

中濃厚生病院初期臨床研修プログラム
-2026 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	50
循環器内科	54
消化器内科	60
内分泌糖尿病内科	67
神経内科	75
血液内科	78
腎臓内科	82
小児科	85
外科	91
呼吸器外科	100
整形外科	105
脳神経外科	112
皮膚科	117
泌尿器科	120
産婦人科	125
眼科	129
耳鼻咽喉科	131
形成外科	136
放射線科	139
麻酔科	141
救命救急センター	144
● 一般外来研修の実施方法	149
● 中濃厚生病院臨床研修管理規程	152
● 中濃厚生病院初期臨床研修医 実務規程	158
● 中濃厚生病院臨床研修管理委員会規約	162
● 医師の働き方改革への対応	164

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 030885211

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
幅広い教養を身に付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 6 年度の救急医療件数は 1 日平均 38.7 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	（飛騨医療圏）
	県北西部地域医療センター国保白川診療所	（飛騨医療圏）
	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）
	可児とうのう病院	（中濃医療圏）

(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付けて行きます。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 日程実行することが可能 | |
| 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・るい瘦、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作、視力障害、胸痛、心停止、呼吸困難、吐血・喀血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便秘異常（下痢・便秘）、熱傷・外傷、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋力低下、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、興奮・せん妄、抑うつ、成長・発達の障害、妊娠・出産、終末期の症候（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）

研修プログラム

	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年次	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。）			産婦人科 (4週)	小児科 (4週) ※一般外来 研修2.0週 含む。	内科 〔総合内科・神経+血液 消化器内科 (12週)〕			外科 (4週) ※一般外来 研修0.8週 含む。	麻酔科 (4週)	救急 (8週)	
2年次	地域医療 (4週) ※一般外来 研修1.2週 含む。	精神科 (4週)	選択科目									

※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、都合があれば発表を行う。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は対応を検討する。

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。

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 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。

※ 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、承認できるよう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、承認できるよう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。

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いでも、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〇〇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、クレーム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、日当直の間では Over Triage や Over Diagnosis をよしとするスタンスで診療を行う。

また、日当直の間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、日当直の間が研修医のプライマリケアの研修の間であることを考え、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、休日当直帯の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・脾炎・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	Feed back
					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		
					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。

研修管理委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、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 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。

※ 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、承認できるよう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よう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 への入力とは原則、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			

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	レベル2	レベル3	レベル4	観察 機会 なし
	期待を 大きく 下回る	期待を 下回る	期待 通り	期待を 大きく 上回る	
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。

研修医評価票 II

様式 19

「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。 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。 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案する。	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。 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。 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。	主な症候について、十分な鑑別診断と初期対応をする。 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。
	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：

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。

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な条件等)		

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 _____ 印

呼吸器内科

診療科紹介

医学部での臨床実習で履修した呼吸器疾患は、多くは重症や難病などが主であり、日常ありふれた呼吸器疾患の診断、治療を学ぶ機会が少ないと考えられます。近年、呼吸器疾患は増加傾向にあり、死因の原因となることも増加しており、臨床の場での遭遇の機会が多いものと推測されます。風邪などに伴い軽症呼吸器症状を訴え、来院する多数の患者の中から加療すべき重症を見分けることは、困難な場合も多く、また、将来、呼吸器を専攻しない臨床医は、呼吸器疾患の合併を伴う場合の対応に苦慮する場合も多いと思われます。従って、将来、呼吸器科医を目指す方だけではなく、他の内科の専門領域を目指す方、内科以外の科を目指す方も、臨床医として日常診療における呼吸器疾患の知識が必須であると考えます。当院の呼吸器内科は呼吸器病センターを有し、軽症から重症までさまざまな呼吸器疾患の診療にあたっており、当院での初期臨床研修では、基礎的な診断、治療を学び、将来の臨床診療に寄与することが期待されています。また、呼吸器疾患の患者数は年々増加しているが、岐阜県は呼吸器内科医師が不足しており一人でも多く呼吸器科を志望されることを期待しています。

呼吸器疾患は簡単に示すと、以下の様に分類されます。（日本呼吸器学会から抜粋）
それぞれについて必要な研修項目を簡単に示します。

一般目標

1) 感染性呼吸器疾患

呼吸器感染症は臨床の場では日常的疾患であり、臨床医として基礎的な知識を身につける。

細菌性肺炎では、抗生剤投与前の喀痰検査の重要性や抗生剤選択の知識を身につける。

結核などの伝染性疾患の診断は、院内感染の防止の上からも常識として理解する。

2) 気道閉塞性疾患

COPD に代表される疾患。喫煙歴や高齢化に伴い増加傾向にあり、他の疾患患者に合併していることも多く、診断、治療、場合により呼吸管理や在宅酸素療法への導入の判断などができる。

3) アレルギー性肺疾患

気管支喘息に代表される疾患。発作にて救急外来受診する患者はまだ多いため、発作時の対応、慢性期の管理などを理解する。

4) 間質性肺疾患

特発性間質性肺炎など急性増悪の危険のある疾患。間質性肺炎の分類を理解し、近年進歩しつつある薬物療法や膠原病など他疾患にともなう病態を理解する。

5) 腫瘍性肺疾患

肺癌が代表的疾患であり、近年急速に診断、治療が進歩している。画像診断、気管支ファイバーエコーガイド下生検、局所麻酔下胸腔鏡による検査、進行度分類の決定、化学療法（分子標的薬、免疫チェックポイント阻害薬を含め）、放射線療法の実際などを理解する。

6) 肺血管性病変

肺血栓塞栓症、肺高血圧症などがあり、診断と治療を理解する。

7) 胸膜疾患、胸膜炎、胸膜腫瘍、気胸

胸腔穿刺やドレナージを必要とし、外科的対応を必要とする場合も多く、呼吸器外科による手術適応となる場合もあり。

8) 呼吸不全、ARDS、慢性呼吸不全

呼吸器内科における呼吸管理は NPPV やネーザルハイフロー治療など非侵襲的人工換気を中心に実施する。

限られた期間なので、これら疾患のすべてを経験することはできないものの、日常診療で遭遇する頻度が多い疾患を経験することができると思います。

特に、救急外来などで遭遇する疾患の初期対応などをしっかり研修していただく必要があります。

行動目標

呼吸器科での検査

1) 胸部 X 線検査

簡便な検査で、臨床の場では、診療科を問わず、基本的な検査であるが、反面、診断能力を必要とする検査でもあり、当科での研修中に基本を身につける。

2) 胸部 C T 検査

基本的な肺の解剖を理解し、病態に特徴的な変化を理解する。

3) 気管支ファイバー検査

呼吸器内科の中心となる検査で、病態に応じた適応を理解し実際を経験する。

4) 気管分枝の解剖を理解する。

5) 検査細目（肺胞洗浄、気管支洗浄、細菌検査、洗浄細胞診、組織生検など）を理解する。

6) 病変の特徴的所見（気管内超音波所見、気管内病変の特徴など）を知る。

7) 胸腔穿刺、ドレナージ、持続胸腔内吸引

機会があれば実際を経験する。

8) 検査細目（細胞診、細菌検査、生化学検査、など）を知る。

9) 肺機能検査

COPD の診断に必須であり、理解を必要とする。

呼吸器科研修中の予定

割り当てられた入院患者の担当医として診療を指導医と共に実施。

月、火、水、木の 15 時から呼吸器カンファレンス 金は呼吸器外科、火曜、木曜の午後は気管支ファイバー検査。

金曜午後 3 時、呼吸器外科との合同検討会および研修医症例報告。

その他、緊急検査は適宜あり。指導医と共に外来や病棟回診。

具体的な到達目標と評価

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導もできるレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	自分では出来ないが知識があり手伝うことが出来るレベル
1	出来ない
0	経験できなかった

1) 基本的症状の診察と鑑別診断、検査計画、初期対応

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
咳の鑑別	4		
呼吸音の鑑別	4		
発熱（熱型）	4		
呼吸困難	3		

2) 検査、治療手技とその解釈（他科と共通する基本検査、手技は省く）

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
胸部聴診	4		
血液検査	4		
血液ガス検査	4		
喀痰細菌検査	4		
喀痰細胞診	4		
胸水検査（性状、生化学）	4		
胸水細胞診	4		
胸部X線検査	4		
呼吸機能検査	4		
呼気NO検査	4		
胸部CT検査	4		
CTガイド下生検	2		
胸膜生検	2		
PET-CT検査	4		
気管支鏡検査	2		

胸水穿刺	3		
胸腔ドレナージ	2		
呼吸管理	3		
酸素療法	4		
非侵襲的人工換気	3		

3) 疾患の治療

疾患名	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
急性気管支炎	4		
慢性気管支炎	3		
細菌性肺炎	4		
非定型肺炎	4		
誤嚥性肺炎	4		
肺化膿症	2		
肺真菌症	2		
気胸	2		
縦隔気腫	3		
胸膜炎	2		
膿胸	2		
肺化膿症	2		
気管支喘息	4		
気管支喘息発作	4		
アレルギー性肺臓炎	3		
C O P D	3		
間質性肺炎	3		
間質性肺炎急性増悪	2		
肺癌	2		
胸膜中皮腫	2		
縦隔腫瘍	2		
サルコイドーシス	3		
慢性呼吸不全	2		
A R D S	2		

循環器内科

診療科紹介

医学の進歩と医療技術の発展に伴って、近年の医療はより専門化・細分化の方向を辿っています。

一方、社会構造と人々の価値観の変容によって、医療のニーズも様変わりしつつあります。こうした中で、偏りのない一定の知識や技能を早期に習得すること、患者さんと向き合って科学的根拠に基づいた医療を提供できるようになること、患者さんに寄り添って全人的な医療を実践できるようになるために研修期間があります。

初期研修の2年間は、日常臨床でよく遭遇する疾患や外傷に適切に対応できる知識と技能を養い、医療チームの一員としての社会性を認識し、人として、医師としての人格を涵養し、社会に貢献できる医師になることが目標になります。その中で、自分の理想とする医師像の実現に向け、進むべき道を見出して頂ければ幸いです。

当院循環器内科は、日本循環器学会認定循環器専門医研修施設であり、学会認定循環器専門医が3人在籍し、大学病院や都市中核病院などを経て当院へ赴任してきたつわもの揃いばかりです。日本心血管インターベンション治療学会認定医、日本心臓リハビリテーション学会認定指導士など、循環器各分野に力をいれており、経験豊富な医師全員が丸となって診療にあたる中で、エキスパートによる質の高い指導を受けていただくことができます。今後も、変貌する研修制度や専門医制度の中で、皆さんが不安なく将来のビジョンを持って理想を実現できるよう、私たちも日々努力しています。

中濃厚生病院は、人口10万人以上を担う地域中核病院であり、年間70～80例余の急性心筋梗塞患者に対して、緊急カテーテル治療を行っています。予防医学、プライマリ・ケアから救急診療、CCU管理、終末期医療まで幅広く経験でき、まさにリアルワールドの循環器診療というものを体感していただけます。高度医療に特化した施設や巨大規模の総合病院では、見えにくい部分・かえって手の届かない部分やニーズも多く、当科で研修されることにより、偏りのない認識と実践的な技能をより早く身につけていただけることと確信しています。

平成27年度より当院は病床規模を拡大し、新たな時代に入りました。我々、循環器内科医師は、内には士気の高い志を持ち、チーム一同支え合って躍動しています。

そこで、当科は新たに研修プログラムを用意しました。研修期間には、各科で習得すべき一定の検査、診断、治療スキルの目標があります。知識を深め、スキルを高めて診療されることを望みます。

一般目標（GIO）

主要な循環器疾患（虚血性心疾患・心不全・不整脈等）の必要最低限の管理ができるようになるために、基本的な診断・治療の能力及び、専門的医療の必要性を判断できる能力(知識・態度・技能)を習得する。

行動目標（SBOs）

- ① 医療安全、患者の人権および価値観への配慮し、病院理念を遂行できる全人的医療の視点を失わない診療態度を身につける。
- ② 虚血性心疾患・発作性不整脈・心不全などに特徴的な症状経過、動脈硬化疾患の好発年齢・危険因子を理解し、それらに基づいた的確な問診・理学所見を取ることができる。
- ③ 循環器系の専門的検査（胸部単純写真・心電図・エコー・胸部CT・冠動脈CTなど）について、適応を判断し、その実施ができ、読影ができる。特に虚血性心疾患の心電図所見を見逃さず、緊急性を的確に判断し上級医に相談できる。
- ④ 心臓カテーテル検査・インターベンション、ペースメーカー治療の種類と適応を理解し、検査の介助ができ、治療方針を説明できる。
- ⑤ 循環器系の薬物治療(特に、抗血栓薬・利尿薬・降圧薬・抗不整脈薬)を、指導医とともに適切に施行できる。
- ⑥ ショック、急性心不全、緊急性不整脈などの救急処置に指導医とともに参加できる。
- ⑦ 急性心筋梗塞の合併症を熟知し、段階的に心臓リハビリテーションの評価と指示を、指導医とともに施行できる。
- ⑧ 生活習慣（喫煙・過食・高塩食・運動不足）等の冠危険因子を把握し生活指導できる。
- ⑨ 他の職種と意思疎通を図り、チーム医療を実践できる。
- ⑩ 退院時サマリーを迅速に記載する。退院後の外来フォローアップや救急受診の際に必要な情報が漏れなく記載されていることを指導医とともに確認する。入院診療と外来診療の連続性の重要性、循環器疾患と救急診療との関わりの重要性を理解する。
- ⑪ 退院時の診療情報提供書を指導医とともに記載し、病診連携の重要性について理解する。
- ⑫ 担当医として、患者の社会的背景やQOL を考慮した退院への準備(社会サービスの利用を含む)、指導ができる。
- ⑬ 内科地方会・インターベンション学会地方会・研究会などで症例発表を1回以上行う。

具体的な到達目標と評価

(目標設定については、研修医と相談のうえ決定とする)

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導も出来るレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	自分ではできないが知識はあり手伝うことが出来るレベル
1	出来ない
0	経験できなかった

I. 一般目標

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 主要な循環器疾患（虚血性心疾患、心不全、不整脈など）の症候を理解し、問診と理学所見から、診断に必要な検査を提示し治療できる能力を養う。			
2. 急性期循環器疾患に対する初期対応、緊急検査および救急治療を習得する。			
3. 慢性循環器疾患患者の管理上の要点を習得する。			
4. 合併疾患や予後、Q O L を考慮した全人的な捉え方ができる。			

II. 具体的目標

1. 基本的診察法

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 患者、家族との適切なコミュニケーションを得る能力を身につけ、病歴を正確に聴取し、整理記載する。			
2. 循環器疾患に関係する理学的所見（心、肺、血管の視、触、打、聴診など）を正確に把握し、整理記載する。			

2. 基本的検査法Ⅰ

適切に検査を選択・施行し、検査結果を自分で判読できるようになる一般検査

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 一般検査：検尿、検便、血液・生化学検査、凝固系検査の実施と評価			
2. 胸部 X 線単純写真			
3. 標準 12 誘導心電図			
4. 運動負荷心電図の適応の決定と評価			
5. 動脈血ガス分析			
6. Holter 心電図			
7. 心エコー図（M モード、断層、ドプラー）			
8. 右心カテーテル検査			
9. ベッドサイド心行動態モニター			

3. 基本的検査法Ⅱ

適切に検査を選択し、検査結果を自分で判読できるようになる特殊検査

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 左心カテーテル検査			
2. 心血管造影（心室造影、冠動脈造影、大動脈造影、末梢動脈造影）			
3. His 束心電図			
4. 心臓核医学検査			
5. 心血管 C T			
6. 心臓 M R I ・血管 M R I			

4. 基本的検査法Ⅲ

適切に検査を選択・指示し、専門家の意見に基づき結果を解釈できる

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 心筋生検			
2. 電気生理学的検査			
3. 経食道エコー			

5. 基本的治療

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 循環器用剤の薬物動態、血中濃度			
①強心薬の使用			
②利尿薬の使用			
③抗不整脈薬の使用			
④血管拡張薬の使用			
⑤抗血小板薬、抗凝固薬の使用			
2. 食事療法			
3. リハビリテーション			
4. 血行動態モニター下での治療			

6. 基本的手技および救急処置

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 末梢静脈穿刺（採血、静脈注射）			
2. 動脈穿刺（動脈血ガス分析）			
3. 中心静脈確保			
4. 心肺蘇生術			
5. 気管内挿管（経口、経鼻）および人工呼吸器の装着、設定			
6. 電氣的除細動			

7. 適応と方法、禁忌について理解し循環器専門医のもとで介助すべき特殊治療

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 一時的心臓ペースング			
2. 体内式ペースメーカー移植術			
3. 経皮的冠動脈形成術（PCI）			
4. 大動脈内バルーンパンピング			
5. 経皮的心肺補助装置（PCPS）			
6. 心嚢穿刺術			
7. カテーテル・アブレーション			

8. 患者・家族との関係

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 患者の苦痛、不安を理解し、患者や家族と協力して問題を解決するというスタンスに基づいて、心理的にも配慮されたインフォームドコンセントを実践できる。			

9. 外科治療の適応の判断と心臓血管外科医とのカンファレンス

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 外科治療の適応の判断と心臓血管外科医とのカンファレンス			

10. 死亡された患者に対して剖検の許可を得、病理とのC P Cを行う。

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 死亡された患者に対して剖検の許可を得、病理とのC P Cを行う。			

消化器内科

診療科紹介

消化器内科の担当する臓器はといえば、食道・胃・小腸・大腸の消化管、及び肝臓・胆嚢（胆道）・膵臓ですが、簡単にいえば婦人科臓器を除いたお腹の中全部と食道で、守備範囲のとても広い診療科です。都会の大病院では消化器のなかも細分化されており、例えば大腸だけが専門といった医師もあるわけですが、当院では、それぞれに専門性は持ちながらも消化器一般を過不足なく診られる医師になれるよう（具体的には「今日の治療指針」に記載されているような治療が、自身でできることを目標）若い医師を指導しています。10～30年前は外科医が行っていたような治療も内視鏡や超音波などを駆使して内科が行う方向へどんどんシフトしており、身につける検査や治療手技は多岐にわたりますので大変ではありますが、飽きることなくやりがいのある診療科です。また、日本人の「がん」で亡くなる方の半分以上は消化器の「がん」で亡くなつてみえますので消化器内科にはたくさんのがん患者さんがおみえです。根治を目指す治療を行って治る患者さん、症状緩和と延命を目的とした治療を行ってがんと共に生き苦痛なく日常生活を送られる患者さんなど、どの段階で見つかったがん患者さんにも世界標準の、時にはそれ以上の治療を提供しています。

初期研修での4週間で十分な経験を積むことは無理ですが、腹痛や便秘異常といった代表的な消化器症状に対して、どのように診断プラン・治療プランを立てて行けばよいのか、その大筋を経験してもらいたいと思います。また、がん患者さんを担当することで、がん治療のおおまかな流れを知り患者さんとの関わりのなかで良好な患者関係を構築していくきっかけになればとも思います。2年次に消化器での研修を選択してくれば、より多くの疾患・症例を経験でき、上部・下部消化管内視鏡のルーチン検査や腹部超音波検査も経験可能です。

消化器内科専門医を目指す人には、「消化器病」「肝臓病」「消化管内視鏡」「がん薬物療法」「緩和医療」「臨床栄養」といった部門の専門医・指導医もあり、指導施設・教育施設の認定も受けていますので、早くから消化器内科での研修を行うことで、初期臨床研修、内科専門研修、消化器系専門並行研修とシームレスな研修が可能となり、専門医試験の受験に必要な症例数を早く経験することもできます。

専門医など取得者

日本内科学会：認定内科医 6人・内科専門医 2人・総合内科専門医 5人・指導医 3人

日本消化器病学会：消化器病専門医 8人・指導医 3人

日本消化管内視鏡学会：消化管内視鏡専門医 7人・指導医 2人

日本膵臓学会：指導医 1人

日本胆道学会：指導医 1人

日本臨床腫瘍学会：がん薬物療法専門医 1人・指導医 1人

日本がん治療認定医機構：がん治療認定医 3人

日本緩和医療学会：緩和医療認定医 2人

日本栄養治療学会認定医 1人・指導医 1人

一般目標（GIO）

すべての医師に必要とされる消化器科領域のプライマリケアができるようになるために、消化器疾患に伴う諸症状を理解し、情報の分析、全体像の把握によって、患者を全人的に理解するように心掛け、必要な基本手技を習得する。

行動目標（SBOs）

- ① 代表的な消化器疾患の病歴、身体所見を正しくとることができる。
- ② 食道・胃・十二指腸疾患（食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎）等の診断と治療を経験する。
- ③ 小腸・大腸疾患（イレウス、急性虫垂炎、炎症性腸疾患）の診断と治療を経験する。
- ④ 胆嚢・胆管疾患（胆石、胆嚢炎、胆管炎）の診断と治療を経験する。
- ⑤ 肝疾患（ウイルス性肝炎、アルコール性肝障害、薬物性肝障害、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝臓癌（原発性・転移性））の診断と治療を経験する。
- ⑥ 膵臓疾患（急性・慢性膵炎）の診断と治療を経験する。
- ⑦ 横隔膜・腹壁・腹膜（腹膜炎、急性腹症、ヘルニア）の診断と治療を経験する。
- ⑧ 消化器疾患の基本的診断法を理解し、実施できる。
 - 腹部単純X線写真
 - 腹部超音波検査
 - 上下部消化管内視鏡検査
 - 胃、十二指腸造影検査
 - 大腸造影検査
- ⑨ 消化器救急疾患の診断と初期治療が正しくできる。
 - 消化管出血
 - 急性腹症
 - 急性肝炎
 - 急性膵炎
- ⑩ 消化器疾患の手術適応を理解し、判断できる。
- ⑪ 消化器疾患に対する内視鏡治療、Interventionを理解する。
- ⑫ 消化器疾患の検査、治療について、その方法と合併症を正しく理解し、患者に十分説明することができる。
- ⑬ 消化器悪性疾患の終末期医療を実施できる。

具体的な到達目標と評価

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導も出来るレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	自分ではできないが知識はあり手伝うことが出来るレベル
1	出来ない
0	経験できなかった

1.基本的症状の診察と鑑別診断・検査計画、初期対応

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
腹痛	4		
下痢	4		
便秘	4		
悪心・嘔吐	4		
吐血・下血	4		
血便	4		
胸やけ	4		
嚥下困難	3		
黄疸	4		
腹満感	3		
体重減少	4		

2.検査・治療手技とその解釈

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
血液検査（末梢血・血液像）	5		
血液検査（生化学検査）	5		
血液検査（腫瘍マーカー）	5		
血液検査（免疫学的検査）	4		
血液検査（肝炎ウィルスマーカー）	4		
尿検査	5		
便検査	4		
細菌学的検査	5		
採血・末梢点滴ルート確保	5		

