中濃厚生病院初期臨床研修プログラム
-2025 年度版-

JA 岐阜厚生連　中濃厚生病院

目 次

- プログラム目次 …… 2
  - 1. プログラムの名称 …… 3
  - 2. プログラム番号 …… 3
  - 3. プログラム責任者 …… 3
  - 4. 定員 …… 3
  - 5. 理念 …… 3
  - 6. 基本方針 …… 3
  - 7. 目標 …… 4
  - 8. 特色 …… 5
  - 9. 方略 …… 6
  - 10. 評価 …… 17
  - 11. 採用と修了 …… 19
- 初期臨床研修における日当直研修システム …… 20
- 初期臨床研修における指導体制と評価マニュアル …… 27
- 各診療科カリキュラム
  - 呼吸器内科 …… 51
  - 循環器内科 …… 55
  - 消化器内科 …… 64
  - 内分泌・糖尿病内科 …… 71
  - 神経内科 …… 79
  - 血液内科 …… 82
  - 腎臓内科 …… 86
  - 小児科 …… 89
  - 外科 …… 95
  - 整形外科 …… 104
  - 脳神経外科 …… 111
  - 皮膚科 …… 116
  - 泌尿器科 …… 119
  - 産婦人科 …… 124
  - 眼科 …… 128
  - 耳鼻咽喉科 …… 130
  - 放射線科 …… 135
  - 麻酔科 …… 137
  - 救命救急センター …… 141
- 一般外来研修の実施方法 …… 146
- 中濃厚生病院臨床研修管理規程 …… 149
- 中濃厚生病院初期臨床研修医 実務規程 …… 155
- 中濃厚生病院臨床研修管理委員会規約 …… 159

1. プログラムの名称 中濃厚生病院初期臨床研修プログラム «若鮎プログラム»

本プログラムの基幹型病院である中濃厚生病院は岐阜県関市にあり、奥美濃の大日ヶ岳を源流とする長良川の流れる岐阜県中濃地域の中心となる街に立地しています。長良川は柿田川・四万十川とともに日本三大清流のひとつと言われ、本流・支流を合わせ「鮎」が全国的にも有名な河川で、2015 年には長良川の鮎は「世界農業遺産」に認定されました。

当院の研修プログラムの名称はこれにあやかり、若鮎が清流を遡上していきながら成長していく姿をイメージし、初期臨床研修医がよい環境のなかで日々成長し、一人前の医師となれるよう、このように名付けました。

2. プログラム番号 030885209

3. プログラム責任者 白木 亮（副院長兼内科部長）

4. 定員 10 名

5. 理念 患者・家族・病院・地域から信頼・感謝される医師の育成
患者も医療者も感動の得られる医療
Noblesse oblige の精神

6. 基本方針 次のような資質を備えた医療人を育成する。

① 他者への共感ができる人間性豊かな医療人
幅広い教養を身に着け他者のナラティブを尊重できる。

② 利他の心を持った医療人
患者 first を実践できる。

③ 医療全般にわたる広い視野と高い見識を持つ医療人
常に科学的妥当性に基づき、 将来専門とする分野に関わらず臨床に必要なプライマリケアの基本的診療能力（態度、技能、知識）を習得する。

④ 生涯学習をする医療人
質の高い医療が提供できるよう、生涯を通じ教育・学習を続ける態度と習慣を有し、高度の医療技術の修得に努める。臨床上の疑問点を明らかにしていこうとするリサーチマインドを持ち、また後輩を育成することによって、自らも学ぶ姿勢を有する。

⑤ チーム医療の中心となれる医療人
院内の各職種・各職員と連携を密にし、チーム医療の推進に努める。また、将来はチーム医療のコーディネーターとして責任ある行動を行う。

⑥ 地域医療に貢献する医療人
地域医療に関心を持ち、健康の保持、疾病の予防から社会復帰に至る医療全般の責任を有することを自覚し、行動する。

⑦ 医療倫理・医療安全に配慮できる医療人
常に個人情報に配慮し患者が納得できるまで丁寧な説明ができ、常に安全を念頭に医療を提供できる。

7. 目標

（1）一般目標（GIO）

- 医師としての基本的な価値観、医師として到達すべき資質・能力、医師としての基本的診療業務を身に着ける。
- 忙しくても誇りを持って楽しく仕事をすることができる。

（2）行動目標（SBOs）

- 患者・患者家族と良好な関係が構築できる。
  （患者の思いに共感することができ、患者のもとへ、何度でも厭わずに訪れることができる）
- 患者さんから学ぶ姿勢を持ち、自己の成長につなげることができる。
- 診療を請うものには、最善の努力で答えることができる。
- 代表的な疾患の定義・疫学・病因・病態機序・臨床症状・検査所見・治療法などを列挙することができる。
- 適切な医療面接ができる。
- 理学所見が適切にとれる。
- 担当した患者の症状・理学所見から鑑別診断をあげることができる。
- 患者のニーズを知りプロブレムリストをあげることができる。
- 各プロブレムリストについて適切な検査プラン・治療プラン・教育プランを立てることができる。
- 検査・治療・手技の意味を理解し、適応や有害事象について患者にわかりやすく説明することができる。
- 主だった検査の実施・結果の解釈ができ、検査・治療に必要な基本的な手技を行うことができる。
- EBM を実践できる。
- 患者の状態を他のスタッフにプレゼンテーションすることができ、医療チームの一員として役割を果たすことができる。
- 学会・研究会などで発表することができる。
- 医療スタッフと良好な関係が構築でき連携が取れる。
- 医療倫理・医療安全に配慮して行動することができる。
- 医師としての義務を自覚して実践し、日々の診療で充実感を得ることができる。

※　厚生労働省の示す臨床研修における到達目標は、

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
2. 利他的な態度
3. 人間性の尊重
4. 自らを高める姿勢

B:資質・能力

1. 医学・医療における倫理性
2. 医学知識と問題対応能力
3. 診断技能と患者ケア

4. コミュニケーション能力
5. チーム医療の実践
6. 医療の質と安全の管理
7. 社会における医療の実践
8. 科学的探究
9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

C:基本的診療業務

1. 一般外来診療
2. 病棟診療
3. 初期救急対応
4. 地域医療

である。詳細は「初期臨床研修における指導体制・評価マニュアル」に記載。

8. 特色

1. 純朴な患者さんが多い岐阜県中濃地域での研修で、精神的にも肉体的にも余裕を持った研修が可能。
2. 充実した専門診療科の存在。（心臓血管外科以外は自院でほぼ完結が可能）
3. 病床数は 495 床で、一日あたりの平均入院患者数は 400 名前後、一日あたりの平均外来患者数も 1,000 人前後と、入院・外来ともに患者数・症例が豊富で厚生労働省の定める経験症例の達成が余裕を持って可能。
4. 豊富な救急医療件数（令和 5 年度の救急医療件数は 1 日平均 44.6 名）があり、平日の当直、休日の日直・当直を行うことで、研修医一人当たりが first touch する症例が多く、実践的な研修がアットホームな環境の中で可能。
5. 必修科目は、1 年次に内科 24 週、救急 8 週、麻酔科・外科・小児科・産婦人科を各 4 週、2 年次に地域医療 4 週、精神科 4 週とする。残りの期間は研修医の希望に沿って自由に研修先を選択できる。初期研修修了後に進みたい専門研修を決めている場合は、この残りの期間を用いることにより 3 年目からの専門医研修にシームレスに移行することが可能。
6. 必修科目である内科 24 週の主たる診療科は、①呼吸器内科②循環器内科③消化器内科④神経内科と血液内科⑤内分泌糖尿病内科と腎臓内科⑥総合内科に大別し、それぞれの研修期間を 4 週ずつとしているが、境界領域の症例や希少疾患例等の担当に関しては全内科内で自由に症例を経験できる。
7. 一般外来研修は、1 年次で研修する総合内科・小児科・外科並びに 2 年次で経験する地域医療研修において並行研修として約 6 週分の研修を行う。なお、それ以上の一般外来研修を望む場合は、希望に応じて通年で研修医個人の外来枠を週 2 時間程度設けることも可能。
8. 研修医が日直・当直・平日午後のトリアージ・救急研修中に関わった入院患者の症例は、症例を選択し研修中の診療科以外の診療科への入院となっても、入院中の担当医として退院まで関わる。

9. 当院での研修では患者の初診・入院から退院・通院までを一貫して主担当医として関わり、患者の問題解決まで責任を持って対応しながら、問題解決能力を身に着ける。このため、当院での研修は患者のベッドサイドに足繁く通うことを第一とし、EBM(Evidence-Based Medicine)だけでなく、NBM（Narrative-based Medicine）も大事にする。
10. 内科専門医を始め 3 年目以降の専門研修にシームレスに移行できる。
新専門医制度の基幹領域では、当院は内科・麻酔科の専門研修プログラム基幹施設であり、小児科・外科・整形外科・産婦人科・泌尿器科・耳鼻咽喉科・脳神経外科・眼科・病理・救急科・放射線科は連携施設となる。
なお、条件を満たす症例であれば初期研修で経験した症例を、専門研修での経験症例に含めることが可能。
11. 自然（長良川や奥美濃の山々など）、文化（世界遺産に登録された美濃和紙・関の孫六で有名な刀鍛冶など）、食べ物（うなぎ、鮎、飛騨牛など）に恵まれた土地での生活。
12. 研修医に配慮した担当指導医の設定。
13. 当院では初期研修を修了した医師の多くが、3 年目以降も当院で継続勤務している。
14. 日本の病院には公的 3 団体と呼ばれる「日本赤十字」・「済生会」・「厚生連」があるが、当院は「岐阜県厚生農業協同組合連合会（JA 岐阜厚生連）」を経営母体とする病院で、設立当初より地域医療に貢献している病院である。

