

h名古屋市立大学病院

臨床研修プログラム

- 1 **臨床研修の目標**【4 項】
 - 1.1 厚生労働省臨床研修の到達目標
 - 1.2 当院における臨床研修の理念・基本方針(総合研修センター理念・基本方針)
 - 1.3 行動目標
 - 1.4 経験目標
- 2 **プログラムの概要**【5 項】
 - 2.1 プログラムの名称
 - 2.2 募集方法および定員
 - 2.3 プログラムの目的
 - 2.4 プログラムの特徴
 - 2.5 研修環境
 - 2.6 研修終了後の進路
- 3 **プログラムの種類**【9 項】
 - 3.1 大学病院基盤研修プログラム (Program 1)
 - 3.2 協力型病院連携研修プログラム (Programs 2)
 - 3.3 小児科重点研修プログラム (Programs 3)
 - 3.4 産科婦人科重点研修プログラム (Programs 4)
- 4 **協力型研修病院, 研修協力施設での研修**【12 項】
 - 4.1 協力型研修病院研修 1(連携研修プログラム研修)
 - 4.2 協力型研修病院研修 2(協力型短期研修)
 - 4.3 研修協力施設研修(地域医療研修)
 - 4.4 NEW－E研修
- 5 **研修指導システム**【17 項】
 - 5.1 研修管理委員会
 - 5.2 臨床研修委員会
 - 5.3 総合研修センター
 - 5.4 研修実施責任者
 - 5.5 臨床研修責任指導医
 - 5.6 指導医
 - 5.7 上級医
 - 5.8 指導者
 - 5.9 研修医の指導体制
 - 5.10名古屋市立大学病院に診療科部長の一覧
 - 5.11診療チーム
 - 5.12患者さんから研修医に対する評価
 - 5.13研修医から診療科および指導医に対する評価

6	共通プログラム	【24 項】
6.1	オリエンテーション	
6.2	救急外来研修	
6.3	Morning and Evening Reports	
6.4	イブニングセミナー	
6.5	Clinico-pathological conference (CPC)と剖検	
6.6	研修医連絡会	
6.7	内科合同症例検討会	
6.8	救急症例検討会	
6.9	セーフティマネージャー会議	
6.10	感染対策マネージャー会議	
6.11	院内各種講演会・研修会等(医療安全、感染制御、緩和ケア、その他病院行事)	
6.12	修了式	
6.13	研修医面談	
6.14	ICLS 講習会	
7	研修評価と修了認定	【27 項】
7.1	研修評価システム	
7.2	臨床研修医ポートフォリオの内容と使用方法	
7.3	レポート	
7.4	指導管理者との懇談記録	
7.5	研修修了認定	
7.6	研修の中断・再開・未修了	
7.7	研修記録の保管	
8	処遇	【34 項】
8.1	給与等	
8.2	医師賠償責任保険	
8.3	夜勤・休日日勤	
9	別添	
	別添 1 必修科目, 選択必修科目研修プログラム	
	内科	【36 項】
	救命救急センター	【46 項】
	麻酔科	【50 項】
	地域医療研修	【52 項】
	外科	【59 項】
	産科婦人科	【64 項】
	小児科	【68 項】
	精神科	【73 項】
	別添 2 選択科目研修プログラム	
	総合内科・総合診療科	【77 項】
	消化器内科	【84 項】

肝・膵臓内科	【89 項】
呼吸器・アレルギー内科	【94 項】
リウマチ・膠原病内科	【96 項】
循環器内科	【100 項】
内分泌・糖尿病内科	【104 項】
血液・腫瘍内科	【109 項】
神経内科	【111 項】
腎臓内科	【113 項】
外科	【117 項】
整形外科	【123 項】
産科婦人科	【128 項】
小児科	【132 項】
眼科	【137 項】
耳鼻咽喉科	【141 項】
形成外科	【145 項】
皮膚科	【149 項】
泌尿器科	【155 項】
精神科	【159 項】
放射線科	【164 項】
麻酔科	【169 項】
脳神経外科	【174 項】
病理診断部	【177 項】
救命救急センター	【179 項】
リハビリテーション科	【183 項】
別添 3 臨床研修の行動目標	【186 項】
別添 4 臨床研修の経験目標	【188 項】
別添 5 ヘルシンキ宣言	【198 項】
別添 6 リスボン宣言	【203 項】

問い合わせ・連絡先

〒467-8602 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄 1

名古屋市立大学病院総合研修センター

TEL 052-851-5511(病院代表) 内線 7106 (研修担当事務)

e-mail: kensyu-c@med.nagoya-cu.ac.jp

1 臨床研修の目標

1.1 厚生労働省臨床研修の到達目標

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

1.2 当院における臨床研修の理念・基本方針(総合研修センター理念・基本方針)

1) 理念

- ・研修医が総合診療能力と専門的診療能力をバランス良く修得し、プロの自覚を持って、患者さんのためのチーム医療を分担できる医師に育つよう支援する。
- ・最新知識の吸収と医学研究の推進により、医療の発展に寄与するようなヒューマニズムとアカデミズムにあふれる魅力的な医師を輩出する。

2) 基本方針

- ・将来専門とする分野にかかわらず、全ての医師が身に付けるべき基本的診療能力を修得させる。
- ・大学病院ならではの幅広い専門研修を提供する。
- ・協力施設と連携して、研修医の多種多様なニーズに柔軟に対応した研修プログラムを提供する。
- ・医学教育を通じ、高い倫理観と思いやりをもった医師を育てる。
- ・医師、看護師、メディカルスタッフ等との連携・協力によるチーム医療を実践できるコミュニケーション能力を身に付けさせる。
- ・地域医療プログラムを通じて、地域背景や患者さんのニーズに応じて柔軟に対応できる研修医を育てる。

1.3 行動目標

臨床研修プログラムの行動目標を、別添 3 臨床研修の到達目標に示す。

1.4 経験目標

臨床研修プログラムの経験目標を、別添 4 臨床研修の経験目標に示す。

2 プログラムの概要

2.1 プログラムの名称

当プログラムは、名古屋市立大学病院臨床研修プログラムと称します。大学病院での2年研修(協力型研修病院での部分的なローテーション研修を含む)を基盤とする大学病院基盤研修プログラムと、協力型研修病院とのたすきがけ研修による連携研修プログラム、専門性に富んだ研修を行う小児科重点研修プログラム・産科婦人科重点研修プログラムがあります。

2.2 募集方法および定員

当該年度3月医学部医学科卒業予定者か卒業者であって、本院の医師、卒後臨床研修計画に従って研修を希望する者に対し選考試験(面接・書類審査等)を実施します。尚、各プログラムとも、医師臨床研修マッチングシステムにより募集します。マッチ者が募集定員に満たない場合は、医師臨床研修協議会のルールに従って2次募集を実施します。

プログラム名		(H29 定員)
大学病院基盤研修	Program 1	5名
協力型病院連携研修	Program 2	28名
小児科重点研修	Program 3	2名
産科婦人科重点研修	Program 4	2名

*各プログラムでは2年間に最低8か月は大学病院で研修。

図 1. 平成 29 年度名古屋市立大学臨床研修プログラム定員

2.3 プログラムの目的

現代の複雑で絶えず変化する医療情勢の中で活躍し得る医師には、臨床家としての能力以上に管理能力、研究能力、そして国際的な視野を備えた教育指導者としての能力が求められます。当研修プログラムでは、変化を続ける医学・医療環境の中で指導的役割を担っていける医師となるために、地域の一般病院、大学病院を含む多様な施設や医療環境の中で、様々な指導医との人格的交流を基盤とする診療活動を通じて、反省的実践家としての医学・医療のプロフェッショナルに必要な能力を習得します。当プログラムで習得する能力は次の4つです。

- 1) プライマリ・ケアにおける総合診療能力 … 患者さんの立場と意思に基づく最善の医療、安心の医療が提供できる
- 2) 診療チームの中での役割の遂行能力 … 円滑なコミュニケーション、プレゼンテーション、自己管理、危機管理ができる
- 3) 医師としての自己向上能力 … 医療専門職として、科学者として、教養人としての持続的な自己研鑽ができる
- 4) リーダーシップと教育指導能力 … 屋根瓦式研修の一員として下級医、同期医相互の指導ができる

2.4 プログラムの特徴

大学病院研修と協力型研修病院研修の両方のメリットを取り入れた研修プログラム

大学病院研修と協力型研修病院研修のそれぞれのメリットを生かすために、どのプログラムでも協力型研修病院研修を取り入れての研修が可能です。2年間の研修の内、8か月以上を大学病院で研修します。

- 1) 大学病院基盤研修プログラム (Program 1): 1年次の10か月間は内科6か月、救急3か月、麻酔科1か月を研修、残りの2か月間は選択必修科目から1科目、選択科目を1科目選択し、それぞれ1か月研修します。2年次は地域医療を1か月研修し、残りの期間は希望する選択科目を研修します。2年次には協力型研修病院での短期研修も3か月まで可能です。
- 2) 協力型病院連携研修プログラム (Programs 2): 1年次は協力型研修病院で内科6か月、救急3か月、麻酔科1か月を研修、残りの2か月間は選択必修科目から1科目、選択科目を1科目選択し、それぞれ1か月研修します。2年次は大学病院で、地域医療研修1か月を除く期間は希望する選択科目を研修します。大学病院研修中には協力型研修病院での短期研修も3か月まで可能です。また、大学病院で必修科目を、協力型研修病院で選択科目を研修することもできます。
- 3) 小児科重点研修プログラム (Program 3): 1年次の10か月間は内科6か月、救急3か月、麻酔科1か月を研修、残りの2か月間は選択必修科目から1科目、選択科目を1科目選択し、それぞれ1か月研修します。2年次は地域医療を1か月研修し、残りの期間は希望する選択科目を研修します。2年次には協力型研修病院での短期研修も3か月まで可能です。選択必修科目は必ず重点研修科目を選択します。
- 4) 産科婦人科重点研修プログラム (Program 4): 1年次の10か月間は内科6か月、救急3か月、麻酔科1か月を研修、残りの2か月間は選択必修科目から1科目、選択科目を1科目選択し、それぞれ1か月研修します。2年次は地域医療を1か月研修し、残りの期間は希望する選択科目を研修します。2年次には協力型研修病院での短期研修も3か月まで可能です。選択必修科目は必ず重点研修科目を選択します。

総合内科・総合診療科診療研修

- 1) 名古屋市立大学病院では、H19年度から総合内科・総合診療科による一般内科疾患を中心とする総合診療研修を始めました。1年次研修医は、6か月間の内科ローテートのうち1か月目と6ヶ月目を本研修必修とし、残りの2~5か月目に消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、神経内科を各1か月ずつローテート研修していただきます。2年次の研修医は選択科目として研修できます。
- 2) 総合内科・総合診療科の診療内容は、総合診療病棟の入院診療、内科外来診療、時間外(夜間・休日)の救急診療などです。研修医は救急外来における初診の診察から、入院診療、退院後の外来まで一連の診療を担当することができます。
- 3) 総合内科・総合診療科は、内科を中心とした総合的な外来・入院診療を通じて、患者や家族を取り巻く様々な医学的な問題点を抽出し、その解決に向けて、チーム医療を最大限活用していく診療を目指しています。本診療チーム内での研修は、研修医が個々の単科診療科で研修する内容を統合的に応用できるように、問題解決を通じて応用力を磨く重要な研修です。この中には医師としてのプロフェッショナルな態度の理解や、チーム医療内で役割分担を行うための相互理解などを深めることや、患者対医師、医師対医師、あるいはその他の医療従事者対医師の間に必要なコミュニケーションの能力の習得なども目指します。
- 4) 毎朝、担当している全症例を指導医とともに症例検討して診療方針の確認を行います。カルテチェックを行った後は、指導医と共にチーム回診を行い、意見交換を行い、診療方針を決定します。その後、指導医の管理の下で研修医自身が主な担当医として診療できるように工夫されています。また、夕方にも振り返りカンファレンスを行うことで、1日の業務の確認を指導医と共に行います。

月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
研修医①	総合内科・ 総合診療科	消化器内科	循環器内科	呼吸器内科	神経内科	総合内科・ 総合診療科		
研修医②		総合内科・ 総合診療科	消化器内科	循環器内科	呼吸器内科	神経内科	総合内科・ 総合診療科	
研修医③			総合内科・ 総合診療科	消化器内科	循環器内科	呼吸器内科	神経内科	総合内科・ 総合診療科

図 2. 1 年次内科必修研修のローテート例

協力病院との連携による屋根瓦式の研修指導体制

- 1) 協力型臨床研修病院と共同で実施する指導医講習会、faculty development で鍛え上げた臨床研修指導医が指導にあたります。
- 2) 量より質を重視した研修を行います。「こなすことの出来る」「流すことの出来る」医師ではなく、「自ら考える医療」を実践できる医師の育成を目指します。
- 3) 屋根瓦式の診療指導体制をとります。自己満足に陥らない高い水準の臨床能力の獲得には、同じ世代の医師が相互に協力し合い、かつ切磋琢磨し合うことができる研修システムが必要です。医師の間の相互研鑽を計るべく、当プログラムのローテート研修では指導医の下に診療チームを作り、教える者と教えられる者の年齢の差が少ない屋根瓦式の研修指導を行います。学習の効果は、see one (他人がやるのを見ること)、do one (自分でやってみること)、teach one (自ら教えてみること)の順でより確実なものとなります。ローテート研修では、大学病院および協力型研修病院において、指導医の指導の下に、名古屋市立大学医学部の診療参加型臨床実習(クリニカルクラークシップ)として診療チームに加わる医学生と共に診療を行うことでEBMを基本とする活発な討論を刺激し、診療能力の習得を確実なものとしします。
- 4) 各科に勤務する専門医にいつでも相談でき、最新の知識、情報、技術に触れることができます。プライマリ・ケアで遭遇する頻度の高い疾患に対しても、隠れているまれな疾患の知識に基づいて科学的論理的な診断、治療法策定の方法を経験でき、さらに一般病院では困難な、一人の患者に関して複数科の専門医が共同して治療にあたる multimodal な治療を経験できます。

2.5 研修環境

外来棟の 4 階に研修医室があります。全研修医に、IT 端末を備えた個人用デスクを提供されます。病棟・中央診療棟の 4 階総合研修センター室は研修医専用の利用が可能であり、総合内科診療研修中には感染対策室スタッフとの多職種カンファレンスなども開催され、カンファレンス用に電子カルテ端末と液晶プロジェクタによる投影が 24 時間利用可能です。また、臨床シミュレーションセンターには心音聴診・脈拍触診、呼吸音聴診、救急蘇生、皮膚縫合、内視鏡トレーナー、超音波トレーナーなど各種シミュレーターを完備しています。模擬研修は、指導医によるオリエンテーションを受けることも可能ですが、さらに自分のスケジュールに合わせて、自由な時間に自主研修も可能です。

2.6 研修終了後の進路

- 1) 名古屋市立大学病院ではその関連病院とともに、卒前の診療参加型臨床実習(clinical clerkship, CC)、卒後臨床研修、専門医研修を通じて、屋根瓦方式の教育研修体制をとっています(図 3)。
臨床研修終了後のコースとしては、後期研修のための専門医研修プログラムを整備し、シニアレジデントとし

て、高い診療能力を習得できる機会を提供します。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
医学部 ICM				医学部 CC		卒後 臨床研修		専門医研修コース (大学院との両立可)			生涯学習

図 3. 名古屋市立大学医学教育研修システム

- 2) 研修修了者の現況については、総合研修センターで逐次捕捉するほか、3年に一度、現況調査を実施し、把握に努める。

3 プログラムの種類

プライマリ・ケア能力の研修には、様々な医療現場における広汎かつ豊富な経験が重要ですが、それとともに各分野の教育スタッフや医療チームによる適切な指導システムが必要です。特に、実践だけでは、事実に基づかない慣習的な医療に陥るリスクが大です。日常的に頻繁に遭遇する臨床的な問題への対処法も、医学・医療の進歩を up-to-date に反映したものでなければなりません。それが、患者さんに対する医師の義務でもあります。

そこで、当研修プログラムでは、大学病院研修と協力型研修病院研修の、それぞれのメリットが最大限に引き出される研修プログラムを設定します。大学病院での研修期間には、各分野の専門医の指導による標準的かつ最新のプライマリ・ケア対応についての研修ができ、協力型病院における研修期間には経験豊かな指導医の下で豊富な症例についてプライマリ・ケアの実践経験を積むことができます。

3.1 大学病院基盤研修プログラム (Program 1)													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 年次	大学 病院	総合 内科 ・ 総合 診療	消化器 内科	循環器 内科	呼吸器 内科	神経 内科	総合 内科 ・ 総合 診療	救急			麻酔	選択 必修	選択
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2 年次	大学 病院	地域 医療	選択										
※ 選択必修には次の科目が含まれる。 外科、産科婦人科、小児科、精神科 ※ 選択には次の科目が含まれる。 内科、外科、麻酔科、救命救急センター、産科婦人科、小児科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、形成外科、皮膚科、泌尿器科、精神科、放射線科、脳神経外科、病理診断学(病理部) ※ 選択必修は各科目 1 か月以上研修する。													

3.2 協力型病院連携研修プログラム (Programs 2)													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 年次	協力型 研修病 院	内科					救急			麻酔	必修 選択	選択	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2 年次	大学病 院	地域 医療	選択必修・選択										
※ 選択必修には次の科目が含まれる。													

外科、産科婦人科、小児科、精神科

※ 選択には次の科目が含まれる。

内科、外科、麻酔科、救命救急センター、産科婦人科、小児科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、形成外科、皮膚科、泌尿器科、精神科、放射線科、脳神経外科、病理診断学(病理部)

※ 選択必修は各科目1か月以上研修する。

※ 1年次大学病院、2年次協力型研修病院とすることも可能。応相談。

3.3 小児科重点研修プログラム (Programs 3)

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1年次	大学病院・協力型研修病院	内科						救急			麻酔	プログラム必修	選択
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2年次	大学病院	地域医療	プログラム必修・選択必修・選択										
		<p>※ プログラム必修には次の科目が含まれる。</p> <p>小児科</p> <p>※ 選択には次の科目が含まれる。</p> <p>内科、外科、麻酔科、救命救急センター、産科婦人科、小児科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、形成外科、皮膚科、泌尿器科、精神科、放射線科、脳神経外科、病理診断学(病理部)</p>											

3.4 産科婦人科重点研修プログラム (Programs 4)

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1年次	大学病院・協力型研修病院	内科						救急			麻酔	プログラム必修	選択
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2年次	大学病院	地域医療	プログラム必修・選択必修・選択										
		<p>※ プログラム必修には次の科目が含まれる。</p> <p>産科婦人科</p> <p>※ 選択には次の科目が含まれる。</p> <p>内科、外科、麻酔科、救命救急センター、産科婦人科、小児科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科</p>											

科、形成外科、皮膚科、泌尿器科、精神科、放射線科、脳神経外科、病理診断学(病理部)

全プログラム共通事項 (Program 1-4)
いずれのプログラムも2年間の研修期間の内8か月以上は名古屋市立大学病院で研修しなければならない(厚生労働省令による管理型研修病院の定義 — 研修修了認定要件)。
プログラム共通事項 (Program 3-4)
小児科重点研修プログラムおよび産科婦人科重点研修プログラムでは、1年次に協力型研修病院での研修に変更も可能。

図 4. 研修プログラム(1~4)

4 協力型研修病院, 研修協力施設での研修

4.1 協力型研修病院研修 1 (連携研修プログラム研修)

プログラム 2 で行う 1 年間の協力型研修病院研修です。研修を行う病院はマッチング後に、プログラム毎のマッチ者の希望に添って決定します。希望者が協力型研修病院の定員を越えるときは、採用試験の成績、将来の希望専攻領域のバランスなどを考慮して調整します。

1) 研修内容

- ① 研修開始時またはそれに先立って名古屋市立大学病院で行われるガイダンスに出席します(1 日)。さらに、研修を行う協力型研修病院で行われるオリエンテーションまたはそれに相当する行事に参加します。
- ② 協力型研修病院研修中はその協力型研修病院の指定する当直等の業務に従事します。
- ③ 協力型研修病院研修中に 1 回以上、プログラム責任者との面談を行います。
- ④ 協力型研修病院研修期間中に、名古屋市立大学病院で臨床研修医のための講演会等(土曜日午後または休日)が開催されるときはそれに参加します(当直等の業務のあるときは除く)。

2) 処遇

協力型研修病院研修の 1 年間は、研修を行う協力型研修病院の所属とし、給与、賞与、各種社会保険料および必要な宿舍等はその協力型研修病院から支給されます。

3) 研修指導および評価

研修医の診療行為は当該協力型研修病院の研修指導医の指導下でその責任の下に行います。研修期間の研修評価は当該協力型研修病院の研修指導医が行います。

4) 研修が出来る協力型研修病院(30 病院)

独立行政法人労働者健康安全機構旭労災病院
愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院
一宮市立市民病院
三重県厚生農業協同組合連合会いなべ総合病院
愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院
中東遠総合医療センター
蒲郡市民病院
医療法人豊田会刈谷豊田総合病院
社会医療法人宏潤会大同病院
愛知県厚生農業協同組合連合会知多厚生病院
三重県厚生農業協同組合連合会菰野厚生病院
愛知県厚生農業協同組合連合会江南厚生病院
社会医療法人名古屋記念財団名古屋記念病院
医療法人偕行会名古屋共立病院
名古屋市立西部医療センター
名古屋市立東部医療センター
医療法人純正会名古屋市立緑市民病院
社会医療法人大雄会総合大雄会病院
日本赤十字社名古屋第二赤十字病院
愛知県厚生農業協同組合連合会稲沢厚生病院
岐阜県立多治見病院
豊川市立豊川市民病院
愛知県厚生農業協同組合連合会豊田厚生病院
豊橋市民病院
JA 静岡厚生連遠州病院
春日井市民病院

医療法人徳洲会名古屋徳洲会総合病院
社会医療法人北斗 北斗病院
特定医療法人沖縄徳洲会 南部徳洲会病院
津島市民病院

4.2 協力型研修病院研修 2 (協力型短期研修)

大学病院で研修中の研修医を対象に行う 3 か月以内の協力型研修病院研修です。

1) 研修内容

- ① 研修を行う協力型研修病院、研修科目、研修期間は、各研修医の希望および総合研修センター長の指導に基づき、当該協力型研修病院の研修実施責任者と名古屋市立大学病院・総合研修センターとの協議によって決定します。
- ② 研修期間は原則として 3 か月以内、1 病院(複数の希望があれば応相談)までとします。当該協力型研修病院の了承により、その病院の中で複数の科目を組み合わせることは可とします。
- ③ 研修中はその協力型研修病院の指定する当直等の業務に従事します。
- ④ 研修期間中に、名古屋市立大学病院で臨床研修医のための講演会等(土曜日午後または休日)が開催されるときはそれに参加します(当直等の業務のあるときは除く)。

2) 処遇

研修中は、名古屋市立大学病院研修の所属とし、給与、各種社会保険料は名古屋市立大学病院より支給します。

3) 研修指導および評価

研修医の診療行為は当該協力型研修病院の研修指導医の指導下でその責任の下に行います。研修期間の研修評価は当該協力型研修病院の研修指導医が行います。

4) 研修ができる協力型研修病院(43 病院)

独立行政法人労働者健康安全機構旭労災病院
愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院
一宮市立市民病院
三重県厚生農業協同組合連合会
三重北医療センター いなべ総合病院
愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院
中東遠総合医療センター
蒲郡市民病院
医療法人豊田会刈谷豊田総合病院
社会医療法人宏潤会大同病院
愛知県厚生農業協同組合連合会知多厚生病院
三重県厚生農業協同組合連合会
三重北医療センター 菰野厚生病院
愛知県厚生農業協同組合連合会江南厚生病院
社会医療法人名古屋記念財団名古屋記念病院
医療法人偕行会名古屋共立病院
名古屋市立西部医療センター
名古屋市立東部医療センター
医療法人純正会名古屋市立緑市民病院
社会医療法人大雄会総合大雄会病院
日本赤十字社名古屋第二赤十字病院
愛知県厚生農業協同組合連合会稲沢厚生病院
岐阜県立多治見病院
豊川市立豊川市民病院

愛知県厚生農業協同組合連合会豊田厚生病院
豊橋市民病院
春日井市民病院
医療法人徳洲会名古屋徳洲会総合病院
社会医療法人北斗 北斗病院
特定医療法人沖縄徳洲会 南部徳洲会病院
津島市民病院
特定医療法人泰玄会泰玄会病院
NTT 西日本東海病院
JA 静岡厚生連遠州病院
医療法人社団喜峰会東海記念病院
常滑市民病院
社会医療法人厚生会木沢記念病院
みなと医療生活協同組合協立総合病院
あま市民病院
南医療生活協同組合総合病院南生協病院
医療法人資生会八事病院
愛知県厚生農業協同組合連合会渥美病院
名古屋通信病院
社会医療法人明陽会成田記念病院
独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院

○ 定員は原則として同時期に1名まで

4.3 研修協力施設研修 (地域医療研修)

地域保健・医療を必要とする患者とその家族に対して全人的に対応するために、身体診察、プライマリ・ケア、面接技法などの基本的臨床能力を習得するとともに、地域において医療の果たすべき役割を理解し実践します。

1) 研修内容

- ① 研修を行う施設、研修期間は、各研修医の希望および総合研修センター長の指導に基づき、当該施設の研修実施責任者と名古屋市立大学病院・総合研修センターとの協議によって決定します。
- ② 研修医2年次に1ヶ月間必修します。
- ③ 研修中はその施設の指定する当直等の業務に従事します。
- ④ 研修期間中に、名古屋市立大学病院で臨床研修医のための講演会等(土曜日午後または休日)が開催されるときはそれに参加します(当直等の業務のあるときは除く)。

2) 処遇

研修中は、名古屋市立大学病院研修の所属とし、給与、各種社会保険料は名古屋市立大学病院より支給します。

3) 研修指導および評価

研修医の診療行為は当該施設の研修指導医の指導下でその責任の下に行います。研修期間の研修評価は当該施設の研修指導医が行います。

4) なごやかモデル研修

希望した研修医が地域医療研修として選択できます。住民と協働しエイジング・イン・プレイス(AIP)コミュニティづくりに取り組む実践研修の場を、超高齢化の先行する名古屋市内最大のUR団地に形成し、医・薬・看・リハビリ・工学の学部・研究科、大学病院が連携して、AIP社会の医学・医療の発展と向上を担う人材を養成します。

また以下の特徴を備えた研修です。

- ① 将来的な在宅医療時代の到来を見据えて地域の在宅診療医と協力し一定期間在宅診療に携わる研修を選択することができます。

- ② なごやかモデルで開催される認知症、緩和ケア、地域医療・介護を扱った講義等を受講することができます。
- ③ なごやかモデルの拠点となる Community health care research center (CHC)で行わるヘルスプロモーション活動や疫学・介入調査への参加が可能です。
- ④ 地域で開催される在宅医療を推進するための多職種研修会を受講することができます。

5) 研修ができる施設(15 施設)

足助病院
上矢作病院
志摩市民病院
知多厚生病院附属篠島診療所
日間賀島診療所
名古屋市厚生院
名古屋市総合リハビリテーションセンター
名古屋市精神保健福祉センター
名古屋市くすのき学園
愛知県赤十字血液センター
新城市民病院
新城市作手診療所
医療法人笠寺病院
みどり訪問クリニック
緑市民病院

4.4 NEW-E研修(名古屋市立大学病院・東部医療センター・西部医療センター研修医相互乗り入れ救急当直システム,【Nagoya City East Medical Center, Nagoya City West Medical Center Emergency Unit Educational System】)

生命や機能的予後に係わる緊急を要する病態や疾病、外傷に対して適切に対応できる医師になるため、幅広い救急医療の現場を経験することで、基本的な診療能力(態度、技能、知識)を身につけます。市立大学病院、市立病院それぞれの救急システムの特色を生かしながら、救急医療に対処する能力を磨きます。

1) 各病院の救急医療の特色

- ① 市立大学病院は三次救急を中心とした高度医療
- ② 東部医療センターは心臓血管センター・脳血管センターを備えた二次救急医療
- ③ 西部医療センターは NICU を備えた小児科および MFICU を備えた地域周産期母子医療センターである産婦人科を中心とした救急医療

2) 研修内容

- ① 東部医療センターおよび西部医療センターから提示される研修日枠に基づき、研修希望者を募集します。
- ② 研修実施日は、土曜日の日直・宿直、日曜日・祝日の日直とし、各部門とも、一人当たり月 2 回程度とします。
また研修医がローテートしている診療科の承諾があれば、金曜日および祝日の前日の宿直も可能とします。

3) 当直料

研修した病院より支給します。

4) 研修指導および評価

研修医の診療行為は研修している病院の研修指導医の指導下でその責任の下に行います。研修期間の研修

評価は当該病院の研修指導医が行います。

- 5) 研修ができる協力型研修病院
 - 名古屋市立東部医療センター
 - 名古屋市立西部医療センター

5 研修指導システム

5.1 研修管理委員会

研修管理委員会は各プログラムの各々の研修医の研修状況を把握し、管理・評価等します。名古屋市立大学病院病院長を委員長、総合研修センター長を副委員長とし、全ての研修プログラムのプログラム責任者、協力型臨床研修病院の研修実施責任者、研修協力施設の研修実施責任者、名古屋市立大学病院の中央臨床検査部、中央放射線部、薬剤部、看護部から選出された者、名古屋市立大学病院事務部門の責任者、外部有識者で構成されます。また、研修医の代表者が参加することとなっています。

5.2 臨床研修委員会

臨床研修委員会は院内にて臨床研修の円滑な運営を図るため臨床研修に関する事項について審議します。名古屋市立大学病院総合研修センター長を委員長、副センター長を副委員長とし、プログラム責任者、各診療科及び中央部門(救命救急センター、病理診断部、リハビリテーション部)における臨床研修責任指導医、中央臨床検査部、中央放射線部、薬剤部、看護部から選出された者各1名(指導者)、医学・病院管理部教育研究課長で構成されます。また、研修医の代表が参加することとなっています。プログラム全体に関わる事項等、必要に応じて研修管理委員会に報告します。

5.3 総合研修センター

名古屋市立大学臨床研修病院群の臨床研修の円滑な実施を図るために、名古屋市立大学病院に総合研修センターを置きます。当センターは院長直属の組織であり、初期臨床研修においては、研修プログラムの企画と管理、協力型臨床研修病院および協力研修施設との連絡調整、研修医の募集・採用、研修環境の整備・管理などを担当します。教員7名、事務職員2名で構成されます。尚、初期研修医は当センターの所属となります。

5.4 研修実施責任者<参考 29年度>

<p>総括責任者: (当院における臨床研修の最終責任者。研修修了の認定を行う。)</p>	<p>名古屋市立大学病院長 小椋 祐一郎</p>
<p>臨床研修責任者: (臨床研修の運営を行う部門の責任者)</p>	<p>総合研修センター長 明智 龍男</p>
<p>プログラム責任者: (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。原則プログラム責任者養成講習会を受講した医師の中から、病院長からの任命により決定される。)</p>	
<p>大学病院基盤研修</p>	<p>兼松 孝好</p>
<p>協力型病院連携研修</p>	<p>明智 龍男・飯田 真介・高橋 広城</p>
<p>小児科重点研修</p>	<p>齋藤 伸治</p>

産科婦人科重点研修	尾崎 康彦
-----------	-------

5.5 臨床研修責任指導医

各診療科及び中央部門(救命救急センター、病理診断部、リハビリテーション部)において、指導医の中から1名ずつ選出されます(臨床研修委員を兼ねる)。役割は以下内容です。

- 1) 研修医関連及び臨床研修関連について診療科の窓口となる。
- 2) 研修医のローテーションの変更・調整をするときの診療科の窓口となる。
- 3) 研修医の休暇届の一次チェック者となり、押印する。
- 4) ポートフォリオの内容について承認し、指導医確認印欄に押印する。
- 5) 臨床研修委員会への出席する。

所 属	氏 名
総合内科・総合診療科	兼松 孝好
消化器内科	久保田 英嗣
肝・膵臓内科	林 香月
呼吸器・アレルギー内科	前野 健
循環器内科	杉浦 知範
内分泌・糖尿病内科	小山 博之
血液・腫瘍内科	楠本 茂
リウマチ・膠原病内科	難波 大夫
神経内科	大喜多 賢治
腎臓内科	福田 道雄
消化器・一般外科	坂本 宣弘
呼吸器外科	森山 悟
心臓血管外科	須田 久雄
小児外科	近藤 知史
乳腺外科	遠山 竜也
整形外科	岡本 秀貴
産科婦人科	西川 隆太郎
小児科	加藤 丈典
眼科	加藤 亜紀
耳鼻咽喉科	川北 大介
皮膚科	西田 絵美
泌尿器科	安藤 亮介
精神科	小川 成
放射線科	杉江 愛生

麻酔科	衣笠 梨絵
脳神経外科	相原 徳孝
形成外科	鳥山 和宏
救急科	服部 友紀
リハビリテーション科	植木 美乃
病理診断部	山下 依子

図 5. 平成 29 年度 臨床研修責任指導医一覧

5.6 指導医

臨床経験が 7 年以上でプライマリ・ケアに習熟し、医学教育に対する能力と熱意があり、かつ指導のための時間がとれる医師が指導医となります。臨床研修指導医講習会、教育ワークショップの受講経験が必要です。指導医はローテート研修において、屋根瓦方式の研修指導システムによる診療チームを統括指導します。指導医は名札に「臨床研修指導医シール」を添付することとなっています。

5.7 上級医

研修医よりも臨床経験の長い医師で、指導医の指導監督下で研修医を直接指導します。指導医が不在の場合は、最上級医が指導医の代わりに務めます。

5.8 指導者

中央臨床検査部、中央放射線部、薬剤部、看護部から選出された研修管理委員会及び臨床研修委員会の委員及び看護師長です。指導者はオリエンテーション研修、ローテート研修等で評価を行い、委員会等で報告します。また、研修医採用試験に試験官として携わります。

所 属	氏 名
中央臨床検査部	寺島 宏
中央放射線部	廣瀬 保次郎
薬剤部	江崎 哲夫
看護部	福留 元美
〃 (17F 看護師長)	峯 恵
〃 (16F 北 看護師長)	友廣 智香
〃 (16F 南 看護師長)	永田 千恵
〃 (15F 北 看護師長)	鬼塚 真美
〃 (15F 南 看護師長)	立松 理恵
〃 (14F 北 看護師長)	石川 裕子
〃 (14F 南 看護師長)	伊藤 加代子
〃 (13F 北 看護師長)	岩永 美世子
〃 (13F 南 看護師長)	加藤 直美

" (12F 北 看護師長)	足立 珠美
" (12F 南 看護師長)	中尾 敦子
" (11F 北 看護師長)	北野 ゆかり
" (11F 南 看護師長)	渡辺 美奈
" (10F 南 看護師長)	山吹 美貴
" (9F 北南 看護師長)	松井 幸子
" (9FNICU 看護師長)	石井 房世
" (8F 北 看護師長)	田中 幸子
" (8F 南 看護師長)	石川 美江
" (7F 北 看護師長)	水野 仁美
" (中央手術部 看護師長)	深田 栄子
" (中央手術部 看護師長)	日比 佳子
" (ICU・CCU 看護師長)	鈴木 伴枝
" (外来 看護師長)	佐橋 朋代
" (外来 看護師長)	外山 敦子
" (救命救急センター 看護師長)	山村 清佳
" (救命救急センター 看護師長)	平原 広登
" (入院支援センター 看護師長)	村田 佐知子
" (教育師長)	早川 則子
" (教育師長)	吉松 由子

図 6. 平成 29 年度 臨床研修指導者一覧

5.9 研修医の指導体制

研修医は、指導医の直接的指導医の下で、あるいは指導医の指導監督下における指導医以外の医師(いわゆる上級医)による直接指導の下で、研修を行います。プログラム責任者は、指導医と密接な連携をとり、研修医のプログラム進行状況の把握及びアドバイスを行います。

5.10 名古屋市立大学病院の診療科部長の一覧

役 職	氏 名
総合内科・総合診療科部長(代理)	兼松 孝好
消化器内科部長	城 卓志
呼吸器・アレルギー内科部長	新実 彰男
リウマチ・膠原病内科	難波 大夫
肝・膵臓内科部長	野尻 俊輔
循環器内科部長	大手 信之
内分泌・糖尿病内科部長	今枝 憲郎
血液・腫瘍内科部長	飯田 真介
神経内科部長	松川 則之
腎臓内科部長	福田 道雄
消化器・一般外科部長	竹山 廣光
呼吸器外科部長	中西 良一
小児外科部長	近藤 知史
乳腺外科部長	遠山 竜也
整形外科部長	大塚 隆信
産科婦人科部長	杉浦 真弓
小児科部長	齋藤 伸治
眼科部長	小椋 祐一郎
耳鼻咽喉科部長	村上 信五
形成外科部長	鳥山 和宏
皮膚科部長	森田 明理
泌尿器科部長	安井 孝周
精神科部長	明智 龍男
放射線科部長	芝本 雄太
麻酔科部長	祖父江 和哉
脳神経外科部長	間瀬 光人
心臓血管外科部長	三島 晃
救急科	菅野 寛 服部 友紀 松嶋 麻子
リハビリテーション科	和田 郁雄

図 7. 平成 29 年度 診療科部長の一覧

5.11 診療チーム

ローテート研修では、診療チームによる屋根瓦方式の研修指導体制(図8)をとります。また、自ら教えることが大きな学習効果を生むという教育理論を踏まえ、ローテート研修では大学病院および協力型病院において名古屋市立大学医学部の参加型臨床実習とも連携をとり診療能力の習得を確実なものとしします。

診療 ユニット主任	チーム1	指導医1	シニア レジデント	研修医1	学生1	患者さん 20-24名
				研修医2	学生2	
	チーム2	指導医2	シニア レジデント	研修医3	学生3	
				研修医4	学生4	
	チーム3	指導医3	シニア レジデント	研修医5	学生5	
				研修医6	学生6	
	チーム4	指導医4	シニア レジデント	研修医7	学生7	
				研修医8	学生8	

図8. ローテートプログラムにおける屋根瓦方式の診療チームシステム

5.12 患者さんから研修医に対する評価

1) ご意見箱への投函

ご意見箱に患者さんから研修医に対する意見が投書された場合は、総合研修センターへ報告される仕組みとなっている。投書された内容に応じて、総合研修センター教員が研修医に対して、面談を行う等している。また、必要に応じて、研修医全体ミーティング、臨床研修委員会へ報告される。

2) 患者アンケートの実施

年に一度、一定期間にて入院患者を対象にアンケートを実施しており、内容には研修医への評価に関する項目を入れている。アンケート結果は集約後、患者サービス向上委員会および部長会にて集計結果が報告される。尚、研修医に対しては、研修医全体ミーティングにてフィードバックされる。

5.13 研修医から診療科および指導医に対する評価

研修医は、ローテートした診療科および診療科指導医に対する評価を、独自の評価表を用いて年度末に行う。評価結果については集約の上、臨床研修委員会にてフィードバックされる。

また、評価結果及び総合研修センターでの協議の結果、指導が特に優れていると認められる指導医については、年度末に表彰を行うこととする。

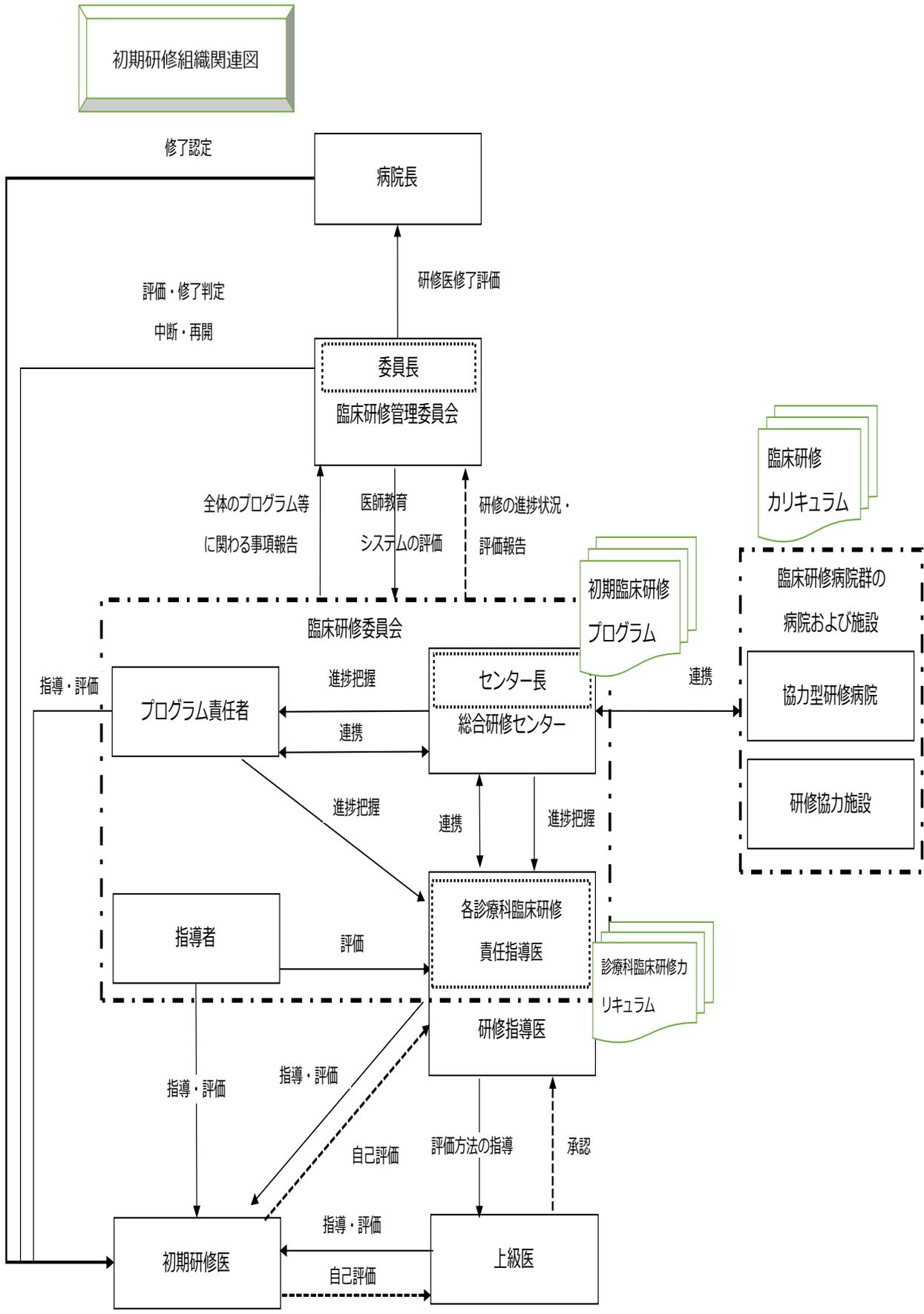


図 9. 初期研修組織関連図

6 共通プログラム

プライマリ・ケア能力を身につけるためには、プライマリ・ケアの実践のみではなく、up-to-date な医学情報を収集し、吟味する能力が必要です。最近の医学の急速な進歩は、いわゆる common diseases も含めて、その疾患概念や診療医指針を2～3年毎に塗り替えています。そこで、当研修プログラムでは、ローテート研修と平行して、医学知識および医療技術に関するセミナーや実習を共通プログラムとして提供します。

共通プログラムは、大学病院の第一級の専門医や教育スタッフが総力を挙げて行うものであり、大学病院における研修の最大のメリットといえることができます。さらに、これらのプログラムは、新たな医師臨床研修制度で求められる行動目標や必修項目を中心に構成されており、研修目標をより高度なレベルで達成できるよう配慮されています。

6.1 オリエンテーション

名古屋市立大学臨床研修病院群における臨床研修を円滑に開始するために、当病院群の研修医として必要な知識・技能・態度を修得するとともに、研修医同士の間およびスタッフとの間の連帯感と相互信頼感を得るためのプログラムです。研修に先立ってプログラムを実施します。当病院群に全国から集まる研修医の間の連帯感を高める企画も豊富です。

オリエンテーション内容は以下の通りです。

1) 年度初めオリエンテーション(1週間程度)

