

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

2026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. 研修医向け勉強会・職員研修 p84
6. 評価について p86
7. 臨床研修修了認定基準項目 p87
8. 初期臨床研修の中断および再開マニュアル p89
9. 初期臨床研修の未修了マニュアル p96
10. 図書室の利用について p98
11. 自己研鑽の設備等について p98
12. 夜間休日の勤務について p99
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) p100

資料 1. 名古屋医療センター研修医の医療行為について

資料 2. WMAの主要な宣言等

- (1) ジュネーブ宣言
- (2) WMA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WMAリスボン宣言

資料 3. 臨床研修到達目標マトリックス

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 6. CPC について

別添資料 7. 中心静脈カテーテル挿入管理マニュアル

別添資料 8. 一般外来手引

別添資料 9. 禁煙外来手引

別添資料 10. 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安全な医療の推進
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 2026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38科、院内標榜診療科6科、職員総数1,338名（医師数251名）。（2025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38.1名(1日平均)、救急車搬送患者数27.7名(1日平均)、心肺停止状態搬送患者数583名(年間)である。(2024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かん養し、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。

※ 各種評価票とは下記の3種類

① 研修医到達目標評価票（研修医の評価票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（研修医の臨床手技）

→ 臨床手技/検査手技/診療録の自己評価・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、プログラム評価

（原則オンライン評価システム EPOC 2 で実施する）

5. 定員と応募、面接

1) 定 員： 13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 職員係長

電話 052-951-1111 内線 2214

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 347,000 円、2年次 367,000 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…年次休暇 20 日、リフレッシュ休暇 3 日、特別休暇

年 5 日の有給休暇取得は義務づけられています

- 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」

【研修プログラムの一例】

	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年目	内科 24週						救急集中治療科 7週		麻酔 8週		救急集中治療科 4週	外科 4週
2年目	産婦 4週	小児 4週	精神* 4週	地域 4週	選択外科 4週	救急集中治療科 4週	選択(補完)科 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 週以上(急性期疾患基本処置修得)

一般外科 4 週以上

選択外科 4 週以上 一般外科、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 15 週以上(急性期疾患基本処置修得)

麻酔科 8 週以上

小児科・産婦人科・精神科 各 4 週以上

地域医療研修 4 週以上

2 年次に地域医療 4 週以上

選択(補完)科

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

内科、小児科、地域医療の並行研修として行う

プログラム責任者： 小林 麗

副プログラム責任者： 服部 正嗣 / 山下 健太郎

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。内科、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に行う。
 - 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メディカルスタッフが定められた手順で評価する。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、研修医に対して形成的評価（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	p16
・ 循環器内科	p18
・ 消化器内科	P20
・ 糖尿病・内分泌内科	p22
・ 脳神経内科	p24
・ 腎臓内科	p27
・ 腫瘍内科	p29
・ 緩和ケア内科	p31
・ 膠原病内科	p34
・ 感染症内科	p36
・ 救急救命センター	p38
・ 外科	p41
・ 心臓血管外科	p45
・ 産婦人科	p46
・ 精神科	p49
・ 整形外科	p54
・ 泌尿器科	p57
・ 小児科	p58
・ 脳神経外科	p61
・ 眼科	p64
・ 耳鼻いんこう科・頭頸部外科	p66
・ 皮膚科	p68
・ 麻酔科	p70
・ 放射線科	p75
・ 臨床検査科	p77
・ 病理診断科	p79
・ 地域医療	p82
・ 一般外来	p83

血液内科

【一般目標】

造血器腫瘍及び血液難病の病態、診断、並びに治療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. 血液内科診療にスタッフと共に主体的に参加する。
 - (1) 診療参画
 - 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)や血液難病(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)、並びにこれらの周辺疾患の診断法を習得する。
 - ② 造血器腫瘍や血液難病、並びにこれらの周辺疾患の治療法(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)を習得する。
 - ③ 担当患者の病態および問題点を整理し、診療方針について自ら考え、上級医に提案できるようになる。
 - (2) チーム医療
 - ① 多職種と連携し、チーム医療の一員として適切な役割を果たす。

【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票を用いて、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。

週間スケジュール

血液内科	月	火	水	木	金
午 前					ジャーナルクラブ
	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
午 後			移植カンファレンス		
	病棟処置	骨髄線種の場合あり		病棟処置	
			医長回診		
夕 方					16:00- カンファレンス

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、感染症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。

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票を用いて、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 呼吸器内科の評価票も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 各種評価票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。

週間スケジュール

呼吸器内科	月	火	水	木	金
午 前		8:30 輪読会		8:30-12:00	
				気管支鏡検査	
		医長回診			
午 後	13:30-			14:00-16:00	
	インターベーション手術			インターベーション手術	
夕 方	17:00-17:40	17:00-17:30	17:00-17:30	17:00-17:30	17:00-17:30
	呼吸器合同カンファレンス	胸部X線カンファレンス	胸部X線カンファレンス	胸部X線カンファレンス	胸部X線カンファレンス
		18:00-			
		症例カンファレンス			

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、研修期間は指導医の下、担当医として患者を受け持ち、入院患者を担当する。外来業務は、時間外の一般内科患者として処置室で診察にあたる。
 - (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. 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、読影力を養う。
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. 不整脈分野では、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、遠隔モニタリングシステムを利用し管理している。

【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. 指導医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価票を用いて、評価を行う。

週間スケジュール

循環器内科	月	火	水	木	金
午前	心臓カテーテル 検査/治療	心臓カテーテル 検査/治療	心臓カテーテル 検査/治療	心臓カテーテル 検査/治療	心臓カテーテル 検査/治療
				カテーテルアブレーション	心筋シンチ 検査
午後	心臓カテーテル 検査/治療	心臓カテーテル 検査/治療	心臓カテーテル 検査/治療	心臓カテーテル 検査/治療	心臓カテーテル 検査/治療
			13:00～ トレッドミル (隔週)		14:00～ 心筋シンチ 読影
夕方	16:30～ CCUカンファレンス	16:30～ CCUカンファレンス	16:30～ CCUカンファレンス	16:30～ CCUカンファレンス	16:30～ CCUカンファレンス
	16:45～ 症例検討会				16:45～ 症例検討会

消化器内科

【一般目標 (GIO)】

消化器疾患は日常臨床において極めて頻度が高く、多岐にわたる。本研修では、消化器疾患の病態・診断・治療を深く理解し、標準的な診療技術を習得する。また、患者および家族に対し、全人的な視点を持って適切なコミュニケーションを行う能力を養う。さらに、多職種連携によるチーム医療の重要性を認識し、チーム内での意思疎通と協調性を持ち、主体的に貢献することを目指す。

【行動目標 (SBOs)】

1年目：基本手技の習得と病態理解

消化器疾患の基本診察法、検査の適応判断、および基本的手技を習得する。

1. 上部消化管内視鏡検査 (EGD)： 基本的な観察、生検、偶発症への対応。
2. 腹部超音波検査： 主要臓器の描出と、腹水・腫瘍・結石等の判定。
3. 大腸内視鏡検査 (CS)： 前処置の管理とスクリーニングの基本。
4. 消化管 X 線造影検査： 適応の判断と読影 (胃透視・注腸検査など)。
5. 中心静脈栄養 (CV) 管理： 安全な穿刺手技と栄養管理の計画。
6. 基本手技： 腹腔穿刺、経鼻胃管挿入、イレウス管管理の習得。

2年目：専門的検査・治療の理解と実践

1年目の習得事項をさらに深め、高度な専門的治療や緊急処置に立ち合い、一部を実践する。

1. 内視鏡的治療の補助と実践： ポリペクトミー、内視鏡的止血術、EMR (粘膜切除術) および ESD (粘膜下層剥離術) の理解。
2. 胆膵内視鏡 (ERCP・EUS)： 解剖の理解と、EST (乳頭切開)・ステント留置等の処置補助。
3. 肝癌治療 (IVR/LITT)： TACE (肝動脈塞栓術) や RFA (ラジオ波焼灼術) の理解。
4. 経皮的処置： PTGBD (経皮経肝胆嚢ドレナージ) や肝生検の習得。
5. がん薬物療法： ガイドラインに基づく化学療法のレジメン理解と副作用管理。
6. 緩和ケア： 終末期医療における疼痛管理と心理的サポート。
7. 内視鏡的胃瘻造設術 (PEG)： 術前評価、手技、術後管理。

【方略 (LS)】

1. 指導医・上級医とのチーム (屋根瓦方式) による入院患者の主治医としての診療。
2. 週間スケジュール (内視鏡枠、回診、カンファレンス) への積極的参加。
3. 症例検討会でのプレゼンテーションの実施。
4. 研修期間は原則として4週以上を推奨する。

【評価】

1. 中間評価： 研修期間中、適宜指導医によるフィードバックを行う。
2. 自己評価・他者評価： 卒後教育研修センター指定の評価票を用い、指導者およびコメディカルからの多面的評価を受ける。

3. 面接： 修了時に指導医と面接を行い、目標の達成度を確認する。
4. フィードバック： 研修医は診療科の教育体制について評価を提出し、プログラムの改善に繋げる。

週間スケジュール

消化器内科	月	火	水	木	金
午前	消化器内科症例検討会/ミーティング 病棟回診 内視鏡/超音波内視鏡	消化器内科症例検討会/ミーティング 病棟回診 内視鏡/超音波内視鏡 外来診療	消化器内科症例検討会/ミーティング 病棟回診 内視鏡/超音波内視鏡 胃透視・注腸検査	消化器内科症例検討会/ミーティング 病棟回診 内視鏡/超音波内視鏡	消化器内科症例検討会/ミーティング 病棟回診 内視鏡/超音波内視鏡
午後	病棟回診 内視鏡 消化器内科カンファレンス	病棟回診 内視鏡 Angio(血管造影室)	病棟回診 内視鏡 画像カンファレンス	病棟回診 内視鏡 Angio(血管造影室) 消化器内科・外科・腫瘍内科 合同カンファレンス	病棟回診 内視鏡 消化器内科部長回診

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、MR1 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・脈派図・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、運動療法の指導。
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】

1. 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・外来患者の診療を行う。
症例検討会、文献抄読会、講演会、学会に積極的に参加する。
2. 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、指導医のもとで診察し検査結果の解釈、治療法決定、患者への説明を行う。
 - (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) 診療情報提供書・退院療養計画書・退院サマリーを臨床研修指導医・上級医のもとで作成する。

(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】

1. 臨床研修医は、PG-EPOC の研修医評価票 I / II / III で、臨床研修到達目標項目の自己評価による研修達成度確認を行い、ローテート終了時に自己評価記載を完了する。指導医は、同評価票の研修医自己評価を確認し、当該ローテート研修の指導医評価票の記載を完了する。指導医による評価結果は PG-EPOC 上でフィードバックされる。
2. 臨床研修指導医は、PG-EPOC の WBA (mini CEX・DOPS・CbD) で診察・手技・患者マネジメントについて 適時評価を行う。
3. 臨床研修指導医または上級医は、本カリキュラムの行動目標の全てに対する観察を行い、ローテート中面談を適宜実施し、形成的評価をフィードバック面談シートに記録する。ローテート終了時の面談では、適宜看護士などの指導者も入り、総合的評価のフィードバックを行い、フィードバック面談シートに記録する。
4. 臨床研修指導医は、研修医が作成した病歴要約により、経験すべき症候、疾病、病態に関する理解度について、卒後教育研修センターの定める研修医評価票を用いて、形成的評価を行う。

週間スケジュール

糖尿病・内分泌内科	月	火	水	木	金
午前	新患外来診察★ 又は 病棟患者診察★	新患外来診察★ 又は 病棟患者診察★	新患外来診察★ 又は 病棟患者診察★	病棟患者診察★ 科長回診 回診後カンファレンス	新患外来診察★ 又は 病棟患者診察★
午後	病棟患者診察	病棟患者診察	病棟患者診察	病棟患者診察	病棟患者診察 抄読会 カンファレンス

