

令和8年度 名古屋市立大学病院 臨床研修プログラム



臨床研修プログラム

- 1 **臨床研修の目標**【3 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
 - 1.3 行動目標
 - 1.4 経験目標
- 2 **プログラムの概要**【4 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**【8 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**【10 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、保健・医療行政研修、短期研修)
 - 4.4 NEW-E研修
- 5 **研修指導システム**【14 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	【21 項】
6.1	オリエンテーション	
6.2	救急外来研修	
6.3	一般外来研修	
6.4	Morning conference	
6.5	イブニングセミナー	
6.6	Clinico-pathological conference (CPC)と剖検	
6.7	研修医全体ミーティング	
6.8	内科合同症例検討会	
6.9	救急症例検討会	
6.10	セーフティマネージャー会議	
6.11	感染対策マネージャー会議	
6.12	院内BLS講習会	
6.13	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)	
6.14	修了式	
6.15	研修医面談	
6.16	ICLS 講習会	
7	研修評価と修了認定	【24 項】
7.1	研修評価システム	
7.2	指導管理者との懇談記録	
7.3	研修修了認定	
7.4	研修の中断・再開・未修了	
7.5	研修記録の保管	
8	処遇	【26 項】
8.1	給与等	
8.2	医師賠償責任保険	
8.3	夜勤・休日日勤	
	別添 3 臨床研修の行動目標	【28 項】
	別添 4 臨床研修の経験目標	【31 項】
	別添 5 ヘルシンキ宣言	【32 項】
	別添 6 リスボン宣言	【37 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 7527 (研修担当事務)

e-mail: kensyu-c@sec.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

1) 理念

- ・総合的かつ専門的な診療能力をバランス良く修得し、プロフェッショナルとしての自覚を持って、患者さんのためのチーム医療を実践できる。
- ・最新知識の吸収意欲と医学研究マインドを備え、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医師になる。

2) 基本方針

- ① 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実践できる。
- ② 大学病院ならではの幅広い専門性を有効に活用できる。
- ③ 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通じて、多様性のある医師像を体現化できる。
- ④ 医学教育の精神を持ち、高い倫理観と思いやりを持てる。
- ⑤ 医療安全管理の意識を身に付け、適切な危機管理ができる。
- ⑥ コミュニケーション能力を身に付けて、医師、看護師、メディカルスタッフ等との連携・協力による最良のチーム医療を実践できる。
- ⑦ 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た柔軟な対応ができる。

1.3 到達目標

臨床研修プログラムの到達目標を、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ト研修を含む)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		(R8 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	26 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12か月は大学病院で研修。

図 1. 令和8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、1 年以上を大学病院で研修します。なお、地域医療における研修期間は 12 週を上限として大学病院で研修を行ったこととみなします。

- 1) 大学病院基盤研修プログラム (Program 1): 1 年次では内科 24 週、外科 4 週、小児科 4 週、産科婦人科 4 週、救急 8 週、麻酔科 4 週を研修します。2 年次は地域医療 4 週、精神科 4 週、救急科 4 週を研修し、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 12 週まで可能です。
- 2) 協力型病院連携研修プログラム (Program 2): 1 年次は協力型研修病院で内科 24 週、外科 4 週、小児科 4 週、産科婦人科 4 週、救急 4 週、麻酔科 4 週を研修します。2 年次は大学病院で、2 年次は地域医療 4 週、精神科 4 週、救急 8 週を研修し、残りの期間は希望する選択科目を研修します。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 年次では内科 24 週、外科 4 週、小児科 4 週、産科婦人科 4 週、救急 4 週、麻酔科 4 週を研修します。2 年次は地域医療 4 週、精神科 4 週、救急科 8 週を研修し、残りの期間は希望する選択科目を研修します。選択科目のうち必ず 8 週は重点研修科目を選択します。また、1 年次は協力型病院で研修することも可能です。1 年次を大学病院で研修した場合には、1 年次で救急科を 8 週研修します。また、2 年次には協力型研修病院での短期研修も 12 週まで可能です。
- 4) 産科婦人科重点研修プログラム (Program 4): 1 年次では内科 24 週、外科 4 週、小児科 4 週、産科婦人科 4 週、救急 8 週、麻酔科 4 週を研修します。2 年次は地域医療 4 週、精神科 4 週、救急科 8 週を研修し、残りの期間は希望する選択科目を研修します。選択科目のうち必ず 8 週は重点研修科目を選択します。また、1 年次は協力型病院で研修することも可能です。1 年次を大学病院で研修した場合には、1 年次で救急科を 8 週研修します。また、2 年次には協力型研修病院での短期研修も 12 週まで可能です。