9. 方略

（1）研修プログラムを構成する病院群

基幹型臨床研修病院：中濃厚生病院

協力型病院：	慈恵中央病院（精神科）	（中濃医療圏）
協 力 施 設：	岐阜県関保健所	（中濃医療圏）
	岐阜県赤十字血液センター	（岐阜医療圏）
	美濃市立美濃病院	（中濃医療圏）
	郡上市立郡上市民病院	（中濃医療圏）
	関市国民健康保険板取診療所	（中濃医療圏）
	関市国民健康保険洞戸診療所	（中濃医療圏）
	関市国民健康保険津保川診療所	（中濃医療圏）
	県北西部地域医療センター国保白鳥病院	（中濃医療圏）
	県北西部地域医療センター国保和良診療所	（中濃医療圏）
	県北西部地域医療センター国保高鷲診療所	（中濃医療圏）
	高山市国保荘川診療所	（飛弾医療圏）
	県北西部地域医療センター国保白川診療所	（飛弾医療圏）
	岐阜ハートセンター	（岐阜医療圏）
	岐阜勤労者医療協会みどり病院	（岐阜医療圏）

（2）プログラムの実際

まずは、必修科目の研修等を通して臨床医として必要な「基礎診療力」と「良好な医師・患者関係を構築する力」を豊富な症例を経験することで身に着けて行きます。患者さんに共感する

力を鍛え、患者さんとの感動のやりとりを体験してもらいたいと思います。2 年目は将来の進みたい方向を見据え、多彩な診療科から自分で選択した診療科での研修を通して、motivation を高めながら、その後の専門研修へシームレスに移行できるよう基礎固めを行います。

1.内科　計 24 週（必修）1 年次
呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、内分泌・糖尿病内科・腎臓内科、神経内科・血液内科、総合内科に大別
総合内科 4 週の内、2 週を一般外来研修（並行研修）に充てる。
2.救命救急　8 週、麻酔科 4 週　計 12 週（必修）1 年次
3.外科・小児科・産婦人科を各 4 週　計 12 週（必修）1 年次
小児科（4 週）の内、2 週を一般外来研修（並行研修）に充てる。
外科（4 週）の内、0.8 週を一般外来研修（並行研修）に充てる。
4.地域医療　4 週、精神科 4 週　計 8 週（必修）2 年次
地域医療研修（4 週）の内、1.2 週を一般外来研修（並行研修）に充てる。
地域医療研修の中で保健所や血液センターでの研修を 1～2 日程度行うことが可能
5.選択診療科
内科（呼吸器内科・循環器内科・消化器内科・内分泌糖尿病内科
神経内科・血液内科・総合内科）
小児科、外科、整形外科、産婦人科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、脳神経外科、皮膚科、放射線科、精神科、
麻酔科・救命救急、病理検査科、地域医療、保健・医療行政

2 年間で上記 1～5 を研修する間に厚生労働省が示す下記の症候、疾病・病態を経験する。

「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・るい痩、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）

研修スケジュール（モデルコース）

研修プログラム

<table>
<tr><th></th><th>4月</th><th>5月</th><th>6月</th><th>7月</th><th>8月</th><th>9月</th><th>10月</th><th>11月</th><th>12月</th><th>1月</th><th>2月</th><th>3月</th></tr>
<tr><td>1年次</td><td colspan="3">内科
呼吸器・循環器
内分泌・糖尿病+腎臓
（12週）
※総合内科（一般外来研修2週含む。）</td><td>産婦人科
（4週）</td><td>小児科
（4週）
※一般外来研修2.0週含む。</td><td colspan="3">内科
総合内科・神経+血液
消化器内科
（12週）</td><td>外科
（4週）
※一般外来研修0.8週含む。</td><td>麻酔科
（4週）</td><td colspan="2">救急
（8週）</td></tr>
<tr><td>2年次</td><td>地域医療
（4週）
※一般外来研修1.2週含む。</td><td>精神科
（4週）</td><td colspan="10">選択科目</td></tr>
</table>

※1 1年次で総合内科（4週）のうち2週、小児科（4週）のうち2週、外科（4週）のうち0.8週を、それぞれ一般外来研修（並行研修）として行います。

※2 2年次での一般外来研修は、地域医療研修（4週）のうち1.2週を、並行研修にて行います。

※ プライマリケアの実践に必須である、①医療面接、②身体診察、③臨床推論、④臨床手技、⑤検査手技、⑥地域包括ケア・社会的視点、⑦診療録の記載 についての修得は以下の（３）～（20）により行う。

① 医療面接

医療面接では、患者と対面した瞬間に緊急処置が必要な状態かの判断が求められる場合があること、また、診断のための情報収集だけでなく互いに信頼できる人間関係の樹立、 患者への情報伝達や推奨される健康行動の説明等、複数の目的があること、そして、診療の全プロセス中最も重要な情報が得られることなどを理解し、望ましいコミュニケーションのあり方を不断に追求する心構えと習慣を身に付ける必要がある。

患者の身体に関わる情報だけでなく、患者自身の考え方、意向、解釈モデル等について傾聴し、家族をも含む心理社会的側面、プライバシーにも配慮する。 病歴（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー等）を聴取し、 診療録に記載する。

② 身体診察

病歴情報に基づいて、適切な診察手技（視診、触診、打診、聴診等）を用いて、全身と局所の診察を速やかに行う。このプロセスで、患者に苦痛を強いたり傷害をもたらしたりすることのないよう、そして倫理面にも十分な配慮をする必要がある。

特に、乳房の診察や泌尿・生殖器の診察（産婦人科的診察を含む）を行う場合は、指導医あるいは女性看護師等の立ち合いのもとに行わなくてはならない。

③ 臨床推論

病歴情報と身体所見に基づいて、行うべき検査や治療を決定する。

患者への身体的負担、緊急度、医療機器の整備状況、患者の意向や費用等、多くの要因を総合して決めなければならないことを理解し、検査や治療の実施にあたって必須となるインフォームドコンセントを受ける手順を身に付ける。また、見落とすと死につながるいわゆる Killer disease を確実に診断できるように指導する。

④ 臨床手技

大学での医学教育モデルコアカリキュラム（2022 年度改訂版）では、学修目標として、 体位変換、移送、皮膚消毒、外用薬の貼布・塗布、気道内吸引・ネブライザー、静脈採血、胃管の挿入と抜去、尿道カテーテルの挿入と抜去、注射（皮内、皮下、

筋肉、静脈 内）を実施できることとされていた。また、中心静脈カテーテルの挿入、動脈血採血・ 動脈ラインの確保、腰椎穿刺、ドレーンの挿入・抜去、全身麻酔・局所麻酔・輸血、眼球に直接触れる治療については、見学し介助できることが目標とされていた。研修開始にあたって、各研修医が医学部卒業までに上記手技をどの程度経験してきたのか確認し、研修の進め方について個別に配慮する。

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

⑤ 検査手技

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

⑥ 地域包括ケア・社会的視点

症候や疾病・病態の中には、その頻度の高さや社会への人的・経済的負担の大きさから、社会的な視点から理解し対応することがますます重要になってきているものが少なくない。例えば、もの忘れ、けいれん発作、心停止、腰・背部痛、抑うつ、妊娠・出産、脳血管障害、認知症、心不全、高血圧、肺炎、慢性閉塞性肺疾患、腎不全、糖尿病、うつ病、統合失調症、依存症などについては、患者個人への対応とともに、社会的な枠組みでの治療や予防の重要性を理解する必要がある。

⑦ 診療録

日々の診療録（退院時要約を含む）は POS 方式で速やかに記載し、指導医あるいは上級医の指導を受ける。

入院患者の退院時要約には、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療方針、教育）、考察等を記載する。退院時要約を症候および疾病・病態の研修を行ったことの確認に用いる場合であって考察の記載欄がない場合、別途、考察を記載した文書の提出と保管を必要とする。なお、研修期間中に、各種診断書（死亡診断書を含む）の作成を必ず経験すること。

（3）オリエンテーション

全職種の新入職員の全体研修として、

1. コンプライアンス研修
2. 厚生連概況・病院概況・就業規則
3. セキュリティ・緊急連絡網
4. 医学概論
5. 接遇研修
6. 感染防御・感染管理
7. 医療安全対策
8. 医事課業務概要・保険請求

9. 健診センター業務内容
10. 看護職の役割
11. 薬剤科概要
12. 検査科概要
13. 放射線科概要
14. リハビリテーション科概要
15. 臨床工学科概要
16. 栄養科概要
17. 消火器取扱い訓練
18. 血液型・クロスマッチ

を行う。

また、研修医へのオリエンテーションとして、採用時に

1. 初期臨床研修について
2. 初期臨床研修プログラムの説明
3. 医師のプロフェッショナリズム
4. 医療倫理
5. 研究倫理
6. 専門医制度概要
7. 研修医セミナー年間予定
8. 日当直研修概要
9. 保険診療・保険医登録
10. 電子カルテ説明
11. 医療面接と理学所見の取り方と電子カルテへの記載・日々の診療の記録と上級医からのチェックの確認方法　（含む POS システム）
12. インフォームドコンセント
13. 医療メディエーション
14. 診療録の記載
15. 各種検査オーダーの仕方
16. 食事オーダー・栄養指導オーダー
17. 内服薬・注射薬オーダー、定期処方、服薬指導
18. リハビリオーダー
19. 入院時指示・必要時指示の出し方
20. 入院診療計画書の作成
22. 説明と同意書
23. 退院療養計画書・退院証明書の記載
24. 検体検査・画像検査の結果の見方と対応（パニック値も含めて）
25. 一般診断書・死亡診断書・介護保険主治医意見書の記載
26. 初診回答書・診療情報提供書の記載
27. 他科依頼箋の記載