★は担当患者数、経験症例等に応じて決定

甲状腺エコー、甲状腺穿刺吸引細胞診は初診外来を中心に必要時適宜上級医と担当

負荷試験は症例があれば上級医と実施する

脳神経内科

【一般目標】

一般目標 内科学に立脚した神経内科医として、common disease から神経難病まであらゆる神経疾患に対応できる 能力を身に付けるために、神経学の基本的知識（解剖、生理、症候学）、検査、治療法を修得する。

【行動目標】

1. 神経系の解剖・生理・病態について説明することができる。
2. 神経疾患の特性（発症様式、時間経過など）に配慮しながら、病歴を聴取することができる。
3. 基本的な内科学的所見（バイタルサイン、外表所見、胸腹部所見など）をとることができる。
4. 意識・精神状態、脳神経、運動系、感覚系、自律神経系の所見を系統立ててとることができる。
5. 得られた異常所見から、障害部位や病態を、神経学的に推測・説明できる。
6. 初診外来でよく見られる疾患や症候の鑑別と初期対応ができる。
7. 再診外来で頻度の高い慢性疾患の経過観察や継続治療ができる。
8. 各種画像検査（CT、MRI、SPECT、血管超音波検査など）の適応を判断し実施・読影できる。
9. 髄液検査の適応と解釈を述べることができ、安全に検査を施行することができる。
10. 脳血管障害の危険因子を挙げ、それらを評価するための検査をオーダーできる。
11. 電気生理学検査（脳波、筋電図、神経伝導検査、体性感覚誘発電位、聴性脳幹反応など）の概要を理解し適応を判断できる。
12. 神経心理学検査、各種自律神経系検査を実施し結果を解釈できる。
13. 筋生検の適応を判断し、実施、結果の解釈ができる。
14. 脳血管障害の病態に応じた急性期治療の選択と実施ができる。
15. 超急性期脳梗塞に対する t-PA 療法の適応を判断し実施できる。
16. てんかん発作、不随意運動に対する薬物療法の適応、手術療法の適応を説明できる。
17. 運動障害、高次機能障害に応じた、リハビリテーションの適応を判断し、処方することが出来る。
18. 脳血管障害の予防のための治療法を説明でき、実施できる。
19. その他の主要な神経疾患（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）を理解し、診断等に必要な検査を実施できる。
20. しびれ、頭痛、めまいなどの神経症状に対する対症療法を説明でき、実施できる。
21. 神経疾患の各種薬物の作用機序を説明でき、症状に応じた処方出来る。

【方略】

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、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。
- (2) 主治医の指導のもと、血管超音波検査のほか、腰椎穿刺、神経伝導検査、筋電図などの検査を実際に施行する。
- (3) 外来診療では初診患者の病歴聴取や診療を実施し、臨床研修指導医・上級医の診療に同席して診察や患者への接し方、診療の進め方などを学ぶ。
- (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自ら行う。
- (5) 診療情報提供書、証明書、死亡診断書などを自ら記載する。(ただし、主治医と連名が必要)
- (6) 入院診療計画書/退院療養計画書を主治医の指導のもと作成する。

2. カンファレンス

- (1) 毎週月曜日 16時30分からの症例検討会で担当患者の症例提示を行い、討論に参加する。
- (2) 毎週金曜日 17時からの多職種カンファレンスで担当患者の症例提示を行い、討論に参加する。
- (3) カンファレンスで疑問点があれば、自分で調べて後に発表する機会を設ける。

3. 院外研究会(不定期)が開催される場合には積極的に参加する。

4. 症例発表

ローテーション中に担当した症例の中から1例を選び、症例サマリーを作成し、論文やガイドラインなどからの引用を加えて考察し、最終週に症例発表を行う。

【評価】

1. 臨床研修医はPG-EPOCの研修医評価票I/II/IIIで、臨床研修到達目標項目の自己評価による研修達成度確認を行い、ローテート終了時に自己評価記載を完了する。指導医は同評価票の研修医自己評価を確認し、当該ローテート研修の指導医評価票の記載を完了する。指導医による評価結果はPG-EPOC上でフィードバックされる。
2. 臨床研修指導医は、PG-EPOCのWBA(mini CEX・DOPS・CbD)で診察・手技・患者マネージメントについて適時評価を行う。
3. 臨床研修指導医または上級医は、本カリキュラムの行動目標の全てに対する観察を行い、ローテート中面談を適宜実施し、形成的評価をフィードバック面談シートに記録する。ローテート終了時の面談では、適宜看護師などの指導者も入り、総合的評価のフィードバックを行い、フィードバック面談シートに記録する。
4. 臨床研修指導医は研修医が作成した病歴要約により、経験すべき症候、疾患、病態に関する理解度について卒後教育研修センターの定める研修医評価票を用いて、形成的評価を行う。

週間スケジュール

脳神経内科	月	火	水	木	金
午前	筋電図	8:00 総回診	10:00 頸動脈エコー		筋電図
午後		12:30 ER担当			
夕方	17:00		17:00		17:00
	新入院症例検討会		抄読会・外来カンファレンス		脳卒中カンファレンス

腎 臓 内 科

【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。

【行動目標】

以下の項目の入院症例を指導医とともに担当し、診察、検査、治療について理解を深める。

1. 水、電解質、酸・塩基平衡異常
2. 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
3. 尿細管・間質疾患
4. 腎・尿路感染症
5. 高血圧および腎血管障害
6. 全身性疾患による腎障害
糖尿病関連腎臓病、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、紫斑病性腎炎、DICによる腎障害、肝疾患に伴う腎障害、妊娠に関連した腎障害
7. 急性腎障害（AKI）、慢性腎臓病（CKD）
8. 遺伝性および先天性腎疾患
9. 透析療法 透析導入基準、透析方法、合併症
10. 各種アフェレーシス 適応、合併症

【方略】

1. 指導医とともに入院症例を担当し、診療を行う。
2. 採血、尿、画像検査等の検査結果の評価を行うとともに、腎生検やブラッドアクセスカテーテル留置、シャント手術などの手技に参加する。
3. 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票を用いて、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 腎臓内科の評価票を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 各種評価票は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

週間スケジュール

腎臓内科	月	火	水	木	金
午前	透析カンファレンス	透析カンファレンス	透析カンファレンス	透析カンファレンス	透析カンファレンス
	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
午後	手術・検査	手術・検査	病理カンファレンス・抄読会	手術・検査	入院患者カンファレンス
	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診

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) 多職種によるチーム医療の実践
 - (4) 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。
上記ステップを繰り返しながら、技量の幅を広げていく。
4. 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。
5. 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）。
6. 4～8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票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. 腫瘍内科科の評価票も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. 各種評価票は定められた手順で卒後教育研修センターに提出する。

週間スケジュール

腫瘍内科	月	火	水	木	金
午前	回診	回診	婦人科カンファレンス	回診	回診
	病棟回診・処置	病棟回診・処置	病棟回診・処置	病棟回診・処置	病棟回診・処置
	外来	外来	外来	外来	外来
午後		腫瘍内科カンファレンス			病棟カンファレンス
		頭頸部カンファ			
				緩和カンファレンス	腫瘍内科カンファレンス
夕方	回診 画像確認	回診 画像確認	回診 画像確認	回診 画像確認	回診 画像確認
	乳腺カンファレンス	泌尿器カンファレンス		消化器カンファレンス	

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
 - ① 薬物療法、NSAIDs、オピオイド、鎮痛補助剤
 - ② 放射線治療
 - ③ 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】

1. 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。
2. 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。
3. 外来についてもらい、実際の ACP の状況を見知っていただく。
4. 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。
5. 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。
6. 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。
7. 2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】

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票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. 緩和ケア内科の評価票も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. 各種評価票は定められた手順で卒後教育研修センターに提出する。

- ① 便秘、下痢症状の緩和

週間スケジュール

緩和ケア内科	月	火	水	木	金
午前	外来研修	病棟回診	病棟回診	外来研修	外来研修
午後	病棟回診	講義	チームカンファレンス	病棟回診	病棟回診
					病棟カンファレンス (隔週)
夕方				多職種カンファレンス	

※随時開催される病棟カンファレンスや退院前カンファレンス、MSW面談にも参加する。

膠原病内科

【一般目標】

- ・膠原病診療の診察方法・検査の基本を理解する。
- ・内科診療に必要な基本的知識と診察法を習得する。
- ・グルココルチコイド・免疫抑制剤・分子標的薬について、メリット・デメリットを理解する。

【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・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、薬剤など鑑別しながらのアプローチ
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、シェーグレン病、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、スティル病、乾癬性関節炎、強直性脊椎炎、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。

【指導体制】

- ・研修医は専門医の指導のもと入院患者を 5 名以上担当し、回診・カルテ記載を行う
- ・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
- ・症例カンファレンスでは、指導医との質疑応答を通じて理解を深める

【方略】

1. 指導医及び内科専門医の指導のもと入院患者・緊急受診患者の診察を行う
2. 週 2 回の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

【評価】

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5段階で評価

週間スケジュール

膠原病内科	月	火	水	木	金
午前	入院コンサル対応	入院コンサル対応	入院コンサル対応	入院コンサル対応	入院コンサル対応
	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
午後	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
			1週間振り返り		
夕方		症例カンファレンス		症例カンファレンス	

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) 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。
- (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) 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。
- (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。
- (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。
- (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) 全国および当院の患者動向を説明することができる。
- (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。
- (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。
- (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. 4週以上の研修期間が望ましい。

【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票を用いて、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. 感染症内科の評価票も 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. 各種評価票は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

週間スケジュール

感染症内科	月	火	水	木	金
午前	病棟回診	外来	外来	病棟回診	病棟回診
	予約外外来	病棟回診	病棟回診	予約外外来	予約外外来
午後	予約外外来	レクチャー	カンファレンス	予約外外来	予約外外来
		1 on 1			
夕方					

救命救急センター

【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に対応できるようにするために、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、ER 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
 - ① 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）
 - ② 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）
 - ③ 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）
 - ④ 急性中毒（その原因と治療）
 - ⑤ 代謝性脳症（その原因と治療）
 - ⑥ 急性感染症
 - ⑦ 急性呼吸不全（その原因と治療）
 - ⑧ 多発外傷（胸腹部外傷、脊椎骨折、骨盤骨折、多発骨折など）
 - ⑨ その他

- 溺水
- 熱傷、環境異常（熱中症、低体温症）
- 急性腹症
- 急性腎不全
- 消化管出血
- 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行う。

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行う。

8. カルテ記載

【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。
- 週間スケジュール

週間スケジュール ER

救急	月	火	水	木	金
午前	救急診療	救急診療	救急診療	救急診療	救急診療
午後	振り返り	振り返り	振り返り	振り返り	振り返り
夕方					

週間スケジュール ICU

ICU	月	火	水	木	金
午前	症例検討	症例検討	症例検討	症例検討	症例検討
	多職種ミーティング	多職種ミーティング	多職種ミーティング	多職種ミーティング	多職種ミーティング
	検査・処置	検査・処置	検査・処置	検査・処置	検査・処置
午後	検査・処置	検査・処置	検査・処置	検査・処置	検査・処置
			抄読会		
夕方	申し送りカンファレンス	申し送りカンファレンス	申し送りカンファレンス	申し送りカンファレンス	申し送りカンファレンス

外科

【到達目標】

【一般目標】

外科疾患についての診断から治療、手術、術後管理までの一貫した医療を理解し提供する能力を修得する。患者中心の医療、チーム医療の重要性を理解し実践する。将来、外科医として活躍する者はその基盤を築く機会とし、外科医とならない者もプライマリーケアに必要な外科基本手技を身に付ける。

