得する。

行動目標：

- ① 変形疾患を列挙してその自然経過、病態を理解する。
- ② 関節リウマチ、変形性関節症、脊椎変性疾患、骨粗鬆症、腫瘍のX線、MRI、造影像の解釈ができる。
- ③ 上記疾患の検査、鑑別診断、初期治療方針を立てることができる。
- ④ 腰痛、関節痛、歩行障害、四肢のしびれの症状、病態を理解できる。
- ⑤ 理学療法の処方が理解できる。
- ⑥ 病歴聴衆に際して患者の社会的背景やQOLについて配慮できる。

## 3. 基本手技

一般目標：運動疾患の正確な診断と安全な治療を行うために、その基本的手技を修得する。

行動目標：

- ① 主な身体計測（ROM、MMT、四肢長、四肢周囲径）ができる
- ② 疾患に適切なX線写真の撮影部位と方向を指示できる（身体部位の正式な名称がわかる）
- ③ 骨・関節の身体所見がとれ評価できる
- ④ 神経学的所見がとれ評価できる

#### 4. 医療記録

一般目標：運動器疾患に対して理解を深め、必要事項を医療記録に正確に記載できる能力を修得する

行動目標：

- ① 運動器疾患について性格に病歴が記載できる
  - ・主訴、現病歴、家族歴、職業歴、スポーツ歴、外傷歴、アレルギー、内服歴、治療歴
- ② 運動器疾患の身体所見が記載できる
  - ・脚長、筋萎縮、変形（脊椎、関節、先天異常）、ROM、MMT、反射、感覚、歩容、ADL
- ③ 検査結果の記載ができる
  - ・画像（X線像、MRI、CT、シンチグラム、ミエログラム）、血液生化学、尿、関節液、病理組織
- ④ 症状、経過の記載ができる
- ⑤ 診断書の種類と内容が理解できる。

方略

- ① 上級医および指導医とともに、入院患者の診療にあたり、手術に参加することで、目標の達成に努める。
- ② 当科の週間スケジュールに従い、手術、検査及びカンファレンス等に参加することを原則とする。
- ③ 原則、最低4週の研修期間とする。

評価

- ① 研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ② 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
- ③ 整形外科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④ 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。



## 泌 尿 器 科

一般目標：実際の患者に接して診察に必要な基本的知識と診察法を修得すること

### 行動目標

1. 泌尿器科における基本的診療法の実施
2. 外来診察の実施(腎・膀胱・男性性器・前立腺・触診ならびに視診)
3. 泌尿器科における基本的臨床検査法の実施もしくは見学・介助
  - 1) 検尿(尿一般検査、尿沈査結果の正しい理解)
  - 2) 腎・膀胱・前立腺の超音波検査の実施
  - 3) 膀胱鏡検査(主として見学)
  - 4) 尿流測定、残尿測定、排尿記録の理解
4. その他
  - 1) 尿道拡張術(経尿道的カテーテル留置)の実施
  - 2) 導尿の実施
  - 3) 急性尿閉の処置
  - 4) 尿路感染症の診断・検査結果の解釈から適切な治療法を考案する
5. 泌尿器科手術、麻酔の実施もしくは介助
  - 1) 局所麻酔
  - 2) 腰椎麻酔
  - 3) 内視鏡および腹腔鏡手術の見学・助手
  - 4) 開腹手術時の助手
  - 5) ロボット支援手術の見学

### 方略

- ① 上級医および指導医とともに、入院患者の診療にあたり、手術に参加することで、目標の達成に努める。
- ② 当科の週間スケジュールに従い、手術、検査及びカンファレンス等に積極的に参加する。
- ③ 原則、4週間の研修期間とする。

### 評価

- ① 研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ② 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
- ③ 泌尿器科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④ 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
- ⑤ 各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

# 小 児 科

## 一般目標

新生児、乳児、幼児、学童及び思春期の小児の健康上の問題を全人的に、且つ家族・地域社会の一員として把握し、診断治療する。扱う疾患は一般の急性・慢性疾患・新生児固有の疾患、血液・腫瘍性疾患、アレルギー疾患などである。また、小児の健康保持とその増進及び疾病・障害の早期発見とそれらの予防を目的とする。

## 行動目標

1. 小児科における基本的診療法
  - 1) 患者および家族に対する問診(予診の取り方)
  - 2) 小児の一般的診察法および新生児診察法
  - 3) 成長、発達の評価
2. 小児科における臨床検査の実施とその解釈
  - 1) 血液生化学検査
  - 2) 尿一般検査
  - 3) 髄液一般検査
  - 4) 微生物検査
  - 5) 骨髄検査(骨髄像、免疫学的マーカー、染色体・遺伝子検査)
  - 6) 画像検査(X-P、CT、MRI、エコー)
  - 7) 心電図
  - 8) 脳波
3. 検査材料採取法および検査実施手技
  - 1) 採血法(静脈血、毛細血管)
  - 2) 採尿法(パック、導尿)
  - 3) 腰椎穿刺
  - 4) 骨髄穿刺
  - 5) 鎮静法
4. 小児薬用量と与薬上の注意
  - 1) 処方
  - 2) 輸液
5. 注射法
  - 1) 静注、点滴法
  - 2) 皮内、皮下、筋肉内注射法など
6. 小児の救急処置
  - 1) 救命処置(心マッサージ、人工呼吸、新生児蘇生法、胃洗浄、気管内挿管)
  - 2) 救急疾患の処置(腸重積、ヘルニア嵌頓、痙攣、頭蓋内出血、昏睡、新生児呼吸管理)

3) 急患の処置（発熱、痙攣、嘔吐、下痢、腹痛）

7. その他、光線療法(新生児)、予防接種、育児指導など

方略

- ① 上級医および指導医とともに、外来及び入院患者の診療にあたり、目標の達成に努める。
- ② 当科の週間スケジュールに従い、検査及びカンファレンス等に参加することを原則とする。
- ③ 原則、最低4週の研修期間とする。

評価

- ① 研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ② 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
- ③ 小児科の研修評価表も研修終了後に記載し、①の面接とともに研修医評価とする。
- ④ 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
- ⑤ 各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

# 脳 神 経 外 科

一般目標：実際の患者に接して診察に必要な基本的知識と診察法を修得すること

## 行動目標

1. 脳神経外科領域における特殊診断法の実施
  - 1) 各種特殊 X 線検査の特性と適応に就いての判断
  - 2) 脳血管撮影の適応と判読
  - 3) 脳 CT、MRI、MRA 撮影の適応と判読
2. 脳神経外科における診断の進め方
  - 1) 脳腫瘍の診断の進め方
  - 2) 脳血管障害の診断の進め方
  - 3) 頭部外傷の診断
  - 4) 脊椎、脊髄疾患の診断
  - 5) 神経放射線、内分泌学
3. 脳外科手術前後の管理
  - 1) 開頭術
  - 2) 穿頭術の実技
  - 3) 脊椎外科手術
  - 4) 脳血管内手術
  - 5) 神経内視鏡手術
4. その他の診断と治療
  - 1) 頭部外傷、脊椎外傷の処置
  - 2) 頭蓋内出血に対する診断と治療
  - 3) 救急患者の脳神経外科疾患の診断と治療

## 方略

- ① 上級医および指導医とともに、入院患者の診療にあたり、手術に参加することで、目標の達成に努める。
- ② 当科の週間スケジュールに従い、手術、検査及びカンファレンス等に参加することを原則とする。
- ③ 原則、最低 4 週の研修期間とする。

## 評価

- ① 研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ② 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。

- ③ 脳外科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④ 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
- ⑤ 各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

# 眼 科

一般目標：実際の患者に接して診察に必要な基本的知識と診察法を修得すること

## 行動目標

1. 眼科における基本的診察法の実施
  - 1) 前眼部観察法
  - 2) 細隙燈顕微鏡検査法
  - 3) 眼底検査法
2. 眼科における基本的臨床検査法の選択とその解釈
  - 1) 視力検査
  - 2) 眼圧
  - 3) 視野
  - 4) 眼底写真検査
  - 5) 蛍光眼底造影の適応と解釈
  - 6) 光干渉断層計（OCT）の適応と解釈
  - 7) 超音波断層検査
3. 眼科的救急患者の診断及び処置の実施
  - 1) 角膜異物
  - 2) 眼球打撲
  - 3) 電気性眼炎
  - 4) 急性緑内障発作
  - 5) 網膜動脈閉塞症

## 方略

- ① 上級医および指導医とともに、入院患者の診療にあたり、手術に参加することで、目標の達成に努める。
- ② 当科の週間スケジュールに従い、手術、検査及びカンファレンス等に参加することを原則とする。
- ③ 原則、最低2週の研究期間とする。

## 評価

- ① 研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ② 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
- ③ 眼科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④ 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。

各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

## 耳鼻いんこう科・頭頸部外科

一般目標：実際の患者に接して診察に必要な基本的知識と診察法を修得すること

### 行動目標：

1. 耳鼻いんこう科、頭頸部、気管食道科に関連した解剖、生理及び主要疾患の解説と修得
2. 救急疾患（鼻出血、咽頭蓋炎、中耳炎、扁桃周囲腫瘍、耳鼻咽頭・気管・食道の異物、頭頸部外傷、呼吸困難）などに対する救急処置の理解と実施
3. 耳鼻咽喉科、頭頸部・気管食道科における基本的診察の理解と実施
4. 病歴の取り方の実施
5. 基本的診断手技（耳鏡検査、鼻鏡検査、咽頭鏡検査、咽頭ファイバースコープなど）の解説と実施  
（最初の2週間は額帯ヘッドライトを使用できるように、4週間かけて額帯反射鏡を使用できるように）を目指す
6. 手術手技の見学と介助及び基本的な手術（気管切開術・リンパ節生検）の実施
7. 耳鼻咽喉科、頭頸部、気管食道科における画像撮影及び読影の理解と読影実施、頭頸部における超音波の理解と実施
8. 聴覚機能検査、平衡機能検査及び言語機能検査、嚥下機能検査の手技と結果の判定についての理解と実施
9. 言語聴覚士の業務を知り、補聴器装用、言語聴覚のリハビリの理論と実際と処方理解

### 方略：

1. 研修医は、研修開始時に希望と目標と当直明け日程を上級医および指導医に伝える。日常診療は上級医および指導医とともに、外来と入院患者の診療にあたり、手術に参加することで、目標の達成に努める。
2. 当科の週間スケジュールに従い、手術、検査及びカンファレンス等に参加することを原則とする。
3. 研修期間は4週間のローテート（当直明けは最低半日休暇取得）を原則とするが2週間も認める。

### 評価：

1. 研修医は、研修開始時と終了時に上級医および指導医と面接を行う。
2. 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修修了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
3. 耳鼻咽喉科の評価表も記載し、研修医評価とする。
4. 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
5. 各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。



# 皮膚科

## 一般目標

日常よく遭遇する疾患たとえば湿疹・皮膚炎群、細菌・ウイルス・真菌感染症の類および必ずしも頻度は高いとは限らないが、生命を脅かすおそれのある疾患、たとえば自己免疫性疾患、重症熱傷、壊死性筋膜炎、悪性腫瘍等の診療に従事する。

## 行動目標

1. 一般的皮膚科診察法
  - 1) 病歴の取り方
  - 2) 皮膚症状の観察
2. 皮膚科領域で頻度の高い湿疹、皮膚炎ならびに真菌症などの診断
3. 生命に危険のある疾患、皮膚癌、膠原病の診断
4. 臨床検査法の習得
  - 1) 真菌の顕微鏡検査法
  - 2) パッチテスト及び皮内テスト
  - 3) 組織学的検査法
  - 4) 免疫学的検査法(蛍光抗体法を含む)
  - 5) 主要臓器の機能検査成績の判定
5. 治療
  - 1) 局所療法
    - i. 外用療法
    - ii. 局所処置、注射療法
    - iii. 小手術
  - 2) 全身療法
6. 救急処置、とくに熱傷及び薬疹
7. 入院患者の担当