中心静脈穿刺	3		
点滴	4		
中心静脈栄養	4		
胃管・E Dチューブ挿入	4		
胃瘻造設	2		
経腸栄養	4		
腹水穿刺・ドレナージ	4		
イレウス管挿入	2		
腹水濃縮再静注	3		
胸腹部 X 線	4		
胸腹部 C T	4		
腹部超音波検査	4		
P E T 検査	3		
腹部 M R I 検査	3		
食道・胃透視	3		
食道・胃・十二指腸内視鏡検査	3		
食道静脈瘤硬化療法 (EIS)	2		
食道静脈瘤結紮術 (EVL)	2		
上部消化管出血内視鏡止血術	2		
内視鏡的粘膜切除術 (EMR)	2		
内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) 食道・胃	2		
内視鏡的膵胆管造影 (ERCP)	2		
内視鏡的乳頭バルーン拡張術 (EPD)	2		
内視鏡的乳頭切開術 (EST)	2		
内視鏡的総胆管結石碎石術	2		
内視鏡的胆管ドレナージ (ERBD・ENBD)	2		
超音波内視鏡	2		
経皮経肝胆道ドレナージ (PTBD)	2		
経皮経肝胆嚢ドレナージ (PTGBD)	2		
胆道内視鏡	2		
体外衝撃波結石破碎術	2		
注腸 X 線	2		
小腸造影	2		
大腸内視鏡検査	2		
大腸 E M R	2		
大腸 E S D	2		
消化管ステント留置術	2		

消化管狭窄部バルーン拡張術	2		
経皮経肝ラジオ波焼灼術（RFA）	2		
腹部血管造影	2		
肝動脈塞栓術・動脈塞栓術	2		
肝生検	2		
腫瘍生検	2		
深部膿瘍穿刺・ドレナージ	2		

3.疾患の治療

疾患名	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
逆流性食道炎	3		
食道静脈瘤	2		
H P 感染萎縮性胃炎	3		
胃・十二指腸潰瘍	2		
胃ポリープ	2		
早期胃癌	2		
進行胃癌	3		
クローン病	2		
潰瘍性大腸炎	2		
大腸ポリープ	2		
早期大腸がん	2		
進行大腸がん	3		
急性虫垂炎	2		
感染性腸炎	4		
虚血性大腸炎	4		
大腸憩室炎	4		
憩室出血	2		
イレウス	3		
B 型肝炎	3		
C 型肝炎	3		
NAFLD	3		
アルコール性肝障害	3		
自己免疫性肝炎	3		
原発性胆汁性肝硬変	3		
肝硬変	3		
肝臓がん	2		

肝膿瘍	2		
胆嚢炎・胆嚢結石	2		
胆管炎・胆管結石	2		
胆道がん	3		
免疫性胆管炎	2		
膵炎	3		
膵石	2		
膵臓がん	4		
I P M N	3		

代表的な週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00～ 8:30			モーニングセミナー		
8:30～ 9:00	病棟回診	病棟回診	病棟回診	研修医 症例検討会	病棟回診
9:00～ 12:00	消化器内科 外来再診 内視鏡検査 (上部)	内視鏡検査 (上部) (9:00～)	消化器内科 外来初診	部長総合 回診 (10:00～)	内視鏡検査 (上部) EUS-FNA
12:00～ 13:00	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩
13:00～ 14:00	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
14:00～ 17:00	光学診療部 内視鏡 (下部)	光学診療部 ESD RFA	光学診療部 ESD ERCP PTBD	光学診療部 ESD ERCP 血管造影	光学診療部 内視鏡 (下部) 病棟カンファレンス (16:00～)
17:00～ 18:00	病棟回診	病棟回診 内科外科カンファ	病棟回診	病棟回診	研修医 勉強会 (17:15)

- ※ 原則として担当患者の診療を優先する。
- ※ 月～金曜日の午後 光学診療部 検査内容は光学診療部のホワイトボードで確認。(見学参加必須)
(ESD・EVL・EIS・ERCP・ラジオ波・アンギオ・イレウスチューブ挿入・消化管ステント挿入等)
- ※ 金曜日午前の消化器内科初診は、EUS-FNA の予定がある場合は EUS-FNA を優先し参加する。

※ 消化器内科の初診では予診をとってもらうことがあります。

午後検査において優先的に参加すべきもの

- ① 上部消化管
 - 食道静脈瘤：EIS・EVL
 - 上部消化管止血術
 - ESD
- ② 下部消化管
 - 下部消化管止血術（憩室出血症等）
 - ESD
- ③ 膵胆道系
 - ERCP・EUS-FNA
 - PTGBA・PTGBD・PTBD
- ④ 肝臓
 - RFA
 - 腹部血管造影（TACE 及び coiling など）
 - 肝・腫瘍針生検
- ⑤ その他
 - イレウスチューブ挿入
 - 消化管ステント挿入術
 - 消化管バルーン拡張術
 - CV リザーバー・PICC 挿入術

午後の救急患者（消化器疾患）がある場合は、上級医とともに対応する。

内分泌・糖尿病内科

診療科紹介

糖尿病はかつて贅沢病と呼ばれ、患者数はあまり多くありませんでした。国民健康・栄養調査によると、15年前と比べて2倍くらいに増加しています。糖尿病の有病者数は1,000万人、予備軍を含めると2,050万人にも及びます。国民の4人に1人が糖尿病となり、今や国民病の1つと考えられるようになりました。

糖尿病は血糖値が高くなる病気ですが、その結果、全身の血管が障害される血管病と考えられています。細小血管障害の自然経過を見ると、糖尿病の治療が不十分な場合は5～6年で末梢神経が障害されます。

足に怪我をしても痛みがわからないために壊疽（えそ）となり、年間3,000人以上の患者さんが足の切断に至っています。また、7～8年くらいすると網膜症が起こります。眼の中で出血を繰り返し、年間3,500人以上が失明しています。さらに、10年くらい経過するといよいよ腎臓が悪くなります。年間16,000人以上の患者さんが新たに透析治療を導入しています。

内分泌・糖尿病内科では、糖尿病教育入院・足病変・動脈硬化予防・周術期血糖管理・妊娠合併症・急性合併症・内分泌疾患など、糖尿病と内分泌疾患全般の診療を行っています。また、日本糖尿病学会と日本内分泌学会の認定教育施設でもあり、日々の診療の中で糖尿病と内分泌疾患について、専門的な知識や技術を習得できます。

一般目標（GIO）

糖尿病・内分泌・代謝疾患に適切に対応するための基本的知識と技術を習得する。

チーム医療の実践に向けた協調性を育て、全人医療を行う。

行動目標（SBOs）

- 視床下部・下垂体疾患（下垂体機能障害）の診断と治療が理解できる。
- 甲状腺疾患（甲状腺機能亢進症、機能低下症）の診断と治療を経験する。
- 副腎不全の診断と治療を理解する。
- 高脂血症の診断と治療ができる。
- 糖尿病の診断に必要な検査法とその結果を正しく理解する。
- 糖尿病性昏睡の病態を正しく理解し、鑑別診断と治療が正しくできる。
- 糖尿病に対する食事療法の基本を理解し、具体的に指導できる。
- 経口糖尿病薬の適応、選択、投与法、副作用について正しく理解する。
- インスリン療法の適応、選択、投与法、副作用について正しく理解する。
- 糖尿病の合併症（網膜症、神経障害、腎症）を理解する。

【糖尿病教育入院】

糖尿病患者の入院は、2週間のクリニカルパスに従って診療を行います。血糖値が高く状態が悪い場合には、糖化終末産物に形を変えて血管に蓄積します。その後、血糖コントロールを良くしても分解されないため、一生続く怖い思い出となります。これを糖の記憶と呼んでいます。逆に、血糖コントロールを良くしておくと、その後一時的に血糖コントロールが乱れても合併症が出現しにくくなります。これを遺産効果と呼ばれています。

糖尿病治療はできるだけ早期から、そして継続的に行われる必要があります。食事療法、運動療法、生活指導、経口糖尿病薬の服薬指導、インスリン自己注射や血糖自己測定（SMBG）の導入、糖尿病教室の開催、糖尿病患者会の運営などを通じて、糖尿病患者が上手に病気と向き合い、糖尿病でない人と同じように健康で長生きができるよう診療を行っています。

【動脈硬化予防】

これまでの糖尿病診療は、厳格な血糖管理を行うことにより細小血管障害の予防と進展阻止に重点が置かれてきました。治療法が進歩して糖尿病患者が長生きできるようになり、現時点では大血管障害とも呼ばれる動脈硬化への対策が重要な課題となっています。脳梗塞、心筋梗塞、閉塞性動脈硬化症は、糖尿病に特異的な病態ではありませんが、糖尿病では3倍くらい高い頻度で出現します。糖尿病患者が健康長寿を続けられるよう、超音波検査装置、多列検出器型マルチスライス CT や血圧脈波検査装置などの診断装置を用いて、絶食や造影剤を必要としない身体に優しい方法により、動脈硬化を早期に診断し致死的な脳卒中や心筋梗塞、下肢切断に至る重症虚血肢の発症を未然に防ぐことに取り組んでいます。

【周術期血糖管理】

集中治療室（ICU）における急性期の血糖管理を含め、院内すべての診療科と共同で糖尿病患者の血糖管理を行っています。インスリンによる厳格な血糖管理は、感染制御や創傷治癒の促進に重要です。外科手術の他、高カロリー輸液、心筋梗塞、重篤な感染症、副腎皮質ホルモン投与、肝硬変、腎不全など多彩な病態が含まれます。これまでインスリン療法は、頻回皮下注射法（MDI）とシリンジポンプを用いたインスリン持続静注法を行ってきました。インスリン注入機器の進歩により持続皮下インスリン注入療法（CSII）が使用可能となり、急性期治療において安定した血糖管理を行うことができます。血糖コントロールの評価は、簡易型血糖測定器による頻回血糖測定（SMBG）の他、持続血糖モニター（CGM）を使って昼夜を問わず血糖値の変動を評価できます。

【妊娠合併症】

妊娠糖尿病や糖尿病合併妊娠の場合、厳格な血糖管理は妊娠に関連して起こる母児の合併症の軽減に重要です。糖尿病患者であっても安心して妊娠・出産が行えるよう、簡易型血糖測定器による食前・食後の血糖自己測定（SMBG）と、インスリン頻回皮下注射法（MDI）や持続皮下インスリン注入療法（CSII）による厳格な血糖管理を行います。妊娠中の体重増加を抑制するため栄養指導を行います。

【急性合併症】

糖尿病患者は、感染症合併や胃腸障害など、突然の体調不良により意識障害に至り、救急搬送される場合があります。低血糖昏睡の場合、早期にブドウ糖の補充が必要です。治療が遅れると中枢神経に後遺症を残すことがあります。逆に高血糖となり、糖尿病ケトアシドーシス（DKA）や高血糖高浸透圧症候群を発症した場合の救命は、補液による脱水改善やインスリン静脈内投与などの早急な処置が必要です。

【内分泌疾患】

下垂体疾患（先端巨大症、クッシング病、前葉機能低下症、尿崩症、SIADH）、甲状腺疾患（中毒症、機能低下症、腫瘍）、副甲状腺疾患（機能亢進症、機能低下症）、内分泌性高血圧（クッシング症候群、原発性アルドステロン症、褐色細胞腫）などの多彩な内分泌疾患の診断・治療を行っています。妊娠を希望するバセドウ病患者の管理は、抗甲状腺薬で適切に治療すれば安全に妊娠・出産できます。甲状腺の腫瘍性病変は、穿刺吸引細胞診により病理診断を行います。意識障害を伴い救急搬送される内分泌性疾患の患者は、電解質異常による低ナトリウム性昏睡や高カルシウムクリーゼ、ホルモン異常によるバセドウクリーゼや副腎クリーゼなどが含まれます。

具体的な到達目標と評価

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導も出来るレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	出来ない
1	経験できなかった

1. 基本的症状の診察と鑑別診断・検査計画、初期対応

代謝

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
急性合併症（糖尿病ケトアシドーシス、高血糖高浸透圧症候群、乳酸アシドーシス）	4		
低血糖（インスリン拮抗ホルモン分泌不全による低血糖、インスリーマ、反応性低血糖、薬物による低血糖）、低血糖昏睡	4		

内分泌

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
高血圧	4		
低ナトリウム血症	4		
低カリウム血症	4		
高カルシウム血症	4		
低カルシウム血症	4		
低リン血症	4		
浮腫	4		
多尿	4		
低身長	4		
肥満	4		
食欲不振	4		
体重減少	4		
脱毛	4		
多毛	4		
皮膚病変	4		
動悸	4		
無月経	4		

2. 検査・治療手技とその解釈

代謝

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
糖代謝に関連する検査、インスリン分泌能・感受性の評価、 生理学的検査の活用、画像診断の活用	4		
脂質代謝に関連する検査（リポ蛋白の測定、リポ蛋白電気泳 動）、画像診断の活用（アキレス腱軟線撮影、頸動脈エコー、脈 波伝導速度）	4		
肥満症に関連する検査（内臓脂肪）	3		

内分泌

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
血中下垂体前葉ホルモン	4		
下垂体前葉分泌刺激試験	3		
下垂体前葉分泌抑制試験	3		
バソプレシンの基礎値、浸透圧との関連	4		
下垂体後葉分泌刺激試験	3		
血中甲状腺ホルモン、甲状腺自己抗体	4		
^{123}I (^{88}mTc) 甲状腺摂取率	3		
血中副甲状腺ホルモンと血中、尿中Ca、Pとの関連	4		
Ellsworth-Howard 試験	3		
骨密度測定、骨吸収マーカー、骨形成マーカー	3		
副腎皮質検査 (コルチゾール、ACTH、血中レニン、アルドステロン濃度)	4		
副腎皮質分泌刺激試験、分泌抑制試験	3		
カテコラミンおよび代謝物の測定（血中、尿中）	4		
副腎静脈サンプリング	2		
性腺機能検査（LH、FSH 測定、E2、テストステロン）	4		
血中膵・消化管ホルモン（インスリン、ガストリン、グルカゴン、VIP）	4		
血中クロモグラニンA濃度	3		
絶食試験（インスリンノーマの診断として）、グルカゴン試験	3		
選択的カルシウム動注静脈サンプリング	2		

3. 疾患の治療

代謝

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1 型糖尿病	4		
2 型糖尿病	4		
他の疾患、条件に伴う糖尿病（二次性糖尿病）	4		
遺伝子異常による糖尿病	2		
糖尿病合併妊娠、妊娠糖尿病	3		
細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）	4		
大血管障害（心血管障害、脳血管障害、末梢血管病変）	4		
糖尿病に合併しやすい疾患・病態 （がん、骨粗鬆症、認知症、うつ、歯周病）	4		
単純肥満（内臓脂肪肥満、皮下脂肪肥満）	4		
二次性肥満	4		
メタボリックシンドローム	4		
脂質異常症（原発性、続発性）	4		
高尿酸血症（痛風、無症候性）	4		
ビタミン欠乏症（ビタミンB 1、ナイアシン）、過剰症	4		
微量元素（亜鉛）の欠乏症、過剰症	4		

内分泌

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
先端巨大症	3		
クッシング病	3		
高プロラクチン血症／プロラクチノーマ	3		
Cushing 病（異所性A C T H症候群を含む）	3		
Subclinical Cushing 病	3		
G H分泌不全性低身長	3		
成人G H分泌不全症	3		
A C T H単独欠損症	3		
下垂体前葉機能低下症（Sheehan 症候群を含む）	3		
リンパ球性下垂体炎、empty sella 症候群、肉芽腫性疾患	3		
中枢性尿崩症（心因性多尿症、腎性尿崩症を含む）	3		
S I A D H	4		
下垂体卒中	3		
視床下部・下垂体腫瘍 （頭蓋咽頭腫、胚細胞腫瘍、胚腫を含む）	2		

中枢性摂食異常症（神経性食思不振症を含む）	3		
甲状腺中毒症	4		
甲状腺機能低下症 （術後または放射線ヨード療法後の甲状腺機能低下症を含む）	4		
Basdow（Graves）病	4		
慢性甲状腺炎（橋本病）	4		
粘液水腫性昏睡	3		
無痛性甲状腺炎	4		
亜急性甲状腺炎	4		
甲状腺クリーゼ	4		
SITSH（不適切 TSH 分泌症候群）（TSH 産生腫瘍を含む）	3		
Plummer 病	3		
薬剤誘発性甲状腺機能異常	4		
甲状腺腫瘍（良性、悪性）	3		
原発性副甲状腺機能亢進症	3		
その他の副甲状腺機能亢進症（家族性副甲状腺機能亢進症）	3		
高カルシウム血症性クリーゼ	4		
副甲状腺機能低下症（偽性副甲状腺機能低下症を含む）	3		
悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症	4		
二次性副甲状腺機能亢進症	4		
骨粗鬆症	4		
骨軟化症	3		
原発性アルドステロン症	3		
Cushing 症候群	3		
Subclinical Cushing 症候群	3		
褐色細胞腫／パラガングリオーマ	3		
Addison 病	3		
副腎クリーゼ	4		
先天性副腎過形成	3		
副腎偶発腫瘍	4		
副腎皮質癌	2		
腎血管性高血圧	3		
Liddle 症候群	3		
Bartter 症候群	3		
Gitelman 症候群	3		
A M E 症候群	3		
多嚢胞性卵巣症候群（PCOS）	3		
性腺機能低下症総論（Kallman 症候群を含む）	3		
性腺機能低下症（女性）	3		

性腺機能低下症（男性）	3		
思春期早発症	2		
Klinefelter 症候群	3		
Turner 症候群	3		
精巣女性化症候群	2		
多発性内分泌腺腫瘍症（MEN）（Ⅰ型、Ⅱ型）	3		
自己免疫性多発性内分泌腺症候群 （APSⅠ型、Ⅱ型、Ⅲ型）	2		
神経内分泌腫瘍総論	2		
インスリノーマ	3		
ガストリノーマ	3		
その他の消化管ホルモン産生腫瘍	3		
カルチノイド症候群	2		
ホルモン受容体異常症	2		

代表的な週間スケジュール

	月	火	水	木	金
8:30～ 9:30	病棟回診 レクチャー	病棟回診 レクチャー	病棟回診 レクチャー	病棟回診 レクチャー	病棟回診 レクチャー
9:30～ 12:00	外来初診	外来初診	外来初診	外来初診	外来初診
12:00～ 13:00	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩
13:00～ 14:30	他科血糖管理 特殊病態の インスリン治療	他科血糖管理 特殊病態の インスリン治療	他科血糖管理 特殊病態の インスリン治療	-	他科血糖管理 特殊病態の インスリン治療
14:30～ 17:15	甲状腺 穿刺吸引 細胞診	-	甲状腺 穿刺吸引 細胞診	カンファレンス	岐大 3 内科 合同症例 検討会

専門医など取得者

内科学会総合内科専門医・指導医	1 名
糖尿病学会専門医・指導医	1 名
専門医機構内科専門医	4 名
専門医機構内分泌糖尿病専門医	1 名

神経内科

診療科紹介

神経内科は心療内科ではありませんが、神経内科を受診する患者が訴える症状として、「脱力感」、「倦怠感」、「頭痛」、「不随意運動」、「ふらつく」、「突っ張る」、「ひきつけ」、「言語障害」、「複視」等の、心療内科を受診してもよさそうな訴えをする方も受診します。

神経内科では原則、脳・脊髄・末梢神経・筋肉など器質的異常を原因とする疾患を対象とし、気分的変化・精神的問題を扱うわけではありません。患者にとって不調の原因を知るために、治療をしてもらうために受診しているわけです。患者の話をじっくりと聞いてあげるところから始まります。

神経組織は全身に存在しています。どこが障害されたために症状が出現しているのか、患者そして家族から話を聞き、診察をして障害部位を推測します。その後、その部位が障害されうる疾患を、過去の自分の経験から疾患を予測して、血液検査・画像検査・電気生理検査を行います。残念ながら、神経疾患では血液検査で解明できることは多くありません。画像検査でも予測した部位に所見が認められないこともあります。症状はあるものの検査で手がかりが全くないことも少なくありません。経過観察をすることにより、ようやく診断にたどり着くこともあります。ようやく診断がついても今度は治療法がなかったりもします。大変もやもや・いらいらする分野です。

神経内科では、客観性のある検査で診断がつけられないことが多いことも特徴です。複数の医師に診断を受けると診断がばらばらになることも多く、その他の分野の内科とは少し異なり、正診率が 100% になりにくい分野です。その正診率を出来るだけ高めるために欠かせないことは、問診力と診察力（観察力）、そして経験力です。人間観察に興味があり、気が長く、そして曖昧な診断でも妥協できる（？）人は神経内科医に向いています。医学だけでなく、社会で人間関係を良好に保つ能力が身につくかもしれませんよ！

前時代的医学と誤解を受けそうな分野ですが、CT、MRI といった画像機器の進歩、遺伝子診断学、免疫学の進歩により格段に正診率は向上しています。さらに「診断学」と言われた神経内科も時代と共に治療面でも進歩しています。変性疾患など治療方法すら分からない疾患はまだまだ多いものの、脳血管障害、中枢神経感染症、自己免疫疾患ほか新たな治療法が確立し、成果がみられています。そして、移植医療の進歩により、今後、変性疾患の治療が開かれるかもしれません。今まで診断学と言われてきた分野が、最先端治療学へと変貌する可能性もあります。

当院は、神経内科学の指導施設ではないため、専門医試験を受けるための研修機関とは認定されません。もし、このような神経内科に興味があれば、今後経験力を高めるためにも大学院での研修をお勧めします。当院では問診力と診察力（DVD 学習が出来ます）を身に付けてください。

なお、残念ではありますが、神経内科医の高齢化により、研修に十分協力できない可能性があることを申し添えますのでご理解ください。

一般目標（GIO）

医師として臨床に必要な神経内科領域の基礎的研修を目標とする。

- 緊急対応が必要な神経疾患の初期診療に関する基本的診療能力を習得する。
- 主要な神経疾患の診断、治療、生活指導を行うための基本的な知識、技術、態度を習得する。
- 神経疾患患者の在宅療養を援助するために必要な訪問看護、介護保険制度などの福祉制度の実際についての知識を習得し、利用できる。
- 必要に応じて神経内科専門医に適切に紹介できる。

行動目標（SBOs）

- 病歴、神経学的所見を正しくとり、正確に記載する。
- 脳神経内科疾患の診断に必要な解剖学的知識を習得する。
- 脳神経内科疾患の診断に必要な検査法を理解し、所見を正しく読み取ることができる。
（特に、腰椎穿刺・CT）
- 脳炎、髄膜炎を正しく診断し、治療を経験する。
- 痴呆性疾患の診断と治療を経験する。
- 変性疾患（パーキンソン病など）の診断と治療を経験する。
- 脳神経内科疾患患者の在宅医療を行い、他の地域医療福祉施設との連携をとることができる。

具体的な到達目標と評価

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導もできるレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	自分では出来ないが知識があり手伝うことが出来るレベル
1	出来ない
0	経験できなかった

1) 検査

項目	目標	研修医 自己評価	指導医 評価
神経所見の取り方	4		
腰椎穿刺	4		
電気生理検査（神経伝導速度検査、筋電図、脳波等）	4		
画像検査の読影（CT、MRI、RI など）	4		

2) 疾患の治療

疾患名	目標	研修医 自己評価	指導医 評価
脳出血	4		
脳梗塞	4		
パーキンソン病・症候群	4		
アルツハイマー病他認知症	4		
運動神経疾患	4		
脊髄小脳変性症	4		
髄膜炎	4		
脳炎	4		
ギラン・バレー症候群	4		
慢性炎症性脱髄性神経炎	4		
膠原病関連疾患	4		
筋炎	3		
筋ジストロフィー	3		
頸椎症	3		
腰椎症	3		

血液内科

診療科紹介

血液疾患は、造血器腫瘍や貧血・血小板減少症・凝固障害など多岐に渡り、造血器腫瘍の治療の中心は化学療法になります。化学療法のスペシャリストになりたいという希望がある方は、血液内科は最適な診療科と言えます。