【行動目標】

- ① チーム医療の重要性を理解し、他の医療スタッフと良好な人間関係が構築できる。
- ② 病歴を聴取・要約し、身体診察を行って評価し、診療録に記載できる。
- ③ 周術期に必要な検査を理解して指示でき、結果を解釈して手術リスクの評価ができる。
- ④ 基本的治療法（輸液、循環呼吸管理、抗菌剤の適正使用、疼痛管理、経静脈栄養、経腸栄養、輸血）が理解でき実施できる。
- ⑤ 外科的基本手技（局所麻酔、切開、縫合、結紮、止血、創部処置、胃管・イレウス管挿入、ドレーン管理、中心静脈カテーテル留置、胸腔穿刺、腹腔穿刺）が実施できる。
- ⑥ 病状に対する手術適応と手術以外の方法を理解し、術式を決定することができる。
- ⑦ 手術の助手として、手術手技を理解し円滑な手術の施行に貢献できる。
 - (1) 手術の目的と進行を理解し、良好な術野展開や適切な吸引などを行うことができる。
 - (2) 腹腔鏡下手術の **scope operator** を行うことができる。
 - (3) 血管や組織の結紮、皮膚の真皮埋没縫合を行うことができる。
 - (4) 電気メスや止血デバイスの種類と使用法を理解できる。
 - (5) 自動縫合器・吻合器の適応と種類、使用手順・操作を理解できる。
- ⑧ 執刀医として手術を行い、手術記事を記載できる。
 - (1) 中心静脈ポート造設術、リンパ節切除術、腹腔鏡下虫垂切除術などの手術を指導医のもとで執刀医として完遂することができる。
 - (2) 適切な手術記事を記載することができる。
- ⑨ 術後患者に留意すべき合併症について理解し、担当患者の退院までの診療を行うことができる。
- ⑩ 患者・家族と良好にコミュニケーションでき、シェアード・ディシジョン・メイキングについて理解できる。
- ⑪ 術後補助化学療法や進行再発に対する化学療法や放射線療法の適応について理解できる。
- ⑫ アドバンス・ケア・プランニングについて理解し、患者と家族に寄り添った緩和医療、死への対応ができる。
- ⑬ 患者の診療に関する診断書や診療情報提供書など書類を作成することができる。
- ⑭ 経験症例を契機として学術的探求心を喚起し、知見を症例報告や臨床研究として発表できる。
- ⑮ 医療安全の意識をもって診療を行い必要な確認・報告を行うことができる。

【方略】

A) 実地研修 on the job training

①病棟

- ・ 上級医の指導のもと患者の担当医として入院患者を受け持ち、経過、身体診察、検査データを把握して治療計画立案に参加する。
- ・ 術前の患者の疾患、併存症、手術リスクを把握し、予定手術に必要な解剖を含めた予習を行う。
- ・ 担当患者を毎日診察して、上級医の指導のもと輸液管理・処方・食事指示などを積極的に行う。
- ・ 創部処置、ドレーン管理、胸腔・腹腔穿刺、中心静脈カテーテル留置・抜去を上級医の指示のもと行う。
- ・ 外科にコンサルトされた病棟患者を上級医とともに診察し、担当医として診療に参加する。
- ・ 上級医の患者への病状説明に積極的に立ち合い、自らも可能な病状説明を行う。
- ・ 退院要件を理解し必要に応じて在宅支援・転院調整などの退院調整に参加する。
- ・ 診療情報提供書・診断書・死亡診断書などの書類を上級医との連名で記載する。
- ・ 入院療養計画書・退院療養計画書・退院サマリーを作成する。
- ・ 自らまたは上級医のインシデント、オカレンスに対してレポートを記載して報告する。

②手術室

- ・ 入室前の手術室の準備を行い、患者の手術入室に立ち合う。
- ・ 手術に主に助手として参加し、施行される術式を通じて手術手技や解剖について学ぶ。
- ・ 腹腔鏡手術の scope 操作のレクチャーを受けた上、上級医の指導の下で術中の scope 操作を行う。
- ・ 手術中の上級医の手技やデバイス操作法を観察して学び、機会をえて自身で手技を行い、特に皮膚縫合は積極的に役割を担う。
- ・ 手術を執刀するため、上級医が行う当該術式に助手として参加または外回りとして観察する。
- ・ 執刀医として手術を完遂するために必要なすべての手技を確認の上、手術を執刀し手術記録を記載する。
- ・ 病理標本を観察し、整理・記録に参加して標本の取り扱い、特に癌取り扱い規約について学ぶ。
- ・ 患者の手術室からの退室、病棟・ICU への入室に立ち合う。

③救急外来

- ・ 救急外来から外科コンサルトされた症例を上級医とともに診察し担当医として診療に参加する。
- ・ 救急外来から緊急手術となる症例を通して手術適応や迅速に必要な対応を学ぶ。

B) カンファレンス

①術前症例検討会

- ・ 上級医のプレゼンを通じて各種疾患の評価・治療方針・術式について学び、議論に参加する。
- ・ 自分が担当する手術患者から症例を選んで症例提示を行う。

②術後症例検討会

- ・ 上級医のプレゼンを通じて行われた手術について学び、議論に参加する。
- ・ 手術に参加した症例についての手術内容、術後経過についてプレゼンを行う。

③病棟患者検討会・病棟カンファレンス

- ・ 上級医のプレゼンを通じて入院中の全患者の病状・現在の治療について理解する。
- ・ 担当患者についてプレゼンを行う。
- ・ 治療方針の相談症例を通して疾患の評価・治療方針についての議論に参加する。
- ・ 多職種カンファレンスでの症例検討に参加し、担当患者が検討される場合はプレゼンを行う。

④抄読会・研究発表会

- ・ 抄読会に参加して最新の知見についての論文の吟味、検討を行う。
- ・ 興味を持った症例や事項についてデータ集積や文献的考察を行い、学会発表形式での研究発表を研修最終週に行う。

C) 手技トレーニング

- ・ 糸結び・運針・縫合結紮のトレーニング、腹腔鏡下手術の手技トレーニングを積極的に行う。
- ・ 特に希望するものにはロボット手術のシミュレーターを用いたトレーニングの機会が提供される。

【評価】

A) 研修医の評価

- ・ 研修開始時に指導医と面談を行って研修の目標・方略について確認する。
- ・ 研修途中に適宜面談を行って研修の途中経過・成果を確認する。
- ・ 研修中の評価については PG-EPOC を用いて行う。
 - (1) 研修医評価表で自己評価による研修達成度を入力する。
 - (2) 経験した手技・処置・患者対応の項目を入力する。
 - (3) 指導医は評価項目にしたがって日常臨床業務や研修活動を観察する。
 - (4) 指導医はローテーション終了時に研修医の自己評価を確認し、指導医評価を記載して形成的評価を行う。
 - (5) 指導医は研修医が作成した病歴要約およびレポートを確認して、経験すべき症候・病態・疾病についての理解について形成的評価を行う。

B) 外科研修プログラムの評価

- ・ 研修開始時にローテーション前アンケートに回答して研修の意向を表明する。
- ・ 指導医はローテーション前アンケートでの意向に従って指導を行う。
- ・ 研修終了時にローテーション後アンケートに回答して意向の達成度について確認する。
- ・ 指導医はローテーション後アンケートの結果に基づいて指導やカリキュラムを振り返り修正する。

週間スケジュール

外科	月	火	水	木	金
午前	術後症例カンファレンス	朝カンファレンス	朝カンファレンス	術前症例カンファレンス	研究発表会・抄読会病棟 症例カンファレンス
	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	医長回診
	手術	手術	手術	手術	手術
午後	手術	手術	手術	手術	手術
	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
夕方		病棟多職種カンファ			
		外科内科合同カンファレンス			

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様式を用いて、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票も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。

産婦人科

当院分娩休止中のため当院で婦人科研修 2 週間、外部病院で産科研修 2 週間の計 4 週の研修となります。

【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. 病的な女性のみならず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。

【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) これらを評価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が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。

【指導体制】

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。

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) 妊婦検診

- 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。

1. 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。

2. 興味のある最近の論文を、手短かに発表する。

【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、婦人科 2 週間、産科 2 週間の計 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。
(産科、婦人科それぞれ 2 週間の研修終了時に行います。)
2. 研修医は、卒後教育研修センターの定める様式を用いて、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. 産婦人科の評価票も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. 各種評価票は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

週間スケジュール

産婦人科	月	火	水	木	金	土
午前	外来診療	カンファレンス 外来診療	カンファレンス 外来診療	手術	外来診療	外来診療
午後		手術		手術		
夕方						

産科研修は外部病院でのタイムスケジュールに沿って対応してください

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の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】

1. 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)

2. 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

3. 経験すべき症状・病態・疾患

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。

(1) 基礎

- 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。
- 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 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。
- 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。
- 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。
- 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 全国および当院の患者動向を説明することができる。
- 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。
- 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。
- 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。
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。
4. 具体的な研修方略は基本的な精神科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。

週間スケジュール

精神科（東尾張）	月	火	水	木	金
午前	予診・初診または 外来陪席	予診・初診または 外来陪席	予診・初診または 外来陪席	予診・初診または 外来陪席	予診・初診または 外来陪席
午後	1400 治療評価会議 @ 3病棟	1330 院長回診・カ ンファレンス@ 1病棟	1400 児童 カンファ レンス @ 6病棟		
夕方					

※1週目月曜日の午前中：オリエンテーション

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。

【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

【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。

【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いえる）
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

【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票を用いて、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整形外科の評価票も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。

週間スケジュール

整形外科	月	火	水	木	金
午前	8:00	8:30		8:00	手術
	外来症例カンファレンス	部長回診		外来症例カンファレンス	
午後	手術	手術	手術	手術	手術
夕方		17:00	18:00		
		病棟カンファレンス	外傷カンファレンス		
			(研修医・レジデント対象)		

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) 尿管カテーテル法(主として見学)
 - (5) 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を習得して実践できる
 - (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. 小児科における検査の実施とその解釈が可能になる
 - (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
 - (9) 食物経口負荷試験
3. 検査材料採取および検査手技が実施できる
 - (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. 小児薬用量を理解し、与薬上の注意を患者家族に説明できる
 - (1) 処方
 - (2) 輸液
5. 注射法の違いを理解して実施できる
 - (1) 静注、点滴法
 - (2) 皮内、皮下、筋肉内注射法
6. 小児の救急処置を理解し、介助あるいは実施できる
 - (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. 診療計画を作成し、評価することができる
 - (1) 急性疾患の入院治療

- (2) 慢性疾患の入院診療
 - (3) 急性疾患の外来診療
 - (4) 新生児の入院管理
8. 小児保健において必要な事項について理解し、患者家族に説明できる
- (1) 予防接種
 - (2) 乳幼児健診
 - (3) 生活指導

【方略】

1. 研修の場は、病棟、小児科外来、救急外来である
2. 研修の指導には、入院患者の担当医、外来担当医、救急外来担当医がそれぞれ中心となって臨床研修指導医と上級医が担当する。
3. 研修医は、それぞれの担当医の指導のもとで、受け持った患者の診察に直接携わる。
 - (1) 病棟研修
 - ① 担当医の一人として入院患者を受け持つ。
 - ② 受け持ち患者を毎日診察し、SOAP形式に従って所見を診療録に記載する。
 - ③ 担当医の指導のもとで受け持ち患者の治療計画の立案を行い、診療方針について協議する。
 - ④ 担当医の指導のもとで、受け持ち患者の検査あるいは治療を自ら行う。
 - ⑤ カンファレンスでは受け持ち患者のプレゼンテーションを行う。
 - ⑥ 受け持ち患者が退院した際には、退院サマリーを作成する。
 - ⑦ 受け持ち以外の患者についても、担当医の指導のもとで診察、検査、治療等に適宜参加する。
 - (2) 外来研修
 - ① 初診患者の予診を担当し、その結果を診療録に記載する。
 - ② 外来担当医に同伴し、必要に応じて診察介助あるいは診療録への記載を行う。
 - ③ 外来担当医の指導のもとで検査および治療を自ら行う。
 - ④ 慢性疾患患者についても、外来担当医の診察に同席し、診療方針について協議する。
 - (3) 救急外来
 - ① 救急外来担当医とともに患者の初期診療を行い、その結果を診療録に記載する。
 - ② 救急外来担当医とともに必要な検査、処置、治療の立案を行う。
 - ③ 救急外来担当医の指導のもとで検査および治療を行う。
 - ④ 救急外来担当医とともに入院の判断、適切な説明、帰宅後の指導を行う。