## 方略

- ① 上級医および指導医とともに、入院患者の診療にあたり、手術に参加することで、目標の達成に努める
- ② 当科の週間スケジュールに従い、手術、検査及びカンファレンス等に参加することを原則とする
- ③ 原則、最低4週の研修期間とする。(2週間でも可)

## 評価

- ① 研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ② 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級

医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。

- ③ 皮膚科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④ 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
- ⑤ 各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

## 麻 酔 科

### A. 一般目標

- (1) 麻酔は、術前・術中・術後を通して、患者の安全を守り、周術期患者管理の質を向上させる。
- (2) 医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師等すべての医療スタッフの役割を認識し、チームの一員として協力して診療にあたる姿勢を養う。
- (3) 麻酔対象患者の問題点や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。
- (4) 麻酔上級医の指導の下に一般的な周術期管理、および術後集中治療管理ができる。
- (5) 呼吸、循環、麻酔深度の基本的なモニタリングについて理解する。
- (6) 麻酔薬や循環作動薬等の薬理を理解し、適切な投与法を学ぶ。
- (7) 蘇生の基本的手技ができる。
- (8) 問題解決のために必要な情報収集・情報処理能力の習得ができる。

### B. 行動目標

#### 【術前診察】

- (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) 心電図の解釈
- (5) 肺機能検査の解釈
- (6) 麻酔担当患者の問題点を列挙して、対処法をプランニングする。患者術前状態を把握して適切な麻酔プランをたてる。

#### 【術中管理】

- (1) 周術期のバイタルサイン変動の診断と治療
- (2) 手術、麻酔の生体に及ぼす影響についての理解
- (3) 各種モニターの基本構造の理解と使用
- (4) 各種麻酔薬の作用、薬理的特徴についての理解
- (5) 輸血の適応、副作用についての理解
- (6) 循環作動薬の作用・副作用についての理解
- (7) 感染の防御
- (8) 末梢静脈路確保
- (9) マスクによる人工呼吸
- (10) 気管挿管
- (11) 用手人工呼吸
- (12) 機械的人工呼吸

- (13) 経鼻胃管の挿入
- (14) 動脈圧ライン留置
- (15) 中心静脈カテーテル留置
- (16) スワングアンツカテーテル測定値に基づく循環管理
- (17) 経胸壁および経食道心エコー図法の画像診断
- (18) 脊椎麻酔・硬膜外麻酔管理と疼痛管理
- (19) 消毒法

#### 【術後】

- (1) 術後の疼痛管理
- (2) 術後集中治療管理
- (3) 周術期に生じた問題点に対し、文献検索を含む情報収集
- (4) 麻酔記録のコンピューター入力

#### C. 研修指導体制

- (1) 麻酔上級医が研修医に対して麻酔研修期間を通して責任を負う。
- (2) 個々の当てられた麻酔症例については、麻酔上級医が指導にあたる。
- (3) 担当する麻酔症例についてはできるだけ偏りのないように配慮する。
- (4) 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する。
  - a. 研修医の目標達成度を適宜チェックする。
  - b. 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. 研修方略

##### 1. 一般的注意

- (1) スケジュール
  - a. 朝 8:30 に手術室内麻酔科医室に集合
  - b. 月～金 8:30 に手術室内麻酔科医室に集合後 8:45 まで症例提示、術後回診報告。患者入室までに麻酔準備。
- (2) 担当麻酔症例は、終了まで責任をもって麻酔管理を行う。特に主麻酔のときは術前から術後回診まで責任をもって管理する必要がある。副麻酔のときも術前回診準備などを怠らないこと。なるべく多くの症例を直接経験し、研修の成果をあげる。
- (3) ローテーションの最初の 4 日間は原則として主麻酔を担当しないが、麻酔の準備、モニターの設定、バッグによる換気方法、麻酔記録、入室退室の手伝いなど基本的なことは積極的に行うこと。
- (4) 担当症例決定後、できうる限り症例の概要を把握し・術前検査追加等の必要がある場合には、主治医および麻酔上級医と協議の上、早急にその手続きを進める。
- (5) 全身麻酔の導入覚醒、気管挿管、脊椎麻酔の穿刺、気管チューブの抜管は、

必ず麻酔上級医と共に行うこと。

- (6) 勤務時間帯に手術室をでる場合は、必ず麻酔上級医に断わること。手術室外にでる場合は連絡可能な状態とすること。
- (7) 担当麻酔が延長した場合には終了まで責任をもって麻酔管理を行う。
- (8) 麻酔薬、特に麻薬の取扱に充分注意すること。
- (9) 予定麻酔法のチェック、術中・術後の合併症のチェックを忘れないこと。
- (10) 患者の秘密保持、診療上口に出してはいけないことの分別をしっかりとつこと。
- (11) わからないこと、不明なことに関しては、迷うことなく麻酔上級医に問い合わせること。あやふやな知識で、対処し事態を混乱させない。
- (12) 自らへの感染を防ぐためには、自ら注意する。手袋をする、めがねをかけ血液が目にはいるのを防ぐなどの防御をしっかりとる習慣を身につける。静脈留置針は直接針捨て容器に捨てること。また汚染された手袋で周囲をむやみに触り汚染を拡大せず、アルコール消毒、手洗いをを行う。
- (13) 文献検索・情報収集などが行えるようにすること。

#### 【術前回診】

- (1) 1週目：研修医は、麻酔上級医と一緒に術前回診をする。患者への説明は麻酔上級医が行い、できる限り研修医も立ち会う。
- (2) 1週目以後：麻酔上級医が問題ないと判断した症例は研修医が説明することもある。
- (3) 術前回診終了後に麻薬の処方箋を病棟に渡す。カルテに術前回診を行い、全身麻酔、硬膜外麻酔、脊椎麻酔、神経ブロックなどに関して説明したことや、絶飲絶食、内服薬の指示等を記載する。
- (4) 手術室への指示を記載する。

#### 【麻酔計画】

- (1) 1週目：麻酔上級医が計画し、研修医を指導する。
- (2) 1週目以降：研修医が計画し、麻酔上級医と検討する。
- (3) 麻酔上級医に相談する際も、あらかじめ自分で計画を練って、参考資料調査、文献検索等を行った後に相談すること。

#### 【症例提示】

術前回診終了後に担当症例に関して麻酔上級医に症例呈示する。

#### 【麻酔始業点検】

初回は麻酔上級医が行い、指導する。それ以降は研修医が行う。麻酔上級医が患者入室前に始業点検終了のチェックをする。

#### 【麻酔準備】

- (1) 手術室に入る前に消毒薬を用いた手洗いをする。
- (2) 患者入室前に麻酔器点検・モニターの準備等をすませる。通常の全身麻酔で15分

以上を要するので患者入室 30 分以上前には準備をはじめること。

- (3) 術前回診用紙を持っていく。
- (4) 薬品を注射器に準備する場合、必ず直後に薬品ラベルまたはマジックで、注射器の目盛りの所か、その直下に薬品名と濃度を記載する。多数の薬品を使用するため、どんな薬品でも、無記名で放置しないこと。
- (5) 麻酔関連薬はすべて猛毒であるという認識を持ち、注意すること。
- (6) 薬を注射器に準備するときは、アンプル、バイアルなどの表示を必ず確かめる。同じような形状のアンプルも多いので、細心の注意を払うこと。
- (7) 麻酔器、麻酔回路の準備
- (8) 気管挿管の準備
- (9) 輸液の準備
- (10) モニターの準備
- (11) 患者さんが手術室に入室後、姓名を呼び患者の確認を行う。患者に不安を与えないようにやさしく話しかけること。

#### 【麻酔管理】

- (1) 麻酔上級医は 2 列のかけもちをすることがあるが、研修医はかけもちをすることはない。
- (2) 最低 5 分間隔で血圧を測定する。経皮的酸素飽和度・呼気終末二酸化炭素濃度・体温・中心静脈圧などを必要に応じて項目を作成する。
- (3) 昇圧薬・血管拡張薬など種類や量を間違えると、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は良く使用される。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行わない。輸血施行の判断についても麻酔上級医の指示を仰ぎ許可を得ること。
- (4) 問題があれば遠慮せずに麻酔上級医を呼ぶこと。
- (5) 麻酔導入や手術終了時には麻酔上級医を呼ぶこと。
- (6) 麻酔中は部屋から出てはいけない。体調不良などのときは早めに申し出ること。
- (7) 麻酔記録は診療録の一部であるため、事実を記載すること。
- (8) 患者退室時には必ず付き添い、患者が手術室からでるまで患者のそばを離れないこと
- (9) 麻酔記録台帳・JSA 台帳に必要事項を記載する
- (10) 手術室を出るときは必ず麻酔上級医に許可を得ること。

#### 【術後回診】

患者の回復過程をみることで自分の担当した麻酔管理の質が評価できる。術当日と翌日以降の最低 2 回は術後回診を行い、経過観察の必要な患者は以後も回診を継続し術後回診の欄に記入する。その際何か問題があれば、麻酔上級医に報告する。

## 評価

- ① 研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ② 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医より評価を受ける。
- ③ 麻酔科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④ 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。

各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

# 放射線科

## 一般目標

臨床放射線医学の基礎的事項、画像診断、放射線治療、核医学の全般について研修を行なう。

## 行動目標

### 1) 基礎的事項

放射線物理学(RIを含む)、装置の構造ならびに取扱い。各種標準撮影法(原理と技術、造影剤、補助用具、所要の解剖、病理)、放射線測定法、放射線障害とその防護(管理)、放射線生物学、放射線病理学。

### 2) 画像診断学

心、肺、大血管、縦隔を含む胸部疾患、乳腺疾患、食道、胃、腸、肝、胆嚢、膵などを含む消化器、泌尿生殖器、その他腹部の疾患、骨関節の疾患、脳脊髄疾患の画像検査法(X線CT・MRI・マーマグラフィと超音波検査を含む)と診断。

### 3) 放射線治療

リニアック等の高エネルギーX線並びに電子線による放射線治療、密封小線源治療等に関する治療計画の実際(治療に必要な診断を含む)装置、器具の操作、剖検を含む治療経過の観察、追求を研修する。

### 4) 核医学

RI装置および測定法の理解、RIによる診断および治療の実際、RIの管理と安全取扱い、放射性医薬品の理解。

### 5) CPC・CRCを含む関係各診療科との検討会への参加。

## 方略

- ① 上級医および指導医とともに、放射線科診療業務に参加することで、目標の達成に努める
- ② 当科の週間スケジュールに従い、検査及びカンファレンス等に参加することを原則とする
- ③ 原則、最低4週の研修期間とする。

## 評価

- ① 研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ② 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
- ③ 放射線科の評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④ 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
- ⑤ 各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。



# 臨床検査科

## 一般目標

臨床検査における各部門の原理と業務内容を把握し、検査結果を検査部門システムから電子カルテに報告する業務フローを理解する。臨床検査を実施または検査結果を判読し、必要に応じて臨床各科にフィードバックすることができる。

## 行動目標

1. 中央採血室 標準採血法に準じて静脈採血ができる。
2. 検体検査部門 一般、生化学・免疫、血液、輸血検査を理解する。試験管法の血液型検査を理解する。
3. 細菌検査部門 細菌検査の検体採取、グラム染色、塗抹染色、分離培養、同定、薬剤感受性検査等を理解する。
4. 病理検査部門 病理細胞診・組織診断用標本の作成を理解する。
5. 生理検査部門 心電図、スパイロメトリー、超音波検査、脳波検査等を理解する。

## 方略

- ① 指導医、技師長、副技師長、主任技師とともに臨床検査各部門の業務概要の説明をうける。
- ② 当科の週間スケジュールに従い各種会議および当科が関わる院内の各種会議等に参加する。
- ③ 研修期間は2週から4週とする。

## 評価

- ① 研修医は、研修終了時に指導医と面接を行う。
- ② 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に指導医より評価を受ける。
- ③ 臨床検査科研修評価表も①と同時に記載し、研修医評価とする。
- ④ 研修医による臨床検査科の研修に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
- ⑤ 各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

