

# 上越総合病院臨床研修ハンドブック (2025年度版)

新潟県厚生農業協同組合連合会

上越総合病院

# 目 次

I. 病院の理念、臨床研修の理念、基本方針	1 <sup>ページ</sup>
研修協力病院・施設一覧	6 <sup>ページ</sup>
臨床研修に係わる組織図	7 <sup>ページ</sup>
指導医・上級医、指導者一覧	8 <sup>ページ</sup>
II. 臨床研修プログラム	
臨床研修プログラムの到達目標	10 <sup>ページ</sup>
研修プログラムにおける実務研修の方略	18 <sup>ページ</sup>
研修マトリックス表	29 <sup>ページ</sup>
各診療科臨床研修プログラム	33 <sup>ページ</sup>
III. 研修評価修了基準	137 <sup>ページ</sup>
IV. 臨床研修に関する評価	138 <sup>ページ</sup>
目標達成状況の把握・確認・調整方法一覧表	140 <sup>ページ</sup>
各種評価票	141 <sup>ページ</sup>
講習会参加一覧表	164 <sup>ページ</sup>
V. 上越総合病院診療録の記載に関する指針	165 <sup>ページ</sup>
上越総合病院診療録等記載ガイドライン	167 <sup>ページ</sup>
基本的診察法と診療録の記載	187 <sup>ページ</sup>
病歴要約(雛形)	189 <sup>ページ</sup>
VI. 医療安全	178 <sup>ページ</sup>
上越総合病院における医療安全管理指針	191 <sup>ページ</sup>
医療事故発生時の対応	199 <sup>ページ</sup>
説明と同意に関する基本方針	203 <sup>ページ</sup>
VII. 研修医の医療行為の基準について	213 <sup>ページ</sup>
VIII. 臨床研修医の処遇、規程	
臨床研修医の処遇について	217 <sup>ページ</sup>
臨床研修規程	223 <sup>ページ</sup>
研修医職務規定	234 <sup>ページ</sup>
研修医実務マニュアル	238 <sup>ページ</sup>
臨床研修プログラム責任者規程	241 <sup>ページ</sup>
臨床研修指導医規程	243 <sup>ページ</sup>
臨床研修指導者規程	245 <sup>ページ</sup>
臨床研修医研修記録規程	247 <sup>ページ</sup>
臨床研修医メンタリングプログラム内規	249 <sup>ページ</sup>
臨床研修管理委員会規程	251 <sup>ページ</sup>
臨床研修プログラム委員会規程	255 <sup>ページ</sup>
教育研修センター規程	257 <sup>ページ</sup>
臨床研修同窓会規約	258 <sup>ページ</sup>
IX. 各種免許に関する事項	259 <sup>ページ</sup>
X. 付録	261 <sup>ページ</sup>

## 上越総合病院の理念

患者さまの権利を守り、人に優しい良質な医療を提供します。  
医療を通じて上越地域の発展に貢献します。

### 上越総合病院はこんな病院でありたいと願っています

- (1) 人にやさしい病院
  - 患者さんの心が休まる病院
  - お年寄りやお子さん、お体に不自由のある方を大切にする病院
  - みなさまのご意見に耳をかたむける病院
- (2) 地域に開かれた病院
  - 医療情報の公開を積極的にすすめる病院
  - 地域の医療機関と協力し合える病院
  - 診療以外にも広くご利用いただける病院
- (3) 地域に貢献する病院
  - さまざまな診療ニーズに全力でおこたえできる病院
  - みなさまのふれあいの場となる病院
  - すこやかで活力ある街づくりに寄与する病院

### 明日に向かって - 上越総合病院のころざし

患者さんの一日も早い回復をめざして  
医療にたずさわる者の誇りと責任を忘れずに  
私たちはいつも全力をつくします。

地域社会の健康と活力の回復にむかって  
医療を通じて貢献できるように  
私たちはいつも全力をつくします。

この病院でくりひろげられる営みが  
地域の皆さんに希望をもたらすことを  
私たちはいつも望んでいます。

みなさんとともに  
明日の豊かな実りを願うように



このシンボルは、「上越総合病院のころざし」の文章のイメージをデザインしたものです。  
青と白はさざなみ浮かぶ日本海、緑は豊穡な大地を示し、いずれも上越のシンボルです。円形は病院職員と患者さん、  
地域の皆さんの調和した姿を意味します。中央の黄色い稲穂は、私たちの守るべき命の象徴であり、医療が地域社会に  
生み出す幸福や活力、すなわち実りの象徴でもあります。

## 上越総合病院における診療の目標

「人にやさしく、地域に開かれ、地域に貢献する病院」という理念のもと、地域密着型の病院づくりを目指す。また、JA が母体の厚生連病院として、保険、医療、福祉を一体的、総合的に担って行くと共に、以下の4つの目標の実現を目指す。

### (1) 救急災害医療

ヘリポート、ドクターカーなどを整備し、ICU、ER 機能の充実を図り、救急災害対策に備える。ICLS などの救急救命講習会や災害訓練を繰り返し開催し、消防士などの教育にも貢献する。

### (2) 少子高齢化対策

少子化対策として、周産期医療、新生児医療、小児救急医療、不妊治療の体制を整え、働く女性の環境改善や医療支援に努める。

高齢化対策として、高齢化に伴い増加する脳血管障害、虚血性心疾患、高齢者肺炎などの治療体制の整備を行う。地元 JA との連携のもと、上越地域の広域的な高齢者福祉事業に取り組む。

### (3) がん対策

高度医療機器を整備して、人間ドックも含め、がん診断能力の向上に努める。外科系、内科系のがん専門医体制を強化し、がんの診断、治療の水準を高め、広域における拠点施設をめざす。

### (4) 予防医学

脳ドック、肺ドック、循環器ドックなどのオプション機能を拡大し、各種がん診断の診断率を高め、人間ドック事業の拡大、質の向上に努める。

## 上越総合病院 臨床研修の理念

上越総合病院の理念を基盤として、「医師としての人格」を涵養し、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遭遇する疾病または負傷に適切に対応できるように、プライマリケアの基本的な診療能力（知識・技能・態度）を身につける。

この理念に基づき、以下の臨床研修の基本方針を定める。上越総合病院の臨床研修は、本理念ならびに基本方針に基づいた計画のもとに実施される。

また、理念と基本方針は臨床研修の根幹をなすものであり、社会のニーズをふまえて、毎年その内容を見直すものとする。

上越総合病院での臨床研修を修了した者は、その後のそれぞれのキャリアを通じて、社会に求められる医師としての役割を果たすよう、活躍してゆくことが期待される。

## 上越総合病院臨床研修の基本方針

1. 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、病棟・外来・救急・地域医療などさまざまな場面で、プライマリケアを実践できる医師を育成する（別掲 「臨床研修の到達目標」を参照）。
2. 専門職として社会契約の意味を理解し、社会のさまざまな期待に応えることのできる医師を育成する。
3. 学習者（研修医）中心、多職種教育の視点に立って、病院の全職員が研修の成果が挙がるように支援する。
4. 急速に医療情勢が変化し地域医療構想が進む中、新潟県上越地域はもとより地域を支える医師を育成していく。

## 上越総合病院臨床研修プログラムの特徴

1. 全国津々浦々からさまざまな背景を有する研修医が集まっており、それぞれの多様性を尊重し、多様性の中からの新たな創造を目指した研修を行う。
2. Common disease から二次、大部分の三次救急まで幅広く患者を受け入れており、一般的疾患から専門的疾患に至るまで、地域の第一線病院ならではの、実践的で変化に富んだ研修ができる。
3. 学習者の多様なニーズに配慮し、tailor made 型の柔軟性のある研修計画を提供するとともに、選択期間を利用して、初期研修後の多様なキャリア形成の希望に柔軟に対応する。
4. 中規模病院の機動性を生かし、指導医との距離が近く、診療科間の垣根が低い、細かいところに手の行き届いた研修ができる。
5. 国内外から招聘した指導医のもとで、他施設の研修医や後進の医学生たちと症例検討会を行い、臨床推論の向上に寄与する機会を豊富に用意している。
6. 厚生連病院として地域に開かれ、地域に根差した環境で、職員や地域住民のサポートを受けながら安心して研修ができる。

○研修ローテーション例

上越総合病院臨床研修プログラム

1年次	内科 24週 (呼吸器内科・消化器内科・腎糖尿病内科・ 神経内科・循環器内科)		救急科 12週	外科 4週	小児科 4週	産婦 人科 4週	精神 科 4週
2年次	地域 医療 4週	総合診療 科 6週	選択科目 42週				

必修科目…内科(24週)(呼吸器内科・消化器内科・腎糖尿病内科・神経内科・循環器内科各4週を必修とし、残り4週を選択必修とする。)、  
救急科(12週)、地域医療(4週)  
外科(4週)、産婦人科(4週)、小児科(4週)、精神科(4週)、  
一般外来(4週):総合診療科および外科・小児科・地域医療で行う。従って、本プログラムでは総合診療科(6週)を必須診療科とする。

選択科目…内科、総合診療科、小児科、外科、脳神経外科、産婦人科、眼科、整形外科、  
耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科、救急科、放射線診断科、麻酔科、  
病理診断科、精神科、検査科、地域医療、保健行政

履修調整の必要上、ローテーション順については、上記の通りとはならない場合がある。  
上記のスケジュールに先立って、研修の冒頭に、オリエンテーションを兼ねて、1-2週間程度  
の多職種合同研修を行う(フレッシュマンセミナー)。  
年末年始や黄金連休の休暇、ならびに上記のフレッシュマンセミナーなどで、選択科の研修  
期間は実質的には42週を若干下回る可能性がある。

協力病院・施設での研修時期・期間については、下記の3点を考慮し、原則必須研修を除き8  
週までとする。

1. 臨床研修基幹施設の責任において、適切な研修環境の確保
2. 個々の到達目標の達成状況
3. 救急部門における屋根瓦方式の研修の保守

○協力病院・施設

- 新潟大学医歯学総合病院 (全科)
- 富山大学附属病院 (全科)
- 金沢大学附属病院 (全科)
- 信州大学医学部附属病院 (全科)
- 独立行政法人国立病院機構 さいがた医療センター (神経内科・精神科)
- 新潟県立中央病院 (全科)
- 新潟県厚生連 糸魚川総合病院 (全科)
- 新潟県厚生連 柏崎総合医療センター(内科、外科、産婦人科、小児科、整形外科、泌尿器科、麻酔科)
- 三交病院(精神科)
- 川室記念病院(精神科)
- 高田西城病院(精神科)