28. 退院サマリの記載
29. 病理解剖の依頼
30. 病診連携
31. 感染症について
32. プライマリケア薬剤処方
33. 輸液の基本
34. 輸血の基本
35. NST
36. ICT
37. 緩和ケアチーム
38. インシデントレポート・医療事故
39. 感染症届け出、特定抗菌薬使用申請書
40. 退院調整・地域包括ケア
41. 研修医がオブザーバーとして参加する委員会
42. 図書室・文献検索等
43. 中濃病診連携カンファランス・中濃臨床懇話会
44. 初期臨床研修の記録と自己評価
45. 消毒・創処置実習
46. 採血（静脈・動脈）・ルート確保：総論・実習
47. 腹部エコー検査：総論・実習
48. 心エコー検査：総論
49. CT の診かた
50. MRI の診かた
51. 頭痛患者の診かたとカルテ記載
52. 脳血管障害を疑う患者の診かたとカルテ記載
53. めまい患者の診かたとカルテ記載
54. 胸痛患者の診かたとカルテ記載
55. 腹痛患者の診かたとカルテ記載
56. 発熱患者の診かたとカルテ記載
57. 意識障害患者の診かたとカルテ記載
58. 外傷患者の診かたとカルテ記載
59. 骨折を疑う患者の診かたとカルテ記載
60. 尿路結石を疑う患者の診かたとカルテ記載
61. 小児患者の診かたとカルテ記載
62. 抗生剤の適応と使い方
63. 鎮痛剤の適応と使い方
64. 睡眠薬の適応と使い方

の研修を行う。

さらに、蘇生トレーニングとして ICLS コースを受講する。

（4）病棟診療

ローテーション中の診療科の入院患者、総合内科・感染症領域の入院患者の担当医となる。まだ経験していない希少疾患はローテーション中の診療科領域外の疾患であっても担当医となることがある。ローテーション科の研修が修了しても、患者の退院までは次のローテーション先での研修に支障のない範囲で、引続き入院患者の担当医として病棟診療を行う。

後輩研修医や医学生の指導も行い、多職種の診療チームの中で中心的な立場で活動する。

原則として、入院から退院まで継続的に診療にあたる。

（5）外来診療

総合内科・各ローテーション診療科の初診外来、再診外来を指導医とともに担当して、外来診療のノウハウを学ぶ。

（6）救急外来

2 年次には平日日勤帯の診療時間外救急患者を 1 回／1～2 週程度担当し診療を行う。

救急をローテーション中には、平日日勤帯の救急車での搬送患者の診療を行う。

（7）一般外来研修

内科（総合内科 4 週）の内 2 週、小児科（4 週）の内 2 週、外科（4 週）の内 0.8 週を、並行研修として一般外来研修に充てる。

また、2 年次で経験する地域医療研修においても、4 週の内 1.2 週を同様に並行研修として、一般外来研修に充てる。

※　総合内科・小児科の一般外来研修 2 週は午前の外来を 5 日/週×4 週、外科の 0.8 週は午前の外来を 2 日/週×4 週、地域医療研修の 1.2 週は午前の外来を 3 日/週×4 週とする。

（8）在宅診療研修

2 年次で経験する地域医療研修において在宅診療研修を行う。

なお、研修期間は 4 週の内 0.5 週以上を在宅診療研修として行うことを必須とする。

※　0.5 週とは、1～2 日/週×4 週の在宅診療研修を指す。

（9）日・当直

平日の当直、休日の日直または当直を合わせて 3～5 回／月程度、内科系上級医・外科系上級医・小児科上級医と共に担当し、救急患者の診療を行う。

なお、当直翌日の勤務は午前中勤務を原則とし、午後は休養にあてる。

（詳細は、別紙「初期臨床研修における日当直研修システム」参照）

（10）BLS・ACLS

研修 1 年目に受講する。

（11）モーニングセミナー・カンファランス・抄読会　等

自主的な研修、自己研鑽の場として定期的（2 回/週）に上記の学習機会を設ける。

（12）CPC

不定期であるが剖検のあるたび開催する。研修医の出席を必須とする。

（13）医療安全

医療安全に関しては「医療安全管理委員会リスクマネージメント部会」に参加する。
自身の経験したインシデント・アクシデントに関し、医療安全対策室にレポートを提出する。

（14）感染防御・感染対策

総合内科研修中に ICT の活動に参加する。

（15）医療倫理

当院または他施設で行う医療倫理講習会に参加する。

（16）緩和医療

総合内科研修中に PCT の活動に参加する。当院で開催する緩和ケア講習会に参加する。

（17）予防医療

健診に参加し診察と健康指導を行う。

（18）虐待に関する研修

小児科研修の中で実施する。研修中での受講を必須とする。

（19）社会復帰支援

担当患者の退院にあたり、MSW 等とともに社会復帰支援計画を作成する。

（20）アドバンスケアプランニング（ACP）・人生会議

ACP に対する講習を受け、可能であれば担当患者の ACP に参加する。

（21）書類作成

上記（1）～（9）での研修を通じ、説明と同意書・初診回答書・診療情報提供書・入院診療計画書・退院療養計画書・退院証明書・死亡診断書・介護保険主治医意見書・その他各種診断書の記載を行う。

（22）地域参加型カンファレンス

中濃臨床懇話会・中濃地域病診連携カンファランス等に参加する。

（23）臨床研究・治験

当院で実施する治験に積極的に参加する。

（24）学会発表・参加、研究会発表・参加

学術集会等に積極的に出席する。

筆頭演者もしくは筆頭著者として、学会発表あるいは論文発表を 2 年間に 1 件以上行う。

また、ローテーション診療科での研修中に積極的に研究会等に参加し、都合があえば発表を行う。研究研修費として、1 人年間 15 万円（2023 年度実績）まで補助がある。ただし、演者の場合は上限を超える分も支給対象となる。

（25）自己学習の環境

研修に必要な図書室と、研修医専用の研修医室がある。

図書室・研修室・各科外来、病棟、救急等の各部門、インターネット環境（Up To Date）などが整備済み。

（26）指導・研修の質の担保

指導医は、厚生労働省の医師臨床研修制度「医師臨床研修指導ガイドライン-2020 年度版-」に基づき、研修医に対し指導を行う。なお、研修医より指導医や研修に対する負の評価がある場合は、臨床研修管理委員会で対応を検討する。

指導医は研修医と綿密にコミュニケーションを取り、研修の進捗状況を把握し、研修センター、各ローテーション診療科指導医と協議し、研修の進捗状況の把握と研修が順調に進むように配慮する。連携施設における研修時も、常時、中濃厚生病院の指導医とのコンタクトが取れる状態とし、研修の状況を指導医・研修医・連携施設の指導医との間で共有する。

また、必要に応じて中濃厚生病院の指導医が連携施設に赴き現場での指導も行う。

（27）初期臨床研修時の症例の取り扱い

各学会認定指導医が直接指導した症例で、研修医が主たる担当医として経験した症例に限り、指導医と専門研修プログラム委員会の統括責任者の承認が得られる場合には、初期臨床研修で経験した症例の一部を専門研修の症例として認めるものとする。

（28）研修センター

研修が円滑に行えるように研修センターを設置する。

研修センターは、研修医がローテートを修了するたびに EPOC に記録するローテート診療科に対する「指導医評価」・「診療科・病棟評価」、並びに「研修医評価表Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」の評価状況を適時確認し、指導医に対し研修医への評価を依頼する。

また、研修医が経験するたびに EPOC に記録する経験症候や疾病・病態、臨床手技・検査手技等についても随時確認を行い、その都度、指導医に対して評価と承認の依頼を行う。

なお、研修センターは研修医並びに指導医が EPOC にて行う評価等について、研修医及び指導医より依頼を受けた場合は、EPOC への評価の代理入力を行うことができるものとする。

また、研修医が研修期間中に参加する講習会・研修会、学術活動、感染対策、予防医療、

虐待対応、社会復帰支援、緩和ケア、ACP、CPC 等についても、EPOC に記録された内容を適時確認するものとするが、各種の講習会・研究会・学会等への受講・参加について、研修センターは必要に応じて研修医に対して参加を促すものとする。

なお、研修センターは研修医に対して、原則 6 ヶ月毎に研修医手帳の提出を求め、研修医手帳の記載内容を確認の上、プログラム責任者の承認を受けるものとする。

また、研修センターはプログラム責任者が指名した 3 名以上の複数職種のメディカルスタッフによる研修医評価を、EPOC に定められた「メディカルスタッフによる研修医評価表Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」により、原則、6 ヶ月毎に実施する。また、指導医や看護師長・主任看護師等が研修医評価を客観的に行うことができると判断した患者に対して、研修医の評価を依頼し、患者より了解が得られた場合には、EPOC に定められた「患者による研修医評価表」により評価を適時行うものとする。

なお、年度末においては、研修医による「研修医療機関単位の評価」及び「研修プログラムに対する評価」を EPOC にて行う。また、同様に年度末において、指導医に対しても自己評価を、「指導医による自己評価表」を用いて併せて実施するものとする。

（29）労働条件

身　　分　：　嘱託職員

休 暇 等　：　週休 2 日制

勤務時間　：　8 時 30 分～17 時 15 分

当直翌日の勤務　：　8 時 30 分～12 時 30 分までとする。（連続勤務は 28 時間以内）

夏季休暇　：　1 日（6 月から 8 月の期間に取得）

リフレッシュ休暇　：　4 日（付与日より 1 年間の期間に取得）

年末年始休暇　：　6 日（12 月 29 日～1 月 3 日）

年次有給休暇　：　1 年次：3 日（6 ヶ月経過時より 10 日）、2 年次　11 日

（時間単位の有給休暇取得も可能。例：15：15～17：15）

アルバイト等の兼業は禁止する。

（30）健康管理

入職時に B 型肝炎・麻疹・風疹・水痘・ムンプスの抗体価チェックを行い、感染防御抗体のない場合は予防接種を行う。当院正職員に準じて、定期健康診断を受ける。身体面・精神面での不調がある際は研修センターを通じて個人情報に配慮した上で適切な対応（当該診療科での診療・心理カウンセリング等）を行う。