# 病理診断科

## 1. 実習目標

### 一般目標

人間性に富み、幅広く柔軟な見識、医療に対する使命感と責任感をもち、病理診断学に関する幅広い知識を習得し、それらの知識、病理学的手法を臨床医学に応用できる医師を育成する。実臨床における病理診断科の役割ならびに重要性を理解し、組織診断、細胞診断、病理解剖、各種カンファランスを通して臨床各科との連携を構築する。

### 行動目標：

- (1) 病理診断に必要な基礎知識を修得する。
- (2) 病理検査のために提出された標本から組織学的検査に必要な切り出しを適切に行う。
- (3) メディカルスタッフと協力し、質の高い病理標本の作製を目指す。
- (4) 病理診断に必要な特殊染色・免疫染色について理解し、適切に選択する。
- (5) 臨床情報を十分に把握し、より正確で緻密な病理診断を目指す。
- (6) 指導医のもとに適切な病理診断報告書を作成する。
- (7) 術中迅速診断の目的・方法を理解し、指導医とともに診断および報告を行う。
- (8) 細胞診について細胞検査士と検討し、指導医とともに診断報告書を作成する。
- (9) 医療安全管理の基本を理解する。
- (10) 各種カンファランスの意義を理解し、適切な討論を行う。

## 2. 実習方略（実習方法）

原則、4週間の研修期間とする。

- (1) オリエンテーション： 日程、内容、場所の説明
- (2) 週間予定

	8:30 - 10:00	10:00 - 12:00	13:00 - 17:15
月	オリエンテーション（第一週） 病理組織・迅速診断	手術検体切り出し	病理組織・迅速診断
火	病理組織・迅速診断	手術検体切り出し	病理組織・迅速診断 乳腺術前検討会（16:00～）
水	病理組織・迅速診断	手術検体切り出し	病理組織・迅速診断
木	病理組織・迅速診断	手術検体切り出し	病理組織・迅速診断
金	病理組織・迅速診断	手術検体切り出し	病理組織・迅速診断 総括（最終週）

備考： 病理解剖は随時入る

- (3) 評価

病理指導医あるいはメディカルスタッフから随時、形成的評価を受ける。

病理診断レポートは症例ごとに指導医のチェックを受ける。

### 3. 実習評価 (チェックリスト)

#### 病理診断科の研修において経験できる単元

- 基本的手技・理解
- 標本観察・確認
- 組織標本の作製過程を理解する
- 細胞標本の作製過程を理解する
- 迅速標本の作製過程を理解する
- 病理診断報告書と画像を関連づけて理解する
- 病理解剖の観察、介助
- 解剖報告書を臨床経過と関連づけて理解する
- 感染防御の知識の習得

#### (1) 全般

- 電子カルテシステムと病理部門システム (EXpath) の連携を理解する
- 病理検体の提出、固定、切り出し、標本作製までの流れ (TAT) を理解する
- 病理診断における HE 染色、特殊染色および免疫染色の役割を理解する

#### (2) 組織検査

- 適切な検体の提出方法を理解する (固定、付随する臨床情報)
- 手術標本の切り出し (サンプリング) がいかに行われるか理解する
- 組織診断報告に使われるガイドラインとして取扱い規約 (WHO 分類、TNM 分類など) の重要性を理解する
- 病理結果を臨床情報と照合して理解し、より良い治療方針決定に役立てることができ

る

#### (3) 細胞診検査

- 細胞診検査における適切な標本の提出方法を理解する
- 組織診とは異なる細胞診の特徴を理解する (低侵襲性、標本作製の原理の違いなど)
- 二大染色法 (Papanicolaou 染色、Giemsa 染色) の違いを理解する

#### (4) 迅速診断

- 適切な迅速診断標本の提出方法を理解する (湿らせた濾紙の上に検体を乗せるなど)
- 迅速診断の適応と限界を理解する

#### (5) 特殊染色

- 弾性線維を染色する EVG, VB 染色の意義を理解する
- 病原体 (例: 真菌、抗酸菌、アメーバなど) の同定における特殊染色の意義を理解する

#### (6) 免疫染色

- 免疫組織化学の原理を理解する
- 免疫染色の活用法 (例: 原発不明癌の原発巣の解明) を理解する
- 分子標的治療や内分泌療法の選択における免疫染色の役割を理解する

#### (7) 遺伝子検査

病理診断における遺伝子解析技術の役割を理解する (EB ウィルスの同定、HER2-FISH 検査法など)

バイオバンクについて理解する

**(8) 病理解剖とCPC**

病理解剖報告書の内容を理解する

病理解剖依頼時に、臨床上の問題点を的確に病理医に伝える必要性を理解する

CPC の意義を理解する

オートプシーイメージング (AI) について理解する

**(9) 感染防御**

病理解剖、切り出しにおける感染防御の方法を理解し習得する

感染の危険のある検体の場合は、依頼書にその旨を記載する必要性を理解する

**(10) 病理解剖における法的知識**

病理解剖、行政解剖、司法解剖の違いを理解する

死体解剖保存法 (昭和二十四年六月十日法律第二百四号) の要点を理解する

# 地域医療

## 一般目標

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。

## 行動目標

- 1) 一般外来診療での研修と在宅医療研修を行う。(在宅医療研修は必須ではあるが、研修期間に制約は設けない)
- 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。
- 3) 医療・介護・保健・福祉に係る種々の施設や組織との連携を含む、地域包括ケアの実際について学ぶ。

## 研修実施施設

独立行政法人国立病院機構沼田病院、中村医院、亀井内科呼吸器科、医療法人社団健育会西伊豆健育会病院、シティ・タワー診療所、西大須伊藤内科血液内科、名駅ファミリアクリニック、八事ホームケアクリニック、豊田地域医療センター、愛知県厚生農業協同組合連合会足助病院、大府あおぞら有床クリニック、知多厚生病院附属篠島診療所、日間賀島診療所、リウゲ内科小田井クリニック、糖尿病・甲状腺とみなが内科

※①希望者は上記施設での地域医療研修(4週)の他に、三つ葉在宅クリニック、さいとう整形外科リウマチ科、沖縄県立八重山病院附属大原診療所、沖縄県立八重山病院附属西表西部診療所、沖縄県立八重山病院附属小浜診療所、沖縄県立八重山病院附属波照間診療所、にて追加研修が出来る。

※②保健・医療行政での研修を希望する場合、研修施設として保健所、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、産業保健等が考えられる。(ただし地域医療研修中での研修は1~2日までとすること、対応できる研修に限られる場合があるので、事前に相談すること)

## 研修期間

4週

## 方略

- ① 上級医および指導医とともに、各診療協力施設の診療にあたり、目標の達成に努める。
- ② 各施設の週間スケジュールに従い、カンファレンス等に参加することを原則とする。
- ③ 原則、最低4週間の研修期間とする。
- ④ 原則、研修先施設は1施設とする。

## 評価

- ① 研修医は、研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
- ② 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医および指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
- ③ 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式を持って行う。
- ④ 各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

## 一般外来

### 一般目標

プライマリ・ケア対応能力を修得するために、患者の呈する症状と身体所見、検査に基づいた鑑別診断を実践できるようになり、初期治療の基本を理解し、良好な医師患者関係が築けるようになる。

### 行動目標

1. 患者の心理的、社会的側面を配慮できる(患者-医師関係)。
2. 上級医、他科医師、看護師等へ適切なタイミングでコンサルトできる(チーム医療)。
3. 入院が必要な場合、担当医師、コメディカル、担当部署へ連絡できる(チーム医療)。
4. 臨床上の疑問点の解決のためにEBMの実践ができる(問題解決能力)。
5. 症例提示ができる(症例提示)。
6. 保健医療を理解し適切に行動できる(医療の社会性)。
7. 適切な医療面接技術を用い病歴聴取、患者・家族へ説明できる(医療面接)。
8. 全身にわたる身体診察を系統的に実践できる(基本的な診察法)。
9. 基本的治療法の選択ができるようになる(基本的治療)。
10. 適切な医療記録ができる(医療記録)。
11. 経験すべき症状・病態・疾患をできるだけ多く経験する(経験目標)。
12. 外来研修を振り返り、次の研修へ生かすように準備する(振り返り学習)。

### 研修期間

4 週

(地域医療、内科、総合内科、小児科における並行研修として実施する。)

### 方略

1. 上級医及び指導医とともに外来患者の診療にあたり、目標の達成に努める。
2. 各科・各施設のスケジュールに従い、カンファレンス等に参加することを原則とする。

### 評価

1. 研修医は、各科・各施設での研修終了時に上級医および指導医と面接を行う。
2. 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価表を用いて、研修終了時に、上級医及び指導医、また、担当指導者より評価を受ける。
3. 研修医より、当診療科に対する評価は、卒後教育研修センターの定める様式をもって行う。
4. 各種評価表は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

## 5 職員研修・研修医向け勉強会日程表

### 2023 年度開催職員研修・勉強会の実例 5月・6月・7月

5月8日 (月)	ER カンファ	救急集中治療科	近藤貴士郎先生
5月9日 (火)	心筋梗塞の心電図	循環器内科	森和孝先生
5月11日 (木)	ER の振り返り		研修医2年次
5月19日 (金)	CPA	救急集中治療科	近藤貴士郎先生
5月24日 (水)	腹部 CT	外科	山家豊先生
5月25日 (木)	ER の振り返り		研修医2年次
5月26日 (金)	救急カンファレンス	藤田医科大学 救急総合内科 教授	岩田充永先生
6月8日 (木)	ER の振り返り		研修医2年次
6月12日 (月)	ER カンファ	救急集中治療科	近藤貴士郎先生
6月15日 (木)	救急集中治療について	救急集中治療科	森田恭成先生
6月21日 (水)	急変対応と敗血症	救急集中治療科	森田恭成先生
6月22日 (木)	ER の振り返り		研修医2年次
6月23日 (金)	JATEC	救急集中治療科	近藤貴士郎先生
6月30日 (金)	救急カンファレンス	藤田医科大学 救急総合内科 教授	岩田充永先生
7月6日 (木)	熱中症	救急集中治療科	尾畑友章先生
7月10日 (月)	ER カンファ	救急集中治療科	近藤貴士郎先生
7月13日 (木)	ER の振り返り		研修医2年次
7月20日 (木)	上手な コンサルテーションの仕方	腫瘍内科	佐藤真利子先生
7月21日 (金)	救急カンファレンス	藤田医科大学 救急総合内科 教授	岩田充永先生
7月25日 (火)	急性腹症症例を通して 医師の6つの能力を学ぼう	ハワイ大学	町淳二先生
7月27日 (木)	ER の振り返り		研修医2年次



## 6 評価表・CVCについて

### ■評価表について

医師としての「人格のかん養」、「社会的役割」の認識、「基本的な診療能力」の修得が臨床研修の基本理念に掲げられており、評価表はその達成度を他者に評価してもらい、現状の把握及び、振り返りを行うためのものである。

・評価表は3種類（別添資料7参照）ある。

種類	方法	評価内容
1) 研修医到達目標評価表	EPOC2（医師） EPOC2（看護師等）	研修達成度について、指導医・上級医・看護師等が研修医を評価する。
研修医評価Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ	EPOC2	研修達成度について、自己評価する。
2) 各科研修評価表 （共通項目・各診療科）	EPOC2（医師）	共通項目評価：基本的臨床手技について 診療科評価：各診療科独自の研修達成度について、それぞれ、上級医や指導医が研修医を評価する。
基本的臨床手技	EPOC2	到達度について、自己評価する。
3) 研修医による評価	EPOC2	指導医・上級医、診療科・病棟について評価する。

1) 2) は各ローテ終了までに上級医・指導者に評価を依頼する。

1) のコメディカル評価は、ローテ開始の挨拶時に QR コードを印刷したものを手渡す。

スマホまたは PC で読み取ってもらう。

それぞれ、原則研修が始まる際のあいさつ時に手渡す。

1)～3) の自己評価は、研修が終わり次第速やかに EPOC2 へ登録する

・一部の項目については紙での運用を併用する。

### ■CVC 認定医のための講習会受講および実習記録票

当院では、3年目以降に CVC 認定医を取得するため、2年間の研修中に、院内開催の CVC 講習会受講と 15回以上の CVC の実習経験（CVC 指導医の指導のもと）が必要となる。講習会受講および CVC 実施の記録票は、研修医氏名・実施年月日・患者 ID を記入し、指導医にサインをいただいたら、その都度卒業教育研修センターに提出すること。