新潟県立柿崎病院（地域医療）

新潟県立松代病院（地域医療）

新潟県厚生連 けいなん総合病院（地域医療）

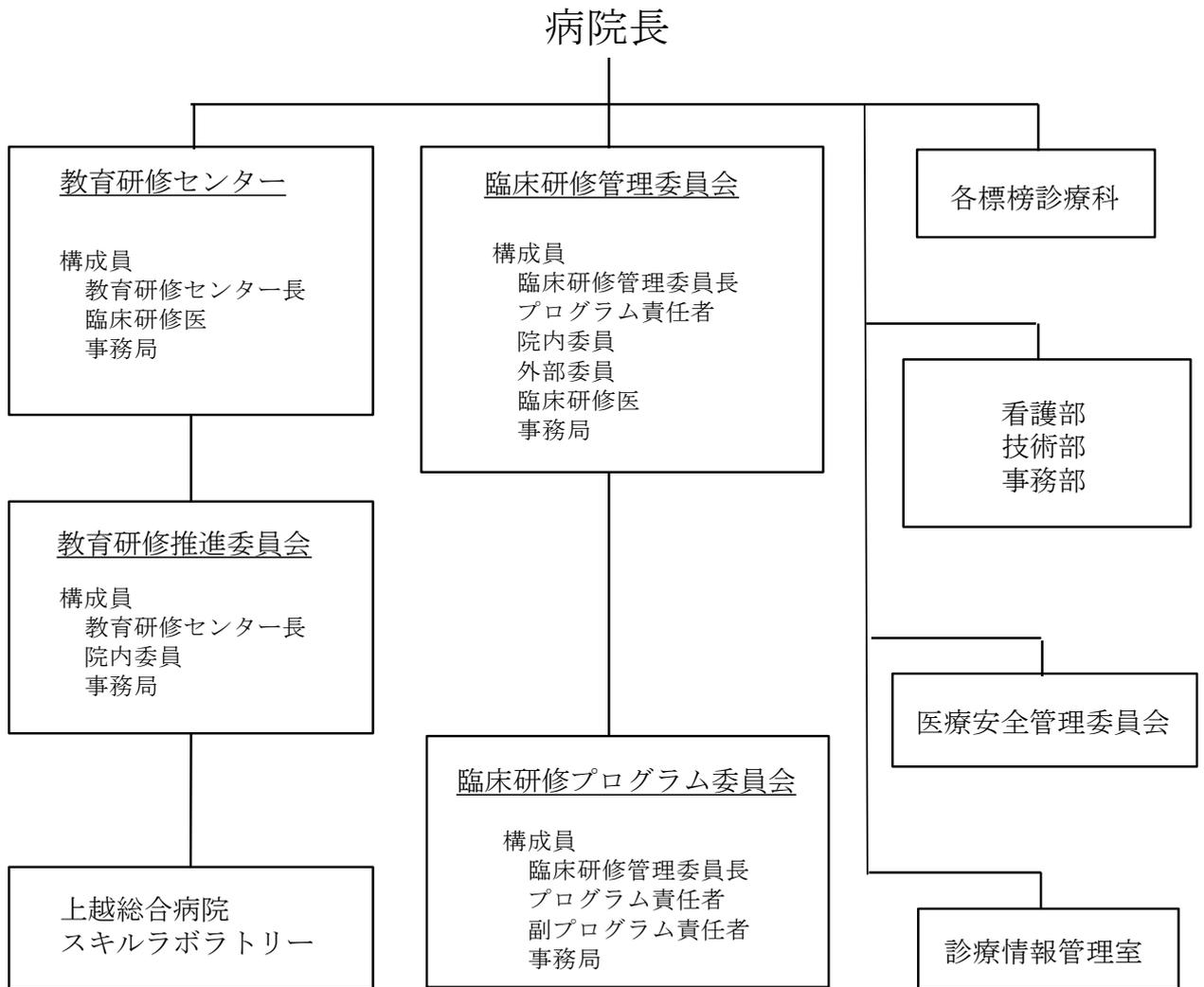
新潟県庁（保健行政）

上越地域振興局健康福祉環境部(上越保健所)（保健行政）

研修協力施設とその研修実施責任者、所在地、連絡先

施設名	研修担当責任者		所在地	連絡先
	役職名	氏名		
新潟大学医歯学総合病院	病院長	菊地 利明	〒951-8520 新潟県新潟市中央区旭町通1番町754番地	025-227-0728
富山大学附属病院	病院長	林 篤志	〒930-0194 富山県富山市杉谷2630番地	076-434-7806
金沢大学附属病院	病院長	吉崎 智一	〒920-8641 石川県金沢市宝町13番1号	076-265-2000
信州大学医学部附属病院	卒後臨床研修 センター長	清水 公裕	〒390-8621 長野県松本市旭3丁目1番1号	0263-37-3050
独立行政法人国立病院機構 さいがた医療センター	病院長	佐久間 寛之	〒949-3193 新潟県上越市大潟区犀潟468番地1	025-534-3131
新潟県立中央病院	院長	田部 浩行	〒943-0192 新潟県上越市新南町205番地	025-522-7711
新潟県厚生農業協同組合連合会 糸魚川総合病院	病院長	山岸 文範	〒941-8502 新潟県糸魚川市大字竹ヶ花457番地1	025-552-0280
新潟県厚生農業協同組合連合会 柏崎総合医療センター	病院長	相田 浩	〒945-8535 新潟県柏崎市北半田2丁目11番地3号	0257-23-2165
医療法人社団三交会 三交病院	病院長	坂本 隆行	〒943-8530 新潟県上越市大字塩屋337-1	025-543-2624
医療法人 常心会 川室記念病院	精神科診療部長	永井 達哉	〒943-0109 新潟県上越市北新保71-甲	025-520-2021
医療法人 高田西城会 高田西城病院	病院長	川室 優	〒943-0834 新潟県上越市西城町2丁目8番30号	025-523-2139
新潟県立柿崎病院	院長	太田 求磨	〒949-3216 新潟県上越市柿崎区柿崎6412番地1	025-536-3131
新潟県立松代病院	院長	鈴木 和夫	〒942-1526 新潟県十日町市松代3592番地2	025-597-2100
新潟県厚生農業協同組合連合会 けいなん総合病院	病院長	平野 正明	〒944-8501 新潟県妙高市田町2丁目4番7号	0255-72-3161
新潟県上越地域振興局 健康福祉環境部	上越保健所長	山崎 理	〒943-0807 新潟県上越市春日山町3丁目8番34号	025-524-6148

上越総合病院 臨床研修に係わる組織図



令和7年4月1日

臨床研修管理委員会委員長・教育研修センター長  
竈島 充

プログラム責任者 大堀 高志

事務局（教育研修センター） 佐藤真由美  
古川 香子  
梅澤真美子

指導医・上級医一覧

R7.4.1現在

診療科名	指導医・上級医	役職	氏名	診療科名	指導医・上級医	役職	氏名
1 内科(呼吸器)	指導医	診療科部長	清水 崇	34 外科	指導医	診療科部長	小出 則彦
2 内科(呼吸器)	指導医	診療科部長	清水 夏恵	35 外科	指導医	診療科部長	藤田 加奈子
3 内科(呼吸器)	指導医	診療科部長	佐藤 昂	36 外科	指導医	医長	長櫓 宏規
4 内科(呼吸器)	上級医	診療科部長	倉重 理絵	37 外科	上級医	医長	平野 勝久
5 内科(呼吸器)	上級医	医師	井原 嶺	38 外科	上級医	医長	金田 広志
6 内科(呼吸器)	上級医	医師	宮加谷 昌紀	39 脳神経外科	指導医	診療科部長	荒川 泰明
7 内科(呼吸器)	上級医	医師	青柳 悠太	40 脳神経外科	指導医	診療科部長	田村 哲郎
8 内科(消化器)	指導医	副院長 副プログラム責任者	佐藤 知己	41 脳神経外科	上級医	医師	木戸口 健士
9 内科(消化器)	指導医	診療科部長	合志 聡	42 産婦人科	指導医	診療科部長	小幡 宏昭
10 内科(消化器)	指導医	診療科部長	鈴木 庸弘	43 産婦人科	指導医	診療科部長	山岸 葉子
11 内科(消化器)	上級医	医師	藤本 聖也	44 産婦人科	上級医	医師	金子 愛
12 内科(消化器)	上級医	医師	槇本 成晃	45 眼科	指導医	副院長	佐藤 昭一
13 内科(腎・糖尿)	指導医	副院長 副プログラム責任者	亀田 茂美	46 眼科	上級医	診療科部長	平島 みほ
14 内科(腎・糖尿)	指導医	医長	小野 広幸	47 眼科	上級医	医師	神出 峻
15 内科(腎・糖尿)	上級医	医師	坂口 綾音	48 整形外科	指導医	診療科部長	渡部 公正
16 内科(内分沁腺病)	指導医	診療科部長	菊地 珠美	49 整形外科	指導医	診療科部長	相場 知宏
17 内科(神経)	指導医	診療科部長	坂井 健二	50 整形外科	上級医	診療科部長	松本 峰雄
18 内科(神経)	指導医	医長	山田 翔太	51 整形外科	上級医	医長	横山 雄哉
19 内科(神経)	上級医	医長	寺本 傑	52 整形外科	上級医	医師	笹野 寛哲
20 内科(神経)	上級医	医師	油谷 頌子	53 耳鼻咽喉科	指導医	部長	朝日 香織
21 内科(循環器)	指導医	病院長 管理委員長	籠島 充	54 耳鼻咽喉科	上級医	医長	山田 貴裕
22 内科(循環器)	指導医	診療科部長	正印 航	55 泌尿器科	指導医	診療科部長	飯田 裕朗
23 内科(循環器)	指導医	医長	正印 恭子	56 泌尿器科	上級医	医師	深田 尚貴
24 内科(循環器)	上級医	医長	宮尾 陽平	57 皮膚科	指導医	診療科部長	竹上 與志昌
25 内科(循環器)	上級医	医長	上野 匠	58 救急科	指導医	副院長 副プログラム責任者	田中 敏春
26 総合診療科	指導医	診療科部長 プログラム責任者	大堀 高志	59 麻酔科	指導医	副院長 副プログラム責任者	朝日 丈尚
27 総合診療科	指導医	医長	麻生 祐嗣	60 麻酔科	指導医	診療科部長	加藤 晋
28 総合診療科	指導医	医長	遠藤 真佑	61 麻酔科	指導医	診療科部長	加藤 麻紀子
29 総合診療科	指導医	医長	島田 長茂	62 放射線科(治療)	上級医	診療科部長	末山 博男
30 小児科	指導医	医長	坂井 知倫	63 放射線科(診断)	指導医	診療科部長	加藤 洋
31 小児科	上級医	医長	國上 千紘	64 放射線科(診断)	上級医	医師	伊藤 夢紘
32 小児科	上級医	医長	唐橋 裕輔	65 病理診断科	指導医	診療科部長	関谷 政雄
33 外科	指導医	副院長 副プログラム責任者	藤田 亘浩	66 一般外来	指導医	総合診療科部長	大堀 高志

指導者一覧

【メディカルスタッフ部門】

【看護部門】

部署名	役職	氏名	診療科名	役職	氏名
薬剤部	薬剤部長	山本 剛	看護部	看護部長	丸田 直美
放射線科	診療放射線技師長	徳山 克一	看護部	副看護部長	宮川 敬子
検査科	臨床検査技師長	江口 克也	看護部	副看護部長	斉藤 千夏子
リハビリ室	リハビリテーション技師長	江口 竜人	看護部	副看護部長	齋藤 恵子
栄養科	栄養科長	新津 百子	4北病棟	看護師長	笠野 ルミ
ME室	臨床工学技士長	加藤 崇	4南病棟	看護師長	廣瀬 洋美
事務部	事務長	五十嵐 泰史	5北病棟	看護師長	清水 美帆
総務課	総務課長	近藤 俊樹	5南病棟	看護師長	渡邊 征枝
医事課	医事課長	三輪 直希	6北病棟	看護師長	古川 恵
患者サポートセンター	地域連携支援部マネージャー	齋藤 謙	6南病棟	看護師長	関川 智恵
教育研修センター	教育研修センター課長	佐藤 真由美	集中治療病棟	看護師長	岩崎 昭徳
			外来	看護師長	村田 忍
			手術室	看護師長	小関 千鶴
			透析室	看護師長	小竹 久美子
			患者サポートセンター	看護師長 (チーフマネージャー)	利根川 典子
			院内感染管理	看護師長	武江 円

## 上越総合病院臨床研修プログラムの到達目標

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。

このような考え方に立ち、本プログラムの到達目標を次々ページ以降のように定める。

これらは令和6年3月29日付の「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について 別添」に示された到達目標に基づくものであるが、ここに呈示されたものを **minimum requirements** と捉えて、さらに上越総合病院臨床研修プログラムとして重視する若干の項目を加えて作成されている。

次ページ以降に示された到達目標は、縦に2列の構成で表示されている。左側の列は上記別添に示された到達目標、すなわち

### A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与
2. 利他的な態度
3. 人間性の尊重
4. 自らを高める姿勢

### B. 資質・能力

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

### C. 基本的診療業務

1. 一般外来診療
2. 病棟診療
3. 初期救急対応
4. 地域医療

を、大項目の目標として示し、そこに到達するために備えるべき基本的価値観や修得すべき資質・能力、修得すべきコンピテンシーをいわば中項目の目標として①、②...のように示した。

次ページには、これらの価値観や資質・能力、コンピテンシーが備わったことときに自然に表れてくるであろう代表的行動を、いわば小項目の目標として、中項目ごとに①-1、①-2....のように示した。これらの行動が行えるようになっているかどうか、到達目標達成状況の評価の視点ともなる。

これらの目標に到達することは、「上越総合病院臨床研修の理念」の実現のために欠かせないものである。また、これらの目標は、臨床研修前の卒前教育や、臨床研修後の専門研修、さらにはその後のキャリア形成過程の中で、一貫してその修得と質の向上を求められる課題でもある。