総合診療科・内科診療研修

- 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。プログラム 1, 3, 4 で、名古屋市立大学病院に在籍する 1 年次研修医は、6 か月間の内科ローテーションのうち 1 か月目については 4 月にいずれかの内科診療科に所属され、内科診療を通じて基本的な診療の仕方を学んで頂きます。カルテの書き方や診療全般、検査オーダーや処方オーダーなど全診療科診療に役立つ内容や、院内の取り決めルールや注意点などについて指導を受けて頂きます。5 月以降は各診療科に分かれて研修しますが、残りの 5 ヶ月の内科研修についてはブロック研修としています。消化器内科／肝臓内科、呼吸器内科、循環器内科、脳神経内科を各 1 か月ずつローテーション研修した後、総合診療科・総合内科も 1 ヶ月間のローテーション研修して頂きます。
- 2) 2 年次の研修医は選択科目として研修できます。
- 3) 総合診療科・総合内科の診療内容は、総合診療病棟の入院診療、内科外来診療、時間外の内科・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。
- 4) 総合診療科・総合内科は、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。

- 5) 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。

月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月
研修医①	内科・	消化器内科 ／肝臓内科	循環器内科	呼吸器内科	脳神経内科	総合診療科 ・総合内科		
研修医②	内科・		消化器内科 ／肝臓内科	循環器内科	呼吸器内科	脳神経内科	総合診療科 ・総合内科	
研修医③	内科・			消化器内科 ／肝臓内科	循環器内科	呼吸器内科	脳神経内科	総合診療科 ・総合内科

図 2. 1 年次内科必修研修のローテーション例

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ション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)の順でより確実なものとなります。ローテーション研修では、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

外来診療棟の 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。外来診療棟の 4 階総合研修センター 会議室・セミナー室は研修医専用の利用が可能であり、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、専門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	総合診 療科・ 総合内 科	消化器 内科	循環器 内科	呼吸器 内科	脳神経 内科	総合診 療科・ 総合内 科	小児科	救急	外科	麻酔科	産科婦 人科	救急
2 年 次	大学 病院	地域医 療	救急	精神科	選択								

※選択には次の科目が含まれる。

内科、外科、麻酔科、救急科、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、小児泌尿器科、精神科、放射線科、脳神経外科、病理診断学(病理部)

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						小児科	救急	外科	麻酔科	産科婦 人科	選択
2 年 次	大学 病院	地域医 療	救急	精神科	選択								

※選択には次の科目が含まれる。

内科、外科、麻酔科、救急科、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、小児泌尿器科、精神科、放射線科、脳神経外科、病理診断学(病理部)

※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						小児科	救急	外科	麻酔科	産科婦 人科	選択
2 年 次	大学病 院	地域医 療	救急		精神科	選択							

※選択には次の科目が含まれる。

内科、外科、麻酔科、救急科、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、小児泌尿器科、精神科、放射線科、脳神経外科、病理診断学(病理部)

※選択のうち必ず 8 週は小児科での研修を行う

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						小児科	救急	外科	麻酔科	産科婦 人科	選択
2 年 次	大学病 院	地域医 療	救急		精神科	選択							

※選択には次の科目が含まれる。

内科、外科、麻酔科、救急科、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、小児泌尿器科、精神科、放射線科、脳神経外科、病理診断学(病理部)

※選択のうち必ず 8 週は産科婦人科での研修を行う

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 1 年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)。

2 年間の研修期間での必修は内科 24 週、外科 4 週、小児科 4 週、産科婦人科 4 週、救急 12 週(うち 8 週は名古屋市立大学病院で研修を行う)、麻酔科 4 週、精神科 4 週、地域医療 4 週。

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(31 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
名古屋市立大学医学部附属西部医療センター
名古屋市立大学医学部附属東部医療センター
名古屋市立大学医学部附属みどり市民病院
社会医療法人大雄会総合大雄会病院
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院
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
地方独立行政法人東大阪医療センター
地方独立行政法人市立吹田市民病院