<p>名古屋医療センター <b>【見本】</b></p> <p><b>中心静脈カテーテル挿入 研修医向け実習 記録票</b></p> <p><small>CVC 認定医・CVC 指導医をもらう時の申請書添付書類になります。 実施後卒業教育研修センターにご提出ください。</small></p> <p>研修医氏名 _____</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">実施年月日</td> <td style="width: 20%;">年</td> <td style="width: 20%;">月</td> <td style="width: 20%;">日</td> </tr> <tr> <td>患者 ID</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p>指導医確認サイン _____</p>	実施年月日	年	月	日	患者 ID				<p>名古屋医療センター <b>【見本】</b></p> <p><b>中心静脈カテーテル挿入 研修医向け講習会 記録票</b></p> <p><small>CVC 認定医・CVC 指導医をもらう時の申請書添付書類になります。 実施後卒業教育研修センターにご提出ください。</small></p> <p>研修医氏名 _____</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>実施年月日：</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td colspan="4">院内の CVC に関する講習会を受講済みである</td> </tr> </table> <p>指導医確認サイン _____</p>	実施年月日：	年	月	日	院内の CVC に関する講習会を受講済みである			
実施年月日	年	月	日														
患者 ID																	
実施年月日：	年	月	日														
院内の CVC に関する講習会を受講済みである																	

※CVC マニュアルは別添資料 8 参照、実施記録票はオリエンテーション時配布の ER ガイドブックに挟んである。

## 7 臨床研修修了認定基準項目

名古屋医療センター初期臨床研修プログラムで、医師法 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の「臨床研修の到達目標、方略及び評価（別添）」に基づき、臨床研修修了認定の基準・評価を下記のとおりとする。

### 1. 研修期間

2 年間の研修中の休止日数が 90 日以下であること。（土日祝日を除く）

### 2. 必修分野

- ・内科 24 週以上、経験すべき疾患を考慮して選択し、研修すること。
- ・外科+選択外科 8 週以上（1 つの診療科で 4 週以上）選択すること。
- ・小児科、産婦人科、精神科を各 4 週以上、麻酔科を 8 週以上、ICU を 6 週以上研修すること。
- ・ER を各年次 4 週以上研修すること。
- ・地域医療を 2 年目に 4 週以上研修すること。（一般外来研修と在宅研修を含めること）
- ・一般外来を 4 週以上研修すること。

※内科…腎臓内科、循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、脳神経内科、

血液内科、糖尿病・内分泌内科、膠原病内科、感染症内科、腫瘍内科、緩和ケア内科

※選択外科…脳神経外科、整形外科、泌尿器科、心臓血管外科

#### 【参考】厚労省基準

必須…内科 24 週以上、救急 12 週以上、

外科・小児科・産婦人科・精神科・地域医療(2 年次)・一般外来(並行研修も可)  
それぞれ 4 週以上

### 3. その他必須項目

- ・感染対策、予防医療、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニングを研修期間中に研修、または講義を受けること。

### 4. 経験すべき症候、疾病・病態

定められた 29 症候、26 疾病・病態のすべてについて経験し、病歴要約またはレポートにおいて確認できること。 ※詳細は別添資料 5 参照

【提出期日】2 年目研修年度の 1 月最終平日 15 時 00 分までに指導医の合格を得られた病歴要約およびレポートを提出したことが確認できること。

#### 29 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、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、抑うつ、成長・発達

の障害、妊娠・出産、終末期の症候

## 26 疾病・病態

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）

## 5. CPC および病理解剖への参加（詳細は別添資料参照）

### CPC

・原則として全ての CPC に参加すること。

なんらかの理由で CPC に参加できなかった場合は、後日参加できなかった旨を記載した報告書類を提出すること。

・全ての研修医が CPC 発表をし、CPC 開催報告資料(CPC レポート)を必ず提出すること。

・CPC への参加は2年間で過半数以上の出席をすること。

【提出期日】2年目研修年度の1月末日(最終平日)15時00分までに、臨床指導医および担当病理医の合格を得られたレポートを提出したことが確認できること。

### 病理解剖

2年間の研修中に病理解剖に1回は参加することが望ましい。

## 6. 臨床研修の目標の達成度評価（修了認定について）

研修管理委員会は、研修医の研修修了認定の際、「臨床研修修了認定基準項目」の達成および、臨床研修の目標の達成度判定票にて「到達目標の A.医師としての基本的価値観、B.資質・能力、C.基本的診療業務」それぞれの各項目の評価がレベル3以上に到達していること（既達）を確認の上、総合判定を行い、その結果を管理者（病院長）に対して報告する。

この時、全項目中1つでも未達の項目があれば最終判定は未達となり、研修修了は認められない。その場合、どの項目がどのような理由で未達となっているのか、既達になるためにはどのような条件を満たす必要があるのかを具体的に記載し、判定を行った日付を記載して研修プログラム責任者が署名する。研修終了時に未達項目が残る可能性があると考えられた場合には、研修期間中に既達になるよう研修プログラム責任者、研修管理委員会は最大限の努力をしなければならない。

管理者（病院長）は、研修管理委員会の評価に基づき、修了認定された当該研修医に対して、必要事項を記載した臨床研修修了証を発行する。評価の結果、当該研修医が研修を修了していないと認められる場合は、研修は未修了となり、研修の延長・継続を要する。その際は速やかに当該研修医に対して、理由を付してその旨を文書で通知する。

## 8 初期臨床研修の中断および再開マニュアル

### 1. 臨床研修の中断

#### (1) 基本的な考え方

臨床研修の中断とは、現に臨床研修を受けている研修医について研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の途中で臨床研修を長期にわたり休止すること、又は中止することをいうものであること。

#### (2) 中断の基準

中断には、「研修医が臨床研修を継続することが困難であると研修管理委員会が評価、勧告した場合」と「研修医から管理者に申し出た場合」の2とおりがあること。

管理者が臨床研修の中断を認めることができるのは、以下のような正当な理由がある場合であること。

研修プログラムを提供している管理者及び研修管理委員会には、あらかじめ定められた研修期間内に研修医に臨床研修を修了させる責任があり、正当な理由がない場合、例えば、臨床研修病院の研修医に対する不満又は研修医の臨床研修病院に対する単なる不満のように、改善の余地がある場合については中断を認めるものではないこと。

(ア) 研修医が臨床研修を継続することが困難であると研修管理委員会が評価、勧告した場合

- ①当該臨床研修病院の廃院、指定の取消しその他の理由により、当該臨床研修病院における研修プログラムの実施が不可能な場合
- ②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、なお改善が不可能な場合
- ③妊娠、出産、育児、傷病等の理由により臨床研修を長期にわたり休止又は中止する場合
- ④その他正当な理由がある場合

(イ) 研修医から管理者に申し出た場合

- ①妊娠、出産、育児、傷病等の理由により臨床研修を長期にわたり休止又は中止する場合
- ②研究、留学等の多様なキャリア形成のため、臨床研修を長期にわたり休止又は中止する場合
- ③その他正当な理由がある場合

#### (3) 中断の手順

(ア) 研修管理委員会は、研修医が臨床研修を継続することが困難であると認める場合には、当該研修医がそれまでに受けた臨床研修に係る当該研修医の評価を行い、管理者に対し、当該研修医の臨床研修を中断することを勧告することができること。

(イ) 管理者は、(ア)の勧告又は研修医の申出を受けて、当該研修医の臨床研修を中断することができること。

(ウ) 臨床研修の中断の検討を行う際には、管理者及び研修管理委員会は当該研修医及びプログラム責任者や他の研修指導関係者と十分話し合い、当該研修医の臨床研修に関する正確な情報を十分に把握するものであること。また、臨床研修を再開する場所（同一の

病院で研修を再開予定か、病院を変更して研修を再開予定か。)についても併せて検討すること。なお、必要に応じて、それらの経緯や状況等の記録を残しておくこと。

中断という判断に至る場合には、当該研修医が納得する判断となるよう努めなければならないこと。また、必要に応じて事前に管轄する地方厚生局健康福祉部医事課に相談すること。

#### (エ) 中断した場合

管理者は、研修医の臨床研修を中断した場合には、当該研修医の求めに応じて、速やかに、当該研修医に対して、当該研修医に関する次に掲げる事項を記載した臨床研修中断証(様式11)を交付しなければならないこと。このとき、管理者は、研修医の求めに応じて、臨床研修の再開のための支援を行うことを含め、適切な進路指導を行わなければならないこと。さらに、管理者は、速やかに、臨床研修中断報告書(様式12)及び当該中断証の写しを管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付すること。

- ① 氏名、医籍の登録番号及び生年月日
- ② 中断した臨床研修に係る研修プログラムの名称
- ③ 臨床研修を行った臨床研修病院(臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行った場合にあつては、臨床研修病院及び臨床研修協力施設)の名称
- ④ 臨床研修を開始し、及び中断した年月日
- ⑤ 臨床研修を中断した理由
- ⑥ 臨床研修を中断した時までの臨床研修の内容及び研修医の評価

## 2. 臨床研修の再開

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ことができること。この場合において、臨床研修中断証の提出を受けた臨床研修病院が臨床研修を行うときは、当該臨床研修中断証の内容を考慮した臨床研修を行わなければならないこと。

なお、当該管理者は、研修再開の日から起算して1月以内に、臨床研修の修了基準を満たすための履修計画表(様式13)を、管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付すること。

## 3. 臨床研修の修了

### 臨床研修の修了基準

#### 研修実施期間の評価

管理者は、研修医が研修期間の間に、以下に定める休止期間の上限を減じた日数以上の研修を実施しなければ修了と認めてはならないこと。

#### (ア) 休止の理由

研修休止の理由として認めるものは、傷病、妊娠、出産、育児その他正当な理由(研修プログラムで定められた年次休暇を含む)であること。

#### (イ) 必要履修期間等についての基準

研修期間を通じた休止期間の上限は90日(研修機関(施設)において定める休日は含まない。)とすること。

各研修分野に求められている必要履修期間を満たしていない場合は、休日・夜間の当直又は選択科目の期間の利用等により、あらかじめ定められた研修期間内に各研修分野の必要履修期間を満たすよう努めなければならないこと。

(ウ) 休止期間の上限を超える場合の取扱い

研修期間終了時に当該研修医の研修休止期間が90日を超える場合には、未修了とするものであること。この場合、原則として引き続き同一の研修プログラムで研修を行い、90日を超えた日数分以上の日数の研修を行うこと。