- ① 医療安全について
- ② 個人情報保護について
- ③ 診療録管理について
- ④ 保険診療について
- ⑤ 医薬品の安全管理について
- ⑥ 病院の災害対応について
- ⑦ 接遇について
- ⑧ 院内感染対策について
- ⑨ 電子カルテ使用方法について
- ⑩ 図書館の使用方法について
- ⑪ 各診療科からのレクチャー
- ⑫ 中央臨床検査部, 中央放射線部, 薬剤部, 看護部, 輸血部, 医療安全管理室からのレクチャー
- ⑬ 臨床シミュレーションセンターからのレクチャー

2) 採用前オリエンテーション(半日)

- ① 諸手続きについて(ローテート変更, 休暇届申請方法等)
- ② 研修医連絡会等スケジュールについて
- ③ NEW-E研修について
- ④ 水谷孝文賞について
- ⑤ ヒポクラテスと医の倫理等について
- ⑥ ポートフォリオの記載方法、提出について
- ⑦ 院外研修時の面談について
- ⑧ アルバイト禁止について

6.2 救急外来研修

研修医は当直医(指導医および上級医)の指導のもと救命救急センターにて月 4 回程度時間外診療研修を行います。マニュアルは電子カルテ掲載の「救命救急センター時間外マニュアル」を使用します。夜間救急外来勤務明けは、原則として午後の勤務免除となります。

6.3 Morning and Evening Reports

平日の救急当直明けには、救急当直中の担当症例について、救命救急センターにおいて振り返りが行われます。判断に迷った症例なども、電子カルテで呈示し、アドバイスを受けることができます。

6.4 イブニングセミナー(総合研修センター主催,毎月第1水曜日)

プライマリ・ケアのための実践的知識と臨床判断力の習得を目的に、毎月第1水曜日夜方(研修医全体ミーティング後引き続き)に、各診療科から、プライマリ・ケアに必要な医学・医療の最新かつ実践的な知識を提供するミニレクチャーを行います。

6.5 Clinico-pathological conference (CPC)と剖検

1) 剖検症例(autopsy case) CPC (ACCPC)

名古屋市立大学病院で内科剖検例を中心に年 4 回剖検症例 CPC を開催します。大学病院で研修中の全研修医はこの CPC に参加して討論に加わります。また、CPC 担当者から予め指示された研修医は、指定された症例についての資料を収集し、発表できる形式にまとめ、症例提示を行います。CPC の目的は、臨床診断および臨床的意思決定の演習です。したがって、研修医および臨床側の参加者にとって未知の症例(2 例程度)を対象とします。

2) 研修医のための small-group ACCPC

名古屋市立大学病院での研修中は、担当症例以外の症例の剖検にも立ち会えるように研修医オンコール体制をとります。剖検が行われる時は、剖検病理医から待機中の当番研修医 2 名に連絡が入ります。担当研修医は病理医の指導のもとに剖検に参加し、約 3 ヶ月後に担当病理医による最終病理診断レポートが完成した時点で、臨床担当医(主治医)、病理医 2 名とともに剖検症例についての Small-group CPC に参加します。担当研修医は剖検例について剖検レポートをまとめ総合研修センターに提出します。

3) 臨床症例(clinical case) CPC (CCCPC)

名古屋市立大学病院では生検症例についての様々な臨床症例 CPC を開催します。Early Bird Seminar などの機会に案内がありますので積極的に参加してください。

6.6 研修医連絡会(総合研修センター主催)

1) 研修医全体ミーティング(毎月第1水曜日)

伝達事項の徹底、研修医間の情報交換、インシデントおよびアクシデントの情報共有等を目的として開催し、総合研修センター教員、総合内科教員、研修医が参加します。院外研修や救急当直等出席出来ない理由がない限り、主体的に参加することとなっています。

2) 研修医連絡会(毎月第3水曜日)

伝達事項の徹底、研修医間の情報交換、インシデントおよびアクシデントの情報共有等を目的として開催し、総合研修センター副センター長および研修医が参加します。院外研修や救急当直等出席出来ない理由がない限り、主体

的に参加することとなっています。

6.7 内科合同症例検討会(内科主催, 毎月第 4 水曜日)

名古屋市立大学病院の内科診療科が合同で症例検討会を開催します。内科診療科が持ち回りで症例提示をしますので、総合内科症例担当月(年 3 回)には研修医が症例提示を行います。研修医は院外研修や救急当直等出席出来ない理由がない限り、主体的に参加することとなっています。

6.8 救急症例検討会(総合研修センター主催, 毎月第 3 水曜日)

研修医が救急当直等で取り扱った症例について提示を行います。研修医は院外研修や救急当直等出席出来ない理由がない限り、主体的に参加することとなっています。

6.9 セーフティマネージャー会議(医療安全管理室主催, 毎月第 1 木曜日)

各職場に配置されている「セーフティマネージャー」で構成され、安全管理に関する事項についての周知徹底や情報交換などを行っています。研修医は委員として代表者が参加することとなっています。出席した代表者は研修医全体ミーティング等で他の研修医に周知を行うこととなっています。

6.10 感染対策マネージャー会議(感染制御室主催, 毎月第 4 木曜日)

各職場に配置されている「感染対策マネージャー」で構成され、感染予防対策に関する周知徹底を図ること等を目的に開催しています。研修医は委員として代表者が参加することとなっています。出席した代表者は研修医全体ミーティング等で他の研修医に周知を行うこととなっています。

6.11 院内各種講演会・研修会等(医療安全, 感染制御, 緩和ケア, その他病院行事)

開催状況については、拡大研修医連絡会での報告または研修医室へのポスター掲示にて周知されます。研修医は可能な限り参加しなければならないこととなっています。

6.12 修了式

毎年度 3 月末に研修プログラムを修了した研修医に研修修了証が授与されます。併せて到達目標、研修医間の投票および研修実施責任者間の話し合いにより、優秀研修医を選出し表彰を行います。

6.13 研修医面談

毎年度 1 回以上、当院プログラムの研修医を対象に、研修指導管理者が面談を行います。面談は、ポートフォリオの進捗状況、研修状況、今後の進路等について話しがされます。また、研修指導管理者によるメンタルヘルスケアチェックも同時にを行います。

6.14 ICLS 講習会

研修医は、当院臨床シミュレーションセンターにて開催している講習会または院外主催の講習会について、研修期間(2 年間)を通じ 1 回以上、受講することとしています。

7 研修評価と修了認定

7.1 研修評価システム

研修期間中の評価および研修期間終了時の評価には、ポートフォリオを使用します。

- 1) 各研修科目についての自己目標の設定
 - ① 研修医は各研修科目開始時および研修期間 2 か月毎に、研修の自己目標を記載し、その内容を指導医と協議する。
 - ② 指導医は目標の妥当性と実現可能性を評価し、必要な指導を行う。
- 2) 研修中の評価とフィードバック
 - ① 研修期間中の評価は形成的評価により行う。
 - ② 研修医は研修期間 2 か月毎および各研修科目終了時に、指定シートの自己評価と裏面の研修医評価を記入し評価担当者(指導医、看護師長、中央放射線部技師)に提出する。
 - ③ 指導医および看護師長は、ポートフォリオの指定シートの評価項目についての評価を行い、優れている点、努力を要する点についてフィードバックを行う。
- 3) 経験目標の達成度の評価
 - ① 研修医は経験目標シートに、随時、経験した項目の診療科と日付を記入し、指導医に提出する。
 - ② 指導医は研修医の申告内容を吟味し、適切と思われる項目について確認の署名または押印を行う。
- 4) 行動目標の達成度の評価
 - ① 研修医は診療技能についてのワークショップや実地指導を受けた時、および研修科目の終了時などに研修医ライセンスシートに基づいて、指導医から診療技能の達成度の評価を受ける。
 - ② 指導医は研修医の達成水準を評価し、対応するライセンス認定欄に日付を記入し、コメント記入と署名または押印を行う。
- 5) 研修修了時の評価
 - ① 研修期間終了時の評価は、総括的評価により行い、研修医ごとの臨床研修修了の判断を行う。
 - ② 研修医の研修期間の終了に際し、研修医は総合研修センターを經由してプログラム責任者にポートフォリオを提出しなければならない。
 - ③ プログラム責任者は、提出された個々の研修医のポートフォリオに基づいて、臨床研修の目標の達成状況を評価し、その結果を研修管理委員会に報告する。
 - ④ 研修管理委員会はプログラム責任者からの報告に基づいて、研修の修了認定の可否についての評価を行う。評価は、研修実施期間の評価及び臨床研修の目標の達成度の評価(経験目標等の達成度の評価及び臨床医としての適性の評価)に分けて行い、両者の基準が満たされた時に修了と認める。

7.2 臨床研修医ポートフォリオの内容と使用方法

ポートフォリオの内容とその運用法は次の通りです。

- 1) 研修医の義務
 - ① 研修医は、研修期間を通じて本ポートフォリオを常に指導医に提示できるよう管理しなければならない。
 - ② 研修医は、研修修了(ただし、下記参照)までに本ポートフォリオの全必修項目に指導医の確認/受理を受けなければならない。

(修了認定作業のために、最終提出は2年次2月末日を予定する。ただし、2年次3月度のローテート科による評価については3月上旬までの提出でも良いこととする。)

- ③ 研修医は、本ポートフォリオを紛失したときは、速やかに総合研修センター長に報告しなければならない。
- ④ 研修医は年 1 回以上、本ポートフォリオを持参して研修プログラム責任者などの研修指導管理者との面談を行わねばならない。(ポートフォリオの進捗状況を研修指導管理者に確認してもらう。)

2) ポートフォリオの使い方と必修研修項目

- ① 科目ごとの目標と評価シート（不足時は名古屋市立大学病院の研修事務担当者まで）
- ② 各科目の開始時にその科目における研修目標を記載、内容を指導医と協議すること。
- ③ 各科目の終了時に自己評価と裏面の研修医評価を記入し評価担当者(指導医、看護師長、中央放射線部技師)に提出すること。
- ④ 1 科目の研修が 2 か月以上に及ぶ時は、2 か月毎に上記の評価を行い、新しいシートに目標を記載して指導医と協議すること。

3) 経験目標

- ① 経験目標 A の緊急を要する症状・病態の全ての必修項目を経験すること。
- ② 経験目標 B の経験が求められる疾患・病態の全必修項目を含む 62 項目以上を経験すること。
- ③ 経験した項目について、最初に経験した診療科と日付を自分で記入し、評価時に指導医の確認印(または自筆サイン)をもらうこと。

4) 研修医ライセンス制度

以下の機会に当該指導医から認定を受けること。

- ① オリエンテーションやワークショップ受講時（当該項目の講師に申請）
- ② ローテート終了時などに、科目についての評価を受ける時
- ③ その他、研修状況に応じて指導医が認める時

5) ポートフォリオ様式

別に定める「名古屋市立大学病院臨床研修医ポートフォリオ」(別添 5 参照)を使用すること。

7.3 レポート

レポートの提出が義務づけられている項目についてレポートを作成し、指導医に提出することが義務づけられています。指導医は提出されたレポートを審査し、必要な修正を求め、受理可能と判断された時点でポートフォリオに提出確認の署名/捺印を行います。各研修医は、全てのレポートの最終版を電子ファイルとして随時提出が可能な状態で保管するとともに、臨床研修修了の 1ヶ月前までに名古屋市立大学病院総合研修センターに提出します。

臨床研修で提出が求められるレポート(研修修了までに各 1 件以上)

提出先(指導を受けポートフォリオに署名/捺印をもらう)

レポート No

提出先(指導を受けポートフォリオに署名/捺印をもらう)	レポート No
A6. CPC(臨床病理検討会)レポート(剖検報告)	1
B1. 頻度の高い症状の必修 20 項目 診療記録の写し+鑑別診断レポート	
2) 不眠	2
5) 浮腫	3
6) リンパ節腫脹	4
7) 発疹	5
9) 発熱	6
10) 頭痛	7
11) めまい	8
14) 視力障害、視野狭窄	9

15) 結膜の充血	10
19) 胸痛	11
20) 動悸	12
21) 呼吸困難	13
22) 咳・痰	14
23) 嘔気・嘔吐	15
26) 腹痛	16
27) 便通異常(下痢、便秘)	17
28) 腰痛	18
31) 四肢のしびれ	19
32) 血尿	20
33) 排尿障害(尿失禁・排尿困難)	21

B3. 経験が求められる疾患・病態 レポートは症例報告形式

外科症例レポート	22
(2)[1] 脳・脊髄血管障害(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血)	23
(5)[1] 心不全	24
(5)[8] 高血圧症(本態性、二次性高血圧症)	25
(6)[2] 呼吸器感染症(急性上気道炎、気管支炎、肺炎)	26
(7)[1] 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)	27
(8)[1] 腎不全(急性・慢性腎不全、透析)	28
(10)[4] 糖代謝異常(糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖)	29
(13)[2] 認知症(血管性認知症を含む)	30
(13)[4] 気分障害(うつ病、躁うつ病を含む)	31
(13)[5] 統合失調症(精神分裂病)	32

臨床研修症例レポート作成要領

臨床研修で提出が求められるレポート

研修修了までに以下の 32 件のレポートを指導医に提出し、受理されること。

1. 剖検症例レポート(1件以上) : 担当した CPC のレポートまたは、参加した剖検例の臨床記録+病理所見
※詳細については、「名古屋市立大学病院 CPCレポートについて」(電子カルテ掲載)を確認すること
2. 外科症例レポート(1件以上): 手術症例の症例報告(様式 CF-01)+手術内容
3. 経験すべき 10 疾患・病態のレポート(10 件) : 症例報告(様式 CF-01)
4. 頻度の高い症状のレポート(20 件) : 鑑別診断のレポート (様式指定無し)

名古屋市立大学病院・症例報告様式 (CF-01)

経験すべき疾患・病態のレポート番号 (C1～C10):

研修医・指導医

名古屋市立大学臨床研修病院群医師臨床研修プログラム:

研修医氏名： _____
 指導医に提出した日： 年 月 日

レポートは指導医に提出し、ポートフォリオ(P4-01)に受理を示す署名/捺印、評価の記入を受けること。

症例情報
 病院名： _____ 診療科名： _____
 識別番号*： _____ 剖検 有無 _____ *ID 番号は不可
 患者名 (イニシャル)： _____ 歳 男女 _____
 入院期間： _____ 日
 受持期間： _____ 日

診断
 #1 _____
 #2 _____
 # _____

転帰： 治療 軽快 転科(手術 有・無)不変 死亡(剖検 有・無)
 Follow-up 外来にて 他院へ依頼 転院

主訴
現病歴
既往歴
家族歴
患者背景(職業、家庭環境、居住地等)
身体所見
検査結果
入院(治療)経過
考察
参考文献 引用番号) 著者名. タイトル. 雑誌名. 発表年; 巻: 開始頁-終了頁.

図 10. レポートの種類および作成要領

7.4 指導管理者との懇談記録 (2シート)

- ① 毎年 1 回以上、研修プログラム責任者などの研修指導管理者と面談を行うこと。
- ② 面談の際には懇談記録表紙の自己評価表に記入を行った上で、本ポートフォリオ全てを持参すること。
- ③ 研修態度などにおいて、必要に応じて面談指導の追加が行われた場合にはシートを追加すること。
- ④ 懇談記録が揃っていないポートフォリオは受理されない。

7.5 研修修了認定

総合研修センターおよびプログラム責任者は各層による研修医の評価を総合して臨床研修管理委員会に報告し、管理委員会はその報告に基づいて研修の修了を認定できるか否かを審議します。認定された場合は研修修了証を発行し、修了式にて修了証の授与を行います。尚、修了は、以下基準を満たした者に認定されます。

- 1) ポートフォリオにおける修了基準を全て満たしている
- 2) 全てのレポートの提出
- 3) 研修期間(2年間)を通じた研修休止期間が90日以内
- 4) 安心、安全な医療の提供ができ、法令や規則を遵守できる医療人としての適性に問題がない

7.6 研修の中断・再開・未修了

1) 研修の中断

研修の中断とは、研修期間の途中で臨床研修を中止することをいい、原則として病院を変更して研修を再開することを前提としたもの。

2) 中断の手順

- ① 研修管理委員会は、臨床医として適性を欠く場合等研修医が臨床研修を継続することが困難であると認める場合には、研修医がそれまでに受けた臨床研修の評価を行い、管理者(病院長)に対し、当該研修医の臨床研修を中断することを勧告することができる。
- ② 管理者(病院長)は、上記①の勧告又は研修医の申出を受けて、当該研修医の臨床研修を中断することができる。

3) 中断した場合

研修医の臨床研修を中断した場合には、当該研修医の求めに応じて、速やかに、臨床研修中断証(厚生労働省の定める様式11)を交付する。このとき、研修医の求めに応じて、他の臨床研修病院を紹介する等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。管理者(病院長)は、速やかに、臨床研修中断報告書(厚生労働省の定める様式12)及び当該中断書の写しを管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付する。

4) 研修の再開

臨床研修を中断した者は、自己の希望する臨床研修病院に、臨床研修中断証を添えて、臨床研修の再開を申し込むことができる。この場合において、臨床研修中断証の提出を受けた臨床研修病院が臨床研修を行う時は、当該臨床研修中断証の内容を考慮した臨床研修を行わなければならない。なお、当該管理者(病院長)は、研修再開の日から起算して1ヶ月以内に、臨床研修の修了基準を満たすための履修計画表(厚生労働省の定める様式13)を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付する。

5) 研修の未修了

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

6) 未修了の手順

管理者(病院長)は、研修管理委員会の評価に基づき、研修医が臨床研修を修了していないと認める時は、速やかに、当該研修医に対して、理由を付して、その旨を文書(厚生労働省の定める様式15)で通知する。なお、未修了とした場合には、管理者(病院長)は研修を継続させる前に、当該研修医が臨床研修の修了基準を満たすための履修計画表(厚生労働省の定める様式16)を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付する。

7.7 研修記録の保管

研修医に関する個人基本情報、研修記録、研修情報は、研修修了日(中断日)から研修センターにおいて保管します。保管については、公立大学法人名古屋市立大学情報あんしん条例施行規程による固有文書簿冊管理簿記載の期間に基づき行います。

8 処遇

8.1 給与等

名古屋市立大学病院に所属する間(短期間の一般病院研修期間を含む)の処遇は以下の通りです。

また、協力型研修病院での研修期間(1年間)中の処遇については各病院の規程に従うものとします。

1.常勤・非常勤の別	非常勤
2.研修手当	支給額(税込み) 基本手当/月 354,300円 賞与/年 0円 夜間勤務手当 : 20,000円 休日手当 : 20,000円
3.勤務時間	基本的な勤務時間 (08:30~16:45) ※週 37 時間 30 分 時間外勤務の有無 : 有 (従来の当直に相当)
4.休暇	有給休暇 : 20 日 夏季休暇 : 有り 年末年始 : 有り(12月29日~31日、1月2日、3日) その他休暇 : 出産休暇、子の看護休暇、災害休暇(一部有給)等、介護休暇(条件有り, 無給)
5.当直	夜間勤務として 月 4 回程度 (3-7 回)
6.研修医の宿舎	有り (自己負担金: 2万円前後/月)
7.研修医の病院内の個室	有り (1 室)
8.社会保険・労働保険	公的医療保険 : 全国健康保険協会健康保険 公的年金保健 : 厚生年金保険 労働者災害補償保険法の適用 : 有り 国家・地方公務員災害補償法の適用 : 無 雇用保険 : 有り
9.健康管理	健康診断 : 年 1 回
10.医師賠償責任保険の扱い	病院において加入 : しない 個人加入 : 加入を義務付けしている (保険料相当額を手当として支給)
11.外部の研修活動	学会、研究会等への参加 : 可 学会、研究会等への参加費用支給の有無 : 有り
12.水谷孝文賞	自己研鑽助成費 : 特に高い意欲と向上心をもって臨んでいると認められた研修医に対して、自己の資質向上や技術向上に資するものを用途とする自己研鑽助成費が授与される。(1年で最大4名まで) 研修助成費 : 名古屋市立大学病院に在籍する研修医に学会・研究会の参加費・旅費等の補助として支給される。
13.その他	院内保育所有り 研修期間中のアルバイト診療は禁止

図 11. 研修医処遇

8.2 医師賠償責任保険

名古屋市立大学病院は病院として賠償責任保険に加入します。また、名古屋市立大学病院での研修中に関しては、医師個人に対する賠償責任および研修協力施設等での事故に対応するための医師賠償責任保険に加入し、名古屋市立大学病院が保険料を支給します。

8.3 夜勤・休日日勤

1) 1年目研修医

- ① 名古屋市立大学病院での研修中：夜勤と休日日勤を合わせて約4回/月です。
- ② 一般病院研修中：宿日直は研修先の協力型研修病院の規定に従います。

2) 2年目研修医

- ① 名古屋市立大学病院での研修中：救命救急センターにおける夜勤と休日日勤を合わせて約4回/月です。
- ② 一般病院研修中：宿日直は研修先の協力型研修病院の規定に従います。

11 別添

別添 1 必修科目、選択必修科目研修プログラム

内科

A. 教育目標

下記の研修目標を極力 6 か月間で達成できるよう努力するものとする。(一部の項目については、他診療科との協力にて達成するものとする。)

1. 一般目標

- 1) 全ての臨床医に求められる内科における基本的な診療に必要な知識・技能・態度を身につける。
- 2) 慢性疾患患者や高齢患者の管理上の要点を知り、リハビリテーションと在宅医療・社会復帰の計画立案ができる。
- 3) 末期患者の人間的、心理的理解の上にならって、治療し管理する能力を身につける。
- 4) 患者の持つ問題を心理的・社会的側面をも含め全人的にとらえて、適切に解決し、説明・指導する能力を身につける。
- 5) 指導医、他科又は他施設に委ねるべき問題がある場合に、適切に判断し必要な記録を添えて紹介・転送することができる。
- 6) 臨床を通じて思考力、判断力および創造力を培い、自己評価をし第三者の評価を受け入れフィードバックする態度を身につける。

2. 行動目標

【1】下記の基本的診察法を実施し、所見を解釈できる。

- 1) 面接技法(診断情報の収集、患者・家族との適切なコミュニケーションを含む)
- 2) 全身の観察(バイタルサインと精神状態の把握、皮膚や表在リンパ節の診察を含む) ができ、記載できる。
- 3) 頭頸部の診察(眼瞼・結膜、眼底、外耳道、鼻腔口腔、咽頭の観察、甲状腺の触診を含む) ができ、記載できる。
- 4) 胸部の診察ができ、記載できる。
- 5) 腹部の診察(直腸診を含む) ができ、記載できる。
- 6) 骨・関節・筋肉系の診察ができ、記載できる。
- 7) 神経学的診察ができ、記載できる。

【2】基本的検査法

A. 必要に応じて自ら検査を実施あるいは指示し、結果を解釈できる。

- 1) 一般検尿(尿沈渣顕微鏡検査を含む)
- 2) 便検査(潜血)
- 3) 血算・白血球分画
- 4) 血液型判定・交差適合試験

- 5) 心電図(12誘導)・負荷心電図(マスター)
- 6) 動脈血ガス分析
- 7) 血液生化学的検査・簡易検査(血糖, 電解質, 尿素窒素など)
- 8) 細菌学的検査・検体の採取(痰, 尿, 血液など)・簡単な細菌学的検査(グラム染色など)
- 9) 肺機能検査・スパイロメトリー
- 10) 細胞診・病理組織検査
- 11) 単純X線検査(頭、胸、腹部、骨、関節)
- 12) X線CT検査
- 13) MRI検査

B. 適切に結果を選択、指示、あるいは指導医の監督下で自ら検査し、結果を解釈できる。

- 1) 検便(虫卵)
- 2) 血液免疫血清学的検査(免疫細胞検査, アレルギー検査を含む)
- 3) 骨髄検査(穿刺、骨髄像)
- 4) 細菌学的検査・薬剤感受性検査
- 5) 超音波検査(心臓・腹部)
- 6) 造影X線検査(胃・十二指腸)
- 7) 髄液検査
- 8) 内分泌学的検査
- 9) 神経生理学的検査(脳波、筋電図)
- 10) 核医学検査

C. 指導医が施行する検査を観察・介助し、専門家の意見に基づき結果を解釈できる。

- 1) 内視鏡検査
- 2) 造影X線検査(血管、大腸)
- 3) 運動負荷検査(トレッドミル、エルゴメータ)
- 4) 生検、細胞診、病理組織検査

【3】基本的手技:以下の基本的手技の適応を決定し、実施できる。

- 1) 気道確保
- 2) 人工呼吸(バッグマスクによる徒手換気を含む)
- 3) 心マッサージ
- 4) 注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保)
- 5) 採血法(静脈血、動脈血)
- 6) 穿刺法(腰椎、胸腔、腹腔)
- 7) 導尿法
- 8) 浣腸法
- 9) ドレーン・チューブ類の管理
- 10) 胃管の挿入と管理
- 11) 局所麻酔法

- 12) 創部消毒とガーゼ交換
- 13) 簡単な切開・排膿
- 14) 皮膚縫合法
- 15) 気管挿管
- 16) 除細動を実施できる。

【4】基本的治療法

A. 以下の基本的治療法の適応を決定し、実施できる。

- 1) 療養指導(安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備を含む)
- 2) 薬物の作用、副作用、相互作用について理解し、薬物治療(抗菌薬、副腎皮質ステロイド薬、解熱薬、麻薬を含む)
- 3) 輸液
- 4) 輸血(成分輸血を含む)・血液製剤の使用
- 5) 抗生物質の使用
- 6) 副腎皮質ステロイドの使用
- 7) 抗腫瘍化学療法
- 8) 呼吸管理
- 9) 循環管理(不整脈を含む)
- 10) 中心静脈栄養法
- 11) 経腸栄養法
- 12) 運動療法

B. 必要性を判断し、適応を決定できる。

- 1) 外科的治療
- 2) 放射線治療
- 3) リハビリテーション
- 4) 精神的・心身医学的治療

【5】以下の救急処置法を適切に行い、必要に応じて専門医に診察を依頼することができる。

- 1) バイタルサインの把握
- 2) 重症度および緊急度の把握(判断)
- 3) 心肺蘇生術(気道確保)の適応判断と実施
- 4) 指導医や専門医(専門施設)への申し送りと移送

【6】下記の項目に配慮し、患者・家族と良好な人間関係を確立できる。

- 1) コミュニケーションスキル
- 2) 患者、家族のニーズと心理的側面の把握
- 3) 生活習慣変容への配慮
- 4) インフォームドコンセント
- 5) プライバシーへの配慮

【7】以下の予防医療を実施あるいは重要性を認識し、適切に対応できる。

- 1) 食事指導
- 2) 運動指導
- 3) 禁煙
- 4) ストレスマネジメント
- 5) 地域・職場・学校検診
- 6) 予防接種
- 7) 性行為感染症・エイズ予防
- 8) 院内感染(Universal Precautions を含む)

【8】全人的理解に基づいて、以下の末期医療を実施できる。

- 1) 告知をめぐる諸問題への配慮
- 2) 身体症状のコントロール(WHO方式がん疼痛治療法を含む)
- 3) 心理社会的側面への配慮
- 4) 死生観・宗教観などの側面への配慮
- 5) 告知後および死後の家族への配慮

【9】以下のチーム医療を理解し、必要に応じて実施できる。

- 1) 指導医や専門医へのコンサルテーション
- 2) 他科、他施設への紹介・転送
- 3) 医療・福祉・保健の幅広い職種からなるチームの在宅医療チームの調整

【10】以下の医療記録を適切に作成し、管理できる。

- 1) 診療録の作成
- 2) 処方箋・指示書の作成
- 3) 診断書の作成
- 4) 死亡診断書(死体検案書を含む)、その他の証明書
- 5) CPC レポート(剖検報告)の作成、症例呈示
- 6) 紹介状とその返事の作成

【11】医療における以下の社会的側面の重要性を認識し、適切に対応できる。

- 1) 保健医療法規・制度
- 2) 医療保険、公費負担医療
- 3) 社会福祉施設
- 4) 在宅医療(介護を含む)、社会復帰
- 5) 地域保健・健康増進(保健所機能への理解を含む)
- 6) 医の倫理・生命倫理
- 7) 医療事故

【12】以下の診療計画・評価を実施できる。

- 1) 必要な情報収集(文献検索を含む)
- 2) プロブレムリストの作成
- 3) 診療計画(診断、治療、患者への説明の計画) の作成
- 4) 入退院の判断
- 5) 症例提示・要約
- 6) 自己評価および第三者による評価をふまえた改善
- 7) 剖検所見の要約・記載

【13】症例

- 1) 症例発表

3. 経験すべき症状・病態

【1】頻度の高い症状

- 1) 全身倦怠感
- 2) 不眠
- 3) 食欲不振
- 4) 体重減少、体重増加
- 5) 浮腫
- 6) リンパ節腫脹
- 7) 発疹、かゆみ
- 8) 黄疸
- 9) 発熱
- 10) 頭痛
- 11) めまい
- 12) 失神
- 13) けいれん発作
- 14) 視力障害、視野狭窄
- 15) 結膜の充血
- 16) 聴覚障害、耳鳴
- 17) 鼻出血
- 18) 嗅声
- 19) 胸痛
- 20) 動悸
- 21) 呼吸困難
- 22) 咳・痰
- 23) 嘔気・嘔吐
- 24) 胸やけ
- 25) 嚥下困難
- 26) 腹痛

- 27) 便通異常(下痢、便秘)
- 28) 腰痛
- 29) 関節痛
- 30) 歩行障害
- 31) 四肢のしびれ
- 32) 血尿
- 33) 排尿障害(尿失禁・排尿困難)
- 34) 尿量異常
- 35) 不安・抑うつ

【2】緊急を要する疾患・病態

- 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(吐血、下血)
- 10) 急性腎不全
- 11) 尿閉
- 12) 急性感染症
- 13) 急性中毒
- 14) 誤飲(たばこ、薬物など)、誤嚥(ピーナッツなど)
- 15) アナフィラキシー

【3】経験すべき疾患・病態

- 1) 血器・リンパ網内系疾患
 - ① (鉄欠乏貧血二次性貧血)
 - ② 白血病
 - ③ 悪性リンパ腫
 - ④ 出血傾向・紫斑病(播種性血管内凝固症候群:DIC)
- 2) 神経系疾患
 - ① 脳・脊髄血管障害(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血)
 - ② 痴呆性疾患
 - ③ 脳・脊髄外傷(頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫)
 - ④ 変性疾患(パーキンソン病)
 - ⑤ 脳炎・髄膜炎
- 3) 皮膚系疾患

- ① 湿疹・皮膚炎群(接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎)
 - ② 蕁麻疹
 - ③ 薬疹
 - ④ 皮膚感染症
- 4) 運動器(筋骨格)系疾患
- ① 骨折
 - ② 関節の脱臼、亜脱臼、捻挫、靭帯損傷
 - ③ 骨粗鬆症
 - ④ 脊柱障害(腰椎椎間板ヘルニア)
- 5) 循環器系疾患
- ① 心不全
 - ② 狭心症、心筋梗塞
 - ③ 心筋症
 - ④ 不整脈(主要な頻脈性、徐脈性不整脈)
 - ⑤ 弁膜症(僧帽弁膜症、大動脈弁膜症)
 - ⑥ 動脈疾患(動脈硬化症、大動脈瘤)
 - ⑦ 静脈・リンパ管疾患(深部静脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ浮腫)
 - ⑧ 高血圧症(本態性、二次性高血圧症)
- 6) 呼吸器系疾患
- ① 呼吸不全
 - ② 呼吸器感染症(急性上気道炎、気管支炎、肺炎)
 - ③ 閉塞性・拘束性肺疾患(気管支喘息、気管支拡張症)
 - ④ 肺
 - ⑤ 循環障害(肺塞栓・肺梗塞)
 - ⑥ 異常呼吸(過換気症候群)
 - ⑦ 胸膜、縦隔、横隔膜疾患(自然気胸、胸膜炎)
 - ⑧ 肺癌
- 7) 消化器系疾患
- ① 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)
 - ② 小腸・大腸疾患(イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻)
 - ③ 胆嚢・胆管疾患(胆石、胆嚢炎、胆管炎)
 - ④ 肝疾患(ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌)
 - ⑤ アルコール性肝障害、薬物性肝障害)
 - ⑥ 膵臓疾患(急性・慢性膵炎)
 - ⑦ 横隔膜・腹壁・腹膜(腹膜炎、急性腹症、ヘルニア)
- 8) 腎・尿路系(体液・電解質バランスを含む)疾患
- ① 腎不全(急性・慢性腎不全、透析)
 - ② 原発性糸球体疾患(急性・慢性糸球体腎炎症候群, ネフローゼ症候群)
 - ③ 全身性疾患による腎障害(糖尿病性腎症)
 - ④ 泌尿器科的腎・尿路疾患(尿路結石、尿路感染症)

9) 生殖器疾患

- ① 女性生殖器およびその関連疾患(無月経、思春期・更年期障害、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍)
- ② 男性生殖器疾患(前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍)

10) 内分泌・栄養・代謝系疾患

- ① 視床下部・下垂体疾患(下垂体機能障害)
- ② 甲状腺疾患(甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症)
- ③ 副腎不全
- ④ 糖尿病異常(糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖)
- ⑤ 高脂血症蛋白および核酸代謝異常(高尿酸血症)

11) 眼・視覚系疾患

- ① 屈折異常(近視、遠視、乱視)
- ② 角結膜炎
- ③ 白内障
- ④ 緑内障
- ⑤ 糖尿病, 高血圧・動脈硬化による眼底変化

12) 耳鼻・咽喉・口腔系疾患

- ① 中耳炎
- ② 急性・慢性副鼻腔炎
- ③ アレルギー性鼻炎
- ④ 扁桃の急性・慢性炎症性疾患
- ⑤ 外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物

13) 精神・神経系疾患

- ① 症状精神病
- ② 痴呆(血管性痴呆を含む)
- ③ アルコール依存症
- ④ うつ病
- ⑤ 不安障害(パニック症候群)
- ⑥ 身体表現性障害, ストレス関連障害

14) 感染症

- ① ウイルス感染症(インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎)
- ② 細菌感染症(ブドウ球菌、MRSA、A 群レンサ球菌、クラミジア)
- ③ 結核
- ④ 真菌感染症(カンジダ症)
- ⑤ 性感染症
- ⑥ 寄生虫疾患

15) 免疫・アレルギー疾患

- ① 全身性エリテマトーデスとその合併症
- ② 慢性関節リュウマチ
- ③ アレルギー疾患

16) 物理・化学的因子による疾患

- ① 中毒(アルコール、薬物)
- ② アナフィラキシー
- ③ 環境要因による疾患(熱中症、寒冷による障害)
- ④ 熱傷

17) 加齢と老化

- ① 高齢者の栄養摂取障害
- ② 老年症候群(誤嚥、転倒、失禁、褥瘡)

B. 教育方略

1. ローテート方法

1 年次研修医は下記の通り、総合内科を前後にはさんで 4 つの内科(A:消化器内科、B:循環器内科、C:呼吸器内科、D:神経内科)を 1 か月ずつローテートするものとする。その他の内科については選択研修期間に選択するものとする。

R1 内科基本研修 (必修 6 か月研修)

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
A	総合 内科 1	A	B	C	D	総合 内科 2						
B		総合 内科 1	A	B	C	D	総合 内科 2					
C			総合 内科 1	A	B	C	D	総合 内科 2				
D				総合 内科 1	A	B	C	D	総合 内科 2			
E					総合 内科 1	A	B	C	D	総合 内科 2		
F						総合 内科 1	A	B	C	D	総合 内科 2	
G							総合 内科 1	A	B	C	D	総合 内科 2

- ・研修医 A～G を例示。
- ・科別の週間予定表については、後述の選択科目別研修プログラムを参照のこと。

2. その他

- 1) 総合内科1では、内科一般で必要となる基本的手技や診療に関するオリエンテーション的な内容とし、総合内科2では主に診断学や総合的な患者マネジメントについて研修をする予定とする。
- 2) 各科の週間スケジュールに沿って研修が行われるため、各科ローテート開始時にはオリエンテーションを行う。
- 3) 内科入院症例について
 - (ア) 研修医は、指導医または上級医の指導の下で、担当医として診療を担当する。
 - (イ) 研修医は指導医や上級医よりも先に毎日の回診とカルテ記載をして指導を受けるものとする。
 - (ウ) カルテ記載は各科指定の様式に従って記載し、サマリ作成も入院中から作成する。
 - (エ) 入院記録については、退院後 1 週間以内に完成し、指導医のチェックを受けて完成させる。
 - (オ) 入院記録の記載方法は、内科学会推奨の病歴要約(参考資料参照)に準じるものとする。
 - (カ) 指示出しは指導医または上級医の許可を得てから行う。(事前に内容について許可を得た範囲については、承認なく研修医判断を許可する。)緊急時などで、やむを得ず研修医独自の判断で指示を出した場合にも、速やかに内容を報告し、承認を得るものとする。
 - (キ) 診断書作成については、指導医または上級医の指示により作成を許可する。この場合、指導医による確認がカルテ上にも必要である。
- 4) 内科外来症例・救急外来症例について
 - (ア) 研修医は、指導医または上級医の指導の下で、外来担当医として診療を担当する。
 - (イ) 時間外受診患者の対応や内科処置室の採血その他の処置についても、指導医または上級医の許可の下で担当する。
 - (ウ) 研修医は指導医や上級医よりも先に診察内容とカルテ記載をして指導を受けるものとする。
 - (エ) カルテ記載は各科指定の様式に従って記載し、サマリ作成も入院中から作成する。
 - (オ) 指示出しは指導医または上級医の許可を得てから行う。(事前に内容について許可を得た範囲については、承認なく研修医判断を許可する。)緊急時などで、やむを得ず研修医独自の判断で指示を出した場合にも、速やかに内容を報告し、承認を得るものとする。
 - (カ) 診断書作成については、指導医または上級医の指示により作成を許可する。この場合、指導医による確認がカルテ上にも必要である。
- 5) 研修医が行う医療行為については、ポートフォリオに記載されたライセンスに基づいて行う。
- 6) 救急救命センターでの当直業務に従事した翌朝は、午前中までに帰宅できる。

C. 教育評価

- 1) 評価は、各ローテート科中あるいは終了時に、各診療科の研修運営委員が行うものとする。
- 2) 評価内容はポートフォリオを用いて行う。また、各科によって準備された評価表を併用する場合もある。

救命救急センター

当院は日本救急医学会救急科専門医指定施設及び地域中核災害拠点病院である。

救命救急センターは、全診療科と連携し1次から3次まであらゆる救急患者に対応する「ER型救急」を実践し、CPA蘇生後の病棟管理を行っている。

また、有事に対応すべく災害医療に取り組んでいる。

さらに院内・院外救急体制の充実のため、救急隊との症例検討会、ICLS/BLS/ACLS/PALS/JPTECなどの救急講習会を定期的で開催している。

救命救急センターのローテート研修(3ヶ月)では、救命救急センター専従医による直接指導のもと、診療経験を積み、救急医療体制・災害医療について理解する。

1. 一般目標(GIO)

(*日本救急医学会救急医学領域教育研修委員会の作成した「卒後医師臨床研修における必修救急研修カリキュラム」に基づく)

- 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。
- 2) 救急医療システムを理解する。
- 3) 災害医療の基本を理解する。

2. 行動目標(SBOs)

(*日本救急医学会救急医学領域教育研修委員会の作成した「卒後医師臨床研修における必修救急研修カリキュラム」に基づく)

【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) 頻度の高い救急疾患・外傷の初期治療ができる。
- 6) 専門医への適切なコンサルテーションができる。
- 7) 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)が指示できる。
- 2) 緊急性の高い異常検査所見を指摘できる。

【3】経験しなければならない手技

- 1) 気道確保を実施できる。
- 2) 気管挿管を実施できる。
- 3) 人工呼吸を実施できる。
- 4) 胸骨圧迫を実施できる。
- 5) 除細動を実施できる。
- 6) 注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈路確保、中心静脈路確保)を実施できる。
- 7) 緊急薬剤(心血管作動薬、抗不整脈薬、抗けいれん薬など)が使用できる。

- 8) 採血法(静脈血、動脈血)を実施できる。
- 9) 導尿法を実施できる。
- 10) 穿刺法(腰椎、胸腔、腹腔)を実施できる。
- 11) 胃管の挿入と管理ができる。
- 12) 圧迫止血法を実施できる。
- 13) 局所麻酔法を実施できる。
- 14) 簡単な切開・排膿を実施できる。
- 15) 皮膚縫合法を実施できる。
- 16) 創部消毒とガーゼ交換を実施できる。
- 17) 軽度の外傷・熱傷の処置を実施できる。
- 18) 包帯法を実施できる。
- 19) ドレーン・チューブ類の管理ができる。
- 20) 緊急輸血が実施できる

【4】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体制を把握している。

【5】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。

3. 方略

- 1) (センター専従医による直接指導のもと)日勤帯の救急車搬送患者の初期診療、病棟患者管理を行う
- 2) 毎朝の症例カンファレンス(前日夜勤帯の救急患者、入院患者)に参加する
- 3) 月1回の救急隊との症例検討会に参加する
- 4) Off the job としての救急講習会(ICLS/BLS/ACLS/JPTEC など)受講を推奨する
- 5) 災害医療については講義を行う
- 6) (希望があれば)1ヶ月間提携病院での救急研修を行う

4. 評価

原則として救命救急センター研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、救命救急センター研修指導医により指導された上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。救命救急センター研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い、救命救急センター研修指導医が承認する。

5. 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	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンス
8:30～ 17:00	救急車対応	救急車対応	救急車対応	救急車対応	救急車対応
1時間	適宜昼食	適宜昼食	適宜昼食	適宜昼食	適宜昼食

6. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患・病態

- 1) 心配停止
- 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) 精神科領域の救急

【2】経験が求められる疾患・病態

- 1) 貧血(鉄欠乏貧血二次性貧血)
- 2) 出血傾向・紫斑病(播種性血管内凝固症候群:DIC)
- 3) 脳・脊髄血管障害(脳梗塞, 脳内出血, くも膜下出血)
- 4) 脳・脊髄外傷(頭部外傷, 急性硬膜外・硬膜下血腫)
- 5) 脳炎・髄膜炎
- 6) 湿疹・皮膚炎群(接触皮膚炎, アトピー性皮膚炎)
- 7) 蕁麻疹
- 8) 薬疹
- 9) 皮膚感染症
- 10) 骨折
- 11) 関節・靭帯損傷及び障害
- 12) 脊柱障害(腰椎椎間板ヘルニア)
- 13) 心不全
- 14) 狭心症, 心筋梗塞
- 15) 不整脈(主要な頻脈性, 徐脈性不整脈)
- 16) 動脈疾患(動脈硬化症, 大動脈瘤)
- 17) 呼吸不全

- 18) 呼吸器感染症(急性上気道炎, 気管支炎, 肺炎)
- 19) 閉塞性・拘束性肺疾患(気管支喘息, 気管支拡張症)
- 20) 肺循環障害(肺塞栓・肺梗塞)
- 21) 異常呼吸(過換気症候群)
- 22) 胸膜, 縦隔, 横隔膜疾患(自然気胸, 胸膜炎)
- 23) 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)
- 24) 小腸・大腸疾患(イレウス, 急性虫垂炎, 痔核・痔瘻)
- 25) 胆嚢・胆管疾患(胆石, 胆嚢炎, 胆管炎)
- 26) 膵臓疾患(急性・慢性膵炎)
- 27) 横隔膜・腹壁・腹膜(腹膜炎, 急性腹症, ヘルニア)
- 28) 全身性疾患による腎障害(糖尿病性腎症)
- 29) 泌尿器科的腎・尿路疾患(尿路結石, 尿路感染症)
- 30) 甲状腺疾患(甲状腺機能亢進症, 甲状腺機能低下症)
- 31) 副腎不全
- 32) 中耳炎
- 33) アレルギー性鼻炎
- 34) 扁桃の急性・慢性炎症性疾患
- 35) 外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物
- 36) 中毒(アルコール, 薬物)
- 37) アナフィラキシー
- 38) 環境要因による疾患(熱中症, 寒冷による障害)
- 39) 熱傷
- 40) 小児けいれん性疾患
- 41) 小児ウイルス感染症(麻疹, 流行性耳下腺炎, 水痘, 突発性発疹, インフルエンザ)
- 42) 小児喘息

麻酔科

1. 一般目標(GIO)