【評価】

- (1) 研修医は、研修終了時に上級医または臨床研修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 PG-EPOC の研修医評価票を用いて自己評価を行う。
- (3) 臨床研修指導医または上級医は、本カリキュラムの行動目標のすべてに対する観察を行って評価する。評価については研修医が作成した病歴要約、行動目標に関する理解度や到達度などの形成的評価も踏まえて総合的に行う。またローテーション中に適宜面談によるフィードバックも行う。
- (4) 研修医は卒後教育研修センターの定める様式を用いた当診療科に対する評価も行う。各種評価票は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される

週間スケジュール

小児科	月	火	水	木	金
午前	抄読会	小児科カンファレンス	抄読会	骨髄鏡検	抄読会
	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
		食物経口負荷試験		食物経口負荷試験	
午後	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟カンファレンス
	時間外・救急外来	時間外・救急外来	時間外・救急外来	時間外・救急外来	時間外・救急外来
			名大整形外科回診		
夕方				骨軟部腫瘍カンファレンス	

脳 神 経 外 科

【一般目標】

脳神経外科領域の代表的疾患（脳卒中、脳腫瘍、外傷、脊髄疾患、機能外科疾患など）の患者に対して、救急を含めた実際の診療に必要な基本的知識と診察法を修得する。

【行動目標】

1. 救急患者を含む入院患者の問診・基本的全身診察・神経学的診察を行い、適切にカルテに記載することができる。
2. 診察結果から問題点を抽出し、鑑別診断および治療について、主治医と検討することができる。
3. 手術患者、がん患者を含む入院患者およびその家族の心情に配慮できる。
4. 脳神経外科領域において必要な放射線検査（レントゲン、頭部 CT、MRI、脊髄 CT、MRI、脳血流検査、脳血管撮影）について、撮影の適応、撮影方法の指示、読影ができ、代表的疾患や異常所見の有無について指摘できる。
5. 基本処置（局所麻酔、皮膚縫合、糸結び、抜糸、ドレーン管理、腰椎穿刺、胃管挿入など）が実施できる。
6. 脳卒中患者への初期対応、画像所見の読影、患者への適切な指導ができる。
7. 頭部外傷患者への初期対応、画像所見の読影、患者への適切な指導ができる。
8. 脊髄疾患患者の初期対応、画像所見の読影、患者への適切な指導ができる。
9. パーキンソンや振戦、てんかんなど機能疾患の手術適応を理解し患者に指導できる。
10. 開頭術、穿頭術、脊髄手術、血管内手術の助手ができる。
11. 薬物治療（輸液、中心静脈栄養、経腸栄養、降圧薬、解熱鎮痛薬、抗菌薬、脳浮腫改善薬、抗痙攣薬、血液製剤）の適応を述べることができ、適切な指示が出せる。
12. 急性期より必要なリハビリテーションを指示できる。

【方略】

1. On the job training (OJT)

- (1) 研修開始時には、臨床研修指導医・上級医と面談し、研修目標の設定を行う。研修終了時には評価票の記載とともにフィードバックを受ける。
- (2) 担当医として入院患者を受け持ち、主治医の指導のもとに問診、診察を行い、検査結果の把握、治療計画立案に参加する。特に点滴、検査、処方オーダーを主治医の指導のもと、積極的に行う。
- (3) 採血、静脈路確保、腰椎穿刺などの基本的手技を指導のもと積極的に行う。
- (4) 救急外来での初期診療にあたり、頻度の高い疾患（外傷、脳卒中、痙攣、脊椎疾患）に適切に対応できる知識、技術を得る。
- (5) 抜糸、ガーゼ交換、ドレーン管理、穿頭術、気管切開など、術者、助手として行う。
- (6) 予定手術や緊急手術では積極的に立ち会い、手技を観察し学び、第二、第三助手として参加する。

- (7) 脳血管撮影検査、血管内手術には立会い、助手として検査に参加する。
- (8) 診療情報提供書/退院療養計画書を主治医の指導のもと自ら作成する。

2. カンファレンス

- (1) 症例検討会（月曜日 16 時～、水曜日 16 時～）
術後患者、術前患者、問題症例の病態把握、議論に参加する。
受け持ち患者についてプレゼンを行う。
- (2) 多職種カンファレンス（第 1、3 金曜日 15 時～）
看護師、リハビリテーションの先生、MSW らと共に入院患者を検討し、病態、治療経過、リハビリテーションの進行具合の把握、転院先など今後の治療計画を立てる。

3. 勉強会（月曜日 16:00～、水曜日 16:00～）

- (1) 稀少な症例においては国内・海外文献を検索することができ、臨床研修指導医・上級医と議論する。
- (2) 抄読会のプレゼンをする（研修期間の最終週）原則、最低 4 週の研修期間とする。

【評価】

1. 臨床研修医は、PG-EPOC の研修医評価票で、臨床研修到達目標項目の自己評価による研修達成度確認を行い、ローテート終了時に自己評価記載を完了する。指導医は、同評価票の研修医自己評価を確認し、当該ローテート研修の指導医評価票の記載を完了する。指導医による評価結果は PG-EPOC 上でフィードバックされる。
2. 臨床研修指導医は、PG-EPOC の WBA（mini CEX・DOPS・CbD）で診察・手技・患者マネジメントについて適時評価を行う。
3. 臨床研修指導医または上級医は、本カリキュラムの行動目標の全てに対する観察を行い、ローテート中に面談を適宜実施し、形成的評価をフィードバック面談シートに記録する。ローテート終了時の面談では、適宜看護師などの指導者も入り、総合的評価のフィードバックを行い、フィードバック面談シートに記録する。
4. 臨床研修指導医は、研修医が作成した病歴要約により、経験すべき症候、疾病、病態に関する理解度について PG-EPOC で形成的評価を行う。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。
5. 研修医は、卒後教育研修センターの定める研修医評価票を用いて、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。
6. 評価結果は、卒後教育研修センターに提出される。

週間スケジュール

脳神経外科	月	火	水	木	金
午前	8:30 症例検討会		8:30全体回診		
	9:00病棟回診	9:00手術	9:00血管内手術	9:00手術	9:00病棟回診
	救急は随時対応	救急は随時対応	救急は随時対応	救急は随時対応	救急は随時対応
午後		手術	血管内手術	手術	サブスペシャリティ講義
		病棟回診	病棟回診	病棟回診	15:00多職種カンファレンス
	救急は随時対応	救急は随時対応	救急は随時対応	救急は随時対応	救急は随時対応
夕方	16:00症例検討会		16:00症例検討会		研修評価
	16:00勉強会・抄読会		16:00勉強会・抄読会		

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. 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。

週間スケジュール

眼科	月	火	水	木	金
午前	新患カンファレンス	新患カンファレンス	画像読影会	新患カンファレンス	眼科手術助手
	外来処置・検査	外来処置・検査	新患カンファレンス	外来処置・検査	外来処置・検査
			外来処置・検査		
午後	眼科手術助手	外来処置・検査	眼科手術助手	外来処置・検査	眼科手術助手
					外来処置・検査
夕方			眼科病棟カンファレンス		

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週間のローテーション（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票を用いて、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. 耳鼻咽喉科の評価票も記載し、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. 各種評価票は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

週間スケジュール

耳鼻咽喉科・頭頸部外科	月	火	:00	木	金
午前	-外来	めまい・耳鳴外来	手術	外来	外来
午後		15:00		手術	
		入院カンファレンス			
夕方					

皮膚科

【一般目標】

湿疹・皮膚炎群、細菌・ウイルス・真菌感染症など日常よく遭遇する疾患や、頻度は高くないが、生命を脅かす可能性のある自己免疫性疾患、重症熱傷、壊死性筋膜炎、悪性腫瘍などの疾患の発疹学的特徴や診断方法、治療を理解し、必要に応じて皮膚科専門医に適切に依頼できる能力を修得する。

【行動目標】

1. 一般的皮膚科診察法
 - (1) 病歴の取り方
 - (2) 発疹の所見を記載できる
2. 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. 危険のある疾患、皮膚癌、膠原病の診断
4. 検査法の習得
 - (1) 真菌直接鏡検査法
 - (2) パッチテスト及び皮内テスト
 - (3) 皮膚生検
5. 治療
 - (1) 外用療法・局所処置(単純塗布、重層塗布、ドレッシング法、外用量、部位別外用剤の適応などを判断し、処置を実施できる)
 - (2) 光線療法の適応を理解できる。
 - (3) 液体窒素療法の適応疾患を理解し、実施できる。
 - (4) 接触免疫療法の適応疾患を理解し、実施できる。
 - (5) 皮膚切開術や皮膚外科手術を指導医のもとで実施できる。

【方略】

1. On the job training (OJT)
 - (1) 病棟
 - 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に、身体診察、検査結果の把握をし、治療計画に参加し、患者に説明し、毎日担当患者を回診する。
 - ② インフォームド・コンセントの方法を学び、主治医の指導のもと自ら行う。
 - (2) 外来
臨床研修指導医または上級医の診察につき、診察方法、検査の適応、薬物療法、処置方法、患者への生活指導法について修得する。
2. カンファレンス（金曜日 14 時～）
担当患者の症例提示を行い、診断治療についての議論に参加する。
3. 褥瘡回診（木曜日 15 時～）
褥瘡を有する患者さん、褥瘡ハイリスク患者さんをチームで回診し、褥瘡の評価、ポジショニング、薬物療法について修得する。

4. 皮膚科に関連する学会・研究会
適宜、学会や研究会などの勉強会に参加をする。

【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票を用いて、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. 皮膚科の評価票も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. 各種評価票は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

週間スケジュール

皮膚科	月	火	水	木	金
午前	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
	外来研修	外来研修	外来研修	外来研修	外来研修
午後	手術・処置	手術・処置	手術・処置	手術・処置	カンファレンス
	他科往診	他科往診	他科往診	褥瘡回診	他科往診
				他科往診	
夕方					

麻 醉 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. 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。

【行動目標】

1. 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。

2. 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

5. 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

6. 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。
 - ① 研修医の目標達成度を適宜チェックする。
 - ② 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。

【方略】

1. 一般的注意

- (1) スケジュール
 - ① 朝 8:30 に手術室内麻酔科医室に集合
 - ② 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。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。

2. 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

3. 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。

4. 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。

5. 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

6. 麻酔計画

- (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。

7. 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しない。
- (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。

8. 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、PG-EPOCにて評価依頼を行い、研修終了後に、上級医および指導医より評価を受ける。

週間スケジュール

麻酔科	月	火	水	木	金
朝	術前カンファレンス	術前カンファレンス	術前カンファレンス	術前カンファレンス	術前カンファレンス
午前	麻酔	麻酔	麻酔	麻酔	麻酔
	術前回診	術前回診	術前回診	術前回診	術前回診
午後	麻酔	麻酔	麻酔	麻酔	麻酔
夕方	麻酔	麻酔	麻酔	麻酔	麻酔
	術後回診	術後回診	術後回診	術後回診	術後回診

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・マンモ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票を用いて、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. 放射線科の評価票も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. 各種評価票は、定められた手順で、卒後教育研修センターに提出される。

週間スケジュール

放射線科	月	火	水	木	金
午前					
	画像診断および基礎的事項の	画像診断および基礎的事項	画像診断および基礎的事項	画像診断および基礎的事項	放射線治療の研修
午後			12:30-13:00		
	画像診断および基礎的事項の	画像診断および基礎的事項	医局会	画像診断および基礎的事項	放射線治療の研修
			画像診断および基礎的事項の確認		
夕方		17:30			
		乳腺術後カンファレンス			

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。

週間スケジュール

臨床検査	月	火	水	木	金
午前	部門見学	部門見学	部門見学	部門見学	部門見学
午後	QMS会議	ICTミーティング	部門見学	QMS会議	部門見学
夕方					

病理診断科

【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、各種カンファレ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. 各種カンファレンスの意義を理解し、適切な討論を行う。

【方略】

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

【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。

【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載せるなど)
- 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)
- がん遺伝子検査における病理医の役割について理解する
- 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