**A. 医師としての基本的価値観**  
(プロフェッショナリズム)

<b>1. 社会的使命と公衆衛生への寄与</b>	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。
備えるべき基本的価値観	基本的価値観が備わったことを確認できる、代表的行動
①社会が医師や医療に求めるニーズを認識し、それに応えるために誠実かつ真摯に行動する。	①-1 社会人の常識をわきまえた行動をする。 ①-2 医療に対する世論に関心を持ち、自分が担う役割を考察し、実践する。
②社会に対する説明責任を果たす。	②-1 診療方針について、患者や家族に説明する。 ②-2 行った診療の結果について、患者や家族に説明する。
③常に公正な医療を実践する。	③-1 診療において差別をしない。 ③-2 患者や家族、診療チームに差別的言動をしない。
④公衆衛生に積極的に貢献する。	④-1 地域の健康課題を把握し、解決に向けた取組みに参画する。 ④-2 学校保健・母子保健・老人保健などに協力する。
<b>2. 利他的な態度</b>	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。
備えるべき基本的価値観	基本的価値観が備わったことを確認できる、代表的行動
①患者の最大の利益を追求する行動を目指した行動をする。	①-1 患者に害をなさない。 ①-2 積極的に診察の機会を持つ。 ①-3 患者や家族の診察の求めに応じる。 ①-4 自ら診療することが困難な場合は、それに代わる方法を調整する。
<b>3. 人間性の尊重</b>	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。
備えるべき基本的価値観	基本的価値観が備わったことを確認できる、代表的行動
①患者や家族を個人として尊重する。	①-1 患者や家族に敬意を払う。 ①-2 患者や家族に寛容である。
②患者や家族の多様な価値観を尊重する。	②-1 患者や家族の多様な考えを理解する。 ②-2 問題解決のための対話ができる。 ②-3 患者や家族の自己決定権を尊重する。
③患者や家族に共感を持って接する。	③-1 患者や家族の話を傾聴する。 ③-2 患者や家族に受容的・支持的態度で接する。
<b>4. 自らを高める姿勢</b>	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。
備えるべき基本的価値観	基本的価値観が備わったことを確認できる、代表的行動
①絶えず向上しようとする心を持って行動する。	①-1 積極的に知識、技術の習得に努める。 ①-2 習慣的に省察をする。 ①-3 積極的に他者のフィードバックを求める。

**B. 資質・能力**

<b>1. 医学・医療における倫理性</b>	診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、対処方法について考察し、適切に行動する。
修得すべき資質・能力	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動
①人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。	①-1 臨床倫理の4原則（自律性の尊重、無危害、善行、公正）に叶う行動をする。 ①-2 救命や生存期間延長にむけた診療をする。 ①-3 患者の生活の質向上を目指した診療をする。
②患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。	②-1 診療上知りえた情報を口外しない。 ②-2 個人情報保護法を遵守する。

③倫理的ジレンマを認識し、相互尊重の立場に基づいた対応をする。	③-1 臨床倫理の諸問題（生殖医療、終末期医療等）を含む事例に対応をする。 ③-2 倫理的ジレンマを呈する事例に対応をする。 ③-3 他職種や専門家の意見を聞きながら、望ましい対応法を検討する。
④利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。	④-1 自らの行動が利益相反に該当しないか常に意識する。 ④-2 社会通念や所属施設・関連団体の指針に沿って、利益相反を回避するための行動をする。
⑤診療、教育、研究の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。	⑤-1 自らの行動が研究倫理に抵触しないか常に意識する。 ⑤-2 社会通念や所属施設・関連団体の指針に沿って、研究倫理を実践する。
<b>2. 医学知識と問題対応能力*)</b>	
修得すべき資質・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。	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動 ①-1 代表的症候を来す疾患を列挙する。 ①-2 Semantic qualifierを適切に用いる。 ①-3 根拠を示しながら鑑別疾患をする。 ①-4 臨床推論過程を診療録に記載する。 ①-5 適切な病態把握と診断をする。 ①-6 望ましい初期治療を立案する。 ①-7 治療方針を診療チームで共有し、実践する。
②エビデンスに基づいた標準的な診療方針を実施する。	②-1 積極的にエビデンスを検索する。 ②-2 診療ガイドラインを検索する。 ②-3 医学的に適切な診療を実施する。
③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（clinical decision making）を行う。	③-1 患者の病状を正しく把握する。 ③-2 他職種からの情報も含めて、患者の意向や背景（家庭環境や経済状況など）を把握する。 ③-3 これらの文脈に応じた、最善の診療方針を立案する。
④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。	④-1 患者の健康増進上の問題点を把握する（好ましくない生活習慣など）。 ④-2 関係部門と連携しながら患者の健康増進のための指導を行う。 ④-3 患者の福祉サービスに対するニーズを把握する。 ④-4 関係部門と協力しながら、福祉サービスを診療計画に反映させる。
*) ここでは全診療分野に共通した項目を挙げた。具体的な到達目標は診療科によって異なるため、各診療科の項に別途記載する。	
<b>3. 診療技能と患者ケア*)</b>	
修得すべき資質・能力	臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した標準的な診療を行う。
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。	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動 ①-1 適切な医療面接を行い患者情報を収集する。 ①-2 他職種の収集した情報を確認する。
②基本的な診察法を身に付け、臨床現場で安全に行う。	②-1 成人、小児・新生児、妊婦・褥婦の標準的な身体診察を実施し、所見を把握する。 ②-2 患者の心理に配慮した診察をする。 ②-3 医療安全マニュアルに沿った診察をする。 ②-4 感染対策マニュアルに沿った診察をする。
③基本的な手技の修得に勤め、臨床現場で安全に行う。	③-1 シミュレーター研修など、基本的診療手技を学ぶ機会に積極的に参加する。 ③-2 患者に手技を実践する機会を積極的に利用する。 ③-3 自分の限界をわきまえ、必要に応じて指導医の援助や観察を依頼する。 ③-4 医療安全マニュアルに沿った手技をする。 ③-5 感染対策マニュアルに沿った手技をする。

④患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。	④-1 患者の緊急度・重症度を把握する。 ④-2 診療に際して確認すべき事項（感染症など）を把握する。 ④-3 これらをふまえて、患者に最適な治療を選択、実施する。
⑤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。	⑤-1 データベース、問題リスト、初期計画を診療録に迅速に記載する。 ⑤-2 経過記録（プログレスノート）を臨床録に迅速に記載する。 ⑤-3 患者との面談内容を診療録に明確に記載する。 ⑤-4 診療方針の根拠を診療録に明確に記載する。
*) ここでは全診療分野に共通した項目を挙げた。具体的な到達目標は診療科によって異なるため、各診療科の項に別途記載する。	
<b>4. コミュニケーション能力</b>	患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と診療の基盤となる良好な関係を築く。
修得すべき資質・能力	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動
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。	①-1 清潔な身だしなみをする。 ①-2 挨拶や自己紹介をする。 ①-3 患者や家族が話しやすい環境を設定する。 ①-4 礼節を守った言葉遣いをする。
②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。	②-1 生物心理社会モデルを用いて、患者の身体的・心理的・社会的問題を列挙する。 ②-2 メディカルスタッフから広く情報を得る。
③患者や家族のニーズをふまえて、収集した情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意志決定を支援する。	③-1 問題解決の選択肢を、利点・欠点も含めて提示する。 ③-2 質問に的確に答える。 ③-3 難解な医学用語を避け、患者や家族が理解しやすいように努める。 ③-4 患者の意思決定を尊重し、支援する姿勢を態度で示す。
<b>5. チーム医療の実践</b>	すべての医療はチームで行われることを理解し、診療において患者や家族に関わる全ての職種のスタッフの役割を理解し、連携して問題を解決できる。
修得すべき資質・能力	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動
①医療を提供する組織やチームの目的、組織や部門の役割、および、チームの各構成員の役割を理解し、必要に応じてチームメンバーを組織できる。	①-1 問題解決に適した部門や職種を選び、コンサルテーションや協力をする。 ①-2 問題解決のためのチームを組織する。
②チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。	②-1 他職種が理解しやすい説明に努める。 ②-2 診療録に情報共有過程を記録する。 ②-3 連携に必要な書類を迅速、適切に作成する。
③状況に応じてリーダーシップとフォロワーシップを発揮できる。	③-1 多職種が集まる場で積極的に発言する。 ③-2 他職種からの相談に対して、支援のための提案をする。 ③-3 他職種からの提案を積極的に受け入れる。
④お互いの尊重に基づいて、医療を行う。	④-1 相手の業務状況に配慮した相談をする。 ④-2 全職種のスタッフを専門職として尊敬し、言葉や態度でそれらを示す。 ④-3 診療スタッフの意見に真摯に耳を傾ける。
<b>6. 医療の質と安全の管理</b>	患者にとって最良かつ安全な医療を提供し、そのことを患者が理解・納得・安心できるよう行動して、医療従事者の安全性にも配慮する。
修得すべき資質・能力	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動
①科学的根拠もしくは標準的医療に拠った医療の提供と患者安全を最優先する。	①-1 科学的根拠に基づく医療や標準的医療について習慣的に検索する。 ①-2 検索内容に批判的吟味（critical thinking）を加え、適用の是非を判断する。 ①-3 エビデンスを重視した医療を心掛ける。 ①-4 常に患者安全を最優先する。

②チーム全体で情報と分析、意思決定を共有し、患者安全に関わる疑問点は遅滞なく解決する。	②-1 コミュニケーションツール（SBARなど）を効果的に用いて報告・連絡・相談をする。 ②-2 カンファレンスに参加して診療方針を共有する。 ②-3 患者安全上の問題を、安全対策チームと迅速に協議する。
③医療事故予防のための組織的取り組みに積極的に参加するとともに、ミスを責めず、ミスから学ぶ職場文化の形成に寄与する。	③-1 医療安全講習会に積極的に参加する。 ③-2 医療安全ニュースに習慣的に目を通す。 ③-3 常に医療安全マニュアルに即した行動をする（本人確認やタイムアウトなど）。 ③-4 疑義照会に迅速に対応する。 ③-5 インシデントレポートを迅速に提出する。 ③-6 他者のミスを責めず、ミスから学ぶ姿勢を示す。
④医療事故発生時に迅速に初期対応を行い、誠実に事後の対応を行う。	④-1 医療安全マニュアルに沿った初期対応や、報告・連絡・相談をする。 ④-2 院内救急コール（ドクターハリー、METコールなど）を活用する。
⑤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。）をその目的を含めて理解し、自らとチームの健康管理に努める。	⑤-1 感染対策講習会に積極的に参加する。 ⑤-2 感染対策マニュアルに沿った診療を率先して行う（標準予防策や手洗いの励行など）。 ⑤-3 感染暴露時の対応を理解し、感染対策マニュアルに即した対応をする（針刺し事故など）。
⑥患者が安心・納得して医療を受けられるよう、チームとしての安全管理に対する取組みについて解りやすい説明に努める。	⑥ 自施設の患者安全の取り組みについて、機会を捉えて患者に伝えるよう努める。
<b>7. 社会における医療の実践</b>	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。
修得すべき資質・能力	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動
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。	①-1 医師法・医療法をはじめ、医療に関する法令を遵守する。 ①-2 法の定める書類（死亡診断書、介護保険意見書など）を記載する。
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。	②-1 保険診療制度を理解し、健康保険法施行規則に沿った診療をする。 ②-2 医療費の公費負担制度を理解し、活用する。 ②-3 介護保険制度を理解し、活用する。 ②-4 医療費や介護保険料の適正な配分に配慮した診療を行う。
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。	③-1 疾病の背後に潜む社会問題（高齢化、独居、低収入など）を認識する。 ③-2 地域特性に根差した健康問題（雪国・へき地・過疎地など）の存在を認識する。 ③-3 問題解決にむけて、関係機関と協力する。
④予防医療・保健・健康増進に努める。	④-1 検診活動に参画し、受診者に指導をする。 ④-2 地域保健活動（成人病対策、ロコモティブシンドローム予防、感染症予防など）に参画する。
⑤地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。	⑤-1 かかりつけ医療機関との間で診療の役割分担と連携を進める。 ⑤-2 在宅療養担当者や施設等との連携を進める。 ⑤-3 診療情報提供書を作成する。
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。	⑥-1 災害医療現場での活動や、シミュレーション研修に参画する。 ⑥-2 感染症パンデミックに備えて、感染対策マニュアルに即した研修に参画する。
⑦国籍の異なる患者に初期対応ができる。	⑦-1 国籍・宗教・生活習慣の違いなどを念頭に置いた対応をする。 ⑦-2 翻訳ツール利用など、可能な限り円滑なコミュニケーションに努める。 ⑦-3 外国人支援のための関係施設と連携する。