また、化学療法に伴う副作用、特に感染症に対する治療にも精通している必要があります。白血病や悪性リンパ腫などの造血器腫瘍は、骨髄やリンパ節に限らず全身に病変をきたします。血液内科医は、必然的に全身の臓器を診る力を養う必要があり、症例を通して学ぶことができます。

当院の血液内科は、消化器内科と病棟を共有しており、常に消化器内科の医師と共に仕事をしていることが多く、希望があればエコー検査や内視鏡検査も習得することが可能です。

社会の高齢化を反映して、当院の患者さんも高齢の方が多いです。ほとんどの造血器腫瘍は、高齢者になればなるほど発症率が増加します。骨髄異形性症候群や多発性骨髄腫など、高齢患者さんの割合が今後ますます増加していくことは明かです。新たな分子標的薬が毎年登場しておりますが、そのような最新の抗がん治療とともに、高齢者にいかに負担を少なく治療にあたるかということも、現在の医療の大切な視点で、治療に伴う副作用を可能な限り低減させ、有意義な時間を長く保つための医療も当院で学ぶことができると思います。

一方、若年の悪性腫瘍患者には、治癒を目指した強力化学療法を行う必要があります。現在、無菌室を3床（個室）有しており、悪性リンパ腫や多発性骨髄腫の患者に対して、自己末梢血管細胞移植なども行っています。また、日本血液学会や日本臨床腫瘍学会の認定研修施設にも指定されており、専門医取得に必要な症例を経験できます。

一般に、血液内科は診断から治療まで一貫して血液内科のみで行うことが多いです。また、悪性リンパ腫はすべての癌において最も化学療法が奏功する疾患で、組織型によっては高率に治癒を望める疾患です。

血液内科とは、そのような悪性疾患の患者の全身管理を行う能力が最も鍛えられる診療科と考えられますので、化学療法に興味がある方は、是非、血液内科への道をお勧めします。

専門医など取得者

日本内科学会 認定内科医、総合内科専門医、指導医 1名

日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医、指導医 1名

日本血液学会 専門医、指導医、評議員 1名

日本造血・免疫細胞療法学会 認定医 1名

日本血栓止血学会 認定医 1名

一般目標（GIO）

内科医として基本的な知識、臨床姿勢を背景にして、血液内科として専門性のある分野の知識を深める。
特に、問題解決のための考え方、治療にあたる姿勢、基本的な治療方針の立て方について学ぶ。

行動目標（SBOs）

- 血液疾患に特徴的な症状、理学所見を理解する。
- 骨髓穿刺を行い、骨髓像を理解できる。
- 血液疾患の鑑別診断、治療法を正しく理解する。
(貧血（鉄欠乏性、二次性）・白血病・悪性リンパ腫・骨髓腫・出血傾向・紫斑病)
- 播種性血管内凝固症候群（DIC）の病態を理解し、診断と治療が正しくできる。
- 輸血（成分輸血を含む）の適応、投与法、副作用について理解する。

具体的な到達目標と評価

（空欄箇所については、研修医と相談にうえ決定とする）

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導も出来るレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	自分ではできないが知識はあり手伝うことが出来るレベル
1	出来ない
0	経験できなかった

1. 基本的症状の診察と鑑別診断・検査計画、初期対応

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
貧血	4		
血小板減少	4		
リンパ節腫脹	4		
白血球上昇	4		
汎血球減少	4		
脾腫	4		
不明熱	4		
出血傾向	3		
体重減少	4		

2.検査・治療手技とその解釈

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
血液検査（末梢血・血液像）	5		
血液検査（生化学検査）	5		
血液検査（腫瘍マーカー）	5		
血液検査（免疫学的検査）	4		
血液検査（肝炎ウィルスマーカー）	4		
尿検査	5		
便検査	4		
細菌学的検査	5		
採血・末梢点滴ルート確保	5		
中心静脈穿刺	3		
点滴	4		
中心静脈栄養	4		
腹水穿刺・ドレナージ	4		
胸腹部 X 線	4		
胸腹部 C T	4		
腹部超音波検査	4		
P E T 検査	3		
腹部 M R I 検査	3		
超音波内視鏡	2		
骨髄穿刺			
骨髄生検	3		
髄液採取	3		
リンパ節生検			
血液型検査			
交差試験			

3.疾患の治療

疾患名	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
鉄欠乏性貧血	3		
巨赤芽球性貧血	2		
自己免疫性溶血性貧血	3		
発作性夜間ヘモグロビン尿症	2		
慢性炎症性貧血	2		

腎性貧血	2		
再生不良性貧血	3		
多血症	2		
本態性血小板血症	2		
慢性骨髄性白血病	2		
骨髄線維症	2		
骨髄異形性症候群	3		
急性骨髄性白血病	2		
急性リンパ性白血病	4		
慢性リンパ性白血病	4		
濾胞性リンパ腫	4		
MALT リンパ腫	2		
マントル細胞リンパ腫	3		
びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫	3		
末梢性 T 細胞リンパ腫	3		
NK/T 細胞リンパ腫	3		
成人 T 細胞性白血病	3		
ホジキンリンパ腫	3		
マクログロブリン血症	3		
多発性骨髄腫	3		
伝染性単核球症	2		
特発性血小板減少性紫斑病	2		
血栓性微小血管障害	2		
血友病	2		
播種性血管内凝固症候群	3		

代表的な週間スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	血液内科 (初診)	病棟業務	病棟業務	8 : 30～10 : 00 神経内科 (初診) 10 : 00～11 : 30 病棟回診後 神経内科 (初診)	病棟業務
午後	病棟業務	神経内科 (再診)	病棟 カンファレンス	外来診療	病棟業務

腎臓内科

診療科紹介

腎臓内科の仕事内容は、大きく3つに分けられます。

第1に腎臓病の初期症状である検尿異常（主に蛋白尿・血尿）の段階で、腎生検を用いた組織診断と治療を実践すること、第2に末期腎不全に至り透析医療を受けている患者さんの合併症の予防や治療を行うこと、第3は慢性腎臓病に積極的に治療介入し、末期腎不全への進行の阻止・遅延に努めることです。

現在、岐阜大学のCKD（慢性腎臓病）対策講座や地域の医師会とも連携し、検尿異常のある方が早めに受診されるように啓発活動を行っており、IgA腎症などの慢性糸球体腎炎について、早期の段階で診断、治療介入を行い、腎炎の慢性化による腎機能低下の進行を抑制することなどに特に力を入れて取り組んでいます。

一般目標（GIO）

腎疾患、透析療法の特殊な病態を理解し、一般内科疾患との関連において適切な診断および治療を選択するための初期診療能力を習得する。

行動目標（SBOs）

- ① 腎臓疾患の病態生理を理解し、その特徴について述べることができる。
- ② 腎臓疾患の病歴、理学所見について、その特徴を述べることができる。
- ③ 腎臓疾患の尿、血液検査、画像診断の特徴について述べることができる。
- ④ 血液浄化療法を理解し、それぞれの特徴と選択法を述べることができる。
- ⑤ 末期腎不全患者、透析患者の病態生理を理解し、管理法を述べることができる。
- ⑥ 透析医療の社会福祉制度を理解する。

方略（LS）

- ① 腎臓専門外来での実務研修
- ② 透析外来での実務研修
- ③ 腎臓透析症例での入院実務研修
- ④ 腎臓内科症例検討会への参加、発表
- ⑤ 栄養指導、MSW業務への参加

具体的な到達目標と評価

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導も出来るレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	自分ではできないが知識はあり手伝うことが出来るレベル
1	出来ない
0	経験できなかった

1.基本的症状の診察と鑑別診断・検査計画、初期対応

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
浮腫	4		
肉眼的血尿	3		
尿量減少	3		
高血圧	3		

2.検査・治療手技とその解釈

項目	目標 設定	研修医自己 評価	指導医 評価
血液検査（末梢血・血液像）	5		
血液検査（生化学検査）	5		
血液検査（免疫学的検査）	5		
尿検査（沈渣含む）	4		
腹部 CT	4		
腹部超音波検査	4		
胸部 X 線	4		
採血・末梢点滴ルート確保	5		
中心静脈穿刺	3		
点滴	4		
超音波下腎生検	2		

3.疾患の治療

疾患名	目標 設定	研修医自己 評価	指導医 評価
急性腎障害	3		
慢性腎臓病	3		
末期腎不全	3		
ネフローゼ症候群	3		
慢性糸球体腎炎	3		
急速進行性糸球体腎炎	3		
高カリウム血症	4		
低カリウム血症	4		
高ナトリウム血症	4		
低ナトリウム血症	4		

代表的な週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:15 ～ 9:00	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
9:00 ～ 12:00	外来見学	透析回診	外来見学	腎生検	透析回診 外来見学
12:00 ～ 13:00	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩
13:00 ～ 14:00	病棟回診	カンファレンス	病棟回診	病棟回診	病棟回診
14:00 ～ 17:15	病棟回診	透析回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診

小児科

診療科紹介

小児科は、単一の臓器に関わる専門科ではなく、子ども全体を対象とする『総合診療科』です。この総合的な小児科診療の基礎の上に、多彩な小児科の専門分野が展開されます。小児科医は子どもの身体、心理、そして、発育の全体像を把握し、医療の基本である『疾病を診るだけではなく、患者とその家族、さらには心理社会環境をみる』という、全人的な観察姿勢で責任感を持って診療に臨んでいます。

「小児科医に求められる保健・医療に関わる問題は広範囲に拡張しつつあり、それは、小児科医の役割が子どもの罹患する疾病への対応のみならず、子どもの健全な発育を総合的に支援することであると認識されてきているからである。」（「日本小児科学会 小児科専門医の到達目標」より引用）

当院での初期研修においても、この精神は変わることはありません。将来、小児科専門医を目指す医師はもちろんですが、そうでない医師にもこの精神を理解し、実践することを目標としてもらいたいと思います。

専門医など取得者

日本小児科学会 小児科専門医 8名 指導医 3名
日本周産期・新生児医学会 周産期専門医（新生児） 1名
日本感染症学会 感染症専門医 1名 指導医 1名
日本人類遺伝学会 臨床遺伝専門医 1名 指導医 1名
日本化学療法学会 抗菌化学療法指導医 1名
ICD（インфекションコントロールドクター）認定医 1名
日本小児科医会 「こどもの心」相談医 3名
日本小児感染症学会 小児感染症認定医 2名
日本小児精神神経学会 認定医 1名

一般目標（GIO）

小児の患者への適切な対応，診断及び治療方針の立て方について学ぶとともに，患者を受け持ち，問診をはじめ患者を実際に診察し，患者や家族と触れ合う。

行動目標（SBOs）

- （１） 小児に見られる各症候を理解し、情報収集と身体診察ができる。
- （２） 小児の正常を理解し、臨床検査結果を適切に判断できる。
- （３） 病態を理解し、鑑別診断・治療法をあげることができる。
- （４） 患者・家族の心理過程や苦痛，生活への影響に配慮することができる。
- （５） 頻度の高い疾患について、初期治療を指導医とともに行うことができる。

具体的な到達目標と評価

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導も出来るレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	自分ではできないが知識はあり手伝うことが出来るレベル
1	出来ない
0	経験できなかった

1. 基本的症状の診察と鑑別診断・検査計画、初期対応

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
発熱	4		
咳・鼻汁	4		
呼吸困難	4		
嘔吐・下痢	4		
腹痛	4		
頭痛	4		
発疹	4		
けいれん	3		
誤飲	3		
乳児健診	3		
小奇形、変質徴候	3		
低身長	3		

2.検査・治療手技とその解釈

項目	目標 設定	研修医自己 評価	指導医 評価
身体計測	5		
血液検査（末梢血・血液像・凝固能）	5		
血液検査（生化学検査）	5		
血液検査（免疫学的検査）	5		
血液検査（アレルギー検査）	5		
尿検査	5		
便検査	5		
髄液検査	4		
細菌学的検査	5		
骨髄検査	3		
内分泌学的検査（負荷試験）	4		
染色体検査	3		
新生児マス・スクリーニング	3		
発達検査（DQ・IQ）	3		
予防接種	4		
点滴	4		
採血・末梢点滴ルート確保	5		
輸血	3		
腰椎穿刺	4		
骨髄穿刺	3		
高圧浣腸	3		
X線検査	4		
C T 検査	4		
超音波検査	4		
M R I 検査	4		
消化管造影	3		
心電図検査	4		
脳波検査	4		
聴力検査	3		
吸入（酸素・薬剤）	4		
胃洗浄	3		
気管内挿管	3		
閉胸式心マッサージ	3		
鼠径ヘルニアの還納	3		

肘内障整復	3		
新生児光線療法	3		

3.疾患の治療

疾患名	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
鉄欠乏性貧血	4		
紫斑病	3		
てんかん	3		
熱性けいれん	4		
無菌性髄膜炎	4		
細菌性髄膜炎	3		
脳炎・脳症	2		
脳性まひ	3		
重症心身障害	3		
湿疹	4		
アトピー性皮膚炎	4		
蕁麻疹	4		
皮膚感染症	4		
不整脈	3		
先天性心疾患	3		
心雑音	3		
川崎病	4		
肺炎	4		
急性気管支炎	4		
喘息性気管支炎	4		
クループ	4		
細気管支炎	4		
急性上気道炎	4		
急性胃腸炎	4		
急性虫垂炎	3		
腸重積症	3		
急性肝炎	3		
イレウス	3		
鼠径ヘルニア	3		
尿路感染症	4		
水腎症	3		

無症候性血尿・蛋白尿	3		
急性糸球体腎炎	3		
ネフローゼ症候群	3		
停留精巣	3		
夜尿症	3		
糖尿病	3		
低身長症	3		
甲状腺機能亢進症	3		
甲状腺機能低下症	3		
思春期早発症	3		
性分化異常症	3		
起立性調節障害	3		
心身症	3		
自閉症スペクトラム障害	3		
注意欠陥多動性障害	3		
学習障害	3		
食物アレルギー	4		
アレルギー性鼻炎	4		
低出生体重児	4		
特発性高ビリルビン血症	4		
ダウン症候群	3		
奇形症候群	3		
フロッピーインファント	3		
インフルエンザ	4		
溶連菌感染症	4		
咽頭結膜熱	4		
手足口病	4		
ヘルパンギーナ	4		
RS ウイルス感染症	4		
水痘	4		
流行性耳下腺炎	4		
伝染性紅斑	4		
突発性発疹	4		
百日咳	4		
ロタウイルス性胃腸炎	4		
ノロウイルス性胃腸炎	4		
斜視	3		

結膜炎	4		
中耳炎	3		
難聴	3		
虐待	3		
学校保健	3		

代表的な週間スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	外来診療 病棟業務	外来診療 病棟業務	外来診療 病棟業務	外来診療 病棟業務	外来診療 病棟業務
午後	専門外来診療 病棟業務	専門外来診療 乳児健診 病棟業務	ミニレクチャー カンファレンス 病棟業務	専門外来診療 乳児健診 病棟業務	専門外来診療 病棟業務

・受け持ち症例に応じたミニレクチャー・カンファレンスを随時行う。

外科

診療科紹介

中濃厚生病院の外科は、名古屋大学外科（消化器・腫瘍外科、乳腺・内分泌外科）の教育関連病院であり、外科初期臨床研究プログラムにおいても同教室の教育システムに準じて指導を行います。

消化器・胆・肝・膵領域、乳腺・甲状腺などの悪性疾患のみならず、胆石症、ヘルニア（脱腸）、痔、下肢静脈瘤などの良性疾患まで治療しています。特に力を入れている分野はホームページをご参照ください。

また、二度と臓器に触れる機会のない診療科を目指す方たちにとっても、外科研修がきっと貴重な経験になることと思います。

専門医など取得者

日本外科学会 専門医 6 名 指導医 2 名

日本消化器外科学会 専門医 4 名 指導医 2 名

日本消化器外科学会消化器がん治療認定医 4 名

日本がん治療認定医機構がん治療認定医 3 名

一般目標（GIO）

一般外科・消化器外科として

1. 一般外科・消化器外科の診断と治療の基本を習得する
2. 一般外科・消化器外科関連領域の必要な知識、技術を習得する
3. 常に新しい知識と技術を導入し、未知への探究心を維持する
4. 救命・救急を含むプライマリーケアを習得する

外科医となるための研修であるが、社会人としての研修でもあるため、患者との接し方などにおける医師としての基本姿勢を学ぶとともに、社会人としてのマナーを身につける。指導の中から外科医の生活を知り、外科医としての全人的な研修を受ける。また、医療は複数の医師とコ・メディカル的共同作業、すなわちチーム医療により成り立つことを、自らを含めてそれぞれの役割や立場を理解し、協調性を養う。

行動目標（SBOs）

I. 基本的診察法

患者の問題点と外科的に必要な所見を正確に把握する。

1. 面接技法（病歴を把握し、家族との適切なコミュニケーションを持てる。）
2. 全身状態の観察（バイタルサイン、精神状態の把握。）
3. 頭・頸部の診察（甲状腺、頸部表在リンパ節の診察を含む。）
4. 胸部の診察（乳房および腋窩リンパ節の診察を含む。）
5. 腹部の診察（直腸指診、鼠径部リンパ節、鼠径ヘルニアの診察を含む。）
6. その他の部位、体表、神経系の診察

Ⅱ．基本的検査法（１）

必要に応じ、自ら検査を実施しその結果を解釈できる。

- 1．検尿、検便、ヘマトクリット
- 2．出血時間測定、血液型判定、交差適合試験
- 3．血糖値、電解質、血液ガス
- 4．心電図

Ⅲ．基本的検査法（２）

検査の実施を適切に指示し、結果を把握できる。

- 1．血液生化学検査
- 2．肝機能検査（ICG 負荷試験）
- 3．腎機能検査（PSP 負荷試験、クレアチンクレアランス）
- 4．肺機能検査
- 5．免疫学的検査
- 6．内分泌学的検査
- 7．薬剤感受性検査
- 8．単純 X 線検査、造影検査、CT、MRI
- 9．核医学検査
- 10．病理学的検査
- 11．細菌学的検査

Ⅳ．専門的検査法

検査を見学し、一部介助または実施する。

- 1．消化管造影検査
- 2．瘻孔造影検査
- 3．消化管内視鏡検査
- 4．腹部超音波検査
- 5．内視鏡的逆行性膵胆管造影検査
- 6．超音波内視鏡検査
- 7．腹部血管造影検査

Ⅴ．基本的治療法

適応を決定し、実施できる。

- 1．一般薬剤、麻薬の処方
- 2．輸液、輸血
- 3．鎮痛剤、抗生剤、循環器薬剤、ステロイド剤、抗癌剤の投与
- 4．呼吸管理（酸素投与法、人工呼吸器の管理）
- 5．循環管理

6. 中心静脈栄養法
7. 経腸栄養法
8. 食餌療法
9. 療養指導（安静度、体位、食事、入浴、排泄など）

VI. 基本的手技

適応を決定し、実施できる。

1. 注射法（皮内、皮下、筋肉、静脈、静脈確保）
2. 採血法（静脈血、動脈血）
3. 穿刺法（胸腔、腹腔穿刺）
4. 導尿法
5. 浣腸法
6. 手洗い、滅菌消毒法
7. 包帯、ガーゼ交換、抜糸
8. チューブ、ドレーン類の管理
9. 切開・排膿法
10. 皮膚縫合法
11. 気管内挿管
12. 人工呼吸法（マスクおよび挿管による）

VII. 手術前後の管理に必要な手技

処置の介助あるいは実施する。

1. 経鼻胃管の挿入管理
2. 胃洗浄
3. イレウス管による腸管内減圧と消化管造影
4. 経皮経肝胆道ドレナージと胆道造影
5. 気管切開、気管内吸引洗浄
6. エコーガイド下穿刺、ドレナージ
7. 人工肛門の管理

VIII. 麻酔法

腰椎麻酔法および全身麻酔法を行う。

1. 腰椎穿刺による腰椎麻酔を行える。
2. 気管内挿管による全身麻酔法を行える。

IX. 外科的治療

外科治療の必要性を判断し、手術を施行する。

1. 手術を介助し施行する。

2. 術後処置、術後管理を行う。
3. 手術治療の効果の判定ができる。

X. 終末期医療

末期患者およびその家族に適切に対処できる。

1. 人間的、心理的立場に立った治療（除痛対策を含む）
2. 家族への配慮
3. 死への対応

XI. 医療の社会的側面と文書作成、記録法

1. 保健医療制度と規則を遵守し、医の倫理・生命の倫理を理解する。
2. 診療記録、処方箋、診断書、紹介状などの文書を作成し管理できる。

XII. 診療計画・評価

1. 患者の問題点を整理し、入退院の判定と診療計画が作成できる。
2. 術後経過の観察、剖検などにより診療結果を判定できる。

XIII. 患者・家族との関係

1. インフォームド・コンセント
2. 患者のプライバシー保護を理解し実施することができる。

具体的な到達目標と評価

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導も出来るレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	自分ではできないが知識はあり手伝えることが出来るレベル
1	出来ない
0	経験できなかった

I. 基本的診察法

患者の問題点と外科的に必要な所見を正確に把握する。

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 面接技法 (病歴を把握し家族との適切なコミュニケーションを持てる)	4		
2. 全身状態の観察 (バイタルサイン、精神状態の把握)	4		
3. 頭・頸部の診察 (甲状腺、頸部表在リンパ節の診察を含む)	4		
4. 胸部の診察 (乳房および腋窩リンパ節の診察を含む)	4		
5. 腹部の診察 (直腸指診、鼠径部リンパ節、鼠径ヘルニアの診察を含む)	4		
6. その他の部位、体表、神経系の診察	4		

II. 基本的検査法 (1)

必要に応じ、自ら検査を実施しその結果を解釈できる。

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 検尿、検便、ヘマトクリット	4		
2. 出血時間測定、血液型判定、交差適合試験	4		
3. 血糖値、電解質、血液ガス	4		
4. 心電図	4		

Ⅲ. 基本的検査法（２）

検査の実施を適切に指示し、結果を把握できる。

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
１．血液生化学検査	４		
２．肝機能検査（ICG 負荷試験）	３		
３．腎機能検査（PSP 負荷試験、クレアチンクレアランス）	４		
４．肺機能検査	４		
５．免疫学的検査	４		
６．内分泌学的検査	４		
７．薬剤感受性検査	３		
８．単純 X 線検査、造影検査、CT、MRI	４		
９．核医学検査	３		
１０．病理学的検査	３		
１１．細菌学的検査	３		

Ⅳ. 専門的検査法

検査を見学し、一部介助または実施する。

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
１．消化管造影検査	３		
２．瘻孔造影検査	３		
３．消化管内視鏡検査	３		
４．腹部超音波検査	４		
５．内視鏡的逆行性膵胆管造影検査	２		
６．超音波内視鏡検査	２		
７．腹部血管造影検査	２		

Ⅴ. 基本的治療法

適応を決定し、実施できる。

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
１．一般薬剤、麻薬の処方	２		
２．輸液、輸血	３		
３．鎮痛剤、抗生剤、循環器薬剤、ステロイド剤、抗癌剤の投与	３		
４．呼吸管理（酸素投与法、人工呼吸器の管理）	３		
５．循環管理	３		
６．中心静脈栄養法	３		
７．経腸栄養法	３		