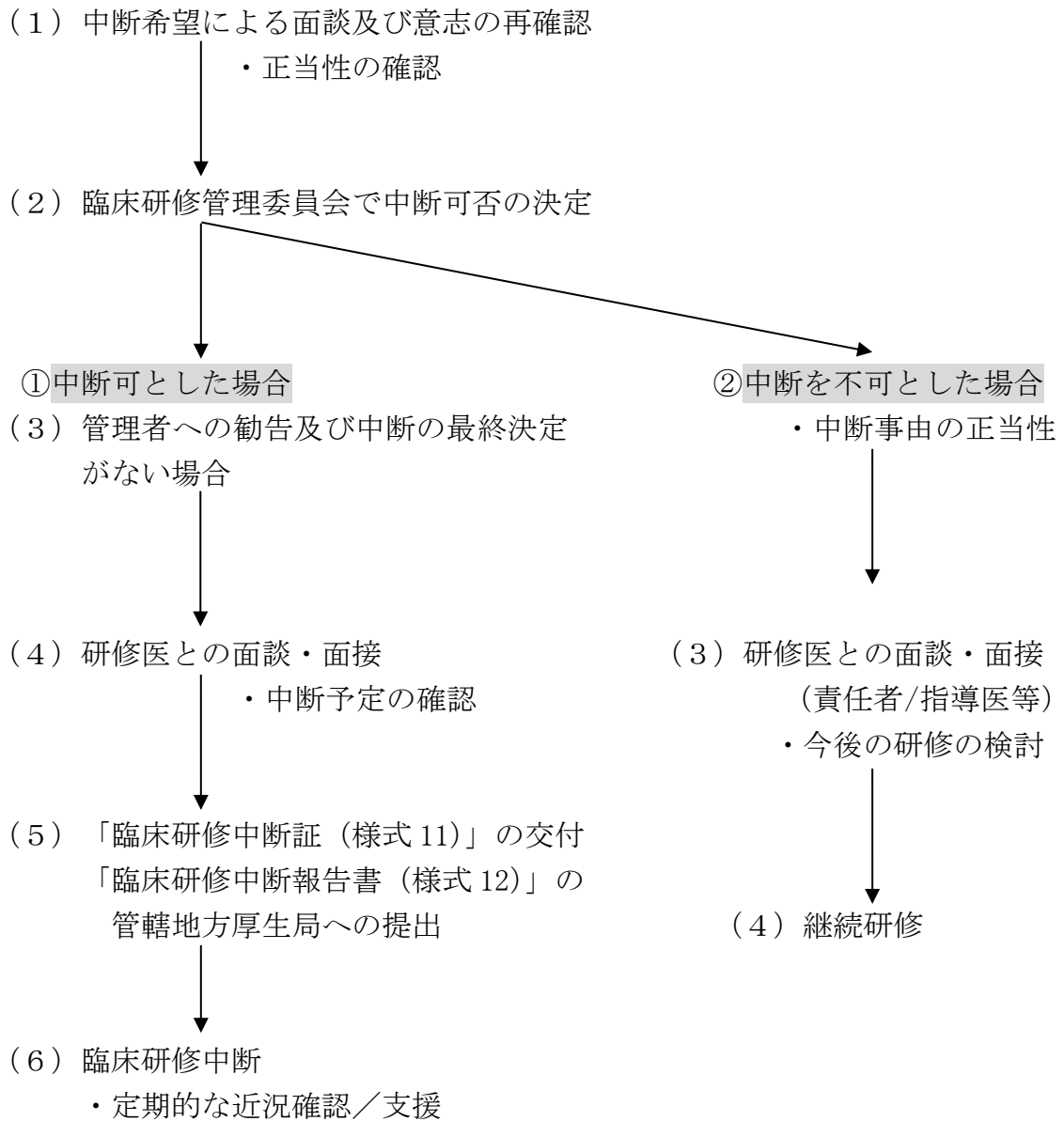
また、必修科目で必要履修期間を満たしていない場合や選択必修科目のうち2つ以上の診療科を研修していない場合であっても未修了として取扱い、原則として引き続き同一の研修プログラムで当該研修医の研修を行い、不足する期間以上の期間の研修や必要な診療科における研修を行うこと。

(エ) プログラム責任者の役割

プログラム責任者は、研修休止の理由の正当性を判定し、履修期間の把握を行わなければならないこと。研修医が修了基準を満たさなくなる恐れがある場合には、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、当該研修医があらかじめ定められた研修期間内に研修を修了できるように努めなければならないこと。

## 【臨床研修の中断】のフローチャート

### 研修医より中断の申し出があった場合



管理者より継続研修が困難と判断した場合（適性を欠く等）

(1) 臨床研修管理委員会への報告

①継続研修不可と判断した場合

(2) 管理者への勧告及び中断の最終決定

(3) 研修医との面談・面接

(4) 「臨床研修中断証（様式11）」の交付  
「臨床研修中断報告書（様式12）」の  
管轄地方厚生局への提出

(5) 臨床研修中断  
・定期的な近況確認／支援

②継続研修可と判断した場合

- ・研修医との面談
- ・教育/指導の徹底
- ・適切な進路指導/支援

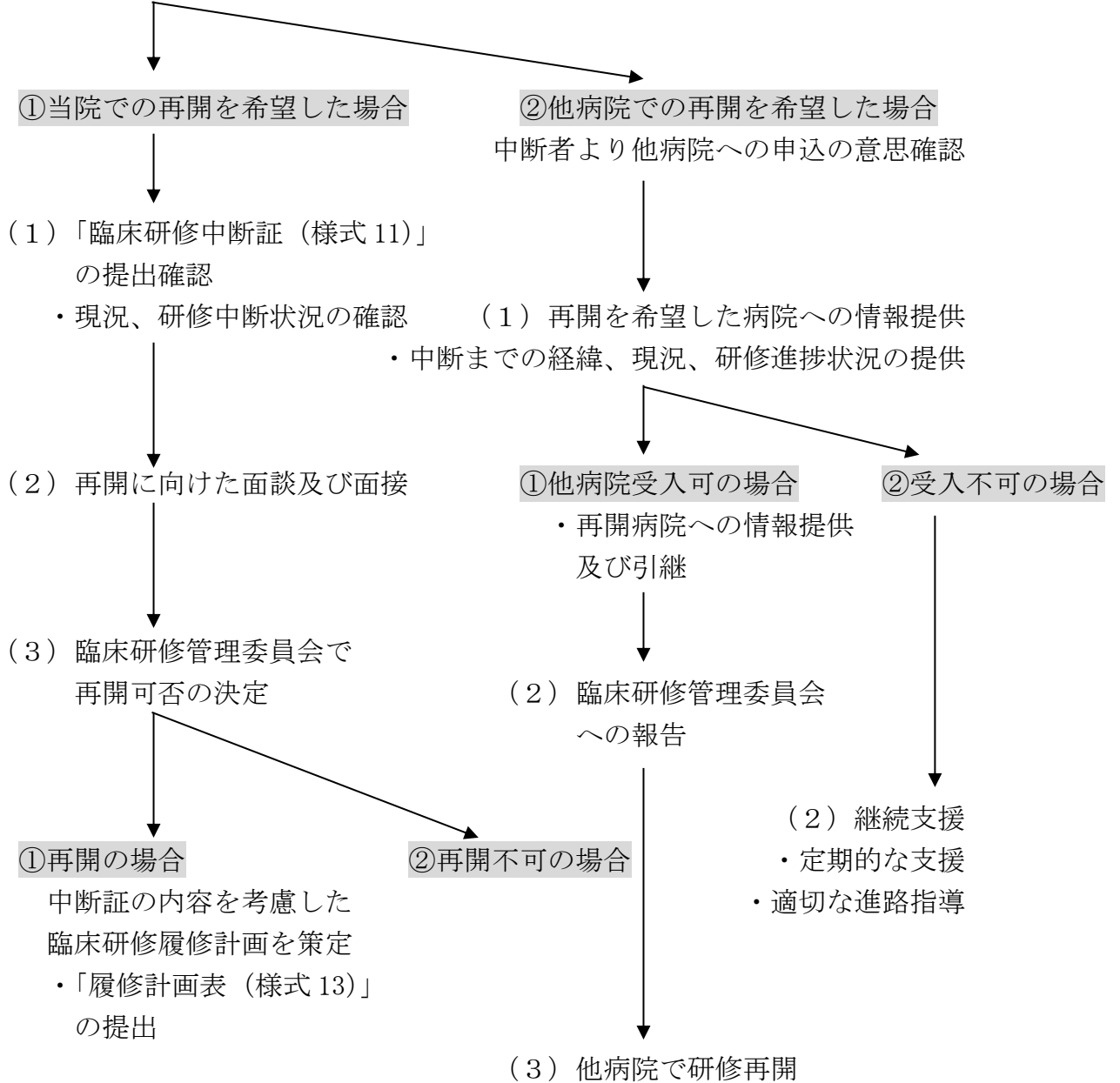
(2) 継続研修  
・定期的な面談／支援



## 【臨床研修の再開】へのフローチャート

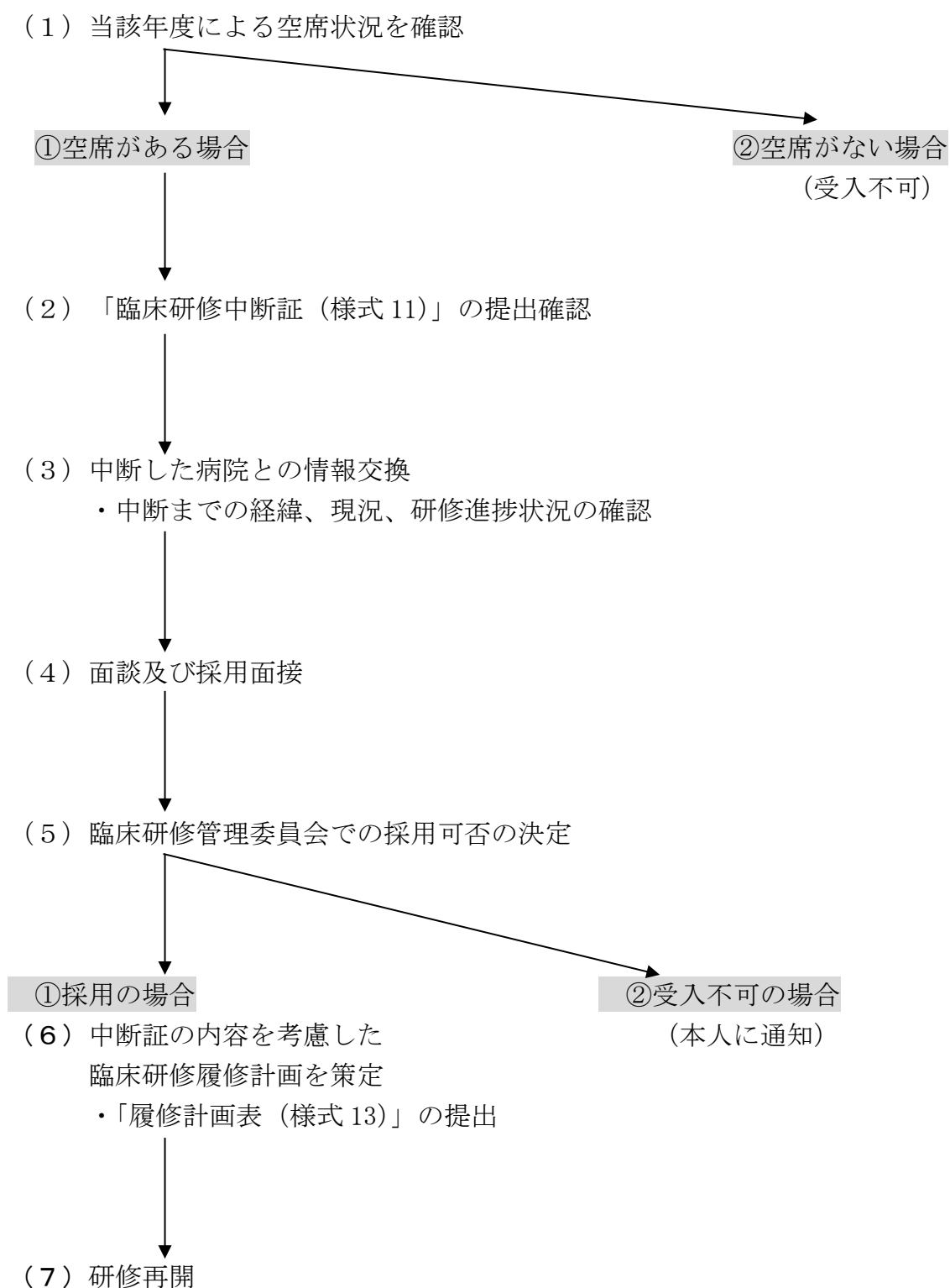
### 名古屋医療センター研修プログラムにおいて中断をした場合

中断者より再開の申し出があった場合



## 他の臨床研修プログラムにおいて中断をした場合

### 中断者より再開の申し出があった場合



## 9 初期臨床研修の未修了マニュアル

臨床研修の未修了について

(医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について 準拠)

### 【基本的な考え方】

臨床研修の未修了とは、研修医の研修期間の終了に際する評価において、研修医が臨床研修の修了基準を満たしていない等の理由により、病院長が当該研修医の臨床研修を修了したと認めないことをいうものであり、原則として、引き続き同一の研修プログラムで研修を行うことを前提としたものである。

研修プログラムを提供している病院長及び研修管理委員会には、あらかじめ定められた研修期間内に研修医に臨床研修を修了させる責任があり、安易に未修了の扱いを行ってはならない。