<b>8. 科学的探究</b>	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。
修得すべき資質・能力	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動
①医療上の問題点から研究課題を抽出する。	①-1 日常診療上の疑問点を把握する。 ①-2 疑問点を研修課題に変換する。
②科学的研究方法を理解し、活用する。	②-1 科学的研究方法を理解する。 ②-2 研究倫理に沿って簡単な臨床試験をデザインし、実施する。 ②-3 基本的な統計解析を行う。
③研究成果や診療上得られた知見を発表する。	③-1 研究成果を学会や論文で発表する。 ③-2 学会や論文に症例報告を発表する。
④臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。	④-1 研究倫理に沿って、臨床研究に協力する。 ④-2 研究倫理に沿って、臨床治験に協力する。
<b>9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢</b>	医療の質の向上のために常に省察し、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。
修得すべき資質・能力	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動
①急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努め、常に自身をアップデートする。	①-1 学会などの学術活動に積極的に参加する。 ①-2 文献検索ツールを積極的に活用する。 ①-3 常に最新の知識にアップデートする。
② 同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。	②-1 同僚との学習機会を準備し、積極的に参加する。 ②-2 指導医からの学習機会を準備し、積極的に参加する。 ②-3 身近なロールモデルとして、医学部学生の実習に参画する。 ②-4 他職種との学習機会を企画し、積極的に参加する。
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。	③-1 医学や医療の最新の動向に関心を持つ。 ③-2 文献などを通じて、情報を収集する。 ③-3 学んだ内容をもとに、期待できる点や問題点、自分の意見を述べる。

<b>C. 基本的診療業務</b>	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。
<b>1. 一般外来診療</b>	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。
習得すべきコンピテンシー	コンピテンシーが備わったことを確認できる、代表的行動
①ほぼ単独で、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用いて診断・治療を行う。	①-1 初診患者の予診を行う。 ①-2 必要に応じてコンサルテーションをする。
②代表的な慢性疾患について、ほぼ単独で継続診療を行う。	②-1 慢性疾患患者の経過観察の診療を行う。 ②-2 必要に応じてコンサルテーションをする。
<b>2. 病棟診療</b>	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。
習得すべきコンピテンシー	コンピテンシーが備わったことを確認できる、代表的行動
①急性期の患者を含む入院患者について、ほぼ単独で入院診療計画を作成する。	①-1 入院患者の担当医となる。 ①-2 入院診療計画を立案、実践し、診療録に記載し、患者や家族に説明する。 ①-3 必要に応じてコンサルテーションをする。
②ほぼ単独で患者の一般的・全身的な診療とケアを行う。	②-1 入院時の問題点の経過観察を行う。 ②-2 入院中に生じた種々の問題について、診療方針を立案する。 ②-3 必要に応じてコンサルテーションをする。
③ほぼ単独で、地域連携に配慮した退院調整ができる。	③-1 関連部門と連絡しながら、退院・転院先の調整をする。 ③-2 退院・転院に必要な書類を記載する。

<b>3. 初期救急対応</b>	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。
習得すべきコンピテンシー	コンピテンシーが備わったことを確認できる、代表的行動
①緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を、ほぼ単独で速やかに把握・診断する。	①-1 救急患者のトリアージをする。 ①-2 バイタルサインの評価をする。 ①-3 的を絞った問診や診察を要領よく行う。 ①-4 緊急性の判断をする。 ①-5 必要な検査をオーダーする。
②救命のための応急処置を、指導医のいない状況でも開始する。	②-1 必要に応じてBLSやACLSを実施する。 ②-2 気道確保、酸素投与、血管確保、モニタリングなどの応急処置を行う。 ②-3 基本的な救急薬剤を投与する。
③院内外の専門部門と迅速な連携ができる。	③-1 救急隊からの情報収集、救急隊への情報提供をする。 ③-2 院内救急コール（5999コール）を活用する。 ③-3 必要に応じて専門診療科に迅速なコンサルテーションをする。
<b>4. 地域医療</b>	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。
習得すべきコンピテンシー	コンピテンシーが備わったことを確認できる、代表的行動
①地域医療の特性を理解する。	①-1 高齢化が医療に及ぼす影響を理解する。 ①-2 過疎地における医療の特徴を理解する。 ①-3 地域医療の背景としての、地域住民の生活様式を理解する。
②地域包括ケアの概念と枠組みを理解する。	②-1 地域における医療機能の分担の必要性を理解する。 ②-2 保険・医療・福祉を包括した地域の在り方を考察する。
③地域の特性や地域包括ケアの概念を踏まえた医療に参画する。	③-1 診療所など、地域の最前線施設での診療に参画する。 ③-2 訪問診療に参画する。 ③-3 介護老人保健施設など、高齢者向け施設での診療に参画する。
④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。	④-1 退院前カンファレンスなど、関係者が情報共有する場に参加する。 ④-2 地域医療を支えるさまざまな職種を理解し、活用する。 ④-3 地域の健康づくり活動に参画する。

## 上越総合病院研修プログラムにおける実務研修の方略

別掲の臨床研修の到達目標を達成するための方略として、以下のことがらを定める。

これらの方略を実践し、その過程で繰り返しかえし形成的評価を受けてゆくことで、研修医はおのずからその目標達成に向けて成長してゆくことが可能になる（評価の詳細については、別に示す）。

これらは令和6年3月29日付の「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について 別添」に準拠するものであり、基本的にはどのプログラムでも同様の内容であるが、本プログラムでは、研修に関わるスタッフが総力を挙げて、その実施を支援するものである。

### 研修期間

研修期間は原則として2年間以上とする。本プログラムでは臨床研修協力施設と協同して臨床研修が行われるが、原則として1年以上は基幹型臨床研修病院である上越総合病院で研修を行う。なお、地域医療等における研修期間を、12週を上限として、基幹型臨床研修病院で研修を行ったものとみなすことができる。

### 臨床研修を行う分野・診療科

- ① 内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療を必修分野とする。また、一般外来での研修を必修として含む。本プログラムでは6週間以上の総合診療科も必修とし、その間に一般外来研修を行う。
- ② 原則として、内科24週以上、救急12週以上、外科、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療それぞれ4週以上の研修を行う。なお、外科、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療については、8週以上の研修を行うことが望ましい。
- ③ 原則として、各分野は一定のまとまった期間に研修（ブロック研修）を行うことを基本とする。ただし、救急については、4週以上のまとまった期間にブロック研修を行った上で、週1回の研修を通年で実施するなど特定の期間一定の頻度により行う研修（並行研修）を行うことも可能である。なお、特定の必修分野を研修中に、救急の並行研修を行う場合、その日数は当該特定の必修分野の研修期間に含めないこととする（後述の「並行研修の考え方」を参照のこと）。
- ④ 内科については、入院患者の一般的・全身的な診療とケア、及び一般診療で頻繁に関わる症候や内科的疾患に対応するために、幅広い内科的疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑤ 外科については、一般診療で頻繁に関わる外科的疾患への対応、基本的な外科手技の修得、周術期の全身管理などに対応するために、幅広い外科的疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑥ 小児科については、小児の心理・社会的側面に配慮しつつ、新生児期から思春期までの各発達段階に応じた総合的な診療を行うために、幅広い小児科疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑦ 産婦人科については、妊娠・出産、産科疾患や婦人科疾患、思春期や更年期における医学的対応などを含む一般診療において頻繁に遭遇する女性の健康問題への対応等を修得するために、幅広い産婦人科領域に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑧ 精神科については、精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応する

ために、精神科専門外来又は精神科リエゾンチームでの研修を含むこと。なお、急性期入院患者の診療を行うことが望ましい。

- ⑨ 救急については、頻度の高い症候と疾患、緊急性の高い病態に対する初期救急対応の研修を含むこと。また、麻酔科における研修期間を、4週を上限として、救急の研修期間とすることができる。麻酔科を研修する場合には、気管挿管を含む気道管理及び呼吸管理、急性期の輸液・輸血療法、並びに血行動態管理法についての研修を含むこと。

- ⑩ 一般外来での研修については、ブロック研修又は並行研修により、4週以上の研修を行うこと。なお、受入状況に配慮しつつ、8週以上の研修を行うことが望ましい。また、症候・病態について適切な臨床推論プロセスを経て解決に導き、頻度の高い慢性疾患の継続診療を行うために、特定の症候や疾病に偏ることなく、原則として初期患者の診療及び慢性疾患患者の継続診療を含む研修を行うこと。例えば、総合診療、一般内科、一般外科、小児科、地域医療等における研修が想定され、特定の症候や疾病のみを診察する専門外来や、慢性疾患患者の継続診療を行わない救急外来、予防接種や健診・検診などの特定の診療のみを目的とした外来は含まれない。一般外来研修においては、他の必修分野等との同時研修（並行研修）を行うことも可能である。ただし、その際は以下の「並行研修の考え方」に準拠しなければならない。

これらの趣旨に鑑み、当院では、総合診療科のブロック研修を原則として必修化し、一般外来研修の主たる経験の場をそこに設ける立場をとっている（前述）。

- ⑪ 地域医療については、原則として、2年次に行うこと。また、へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院又は診療所を適宜選択して研修を行うこと。さらに研修内容としては以下に留意すること。

- 1) 一般外来での研修と在宅医療の研修を含めること。ただし、地域医療以外で在宅医療の研修を行う場合に限り、必ずしも在宅医療の研修を行う必要はない。
- 2) 病棟研修を行う場合は慢性期・回復期病棟での研修を含めること。
- 3) 医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織との連携を含む、地域包括ケアの実践について学ぶ機会を十分に含めること。

- ⑫ 選択研修として、保健・医療行政の研修を行う場合、研修施設としては、保健所、看護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、検診・健診の実施施設、国際機関、行政機関、矯正施設、産業保健等が考えられる。

- ⑬ 全研修期間を通じて、感染対策（院内感染や性感染症等）、予防医療（予防接種等）、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、臨床病理検討会（CPC）等、基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修を含むこと。また、診療領域・職種横断的なチーム（感染防御、緩和ケア、栄養サポート、認知症ケア、退院支援等）の活動に参加することや、児童・思春期精神科領域（発達障害等）、薬剤耐性菌、ゲノム医療等、社会的要請の強い分野・領域等に関する研修を含むことが望ましい。

このような視点から、本プログラムでは以下のような研修機会を設ける。

- ・インフルエンザ予防接種に参加する。
- ・感染対策チーム、緩和ケアチーム、栄養サポートチーム等の院内チームに研修医の代表が参加し、他の研修医に対してチームの討議内容の伝達講習を開催したり、代表的な症例のケースカンファレンスなどを行う等の機会を設ける。
- ・原則1例は剖検に参加し、当該症例のCPCに向けて資料を作成するとともに、プレゼンターとして参加する。ただし、研修に機会がない場合は、自ら経験した死亡症例について検討会にて発表し、症例レポートを提出する。

- ・緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、認知症ケア、退院支援、児童・思春期精神科領域（発達障害等）、ゲノム医療等については、ローテーション研修の中で担当した症例を通じて、指導医や院内当該部署の担当者から指導を受け、学習する。適切な症例がない場合は、指導医や院内当該部署の担当者による学習会の機会を設ける。

#### \*並行研修についての考え方

ある診療科をブロック研修しながら、同時に他の分野の研修を特定の期間、一定の頻度によって行うものを並行研修と呼ぶ。例えばどの診療科をローテートしていても毎週月曜は救急に充てる、そのときローテートしている診療科に関わらず、毎週火曜の午前中は一般外来研修を行う、といった場合である。

このように、並行研修が可能なのは、救急と一般外来診療である。本プログラムではいずれも原則としてブロック研修を行うこととしているが、並行研修も可能である。ただしその場合、以下のルールが適用される。

##### ① 救急の並行研修

12週間の必修期間のうち、最低4週間はブロック研修を行わなければならない。そのうえで残りの8週間は並行研修で行うことができる。

この場合、午前、午後の終日を救急研修に充てた場合1日の研修、午前中だけ、もしくは午後だけの場合は0.5日と換算される。

また、当該並行研修と同時にブロック研修を行っている診療科の研修への影響を最小限にするため、原則として並行研修は週1日までとする。

たとえば救急並行研修を8週間分行うとした場合、8週間×5日（1週間の勤務を月一金の5日とする）＝40日の研修が必要であり、週1日であれば、40週間並行研修が行われなければならない。

なお、救急の並行研修を行う場合、その日数は同時にローテート研修している必修診療科の研修期間に含めることはできない（ダブルカウントできない）。そのため、当該必修診療科の研修日数を別途確保する必要がある。例えば内科のローテート中に週1日、24週救急の並行研修を行った場合、24日分内科研修の日数を別に確保しなければならない。