研修医は、急性期医療に参加し、全身管理の対応および緊急時の初期対応能力を有する医師として貢献するために、麻酔管理を通して、チーム医療の実践に必要な態度を身につけるとともに、意識、疼痛の管理をはじめ、呼吸、循環、輸液、輸血、体温、および代謝の管理を経験して、基本的な全身管理能力を習得する。

2. 行動目標(SBOs)

- 1) 術前検査の結果を評価することができる。
- 2) 術前状態および検査から問題点を明らかにすることができる。
- 3) 術前状態および検査に問題がある場合の対応ができる。
- 4) 問題点をふまえ麻酔計画をたてることができる。
- 5) 局所麻酔および全身麻酔の方法と合併症について患者さんに説明することができる。
- 6) 麻酔科医として関係部署と円滑にコミュニケーションをとることができる
- 7) 基本的な麻酔薬剤および循環薬剤の使用法を説明できる。
- 8) 基本的な生体情報モニタリングの解釈を説明できる
- 9) 麻酔の基本手技を正しく安全に施行できる。
- 10) 麻酔を通して危機管理に常に気を配る。
- 11) 清潔操作、感染防止に常に気を配る。

3. 方略

On the job training

- 1) 術前検査の評価法を学ぶ
- 2) 患者の術前リスクを評価し、カルテに記載する
- 3) 術前検査に問題がある場合の追加検査依頼等の対応を学ぶ
- 4) 問題点と術式や手術予定時間を考慮した麻酔計画の立て方を学ぶ
- 5) 術前回診を行い、指導医の指導のもとに患者へ麻酔のインフォームド・コンセントを行う
- 6) 麻酔業務を通して関係部署への報告・連絡・相談を徹底する。
- 7) 麻酔薬剤や循環薬剤について成書や添付文書を通読して学習する。
- 8) 生体情報モニタリングについて、成書を通読して学習する
- 9) 指導医の指導のもとに麻酔管理を行う。
- 10) インシデントおよびアクシデント発生時の対応について院内のマニュアルを通読する
- 11) 手技の前後に手指と輸液路のアルコール消毒を徹底する。
- 12) SSI 予防の抗生剤投与について学習する

4. 評価

原則として麻酔科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、麻酔科研修指導医により指導された麻酔科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。麻酔科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標 C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い麻酔科研修指導医が承認する。

5. 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	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当
午後	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当
夕方	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当

【1】麻酔

- 1) 麻酔を受ける患者の状態の評価
- 2) 一般的な成人全身麻酔
- 3) 高齢者麻酔(重篤な合併症がないもの)

【2】呼吸管理

- 1) 用手的気道確保
- 2) エアウエイの挿入
- 3) 喉頭鏡を用いた気管挿管
- 4) ラリングルマスクエアウエイの挿入
- 5) 機械的人工換気法
- 6) 胸部X線写真の読影
- 7) 血液ガス分析

【3】循環管理

- 1) 末梢静脈ルート確保
- 2) 動脈穿刺・採血および動脈圧測定
- 3) 各種循環薬剤(Inotropics、dilator) の使用法
- 4) ショック(Hypovolemic) の病態と治療法
- 5) バイタルサインの把握
- 6) 術中輸液法

【4】栄養代謝の管理

- 1) 血糖の管理
- 2) 胃管の留置
- 3) 血液生化学検査(血糖、電解質)

【5】輸血

- 1) 血液型の判定
- 2) 輸血法

【6】心肺蘇生法

- 1) 胸骨圧迫法
- 2) 直流除細動
- 3) 蘇生に用いる薬剤の使用法

地域医療研修(診療所外来診療および在宅医療研修)

1. 一般目標(GIO)

地域の包括的医療システムの中で患者の実生活に配慮した連携医療を実践できる医師となるために、地域社会および家庭の中での患者の QOL を中心に置いた全人的医療の基本を習得する。

- 1) 地域の診療所の特性に立脚した包括的な外来診療の基本を習得する。
- 2) 学校医などの保健医療活動の基本を理解し実施する能力を習得する。
- 3) 在宅医療・在宅ケアの基本を理解し実施する能力を習得する。

2. 行動目標(SBOs)

【1】地域の包括的医療システムとその役割を述べることができる。

- 1) 疾患の治療を中心においた医療と、患者の QOL の改善を中心においた医療との差異およびそれぞれの意義について述べるができる。
- 2) 地域の特性が、患者の罹患する疾患、受療行動、診療経過などに与える影響について述べるができる。
- 3) 患者とその家族の要望や意向を尊重しつつ問題解決を図ることの意義について述べるができる。
- 4) 患者の問題解決に必要な医療・福祉資源と、各機関の役割について述べるができる。

【2】診療所において基本的な外来診療を行うことができる。

- 1) 様々な社会的・個人的背景を有する患者の訴えに共感することができ、良好なラポールを形成することができる。
- 2) 患者の心理社会的な側面(生活の様子、家族との関係、ストレス因子の存在など)についての情報収集を行うことができる。
- 3) 疾患とともに、生活者である患者の QOL に目を向けた問題リストを作成することができる。
- 4) 医療保険制度の理念に基づいた効率的な医療を実践できる。

【3】包括的地域医療のための基本的な連携を行うことができる。

- 1) 医療連携(診・診、病・診、訪問看護ステーションなど)のための診療情報提供書を適切に記載できる。
- 2) 介護保険のための主治医意見書を適切に記載できる。
- 3) 患者の問題解決に必要な医療・福祉資源を利用し、各機関に相談・協力要請をすることができる。

【4】患者や家族の生活に視点を置いた患者教育、指導を行うことができる。

- 1) 個々の患者や家族の背景に配慮した患者および家族教育・指導ができる。
- 2) 診療に必要な情報を適切なリソース(教科書、二次資料、文献検索)から入手し、患者に適した形で提供できる。
- 3) 患者とその家族の要望や意向を尊重して問題解決のプランを立てることができる。

【5】保健医療活動に適切に参加することができる。

- 1) 患者の年齢・性別に応じて必要なスクリーニング検査、予防接種を受けるように患者を動機づけることができる。
- 2) 健康維持に必要な患者教育指導(食生活、運動、喫煙防止または禁煙指導など)を行うことができる。

- 3) 予防注射に関する留意事項を説明でき、予防注射を適切に実施できる。
- 4) 学校保健および産業保健等の地域保健活動を理解し、各種検診事業(胃癌・肺癌・乳癌・子宮癌検診など)に医師として参加できる。

【6】在宅医療・在宅ケアに関する以下の項目の基本を実施できる。

- 1) 在宅医療・在宅ケアの適応を判断できる。
- 2) 在宅医療・在宅ケアの開始および中止について、患者や家族、介護者の同意を確認することができる。
- 3) 寝たきりにさせないための自立に向かう支援を適切に行うことができる。
- 4) 介護者・ホームヘルパー等の地域資源を利用することができる。
- 5) 在宅患者の心身両面での病状の評価ができる。
- 6) 看取りと死亡診断書の記載ができる。

3. 方略

- 1) 訪問診療医(指導医)の元で在宅診療を経験する。
- 2) 訪問看護ステーションの看護師に同行し訪問看護の実態を経験する。
- 3) 在宅療養後方支援病院の療養病棟の主治医(指導医)の元で病棟診療を経験する。
- 4) 訪問診療医、在宅療養後方支援病院の療養病棟の受け持ち患者に対して主治医意見書を作成する。

4. 評価

原則として地域医療研修を実施する施設の研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、地域医療研修を実施する施設の指導医により指導された地域医療研修を実施する施設の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「地域医療研修の目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。地域医療研修を実施する施設の研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い地域医療研修を実施する施設の研修指導医が承認する。

5. 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	回診	外来	外来	病棟処置	回診
午後	内視鏡検査・処置	エコー	NST 回診	訪問調査同行	感染症チーム回診
夕方	勉強会	勉強会	病棟カンファランス	地域連携 カンファランス	

6. 経験すべき症状・病態

- 1) 脱水
- 2) 発熱
- 3) 呼吸困難
- 4) 浮腫
- 5) 不眠
- 6) 意識障害
- 7) 麻痺
- 8) 認知症
- 9) 問題行動
- 10) 寝たきり
- 11) 燕下困難
- 12) 便秘
- 13) 食欲障害
- 14) 瀕尿, 尿閉, 尿失禁
- 15) 皮疹
- 16) 褥瘡
- 17) 掻痒
- 18) 骨折
- 19) 筋力低下
- 20) 拘縮

地域医療研修(へき地医療研修)

1. 研修プログラムの概要

へき地医療において必要な知識、技能、態度を習得するとともに、医療・介護・保健など総合的に理解し、将来へき地医療を担う事のできる医師を育成するために臨床研修を行う。

本研修では、身体診察、プライマリ・ケア、面接技法などの基本的臨床能力を習得するとともに、病診連携・遠隔医療などの地域医療ネットワークや訪問看護・介護福祉サービス事業を体験し、地域において医療の果たすべき役割を理解する。

研修は 4 週間を基本として、遠隔医療、療養型病床および在宅介護支援センター、多訪問看護ステーションなどでの実習も含む。

2. 一般目標(GIO)

へき地・離島において保健・医療・介護を体験することにより、地域医療とプライマリーケアの重要性を認識し、将来専門とする分野にかかわらず医師としての基本的使命を果たす姿勢を培う。

3. 行動目標(SBOs)

医療人として必要の基本姿勢・態度でへき地医療に臨む

- 【1】へき地の地理的、経済的、社会的特長を理解し、地域住民・患者の心身の状況を的確に把握して良好な患者-医師関係の下に診療にあたる。
- 【2】へき地における限られた医療・介護のマンパワーの中で、緊密な連携によって最適な保健・医療・福祉のサービスを提供している現場を経験し、チーム医療の重要性を認識すると共に、チームリーダーとしての役割を果たすことを学ぶ。
- 【3】医療機器や資材が限られた中で、医師や医療スタッフが持てる知識と能力を最大限に発揮し、自己責任において診療する状況を経験し、問題対応能力や安全管理能力の大切さを実感する。
- 【4】へき地における保健・医療・介護体制の実情を見ることにより、医療の社会性、社会保障制度のあり方を広い視野で考える力を養う。

4. 方略

【1】外来診療

- (1)へき地診療所での外来診察において、小児から高齢者にわたる広範囲な初診患者に対して、問診、理学的診察、診断、治療方針の決定と治療の実施を体験する。
- (2)再来患者の経過を把握し、継続治療方針を立案し、施行する。
- (3)自分が診察した患者の経過について診療所専門医師への問い合わせなどを通じて、自らの診察の適否を検証する。

【2】在宅診療

- (1)診療所の往診に同行し、地形や村落の状況を知ると共に、在宅療養患者の実情を把握し、在宅診療のノウハウを経験する。

【3】遠隔医療

(1)遠隔医療を行っている病院ではCATV網を活用した遠隔医療・在宅医療を実践し、保健・医療・介護の情報ネットワークのあり方を学ぶ。

【4】訪問看護

(1)訪問看護ステーションスタッフと同行し訪問看護、訪問リハビリを経験する。

【5】介護事業

(1)知多厚生病院の介護療養病床において担当医師と共に診療を行い、介護意見書の記載方法を学ぶ。

【6】保健事業

(1)健康教室、健診、予防接種などの保健予防活動を経験する。

5. 評価

原則として地域医療研修を実施する施設の研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、地域医療研修を実施する施設の指導医により指導された地域医療研修を実施する施設の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「地域医療研修の目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。地域医療研修を実施する施設の研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い地域医療研修を実施する施設の研修指導医が承認する。

6. 週間スケジュール(1例)

※研修する施設によって異なる

	月	火	水	木	金
8:00～	遠隔医療				
8:30～12:00	介護・療養型 病棟実習	診療所外来	診療所外来	診療所外来	診療所外来
12:00～13:00	昼休み	昼休み	昼休み	昼休み	昼休み
13:00～17:00	介護・療養型 病棟実習	診療所外来又 は往診	診療所外来又 は往診	自己学習 症例検討会	外来又は往診
17:30～	在宅介護支援 センター実習	症例検討会		症例検討会	

地域医療研修(産業保健研修)

1. 一般目標(GIO)

産業現場における健康管理について医師としての基本的な対応ができるようになるために、職域における健康教育、総括管理、健康増進活動、有害業務管理等についての理解と基本的な実践能力を獲得する。

2. 行動目標(SBOs)

【1】職域における健康管理の基本を理解し実践できる。

- 1) 健康管理システムのあり方を理解し説明できる。
- 2) 健康診断計画に参画できる。
- 3) 健康診断結果の評価と、精度管理を理解できる。
- 4) 就業条件を考慮に入れた健康診断結果の事後措置を実践できる。
- 5) 集団としての健康レベルの評価に参画できる。
- 6) 企業内外の健康管理組織、健康診断委託機関の活動を理解できる。
- 7) メンタルヘルスについて理解し、実践できる。
- 8) 一次予防や疾病管理について説明できる。
- 9) 災害時の救急処置について理解し、基本的な対応ができる。
- 10) 労働災害、業務上疾病、労災保険について説明できる。

【2】健康教育、健康増進、総括管理の基本を理解し実践できる。

- 1) 個人の疾病予防、健康保持・増進のための健康教育に参画できる。
- 2) 産業医活動に必要な倫理を理解できる。
- 3) 産業保健活動の円滑な実施のための関連部署との連携について理解できる。
- 4) 職場巡視に参加し、意義を理解できる。
- 5) 衛生委員会に参加し、意見を述べられる。
- 6) 産業医学に関する情報収集の方法を理解する。
- 7) 健康増進活動を理解し実践できる。

【3】有害業務・安全管理の基本を理解し実践できる。

- 1) 就業条件、作業工程、作業内容について理解できる。
- 2) 作業管理の意義を理解し参画できる。
- 3) 有害条件をリストアップし、その評価に参画できる。
- 4) 作業環境測定結果と健康診断結果を関連付けて説明できる。
- 5) 基本的個人保護具の目的を理解し、装着方法を指導できる。
- 6) 安全管理の原理と方法を理解し、専門家への協力方法を説明できる。
- 7) 人間工学を理解し、実践できる。

3. 評価

原則として地域医療研修を実施する施設の研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現

場においては、地域医療研修を実施する施設の指導医により指導された地域医療研修を実施する施設の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「地域医療研修の目標と評価」を用いて行う。研修医はローテーション終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。地域医療研修を実施する施設の研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテーション中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い地域医療研修を実施する施設の研修指導医が承認する。

4. 週間スケジュール

※研修する施設によって異なる

外科

1. 一般目標(GIO)

- 1) 外科医としての心構えを理解し、節度ある身なり態度がとれる。
- 2) 外科における基本的な知識、処置、手術手技を身につける。
- 3) 患者・家族と適切な接遇ができ、適切な説明・指導を心掛け信頼関係を築くよう努力する。
- 4) チーム医療の重要性を自覚し、スタッフと協調、協力が円滑にできる。
- 5) 常に患者の人的・心理的理解に立ち、治療し管理する能力を身につける。

2. 行動目標(SBOs)

【1】基本的診察法

- 1) 適切かつ良好なコミュニケーションで病歴を聴取し記述できる。
- 2) バイタルサインを測定し記述できる。
- 3) 全身身体所見を診察し記述できる。

【2】基本的手技

- 1) 気道確保を実施できる
- 2) 人工呼吸を実施できる。(バッグマスクによる徒手換気を含む)
- 3) 心マッサージを実施できる。
- 4) 圧迫止血法を実施できる。
- 5) 包帯法を実施できる。
- 6) 注射法(皮内, 皮下, 筋肉, 点滴, 静脈確保, 中心静脈確保)を実施できる。
- 7) 採血法(静脈血, 動脈血)を実施できる。
- 8) 穿刺法(腰椎, 胸腔, 腹腔)を実施できる。
- 9) 導尿法を実施できる。
- 10) ドレーン・チューブ類の管理ができる。
- 11) 胃管の挿入と管理ができる。
- 12) 局所麻酔法を実施できる。
- 13) 創部消毒とガーゼ交換を実施できる。
- 14) 簡単な切開・排膿を実施できる。
- 15) 皮膚縫合法を実施できる。
- 16) 軽度の外傷・熱傷の処置を実施できる。
- 17) 気管挿管を実施できる。
- 18) 除細動を実施できる。

【3】基本的検査と症例の把握

- 1) 検尿、検便、血液型、出血・凝固時間検査を実施し結果を把握できる。
- 2) 血液一般、生化学、凝固系、血液ガス、心機能、肺機能、腎機能など術前検査を指示し結果を把握できる。
- 3) 胸腹部単純X線撮影の指示と結果を把握できる。
- 4) 各種検討会に参加し症例呈示ができる。

【4】術前、術後管理

- 1) 輸液法、輸血法を理解し実施できる。
- 2) 中心静脈栄養法を実施できる。
- 3) ドレーン・チューブ類の管理ができる。
- 4) 胃管の挿入と管理ができる。
- 5) 創部消毒とガーゼ交換を実施できる。

【5】手術

- 1) 滅菌、消毒の留意点に習熟し実施できる。
- 2) 各種手術の助手の手技を理解し実施できる。
- 3) 手術基本手技—結紮、切離、縫合法を理解し、練習器を用い訓練し実施可能レベルに達する。

3. 担当症例の臓器別目標**【1】消化器・一般外科手術**

- 1) 消化器外科の解剖と生理
- 2) 消化器手術の助手を実施
- 3) 開胸閉胸、開腹閉腹の実施
- 4) 消化器手術の術前術後管理
- 5) 病理学的所見の理解

【2】呼吸器外科手術

- 1) 胸部の解剖と生理
- 2) 胸部理学的診察方法
- 3) 胸部画像診断(胸部単純X線、CT、MRI 等)
- 4) 血管造影手技の理解と診断
- 5) 気管支鏡検査の理解と診断
- 6) 呼吸器外科に関する診断治療の組み立て
- 7) 開胸手術手技の理解と実施
- 8) 呼吸器外科手術手技の理解と実施
- 9) 病理学的所見の理解
- 10) 呼吸器外科の術前術後管理

【3】心臓血管外科手術

- 1) 心、大血管の解剖、生理
- 2) 心疾患の検査計画を理解し結果を把握
- 3) 先天性心疾患の列挙と図示
- 4) 先天性心疾患に対する手術法の列挙と図示
- 5) 後天性心疾患に対する手術法の列挙と図示
- 6) 心疾患手術の助手
- 7) 心筋保護法および人工心肺法の理解と助手
- 8) 心血管手術の術前、術後の管理

【4】乳腺外科手術

- 1) 頸部の診察法、乳腺の触診
- 2) 乳腺・甲状腺・副腎の解剖と生理
- 3) 乳腺・頸部超音波検査の実際
- 4) Mammography の読影、CT、MRI、scintigraphy の読影
- 5) 乳腺・内分泌手術の術者および助手
- 6) 薬物による化学療法、内分泌療法の実際

【5】小児外科

- 1) 発生を基にした器官解剖の理解
- 2) 消化管機能のメカニズムの理解
- 3) 小児における画像診断の前処置と検査中管理と読影
- 4) 中心静脈栄養、経腸栄養を含む術前・術後管理
- 5) 小児患者の採血・輸液ルート確保の見学・実施
- 6) 新生児を含む小児外科特有疾患手術の助手

7) 小児鼠径ヘルニア手術の実施

4. 方略

- 1) 受け持ち患者（手術症例）を2～3名担当する。
- 2) 病棟研修：
 - ・受け持ち患者の毎日の経過を観察し、病態を把握してカルテに記載する。
 - ・必要に応じて、指導医とともにベッドサイドでの処置、治療に参加する。
 - ・時間に余裕のあるときは、回診に随行して広く術後管理について学ぶ。
- 3) 手術室研修
 - ・受け持ち患者の手術に参加する（第二助手）。
 - ・その他各種疾患の手術に参加して、基本的手術手技と解剖を学ぶ。
 - ・麻酔覚醒から病棟搬送の間、片時も離れることなく常に患者の状態を観察する。
 - ・摘出標本の整理を通じて、病変の広がりや形態の把握をする。
- 4) 入院患者カンファレンスへの参加：
 - ・各種の画像診断について学ぶ。
 - ・受け持ち患者の病態をサマライズしてカンファレンスで発表する。

5. 評価

原則として外科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、外科研修指導医により指導された外科の上級医が、評価医としてOJT (On-The-Job-Training) の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。外科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い外科研修指導医が承認する。

6. 週間スケジュール（消化器・一般外科）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
朝		術後カンファ		術後カンファ	
午前	手術	内視鏡検査	手術	初診外来	手術
午後	手術	総回診	手術	手術	手術
夕方	勉強会	勉強会	勉強会	勉強会	勉強会

週間スケジュール (呼吸器外科)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
朝	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	
午前	病棟管理 (外来)	手術	病棟管理 (外来)	手術	病棟管理 (外来)
午後	気管支鏡検査	手術	病棟管理	手術	教授回診
夕方		チェストカンファ ランス(第3火曜日)		症例検討会	

週間スケジュール (心臓血管外科)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
朝				術前カンファ	
午前	手術	病棟管理 (外来)	手術	病棟管理 (外来)	手術
午後	手術	病棟管理	手術	病棟管理	手術
夕方	術後カンファ		勉強会	術前麻酔科カンファ	先天性心疾患 カンファ

週間スケジュール (乳腺外科)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
朝	回診	回診	回診	回診	回診
午前	外来・エコー検査	手術	外来・エコー検査	手術	外来・エコー検査
午後	手術	手術	外来・エコー検査	カンファレンス マンモトーム検査	外来
夕方	ミーティング		マンモグラフィ読影 会		

週間スケジュール (小児外科)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
朝					
午前	病棟管理 (外来)	病棟管理 (外来)	手術	病棟管理 (手術)	病棟管理 (外来)
午後	病棟管理 (手術)	検討会・勉強会 病棟管理	病棟管理 (手術)	病棟管理	病棟管理 (手術)
夕方		周産期カンファレンス			

7. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患・病態

- 1) 急性腹症【消化器・一般外科】
- 2) 急性消化管出血【消化器・一般外科】
- 3) 外傷【消化器・一般外科】

【2】頻度の高い症状

- 1) 食道・胃・十二指腸疾患【消化器・一般外科】
- 2) リンパ節腫脹【消化器・一般外科】
- 3) 嘔気・嘔吐【消化器・一般外科】
- 4) 便秘異常(下痢、便秘)【消化器・一般外科】
- 5) 腰痛【消化器・一般外科、心臓血管外科】
- 6) 乳房腫瘍【乳腺外科】
- 7) 乳房分泌【乳腺外科】
- 8) 腰痛【心臓血管外科】

【3】経験が求められる疾患・病態

- 1) 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)【消化器・一般外科】
- 2) 小腸・大腸疾患(イレウス, 急性虫垂炎, 痔核・痔瘻)【消化器・一般外科】
- 3) 胆嚢・胆管疾患(胆石, 胆嚢炎, 胆管炎)【消化器・一般外科】
- 4) 肝疾患(ウイルス性肝炎, 急性・慢性肝炎, 肝硬変, 肝癌, アルコール性肝障害, 薬物性肝障害)【消化器・一般外科】
- 5) 膵臓疾患(急性・慢性膵炎)【消化器・一般外科】
- 6) 横隔膜・腹壁・腹膜(腹膜炎, 急性腹症, ヘルニア)【消化器・一般外科】
- 7) 細菌感染症(ブドウ球菌, MRSA, A群レンサ球菌, クラミジア)【消化器・一般外科】
- 8) 乳癌【乳腺外科】
- 9) 乳腺線維腺腫【乳腺外科】
- 10) 乳腺葉状腫瘍【乳腺外科】
- 11) 乳腺症【乳腺外科】
- 12) 動脈疾患(動脈硬化症, 大動脈瘤)【心臓血管外科】
- 13) 静脈・リンパ管疾患(深部静脈血栓症, 下肢静脈瘤, リンパ浮腫)【心臓血管外科】

産科婦人科

1. 一般目標(GIO)

産婦人科的診療を適切に行うために、産婦人科領域の基礎的素養を身につける。

- 1) 科の特殊性を充分理解しプライバシーや患者情報の保護に努め、信頼関係を築く能力を身につける。
- 2) 生殖医療や出生前診断におけるインフォームドコンセントの重要性を学ぶ。
- 3) 分娩時に必要な基本的知識、処置、産科手術の技術を身につける。
- 4) 婦人科における基本的な知識、処置、手術手技を身につける。

2. 行動目標(SBOs)

A: 自分ひとりのできる, B: 指導医のアドバイスのもとならできる, C: 自分では出来なくてもよいが知っている

【1】正常妊娠

- 1) 妊娠反応(検査・診断)を実施できる。[A]
- 2) 妊娠を診断し、週数と予定日の計算ができる。[A]
- 3) 生殖器の診察(双合診、腔鏡診)ができる。[B]
- 4) 妊娠中に使用する薬について調べることができる。[A]
- 5) 正常妊婦の定期健診ができる。[B]
- 6) レオポルド触診法で胎児を確認し、ドップラーで心音が確認できる。[A]
- 7) 経腔超音波により妊娠初期の診察を行う。[B]
- 8) 超音波断層法によって胎児計測を行う。[B]

【2】正常分娩・産褥

- 1) 正常妊娠、分娩、産褥の管理(会陰切開、縫合術)ができる。[B]
- 2) Bishop's score を理解できる。[A]
- 3) 胎児心拍数モニタリング装置を装着し reassuring または non-reassuring が判定できる。[B]
- 4) 児娩出の介助、胎盤娩出の介助ができる。[B]
- 5) 新生児の処置、Apgar score がつけられる。[B]
- 6) 新生児の診察ができる。[B]

【3】異常分娩

- 1) 流産・早産の診断ができる。[B]
- 2) 妊娠中毒症が診断できる。[B]
- 3) 帝王切開の適応を判断できる。[B]
- 4) 産科出血に対応する。[B]

【4】婦人科診察

- 1) 生殖器の診察(双合診、腔鏡診)ができる。[B]
- 2) 基礎体温表の意味が説明できる。[A]
- 3) 子宮腔部細胞診を実施できる。[B]
- 4) 経腔超音波検査を実施できる。[B]

【5】婦人科疾患の取り扱い

- 1) 月経異常の原因が理解できる。[A]
- 2) 更年期障害の診断・治療ができる。[A]
- 3) 子宮筋腫が診断でき、治療方針を説明できる。[B]
- 4) 婦人科悪性腫瘍の治療指針について説明できる。[A]
- 5) 急性腹症(子宮外妊娠、卵巣のう腫捻転、卵巣出血)の診断ができる。[B]

【6】下記の手術を経験する。[B]

- 1) 子宮内容除去術
- 2) 鉗子、吸引分娩術
- 3) 帝王切開術
- 4) 付属器摘出術
- 5) 子宮筋腫核出術
- 6) 単純子宮全摘術
- 7) 子宮脱根治術
- 8) 内視鏡下手術
- 9) 術前、術後管理法

【7】頻度の高い症状について、その対応を説明できる。[B]

- 1) 月経遅延
- 2) 下腹痛
- 3) 性器出血
- 4) 月経困難症
- 5) 過多月経
- 6) 月経不順
- 7) 帯下
- 8) 貧血
- 9) 拳児希望
- 10) 排尿障害
- 11) 更年期症状

3. 方略

- 1) 初診患者の問診し、鑑別診断を行い、指導医の診察に立ちあう。
- 2) 一般的な診察法(腹囲、子宮底計測、レオポルド法など)に従って妊婦健診を行うことができる。
- 3) 妊婦の超音波スクリーニングについて、その手順と所見が理解できる。
- 4) 産科外来でminor trouble(かぜ、下痢、便秘、頭痛など)に対し簡単な治療を習得する。
- 5) 指導医とともに分娩に立会い、標準的な経過を理解する。
- 6) 入院した異常妊婦の現病歴・身体所見各検査所見をまとめ診療録に記載し、指導医のもとで治療計画を立て管理を行う。
- 7) 産科救急、大量出血、DIC、胎児機能不全に立ち会い、指導医の下、その管理に参加する。
- 8) 他科(小児科、麻酔科、放射線科、女性内科など)専門医との連携が必要な患者には積極的に参加する。
- 9) 可能な限り手術に立会い、簡単な手技の習得、解剖の理解および術後管理を行う。

チェックリスト

(1) 診察法

- 適切に病歴聴取を行える。
- 妊婦の診察を要領よく行える。
- 腹部の診察(レオポルド法)
- 下腿浮腫の有無のチェック
- 新生児のアプガースコアを算出できる。
- 分娩後の産婦の診察を指導医と共に適切に行える。

- 子宮の復古状態のチェック
- 外陰創部のチェック
- 悪露の量、色調のチェック
- 手術患者の術前術後の診察を適切に行える。
- バイタルサイン 覚醒状態のチェック 胸部の診察
- 腹部の診察 創部の消毒

(2) 基本的臨床検査法

- 妊婦健診での一般的検査(血圧、検尿など)の結果の意義を解釈できる。
- NSTや分娩時胎児心拍図の結果を解釈できる。
- ドップラーにて胎児心音を聴取できる。
- 以下の検査項目について、その結果を解釈できる。
- 血液一般検査 血液生化学検査 腫瘍マーカー
- 細菌培養 細胞診 組織診

(3) 画像診断法

- 妊婦スクリーニングエコーの所見を解釈できる。
- CTの所見を解釈できる。
- MRIの所見を解釈できる。

(4) 処方および指導

- 妊婦のminor troubleに対し簡単な治療を習得する
- かぜ 下痢 便秘 膀胱炎 頭痛 湿疹 むくみ

(5) 手術介助

- 鉤引きなど手術の助手が適切にできる。
- 糸結びが正確かつ迅速にできる。

(6) 医療文書の作成

- 適切な診療録、入院診療概要録が作成できる。
- 適切な症例呈示ができる。

4. 評価

原則として産婦人科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、産婦人科研修指導医により指導された産婦人科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。産婦人科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い産婦人科研修指導医が承認する。

5. 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	病棟	教授総回診	外来または手術	病棟	外来または手術
午後	特殊外来	病棟	手術	羊水検査	手術
夕方	カンファランス	小児科合同 カンファランス			

6. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患、病態

- 1) 産科ショック
- 2) 急性腹症

【2】頻度の高い症状

- 1) 月経遅延
- 2) 腹痛
- 3) 性器出血
- 4) 月経困難症
- 5) 過多月経
- 6) 月経不順
- 7) 腰痛
- 8) 帯下
- 9) 貧血
- 10) 拳児希望
- 11) 排尿障害
- 12) 更年期症状
- 13) 子宮下垂感
- 14) 外陰搔痒感
- 15) 遺伝相談
- 16) 反復流産原因精査

小児科

1. 一般目標(GIO)

- 1) 子どもに関する情報を母親からうまく引き出す技術を習得する。
- 2) 小児では自分から異常部位を訴えてくることが少ないため、医師の診察を通じて異常を発見する技術を習得する。
- 3) 子どもになるべく苦痛や恐怖心を与えないように素早くかつ的確に診察する技術を身につける。
- 4) 年齢によって異なる検査データや小児の発達について理解する。
- 5) 患者の症状に対して年齢別に好発する疾患をあげ、鑑別する能力を身につける。
- 6) 先天異常・代謝・神経・筋疾患などの遺伝性疾患についての理解と遺伝カウンセリングを学ぶ。
- 7) 年齢、体重、体表面積別に薬剤投与量を設定する方法を学ぶ。
- 8) 一般的な感染症や院内感染に関する治療や予防法について理解する。
- 9) 診断や治療について、わかりやすい表現で家族や本人に説明する技術を習得する。
- 10) 各発達段階に対応した心理社会的側面へのサポートを習得する。

2. 行動目標(SBOs)

【1】下記の基本的診察法を実施し、所見を解釈できる。

- 1) 面接技法(親から診断に関する情報を収集、家族とのコミュニケーションを含む)
- 2) 全身の観察(バイタルサイン、全身状態の把握、皮膚や表在リンパ節の診察、脱水の評価を含む)
- 3) 頭頸部の診察(鼓膜、外耳道、鼻腔、口腔、咽喉頭を含む)
- 4) 胸部の診察
- 5) 腹部の診察(直腸診を含む)
- 6) 骨・関節・脊柱の診察
- 7) 神経学的診察(発達評価、骨格筋の診察を含む)
- 8) 外性器の診察

【2】基本的検査法

A. 必要に応じて自ら検査を実施あるいは指示し、結果を解釈できる。

- 1) 一般検尿
- 2) 検便(潜血)
- 3) 血算
- 4) 血液型判定・交差試験
- 5) 心電図
- 6) 動脈血ガス分析
- 7) 血液生化学的検査
- 8) 細菌学的検査・薬剤感受性検査(検体の採取、細菌についての評価)
- 9) 単純X線検査
- 10) X線 CT
- 11) MRI 検査

B. 適切に結果を選択、指示あるいは指導医の監督下で自ら検査し結果を解釈できる。

- 1) 検便(虫卵)
- 2) 血液免疫学的検査
- 3) 骨髄検査(穿刺、骨髄像)
- 4) 超音波検査(心臓・腹部・頭部)
- 5) 髄液検査(髄液採取、細胞数測定)
- 6) 神経生理学的検査(脳波、筋電図)
- 7) 核医学検査
- 8) 内分泌学的検査

C. 指導医が施行する検査を観察・介助し、専門家の意見に基づき結果を解釈できる。

- 1) 造影検査(血管、消化管内視鏡検査)

【3】基本的治療法

A. 以下の基本的治療法の適応を決定し、実施できる。

- 1) 薬剤の処方(体重・年齢・体表面積に応じて投与量を設定)
- 2) 輸液管理(年齢、脱水症の程度に応じて補正量・維持輸液量を設定)
- 3) 輸血・血液製剤の使用(血漿交換・交換輸血を含む)
- 4) 抗生剤の使用
- 5) 副腎皮質ステロイドの使用(外用・吸入・内服・静注)
- 6) 抗腫瘍化学療法
- 7) 呼吸管理
- 8) 循環管理(不整脈を含む)
- 9) 中心静脈栄養法
- 10) 経腸栄養法
- 11) 療育指導(安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備を含む)

B. 必要性を判断し、適応を決定できる。

- 1) 外科的治療
- 2) 放射線治療
- 3) リハビリテーション
- 4) 精神的・心身医学的治療

【4】基本的手技:以下の基本的手技の適応を決定し、実施できる。

- 1) 注射法(皮内、皮下、静注、点滴、中心静脈確保)
- 2) 採血法(静脈血・動脈血)
- 3) 穿刺法(腰椎・胸腔、腹腔)
- 4) 導尿法
- 5) 浣腸
- 6) 局所麻酔法
- 7) 簡単な切開・排膿、創部消毒法
- 8) 皮膚縫合法
- 9) ドレーンチューブ類の管理法
- 10) 気道確保, 挿管手技

【5】以下の救急処置法を適切に行い、必要に応じて専門医に診察を依頼することができる

- 1) バイタルサインの把握
- 2) 重症度および緊急度の把握(判断)
- 3) 心肺蘇生術(気道確保)の適応判断と実施
- 4) 指導医や専門医(専門施設)への申し送りと移送

【6】下記の項目に配慮し、患者・家族と良好な人間関係を確立できる。

- 1) コミュニケーションスキル
- 2) 患者、家族のニーズと心理的側面の把握
- 3) 生活習慣変容への配慮
- 4) インフォームドコンセント
- 5) プライバシーへの配慮

【7】以下の予防医療を実施あるいは重要性を認識し、適切に対応できる。

- 1) 食事指導

- 2) 運動指導
- 3) 禁煙(家庭内での禁煙、もしくは喫煙場所の選択の重要性について)
- 4) ストレスマネジメント
- 5) 地域・学校検診
- 6) 予防接種
- 7) 性行為感染症・エイズ予防
- 8) 院内感染(Universal Precautions を含む)

【8】全人的理解に基づいて、以下の末期医療を実施できる。

- 1) 告知をめぐる諸問題への配慮(こどもにも理解できるように表現方法を工夫)
- 2) 身体症状のコントロール(WHO方式がん疼痛治療法を含む)
- 3) 心理社会的側面への配慮
- 4) 告知後および死後の家族への配慮

【9】以下のチーム医療を理解し、必要に応じて実施できる。

- 1) 指導医や専門医へのコンサルテーション
- 2) 他科、他施設への紹介・転送
- 3) 医療・福祉・保健所の幅広い職種からなるチームの組織
- 4) 在宅医療チームの調整

【10】以下の医療記録を適切に作成し、管理できる。

- 1) 診療録
- 2) 処方箋、指示箋
- 3) 診断書、死亡診断書(死体検案書を含む)、その他の証明書
- 4) 紹介状とその返事

【11】医療における以下の社会的側面の重要性を認識し、適切に対応できる。

- 1) 保健医療法規・制度
- 2) 医療保険、公費負担医療
- 3) 社会福祉施設
- 4) 在宅医療(介護を含む)、社会復帰
- 5) 地域保健(地域との連携)・健康増進(保健所機能への理解を含む)
- 6) 医の倫理・生命倫理
- 7) 医療事故
- 8) 学校、家庭、職場環境への配慮
- 9) 母子健康手帳の理解、活用
- 10) 虐待

【12】以下の診療計画・評価を実施できる。

- 1) 必要な情報収集(文献検索を含む)
- 2) プロブレムリストの作成
- 3) 診療計画(診断、治療、患者への説明の計画)の作成
- 4) 入退院の判断
- 5) 症例提示・要約
- 6) 自己評価および第三者による評価をふまえた改善
- 7) 剖検所見の要約・記載

【13】症例

- 2) 症例発表、学会発表
- 3) 論文発表

3. 方略

- 1) サブグループ(新生児グループ、血液グループ、循環器グループ、混合グループ)のいずれかに所属し、主治医の一員として指導医とともに患者の診療を担当する。
- 2) 新入院患者の診察をして病歴・身体所見・検査所見等から病状を把握し、その結果を基に指導医と相談の上、治療方針をたてる。
- 3) 入院中の受け持ち患者の診療は毎日行い、病状の変化の把握し、指導医の指導の元に適切な対策を考える。重症患者に関しては毎日数回の回診を行い病状把握に努める。
- 4) 患者のプロブレムリストは SOAP (POMR) に従ってカルテ内に明記する。教授回診の前に週間サマリーとプロブレムリストをカルテに記載する。
- 5) 指導医の指示の元、採血、点滴確保には積極的に参加し、小児特有の困難さを把握しながら自ら体験する。
- 6) 院内感染対策(標準感染拡大予防策/MRSA/TB/インフルエンザ)を理解するために院内マニュアルを読むこと。標準感染予防策を理解し病院内感染防止に努める。CV ライン挿入の見学・助手参加の際には標準感染拡大予防策を実施させる。
- 7) 各グループのカンファレンスに参加し、疾患や治療に対する最新知識を整理し、受け持ち患者の診療に役立てるとともに、グループ内での情報共有を図る。
- 8) 胸部単純 X 線、腹部単純 X 線、胸部単純 CT、腹部単純 CT、頭部単純 CT および MRI 実施の際に必要な、鎮静の種類、方法を学び、指導医の元で、実際に鎮静を行う。得られた結果を指導医と共に読影し、治療方針に役立てる。

4. 評価

原則として小児科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、小児科研修指導医により指導された小児科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。小児科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標 C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い小児科研修指導医が承認する。

5. 週間スケジュール(混合グループ)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	回診	回診 外来処置当番	入退院報告 回診	回診	回診
午後	外来見学		NICU 教授回診	小児科病棟 教授回診	検査など
夕方		脳波症例検討会		カンファレンス 医局会	

6. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患・病態

- 1) 意識障害(脳炎・脳症・髄膜炎、けいれん重積、電解質異常)
- 2) ショック(アナフィラキシー、副腎皮質過形成、敗血症、先天性代謝異常症)
- 3) 急性心不全(心奇形、心筋炎、心筋症、川崎病、QT 延長症候群)

- 4) 急性呼吸不全(気管支喘息、ク룹症候群、細気管支炎、肺炎)
- 5) 急性腎不全(急性腎炎、溶血性尿毒症症候群、ネフローゼ症候群・尿路感染症)
- 6) 脱水症(乳児嘔吐下痢症、熱中症)
- 7) 急性感染症(溶連菌感染症、麻疹、風疹、水痘、単純ヘルペス、インフルエンザ)
- 8) 急性中毒(薬剤、毒物)
- 9) 急性腹症(腸重積、虫垂炎、腸軸捻転、結石)
- 10) 誤飲(たばこ、薬物、電池、貨幣)、誤嚥(ピーナッツ)
- 11) 新生児の疾病(仮死、胎便吸飲症候群、新生児呼吸窮迫症候群、気胸)
- 12) 溺水

【2】頻度の高い症状

- 1) 発熱
- 2) 咳・痰・鼻汁
- 3) 下痢、嘔気、嘔吐、腹痛
- 4) 痙攣
- 5) 発疹
- 6) 食欲低下、哺乳力低下、ミルク嫌い
- 7) 不機嫌・啼泣
- 8) 体重減少・発育障害
- 9) 喘鳴・呼吸困難・チアノーゼ
- 10) 発達遅延
- 11) 不登校、多動、注意力散漫
- 12) 肥満
- 13) 便秘
- 14) 低身長
- 15) 黄疸
- 16) リンパ節腫脹
- 17) 血尿
- 18) 血便
- 19) 鼻出血
- 20) 頭痛
- 21) 出血斑

【3】経験すべき疾患・病態

- 1) 小児けいれん性疾患
- 2) 小児ウイルス感染症(麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ)
- 3) 小児細菌感染症
- 4) 小児喘息
- 5) 先天性心疾患

精神科

1. 一般目標(GIO)

- 1) 診療科を問わず必要となる、精神医療・医学の基礎知識と技能を習得する。
- 2) 身体各科においても必要とされる精神医学的ケアを実習する。

2. 行動目標(SBOs)

【1】基本的診察法:以下につき主要な所見を正確に把握できる。

- 1) 面接技法(患者、家族との信頼関係構築、適切なコミュニケーション)
- 2) 精神症状の把握
- 3) 神経学的診察

【2】基本的検査法

A. 必要に応じて自ら検査を実施し、結果を解釈できる。

- 1) 心理検査
- 2) 神経心理学的検査

B. 適切に検査を選択・指示し、結果を解釈できる。

- 1) 血液生化学的検査
- 2) 肝機能検査
- 3) 腎機能検査
- 4) 内分泌学的検査
- 5) 髄液検査
- 6) 脳画像検査(X-CT、MRI、SPECT)
- 7) 脳波検査

【3】基本的手技:適応を決定し、適切に実施できる。

- 1) 注射法(筋肉、点滴、静脈確保)
- 2) 採血法(静脈血、動脈血)

【4】基本的治療法

A. 適応を決定し、実施できる。

- 1) 薬剤の処方
- 2) 輸液

B. 適応を決定し、指導医の指導の下に実施できる。

- 1) 精神医学的及び神経心理学的リハビリテーション
- 2) 精神療法(認知行動療法を含む)
- 3) 無けいれん電気療法

【5】患者・家族との関係:良好な人間関係の下で、問題を解決できる。

- 1) 適切なコミュニケーション(患者への接し方を含む)
- 2) 患者・家族のニーズの把握
- 3) 心理社会的側面の把握と指導
- 4) インフォームドコンセント
- 5) プライバシーの保護

【6】医療の社会的側面:医療の社会的側面に対応できる。

- 1) 保健医療法規・制度(精神保健福祉法を含む)
- 2) 医療保険・公費負担医療
- 3) 社会福祉施設
- 4) 在宅療養, 社会復帰
- 5) 地域保健・健康増進(精神保健福祉センター、精神障害者社会復帰施設の理解を含む)

【7】文書記録:適切に文書を作成し、管理ができる。

- 1) 診療記録等の医療記録
- 2) 処方箋・指示箋
- 3) 診断書, その他の証明書
- 4) 紹介状とその返事
- 5) 精神保健福祉法に基づく書類

【8】診療計画・評価:総合的に問題点を分析・判断し、評価ができる。

- 1) 必要な情報収集(文献検索を含む)
- 2) 問題点整理
- 3) 診療計画の作成・変更
- 4) 入退院の判定
- 5) 症例提示・要約

【9】医療メンバー:様々な医療従事者と協調・協力し、問題に対処できる。

- 1) 指導医・専門医へのコンサルテーション
- 2) 他科、他施設への紹介・転送
- 3) 医療・福祉・保健の幅広い職種からなるチームの組織
- 4) コンサルテーション・リエゾン精神医学