やむを得ず未修了の検討を行う際には、病院長及び研修管理委員会は当該研修医及び研修指導関係者と十分話し合い、当該研修医の研修に関する正確な情報を十分に把握する。

これらを通じて、最終的に未修了という判断に至る場合であっても、当該研修医が納得するよう努めなければならないこと。なお、このような場合においては、経緯や状況等の記録を残しておく必要がある。また必要に応じて事前に管轄する地方厚生局健康福祉部医事課に相談をする。

### 【未修了の手順】

病院長は、臨床研修の修了認定\*の評価に基づき、研修医が臨床研修を修了していないと認めるときは、速やかに、当該研修医に対して、理由を付して、その旨を「研修未修了理由書（様式15）」で通知しなければならない。

※臨床研修の修了認定：研修管理委員会は、研修医の研修期間の終了に際し、臨床研修に関する当該研修医の評価を行い、病院長に対し、当該研修医の評価を報告しなければならない。この場合において、研修管理委員会は臨床研修中断証を提出し臨床研修を再開した研修医については、当該臨床研修中断証に記載された当該研修医の評価を考慮する。

### 【未修了とした場合】

当該研修医は原則として引き続き同一の研修プログラムで研修を継続することとなるが、その場合には、研修プログラムの定員を超えてしまう事もあり得ることから、指導医1人当たりの研修医数や研修医1人当たりの症例数等について、研修プログラムに支障を来さないよう、十分に配慮しなければならない。

なお、未修了とした場合には、病院長は、研修を継続させる前に、当該研修医が臨床研修の修了基準を満たすための「履修計画表（様式16）」を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付する。

### 【その他】

当研修の未修了に関しては、十分な話し合いや検討・支援を行う。誠意をもって対応し、その取り扱いには細心の注意を図り、適切な進路指導を行う。また、必要に応じて管轄地方厚生局への相談を行う。

## 【臨床研修の未修了】のフローチャート

- (1) 研修医が臨床研修を修了していないと判断した場合
- ・ 研修医との面談



- (2) 「研修未修了理由書（様式 15）」の交付  
「履修計画表（様式 16）」の管轄地方厚生局への提出



- (3) 継続研修
- ・ 研修医との定期的な面談
  - ・ 教育/指導の徹底
  - ・ 適切な進路指導/支援

## 10 図書・インターネットの利用について

### 1. 図書室について

図書室の利用については「名古屋医療センター図書室利用についてのおねがい」（別添資料1）に準ずる。なお、図書の購入・保管・閲覧・貸し出し等の業務的な規約・検討については図書委員会が管轄するものとする。（「名古屋医療センター図書規程に準ずる」）（別添資料1-2）

### 2. 文献複写について

複写費用については正規職員の医師と同様とする。（費用は自己負担）

### 3. インターネットについて

病院内の指定されたパソコンより UpToDate 等アクセス可能となっている。閲覧後はログアウトすること。

## 11 スキルラボについて

「名古屋医療センタースキルラボ規程」に準ずる。

※名古屋医療センタースキルラボ規定は改訂中

## 12 夜間休日の勤務について

### 名古屋医療センター研修医日当直規程

#### (目的)

1. 研修医は時間外の救急外来および病棟で診療にあたることで、救急治療に関する基本的な知識および技術を学ぶ。

#### (条件)

2. オリエンテーション期間中に2年次と一緒に2回以上のプレERを経験すること。救急に関するオリエンテーションを受け、救急診療の流れについて概要を理解していること。

#### (掲示)

3. 研修医が時間外のER業務に関与していることを病院玄関に掲示する。また当番の研修医名および担当の医師名を救急外来に掲示する。

#### (明示)

4. 研修医が診療にあたる際には、患者に対し研修医であることを明示し挨拶する。

#### (勤務割の決定)

5. 研修医の勤務日については庶務係が勤務表を作成し、関係部署に伝達する。都合により、年度の同じ研修医同士で勤務日を交代することができる。変更については勤務変更届けを管理課に提出することにより関係部署へ連絡する。

#### (業務・診療体制)

6. 研修医は、原則、診療を終了した時点で、上級医、指導医に内容を報告し、その確認と指導を受けた上で処置、処方を行う。

研修医名で処方箋を発行できるが、必ず上級医、指導医が事前確認する。

上級医、指導医は研修医の診療録記載内容を確認し、確認済みであることをカウンターサインとして残す。(カウンターサインについての運用マニュアルに準ずる。別添資料 2)

ER勤務中の診療における最終責任は、同時にER勤務をする上級医、指導医が有する。

#### (勤務時間)

7. 日勤は8:30~16:30、夜勤は17:15~(翌日)1:15とする。

夜勤勤務の翌日は、原則として休日とする。

## 13 診療の原則的なこと

### 名古屋医療センター研修医実務規程

#### 第1章 総則

(目的)

第1条 この規程は、研修医が名古屋医療センターで臨床研修の実務を行うにあたり、診療の原則的なことについて定め、臨床研修を適正、安全かつ円滑に行うことを目的とする。

#### 第2章 診療における役割

第2条 研修医は、名古屋医療センター初期研修プログラムに基づき、指導医の指導の下、病棟、手術室、救急外来、検査室などの部署で診療を行う。研修医が単独で行える診療行為については別に(資料 1.p91-94)定める。役割としては、主治医チームの一員となり、患者の病歴聴取、身体診察、カルテ記載を行う。指導医の監督の下、検査治療の指示、診療計画の作成、症状の説明ができる。QOLを考慮にいたれた総合的な管理計画(リハビリテーション、社会復帰、在宅医療、介護を含む)へ参画する。

#### 第3章 部署別の役割

(病棟)

第3条

1. 研修初日は以下のことを行う。
  - (1) 指導医からスタッフに紹介され、挨拶を行う。
  - (2) 各プログラムのスケジュールを指導医と確認する。
  - (3) 連携するコメディカルを確認する。
2. 指導医の指導の下で、以下の研修を行う。
  - (1) 診療上頻繁に用いられる医学知識
  - (2) 救急処置に不可欠な知識
  - (3) 医療面接及び医療コミュニケーションのスキル
  - (4) 身体診察のスキル
  - (5) 基本的な治療手技
  - (6) 診療記録の書き方
  - (7) 診療の一般原則
  - (8) 患者の安全確保
3. 担当指導医が不在の場合には、前もって決めてある代替りの指導医の下で研修を行う。
4. インシデント・アクシデント医療事故が起きた場合には、ただちに指導医に報告し、院内規定の「医療安全管理マニュアル」中の医療事故発生時の対応体制に従って行動する。

(手術室)

#### 第4条

1. 手術室での研修は、麻酔科と外科系各科の指導医の下で行う。
2. 手術室では、研修医であることをコメディカルに知らせる。
3. 看護部門、他のコメディカルとの連携を確認する。
4. 研修医が監視なしで行える業務、監視が必要な業務を確認する。
5. 手術室内での診療責任は指導医にある。ただし、研修医が直接携わった診療行為について、研修医本人にも部分的に診療責任があることを認識しながら診療を行う。
6. インシデント・アクシデント医療事故が発生した場合には、ただちに上級医、指導医に報告し、院内規定の「医療安全管理マニュアル」中の医療事故発生時の対応体制に従って行動する。

(救急外来)

第5条 救急外来研修は平日の日勤帯（通常業務）と平日夜間、休日の昼夜間（日当直業務）の2つに分けられる。いずれも上級医、指導医、指導者の指導のもとに診療を行う。診察終了時は、必ず上級医、指導医による確認を行い、単独で診察終了とはしない。

#### 第6条

1. 救急患者とは以下をいう。
  - (1) 通常の診療時間外の傷病者及び緊急的に医療を必要とする傷病者を言う。
  - (2) 発症が通常の診療時間外であれば全て救急患者とする。
  - (3) 通常の診療時間内であっても、発症後間もない又は経過の速い変化・及び急激な変化を伴う傷病者は救急患者とする。（例えば、昼夜を問わず救急患者としての対応が必要な場合、激しい疼痛（頭痛、胸痛、腹痛）、発熱、出血、痙攣、喘息など。）
2. 救急医療の原則
  - (1) 突発した傷病に対して、まず迅速に・的確に重症度判断を行う。
  - (2) 判断に基づいて必要な初期治療を素早く行う（救命処置を含めて）。
  - (3) 必要があれば各科専門医に迅速に依頼する。
3. インシデント・アクシデント医療事故が起きた場合には、ただちに指導医に報告し院内規定の「医療安全管理マニュアル」中の医療事故発生時の対応体制に従って行動する。

#### 第7条 研修医の救急外来業務

日勤業務は 8：30～16：30、夜間業務は 17：15～1：15 とする。夜間勤務の翌日は、原則的には休日とする。

備考)

※救急外来の業務マニュアルとして、「ERの掟」を各当直室に配置する。

※研修医の救急外来業務については、名古屋医療センター研修医日当直規程に準ずる



(外来)

- 第8条 外来での研修は担当する科の取り決めに従う。
1. 各指導医の厳重な指導下で行う。
  2. 看護部門、他のコメディカルとの連携を確認する。
  3. 研修医が診療にあたる際には患者に研修医であることを明示し挨拶する。
  4. インシデント・アクシデント医療事故が起きた場合には、ただちに指導医に報告し院内規定の「医療安全管理マニュアル」中の医療事故発生時の対応体制に従って行動する。

#### 第4章 診療録の記載

- 第9条 診療録の記載は、基本的に「エビデンス（根拠）に基づいた、医学的に説明できる記録」を書くことを原則とする。診療録は、単なる医師の記録だけでなく、保険請求および裁判の根拠、診療録の開示、病院機能評価なども念頭において記載することが必要である。診療記録は医師等の私的なメモでないことを十分認識し、事実を正確かつ客観的に記載する。

#### 第5章 病歴記載業務

##### 第10条 診療録【電子カルテ】の記入

###### 1. 入院診療記録

- (1) 入院診療記録には、主訴、既往症、家族歴、現病歴、身体所見、検査所見などをまず記載し、さらに入院診療計画書、退院療養計画書、経過記録、病名、転帰、手術記録等を記載し、指導医からの指導を受ける。
- (2) 患者の退院に際しては、退院要約を必ず完成する。転科する場合も、従前の診療の担当医による要約（退院要約と同じ書式）を完成させる。
- (3) 研修医の退院要約は指導医が必ずチェックする。
- (4) 研修医による全ての診療記録記載は、24時間以内に指導医のチェックを受けたことが診療録に記載されなければならない。（カウンターサインによることが望ましい）（別添資料2参照）
- (5) 死亡診断書の署名は、指導医の監督のもと研修医が行ってよい。

###### 2. 病名の記載、通知、登録

- (1) 病名は電子カルテ病名検索ツリーより選択する。
- (2) 主病名、入院の契機となった病名、医療資源を最も投入した病名は必ず記載し、新生物の場合は部位、悪性・良性の別、原発・続発（転移）の別を明記する。
- (3) その傷病名には、詳細な記載、標準的な病名の使用、併存症・合併症の記載等を留意する。

### 3. 秘密保持の義務

業務上知り得た患者の秘密の漏洩が、本人またはその家族に重大な影響を与え、またこのことが、重大な人権侵害につながるため、秘密保持に常に留意して、患者の情報は慎重に取り扱わなければならない。

### 4. 医事紛争の予防

医療過誤をめぐって問題が生じないように、必要にして十分な診療記録、患者・家族に対する問診・説明の記録、手術・検査の承諾書を揃えることが大切である。

### 5. カルテの開示（「名古屋医療センター診療録等管理規程」に準ずる）

基本的にはインフォームド・コンセントを土台とし、より良い信頼関係の下で親切でわかりやすい説明につとめる。その場合診療記録の必要部分を開示しながら患者やその代理人の方が希望する場合は医事課病歴室に連絡し、別に定める「独立行政法人国立病院機構個人情報管理要領」に従って行うものとする。