週間スケジュール

病理診療科	月	火	水	木	金
朝08:30-10:00	オリエンテーション (第1週)				
	病理診断カンファレンス	病理診断カンファレンス	病理診断カンファレンス	病理診断カンファレンス	病理診断カンファレンス
午前10:00-12:00	手術検体切り出し	手術検体切り出し	手術検体切り出し	手術検体切り出し	手術検体切り出し
午後 13:00-17:15	病理診断	病理診断	病理診断	病理診断	病理診断
		乳腺術前検討会(16:00-)			総括 (最終週)
夕方					

※迅速診断と病理解剖は随時入る

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

西大須伊藤内科血液内科、名駅ファミリアクリニック、糖尿病・甲状腺とみなが内科、亀井内科呼吸器科、シティ・タワー診療所、中津川市国民健康保険阿木診療所、豊田地域医療センター、ひばりファミリークリニック

※ 希望者は上記施設での地域医療研修(4週)の他に、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、三つ葉在宅クリニック、さいとう整形外科リウマチ科にて追加研修が出来る。

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。

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票を用いて、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 各種評価票は、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、次回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

(一般内科、小児科、地域医療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、卒後教育研修センターの定める研修医評価票を用いて、研修終了時に、上級医及び指導医、担当指導者より評価を受ける。
2. 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。
3. 各種評価票は、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 研修医向け勉強会・職員研修

1. 2025年度開催勉強会の実例 4月・5月・6月・7月・8月

開催日	勉強会タイトル	所属	講師
2025/04/08 (火)	ER BOOTCAMP 第1回	ER	金原 佑樹 先生
2025/04/15 (火)	ER BOOTCAMP 第2回	ER	金原 佑樹 先生
2025/04/16 (水)	内科コアレクチャー 第1回 『胸痛 -IHD-』	循環器内科	宮原 圭吾 先生
2025/04/22 (火)	ER BOOTCAMP 第3回	ER	金原 佑樹 先生
2025/04/24 (木)	内科コアレクチャー 第2回 『脳卒中』	脳神経内科	榊原 健二 先生
2025/04/25 (金)	救急カンファレンス&ミニレクチャー	藤田医科大学 救急総合内科 教授	岩田 充永 先生
2025/05/01 (木)	2年次による ERふりかえり		
2025/05/07 (水)	内科コアレクチャー 第3回 『肺炎』	呼吸器内科	佐野 将宏 先生
2025/05/13 (火)	ERでの頻用薬	ER	東郷 建世 先生
2025/05/16 (金)	救急カンファレンス&ミニレクチャー	藤田医科大学 救急総合内科 教授	岩田 充永 先生
2025/05/22 (木)	内科コアレクチャー 第4回 『上下部出血』	消化器内科	浦田 登 先生
2025/05/28 (水)	救急医療体制について	救急集中治療科	森田 恭成 先生
2025/05/29 (木)	2年次による ERふりかえり		
2025/06/09 (月)	ERでの脳外科疾患	脳神経外科	伊藤 真史 先生
2025/06/11 (水)	急変	救急集中治療科	森田 恭成 先生
2025/06/12 (木)	内科コアレクチャー 第5回 『DKA/HHS』	内分泌内科	山田 努 先生
2025/06/20 (金)	救急カンファレンス& ミニレクチャー	藤田医科大学 救急総合内科 教授	岩田 充永 先生
2025/06/25 (水)	ERでの道具の準備・使い方	ER	尾畑 友章 先生
2025/06/26 (木)	内科コアレクチャー 第6回 『FN/sepsis』	腫瘍内科	猪野 陸 先生
2025/07/02 (水)	ECMO 導入編	救急集中治療科	山田 真生 先生
2025/07/09 (水)	内科コアレクチャー 第7回 『DIC』	血液内科	足立 達哉 先生
2025/07/16 (水)	ショック	救急集中治療科	森田 恭成 先生
2025/07/23 (水)	ECMO 管理編	救急集中治療科	山田 真生 先生
2025/07/24 (木)	内科コアレクチャー 第8回 『高K/AKI』	腎臓内科	山森 惇士 先生
2025/07/30 (水)	内科コアレクチャー 特別編 『胸痛 -IHD』	循環器内科	早川 智子 先生
2025/07/31 (木)	2年次による ERふりかえり		
2025/08/13 (水)	内科コアレクチャー 第9回 『不整脈』	循環器内科	上村 佳大 先生
2025/08/22 (金)	救急カンファレンス&ミニレクチャー	藤田医科大学 救急総合内科 教授	岩田 充永 先生
2025/08/26 (火)	外傷の初期診療PS	ER	金原 佑樹 先生
2025/08/28 (木)	内科コアレクチャー 第10回 『痙攣』	脳神経内科	両角 佐織 先生

2. 職員研修

■必須研修（修了に必要な研修）

感染防止対策

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）

予防医療

虐待防止対策

社会復帰支援

緩和ケア

■必須研修

ICLS

T&A

静脈注射研修（造影剤コース） 他

■推奨研修

災害訓練

インシデントレポート

CVC 認定医のための講習会

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、指導医にサインをもらい、その都度卒後教育研修センターに提出すること。

名古屋医療センター	
中心静脈カテーテル挿入 研修医向け実習 記録票	
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。 実施後卒後教育研修センターにご提出ください。	
研修医氏名 _____	
実施年月日	年 月 日
患者 ID	
指導医確認サイン _____	

名古屋医療センター	【見本】
中心静脈カテーテル挿入 研修医向け講習会 記録票	
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。 実施後卒後教育研修センターにご提出ください。	
研修医氏名 _____	
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	
指導医確認サイン _____	

※CVC マニュアルは別添資料 8 参照。

6 評価について

■評価について

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、評価票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。

- ・評価票は3種類ある。

種類	方法	評価内容
1) 研修医到達目標評価票	評価票(医師) PG-EPOC (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	PG-EPOC	研修達成度について、自己評価する。
2) 各科研修評価票 (共通項目・各診療科)	評価票(医師)	基本的臨床手技(臨床手技/検査手技/診療録)について、上級医や指導医が研修医を評価する。
基本的臨床手技	PG-EPOC	到達度について、自己評価する。
3) 研修医による評価	PG-EPOC	指導医・上級医、診療科・病棟、プログラムについて評価する。

- ・1)～2) は各ローテ終了後速やかに自己評価を登録し、指導医に評価を依頼する。
- ・1) のメディカルスタッフ評価は、ローテ終了までに QR コードを印刷したものを手渡し、スマホまたは PC で読み取ってもらい評価を受ける。
- ・一部の項目については紙での運用を併用する。

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 週以上研修すること。
- ・救急科 12 週以上（ER は各年次 4 週以上、ICU は 7 週以上）研修すること。
- ・外科 + 選択外科 各 4 週以上研修すること。
- ・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 20 日以上研修すること。

※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・一般外来(並行研修可)各 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、Excel チャート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

【提出期限】 2 年目研修年度の 1 月最終平日 15 時 00 分

(指導医の合格を得られた Excel チャート又はレポート)

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

CPC

- ・原則として全てのCPCに参加すること。
- ・全ての研修医がCPC発表をし、CPC開催報告資料(CPCレポート)を提出すること。

【提出期限】2年目研修年度の1月の最終平日15時00分

(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)

病理解剖

2年間の研修中に病理解剖に1回以上、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怠ってはならない。

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。

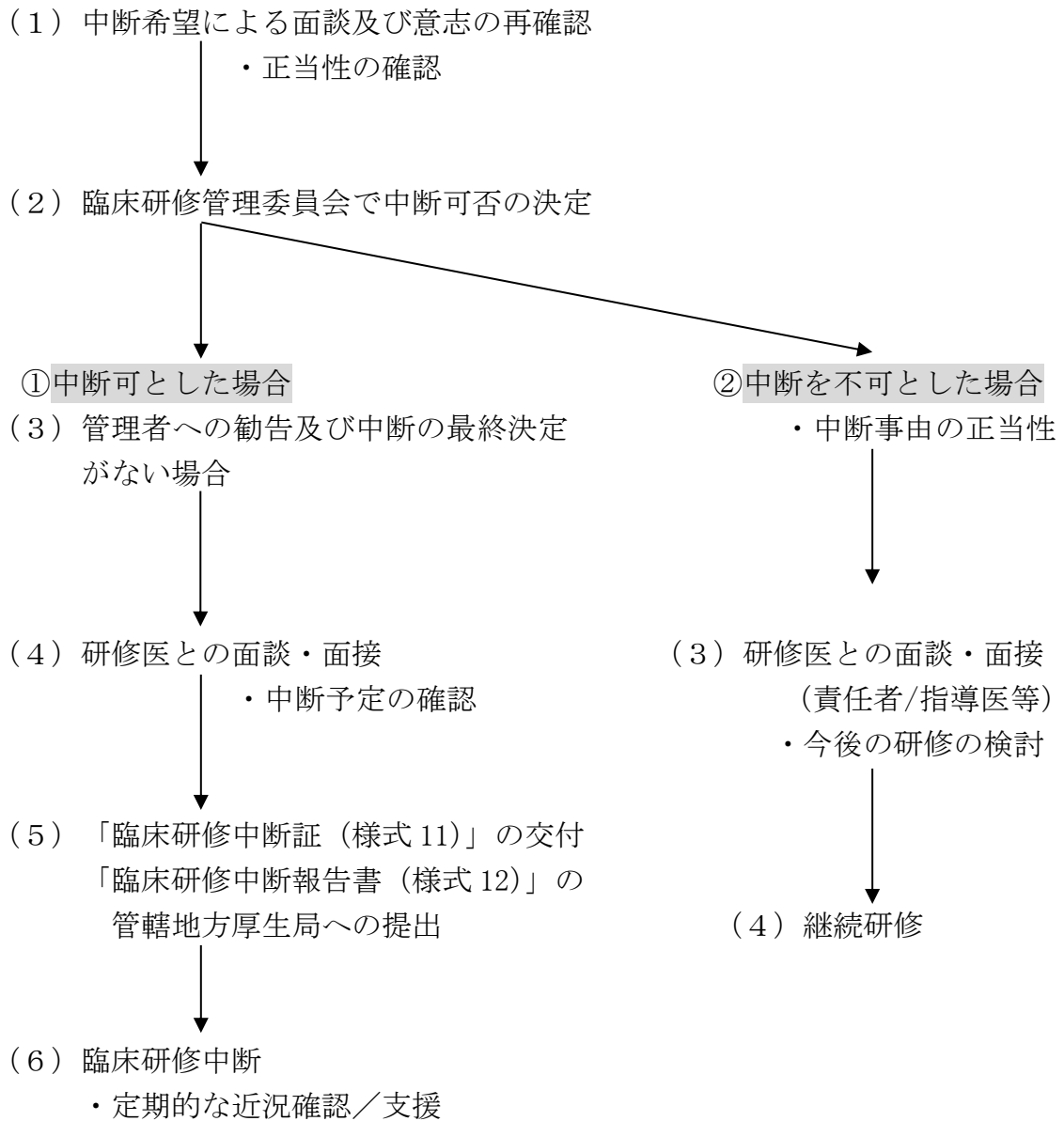
また、必修科目で必要履修期間を満たしていない場合や選択必修科目のうち2つ以上の診療科を研修していない場合であっても未修了として取扱い、原則として引き続き同一の研修プログラムで当該研修医の研修を行い、不足する期間以上の期間の研修や必要な診療科における研修を行うこと。