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で研修す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(45 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
名古屋市立大学医学部附属西部医療センター
名古屋市立大学医学部附属東部医療センター
名古屋市立大学医学部附属みどり市民病院
社会医療法人大雄会総合大雄会病院
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院
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
医療法人桂名会重工大須病院
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
地方独立行政法人知多半島総合医療機構知多半島りんくう病院
社会医療法人厚生会中部国際医療センター
みなと医療生活協同組合協立総合病院
公益社団法人地域医療振興協会あま市民病院
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
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
地方独立行政法人東大阪医療センター
地方独立行政法人市立吹田市民病院
社会医療法人大真会大隈病院

○ 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、保健・医療行政研修、短期研修）

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) 研修ができる施設(17 施設)

愛知県厚生農業協同組合連合会足助病院
上矢作病院

国民健康保険志摩市民病院
知多厚生病院附属篠島診療所
日間賀島診療所
名古屋市立大学医学部附属病院みらい光生病院
名古屋市立大学医学部附属リハビリテーション病院
名古屋市精神保健福祉センター
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
岐阜ハートセンター(※)
社会医療法人大真会大隈病院
公益社団法人地域医療振興協会あま市民病院

※選択科目(内科及び外科)の研修協力施設研修

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

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター
名古屋市立大学医学部附属西部医療センター

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臨床検査技術科、放射線技術科、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、臨床検査技術科、放射線技術科、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。当センターは病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 16 名、事務職員 4 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〈令和 6 年度参考〉

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。)	名古屋市立大学病院長 松川 則之
臨床研修責任者: (臨床研修の運営を行う部門の責任者)	総合研修センター長 村上 英樹
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。)	
大学病院基盤研修	兼松 孝好
協力型病院連携研修	村上 英樹・成田 朋子
小児科重点研修	齋藤 伸治

産科婦人科重点研修	西川 隆太郎
-----------	--------

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) PG-EPOC の内容について承認する。
- 5) 臨床研修委員会へ出席する。

所 属	氏 名
総合内科・総合診療科	兼松 孝好
消化器内科	杉村 直美
肝・膵臓内科	鈴木 孝典
呼吸器・アレルギー内科	金光 禎寛
循環器内科	横井 雅史
内分泌・糖尿病内科	小山 博之
血液・腫瘍内科	成田 朋子
リウマチ・膠原病内科	難波 大夫
脳神経内科	佐藤 豊大
腎臓内科	友斉 達也
消化器・一般外科	牛込 創
呼吸器外科	千馬 謙亮
心臓血管外科	吉田 雄一
小児外科	高木 大輔
乳腺外科	鰐淵 友美
整形外科	木村 浩明
産科婦人科	西川 隆太郎
小児科	根岸 豊
眼科	平野 佳男
耳鼻咽喉科	的場 拓磨
皮膚科	真柄 徹也
泌尿器科	永井 隆
小児泌尿器科	西尾 英紀
精神科	安井 禎

放射線科	柴田 峻佑
麻酔科	山添 大輝
脳神経外科	西川 祐介
形成外科	中村 亮太
救急科	服部 友紀
リハビリテーション科	岡本 秀貴
病理診断部	村瀬 貴幸

図 5. 令和 7 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を務めます。

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	役職
臨床検査技術科	技師長
放射線技術科	技師長
薬剤部	副部長
看護部	副看護部長
〃	17 階 南北看護師長
〃	16 階北 看護師長
〃	16 階南 看護師長
〃	15 階北 看護師長
〃	15 階南 看護師長
〃	14 階北 看護師長
〃	14 階南 看護師長
〃	13 階北 看護師長

〃	13 階南 看護師長
〃	12 階北 看護師長
〃	12 階南 看護師長
〃	11 階北 看護師長
〃	11 階南 看護師長
〃	10 階南 看護師長
〃	9 階北 看護師長
〃	9 階南 看護師長
〃	9 階 NICU・GCU 看護師長
〃	8 階 MFICU 看護師長
〃	8 階北南 看護師長
〃	7 階北 看護師長
〃	中央手術部 看護師長
〃	中央手術部 看護師長
〃	ICU・PICU・CCU 看護師長
〃	ICU・PICU・CCU 看護師長
〃	外来 看護師長
〃	外来 看護師長
〃	救命救急センター 看護師長
〃	救命救急センター 看護師長
〃	患者サポートセンター 看護師長
〃	がん支援 看護師長
〃	教育師長
〃	教育師長