8. 食餌療法	3		
9. 療養指導（安静度、体位、食事、入浴、排泄など）	3		

Ⅵ. 基本的手技

適応を決定し、実施できる。

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 注射法（皮内、皮下、筋肉、静脈、静脈確保）	3		
2. 採血法（静脈血、動脈血）	4		
3. 穿刺法（胸腔、腹腔穿刺）	3		
4. 導尿法	3		
5. 浣腸法	3		
6. 手洗い、滅菌消毒法	5		
7. 包帯、ガーゼ交換、抜糸	4		
8. チューブ、ドレーン類の管理	4		
9. 切開・排膿法	3		
10. 皮膚縫合法	4		
11. 気管内挿管	4		
12. 人工呼吸法（マスクおよび挿管による）	4		

Ⅶ. 手術前後の管理に必要な手技

処置の介助あるいは実施する。

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 経鼻胃管の挿入管理	5		
2. 胃洗浄	4		
3. イレウス管による腸管内減圧と消化管造影	3		
4. 経皮経肝胆道ドレナージと胆道造影	2		
5. 気管切開、気管内吸引洗浄	3		
6. エコーガイド下穿刺、ドレナージ	3		
7. 人工肛門の管理	3		

VIII. 麻酔法

腰椎麻酔法および全身麻酔法を行う。

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 腰椎穿刺による腰椎麻酔を行える	4		
2. 気管内挿管による全身麻酔法を行える	4		

IX. 外科的治療

外科治療の必要性を判断し、手術を施行する。

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 手術を介助し施行する	3		
2. 術後処置、術後管理を行う	4		
3. 手術治療の効果の判定ができる	3		

X. 終末期医療

末期患者およびその家族に適切に対処できる。

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 人間的、心理的立場に立った治療（除痛対策を含む）	4		
2. 家族への配慮	4		
3. 死への対応	4		

XI. 医療の社会的側面と文書作成、記録法

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 保健医療制度と規則を遵守し、医の倫理・生命の倫理を理解する	3		
2. 診療記録、処方箋、診断書、紹介状などの文書を作成し管理できる	4		

XII. 診療計画・評価

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 患者の問題点を整理し、入退院の判定と診療計画が作成できる	4		
2. 術後経過の観察、剖検などにより診療結果を判定できる	3		

XII. 患者・家族との関係

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. インフォームド・コンセント	4		
2. 患者のプライバシー保護を理解し実施することができる	4		

代表的な週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	外来 手術	回診 手術	外来 手術	回診 手術	回診 手術
午後	手術	手術	手術	手術	手術

定期的に行われる回診，症例検討会，勉強会等

回 診：週 3 回（上級医とともに行います）

カンファランス：毎週火曜日，木曜日

火曜日:15:15～外科カンファランス（4 中病棟カンファレンスルーム）

木曜日:18:00～消化器内科・外科合同カンファランス（2 階小会議室）

中濃臨床懇話会：地域医師会との共催：年 2 回

中濃地区消化器カンファランス：年 2 回

C P C：年 2 回

呼吸器外科

診療科紹介

当院呼吸器外科は、岐阜大学呼吸器外科の教育関連病院であり、外科初期臨床研究プログラムにおいても同教室の教育システムに準じて指導を行います。

呼吸器外科の対象は肺や縦隔、胸壁、胸膜など胸部の悪性疾患のみならず、気胸や良性腫瘍などの良性疾患、膿胸や肺膿瘍などの感染症、胸部外傷など多岐にわたります。

研修では手術だけでなく、周術期には循環や呼吸などの全身管理や集中治療も行い、救急対応(3次)も扱います。そのため、呼吸器に限らず総合的に学ぶことが可能であり、研修を通じ疾患だけでなく医学的な思考力や行動力を身につけられるような研修内容となっています。

一般目標 (GIO)

呼吸器外科として

1. 呼吸器外科の診断と治療の基本を習得する
2. 呼吸器外科関連領域の必要な知識、技術を習得する
3. 常に新しい知識と技術を導入し、未知への探究心を維持する
4. 救命・救急を含むプライマリーケアを習得する

呼吸器外科医となるための研修であるが、社会人としての研修でもあるため、患者との接し方などにおける医師としての基本姿勢を学ぶとともに、社会人としてのマナーを身につける。指導の中から呼吸器外科医の生活を知り、外科医としての全人的な研修を受ける。また、医療は複数の医師とコ・メディカル的共同作業、すなわちチーム医療により成り立つことを、自らを含めてそれぞれの役割や立場を理解し、協調性を養う。

行動目標 (SBOs)

I. 基本的診察法

患者の問題点と外科的に必要な所見を正確に把握する。

1. 面接技法 (病歴を把握し、家族との適切なコミュニケーションを持てる。)
2. 全身状態の観察 (バイタルサイン、精神状態の把握。)
3. 胸部の診察

II. 基本的検査法 (1)

必要に応じ、自ら検査を実施しその結果を解釈できる。

1. 検尿
2. 血液型判定、交差適合試験
3. 血糖値、電解質、血液ガス
4. 心電図

III. 基本的検査法 (2)

検査の実施を適切に指示し、結果を把握できる。

1. 血液生化学検査
2. 呼吸機能検査
3. 腎機能検査（PSP 負荷試験、クレアチンクレアランス）
4. 下肢超音波検査
5. 免疫学的検査
6. 内分泌学的検査
7. 薬剤感受性検査
8. 単純 X 線検査、造影検査、CT、MRI
9. 核医学検査
10. 病理学的検査
11. 細菌学的検査

IV. 専門的検査法

検査を見学し、一部介助または実施する。

1. 精密呼吸機能検査
2. 運動負荷試験(6 分間歩行検査)
3. 心臓超音波検査
4. 下肢静脈超音波検査

V. 基本的治療法

適応を決定し、実施できる。

1. 一般薬剤、麻薬の処方
2. 輸液、輸血
3. 鎮痛剤、抗生剤、循環器薬剤、ステロイド剤、抗癌剤の投与
4. 呼吸管理（酸素投与法、人工呼吸器の管理）
5. 循環管理
6. 中心静脈栄養法、経腸栄養法
7. 食餌療法
8. 療養指導（安静度、体位、食事、入浴、排泄など）

VI. 基本的手技

適応を決定し、実施できる。

1. 注射法（皮内、皮下、筋肉、静脈、静脈確保）
2. 採血法（静脈血、動脈血）
3. 穿刺法（胸腔穿刺）
4. 導尿法
5. 浣腸法
6. 手洗い、滅菌消毒法

7. 包帯、ガーゼ交換、抜糸
8. チューブ、ドレーン類の管理
9. 切開・排膿法
10. 皮膚縫合法
11. 気管内挿管
12. 人工呼吸法（マスクおよび挿管による）

VII. 手術前後の管理に必要な手技

処置の介助あるいは実施する。

1. 胸腔ドレーン管理
2. 胸腔ドレーン抜去
3. 気管切開、気管内吸引洗浄
4. 胸水穿刺
5. 胸腔ドレナージ

VIII. 外科的治療

呼吸器外科治療の必要性を判断し、手術を施行する。

1. 手術を介助し施行する。
2. 術後処置、術後管理を行う。
3. 手術治療の効果の判定ができる。

IX. 終末期医療

末期患者およびその家族に適切に対処できる。

1. 人間的、心理的立場に立った治療（除痛対策を含む）
2. 家族への配慮
3. 死への対応

X. 医療の社会的側面と文書作成、記録法

1. 保健医療制度と規則を遵守し、医の倫理・生命の倫理を理解する。
2. 診療記録、処方箋、診断書、紹介状などの文書を作成し管理できる。

XI. 診療計画・評価

1. 患者の問題点を整理し、入退院の判定と診療計画が作成できる。
2. 術後経過の観察、剖検などにより診療結果を判定できる。

XII. 患者・家族との関係

1. インフォームド・コンセント
2. 患者のプライバシー保護を理解し実施することができる。

研修期間

2 週間以上が望ましい。

将来外科専門医の取得を希望する場合は 8 週以上の選択が望ましい。

研修内容及び方法

- 病棟の患者を指導医とともに担当医となり病棟業務に従事する。
- 呼吸器カンファレンスに参加する。
- 術前プレゼンテーション準備を指導医と共に行う。
- 症例検討会に参加し、担当患者の症例提示をする。
- 回診に参加する。

手技(8 週の目安)

- 手術適応の理解..... 10 例
- 呼吸器の手術法と解剖の理解..... 10 例
- 胸部の開胸と縫合閉創 10 例
- 胸腔鏡による肺手術のための基本操作..... 10 例
- 術後胸腔ドレーンの管理 10 例
- 術後患者の管理..... 10 例
- 胸腔穿刺、胸腔ドレーン挿入 2 例
- 肺部分切除(術者)..... 1 例

<手術>

- 手術は毎週月曜日と隔週木曜日であり、可能な限り手術に参加する。

<病棟>

- 入院症例を担当する。
- レポート作成に必要な症例は指導医と相談する。
- 毎日回診を行い、各種検査結果や身体所見を踏まえてカルテ記載を行う。
- 入院時の準備と退院時に退院サマリーの作成を行う。

<外来>

- 新規患者の予診を担当する。主訴、現病歴、既往歴、生活歴を聴取して記載する。
- 必要な検査を考慮して上級医に報告する。

サポート及びトラブル発生時の対応

研修期間中にわからないことや困ったことがある場合には時間外でも構わないので、指導医に相談してください。

呼吸器外科研修スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	朝回診	ICU カンファ 検体切り出し 栄養科カンファ (隔週)	朝回診 外 来	朝回診 外 来	朝回診 ICU カンファ (隔週) 検体切り出し NST 回診 (月 1 回)
午後	手 術	RST 回診 夕回診	外 来 手術 IC 夕回診	手 術 (隔週) 外 来 夕回診	手術 IC 呼吸器カンファ 夕回診
その他		リハビリカンファ (隔週)	病棟レクチャー (月 1 回)	手術ミーティング (隔週)	画像ミーティング (隔週)

整形外科

診療科紹介

整形外科は、8名の常勤医により年間に約900件の手術を行っています。主に、外傷が中心になりますが脊椎疾患、関節疾患もそれぞれ100件ほどあります。私自身、大学病院や大垣市民病院、小牧市民病院等で働いてきましたが、当院は忙しすぎることもなく、症例もかなり豊富なので、充実した適度な忙しさの中で勉強しながら研修する環境としては最適だと思います。

外傷は、整形外科としてまず身につけるべき分野です。飲酒運転の取り締まりの強化や、車そのものの進化、労働環境の整備などにより、重症多発外傷はずいぶん少なくなっていますが、高齢化の進行で高齢者の外傷がやはり増加しています。このため、早期に手術をして、元気に自宅生活に復帰していただけるよう最善を尽くしています。研修では積極的に手術にも参加していただきます。

脊椎疾患はやや特殊な分野ですが、「手がしびれる」「足がしびれる」「だんだん歩けなくなる」といった患者さんたちを、いかに少しでも快適に生活できるよう治療できるか手腕の問われる分野です。「保存治療でいけるのか?」「手術が必要なのか?」「手術はどんな手術が適切か?」を、正確に判断し治療の道筋をつけることが重要です。

当院では、顕微鏡を用いた手術が多く、設備として、カーボンベッド、術中3Dイメージ、ナビゲーションシステムがあり、より低侵襲で安全な手術を行えるようになっています。

関節分野では関節の痛みに対して、保存的・手術的治療をうまく組み合わせ、患者さんの生活の質を少しでも高めることを目指します。関節鏡手術、人工膝関節手術、人工股関節手術が中心になります。関節鏡も最新のものが導入され極めてクリアな視野のもと手術が行えます。人工膝関節手術では軟部バランスを丁寧に整えることで成績は非常に安定し、歩行可能になる患者には非常に喜ばれます。人工股関節手術では前方アプローチ（症例によります）を、主に用いて極めて低侵襲に手術を行っています。筋肉をほとんど痛めないのので術後リハビリは非常にスムーズに進みます。

整形外科の特殊な分野である悪性骨軟部腫瘍、小児整形（外傷除く）は当院では治療を行っておりませんが、後期研修で一定期間大学病院での研修を行うことにより研修可能です。

もちろん、日本整形外科学会認定の研修指定病院です。

専門医など取得者

臨床研修指導医 5名

日本整形外科学会 専門医 6名 指導医 4名

日本整形外科学会 脊椎脊髄病医 2名

日本脊椎脊髄病外科学会 指導医 1名

日本リウマチ学会 専門医 1名 指導医 1名

日本整形外科学会 運動器リハビリテーション医 3名

日本人工関節学会 認定医 1名

一般目標（GIO）

日常診療において、整形外科的疾患の基本的な鑑別診断および整形外科的処置の技術を習得する。

行動目標（SBOs）

①問診および診察法

- 病歴を正確にとり、記録できる。
- 主訴、主症状から疑うべきいくつかの疾患を列挙できる。
- 基本的な整形外科的診察法（神経学的所見、関節可動域測定、徒手筋力検査）が、正確かつ要領よく行える。

②基本的臨床検査法

- 血液(血算、出血凝固系、ガス分析、培養)、血清(生化学、免疫学的検査)、尿(一般、顕微鏡的検査)、便(潜血反応)、髄液、細菌培養などの検査法の選択、結果を理解でき、緊急検査を実施できる。

③画像診断法

- 基本的なX線検査法を指示し、それを読影し、正確な診断ができる。
- 脊髓造影や関節造影を指示または施行し、それを読影し、正確な診断ができる。
- 血管造影の結果を分析できる。
- CT、MRIを指示し、その結果を分析できる。
- 基本的な核医学検査法を指示し、その結果を分析できる。

④滅菌消毒法

- 滅菌ならびに消毒についての基本的な知識を得る。
- 手術の際の手洗いや手術着、手袋の着用が適切にできる。
- 手術、観血的検査、創傷処置などの際に無菌的処置を行える。

⑤採血法

- 臨床検査や輸血のための採血（静脈血、動脈血）を行える。

⑥注射法

- 皮内、皮下、筋肉内、静脈、動脈、関節内、硬膜外等、各注射法の適応、禁忌、副作用などについての知識と、正しい注射法の技術を身につける。

⑦輸液、輸血法

- 水分電解質代謝の基本的理論、輸液の種類と適応についての知識を身につけ、適切な輸液ができる。
- 輸血の種類と適応についての知識を身につけ、適切な輸血ができる。
- 輸血による副作用と事故についての知識を身につけ、その予防、診断、治療法を実施できる。

⑧穿刺法

- 腰椎、各関節の穿刺法の目的、適応、禁忌、実施方法、使用器具、実施上の注意点などの知識を身につけ、実施できる。

⑨処方

- 一般的な薬剤についての適応、禁忌、使用量、副作用などの知識と処方の方法を身につける。
- 麻薬の取扱い上の注意と副作用などの知識を身につけ、正しく処方できる。

⑩創傷の処置

- 創傷に対する消毒、局所浸潤麻酔、洗浄、デブリードマン、止血、縫合などの局所的療法が適切に行える。
- 創傷の全身的影響について理解し、全身的療法（輸液、輸血、抗生剤投与、免疫療法など）が適切に行える。
- 血管、神経、腱、筋肉、骨などの深部組織の損傷の診断と緊急手術の必要性の判断ができる。

⑪外傷（骨折、脱臼、捻挫）の救急

- 適切なX線検査の指示を出し、正確に診断できる。
- 開放性骨折の有無を診断し、適切な処置ができる。
- 起こり得る合併症についての知識とその予防、治療法を身につける。
- 各関節の脱臼徒手整復の知識と技術を身につける。
- 適切な外固定を行える。
- 緊急手術の必要性の判断ができる。

⑫包帯、副木、ギプス固定法

- 主な包帯法の種類と適応を理解し、実施できる。
- 骨折の際の応急の副木法を実施できる。
- 基本的なギプス固定法を実施できる。

⑬基本的な整形外科疾患の理解

- 感染症－骨髓炎、化膿性関節炎、骨結核
- RAと類縁疾患－RA、JRA、強直性脊椎炎
- 慢性関節疾患－変形性関節症、痛風、偽痛風
- 骨の阻血壊死性疾患－骨端症、離断性骨軟骨炎、突発性骨壊死
- 先天性骨系統疾患および奇形症候群
- 代謝性骨疾患
- 骨腫瘍、軟部腫瘍－良性腫瘍、悪性腫瘍
- 筋原性疾患、麻痺性疾患
- 各部位別疾患
 - ◆ 肩（肩関節周囲炎、腱板断裂、反復性脱臼）
 - ◆ 肘（肘内障、外上顆炎、肘関節遊離体、離断性軟骨炎）
 - ◆ 手（先天異常、腱断裂、抹消神経麻痺、ばね指、腱鞘炎）
 - ◆ 頸椎（斜頸、頸部椎間板ヘルニア、頸部脊髄症、脊髄腫瘍）
 - ◆ 胸腰椎（側弯症、腰痛とその起因疾患、化膿性脊椎炎、脊椎腫瘍）
 - ◆ 股（先天性股関節脱臼、変形性股関節症、ペルテス病、大腿骨頭壊死、大腿骨頭すべり症）
 - ◆ 膝（変形性膝関節症、靱帯損傷、半月板損傷）
 - ◆ 足（先天性内外足、外反母趾、アキレス腱断裂）

⑭術前・術後管理

- 術前に必要な検査を適切に指示し、その結果を判断できる。
- 術前患者の手術の適応や手術法について要領よく説明できる。

具体的な到達目標と評価

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導も出来るレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	自分ではできないが知識はあり手伝うことが出来るレベル
1	出来ない
0	経験できなかった

1. 基本的症状の診察と鑑別診断・検査計画、初期対応

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
頸部痛	3		
腰痛	3		
背部痛	3		
四肢の麻痺	2		
各関節痛	4		
打撲	4		
骨折、脱臼	4		
挫創	4		
軟部の腫れ	4		
変形	3		
壊死	4		

2. 検査・治療手技とその解釈

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
血液検査（末梢血・血液像）	4		
血液検査（生化学検査）	4		
血液検査（腫瘍マーカー）	4		
血液検査（免疫学的検査）	4		
尿検査	4		
便検査	4		
細菌学的検査	4		
採血・末梢点滴ルート確保	4		
点滴	3		
胃管・ED チューブ挿入	3		

P E T 検査	2		
M R I 検査	3		
脊椎レントゲン検査	3		
関節レントゲン検査	3		
四肢レントゲン検査	3		
体幹レントゲン検査	3		
脊椎 CT 検査	3		
関節 CT 検査	3		
四肢 CT 検査	3		
体幹 CT 検査	3		
脊髓造影検査（腰椎）	2		
脊髓造影検査（頸、胸椎）	2		
脊髓造影後 CT 検査	2		
椎間板造影検査	2		
椎間板造影後 CT 検査	2		
神経根ブロック（腰椎）	2		
神経根ブロック（頸椎）	2		
椎間関節ブロック	2		
CT ガイド下骨生検	2		
透視下骨折整復	2		
透視下脱臼整復	2		
膝関節穿刺	2		
透視下股関節穿刺	2		
深部膿瘍穿刺・ドレナージ	2		
ギプス切開	3		
四肢ギプス固定	3		
体幹ギプス固定	3		
オルソグラス固定	3		
ソフトシーネ固定	3		
アルフェンスシーネ固定	3		
包帯巻き	4		
皮膚縫合	3		
直達牽引	3		

3.疾患の治療

疾患名	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
挫創	4		
皮膚欠損	3		
深い挫創	3		
四肢骨折（難易度低）	3		
四肢骨折（難易度中）	2		
四肢骨折（難易度高）	2		
手指靱帯損傷	2		
上肢靱帯損傷	2		
下肢靱帯損傷	2		
上肢関節脱臼	2		
下肢関節脱臼	2		
上肢切断	2		
下肢切断	2		
下肢壊疽	2		
爪変形	3		
四肢捻挫	4		
頸椎捻挫	4		
腰椎捻挫	4		
脊椎骨折	2		
脊髄損傷	2		
環軸椎亜脱臼	2		
頸椎症性脊髄症	2		
頸椎症性神経根症	2		
頸椎椎間板ヘルニア	2		
脊椎後縦靱帯骨化症	2		
腰痛症	3		
腰椎椎間板ヘルニア	2		
腰部脊柱管狭窄症	2		
腰椎変性すべり症	2		
腰椎分離すべり症	2		
脊椎転移	2		
関節リウマチ	2		
偽痛風、痛風	3		
各種膠原病	3		

上肢変形性関節症	3		
肩関節周囲炎	3		
変形性股関節症	3		
変形性膝関節症	3		
変形性足関節症	3		
足部変形性関節症	3		

代表的な週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00～ 9:00	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
9:00～ 12:00	手術	新患外来	新患外来	手術	手術
12:00～ 13:00	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩
13:00～ 17:00	手術	検査 症例検討会	検査 ギプス外来 リハビリカンファ	手術	手術
17:00～ 18:00	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診

脳神経外科

診療科紹介

当院のような地方の中核病院における脳神経外科の役割は、一般的な脳血管障害、脳腫瘍、頭部外傷などの診断、治療は当然のことながら、外科治療の対象とならない脳卒中、意識障害、てんかん、多発外傷、また、それらに伴う後遺障害のリハビリテーションまで多岐に渡ります。日常の診療業務、予定手術に加えて救急患者の対応、緊急手術等それなりに多忙ではありますが、忙しさにメリハリがあり充実感のある生活が送れます。

もし、手術に興味があるのであれば、脳神経外科の手術は非常に魅力的です。当院において、初期研修2年終了後、後期研修3年で、専門医試験に必要な症例、手術をおおむね経験できます。

最後に当院で研修を行った先輩たちの略歴、言葉を載せておきます。

【先輩1】

2003年	金沢大学卒業 女性
	この頃は現在の臨床研修制度はありませんが同年麻酔科研修医として当院赴任
2005年6月	当院脳神経外科で研修開始
2008年10月	名古屋大学脳神経外科帰局
2009年8月	脳神経外科専門医合格
2011年11月	名古屋大学医学部寄付講座助教
2012年4月	カナダ トロント短期留学
同年10月	医学博士
2013年1月	結婚 一児の母となり産休後
2015年4月	豊橋市民病院脳神経外科副部長として育児、仕事を両立
2015年11月	第2子出産 産休中

何しろ、楽しくお仕事させてもらいました。頼もしい先輩先生と、助け合える同僚と、プロフェッショナルなスタッフのおかげです。この病院で社会人として医療人としての基本を学べたことを感謝しています。

【先輩2】

2009年	岐阜大学卒業 男性
同年	当院初期臨床研修医
2011年4月	当院脳神経外科後期研修医
2014年4月	大垣市民病院脳神経外科
2015年1月	名古屋大学脳神経外科帰局
2015年8月	脳神経外科専門医合格

私は2年間の当院での初期研修の後、当院脳神経外科で後期研修をさせていただきました。中濃厚生病院は「百聞は一見に如かず」を常に経験させてくれる素晴らしい病院です。何時間、何十時間と教科書を読むより体に解らせるということが医術習得の近道だと今でも思っています。

まだまだ未熟な私が言うのもおこがましいですが、私が感じた素晴らしさを是非皆さんも体験してください。

一般目標（GIO）

日常診療で頻繁に経験する脳神経外科的疾患に対する術前・術中・術後管理が適切にできるように、基本的な脳神経外科的臨床能力（態度、知識、技能）を身に付ける。

行動目標（SBOs）

A. 到達目標

- 身体所見から中枢神経、末梢神経の疾患を発見できる。
- 神経学的診察ができる。
- 神経放射線学的診断ができる。
- 脳波、聴性脳幹反応検査などの機能検査が理解できる。
- 意識障害患者の全身管理ができる。
- 脳外科専門医に適切に紹介できる。