なお、気管挿管を含む気道管理及び呼吸管理、急性期の輸液・輸血療法、並びに血行動態管理法についての研修を含むことを条件に、麻酔科における研修期間を、4週を上限として、救急の研修期間とすることができる。

##### ② 一般外来の並行研修

一般外来研修は4週間が必修である。ブロック研修で1日午前・午後すべてを一般外来に充てた場合、4週間×5日（1週間の勤務を月一金の5日とする）＝20日分の研修が必要である。午前中のみ、あるいは午後のみ外来を1単位（1コマ）とすれば、20日×2＝40単位の研修が必要なことになる。

当該並行研修と同時にブロック研修を行っている診療科の研修への影響を最小限にするため、原則として並行研修は週1日までとする。

20日分、すなわち40単位の研修を、週1回午前中のみの並行研修で行うとすると、40単位÷1＝40日、40日÷1（日/週）＝40週必要である。

一般外来研修の並行研修の日数を、同時にローテート研修している必修診療科の研修期間に含めることができる（ダブルカウントできる）のは、以下の場合のみである。

- ・内科研修中に一般内科／病院総合診療外来を並行研修する場合
- ・外科研修中に一般外科外来を並行研修する場合
- ・小児科研修中に一般小児科外来を並行研修する場合
- ・地域医療研修における一般内科外来／病院総合診療外来／プライマリ・ケア外来／家庭医療外来を並行研修する場合

これ以外はダブルカウントができないので、同時にブロック研修している診療科が必修分野である場合は、並行研修した一般外来研修の分の日数を別途確保する必要がある。例えば小児科のローテート中に週1単位（週1日午前のみ）、4週間の一般内科外来の並行研修を行った場合、 $0.5 \text{ 日} / \text{週} \times 4 \text{ 週} = 2 \text{ 日分}$ 、小児科研修の日数を別に確保しなければならない。

一方で、小児科のローテート中に週1単位（週1日午前のみ）、4週間の一般小児科外来の並行研修を行った場合は、ダブルカウントが可能なので、この必要はない。同様に、内科のブロック研修中に週1単位（週1日午前のみ）の一般外来研修を行った場合もダブルカウントが不要である。ただし24週間これを行っても24単位にすぎず、別途16単位の一般外来の機会を確保する必要がある。週2単位（たとえば週2日午前のみ）の一般外来研修に増やせば $24 \text{ 週} \times 2 \text{ 日} / \text{週} \times 1 \text{ 単位} / \text{日} = 48 \text{ 単位}$ の研修が可能となるが、おそらく同時にブロック研修している内科各分野の研修に影響が出てくる懸念が生じる。

一般外来研修として想定されているのは、症候・病態について適切な臨床推論プロセスを経て解決に導き、頻度の高い慢性疾患の継続診療を行うために、特定の症候や疾病に偏ることなく、原則として初期患者の診療及び慢性疾患患者の継続診療を含む研修を行うものであり、総合診療、一般内科、一般外科、小児科、地域医療等における研修がその場に該当する。特定の症候や疾病のみを診察する専門外来や、慢性疾患患者の継続診療を行わない救急外来、予防接種や健診・検診などの特定の診療のみを目的とした外来は含まれない。

このように考えると、本プログラムでは総合診療科6週間を独自に必修とし、週5日毎日午前に一般外来研修を行うことを基本としている。これで $6 \text{ 週間} \times 1 \text{ 単位} / \text{日} \times 5 \text{ 日} / \text{週} = 30 \text{ 単位}$ の外来研修の機会がある。不足分は地域医療で補うことを想定している。総合診療科は省令で定める必修診療科ではないので、研修日数に関する問題は生じない。地域医療研修は省令で定める必修診療科であるが、その研修内容における一般外来診療の役割が大きいため、並行研修は週1回という原則に縛られない。在宅医療、慢性期・回復期病棟研修、地域包括ケアなどの研修機会が確保できれば、1週間に複数回の外来診療も可能である。

### 経験すべき症候

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

ショック、体重減少・るい瘦、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作、視力障害、胸痛、心停止、呼吸困難、吐血・喀血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便秘異常（下痢・便秘）、熱傷・外傷、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋力低下、排尿障

害（尿失禁・排尿困難）、興奮・せん妄、抑うつ、成長・発達の障害、妊娠・出産、終末期の症候

（29 症候）

**経験すべき疾病・病態**

外来又は病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。

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

※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。

個々の到達目標と、その達成にむけた方略を以下の表に示す。各診療科・部門のローテーションでは、これらをすべて用いる必要はなく、他に加えるべき方略がある場合もありうる。研修医が到達目標を達成できるように適していると考えられるものを適宜組み合わせることが大切である。

方略の場では、研修医が示したパフォーマンスに対して、観察していた指導医や指導者から何らかの価値判断が加えられ、研修医にフィードバックが行われる。したがって方略の場はそのまま形成的評価（研修医の成長を促すための評価）の場でもある。

表の見方：表右列に示された小項目の目標に対して、それぞれの方略をゴシック文字で示す。On-JT (on the job training) とは、業務の中で研修するものを指す。Off-JT (off the job training) とは、業務を離れて別に学修の場を設けるものである。

## 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	
備えるべき基本的価値観	基本的価値観が備わったことを確認できる、代表的行動
①社会が医師や医療に求めるニーズを認識し、それに応えるために誠実かつ真摯に行動する。	①-1 社会人の常識をわきまえた行動をする。 ①-2 医療に対する世論に関心を持ち、自分が担う役割を考察し、実践する。 On-JT：病棟研修、外来研修、ER Off-JT：オリエンテーション、プロフェッショナリズムを考えるワークショップ、SEA
②社会に対する説明責任を果たす。	②-1 診療方針について、患者や家族に説明する。 ②-2 行った診療の結果について、患者や家族に説明する。 On-JT：病棟研修、外来研修、ER Off-JT：SEA
③常に公正な医療を実践する。	③-1 診療において差別をしない。 ③-2 患者や家族、診療チームに差別的言動をしない。 On-JT：病棟研修、外来研修、ER Off-JT：SEA
④公衆衛生に積極的に貢献する。	④-1 地域の健康課題を把握し、解決に向けた取組みに参画する。 ④-2 学校保健・母子保健・老人保健などに協力する。 On-JT：地域医療研修、保健所研修
2. 利他的な態度	
備えるべき基本的価値観	基本的価値観が備わったことを確認できる、代表的行動
①患者の最大の利益を追求する行動を目指した行動をする。	①-1 患者に害をなさない。 ①-2 積極的に診察の機会を持つ。 ①-3 患者や家族の診察の求めに応じる。 ①-4 自ら診療することが困難な場合は、それに代わる方法を調整する。 On-JT：病棟研修、外来研修、ER Off-JT：SEA
3. 人間性の尊重	
備えるべき基本的価値観	基本的価値観が備わったことを確認できる、代表的行動
①患者や家族を個人として尊重する。	①-1 患者や家族に敬意を払う。 ①-2 患者や家族に寛容である。 On-JT：病棟研修、外来研修、ER Off-JT：SEA
②患者や家族の多様な価値観を尊重する。	②-1 患者や家族の多様な考えを理解する。 ②-2 問題解決のための対話ができる。 ②-3 患者や家族の自己決定権を尊重する。 On-JT：病棟研修、外来研修、ER Off-JT：SEA
③患者や家族に共感を持って接する。	③-1 患者や家族の話を傾聴する。 ③-2 患者や家族に受容的・支持的態度で接する。 On-JT：病棟研修、外来研修、ER Off-JT：SEA
4. 自らを高める姿勢	
備えるべき基本的価値観	基本的価値観が備わったことを確認できる、代表的行動
	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。

①絶えず向上しようとする心を持って行動する。	①-1 積極的に知識、技術の習得に努める。 ①-2 習慣的に省察をする。 ①-3 積極的に他者のフィードバックを求める。 On-JT: 病棟研修、外来研修、ER、抄読会 Off-JT: 学会発表・参加、各種勉強会・講習会、SEA
------------------------	--

## B. 資質・能力

1. 医学・医療における倫理性	
修得すべき資質・能力	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動
①人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。	①-1 臨床倫理の4原則（自律性の尊重、無危害、善行、公正）に叶う行動をする。 ①-2 救命や生存期間延長にむけた診療をする。 ①-3 患者の生活の質向上を目指した診療をする。 On-JT: 病棟研修、外来研修、ER Off-JT: 医療倫理研修会、SEA
②患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。	②-1 診療上知りえた情報を口外しない。 ②-2 個人情報保護法を遵守する。 On-JT: 病棟研修、外来研修、ER Off-JT: 個人情報保護研修会、SEA
③倫理的ジレンマを認識し、相互尊重の立場に基づいた対応をする。	③-1 臨床倫理の諸問題（生殖医療、終末期医療等）を含む事例に対応をする。 ③-2 倫理的ジレンマを呈する事例に対応をする。 ③-3 他職種や専門家の意見を聞きながら、望ましい対応法を検討する。 On-JT: 病棟研修、外来研修、ER Off-JT: 医療倫理研修会、SEA
④利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。	④-1 自らの行動が利益相反に該当しないか常に意識する。 ④-2 社会通念や所属施設・関連団体の指針に沿って、利益相反を回避するための行動をする。 On-JT: 病棟研修、外来研修 Off-JT: 医療倫理研修会
⑤診療、教育、研究の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。	⑤-1 自らの行動が研究倫理に抵触しないか常に意識する。 ⑤-2 社会通念や所属施設・関連団体の指針に沿って、研究倫理を実践する。 Off-JT: 医療倫理研修会、学会発表、臨床治験
2. 医学知識と問題対応能力*)	
修得すべき資質・能力	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動
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。	①-1 代表的症候を来す疾患を列挙する。 ①-2 Semantic qualifierを適切に用いる。 ①-3 根拠を示しながら鑑別疾患をする。 ①-4 臨床推論過程を診療録に記載する。 ①-5 適切な病態把握と診断をする。 ①-6 望ましい初期治療を立案する。 ①-7 治療方針を診療チームで共有し、実践する。 On-JT: 病棟研修、外来研修、ER Off-JT: 症例検討会、教育回診
②エビデンスに基づいた標準的な診療方針を実施する。	②-1 積極的にエビデンスを検索する。 ②-2 診療ガイドラインを検索する。 ②-3 医学的に適切な診療を実施する。 On-JT: 病棟研修、外来研修、ER
③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（clinical decision making）を行う。	③-1 患者の病状を正しく把握する。 ③-2 他職種からの情報も含めて、患者の意向や背景（家庭環境や経済状況など）を把握する。 ③-3 これらの文脈に応じた、最善の診療方針を立案する。 On-JT: 病棟研修、外来研修、ER
④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。	④-1 患者の健康増進上の問題点を把握する（好ましくない生活習慣など）。 ④-2 関係部門と連携しながら患者の健康増進のための指導を行う。 ④-3 患者の福祉サービスに対するニーズを把握する。 ④-4 関係部門と協力しながら、福祉サービスを診療計画に反映させる。 On-JT: 病棟研修、外来研修、他職種カンファレンス
*) ここでは全診療分野に共通したものを挙げた。具体的な到達目標や方略は診療科によって異なるため、各診療科で別途追加されるものもありうる。	
3. 診療技能と患者ケア*)	
修得すべき資質・能力	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動
臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した標準的な診療を行う。	