（31）研修の休止、プログラム移動

疾病や妊娠・出産、その他止むを得ない事情による研修の休止期間については、本プログラム修了要件を満たしていれば、休職期間が 90 日以内であれば、研修期間の延長は必要ないものとする。なお、これを超える休止期間となる場合は、超過した期間日数分の研修期間の延長が必要となる。また、他の研修プログラムへの移動については、臨床研修管理委員会で止むを得ない理由であると判断されれば臨床研修中断証を交付し、研修医の希望に沿って他の研修病院への紹介などの支援を行う。

（32）管理者、臨床研修委員会、プログラム責任者、指導医、上級医、指導責任者、指導者

管理者は、中濃厚生病院病院長であって、臨床研修管理委員会やプログラム責任者からの意見を受けて、臨床研修に関する重要な決定を行う者である。

臨床研修管理委員会は、

① プログラムの作成と改善
② 研修医の教育に関する各種行事の開催
③ 研修プログラムの統括と評価並びに管理
④ 研修に関する評価
⑤ プログラムの修了判定
⑥ 院外における研修に伴う連携病院・連携施設への派遣調整と指導・監督

等の権限を有し、研修医の研修進達状況の把握、問題点の抽出と解決、並びに各指導医への助言と指導に関する最終責任を負う。

プログラム責任者はプログラム責任者養成講習会を受講した者で、管理者からの委託を受け臨床研修管理委員会を主宰して、プログラムの作成と改善及び実施に責任を持つ。

指導医は、研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有している者で、原則、7 年以上の臨床経験を有し、臨床研修指導医講習会を受講し、管理者より指導医の委託を受けた者であり、臨床現場で研修医を指導・評価する中心を担う。

上級医は、指導医の資格要件は満たさないが、研修医に対し指導を行うために必要な経験・能力を持つ者であり、指導医と連携して研修医の指導を行う。上級医は日当直における研修医の指導に関して、指導医と同等の役割を果たす。

指導責任者は、各診療科の長、または、それに準ずる者で各研修分野における研修医の指導に関しての責任を担う者であって、管理者より指導責任者の委託を受けた者。

指導者は臨床研修管理委員会で推薦され、管理者から委託を受けた看護師・薬剤師・診療放射線技師・臨床検査技師等で、研修医の指導に関係する医師以外の全ての医療職の者であって、研修医の指導と評価を行う者。

10. 評価

1．研修医による自己評価

研修医は自らが経験した経験症候／疾病・病態・症例要約、臨床手技・検査手技等、講習会・研修会の受講、学術活動、感染対策、予防医療、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、ACP、CPC などについて、速やかに EPOC 及び研修医手帳に記録し、ローテートが終了するたびに指導責任者または指導医の評価を受ける。（指導責任者・指導医が評価しがたい場合は研修センターの指示に従う。）また、研修医が誰に評価を依頼するか判断できない場合は研修センターの指示に従う。

さらに、研修医は研修医手帳を６ヶ月毎にプログラム責任者または研修センターに提出し承認を受けなければならない。（それまでの研修での自己評価や指導医等の評価の記載がない場合には、速やかに評価を行わなければならない。）

※ 研修医は 2 年間の間に経験すべき症候（29 症候）、経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）を全て経験するものとし、電子カルテ上に日常診療の外来または入院患者において、経験すべき症候（29 症候）、経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）を含む担当患者の医療記録を要約した病歴要約を残すとともに、これを以って指導医評価を受ける。

２．指導医による研修医評価

指導医は研修医より評価の依頼を受けたら、速やかに EPOC 及び研修医手帳、さらに、研修医が作成した日常診療において担当患者の医療記録を要約した病歴要約を確認し承認を行う。なお、承認ができない場合は何が足りないかをフィードバックし、承認できるために何が必要かを共に考え、承認できるまで責任を持って指導を行う。

また、研修医はローテートが修了するたびに、「研修医評価表Ⅰ・Ⅱ・Ⅲによる評価」を EPOC に速やかに登録し、ローテート診療科指導医の承認を受けなければならない。

プログラム責任者・臨床研修管理委員会委員は、EPOC による研修医の自己評価「研修医評価表Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」、並びに指導医による「研修医への指導医評価表Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」の結果を踏まえて年に 2 回以上研修医に対して形成的評価を行う。

プログラム責任者は指導医より報告された評価が承認できないと判断する場合、指導医に対し承認できない理由を説明し、承認できるために何が必要かを研修医を含めて共に考え、指導医にプログラム責任者が承認できるレベルまで責任を持って助言と指導を行う。

３．研修医による指導医評価・研修プログラム評価

研修医は指導を受けた全ての指導医・上級医に対する評価をローテートが修了するたび、ローテート診療科の「指導医評価」及び「診療科・病棟評価」を EPOC にて行う。なお、この評価は、連携施設での研修を行った際は連携施設でも実施する。また、年度末においては研修医による「研修医療機関単位の評価」及び「研修プログラムに対する評価」を併せて EPOC2 にて行う。

なお、この評価結果はプログラム責任者が確認の上で、即時対応の必要なものとそれ以外に分類し、即時対応の必要なものは臨床研修管理委員会を開催し対応を検討するものとするが、指導医・上級医に対する評価で即時対応の必要のないものは、年度末にプログラム責任者より指導医・上級医にフィードバックする。

４．指導医の自己評価

研修医がローテートする各診療科の指導医による自己評価は、「指導医による自己評価表」に沿って、少なくとも 1 年に 1 回、自己評価を行い、研修センター・プログラム責任者に提出する。

５．メディカルスタッフによる研修医評価

プログラム責任者が指名した 3 名以上の複数職種の職員による研修医評価を実施する。

なお、評価は EPOC に定められた「メディカルスタッフによる研修医評価表Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」により評価を行った後、研修センター・プログラム責任者に評価表を提出する。

プログラム責任者はメディカルスタッフより提出された評価表を確認し、その結果を研修センターが取り纏めて EPOC に登録する。

評価は年に 2 回行う。評価結果は主にプログラム責任者から研修医にフィードバックする。

6．患者からの研修医評価

指導医や看護師長・主任看護師が研修医の評価を客観的に行うことができると判断した患者に対して、適宜、研修医評価の協力を依頼し、患者より了解が得られた場合には、EPOC に定められた「患者による研修医評価表」により評価を行い、プログラム責任者がメディカルスタッフより提出された評価表を確認し、その結果を研修センターが取り纏めて登録する。

この評価には特に件数は定めないが、評価の結果は指導医またはプログラム責任者のいずれかより研修医にフィードバックを行う。

7.総括評価

研修終了時には、研修管理委員会で 1～6 までの評価を合わせて総合的に検討し、EPOC に定められた「到達目標達成度判定票」を用いて総括評価を行い、修了判定を行う。

附則

研修医がローテートを修了するたびに行う EPOC による「研修医評価表Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」による自己評価に対する指導医の承認、また、研修医が経験するたびに作成する「経験すべき症候（29 症候）」「経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）」の指導医の承認（電子カルテ上の病歴要約を含む）、また、プログラム責任者による確認が得られない場合、原則として、次の診療科での研修には進めないものとする。

※　それぞれの評価を、年度毎の臨床研修管理委員会で検討する。

11. 採用と研修修了

研修医の採用は、採用試験と医師臨床研修マッチングの結果をもって行う。

修了判定は、研修実施記録、研修出席状況、2 年間で経験した「経験すべき症候 29 症候」と「経験すべき疾病・病態 26 疾病・病態」の病歴要約、研修医評価表Ⅰ・Ⅱ・Ⅲによる評価に基づき、臨床研修管理委員会にて「到達目標達成度判定票」を用いて総括評価、審査を行い、修了と判定された研修医に「臨床研修修了証書」を交付する。

臨床研修の修了基準

① 研修実施期間の休止日数（当院の定める休日は含まない。）が、法令上限の 90 日を超えていないこと。

② プログラムの定める必要履修期間を満たしていること。

③ 厚生労働省の示す臨床研修到達目標の評価が EPOC 及びその他の評価表により全て完了し、その内容に問題がないこと。

④ 2 年間の研修期間中で経験すべき症候（29 症候）、経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）を全て経験し、全ての担当患者の医療記録を要約した病歴要約が作成され、指導医の承認を受けていること。

研修修了後の進路・勤務先

中濃厚生病院初期臨床研修修了者名簿を作成する。

原則として、中濃厚生病院と双方向に連絡できる体制とし勤務先が変わる際は研修センターへ連絡をする。

中濃厚生病院　初期臨床研修における日当直研修システム

Ⅰ.目　的

研修医が日当直診療を通じて上級医の監督・指導の下、標準的なプライマリケア、救急診療の能力を身につける。

- 1 年次は上級医と共にプライマリケア・救急の診療に慣れ親しむ。
- 2 年次は研修医自身で common disease のプライマリケア・救急の診療の実践を行い、診療経験を増やす。

※　厚生労働省の示す「初期救急対応」の到達目標は、“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。”というものである。研修修了の要件として、指導医がそばにいなくても、必要時に連絡が取れる状況下であれば、一人で診療しても対応可能なレベルまで診療能力を高めることが挙げられている。