B. 行動目標

1. 知識（以下の疾患に関する知識）

- 意識障害の評価、病態の鑑別ができる。
- 脳神経外科における基礎的疾患を把握する。

2. 手技

- 呼吸管理(気管内挿管、人工呼吸器)ができる。
- 動脈血採血と分析ができる。
- 輸液(電解質、水分出納など)管理ができる。
- 経腸・経静脈栄養法ができる。
- 腰椎穿刺ができる。
- 術創の滅菌・消毒ができる。
- 各種ドレーン管理法(皮下、硬膜外、硬膜下、持続脳室および脳槽)を理解し、管理できる。
- 皮膚切開と縫合および抜糸ができる。
- 手術的治療の介助を経験する。
- 頭蓋穿孔法(慢性硬膜下血腫における穿頭ドレナージ術)を指導医とともに経験する。
- 気管切開を指導医とともに経験する。
- 痙攣発作に対する治療法を習得し、てんかんに対する薬物治療ができる。
- 機能回復訓練を指導できる。

具体的な到達目標と評価

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導も出来るレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	自分ではできないが知識はあり手伝うことが出来るレベル
1	出来ない
0	経験できなかった

1.基本的症状の診察と鑑別診断・検査計画、初期対応

項目	設定 目標	自己 評価	指導医 評価
頭痛	4		
めまい	4		
歩行障害	4		
手足のしびれ	4		
言語障害	4		
視力視野障害	4		
聴力障害	4		
認知障害	4		
意識の変容	4		

2.検査・治療手技とその解釈

項目	設定 目標	自己 評価	指導医 評価
血液検査（末梢血・血液像）	5		
血液検査（生化学検査）	5		
血液検査（腫瘍マーカー）	5		
血液検査（免疫学的検査）	5		
血液検査（ホルモン検査）	5		
尿検査	5		
細菌学的検査	5		
採血・末梢点滴ルート確保	5		
中心静脈穿刺	4		
点滴	5		
中心静脈栄養	5		
胃管・ED チューブ挿入	4		

頭部単純撮影	4		
頸部単純撮影	4		
頭部 CT	4		
脊椎 CT	4		
頭部 MRI	3		
脊髄 MRI	3		
頸動脈超音波検査	3		
SPECT	3		
PET	3		
脳血管撮影	2		
挫創縫合	4		
気管切開術	3		
脳室ドレナージ術	3		
慢性硬膜下血腫穿頭術	3		
開頭術	2		
内視鏡下手術	2		
顕微鏡下手術	2		

3.疾患の治療

疾患名	設定 目標	自己 評価	指導医 評価
頭部外傷 1 型	3		
脳震盪	3		
脳挫傷	2		
慢性硬膜下血腫	3		
一過性脳虚血発作	3		
脳血栓症	3		
脳塞栓症	3		
脳出血	2		
くも膜下出血	2		
髄膜腫	2		
脳下垂体腫瘍	2		
神経膠腫	2		
脊椎脊髄疾患	2		
髄膜炎	3		
脳膿瘍	2		
機能性疾患	2		
てんかん	3		

代表的な週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
A M	8 : 30～9 : 30 病棟回診 9 : 30～12 : 00 チーム回診	8 : 30～9 : 30 病棟回診 9 : 30～12 : 00 外来診察 初診患者面接診察	8 : 30～9 : 30 病棟回診 9 : 30～12 : 00 外来診察 初診患者面接診察	8 : 30～9 : 00 病棟回診 9 : 00～16 : 00 手術助手	8 : 30～9 : 30 病棟回診 9 : 00～12 : 00 外来診察 初診患者面接診察
	12 : 00～13 : 00 食事・休憩	12 : 00～13 : 00 食事・休憩	12 : 00～13 : 00 食事・休憩	16 : 00～17 : 00 食事・休憩	12 : 00～13 : 00 食事・休憩
P M	13 : 00～16 : 30 検査助手 16 : 30～17 : 15 病棟回診	13 : 00～16 : 30 検査助手 16 : 30～17 : 15 病棟回診	13 : 00～16 : 30 検査助手	17 : 00～17 : 15 病棟回診	15 : 00～15 : 30 リハビリテーション 合同カンファレンス 検査助手 16 : 30～17 : 15 病棟回診

専門医数

日本脳神経外科学会脳神経外科専門医	4 名
日本脳神経外科学会脳神経外科指導医	3 名
日本脳卒中学会脳卒中専門医	2 名
日本神経内視鏡学会神経内視鏡技術認定医	2 名
日本脳神経血管内視鏡治療学会専門医	2 名

皮膚科

診療科紹介

皮膚は「最大（重量ベース）の臓器」との説にもある通り、人体の構成成分としては、かなりの部分を占める重要臓器です。また、一部の開口部を除き体表面のほとんどを被覆し、外部からの観察で全貌を把握できるという点で特異な臓器です。構成する成分も上皮系組織のみならず間葉系組織も含まれ、各々に端を発する様々な疾患の現れる部分でもあります。

皮膚科では、皮膚に生じる疾患・病変を対象としています。皮膚に対して、限局的・特異的に生じる疾患もあれば、他臓器との関連で生じる疾患もあります。疾患分野としては、感染症、炎症性疾患、腫瘍性疾患、変性疾患など、ありとあらゆる分野を含みます。治療方法としても、内科的治療・外科的治療の両分野が必要な上に、外用療法、光線療法など皮膚科特異的な治療があります。

中濃厚生病院皮膚科の紹介

田舎の常勤医 1 名という零細規模の皮膚科です。一人で細々と診療しているだけです。何でも診なければなりません。10 年以上一人ですので専門分野なんてものは特にありません。

マンパワー的にも設備的にも皮膚科の全てを当院で研修できるわけではありませんが、2 年間の初期臨床研修で求められるプライマリー・ケア的な分野は、一通り研修できます。

皮膚科に興味があり、さらに高度な研修の希望があれば（例えば、レーザー治療、大きな手術など）、他院への出向研修も可能です。

専門医など取得者

日本皮膚科学会 専門医 1 名

一般目標（GIO）

皮膚に表れる症状を適切に評価・判断して、その診療のために必要な考え方、知識、技術を身につける。

行動目標（SBOs）

1. 発疹学を学び、皮疹の臨床像を適切に理解し正しく表現できるようになる。
2. 皮膚生検、真菌検鏡、アレルギー検査など基本的な検査法を実施できるようになる。
3. 皮膚病理組織の基本を学び、マクロとミクロの両面から皮疹を理解できる努力する。
4. 治療の基本となる外用療法の適切な方法・副作用を学び、実施できるようになる。
5. 皮膚潰瘍などの皮膚損傷の正しい対処・処置法を学び、実施できるようになる。
6. 一般的なスキンケアに関する知識を学び、患者指導ができるようになる。
7. 基本的な皮膚科疾患(湿疹群・アレルギー疾患・感染症など)の臨床像を学び、診断できるようになる。
8. 光線療法やレーザー治療などを見学し、多彩な皮膚科治療学を学ぶ。

具体的な到達目標と評価

（目標設定については、研修医と相談のうえ決定する）

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導も出来るレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	自分ではできないが知識はあり手伝うことが出来るレベル
1	出来ない
0	経験できなかった

I. 基本的診察法

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 発疹学をよく理解し、局所所見を正しくとることができる			
2. 皮膚科医としての役割を認識している			

II. 基本的検査法

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 真菌検査			
2. 皮膚生検（爪部の生検を含む）			
3. 皮内テスト			
4. スクラッチテスト			
5. パッチテスト			

III. 基本的治療法

（1）以下の薬剤について、その適応・禁忌副作用をよく理解して、適切な使用ができる。

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 副腎皮質ステロイド剤（外用、内服、点滴、局注）			
2. 抗生剤（外用、内服、注射、点滴）			
3. 抗真菌剤（外用、内服、注射）			
4. 抗ウイルス剤（外用、内服、注射）			
5. 抗ヒスタミン剤（内服、注射）			
6. 抗アレルギー剤（内服）			
7. 非ステロイド性消炎剤（外用、内服）			

(2) 以下の基本的手技・処置を自ら行うことができる。

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 外傷処置			
2. 熱傷処置			

IV. 基本的診断・治療計画

以下の皮膚疾患について適切に診断及び治療計画をたてることができる。

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 湿疹・皮膚炎群			
2. 蕁麻疹			
3. 紅斑症			
4. 熱傷			
5. 中毒疹			
6. 薬疹			
7. 角化症			
8. 乾癬			
9. 挫瘡			
10. 細菌・ウイルス・真菌感染症			

代表的な週間スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	外来診療	外来診療	外来診療	外来診療	外来診療
午後	病棟業務	手術 検査 病棟業務	手術 検査 病棟業務	病棟業務	手術 検査 病棟業務

泌尿器科

診療科紹介

泌尿器科は、尿路・男性器における様々な疾患の診断・治療をしています。

腫瘍性疾患では腎癌、腎盂尿管癌、膀胱癌、前立腺癌、精巣癌など、感染症では腎盂腎炎、膀胱炎、前立腺炎など、さらに、尿路結石、下部尿路疾患(前立腺肥大症、過活動膀胱など)、男性不妊症、小児泌尿器科、女性泌尿器科(骨盤臓器脱など)、その他様々です。これらの疾患の診断から、内科的及び外科的治療まで、初診で出会った患者の治療が終了するまで、1つの科で完結して行えるのが特徴であり、そこにやりがいもあります。

我が国における人口の高齢化に伴い、下部尿路疾患、前立腺癌症例は増加し、また、食生活や生活習慣の欧米化により尿路結石も増加しています。今後、泌尿器科疾患に対する社会のニーズは益々増加するものと予想され、泌尿器科医の果たす役割は重要と考えています。

1. 泌尿器科疾患の診断

腫瘍性疾患については、まず腎癌は検診などで偶然発見されることが多く、従来、腎癌による自覚症状とされてきた腹痛や腫瘤触知といった有症状を呈する症例は減少していますが、CT スキャンを行うことで確定します。腎盂尿管癌、膀胱癌は血尿をきっかけに発見され、CT スキャンや膀胱鏡により診断します。前立腺癌は検診などの採血で PSA という前立腺腫瘍マーカーを測定することで発見されます。後述しますが前立腺癌確定のために行う超音波ガイド下前立腺針生検という病理組織検査は、今だ、多くの問題を抱えており、それは前立腺癌が CT スキャンや内視鏡で見ることができない疾患であるために起きています。感染症では尿検査で白血球を認めることにより診断され、血液検査と画像診断などで重症度と感染部位を特定します。尿路結石は CT スキャンなどの画像診断を行いますが、特に尿管結石による閉塞性腎盂腎炎をきたした場合に敗血症を起こし、迅速な治療を行わないと生命に影響することもあるので重症度評価が重要です。

2. 泌尿器科疾患の治療

腎癌、腎盂尿管癌、前立腺癌に対し従来開腹手術が行われてきましたが、より身体への侵襲を少なくし精度の高い治療法へとシフトしており、腹腔鏡手術、中でもロボット支援腹腔鏡手術が現在の主流です。当院泌尿器科では腹腔鏡手術、ロボット支援腹腔鏡手術を行う体制はありませんが、関連病院と連携を行うことにより最先端の治療を患者に提供することが可能です。

尿路結石の治療法は、体外衝撃波結石破砕術と経尿道的内視鏡手術があります。体外衝撃波結石破砕装置は 2016 年 9 月に更新したことにより、より効率的な破砕が可能となり、また、経尿道的内視鏡手術の際に用いるホルミウムレーザーを購入したことにより碎石法がレベルアップしました。このホルミウムレーザーは前立腺肥大症に対する内視鏡手術にも使用可能で、従来の前立腺切除術から、レーザーを用いた核出術へ移行することにより治療効果が上がり合併症は減ると考えます。

3. 中濃厚生病院泌尿器科の特色

先に述べた前立腺癌診断において最新技術を導入しています。前立腺癌は超音波(US)ガイド下針生検といって、直腸又は会陰部に超音波装置をあてて前立腺に針を刺し、組織を採取し診断されますが、前立腺内の癌病巣は時として超音波で描出できません。前立腺癌はMRIで前立腺内の存在部位を描出可能ですが、MRIで前立腺を見ながら生検することは難しく、MRIで異常があっても生検で確実に異常部位から組織を採取することは困難でした。そのため、前立腺に癌がありながら生検を受けても見落とされる症例が時にみられます。

この問題を解決するため、MRI画像を超音波画像にfusionさせるMRI-US fusion生検が世界で始まり、当院では京都府立医科大学泌尿器科に次ぎ本邦2施設目として平成27年2月より本方法を導入しました。今後、この方法は我が国で普及していくものと思われ、当院泌尿器科の経験を、新たに導入する施設のために生かせるものと思っています。

専門医などの取得者

日本泌尿器科学会泌尿器科専門医 3 名

日本泌尿器科学会泌尿器科指導医 2 名

日本がん治療認定医機構がん治療認定医 1 名

日本がん検診・診断学会認定医 1 名

日本がん治療認定医機構暫定教育医 1 名

日本泌尿器科学会日本泌尿器内視鏡学会泌尿器腹腔鏡手術認定医 1 名

日本内視鏡外科学会技術認定医（泌尿器腹腔鏡） 1 名

一般目標（GIO）

腎泌尿器・男性生殖器疾患および腎不全と血液浄化療法の概略を理解し、プライマリケアが適切に行えるように、診断方法・治療方法の基本、救急処置を研修して臨床的技能、問題解決力、重症度・緊急性の判断を身につける。

行動目標（SBOs）

＜診療姿勢＞

- ① 医療安全、患者の人権および価値観に配慮し、全人的医療の視点を失わない診療態度を身につける。
- ② 他職種と連携し意思疎通を図り、チーム医療を実践できる。
- ③ 診療記録を適切に作成し、管理できる。

＜腎泌尿器・男性生殖器疾患＞

診断法および検査法

- ① 腎泌尿器・男性生殖器疾患の解剖・生理を理解する。
- ② 腎泌尿器・男性生殖器疾患の症候を理解する。
- ③ 泌尿器科の基本的診断手技を理解する。
- ④ 詳細に病歴を聴取することができる。
- ⑤ 腹部所見、外陰部所見、および直腸診など理学的所見を正確にとることができる。
- ⑥ 泌尿器科の基本的検査を理解する。

個々の疾患や病態に応じた検査を施行し、その結果を判断することができる。

- 尿検査、血液検査、腎機能検査法、内分泌検査法
- 画像検査

1) X線検査法

- 経静脈性尿路造影（IVP、DIP）、膀胱造影、逆行性尿道造影、排尿時膀胱尿道造影、逆行性腎盂尿管造影、経皮的腎盂尿管造影、CT検査の適応と検査結果が理解できる。

2) RI検査法

- 腎シンチグラフィー、レノグラフィー、骨シンチグラフィーなどの適応と検査結果が理解できる。

3) MRI検査法

- 検査の適応と検査結果が理解できる。

4) 超音波検査法

- 超音波検査の手技の習得と所見が判断できる。

5) 内視鏡検査

- i)膀胱尿道鏡の適応と検査結果が理解できる。
- ii)尿管カテーテル法の適応と検査結果が理解できる。

6) 尿力学的検査法

- i)尿流量検査法の適応と検査結果が理解できる。
- ii)膀胱機能検査法（膀胱内圧測定、尿道括約筋筋電図など）の適応と検査結果が理解できる。

処置・治療法

- ① 尿道カテーテル留置の適応を理解し、その手技を習得し管理できる。
- ② 尿道拡張術の適応を理解し、その手技を習得する。
- ③ 陰嚢水腫の穿刺ができる。
- ④ 尿路ストーマの管理ができる。

経験すべき症状および疾患（経験できなくても十分な知識を習得する必要がある症状・疾患）

- ① 頻度の高い症状に適切に対応できる。

排尿困難、尿閉、頻尿、混濁尿、血尿、残尿感、尿失禁、疼痛

- ② 疾患

尿路・男性生殖器感染症、尿路結石、前立腺肥大症、神経因性膀胱、悪性腫瘍（腎腫瘍、腎盂尿管腫瘍、膀胱腫瘍、前立腺腫瘍、精巣腫瘍）、先天異常（真性包茎、停留精巣、陰嚢水腫、膀胱尿管逆流現象など）、尿失禁、外傷（腎、膀胱、尿道、精巣）、精巣捻転。

<腎不全の治療および血液浄化療法>

急性腎不全

- 原因・病態生理をよく理解し、補液・薬剤の投与や処置、血液浄化治療などが適切に行える。

慢性腎不全

- ① 保存的治療、人工透析（血液透析、腹膜透析）、腎移植について十分な知識を身につける。
- ② 血液透析の導入期、維持期の患者管理を経験し、知識を習得する。
- ③ 血液透析回路の組み立てを経験し、また血液透析時のトラブルに対する対処法を習得する。
- ④ バスキュラーアクセスの作製、管理、修復について知識を習得し、経験する。
- ⑤ 腹膜透析のカテーテル留置術、バッグ交換、患者管理について知識を習得し、経験する。
- ⑥ カテーテル合併症、出口部・トンネル感染、腹膜炎についての病態を理解し、対処できる。
- ⑦ ⑦人工透析患者の合併症についてよく理解し、適切に診断し、治療が行える。

血液浄化療法

- いろいろな血液浄化療法の原理と適応についてよく理解し、適切に治療が行える。

具体的な到達目標と評価

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導も出来るレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	自分ではできないが知識はあり手伝うことが出来るレベル
1	出来ない
0	経験できなかった

1.到達目標

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1. 検尿、尿道分泌物、精液などの検査実施および診断ができる	5		
2. 導尿手技、尿道留置カテーテル設置など泌尿器科的処置ができる	4		
3. 膀胱ファイバースコープの実施および診断ができる	3		
4. 尿流量測定、超音波検査の実施および診断ができる	4		
5. 各種画像診断の読影ができる	4		
6. 経皮的腎瘻造設術、尿管ステント留置術およびその意義が理解できる	3		
7. 各種泌尿器科手術の適応、概略を説明することができる	4		
8. 術前、術中、術後の患者管理ができる	3		
9. 泌尿器科小手術が実施できる	3		
10. 腎、膀胱、前立腺手術の第一助手ができる	3		
11. 体外衝撃波結石破碎装置（ESWL）の操作技術を習得できる	4		

代表的な週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	外来予診, 診察介助	外来予診, 診察介助	外来予診, 診察介助	外来予診, 診察介助	外来予診, 診察介助
午後	外来患者 検査	手術	手術	手術	手術

カンファレンス：毎週木曜日。入院患者の治療方針や問題点について検討

産婦人科

診療科紹介

産婦人科は、女性だけに起きる病気の多くを担当します。分野としては、お産に関わる産科と腫瘍や感染、内分泌、不妊症等を扱う婦人科に分かれます。当院は、この地域の中核病院となることから、およそ全ての領域を担当することになります。この病院で研修することで経験できる疾患では NICU が未整備なため、超未熟児の管理には携われませんが、産科としては、妊娠診断、妊婦健診、切迫早産等妊娠経過異常に対する管理、分娩管理、分娩処置（正常・吸引・骨盤位・帝王切開分娩、会陰切開縫合等）、新生児の診察、産褥管理等です。また、婦人科としては、内診・直腸診・穿刺診・検体検査・内視鏡検査・画像診断等による、各種疾患の診断、手術及び周術期管理、感染性疾患や悪性腫瘍患者の全身管理が挙げられます。

なお、経験できる手術は、産科では帝王切開術、人工妊娠中絶術、卵管避妊手術、また、婦人科においては、腹式単純子宮全摘出術、腔式単純子宮全摘出術、準広汎（拡大単純）子宮全摘出術、広汎子宮全摘出術、リンパ節郭清、子宮筋腫核出術、子宮腔部円錐切除術、子宮脱手術、付属器摘出術、卵巣腫瘍核出術（切除術）、卵巣癌根治手術、バルトリン腺手術（造袋術、摘出術）、腹腔鏡下手術、腹水穿刺術等となります。

専門医など取得者

日本産科婦人科学会専門医	2 名
日本産科婦人科学会指導医	1 名
日本婦人科腫瘍学会指導医	1 名
日本がん治療認定医機構がん治療認定医	1 名

一般目標（GIO）

- ① 一般臨床医として日常診療で遭遇する女性特有の疾患のプライマリーケアを研修する。
- ② 救急医療において、産婦人科領域の疾患に対して適切な判断を行い、産婦人科専門医に移管するための基礎知識を身につける。
- ③ 妊娠、分娩、産褥に特有の病態・生理を理解し、診療を行うための基礎知識を研修する。

行動目標（SBOs）

〈産科領域〉

- 産科患者に問診を行い、診断に必要な情報を聴取し、病歴を記載できる。
- 産科的一般検査（内診・超音波検査、胎児心拍モニター、血液検査など）の意義を理解し、結果を解釈できる。
- 正常分娩を指導医と共に経験し、その経過を理解できる。
- 妊婦に対する投薬、X線検査などによる胎児への影響を理解し、説明することができる。
- 妊婦、褥婦の発熱、腹痛、出血の原因検索を指導医とともにを行い、応急処置について理解する。

〈婦人科領域〉

- 婦人科患者に問診を行い、診断に必要な情報を聴取し、病歴を記載できる。
- 婦人科的一般検査（内診・細胞診・超音波検査、CT/MRIなど）の意義を理解し、結果を解釈できる。
- 婦人科救急疾患(急性腹症)について、診断に必要な検査を理解し、その結果を解釈し、鑑別診断ができる。
- 性器出血をきたす疾患について、指導医とともに出血の原因検索を行い、応急処置について理解する。
- 婦人科手術の助手を指導医のもとで経験するとともに、婦人科手術特有の周術期管理を理解することができる。

具体的な到達目標と評価

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導も出来るレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	自分では出来ないが知識はあり手伝うことが出来るレベル
1	出来ない
0	経験できなかった

1.基本的症状の診察と鑑別診断・検査計画、初期対応

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
下腹痛	4		
下痢・便秘	4		
悪心・嘔吐	4		
吐血・下血	4		
血便	4		
性器出血	4		
黄疸・新生児黄疸	4		
腹満感	4		
浮腫	4		
体重増減	4		

2.検査・治療手技とその解釈

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
一般尿検査・尿沈渣	4		
妊娠反応	4		
便検査	4		
血液検査（末梢血・血液像）	4		
血液型判定・交差適合試験・不規則抗体	4		
血液検査（免疫学的検査を含む）	4		
心電図	4		
動脈血ガス分析	4		
血液生化学的検査	4		
凝固系検査	4		
細菌学的検査・薬剤感受性検査	4		
感染症迅速測定検査(インフルエンザ等)	4		
肺機能検査	4		
細胞診・病理組織検査（C）	4		
コルポスコピー	4		
超音波検査	4		
単純 X 線検査	4		

造影 X 線検査	4		
CT 検査	4		
MRI 検査	4		
核医学検査・PET 検査	4		

3.疾患の治療

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
妊娠分娩と生殖器疾患	4		
正常妊娠・分娩	4		
流産	4		
早産	4		
産科出血	4		
乳腺炎	4		
無月経	4		
思春期	4		
更年期障害	4		
外陰・腔・骨盤内感染症	4		
骨盤内腫瘍	4		