3. 方略

- 1) 外来およびリエゾンチームの新患予診と初診の陪席
- 2) 精神科病棟で担当レジデントについて副主治医として診察
- 3) 精神症状と緩和ケアクルズス
- 4) 単科精神科病院見学(未経験者)
- 5) 精神保健センター見学
- 6) 専門外来見学(希望者)

4. 評価

原則として精神科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、精神科研修指導医により指導された精神科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。精神科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い精神科研修指導医が承認する。

5. 週間スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	オリエンテーション 外来	外来 CL	外来 CL	外来 CL	外来 CL
午後	ミニレクチャー(精神症状) ミニレクチャー(緩和ケア)	単科精神病院見学	単科精神病院見学 精神保健福祉センター見学	病棟会議 新患紹介	
夕方	病棟オリエンテーション 臨床疑問カンファ			医局会	まとめ

6. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患・病態

- 1) 自殺企図
- 2) 意識障害
- 3) けいれん
- 4) 不穏、興奮

【2】頻度の高い疾患・病態

- 1) 意識障害
- 2) 頭痛、頭重感
- 3) 呼吸困難、息切れ
- 4) 動悸
- 5) 食思不振
- 6) 体重減少・増加
- 7) 知能障害
- 8) 記憶障害
- 9) 失見当識

- 10) 錯覚、幻覚
- 11) 思考障害
- 12) 不安、抑うつ
- 13) 自我障害
- 14) 病識欠如
- 15) 疎通性障害
- 16) 脳局所症状
- 17) 睡眠障害、不眠
- 18) 不定愁訴、身体化症状

【3】経験すべき疾患

- 1) 症状精神病(せん妄含む)
- 2) 認知症(血管性認知症を含む)
- 3) アルコール依存症
- 4) うつ病
- 5) 統合失調症
- 6) 不安障害(パニック障害)
- 7) 身体表現性障害、ストレス関連障害

別添 2 選択科目研修プログラム

総合内科・総合診療科

1.一般目標(GIO)

- 1) 全人的なプライマリケアが提供できるプロフェッショナルな医師となる為に、患者やその家族の求める医療が何かを理解し、患者を中心とした医療チームの中で信頼され得る姿勢を身に付け、幅広く応用可能な総合的診療能力を身に着ける。

2.行動目標(SBOs)

【1】患者ニーズと総合医療への理解(認知領域)

- 1) 患者あるいは患者家族からの視点に立つ診療が何かを述べることができる。
- 2) 医師に求められる社会的ニーズが何かを説明できる。
- 3) 全人的医療とは何かを説明できる。
- 4) 全人的な医療がなぜ必要か説明できる。
- 5) チーム医療の意義を説明できる。
- 6) 標準的医療の必要性を説明できる。
- 7) 全人的医療が実践できる。
- 8) 病院理念を実践できる。

【2】診療姿勢(情意領域)

- 1) 病態が明らかでない患者に対しても、何らかの対処による診療を考案できる。
- 2) 患者あるいは患者家族から信頼され得る責任感を発揮できる。
- 3) 患者や患者家族と意思疎通を図ることができる。
- 4) プライバシーや羞恥心などに配慮した診療ができる。
- 5) 死生観や宗教観に配慮した診療ができる。
- 6) 多職種間医療チーム内で信頼され得る責任感を発揮できる。
- 7) 診療科間あるいはパラメディカルなどとの協調に役立つ適切なコンサルテーションができる。
- 8) 適切な時期に、読みやすくカルテ記載ができる。
- 9) 指導医や上級医に報告し、相談することができる。
- 10) 先輩や後輩の関係を理解し、相互に学びの姿勢をもつことができる。

【3】総合的診療能力(精神運動領域)

- 1) 面接技法(情報の収集、患者・家族との適切なコミュニケーション等)を身につけ、正確に病歴等を聴取し記載できる。
- 2) 全身の観察ができ、正確に記載できる。
- 3) バイタルサインを優先して確認できる。
- 4) 基本的検査(静脈採血、動脈採血、尿検査、心電図検査、超音波検査など)が安全に行える。
- 5) 基本的診療(点滴確保、注射投与、投薬処方、尿管カテーテル留置、胃管留置、モニター機器装着、身体制限帯、診療状況評価など)が安全に行える。

- 6) 総合プロブレム方式に沿ったカルテ記載ができる。
- 7) プロブレムリストに沿って、入院診療計画を立案することができる。
- 8) 文献検索や科学的根拠に基づいた医療(EBM)を提供することができる。
- 9) 医療以外の介護面などからの支援を立案できる。
- 10) 栄養管理や栄養指導などを行うことができる。
- 11) 服薬指導を行うことができる。
- 12) 感染症診療の原則を理解した診療を立案できる。
- 13) 外来診療から入院診療、さらに退院から外来診療までの一連の医療の流れを理解できる。
- 14) 退院支援を活用し、提案できる。
- 15) 病状告知(悪い知らせを含む)を説明できる。
- 16) 診療情報提供書や診断書作成ができる。
- 17) 死亡診断書を作成することができる。
- 18) 分かりやすくケースプレゼンテーションができる。
- 19) 症例報告や学会発表が上手にできる。

3.方略

- 1) 内科外来の外来患者診療を、外来担当指導医と共に担当する。
- 2) 内科時間外の外来患者診療を、外来担当指導医と共に担当する。
- 3) 担当指導医と共に、副主治医として、入院患者を担当する。
- 4) 担当患者に対して適切な態度を持って診療し、病状の把握を行って、総合プロブレム方式に準じたカルテ記載を行う。
- 5) カルテ記載内容に基づいて、検査や治療計画を立案する。
- 6) 診療計画に沿って、入院担当患者の回診を毎日行い、指導医に報告しながら、議論の内容をカルテに記載する。
- 7) (指導医同席または許可を得て)療計画に基づいた病状説明やインフォームド・コンセントを得る。
- 8) 毎朝の症例カンファレンスにおいて、症例提示を行い、立案の妥当性を自ら検証する。
- 9) 指導医の支援または許可の下において、基本的検査や基本的処置を行うとともに、その結果や治療経過などを評価・確認する。
- 10) カンファレンスには、当直明けや休日などで参加が困難な場合を除いて極力出席し、適切なプレゼンテーションを行う。
- 11) 多職種カンファレンスや、診療科間連携などにおいては、その

4.評価

- 1) 指導医が研修医手帳、研修医チェックリストを確認する。
 - 2) 経験目標に定められたレポートを提出する。
 - 3) 研修医ポートフォリオにある記載方法に準ずる。
-

5. 週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8時	カンファレンス (病棟, 外来, 救急)	カンファレンス (病棟, 外来, 救急)	感染対策チーム 共同カンファレンス (病棟, 外来, 救急)	カンファレンス (病棟, 外来, 救急)	カンファレンス (病棟, 外来, 救急)
9時	教育回診	教育回診	教育回診	教育回診	教育回診
午前	病棟回診・ 業務	病棟回診・ 業務	病棟回診・ 業務	病棟回診・ 業務	内科初診 外来
午後	病棟回診・ 業務	病棟回診・ 業務	病棟回診・ 業務	病棟回診・ 業務	内科時間外 外来
夕方	振り返り カンファレンス	振り返り カンファレンス	振り返り カンファレンス 救急症例検討会 (第3週) 内科合同症例検討会 (第4週)	退院支援室・ 看護師・ 共同 カンファレンス (病棟)	振り返り カンファレンス

緊急入院患者があれば、随時診察・指示を出す。また、緊急検査の助手・支援・見学を行う。

- ・ 検査・処置(内視鏡検査・内視鏡的切除術 など)の助手・見学・支援。
- ・ 朝夕のカンファレンスでは、入院・外来・救急担当患者のプレゼンテーション・検討を行う。
- ・ 教育回診や内科外来, 内科時間外外来では, OMP(One Minute Preceptor)によるフィードバックを随時行う。

6. 経験すべき症状・病態

【1】頻度の高い症状

- 1) 全身倦怠感
- 2) 不眠
- 3) 食欲不振
- 4) 体重減少, 体重増加
- 5) 浮腫
- 6) リンパ節腫脹
- 7) 発疹, かゆみ
- 8) 黄疸
- 9) 発熱
- 10) 頭痛

- 11) めまい
- 12) 失神
- 13) けいれん発作
- 14) 視力障害, 視野狭窄
- 15) 結膜の充血
- 16) 聴覚障害, 耳鳴
- 17) 鼻出血
- 18) 嗅声
- 19) 胸痛
- 20) 動悸
- 21) 呼吸困難
- 22) 咳・痰
- 23) 嘔気・嘔吐
- 24) 胸やけ
- 25) 嚥下困難
- 26) 腹痛
- 27) 便通異常(下痢, 便秘)
- 28) 腰痛
- 29) 関節痛
- 30) 歩行障害
- 31) 四肢のしびれ
- 32) 血尿
- 33) 排尿障害(尿失禁・排尿困難)
- 34) 尿量異常
- 35) 不安・抑うつ

【2】緊急を要する疾患・病態

- 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(吐血、下血)
- 10) 急性腎不全
- 11) 尿閉
- 12) 急性感染症
- 13) 急性中毒

- 14) 誤飲(たばこ、薬物など)、誤嚥(ピーナッツなど)
- 15) アナフィラキシー

【3】経験すべき疾患・病態

1) 血器・リンパ網内系疾患

- ① (鉄欠乏貧血二次性貧血)
- ② 白血病
- ③ 悪性リンパ腫
- ④ 出血傾向・紫斑病(播種性血管内凝固症候群:DIC)

2) 神経系疾患

- ① 脳・脊髄血管障害(脳梗塞, 脳内出血, くも膜下出血)
- ② 痴呆性疾患
- ③ 脳・脊髄外傷(頭部外傷, 急性硬膜外・硬膜下血腫)
- ④ 変性疾患(パーキンソン病)
- ⑤ 脳炎・髄膜炎

3) 皮膚系疾患

- ① 湿疹・皮膚炎群(接触皮膚炎, アトピー性皮膚炎)
- ② 蕁麻疹
- ③ 薬疹
- ④ 皮膚感染症

4) 運動器(筋骨格)系疾患

- ① 骨折
- ② 関節の脱臼, 亜脱臼, 捻挫, 靭帯損傷
- ③ 骨粗鬆症
- ④ 脊柱障害(腰椎椎間板ヘルニア)

5) 循環器系疾患

- ① 心不全
- ② 狭心症, 心筋梗塞
- ③ 心筋症
- ④ 不整脈(主要な頻脈性, 徐脈性不整脈)
- ⑤ 弁膜症(僧帽弁膜症, 大動脈弁膜症)
- ⑥ 動脈疾患(動脈硬化症, 大動脈瘤)
- ⑦ 静脈・リンパ管疾患(深部静脈血栓症, 下肢静脈瘤, リンパ浮腫)
- ⑧ 高血圧症(本態性, 二次性高血圧症)

6) 呼吸器系疾患

- ① 呼吸不全
- ② 呼吸器感染症(急性上気道炎, 気管支炎, 肺炎)
- ③ 閉塞性・拘束性肺疾患(気管支喘息, 気管支拡張症)
- ④ 肺循環障害(肺塞栓・肺梗塞)
- ⑤ 異常呼吸(過換気症候群)

- ⑥ 胸膜, 縦隔, 横隔膜疾患(自然気胸, 胸膜炎)
- ⑦ 肺癌
- 7) 消化器系疾患
 - ① 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)
 - ② 小腸・大腸疾患(イレウス, 急性虫垂炎, 痔核・痔瘻)
 - ③ 胆嚢・胆管疾患(胆石, 胆嚢炎, 胆管炎)
 - ④ 肝疾患(ウイルス性肝炎, 急性・慢性肝炎, 肝硬変, 肝癌,
 - ⑤ アルコール性肝障害, 薬物性肝障害)
 - ⑥ 膵臓疾患(急性・慢性膵炎)
 - ⑦ 横隔膜・腹壁・腹膜(腹膜炎, 急性腹症, ヘルニア)
- 8) 腎・尿路系(体液・電解質バランスを含む)疾患
 - ① 腎不全(急性・慢性腎不全, 透析)
 - ② 原発性糸球体疾患(急性・慢性糸球体腎炎症候群, ネフローゼ症候群)
 - ③ 全身性疾患による腎障害(糖尿病性腎症)
 - ④ 泌尿器科的腎・尿路疾患(尿路結石, 尿路感染症)
- 9) 生殖器疾患
 - ① 女性生殖器およびその関連疾患(無月経, 思春期・更年期障害, 骨盤内腫瘍, 乳腺腫瘍)
 - ② 男性生殖器疾患(前立腺疾患, 勃起障害, 精巣腫瘍)
- 10) 内分泌・栄養・代謝系疾患
 - ① 視床下部・下垂体疾患(下垂体機能障害)
 - ② 甲状腺疾患(甲状腺機能亢進症, 甲状腺機能低下症)
 - ③ 副腎不全
 - ④ 糖尿病異常(糖尿病, 糖尿病の合併症, 低血糖)
 - ⑤ 高脂血症蛋白および核酸代謝異常(高尿酸血症)
- 11) 眼・視覚系疾患
 - ① 屈折異常(近視, 遠視, 乱視)
 - ② 角結膜炎
 - ③ 白内障
 - ④ 緑内障
 - ⑤ 糖尿病, 高血圧・動脈硬化による眼底変化
- 12) 耳鼻・咽喉・口腔系疾患
 - ① 中耳炎
 - ② 急性・慢性副鼻腔炎
 - ③ アレルギー性鼻炎
 - ④ 扁桃の急性・慢性炎症性疾患
 - ⑤ 外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物
- 13) 精神・神経系疾患
 - ① 症状精神病
 - ② 痴呆(血管性痴呆を含む)
 - ③ アルコール依存症

- ④ うつ病
- ⑤ 不安障害(パニック症候群)
- ⑥ 身体表現性障害, ストレス関連障害

14) 感染症

- ① ウイルス感染症(インフルエンザ, 麻疹, 風疹, 水痘, ヘルペス, 流行性耳下腺炎)
- ② 細菌感染症(ブドウ球菌, MRSA, A 群レンサ球菌, クラミジア)
- ③ 結核
- ④ 真菌感染症(カンジダ症)
- ⑤ 性感染症
- ⑥ 寄生虫疾患

15) 免疫・アレルギー疾患

- ① 全身性エリテマトーデスとその合併症
- ② 慢性関節リュウマチ
- ③ アレルギー疾患

16) 物理・化学的因子による疾患

- ① 中毒(アルコール, 薬物)
- ② アナフィラキシー
- ③ 環境要因による疾患(熱中症, 寒冷による障害)
- ④ 熱傷

17) 加齢と老化

- ① 高齢者の栄養摂取障害
- ② 老年症候群(誤嚥, 転倒, 失禁, 褥瘡)

消化器内科

はじめに

消化器内科は、主に消化管の消化器病を専門領域とする。研修にあたっては、消化器疾患患者の診断過程(症候→検査→鑑別診断→確定診断)および治療方針、治療過程を十分理解し、その病態についての知識を会得すること、良好な医師・患者関係の構築を図ること、そして将来どの診療科の医師になるとしても最低限の知識、技能を習得することを目的とする。

1.一般目標(GIO)

- 2) 全ての臨床医に求められる、基本的な診療に必要な知識・技能・態度を身につける。
- 3) 患者およびその家族に対して適切な接遇・説明・指導ができるよう心がけ、良好な医師・患者関係、信頼関係を築くよう努力する
- 4) 患者の持つ問題を心理的・社会的側面も含め全人的にとらえ、適切に解決し、説明・指導・管理する能力を身につける。
- 5) 指導医、他科または他施設に委ねるべき問題がある場合に、適切に判断し必要な記録を添えて紹介・転送する能力を身につける。
- 6) 臨床を通じて思考力、判断力、創造力を培い、自己評価をし、第三者の評価を受け入れフィードバックする態度を身につける。

2.行動目標(SBOs)

【1】基本的診察法

- 1) 面接技法(情報の収集、患者・家族との適切なコミュニケーション等)を身につけ、正確に病歴等を聴取し記載できる。
- 2) 全身の観察(バイタルサインと精神状態の把握、皮膚や表在リンパ節の診察等)ができ、正確に記載できる。
- 3) 全身の診察とともに、当科研修時には特に腹部の診察(直腸診を含む)ができ、正確に記載できる。

【2】基本的検査法(消化器領域)

A. 必要に応じ自ら、あるいは指導医の監督下で検査を実施し、結果を解釈できる。

- 1) 検便(ヒトヘモグロビン、細菌培養、虫卵)
- 2) 血液生化学検査、免疫血清学的検査
- 3) 腹部単純X線検査
- 4) 腹部CT検査
- 5) 腹部超音波検査
- 6) 腹部MRI検査
- 7) 上部消化管造影検査
- 8) 上部消化管内視鏡検査

B. 指導医が施行する検査を観察・介助し、専門家の意見に基づき結果を解釈できる。

- 1) 注腸造影検査
- 2) 下部消化管内視鏡検査
- 3) 生検、細胞診、病理組織検査

【3】基本的手技

以下の基本的手技の適応を決定し、実施できる。

- 1) 採血、注射法(静脈、動脈、皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保)
- 2) 腹腔穿刺
- 3) 胃管の挿入と管理

【4】基本的治療法

A. 以下の基本的治療法の適応を決定し、実施できる。

- 1) 療養指導(安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備を含む)
- 2) 薬物治療(薬物の作用、副作用、相互作用について。抗生物質、ステロイド、抗癌剤も含む)
- 3) 輸液
- 4) 輸血(成分輸血を含む)・血液製剤の使用
- 5) 中心静脈栄養法
- 6) 経腸栄養法

B. 必要性を判断し、適応を決定できる。

- 1) 外科的治療
- 2) 放射線治療
- 3) リハビリテーション
- 4) 精神的、心身医学的治療

【5】下記の項目に配慮し、患者・家族と良好な人間関係を確立できる。

- 1) コミュニケーションスキル
- 2) 患者、家族のニーズと心理的側面の把握
- 3) 生活習慣変容への配慮
- 4) インフォームドコンセント
- 5) プライバシーへの配慮

【6】以下の予防医療を実施あるいは重要性を認識し、適切に対応できる。

- 1) 食事指導
- 2) 運動指導
- 3) 禁煙
- 4) ストレスマネジメント
- 5) 院内感染

【7】全人的理解に基づいて、以下の終末期医療を実施できる。

- 1) 告知をめぐる諸問題への配慮
- 2) 身体症状のコントロール(WHO 方式がん疼痛治療法を含む)
- 3) 心理社会的側面への配慮
- 4) 死生観、宗教観などへの側面への配慮

5) 告知後および死後の家族への配慮

【8】以下のチーム医療を理解し、必要に応じて実施できる。

- 1) 指導医や専門医へのコンサルテーション
- 2) 他科、他施設への紹介・転送
- 3) 医療・福祉・保健の幅広い職種からなる、在宅医療チームの調整

【9】以下の医療記録を適切に作成し、管理できる。

- 1) 診療録の作成
- 2) 処方箋、指示書の作成
- 3) 診断書、証明書、死亡診断書の作成
- 4) 紹介状、返答書の作成

【10】以下の診療計画・評価を実施できる。

- 1) 必要な情報収集(文献検索を含む)
- 2) プロブレムリストの作成
- 3) 診療計画(診断、治療、患者への説明の計画)の作成
- 4) 入退院の判断
- 5) 症例提示・要約
- 6) 自己評価および第三者による評価をふまえた改善
- 7) 剖検所見の要約、CPCレポート(剖検報告)の記載、作成

【11】症例

- 1) 症例の要約、カンファレンスでの提示・学会発表
- 2) 論文発表

3.方略

- 1) 担当指導医とともに副主治医として予定、緊急入院患者を受け持つ。
- 2) 適切な態度で医療面接、腹部の診察をはじめとする基本的な身体診察を行い、診療録の記載を行う
- 3) 臨床経過を確認し、医療面接、診察で得られた情報をもとに病態を把握し、担当指導医の支援のもと、治療方針を決定する。
- 4) 毎日各担当患者の回診行い、診察で得た情報を担当指導医とディスカッションして、治療経過や効果を評価、確認する。
- 5) 担当指導医の支援のもと、基本的な臨床検査、手技、治療法の指示や施行をおこない、その結果を評価、確認する。
- 6) 消化器科週間予定表およびローテーション表に基づき、予定検査や緊急検査、処置について、可能な限り手技の助手や支援にあたる。
- 7) 症例検討会では受け持ち患者の治療経過のポイントや問題点について、適切にプレゼンテーションする。
- 8) がん患者に対しては、その内科的治療だけでなく、担当患者を通じて疼痛コントロールの方法や、在宅医療など特定の医療現場に結びつく経験をする。

4. 評価

- 4) 指導医が研修医手帳、研修医チェックリストを確認する。
- 5) 経験目標に定められたレポートを提出する。
- 6) 研修医ポートフォリオにある記載方法に準ずる。

5. 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	内視鏡検査 (病棟回診)	胃透視・注腸レ ントゲン検査 (病棟回診)	内視鏡検査 (病棟回診)	胃透視・注腸レ ントゲン検査 (病 棟回診)	内視鏡検査 (病棟回診)
午後	病棟回診/検査・ 処置	病棟回診/検査・ 処置	病棟回診/検査・ 処置	病棟回診/検査・ 処置	病棟回診/検査・ 処置
夕方	抄読会	消化器内科検討 会 消化器内科・外 科検討会	消化器内視鏡 ・ 病理カンファ		

- ・ 緊急入院患者があれば、随時診察・指示を出す。また、緊急検査の助手・支援・見学を行う。
- ・ 検査・処置(内視鏡検査・内視鏡的切除術 など)の助手・見学・支援。
- ・ 消化器内科検討会では、入院担当患者のプレゼンテーション・検討を行う。
- ・ 消化器内科・外科検討会では、消化器外科、病理部と合同で検討する。
- ・ 消化器内視鏡・病理カンファでは、病理部と合同で検討する。

6. 経験すべき症状・病態

【1】頻度の高い症状・経験すべき病態

- 1) 全身倦怠感
- 2) 食欲不振
- 3) 体重減少
- 4) 嘔気、嘔吐
- 5) 胸やけ
- 6) 嚥下困難、つかえ感
- 7) 腹痛(上腹部痛、下腹部痛)
- 8) 腹部膨満感(含 腹水)
- 9) 腹部不快感
- 10) 便通異常(便秘、下痢)
- 11) 急性腹症
- 12) 急性消化管出血(吐血、下血)

【2】経験すべき疾患

(診断および薬物療法、内視鏡治療、外科的治療を含む治療法もあわせて)

- 1) 食道癌
- 2) 食道アカラジア
- 3) 食道炎(含 食道真菌症)
- 4) 胃食道逆流症
- 5) Mallory-Weiss 症候群
- 6) 胃癌
- 7) 急性胃粘膜障害
- 8) 胃炎(含 ヘリコバクターピロリ感染症)
- 9) 消化性潰瘍(胃潰瘍、十二指腸潰瘍)
- 10) 胃ポリープ
- 11) 胃粘膜下腫瘍
- 12) 消化管 GIST
- 13) 機能性消化管障害(Functional dyspepsia、過敏性腸症候群)
- 14) 炎症性腸疾患(クローン病、潰瘍性大腸炎、腸結核)
- 15) イレウス
- 16) 急性虫垂炎
- 17) 大腸癌
- 18) 大腸ポリープ

肝・膵臓内科

はじめに

肝・膵臓内科は、主に肝臓・膵臓・胆道(胆管・胆嚢)の消化器病を専門領域とする。研修にあたっては、消化器疾患、特に肝胆膵疾患患者の診断過程(症候→検査→鑑別診断→確定診断)および治療方針、治療過程を十分理解し、その病態についての知識を会得すること、良好な医師・患者関係の構築を図ること、そして将来どの診療科の医師になるとしても最低限の知識、技能を習得することを目的とする。

1. 一般目標 (GIO)

- 1) 全ての臨床医に求められる、基本的な診療に必要な知識・技能・態度を身につける。
- 2) 患者およびその家族に対して適切な接遇・説明・指導ができるよう心がけ、良好な医師・患者関係、信頼関係を築くよう努力する
- 3) 患者の持つ問題を心理的・社会的側面も含め全人的にとらえ、適切に解決し、説明・指導・管理する能力を身につける。
- 4) 指導医、他科または他施設に委ねるべき問題がある場合に、適切に判断し必要な記録を添えて紹介・転送する能力を身につける。
- 5) 臨床を通じて思考力、判断力、創造力を培い、自己評価をし、第三者の評価を受け入れフィードバックする態度を身につける。

2. 行動目標 (SBOs)

【1】 基本的診察法

- 1) 面接技法(情報の収集、患者・家族との適切なコミュニケーション等)を身につけ、正確に病歴等を聴取し記載できる。
- 2) 全身の観察(バイタルサインと精神状態の把握、皮膚や表在リンパ節の診察等)ができ、正確に記載できる。
- 3) 全身の診察とともに、当科研修時には特に腹部の診察(直腸診を含む)ができ、正確に記載できる。

【2】 基本的検査法(消化器 特に肝胆膵領域)

A. 必要に応じ自ら、あるいは指導医の監督下で検査を実施し、結果を解釈できる。

- 1) 血液生化学検査、免疫血清学的検査、ウイルス関連検査
- 2) 腹部単純 X 線検査
- 3) 腹部 CT 検査
- 4) 腹部超音波検査
- 5) 腹部 MRI 検査
- 6) とくに MRCP 検査

B. 指導医が施行する検査を観察・介助し、専門家の意見に基づき結果を解釈できる。

- 1) 造影腹部超音波検査
- 2) 超音波内視鏡検査(EUS)
- 3) 内視鏡的逆行性胆道膵管造影(ERCP)

- 4) 経皮経肝胆管ドレナージ術
- 5) 経皮経肝胆のうドレナージ術
- 6) ERCP 関連検査(生検、細胞診などの病理組織検査)
- 7) ERCP 関連治療(ドレナージ術、ステント留置術)
- 8) EUS 検査関連検査・治療(生検、細胞診、ドレナージ術、ステント留置術)
- 9) 腹部超音波検査関連検査・治療(肝生検、腫瘍生検)
- 10) ラジオ波腫瘍焼灼療法(RFA)
- 11) 内視鏡的食道静脈瘤結紮療法(EVL)
- 12) 内視鏡的食道静脈瘤硬化療法(EIS)
- 13) 肝動脈化学塞栓療法(TACE)
- 14) バルーン閉塞性逆向性経静脈的閉鎖術(BRTO)

【3】 基本的手技

以下の基本的手技の適応を決定し、実施できる。

- 1) 採血、注射法(静脈、動脈、皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保)
- 2) 腹腔穿刺
- 3) 腹部超音波
- 4) 腹部超音波下胆のう穿刺・ドレナージ

【4】基本的治療法

A. 以下の基本的治療法の適応を決定し、実施できる。

- 1) 療養指導(安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備を含む)
- 2) 薬物治療(薬物の作用、副作用、相互作用について。抗生物質、ステロイド、インターフェロン、抗癌剤、分子標的薬も含む)
- 3) 輸液
- 4) 輸血(成分輸血を含む)・血液製剤の使用
- 5) 中心静脈栄養法
- 6) 経腸栄養法

B. 必要性を判断し、適応を決定できる。

- 1) 外科的治療
- 2) 放射線治療
- 3) リハビリテーション
- 4) 精神的、心身医学的治療

【5】 下記の項目に配慮し、患者・家族と良好な人間関係を確立できる。

- 1) コミュニケーションスキル
- 2) 患者、家族のニーズと心理的側面の把握
- 3) 生活習慣変容への配慮
- 4) インフォームドコンセント
- 5) プライバシーへの配慮

【6】以下の予防医療を実施あるいは重要性を認識し、適切に対応できる。

- 1) 食事指導
- 2) 運動指導
- 3) 禁煙
- 4) ストレスマネジメント
- 5) 院内感染

【7】全人的理解に基づいて、以下の終末期医療を実施できる。

- 1) 告知をめぐる諸問題への配慮
- 2) 身体症状のコントロール(WHO方式がん疼痛治療法を含む)
- 3) 心理社会的側面への配慮
- 4) 死生観、宗教観などへの側面への配慮
- 5) 告知後および死後の家族への配慮

【8】以下のチーム医療を理解し、必要に応じて実施できる。

- 1) 指導医や専門医へのコンサルテーション
- 2) 他科、他施設への紹介・転送
- 3) 医療・福祉・保健の幅広い職種からなる、在宅医療チームの調整

【9】以下の医療記録を適切に作成し、管理できる。

- 1) 診療録の作成
- 2) 処方箋、指示書の作成
- 3) 診断書、証明書、死亡診断書の作成
- 4) 紹介状、返答書の作成

【10】以下の診療計画・評価を実施できる。

- 1) 必要な情報収集(文献検索を含む)
- 2) プロブレムリストの作成
- 3) 診療計画(診断、治療、患者への説明の計画)の作成
- 4) 入退院の判断
- 5) 症例提示・要約
- 6) 自己評価および第三者による評価をふまえた改善
- 7) 剖検所見の要約、CPCレポート(剖検報告)の記載、作成

【11】症例

- 1) 症例の要約、カンファレンスでの提示・学会発表
- 2) 論文発表

3. 方略

- 1) 担当指導医とともに副主治医として予定、緊急入院患者を受け持つ。
- 2) 適切な態度で医療面接、腹部の診察をはじめとする基本的な身体診察を行い、診療録の記載を行う
- 3) 臨床経過を確認し、医療面接、診察で得られた情報をもとに病態を把握し、担当指導医の支援のもと、治療方針を決定する。
- 4) 毎日各担当患者の回診を行い、診察で得た情報を担当指導医とディスカッションして、治療経過や効果を評価、確認する。
- 5) 担当指導医の支援のもと、基本的な臨床検査、手技、治療法の指示や施行をおこない、その結果を評価、確認する。
- 6) 消化器科週間予定表およびローテーション表に基づき、予定検査や緊急検査、処置について、可能な限り手技の助手や支援にあたる。
- 7) 症例検討会では受け持ち患者の治療経過のポイントや問題点について、適切にプレゼンテーションする。
- 8) がん患者に対しては、その内科的治療だけでなく、担当患者を通じて疼痛コントロールの方法や、在宅医療など特定の医療現場に結びつく経験をする。

4. 評価

- 1) 指導医が研修医手帳、研修医チェックリストを確認する。
- 2) 経験目標に定められたレポートを提出する。
- 3) 研修医ポートフォリオにある記載方法に準ずる。

5. 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	腹部エコー・上部 消化管内視鏡 (病棟回診)	肝生検・肝治療 ERCP, EUS, FNA (病棟回診)	腹部エコー・上部 消化管内視鏡 (病棟回診)	腹部エコー・上部 消化管内視鏡 (病棟回診)	肝生検・肝治療 (病棟回診)
午後	病棟回診/検査・ 処置	ERCP, EUS, FNA (病棟回診)	病棟回診/検査・ 処置	ERCP, EUS, FNA (病棟回診)	病棟回診/検査・ 置
夕方	肝疾患検討会 (毎週)	内科外科検討会 (毎月)		膵胆疾患検討会 (毎週)	

- ・ 緊急入院患者があれば、随時診察・指示を出す。また緊急検査の助手・支援・見学を行う。
- ・ 検査・処置(ERCP,EUS,EIS,EVL,PTGBD,PTBD など)の助手・見学・支援。
- ・ 肝疾患検討会、膵胆道系疾患検討会では、入院担当患者のプレゼンテーション・検査後や術後の病理検討を行う。
- ・ 消化器内科・外科検討会では、消化器外科、病理部と合同で検討する。

6. 経験すべき症状・病態・疾患

【1】頻度の高い症状・経験すべき病態

- 1) 全身倦怠感
- 2) 食欲不振

- 3) 体重減少
- 4) 嘔気、嘔吐
- 5) 黄疸
- 6) 掻痒感
- 7) 腹痛(上腹部痛、背部痛、右季肋部痛)
- 8) 腹部膨満感(含 腹水)
- 9) 腹部不快感
- 10) 便通異常(灰白色便、黒色便)
- 11) 急性腹症
- 12) 急性消化管出血(吐血、下血)

【2】 経験すべき疾患

(診断および薬物療法、内視鏡治療、外科的治療を含む治療法もあわせて)

- 1) 急性肝炎(ウイルス性、アルコール性、その他各種)
- 2) 慢性 B 型肝炎
- 3) 慢性 C 型肝炎、
- 4) 肝膿瘍
- 5) 肝硬変(ウイルス性、アルコール性、その他各種)
- 6) 肝細胞癌
- 7) 腹水
- 8) 肝細胞癌破裂
- 9) 自己免疫性肝炎
- 10) 原発性胆汁性胆管炎
- 11) 原発性硬化性胆管炎
- 12) 胆石症
- 13) 急性胆嚢炎
- 14) 慢性胆嚢炎
- 15) 胆嚢癌
- 16) 総胆管結石
- 17) 急性化膿性胆管炎
- 18) 胆管癌
- 19) 胆管細胞癌
- 20) IgG4関連胆道疾患
- 21) 急性膵炎
- 22) 慢性膵炎
- 23) 自己免疫性膵炎(IgG4関連疾患)
- 24) 膵仮性嚢胞
- 25) 膵癌

呼吸器・アレルギー内科

1. 一般目標(GIO)

包括的で全人的な内科診療を实践できる人間性豊かな診療態度を身に付ける。基本的な呼吸器疾患の診療ができるようになることを目標とする。また、将来呼吸器専門医となる場合にはその礎づくりとなるようにする。

- ・ 呼吸器内科領域の検査及び手技に習熟し、件数を経験する。
- ・ 全身管理能力を修得する。
- ・ 患者および患者家族との対応能力を修得する。
- ・ 医療システム(保険医療、介護保険など)を理解し、適応する。

2. 行動目標(SBOs)

研修項目(一般的な診療や手技)

- 1) 理学所見のとり方
 - 2) 胸部単純X線写真読影
 - 3) 胸部CT読影
 - 4) 気管支鏡
- 以下担当患者さんがいる場合
- 5) 胸腔穿刺
 - 6) 胸腔ドレナージ
 - 7) 胸膜生検

3. 方略

呼吸器疾患の必須修得事項を研修する。

基本的な呼吸器疾患を一人で診療できるようになることを目標とする。

4. 評価

原則として呼吸器内科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、呼吸器内科研修指導医により指導された呼吸器内科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。呼吸器内科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い呼吸器内科研修指導医が承認する。

5. 週間スケジュール

呼吸器内科週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前			気管支鏡	気管支鏡	
午後	症例検討会・全体 回診 (気管支鏡)	(気管支鏡)			
夕方	勉強会(抄読会・ リサーチカンファ 等)	チェストカンファレ ンス(第3週)	教室会議・抄読会 (第1週) 内科合同症例検討 会(第4週)	症例検討会	

6. 経験すべき症状・病態

- 1) 呼吸器腫瘍
肺癌の診断:肺癌取り扱い規約に従って
肺癌の化学療法:現在の State of Art をしめす
緩和療法:がんに対する疼痛緩和療法を中心に
- 2) びまん性肺疾患
間質性肺炎:診断、分類、治療など、HRCT および病理像など
サルコイドーシスや膠原病肺の診断、治療
- 3) 感染症
肺炎の治療:ガイドラインに従った抗生物質の選択など
肺真菌症の診断と治療:アスペルギルス症、クリプトコッカス症などを中心に
非結核性抗酸菌症の診断と治療
- 4) 喘息・慢性閉塞性肺疾患(COPD)
急性期(増悪)治療の実際
慢性期の管理:吸入療法の有用性、吸入指導(ガイドラインに従って)
- 5) 呼吸不全
慢性呼吸不全の治療および管理:COPD、結核後遺症の管理、酵素療法(HOTも含め)
など
- 6) 胸水貯留の診断と治療
滲出性胸水と漏出性胸水の鑑別、
滲出性胸水の鑑別方法:癌性胸膜炎と結核性胸膜炎の鑑別、胸腔鏡検査、など
- 7) その他(主として院外研修で)
肺血栓塞栓症の診断、治療、予防
睡眠時無呼吸症候群の疾患概念と治療
結核診療
レスピレーター管理

リウマチ・膠原病内科

1. 一般目標(GIO)

内科における基本的な診療に必要な知識・技能・態度を基盤として、リウマチ性疾患患者を受け持つことで、リウマチ性疾患患者特有の問題点に対する対応能力を身につける。

- 1) 基本的知識：リウマチ性疾患の診断・管理・治療に必要な医学的知識を習得する。
- 2) 基本的診察法：筋骨格系を主として全身症状を来たしうるリウマチ性疾患の診療に必要な基本的知識・技能・態度を身につける。
- 3) 基本的検査法：リウマチ・膠原病の診断、治療に必要な臨床検査法とその意義を習得する。
- 4) 基本的治療法：ステロイド薬、抗リウマチ薬・免疫抑制薬、生物学的製剤、血液浄化療法など免疫異常・炎症制御異常を伴うリウマチ性疾患の治療法に関する基本的考え方や適応・副作用に関する知識を習得する。
- 5) 副作用マネジメント：免疫抑制療法下に生じうる種々の感染症の再燃、再活性化（日和見肺炎、肺抗酸菌症、肝炎ウイルス）や薬剤性肺炎などの特異体質の有害事象について理解し、鑑別診断、対策法を理解し習得する。
- 6) 説明・患者教育：病気やその治療に関することをわかりやすく説明し、治療コンプライアンス、アドヒアランスを高めつつ、一方で治療に関連した有害事象のリスクを低減させるような説明・患者教育を行うことにより、患者と共に最善を目指した治療法を選択ができるような人間関係を構築する。

2. 行動目標(SBOs)

【1】基本的知識：下記の項目について代表的な教科書から病態生理や基本的知識を身につける。

- 1) 関節・結合組織・骨格筋の構造及び機能
- 2) 免疫系の構成と機能の概要
- 3) 自然免疫と獲得免疫（液性免疫および細胞性免疫及びその多様性）の概要
- 4) 補体の生理的役割や免疫複合体の病態形成への関与の概要。
- 5) 現在治療標的となっているサイトカインや細胞表面分子
- 6) 現在治療標的となっている免疫に関連した細胞内情報伝達の概要

【2】基本的診察法：下記の基本的診察法を実施し、所見を解釈できる。

- 1) 各リウマチ性疾患の特徴的な症状を理解し、それに応じた問診ができる。
- 2) 筋骨格系（関節、腱・腱鞘、腱付着部、滑液包炎）の診察ができる。
- 3) 主要な皮疹（紅斑、浮腫、皮膚硬化、結節性紅斑）の鑑別ができる。
- 4) 線維筋痛症の圧痛点評価ができる。
- 5) 上記以外の全身の症候を見落としなく診るシステムレビューができる。

【3】基本的検査法

- 1) 下記の臨床検査の適用とその結果の解釈および患者評価への応用について理解する。
 - (ア) 急性相反応蛋白、免疫グロブリン、血清補体価、自己抗体などの炎症や免疫制御異常に関わる臨床検体検査
 - (イ) 臓器障害に関わる臨床検体検査
 - (ウ) 治療中に増悪を来たしうる合併症に関わる治療前スクリーニング検査
 - (エ) 免疫不全患者に発症する感染症に関わる検査
 - (オ) 関節液検査
 - (カ) 組織学的検査（皮膚、口唇、腎、リンパ節、筋など）
- 2) 下記の画像検査の概要とその結果の解釈および患者評価への応用について理解する。
 - (ア) レントゲン・CT（関節や胸部など）
 - (イ) 関節超音波（患者を対象に実施する）やMRI
 - (ウ) 骨密度検査

【4】基本的治療法

- 1) 下記の治療の適応判断、投与方法、副作用を理解し、実際の使用に関わる。
 - (ア) 副腎皮質ステロイド薬
 - (イ) 抗リウマチ薬・免疫抑制薬
 - (ウ) 生物学的抗リウマチ薬
 - (エ) 免疫グロブリン大量療法
 - (オ) 血液浄化療法・血漿交換療法
- 2) リウマチ・膠原病に必要な生活指導（安静度・食事療法・運動を含む）・リハビリテーションの適応を判断し、適切な指示と管理を行うことができる。

【5】副作用マネジメント

- 1) 治療・管理ガイドラインの自己学習、病棟診療、カンファレンスを通して以下のことを習得する。
 - (ア) ステロイド薬の全身投与に併発しうる副作用を、短期・長期、可逆的・非可逆的なものにかけて説明でき、その軽減対策を実施できる。
 - (イ) メトトレキサート少量間欠投与の副作用を理解し、副作用予防、早期発見のための患者教育を含めた対策をとることができる。
 - (ウ) メトトレキサート以外の免疫抑制薬、抗リウマチ薬の特徴的な副作用や併用注意薬/禁止薬を理解し、副作用予防、早期発見のための患者教育を含めた対策をとることができる。
 - (エ) 生物学的製剤の投与時反応や注射部位反応について理解し、その対策について説明できる。
 - (オ) 免疫抑制療法下にしばしばみられる感染症（口腔・食道カンジダ症、帯状疱疹、ニューモシスチス肺炎など）の症候、検査所見、治療を説明できる。
 - (カ) 免疫抑制療法下に生じうる種々の感染症の再燃、再活性化（肺抗酸菌症の再燃、増悪、肝炎ウイルスの再活性化など）について理解し、診断、治療法を説明できる。
 - (キ) 免疫抑制療法を実施する予定のあるまたは実施している患者に対し、必要に応じて（日和見）感染症の予防対策（ワクチンなど）・予防投薬を説明できる。

【6】説明・患者教育

- 1) 入院患者の診療や指導医が行う外来診療の補助を通して以下のことを習得する。
 - (ア) 病状や治療方針の説明においては、患者や家族の表情や言動から心理状態を読み取りながら、話を進め、わかりやすい説明に心がける。
 - (イ) 客観的なデータを効果的に示しながら、診断に至った過程や治療計画をわかりやすく説明し、患者の治療に対する動機づけを促す。
 - (ウ) 対象となる疾患の性質上、治療が長期に及ぶため、患者がより安心して治療にのぞめる様、ある程度長期的な計画を説明する。
 - (エ) 副作用のリスクの説明については、副作用の頻度、重症度、好発時期によってメリハリをつけ、患者自身が実行できる副作用への対処法を特に強調した説明・患者教育を行う能力を身につける

3. 方略

- 1) 下記を担当する
 - (ア) 自科入院中の症例を上級医の指導・管理の下、主治医として診療に当たる。
 - ① 原疾患の出現・増悪により入院となった症例
 - ② 治療中に発症した感染症や治療関連有害事象により入院となった症例
 - (イ) 他科入院中症例の当科への診療依頼の初期対応（問診・身体所見）
 - (ウ) 外来診療における初診・再来患者の問診や身体所見評価など外来業務補佐
 - (エ) 時間外受診患者の初期対応（バイタル・問診・身体所見）
- 2) 上級医の指導の下、下記を経験する
 - (ア) 関節炎や結合組織病疾患の診察（患者とのコミュニケーション・問診・システムレビュー・身体所見による評価）
 - (イ) 線維筋痛症患者の診察
 - (ウ) 疾患活動性評価・臓器障害評価・感染症リスク評価のための検査
 - (エ) 他科に診療連携の依頼をする
 - (オ) 治療計画の立案
 - (カ) 上級医による治療方針の説明に立ち会う
 - (キ) ステロイド薬の適応検討と投与（副作用対策などの患者教育を含む）
 - (ク) メトトレキサートなど抗リウマチ薬・免疫抑制薬の適応検討と投与（副作用対策などの患者教育を含む）
 - (ケ) 生物学的製剤の投与（副作用対策などの患者教育・自己注射指導を含む）
 - (コ) 感染症など有害事象対策としての治療薬・予防薬の適応検討と投与
 - (サ) 関節穿刺・注射
 - (シ) 関節超音波
 - (ス) 病棟の他職種カンファレンスが開催された場合は積極的に出席する
 - (セ) カンファレンスでのレポート課題の発表
 - (ソ) 内科学会地方会などでの学会発表

4. 評価

原則としてリウマチ・膠原病内科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、リウマチ・膠原病内科研修指導医により指導されたリウマチ・膠原病内科の上級医が、評価医としてOJT (On-The-Job-Training) の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。リウマチ・膠原病内科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標 A」、「経験目標 B」、「経験目標 C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行いリウマチ・膠原病内科研修指導医が承認する。