図 6.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	宮崎 景
消化器内科部長	片岡 洋望
呼吸器・アレルギー内科部長(代理)	大久保 仁嗣
リウマチ・膠原病内科	難波 大夫
肝・脾臓内科部長	藤原 圭
循環器内科部長	瀬尾 由広
内分泌・糖尿病内科部長	田中 智洋
血液・腫瘍内科部長	飯田 真介
脳神経内科部長	松川 則之
腎臓内科部長	濱野 高行
消化器・一般外科部長	瀧口 修司
呼吸器外科部長	奥田 勝裕
小児外科部長(代理)	高木 大輔
乳腺外科部長	遠山 竜也
整形外科部長	村上 英樹
産科婦人科部長	杉浦 真弓
小児科部長	齋藤 伸治
眼科部長	安川 力
耳鼻咽喉科部長(代理)	岩崎 真一
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
小児泌尿器科部長(代理)	水野 健太郎
精神科部長	明智 龍男
放射線診断・IVR科	樋渡 昭雄
放射線治療科	樋渡 昭雄
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(代理)	板谷 慶一
救急科	笹野 寛 服部 友紀
リハビリテーション科	植木 美乃 岡本 秀貴

図 7. 令和 7 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とともに、「優秀指導医シール」を授与する。

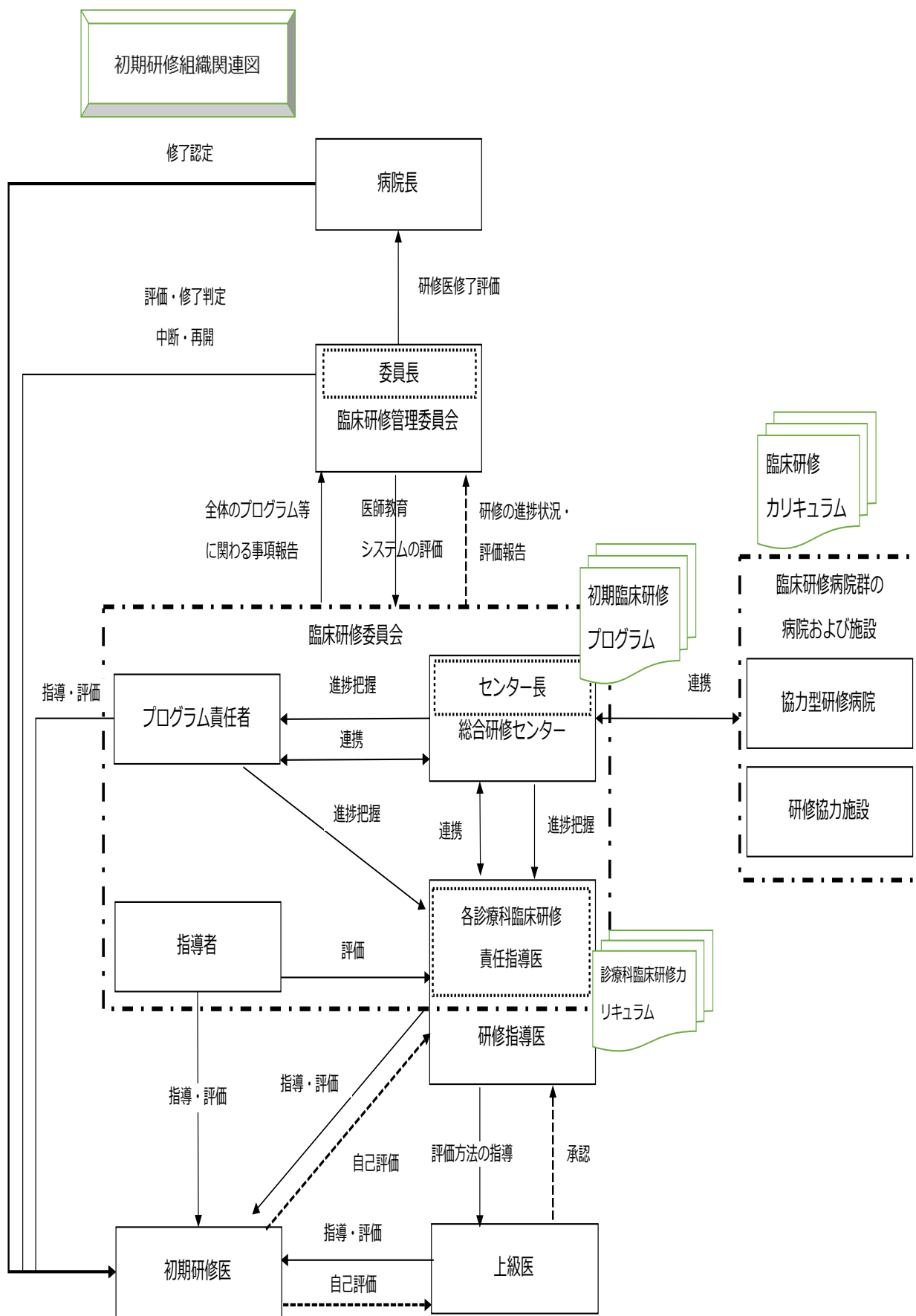


図 9. 初期研修組織関連図

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 EPOC2の使用方法について
- 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 一般外来研修