代表的な週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:30～	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
9:00～	外来	外来	外来	手術（産科）	外来
12:00～	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩
13:00～	婦人科検査 （コルポ診等）	婦人科検査 （コルポ診等）	手術 （婦人科）	手術 （婦人科）	婦人科検査 （コルポ診等）

眼科

診療科紹介

このプログラムは中濃厚生病院における初期臨床研修期間に眼科を選択した場合に、臨床医として最低限習得しておくべき眼科領域を研修するプログラムです。

目的は、眼科医でなくとも必要とされる眼科初期診療を学ぶことにあります。このことに伴い、眼科領域における到達目標は、日常的に多く、緊急性のない疾患が診断でき、必要に応じて治療ができること。また、救急疾患であることを判断できること。専門的な診断、治療の必要性の判断ができることを目標とします。

一般目標

臨床医として、日常遭遇する眼科疾患を初期治療でよいもの、緊急性あるいは専門的な診断、治療が必要であるものを判断できる知識・技量を習得します。

行動目標

- 1) 眼科に必要な解剖および視機能と基本的疾患を理解する。
- 2) 基礎的な眼科検査を理解し、眼科診断の基本的な考え方を学ぶ。
- 3) 細隙灯顕微鏡検査、眼底検査、眼圧測定などの基本的眼科診察手技を習得する。
- 4) 視力障害、視野障害などの概念を理解でき、緊急度・重症度を判断できる。さらに、必要な眼科検査を選択できる。
- 5) 眼科救急疾患の診断と初期治療を実践する。
- 6) 眼と他科疾患（全身疾患）の関連を理解する。
- 7) 基本的な治療手技（レーザー治療、白内障手術、斜視手術など）の方法、手順を理解する。
- 8) 担当医として入院患者を受持ち、術前の評価、治療方針の決定、インフォームドコンセントの手順、術前術後管理を理解する。
- 9) 眼科治療薬の処方の基礎を習得する。

外来研修

- 1) 指導医と共に外来診療にあたる。眼科問診、必要な検査指示、検査結果の理解、診察（細隙灯顕微鏡検査、眼底検査、眼圧測定など）診断、治療方針、処方（点眼液の種類など）を実習する。
- 2) 視力検査室において、視能訓練士の指導のもとに眼科検査（視力測定、視野検査、眼球運動検査、斜視・弱視検査など）の意義を学習して実践する。
- 3) 眼科特殊検査（眼底写真、蛍光眼底造影検査、眼底三次元画像解析、前眼部スリット写真、角膜内皮測定、超音波検査など）を指導医のもとに実習する。

手術研修

- 1) 手術室において、手術の見学、介助を実践する。
- 2) レーザー治療室において、光凝固治療を見学、介助する。

眼科救急研修

- 1) 指導医と共に、眼科救急患者の診療を行う。

具体的な到達目標と評価

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導も出来るレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	自分ではできないが知識はあり手伝うことが出来るレベル
1	出来ない
0	経験できなかった

1.基本的診察法

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
眼瞼	2		
角膜	2		
結膜	3		
瞳孔	3		

2.基本的検査法

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
細隙燈	2		
眼圧	2		
視力	2		
視野	2		
色覚	2		

3.基本的治療法

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
1) 処方等			
薬物処方が適正に行うことができる	2		
眼鏡・コンタクト処方が適正に行うことができる	2		
2) 眼科的処置			
点眼を適切に実施できる	2		
洗眼を適切に実施できる	2		

耳鼻咽喉科

診療科紹介

耳鼻咽喉科・頭頸部外科が取り扱う領域は、頭蓋底から鎖骨上窩と上縦隔に至る幅広いものです。この部位には、聴覚、平衡覚、嗅覚、味覚、咀嚼、嚥下機能、音声言語、呼吸機能など、様々な感覚器機能が集中しています。近年、医療は大きく変化し、技術革新のみならず、患者さん個々の人間性、個性、感性といったものを重視した診療が求められています。今後、日本が超高齢化社会を迎える中で、我々は病気を治すだけでなく、いかに QOL を充実させるかということに重点を置いています。

数多くの診療科の中で、耳鼻咽喉科は赤ちゃんからお年寄りまで、全ての年齢層を診療対象としている希少な科です。免疫力が弱い幼年期は炎症性疾患にかかる割合が多く、年齢が上がるにつれアレルギー疾患などが激増してきます。さらに、高齢になると「聞こえない、匂いがわからない、味がわからない、体のバランスがとれない」などの感覚器の障害が出るとともに、嚥下障害や腫瘍性疾患も増えてきます。すなわち、耳鼻咽喉科は人の生涯に寄り添い、人としての QOL を守る診療科であるといえます。

また、耳鼻咽喉科は、診断、治療、経過観察まで一貫して患者さんに寄り添います。すなわち、内科的側面と外科的側面を併せ持った診療ができる科であると言えます。それ故、確かな知識や高度の技術が要求されることになり、手術においては、顕微鏡手術、内視鏡手術、再建を要する頭頸部手術など、習熟すべき手術の種類は多岐に渡ります。多くの手術ができるようになるには時間を要しますが、一度習得した技術は多くの人の QOL 改善に貢献することになり、その患者さんの笑顔が一番の喜び、生きがいとなることでしょう。

当院の初期臨床研修プログラムでは耳鼻咽喉科は選択科目であり、初期臨床研修 2 年目からとなります。耳鼻咽喉科における初期臨床研修の大きな目標は、耳、鼻、咽頭、喉頭の所見が的確にとれること、鼻出血など救急疾患処置がある程度できること、多くの手術を見学し、簡単な耳鼻咽喉科的手術を経験すること、めまい、難聴などの神経耳科学的疾患の検査、治療ができること、嚥下機能検査を経験すること、エコー下の穿刺吸引細胞診を経験することなどが挙げられます。

耳鼻咽喉科領域の所見が的確に取れるようになれば、救急医療においても診断能力が格段に高まり、その技術に多大な貢献をするものと確信しています。

一般目標（GIO）

常に指導医と共に行動しながら以下に示した耳鼻咽喉科の診療、検査、手術などについて理解を深め、一般的な臨床医が身に付けるべき初歩的なものは、自ら行い得よう研修する。専門的な診療の概要を理解し、急患として取り扱う機会の多い鼻出血、急性中耳炎、めまい、扁桃炎、などに対する適切な初期対応ができ、耳鼻咽喉科専門医に紹介すべき疾患の的確な判断ができるようになることを目標とする。

行動目標（SBOs）

常に指導医と共に行動しながら以下に示した耳鼻咽喉科の診療、検査、手術などについて理解を深め、一般的な臨床医が身に付けるべき初歩的なものは、自ら行い得よう研修する。

A. 耳鼻咽喉科の基本的診断手技と検査適応

1. 耳鼻咽喉、頭頸部の構造と機能の理解

2. 耳鼻咽喉科的診察法の習得

視診、触診、耳鏡・鼻鏡・喉頭鏡検査等

3. 耳鼻咽喉科一般検査手技の習得

聴覚機能、平衡機能、声帯機能検査、耳管機能検査、嗅覚・味覚機能検査、鼻腔通気度検査、顔面神経機能検査等

※耳鼻咽喉科的検査法の適応、理解および結果の判定

CT、MRI、超音波検査、筋電図、聴性誘発反応、鼻・副鼻腔・咽頭・喉頭ファイバースコープ、硬性鏡検査、病理学的検査

B. 治療技術

1. 指導医の下に以下の手術、処置の基本的な手技を経験

鼻出血止血処置、外耳道・鼻腔・咽頭異物除去術、気管切開術、頭頸部外傷縫合処置、気管切開後の気管口の管理とカニューレ交換、嚥下訓練等のリハビリテーションの理解

※以下の手術を助手を務めることによる理解

口蓋扁桃摘出術、アデノイド切除術、鼓膜換気チューブ挿入術、鼻・副鼻腔手術、鼓膜形成術、鼓室形成術、乳突洞削開術、頭頸部悪性腫瘍摘出術、頸部郭清術、喉頭・気管・気管支・食道異物摘出術、頭頸部良性腫瘍摘出術、顔面骨折整復術

具体的な到達目標と評価

評価	到達レベル
5	独立して完全にでき、指導も出来るレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立してできるレベル
3	指導を受けながら自分でできるレベル
2	自分ではできないが、知識はあり手伝うことができるレベル
1	できない
0	経験できなかった

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
患者、家族のニーズを把握できる。	3		
インフォームドコンセントが行える	3		
守秘義務を理解し、遂行できる。	4		
他科と適切に連携できる。	3		
他の医療従事者と適切な関係を構築できる。	4		
科学的根拠となる情報を収集し、それを適応できる。	4		
科学的思考、課題解決学習、生涯学習の姿勢を身につける	3		
医療事故防止および自己への対応を理解する。	4		
インシデントリポートを理解し、記載できる。	4		
症例提示と討論ができる。	3		
学術集会に積極的に参加する。	3		
医の倫理・生命倫理について理解し、行動する。	3		
感染対策を理解し、実行できる。	3		
医薬品などによる健康被害の防止について理解する。	4		
医療連携の重要性とその制度を理解する。	4		

疾患ごとの具体的な到達目標

耳疾患

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
側頭骨の解剖を理解できる。	4		
聴覚路、前庭系伝導路、顔面神経の走行を理解する。	4		
外耳、中耳、内耳の機能について理解する。	4		
中耳炎の病態を理解する。	4		
難聴の病態を理解する。	4		

めまい・平衡障害の病態を理解する。	4		
顔面神経麻痺の病態を理解する。	4		
耳鏡検査により外耳・鼓膜の所見を評価できる。	3		
聴覚検査を実施し、その所見を評価できる。	3		
平衡機能検査を実施し、その所見を評価できる。	3		
側頭骨の画像（CT、MRI）所見を評価できる。	3		
顔面神経麻痺の患者の治療と管理ができる。	3		
めまい・平衡障害の治療、リハビリテーションができる。	2		

鼻・副鼻腔疾患

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
鼻・副鼻腔の解剖を理解する。	4		
鼻・副鼻腔の機能を理解する。	4		
鼻・副鼻腔炎の病態を理解する。	4		
アレルギー性鼻炎の病態を理解する。	3		
嗅覚障害の病態を理解する。	3		
鼻・副鼻腔腫瘍の病態を理解する。	3		
鼻咽腔内視鏡検査を実施し、その所見を評価できる。	3		
鼻腔通気度検査を実施し、その所見を評価できる。	3		
鼻・副鼻腔の CT、MRI 所見を評価できる。	4		
鼻・副鼻腔炎の診断、保存的治療ができる。	3		
アレルギー性鼻炎の診断、保存的治療ができる。	3		
顔面外傷の診断ができる。	2		
鼻出血の止血ができる。	3		
鼻・副鼻腔内視鏡手術の助手が務められる。	2		

口腔咽喉頭疾患

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
口腔、咽頭、喉頭、唾液腺の解剖を理解する。	4		
扁桃の機能について理解する。	4		
摂食、咀嚼、嚥下の生理を理解する。	4		
呼吸、発声、発語の生理を理解する。	4		
味覚障害の病態を理解する。	4		
扁桃病巣感染の病態を理解する。	4		

睡眠時呼吸障害の病態を理解する。	4		
発声・発語障害の病態を理解する。	3		
呼吸困難の病態を理解する。	3		
味覚検査を実施し、その所見を評価できる。	3		
喉頭内視鏡検査を実施し、その所見を評価できる。	3		
睡眠時呼吸検査の結果を評価し、治療方針が立てられる。	3		
嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査を実施し、その所見を評価できる。	2		
口蓋扁桃摘出術、アデノイド切除術を経験する。	2		
簡単な咽頭異物の摘出ができる。	3		
喉頭微細手術の助手を務めることができる。	3		
気管切開術とその術後管理ができる。	2		

頭頸部腫瘍

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
頭頸部の解剖・生理を理解する。	3		
頭頸部の炎症性および感染性疾患の病態を理解する。	4		
頭頸部の良性疾患の病態を理解する。	4		
頭頸部の悪性腫瘍の病態を理解する。	3		
頭頸部の身体所見を評価できる。	3		
頭頸部疾患に内視鏡検査を実施し、結果を評価できる。	3		
頭頸部疾患に対する血液検査の適応を理解し、結果を評価できる。	4		
頭頸部疾患に対する画像検査の適応を理解し、結果を評価できる。	3		
頭頸部疾患に病理学的検査を行い、その結果を評価できる。	2		
頭頸部悪性腫瘍のT N M分類を判断できる。	2		
頭頸部癌の術後管理ができる。	2		

代表的な週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:30~ 12:00	病棟患者回診 外来診察研修	病棟患者回診 手術	病棟患者回診 手術	病棟患者回診 外来診察研修	病棟回診 外来診察研修
13:00~ 17:15	各種検査 カンファランス	手術 術後回診	手術 術後回診	各種検査	手術 術後回診

形成外科

診療科紹介

形成外科は、新専門医制度において国の定めた 19 の基本領域の 1 つです。身体に生じた組織の異常や変形、欠損、あるいは整容的な不満足に対して、あらゆる手法や特殊な技術を駆使し、機能のみならず形態的にもより正常に、より美しくすることによって、みなさまの生活の質“Quality of Life”の向上に貢献する、外科系の専門領域になります。

形成外科には、再建マイクロサージャリー分野(悪性腫瘍などを切除した後や大きなけがをした後に手術で元に近い状態を作ります。また、顕微鏡手技が必要な血管・神経の再建や、リンパ浮腫の手術治療なども行います。)、創傷外科分野(外傷・熱傷・ケロイド・慢性創傷など様々なキズ、傷跡をキレイに治す専門家です。骨折も顔については形成外科で治療します。)、小児形成外科分野(口唇や耳、手足、胸、臍など様々な先天的な変形に対する治療を行います。)、皮膚腫瘍外科分野(皮膚皮下のできものの手術やレーザー治療などを行います。)、美容外科分野などの様々な専門分野があり、その他眼瞼下垂症や腋臭症など全身の多岐にわたる疾患を診ます。

当院では形成外科全分野の診療を行います。地方病院のニーズに合わせて創傷外科分野や皮膚腫瘍外科分野の症例が多く、再建マイクロサージャリー分野や小児形成外科分野の症例は多くありません。症例の少ない分野での研修希望は、大学病院などの連携施設で研修が可能です。

形成外科は手術に特化した診療科になりますので、当科での研修においては基本的な外科手技（縫合や糸結び）の基礎を学んでいただくことが主となります。また、救急外来でも対応することの多い外傷等についての診察、評価、治療についても学んでいただきたいと思います。

一般目標 (GIO)

1. 形成外科的疾患の基本的な鑑別診断および手術手技の基礎を習得する
2. 救急外来における創傷の適切な診察、初療ができる
3. チーム医療であることを理解し、協調性をもってそれぞれの仕事に従事する

行動目標 (SBOs)

①創傷の診察および治療

- 病歴を正確にとり、記録できる。
- 創傷の正確な診察・評価、記録ができる。
- 損傷部位に応じて予測される障害の診察・評価、記録ができる。
- 創傷に対し、適切な処置、高診ができる。

②手術における基本的手技の習得

- 手術器具を正しく使用することができる。
- 縫合術の基本を理解し、実践することができる。
- 結紮術の基本を理解し、実践することができる。

③チーム医療の理解と実践

- 報告・連絡・相談を密に行うことができる。
- 適切なコミュニケーションをとることができる。
- それぞれの立場、役割を理解し、従事することができる。

④基本的な形成外科的疾患の理解

- 頻度の高い疾患に対し、診察および鑑別ができる。
- 平易な疾患に対し、治療ができる。

具体的な到達目標と評価

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導も出来るレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	自分では出来ないが知識はあり手伝うことが出来るレベル
1	出来ない
0	経験できなかった

1. 創傷の診察および治療

項目	目標設定	研修医自己評価	指導医評価
病歴を正確にとり、記録できる。	4		
創傷の正確な診察・評価、記録ができる。	4		
損傷部位に応じて予測される障害の診察・評価、記録ができる。	3		
創傷に対し、正しく洗浄を行うことができる。	4		
創傷に対し、正しく保存的な治療(軟膏処置等)を行うことができる。	3		
創傷に対し、正しく侵襲的な治療(縫合等)を行うことができる。	3		

2. 手術における基本的手技の習得

項目	目標設定	研修医自己評価	指導医評価
術前の手洗いを正しく行うことができる。	5		
術着、手袋の着脱を正しく行うことができる。	5		
手術器具を正しく使用することができる。	4		
縫合術の基本を理解し、実践することができる。	3		
結紮術の基本を理解し、実践することができる。	3		

3. チーム医療の理解と実践

項目	目標設定	研修医 自己評価	指導医 評価
報告・連絡・相談を密に行うことができる。	4		
適切なコミュニケーションをとることができる。	4		
それぞれの立場、役割を理解し、従事することができる。	3		

4. 形成外科的疾患の理解

項目	目標設定	研修医 自己評価	指導医 評価
頻度の高い疾患に対し、診察および鑑別ができる。	3		
頻度の低い疾患に対し、診察および鑑別ができる。	2		
平易な疾患に対し、治療を行うことができる。	3		
創治癒について理解し、瘢痕の少ない縫合を実践することができる。	3		
皮膚移植術を理解し、実践することができる。	2		
局所皮弁術を理解し、実践することができる。	2		
有茎皮弁術を理解し、術後の評価ができる。	3		
遊離皮弁術を理解し、術後の評価ができる。	3		

放射線科

診療科紹介

近年、画像診断機器は高度化しており、画像診断の重要性はますます高まっています。新たな画像診断機器や画像解析方法が次々に導入されており、それに伴い臨床医や放射線科医に求められる知識も高度化しています。画像診断にあたっては、常に知識のブラッシュアップを心がけることが必要となります。初期研修あたっても基本的な画像診断法を習得することは、今後の医師としてのキャリア形成に役に立つことと思われます。

放射線科の業務は、一般的に画像診断部門と放射線治療部門が 2 本柱となります。

画像診断部門では、①CTやMRI、単純X線写真などの画像診断、②核医学検査、③IVR（Interventional Radiology）に大別されます。

放射線治療分野では、通常行われる外部放射線治療に加え、画像誘導放射線治療（IGRT）装置による高精度な定位放射線治療が行われています。

当科では、現在は画像診断部門で常勤医（画像診断専門医）1 名、放射線治療部門は常勤医 1 名での日常診療を行っています。

専門医取得者数

日本医学放射線学会放射線診断専門医	1 名
日本医学放射線学会放射線治療専門医	1 名
日本核医学会専門医	1 名
日本がん治療認定医機構がん治療認定医	1 名

一般目標

放射線科における診断の全般にわたる一般的放射線診療の基本能力を習得する。さらに、放射線診断を通して、放射線防護への意識を高める。

行動目標

1. 放射線防護
 - 1) 医用放射線被ばくについて研修する。
 - 2) 放射線障害予防規定について研修する。
2. 放射線診断
 - 1) 単純X線検査の報告書を作成する。
 - 2) 胸部と腹部の画像解剖を理解する。
 - 3) 頭部/胸部/上腹部CTと頭部MRIの基本的な読影方法を理解する。
 - 4) 核医学検査に用いられる核種と半減期、主な放射線医薬品名の特徴を理解する。

具体的な到達目標と評価

評価	到達レベル
5	独立して完全にできる。指導もできる。
4	ほとんど独立してできる。必要に応じて指導できる。
3	指導を受けながら自分でできる。
2	自分ではできないが、手伝うことができる。
1	出来ない。
0	経験ができなかった。

到達目標

項目	目標 設定	研修医 自己評価	指導医 評価
放射線防護の基礎的な知識を習得する。	3		
単純写真の読影ができる。	3		
胸部や腹部の画像解剖を理解する。	4		
CT、MRI の読影ができる。	3		
RI、PET の読影ができる。	3		
IVR の基礎的な知識を習得する。	3		

代表的な週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:30～ 11:30	読影練習 症例検討	読影練習 症例検討	読影練習 症例検討	読影練習 症例検討	読影練習 症例検討
11:30～ 12:00	症例解説	症例解説	症例解説	症例解説	症例解説
13:00～ 17:15	読影練習	読影練習	読影練習	読影練習	読影練習

麻酔科

診療科紹介

中濃厚生病院は日本麻酔科学会と日本集中治療医学会の認定を受けた研修指定施設で、名誉病院長以下常勤医師5名の体制で、手術麻酔診療を軸に集中治療とペインクリニックを加えた総合的な周術期診療に努めています。初期臨床研修指導医資格を持つ医師達が研修医の皆さんの麻酔科研修をマンツーマンでサポートします。

7 部屋の手術室の全てに高性能の麻酔器を配置し、一般的な麻酔診療に必要とされるほぼすべてのモニタリング機器、検査機器を取り揃えて、安全性と包括性に配慮した質の高い周術期麻酔管理を目指しています。外科系診療科も多岐にわたり、一般的な手術麻酔症例に加えて脳神経麻酔、小児麻酔、胸部外科麻酔、周産期麻酔等の症例経験を積む機会も多くあり、初期研修に必要とされる麻酔科関連の全ての技術を経験することが可能です。

手術麻酔、集中治療、ペインクリニックの麻酔科全般にわたる診療に興味を持つ人達に、その魅力を少しでも感じてもらえるようにと、考えています。

スタッフ（重複あり）

常勤医師 6 名

麻酔科専門医 3 名（内 学会指導医 3 名）

麻酔科標榜医 4 名

日本心臓血管麻酔学会 心臓血管麻酔指導医 1 名

日本集中治療医学会 集中治療専門医 1 名

非常勤医師 5 名

手術実績（2024 年度）

手術室総手術件数： 2,518 例

麻酔科管理件数： 1,236 例（全身麻酔 724 例、区域麻酔併用 473 例 他）

専門医申請要件： 開頭 49 例、分離肺換気 51 例、帝王切開 9 例、小児 21 例

一般目標

- 麻酔科診療を通して医師に求められる基本的な態度を身に付ける。
- 周術期全身管理に必要な基本的医学知識を得る。
- 座学と実践から麻酔関連手技の基本動作を習得する。
- 生命維持に不可欠な生体機能と手術侵襲による全身性の反応を生理学的に理解する。
- 手術麻酔診療ならびに集中治療を経験し、緊急対応に必要な基本的診療技能を体得する。

行動目標

- 一般的な手術患者の術前状態を評価し、麻酔計画を立案できる。
- 一般的な器具を用いて人工呼吸管理を実施できる。
- 全身麻酔薬、局所麻酔薬、筋弛緩薬を正しく理解して使用できる。
- 生体モニタリングシステムの基本原理を理解し、ベッドサイドで操作が行える。
- バイタルサインの異常を評価し、必要な初動対応を行える。
- 術後鎮痛の重要性を理解し、各種の鎮痛法を用いた疼痛管理が行える。
- 重症患者に対する呼吸循環治療法について簡潔に説明できる。
- 手術麻酔管理に必要な以下の基本的手技を、指導医の監督下に実行できる。

- A) 静脈路の確保
- B) 用手的人工呼吸
- C) 気管挿管
- D) 経鼻胃管の留置
- E) 動脈穿刺ならびにカニューラ留置
- F) 中心静脈穿刺ならびにカテーテル留置

具体的な到達目標と評価

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導も出来るレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	自分ではできないが知識はあり手伝うことが出来るレベル
1	出来ない
0	経験できなかった