5. 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	病棟・外来	病棟・外来	回診	病棟・外来 (関節穿刺・超音波)	4週に1回 BSL 補助
午後	病棟・外来	病棟・外来	病棟	病棟・外来 (関節穿刺・超音波)	病棟
夕方		皮膚科合同カンファレンス (4週に1回)*		カンファレンス (毎週) 整形外科合同カンファレンス (8週に1回)	

6. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患・病態

- 1) 急速進行性臓器障害と呈する結合組織病
 - (ア) 皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎
 - (イ) 全身性エリテマトーデスや血管炎に伴う急速進行性糸球体腎炎や肺胞出血
 - (ウ) 精神神経ループス
- 2) 治療中の有害事象
 - (ア) 日和見感染症 (ニューモシスチス肺炎など)
 - (イ) 薬剤性間質性肺炎 (メトトレキサート肺炎など)
 - (ウ) 相対的副腎皮質機能不全症

【2】頻度の高い疾患・病態

- 1) 関節リウマチ、脊椎関節炎などの関節炎疾患
- 2) 線維筋痛症
- 3) 結晶誘発性関節炎
- 4) シェーグレン症候群や全身性エリテマトーデスなどの全身性結合組織病
- 5) リウマチ性多発筋痛症

循環器内科

1. 一般目標(GIO)

- 1) 全ての臨床医に求められる循環器疾患の診療に必要な基本的な知識・技能・態度を身につける。
- 2) 循環器の慢性疾患患者並びに高齢患者の循環器疾患患者の管理上の要点を知り、リハビリテーションと在宅医療・社会復帰に向けた計画立案を習得する。
- 3) 循環器疾患の末期患者の人間的、心理的理解の上にとって、治療し管理する能力を身につける。
- 4) 患者の持つ問題を心身医学的・社会的側面をも含め全人的にとらえて、適切に解決し、説明指導する能力を身につける。
- 5) 指導医、他科または他施設に委ねるべき問題がある場合に、適切に判断し必要な記録を添えて紹介・転送する能力を身につける。
- 6) 臨床を通じて診療上の思考力、判断力および創造力を培い、自己評価するとともに第三者の評価を受け入れフィードバックする態度を身につける。

2. 行動目標(SBOs)

【1】基本的診察法:下記の基本的診察法を実施し、所見を解釈できる。

- 1) 全身の診察
- 2) 胸部の視診、触診、打診、聴診

【2】基本的検査法

A. 必要に応じて自ら、または指導医の監督下で検査を実施あるいは指示し、結果を解釈できる。

- 1) 血圧測定
- 2) 単純 X 線検査(胸部)
- 3) 標準 12 誘導心電図
- 4) 24 時間ホルター心電図
- 5) 心音図
- 6) 心エコー図
- 7) 心機図
- 8) X 線 CT 検査
- 9) MRI 検査
- 10) 核医学検査

その他:

一般検尿、血算、血液型判定・交差適合試験、動脈血ガス分析、血液生化学検査(血清脂質その他の冠危険因子ならびに炎症マーカーを含む)、免疫血清学的検査、細菌学的検査・薬剤感受性検査、内分泌学的検査、肺機能検査(スパイロメトリー)

B. 指導医が施行する検査を観察し(または介助し)、専門家の意見に基づき結果を解釈できる。

- 1) 心臓カテーテル検査
- 2) 運動負荷検査

【3】基本的治療法

A. 以下の基本的治療法の適応を決定し、実施できる。

- 1) 不整脈
- 2) 狭心症
- 3) 急性心筋梗塞
- 4) 経皮的冠動脈形成術(PCI)後の冠動脈再狭窄予防のための薬物治療
- 5) 心不全

- 6) 弁膜疾患
- 7) 先天性心疾患
- 8) 心膜疾患
- 9) 心筋症
- 10) 心臓腫瘍
- 11) 動脈疾患
- 12) 肺循環系の疾患
- 13) 冠危険因子(高脂血症、高血圧、糖尿病)の食事療法を含む生活指導ならびに薬物療法
- 14) 運動療法

その他:

輸液、輸血・血液製剤の使用、抗生物質の使用、副腎皮質ステロイドの使用、呼吸管理、中心静脈栄養法、療養指導(安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備を含む)

B. 必要性を判断し、適応を決定できる。

- 1) 外科的治療
- 2) リハビリテーション
- 3) 精神的・心身医学的治療

【4】基本的手技:以下の基本的手技の適応を決定し、実施できる。

- 1) 注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保)
- 2) 穿刺法(動脈)

【5】循環器疾患の侵襲的治療について

- 1) 指導医が施行する狭心症、急性心筋梗塞、不安定狭心症の原因となる冠動脈狭窄あるいは血栓性閉塞に対する経皮的冠動脈形成術(PCI)を観察し(または介助し)、専門家の意見に基づき治療結果を解釈できる。
- 2) ペースメーカー植え込みの適応を決定でき、指導医が施行するペースメーカー植え込み術を観察し(または介助し)、専門家の意見に基づき治療結果を解釈できる。
- 3) 心膜穿刺の適応を決定でき、指導医が施行する心膜穿刺を観察し(または介助し)、専門家の意見に基づき治療結果を解釈できる。

【6】以下の救急処置法を適切に行い、必要に応じて専門医に診療を依頼することができる。

- 1) バイタルサインの把握
- 2) 重症度および緊急度の把握(判断)
- 3) 胸骨圧迫
- 4) 気道確保(気管内挿管)と呼吸管理(呼吸器の使用、酸素投与)の適応判断と実施
- 5) 緊急ペーシングの適応判断と実施
- 6) 不整脈の薬物治療の適応判断と実施
- 7) 電氣的除細動の適応判断と実施
- 8) 指導医や専門医(専門施設)への申し送りと移送

【7】下記の項目に配慮し、患者・家族と良好な人間関係を確立できる。

- 1) コミュニケーションスキル
- 2) 患者・家族のニーズと心理的側面の把握
- 3) 生活習慣変容への配慮
- 4) インフォームドコンセント
- 5) プライバシーへの配慮

【8】以下の予防医療を実施あるいは重要性を認識し、適切に対応できる。

- 1) 食事指導

- 2) 運動指導
- 3) 禁煙
- 4) 心身医学の観点にもとづいたストレスマネジメント
- 5) 地域・職場・学校検診
- 6) 院内感染(Universal Precautions を含む)

【9】以下の学術的な行動の重要性を理解し、積極的に取り組むことができる。

- 1) 症例発表、学会発表
- 2) 抄読会への参加
- 3) 論文発表

3. 方略

- 1) 循環器内科病棟に入院する患者ならびに CCU に入室する患者を受け持つ。
- 2) 新入院患者については上級医とともに問診・診察を行い、病態を考察するとともに検査や診療の計画を立案し、指示書を記載する。
- 3) 大まかに週間スケジュールに沿って行動するが、それ以外に受け持ち患者の回診をなるべく頻回に行い、内容をカルテに記載して上級医と協議する。
- 4) 診療計画に沿って検査・治療を予定し、その結果の解釈ならびに効果判定を行い、適宜病態を把握しつつ次の方針を上級医と検討する。
- 5) 循環器内科に特徴的な検査の内容と原理を理解し、検査計画、実施、結果判定、解釈を上級医とともに行う。

4. 評価

原則として循環器内科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、循環器内科研修指導医により指導された循環器内科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。循環器内科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い、循環器内科研修指導医が承認する。

5. 週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
朝	CCU カンファランス	CCU カンファランス	CCU カンファランス	CCU カンファランス	CCU カンファランス
午前	病棟回診	心筋シンチ	心臓カテーテル検査	心臓カテーテル検査	外来診察
午後	カテーテル アブレーション	心エコー 運動負荷検査	カテーテル治療	カテーテル治療	循環器救急対応
夕方	症例検討会 抄読会	内科外科合同 カンファランス	CCU 回診	冠動脈造影読影	勉強会

6. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患・病態

- 1) 急性心筋梗塞
- 2) 不安定狭心症
- 3) 不整脈(心室細動、心室粗動、アダムスストークス発作をおこすような高度徐脈・頻脈)
- 4) 高血圧緊急症
- 5) 解離性大動脈瘤
- 6) 肺動脈血栓塞栓症
- 7) 急性心不全
- 8) 意識消失発作
- 9) ショック
- 10) 心停止

【2】頻度の高い疾患・病態

- 1) 胸痛、胸部の圧迫感
- 2) 呼吸困難、息切れ
- 3) 動悸、心悸亢進
- 4) 浮腫
- 5) チアノーゼ
- 6) めまい、失神、意識障害

内分泌・糖尿病内科

1. 一般目標(GIO)

内分泌糖尿病内科の入院および外来患者を担当することにより、内科臨床医に求められる基本的な診療に必要な知識・技能・姿勢を習得し、必要かつ合理的な検査・治療計画を立案できる能力を養う。糖尿病疾患では診断・病態の把握と同時に患者教育を含めた心理的・社会的側面も考慮し、総合的に治療を進める。さらにはチーム医療の重要性を認識する。内分泌疾患ではホルモン動態による病態を把握し、診断のための的確な検査を計画し、その結果を評価する能力を習得する。

2. 行動目標(SBOs)

- 1) 担当する入院患者に対して、指導医の監督のもとに診療計画の立案ができる。
- 2) 内分泌・糖尿病領域の頻度の高い疾患を経験し、その病態を正確に診断し、全身にわたる身体診察が系統的にできる。
- 3) 内分泌・糖尿病領域における特有な検査、手技、治療の原理と方法を理解し指導医の監督のもとに可能な範囲で実施できる。
- 4) 糖尿病療養指導において他職種と合同でチーム医療ができる。
- 5) 内分泌・糖尿病領域の緊急疾患に対応できる。
- 6) 副科として他診療科の入院患者における糖尿病・内分泌疾患の診療ができる。

3. 方略

【1】糖尿病における基本的な検査項目を経験する。

- 1) 血糖値
- 2) 経口血糖負荷試験
- 3) CGM
- 4) インスリン
- 5) C-ペプチド(血清、尿)
- 6) グリコヘモグロビン
- 7) グリコアルブミン・フルクトサミン
- 8) 1, 5-AG
- 9) 自己抗体
- 10) 血中ケトン体
- 11) 尿検査(一般、アルブミン尿、蛋白尿、ケトン体)
- 12) インスリン分泌能の評価
- 13) インスリン感受性の評価

【2】糖尿病の基本的な治療を経験する

A. 治療総論を理解する

- 1) 1型糖尿病
- 2) 2型糖尿病
- 3) 他疾患に伴う糖尿病

B. 患者教育:糖尿病に関する正しい知識が説明できる。

- 1) 糖尿病教室
- 2) 個別指導

C. 食事療法の理論を理解し栄養士との連携で適切に指導できる。

- 1) 総カロリーと各栄養素の決定

- 2) 食品交換表の活用
- 3) 合併症の食事指導
- 4) カーボカウントの指導

D. 運動療法の理論を理解し処方ができる。

- 1) 運動処方
- 2) 合併症との関連

E. 経口糖尿病薬治療:各薬剤の特性を理解し処方ができる。

- 1) インスリン分泌促進剤
- 2) α グルコシダーゼ阻害剤
- 3) ビグアナイド剤
- 4) チアゾリジン誘導体
- 5) DPP-4 阻害剤
- 6) 副作用
- 7) 相互作用

F. インスリン療法

- 1) 1型糖尿病のインスリン治療
- 2) 2型糖尿病のインスリン治療
- 3) インスリン製剤の種類と特性
- 4) 投与方法(CSIIを含む)
- 5) 副作用、合併症と対策

G. GLP-1 受容体作動薬治療

- 1) 2型糖尿病の GLP-1 受容体作動薬治療
- 2) 製剤の種類と特徴
- 3) 投与方法
- 4) 副作用、合併症と対策

【3】糖尿病の急性・慢性合併症を経験する。

A. 急性合併症

- 1) 高血糖性高浸透圧性昏睡
- 2) ケトアシドーシス
- 3) 低血糖
- 4) 乳酸アシドーシス

B. 慢性合併症

- 1) 網膜症
- 2) 腎症
- 3) 神経症
- 4) 大血管障害
- 5) 足壊疽
- 6) 感染症
- 7) 高血圧
- 8) 脂質異常症

【4】特殊な病態の糖尿病管理:それぞれの病態に応じた糖尿病管理ができる。:

- 1) 外科手術時
- 2) 高カロリー輸液

- 3) 副腎皮質ホルモン投与時
- 4) シックデイ
- 5) 肝疾患を伴う糖尿病
- 6) 悪性疾患を伴う糖尿病

【5】糖尿病合併妊娠:糖尿病を伴った妊婦の出産までの糖尿病コントロールを経験する。

【6】内分泌の基本的な検査項目を経験する。

1. ホルモンの一般的な血液・蓄尿検査。
2. 内分泌機能評価のための各種負荷試験
 - 1) 4者負荷試験
 - 2) GHRP2 負荷試験
 - 3) 高張食塩水負荷試験
 - 4) Ellsworth-Howard 試験
 - 5) フロセミド立位試験
 - 6) カプトプリル負荷試験
 - 7) 迅速 ACTH 試験

【7】甲状腺疾患診療の一般

- 1) 甲状腺の視診・触診ができる。
- 2) 甲状腺機能異常を疑うことができる。
- 3) 甲状腺関連の検査結果を評価できる。
- 4) 甲状腺エコーの異常所見を指摘できる。
- 5) 甲状腺シンチ、甲状腺 CT の読影ができる。

【8】副甲状腺疾患およびカルシウム代謝異常診療の一般

- 1) 病歴や生化学検査から副甲状腺疾患を疑うことができる。
- 2) 高カルシウム血症を正しく診断できる。
- 3) 副甲状腺ホルモン濃度の評価が正しくできる。
- 4) 副甲状腺エコー、シンチ、CT の読影ができる。

【9】視床下部・下垂体・副腎疾患診療の一般

- 1) 臨床症状や理学的所見から視床下部・下垂体・副腎疾患の存在を疑うことができる。
- 2) 2次性の高血圧・糖尿病・高脂血症などの患者を疑う能力を身に付ける。
- 3) 視床下部・下垂体・副腎疾患を診断するために有用な内分泌学的検査(負荷試験)を知っている。
- 4) 視床下部・下垂体・副腎疾患を診断するために有用な画像診断を知っている。

【10】水代謝異常診療の一般

- 1) SIADH の原因を正しく診断できる。
- 2) その他の低ナトリウム血症の原因を正しく診断できる。
- 3) 低ナトリウム血症の治療を正しくできる。

4. 評価

原則として内分泌糖尿病内科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、内分泌糖尿病内科研修指導医により指導された内分泌糖尿病内科の上級医が、評価医としてOJT

(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。内分泌糖尿病内科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い、内分泌糖尿病科研修指導医が承認する。

5. 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	回診	外来見学 負荷試験	甲状腺エコー (スクリーニング)	回診 時間内当番	回診
午後	回診	甲状腺エコー (細胞診)	回診	回診 時間内当番	回診
夕方		カンファランス			

注1) 外来見学や時間内当番日は指導医・上級医によって変わる。

注2) 負荷試験は対象症例がある場合に適宜行う。

6. 経験すべき症状・病態

糖尿病疾患

【1】1型糖尿病

(劇症1型糖尿病、緩徐進行1型糖尿病を含む)

【2】2型糖尿病

【3】合併症

A. 急性合併症

- 1) 高血糖性高浸透圧性昏睡
- 2) ケトアシドーシス
- 3) 清涼飲料水ケトアシス
- 4) 低血糖
- 5) 乳酸アシドーシス

B. 慢性合併症を伴う糖尿病

- 1) 網膜症
- 2) 腎症
- 3) 神経症
- 4) 大血管障害
- 5) 高血圧
- 6) 高脂血症

【4】外科手術患者の糖尿病管理

眼科患者

一般外科患者

【5】糖尿病合併妊娠**内分泌疾患****【1】甲状腺**

- 1) バセドウ病
- 2) 悪性眼球突出
- 3) バセドウ病合併妊娠
- 4) 妊娠甲状腺機能亢進症
- 5) 無痛性甲状腺炎
- 6) 甲状腺機能低下症(橋本病)
- 7) 亜急性甲状腺炎
- 8) 低 T3 低 T4 症候群
- 9) 甲状腺結節(良性)
- 10) 甲状腺結節(悪性)
- 11) 甲状腺原発悪性リンパ腫
- 12) 甲状腺ホルモン自己抗体症候群、Human Anti-Mouse IgG Antibody 症候群

【2】副甲状腺及びカルシウム代謝異常

- 1) 副甲状腺機能亢進症 (腺腫、過形成)
- 2) 副甲状腺機能低下症(特発性、偽性)
- 3) 家族性低Ca尿性高カルシウム血症
- 4) ビタミンD中毒
- 5) 低リン血症性くる病

【3】視床下部・下垂体前葉疾患

- 1) Cushing 病
- 2) 末端巨大症
- 3) プロラクチノーマ
- 4) Sheehan 症候群
- 5) ACTH 単独欠損症
- 6) 脳腫瘍治療後下垂体機能低下症

【4】副腎疾患

- 1) 副腎 Cushing 症候群
- 2) 原発性アルドステロン症
- 3) 褐色細胞腫
- 4) 非機能性副腎腺腫
- 5) 副腎癌
- 6) アジソン病

【5】水代謝異常

- 1) SIADH
- 2) 尿崩症

血液・腫瘍内科

1. 一般目標 (GIO)

- 1) 血液内科診療では、貧血、出血・血栓傾向から白血病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫といった造血器腫瘍、全身感染症、自己免疫疾患、不明熱など幅広い疾患の鑑別診断能力が必要であり、内科医にとって必要不可欠な基本的な知識・技能・態度を身につける。腫瘍内科診療では、化学療法部と協力して、原発不明がんや軟部腫瘍(骨以外)の実際の症例を通じて、腫瘍内科学が、内科学を基礎としていかに総合的診療が必要であるのかを学ぶ。
- 2) 化学療法や造血幹細胞移植、移植片対宿主病に対する免疫抑制剤の使用、サイトカインや抗体療法そして分子標的療法に至る幅広い臨床腫瘍学の知識と基本を習得する。
- 3) 発熱性好中球減少症に対する対処、免疫不全患者に合併した感染症の診断と治療、輸血や輸液療法の基本など全身管理能力を身につける。
- 4) 骨髄穿刺検査や血液像、骨髄像の読影などの基本的検査法の習得、代表的疾患の治療方針決定、造血幹細胞移植の流れ、臨床試験の意義などを習得する。
- 5) 様々な固形腫瘍の化学療法の実際をベッドサイド(病棟および外来化学療法室)でラウンドしながら、副作用対策についても学習する。また、Cancer boardへの参加により、多職種連携がいかに重要かを体験し、チーム医療を実践する医療者としての資質の理解を深める。

2. 行動目標 (SBOs)

- 1) 正常骨髄像を正確に理解し、異常骨髄像について症例を通して理解する。
- 2) 自己免疫疾患の診断に必要な問診、理学所見、データの見方を理解する。
- 3) 抗癌剤および免疫抑制剤の副作用対策の重要点を理解する。
- 4) 輸血の指針を理解した上で、実際にオーダーできる。
- 5) DICの診断と治療を行う。
- 6) 感染症対策の原則を理解する。とくに発熱性好中球減少の対応を正しく理解する。
- 7) 骨髄、リンパ節検体の提出方法やその結果の解釈を理解する。
- 8) 自己免疫疾患を疑った際に提出すべき検体項目やその結果の解釈を理解する。
- 9) 造血幹細胞移植の適応と方法を理解する。
- 10) 臨床試験、治験について学ぶ。

3. 方略

- 1) 週間スケジュールに沿って、研修医1名につき、5~10名の症例を担当し、必ず指導医と2名担当医制とする。
- 2) 指導医と密に連絡を取り、症例検討会での担当患者の入院時の症例呈示や入院サマリーの記載は研修医の必須業務とする。
- 3) 造血幹細胞移植患者の診療は診療科医療スタッフ全員と共同で行い、移植カンファレンスにおいては、病棟看護師や薬剤部の先生と一緒にいき、治療目標や問題点の共有などチーム医療を実践する。さらに指導のもとに臨床研究・症例報告を積極的に行い、学会および学術誌に発表する機会を持つようにする。
- 4) 血液・腫瘍内科として下記に示すような勉強会を行う他、抄読会にも参加しEBMを学ぶ。

4. 評価

原則として血液内科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、血液内科研修指導医により指導された血液内科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。血液内科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な

判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い血液内科研修指導医が承認する。

5. 週間スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	病棟業務 骨髄穿刺 検査	内科外来 ・ 処置室 ・ 血液外来 (3 診)	病棟業務 骨髄採取# (手術室)	病棟業務	若手勉強会 (楠本) 病棟業務
午後 夕方	病棟業務 血液内科副 部長回診 化学療法部 抄読会・検討 会 (小松)	病棟業務 血液内科 症例検討会 (18 時より) リンパ腫カ ンファレン ス:第3週(伊 藤)	病棟業務 抄読会: 第 1 週 (飯田)	病棟業務 部長回診 (13:30 時 より)	病棟業務 Cancer board: 第 4 週 及び不定期 (小松)

骨髄採取 (末梢血造血幹細胞採取) は必要時のみ。

6. 経験すべき症状・病態・疾患

【1】緊急を要する疾患・病態

- 1) 急性白血病の診断および治療 (寛解導入療法)
- 2) 出血傾向を伴う、重篤な血小板減少
- 3) 敗血症性ショック症状を伴う、発熱性好中球減少症
- 4) 抗体治療薬による infusion reaction
- 5) 造血器腫瘍に伴う oncology emergency

【2】頻度の高い症状

- 1) 発熱
- 2) リンパ節腫大
- 3) 出血傾向 (紫斑、口腔内出血)
- 4) 口内炎
- 5) 吐き気、食欲不振

神経内科

1.一般目標 (GIO)

- 1) 神経診察によって、解剖学的局在診断ができる。
- 2) 意識障害の鑑別および初期対応ができる。
- 3) 脳梗塞患者の診断・初期対応ができる。
- 4) 神経内科地方会、内科地方会に発表の機会を得る。

2.行動目標 (SBOs)

【1】診断手技の獲得

- 1) 診断に必要十分な病歴聴取（現病歴、既往歴、家族歴、生活習慣、社会生活歴等）
- 2) 理学所見（身体一般診察）
- 3) 神経診察から解剖学的局在診断を行う
- 4) 意識障害患者の診察

【2】基本的検査手技の獲得

- 1) 頭部 CT および MRI の読影
脳梗塞・脳出血・くも膜下出血の特徴的な画像が診断できる
- 2) 頸動脈エコー
エコー手技の獲得、内頸動脈狭窄が判断できる
- 3) 脳波
てんかん波および意識障害時の波形が判読できる
- 4) 神経伝導検査
検査結果を適切に判断できる
- 5) 髄液検査
腰椎穿刺手技の獲得、検査結果の判断

【3】基本的治療法

- 1) 脳梗塞
三病型を判断し、初期治療法を選択できる、薬剤使用禁忌を理解する（ラクナ梗塞・アテローム梗塞・心原性梗塞）
- 2) てんかん
病型を判断し、それに応じた初期治療薬が選択できる
各種薬剤の薬理効果や排泄経路・副作用等を理解する
- 3) 髄膜炎・脳炎
原因を推定し、それに応じた初期治療薬を選択できる
薬剤使用禁忌を理解する（ウイルス性・細菌性・真菌性・結核性等）

【4】経験すべき疾患

- 1) 脳梗塞
- 2) 意識障害
- 3) てんかん
- 4) 髄膜炎・脳炎

3.方略

【1】オリエンテーション:施設の概略、研修時間、研修カリキュラムの説明

【2】入院受け持ち患者:常時最低 3~4 名の患者を担当する。

【3】病棟研修：

- 1) 新入院患者の病歴・診察所見をとり、診断に必要な検査計画を立てる。
- 2) 受け持ち患者の診療は毎日行い、病状の変化の把握と適切な対策を考える。
- 3) 検査結果の解釈のみならず、検査のリスクや患者さんに与える苦痛なども知る。
- 4) ベッドサイドでの神経学的診察を行い、その解釈ができるようにする。
- 5) コメディカルの日常業務にも可能な範囲で参加し、理解する。
- 6) 研修最終週に、担当した一症例を学会形式で発表する。

【4】入院患者カンファレンス：当科の他、リハビリ科、放射線科、脳外科との各合同カンファレンスにも参加し、受け持ち患者は症例呈示を行い、理解を深める。

【5】外来研修：

- 1) 外来救急患者を初動より担当医と一緒に診察し、基本的な対処方法を学ぶ。
- 2) 入院適応について学び、外来から入院への一連の診療行為に参加する。
- 3) 神経変性疾患（パーキンソン症候群、脊髄小脳変性症など）患者の外来診療を通して、疾患の特異性、リハビリテーションと在宅医療・介護サービスの計画立案を学ぶ。
- 4) もの忘れ外来の診療を通して、認知症の鑑別診断、重症度判定、治療方針の立案について学ぶ。

4.評価

- 1) 指導医が研修医手帳、研修医チェックリストを確認する。
- 2) 経験目標に定められたレポートを提出する。
- 3) 研修医ポートフォリオにある記載方法に準ずる。

5. 週間スケジュール**神経内科週間スケジュール**

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	病棟回診 物忘れ外来(隔週)	病棟回診	病棟回診	病棟回診	脳外科合同検討会 パーキンソン病外来 (隔週)
午後	教授回診	病棟回診	頸動脈エコー 14時～17時	針筋電図 15時～16時	病棟回診
夕方	症例検討会 リハビリ合同検討会 放射線科合同検討会		症例検討会(隔週)		

6.経験すべき症状・病態

- 1) 脳梗塞
- 2) 意識障害
- 3) てんかん
- 4) 髄膜炎・脳炎

希望者には2-3ヶ月研修プランを用意し、更に専門性に富む研修内容も可能です

腎臓内科

1. 一般目標 (GIO)

- 1) 将来の専門分野にかかわらず公共社会に必要なとされる医師となるべく、臨床医にとって普遍的に必要な態度・知識・技術に加え腎疾患診療に特徴的な専門的知識・技術・人間性を築く素養を身につける。
- 2) 腎疾患の急性期・慢性期・末期における管理上の要点を医学的のみならず人間的・心理的に理解し、リハビリテーション・在宅医療・社会復帰・看取りの計画立案法を習得する。
- 3) 他疾患で診療中の患者に対する適切な全身管理法(血圧・水・電解質・栄養管理等)を習得する。
- 4) 豊かな心情をもつ臨床家精神の涵養:a) 自己の技量・知識向上にとどまらず、チームワーク・集団的技術の形成を重んじる助け合いの精神:b) 診断・治療プロセスに積極的に参加する姿勢:c) 学生・後輩医師と教え合い、学び合える心情:d) 患者個々の生き様の多様性を尊重する姿勢を習得する。

2. 行動目標 (SBOs)

【1】基本的診察法:下記の基本的診察法を実施し、所見を解釈できる。

- 1) 診療プロセスが常に医師・コメディカルのみならず患者自身・ご家族のチームワークで進行していることを理解できる。
- 2) 研修中いつでも、研修内容についての意見・要望・悩みを診療科に相談できる。
- 3) 臨床研修医ポートフォリオ項目の修練状況を自覚し指導医と相談できる。
- 4) 電解質異常の判断・治療ができる
- 5) 浮腫の診断・治療ができる
- 6) 腎臓のエコー・CTなどの形態学的所見を評価できる。
- 7) 頻度の高い疾患(後述)についてガイドラインの概略を述べるができる
- 8) 回診のみならずコメディカル(看護師・技師・薬剤師・栄養士)とのコミュニケーションから患者情報を把握できる(身体状況・心情)。
- 9) 指示出しに際し自ら判断できる範囲、上級医に相談すべき範囲を理解できる。
- 10) 診療記録・手術記録・サマリー・症例レポート・インシデントレポート・診断書の作成や、学会・検討会・CPCでの発表ができる。
- 11) 清潔・不潔の区別ができる。
- 12) トラブル発生時に適切なタイミングで正確に上級医に報告できる。

【2】基本的検査法

A. 自らあるいは指導医の監督下で適切に検査を実施/指示し、結果を解釈できる。

- 1) 一般検尿(尿沈渣顕微鏡検査を含む) 尿培養
- 2) 糸球体濾過量(Ccr eGFR)の算出
- 3) 24時間蓄尿より塩分や蛋白摂取量を評価
- 4) 腎エコー(萎縮や腫大・水腎・腎血管性高血圧)・・・ポートフォリオ LC-2302
- 5) 自己抗体検査
- 6) 血液透析前後の生化学的検査の結果
- 7) 血液透析・腹膜透析(CAPD)の管理

B. 指導医が施行する検査を観察・介助し、専門家の意見に基づき結果を解釈できる。

- 1) 血液透析シャントの評価（触診・聴診・シャント造影）
- 2) 腎生検の病理組織検査（光顕、蛍光抗体法、電顕）
- 3) 腎代替療法（血液透析・腹膜透析・腎移植）の選択
- 4) 腎炎に対する扁桃摘出や上咽頭治療

【3】基本的治療法

A. 以下の基本的治療法の適応を知識・理論・ガイドライン・エビデンスに基づき実施できる。

- 1) 急性腎傷害(AKI)
- 2) 原発性・二次性糸球体疾患に対する副腎皮質ステロイド・免疫抑制薬(血中濃度の評価)
- 3) 慢性腎臓病 (CKD)の治療法（薬物療法・食事や生活習慣療法）
- 4) 輸液管理（水・電解質）、酸塩基平衡管理・・・ポートフォリオ LC-2402（動脈血採取）
- 5) 降圧薬（血圧管理・蛋白尿減少）や利尿薬の使い分け・・・ポートフォリオ B-5⑧/3504
- 6) 血液浄化療法の選択（HD、HF、HDF、ECUM、DP の違いを理解する）
- 7) 血漿交換療法
- 8) LDL 吸着・GCAP・LCAP・腹水濃縮

B. 必要性を判断し、適応を決定できる。

- 1) 緊急透析導入
- 2) 血液透析ブラッドアクセス（内・外シャント、人工血管移植、透析用カテーテル）
・・・ポートフォリオライセンス LC-2403
- 3) CAPD 療法
- 4) 腎移植の適応

【4】基本的手技:以下の基本的手技の適応を決定し、実施できる。

- 1) 透析器のプライミング（回路の組み立て）
- 2) 血液透析の開始（シャント穿刺、外シャントの接続）
- 3) 血液透析の管理
- 4) 血液透析の終了
- 5) 緊急透析用ブラッドアクセスカテーテルの挿入・・・ポートフォリオライセンス LC-2403/3206
- 6) CAPD の管理
- 7) シャント造設術・CAPD カテーテル留置術、PTA の介助
・・・ポートフォリオライセンス 3304/3305/3307/3402
- 8) ガーゼ交換・・・ポートフォリオライセンス LC-3103/3104
- 9) 腎生検の介助
- 10) 腎血流エコー

【5】以下の保険制度の重要性を認識し、適切に対応できる。

- 1) 特定疾患申請書の作成
- 2) 身体障害者申請書の作成

【6】以下の医療記録を適切に作成し、管理できる。

1) 症例レポート

…ポートフォリオ経験すべきレポート C3/C6, 頻度の高い症状のレポート S02/12/14/19

2) 腎生検の臨床経過表

3) 透析導入記録・終了記録

4) 手術記録

5) 退院サマリー

6) インシデントレポート

7) 診断書・死亡診断書…ポートフォリオライセンス 4202/4103

8) 説明・同意文書

9) 紹介状・返信の作成…ポートフォリオライセンス 4104

3. 方略

1) 指導医の割り当てた入院患者について上級医・指導医とともに診療を担当する。

2) 担当患者について医療面接・入院時現症（身体所見）の診察を行い、病状を的確に評価し精査/加療計画を上級医・コメディカルとともに立案する。

3) 入院担当医として当該患者について検査オーダー・治療薬処方を経験する。

4) 指導医・上級医との回診・症例検討会において症例提示を経験する。

5) 稀な疾患や教育的疾患について研究会・学会での発表を経験する。

4. 評価

原則として腎臓内科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、腎臓内科研修指導医により指導された腎臓内科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。腎臓内科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い、腎臓内科研修指導医が承認する。

5. 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	抄読会 回診	腎臓専門外来 CAPD 外来	シャントPTA 回診	血液透析 腎血管エコー	回診
午後	症例検討会	回診	腎生検	回診	シャント手術 CAPD 手術
夕方	症例検討会 (自由参加)	透析カンファ (自由参加)	腎病理カンファ (自由参加)	透析カンファ (自由参加)	腎病理カンファ (自由参加)

6. 経験すべき症状・病態 (カッコ内は新・内科専門医制度腎疾患 7 カテゴリー)

【1】緊急を要する疾患・病態

- 1) 急性腎不全 (腎前性・腎性・腎後性)・・・ポートフォリオ A-10, B-8①(2/7)
- 2) 腎不全に伴う急性肺水腫・・・ポートフォリオ A-5/6(1/7)
- 3) シヤントからの出血
- 4) カテーテルからの出血
- 5) 透析中の血圧低下

【2】頻度の高い症状

- 1) 浮腫 (6/7)
- 2) 乏尿 (6/7)
- 3) 心不全・・・ポートフォリオ B-5①, B-6①(1,2,6/7)
- 4) 尿毒症(嘔気・嘔吐・呼吸困難・痙攣)(1,2,6/7)

【3】頻度の高い疾患

- 1) ネフローゼ症候群・・・B-8②(1,3/7)
- 2) 溶連菌感染後急性糸球体腎炎・・・B-8②(3/7)
- 3) 急性腎傷害 (AKI): 下記による検尿異常・腎機能低下(含 急性腎不全)・・・B-8①(2/7)
 - a. 腎前性 (脱水・血圧低下)
 - b. 腎性 (原発性糸球体疾患・二次性糸球体疾患・薬剤性)
 - c. 腎後性 (尿路結石・後腹膜線維症・悪性疾患の転移/浸潤)
- 4) 慢性腎臓病 (CKD) による検尿異常・腎機能低下(含 慢性腎不全)・・・B-8①(1/7)
- 5) 急速進行性糸球体腎炎 (RPGN) ...B-8②(1,3,5/7)
- 6) 糖尿病性腎症・・・B-8③(1,3,6/7)
- 7) 膠原病に伴う腎症・・・B-15①②(1,3,5,7/7)
- 8) 腎血管系疾患 (腎血管性高血圧・悪性高血圧) (1,5/7)
- 9) 血液疾患・悪性疾患に伴う腎症 (1,2,3,4,7/7)
- 10) 薬剤性腎障害 (1,2,4/7)
- 11) 尿路感染・尿路閉塞・泌尿器腫瘍 (1,2,4,7/7)
- 12) 血液透析 (導入期・維持期) ...B-8①
- 13) CAPD (導入期・維持期) ...B-8①
- 14) シヤントトラブル (血栓除去術・シヤント PTA)
- 15) 透析困難症 (体外循環時の全身管理)
- 16) 電解質異常(低 Na 血症、高 K 血症、高 Ca 血症など)(6/7)
- 13) 体液管理 (腎不全に伴う心不全など)
- 14) 高血圧・・・ポートフォリオ B-5⑧(1,5,6/7)

外科 (消化器・一般外科, 呼吸器外科, 心臓血管外科, 乳腺外科, 小児外科)

1. 共通一般目標(GIO)

- 1) 外科医としての心構えを理解し、節度ある身なり態度がとれる。
- 2) 外科における基本的な知識、処置、手術手技を身につける。
- 3) 患者・家族と適切な接遇ができ、適切な説明・指導を心掛け信頼関係を築くよう努力する。
- 4) チーム医療の重要性を自覚し、スタッフと協調、協力が円滑にできる。
- 5) 常に患者の人的・心理的理解に立ち、治療し管理する能力を身につける。
- 6) 研究活動や学会発表の重要性を理解する。

2. 共通行動目標(SBOs)

【1】基本的診察法および基本手技

- 1) 適切かつ良好なコミュニケーションで病歴を聴取し記述できる。
- 2) バイタルサインを測定し記述できる。
- 3) 全身身体所見を診察し記述できる。
- 4) 手術基本手技—結紮、切離、縫合法を理解し、練習器を用い訓練し実施可能レベルに達する。

【2】基本的検査と症例の把握

- 1) 検尿、検便、血液型、出血・凝固時間検査を実施し結果を把握できる。
- 2) 血液一般、生化学、凝固系、血液ガス、心機能、肺機能、腎機能など術前検査を指示し結果を把握できる。
- 3) 胸腹部単純X線撮影の指示と結果を把握できる。
- 4) CT、MRI、US、血管造影の読影結果を把握できる。
- 5) 各種検討会に参加し症例呈示ができる。
- 6) 外来診療に積極的に参加し患者を把握できる。

【3】術前、術後管理

- 1) 輸液法、輸血法を理解し実施できる。
- 2) 中心静脈栄養法を実施できる。
- 3) 経腸栄養法を実施できる。
- 4) 手術適応、術式の決定に参加し方針を把握できる。
- 5) 抗生剤、鎮痛剤の適応に習熟し実施できる。
- 6) 術後合併症を早期に発見し対処することができる。
- 7) 術後、呼吸、循環、代謝管理に参加し実施できる。

【4】手術

- 1) 滅菌、消毒の留意点に習熟し実施できる。
- 2) 各種手術の助手の手技を理解し実施できる。
- 3) 局所麻酔ができる。
- 4) 切開、排膿、皮膚縫合ができる。
- 5) 軽度外傷の処置ができる。
- 6) 皮下腫瘍の摘出ができる。

【5】症例

- 1) 症例発表、学会発表
- 2) 論文発表

3. 診療科別目標

【1】消化器・一般外科

- 1) 消化器外科の解剖と生理機能を理解する
- 2) 消化器(食道、胃、肝・胆・膵、小・大腸) 疾患の検査計画を理解し結果を把握
- 3) 消化器疾患の治療計画作成(術前、術後その他のカンファレンス)に参加し結果を把握
- 4) 消化器手術の助手を実施(指導医監督下に)
- 5) 開胸閉胸、開腹閉腹の実施(指導医監督下に)
- 6) 消化器手術の術前術後管理(指導医監督下に)
- 7) ヘルニア修復術の実施(指導医監督下に)
- 8) 虫垂切除術の実施(指導医監督下に)
- 9) 痔核切除術の実施(指導医監督下に)
- 10) 簡単な腸切除、腸吻合の実施(指導医監督下に)
- 11) 切除標本の整理、記録
- 12) 病理学的所見の理解
- 13) 上部消化管造影に参加し結果を把握できる。
- 14) 注腸検査に参加し結果を把握できる。
- 15) 上部、下部内視鏡検査に参加し結果を把握できる。
- 16) 外傷に対する手術と術後管理

【2】呼吸器外科

- 1) 胸部の解剖と生理
- 2) 胸部理学的診察方法
- 3) 胸部画像診断(胸部単純X線、CT、MRI 等)
- 4) 血管造影手技の理解と診断
- 5) 気管支鏡検査の理解と診断
- 6) 呼吸器外科に関する診断治療の組み立て
- 7) 開胸手術手技の理解と実施
- 8) 呼吸器外科手術手技の理解と実施
 - ①低難易度

胸腔鏡手術(VATS)のカメラ助手が確実にこなせるようにする。
VATSの肺部分切除、交感神経節切除の術者ができるようにする。
肺癌の標準開胸・閉胸を術者として遂行できるようにする。
 - ②中難易度

肺動脈・静脈の結紮を確実に行えるようにする。
縦隔腫瘍の手術の第一助手がつとまるようにする。
 - ③高難易度

各人の上達具合により flexible であるが、肺門、肺動脈・静脈の剥離を経験する。
- 9) 病理学的所見の理解
- 10) 呼吸器外科の術前術後管理

【3】心臓血管外科

- 1) 心、大血管の解剖、生理
- 2) 心疾患の検査計画を理解し結果を把握
- 3) 先天性心疾患の列挙と図示
- 4) 先天性心疾患に対する手術法の列挙と図示
- 5) 後天性心疾患に対する手術法の列挙と図示
- 6) 末梢血管手術の実施
- 7) 心疾患手術の助手
- 8) 心筋保護法および人工心肺法の理解と助手
- 9) 心血管手術の術前、術後の管理

【4】乳腺外科

- 1) 乳房および頸部の診察法
- 2) 乳腺・甲状腺の解剖と生理
- 3) 血液内分泌学的検査の診断
- 4) 乳腺・頸部超音波検査の実際
- 5) マンモグラフィの読影、乳房 CT、乳房 MRI の読影
- 6) 穿刺吸引細胞診およびマンモトーム生検の実際
- 7) 乳腺・甲状腺手術の術者・助手
- 8) 薬物療法(内分泌療法、化学療法、抗 HER2 療法)の実際

【5】小児外科

- 1) 病歴聴取と診察
- 2) 静脈確保
- 3) 各種検査(CT、US、MRI、PTCD など) の前処置と検査中管理
- 4) 各種画像の読影および画像診断
- 5) 中心静脈栄養、経腸栄養の計画と実施
- 6) 小児一般手術の助手
- 7) 新生児手術の助手
- 8) 小児鼠径ヘルニア手術の術者としての実施

4. 方略

- 1) 受け持ち患者（手術症例）を2～3名担当する。
- 2) 病棟研修：
 - ・受け持ち患者の毎日の経過を観察し、病態を把握してカルテに記載する。
 - ・必要に応じて、指導医とともにベッドサイドでの処置、治療に参加する。
 - ・時間に余裕のあるときは、回診に随行して広く術後管理について学ぶ。
- 3) 手術室研修
 - ・受け持ち患者の手術に参加する（第二助手）。
 - ・その他各種疾患の手術に参加して、基本的手術手技と解剖を学ぶ。
 - ・麻酔覚醒から病棟搬送の間、片時も離れることなく常に患者の状態を観察する。
 - ・摘出標本の整理を通じて、病変の広がりや形態の把握をする。
- 4) 入院患者カンファレンスへの参加：
 - ・各種の画像診断について学ぶ。
 - ・受け持ち患者の病態をサマライズしてカンファレンスで発表する。

5. 評価

原則として外科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、外科研修指導医により指導された外科の上級医が、評価医としてOJT (On-The-Job-Training) の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。外科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標 A」、「経験目標 B」、「経験目標 C」およ

び「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い外科研修指導医が承認する。

6. 週間スケジュール (消化器・一般外科)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
朝		術前カンファ		術後カンファ	
午前	手術	内視鏡検査	手術	教授初診外来	手術
午後	手術	総回診	手術	手術	手術
夕方	上部検討会			下部検討会	肝胆膵検討会

週間スケジュール (呼吸器外科)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
朝	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	
午前	病棟管理 (外来)	手術	病棟管理 (外来)	手術	病棟管理 (外来)
午後	気管支鏡検査	手術	病棟管理	手術	教授回診 多職種カンファ
夕方		症例検討会 チェストカンファ ランス(第3火曜日)		症例検討会	

週間スケジュール (心臓血管外科)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
朝				術前カンファ	
午前	手術	病棟管理 (外来)	手術	病棟管理 (外来)	手術
午後	手術	病棟管理	手術	病棟管理	手術
夕方	術後カンファ		勉強会	術前麻酔科カンファ	先天性心疾患 カンファ

週間スケジュール (乳腺外科)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
朝	回診	回診	回診	回診	回診
午前	外来・エコー検査	手術	外来・エコー検査	手術	外来・エコー検査
午後	手術	手術	外来・エコー検査	カンファレンス マンモトーム検査	外来
夕方	ミーティング		マンモグラフィ読影 会		

週間スケジュール (小児外科)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
朝					
午前	病棟管理 (外来)	病棟管理 (外来)	手術	病棟管理 (手術)	病棟管理 (外来)
午後	病棟管理	検討会・勉強会 病棟管理	病棟管理 (手術)	病棟管理	病棟管理 (検査)
夕方		周産期カンファ レンス			

7. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患・病態

- 1) 急性腹症【消化器・一般外科、小児外科】
- 2) 急性消化管出血【消化器・一般外科】
- 3) 外傷【消化器・一般外科】

【2】頻度の高い症状

- 1) 食道・胃・十二指腸疾患【消化器・一般外科】
- 2) リンパ節腫脹【消化器・一般外科】
- 3) 嘔気・嘔吐【消化器・一般外科、小児外科】
- 4) 便通異常(下痢、便秘)【消化器・一般外科、小児外科】
- 5) 腰痛【消化器・一般外科、心臓血管外科】
- 6) 乳房腫瘍【乳腺外科】
- 7) 乳頭分泌【乳腺外科】
- 8) そけい部膨隆【小児外科】
- 9) 乳児臍部膨隆【小児外科】