研修医は必修科目での研修中は、必修科目の研修と平行し、指導医および上級医の指導のもと 1 週間に 1 日程度一般外来研修を行います。選択科目(内科、外科、小児科に限る)での研修においても、一般外来研修を実施することが可能です。なお、一般外来研修は 2 年間で 1 ヶ月(20 日分)の実施を必修とします。

6.4 Morning conference

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。

6.5 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水曜夕方(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。

6.6 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。

6.7 研修医全体ミーティング(総合研修センター主催, 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、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、参加が必須となっています。

6.8 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研修医に有用と思われる症例提示をしますので、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 救急症例検討会(総合研修センター主催, 毎月第 3 火曜日)

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。引き続いて各診療科よりミニレクチャーが実施されます。

6.10 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。

6.11 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。

6.12 院内 BLS 講習会

病院職員向けに開催される BLS 講習会にインストラクターとして参加します。講習会の前に、当該講習会のディレクターが主催する事前講習会に参加することとなっています。

6.13 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。

参加できない講演会・研修会等については、e ラーニングを利用し研修を受けることとなっています。

6.14 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。

6.15 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、研修修了要件の進捗状況、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行います。

6.16 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、EPOC 等のインターネットを用いた評価システムを使用します。

1) 到達目標の達成の評価

各分野・診療科のローテーション終了時に、研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを用いて指導医及び指導者が評価します。

2) 研修中の評価とフィードバック

研修期間中の評価は、年2回程度プログラム責任者・研修管理委員会委員により、研修医の形成的評価を行います。

3) 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 研修終了時の評価は、研修管理委員会において、研修医評価研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを勘案して作成される「臨床研修の目標の達成度判定票」を用いて、到達目標の達成状況について評価する。
- ③ 研修管理委員会は、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 指導管理者との懇談記録

年2回程度プログラム責任者・研修管理委員会委員と面談を行います。

7.3 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) 「臨床研修の目標の達成度判定票」によりすべての到達目標について達成していると認められた
- 2) 研修期間(2年間)を通じた研修休止期間が90日以内
- 3) 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

7.4 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）及び中断証の写しを管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付する。

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。

7.5 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 409,600 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
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・休日の日勤勤務として 月 4 回程度 (3～7 回)
6.研修医の宿舎	無し
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 : 公立学校共済組合 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：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 5 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 5 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。

別添 3 臨床研修の到達目標

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 到達目標

医師は、病める人の尊厳を守り、医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を深く認識し、医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）及び医師としての使命の遂行に必要な資質・能力を身に付けなくてはならない。医師としての基盤形成の段階にある研修医は、基本的価値観を自らのものとし、基本的診療業務ができるレベルの資質・能力を修得する。

A 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与

社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。

2. 利他的な態度

患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。

3. 人間性の尊重

患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。

4. 自らを高める姿勢

自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

B 資質・能力

1. 医学・医療における倫理性

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

- ① 人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。
- ② 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。
- ③ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。
- ④ 利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。
- ⑤ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。

2. 医学知識と問題対応能力

最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題について、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。

- ① 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。
- ② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。

③保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。

3.診療技能と患者ケア

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

- ①患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
- ②患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。
- ③診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

4.コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

- ①適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。
- ②患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。
- ③患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

5.チーム医療の実践

医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図る。

- ①医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。
- ②チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。

6.医療の質と安全の管理

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

- ①医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。
- ②日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。
- ③医療事故等の予防と事後の対応を行う。
- ④医療従事者の健康管理(予防接種や針刺し事故への対応を含む。)を理解し、自らの健康管理に努める。

7.社会における医療の実践

医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する。

- ①保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。
- ②医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。
- ③地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。
- ④予防医療・保健・健康増進に努める。
- ⑤地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。
- ⑥災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。

8.科学的探究

医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。

- ①医療上の疑問点を研究課題に変換する。
- ②科学研究方法を理解し、活用する。
- ③臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。