(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

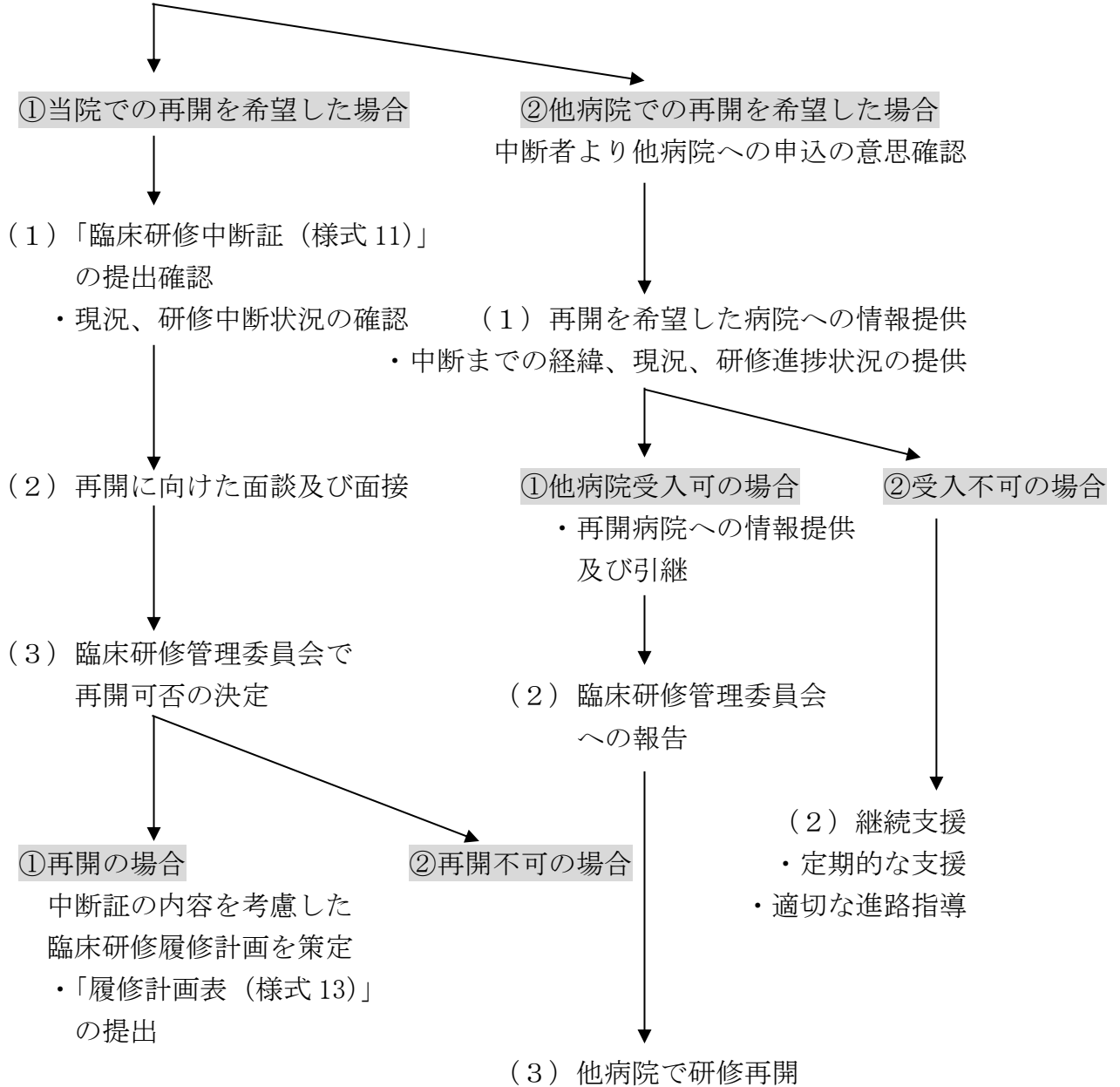
- ・研修医との面談
- ・教育/指導の徹底
- ・適切な進路指導/支援

(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

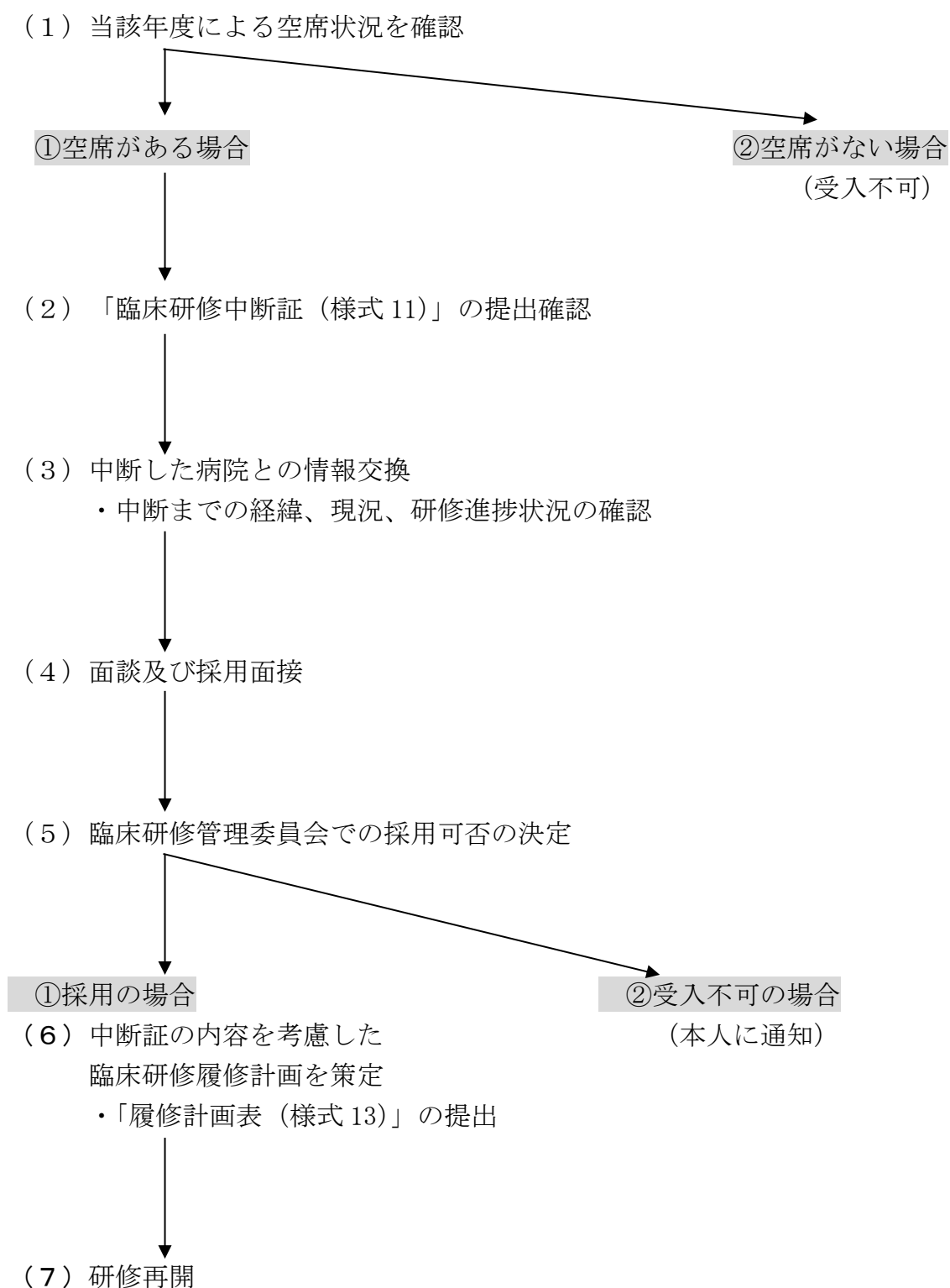
名古屋医療センター研修プログラムにおいて中断をした場合

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 図書室の利用について

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 自己研鑽の設備等について

- 各種演習用モデル（挿管用人形など）・備品
スキルアップラボ室
- 腹腔鏡ドライボックス
西病棟7階 カンファレンスルーム
- CVC 穿刺挿入シュミレーター
ICU カンファレンスルーム

それぞれ使用の際は卒後教育研修センターに問い合わせること。

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及び技術を学ぶ。

(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わりに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

【研修医の医療行為】

【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) 眼球に直接触れる検査

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) 膈内容採取
- 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

世界医師会ジュネーブ宣言

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
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総会で改訂
2005年 5月、ディボンヌ・レ・バンにおける第170回WMA理事会および
2006年 5月、ディボンヌ・レ・バンにおける第173回WMA理事会で編集上修正
2017年10月、米国、シカゴにおける第68回WMA総会で改訂

医師の誓い

医師の一人として、

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。

私の患者の健康とウェルビーイングを私の第一に考慮すべきものとする。

私は、私の患者のオートノミーと尊厳を尊重する。

私は、人命を最大限に尊重し続ける。

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、性的指向、社会的地位あるいはその他いかなる要因でも、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、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、良心と尊厳をもって、そしてgood medical practiceに従って、私の専門職を実践する。

私は、医師の名誉と高貴なる伝統を育む。

私は、私の教師、同僚、および学生に、当然受けるべきである尊敬と感謝の念を捧げる。

私は、患者の利益と医療の進歩のため私の医学的知識を共有する。

私は、最高水準の医療を提供するために、私自身の健康、ウェルビーイングおよび能力に専心する。

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、自由と名誉にかけてこれらのことを厳粛に誓う。

世界医師会医の国際倫理綱領

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
2006年10月、南アフリカ、ピラネスバーグにおける第57回WMA総会で改訂
2022年10月、ドイツ、ベルリンにおける第73回WMA総会で改訂

序文

世界医師会（WMA）は、世界中の医療専門家のための倫理原則の規範として、医の国際倫理綱領を策定した。本綱領は、WMA ジュネーブ宣言：医師の誓いおよびWMAの政策文書全般に準拠し、患者、他の医師および医療専門家、自分自身ならびに社会全体に対する医師の職業上の義務を定義し、明らかにしている。

医師は、適用される国内の倫理的、法的、規制的規範および基準、ならびに関連する国際的規範および基準を認識しなければならない。

このような規範や基準は、本綱領に定める倫理原則に対する医師の責任を軽減させるものであってはならない。

医の国際倫理綱領は全体として解釈されるべきであり、その構成段落のそれぞれは、他のすべての関連段落を考慮した上で適用されるべきである。WMAの使命に基づき、本綱領は医師を対象としている。WMAは、医療に携わる他の人々に対しても、これらの倫理原則を採用するよう奨励する。

一般原則

1. 医師の第一の義務は、**good medical practice** と専門性に則り、的確で時宜に適った、かつ思いやりのあるケアを提供することにより、個々の患者の健康とウェルビーイングを増進することである。

また、医師は、将来の世代を含め、医師が奉仕する人々と社会全体の健康とウェルビーイングに貢献する責任を有する。

医師は、人間の生命と尊厳、患者の自律性と諸権利を最大限に尊重した上でケアを提供しなければならない。

2. 医師は、年齢、疾患または障害、信条、民族的起源、ジェンダー、国籍、所属政治団体、人種、文化、性的指向、社会的地位またはその他のあらゆる要因に基づく偏見あるいは差別的行為に関わることなく、公正かつ公平に医療を実践し、かつ患者の健康ニーズに基づいたケアを提供しなければならない。

3. 医師は、委託された共有資源の公正、公平かつ慎重な管理を踏まえて、患者に最適な利益をもたらす方法で医療資源を使用するよう努めなければならない。
4. 医師は、常に独立した専門的判断を下し、最高水準の専門的行動を維持しながら、良心、実直さ、誠実さ、説明責任を持って診療を行わなければならない。
5. 医師は、自分自身または所属機関に利益が生じる可能性によって個々の専門的判断が左右されるようなことがあってはならない。医師は、実際のまたは潜在的な利益相反を認識し、それを回避しなければならない。そのような利益相反が避けられない場合は事前に申告し、適切に管理しなければならない。
6. 医師は、個々の医学的判断に責任を持たなければならない、医学的考察に反する指示に基づき、専門家としての健全な医学的判断を変えてはならない。
7. 医学的に適切な場合、医師は患者のケアに関与する、あるいはケアの選択肢を評価または推奨する資格を有する他の医師および医療専門家と協力しなければならない。このコミュニケーションは、患者の秘密保持を尊重し、必要な情報に限定されなければならない。
8. 専門的な証明書を提供する場合、医師は自ら確認したことのみ証明しなければならない。
9. 医師は、医師自身の安全と能力、および他の実行可能なケアの選択肢の有無を考慮しながら、医療上の緊急事態に支援を提供すべきである。
10. 医師は、拷問、その他の残虐、非人道的または品位を傷つける行為ならびに処罰に負担、または助長してはならない。
11. 医師は、専門的な知識と技能を維持、発展させるために、職業生活を通じて継続的な学習を行わなければならない。
12. 医師は、現在および将来の世代に対する環境上の健康リスクを最小限に抑える観点から、環境的に持続可能な方法で医療を実践するよう努めるべきである。