Ⅱ.方　　略

1.　1 年次研修医：

上級日当直医・2 年次研修医等とともに、原則として 1 カ月に約 4～5 回の日当直研修を行う。（日当直回数は研修医数により変動あり。）

1 年次研修医は単独では診療を行わない。2 年次研修医・上級医と共に診療を行う。

ただし、研修医の臨床能力に応じ、上級医の直接の指導下であれば、1 年次研修医に問診、身体診察、血液検査、X 線検査等のオーダー、投薬、処置などの診療を行うことができる。

検査を行う場合には、その必要性・目的をよく考えた上で行い、画像検査の場合は依頼書に臨床症状や疑われる疾患、特に否定したい疾患を記載し、放射線技師・医師と情報の共有を図る。

また、1 年次の研修期間が 7～9 カ月終了した段階で、臨床研修管理委員会の判定により 2 年次研修医の日当直研修を行う臨床能力と同等の能力があると評価され、1 年次研修医もこれを希望する場合は 2 年次研修医と同様の日当直研修を行うことができるものとする。

2.　2 年次研修医：

上級日当直医・1 年次研修医等とともに、原則として 1 カ月に約 4～5 回の日当直研修を行う。（日当直回数は研修医数により変動あり。）

救急車以外での来院患者については 2 年次研修医が、最初に診療を行う。

（1 年次研修医も同時に日当直を行っている場合は一緒に診療を行う。）

検査を行う場合には、その必要性・目的をよく考えた上で行い、画像検査の場合は依頼書に臨床症状や疑われる疾患、特に否定したい疾患を記載し、放射線技師・医師と情報の共有を図る。

帰宅させてもよいかどうか、あるいは診療方法の判断に難渋する時は、躊躇せず傷病に応じて上級の内科系日当直医・外科系日当直医・時間帯によっては小児科医師に相談し一緒に対応する。

具体的には、以下の患者については上級医への相談を必須とする。

① 緊急性の高い重篤な疾患（Killer disease）の除外ができない場合
（ex.・心電図異常ははっきりしないが心筋梗塞が否定できない患者・脳 CT でははっきりした異常はないがいつもとは異なる頭痛を訴えており、くも膜下出血を否定できない患者・はっきりした症状はないがショックバイタルである患者等）

② 研修医が診断・治療に迷う場合や軽症と判断しかねる場合

③ 入院の適応はないと思っても患者側より入院の希望のある場合

④ 初期対応がされ帰宅した後に症状の改善等がみられず再診された患者

⑤ 他院からの紹介状を持って来院された患者

⑥ CT や MRI 検査を行った患者

⑦ 他の画像検査でも読影に自信のない場合

⑧ 検査値にパニック値がみられた場合

⑨ 検査結果の解釈に自信のない場合

⑩ クレーマー患者

⑪ その他研修医が相談を要すると判断した場合

救急車での来院患者については、最初から上級日当直医と共に診療を行う。

3. 研修医より相談を受けた日当直上級医の対応

① 日当直上級医は当該日当直期間の診療の責任者であり、研修医の診療についての責任を負うものであり、相談を受けた日当直上級医は快く相談を受け、研修医と一緒に患者を診察し、診察内容、検査結果へのコメント、治療方針、患者への今後の指導などを診療録へ記載する。上級医が直接記載しない場合は研修医の記載内容を確認の上、必要に応じて記載内容への指導を行った後に承認を行い、診療録に承認を行った記録を残す。
上級医も専門外で対応に迷う場合は、躊躇せず当該専門診療科の待機医師に上級医または研修医から連絡を入れ指示を仰ぐ。

② CT と MRI 画像は放射線読影医によっても読影されるので、CT・MRI をオーダーした研修医は、当日または後日この所見を確認し、日当直帯での結果の説明や対応に問題がなかったかを見直す。問題が残る、または、重要な所見の見落としが確認されれば、日当直時の上級医と速やかに相談し、患者へ連絡し今後の指示を行う。

※ 救急外来等で行われた CT や MRI 検査後、患者さんが当院の専門外来を受診されていない場合も散見されるため、CT・MRI 検査ではその結果を説明する際に、別紙の如く、放射線専門医の読影結果の説明や疾患専門医の診察・経過観察のため後日、疾患の専門外来を受診することを勧める文書を渡すこととする。カルテ記事には「受診喚起の文書を渡し○○科への受診を指示した。」と一文を残す。また研修医のオーダーした CT・MRI に関しては、暫定的な結果説明であっても、必ず上級医も読影した上で結果の説明を行う。（上級医も画像の読影を行ったことがわかるようにカルテへの記載が必要。）

4. 救急患者受入れに関する診療体制

① ：日当直医（研修医を含む）への連絡

救急車での来院

ホットライン PHS を持つ医師の属する診療科系で対応する疾患でなければ、当該診療科上級日当直医、日当直研修医、救急担当看護師・事務職員に連絡する。

救急車以外での来院

事務職員または看護師が

- 2 年次研修医が日当直医であれば 2 年次研修医へ連絡する。
  （日当直に携る 1 年次研修医がいる場合は、1 年次研修医にも連絡のこと。）
- 2 年次研修医が日当直医でなければ当該診療科系の上級日当直医へ連絡する。（日当直に携る 1 年次研修医がいる場合は、1 年次研修医にも連絡のこと。）

② ：診療

救急車での来院

上級医と研修医で診療する。

救急車以外での来院

- 1 年次研修医：

  上級医の直接の指導のもとに研修の進展度に合わせて診療する。

  （例：見学→問診→理学所見→検査計画→投薬など）

  1 年次研修医の処方・指示については、診療と同時並行で上級医の確認と承認が必要である。（診療録上で記録が残らなければならない）

  1 年次の研修期間が 7～9 カ月終了した段階で、臨床研修管理委員会の判定により、それぞれの 1 年次研修医に 2 年次研修医の行う日当直研修と同等の臨床能力があると評価され、1 年次研修医もこれを希望すれば、2 年次研修医と同様の日当直研修を行うことができる。

  また、処方経験のない薬は「日本医薬品集」等の該当薬の項目に目を通し、禁忌に当たらないか、用量に間違いがないか、併用注意薬がないかなどを必ず確認すること。また、投与日数は原則として最短の平日外来日までとする。

  自覚症状や理学所見などから緊急性がないと判断され、最短の平日午前の外来まで待てる状態なら、むやみに検査や投薬は行わず必要最小限に留めること。

- 2 年次研修医：

  上級医の監督・指導のもとに初期診療を単独もしくは 1 年次研修医とともに行う。

  診療内容については、事後または同時に上級医による確認と承認が必要である。

  （診療録上で記録が残らなければならない）

特に重篤な疾患の除外が否定できない例、帰宅させてよいか判断に迷う例、画像検査を行った例、同日の再診例、入院を希望する例、クレーマー患者などは上級医の判断を必ず仰ぐこととする。（Ⅱの２参照）
処方経験のない薬は「日本医薬品集」等の該当薬の項目に目を通し、禁忌に当たらないか、用量に間違いがないか、併用注意薬がないかなどを必ず確認すること。
また、投与日数は原則として最短の平日外来日までとする。
自覚症状や理学所見などから緊急性がないと判断され、最短の平日午前の外来まで待てる状態なら、むやみに検査は行わず必要最小限に留めること。
軽症と判断し上級医に相談せず帰宅させる患者には、軽症と判断した客観的な根拠を診療録に記載の上、原則として最短の平日外来（該当する診療科）の受診を勧める。また、帰宅後、予想外に症状が悪化する場合などは、再度、病院まで連絡し対応を求める、または、救急外来を再診することを勧めることを、診療録にも記載しておくこと。
医学に 100%の安全はないことを肝に銘じ、日当直の場では Over Triage や Over Diagnosis をよしとするスタンスで診療を行う。
また、日当直の場で診療を完結する必要のないこと、また、必ずしも確定診断する必要のないことも念頭において診療を行う。

- 上級医：
  日当直上級医は当該日当直期間の診療責任者であり、研修医の診療についての責任を負うものであり、日当直の場が研修医のプライマリケアの研修の場であることを考え、研修医任せにせず、積極的に研修医の診療を現場で指導すること。

③ ：細則

1. 原則として、休日日直帯の 12 時～13 時、当直帯の 18 時～19 時の間は研修医の休憩時間として、上級医が診察を行うこと。
2. 当直研修の翌日は当直明けとして、可能な限り休息を取ることとする。
3. 毎週水曜日 8 時 00 分～8 時 30 分、金曜日 17 時 15 分～17 時 45 分は研修医のモーニングセミナー・カンファランス・抄読会等が予定されており、この時間帯には上級医が日当直業務を担当すること。
   同様に、年数回開催される研修医セミナーにおいても同様に取扱うこととする。
4. 精神科研修・地域医療研修中は、研修日前日の当直は研修に差し障る可能性もあり、原則として行わないこと。
   （金曜日の当直・土曜日の日当直・日曜日の日直は実施可能とする。）
5. 年末年始など長期に渡り休診となる際の対応
   ① 研修医が上級医に相談した患者の次回受診日は、上級医の指示に従う。
   ② 研修医が単独で軽症と判断し帰宅させた患者は、原則として翌日の日直帯に再受診を勧めることとし、翌日の日直上級医がダブルチェックとして診療を行う。ただし、休日中の再受診が不要であると強く判断した場合には、

「例：症状が悪化した場合や、なかなか改善しないような場合は、当院への再受診を勧めます。」と説明し（診療録に記載）、翌日受診の指導をせず帰宅させてもよいものとする。