9.生涯にわたって共に学ぶ姿勢

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

- ①急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。
- ②同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。
- ③国内外の政策や医学及び医療の最新動向(薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。)を把握する。

C 基本的診療業務

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

1. 一般外来診療

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

2. 病棟診療

急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全身的な診療とケアを行い、地域連携に配慮した退院調整ができる。

3. 初期救急対応

緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。

4. 地域医療

地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる。

別添 4 臨床研修の経験目標

Ⅱ 経験目標

経験すべき症候

外来又は病棟において、下記の症候を呈する患者について、病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と、病態を考慮した初期対応を行う。

ショック、体重減少・るい瘦、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作、視力障害、胸痛、心停止、呼吸困難、吐血・喀血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便通異常（下痢・便秘）、熱傷・外傷、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋力低下、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、興奮・せん妄、抑うつ、成長・発達の障害、妊娠・出産、終末期の症候（29 症候）

経験すべき疾病・病態

外来又は病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。

脳血管障害、認知症、急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、高血圧、肺癌、肺炎、急性上気道炎、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、急性胃腸炎、胃癌、消化性潰瘍、肝炎・肝硬変、胆石症、大腸癌、腎盂腎炎、尿路結石、腎不全、高エネルギー外傷・骨折、糖尿病、脂質異常症、うつ病、統合失調症、依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）（26 疾病・病態）

※ 経験すべき症候及び経験すべき疾病・病態の研修を行ったことの確認は、日常業務において作成する病歴要約に基づくこととし、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療、教育）、考察等を含むこと。

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てない限り、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
 2015 年 4 月ノルウェー、オスローにおける第 200 回 WMA 理事会で再確認

序 文

医師、患者およびより広い意味での社会との関係は、近年著しく変化してきた。医師は、常に自らの良心に従い、また常に患者の最善の利益のために行動すべきであると同時に、それと同等の努力を患者の自律性と正義を保証するために払わねばならない。以下に掲げる宣言は、医師が是認し推進する患者の主要な権利のいくつかを述べたものである。医師および医療従事者、または医療組織は、この権利を認識し、擁護していくうえで共同の責任を担っている。法律、政府の措置、あるいは他のいかなる行政や慣例であろうとも、患者の権利を否定する場合には、医師はこの権利を保障ないし回復させる適切な手段を講じるべきである。

原則

1. 良質の医療を受ける権利

- a. すべての人は、差別なしに適切な医療を受ける権利を有する。
- b. すべての患者は、いかなる外部干渉も受けずに自由に臨床上および倫理上の判断を行うことを認識している医師から治療を受ける権利を有する。
- c. 患者は、常にその最善の利益に即して治療を受けるものとする。患者が受ける治療は、一般的に受け入れられた医学的原則に沿って行われるものとする。
- d. 質の保証は、常に医療のひとつの要素でなければならない。特に医師は、医療の質の擁護者たる責任を担うべきである。
- e. 供給を限られた特定の治療に関して、それを必要とする患者間で選定を行わなければならない場合は、そのような患者はすべて治療を受けるための公平な選択手続きを受ける権利がある。その選択は、医学的基準に基づき、かつ差別なく行われなければならない。
- f. 患者は、医療を継続して受ける権利を有する。医師は、医学的に必要とされる治療を行うにあたり、同じ患者の治療にあたっている他の医療提供者と協力する責務を有する。医師は、現在と異なる治療を行うために患者に対して適切な援助と十分な機会を与えることができないならば、今までの治療が医学的に引き続き必要とされる限り、患者の治療を中断してはならない。

2. 選択の自由の権利

- a. 患者は、民間、公的部門を問わず、担当の医師、病院、あるいは保健サービス機関を自由に選択し、また変更す

る権利を有する。

- b. 患者はいかなる治療段階においても、他の医師の意見を求める権利を有する。

3. 自己決定の権利

- a. 患者は、自分自身に関わる自由な決定を行うための自己決定の権利を有する。医師は、患者に対してその決定のもたらす結果を知らせるものとする。
- b. 精神的に判断能力のある成人患者は、いかなる診断上の手続きないし治療に対しても、同意を与えるかまたは差し控える権利を有する。患者は自分自身の決定を行ううえで必要とされる情報を得る権利を有する。患者は、検査ないし治療の目的、その結果が意味すること、そして同意を差し控えることの意味について明確に理解すべきである。
- 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うる場合、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決める権利を有する。