患者に対する義務

13. 医療を提供するにあたり、医師は患者の尊厳、自律性、および権利を尊重しなければならない。医師は、患者が自身の価値観や意向に沿って自由にケアを受け入れる、または拒否する権利を尊重しなければならない。
14. 医師は、患者の健康とウェルビーイングを最優先することを約束し、患者の最善の利益のためにケアを提供しなければならない。その際、医師は患者に対する危害を防止、または最小化するよう努め、患者に対して意図された利益と潜在的な危害との間の正のバランスを追求しなければならない。
15. 医師は、ケアの過程のあらゆる段階で患者の情報を得る権利を尊重しなければならない。医師は、提案されたケアについて、十分な情報を得た上での主体的な意思決定に

必要な情報を、患者が受け取り、理解できるようにした上で、提供する全ての医療に先立ち、患者の自発的なインフォームド・コンセントを得なければならない。医師は、いつ、いかなる理由でも、患者が同意を保留、または撤回する決定を尊重しなければならない。

16. 患者の意思決定能力が実質的に制限されている、発達していない、障害がある、または変動している場合、医師は医療上の決定に可能な限り患者を参加させなければならない。さらに、医師は、患者の意向がわかっている場合、または合理的に推測できる場合には、患者の信頼できる代理人がいればその代理人と協力して、患者の意向に沿った意思決定を行わなければならない。患者の意向が特定できない場合、医師は患者の最善の利益のために意思決定を行わなければならない。すべての決定は、本綱領に定められた原則に則って行われなければならない。
17. 緊急事態において、患者が意思決定に参加できず、代理人も直ちに対応できない場合、医師は、患者の最善の利益のために事前のインフォームド・コンセントなしに、また、患者の意向が明らかな場合にはそれを尊重した上で、介入を開始することができる。
18. 患者が意思決定能力を回復した場合、医師はさらなる介入についてインフォームド・コンセントを得なければならない。
19. 医師は、患者の意向と最善の利益に沿い、患者の秘密保持を十分に考慮した上で、可能であれば患者に近い他者に配慮してコミュニケーションをとるべきである。
20. 患者のケアのいずれかの側面が医師の能力を超えている場合、医師は、必要な能力を有する、他の適切な資格を持つ医師または医療専門家に相談するか、あるいは患者を紹介しなければならない。
21. 医師は正確かつ適時に医療文書を作成しなければならない。
22. 医師は、患者が死亡した後も、患者のプライバシーおよび秘密保持を尊重しなければならない。医師は、患者が自発的なインフォームド・コンセントを行った場合、または例外的に、他の全ての可能な解決策が尽くされた、重要かつ最優先の倫理的義務を守るために開示が必要なときは、患者が同意しないか同意できない場合でも、秘密情報を開示することができる。この開示は、必要最小限の情報、受領者、および期間に限定されなければならない。
23. 医師が患者のケアに関して、第三者に代わって行動、または第三者に報告する場合、医師は、最初の段階で適切に、また必要に応じて、あらゆる意思疎通の過程で、患者に通知しなければならない。医師は、それらの関与の性質と程度を患者に開示し、意思疎通について同意を得なければならない。
24. 医師は、強引な、あるいは不適切な広告やマーケティングを控え、医師が広告やマーケティングで使用するすべての情報は事実に基づいており、誤解を招くものでないことを確認しなければならない。

25. 医師は、商業的、財政的、またはその他の利益相反が、医師の専門的判断に影響を与えることを認めてはならない。
26. 遠隔診療を行う場合、医師はこのコミュニケーションが医学的に正当であり、必要な医療が提供されることを確認しなければならない。また、医師は、遠隔診療の利点と限界を患者に伝え、患者の同意を得て、患者の秘密保持を確実に守らなければならない。医学的に適切であれば、医師は、直接的な対面診療を通じて患者にケアを提供することを目指さなければならない。
27. 医師は、職業上の適切な境界を維持しなければならない。医師は、患者と虐待的、搾取的またはその他の不適切な関係または行動をとってはならず、現在の患者と性的関係をもってはならない。
28. 最高水準のケアを提供するために、医師は自らの健康、ウェルビーイング、および能力に留意しなければならない。これには、安全に診療を行うことができるよう、適切なケアを受けることも含まれる。
29. 本綱領は、医師の倫理的な義務を表している。しかし、いくつかの問題については、医師と患者が熟慮しながらも良心的な信念が相反するという、深刻な道徳的ジレンマが存在する。

医師には、患者のケアの中断を最小限に抑える倫理的義務がある。合法的な医療介入の提供に対する医師の良心的拒否は、個々の患者に危害や差別がなく、患者の健康が脅かされない場合に限り行使することができる。

医師は、この良心的拒否および、患者が他の資格を有する医師に相談する権利を有することを、直ちにかつ丁重に患者に告知し、患者が適時にそのような相談を開始できるよう十分な情報を提供しなければならない。

他の医師、医療従事者、学生およびその他に対する義務

30. 医師は、偏見、ハラスメント、差別的な行為を行うことなく、他の医師、医療専門家およびその他に丁重かつ協力的な態度に関わらなければならない。また、医師はチームで仕事をする際に、倫理原則が守られるようにしなければならない。
31. 医師は同僚の患者と医師の関係を尊重し、どちらかの当事者から要求された場合、または患者を危害から守るために必要な場合を除き、介入すべきではない。このことは、医師が患者の最善の利益になると考えられる代替の行動方針を推奨することを妨げるべきでない。
32. 医師は、医師または医師以外の医療専門家が最高水準のケアを提供すること、あるいは、本綱領の原則を守ることを妨げる条件または状況を、適切な当局に報告すべきである。これには、医師および医師以外の医療従事者に対するあらゆる形態の虐待や暴力、不適切な労働条件、または過度かつ持続的なレベルのストレスを生み出すその他の状況が含まれる。
33. 医師は、教師および学生に対して十分な敬意を払わなければならない。

社会に対する義務

34. 医師は、公平かつ公正な医療の提供を支持しなければならない。これには、健康とケアにおける不平等、その決定要因、ならびに患者および医療従事者双方の権利侵害に対処することが含まれる。

35. 医師は、健康、健康教育、およびヘルスリテラシーに関連する事項において重要な役割を担っている。この責任を果たすために、医師は、ソーシャルメディアを含む非専門的な公共の場で、新たな発見、技術、または治療法について慎重に議論しなければならない。自身の発言が科学的に正確で理解できるものであることを確認する必要がある。

医師は、自らの意見がエビデンスに基づく科学的情報に相反する場合は、その旨を示さなければならない。

36. 医師は、WMAヘルシンキ宣言およびWMA台北宣言を踏まえて、健全な医科学研究を支援しなければならない。

37. 医師は、医療専門職に対する社会の信頼を弱めるような行動を避けるべきである。その信頼を維持するために、個々の医師は、自分自身と同僚の医師に最高水準の専門的行動をとり、本綱領の原則に反する行為を適切な当局に報告する用意をしておかななければならない。

38. 医師は、患者の利益および医療の進歩、公衆衛生および国際保健のために、医学的知識および専門知識を共有するべきである。

医療専門職の一員としての義務

39. 医師は、本綱領の倫理原則を遵守し、保護し、促進すべきである。医師は、本綱領に定められた義務のいずれかを損なう国内または国際的な倫理的、法的、組織的、または規制上の要件を防止することに協力すべきである。

40. 医師は、同僚医師が本綱領に定められた責任を守ることを支援し、不当な影響、虐待、搾取、暴力、抑圧から同僚を保護するための措置を講じるべきである。

§§§

世界医師会ヘルシンキ宣言 人間の参加者を含む医学研究のための倫理的原則

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（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（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
2024年10月、フィンランド、ヘルシンキにおける第75回WMA総会で改訂

序文

1. 世界医師会（WMA）は、本人を特定できるヒトの試料またはデータを用いる研究を含む、人間の参加者を含む医学研究の倫理的原則の声明としてヘルシンキ宣言を策定した。

本宣言は全体として解釈されることを意図しており、宣言の各項は、他のすべての関連する項を考慮して適用されるべきである。

2. 本宣言は医師によって採択されたものであるが、WMAは、これらの原則が患者と健康なボランティアの両方を含むすべての研究参加者を尊重し、保護するための基本的なものであるため、医学研究に関わるすべての個人、チーム、組織によって支持されるべきであると考えている。

一般原則

3. WMA ジュネーブ宣言は、医師に対して「私の患者の健康とウェルビーイングを私の第一に考慮すべきものとする」という文言で示される義務を課しており、WMA 医の国際倫理綱領は、「医師は、患者の健康とウェルビーイングを最優先することを約束し、患者の最善の利益のためにケアを提供しなければならない」と宣言している。
4. 医学研究に参加する患者を含め、患者の健康、ウェルビーイング、権利を促進し保護することは医師の義務である。医師の知識と良心はこの義務の遂行に捧げられる。
5. 医学の進歩は、最終的には参加者を含まなければならない研究に基づいている。

十分に実証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、継続的に評価されるべきである。

6. 人間の参加者を含む医学研究は、すべての参加者への尊重を高め保証し、かつ参加者の健康と権利を保護する倫理的基準に服する。

医学研究はさまざまな構造的不平等の状況下で行われるため、研究者は利益、リスク、負担がどのように配分されるかを慎重に検討すべきである。

医学研究への参加候補者および登録参加者とそうした人々が属するコミュニティとの有意義な関与は、医学研究の前、研究中、研究後に行われるべきである。研究者は、参加候補者および登録参加者とそのコミュニティが自らの優先事項や価値観を共有し、研究の設計、実施およびその他の関連活動に参加し、結果の理解と普及に関与できるようにすべきである。

7. 人間の参加者を含む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するための知識を生み出し、予防、診断および治療介入を改善し、最終的には個人の健康と公衆衛生を向上させることである。

これらの目的は、個々の研究参加者の権利および利益よりも優先されることがあってはならない。

8. 公衆衛生上の緊急事態においては、新たな知識や介入が緊急に必要とされる可能性がある一方で、そのような緊急事態の間においても、本宣言の倫理的原則を堅持することが重要である。

9. 研究参加者の生命、健康、尊厳、品位、自律性、プライバシーおよび個人情報の秘密を守ることは、医学研究に関与する医師の責務である。研究参加者を保護する責任は、たとえ研究参加者が同意していたとしても、常に医師や他の研究者が負うべきであり、決して研究参加者にあるとされてはならない。

10. 医師および他の研究者は、適用される国際的な規範および基準だけでなく、研究が発案された国および国々と研究が実施される国および国々における、人間の参加者を含む研究に関する倫理的、法的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。いかなる国または国際的な倫理的、法的または規制上の要件も、本宣言に規定されている研究参加者に対するあらゆる保護を軽減あるいは排除してはならない。

11. 医学研究は、環境への害を回避または最小限に抑え、環境の持続可能性に努める方法で設計され実施されるべきである。

12. 人間の参加者を含む医学研究は、適切な倫理観と科学教育、訓練、および資格を有する個人によってのみ実施されなければならない。そうした研究は、有能で適切な資格を有する医師または他の研究者の監督を必要とする。

科学的誠実性は、人間の参加者を含む医学研究の実施において不可欠である。研究に関わる個人、チーム、組織は、研究の不正行為に決して関与してはならない。

13. 医学研究において十分に代表されていないグループには、研究参加への適切な機会が提供されるべきである。
14. 医学研究と医療を併せて行う医師は、その研究の潜在的な予防的、診断的、治療的価値によって正当化される範囲内でのみ、かつその研究への参加が研究参加者となる患者の健康に悪影響を及ぼさないと医師が確信する十分な理由がある場合に限り、患者を研究に参加させるべきである。
15. 研究参加の結果として被害を受けた参加者に対して、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. 医療行為および医療研究において、ほとんどの介入はリスクと負担が伴う。