## 第6章 指示出しの基準

### 第11条

1. 研修医は、指導医の指導の下、電子カルテのオーダー画面から検査、治療の指示を出すことができる。
2. 患者入院に際しては入院決定時、もしくは予定入院の場合は遡って、入院指示を出す。入院指示として、病名、担当医名、食事内容、入院病棟、入院日時などを入力し、外来担当看護師に連絡する。
3. 入院継続時の指示については、翌日のオーダーは前日の定められた時刻までにオーダー画面から入力する。緊急の指示については、オーダー画面入力とともに担当看護師に指示内容を伝える。

## 第7章 入院手順

### 第12条

1. 研修医は上級医、指導医の指導のもとで患者の入院適応を決定する。
2. 入院決定時には外来担当看護師にその旨を告げ、入院ベッドを確保する。
3. 電子カルテで、担当者名、病名、食事内容を入力し、入院手続きを行う。
4. 入院前後の検査、輸液、投薬、その他の指示を入力する。
5. 入院決定時には明確な入院目標を設定し、入院診療計画書に記載する。これを患者に説明し同意を得る。

## 第8章 退院手続き

### 第13条

1. 退院は必ず上級医、指導医、指導者と相談の上決定し、患者に説明した上で、電子カルテ上で手続きを行う。
2. 退院療養計画書を作成する。

## 第9章 回診

第14条 研修医はプライバシーに配慮しつつ、急性期は随時、それ以外は毎日回診を行う。その結果を上級医、指導医にうまく伝達し、患者の問題が速やかに解決するよう努力する。研修医は他職種とのコミュニケーションを図り、担当患者の入院治療・退院計画をチームの中で効率よく進めていく。指導責任者を含む回診は、患者や家族との良いコミュニケーションを図る機会であると同時に、医療者間で情報を共有し、総合的に診断治療の方向性を判断する良い機会である。指導医、他の指導者とのディスカッション内容をカルテに記録する。

## 第10章 カンファレンス、症例検討会、各種講習会、委員会への参加

### 第15条

1. 複数医師または医療チームでカンファレンス症例検討会を活発に開き、診断治療方針の再確認、各種コミュニケーションの改善、患者のニーズに対する医療チームの対応など総合的に話し合い、計画を立てる。さらにその内容を診療録に必ず記録し、出席者の記録を残す。研修医は自ら担当した症例の病歴、検査結果、問題点等を自らの意見を持って提示し、上級医、指導医と積極的に討論に参加する。
2. 研修医は、CPC及び研修プログラムの規定するあるいは、各診療科で定められた検討会には、出席する義務がある。
3. 研修医代表2名は、リスクマネジメント部会の委員として任命される。
4. 研修医は、希望によりICTの活動に参加することができる、その場合は、ICTの責任者に事前に了承を得る必要がある。
5. 卒後教育研修センター会議の委員として、各学年の研修医代表が任命される。

## 第11章 インフォームド・コンセント

第16条 研修医は指導医の許可のもと、患者へ診断や診療内容の説明を行う機会を持つ。

## 第12章 医療トラブル発生時の対応（リスクマネジメント）は「医療安全管理規程」及び「医療安全管理マニュアル」に準ずる

### 第17条

1. 患者のために最善を尽くそうと努力しても、医療行為にはリスクがつきものであり、医療事故をゼロにすることは不可能である。また人間は“ミスを犯すもの”で、医療行為に人間が関わる以上、ある確率で人為的なミスが必ず起こることを認識して対応する必要がある。もし不幸にも研修医の医療行為により医療トラブルが発生した場合は、落ち着いて必要な処置を行うとともに、速やかに現場の指導医・指導者に報告・相談する。報告を受けた指導医は担当のセーフティマネージャーと共に責任をもって対応にあたる。また可及的速やかに所定の「インシデント・アクシデントレポート」に必要事項を記載し、セーフティマネージャーに提出する。「インシデント・アクシデントレポート」は医療安全システム改善のための貴重な資料である。

なお緊急蘇生処置が必要で、協力を要請したい場合は、内線 8 番（交換）への電話連絡により、遅延なく所定の緊急放送を行う。

詳しくは「医療安全管理マニュアル」中の医療事故発生時の対応体制を参照。

2. 医療事故発生時の公表手順については、「医療安全管理規程」に準ずる。
3. 初期研修医のインシデントに関する情報共有・検討体制については、「インシデント・アクシデントの報告制度」を参照。

### 第 13 章 オリエンテーションに関する取り決め

#### 第 18 条 入職時オリエンテーション

1. 研修医はおよそ 2 日間にわたる全職員対象の入職時オリエンテーションに参加する。
2. 研修医は引き続き、およそ 2 週間の研修医向けオリエンテーションプログラムに参加し、当院研修医としての基本的ルールやマナー、救急対応について学ぶ。
3. オリエンテーション中に 1 年目ローテーションを病院と研修医個人の事情を考慮に入れながら作成する。
4. オリエンテーション中に、蘇生・挿管・外傷初期診療・接遇、プロフェッショナルリズム等を学ぶ。

### 第 14 章 研修に関するその他の取り決め

#### 第 19 条 解剖に関する取り決め

研修医は 2 年間のうちに CPC の発表を必ず行い、病理解剖を 1 回は参加することが望ましい。

### 第 15 章 その他

(その他)

#### 第 20 条 研修医の院外活動について

1. 研修医の学会活動について積極的に支援するものとする。
2. 他施設が施行する研修医を対象に含むカンファレンスなどへの出席は、当院の研修プログラムの履修に影響のない範囲での出席を奨励する。
3. 院外講習会受講あるいは学会出席の可否は、当該研修医が属するプログラムの責任者が判断する。これに対し研修医は異議を唱えることができ、当該研修医、当該プログラムの責任者、病院長の三者で協議して調整する。

第 21 条 本規程変更、又は本規程に定めのない事項については、研修管理委員会の審議・検討により決定するものとする。

## 資料1：名古屋医療センター研修医の医療行為について

### 【指導医の同席の下で実施すべき医療行為】

名古屋医療センターの初期研修によって実施される医療行為のうち、必ず指導医の同席の下で実施しなければならないものを下記に示す。

下記の項目以外の医療行為は研修医が単独で実施してよいが、原則として、すべての医療行為は指導医の許可を得て実施するものとする。また、指導医は各研修医の熟達度を慎重に判断し、下記以外の医療行為においても同席が必要と考えた場合は同席しなければならない。（但し救命のためにやむを得ない状況の場合はこの限りではない。）

ここに示す項目は、診療状況の変化、新たな診療手技の導入などにより、随時改訂されるものである。（令和3年3月 研修管理委員会）

#### I. 診察

1) 婦人科内診

#### II. 検査

##### 1. 生理学的検査

1) 筋電図、神経伝導検査  
2) 眼球に直接接触する検査

##### 2. 内視鏡検査など

1) 直腸鏡  
2) 食道鏡  
3) 胃内視鏡  
4) 大腸内視鏡  
5) 気管支鏡  
6) 喉頭鏡  
7) 膀胱鏡

##### 3. 画像検査

1) 血管造影  
2) 消化管造影  
3) 脊髄造影

#### 4. 血管穿刺と採血

- 1) 中心静脈穿刺（鎖骨下、内頸、大腿）
- 2) 動脈ライン留置
- 3) 小児の採血  
（とくに指導医の許可を得た場合や、年長の小児は、この限りではない）
- 4) 小児の動脈穿刺
- 5) 抗がん剤投与目的の末梢静脈路確保

#### 5. 穿刺

- 1) 深部の嚢胞
- 2) 深部の膿瘍
- 3) 胸腔穿刺
- 4) 腹腔穿刺
- 5) 膀胱穿刺
- 6) 腰部硬膜外穿刺
- 7) 腰部くも膜下穿刺(腰椎穿刺)
- 8) 針生検
- 9) 骨髄穿刺

#### 6. 産婦人科

- 1) 臍内容採取
- 2) コルポスコピー
- 3) 子宮内操作
- 4) 羊水穿刺
- 5) 分娩管理  
（外計測モニター装着はこの限りではない）

#### 7. その他

- 1) 発達テストの解釈
- 2) 知能テストの解釈
- 3) 心理テストの解釈

### Ⅲ. 治療

#### 1. 処置

- 1) ギプス巻き  
(シーネ、オルソグラス固定は単独実施可)
- 2) ギプスカット
- 3) 気管カニューレ交換
- 4) 気管挿管
- 5) 小児の導尿

#### 2. 注射

- 1) 関節内

#### 3. 麻酔

- 1) 麻酔導入、覚醒
- 2) 麻酔時の気管挿管、抜管
- 3) 硬膜外麻酔、脊椎麻酔
- 4) 硬膜外カテーテルへの薬剤投与
- 5) 神経ブロック

#### 4. 外科的処置

- 1) 皮膚の縫合後の最終確認  
(原則、縫合部分を指導医が確認する)
- 2) 深部の止血  
応急処置は可
- 3) 深部の膿瘍切開・排膿
- 4) 深部の縫合
- 5) 骨折・脱臼の整復

#### 5. 抗がん剤

- 1) 処方・注射のオーダー  
(やむを得ない場合のみ)  
(原則、指導医の下であってもオーダーはできない)
- 2) 抗がん剤の注射 (すべての投与ルート)

#### 6. 麻薬

- 1) 新規処方・新規注射のオーダー

## 7. 向精神薬（＊）

1) 新規処方・新規注射のオーダー

＊睡眠導入薬・抗不安薬・抗うつ薬・気分変調薬・抗精神病薬すべてを指す  
ただし、入院時の定型指示やパスで決まったものは単独で処方可

## 8. 精神科専門療法

1) 電気痙攣療法

## 9. 承諾書・同意書

1) すべて

（指導医が説明した後、指導医の署名が入った書類に患者署名をもらうことは可）

（輸血・血液製剤使用、造影CT・MRI検査は可）

## IV. その他

1) 病状説明

（ベッドサイドで病状に対する簡単な質問に答えることは可）

2) 退院・外泊許可の判断

3) 診断書作成の判断

（指導医署名があれば可）

4) 病理解剖

5) 病理診断

（報告書作成は指導医署名があれば可）



資料 2 : 世界医師会 (World Medical Association : WMA) の主要な  
宣言等

- (1) ジュネーブ宣言
- (2) 医の国際倫理綱領
- (3) ヘルシンキ宣言
- (4) 患者の権利に関するリスボン宣言

## (1)ジュネーブ宣言

### WMAジュネーブ宣言

1948年9月、スイス、ジュネーブにおける第2回WMA総会で採択  
1968年8月、オーストラリア、シドニーにおける第22回WMA総会で修正  
1983年10月、イタリア、ベニスにおける第35回WMA総会で修正  
1994年9月、スウェーデン、ストックホルムにおける第46回WMA総会で修正  
2005年5月、フランス、ディボンヌ・レ・バンにおける第170回理事会および  
2006年5月、フランス、ディボンヌ・レ・バンにおける第173回理事会で編集上修正

医師の一人として参加するに際し、

- ・ 私は、人類への奉仕に自分の人生を捧げることを厳粛に誓う。
- ・ 私は、私の教師に、当然受けるべきである尊敬と感謝の念を捧げる。
- ・ 私は、良心と尊厳をもって私の専門職を実践する。
- ・ 私の患者の健康を私の第一の関心事とする。
- ・ 私は、私への信頼のゆえに知り得た患者の秘密を、たとえその死後においても尊重する。
- ・ 私は、全力を尽くして医師専門職の名誉と高貴なる伝統を保持する。
- ・ 私の同僚は、私の兄弟姉妹である。
- ・ 私は、私の医師としての職責と患者との間に、年齢、疾病もしくは障害、信条、民族的起源、ジェンダー、国籍、所属政治団体、人種、性的志向、社会的地位あるいはその他どのような要因でもそのようなことに対する配慮が介在することを容認しない。
- ・ 私は、人命を最大限に尊重し続ける。
- ・ 私は、たとえ脅迫の下であっても、人権や国民の自由を犯すために、自分の医学的知識を利用することはしない。
- ・ 私は、自由に名誉にかけてこれらのことを厳粛に誓う。

(日本語訳は日本医師会による)