6. 一見、軽症にみえても、その訴えや検査所見などから、重篤（急性に悪化し生命に関わることもあるもの：脳血管障害・中枢神経系感染症・心筋梗塞・心筋炎・肺梗塞・大動脈解離・膵炎・胆道感染症・腸閉塞・消化管出血・腸管穿孔・喉頭蓋炎・尿路閉塞を伴う尿路感染症など）な疾患も鑑別にあがる病態では、これらが否定的であると考える根拠（陰性所見も含めて）を診療録に必ず記載すること。Killer disease であっても症状が軽微である場合や、一時的に軽快することがあることを念頭に置く。
7. 研修医の診療した症例はすべて「日直・当直症例表」に記載し速やかに提出すること。
   後日、これを基に臨床研修管理委員会で診療内容を検討し、必要に応じ研修医への feed back を行う。

日直・当直症例表（例）

年　　月　　日（水曜日）　日直・当直研修医名：

患者ID	主訴	確定診断	暫定診断	対応	上級医直接診察有無（上級医名）	上級医相談・カルテ診有無（上級医名）	確認	Feedback
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		
					有（　　）・無	有（　　）・無		

- 「上級医直接診察」とは、患者さんとの対面での対応を上級医が実施した場合を指す。
- 「上級医相談・カルテ診」とは、患者さんとの直接の対面はないものの、口頭にて相談してアドバイスを仰いだ場合や、画像診断を依頼した場合を指す。
- どちらにも「無」に「○」印がついている場合は、2 年次研修医が軽症と判断し上級医へ相談せずに帰宅を可能とした症例となる。

CT・MRI 検査を受けられた患者さんへ

中濃厚生病院

本日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿さんは救急外来を受診され、CT 検査や MRI 検査を受けられました。この検査の結果については担当医より一通りの説明をさせていただきましたが、救急診療の場ですので、検査の読影専門医による詳細な読影はまだ行えておりません。現在緊急を要す状態ではないと思われることは、本日診療した医師（研修医と上級日当直医師の２人以上、または上級日当直医師）により確認してはおりますが、あなたの症状や異常に関する専門医ではない場合が多いので、中長期的な経過観察や治療が必要な異常が存在し、それが説明できていない可能性も否定が出来ないのが実情です。また今回、上記の検査を行うこととなった症状に関連する臓器ではない部分に、たまたま無症状の異常（例えばがんなど）が現れている場合も少ないながらございます。申し訳ないことでございますが、医療は不確実なものですので、100％の安心・安全はあり得ません。あなたの今回の症状や疾患に関する専門医の診察をお受けになることを強くおすすめします。

近日中に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科へ受診下さい。

「管理者」

中濃厚生病院病院長

臨床研修の実施にあたり、基幹型病院及びプログラムを構成する病院群全体で研修医育成を行う体制を支援する。プログラム責任者や指導医等の教育担当者の業務が円滑に行われるように配慮するとともに、臨床研修管理委員会やプログラム責任者からの意見を受けて臨床研修に関する重要な決定を行う者。

管理者の役割は以下のとおりである。

1) 受入れた研修医について、予め定められた研修期間内に研修が修了できるよう責任を負う。
2) 研修医募集の際に研修プログラムと共に定められた事項を公表する。
3) 研修医が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臨床研修中断証を交付し、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う。さらに、中断証の写しと臨床研修中断報告書を地方厚生局宛に送付する。
4) 臨床研修管理委員会における、研修実施期間の確認、目標達成度の評価、安全な医療および法令・規則遵守の評価等を踏まえ、研修修了を認定する。
5) 臨床研修を修了認定した研修医に対して、臨床研修修了証を交付する。併せて、臨床研修修了者一覧表を地方厚生局宛に提出する。
6) 臨床研修管理委員会の要請に基づいて、プログラム責任者、指導医、指導責任者、メディカルスタッフ部門の責任者を委託する。
7) 臨床研修管理委員会の評価に基づき、研修未修了と認定した研修医に対し、理由を付して、研修未修了理由書を以って通知する。
8) 研修未修了者に対して、研修継続に先立ち、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を地方厚生局宛に送付する。
9) 研修記録（臨床研修を受けた研修医に関する規定の事項が記載された文書）を、臨床研修修了又は中断日から5年間保存する。

「研修管理委員会」

臨床研修の実施を統括管理する機関であり、管理者、事務部門責任者、プログラム責任者、プログラムを構成する病院群（協力型病院・研修協力施設）の研修実施責任者、また、外部委員としてプログラム構成病院群以外の施設等に所属する医師または有識者等により構成される。

研修管理員会の役割は以下のとおりである。

1) 研修プログラムの作成、プログラム相互間の調整、研修医の管理及び研修医の採用・ 中断・修了の際の評価等、臨床研修の実施の統括管理を行う。
2) プログラム責任者や指導医から研修医ごとの進捗状況について情報提供を受け、研修医ごとの研修進捗状況を把握・評価し、研修期間修了時に修了基準を満たさないおそれのある項目については確実に研修が行われるよう、プログラム責任者や指導医に指導・助言を行う。

3) 研修医の研修期間の修了に際しプログラム責任者の報告に基づき、研修修了認定の可否評価を行い、管理者に報告する。なお、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、中断証に記載された評価を考慮する。
4) 分野毎のローテーション修了時に記載される研修医評価票を保管する。
5) 研修医が臨床研修を継続することが困難であると評価された場合、中断を勧告することができる。
6) 研修未修了と判定する場合には、管理者と共に当該研修医及び研修指導関係者と十分に話し合い、正確な情報に基づいて行う。

「プログラム責任者」

管理者から委託を受け臨床研修関連の実務を統括し、研修プログラムの企画・立案及び実施の管理並びに研修医に対する助言、指導その他の援助を行う者。
臨床研修を行う病院(研修協力施設を除く)の常勤医師であって、指導医及び研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有し、臨床研修指導医の資格を取得し、さらに、実務経験を積んだ後、プログラム責任者講習会を受講した者。

プログラム責任者の役割は以下の通りである。

1) プログラム責任者は、次に掲げる事項等、研修プログラムの企画立案及び実施の管理並びに研修医に対する助言、指導その他の援助を行う。
   ① 研修プログラムの原案を作成する。
   ② すべての研修医が臨床研修の目標を達成できるよう、全研修期間を通じて研修医の指導を行うとともに、研修プログラムの調整を行う。例えば、定期的に、あるいは必要に応じて、研修医ごとの到達目標の達成状況を把握・評価し、定められた研修期間の修了時までに、修了基準を満たさない項目について研修が重点的に行えるよう指導医に情報提供する。
   ③ 到達目標の達成度について、少なくとも年2回、研修医に対して形成的評価(フィードバック)を行う。
2) 研修医の臨床研修の休止にあたり、履修期間を把握したうえで、休止の理由が正当かどうか判定する。研修医が修了基準を満たせなく恐れがある場合は、事前に臨床研修管理委員会に報告・相談するなど対策を講じ、定められた研修期間内に研修を修了できるように努める。
3) 研修期間の修了に際し、臨床研修管理委員会に対して研修医の到達目標の達成状況について到達目標達成度判定票を用いて報告する。
4) 管理者及び臨床研修管理委員会が臨床研修の中断を検討する際は、十分な話し合いを持ち、当該研修医の臨床研修に関する正確な情報を提供する。

「研修実施責任者」

協力型病院又は研修協力施設において、臨床研修の実施を管理する者。
研修の評価および認定において、指導医と同様の役割を担うのみならず、協力型病院又は研修協力施設の代表として、施設における評価及び認定における業務を統括する者。

「臨床研修指導医（指導医）」

臨床研修を行う基幹型臨床研修病院、並びに協力型病院・研修協力施設の医師であって、研修医に指導を行うために必要な経験及び能力を有している者。
原則、7年以上の臨床経験を有し、プライマリケアの指導方法等に関する講習会（臨床研修指導医講習会）を受講している者で、管理者より指導医の委託を受けた者。
指導医の役割は以下の通りである。

1) 研修医指導の責任者又は管理者であり、研修医を直接指導するだけではなく、いわゆる「屋根瓦方式」で指導医の指導監督の下、上級医が研修医を直接指導できることも想定している。
2) 研修医が担当した患者の病歴や手術記録を作成するよう指導する。
3) 担当する分野・診療科の研修期間中、研修医ごとに到達目標の達成状況を把握し、研修医に対する指導を行い、担当する分野における研修期間の終了時に、研修医評価票を用いて評価し、その結果をプログラム責任者に報告する。
4) 研修医の評価にあたって、当該研修医の指導を行った、又は共に業務を行った医師、看護師その他の職員と情報を共有することが望ましい。
5) 研修医と十分な意思疎通を図り、実際と評価に乖離が生じないように努める。
6) 研修医自身が、インターネットを用いた評価システム等を活用して、研修の進捗状況を把握するように指導する。
7) 定期的に研修の進捗状況を研修医に知らせ、研修医及び指導スタッフ間で評価結果を共有し、より効果的な研修へとつなげる。

「上級医」

基幹型臨床研修病院、協力型病院・研修協力施設の医師であって、研修医に対し指導を行うために必要な経験及び能力を有している者の内、上記の指導医の要件を満たしていない者。

「指導責任者」

各診療科の長、または、それに準じる者で、各研修分野における研修医の指導に関して責任を担う者であって、管理者より指導責任者の委託を受けた者。
原則として指導医であることが望ましい。

「指導者」

臨床研修管理委員会で推薦され、管理者から委託を受けた看護師・薬剤師・診療放射線技師・臨床検査技師等、研修医の指導に関係する医師以外の全ての医療職の者であって、研修医の指導・評価を行なう者。

「メンター」

指導や助言を受ける研修医（メンティー：mentee)に対して、対話と助言を繰り返しつつ、仕事や日常生活面並びに人生全般における支援を継続的に行う者。
診療科の枠を超えて、メンティーである研修医との定期的なコミュニケーションを通じ、研修生活やキャリア形成全般についての助言、精神面でのサポート等、継続的な支援を行う者。