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。	①-1 適切な医療面接を行い患者情報を収集する。 ①-2 他職種の収集した情報を確認する。 <b>On-JT:病棟研修、外来研修、ER</b>
②基本的な診察法を身につけ、臨床現場で安全に行う。	②-1 成人、小児・新生児、妊婦・褥婦の標準的な身体診察を実施し、所見を把握する。 ②-2 患者の心理に配慮した診察をする。 ②-3 医療安全マニュアルに沿った診察をする。 ②-4 感染対策マニュアルに沿った診察をする。 <b>On-JT:病棟研修、外来研修、ER</b> <b>Off-JT:医療安全研修会、感染対策研修会</b>
③基本的な手技の修得に勤め、臨床現場で安全に行う。	③-1 シミュレーター研修など、基本的診察手技を学ぶ機会に積極的に参加する。 ③-2 患者に手技を実践する機会を積極的に利用する。 ③-3 自分の限界をわかまえ、必要に応じて指導医の援助や観察を依頼する。 ③-4 医療安全マニュアルに沿った手技をする。 ③-5 感染対策マニュアルに沿った手技をする。 <b>On-JT:病棟研修、外来研修、ER、当直、手術室</b> <b>Off-JT:医療安全研修会、感染対策研修会、シミュレーター研修会</b>
④患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。	④-1 患者の緊急度・重症度を把握する。 ④-2 診療に際して確認すべき事項（感染症など）を把握する。 ④-3 これらをふまえて、患者に最適な治療を選択、実施する。 <b>On-JT:ER研修 Off-JT:BLS、ACLS、ACLS-EP、PALS</b>
⑤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。	⑤-1 データベース、問題リスト、初期計画を診療録に迅速に記載する。 ⑤-2 経過記録（プログレスノート）を臨床録に迅速に記載する。 ⑤-3 患者との面談内容を診療録に明確に記載する。 ⑤-4 診療方針の根拠を診療録に明確に記載する。 <b>On-JT:病棟研修、外来研修、ER</b>
*) ここでは全診療分野に共通したものを挙げた。具体的な到達目標や方略は診療科によって異なるため、各診療科で別途追加されるものもありうる。	
<b>4. コミュニケーション能力</b>	患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と診療の基盤となる良好な関係を築く。
修得すべき資質・能力	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動
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。	①-1 清潔な身だしなみをする。 ①-2 挨拶や自己紹介をする。 ①-3 患者や家族が話しやすい環境を設定する。 ①-4 礼節を守った言葉遣いをする。 <b>On-JT:病棟研修、外来研修、ER</b>
②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。	②-1 生物心理社会モデルを用いて、患者の身体的・心理的・社会的問題を列挙する。 ②-2 メディカルスタッフから広く情報を得る。 <b>On-JT:病棟研修、外来研修、ER</b>
③患者や家族のニーズをふまえて、収集した情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意志決定を支援する。	③-1 問題解決の選択肢を、利点・欠点も含めて提示する。 ③-2 質問に的確に答える。 ③-3 難解な医学用語を避け、患者や家族が理解しやすいように努める。 ③-4 患者の意思決定を尊重し、支援する姿勢を態度で示す。 <b>On-JT:病棟研修、外来研修、ER</b>
<b>5. チーム医療の実践</b>	すべての医療はチームで行われることを理解し、診療において患者や家族に関わる全ての職種のスタッフの役割を理解し、連携して問題を解決できる。
修得すべき資質・能力	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動
①医療を提供する組織やチームの目的、組織や部門の役割、および、チームの各構成員の役割を理解し、必要に応じてチームメンバーを組織できる。	①-1 問題解決に適した部門や職種を選び、コンサルテーションや協力をする。 ①-2 問題解決のためのチームを組織する。 <b>On-JT:病棟研修、外来研修、ER</b> <b>Off-JT:チーム活動参画 (ICLS、医療安全、感染対策など)</b>
②チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。	②-1 他職種が理解しやすい説明に努める。 ②-2 診療録に情報共有過程を記録する。 ②-3 連携に必要な書類を迅速、適切に作成する。 <b>On-JT:病棟研修、外来研修、ER</b> <b>Off-JT:チーム活動参画 (ICLS、医療安全、感染対策など)</b>
③状況に応じてリーダーシップとフォロワーシップを発揮できる。	③-1 多職種が集まる場で積極的に発言する。 ③-2 他職種からの相談に対して、支援のための提案をする。 ③-3 他職種からの提案を積極的に受け入れる。 <b>On-JT:病棟研修、外来研修、ER</b> <b>Off-JT:チーム活動参画 (ICLS、医療安全、感染対策など)</b>

④お互いの尊重に基づいて、医療を行う。	④-1 相手の業務状況に配慮した相談をする。 ④-2 全職種スタッフを専門職として尊敬し、言葉や態度でそれらを示す。 ④-3 診療スタッフの意見に真摯に耳を傾ける。 On-JT:病棟研修、外来研修、ER Off-JT:チーム活動参画(IGLS、医療安全、感染対策など)
<b>6. 医療の質と安全の管理</b>	患者にとって最良かつ安全な医療を提供し、そのことを患者が理解・納得・安心できるよう行動して、医療従事者の安全性にも配慮する。
修得すべき資質・能力	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動
①科学的根拠もしくは標準的医療に拠った医療の提供と患者安全を最優先する。	①-1 科学的根拠に基づく医療や標準的医療について習慣的に検索する。 ①-2 検索内容に批判的吟味(critical thinking)を加え、適用の是非を判断する。 ①-3 エビデンスを重視した医療を心掛ける。 ①-4 常に患者安全を最優先する。 On-JT:病棟研修、外来研修、ER Off-JT:教育回診、症例検討会、医療安全講習会
②チーム全体で情報と分析、意思決定を共有し、患者安全に関わる疑問点は遅滞なく解決する。	②-1 コミュニケーションツール(SBARなど)を効果的に用いて報告・連絡・相談をする。 ②-2 カンファレンスに参加して診療方針を共有する。 ②-3 患者安全上の問題を、安全対策チームと迅速に協議する。 On-JT:病棟研修、外来研修、ER、手術室、多職種カンファレンス Off-JT:医療安全研修会
③医療事故予防のための組織的取り組みに積極的に参加するとともに、ミス責めず、ミスから学ぶ職場文化の形成に寄与する。	③-1 医療安全講習会に積極的に参加する。 ③-2 医療安全ニュースに習慣的に目を通す。 ③-3 常に医療安全マニュアルに即した行動をする(本人確認やタイムアウトなど)。 ③-4 疑義照会に迅速に対応する。 ③-5 インシデントレポートを迅速に提出する。 ③-6 他者のミスを責めず、ミスから学ぶ姿勢を示す。 On-JT:病棟研修、外来研修、ER、手術室 Off-JT:医療安全講習会、インシデントレポート作成
④医療事故発生時に迅速に初期対応を行い、誠実に事後の対応を行う。	④-1 医療安全マニュアルに沿った初期対応や、報告・連絡・相談をする。 ④-2 院内救急コール(5999コール)を活用する。 On-JT:病棟研修、外来研修、ER、手術室 Off-JT:医療安全講習会、ACLS、IGLS、BLS
⑤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。)をその目的を含めて理解し、自らとチームの健康管理に努める。	⑤-1 感染対策講習会に積極的に参加する。 ⑤-2 感染対策マニュアルに沿った診療を率先して行う(標準予防策や手洗いの励行など)。 ⑤-3 感染暴露時の対応を理解し、感染対策マニュアルに即した対応をする(針刺し事故など)。 On-JT:病棟研修、外来研修、ER、手術室 Off-JT:医療安全講習会
⑥患者が安心・納得して医療を受けられるよう、チームとしての安全管理に対する取り組みについて解りやすい説明に努める。	⑥ 自施設の患者安全の取り組みについて、機会を捉えて患者に伝えるよう努める。 On-JT:病棟研修、外来研修、ER
<b>7. 社会における医療の実践</b>	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
修得すべき資質・能力	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動
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。	①-1 医師法・医療法をはじめ、医療に関する法令を遵守する。 ①-2 法の定める書類(死亡診断書、介護保険意見書など)を記載する。 On-JT:病棟研修、外来研修、ER Off-JT:医事課研修
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。	②-1 保険診療制度を理解し、健康保険法施行規則に沿った診療をする。 ②-2 医療費の公費負担制度を理解し、活用する。 ②-3 介護保険制度を理解し、活用する。 ②-4 医療費や介護保険料の適正な配分に配慮した診療を行う。 On-JT:病棟研修、外来研修 Off-JT:保険診療研修、患者サポートセンター研修
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。	③-1 疾病の背後に潜む社会問題(高齢化、独居、低収入など)を認識する。 ③-2 地域特性に根差した健康問題(雪国・へき地・過疎地など)の存在を認識する。 ③-3 問題解決にむけて、関係機関と協力する。 On-JT:病棟研修、外来研修、地域医療研修 Off-JT:保健所研修
④予防医療・保健・健康増進に努める。	④-1 検診活動に参画し、受診者に指導をする。 ④-2 地域保健活動(成人病対策、ロコモティブシンドローム予防、感染症予防など)に参画する。 On-JT:病棟研修、外来研修、地域医療研修 Off-JT:保健所研修

⑤地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。	⑤-1 かかりつけ医療機関との間で診療の役割分担と連携を進める。 ⑤-2 在宅療養担当者や施設等との連携を進める。 ⑤-3 診療情報提供書を作成する。 On-JT: 病棟研修、外来研修、地域医療研修 Off-JT: 地域医療研修
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。	⑥-1 災害医療現場での活動や、シミュレーション研修に参画する。 ⑥-2 感染症パンデミックに備えて、感染対策マニュアルに即した研修に参画する。 Off-JT: 災害訓練、感染対策講習会
⑦国籍の異なる患者に初期対応ができる。	⑦-1 国籍・宗教・生活習慣の違いなどを念頭に置いた対応をする。 ⑦-2 翻訳ツール利用など、可能な限り円滑なコミュニケーションに努める。 ⑦-3 外国人支援のための関係施設と連携する。 On-JT: 病棟研修、外来研修、ER、地域医療研修

<b>8. 科学的探究</b>	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。
修得すべき資質・能力	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動
①医療上の問題点から研究課題を抽出する。	①-1 日常診療上の疑問点を把握する。 ①-2 疑問点を研修課題に変換する。 On-JT: 病棟研修、外来研修、ER
②科学的研究方法を理解し、活用する。	②-1 科学的研究方法を理解する。 ②-2 研究倫理に沿って簡単な臨床試験をデザインし、実施する。 ②-3 基本的な統計解析を行う。 On-JT: 病棟研修、外来研修 Off-JT: 抄読会、学会発表・参加、臨床研究
③研究成果や診療上得られた知見を発表する。	③-1 研究成果を学会や論文で発表する。 ③-2 学会や論文に症例報告を発表する。 Off-JT: 学会発表・参加、論文執筆
④臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。	④-1 研究倫理に沿って、臨床研究に協力する。 ④-2 研究倫理に沿って、臨床治験に協力する。 Off-JT: 臨床研究、臨床治験への参加

<b>9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢</b>	医療の質の向上のために常に省察し、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、生涯にわたって自立的に学び続ける。
修得すべき資質・能力	資質・能力が備わったことを確認できる、代表的行動
①急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努め、常に自身をアップデートする。	①-1 学会などの学術活動に積極的に参加する。 ①-2 文献検索ツールを積極的に活用する。 ①-3 常に最新の知識にアップデートする。 On-JT: 病棟研修、外来研修 Off-JT: 抄読会、学会発表・参加
② 同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。	②-1 同僚との学習機会を準備し、積極的に参加する。 ②-2 指導医からの学習機会を準備し、積極的に参加する。 ②-3 身近なロールモデルとして、医学部学生の実習に参画する。 ②-4 他職種との学習機会を企画し、積極的に参加する。 On-JT: 病棟研修、外来研修 Off-JT: 抄読会、症例検討会、各種講習会、研修医勉強会、多職種勉強会、学生実習
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。	③-1 医学や医療の最新の動向に関心を持つ。 ③-2 文献などを通じて、情報を収集する。 ③-3 学んだ内容をもとに、期待できる点や問題点、自分の意見を述べる。 On-JT: 病棟研修、外来研修 Off-JT: 抄読会、各種講習会

<b>C. 基本的診療業務</b>	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。
<b>1. 一般外来診療</b>	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。
習得すべきコンピテンシー	コンピテンシーが備わったことを確認できる、代表的行動
①ほぼ単独で、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用いて診断・治療を行う。	①-1 初診患者の予診を行う。 ①-2 必要に応じてコンサルテーションをする。 On-JT: 一般外来、小児科外来、外科外来、地域医療研修（外来）
②代表的な慢性疾患について、ほぼ単独で継続診療を行う。	②-1 慢性疾患患者の経過観察の診療を行う。 ②-2 必要に応じてコンサルテーションをする。 On-JT: 一般外来、小児科外来、外科外来、地域医療研修（外来）