1. 一般目標

項目	目標 設定	研修医 自己評 価	指導医 評価
1. 麻酔科診療を通して医師に求められる基本的な態度を身に付ける。	4		
2. 周術期全身管理に必要な基本的医学知識を得る。	3		
3. 座学と実践から麻酔関連手技の基本動作を習得する。	4		
4. 生命維持に不可欠な生体機能と手術侵襲による全身性の反応を生理学的に理解する。	3		
5. 手術麻酔診療ならびに集中治療を経験し、緊急対応に必要な基本的診療技能を体得する。	3		

2. 到達目標

項目	目標 設定	研修医 自己評 価	指導医 評価
1. 一般的な手術患者の術前状態を評価し、麻酔計画を立案できる。	3		
2. 一般的な器具を用いて人工呼吸管理を実施できる。	3		
3. 全身麻酔薬、局所麻酔薬、筋弛緩薬を正しく理解して使用できる。	4		
4. 生体モニタリングシステムの基本原理を理解し、ベッドサイドで操作が行える。	4		
5. バイタルサインの異常を評価し、必要な初動対応を行える。	4		
6. 術後鎮痛の重要性を理解し、各種の鎮痛法を用いた疼痛管理が行える。	3		
7. 重症患者に対する呼吸循環治療法について簡潔に説明できる。	3		
8. 手術麻酔管理に必要な以下の基本的手技を、指導医の監督下に実行できる。			
A) 静脈路の確保	4		
B) 用手的人工呼吸	4		
C) 気管挿管	4		
D) 経鼻胃管の留置	3		
E) 動脈穿刺ならびにカニューラ留置	3		
F) 中心静脈穿刺ならびにカテーテル留置	3		

代表的な週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	手術麻酔	手術麻酔	手術麻酔	手術麻酔	ペイン外来
午後	手術麻酔	手術麻酔/ICU	手術麻酔	手術麻酔	手術麻酔/ICU

救命救急センター

診療科紹介

中濃厚生病院では、初期臨床研修における救急科研修は救命救急センターで行います。

岐阜県は5つの二次医療圏（岐阜、西濃、中濃、東濃、飛騨）で区分されており、各医療圏に1つの救命救急センターが存在します。当センターは中濃医療圏の救命救急センターとして、本院の新築移転に伴って2000年8月に開設されました。

当センターは、救急患者の診療を行う救急診療部門(ER+救命病棟)と重症患者の治療を行う集中治療部門(ICU病棟)に分かれています。2023年の年間救急受診患者数は11,057人、うち救急車搬送患者数は3,877人でした。当院は地域の中核病院でもあるため、1次救急から3次救急まで幅広く受け入れており、救急車は原則すべて応需しています。2023年の救急搬送応需率は95.1%でした。

重症患者はICU病棟（ICU：8床）または、救命病棟(CCU：3床、HCU：12床）で入院治療を行います。ICU病棟には大手術後の患者も入室します。急性冠症候群、重症外傷（AIS3以上）、重症脳卒中、CPA、重症呼吸不全、重症消化管出血、重症敗血症など重症度が特に高かった患者数は2023年では972人でした。当院には日本救急医学会専門医が3名（うち指導医1名）、日本集中治療医学会専門医が1名常勤しており、質の高い救急集中治療を行っています。

救急搬送患者に対しては、日勤帯はすべて救急専従医が初期診療を行っており、その後担当科に振り分けています(ER型診療)。また、救急専従医はICU入室患者の治療にも加わっています。このような診療形態は当センターの特徴の1つであり、救急研修中は救急専従医の直接指導の下、軽症から重症まで外科系内科系を問わずあらゆる救急患者の初期診療を行うことができ、さらには重症患者の全身管理(集中治療)についても学べます。

その他、当センターは救急隊員へのメディカルコントロール（MC）や災害医療にも精力的に取り組んでいます。MCの一環として、JPTEC（病院前外傷救護コース）受講および3日間の救急車同乗実習を研修1年次の必須項目としています。当院は災害拠点病院でもあるため、年1回以上の大規模災害医療訓練を行っていますが、これについても初期研修医の必須項目となっており、トリアージや指揮命令系統といった災害医療の基本を学べます。

一般目標（GIOs : General Instructional Objectives）

1. 生命や機能的予後に係わる、緊急を要する病態や疾病、外傷に対する適切な診断・初期治療能力を身につける。加えて1次から3次まであらゆる救急患者に対する初期対応能力を習得する。
2. 救急医療システムとメディカルコントロール(MC)を理解する。
3. 多発外傷・敗血症・中毒・蘇生後脳症など重症患者のICU管理を理解する。
4. 災害医療の基本を理解する。

行動目標（SBOs : Specific Behavioral Objectives）

日本救急医学会救急医学領域教育研修委員会が作成した「卒後医師臨床研修における必修救急研修カリキュラム」に準じ、下記の全ての項目について習得する。

1. 救急診療の基本的事項

- ① バイタルサインの把握ができる。
- ② 身体所見を迅速かつ的確にとれる。
- ③ 重症度と緊急度が判断できる。
- ④ 二次救命処置（ACLS）ができ、一次救命処置（BLS）を指導できる。
- ⑤ 病院前救護処置ができ、病院前外傷救護処置（JPTEC）を指導できる。
- ⑥ 頻度の高い救急疾患・外傷の初期治療ができる。
- ⑦ 生理学的機能評価、解剖学的機能評価を理解した診療ができる。
- ⑧ 集中治療患者の基本的な全身管理ができる。
- ⑨ 専門医への適切なコンサルテーションができる。
- ⑩ メディカルコントロールを行える。
- ⑪ 大災害時の救急医療体制を理解し、自己の役割を把握できる。

2. 救急診療に必要な検査

- ① 必要な検査（検体、画像、心電図）が指示でき、かつ基本的な読影ができる。
- ② 緊急性の高い異常検査所見を指摘でき、かつ、それに対する処置ができる。
- ③ エコー（FAST）を施行できる。

3. 経験しなければならない手技

手技項目については、下記評価基準を用い自己評価を行い、指導医評価を加える。

4. 経験しなければならない症状・病態・疾患

症状・病態・疾患については、下記評価基準を用いて初期診療を経験すればよい。

5. 救急医療システム

- ① 救急医療体制を説明できる。
- ② 地域のメディカルコントロール(MC)体制を把握している。

6. 災害時医療

- ① トリアージの概念を説明できる。
- ② 災害時の救急医療体制を理解し、自己の役割を把握している。

7. 方略

- ① ER(初療室)、ICU、いずれにおいても救急専従医の直接指導下により救急研修を行う。
- ② 救急研修3ヶ月のうち、1ヶ月を麻酔科で研修する。（2年次に1ヶ月以上の救急研修を加えることが望ましい。）

- ③ 1 年次に救急車同乗研修を 3 日間行う。
- ④ 1 年次に JPTEC（日本救急医学会公認病院前外傷教育プログラム）を受講する。
- ⑤ 上級医の指導下で、救急隊からの患者受入要請に対応する。
- ⑥ 心肺蘇生コース(BLS・ACLS)を初期研修期間内に受講する。
その他の救急コース（JATEC,ICLS,ISLS など）も、初期研修期間内に可能な限り受講する。
- ⑦ 院内で開催される大規模災害訓練に参加する。
- ⑧ 院内で開催される救急搬送事後検証会（年 6 回）、救急医学勉強会（年 1 回）に参加する。

具体的な到達目標と評価

評価	到達レベル
5	独立して完全に出来、指導も出来るレベル
4	必要に応じて指導を受けるがほぼ独立して出来るレベル
3	指導を受けながら自分で出来るレベル
2	自分ではできないが知識はあり手伝うことが出来るレベル
1	出来ない
0	経験できなかった

項目	目標設定	研修医自己評価	指導医評価
(1) 気道確保	3		
(2) 気管挿管	3		
(3) 人工呼吸	3		
(4) 胸骨圧迫	5		
(5) 除細動	4		
(6) 注射法	皮内 (5) 皮下 (5) 筋肉 (5) 末梢静脈 (5) 中心静脈 (3)	皮内 () 皮下 () 筋肉 () 末梢静脈 () 中心静脈 ()	皮内 () 皮下 () 筋肉 () 末梢静脈 () 中心静脈 ()
(7) 緊急薬剤の使用 (心血管作動薬) (抗不整脈薬) (抗がん剤)	心血管作動薬 (3) 抗不整脈薬 (3) 抗がん剤 (3)	心血管作動薬 () 抗不整脈薬 () 抗がん剤 ()	心血管作動薬 () 抗不整脈薬 () 抗がん剤 ()
(8) 採血法 (静脈血、動脈血)	静脈血 (5) 動脈血 (5)	静脈血 () 動脈血 ()	静脈血 () 動脈血 ()
(9) 導尿	4		
(10) 穿刺法	腰椎 (3)	腰椎 ()	腰椎 ()

(腰椎、胸腔、腹腔)	胸腔 (3) 腹腔 (3)	胸腔 () 腹腔 ()	胸腔 () 腹腔 ()
(11) 胃管の挿入	4		
(12) 圧迫止血法	4		
(13) 局所麻酔法	5		
(14) 簡単な切開・排膿	5		
(15) 皮膚縫合法	4		
(16) 創部消毒とガーゼ交換	5		
(17) 軽度の外傷・熱傷の処置	4		
(18) 包帯法	4		
(19) ドレーン・チューブ類の管理	4		
(20) 緊急輸血	4		
(21) 末梢動脈圧ライン	4		
(22) 基本的な人工呼吸器の設定	3		
(23) 基本的な非侵襲的陽圧 換気器の設定	3		
(24) F A S T	5		

A 頻度の高い症状

項目	経験 (○を付ける)
(1) 発疹	
(2) 発熱	
(3) 頭痛	
(4) めまい	
(5) 失神	
(6) けいれん発作	
(7) 視力障害、視野狭窄	
(8) 鼻出血	
(9) 胸痛	
(10) 動悸	
(11) 呼吸困難	
(12) 咳・痰	
(13) 嘔気・嘔吐	
(14) 吐血・下血	
(15) 腹痛	
(16) 便通異常 (下痢、便秘)	
(17) 腰痛	
(18) 歩行障害	
(19) 四肢のしびれ	

(20) 血尿	
(21) 排尿障害（尿失禁・排尿困難）	

B 緊急を要する症状・病態

項目	経験（○を付ける）
(1) 心肺停止	
(2) ショック	
(3) 意識障害	
(4) 脳血管障害	
(5) 急性呼吸不全	
(6) 急性心不全	
(7) 急性冠症候群	
(8) 急性腹症	
(9) 急性消化管出血	
(10) 急性腎不全	
(11) 急性感染症	
(12) 外傷	
(13) 急性中毒	
(14) 誤飲、誤嚥	
(15) 熱傷	
(16) 敗血症	

代表的な週間スケジュール

	研修内容
午前	● ICU カンファレンス ● 救急搬送患者の初期診療 ● ICU・救命病棟患者診療
午後	● 午前に同じ ● 救急 walk in 患者の初期診療（週 1 回、トリアージ研修として） ● 救急搬送事後検証会、救急医学勉強会への参加
その他	● 救急研修後半に救急車同乗実習（3 日間） ● 救急領域教育コースの受講（JPTEC は必須）

一般外来研修の実施方法

1) 準備

- 外来研修について、指導医が看護師や事務職など関係スタッフに事前に説明しておく。
- 研修医が外来診療を担当することがある旨を病院の適切な場所に掲示しておく。
- 外来診察室の近くに文献検索などが可能な環境を整備しておく。

2) 導入（初回）

- 指導医より、病棟診療と外来診療の違いについて研修医に説明する。
- 受付、呼び入れ、診察用具、検査、処置、処方、予約、会計などの手順を説明する。

3) 見学

（初回～数回：初診患者および慢性疾患の再来通院患者）

- 研修医は指導医の外来を見学する。
- 呼び入れ、診療録作成補助、各種オーダー作成補助などを研修医が担当する。

4) 初診患者の医療面接と身体診察

（患者1～2人／半日）

- 指導医・スタッフが適切な患者を選択（頻度の高い症候、軽症、緊急性が低い等）する。
- 予診票などの情報をもとに、診療上の留意点（把握すべき情報、診療にかかる時間の目安など）を指導医と研修医で確認する。
- 指導医が研修医を患者に紹介し、研修医が診療の一部を担当することの承諾を得る。
- 時間を決めて（10～30分間）研修医が医療面接と身体診察を行う。
- 医療面接と身体診察の終了後、研修医は得られた情報を指導医に報告（プレゼンテーション）し、指導医は報告に基づき指導する。
- 指導医が診療を交代し、研修医は見学や診療補助を行う。

5) 初診患者の全診療過程

（患者1～2人／半日）

- 前項4)の医療面接と身体診察の終了後、その後に行う検査、治療、患者への説明、関連する医療行為、他科へのコンサルテーションなどについて指導医から指導を受ける。
- 指導医の監督下で、検査や治療のオーダー、患者への説明、関連する医療行為、他科へのコンサルテーション依頼などを行う。
- 前記の診療行為のうち、結果が当日判明するものについては、その結果を患者に説明する。
- 必要な処方薬を指導医の指導のもとに処方する。
- 次回の外来受診日を決め、それまでの注意事項などについて指導する。

6) 慢性疾患を有する再来通院患者の全診療過程

(前項4)・5)と並行して患者1～2人／半日)

- 指導医やスタッフが適切な患者を選択（頻度の高い疾患、病状が安定している、診療時間が長くなることを了承してくれる等）する。
- 過去の診療記録をもとに、診療上の留意点（把握すべき情報、診療にかかる時間の目安など）を指導医とともに確認する。
- 指導医が研修医を患者に紹介し、研修医が診療の一部を担当することについて承諾を得る。
- 時間を決めて（10～20分間）研修医が医療面接と身体診察を行う。
- 医療面接と身体診察の終了後に、研修医は得られた情報を指導医に報告（プレゼンテーション）し、報告内容をもとに、その後の検査、治療、患者への説明、関連する医療行為、他科へのコンサルテーションなどについて指導医から指導を受ける。
- 指導を踏まえて、研修医が検査や治療のオーダー、患者への説明、関連する医療行為、他科へのコンサルテーション依頼などを行う。
- 前記の診療行為のうち、結果が当日判明するものについては、その結果を患者に説明する。
- 必要な処方薬を指導医の指導のもとに処方する。
- 次回の外来受診日を決め、それまでの注意事項などについて指導する。

7) 単独での外来診療

- 指導医が問診票などの情報に基づいて、研修医に診療能力に応じて適切な患者を選択する。
- 研修医は上記5)、6)の診療過程を単独で行うこととするが、必要に応じて指導医にすぐに相談できる体制をとる。
- 原則として、研修医は診察した全ての患者について指導医に報告（プレゼンテーション）し、指導医は報告に基づき指導する。

※ 一般外来研修では、研修医にどの程度のレベルまでの診療を許容するかについて、指導医が研修医の一人ひとりの能力を見極めて個別に判断する。

※ 指導医は、どのような能力レベルの研修医であっても、診療終了後に必ず共に振り返りを行うものとし、指導内容を診療録に記載する。

図 2-1 一般外来研修の実施記録表（例）

例）一般外来研修の実施記録表

病院施設番号：

臨床研修病院の名称：

研修先No.	研修先病院名	診療科名	総計
1			日
2			
3			
4			

<記載例>

実施日No.	1	2	3	4	5	6	7	8	小計
年	2019年	2019年	2019年	2019年	2019年	2019年	2019年	2019年	5.5日
月	2月	2月	2月	2月	2月	2月	2月	2月	
日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日	
1日or半日	0.5日	0.5日	1日	1日	0.5日	0.5日	1日	0.5日	
研修先No.	1	1	1	1	1	1	1	1	

実施日No.	1	2	3	4	5	6	7	8	小計
年	年	年	年	年	年	年	年	年	日
月	月	月	月	月	月	月	月	月	
日	日	日	日	日	日	日	日	日	
1日or半日	日	日	日	日	日	日	日	日	
研修先No.									

実施日No.	9	10	11	12	13	14	15	16	小計
年	年	年	年	年	年	年	年	年	日
月	月	月	月	月	月	月	月	月	
日	日	日	日	日	日	日	日	日	
1日or半日	日	日	日	日	日	日	日	日	
研修先No.									

実施日No.	17	18	19	20	21	22	23	24	小計
年	年	年	年	年	年	年	年	年	日
月	月	月	月	月	月	月	月	月	
日	日	日	日	日	日	日	日	日	
1日or半日	日	日	日	日	日	日	日	日	
研修先No.									

実施日No.	25	26	27	28	29	30	31	32	小計
年	年	年	年	年	年	年	年	年	日
月	月	月	月	月	月	月	月	月	
日	日	日	日	日	日	日	日	日	
1日or半日	日	日	日	日	日	日	日	日	
研修先No.									

実施日No.	33	34	35	36	37	38	39	40	小計
年	年	年	年	年	年	年	年	年	日
月	月	月	月	月	月	月	月	月	
日	日	日	日	日	日	日	日	日	
1日or半日	日	日	日	日	日	日	日	日	
研修先No.									

実施日No.	41	42	43	44	45	46	47	48	小計
年	年	年	年	年	年	年	年	年	日
月	月	月	月	月	月	月	月	月	
日	日	日	日	日	日	日	日	日	
1日or半日	日	日	日	日	日	日	日	日	
研修先No.									

中濃厚生病院 臨床研修管理規程

第1章 総則

(目的)

第1条 この規程は、基幹型臨床研修病院である中濃厚生病院（以下「当院」という。）における初期臨床研修（以下「研修」という。）について、良好な研修が実施できるよう、その取り扱いを定めるものである。

(研修医の名称)

第2条 研修を受けている医師を研修医という。

(臨床研修における目的及び理念・基本方針)

第3条 研修は、幅広い基本的臨床能力を身につけ、医師としての人格を涵養することを目的とする。

2 前項の基本的臨床能力とは、知識、技術、態度、情報収集力、総合判断能力をいう。

3 研修における理念は次の通りとする。

- 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

4 研修における基本方針は次の通りとする。

- 臨床における研修には、協力型臨床研修病院・施設を含むすべての病院職員が参画する。
- 医療安全と指導体制を充実させ、研修医の身分を保証し、労働条件の改善に努めるとともに、臨床研修の効率を高める。
- 行動目標、経験目標の達成状況を把握し、研修の目標を完遂させるべく指導する。
- 研修医の行う医療行為には、基本的に指導医が指示・監督し、その責任を負う。

(研修医の定員)

第4条 研修医の定員は、岐阜県臨床研修病院協議会より指定された定員とする。

2 前項の定員は、大学病院からの協力型受入研修医を除いたものとする。

(研修期間)

第5条 研修医の研修期間は、原則として2年間とする。

(研修管理委員会)

第6条 研修医の研修を円滑に行うために、臨床研修管理委員会（以下「委員会」という。）を置く。

第2章 募集・採用

(研修医の募集)

第7条 委員会は、募集要項、研修プログラムを公開し、全国から研修医を募集する。

(研修医の選考及びマッチング)

第8条 研修医の採用は、あらかじめ応募した者を委員会において選考し、医師臨床研修マッチング協議会による組み合わせ決定に従い研修医を採用する。

(採用手続)

第9条 採用が内定した場合は、内定者と研修仮契約書を締結する。また、医師国家試験合格発表後に、採用決定者の採用手続きを行う。

- 2 研修仮契約書の締結後、医師国家試験が不合格となった場合は、内定を取り消すものとする。
- 3 研修医は、採用にあたり医師免許証の写しや保険医登録証の写し等の必要書類を提出する。

(研修制限)

第10条 研修医は、医籍登録が確認されるまでの間は診療に従事してはならない。

第3章 研修体制

(研修施設)

第11条 研修医は、当院及び当院と連携する協力型病院・協力施設において研修を行う。

(研修医の所属)

第12条 研修医は、特定の診療科・部門に属さず、病院長直轄の部門とし、研修管理責任者及びプログラム責任者の管理のもと、当院の定める研修プログラムにより研修する。

(研修医の業務)

第13条 研修医は、指導医の下に担当医として主治医の指示する診療を行う。また、診療科以外の部門では指導責任者の下で研修する。

- 2 研修医は、オリエンテーション、症例検討会等に参加しなければならない。
- 3 研修医は、臨床研修管理委員会へ開催されるたび交代で出席するものとし、その他、医療安全管理対策委員会、院内感染対策委員会等に、出席しなければならない。
- 4 研修医は、主治医が決定した診療計画に基づき診療を行う。
- 5 研修医は、各研修施設の医療安全管理体制に従い、患者に対して、責任を持って事故の発生を未然に防ぐとともに、事故発生時には速やかに所定の手続きをとらなければならない。
- 6 研修医の研修期間中は、アルバイト等の兼業は禁止とする。

(オリエンテーション)

第14条 研修開始にあたっては、オリエンテーションを実施し研修医として必要な知識の習得を図る。

(研修方法)

第15条 研修医は、研修期間中の1年次に必修科目として内科、救急科（麻酔科を含む）、外科、小児科、産婦人科を研修する。

また、2年次に必修科目として「地域医療」と「精神科」を研修し、その後、研修プログラムに定める診療科から選択し研修する。なお、1年次での必修診療科においては、研修ローテーション等の都合により一部の診療科が2年次での研修となる場合を認める。

- 2 各診療科の研修期間は、研修プログラムにより定める。
- 3 研修医のローテーション計画の作成及び調整は、臨床研修管理委員会により作成の上、承認を得るものとする。

(研修プログラム)

第16条 研修プログラムには、研修医が研修修了までに到達すべき研修目標を掲げる。

- 2 研修プログラムには、必修とするコア・ローテーションと選択的なカリキュラムからなるローテーションを用意する。
- 3 研修プログラムの作成・改善及び全体的な管理は、臨床研修管理委員会において統括する。
- 4 研修プログラムに、プログラム責任者を置く。また、必要により副プログラム責任者を置くことができる。
- 5 研修プログラムは、医学の進歩、教育の充実、医療環境の変化、社会要請等に伴い適宜見直すとともに、研修の質の向上を図るため、恒常的に評価を行う。

第4章 指導・管理体制

(管理者)

第17条 病院長、事務局長、副院長、看護部長は、管理者として、医療法、臨床研修に関する厚生労働省令、また、その他の法令等に則り、研修医の研修及び監督にあたる。

(協力型臨床研修施設等の研修実施責任者)

第18条 協力型臨床研修病院・施設に研修実施責任者を置く。

- 2 研修実施責任者は、当院の臨床研修管理委員会の委員を兼務するものとし、当該施設における研修の実施を管理する。

(プログラム責任者等)

第19条 この規程の第16条第4項に定めるプログラム責任者及び副プログラム責任者（以下「プログラム責任者等」という。）は、研修プログラムの企画立案及び実施並びに管理を行うとともに、研修医に対する助言・指導、その他の援助が円滑に行われるよう研修指導体制の充実を図る。

(プログラム責任者等の要件)

第20条 プログラム責任者等は、この規程の第22条に定める指導医の要件を満たした者で、プログラム責任者養成講習会を受講した者とする。

(指導医)

第21条 当該診療科の研修の実施及び管理を円滑に行うため各診療科に指導医を置く。

- 2 指導医は、研修プログラムに則り、研修医の研修目標の達成状況を把握し、研修医に対して適切な指導を行う。また、当該診療科の研修修了時には自ら評価を行うとともに、研修医に助言指導する。
- 3 指導医は、研修医による診断・治療行為とその結果について直接の責任を負う。また指導内容を診療記録に記載し、研修医の記載内容を確認し署名しなければならない。
- 4 指導医は担当する分野における研修において、研修医の研修目標が達成できるよう指導する。当該診療科における研修修了後には、研修医の評価をプログラム責任者に報告する。
- 5 指導医は、研修医の身体的・精神的変化を観察し、問題の早期発見に努め必要な対策を講じる。
- 6 指導医が不在となる場合には、指導医の臨床経験に相当する医師を代理として指名する。