Ⅰ.臨床研修の到達目標（※厚生労働省　医師臨床研修指導ガイドライン 2020 年度版より抜粋）

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・能力を身に付ける。医師としての基盤形成段階にある研修医は、基本的価値観を自らのものとし、基本的な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、不法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対して、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き、患者の意向や生活の質に配慮した臨床判断を行う。
   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、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 チームの構成員と情報を共有し、連携を図る。

６．医療の質と安全管理

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性に配慮する。

① 医療の質と患者の安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。

② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。

③ 医療事故等の予防と事後の対応を行う。

④ 医療従事者の健康管理（予防接種や針刺し事故への対応を含む。）を理解し、自らの健康管理に努める。

７．社会における医療の実践

医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度やシステムを理解し、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を含む。）を把握する。

C. 基本的診療業務

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

１．一般外来診療

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

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、地域医療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.評価の方法

1．研修医による自己評価

研修医は自らが経験した経験症候／疾病・病態・症例要約、臨床手技・検査手技等、講習会・研修会の受講、学術活動、感染対策、予防医療、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、ACP、CPC などについて、速やかに EPOC 及び研修医手帳に記録し、ローテートが修了するたびに「研修医評価表Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」による評価を速やかに行い、指導責任者または指導医の評価を受ける。（指導責任者・指導医が評価しがたい場合は研修センターの指示に従う。）

また、研修医が誰に評価を依頼するか判断できない場合は研修センターの指示に従う。

さらに、研修医は研修医手帳を６ヶ月毎にプログラム責任者または研修センターに提出し承認を受けなければならない。（それまでの研修での自己評価や指導医等の評価の記載がない場合には、速やかに評価を行わなければならない。）

※　研修医は 2 年間の間に経験すべき症候（29 症候）、経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）を全て経験するものとし、電子カルテ上に日常診療の外来または入院患者において、経験すべき症候（29 症候）、経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）の担当患者の医療記録を要約した病歴要約を残すとともに、これを以って指導医の評価を受ける。

２．指導医による研修医評価

指導医は研修医より評価の依頼を受けたら、速やかに EPOC 及び研修医手帳、さらに、研修医が作成した日常診療において担当患者の医療記録を要約した病歴要約を確認し承認を行う。なお、承認ができない場合は何が足りないかをフィードバックし、承認できるために何が必要かを共に考え、承認できるまで責任を持って指導を行う。

プログラム責任者・臨床研修管理委員会委員は、指導医より承認された「研修医評価表Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」の結果を踏まえて、年に 2 回以上研修医に対しての形成的評価を行う。

プログラム責任者は指導医により承認された評価に対し、プログラム責任者が承認できないと判断される場合は、指導医に対し承認できない理由を説明し承認できるために何が必要かを研修医を含めて共に考え、プログラム責任者が承認できるレベルまで責任を持って助言と指導を行う。

３．研修医による指導医評価・研修プログラム評価

研修医は指導を受けた全ての指導医・上級医に対する評価を、「ローテートが修了するたび、ローテート診療科の「指導医評価」及び「診療科・病棟評価」を EPOC にて行う。なお、この評価は、連携施設での研修を行った際は連携施設でも実施する。また、年度末には研修医による「研修医療機関単位の評価」及び「研修プログラムに対する評価」を併せて EPOC にて行う。

なお、この評価結果はプログラム責任者が確認の上で、即時対応の必要なものとそれ以外に分類し、即時対応の必要なものは臨床研修管理委員会を開催し対応を検討するものとするが、指導医・上級医に対する評価で即時対応の必要のないものは、年度末にプログラム責任者より指導医・上級医にフィードバックする。

４．指導医による自己評価

研修医がローテートする各診療科の指導医による自己評価は、「指導医による自己評価表」に沿って、少なくとも 1 年に 1 回、自己評価を行い、研修センター・プログラム責任者に提出する。

５．メディカルスタッフによる研修医評価

プログラム責任者が指名した 3 名以上の複数職種の職員による研修医評価を実施する。

なお、評価は EPOC に定められた「メディカルスタッフによる研修医評価表Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」により評価を行った後、研修センター・プログラム責任者に評価表を提出する。

プログラム責任者はメディカルスタッフより提出された評価表を確認し、その結果を研修センターが取り纏めて EPOC に登録する。

評価は年に 2 回行う。評価結果は主にプログラム責任者から研修医にフィードバックする。

6．患者による研修医評価

指導医や看護師長・主任看護師が研修医の評価を客観的に行うことができると判断した患者に対して、適宜、研修医評価の協力を依頼し、患者より了解が得られた場合には、EPOC に定められた「患者による研修医評価表」により評価を行い、プログラム責任者がメディカルスタッフより提出された評価表を確認し、その結果を研修センターが取り纏めて登録する。

この評価には特に件数は定めないが、評価の結果は指導医またはプログラム責任者のいずれかより研修医にフィードバックを行う。

7．1 年次研修医の日当直研修能力評価

1 年次の研修期間の 7～9 ヶ月が終了した段階で、医師・医師以外の職種により、2 年次研修医に期待されると同等の臨床能力があるかの評価を行う。この評価に基づき臨床研修管理委員会で 2 年次研修医に求められる臨床能力があると判断されれば、これ以後、2 年次研修医と同様に日当直研修を行うことができる。

8．基本的臨床能力評価試験

日本医療教育プログラム推進機構（JAMEP）による基本的臨床能力評価試験を 2 年次に受験する。（1 年次は希望者のみ受験する。）

9．総括評価

研修終了時には、研修管理委員会で 1～6 までの評価を合わせて総合的に検討し、EPOC に定められた「到達目標達成度判定票」を用いて総括評価を行い、修了判定を行う。

附則

研修医がローテートを修了するたびに行う EPOC による「研修医評価表Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」による自己評価に対する指導医の承認、また、研修医が経験するたびに作成する「経験すべき症候（29 症候）」「経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）」の指導医の承認（電子カルテ上の病歴要約を含む）、また、プログラム責任者による確認が得られない場合、原則として、次の診療科での研修には進めないものとする。

※　EPOC2 への入力は原則、研修医・指導医が行うものとするが、当事者からの依頼があった場合は、プログラム責任者と相談の上、研修センターにて研修医手帳の記載や、「研修医評価表Ⅰ・Ⅱ・Ⅲによる評価」に基づく代行入力を可能とする。

指導医の自己評価表

指導医の自己評価表　記入年月日：　　年　月　日　指導医氏名：

	そう思う	中間	思わない
私は臨床技能をどの様に行うかデモンストレーションしている			
私は与えた課題を実行するための重要な要素を明確に説明している			
私は研修医が自分自身を観察できるよう十分な機会を設けている			
私は研修医がなりたいようなロールモデルとして教育している			
私は研修医が患者と接している間、研修医を複数回観察した			
私は研修医が患者と接するのを観察してフィードバックを与えている			
私は研修医がどの点について改善が必要か理解する手助けをしている			
私は研修医の経験レベルに合わせて私の教育を適応させている			
私は研修医が独立的に臨床研修できるような機会を与えている			
私は実践するのが難しいと研修医が感じた活動において手助けしている			
私は研修医がより自立して診療できるようになるため手助けを調節する			
私は研修医の行動に理由づけを尋ねている			
私は研修医の知識と臨床技能とのギャップに気づく様手助けしている			
私は研修医の理解を深めるため質問を投げかける			
私は研修医が理解を深めるため質問をするよう促している			
私は研修医が自分の長所短所を探索するよう刺激している			
私は研修医が自分の短所をどう改善できるか考えるよう促している			
私は学習目標を決めるよう研修医に勧めている			
私は学習目標を達成する努力を進めている			
私は研修医が新しいことを学ぶよう促している			
私は快適な学習環境を作っている			
私は研修医を観察・教育する十分な時間をとっている			
私は純粋に研修医への関心がある			
私は研修医を尊重している			

様式 18

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

研修医氏名 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

研修診療科 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 科 ・ センター＿＿＿

観察者氏名 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 区分 □医師 □医師以外（職種名 ）

研 修 期 間 ： 令和 年 月 日（ ） ～ 令和 年 月 日（ ）

記 載 日 ： ＿＿年＿＿月＿＿日

	レベル1 期待を大きく下回る	レベル2 期待を下回る	レベル3 期待通り	レベル4 期待を大きく上回る	観察機会なし
A-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。	□	□	□	□	□
A-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。	□	□	□	□	□
A-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。	□	□	□	□	□
A-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。	□	□	□	□	□

※「期待」とは、「研修修了時に期待される状態」とする。

印象に残るエピソードがあれば記述して下さい。特に、「期待を大きく下回る」とした場合は必ず記入をお願いします。

様式 19

研修医評価票 Ⅱ

「B. 資質・能力」に関する評価

研修医氏名 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

研修診療科 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 科 ・ センター＿＿＿

観察者氏名 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 区分 □医師 □医師以外（職種名 ）

研 修 期 間 ： 令和 年 月 日（ ） ～ 令和 年 月 日（ ）

記 載 日 ： ＿＿年＿＿月＿＿日

レベルの説明

レベル１	レベル２	レベル３	レベル４
臨床研修の開始時点で期待されるレベル（モデル・コア・カリキュラム相当）	臨床研修の中間時点で期待されるレベル	臨床研修の終了時点で期待されるレベル（到達目標相当）	上級医として期待されるレベル