【3】経験が求められる疾患・病態

- 1) 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)【消化器・一般外科】

- 2) 小腸・大腸疾患(イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻)【消化器・一般外科、小児外科】
- 3) 胆嚢・胆管疾患(胆石、胆嚢炎、胆管炎)【消化器・一般外科】
- 4) 肝疾患(ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害)【消化器・一般外科】
- 5) 膵臓疾患(急性・慢性膵炎)【消化器・一般外科】
- 6) 横隔膜・腹壁・腹膜(腹膜炎、急性腹症、ヘルニア)【消化器・一般外科、小児外科】
- 7) 細菌感染症(ブドウ球菌、MRSA、A群レンサ球菌、クラミジア)【消化器・一般外科】
- 8) 乳癌【乳腺外科】
- 9) 乳腺線維腺腫【乳腺外科】
- 10) 乳腺葉状腫瘍【乳腺外科】
- 11) 乳腺症【乳腺外科】
- 12) 動脈疾患(動脈硬化症、大動脈瘤)【心臓血管外科】
- 13) 静脈・リンパ管疾患(深部静脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ浮腫)【心臓血管外科】
- 14) 自然気胸【呼吸器外科】
- 15) 肺癌【呼吸器外科】
- 16) 転移性肺腫瘍【呼吸器外科】
- 17) 縦隔腫瘍【呼吸器外科】

整形外科

1. 一般目標(GIO)

- 1) 救急医療:臨床研修医が運動器救急疾患、外傷に対応できる基本的診療能力を修得する。
- 2) 慢性疾患:臨床研修医が適正な診断を行うために必要な整形外科的慢性疾患の重要性特殊性について理解修得する。
- 3) 基本手技:整形外科疾患の診断と治療法の基本的手技の重要性を良く理解し、真摯かつ意欲的にその安全で確実な知識と手技を修得する。
- 4) 医療記録:運動器疾患に対して理解を深め、医療記録に必要な事項を正確に記載できる能力を身につける。

2. 行動目標(SBOs)

【1】基本的診察法:下記の基本的診察法を実施し、所見を解釈できる。

- 1) 面接技法(患者・家族との信頼関係、心理洞察)
- 2) 脊椎の診察
- 3) 骨・関節・筋肉系の診察
- 4) 神経学的診察
- 5) 関節リウマチの診察

【2】基本的検査法

A:適切に検査を選択・指示し、結果を解釈できる。

- 1) 血液一般、生化学、凝固系、血液ガス、心機能、肺機能、腎機能など術前検査を指示し結果を把握できる。
- 2) 内分泌学的検査
- 3) 細菌学的検査
- 4) 薬剤感受性検査
- 5) 髄液検査

B: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。

- 1) 単純X線検査
- 2) 超音波検査
- 3) X線 CT 検査
- 4) MRI 検査
- 5) 造影X線検査
- 6) 細胞診・病理組織検査
- 7) 核医学検査

【3】基本的手技:適応を決定し、適切に実施できる。

- 1) 注射法(点滴、関節、腱鞘、神経根)
- 2) 採血法(静脈血、動脈血)
- 3) 穿刺法(腰椎)
- 4) ガーゼ・包帯交換
- 5) ドレーン・チューブ類の管理
- 6) 局所麻酔法
- 7) 簡単な切開・排膿
- 8) 皮膚縫合法
- 9) 包帯法
- 10) 軽度の外傷の処置
- 11) 副子固定
- 12) 止血帯の使用法

13) 骨折牽引

【4】基本的治療法

A:以下の基本的治療法の適応を決定し、実施できる。

- 1) 薬剤の処方
- 2) 輸液
- 3) 輸血・血液製剤の使用・輸血副作用への対応
- 4) 抗生物質の使用
- 5) 食事療法
- 6) 療養指導(安静度、体位、食事、入浴、排泄を含む)
- 7) 救命救急処置法(気管内挿管、バックマスク人工呼吸、胸骨圧迫式マッサージ、鎖骨下静脈穿刺、対ショック療法薬剤の適切な使用)
- 8) 破傷風の予防法
- 9) 解熱法

B:適応を決定し、指導医の指導の下にできる。

- 1) 副腎皮質ステロイド薬の使用
- 2) 抗腫瘍化学療法
- 3) 呼吸管理
- 4) 循環管理(不整脈を含む)
- 5) 中心静脈栄養法
- 6) 疼痛コントロール
- 7) 大量出血の一般的対策

C:必要性を判断し、適応を決定できる。

- 1) 外科的治療
- 2) 放射線治療
- 3) 医学的リハビリテーション計画
- 4) 精神的、心身医学的治療
- 5) 重症患者管理(解熱、ガス壊疽、多発外傷)

【5】患者・家族との関係:良好な人間関係の下で、問題を解決できる。

- 1) 適切なコミュニケーション(患者への接し方を含む)
- 2) 患者・家族のニーズの把握
- 3) 生活指導(栄養と運動、環境、在宅療養などを含む)
- 4) 心理的側面の把握と指導
- 5) インフォームドコンセント
- 6) プライバシーの保護

【6】医療の社会的側面に対応できる。

- 1) 保健医療法規・制度
- 2) 医療保険・公費負担医療
- 3) 社会福祉施設
- 4) 在宅療養、社会復帰
- 5) 地域保健・健康増進(保健所機能への理解を含む)
- 6) 麻薬の取り扱い

【7】適切に文書を作成し、管理ができる。

- 1) 診療記録等の医療記録
- 2) 処方箋・指示箋

- 3) 診断書・検案書、その他の証明書
- 4) 紹介状とその返事

【8】診療計画・評価:総合的に問題点を分析・判断し、評価ができる。

- 1) 必要な情報収集(文献検索を含む)
- 2) 問題点整理
- 3) 診療計画の作成・変更
- 4) 入退院の判定
- 5) 症例提示・要約

【9】症例

- 1) 症例発表、学会発表
- 2) 論文発表

3. 方略

- 1) 研修医は担当指導医のもとで正しい疾患の理解を深め、適切なる診断能力を習得する為に、外来診察の補助及び能力に応じた診療担当をする。
- 2) 適切な治療法選択には適確な診断が必要であり、その為には種々の臨床検査法の利用や画像診断能力が求められる。最新の画像診断機器の利用を含め、従来の簡便な検査機器(例えば、超音波検査)の操作法やデータの判断・解析の能力の向上を目指す。
- 3) 主治医である担当指導医の指導のもとで入院患者を副主治医として受け持ち、検査・治療のオーダーや診療録の記載(PC入力)の基本習得のみならず、患者への接遇の基本も習得し、全体的な治療方針が決定出来ることを目指す。
- 4) 受け持ち患者に関する医学的情報を担当指導医や他のスタッフと共有及び討議し、患者に対する治療経過や効果を常に評価・確認する姿勢を身に付ける。
- 5) 症例カンファランスの場で、受け持ち患者の病態や臨床現場で生じた問題点を適切にプレゼンテーション出来る様にする。
- 6) 専門分野別のローテーションを組み、出来る範囲内で多様な整形外科疾患への検査・治療能力の向上を図る。また、担当指導医のもとで可能な範囲内での手術経験も積む。
- 7) 患者の社会復帰を目指すことは重要な課題であり、特に運動器疾患に於いてはADLの向上が求められるので、適切なりハビリテーションの提供が出来る様にする。

4. 評価

原則として整形外科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、整形外科研修指導医により指導された整形外科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。整形外科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い整形外科研修指導医が承認する。

5. 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(関節)	手術(小児・脊椎)	外来(脊椎・新患)	カンファランス 手術(脊椎)	外来(教授) または手術
午後	手術	手術	手術(手外科)	手術(関節)	総括(教授)
夕方	回診 カンファランス	カンファランス (小児)			

6. 経験すべき症状・病態

【1】診断と検査

- 1) 骨・関節のX線診断(MRIも含む)が的確にできる。
- 2) 脊髄腔造影所見を正しく評価できる。
- 3) 関節鏡検査もある程度できる。
- 4) 病理組織所見をある程度判断することができる。
- 5) 基本的診察と病態考察ができる。
- 6) 神経学的高位、横位診断が考察できる。
- 7) 救急外傷患者に的確で迅速な病態把握ができる。
- 8) 痛みの原因分析が十分できる。
- 9) 検査の意義を十分理解し、検査の適応を正しく処方できる。
- 10) 基本的検査を適切に計画し、意味を判断できる。
- 11) 論理的に病態把握を正しく思考できる。
- 12) 整形外科的緊急危険症状を即断できる。

【2】整形外科臨床知識と力量(学会に準拠)

- 1) 徒手整復の正しい適応と実施ができる。
- 2) 補装具の処方、指示、指導が正しくできる。
- 3) 理学療法処方、指示が正しくできる。
- 4) 整形外科 ME 機器を適切に処方し、使用できる。
- 5) 介達牽引管理が正しくできる。
- 6) 直達牽引管理が正しくできる。
- 7) 創外固定管理が正しくできる。
- 8) 局麻、伝達麻酔ができる。
- 9) 術前準備を正しくできる。
- 10) 脊髄損傷の初期治療が適切にできる。
- 11) 開放骨折の初期治療が適切にできる。
- 12) 関節の感染症の初期治療が適切にできる。
- 13) 手新鮮外傷の初期治療が正しくできる。
- 14) 救急外傷患者の搬送について正しく判断し、処理できる。
- 15) 緊急時の減張切開ができる。
- 16) 関節注射、ブロックができる。
- 17) スポーツ外傷の現場での処置が的確にできる。
- 18) 義肢以外の各種装具を設計し、指示できる。
- 19) 高齢者の整形外科的骨関節疾患への治療設計ができ、十分助手または術者となることができる。
- 20) 関節リウマチの治療計画が確実にでき、関節外科の助手が十分できる、または術者になることがで

きる。

- 21) 小児先天性疾患(先天性股関節脱臼、内反足、筋性斜頸) の治療計画と保存治療が十分できる。
- 22) 患者の心理・情緒を洞察し、カウンセリングがある程度できる。
- 23) 機能障害、能力障害、社会的不利を評価でき適切なリハビリ計画ができる。

産科婦人科

1. 一般目標(GIO)

- 1) 当科の特殊性を充分理解しプライバシーや患者情報の保護に努め、信頼関係を築く能力を身につける。
- 2) 生殖医療や出生前診断におけるインフォームドコンセントの重要性を学ぶ。
- 3) 分娩時に必要な基本的知識、処置、産科手術の技術を身につける。
- 4) 婦人科における基本的な知識、処置、手術手技を身につける。

2. 行動目標(SBOs)

【1】下記の基本的診察法を実施し、所見を解釈できる。

- 1) 面接技法(診断情報の収集、患者・家族との適切なコミュニケーションを含む)
- 2) 女性生殖器の診察(双合診、腔鏡診)

【2】基本的検査法

A. 必要に応じて自ら検査を実施あるいは指示し、結果を解釈できる。

- 1) 検尿、血液型、出血凝固時間検査を実施し結果を把握できる。
- 2) 血液一般、生化学、凝固系、血液ガス、心機能、肺機能、腎機能など術前検査を指示し結果を把握できる。
- 3) 基礎体温法
- 4) 精液検査法
- 5) 免疫学的妊娠検査法
- 6) 単純X線検査、CT、MRI の読影結果を把握できる。
- 7) 超音波断層検査法
- 8) 子宮卵管造影法
- 9) 胎児心拍数モニタリング

【3】基本的治療法

A. 以下の基本的治療法の適応を決定し、実施できる。

- 1) 薬剤の処方
- 2) 輸液、輸血の使用
- 3) 抗生物質の使用
- 4) ホルモン関連製剤の使用

B. 必要性を判断し、適応を決定できる。

- 1) 抗腫瘍化学療法
- 2) 放射線治療法
- 3) 外科的治療法

【4】以下の救急処置法を適切に行い、必要に応じて専門医に診察を依頼することができる。

- 1) バイタルサインの把握
- 2) 重症度および緊急度の把握(判断)
- 3) 指導医や専門医(専門施設) への申し送りと移送

【5】下記の項目に配慮し、患者・家族との良好な人間関係を確立できる。

- 1) コミュニケーションスキル
- 2) 患者、家族のニーズと心理的側面の把握
- 3) 生活習慣変容への配慮
- 4) インフォームドコンセント
- 5) プライバシーへの配慮

【6】 基本的手技、手術

- A. 以下の基本的手技の適応を決定し、実施できる。
- 1) 採血法
 - 2) 注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保)
 - 3) 導尿法
 - 4) 局所麻酔法
 - 5) 創部消毒法
 - 6) 正常妊娠、分娩、産褥の管理(会陰保護法、会陰切開術、縫合術)
 - 7) 妊婦健康審査(妊婦健診)
 - 8) 新生児の診察法
- B. 指導医の監督の基に適応を決定し、助手をつとめる。
- 1) 救急時の全身管理法
 - 2) 子宮内容除去術
 - 3) 異常妊娠、分娩、産褥の管理法
 - 4) 分娩誘発法
 - 5) 鉗子、吸引分娩術
 - 6) 骨盤位牽出術
 - 7) 帝王切開術
 - 8) 付属器摘出術
 - 9) 子宮筋腫核出術
 - 10) 単純子宮全摘術助手
 - 11) 子宮脱根治術助手
 - 12) 内視鏡下手術助手
 - 13) 術前、術後管理法

【7】 症例

- 1) 症例発表、学会発表
- 2) 論文発表

3. 方略

- 1) 初診患者の問診し、鑑別診断を行い、指導医の診察に立ちあう。
- 2) 一般的な診察法(腹囲、子宮底計測、レオポルド法など)に従って妊婦健診を行うことができる。
- 3) 妊婦の超音波スクリーニングについて、その手順と所見が理解できる。
- 4) 産科外来でminor trouble(かぜ、下痢、便秘、頭痛など)に対し簡単な治療を習得する。
- 5) 指導医とともに分娩に立会い、標準的な経過を理解する。
- 6) 入院した異常妊婦の現病歴・身体所見各検査所見をまとめ診療録に記載し、指導医のもとで治療計画を立て管理を行う。
- 7) 産科救急、大量出血、DIC、胎児機能不全に立ち会い、指導医の下、その管理に参加する。
- 8) 他科(小児科、麻酔科、放射線科、女性内科など)専門医との連携が必要な患者には積極的に参加する。
- 9) 可能な限り手術に立会い、簡単な手技の習得、解剖の理解および術後管理を行う。

チェックリスト

(1) 診察法

適切に病歴聴取を行える。

- 妊婦の診察を要領よく行える。
- 腹部の診察(レオポルド法)
- 下腿浮腫の有無のチェック
- 新生児のアプガースコアを算出できる。
- 分娩後の産婦の診察を指導医と共に適切に行える。
- 子宮の復古状態のチェック
- 外陰創部のチェック
- 悪露の量、色調のチェック
- 手術患者の術前術後の診察を適切に行える。
- バイタルサイン 覚醒状態のチェック 胸部の診察
- 腹部の診察 創部の消毒

(2) 基本的臨床検査法

- 妊婦健診での一般的検査(血圧、検尿など)の結果の意義を解釈できる。
- NSTや分娩時胎児心拍図の結果を解釈できる。
- ドップラーにて胎児心音を聴取できる。
- 以下の検査項目について、その結果を解釈できる。
- 血液一般検査 血液生化学検査 腫瘍マーカー
- 細菌培養 細胞診 組織診

(3) 画像診断法

- 妊婦スクリーニングエコーの所見を解釈できる。
- CTの所見を解釈できる。
- MRIの所見を解釈できる。

(4) 処方および指導

- 妊婦のminor troubleに対し簡単な治療を習得する
- かぜ 下痢 便秘 膀胱炎
- 頭痛 湿疹 むくみ

(5) 手術介助

- 鉤引きなど手術の助手が適切にできる。
- 糸結びが正確かつ迅速にできる。

(6) 医療文書の作成

- 適切な診療録、入院診療概要録が作成できる。
- 適切な症例呈示ができる。

4. 評価

原則として産婦人科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、産婦人科研修指導医により指導された産婦人科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。産婦人科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い産婦人科研修指導医が承認する。

5. 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	病棟	回診	外来または手術	病棟	外来または手術
午後	特殊外来	病棟	手術	羊水検査	手術
夕方	カンファランス	小児科合同 カンファランス			

6. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患、病態

- 1) 産科ショック
- 2) 急性腹症

【2】頻度の高い症状

- 1) 月経遅延
- 2) 腹痛
- 3) 性器出血
- 4) 月経困難症
- 5) 過多月経
- 6) 月経不順
- 7) 腰痛
- 8) 帯下
- 9) 貧血
- 10) 挙児希望
- 11) 排尿障害
- 12) 更年期症状
- 13) 子宮下垂感
- 14) 外陰搔痒感
- 15) 遺伝相談
- 16) 反復流産原因精査

小児科

1. 一般目標(GIO)

- 1) 子どもに関する情報を母親からうまく引き出す技術を習得する。
- 2) 小児では自分から異常部位を訴えてくることが少ないため、医師の診察を通じて異常を発見する技術を習得する。
- 3) 子どもになるべく苦痛や恐怖心を与えないように素早くかつ的確に診察する技術を身につける。
- 4) 年齢によって異なる検査データや小児の発達について理解する。
- 5) 患者の症状に対して年齢別に好発する疾患をあげ、鑑別する能力を身につける。
- 6) 先天異常・代謝・神経・筋疾患などの遺伝性疾患についての理解と遺伝カウンセリングを学ぶ。
- 7) 年齢、体重、体表面積別に薬剤投与量を設定する方法を学ぶ。
- 8) 一般的な感染症や院内感染に関する治療や予防法について理解する。
- 9) 診断や治療について、わかりやすい表現で家族や本人に説明する技術を習得する。
- 10) 各発達段階に対応した心理社会的側面へのサポートを習得する。

2. 行動目標(SBOs)

【1】 下記の基本的診察法を実施し、所見を解釈できる。

- 1) 面接技法(親から診断に関する情報を収集、家族とのコミュニケーションを含む)
- 2) 全身の観察(バイタルサイン、全身状態の把握、皮膚や表在リンパ節の診察、脱水の評価を含む)
- 3) 頭頸部の診察(鼓膜、外耳道、鼻腔、口腔、咽喉頭を含む)
- 4) 胸部の診察
- 5) 腹部の診察(直腸診を含む)
- 6) 骨・関節・脊柱の診察
- 7) 神経学的診察(発達評価、骨格筋の診察を含む)
- 8) 外性器の診察

【2】 基本的検査法

A. 必要に応じて自ら検査を実施あるいは指示し、結果を解釈できる。

- 1) 一般検尿
- 2) 検便(潜血)
- 3) 血算
- 4) 血液型判定・交差試験
- 5) 心電図
- 6) 動脈血ガス分析
- 7) 血液生化学的検査
- 8) 細菌学的検査・薬剤感受性検査(検体の採取、細菌についての評価)
- 9) 単純X線検査
- 10) X線 CT
- 11) MRI 検査

B. 適切に結果を選択、指示あるいは指導医の監督下で自ら検査し結果を解釈できる。

- 1) 検便(虫卵)
- 2) 血液免疫学的検査
- 3) 骨髄検査(穿刺、骨髄像)
- 4) 超音波検査(心臓・腹部・頭部)
- 5) 髄液検査(髄液採取、細胞数測定)
- 6) 神経生理学的検査(脳波、筋電図)
- 7) 核医学検査
- 8) 内分泌学的検査

C. 指導医が施行する検査を観察・介助し、専門家の意見に基づき結果を解釈できる。

1) 造影検査(血管、消化管内視鏡検査)

【3】基本的治療法

A. 以下の基本的治療法の適応を決定し、実施できる。

- 1) 薬剤の処方(体重・年齢・体表面積に応じて投与量を設定)
- 2) 輸液管理(年齢、脱水症の程度に応じて補正量・維持輸液量を設定)
- 3) 輸血・血液製剤の使用(血漿交換・交換輸血を含む)
- 4) 抗生剤の使用
- 5) 副腎皮質ステロイドの使用(外用・吸入・内服・静注)
- 6) 抗腫瘍化学療法
- 7) 呼吸管理
- 8) 循環管理(不整脈を含む)
- 9) 中心静脈栄養法
- 10) 経腸栄養法
- 11) 療育指導(安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備を含む)

B. 必要性を判断し、適応を決定できる。

- 1) 外科的治療
- 2) 放射線治療
- 3) ハビリテーション、リハビリテーション
- 4) 精神的・心身医学的治療

【4】基本的手技:以下の基本的手技の適応を決定し、実施できる。

- 1) 注射法(皮内、皮下、静注、点滴、中心静脈確保)
- 2) 採血法(静脈血・動脈血)
- 3) 穿刺法(腰椎・胸腔、腹腔)
- 4) 導尿法
- 5) 浣腸
- 6) 局所麻酔法
- 7) 簡単な切開・排膿、創部消毒法
- 8) 皮膚縫合法
- 9) ドレーンチューブ類の管理法
- 10) 気道確保、挿管手技

【5】以下の救急処置法を適切に行い、必要に応じて専門医に診察を依頼することができる

- 1) バイタルサインの把握
- 2) 重症度および緊急度の把握(判断)
- 3) 心肺蘇生術(気道確保)の適応判断と実施
- 4) 指導医や専門医(専門施設)への申し送りと移送

【6】下記の項目に配慮し、患者・家族と良好な人間関係を確立できる。

- 1) コミュニケーションスキル
- 2) 患者、家族のニーズと心理的側面の把握
- 3) 生活習慣変容への配慮
- 4) インフォームドコンセント
- 5) プライバシーへの配慮

【7】以下の予防医療を実施あるいは重要性を認識し、適切に対応できる。

- 1) 食事指導

- 2) 運動指導
- 3) 禁煙(家庭内での禁煙、もしくは喫煙場所の選択の重要性について)
- 4) ストレスマネジメント
- 5) 地域・学校検診
- 6) 予防接種
- 7) 性行為感染症・エイズ予防
- 8) 院内感染(Universal Precautions を含む)

【8】全人的理解に基づいて、以下の末期医療を実施できる。

- 1) 告知をめぐる諸問題への配慮(こどもにも理解できるように表現方法を工夫)
- 2) 身体症状のコントロール(WHO方式がん疼痛治療法を含む)
- 3) 心理社会的側面への配慮
- 4) 告知後および死後の家族への配慮

【9】以下のチーム医療を理解し、必要に応じて実施できる。

- 1) 指導医や専門医へのコンサルテーション
- 2) 他科、他施設への紹介・転送
- 3) 医療・福祉・保健所の幅広い職種からなるチームの組織
- 4) 在宅医療チームの調整

【10】以下の医療記録を適切に作成し、管理できる。

- 1) 診療録
- 2) 処方箋、指示箋
- 3) 診断書、死亡診断書(死体検案書を含む)、その他の証明書
- 4) 紹介状とその返事

【11】医療における以下の社会的側面の重要性を認識し、適切に対応できる。

- 1) 保健医療法規・制度
- 2) 医療保険、公費負担医療
- 3) 社会福祉施設
- 4) 在宅医療(介護を含む)、社会復帰
- 5) 地域保健・健康増進(保健所機能への理解を含む)
- 6) 医の倫理・生命倫理
- 7) 医療事故

【12】以下の診療計画・評価を実施できる。

- 1) 必要な情報収集(文献検索を含む)
- 2) プロブレムリストの作成
- 3) 診療計画(診断、治療、患者への説明の計画)の作成
- 4) 入退院の判断
- 5) 症例提示・要約
- 6) 自己評価および第三者による評価をふまえた改善
- 7) 剖検所見の要約・記載

【13】症例

- 1) 症例発表、学会発表
- 2) 論文発表

3. 方略

- 1) サブグループ(新生児グループ、血液グループ、循環器グループ、混合グループ)のいずれかに所属

し、主治医の一員として指導医とともに患者の診療を担当する。

- 2) 新入院患者の診察をして病歴・身体所見・検査所見等から病状を把握し、その結果を基に指導医と相談の上、治療方針をたてる。
- 3) 入院中の受け持ち患者の診療は毎日行い、病状の変化の把握し、指導医の指導の元に適切な対策を考える。重症患者に関しては毎日数回の回診を行い病状把握に努める。
- 4) 患者のプロブレムリストは SOAP (POMR) に従ってカルテ内に明記する。教授回診の前に週間サマリーとプロブレムリストをカルテに記載する。
- 5) 指導医の指示の元、採血、点滴確保には積極的に参加し、小児特有の困難さを把握しながら自ら体験する。
- 6) 院内感染対策（標準感染拡大予防策/MRSA/TB/インフルエンザ）を理解するために院内マニュアルを読むこと。標準感染予防策を理解し病院内感染防止に努める。
CV ライン挿入の見学・助手参加の際には標準感染拡大予防策を実施させる。
- 7) 各グループのカンファレンスに参加し、疾患や治療に対する最新知識を整理し、受け持ち患者の診療に役立てるとともに、グループ内での情報共有を図る。
- 8) 胸部単純 X 線、腹部単純 X 線、胸部単純 CT、腹部単純 CT、頭部単純 CT および MRI 実施の際に必要な、鎮静の種類、方法を学び、指導医の元で、実際に鎮静を行う。得られた結果を指導医と共に読影し、治療方針に役立てる。

4. 評価

原則として小児科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、小児科研修指導医により指導された小児科の上級医が、評価医として OJT (On-The-Job-Training) の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。小児科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標 A」、「経験目標 B」、「経験目標 C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い小児科研修指導医が承認する。

5. 週間スケジュール(混合グループ)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	回診	回診 外来処置当番	入退院報告 回診	回診	回診
午後	外来見学		NICU 教授回診	小児科病棟 教授回診	検査など
夕方		脳波症例検討会		カンファレンス 医局会	

6. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患・病態

- 1) 意識障害(脳炎・脳症・髄膜炎、けいれん重積、電解質異常)
- 2) ショック(アナフィラキシー、副腎皮質過形成、敗血症、先天性代謝異常症)
- 3) 急性心不全(心奇形、心筋炎、心筋症、川崎病、QT 延長症候群)
- 4) 急性呼吸不全(気管支喘息、クループ症候群、細気管支炎、肺炎)
- 5) 急性腎不全(急性腎炎、溶血性尿毒症症候群、ネフローゼ症候群・尿路感染症)

- 6) 脱水症(乳児嘔吐下痢症、熱中症)
- 7) 急性感染症(溶連菌感染症、麻疹、風疹、水痘、単純ヘルペス)
- 8) 急性中毒(薬剤、毒物)
- 9) 急性腹症(腸重積、虫垂炎、腸軸捻転、結石)
- 10) 誤飲(たばこ、薬物、電池、貨幣)、誤嚥(ピーナッツ)
- 11) 新生児の疾病(仮死、胎便吸飲症候群、新生児呼吸窮迫症候群、気胸)
- 12) 溺水

【2】頻度の高い症状

- 1) 発熱
- 2) 咳・痰・鼻汁
- 3) 下痢、嘔気、嘔吐、腹痛
- 4) 痙攣
- 5) 発疹
- 6) 食欲低下、哺乳力低下、ミルク嫌い
- 7) 不機嫌・啼泣
- 8) 体重減少・発育障害
- 9) 喘鳴・呼吸困難・チアノーゼ
- 10) 発達遅延
- 11) 不登校、多動、注意力散漫
- 12) 肥満
- 13) 便秘
- 14) 低身長
- 15) 黄疸
- 16) リンパ節腫脹
- 17) 血尿
- 18) 血便
- 19) 鼻出血
- 20) 頭痛
- 21) 出血斑

眼科

1. 一般目標(GIO)

- 1) 眼科の基本的診療を行ううえで必要な知識・技能・態度を身につける。
- 2) 眼科手術(顕微鏡手術)の原理を理解し、基本的技能を習得する。
- 3) 眼科所見を通じて全身疾患の理解を深める。

2. 行動目標(SBOs)

【1】基本的診察法:必要に応じて自ら実施できる。

- 1) 再来患者を単独で診察、処置ができる。
- 2) 初診の患者の予診、必要な検査が一通りできる。
- 3) 2年終了時には、単独で初診の患者の診察を行い、治療方針を決定する。
- 4) 病状を患者および家族に十分に説明できる。
- 5) 他の診療科または他の病院からの依頼事項に返信する事ができる。
- 6) 外来および入院カルテのすべての項目に記載が完全にできる(眼科用語を覚える)。

【2】基本的検査法

A. 必要に応じて自ら実施できる。

- 1) 他覚的屈折検査法(検影法、オートレフラクトメーター)
- 2) 自覚的屈折検査法(視力測定)
- 3) 眼圧測定
- 4) 調節検査
- 5) 細隙燈顕微鏡検査
- 6) 隅角鏡検査
- 7) 眼底検査(直像眼底鏡、倒像眼底鏡、双眼倒像眼底鏡、眼底検査用コンタクトレンズを使用した細隙燈顕微鏡検査)
- 8) 視野検査(動的視野計・静的視野計)
- 9) 色覚検査
- 10) 光覚検査
- 11) 眼位検査
- 12) 両眼視機能検査
- 13) 眼球突出度測定
- 14) 角膜曲率半径測定
- 15) 前眼部写真撮影(細隙燈顕微鏡写真を含む)
- 16) 眼底写真撮影
- 17) 涙液分泌検査
- 18) 網膜電図検査
- 19) 超音波検査(眼軸長測定を含む)
- 20) 角膜内皮写真撮影
- 21) 暗順応検査

B. 指導医の監督のもとで自ら実施できる。

- 1) フルオレセイン蛍光眼底造影検査
- 2) インドシアニングリーン蛍光眼底造影検査
- 3) 網膜厚測定
- 4) 光干渉断層撮影

【3】基本的処置・手技:必要に応じて自ら実施できる。

- 1) 点眼法
- 2) 洗眼法

- 3) 睫毛抜去
- 4) 涙嚢洗浄
- 5) 薬剤の注射(結膜下注射、テノン嚢下注射)
- 6) 結膜異物除去
- 7) 角膜異物除去
- 8) 眼鏡処方
- 9) コンタクトレンズ処方

【4】基本的手術法

A. 必要に応じて自ら実施できる。

- 1) 眼手術消毒法の理解と実践
- 2) 各種眼科手術器械の使用法(手術用顕微鏡を含む)

B. 指導医の監督のもとで自ら実施できる。

- 1) 外眼部、前眼部の手術
 - マイボーム腺梗塞切開術
 - 麦粒腫切開術
 - 霰粒腫摘出術
 - 眼瞼内反症手術
 - 翼状片手術
- 2) レーザー治療
 - 網膜光凝固術
 - 虹彩切開術
 - 後発白内障 YAG レーザー切開術
- 3) 白内障手術
 - 超音波乳化吸引術
 - 眼内レンズ挿入術
- 4) 緑内障手術
 - 毛様体冷凍凝固術

C. 指導医が施行する手術に助手として入り、手術の介助をするとともに術野を観察し、結果を理解する。

- 1) 外眼部、前眼部の手術
 - 角膜移植術(表層移植、全層移植)
- 2) 白内障手術
 - 水晶体嚢内摘出術
 - 水晶体嚢外摘出術
- 3) 緑内障手術
 - 虹彩切除術
 - 線維柱帯切開術
 - 線維柱帯切除術
- 4) 網膜剥離手術
 - ジアテルミー凝固
 - 網膜冷凍凝固
 - 強膜内陥術(エクソプラント法)
 - 網膜下液排液術
- 5) 硝子体手術
 - 裂孔原性網膜剥離手術
 - 黄斑円孔閉鎖術
 - 網膜上膜除去術
 - 増殖性糖尿病網膜症に対する手術

- 6) その他の手術
 眼球摘出術
 斜視手術—水平斜視、上下斜視
 穿孔性眼外傷に対する手術

【5】症例

- 1) 症例発表、学会発表
- 2) 論文発表

3. 方略

上級医と入院患者を担当し、6.に述べた疾患、症状を可能な限り経験する。

4. 評価

原則として眼科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、眼科研修指導医により指導された眼科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。眼科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い眼科研修指導医が承認する。

5. 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	教授回診・外来	手術	外来手術	手術	病院教授回診
午後	緑内障外来	手術	網膜外来	手術	網膜外来
夕方	カンファランス	勉強会	勉強会	カンファランス	勉強会

6. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患・病態

- 1) 急性閉塞隅角緑内障
- 2) 網膜中心動脈閉塞症
- 3) 視神経炎
- 4) 裂孔原性網膜剥離
- 5) 硝子体出血
- 6) 眼外傷

【2】頻度の高い疾患・病態

- 1) 屈折異常(近視、遠視、乱視)
- 2) カタル性結膜炎
- 3) 老人性白内障
- 4) ぶどう膜炎
- 5) 網膜静脈閉塞症
- 6) 糖尿病網膜症
- 7) 網膜上膜
- 8) 黄斑円孔
- 9) 加齢黄斑変性
- 10) 開放隅角緑内障

【3】頻度の高い症状

- 1) 霧視
- 2) 飛蚊症
- 3) 中心暗点
- 4) 変視症
- 5) 充血
- 6) 眼痛
- 7) 視力低下

耳鼻咽喉科

1. 一般目標(GIO)

- 1) 耳鼻咽喉科専門医になることを目標として、日本耳鼻咽喉科学会専門医制度委員会の行う耳鼻咽喉科専門医認定試験受験資格に該当する耳鼻咽喉科の診断、治療に関する知識・技術を初期の2年間に習得する。
- 2) 耳鼻咽喉科専門医になることを目標として、高水準の診断、治療に関する知識・技術を習得するように、常に努力する。

2. 行動目標(SBOs)

【1】基本的診察法: 下記の基本的診察法を実施し、所見を解釈できる。

- 1) 面接技法(患者、家族との信頼関係、心理洞察)
- 2) 耳鼻咽喉科的診察(耳・鼻・咽頭・喉頭)
- 3) 耳科神経学的診察

【2】基本的検査法

A:必要に応じて自ら検査を実施し、結果を解釈できる。

- 1) 検尿、血算
- 2) 出血時間測定・血小板検査
- 3) 血液型判定・交差適合試験
- 4) 動脈血ガス分析検査法
- 5) バイタルサインのチェック

B:適切に検査を選択・指示し、結果を解釈できる。

- 1) 純音聴力検査
- 2) ティンパノメトリー
- 3) 耳小骨筋反応
- 4) 聴性脳幹反応
- 5) 自記オーディオ
- 6) 耳音響放射
- 7) 鼓膜パッチテスト
- 8) 耳鳴り検査
- 9) 耳管機能検査
- 10) 立ち直り反射
- 11) 自発、注視眼振検査
- 12) 頭位・頭位変換眼振検査
- 13) 温度眼振検査
- 14) 視標追跡眼球運動検査、視運動性眼振検査
- 15) ファイバースコープ検査(鼻、咽喉頭検査)
- 16) 顔面神経検査
- 17) 味覚検査
- 18) 静脈性嗅覚検査
- 19) 基準嗅覚検査
- 20) 鼻汁中好酸球検査
- 21) アレルゲン皮内反応検査
- 22) RAST 検査
- 23) 鼻誘発反応検査
- 24) 鼻腔通気度検査(ライノメトリー検査、通気度検査)
- 25) 扁桃誘発、打ち消し検査

- 26) 超音波診断
- 27) 音声、言語機能検査
- 28) 唾液腺機能検査法(X線下)

C:適切に検査を選択・指示し、指導医の意見に基づき結果を解釈できる

- 1) 細胞診・病理組織検査
- 2) 超音波検査
- 3) 単純X線検査
- 4) 造影X線検査
- 5) X線 CT 検査
- 6) 核医学検査
- 7) MRI 検査

3. 方略

① 入院患者を指導医の元に担当する

【1】指導医の元に基本的手術をマスターする。

- 1) 基本的手術、手技の修得、(局所麻酔、結紮、切開、排膿、縫合など)
- 2) 手術助手として能力の獲得(手術器具の理解など)
- 3) 小手術、執刀の能力の獲得(鼻茸切除術、鼓膜チュービング、可塑性内視鏡下手術、口蓋扁桃アデノイド摘出術、鼻中隔湾曲症摘出術、気管切開術、頸部良性腫瘍摘出術など)
- 4) 硬性、可塑性食道、気管、気管支鏡検査の修得
- 5) 形成外科的手技の修得(整容的縫合手技、顔面骨骨折整復術、植皮・皮弁移植など)

【2】患者・家族との関係:良好な人間関係の下で、問題を解決できる。

- 1) 適切なコミュニケーション(患者への接し方を含む)
- 2) 患者・家族のニーズの把握
- 3) 生活指導(栄養と運動、環境、在宅療養などを含む)
- 4) 心理的側面の把握と指導
- 5) インフォームドコンセント
- 6) プライバシーの保護

【3】医療の社会的側面:医療の社会的側面に対応できる

- 1) 保健医療法規・制度
- 2) 医療保険・公費負担医療
- 3) 社会福祉施設
- 4) 在宅療養、社会復帰
- 5) 地域保健・健康増進(保健所機能への理解を含む)
- 6) 麻薬の取り扱い

【4】文書記録:適切に文書を作成し、管理ができる

- 1) 診療記録等の医療記録
- 2) 処方箋・指示箋
- 3) 診断書・検案書、その他の証明書
- 4) 紹介状とその返事

【5】診療計画・評価:総合的に問題点を分析・判断し、評価ができる

- 1) 必要な情報収集(文献検索を含む)
- 2) 問題点整理
- 3) 診療計画の作成・変更
- 4) 入退院の判定

5) 症例指示・要約

【6】症例

- 1) 症例発表、学会発表
- 2) 論文発表

② 基本的手技、基本的治療法を経験する

【1】基本的手技:適応を決定し、適切に実施できる

- 1) 耳鼻咽喉科的基本的手技(耳処置、鼻処置、咽喉頭処置)
- 2) 注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保)
- 3) 採血法(静脈血、動脈血)
- 4) 穿刺法(上顎洞)
- 5) ガーゼ・包帯交換
- 6) ドレーン・チューブ類の管理
- 7) 局所麻酔法
- 8) 滅菌消毒法
- 9) 簡単な切開・排膿
- 10) 皮膚縫合法

【2】基本的治療法

A:適応を決定し、実施できる

- 1) 簡単な耳処置、鼻処置、咽喉頭処置(耳垢除去、耳洗、鼓膜切開、鼻出血止血法)
- 2) ファイバースコープ検査による異物除去、生検
- 3) 薬剤の処方
- 4) 輸液
- 5) 輸血・血液製剤の使用・輸血副作用への対応
- 6) 抗生物質の使用
- 7) 食事療法
- 8) 療養指導(安静度、体位、食事、入浴、排泄を含む)
- 9) 救命救急処置法

B:適応を決定し、指導医の指導の下に実施できる

- 1) やや複雑な耳処置、鼻処置、咽喉頭処置(鼓膜チュービング、プレッツ置換法、鼻出血バルーン止血法、ファイバースコープ下良性腫瘍摘出術など)
- 2) 呼吸嚥下管理
- 3) 副腎皮質ステロイド薬の使用
- 4) 抗腫瘍化学療法
- 5) 循環管理(不整脈を含む)
- 6) 中心静脈栄養法
- 7) 疼痛コントロール
- 8) 気管内挿管

C:必要性を判断し、適応を決定できる

- 1) 外科的治療(頭頸部良性腫瘍、他)
- 2) 医学的リハビリテーション計画
- 3) 精神的、心身医学的治療
- 4) 形成外科的診断治療(顔面外傷の処置、顔面瘢痕形成、顔面骨骨折 他)

4. 評価

原則として耳鼻咽喉科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、耳鼻咽喉科研修指導医により指導された耳鼻咽喉科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。耳鼻咽喉科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い耳鼻咽喉科研修指導医が承認する。

5. 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	外来	外来	外来・手術	外来
午後	手術	腫瘍外来	外来検査	手術	手術
夕方		カンファランス	カンファランス		

6. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患、病態

- 1) 鼻出血
- 2) 呼吸困難
- 3) 嚥下障害
- 4) 突発性難聴
- 5) メニエル病
- 6) 中耳炎脳蓋内合併症
- 7) 急性咽後膿瘍
- 8) 気管、気管支異物
- 9) 食道異物
- 10) アナフィラキシーショック

【2】頻度の高い症状

- 1) 耳鳴り
- 2) 難聴
- 3) 耳痛
- 4) 顔面神経麻痺
- 5) 鼻汁
- 6) くしゃみ
- 7) 鼻閉
- 8) 鼻部痛
- 9) 頭痛
- 10) 咽頭痛
- 11) 嚥下困難
- 12) 嘔声
- 13) 発声障害

形成外科

1. 一般目標(GIO)

- 1) 豊かな人間性と優れた知識、技能を持った形成外科医を育成することを基本とする。
- 2) 患者の合併症の有無や手術のリスク等を考え、体表面だけでなく、常に全身状態の把握と適切な対応が可能な技術・習慣を身につける。
- 3) 研修4年修了後には学会専門医として資格をみたくべく、その礎を築くよう努力する。

2. 行動目標(SBOs)

【1】基本的診察法

- 1) 患者の問診、病歴の作成
- 2) バイタルサインの測定と所見の解釈
- 3) 全身の診察(胸部・腹部・皮膚・表在性リンパ節・骨・筋 等)
- 4) 顔面の診察
- 5) 手足の診察
- 6) 頭頸部の診察
- 7) 乳房の診察

【2】基本的検査法

A. 必要に応じて自ら検査を実施あるいは指示し、結果を解釈する。

- 1) 血算
- 2) 血液型判定・交差試験・凝固時間
- 3) 心電図
- 4) 動脈血ガス分析
- 5) 血液生化学検査
- 6) 呼吸機能検査
- 7) 細菌学的検査
- 8) 単純X線検査
- 9) CT 検査
- 10) MRI 検査

B. 形成外科的検査を実施し、適切に解釈する。

- 1) 超音波血流計(ドプラ聴診器)
- 2) 体表面超音波検査・
- 3) 眼瞼下垂の検査(おもり負荷テスト、ネオシネジンテスト)
- 4) 顔面の筋電図
- 5) 細胞診

【3】基本的治療法

- 1) 輸液法・輸血法
- 2) 中心静脈栄養法
- 3) 抗生剤・鎮痛剤の適応と実施
- 4) 創感染部の切開・排膿・ドレーン留置
- 5) デブリードマン
- 6) 創管理(創傷被覆材・持続陰圧療法など)
- 7) レーザー治療

【4】手術**A. 術前・術中・術後**

- 1) 術前・術後の輸液法
- 2) 適切な術前処置
- 3) 手術適応の理解と術式・方針の決定(患者本人・家族への手術の説明と同意を含む)
- 4) 術後合併症の早期発見と対処
- 5) 術後呼吸・循環・代謝管理に参加し実施
- 6) 滅菌・消毒の留意点に習熟し実施
- 7) 麻酔の適応の判断
- 8) 写真撮影と画像管理

B. 指導医の指導のもと自ら手術を行うことができる

- 1) 陥入爪手術
- 2) 副耳摘出術
- 3) 眼瞼下垂
- 4) 臍ヘルニア
- 5) 合指(趾)症・多指(趾)症
- 6) 埋没耳・折れ耳
- 7) 陥没乳頭
- 8) 皮膚皮下腫瘍摘出術
- 9) 血管腫摘出術
- 10) 分層植皮による皮膚欠損の再建
- 11) 体幹の局所皮弁
- 12) DP 皮弁

C. 手術助手として手術に参加する頻度の高い手術

- 1) 乳房再建(エキスパンダー・インプラント)
- 2) 大胸筋皮弁による頭頸部再建
- 3) 広背筋皮弁による乳房再建
- 4) Nuss 法による漏斗胸
- 5) 眼瞼下垂
- 6) 顔面神経麻痺に対する神経移植
- 7) 遊離皮弁による頭頸部再建など

【5】学会発表と論文作成**A. 学会発表と論文作成を適切に行なうことができる。**

- 1) 症例経過をまとめる能力
- 2) 文献検索方法の修得
- 3) 学会に用いるスライド原稿を作成する能力
- 4) 発表原稿を作成する能力
- 5) 論文を作成・投稿する能力
- 6) 上記の重要性を研修中に認識し、実行していく姿勢