## (2)WMA医の国際倫理綱領

1949年10月、英国、ロンドンにおける第3回世界医師会（WMA）総会で採択  
1968年 8月、オーストラリア、シドニーにおける第22回WMA総会で修正  
1983年10月、イタリア、ベニスにおける第35回WMA総会で修正  
2006年10月、南アフリカ、WMAピラネスバーグ総会で修正

### 医師の一般的な義務

医師は、常に何ものにも左右されることなくその専門職としての判断を行い、専門職としての行為の最高の水準を維持しなければならない。

医師は、判断能力を有する患者の、治療を受けるか拒否するかを決める権利を尊重しなければならない。

医師は、その専門職としての判断を行うにあたり、その判断は個人的利益や、不当な差別によって左右されてはならない。

医師は、人間の尊厳に対する共感と尊敬の念をもって、十分な専門的・道徳的独立性により、適切な医療の提供に献身すべきである。

医師は、患者や同僚医師を誠実に扱い、倫理に反する医療を行ったり、能力に欠陥があったり、詐欺やごまかしを働いている医師を適切な機関に通報すべきである。

医師は、患者を紹介したり、特定の医薬製品を処方したりするだけのために金銭的利益やその他報奨金を受け取ってはならない。

医師は、患者、同僚医師、他の医療従事者の権利および意向を尊重すべきである。

医師は、公衆の教育という重要な役割を認識すべきだが、発見や新しい技術や、非専門的手段による治療の公表に関しては、十分慎重に行うべきである。

医師は、自らが検証したものについてのみ、保証すべきである。

医師は、患者や地域社会のために医療資源を最善の方法で活用しなければならない。

精神的または身体的な疾患を抱える医師は、適切な治療を求めるべきである。

医師は、地域および国の倫理綱領を尊重しなければならない。

**WORLD MEDICAL ASSOCIATION**

### (3)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 第18回WMA総会（ヘルシンキ、フィンランド）で採択

1975年10月 第29回WMA総会（東京、日本）で修正

1983年10月 第35回WMA総会（ベニス、イタリア）で修正

1989年 9月 第41回WMA総会（九龍、香港）で修正

1996年10月 第48回WMA総会（サマーセットウェスト、南アフリカ）で修正

2000年10月 第52回WMA総会（エジンバラ、スコットランド）で修正

2002年10月 WMAワシントン総会（アメリカ合衆国）で修正（第29項目明確化のため注釈追加）

2004年10月 WMA東京総会（日本）で修正（第30項目明確化のため注釈追加）

2008年10月 WMAソウル総会（韓国）で修正

#### A. 序文

1. 世界医師会（WMA）は、個人を特定できるヒト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として、ヘルシンキ宣言を発展させてきた。  
本宣言は、総合的に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ず適応されるべきではない。
2. 本宣言は、主として医師に対して表明されたものであるが、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、これらの原則の採用を推奨する。
3. 医学研究の対象となる人々を含め、患者の健康を向上させ、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。
4. 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。
5. 医学の進歩は、最終的に人間を対象とする研究を要するものである。医学研究に十分参加できていない人々には、研究参加への適切なアクセスの機会が提供されるべきである。
6. 人間を対象とする医学研究においては、個々の研究被験者の福祉が他のすべての利益よりも優先されなければならない。
7. 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、診断ならびに治療行為（手法、手順、処置）を改善することである。現在最善の治療行為であっても、安全性、有効性、効率、利用しやすさ、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。
8. 医学の実践および医学研究においては、ほとんどの治療行為にリスクと負担が伴う。
9. 医学研究は、すべての人間に対する尊敬を深め、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。研究対象の中には、特に脆弱で特別な保護

を必要とする集団もある。これには、同意の諾否を自ら行うことができない人々や強制や不適切な影響にさらされやすい人々が含まれる。

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、法律および規制上の規範ならびに基準を考慮すべきである。いかなる自国あるいは国際的な倫理、法律、または規制上の要請も、この宣言が示す研究被験者に対する保護を弱めたり、撤廃するべきではない。
- B. すべての医学研究のための諸原則**
11. 研究被験者の生命、健康、尊厳、完全無欠性、自己決定権、プライバシーおよび個人情報の秘密を守ることは、医学研究に参加する医師の責務である。
12. 人間を対象とする医学研究は、科学的文献の十分な知識、関連性のある他の情報源および十分な実験、ならびに適切な場合には動物実験に基づき、一般的に受け入れられた科学的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。
13. 環境に悪影響を及ぼすおそれのある医学研究を実施する際には、適切な注意が必要である。
14. 人間を対象とする各研究の計画と作業内容は、研究計画書の中に明示されていなければならない。研究計画書は、関連する倫理的配慮に関する言明を含み、また本宣言の原則にどのように対応している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、その他起こり得る利益相反、被験者に対する報奨ならびに研究に参加した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。この計画書には、その研究の中で有益であると同定された治療行為に対する研究被験者の研究後のアクセス、または他の適切な治療あるいは利益に対するアクセスに関する取り決めが記載されるべきである。
15. 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、研究者、スポンサーおよびその他のあらゆる不適切な影響から独立したものでなければならない。当該委員会は、適用される国際的規範および基準はもとより、研究が実施される国々の法律と規制を考慮しなければならないが、それらによってこの宣言が示す研究被験者に対する保護を弱めたり、撤廃することは許されない。この委員会は、進行中の研究を監視する権利を有すべきである。研究者は委員会に対して、監視情報、とく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変更することはできない。
16. 人間を対象とする医学研究を行うのは、適正な科学的訓練と資格を有する個人でなければならない。患者あるいは健康なボランティアに関する研究は、能力があり適切な資格を有する医師もしくは他の医療専門職による監督を要する。被験者の保護責任は常に医師あるいは他の医療専門職にあり、被験者が同意を与えた場合でも、決してその被験者にはない。
17. 不利な立場または脆弱な人々あるいは地域社会を対象とする医学研究は、研究がその集団または地域の健康上の必要性と優先事項に応えるものであり、かつその集団または地域が研究結果から利益を得る可能性がある場合に限り正当化される。

18. 人間を対象とするすべての医学研究では、研究に関わる個人と地域に対する予想しうるリスクと負担を、彼らおよびその調査条件によって影響を受ける他の人々または地域に対する予見可能な利益と比較する慎重な評価が、事前に行われなければならない。
19. すべての臨床試験は、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。
20. 医師は、内在するリスクが十分に評価され、かつそのリスクを適切に管理できることを確信できない限り、人間を対象とする研究に関与することはできない。医師は潜在的な利益よりもリスクが高いと判断される場合、または有効かつ利益のある結果の決定的証拠が得られた場合は、直ちに研究を中止しなければならない。
21. 人間を対象とする医学研究は、その目的の重要性が研究に内在する被験者のリスクと負担に勝る場合にのみ行うことができる。
22. 判断能力のある個人による、医学研究への被験者としての参加は、自発的なものでなければならない。家族または地域社会のリーダーに打診することが適切な場合もあるが、判断能力のある個人を、本人の自由な承諾なしに、研究へ登録してはならない。
23. 研究被験者のプライバシーおよび個人情報の秘密を守るため、ならびに被験者の肉体的、精神的および社会的完全無欠性に対する研究の影響を最小限にとどめるために、あらゆる予防策を講じなければならない。
24. 判断能力のある人間を対象とする医学研究において、それぞれの被験者候補は、目的、方法、資金源、起こりうる利益相反、研究者の関連組織との関わり、研究によって期待される利益と起こりうるリスク、ならびに研究に伴う不快な状態、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、いつでも不利益を受けることなしに、研究参加を拒否するか、または参加の同意を撤回する権利のあることを知らされなければならない。被験者候補ごとにどのような情報を必要としているかとその情報の伝達方法についても特別な配慮が必要である。被験者候補がその情報を理解したことを確認したうえで、医師または他の適切な有資格者は、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、望ましくは文書で求めなければならない。同意が書面で表明されない場合、その文書によらない同意は、正式な文書に記録され、証人によって証明されるべきである。
25. 個人を特定しうるヒト由来の試料またはデータを使用する医学研究に関しては、医師は収集、分析、保存および／または再利用に対する同意を通常求めなければならない。このような研究には、同意を得ることが不可能であるか非現実的である場合、または研究の有効性に脅威を与える場合があり得る。このような状況下の研究は、研究倫理委員会の審議と承認を得た後にのみ行うことができる。
26. 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否か、または強制の下に同意するおそれがあるか否

かについて、特別に注意すべきである。このような状況下では、インフォームド・コンセントは、そのような関係とは完全に独立した、適切な有資格者によって求められるべきである。

27. 制限能力者が被験者候補となる場合、医師は、法律上の権限を有する代理人からのインフォームド・コンセントを求めなければならない。これらの人々が研究に含まれるのは、その研究が被験者候補に代表される集団の健康増進を試みるためのものであり、判断能力のある人々では代替して行うことができず、かつ最小限のリスクと最小限の負担しか伴わない場合に限られ、被験者候補の利益になる可能性のない研究対象に含まれてはならない。
28. 制限能力者とみなされる被験者候補が、研究参加についての決定に賛意を表することができる場合には、医師は、法律上の権限を有する代理人からの同意のほか、さらに本人の賛意を求めなければならない。被験者候補の不同意は尊重されるべきである。
29. 例えば、意識不明の患者のように、肉体的、精神的に同意を与えることができ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、その対象集団の必要な特徴である場合に限って行うことができる。このような状況では、医師は法律上の権限を有する代理人からのインフォームド・コンセントを求めるべきである。そのような代理人が存在せず、かつ研究を延期することができない場合には、インフォームド・コンセントを与えることができない状態にある被験者を対象とする特別な理由を研究計画書の中で述べ、かつ研究倫理委員会で承認されることを条件として、この研究はインフォームド・コンセントなしに開始することができる。研究に引き続き参加することに対する同意を、できるだけ早く被験者または法律上の代理人から取得するべきである。
30. 著者、編集者および発行者はすべて、研究結果の公刊に倫理的責務を負っている。著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。彼らは、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。消極的結果および結論に達しない結果も積極的結果と同様に、公刊または他の方法で一般に公表されるべきである。刊行物の中には、資金源、組織との関わりおよび利益相反が明示される必要がある。この宣言の原則に反する研究報告は、公刊のために受理されるべきではない。

#### C. 治療と結びついた医学研究のための追加原則

31. 医師が医学研究を治療と結びつけることができるのは、その研究が予防、診断または治療上の価値があり得るとして正当化できる範囲内にあり、かつ被験者となる患者の健康に有害な影響が及ばないことを確信する十分な理由を医師がもつ場合に限られる。
32. 新しい治療行為の利益、リスク、負担および有効性は、現在最善と証明されている治療行為と比較考慮されなければならない。ただし、以下の場合にはプラセボの使用または無治療が認められる。
  - ・ 現在証明された治療行為が存在しない研究の場合、または、
  - ・ やむを得ない、科学的に健全な方法論的理由により、プラセボ使用が、そ

の治療行為の有効性あるいは安全性を決定するために必要であり、かつプラセボ治療または無治療となる患者に重篤または回復できない損害のリスクが生じないと考えられる場合。この手法の乱用を避けるために十分な配慮が必要である。

33. 研究終了後、その研究に参加した患者は、研究結果を知る権利と、例えば、研究の中で有益であると同定された治療行為へのアクセス、または他の適切な治療あるいは利益へのアクセスなどの、研究結果から得られる利益を共有する権利を有する。
34. 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。患者の研究参加に対する拒否または研究からの撤退の決定は、決して患者・医師関係の妨げとなってはならない。
35. ある患者の治療において、証明された治療行為が存在しないか、またはそれらが有効でなかった場合、患者または法律上の資格を有する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後であれば、医師は、まだ証明されていない治療行為を実施することができる。ただし、それは医師がその治療行為で生命を救う、健康を回復する、または苦痛を緩和する望みがあると判断した場合に限られる。可能であれば、その治療行為は、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。すべての例において、新しい情報は記録され、適切な場合には、一般に公開されるべきである。

\*\*\*

(日本語訳は日本医師会による)



## (4)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

### 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の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する場合、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、特別に法律が認めるか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定める権利を有する。

(日本語訳は日本医師会による)