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。

レベル１ モデル・コア・カリキュラム	レベル２	レベル３ 研修終了時で期待されるレベル	レベル４
■ 医学・医療の歴史的な流れ、臨床倫理や生と死に係る倫理的問題、各種倫理に関する規範を概説できる。 ■ 患者の基本的権利、自己決定権の意義、患者の価値観、インフォームドコンセントとインフォームドアセントなどの意義と必要性を説明できる。 ■ ■患者のプライバシーに配慮し、守秘義務の重要性を理解した上で適切な取り扱いができる。	人間の尊厳と生命の不可侵性に関して尊重の念を示す。	**人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。**	モデルとなる行動を他者に示す。
	患者のプライバシーに最低限配慮し、守秘義務を果たす。	**患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。**	モデルとなる行動を他者に示す。
	倫理的ジレンマの存在を認識する。	**倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。**	倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づいて多面的に判断し、対応する。
	利益相反の存在を認識する。	**利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。**	モデルとなる行動を他者に示す。
	診療、研究、教育に必要な透明性確保と不正行為の防止を認識する。	**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。**	モデルとなる行動を他者に示す。

□	□	□	□	□	□	□

□ 観察する機会がなかった

コメント：

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。

レベル１ モデル・コア・カリキュラム	レベル２	レベル３ 研修終了時に期待されるレベル	レベル４
■必要な課題を発見し、重要性・必要性に照らし、順位付けをし、解決にあたり、他の学習者や教員と協力してより良い具体的な方法を見出すことができる。適切な自己評価と改善のための方策を立てることができる。 ■講義、教科書、検索情報などを統合し、自らの考えを示すことができる。	頻度の高い症候について、基本的な鑑別診断を挙げ、初期対応を計画する。	**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。**	主な症候について、十分な鑑別診断と初期対応をする。
	基本的な情報を収集し、医学的知見に基づいて臨床決断を検討する。	**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。**	患者に関する詳細な情報を収集し、最新の医学的知見と患者の意向や生活の質への配慮を統合した臨床決断をする。
	保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案する。	**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。**	保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、患者背景、多職種連携も勘案して実行する。

□	□	□	□	□	□	□

□ 観察する機会がなかった

コメント：

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。

レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2	レベル3 研修終了時に期待されるレベル	レベル4
■必要最低限の病歴を聴取し、網羅的に系統立てて、身体診察を行うことができる。 ■基本的な臨床技能を理解し、適切な態度で診断治療を行うことができる。 ■問題志向型医療記録形式で診療録を作成し、必要に応じて医療文書を作成できる。 ■緊急を要する病態、慢性疾患に関して説明ができる。	必要最低限の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、安全に収集する。	**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。**	複雑な症例において、患者の健康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。
	基本的な疾患の最適な治療を安全に実施する。	**患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。**	複雑な疾患の最適な治療を患者の状態に合わせて安全に実施する。
	最低限必要な情報を含んだ診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切に作成する。	**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。**	必要かつ十分な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でき、記載の模範を示せる。

□	□	□	□	□	□	□

□ 観察する機会がなかった

コメント：

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。

レベル１ モデル・コア・カリキュラム	レベル２	レベル３ 研修終了時に期待されるレベル	レベル４
■コミュニケーションの方法と技能、及ぼす影響を概説できる。 ■良好な人間関係を築くことができ、患者・家族に共感できる。 ■患者・家族の苦痛に配慮し、分かりやすい言葉で心理的社会的課題を把握し、整理できる。 ■患者の要望への対処の仕方を説明できる。	最低限の言葉遣い、態度、身だしなみで患者や家族に接する。	**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。**	適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで、状況や患者家族の思いに合わせた態度で患者や家族に接する。
	患者や家族にとって必要最低限の情報を整理し、説明できる。指導医とともに患者の主体的な意思決定を支援する。	**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。**	患者や家族にとって必要かつ十分な情報を適切に整理し、分かりやすい言葉で説明し、医学的判断を加味した上で患者の主体的な意思決定を支援する。
	患者や家族の主要なニーズを把握する。	**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。**	患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握し、統合する。

□	□	□	□	□	□	□

□ 観察する機会がなかった

コメント：

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。

レベル１ モデル・コア・カリキュラム	レベル２	レベル３ 研修終了時に期待されるレベル	レベル４
■チーム医療の意義を説明でき、（学生として）チームの一員として診療に参加できる。 ■自分の限界を認識し、他の医療従事者の援助を求めることができる。 ■チーム医療における医師の役割を説明できる。	単純な事例において、医療を提供する組織やチームの目的等を理解する。	**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。**	複雑な事例において、医療を提供する組織やチームの目的とチームの目的等を理解したうえで実践する。
	単純な事例において、チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。	**チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。**	チームの各構成員と情報を積極的に共有し、連携して最善のチーム医療を実践する。

□	□	□	□	□	□	□

□ 観察する機会がなかった

コメント：

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。

レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2	レベル3 研修終了時に期待されるレベル	レベル4
■医療事故の防止において個人の注意、組織的なリスク管理の重要性を説明できる ■医療現場における報告・連絡・相談の重要性、医療文書の改ざんの違法性を説明できる ■医療安全管理体制の在り方、医療関連感染症の原因と防止に関して概説できる	医療の質と患者安全の重要性を理解する。	**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。**	医療の質と患者安全について、日常的に認識・評価し、改善を提言する。
	日常業務において、適切な頻度で報告、連絡、相談ができる。	**日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。**	報告・連絡・相談を実践するとともに、報告・連絡・相談に対応する。
	一般的な医療事故等の予防と事後対応の必要性を理解する。	**医療事故等の予防と事後の対応を行う。**	非典型的な医療事故等を個別に分析し、予防と事後対応を行う。
	医療従事者の健康管理と自らの健康管理の必要性を理解する。	**医療従事者の健康管理（予防接種や針刺し事故への対応を含む。）を理解し、自らの健康管理に努める。**	自らの健康管理、他の医療従事者の健康管理に努める。

□	□	□	□	□	□	□

□ 観察する機会がなかった

コメント：

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。

レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2	レベル3 研修終了時に期待されるレベル	レベル4
■離島・へき地を含む地域社会における医療の状況、医師偏在の現状を概説できる。 ■医療計画及び地域医療構想、地域包括ケア、地域保健などを説明できる。 ■災害医療を説明できる ■（学生として）地域医療に積極的に参加・貢献する	保健医療に関する法規・制度を理解する。	**保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。**	保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解し、実臨床に適用する。
	健康保険、公費負担医療の制度を理解する。	**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。**	健康保険、公費負担医療の適用の可否を判断し、適切に活用する。
	地域の健康問題やニーズを把握する重要性を理解する。	**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。**	地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案・実行する。
	予防医療・保健・健康増進の必要性を理解する。	**予防医療・保健・健康増進に努める。**	予防医療・保健・健康増進について具体的な改善案などを提示する。
	地域包括ケアシステムを理解する。	**地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。**	地域包括ケアシステムを理解し、その推進に積極的に参画する。
	災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要が起こりうることを理解する。	**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。**	災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要を想定し、組織的な対応を主導する実際に対応する。

□	□	□	□	□	□	□

□ 観察する機会がなかった

コメント：

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。

レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2	レベル3 研修終了時に期待されるレベル	レベル4
■研究は医学・医療の発展や患者の利益の増進のために行われることを説明できる。 ■生命科学の講義、実習、患者や疾患の分析から得られた情報や知識を基に疾患の理解・診断・治療の深化につなげることができる。	医療上の疑問点を認識する。	**医療上の疑問点を研究課題に変換する。**	医療上の疑問点を研究課題に変換し、研究計画を立案する。
	科学的研究方法を理解する。	**科学的研究方法を理解し、活用する。**	科学的研究方法を目的に合わせて活用実践する。
	臨床研究や治験の意義を理解する。	**臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。**	臨床研究や治験の意義を理解し、実臨床で協力・実施する。

□	□	□	□	□	□	□

□ 観察する機会がなかった

コメント：

9. **生涯にわたって共に学ぶ姿勢：**

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

レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2	レベル3 研修終了時に期待されるレベル	レベル4
■生涯学習の重要性を説明でき、継続的学習に必要な情報を収集できる。	急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収の必要性を認識する。	**急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。**	急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収のために、常に自己省察し、自己研鑽のために努力する。
	同僚、後輩、医師以外の医療職から学ぶ姿勢を維持する。	**同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。**	同僚、後輩、医師以外の医療職と共に研鑽しながら、後進を育成する。
	国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。）の重要性を認識する。	**国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。）を把握する。**	国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。）を把握し、実臨床に活用する。

□	□	□	□	□	□	□

□ 観察する機会が無かった

コメント：

様式 20

研修医評価票 Ⅲ

「C. 基本的診療業務」に関する評価

研修医氏名 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

研修診療科 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 科 ・ センター ＿＿＿＿

観察者氏名 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 区分 □医師 □医師以外（職種名 ）

研 修 期 間 ： 令和 年 月 日（ ） ～ 令和 年 月 日（ ）

記 載 日 ： ＿＿年＿＿月＿＿日

レベル	レベル1 指導医の直接の監督の下でできる	レベル2 指導医がすぐに対応できる状況下でできる	レベル3 ほぼ単独でできる	レベル4 後進を指導できる	観察機会なし
C-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。	□	□	□	□	□
C-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。	□	□	□	□	□
C-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。	□	□	□	□	□
C-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。	□	□	□	□	□

印象に残るエピソードがあれば記述して下さい。

様式 21

臨床研修の目標の達成度判定票

A.医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）		
到達目標	達成状況：既達／未達	備　考
1.社会的使命と公衆衛生への寄与	□既　□未	
2.利他的な態度	□既　□未	
3.人間性の尊重	□既　□未	
4.自らを高める姿勢	□既　□未	

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

C.基本的診療業務		
到達目標	既達／未達	備　考
1.一般外来診療	□既　□未	
2.病棟診療	□既　□未	
3.初期救急対応	□既　□未	
4.地域医療	□既　□未	

臨床研修の目標の達成状況	□既達　□未達
（臨床研修の目標の達成に必要となる条件等）	

令和　　年　　月　　日

中濃厚生病院卒後臨床研修プログラム　プログラム責任者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