<b>2. 病棟診療</b>	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。
習得すべきコンピテンシー	コンピテンシーが備わったことを確認できる、代表的行動
①急性期の患者を含む入院患者について、ほぼ単独で入院診療計画を作成する。	①-1 入院患者の担当医となる。 ①-2 入院診療計画を立案、実践し、診療録に記載し、患者や家族に説明する。 ①-3 必要に応じてコンサルテーションをする。 <b>0n-JT:病棟研修</b>
②ほぼ単独で患者の一般的・全身的な診療とケアを行う。	②-1 入院時の問題点の経過観察を行う。 ②-2 入院中に生じた種々の問題について、診療方針を立案する。 ②-3 必要に応じてコンサルテーションをする。 <b>0n-JT:病棟研修</b>
③ほぼ単独で、地域連携に配慮した退院調整ができる。	③-1 関連部門と連絡しながら、退院・転院先の調整をする。 ③-2 退院・転院に必要な書類を記載する。 <b>0n-JT:病棟研修 Off-JT:地域医療研修</b>
<b>3. 初期救急対応</b>	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。
習得すべきコンピテンシー	コンピテンシーが備わったことを確認できる、代表的行動
①緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を、ほぼ単独で速やかに把握・診断する。	①-1 救急患者のトリアージをする。 ①-2 バイタルサインの評価をする。 ①-3 的を絞った問診や診察を要領よく行う。 ①-4 緊急性の判断をする。 ①-5 必要な検査をオーダーする。 <b>0n-JT:ER Off-JT:BLS, ACLS, ACLS-EP, PALS, CPVS</b>
②救命のための応急処置を、指導医のいない状況でも開始する。	②-1 必要に応じてBLSやACLSを実施する。 ②-2 気道確保、酸素投与、血管確保、モニタリングなどの応急処置を行う。 ②-3 基本的な救急薬剤を投与する。 ②-4 的を絞った問診や診察を要領よく行う。 ②-5 緊急性の判断をする。 ②-6 必要な検査をオーダーする。 <b>0n-JT:ER Off-JT:BLS, ACLS, ACLS-EP, PALS, CPVS</b>
③院内外の専門部門と迅速な連携ができる。	③-1 救急隊からの情報収集、救急隊への情報提供をする。 ③-2 院内救急コール(5999コール)を活用する。 ③-3 必要に応じて専門診療科に迅速なコンサルテーションをする。 <b>0n-JT:ER</b>
<b>4. 地域医療</b>	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。
習得すべきコンピテンシー	コンピテンシーが備わったことを確認できる、代表的行動
①地域医療の特性を理解する。	①-1 高齢化が医療に及ぼす影響を理解する。 ①-2 過疎地における医療の特徴を理解する。 ①-3 地域医療の背景としての、地域住民の生活様式を理解する。 <b>0n-JT:地域医療研修、保健所研修</b>
②地域包括ケアの概念と枠組みを理解する。	②-1 地域における医療機能の分担の必要性を理解する。 ②-2 保険・医療・福祉を包括した地域の在り方を考察する。 <b>0n-JT:地域医療研修、保健所研修</b> <b>Off-JT:患者サポートセンター研修</b>
③地域の特性や地域包括ケアの概念を踏まえた医療に参画する。	③-1 診療所など、地域の最前線施設での診療に参画する。 ③-2 訪問診療に参画する。 ③-3 介護老人保健施設など、高齢者向け施設での診療に参画する。 <b>0n-JT:地域医療研修、保健所研修、介護施設研修</b>
④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。	④-1 退院前カンファレンスなど、関係者が情報共有する場に参加する。 ④-2 地域医療を支えるさまざまな職種を理解し、活用する。 ④-3 地域の健康づくり活動に参画する。 <b>0n-JT:地域医療研修、保健所研修、退院前カンファレンス</b> <b>Off-JT:患者サポートセンター研修</b>

研修分野	研修単元 / 科目の状況 科目の状況 (1: 必須、2: 選択)	必須分野														その他											
		オリエンテーション	一般外来	総合診療科	神経内科	呼吸器内科	消化器内科	腎臓病内科	循環器内科	外科	小児科	産婦人科	精神科	救急科	地域医療	麻酔科	脳神経外科	呼吸器外科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	皮膚科	放射線科	放射線治療科	病理診断科	保健所
	「◎」個数⇒																										
I 到達目標																											
A 医師としての基本的価値観 (プロフェッショナリズム)																											
1	社会的使命と公衆衛生への寄与	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	利他的な態度	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	人間性の尊重	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	自らを高める姿勢	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
B 資質・能力																											
1	医学・医療における倫理性	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	医学知識と問題対応能力		●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	診療技能と患者ケア		●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	コミュニケーション能力	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	チーム医療の実践	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	医療の質と安全管理	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	社会における医療の実践	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	科学的探究		○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	生涯にわたって共に学ぶ姿勢	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
C 基本的診療業務																											
1	一般外来診療		●							○	○				○												
	症候・病態についての臨床推論プロセス		●							○	○				○												
	初診患者の診療		●							○	○				○												
	慢性疾患の継続診療		●							○	○				○												
2	病棟診療		●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	入院診療計画の作成		●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	一般的・全身的な診療とケア		●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	地域医療に配慮した退院調整		●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	幅広い内科系疾患に対する診療		●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	幅広い外科系疾患に対する診療									●	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
3	初期救急対応		○	○									●														
	状態や緊急度を把握・診断		○	○									●														
	応急処置や院内外の専門部門と連携		○	○									●														
4	地域医療		○											●												○	
	概念と枠組みを理解			○										●												○	
	種々の施設や組織と連携			○										●												○	
II 実務研修の方略																											
臨床研修を行う分野・診療科																											
オリエンテーション																											
1	臨床研修制度・プログラムの説明	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	医療倫理	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	医療関連行為の理解と実習	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	患者とコミュニケーション	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	医療安全管理	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	多職種連携・チーム医療	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	地域連携	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	自己研鑽：図書館、文献検索、EBMなど	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
①内科分野 (24週以上)																											
	入院患者の一般的・全身的な診療とケア		●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	幅広い内科系疾患の診療を行う病棟研修		●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
②外科分野 (4週以上)																											
	一般診療にて頻繁な外科的疾患への対応									●					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	幅広い外科的疾患の診療を行う病棟研修									●					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
③小児科分野 (4週以上)																											
	小児の心理・社会的側面に配慮										●			○													
	新生児から各発達段階に応じた総合的な診療										●			○													
	幅広い小児科系疾患の診療を行う病棟研修										●			○													
④産婦人科分野 (4週以上)																											
	妊娠・出産										●																
	産科疾患や婦人科疾患										●																
	思春期や更年期における医学的対応										●																
	頻繁な女性の健康問題への対応										●																
	幅広い産婦人科領域の診療を行う病棟研修										●																
⑤精神科分野 (4週以上)																											
	精神科専門外来											●															
	精神科リエゾンチーム											●															

研修分野	研修単元 / 科目の状況	必須分野														その他												
		科目の状況 (1: 必須、2: 選択)																										
		オリエンテーション	一般外来	総合診療科	神経内科	呼吸器内科	消化器内科	腎糖尿病内科	循環器内科	外科	小児科	産婦人科	精神科	救急科	地域医療	麻酔科	脳神経外科	呼吸器外科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	皮膚科	放射線科	放射線治療科	病理診断科	保健所	
	急性期入院患者の診療													●														
⑥ 救急医療分野 (12週以上)																												
	頻度の高い症候と疾患		○	○										●	○													
	緊急性の高い病態に対する初期救急対応				○	○	○	○	○	○	○	○	○	●		○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	(麻) 気管挿管を含む気道管理及び呼吸管理					○				○				●		○	○			○								
	(麻) 急性期の輸液・輸血療法			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		●	○	○	○	○	○	○	○	○				
	(麻) 血行動態管理法									○				○		●												
⑦ 一般外来 (4週以上必須)																												
	初診患者の診療		●	○						○	○				○													
	慢性疾患の継続診療		●	○						○	○				○													
⑧ 地域医療 (4週以上、2年次)																												
	へき地・離島の医療機関														●													
	200床未満の病院又は診療所														●													
	一般外来			○											●													
	在宅医療														●													
	病棟研修は慢性期・回復期病棟			○											●													
	医療・介護・保健・福祉施設や組織との連携			○											●													
	地域包括ケアの実際			○											●													
⑨ 選択研修 (保健・医療行政の研修を行う場合)																												
	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																										●	
	健診・検診の実施設														●													●
	国際機関																										●	
	行政機関																										●	
	矯正機関																										●	
	産業保健の事業場																										●	
⑩ 1) 全研修期間 必須項目																												
	i 感染対策 (院内感染や感染症等)	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	ii 予防医療 (予防接種を含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	iii 虐待	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	iv 社会復帰支援	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	v 緩和ケア		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	vi アドバンス・ケア・プランニング (ACP)		○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	vii 臨床病理検討会 (CPC)			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2) 全研修期間 研修が推奨される項目																												
	i 児童・思春期精神科領域		○								○				○													
	ii 薬剤耐性菌		○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	iii ゲノム医療					○				○																○	○	
	iv 診療領域・職種横断的なチームの活動	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	経験すべき症候 (29症候)																											
	1 ショック			○					○	○				●		○												
	2 体重減少・るい瘦		○	●			○	○		○					○	○										○	○	
	3 発疹		○	○							○				○	○								●				
	4 黄疸		○	○			●			○	○				○	○												
	5 発熱		○	●	○	○	○	○	○	○	○				○	○							○					
	6 もの忘れ		○	○	○									●		○	○											
	7 頭痛		○	○	●						○				○	○	○											
	8 めまい		○	●											○	○	○				○	○						
	9 意識障害・失神			○	○				○					●	○	○	○											
	10 けいれん発作				○						○				○													
	11 視力障害				○																							
	12 胸痛			○					○						○	○												
	13 心停止			○					○						●													
	14 呼吸困難		○	○			○		○		○				●	○	○		○									
	15 吐血・喀血			○			○	●		○					○	○												
	16 下血・血便		○	○			○	●		○					○	○												
	17 嘔気・嘔吐		○	○	○			○	●	○	○	○			○	○		○										
	18 腹痛		○	○			○	●		○	○	○			○	○												
	19 便通異常 (下痢・便秘)		○	○			○	●		○					○	○												
	20 熱傷・外傷													●			○	○	○					○				
	21 腰・背部痛		○	○											○	○							○					
	22 関節痛		○	○					○	○	○				○	○												
	23 運動麻痺・筋肉低下		○	○	○										○	○												

研修分野	研修単元 / 科目の状況	必須分野														その他													
		科目の状況 (1: 必須, 2: 選択)																											
		オリエ ンテー ション	一 般 外 来	総 合 診 療 科	神 経 内 科	呼 吸 器 内 科	消 化 器 内 科	腎 糖 尿 病 内 科	循 環 器 内 科	外 科	小 児 科	産 婦 人 科	精 神 科	救 急 科	地 域 医 療	麻 酔 科	脳 神 経 外 科	呼 吸 器 外 科	整 形 外 科	眼 科	耳 鼻 咽 喉 科	泌 尿 器 科	皮 膚 科	放 射 線 科	放 射 線 治 療 科	病 理 診 断 科	保 健 所		
	24 排尿障害 (尿失禁・排尿困難)		○	○	○			○						○	○								●						
	25 興奮・せん妄			○	○	○	○	○	○	○				●	○			○											
	26 抑うつ		○	○	○	○	○	○	○	○				●	○														
	27 成長・発達障害													○															
	28 妊娠・出産			○										●															
	29 終末期の症候			●	○	○	○	○	○	○							○	○											
経験すべき疾病・病態 (26疾病・病態)																													
	1 脳血管障害		○	○	○									○			●												
	2 認知症		○	○	○									●															
	3 急性冠症候群								●					○															
	4 心不全		○	○					●					○	○														
	5 大動脈瘤								●					○															
	6 高血圧		○	○	○	○	○	○	●						○														
	7 肺癌		○			●												○							○	○	○		
	8 肺炎		○	○	○	●	○	○	○	○	○			○	○														
	9 急性上気道炎		○	●		○					○				○														
	10 気管支喘息		○	○		●					○			○	○														
	11 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)		○	○		●								○	○			○											
	12 急性胃腸炎		○	●						○	○			○	○														
	13 胃癌		○				●			○															○	○	○		
	14 消化性潰瘍		○	○			●			○					○	○													
	15 肝炎・肝硬変		○	○			●								○														
	16 胆石症		○	○			●			○					○											○	○	○	
	17 大腸癌		○	○			●			○					○											○	○	○	
	18 腎盂腎炎		○	○				○			○			○	○								●						
	19 尿路結石		○	○				○						○	○								●						
	20 腎不全		○	○				●	○					○	○								○						
	21 高エネルギー外傷・骨折									○				●			○	○	○										
	22 糖尿病		○	○	○	○	○	●	○					○	○														
	23 脂質異常症		○	○	○	○	○	●	○					○	○														
	24 うつ病		○	○	○									●	○														
	25 総合失調症		○											●	○														
	26 依存症 (ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博)		○		○	○	○	○						●	○														
病歴要約 (日常業務において作成する外来または入院患者の医療記録を要約したもの)																													
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																													
	退院時要約			●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	診療情報提供書		○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	患者申し送りサマリー		○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	転科サマリー			●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	週間サマリー			●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	外科手術に至った1症例 (手術要約を含む)									●	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
その他 (経験すべき診察法・検査・手技等)																													
① 医療面接																													
	緊急処置が必要な状態かどうかの判断		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	診断のための情報収集		○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	人間関係の樹立		○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	患者への情報伝達や健康行動の説明		○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	コミュニケーションのあり方		○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	患者への傾聴		○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	家族を含む心理社会的側面		○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	プライバシー配慮		○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	病歴聴取と診療録記載		○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
② 身体診察 (病歴情報に基づく)																													
	診療手技 (視診、打診、聴診等) を用いた全身と局所の診察		○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	倫理面の配慮		○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	産婦人科的診察を含む場合の配慮		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
③ 臨床推論 (病歴情報と身体所見に基づく)																													
	検査や治療を決定		○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	インフォームドコンセントを受ける手順		○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	Killer diseaseを確実に診断		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
④ 臨床手技																													
	体位交換		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	移送		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	皮膚消毒		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