人間の参加者を含む医学研究は、その目的の重要性が研究参加者のリスクと負担を上回る場合にのみ実施することができる。

17. 人間の参加者を含むすべての医学研究は、参加者の予見可能な利益および研究対象の病態から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比較し、研究に含まれる個人およびグループに対する予測可能なリスクと負担を慎重に評価した上で行わなければならない。

リスクと負担を最小限に抑えるための対策が実施されなければならない。リスクと負担は研究者によって継続的に監視、評価、記録化されなければならない。

18. 医師および他の研究者は、リスクと負担が適切に評価され、十分に管理できると確信が持てない限り、人間の参加者を含む研究に従事することはできない。

リスクと負担が潜在的な利益を上回ることが判明した場合、または決定的な結果の確固たる証拠がある場合、医師および他の研究者は、研究を継続するか、変更するか、直ちに中止するかを評価しなければならない。

個人、グループ、コミュニティの脆弱性

19. 一部の個人、グループ、コミュニティは、恒常的または状況的かつ動的な要因により、研究参加者としてより脆弱な状況におかれている場合があり、そのため不当な扱いを受けたり、被害を受けたりするリスクがより高い場合がある。このような個人、グループ、コミュニティが特別な健康ニーズを抱えている場合、そうした人々を医学研究から除外することは、そうした人々の格差を永続させたり悪化させたりする可能性がある。それゆえに、研究からの除外による害を考慮し、研究に含めることによるあらゆる害と比較検討されなければならない。公正かつ責任のある態度で研究に含められるために、そうした人々は特別に考慮された支援と保護を受けるべきである。

20. 特に脆弱な状況にある個人、グループまたはコミュニティを対象とした医学研究は、その研究がそうした人々の健康ニーズと優先すべき状況に対応するものでありかつその個人、グループまたはコミュニティが結果として得られる知識、実践または介入から恩恵を受ける立場にある場合にのみ正当化される。研究者は、その研究がより脆弱性の低いグループまたはコミュニティでは実施できない場合、または特に脆弱な状況にある人々を除外するとそうした人々の格差が永続化または悪化する可能性がある場合に限り、そうした人々を研究対象に含めるべきである。

科学的要件と研究計画書

21. 人間の参加者を含む医学研究は、信頼性が高く、有効で価値ある知識を生み出す可能性が高く、研究の無駄を回避するような、科学的に健全で厳密な設計と実施がなされなければならない。その研究は、一般に受け入れられている科学的原則に準拠し、科学文献やその他関連する情報源、適切な研究室での実験、および必要に応じて動物実験による十分な知識に基づいていなければならない。

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. 人間の参加者を含むすべての医学研究の設計と実施は、研究計画書に明確に記述され、正当性が示されなければならない。

研究計画書は関連する倫理的配慮を示した旨の記述を含むべきであり、本宣言の原則がどのように扱われているかを示すべきである。研究計画書は、研究の目的、方法、予想される利益と潜在的なリスクや負担、研究者の資格、資金源、潜在的な利益相反、プライバシーと秘密を守るための措置、参加者へのインセンティブ、参加の結果として被害を受けた参加者の治療および／または補償に関する措置、および研究のその他の関連する側面に関する情報を含めるべきである。

臨床試験では、研究計画書にいかなる試験終了後の措置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、研究開始前に、審議、コメント、指導、承認を得るために、関係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を持ち、研究者、スポンサー、またはその他からの不適切な影響に抵抗する独立性と権限を有していなければならない。委員会は、その任務を遂行するために十分な資源を持たなければならない。またそのメンバーとスタッフは、集団として、審査する各種の研究を効率的に評価するために十分な教育、訓練、資格および多様性を備えていなければならない。

委員会は、現地の状況や背景に十分精通していなければならない。少なくとも1名の一般市民を含まなければならない。委員会は、研究が実施される国または国々の倫理的、法的、規制上の規範や基準、および適用される国際的な規範や基準を考慮しなければならないが、これらによって本宣言に規定されている研究参加者に対する保護が軽減または排除されることがあってはならない。

国際的に共同研究が行われる場合、研究計画書は資金提供国と実施受入国の両方の研究倫理委員会によって承認されなければならない。

委員会は、進行中の研究を監視し、変更を勧告し、承認を撤回し、中断する権利を有しなければならない。監視が求められている場合、研究者は委員会および／または管轄のデータおよび安全性監視機関に情報を提供しなければならない、とりわけ重大な有害事象に関する情報について提供しなければならない。委員会の審議と承認なしに研究計画書を修正することはできない。研究終了後、研究者は調査結果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. 研究参加者のプライバシーと個人情報の秘密を守るために、あらゆる予防措置を講じなければならない。

自由意思に基づくインフォームド・コンセント

25. 自由意思に基づくインフォームド・コンセントは、個人の自律性を尊重するための不可欠な要素である。インフォームド・コンセントを与える能力のある個人による医学研究への参加は自発的でなければならない。家族やコミュニティの代表者に相談す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のある個人は、本人の自由意思によって同意しない限り研究に参加登録することはできない。

26. インフォームド・コンセントを与える能力のある人間の参加者を含む医学研究では、各参加候補者は、研究の目的、方法、予想される利益と潜在的なリスクと負担、研究者の資格、資金源、潜在的な利益相反、プライバシーと秘密を守るための措置、参加者に対するインセンティブ、参加の結果として被害を受けた参加者の治療および／または補償の措置、およびその他の研究に関連する側面について、平易な言葉で十分に説明されなければならない。

参加候補者は、いつでも不利益な行為を受けることなく、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。個々の参加候補者の特有の情報やコミュニケーションのニーズ、および情報提供のために使用される方法についても特別な配慮がされるべきである。

医師または他の有資格者は、参加候補者が情報を理解していることを確認した後、紙または電子的に正式に記録化された参加候補者の自由意思によるインフォームド・コンセントを求めなければならない。同意が紙または電子的に表現できない場合、書面によらない同意は正式に立会人の確認を受け、記録化されなければならない。

すべての医学研究参加者は、研究の全体的な成果と結果について知らされる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際、医師または他の研究者は、参加候補者が自身と依存関係にある場合、または強制されて同意する可能性がある

場合は特に注意を払わなければならない。こうした状況では、インフォームド・コンセントは、この関係から独立した適切な有資格者によって求められなければならない。

28. 自由意思に基づくインフォームド・コンセントを与える能力がない人間の参加者を含む医学研究においては、医師または他の有資格者は、参加候補者が表明した意向や価値観を考慮して、法的に権限を与えられた代理人にインフォームド・コンセントを求めなければならない。

自由意思に基づくインフォームド・コンセントを与える能力がない人々は、特に脆弱な状況にあり、相応の保護を受ける権利がある。特に脆弱な人々に対する保護を受けることに加え、同意を与える能力がない人々は、研究がそうした人々に個人的な利益をもたらす可能性がある場合または最小限のリスクと最小限の負担しか伴わない場合に限り、研究に含まれなければならない。

29. 自由意思に基づくインフォームド・コンセントを与える能力がない参加候補者が、研究への参加に関する決定に賛意を与えることができる場合、医師または他の有資格者は、参加候補者が表明した意向や価値観を考慮し、法的権限のある代理人の同意に加えて、その賛意を求めなければならない。参加候補者の不賛意は尊重されるべきである。

30. 身体的または精神的に同意を与える能力がない参加者（例えば意識不明の患者）を含む研究は、インフォームド・コンセントを与えることを妨げる身体的または精神的状態が研究グループの必須の特性である場合に限り行うことができる。このような状況では、医師または他の有資格者は、法的に権限を与えられた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いない場合でしかも研究を延期できない場合、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参加者を含める具体的な理由が研究計画書に記載され、その研究が研究倫理委員会によって承認されていることを条件として、その研究はインフォームド・コンセントなしに進めることができる。

研究に参加し続けることに対する自由意思に基づくインフォームド・コンセントは、法的に権限を与えられた代理人から、または同意を与える能力が回復した場合は参加者から、できる限り早く取得しなければならない。

31. 医師または他の研究者は、参加候補者に自身が受けているケアのどの側面が研究に関係しているかを十分に伝えなければならない。患者の研究への参加拒否または研究からの離脱の決定が、患者と医師の関係や標準的なケアの提供に決して悪影響を及ぼしてはならない。

32. 医師または他の有資格者は、生物学的試料および個人識別可能または再識別可能なデータの収集、処理、保管、および予見可能な二次利用について、研究参加者から自由意思に基づくインフォームド・コンセントを得なければならない。複数かつ無期限の使用を目的とした研究参加者からのデータまたは生物学的試料のいかなる収集および保管も、個人の権利およびガバナンスの原則を含む WMA 台北宣言に定め

られた要件に準拠すべきである。研究倫理委員会は、このようなデータベースおよびバイオバンクの設立を承認し、継続的な使用を監視しなければならない。

同意を得ることが不可能または実行困難な場合、保管されたデータまたは生物学的試料に関する二次研究は、研究倫理委員会の審議と承認を得た後に限り行うことができる。

プラセボの使用

33. 新たな介入の利益、リスク、負担、および有効性は、これまで最善と実証されてきた介入の利益、リスク、負担、および有効性と比較して検証されなければならない。ただし、以下の状況の場合を除く。

- 実証された介入が存在せず、プラセボの使用または介入しないことが許容される場合、あるいは、
- 説得力があり科学的に健全な方法論上の理由により、最善と実証されてきた介入以外の介入、プラセボの使用、または介入しないことが、ある介入の有効性または安全性を判断するために必要な場合で、かつ最善と実証されてきた介入以外の介入、プラセボの使用、または介入しないこととなる参加者が、最善と実証されてき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被害を受ける追加のリスクにさらされない場合。

この選択肢の乱用を避けるため、細心の注意が払われなければならない。

試験終了後の措置

34. 臨床試験に先立ち、資金提供者と研究者は、試験において有益かつ合理的に安全であると確認された介入をまだ必要とするすべての参加者に対して、資金提供者と研究者自身、医療制度、または政府が提供する試験終了後の措置を手配しなければならない。この要件の例外は、研究倫理委員会の承認を得なければならない。試験終了後の措置に関する具体的な情報は、インフォームド・コンセントの一部として参加者に開示されなければならない。

研究登録、公表および結果の普及

35. 人間の参加者を含む医学研究は、最初の参加者を募集する前に、一般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. 研究者、著者、資金提供者、編集者、出版社はすべて、研究結果の公表と普及に関して倫理的義務を負う。研究者は、人間の参加者が関与する自身の研究結果を公表する義務があり、自身の報告の適時性、完全性、正確性に責任を負う。すべての関係者は、倫理的な報告に関する一般に認められたガイドラインを遵守すべきである。肯定的な結果だけでなく、否定的な結果や結論が出ていない結果についても、公表またはその他の方法で一般に入手できるようにしなければならない。資金源、所属機関、利益相反は、公表の際に明示されなければならない。本宣言の原則に反する研究報告は、公表のために受理されるべきではない。

臨床実践における実証されていない介入

37. すでに承認されている選択肢が不適切または効果がなく、また臨床試験への登録が不可能なため、実証されていない介入が個々の患者の健康を回復させたり苦痛を和らげたりする試みとして行われる場合、それは、その後に安全性と有効性を評価するために設計された研究の対象とされるべきである。こうした介入に参加する医師は、まず専門家の助言を求め、起こりうるリスク、負担、利益を衡量したうえで、インフォームド・コンセントを得なければならない。また、適切な場合にはデータを記録し共有して、臨床試験に支障をきたさないようにしなければならない。これらの介入は、決して本宣言に定められた研究参加者の保護を回避するために行われることがあってはならない。



患者の権利に関する世界医師会リスボン宣言

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総会で改訂
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、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取る権利を有し、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取る権利を有する。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取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。

資料3：臨床研修到達目標マトリックス