B. 学会発表と論文発表

- 1) 症例発表、学会発表
- 2) 論文発表

3. 方略

1) <担当患者と症例数>

担当患者は月曜日の朝に手術患者5人程度を決定し担当患者とする。

2) <経験症例の記載>

受け持ち患者以外にも入院・外来患者に積極的に経験症例を求め、学会の推奨された症例数を経験して記載する。

4. 評価

原則として形成外科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、形成外科研修指導医により指導された形成外科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。形成外科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

5. 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	外来	自科全麻手術	自科局麻手術	外来
午後	乳房再建 自科局麻手術	乳房再建	自科全麻手術	頭頸部再建	回診
夕方			耳鼻科カンファレンス	乳腺カンファレンス	カンファレンス

6. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患・病態

- 1) 眼窩底骨折
- 2) 外傷による軟部組織損傷（特に顔面など露出部位）
- 3) 切断指(趾)

【2】頻度の高い症状

- 1) 浸出液貯留
- 2) 創部感染
- 3) 血腫
- 4) 植皮の生着不良
- 5) 肥厚性瘢痕・ケロイド
- 6) 色素沈着
- 7) 変形・左右差
- 8) ヘルニア(腹壁瘢痕ヘルニアなど)

【3】頻度の高い疾患

- 1) 乳癌(乳房再建)
- 2) 頭頸部癌(頭頸部再建)
- 3) 顔面挫創
- 4) 顔面骨骨折(鼻骨骨折、頬骨骨折、眼窩底骨折など)
- 5) 副耳・耳介変形・唇裂口蓋裂
- 6) 眼瞼下垂
- 7) 漏斗胸
- 8) 腋臭症
- 9) 肥厚性瘢痕・ケロイド・瘢痕拘縮
- 10) あざ(単純性血管腫・莓状血管腫・太田母斑・異所性蒙古斑・扁平母斑など)
- 11) 軟部腫瘍

皮膚科

1. 一般目標(GIO)

- 1) 皮膚科における医療行為の実践に必要な技術、科学的思考、体系的な方法論の習得を身につける。
- 2) 皮膚科診療に当たっては、患者をとりまく社会環境の諸因子と皮膚疾患との関連についても十分理解し、いわゆる全人的医療をめざす。
- 3) 皮膚科領域に限定されない、いわゆる境界領域の疾患については、他科の医師との集学的診療を基本とし、一般内科、一般外科をはじめとして医学の各分野にわたり研修する。

2. 行動目標(SBOs)

【1】下記の基本的診察法を実施し、所見を解釈できる。

- 1) 面接技法(適切なコミュニケーション技術の習得)
- 2) 正確な病歴聴取
- 3) 正確な皮疹の性状や表在リンパ節の記載
- 4) 外部から観察しうる粘膜の性状の正確な記載
- 5) 全身状態の把握(バイタルサインや精神状態のチェック)
- 6) 骨、関節、筋肉系の観察
- 7) 神経学的観察

【2】基本的検査法

A. 必要に応じて検査を選択、実施あるいは指示し、結果を解釈できる。

- 1) 検尿、検便
- 2) 出血時間測定・血小板検査・毛細血管抵抗試験
- 3) 血液型判定・交差適合試験
- 4) 動脈血ガス分析
- 5) 血液一般
- 6) 生化学
- 7) 心機能
- 8) 肺機能
- 9) 腎機能
- 10) 内分泌学的検査
- 11) 細菌学的検査
- 12) 病理組織学的検査

B. 自ら検査を実施し、結果を解釈できる。

- 1) パッチテスト
- 2) プリックテスト
- 3) 最小紅斑量テスト
- 4) 光パッチテスト
- 5) 光内服テスト
- 6) 光誘発テスト
- 7) 蛍光抗体直説法および間接法
- 8) 酵素組織化学法
- 9) Tzank テスト
- 10) 真菌直接鏡検
- 11) 真菌培養

C. 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。

- 1) 単純X線検査
- 2) 造影X線検査

- 3) X線 CT 検査
- 4) 核医学検査

【3】基本的手技:適応を決定し、適切に実施できる。

- 1) 注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保)
- 2) 採血法(静脈血、動脈血)
- 3) 外用療法(単純塗布、重層塗布、ドレッシング法など)
- 4) ガーゼ・包帯交換
- 5) ドレーン・チューブ類の管理
- 6) 局所麻酔法
- 7) 滅菌消毒法
- 8) 外傷の処置
- 9) 熱傷処置
- 10) 皮膚切開排膿
- 11) 副子固定

【4】基本的治療法

A. 全身療法

- 1) 副腎皮質ホルモン剤
- 2) 抗アレルギー剤
- 3) 非ステロイド系消炎剤
- 4) 抗生物質
- 5) 化学療法剤
- 6) 抗真菌剤
- 7) 抗ウイルス剤
- 8) DDS
- 9) 抗腫瘍剤
- 10) ビタミン A 誘導體

B. 局所療法:個々の皮疹の状態に応じて適切に使い分けることができる。

- 1) 副腎皮質ホルモン剤
- 2) 抗ヒスタミン剤
- 3) 非ステロイド系消炎剤
- 4) 尿素、サリチル酸
- 5) 抗真菌剤
- 6) 抗ウイルス剤
- 7) 活性型ビタミン D₃ 製剤

C. 光線療法

- 1) 赤外線
- 2) 紫外線(PUVA、UVB)

D. 凍結療法

- 1) 液体窒素法

E. 温熱療法

F. レーザー療法

G. 皮膚外科

- 1) パンチバイオプシー

- 2) 単純皮膚縫合
- 3) 中縫い法
- 4) 有茎皮弁作成および植皮術
- 5) Thiersch(カミソリ) 植皮法
- 6) 分層植皮法
- 7) 電気焼却術
- 8) 皮膚切開排膿

【5】適応を決定し、実施し、必要に応じて専門医に診察を依頼することができる。

- 1) 輸液
- 2) 輸血・血液製剤の使用
- 3) 救命救急処置
- 4) 呼吸、循環、代謝管理
- 5) 疼痛コントロール

【6】必要性を判断し、適応を決定し、必要に応じて専門医に診察を依頼することができる。

- 1) 放射線療法
- 2) 神経ブロック
- 3) 医学的リハビリテーション
- 4) 精神的、心身医学的治療
- 5) 食事療法

【7】患者・家族との信頼関係

- 1) 適切なコミュニケーション
- 2) 患者をとりまく社会環境の諸因子の把握
- 3) 心理的側面の把握と指導
- 4) 患者、家族のニーズの把握
- 5) インフォームドコンセント
- 6) プライバシーの保護
- 7) 生活指導

【8】医療の社会的側面

- 1) 保健医療法規・制度
- 2) 医療保険・公費負担医療
- 3) 社会福祉施設
- 4) 麻薬の取り扱い

【9】文書記録

- 1) 診療記録等の医療記録
- 2) 処方箋・指示箋
- 3) 診断書・検案書、その他の証明書
- 4) 紹介状とその返事

【10】診療計画、評価

- 1) 入院診療計画書の作成
- 2) 入退院の判定
- 3) 退院療養計画書の作成
- 4) 症例要約

【11】症例

- 1) 症例発表、学会発表
- 2) 論文発表

3. 方略

- 1) 皮膚科研修にあたって、基本的な手技を習得し、経験が求められる疾患・病態の皮膚系疾患および免疫・アレルギー疾患を経験する必要がある。そのための研修期間としては4週間程度が適切であり、4～5例の受け持ち症例を担当する。
- 2) 皮膚科週間スケジュールに従って、外来診療の補佐、病棟業務や手術、褥瘡回診、カンファレンスへ参加する。
- 3) 指導医から割り振られる入院患者を受け持つ。
- 4) 外来初診患者の予診、所見を記入し、自らの診断、治療方法を想定して、指導医の診断、治療方法と比較する。
- 5) 指導医の監督下で、入院中の他科からの診察依頼への対応を行う。
- 6) 湿疹・皮膚炎、感染症、伝染性皮膚疾患、皮膚腫瘍の鑑別、診断と治療方針を立てる。
- 7) 薬疹に対しての詳細な問診による被疑薬の絞り込み、検査、治療を行う。
- 8) アトピー性皮膚炎専門外来などを通じて外用療法の基礎と実際を理解する。
- 9) ステロイド外用、内服の方法と副作用について患者に説明し、実際に行う。
- 10) 皮膚外科について助手を務め、縫合などを実際に行う。
- 11) 熱傷の救急処置、外用療法を指導医とともに行う。
- 12) 皮下膿瘍の切開・排膿、ドレナージ処置を行う。
- 13) カンファレンスで担当症例の提示と治療計画を説明する。

4. 評価

原則として皮膚科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、皮膚科研修指導医により指導された皮膚科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。皮膚科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い皮膚科研修指導医が承認する。

5. 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	7:50～回診 病棟	外来	病棟	外来
午後	病棟	病棟	中央手術	病棟	病棟
	外来手術	14:00～ 褥瘡回診	13:30～ 光線外来	14:00～ フットケア外来	外来手術
夕方			17:30～ 臨床 カンファレンス	17:30～ 手術カンファレ ンス	
		(第1火曜) 18:00～ 膠原病カンファ	/病理カンファ レンス	18:30～ 勉強会*3	(最終週) ポートフォリオま とめ

*1. 外来:適宜指導医のシュライバーにつく

*2. 入院患者:診療チームで受け持つすべての入院患者に主治医として併記

*3. 勉強会:第1、3週目 病理勉強会、第2、4週 治療のコツレクチャー

6. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患・病態

1) アナフィラキシー

【2】頻度の高い疾患・病態

- 1) 湿疹、皮膚炎
- 2) 蕁麻疹
- 3) 紅斑症
- 4) 薬疹、中毒疹
- 5) 紫斑病、血管炎
- 6) 血行障害、皮膚潰瘍、壊疽
- 7) 膠原病
- 8) 水疱症、膿疱症
- 9) 角化症、炎症性角化症
- 10) 光線過敏症
- 11) 熱傷
- 12) 皮膚腫瘍
- 13) 母斑症
- 14) 色素異常症
- 15) 皮膚形成異常症
- 16) 色素異常症
- 17) 代謝異常症
- 18) 発汗異常症
- 19) 毛嚢脂腺系疾患
- 20) 毛髪疾患
- 21) 爪甲疾患
- 22) 細菌性疾患
- 23) ウイルス性疾患

- 24) 真菌症
- 25) 皮膚結核症および肉芽腫症
- 26) スピロヘータ、動物性疾患

泌尿器科

1. 一般目標(GIO)

- 1) 豊かな人間性と優れた知識、技能を持った泌尿器科医を育成することを基本とする。
- 2) 患者の合併症の有無や手術のリスク等を考え、泌尿生殖器だけでなく、常に全身状態の把握と適切な対応が可能な技術・習慣を身につける。
- 3) 生殖器疾患を持った患者の心理的状況を考え、プライバシーに配慮する。
- 4) 研修5年修了後には学会専門医として資格をみたくべく、その礎を築くよう努力する。

2. 行動目標(SBOs)

【1】基本的診察法

- 1) 患者の問診、病歴の作成
- 2) バイタルサインの測定と所見の解釈
- 3) 全身の診察(胸部・腹部・頭頸部・皮膚・表在性リンパ節・骨・筋 等)
- 4) 腎の診察
- 5) 膀胱の診察
- 6) 鼠径部の診察
- 7) 男性外陰部の診察(陰嚢部・精巣・精巣上体・陰茎 等)
- 8) 女性外陰部の診察(陰核・膣・外尿道口 等)
- 9) 前立腺の直腸内診察

【2】基本的検査法

A. 必要に応じて自ら検査を実施あるいは指示し、結果を解釈する。

- 1) 血算
- 2) 血液型判定・交差試験・出血時間・凝固時間
- 3) 心電図
- 4) 動脈血ガス分析
- 5) 血液生化学検査
- 6) 細菌学的検査
- 7) 単純X線検査
- 8) CT 検査
- 9) MRI 検査
- 10) 超音波検査

B. 泌尿器科的検査を実施し、適切に解釈する。

- 1) 採尿法の理解と実施
- 2) 尿検査(化学的、顕微鏡的)
- 3) 尿道分泌物・前立腺分泌液検査
- 4) 精液検査
- 5) 尿流動態検査(尿流測定検査・膀胱内圧測定検査・尿道内圧測定検査・直腸内圧測定・尿道括約筋筋電図等)
- 6) 内視鏡検査(膀胱尿道鏡・尿管鏡・腎盂鏡)
- 7) 泌尿器科的X線検査の実施(KUB・静脈性腎盂造影・逆行性腎盂造影・経皮的腎盂造影・膀胱造影・尿道膀胱造影・精管造影 等)
- 8) 腎機能検査(総腎機能検査法・分腎機能検査法・レノグラム・腎シンチグラフィ)
- 9) 副腎機能検査
- 10) 副甲状腺機能検査
- 11) 男性性機能検査
- 12) 生検法(腎生検・前立腺生検・膀胱生検・精巣生検 等)

13) 超音波検査(腎、膀胱、前立腺、精巣 等)

【3】基本的治療法

- 1) 輸液法・輸血法
- 2) 腎不全患者の輸液療法
- 3) 中心静脈栄養法
- 4) 抗生剤・鎮痛剤の適応と実施
- 5) 導尿手技、尿道留置カテーテル設置
- 6) 膀胱瘻、腎瘻、尿管ステントの造設およびその適応の理解
- 7) 尿道ブジー

【4】手術

A. 術前・術中・術後

- 1) 術前・術後の輸液法
- 2) 適切な術前処置
- 3) 手術適応の理解と術式・方針の決定
- 4) 術後合併症の早期発見と対処
- 5) 術後呼吸・循環・代謝管理に参加し実施
- 6) 滅菌・消毒の留意点に習熟し実施
- 7) 麻酔の適応の判断
- 8) 局所麻酔・仙骨部硬膜外麻酔の実施
- 9) 手術摘出標本のスケッチと肉眼的病理所見の理解
- 10) 摘出標本の顕微鏡的所見の臨床病理レポートの理解

B. 指導医の指導のもと自ら手術を行うことができる

- 1) ESWL(体外衝撃波碎石術)
- 2) TUR-P
- 3) TUR-Bt
- 4) 経尿道的尿道切開術
- 5) 経尿道的膀胱結石碎石術
- 6) 尿管切石術
- 7) 尿管皮膚瘻造設術
- 8) 膀胱切石術
- 9) 被膜下前立腺摘出術
- 10) 尿道腫瘍切除術
- 11) 外尿道口切開術
- 12) 包茎環状切除術
- 13) 精巣摘出術
- 14) 陰囊水腫根治術
- 15) 精巣固定術
- 16) 精巣生検術
- 17) 精巣捻転修復術 等

C. 手術助手として手術に参加する頻度の高い手術

- 1) 根治的腎摘除術
- 2) 腎尿管全摘除術
- 3) 膀胱全摘除術
- 4) 代用膀胱造設術
- 5) 膀胱尿管新吻合術
- 6) 前立腺全摘除術

- 7) 尿道形成術
- 8) 経皮的腎尿管碎石術
- 9) 経尿道的尿管碎石術
- 10) ロボット手術
- 11) 男性不妊症手術
- 12) 尿失禁防止術
- 13) 腎移植 等

【5】学会発表と論文作成

A. 学会発表と論文作成を適切に行なうことができる。

- 1) 症例経過をまとめる能力
- 2) 文献検索方法の修得
- 3) 学会に用いるスライド原稿を作成する能力
- 4) 発表原稿を作成する能力
- 5) 論文を作成・投稿する能力
- 6) 上記の重要性を研修中に認識し、実行していく姿勢

B. 学会発表と論文発表

- 1) 症例発表、学会発表
- 2) 論文発表

3. 方略

3) <担当患者と症例数>

担当患者は月曜日のカンファレンス時に3人程度を決定し担当患者とする。

4) <「泌尿器科 2014 年度到達目標一覧表」への経験症例の記載>

受け持ち患者以外にも入院・外来患者に積極的に経験症例を求め「泌尿器科 2014 年度到達目標一覧表」を埋めていくことが必要である。各項目2名以上の患者の記載を必要とする。2項目は同一患者の記載を妨げない。

4. 評価

原則として泌尿器科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、泌尿器科研修指導医により指導された泌尿器科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。泌尿器科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標 C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い泌尿器科研修指導医が承認する。

5. 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	外来	外来	手術
午後	外来検査・処置	手術	外来検査・処置	回診	手術
夕方	カンファレンス	他科 カンファレンス	勉強会	カンファレンス	

6. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患・病態

- 1) 尿閉
- 2) 腎後性腎不全
- 3) 腎梗塞
- 4) 急性陰嚢症(精巣捻転症 等)
- 5) 尿路性器損傷(腎外傷、精巣損傷、陰茎折傷 等)
- 6) 持続勃起症
- 7) 急性尿路感染症(腎盂腎炎、前立腺炎、精巣上体炎)

【2】頻度の高い症状

- 1) 血尿・膿尿・混濁尿
- 2) 無尿・多尿
- 3) 頻尿
- 4) 排尿困難
- 5) 尿失禁
- 6) 遺尿症
- 7) 背部痛・下腹部痛・尿道部痛
- 8) 排尿時痛・射精時痛
- 9) 尿失禁
- 10) 発熱

【3】頻度の高い疾患

- 1) 前立腺肥大症
- 2) 膀胱炎
- 3) 尿路性器腫瘍(腎腫瘍・腎盂尿管腫瘍・膀胱腫瘍・前立腺癌・精巣腫瘍)
- 4) 神経因性膀胱、過活動膀胱
- 5) 尿路結石症
- 6) 膀胱尿管逆流
- 7) 尿路性器感染症(腎盂腎炎・膀胱炎・精巣上体炎・前立腺炎)
- 8) 尿路性器先天異常(腎盂尿管移行部狭窄・停留精巣・尿道下裂 等)
- 9) 男子不妊症
- 10) 尿道狭窄
- 11) 尿管狭窄
- 12) 勃起不全
- 13) 腎不全

精神科

1. 一般目標(GIO)

- 1) 精神科医に求められる基本的な診療に必要な知識・技能・態度を身につける。
- 2) 精神障害の診断・治療・社会復帰・予防・健康保持に関して、自律的および主導的な役割を遂行する。
- 3) 症例に即した文献を検索し、その論文の批判的吟味を行い、その結果を臨床に応用する。
- 4) 研修の終了時に研修のまとめの報告、もしくは可能であれば学会にて研究発表を行う。
- 5) 3年目以降も継続して研修を行うことにより、基盤学会(日本精神神経学会)の専門医取得および精神保健指定医の資格取得を目指す。

2. 行動目標(SBOs)

【1】基本的診察法:以下につき主要な所見を正確に把握できる。

- 1) 面接技法(患者・家族との信頼関係構築、適切なコミュニケーション)
- 2) 精神症状の把握
- 3) 神経学的診察

【2】基本的検査法

A:必要に応じて自ら検査を実施し、結果を解釈できる。

- 1) 心理学的検査
- 2) 神経心理学的検査

B:適切に検査を選択・指示し、結果を解釈できる。

- 1) 血液生化学的検査
- 2) 血液免疫学的検査
- 3) 肝機能検査
- 4) 腎機能検査
- 5) 肺機能検査
- 6) 内分泌学的検査
- 7) 細菌学的検査
- 8) 薬剤感受性検査
- 9) 髄液検査
- 10) 脳画像検査 (X-CT、MRI、SPECT)
- 11) 脳波検査

C: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。

- 1) 単純X線検査
- 2) 造影検査

【3】基本的手技:適応を決定し、適切に実施できる。

- 1) 注射法(筋肉、点滴、静脈確保)
- 2) 採血法(静脈血、動脈血)
- 3) 導尿法
- 4) ガーゼ交換
- 5) 局所麻酔法
- 6) 滅菌消毒法
- 7) 簡単な切開・排膿
- 8) 皮膚縫合法
- 9) 軽度の外傷の処置

【4】基本的治療法

A:適応を決定し、実施できる。

- 1) 薬剤の処方
- 2) 輸液
- 3) 精神医学的及び神経心理学的リハビリテーション
- 4) 精神療法(認知行動療法を含む)
- 5) 無けいれん電気療法

B:適応を決定し、指導医の指導の下に実施できる。

- 1) 副腎皮質ステロイド薬の使用
- 2) 抗生物質の使用

C:必要性を判断し、適応を決定できる。

- 1) 中心静脈栄養法
- 2) 外科的治療
- 3) 呼吸管理

【5】患者・家族との関係:良好な人間関係の下で、問題を解決できる。

- 1) 適切なコミュニケーション(患者への接し方を含む)
- 2) 患者・家族のニーズの把握
- 3) 生活指導(栄養と運動、環境、在宅療養などを含む)
- 4) 心理的側面の把握と指導
- 5) インフォームドコンセント
- 6) プライバシーの保護

【6】医療の社会的側面:医療の社会的側面に対応できる。

- 1) 保健医療法規・制度(精神保健福祉法を含む)
- 2) 医療保険・公費負担医療
- 3) 社会福祉施設
- 4) 在宅療養、社会復帰

- 5) 地域保健・健康増進(精神保健福祉センター、精神障害者社会復帰施設の理解を含む)
- 6) 医の倫理・生命の倫理
- 7) 医療事故

【7】文書記録:適切に文書を作成し、管理ができる。

- 1) 診療記録等の医療記録
- 2) 処方箋・指示箋
- 3) 診断書、その他の証明書
- 4) 紹介状とその返事
- 5) 精神保健福祉法に基づく書類

【8】診療計画・評価:総合的に問題点を分析・判断し、評価ができる。

- 1) 必要な情報収集(文献検索を含む)
- 2) 問題点整理
- 3) 診療計画の作成・変更
- 4) 入退院の判定
- 5) 症例提示・要約

【9】救急処置法:適切に処置し、必要に応じて専門医に依頼することができる。

- 1) バイタルサインの把握
- 2) 重症度および緊急度の把握
- 3) 心肺蘇生術の適応判断と実施
- 4) 指導医または専門医への申し送りと移送

【10】医療メンバー:様々な医療従事者と協調・協力し、問題に対処できる。

- 1) 指導医・専門医へのコンサルテーション
- 2) 他科、他施設への紹介・転送
- 3) 医療・福祉・保健の幅広い職種からなるチームの組織
- 4) リエゾン・コンサルテーション精神医学

【11】症例

- 1) 症例発表、学会発表
- 2) 論文発表

3. 方略

- 1) 後期研修開始時に精神科指導医より精神科全般のクルズスを受ける。
- 2) 外来およびリエゾンチームの新患予診と初診の陪席。
- 3) M5 学生、研修医の指導を指導医とともに行う。
- 4) 精神科および他科病棟で指導医とともに主治医として診療を行う。
- 5) 精神保健指定医の取得に必要な医療保護入院の症例を担当する。

- 6) 精神科専門医の取得に必要な症例を担当する。
- 7) 臨床疑問カンファランスで症例発表、文献検索および検討を行う。
- 8) 後期研修期間中に学会発表を行う。
- 9) 専門外来見学および研究会参加(希望者)

4. 評価

原則として精神科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、精神科研修指導医により指導された精神科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。指導医は研修医が記載した初診報告、入院サマリを検討して承認する。研修医は精神科専門医研修手帳へ研修成果を記載して、研修終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。

5. 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	8:30 リエゾン電子カルテ回診 [研究棟 10 階] mECT			mECT 9:00 CL レジデントアワー	
午後	SAD/PD 認知行動療法外来 16:00 緩和ケアチーム回診	児童外来 SAD/PD 認知行動療法外来	SAD/PD 認知行動療法外来	13:00 回診[病棟詰め所] 13:30 病棟会議、新患紹介[研究棟 10 階] 15:00~17:00 緩和ケアチーム回診 17:30 医局会	OCD 行動療法外来 てんかん外来
夜	18:00~19:00 臨床疑問カンファランス [研究棟 10 階] 19:00 スタッフ会議	18:00~20:00 認知行動療法研究会(第 1、第 3) 18:30~ 児童精神医学研究会(第 2、第 4)	18:00~緩和ケアオープンカンファランス(第 1) 17:30~サイコoncロジーリサーチミーティング(毎週) 18:30~サイコoncロジー・緩和ケア研究会 (第 2、第 4) 18:30~家族心理教育研究会(不定期)	18:00~20:00 アップデート(原則第 1) 18:00~20:00 大学院プログラム(原則第 2、第 4) 19:00~サイコoncロジーTV 会議(原則第 3)	18:15~ 臨床と脳波研究会(第 2、第 4)

6. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患・病態

- 1) 自殺企図
- 2) 意識障害
- 3) 脳血管障害
- 4) 急性中毒
- 5) 外傷
- 6) 誤飲、誤嚥
- 7) けいれん
- 8) 不穏、興奮

【2】頻度の高い疾患・病態

- 1) 意識障害
- 2) 失神
- 3) けいれん
- 4) 頭痛、頭重感
- 5) 呼吸困難、息切れ
- 6) 動悸
- 7) めまい
- 8) 食思不振
- 9) 全身倦怠感
- 10) 体重減少・増加
- 11) 知能障害
- 12) 記憶障害
- 13) 失見当識
- 14) 錯覚、幻覚
- 15) 思考障害
- 16) 不安、抑うつ
- 17) 自我障害
- 18) 欲動障害
- 19) 行動障害
- 20) 病識欠如
- 21) 疎通性障害
- 22) 失語、失行、失認
- 23) 脳局所症状
- 24) 脳器質性精神症候群(せん妄含む)
- 25) 睡眠障害、不眠
- 26) 不定愁訴、身体化症状

放射線科

1. 一般目標(GIO)

- 1) 放射線科医として放射線診療(診断、治療、核医学、IVR(Interventional Radiology)) における必要な知識、技能、態度を身につける。
- 2) 救急疾患の画像診断に関する臨床的能力を身につける。
- 3) 放射線治療・IVR 患者の人的、心理的理解の上に立って、治療し管理する能力を身につける。
- 4) 適切な画像診断報告書、および診療録を作成する能力を身につける。

2. 行動目標(SBOs)

【1】基本的診察法:下記の基本的診察法を実施し、所見を解釈できる。

- 1) 面接技法(診断情報の収集、患者・家族との適切なコミュニケーションを含む)
- 2) 全身の観察(バイタルサインと精神状態のチェック、皮膚や表在リンパ節の診察を含む)
- 3) 頭頸部の診察(眼底検査、外耳道、鼻腔、口腔、咽喉、血管の観察、甲状腺の触診を含む)
- 4) 胸部の診察
- 5) 腹部の診察(子宮内診・直腸診を含む)
- 6) 神経学的診察

【2】基本的検査法

A. 必要に応じて自ら検査を実施あるいは指示し、結果を解釈できる。

- 1) 一般検尿、検便、血算
- 2) 血液型判定
- 3) 心電図
- 4) 動脈血ガス分析
- 5) 血液生化学的検査
- 6) 細菌学的検査(検体の採取、グラム染色など簡単な細菌学的検査)
- 7) 肺機能検査(スパイロメトリー)

B. 基本的画像診断検査法

- 1) 単純 X 線撮影
- 2) X 線 CT 検査
- 3) MRI 検査
- 4) 核医学検査
- 5) 超音波検査
- 6) 血管造影検査
- 7) IVR(Interventional Radiology)

【3】基本的治療法

A. 以下の基本的治療法の適応を決定し、実施できる。

- 1) 薬剤の処方
- 2) 輸液
- 3) 輸血、血液製剤の使用
- 4) 抗生剤の使用
- 5) 抗腫瘍化学療法
- 6) 呼吸管理
- 7) 循環管理
- 8) 中心静脈栄養法
- 9) 経腸栄養法
- 10) 療養指導(安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備を含む)
- 11) 放射線治療

B. 必要性を判断し、適応を決定できる。

- 1) リハビリテーション
- 2) 外科療法
- 3) 精神的、心身医学的治療

【4】基本的手技:以下の基本的手技の適応を決定し、実施できる。

- 1) 注射法(皮内、皮下、筋肉内、末梢静脈点滴、中心静脈確保)
- 2) 採血法(静脈、動脈)
- 3) 穿刺法(腰椎、胸腔、腹腔)
- 4) 導尿法
- 5) 浣腸
- 6) 胃管の挿入と管理
- 7) 局所麻酔法
- 8) 創部消毒法、簡単な切開、排膿
- 9) 皮膚縫合法
- 10) 気道確保、挿管手技

【5】以下の救急処置法を適切に行い、必要に応じて専門医に依頼することができる。

- 1) バイタルサインの把握
- 2) 重症度および緊急度の把握(判断)
- 3) 心配蘇生術(気道確保)の適応判断と実施

【6】下記の項目に配慮し、患者・家族と良好な人間関係を確立できる。

- 1) 意志疎通術
- 2) 患者、家族の要望と心理的側面の把握
- 3) 説明と同意(インフォームドコンセント)
- 4) 個人情報への配慮

【7】全人的理解に基づいて、以下の末期医療を実施できる。

- 1) 告知を巡る諸問題への配慮
- 2) 身体症状のコントロール(WHO方式がん疼痛治療法を含む)
- 3) 心理的・社会的側面への配慮
- 4) 死生観・宗教観等の側面への配慮
- 5) 告知後および死後の家族への配慮

【8】画像診断、放射線治療に必要な知識、技術を習得し、診断報告書、および診療録を作成できる。

- 1) 正常解剖の理解(局所、横断)
- 2) X線撮影、CT、MRI、超音波の撮像法原理の理解
- 3) アーチファクトの理解
- 4) 血管造影における患者管理、カテーテルテクニック
- 5) 造影剤副作用に対する対処
- 6) 放射性同位元素の使用法
- 7) 放射線防護
- 8) コンピュータを用いた診断報告書の作成
- 9) 放射線管理区域
- 10) 放射線治療の適応の理解

【9】症例

- 1) 症例発表、学会発表

2) 論文発表

3. 方略

- 1) CT・MRI・核医学・超音波検査など各種画像診断を担当・経験する。
- 2) IVR(Interventional Radiology)の手技を担当・経験する。
- 3) IVR の患者管理を担当・経験する。
- 4) 各検査・手技の適応や手順を学ぶ目的で、放射線診断外来を経験する。
- 5) 放射線治療の適応や治療内容を学ぶ目的で、放射線治療外来および教授回診を経験する。
- 6) 放射線治療計画作成を担当・経験する。
- 7) 放射線治療の患者管理を担当・経験する。
- 8) 他科とのカンファレンスを経験する。

4. 評価

原則として放射線科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、放射線科研修指導医により指導された放射線科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。放射線科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標 C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い放射線科研修指導医が承認する。

5. 週間スケジュール(例)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	放射線診断外来	放射線治療外来	超音波	教授回診	CT
午後	MRI	放射線治療	IVR(Interventional Radiology)	核医学	画像診断
夕方	カンファランス	カンファランス			カンファランス

6. 経験すべき症状・病態**【1】緊急を有する疾患・病態**

- 1) 意識障害
- 2) 脳血管障害
- 3) ショック
- 4) 急性心不全
- 5) 急性冠不全
- 6) 急性呼吸不全
- 7) 急性腎不全・尿閉
- 8) 急性感染症
- 9) 急性中毒
- 10) 急性腹症

- 11) 急性消化管出血(吐血、下血)
- 12) 誤飲(たばこ、薬物など)、誤嚥(ピーナッツなど)
- 13) アナフィラキシー

【2】画像診断に必要な病態(各臓器における)

A 神経

- 1) 奇形
- 2) 炎症
- 3) 腫瘍
- 4) 循環障害
- 5) 変性、退行性病変
- 6) 外傷

B 頭頸部

- 1) 奇形
- 2) 炎症
- 3) 腫瘍
- 4) 循環障害
- 5) 変性、退行性病変
- 6) 外傷

C 呼吸器

- 1) 奇形
- 2) 炎症
- 3) 腫瘍
- 4) 循環障害
- 5) 変性、退行性病変
- 6) 外傷

D 心臓

- 1) 奇形
- 2) 炎症
- 3) 腫瘍
- 4) 循環障害
- 5) 変性、退行性病変
- 6) 外傷

E 消化器

- 1) 奇形
- 2) 炎症
- 3) 腫瘍
- 4) 循環障害
- 5) 変性、退行性病変
- 6) 外傷

F 泌尿生殖器

- 1) 奇形
- 2) 炎症
- 3) 腫瘍
- 4) 循環障害

- 5) 変性、退行性病変
- 6) 外傷

G 骨関節

- 1) 奇形
- 2) 炎症
- 3) 腫瘍
- 4) 循環障害
- 5) 変性、退行性病変
- 6) 外傷

H 小児

- 1) 奇形
- 2) 炎症
- 3) 腫瘍
- 4) 循環障害
- 5) 変性、退行性病変
- 6) 外傷

【3】放射線治療に必要な病態

- 1) 神経系腫瘍
- 2) 頭頸部腫瘍
- 3) 呼吸器腫瘍
- 4) 消化器腫瘍
- 5) 泌尿生殖器腫瘍
- 6) 血液腫瘍
- 7) 骨軟部腫瘍

麻酔科(選択科目)

1. 一般目標(GIO)

研修医は、急性期医療に参加し、全身管理の対応および緊急時の初期対応能力を有する医師として貢献するために、麻酔管理を通して、チーム医療の実践に必要な態度を身につけるとともに、意識、疼痛の管理をはじめ、呼吸、循環、輸液、輸血、体温、および代謝の管理を経験して、基本的な全身管理能力を習得する。

2. 行動目標(SBOs)

- 1) 術前検査の結果を評価することができる。
- 2) 術前状態および検査から問題点を明らかにすることができる。
- 3) 術前状態および検査に問題がある場合の対応ができる。
- 4) 問題点をふまえ麻酔計画をたてることができる。
- 5) 局所麻酔および全身麻酔の方法と合併症について患者さんに説明することができる。
- 6) 麻酔科医として関係部署と円滑にコミュニケーションをとることができる
- 7) 基本的な麻酔薬剤および循環薬剤の使用法を説明できる。
- 8) 基本的な生体情報モニタリングの解釈を説明できる
- 9) 麻酔の基本手技を正しく安全に施行できる。
- 10) 麻酔を通して危機管理に常に気を配る。
- 11) 清潔操作、感染防止に常に気を配る。

3. 方略

On the job training

- 1) 術前検査の評価法を学ぶ
- 2) 患者の術前リスクを評価し、カルテに記載する
- 3) 術前検査に問題がある場合の追加検査依頼等の対応を学ぶ
- 4) 問題点と術式や手術予定時間を考慮した麻酔計画の立て方を学ぶ
- 5) 術前回診を行い、指導医の指導のもとに患者へ麻酔のインフォームド・コンセントを行う
- 6) 麻酔業務を通して関係部署への報告・連絡・相談を徹底する。
- 7) 麻酔薬剤や循環薬剤について成書や添付文書を通読して学習する。
- 8) 生体情報モニタリングについて、成書を通読して学習し指導医に確認する
- 9) 指導医の指導のもとに麻酔管理を行う。
- 10) インシデントおよびアクシデント発生時の対応について院内のマニュアルを通読する
- 11) 手技の前後に手指と輸液路のアルコール消毒を徹底する。
- 12) SSI 予防の抗生剤投与について学習する

4. 評価

原則として麻酔科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、麻酔科研修指導医により指導された麻酔科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。麻酔科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標 C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い麻酔科研修指導医が承認する。

5. 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	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当
午後	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当
夕方	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当	麻酔担当

【1】麻酔

- 1) 麻酔を受ける患者の状態の評価
- 2) 一般的な成人全身麻酔
- 3) 高齢者麻酔(重篤な合併症がないもの)
- 4) 小児麻酔(生後1年以上)
- 5) 脊髄くも膜下麻酔

【2】呼吸管理

- 1) 用手的気道確保
- 2) エアウエイの挿入
- 3) 喉頭鏡を用いた気管挿管
- 4) ラリングルマスクエアウエイの挿入
- 5) 機械的人工換気法
- 6) 胸部X線写真の読影
- 7) 血液ガス分析とその解釈
- 8) 呼吸生理学

【3】循環管理

- 1) 末梢静脈ルート確保
- 2) 動脈穿刺および動脈圧測定
- 3) 各種循環薬剤 (Inotropics、dilator) の使用法
- 4) ショック(Hypovolemic) の病態と治療法

【4】栄養代謝の管理

- 1) 血糖の管理
- 2) 胃管の留置

【5】輸血

- 1) 血液型の判定
- 2) 輸血法

【6】心肺蘇生法

- 1) 胸骨圧迫
- 2) 直流除細動
- 3) 蘇生に用いる薬剤の使用法

【7】その他

- 1) クモ膜下穿刺
- 2) SSI 予防の抗生物質の使用法

麻酔科(集中治療部)

1. 一般目標(GIO)

研修医は、急性期医療に参加し、全身管理の対応および緊急時の初期対応能力を有する医師として貢献するために、集中治療部における全身管理を通して、チーム医療の実践に必要な態度を身につけるとともに、意識、疼痛の管理をはじめ、呼吸、循環、感染、栄養、リハビリテーションの管理を経験して、基本的な全身管理能力を習得する。

2. 行動目標(SBOs)

- 1) 一次救命処置(basic life support, BLS)が実施できる
- 2) 各種モニタリングの意義と合併症を正しく説明できる
- 3) 観血的動脈圧モニタリングを実施できる
- 4) 呼吸不全の概念について説明できる
- 5) 人工呼吸の適応について説明できる
- 6) 循環生理について説明できる
- 7) 意識障害の評価の方法について説明できる
- 8) 脳浮腫の概念について説明できる
- 9) せん妄の病態について説明できる
- 10) 鎮痛鎮静の評価ができる
- 11) 体液電解質調節機能を説明できる
- 12) 急性腎障害の定義を説明できる
- 13) TDM を説明できる
- 14) 肝細胞障害を説明できる
- 15) 重症急性膵炎の病態を説明できる
- 16) 血液凝固線溶系の検査について説明できる
- 17) DIC の病態について説明できる
- 18) 深部静脈血栓症のスクリーニングと予防を実施できる
- 19) 血糖値の管理を説明できる
- 20) Standard precaution(標準予防策)を実施できる
- 21) 敗血症の病態, 診断基準について説明できる
- 22) 院内感染症とその予防策と治療について説明できる
- 23) 水・電解質異常の原因と症状を説明できる
- 24) 栄養状態の評価を実施できる
- 25) 経腸栄養と静脈栄養を病態に応じて選択できる
- 26) 集中治療を通して危機管理に常に気を配る。
- 27) 清潔操作、感染防止に常に気を配る。
- 28) 関係部署と円滑にコミュニケーションをとることができる

3. 方略

On the job training

- 1) 一次救命処置(basic life support, BLS)のマニュアルを通読する
- 2) モニタリングについて成書を通読する
- 3) 動脈カニューレーションを経験する
- 4) 人工呼吸管理について実際の患者の治療をしながら学ぶ
- 5) 循環薬剤の使用法を学習する
- 6) 重要臓器障害の病態と治療を各臓器障害患者の治療を通して学ぶ
- 7) インシデントおよびアクシデント発生時の対応について院内のマニュアルを通読する
- 8) 手技の前後に手指のアルコール消毒を徹底する。
- 9) 麻酔業務を通して関係部署への報告・連絡・相談を徹底する。

4. 評価

原則として麻酔科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、麻酔科研修指導医により指導された麻酔科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。麻酔科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標 C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い麻酔科研修指導医が承認する。

5. 週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
早朝	カンファ	カンファ	カンファ	カンファ	カンファ
午前	症例担当	症例担当	症例担当	症例担当	症例担当
午後	症例担当	症例担当	栄養カンファ	感染カンファ 放射線カンファ	症例担当

【1】呼吸管理

- 1) 用手的気道確保
- 2) エアウエイの挿入
- 3) 喉頭鏡を用いた気管挿管
- 4) ラリングルマスクエアウエイの挿入
- 5) 機械的人工換気法
- 6) 胸部X線写真の読影
- 7) 血液ガス分析

【2】循環管理

- 1) 末梢静脈ルート確保
- 2) 中心静脈ルート確保(外頸)
- 3) 肺動脈カテーテルにより得られる情報を利用した循環管理
- 4) 動脈穿刺・採血および動脈圧測定
- 5) 各種循環薬剤(Inotropics、dilator) の使用法
- 6) 各種ショック(Hypovolemic、cardiogenic、septic など) の病態と治療法
- 7) 心電図(12誘導)
- 8) バイタルサインの把握
- 9) 輸液法

【3】栄養代謝の管理

- 1) 高カロリー輸液法
- 2) 電解質の補正法
- 3) 血糖の管理
- 4) 胃管の留置
- 5) 各種血液浄化法(透析、濾過透析、血漿交換、腹膜透析、PMX 等) の適応についての理解

6) 血液生化学検査(血糖、電解質)

【4】輸血

- 1) 血液型の判定
- 2) 輸血法

【5】心肺蘇生法

- 1) 胸骨圧迫法
- 2) 直流除細動
- 3) 蘇生に用いる薬剤の使用法

【6】集中治療部

- 1) 全身の観察(バイタルサイン・精神状態を含む) ができ記載できる
- 2) 頭頸部の診察ができ記載できる
- 3) 胸部の診察ができ記載できる
- 4) 腹部の診察ができ記載できる
- 5) 骨・関節・筋肉系の診察ができ記載できる
- 6) 神経学的診察ができ・記載できる
- 7) 小児の診察ができ記載できる
- 8) 精神面の診察ができ記載できる
- 9) 単純エックス線検査
- 10) エックス線 CT 検査

【7】手技

- 1) 尿道カテーテル留置
- 2) 胃洗浄
- 3) 各種X線写真、CT の読影
- 4) DIC の病態と管理法

6. 経験すべき症状・病態

- 1) 急性心不全
- 2) 急性呼吸不全
- 3) 急性腎不全
- 4) 敗血症
- 5) 出血
- 6) 外傷
- 7) 熱傷
- 8) DIC
- 9) 大手術後(心臓、食道、その他)
- 10) 急性中毒
- 11) 心肺蘇生

脳神経外科

1. 一般目標(GIO)

- 1) 医師として、さらに脳神経外科医として、診療に必要な知識、技能、態度を身につける。
- 2) 病棟における術前術後管理および手術を理解し、実施できる。
- 3) 脳血管障害、頭部外傷などの救急患者の処置法及び手術法を理解し、実施できる。
- 4) 基礎及び臨床研究の趨勢を把握し、学会及び研究会での発表能力を獲得する。

2. 行動目標(SBOs)

【1】基本的事項:以下の事項につき、適切に検査・処置を行い、診療に参加する。

A:入院患者管理

- 1) 病歴の聴取
- 2) 神経学的検査
- 3) 救急患者の診察、検査、治療の修得
- 4) 確定診断および鑑別診断

B:術前、術後の管理

- 1) 術前検査の分析
- 2) 薬剤投与の指示
- 3) 体位変換の指示
- 4) 安静度の指示
- 5) 輸液管理
- 6) 合併症の管理(高血圧、糖尿病、心肺疾患等)

C:新生児、小児の管理

- 1) 補液量の指示
- 2) 投薬量の指示
- 3) 神経学的検査
- 4) 発育の観察
- 5) 呼吸管理

D:退院時要約

- 1) 外来通院までの計画作成および説明
- 2) 紹介病院への回答

E:神経放射線学的検査

- 1) 頭蓋、脊椎単純写、断層撮影
- 2) CT、MRI、MRA
- 3) SPECT、PET
- 4) 脳血管撮影

F:神経生理学的検査

- 1) 脳波、誘発電位
- 2) 頭蓋内圧測定
- 3) 平衡機能検査

G:神経精神学的検査

- 1) 知能検査など

H:神経内分泌学的検査

- 1) 内分泌負荷テスト
- 2) 内分泌補充療法

【2】基本的手技:以下につき、適切に実施できる。

- 1) 剃毛および消毒法
- 2) 無菌操作
- 3) 糸結びおよび糸切り
- 4) 縫合および抜糸
- 5) 中心静脈穿刺およびカテーテル挿入
- 6) 局所麻酔法
- 7) 手術体位および頭部固定
- 8) 脳室穿刺およびドレナージ術
- 9) 穿頭術
- 10) 開頭術
- 11) 脳室腹腔シャント術
- 12) 陥没骨折整復術
- 13) 頭蓋形成術
- 14) 頭蓋骨腫瘍摘出術
- 15) 慢性硬膜下血腫手術
- 16) マイクロサージェリーの基本
- 17) 超音波メスの使用法
- 18) レーザーメスの使用法
- 19) 手術用顕微鏡の操作法