(指導医の要件)

第22条 指導医は、日常の臨床業務に従事する臨床経験7年以上の関連学会の専門医・認定医等であり、教育に対する情熱を有し、プライマリ・ケアを中心とした指導を行い得る十分な臨床経験と高い指導技能を持ち、

厚生労働大臣が認定したプライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会を受講した者とする。

（上級医）

第23条 上級医は、研修医を指導する指導医を補佐する。

- 2 上級医は2年以上の臨床経験を有する医師で、指導医の管理の下臨床現場で研修医の指導にあたる。
- 3 上級医は、指導内容を診療記録に記載し、研修医の診断・治療・記録など全般を監査する。

（指導者）

第24条 指導者は、看護部、薬剤科、放射線科、検査科など、医師以外の職種から選任する。

- 2 指導者は、研修医を評価しプログラム責任者に報告する。

第5章 研修評価

（研修医の評価）

第25条 研修医の知識・技能・態度の研修目標に対する達成度を測定するため、評価を行う。

- 2 評価は、診療技術面のみならず、チーム医療や患者とのコミュニケーション面も含めて多面的に行う。
- 3 評価は、指導医による日常的観察を通じての評価及び研修医の自己評価並びに病歴要約等の評価、その他の評価による。

（指導医の評価）

第26条 指導医の指導力向上及び研修診療科の指導体制向上を目的として、研修医による指導医評価を行う。

（評価方法）

第27条 臨床研修管理委員会は、研修医の当該診療科における研修修了時には評価表に沿って、研修医の自己評価と指導医からの評価、看護師長等からの評価を実施する。

なお、評価表は臨床研修管理委員会事務局で管理するとともに、委員会に評価結果を報告する。

- 2 指導医は、必要に応じて評価結果を研修医に説明するとともに、その結果を基に研修医が研修目標達成に近づくよう適切な助言・指導を行う。

第6章 臨床研修の中断及び再開

（臨床研修の中断及び再開）

第28条 病院管理者は、研修医が医師としての適正を欠く場合、病気その他の事由により長期間研修を欠く場合等、当該研修医の研修の継続が困難であると認める場合は、当該研修医がそれまでに受けた研修に係る評価を行い、臨床研修管理委員長に対して、当該研修医の臨床研修中断を勧告することができる。

- 2 病院管理者は、前項の勧告又は当該研修医の申し出を受けて、当該研修医の臨床研修を中断することができる。
- 3 病院管理者は、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、速やかに、当該研修医に対して、所定の臨床研修中断証を交付する。
- 4 研修を中断した研修医が臨床研修中断証を添えて、臨床研修管理委員会に研修再開を申し出た場合には、その期間の研修を補足することがある。
- 5 臨床研修中断証には、当該研修医が研修を中断・再開した年月日、研修を中断した理由、研修を中断した時までの、研修内容及び研修医の評価等の事項を記載する。

第7章 臨床研修の修了・未修了

(総合評価)

第29条 臨床研修管理委員会は、研修医の研修期間修了に際し、評価表及び研修医の自己評価表に基づき、研修到達目標の達成度を総合的に評価するとともに、病院管理者に評価結果の報告を行う。

(修了認定)

第30条 病院管理者は、前条の総合評価に基づき、研修医が研修を修了したと認めるときは、速やかに、当該研修医に対して臨床研修修了証を交付する。

2 次の修了基準が満たされた時、臨床研修修了と認定する。

(1) 研修実施期間

ア 研修期間（2年間）を通じて研修休止期間が90日以内であること

（当院の定める休日は含めない。選択必修科は1月につき概ね4週間を修了の目安とする。）

イ 研修休止の理由は、妊娠、出産、育児、傷病等の正当な理由であること

（研修プログラムで定められた年次休暇を含む）

(2) 臨床研修の到達目標達成度

ア 厚生労働省が示す「臨床研修の到達目標」のうち、総ての必須項目を達成していること

イ 総ての病歴要約が提出されていること

(3) 臨床医としての適正の評価

ア 安心・安全な医療の提供ができると判断されていること

イ 法令・規則を遵守できること

ウ 医療人としての適正に問題がないこと

(研修未修了の取扱い)

第31条 臨床研修管理委員会で修了基準を満たしていないと判定された場合は、病院管理者に報告するとともに病院管理者は未修了と判定された研修医に対してその理由を説明し、臨床研修未修了証を交付する。

2 病院管理者より未修了と判定された研修医は、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ものとし、臨床研修管理委員会は修了基準を満たすための履修計画書を厚生労働省に提出する。

第8章 記録の保管

(研修記録の保管)

第32条 臨床研修管理委員会委員長は、文書及び電子ファイル等により、研修を受けた研修医に関する記録を記載し、当該研修医が研修を修了し、又は、中断した日から事務局において5年間保存する。

ただし、委員長が重要と認めたものについては、永年保存とする。

(1) 氏名、医籍番号、生年月日

(2) 研修開始・修了・中断・未修了年月日

(3) 研修プログラム名

(4) 研修施設名

(5) 臨床研修内容と研修評価

(6) 中断、未修了の理由

(7) その他臨床研修に関する記録

2 医師臨床評価システム（EPOC2）による評価記録は、EPOCのサーバーに保管される。

第9章 研修医の処遇

（研修医の勤務条件）

第33条 研修医の勤務条件は、岐阜県厚生農業協同組合連合会の定める規則等によるものとする。

第10章 雑則

（雑則）

第34条 この規程の改廃は、臨床研修管理委員会において審議し病院管理者の承認を得た上でこれを行う。

- 2 この規程に定めるもののほか、この規程の施行に関し必要な事項は、委員会が定める。

（附則）

1. 本規程は平成31年4月1日から施行する。
2. 令和2年4月1日 改訂（第32条2 EPOCシステム名称変更）
3. 令和5年4月1日 改訂（第32条2 EPOCシステム名称変更）

初期臨床研修医 実務規程

I. 研修医の業務

1. 研修医は、以下の業務を行う。

(1) 病棟業務

- 研修医は研修プログラムの一環として指導医のもと、受持ち患者の診察・回診・検査・処方及びカンファレンスを行う。
- 診療にあたっては、主治医が決定した診療計画、または、主治医とともに決定した診療計画に基づき積極的にこれを行う。
- 診療の対象となる患者は、研修ローテート中の診療科部長または診療科指導医等により指定された患者とする。
- 研修医は担当している患者について、診療計画を立て、症例のプレゼンテーションを行い、診断治療の方向性や成果、問題点などについて、指導医・上級医と相談し診療計画を修正していくものとする。
- 研修医は、指導医・上級医・指導者と随時コミュニケーション(報告・連絡・相談)を図り、指導医の他、看護部やコメディカルスタッフと連携しながらチーム医療を実践する。なお、ベッドサイドカンファレンス、病棟カンファレンス、症例検討会等に積極的に参加し、患者に関する情報を共有するとともに診療録に記載する。
- 研修医は主治医の患者あるいは家族に対する診療計画、手術に関する説明、インフォームドコンセントに立ち会うものとする。
- 入院患者の診察は原則として病室で行なう。
- 入院患者に対する処置の一部は、処置室で行なう。
- 入院診療記録の作成や画像閲覧は、主として病棟ナースステーションに設置された電子カルテ端末を用いて行なう。
- 研修医は、病棟において行なった全ての診療行為について、入院診療記録を速やかに作成した後、指導医・上級医の検閲を受ける。
- 研修医の指示を受けた看護師・薬剤師・その他職員が、研修医の指示に対し疑問があると判断した場合は、当該研修医並びに指導医に指示の内容を確認する。
- 研修医は各種チーム医療における構成員となり、看護師等病棟スタッフと協力して診療にあたる。

(2) 救命救急センター(ER)

- 研修医は日当直研修システムに従い、原則として日当直医、または、指導医・上級医の指導のもと、救急外来での診療・日当直業務にあたる。
- 研修医は一般的な疾患を中心に一次救急から三次救急までの救急患者の初期診療を行う。
- ER研修中は原則、月に4当直1日勤、又は4当直2日勤(平日1日振替休日)を行うものとする。

(3) 一般外来

- 研修医は、指導医の監督のもと、一般外来診療に従事する。

(4) 手術室・血管造影室・内視鏡室等

- 研修医は、術者の指導のもと、助手として手術・検査に参加する。
また、症例によっては指導的助手の指導のもと、手術・検査の術者として参加する。

(ア) 初めて入室する前にオリエンテーションを受ける。

1. 更衣室、ロッカー、履物、術着について
2. 手洗い、ガウンテクニックの実習
3. 清潔・不潔の概念と行動

(イ) 帽子、マスク、ゴーグル、ネームプレートを着用する。

(ウ) 手術室スタッフ不在時の入室は禁止する。(薬物濫用予防のため)

(エ) 不明な点は、手術室看護師長、または主任看護師等に尋ねる。

(5) 各科勉強会、横断的カリキュラムへの出席

- 研修医は各科カンファランス、抄読会、合同CPC、救急症例検討会等の各種横断的カリキュラムに出席し、記録を保持する。

(6) 各種委員会への参加

- 研修医は、研修センターの指定する各種委員会にオブザーバーとして参加しなければならない。
- 研修医の代表者は医療安全に関する委員会に出席しなければならない。

(7) 院内各種講演会への出席

- 研修医は院内で行われる安全管理を含む、各種講演会へ可能な限り出席しなければならない。
なお、この出欠状況については研修センターが管理する。

(8) 各種手技の経験

- 研修医は厚生労働省の定める臨床研修到達目標を達成するため、必要な各種手技を指導医(上級医)の監督・実証のもとに行なうものとする。

(9) 診断書等の作成

- 研修医は受持ち患者に関する各種診断書(死亡診断書を含む)を作成し、入院患者に関しては退院後速やかに入院サマリーを作成し、指導医の承認を受けなければならない。

(10) 医療記録

1. 診療録の記載方式はPOS(Problem Oriented System)とし、記載の書式は原則としてSOAP (Subjective, Objective, Assessment of data, Plan)とする。
2. 研修医は、治療方針等について指導医に相談のうえ、その旨を電子カルテに記録する。
また、指導医から指導を受けた場合もその旨が分かるように記録する。
3. 指導医は、毎日研修医の記録した診療録を確認する。その際、必要に応じ指導を行い、その旨を電子カルテに記録する。
4. 追記や内容修正が必要な場合には電子カルテに記録する。

(11) その他

- 研修医は、NST、防災訓練、予防接種等、病院または研修センターが定める業務、行事等に従事しなければならない。

また、研修医は臨床研修プログラムに沿った勤務以外を行ってはならない。

2. 医療安全

1. 研修医は医療安全対策マニュアルおよび院内感染対策マニュアルに従い、インシデント・アクシデントについて確実に報告するものとし、また、フィードバックを受けるものとする。
2. 研修医が関わる医療事故が発生した場合には、研修医は速やかに指導医に連絡するとともに、医療安全対策室に報告しなければならない。
3. 研修医が関わる医療事故発生時の責任は、主治医、指導医がともに担うものとする。
4. 研修医が関わる医療事故の公表は、医療安全対策室並びに病院管理者の指示に従う。
5. 研修医は、医療安全マニュアルに基づき、医療安全に関する訓練・研修に参加する。

3. 健康管理

1. 研修医は次に定める健康診断等を受けなければならない。
 - (1) 定期健康診断
 - (2) 法の規定による特殊勤務者に求められる健康診断
 - (3) 必要と認められる感染症に関する抗体検査等
 - (4) 伝染病等により臨時に必要な生じた健診および予防接種
2. 病院長は健康診断の結果、当該研修医に異常が認められた場合には、状況に応じて当該研修医に対しサービスの軽減または休養等を命じ、健康保持に必要な措置をとらなければならない。

Ⅱ. 研修医の医療行為の基準

研修医の行う診療行為は、当院の各種マニュアル（診療録記載マニュアル等）に従い行うこととするが、医療行為のうち研修医が指導医、あるいは、習熟した上級医の同席がない場合に単独で行ってもよい医療行為の基準を示す。

1. 研修医の行う医療行為は、指導医（または、研修医以外の上級医）がチェックする。
2. 単独で行ってよい医療行為でも、初回実施時は指導医・上級医の指導を受けて実施する。
3. 単独で行う場合でも事前に指導医や上級医と協議の上で慎重に行うこととする。
4. 研修医が単独で行っていけない医療行為は、指導医（または、研修医以外の上級医）の立会いを必須とする。
5. ここに示す基準は通常の診療における基準であって緊急時にはこの限りではない。

1) 研修医が単独で行ってもよい医療行為

1. 一般的な診察（視診、聴診、打診、直腸診）
2. 検眼鏡、耳鏡、鼻鏡、喉頭鏡検査

3. 超音波検査、心電図
4. 末梢静脈穿刺、静脈ライン留置、動脈穿刺
5. 皮下の嚢胞・膿瘍の穿刺
6. 皮膚消毒、包帯交換、創傷処置、気道内吸引、導尿、浣腸、胃管挿入
7. 一般的な注射、輸血
8. 局所浸潤麻酔
9. 抜糸、ドレーン抜去、皮下の止血、皮下の膿瘍切開・排膿、皮膚の縫合
10. 一般的な内服薬・注射の処方、理学療法の処方
11. ベッドサイドでの簡単な病状説明

2) 研修医が習熟しているときのみ単独で行ってよい医療行為

1. 気管カニューレ交換、小児の採血・動脈穿刺、深部の応急処置としての止血
2. 経管栄養目的の胃管挿入
3. 診断書・紹介状の下書きの作成、（作成後は、指導医の確認を受けることを必須とする）

3) 研修医が単独で行ってはいけない医療行為

1. 内診、膣内容採取、コルポスコープ、子宮内操作
2. 直腸鏡、肛門鏡
3. 胃内視鏡、大腸内視鏡、気管支鏡、膀胱鏡
4. 血管造影、消化管造影、気管支造影、脊髄造影
5. ギプス巻き、ギプスカット、関節穿刺、関節腔内注射
6. 中心静脈穿刺、動脈ライン留置
7. 深部の嚢胞・膿瘍の穿刺
8. 胸腔穿刺、腹腔穿刺、膀胱穿刺、骨髓穿刺
9. 腰部硬膜外穿刺、腰部くも膜下穿刺、針生検
10. 新生児や未熟児の胃管挿入
11. 脊髄麻酔、硬膜外麻酔
12. 深部の止血、深部の膿瘍切開・排膿、深部の縫合
13. 抗精神病薬の処方、抗悪性腫瘍薬の処方、麻薬の処方
14. 正式な場での病状説明、病理解剖、病理診断報告書の作成

※ 上記の、「2) 研修医が習熟しているときのみ単独で行ってよい医療行為」と、「3) 研修医が単独で行ってはいけない医療行為」については、その全ての医療行為を記載しているわけではないこと、また、実際の臨床現場においての医療行為は多岐に渡ることから、「習熟しているときのみ単独で行ってよい医療行為」に記載のある医療行為であっても、患者の状態や重症度、手技等の難易度によっては、研修医は必ず、指導医、あるいは習熟した上級医と十分かつ慎重な協議の上で、実施の有無を決定しなければならないものとする。

（附則）

令和 3 年 4 月 1 日

制定

中濃厚生病院 臨床研修管理委員会規約

（名称）

第1条 本委員会は、中濃厚生病院臨床研修管理委員会（以下、「委員会」という。）と称する。

（目的）

第2条 基幹型臨床研修病院である中濃厚生病院における初期臨床研修（以下「研修」という。）において、良好な研修が実施できるよう本委員会を置く。

（委員会の業務）

第3条 委員会は、研修医の研修を円滑に行うため、以下の業務を行う。

- ① 研修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と実施
- 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（研修医・指導医等）
- ⑤ 研修プログラムの修了判定
- ⑥ 研修医の院外における研修実施に伴う連携病院・連携施設への調整と指導・監督
- ⑦ その他、臨床研修に関すること

（委員の構成）

第4条 委員会は、次の委員をもって構成する。

- ① 病院管理者（病院長）
- ② プログラム責任者
- ③ 臨床研修協力病院・協力施設の各研修実施責任者
- ④ 研修プログラム構成病院群に属さない外部委員
- ⑤ 副院長
- ⑥ 研修医の研修・指導に参加する各研修診療科の長
- ⑦ 初期研修医代表（1年次1名・2年次1名）
- ⑧ 後期研修医代表
- ⑨ 薬局長又は部門代表者
- ⑩ 診療放射線技師長又は部門代表者
- ⑪ 臨床検査技師長又は部門代表者
- ⑫ 看護部長又は部門代表者
- ⑬ 事務次長
- ⑭ 企画総務課長
- ⑮ その他、担当事務職員

(委員の任期)

第5条 委員の任期は、4月1日から翌年3月31日までの1年間とする。ただし、再任を妨げない。

(委員会の運営・任務)

第6条 委員会の運営は、以下に定めるところによる。

- ① 委員会に、臨床研修管理委員長と副臨床研修管理委員長をおく。
- ② 委員長は、委員会の議長を務めるものとする。
- ③ 副委員長は、委員長が不在の時、委員長に代わって代行するものとする。
- ④ 委員長は、委員会を招集し、委員会における議事を総括する。
- ⑤ 委員長が必要と認める場合、また、委員のいずれかより要求がある場合は、第4条に定める委員以外の者を委員会に出席させ、意見並びに説明を求めることができるものとする。

(委員会の開催)

第7条 委員会は、原則、年3回（6月・10月・2月または3月）開催するものとする。

- 2 委員長が必要と認める場合、また、委員より要求がある場合は、臨時で委員会を開催することができる。
- 3 委員会は、委任状を含む半数以上の委員の出席を以って成立するものとする。

(委員会事務局)

第8条 この委員会の事務局を、企画総務課におく。

- 2 事務局は、委員会が開催されるたびに、議事録を作成するものとする。

(議事録の保存)

第9条 事務局は、第8条により作成された議事録を5年間保存するものとする、

(附則)

- | | |
|-----------------|---------------------------------|
| 1. 平成14年12月17日 | 制定 |
| 2. 平成15年 2月12日 | 改正（委員構成） |
| 3. 平成15年 4月 1日 | 改正（委員構成・委員の任務） |
| 4. 平成16年 3月 4日 | 改正（委員構成） |
| 5. 平成17年 4月 1日 | 改正（委員会名称・委員構成・委員の任務・委員会の開催・事務局） |
| 6. 平成20年 3月27日 | 改正（委員構成） |
| 7. 平成21年10月26日 | 改正（委員構成） |
| 8. 平成23年 4月 1日 | 改正（委員の任務） |
| 9. 平成24年 4月26日 | 改正（委員構成） |
| 10. 平成31年 4月 1日 | 改正（名称・目的・業務・委員構成・開催間隔） |
| 11. 令和 1年 7月 1日 | 改正（委員構成） |

当院の「医師の働き方改革」への対応

医師の働き方改革については、背景として現状は医師の業務が多岐に渡ることから、長時間労働が常態化していることや、休日の確保が困難なことから、医師自身に健康問題が発生する可能性があるとして、働き方の適正化に向けた取り組みとして、2024 年 4 月に施行されたところです。

なお、この医師の働き方改革において中心となる「医師の年間時間外労働勤務の上限規制」では、一般勤務医を対象とする A 水準、地域医療確保のために長時間労働が必要となる医師を対象とする B 水準、特定の高度な技能の習得のため長時間修練する必要がある医師や、長時間集中的に経験を積む必要がある研修医・専攻医を対象とする C 水準の 3 区分に分類されています。

当院では、このことに伴い医師の働き方改革への対応として、初期研修医に対し「時間外労働の年間上限は原則 960 時間、月 100 時間未満（休日労働含む。）」とする A 水準を適用します。

なお、この A 水準では医師の連続勤務時間は 28 時間以内、勤務間のインターバル時間を 9 時間確保することとされているため、当院では初期研修医の労働時間把握のため、IC カードによる勤怠管理システムへの出退勤時間の打刻を基本とし、初期研修医の日当直業務について、下記の通り定めます。

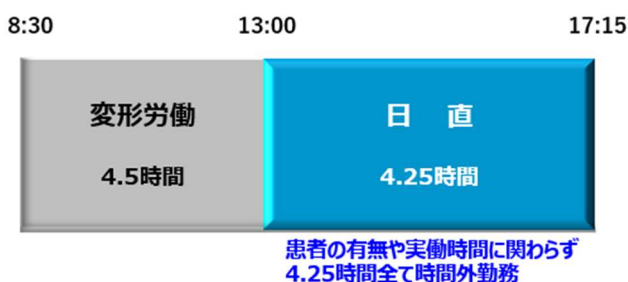
1. 日勤業務に引き続き当直業務を行う場合

- ① 当日の日勤帯及び当直時間（8:30～22:00）は、変形労働勤務とします。
- ② 当直時間帯（22:00～翌朝 8:30）は、患者の有無や実働に拘らず時間外勤務とします。
- ③ 翌日の午前（8:30～12:30）は変形労働勤務とし、12:30 より当直明けとします。



2. 日直業務の場合

- ① 日直当日の午前（8:30～13:00）は変形労働勤務とします。
- ② 日直時間帯（13:00～17:15）は、患者の有無や実働時間に拘らず時間外勤務とします。



3. 勤務間インターバルの要点

- 通常の日勤後、次の勤務までに「9 時間」のインターバルを必ず確保することとします。
- 当直明けに通常通りの勤務を行うことはできません。
- 当直明けまで連続して働く場合の労働時間は、前日の勤務開始から28 時間までとします。
- 当直明けからの勤務間インターバルは18 時間を必ず確保することとします。

(1 日のインターバル：9 時間×2 日分)

4. 労働時間に該当しない業務

自らの自由な意思に基づき、所定労働時間外に行う以下の行為は、労働時間には該当しません。

1. 一般診療における新たな知識、技能の習得のための時間

- 診療ガイドラインの勉強
- 新治療法や新薬の勉強
- 自らが術者等である手術や処置等の予習や振り返り
- シミュレーターを用いた手技の練習 等

2. 学位取得のための研究・論文作成、専門医取得のための研究や論文作成

- 学会や外部の勉強会への参加・発表準備
- 自主的に開催される院内勉強会への参加・発表準備
- 本来業務とは区別された臨床研究に係る診療データの整理・症例報告作成・論文執筆
- 大学院への受験勉強、専門医取得や更新に係る症例報告作成・講習会の受講 等

3. 手技を向上させるための手術見学等の時間

- 業務上、必須ではない見学
- 自ら申し出て、上司の明示・黙視による指示なく行う見学 等

4. 研修・教育訓練の取扱い

業務上、義務付けられていない自由参加の研修・教育訓練は、労働時間に該当しません。

- 参加の強制はなく、また、参加しないことについて不利益な取り扱いもない勉強会
- 無償で病院等の設備の使用許可を取った上、自ら申出て、一人または先輩等に依頼し、使用者からの指揮命令を受けることなく勤務時間外に行う訓練

5. 仮眠時間の取扱い

- 当直業務以外の仮眠時間は、実際に業務を行わないため労働時間に該当しません。

6. 労働時間前後の時間の取扱い

- 自発的に始業時刻前に到着し、始業まで業務には従事せず、また、指示も受けていない場合は労働時間に該当しません。