【3】病態を理解し報告できる。

- 1) 症例発表、学会発表
- 2) 論文発表

3. 方略

臨床研修期間中に入院となる症例を上級医とともに担当する。

- 1) 手術前の現病歴を聴取し、神経学的検査を行い、所見をとる。
- 2) 手術前に必要な検査項目を理解し、上級医とともに検査を行う。
- 3) 上級医、指導医とともに手術に参加する。
- 4) 担当した症例の手術後に必要な検査を理解して、上級医とともに行う。
- 5) 緊急を要する疾患を経験し、必要な処置を理解して上級医、指導医とともに経験する。
- 6) 症例検討会に参加し、病態を理解する。

4. 評価

原則とし脳神経外科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、脳神経外科研修指導医により指導された脳神経外科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。脳神経外科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評

価医が行い脳神経外科研修指導医が承認する。

5.週間スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	週末入院症例 検討会 抄読会 病棟回診 手術	病棟回診 血管撮影 血管内手術	入院症例検討 会 病棟回診 手術	病棟回診 血管撮影 血管内手術	神経内科と の合同症例 検討会 手術前・後の 症例検討会 手術
午後	手術	血管撮影 血管内手術	手術	血管撮影 血管内手術	手術
夕方			カンファレンス 手術前・後の症 例検討会		

6. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患、病態:以下の症状、病態に対し適切に対処する。

- 1) 意識障害
- 2) 脳血管障害
- 3) 頭部外傷

【2】頻度の高い症状

- 1) 頭痛
- 2) めまい
- 3) 意識障害
- 4) けいれん発作
- 5) 失神
- 6) 歩行困難
- 7) 四肢のしびれ
- 8) 嘔気、嘔吐

病理診断学（病理部）

1. 一般目標(GIO)

病理診断を理解するために必要な知識、技能、態度を身につける。

2. 行動目標(SBOs)と方略

【1】病理診断に必要な知識

- 1) 検体を採取および処理する際に注意すべき事項を理解できる。
- 2) 基本的な病理組織標本の作製過程を理解できる。
- 3) 凍結標本とパラフィン標本の違いを理解できる。
- 4) 免疫染色を含む特殊染色の原理を理解し、結果を評価できる。
- 5) 病理診断に必要な臨床的事項を的確に判断し、病理診断との関連性を理解できる。
- 6) 電子顕微鏡標本の作製過程を説明し、結果を評価できる。
- 7) 分子病理学的検索の原理を説明し、結果を評価できる。

【2】修得すべき技能

- 1) 病理解剖の介助を行い、病理解剖報告書を作成できる。
- 2) 主に消化管手術症例を診断し、報告書を作成できる。
- 3) 細胞診断に参加する。
- 4) 迅速病理診断に参加する。
- 5) 基本的な病理組織標本の作製を実施できる。
- 6) 病理業務におけるバイオハザード対策を実行できる。
- 7) CPC や臨床とのカンファレンスにおいて、病理所見を的確に説明できる。

【3】求められる態度

- 1) CPC、カンサーボードを含むカンファレンスに積極的に参加する。
- 2) 生検診断、剖検および CPC などに際して患者や遺族に対する配慮ができる。
- 3) 病理業務において、臨床医と適切に対応できる。
- 4) 病理業務に関してコメディカルと協調できる。
- 5) 病理業務の内容を学生に説明できる。

3. 評価

原則として病理診断科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、病理診断科研修指導医により指導された病理医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。病理診断科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標 C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い、病理診断科研修指導医が承認する。

4. 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	手術材料の 切り出し	手術材料の 切り出し	手術材料の 切り出し	手術材料の 切り出し	手術材料の 切り出し
午後	病理診断(組織 診、細胞診、術中 迅速診断)	病理診断(組織診、 細胞診、術中迅速 診断)	病理診断(組織診、 細胞診、術中迅速 診断)	病理診断(組織 診、細胞診、術中 迅速診断)	病理診断(組織 診、細胞診、術中 迅速診断)
夕方	解剖症例のまとめ	臨床カンファランス	臨床カンファランス	細胞診勉強会 (隔週)	カンサーボード (月1回)

救命救急センター

当院は日本救急医学会救急科専門医指定施設及び地域中核災害拠点病院である。

救命救急センターは、全診療科と連携し1次から3次まであらゆる救急患者に対応する「ER型救急」を実践し、CPA蘇生後の病棟管理を行っている。

また、有事に対応すべく災害医療に取り組んでいる。

さらに院内・院外救急体制の充実のため、救急隊との症例検討会、ICLS/BLS/ACLS/PALS/JPTECなどの救急講習会を定期的開催している。

救命救急センターのローテート研修(3ヶ月)では、救命救急センター専従医による直接指導のもと、診療経験を積み、救急医療体制・災害医療について理解する。

1. 一般目標(GIO)

(*日本救急医学会救急医学領域教育研修委員会の作成した「卒後医師臨床研修における必修救急研修カリキュラム」に基づく)

- 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。
- 2) 救急医療システムを理解する。
- 3) 災害医療の基本を理解する。

2. 行動目標(SBOs)

(*日本救急医学会救急医学領域教育研修委員会の作成した「卒後医師臨床研修における必修救急研修カリキュラム」に基づく)

【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) 頻度の高い救急疾患・外傷の初期治療ができる。
- 6) 専門医への適切なコンサルテーションができる。
- 7) 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)が指示できる。
- 2) 緊急性の高い異常検査所見を指摘できる。

【3】経験しなければならない手技

- 1) 気道確保を実施できる。
- 2) 気管挿管を実施できる。
- 3) 人工呼吸を実施できる。
- 4) 胸骨圧迫を実施できる。
- 5) 除細動を実施できる。
- 6) 注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈路確保、中心静脈路確保)を実施できる。
- 7) 緊急薬剤(心血管作動薬、抗不整脈薬、抗けいれん薬など)が使用できる。
- 8) 採血法(静脈血、動脈血)を実施できる。

- 9) 導尿法を実施できる。
- 10) 穿刺法(腰椎、胸腔、腹腔)を実施できる。
- 11) 胃管の挿入と管理ができる。
- 12) 圧迫止血法を実施できる。
- 13) 局所麻酔法を実施できる。
- 14) 簡単な切開・排膿を実施できる。
- 15) 皮膚縫合法を実施できる。
- 16) 創部消毒とガーゼ交換を実施できる。
- 17) 軽度の外傷・熱傷の処置を実施できる。
- 18) 包帯法を実施できる。
- 19) ドレーン・チューブ類の管理ができる。
- 20) 緊急輸血が実施できる

【4】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体制を把握している。

【5】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。

3. 方略

- 1) (センター専従医による直接指導のもと)日勤帯の救急車搬送患者の初期診療、病棟患者管理を行う
- 2) 毎朝の症例カンファレンス(前日夜勤帯の救急患者、入院患者)に参加する
- 3) 月1回の救急隊との症例検討会に参加する
- 4) Off the job としての救急講習会(ICLS/BLS/ACLS/JPTEC など)受講を推奨する
- 5) 災害医療については講義を行う
- 6) (希望があれば)1ヶ月間提携病院での救急研修を行う

4. 評価

原則として救命救急センター研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、救命救急センター研修指導医により指導された上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。救命救急センター研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」、「経験目標C」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行い、救命救急センター研修指導医が承認する。

5. 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	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンス
8:30～ 17:00	救急車対応	救急車対応	救急車対応	救急車対応	救急車対応
1時間	適宜昼食	適宜昼食	適宜昼食	適宜昼食	適宜昼食

6. 経験すべき症状・病態

【1】緊急を要する疾患・病態

- 1) 心配停止
- 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) 精神科領域の救急

【2】経験が求められる疾患・病態

- 1) 貧血(鉄欠乏貧血二次性貧血)
- 2) 出血傾向・紫斑病(播種性血管内凝固症候群:DIC)
- 3) 脳・脊髄血管障害(脳梗塞, 脳内出血, くも膜下出血)
- 4) 脳・脊髄外傷(頭部外傷, 急性硬膜外・硬膜下血腫)
- 5) 脳炎・髄膜炎
- 6) 湿疹・皮膚炎群(接触皮膚炎, アトピー性皮膚炎)
- 7) 蕁麻疹
- 8) 薬疹
- 9) 皮膚感染症
- 10) 骨折
- 11) 関節・靭帯損傷及び障害
- 12) 脊柱障害(腰椎椎間板ヘルニア)
- 13) 心不全
- 14) 狭心症, 心筋梗塞
- 15) 不整脈(主要な頻脈性, 徐脈性不整脈)
- 16) 動脈疾患(動脈硬化症, 大動脈瘤)
- 17) 呼吸不全
- 18) 呼吸器感染症(急性上気道炎, 気管支炎, 肺炎)

- 19) 閉塞性・拘束性肺疾患(気管支喘息, 気管支拡張症)
- 20) 肺循環障害(肺塞栓・肺梗塞)
- 21) 異常呼吸(過換気症候群)
- 22) 胸膜, 縦隔, 横隔膜疾患(自然気胸, 胸膜炎)
- 23) 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)
- 24) 小腸・大腸疾患(イレウス, 急性虫垂炎, 痔核・痔瘻)
- 25) 胆嚢・胆管疾患(胆石, 胆嚢炎, 胆管炎)
- 26) 膵臓疾患(急性・慢性膵炎)
- 27) 横隔膜・腹壁・腹膜(腹膜炎, 急性腹症, ヘルニア)
- 28) 全身性疾患による腎障害(糖尿病性腎症)
- 29) 泌尿器科的腎・尿路疾患(尿路結石, 尿路感染症)
- 30) 甲状腺疾患(甲状腺機能亢進症, 甲状腺機能低下症)
- 31) 副腎不全
- 32) 中耳炎
- 33) アレルギー性鼻炎
- 34) 扁桃の急性・慢性炎症性疾患
- 35) 外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物
- 36) 中毒(アルコール, 薬物)
- 37) アナフィラキシー
- 38) 環境要因による疾患(熱中症, 寒冷による障害)
- 39) 熱傷
- 40) 小児けいれん性疾患
- 41) 小児ウイルス感染症(麻疹, 流行性耳下腺炎, 水痘, 突発性発疹, インフルエンザ)
- 42) 小児喘息

リハビリテーション科

1. 一般目標(GIO)

- 1) リハビリテーション医学・医療における「障害学」(病態診断学)を基盤とした診療を理解する。
- 2) リハビリテーション医学・医療における診療・検査手技を習得する。

2. 行動目標(SBOs)

【1】 基本的診察法: 下記の基本的診察法を実施し、所見を解釈できる。

(1) 運動学

上肢

下肢

歩行と姿勢

発達と反射

(2) 障害学(診断学)

運動障害

感覚障害

高次脳機能障害

排泄障害

嚥下障害

廃用症候群

歩行障害

日常生活動作障害

参加制約(社会的不利)

QOL

【2】 基本的検査法: 下記の各種検査を実施し、所見を解釈できる。

(1) リハビリテーション診断学

画像診断: 単純X線像, 頭部CT/MRI, 脊椎および骨関節CT/MRI, 超音波断層像, 核医学(脳血流シンチ, 骨シンチ)

電気生理学的診断: 筋電図, 神経伝導検査, 脳波, 体性感覚誘発電位, 心電図

(2) リハビリテーション評価

意識障害の評価: Japan Coma Scale (JCS), Glasgow Coma Scale (GCS)

運動障害の評価: 関節可動域, 筋力, 麻痺, 失調, 痙縮と固縮, 不随意運動

感覚障害の評価

言語障害の評価: 失語症, 構音障害

痴呆・高次脳機能の評価: 知的機能障害, 記憶障害, 失行, 失認, 注意障害, 遂行機能障害

心肺機能の評価: 一般肺機能検査, 運動負荷試験

摂食・嚥下の評価: 水飲みテスト・反復唾液嚥下テスト, 嚥下造影, 嚥下内視鏡

排尿の評価

成長・発達の評価

障害者心理の評価: 障害受容, 心理状態に合わせた接し方

歩行の評価:異常歩行の診断

ADL の評価:Barthel index, FIM(functional independence measure)

参加制約(社会的不利)の評価

【3】治療:

全身状態の管理と障害評価に基づく治療計画を立てれる。

各種療法(理学療法・作業療法・言語療法・摂食嚥下訓練)や義肢・補装具等を的確に処方できる(含 リスク管理)。

筋緊張異常(痙縮)に対する緩和治療(薬物療法・ボトックス治療)を理解する。

【4】障害者(児)福祉システムや介護保険の仕組みを理解する。

3. 方略

- 1) 指導医や上級医の指導のもとで患者を受け持ち、障害学を理解するとともに、基本的 診療や検査を経験し、手技を習得する。
- 2) 障害評価に基づく治療計画を立て、リハビリテーション処方の方法を習得する。
- 3) 義肢・補装具の種類とその効果、適応、処方とチェック方法を習得する。
- 4) 電気生理学的検査(electromyography や nerve conduction study など)の所見を解釈できる。
- 5) 嚥下障害に対する嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査の所見を解釈できる。
- 6) 痙縮に対する緩和手技を理解する。
- 7) 身体障害者手帳や年金、福祉手当等の申請に必要な身体計測手技、記載方法等を習得する。
- 8) その他、診療に必要な知識と技術を習得する。

4. 評価

原則としてリハビリテーション科研修指導医が研修医の評価をする。しかし、実際の臨床現場においては、リハビリテーション科研修指導医により指導されたリハビリテーション科の上級医が、評価医としてOJT(On-The-Job-Training)の指導原則に従い指導にあたる。評価はポートフォリオ様式「ローテート研修科目ごとの目標と評価」を用いて行う。研修医はローテート終了時に自己評価し、その評価を立ち会った評価医に求める。評価医は研修医と面談を行い、自己評価を基に評価をする。リハビリテーション科研修指導医はその評価医の評価に基づき最終的な判断としてその評価を承認する。

また、ローテート中に、ポートフォリオ様式「経験目標A」、「経験目標B」および「研修医ライセンス」に記載されている症例について、経験した場合の評価については、研修医が評価医に求め、評価医が行いリハビリテーション科研修指導医が承認する。

5. 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 訓練時回診	外来 (運動器疾患)	外来 (小児・障害・ 呼吸器疾患)	外来 (中枢神経疾患)	外来 (中枢神経疾患)
午後	義肢装具実習	各種書類 (身体障害者手 帳診断、障害年金 診断、その他福祉 手当診断)	嚥下機能検査/ ボトックス治療	電気生理学的検査 隔週で児童福祉セ ンターでの実習	総合リハビリテー ションセンターで の実習
夕方	整形外科/ 神経カンファ	カンファレンス	病棟回診 カンファレンス	基礎・臨床研究 カルテ整理	

6. 経験すべき症状・病態

日本リハビリテーション医学会が定めた以下の領域の症例を経験する。

領域1	脳卒中、その他の脳疾患(脳外傷)
領域2	脊髄損傷、その他の脊髄疾患(二分脊椎など)
領域3	関節リウマチ、その他の骨関節疾患(外傷を含む)
領域4	脳性麻痺、その他小児疾患
領域5	神経及び筋疾患
領域6	切断
領域7	呼吸器・循環器疾患
領域8	その他(悪性腫瘍、熱傷など)

別添 3 臨床研修の行動目標

研修理念

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

I 行動目標

医療人として必要な基本姿勢・態度

(1) 患者—医師関係

患者を全人的に理解し、患者・家族と良好な人間関係を確立するために、

- 1) 患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる。
- 2) 医師、患者・家族がともに納得できる医療を行うためのインフォームドコンセントが実施できる。
- 3) 守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる。

(2) チーム医療

医療チームの構成員としての役割を理解し、保健・医療・福祉の幅広い職種からなる他のメンバーと協調するために、

- 1) 指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。
- 2) 上級および同僚医師や他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。
- 3) 同僚及び後輩へ教育的配慮ができる。
- 4) 患者の転入、転出に当たり、情報を交換できる。
- 5) 関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる。

(3) 問題対応能力

患者の問題を把握し、問題対応型の思考を行い、生涯にわたる自己学習の習慣を身に付けるために、

- 1) 臨床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への適応を判断できる(EBM=Evidence Based Medicine の実践ができる)。
- 2) 自己評価および第三者による評価をふまえた問題対応能力の改善ができる。
- 3) 臨床研究や治験の意義を理解し、研究や学会活動に関心を持つ。
- 4) 自己管理能力を身につけ、生涯にわたり基本的診療能力の向上に努める。

(4) 安全管理

患者及び医療従事者にとって安全な医療を遂行し、安全管理の方策を身に付け、危機管理に参画するために、

- 1) 医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる。
- 2) 医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる。
- 3) 院内感染対策(Standard Precautions を含む)を理解し、実施できる。

(5)症例呈示

チーム医療の実践と自己の臨床能力向上に不可欠な、症例呈示と意見交換を行うために、

- 1) 症例呈示と討論ができる。
- 2) 臨床症例に関するカンファレンスや学術集会に参加する。

(6)医療の社会性

医療の持つ社会的側面の重要性を理解し、社会に貢献するために、

- 1) 保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる。
- 2) 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる。
- 3) 医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動できる。
- 4) 医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し、適切に行動できる。

別添 4 臨床研修の経験目標

II 経験目標

A 経験すべき診察法・検査・手技

(1) 医療面接

患者・家族との信頼関係を構築し、診断・治療に必要な情報が得られるような医療面接を実施するために、

- 1) 医療面接におけるコミュニケーションのもつ意義を理解し、コミュニケーションスキルを身につけ、患者の解釈モデル、受診動機、受療行動を把握できる。
- 2) 患者の病歴(主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー)の聴取と記録ができる。
- 3) 患者・家族への適切な指示、指導ができる。

(2) 基本的な身体診察法

病態の正確な把握ができるよう、全身にわたる身体診察を系統的に実施し、記載するために、

- 1) 全身の観察(バイタルサインと精神状態の把握、皮膚や表在リンパ節の診察を含む)ができ、記載できる。
- 2) 頭頸部の診察(眼瞼・結膜、眼底、外耳道、鼻腔口腔、咽頭の観察、甲状腺の触診を含む)ができ、記載できる。
- 3) 胸部の診察(乳房の診察を含む)ができ、記載できる。
- 4) 腹部の診察(直腸診を含む)ができ、記載できる。
- 5) 泌尿・生殖器の診察(産婦人科的診察を含む。)ができ、記載できる。
- 6) 骨・関節・筋肉系の診察ができ、記載できる。
- 7) 神経学的診察ができ、記載できる。
- 8) 小児の診察(生理的所見と病的所見の鑑別を含む)ができ、記載できる。
- 9) 精神面の診察ができ、記載できる。

(3) 基本的な臨床検査

病態と臨床経過を把握し、医療面接と身体診察から得られた情報をもとに必要な検査を、

- ☐ ……自ら実施し、結果を解釈できる。
- ☐ ……検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。

- 1) 一般尿検査(尿沈渣顕微鏡検査を含む)
- 2) 便検査(潜血、虫卵)
- 3) 血算・白血球分画
- 4) 血液型判定・交差適合試験☐
- 5) 心電図(12誘導)、負荷心電図☐
- 6) 動脈血ガス分析☐
- 7) 血液生化学的検査・簡易検査(血糖、電解質、尿素窒素など)
- 8) 血液免疫血清学的検査(免疫細胞検査、アレルギー検査を含む)
- 9) 細菌学的検査・薬剤感受性検査・検体の採取(痰、尿、血液など)・簡単な細菌学的検査(グラム染色など)
- 10) 肺機能検査・スパイロメトリー
- 11) 髄液検査

- 12) 細胞診・病理組織検査
- 13) 内視鏡検査
- 14) 超音波検査^A
- 15) 単純X線検査
- 16) 造影X線検査
- 17) X線CT検査
- 18) MRI検査
- 19) 核医学検査
- 20) 神経生理学的検査(脳波・筋電図など)

必修項目 下線の検査について経験があること

※「経験」とは受け持ち患者の検査として診療に活用すること

^Aの検査で自ら実施する部分については、受け持ち症例でなくてもよい

(4)基本的手技

基本的手技の適応を決定し、実施するために、以下のことができる。

- 1) 気道確保を実施できる
- 2) 人工呼吸を実施できる。(バッグマスクによる徒手換気を含む)
- 3) 心マッサージを実施できる。
- 4) 圧迫止血法を実施できる。
- 5) 包帯法を実施できる。
- 6) 注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保)を実施できる。
- 7) 採血法(静脈血、動脈血)を実施できる。
- 8) 穿刺法(腰椎)を実施できる。
- 9) 穿刺法(胸腔、腹腔)を実施できる。
- 10) 導尿法を実施できる。
- 11) ドレーン・チューブ類の管理ができる。
- 12) 胃管の挿入と管理ができる。
- 13) 局所麻酔法を実施できる。
- 14) 創部消毒とガーゼ交換を実施できる。
- 15) 簡単な切開・排膿を実施できる。
- 16) 皮膚縫合法を実施できる。
- 17) 軽度の外傷・熱傷の処置を実施できる。
- 18) 気管挿管を実施できる。
- 19) 除細動を実施できる。

必修項目 下線の手技を自ら行った経験があること

(5)基本的治療法

基本的治療法の適応を決定し、適切に実施するために、

- 1) 療養指導(安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備を含む)ができる。
- 2) 薬物の作用、副作用、相互作用について理解し、薬物治療(抗菌薬、副腎皮質ステロイド薬、解熱薬、麻薬、血液製剤を含む)ができる。
- 3) 基本的な輸液ができる。
- 4) 輸血(成分輸血を含む)による効果と副作用について理解し、輸血が実施できる。

(6)医療記録

チーム医療や法規との関連で重要な医療記録を適切に作成し、管理するために、

- 1) 診療録(退院時サマリーを含む)を POS(Problem Oriented System)に従って記載し管理できる。
- 2) 処方箋、指示箋を作成し、管理できる。
- 3) 診断書、死亡診断書、死体検案書その他の証明書を作成し、管理できる。
- 4) CPC(臨床病理検討会)レポートを作成し、症例呈示できる。
- 5) 紹介状と、紹介状への返信を作成でき、それを管理できる。

(7)診療計画

保健・医療・福祉の各側面に配慮しつつ、診療計画を作成し、評価するために

- 1) 診療計画(診断、治療、患者、家族への説明を含む。)を作成できる。
- 2) 診療ガイドラインやクリニカルパスを理解し活用できる。
- 3) 入退院の適応を判断できる(デイサージャリー症例を含む。)
- 4) QQL(Quality of Life)を考慮にいれた総合的な管理計画(リハビリテーション、社会復帰、在宅医療、介護を含む。)へ参画する。

必修項目

- 1) 診療録の作成
- 2) 処方箋・指示書の作成
- 3) 診断書の作成
- 4) 死亡診断書の作成
- 5) CPC レポート(剖検報告)の作成、症例呈示
- 6) 紹介状、返信の作成

上記 1)～6)を自ら行った経験があること

B 経験すべき症状・病態・疾患

研修の最大の目的は、患者の呈する症状と身体所見、簡単な検査所見に基づいた鑑別診断、初期治療を的確に行う能力を獲得することにある。

1 頻度の高い症状

必修項目 下線の症状を経験し、レポートを提出する。

*「経験」とは、自ら診療し、鑑別診断を行うこと

- 1) 全身倦怠感
- 2) 不眠
- 3) 食欲不振
- 4) 体重減少、体重増加

- 5) 浮腫
- 6) リンパ節腫脹
- 7) 発疹
- 8) 黄疸
- 9) 発熱
- 10) 頭痛
- 11) めまい
- 12) 失神
- 13) けいれん発作
- 14) 視力障害、視野狭窄
- 15) 結膜の充血
- 16) 聴覚障害
- 17) 鼻出血
- 18) 嗅声
- 19) 胸痛
- 20) 動悸
- 21) 呼吸困難
- 22) 咳・痰
- 23) 嘔気・嘔吐
- 24) 胸やけ
- 25) 嚥下困難
- 26) 腹痛
- 27) 便通異常(下痢、便秘)
- 28) 腰痛
- 29) 関節痛
- 30) 歩行障害
- 31) 四肢のしびれ
- 32) 血尿
- 33) 排尿障害(尿失禁・排尿困難)
- 34) 尿量異常
- 35) 不安・抑うつ

2 緊急を要する症状・病態

必修項目 下線の病態を経験すること

*「経験」とは、初期治療に参加すること

- 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) 流・早産および満期産
- 12) 急性感染症
- 13) 外傷
- 14) 急性中毒
- 15) 誤飲、誤嚥
- 16) 熱傷
- 17) 精神科領域の救急

3 経験が求められる疾患・病態

必修項目

1. A疾患については入院患者を受け持ち、診断、検査、治療方針について症例レポートを提出すること
2. B疾患については、外来診療または受け持ち入院患者(合併症含む)で自ら経験すること
3. 外科症例(手術を含む)を1例以上受け持ち、診断、検査、術後管理等について症例レポートを提出すること

※全疾患(88項目)のうち70%以上を経験することが望ましい

1) 血液・造血器・リンパ網内系疾患

- B①貧血(鉄欠乏貧血、二次性貧血)
- ②白血病
 - ③悪性リンパ腫
 - ④出血傾向・紫斑病(播種性血管内凝固症候群:DIC)

2) 神経系疾患

- A①脳・脊髄血管障害(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血)
- ②認知症疾患
 - ③脳・脊髄外傷(頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫)
 - ④変性疾患(パーキンソン病)
 - ⑤脳炎・髄膜炎

3) 皮膚系疾患

- B①湿疹・皮膚炎群(接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎)
- B②蕁麻疹
- ③薬疹
 - B④皮膚感染症

4) 運動器(筋骨格)系疾患

- ①骨折
- ②関節・靭帯損傷及び障害
- ③骨粗鬆症
- ④脊柱障害(腰椎椎間板ヘルニア)

5) 循環器系疾患

- ①心不全
- ②狭心症、心筋梗塞
 - ③心筋症
- ④不整脈(主要な頻脈性、徐脈性不整脈)
 - ⑤弁膜症(僧帽弁膜症、大動脈弁膜症)
- ⑥動脈疾患(動脈硬化症、大動脈瘤)
 - ⑦静脈・リンパ管疾患(深部静脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ浮腫)
- ⑧高血圧症(本態性、二次性高血圧症)

6) 呼吸器系疾患

- ①呼吸不全
- ②呼吸器感染症(急性上気道炎、気管支炎、肺炎)
- ③閉塞性・拘束性肺疾患(気管支喘息、気管支拡張症)
 - ④肺循環障害(肺塞栓・肺梗塞)
 - ⑤異常呼吸(過換気症候群)
 - ⑥胸膜、縦隔、横隔膜疾患(自然気胸、胸膜炎)
 - ⑦肺癌

7) 消化器系疾患

- ①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)
- ②小腸・大腸疾患(イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻)
 - ③胆嚢・胆管疾患(胆石、胆嚢炎、胆管炎)
- ④肝疾患(ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害)
- ⑤膵臓疾患(急性・慢性膵炎)
- ⑥横隔膜・腹壁・腹膜(腹膜炎、急性腹症、ヘルニア)

8) 腎・尿路系(体液・電解質バランスを含む)疾患

- ①腎不全(急性・慢性腎不全、透析)
 - ②原発性糸球体疾患(急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群)
 - ③全身性疾患による腎障害(糖尿病性腎症)
- ④泌尿器科的腎・尿路疾患(尿路結石、尿路感染症)

9) 妊娠分娩と生殖器疾患

- B①妊娠分娩(正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥)
- ②女性生殖器およびその関連疾患(月経異常(無月経を含む。)、不正性器出血、更年期障害、外陰・膣・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍)
- B③男性生殖器疾患(前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍)

10)内分泌・栄養・代謝系疾患

- ①視床下部・下垂体疾患(下垂体機能障害)
- ②甲状腺疾患(甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症)
- ③副腎不全
- A④糖尿病異常(糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖)
- B⑤高脂血症
- ⑥蛋白および核酸代謝異常(高尿酸血症)

11)眼・視覚系疾患

- B①屈折異常(近視、遠視、乱視)
- B②角結膜炎
- B③白内障
- B④緑内障
- ⑤糖尿病、高血圧・動脈硬化による眼底変化

12)耳鼻・咽喉・口腔系疾患

- B①中耳炎
- ②急性・慢性副鼻腔炎
- B③アレルギー性鼻炎
- ④扁桃の急性・慢性炎症性疾患
- ⑤外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物

13)精神・神経系疾患

- ①症状精神病
- A②認知症(血管性認知症を含む)
- ③アルコール依存症
- A④気分障害(うつ病、躁うつ病を含む。)
- A⑤統合失調症(精神分裂病)
- ⑥不安障害(パニック症候群)
- B⑦身体表現性障害、ストレス関連障害

14)感染症

- B①ウイルス感染症(インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎)
- B②細菌感染症(ブドウ球菌、MRSA、A群レンサ球菌、クラミジア)

B③結核

- ④真菌感染症(カンジダ症)
- ⑤性感染症
- ⑥寄生虫疾患

15)免疫・アレルギー疾患

- ①全身性エリテマトーデスとその合併症

B②慢性関節リュウマチ

B③アレルギー疾患

16)物理・化学的因子による疾患

- ①中毒(アルコール、薬物)
- ②アナフィラキシー
- ③環境要因による疾患(熱中症、寒冷による障害)

B④熱傷

17)小児疾患

B①小児けいれん性疾患

B②小児ウイルス感染症(麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ)

- ③小児細菌感染症

B④小児喘息

- ⑤先天性心疾患

18)加齢と老化

B①高齢者の栄養摂取障害

B②老年症候群(誤嚥、転倒、失禁、褥瘡)

C 特定の医療現場の経験

必修項目にある現場の経験とは、各現場における到達目標の項目のうち一つ以上経験すること。

(1)救急医療

生命や機能的予後に係わる、緊急を要する病態や疾病、外傷に対して適切な対応をするために、

- 1) バイタルサインの把握ができる。
- 2) 重症度および緊急度の把握ができる。
- 3) ショックの診断と治療ができる。
- 4) 二次救命処置(ACLS=Advanced Cardiovascular Life Support、呼吸・循環管理を含む)ができ、一次救命処置(BLS=Basic Life Support)を指導できる。

ACLS は、バッグ・バルブ・マスク等を使う心肺蘇生法や除細動、気管挿管、薬剤投与等の一定のガイドラインに基づく救命処置を含み、BLS は、気道確保、心臓マッサージ、人工呼吸等機器を使用しない処置を含まれる。

- 5) 頻度の高い救急疾患の初期治療ができる。

- 6) 専門医への適切なコンサルテーションができる。
- 7) 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。

必修項目 救急医療の現場を経験すること

(2) 予防医療

予防医療の理念を理解し、地域や臨床の場での実践に参画するために、

- 1) 食事・運動・休養・飲酒・禁煙指導とストレスマネジメントができる。
- 2) 性感染症予防、家族計画を指導できる。
- 3) 地域・産業・学校保健事業に参画できる。
- 4) 予防接種を実施できる。

必修項目 予防医療の現場を経験すること

(3) 地域保健・医療

地域保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 保健所の役割(地域保健・健康増進への理解を含む。)について理解し、実践する。
- 2) 社会福祉施設等の役割について理解し、実践する。
- 3) 診療所の役割(病診連携への理解を含む。)について理解し、実践する。
- 4) へき地・離島医療について理解し、実践する。

必修項目 へき地・離島診療所、中小病院・診療所、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、各種検診・健診の実施施設等の地域保健・医療の現場を経験すること

(4) 周産・小児・成育医療

周産・小児・成育医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 周産期や小児の各発達段階に応じて適切な医療が提供できる。
- 2) 周産期や小児の各発達段階に応じて心理社会的側面への配慮ができる。
- 3) 虐待について説明できる。
- 4) 学校、家庭、職場環境に配慮し、地域との連携に参画できる。
- 5) 母子健康手帳を理解し活用できる。

必修項目 周産小児・成育医療の現場を経験すること

(5) 精神保健・医療

精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 精神症状の捉え方の基本を身につける。
- 2) 精神疾患に対する初期的対応と治療の実際を学ぶ。
- 3) デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。

必修項目 保健福祉センター、精神病院等の精神保健・医療の現場を経験すること

(6)緩和・終末期医療

緩和・終末期医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

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

必修項目 臨終の立ち会いを経験すること

別添 5 ヘルシンキ宣言

WORLD MEDICAL ASSOCIATION
ヘルシンキ宣言
人間を対象とする医学研究の倫理的原則

1964年	6月	第18回WMA総会(ヘルシンキ、フィンランド)で採択
1975年	10月	第29回WMA総会(東京、日本)で修正
1983年	10月	第35回WMA総会(ベニス、イタリア)で修正
1989年	9月	第41回WMA総会(九龍、香港)で修正
1996年	10月	第48回WMA総会(サマーセットウェスト、南アフリカ)で修正
2000年	10月	第52回WMA総会(エジンバラ、スコットランド)で修正
2002年	10月	WMAワシントン総会(米国)で修正(第29項目明確化のため注釈追加)
2004年	10月	WMA東京総会(日本)で修正(第30項目明確化のため注釈追加)
2008年	10月	WMAソウル総会(韓国)で修正
2013年	10月	WMAフォルタレザ総会(ブラジル)で修正

序文

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

一般原則

3. WMA ジュネーブ宣言は、「私の患者の健康を私の第一の関心事とする」ことを医師に義務づけ、また医の国際倫理綱領は、「医師は、医療の提供に際して、患者の最善の利益のために行動すべきである」と宣言している。
4. 医学研究の対象とされる人々を含め、患者の健康、福利、権利を向上させ守ることは医師の責務である。医師の知識と良心はこの責務達成のために捧げられる。
5. 医学の進歩は人間を対象とする諸試験を要する研究に根本的に基づくものである。
6. 人間を対象とする医学研究の第一の目的は、疾病の原因、発症および影響を理解し、予防、診断ならびに治療(手法、手順、処置)を改善することである。最善と証明された治療であっても、安全性、有効性、効率性、利用可能性および質に関する研究を通じて継続的に評価されなければならない。
7. 医学研究はすべての被験者に対する配慮を推進かつ保証し、その健康と権利を擁護するための倫理基準に従わなければならない。
8. 医学研究の主な目的は新しい知識を得ることであるが、この目標は個々の被験者の権利および利益に優先することがあってはならない。

9. 被験者の生命、健康、尊厳、全体性、自己決定権、プライバシーおよび個人情報の秘密を守ることは医学研究に
関与する医師の責務である。被験者の保護責任は常に医師またはその他の医療専門職にあり、被験者が同意を
与えた場合でも、決してその被験者に移ることはない。
10. 医師は、適用される国際的規範および基準はもとより人間を対象とする研究に関する自国の倫理、法律、規制
上の規範ならびに基準を考慮しなければならない。国内的または国際的倫理、法律、規制上の要請がこの宣言に
示されている被験者の保護を減じあるいは排除してはならない。
11. 医学研究は、環境に害を及ぼす可能性を最小限にするよう実施されなければならない。
12. 人間を対象とする医学研究は、適切な倫理的および科学的な教育と訓練を受けた有資格者によってのみ行わ
れなければならない。患者あるいは健康なボランティアを対象とする研究は、能力と十分な資格を有する医師また
はその他の医療専門職の監督を必要とする。
13. 医学研究から除外されたグループには研究参加への機会が適切に提供されるべきである。
14. 臨床研究を行う医師は、研究が予防、診断または治療する価値があるとして正当化できる範囲内にあり、かつ
その研究への参加が被験者としての患者の健康に悪影響を及ぼさないことを確信する十分な理由がある場合に
限り、その患者を研究に参加させるべきである。
15. 研究参加の結果として損害を受けた被験者に対する適切な補償と治療が保証されなければならない。

リスク、負担、利益

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

社会的弱者グループおよび個人

19. あるグループおよび個人は特に社会的な弱者であり不適切な扱いを受けたり副次的な被害を受けやすい。すべ
ての社会的弱者グループおよび個人は個別の状況を考慮したうえで保護を受けるべきである。
20. 研究がそのグループの健康上の必要性または優先事項に応えるものであり、かつその研究が社会的弱者でな
いグループを対象として実施できない場合に限り、社会的弱者グループを対象とする医学研究は正当化される。さ
らに、そのグループは研究から得られた知識、実践または治療からの恩恵を受けるべきである。

科学的要件と研究計画書

21. 人間を対象とする医学研究は、科学的文献の十分な知識、その他関連する情報源および適切な研究室での実
験ならびに必要に応じた動物実験に基づき、一般に認知された科学的諸原則に従わなければならない。研究に使用
される動物の福祉は尊重されなければならない。
22. 人間を対象とする各研究の計画と実施内容は、研究計画書に明示され正当化されていなければならない。研究
計画書には関連する倫理的配慮について明記され、また本宣言の原則がどのように取り入れられてきたかを示す

べきである。計画書は、資金提供、スポンサー、研究組織との関わり、起こり得る利益相反、被験者に対する報奨ならびに研究参加の結果として損害を受けた被験者の治療および／または補償の条項に関する情報を含むべきである。臨床試験の場合、この計画書には研究終了後条項についての必要な取り決めも記載されなければならない。

研究倫理委員会

23. 研究計画書は、検討、意見、指導および承認を得るため研究開始前に関連する研究倫理委員会に提出されなければならない。この委員会は、その機能において透明性がなければならず、研究者、スポンサーおよびその他いかなる不適切な影響も受けず適切に運営されなければならない。委員会は、適用される国際的規範および基準はもとより、研究が実施される国または複数の国の法律と規制も考慮しなければならない。しかし、そのために本宣言が示す被験者に対する保護を減じあるいは排除することを許してはならない。研究倫理委員会は、進行中の研究をモニターする権利を持たなければならない。研究者は、委員会に対してモニタリング情報とくに重篤な有害事象に関する情報を提供しなければならない。委員会の審議と承認を得ずに計画書を修正してはならない。研究終了後、研究者は研究知見と結論の要約を含む最終報告書を委員会に提出しなければならない。

プライバシーと秘密保持

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

インフォームド・コンセント

25. 医学研究の被験者としてインフォームド・コンセントを与える能力がある個人の参加は自発的でなければならない。家族または地域社会のリーダーに助言を求めることが適切な場合もあるが、インフォームド・コンセントを与える能力がある個人を本人の自主的な承諾なしに研究に参加させてはならない。

26. インフォームド・コンセントを与える能力がある人間を対象とする医学研究において、それぞれの被験者候補は、目的、方法、資金源、起こり得る利益相反、研究者の施設内での所属、研究から期待される利益と予測されるリスクならびに起こり得る不快感、研究終了後条項、その他研究に関するすべての面について十分に説明されなければならない。被験者候補は、いつでも不利益を受けることなしに研究参加を拒否する権利または参加の同意を撤回する権利があることを知らされなければならない。個々の被験者候補の具体的情報の必要性のみならずその情報の伝達方法についても特別な配慮をしなければならない。被験者候補がその情報を理解したことを確認したうえで、医師またはその他ふさわしい有資格者は被験者候補の自主的なインフォームド・コンセントをできれば書面で求めなければならない。同意が書面で表明されない場合、その書面によらない同意は立会人のもとで正式に文書化されなければならない。医学研究のすべての被験者は、研究の全体的成果について報告を受ける権利を与えられるべきである。

27. 研究参加へのインフォームド・コンセントを求める場合、医師は、被験者候補が医師に依存した関係にあるかまたは同意を強要されているおそれがあるかについて特別な注意を払わなければならない。そのような状況下では、インフォームド・コンセントはこうした関係とは完全に独立したふさわしい有資格者によって求められなければならない。

28. インフォームド・コンセントを与える能力がない被験者候補のために、医師は、法的代理人からインフォームド・コンセントを求めなければならない。これらの人々は、被験者候補に代表されるグループの健康増進を試みるための研究、インフォームド・コンセントを与える能力がある人々では代替して行うことができない研究、そして最小限のリスクと負担のみ伴う研究以外には、被験者候補の利益になる可能性のないような研究対象に含まれてはならない。

い。

29. インフォームド・コンセントを与える能力がないと思われる被験者候補が研究参加についての決定に賛意を表することができる場合、医師は法的代理人からの同意に加えて本人の賛意を求めなければならない。被験者候補の不賛意は、尊重されるべきである。
30. 例えば、意識不明の患者のように、肉体的、精神的にインフォームド・コンセントを与える能力がない被験者を対象とした研究は、インフォームド・コンセントを与えることを妨げる肉体的・精神的状態がその研究対象グループに固有の症状となっている場合に限って行うことができる。このような状況では、医師は法的代理人からインフォームド・コンセントを求めなければならない。そのような代理人が得られず研究延期もできない場合、この研究はインフォームド・コンセントを与えられない状態にある被験者を対象とする特別な理由が研究計画書で述べられ、研究倫理委員会で承認されていることを条件として、インフォームド・コンセントなしに開始することができる。研究に引き続き留まる同意はできるかぎり早く被験者または法的代理人から取得しなければならない。
31. 医師は、治療のどの部分が研究に関連しているかを患者に十分に説明しなければならない。患者の研究への参加拒否または研究離脱の決定が患者・医師関係に決して悪影響を及ぼしてはならない。
32. バイオバンクまたは類似の貯蔵場所に保管されている試料やデータに関する研究など、個人の特定が可能な人間由来の試料またはデータを使用する医学研究のためには、医師は収集・保存および／または再利用に対するインフォームド・コンセントを求めなければならない。このような研究に関しては、同意を得ることが不可能か実行できない例外的な場合があり得る。このような状況では研究倫理委員会の審議と承認を得た後に限り研究が行われ得る。

プラセボの使用

33. 新しい治療の利益、リスク、負担および有効性は、以下の場合を除き、最善と証明されている治療と比較考量されなければならない：

証明された治療が存在しない場合、プラセボの使用または無治療が認められる；あるいは、

説得力があり科学的に健全な方法論的理由に基づき、最善と証明されたものより効果が劣る治療、プラセボの使用または無治療が、その治療の有効性あるいは安全性を決定するために必要な場合、そして、最善と証明されたものより効果が劣る治療、プラセボの使用または無治療の患者が、最善と証明された治療を受けなかった結果として重篤または回復不能な損害の付加的リスクを被ることがないと予想される場合。この選択肢の乱用を避けるため徹底した配慮がなされなければならない。

研究終了後条項

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

研究登録と結果の刊行および普及

35. 人間を対象とするすべての研究は、最初の被験者を募集する前に一般的にアクセス可能なデータベースに登録されなければならない。
36. すべての研究者、著者、スポンサー、編集者および発行者は、研究結果の刊行と普及に倫理的責務を負っている。研究者は、人間を対象とする研究の結果を一般的に公表する義務を有し報告書の完全性と正確性に説明責任を負う。すべての当事者は、倫理的報告に関する容認されたガイドラインを遵守すべきである。否定的結果およ

び結論に達しない結果も肯定的結果と同様に、刊行または他の方法で公表されなければならない。資金源、組織との関わりおよび利益相反が、刊行物の中には明示されなければならない。この宣言の原則に反する研究報告は、刊行のために受理されるべきではない。

臨床診療における未実証の治療

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

別添 6 リスボン宣言

患者の権利に関するWMAリスボン宣言

1981年9月/10月、ポルトガル、リスボンにおける第34回WMA総会で採択
1995年9月、インドネシア、バリ島における第47回WMA総会で修正
2005年10月、チリ、サンティアゴにおける第171回WMA理事会で編集上修正

序文

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

原則

1. 良質の医療を受ける権利

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

2. 選択の自由の権利

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

3. 自己決定の権利

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

4. 意識のない患者

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

5. 法的無能力の患者

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

6. 患者の意思に反する処置

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

7. 情報に対する権利

- a. 患者は、いかなる医療上の記録であろうと、そこに記載されている自己の情報を受ける権利を有し、また症状についての医学的事実を含む健康状態に関して十分な説明を受ける権利を有する。しかしながら、患者の記録に含まれる第三者についての機密情報は、その者の同意なくしては患者に与えてはならない。
- b. 例外的に、情報が患者自身の生命あるいは健康に著しい危険をもたらす恐れがあると信ずるべき十分な理由がある場合は、その情報を患者に対して与えなくともよい。
- c. 情報は、その患者の文化に適した方法で、かつ患者が理解できる方法で与えられなければならない。
- d. 患者は、他人の生命の保護に必要とされていない場合に限り、その明確な要求に基づき情報を知らされない権利を有する。
- e. 患者は、必要があれば自分に代わって情報を受ける人を選択する権利を有する。

8. 守秘義務に対する権利

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

9. 健康教育を受ける権利

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

10. 尊厳に対する権利

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

11. 宗教的支援に対する権利

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