研修分野	研修単元 / 科目の状況	必須分野														その他											
		科目の状況 (1: 必須, 2: 選択)																									
		一般外来	総合診療科	神経内科	呼吸器内科	消化器内科	腎糖尿病内科	循環器内科	外科	小児科	産婦人科	精神科	救急科	地域医療	麻酔科	脳神経外科	呼吸器外科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	皮膚科	放射線科	放射線治療科	病理診断科	保健所	
	外用薬の貼布・塗布	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	気道内吸引・ネブライザー	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	静脈採血	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	胃管の挿入と抜去	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	尿道カテーテルの挿入と抜去	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	注射（皮内、皮下、筋肉、静脈内）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	中心静脈カテーテルの挿入	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	動脈血採血・動脈ラインの確保	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	腰椎穿刺	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	ドレーンの挿入・抜去	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	全身麻酔・局所麻酔・輸血	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	眼球に直接触れる治療	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	①気道確保	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	②人工呼吸（バック・バルブ・マスクによる徒手換気含）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	③胸骨圧迫	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	④圧迫止血法	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑤包帯法	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑥採血法（静脈血、動脈血）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑦注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑧腰椎穿刺	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑨穿刺法（胸腔、腹腔）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑩導尿法	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑪ドレーン・チューブ類の管理	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑫胃管の挿入と管理	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑬局所麻酔法	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑭創部消毒とガーゼ交換	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑮簡単な切開・排膿	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑯皮膚縫合	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑰軽度の外傷・熱傷の処置	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑱気管挿管	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑲除細動等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑤ 検査手技の経験																										
	血液型判定・交差適合試験	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	動脈血ガス分析（動脈採血を含む）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	心電図の記録	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	超音波検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	⑥ 地域包括ケア・社会的視点																										
	もの忘れ	○	○	○								○		○													
	けいれん発作			○						○			○														
	心停止		○					○				○															
	腰・背部痛	○	○					○				○										○					
	抑うつ	○	○	○	○	○	○	○				○		○													
	妊娠・出産		○								○																
	脳血管障害	○	○	○								○															
	認知症	○	○	○								○															
	心不全	○	○					○				○															
	高血圧	○	○	○	○	○	○	○																			
	肺炎	○	○	○	○	○	○	○	○																		
	慢性閉塞性肺疾患	○	○		○																						
	腎不全	○	○				○	○														○					
	糖尿病	○	○	○	○	○	○	○																			
	うつ病	○	○	○								○		○													
	統合失調症		○									○		○													
	依存症		○		○	○	○	○				○		○													
	⑦ 診療録																										
	日々の診療録（退院時要約を含む）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	入院患者の退院時要約		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	各種診断書（死亡診断書を含む）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

## 各診療科臨床研修プログラム

1. 消化器内科	3 4 診
2. 呼吸器内科	3 7 診
3. 腎糖尿病内科	4 1 診
4. 膠原病内科	4 5 診
5. 神経内科	4 8 診
6. 循環器内科	5 2 診
7. 総合診療科	5 8 診
8. 小児科	6 3 診
9. 外科	6 8 診
10. 脳神経外科	7 3 診
11. 産婦人科	7 6 診
12. 整形外科	8 0 診
13. 眼科	8 3 診
14. 耳鼻咽喉科	8 6 診
15. 泌尿器科	8 9 診
16. 皮膚科	9 2 診
17. 救急科	9 5 診
18. 麻酔科	1 0 0 診
19. 病理診断科	1 0 3 診
20. 放射線診断科	1 0 7 診
21. 精神科	1 0 9 診
22. 地域医療研修	1 2 1 診
23. 外来研修	1 3 4 診

# 消化器内科臨床研修プログラム

## 研修の到達目標

一般的な消化器疾患の病態を理解し、問診、理学的所見、各種検査に基づいて診断し、治療計画を立てることができる。また、患者様、ご家族様と良好な関係を築き、患者満足度の高い医療を提供できるように目指す。

### 消化器内科研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

1. 外来および入院患者様 を通じて、一般的な消化器疾患の病態を理解する。
2. 消化器関連の一般的な検査、治療手技（腹腔穿刺、経鼻胃管挿入など）を理解し、実施できるようにする。救急患者の初期治療計画を立て、適切な点滴・栄養管理ができるようにする。
3. 消化器関連検査（内視鏡、超音波、CT、MRI、透視）の適応と結果を理解し、指導医の下で読影し、また実施できるように努力する。
4. 患者様およびご家族様と良好な人間関係を築けるように努力する。
5. 看護師、MSW、薬剤師、栄養士、リハビリなどの方々と協力し、チーム医療を学ぶ。
6. 診療録、サマリー、紹介状の適切な記載ができるようになる。

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

1. 必須事項：腹痛、悪心・嘔吐、食欲不振、排便異常、胸焼け、黄疸、嚥下困難を有する患者様や、消化器がん患者様に対する内視鏡治療、化学療法、放射線療法、緩和医療の経験を積む。
2. 病棟診療：指導医と共に診療に携わり、疾患の病態を把握する。検査および治療計画の立案を共に立て、検査の指示、処方・点滴の指示ができるようにする。指導医の病状説明を見学し、自らも説明ができるように努力する。

業務：① 各種検査・治療手技について適応を理解し、指導医の介助をする。

- ② 上部消化管内視鏡検査については、指導医の下でモデルによる練習で基本操作を取得した上で、主に入院患者様を対象にスクリーニング検査を経験する。
- ③ 早期消化管がんに対する内視鏡治療（ESD など）や内視鏡的胆石徐去術、胆管ドレナージ術、胆管ステント留置術について適応を理解し、その方法と術後管理について学ぶ。
- ④ 進行性消化器がん患者様に対する化学療法、放射線療法の適応と内容について理解し、治療中の管理について学ぶ。また、末期がん患者様に対する緩和医療について学ぶ。
- ⑤ 高齢者医療について学び、内視鏡的胃瘻造設術（PEG）の適応と管理を理解する。
- ⑥ 週1回の消化器内科カンファレンスで、全入院患者の疾患の理解と治療計画を学ぶ。
- ⑦ 週1回の抄読会で最新の文献について知識を得る。
- ⑧ 週1回の合同カンファレンスで外科、放射線科、病理診断科と様々な症例の治療方針についてディスカッションするとともに的確なプレゼンテーションについて習得する。

## Off the job training (Off-JT)

- 1 適切な症例があった場合、学会（日本内科地方会など）で症例報告を行う。
- 2 スキルアップのための講習会、勉強会に積極的に参加する。

長期研修または選択期間を用いた2回目の研修時における研修内容：

研修医と相談の上、新たな研修目標を設定し、目標達成のための研修方略を追加する。

## 週間予定表

曜日	午前	午後
月	腹部エコー、上部消化管内視鏡検査	大腸内視鏡検査、ESD、病棟業務
火	上部消化管内視鏡検査、胃瘻造設	大腸内視鏡検査、ESD、病棟業務
水	腹部エコー、上部消化管内視鏡検査	大腸内視鏡検査、病棟業務、抄読会
木	腹部エコー、上部消化管内視鏡検査	大腸内視鏡検査、病棟業務、合同検討会
金	上部消化管内視鏡検査	胃瘻交換、大腸内視鏡検査、カンファレンス

## 評価

- 知識：カンファレンスでの質疑応答、病歴要約で評価  
技能：診察方法、検査の技術等に関して観察記録で評価  
態度：患者様や病院スタッフとのコミュニケーションを観察記録で評価

## 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、SBO の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価を行う（週間予定表の各方略の項に示された数字が、対応する SBO の番号となる）。
- 2 OMP、一日の振り返り、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医、上級医、指導者による形成的評価が行われる（指導医による診療録のチェックなど）。
- 3 一日の振り返り、SEA は、研修医自身の振り返り（省察）の場としても用いる。

## 研修後の評価

### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医が評価する。メディカルスタッフは現場評価表を用いて評価を記載する。
- 2 1.の評価表を集約して、責任指導医が PG-EPOC で研修医評価表 I、II、III に達成度評価を記載する。
- 3 経験すべき症候、疾病・病態については、研修中に作成された病歴要約について、指導

医は考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合は、PG-EPOCで承認をする。内容が不十分な場合は修正を求める。

- 4 1-3 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
- 5 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

### **指導医、研修プログラムに対する形成的評価**

- 1 研修終了後に、研修医はPG-EPOC上で、メディカルスタッフは指導医に対する評価表を用いて評価を記入する。
- 2 1.はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

### **総括的評価**

消化器内科研修では、総括的評価は行われない。

2年間の研修修了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行うが、消化器内科研修の形成的評価もその材料となる。

### **消化器内科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態**

#### **経験すべき症候**

体重減少・るい瘦、黄疸、発熱、吐血・喀血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便通異常（下痢・便秘）、興奮・せん妄、抑うつ、終末期の症候

#### **経験すべき疾病・病態**

高血圧、肺炎、急性胃腸炎、胃癌、消化器潰瘍、肝炎・肝硬変、胆石症、大腸癌、糖尿病、脂質異常症、依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）

### **指導体制**

#### **研修責任者**

佐藤知己

#### **指導医**

佐藤知己、合志聡、鈴木庸弘

#### **上級医**

藤本聖也、槇本成晃

#### **指導者**

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 呼吸器内科臨床研修プログラム

## 呼吸器内科研修の到達目標

日常診療で遭遇する呼吸器疾患に対応するため、患者の不安、苦痛に配慮しながら、多職種スタッフと連携し、適切な初期対応と継続的な治療、状態評価を行える基本的な知と技能を身につける。

## 呼吸器内科研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

1. 的確で要領を得た病歴聴取、身体診察ができる。(技能)
2. 鑑別診断のために必要な検査を指示できる。(問題解決)
3. 呼吸器診療における基本的検査(胸部 X-ray、血液ガス検査、肺機能検査)の結果を説明できる。(解釈)
4. 呼吸器領域における専門的検査(胸部 CT、気管支鏡検査、胸腔穿刺、胸腔ドレーン挿入)の適応と結果の概要を説明できる。(解釈)
5. 患者の呼吸循環障害を生じさせている病態の概要を説明できる。(解釈)
6. 呼吸器診療で使用される代表的な薬剤を適切な方法で処方できる。(問題解決)
7. 呼吸器診療における基本的治療法(酸素吸入、抗菌薬治療、酸素投与など)を実践できる。(技能)
8. 継続診療のための問題リストの立案、その評価、診断計画、治療計画を作成できる。(問題解決)
9. 患者やその家族に、共感的な態度で適切な病状説明ができる。(態度)
10. 多職種スタッフと相互理解に基づいたチーム診療が行える。(態度)
11. 診療経過や推論過程を POS に基づいて適切に診療録に記載できる。(問題解決)

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

#### (6 週の研修期間)

1. 病棟で入院患者の診療を担当し、日々の診療録を作成する(退院サマリーを含む)。
2. 病棟の指導医、上級医の回診に参加し、様々な患者の身体所見や診療の基本を学ぶ。
3. 病棟の多職種カンファレンスに参加し、担当患者の病状や治療を説明、検討する。
4. 病棟で肺癌を初めとした担当患者が苦痛を訴える場合には、緩和ケアの必要性についても検討し、緩和ケアチームとの連携を図る。
5. 外来や病棟での診療において、基本的な院内感染対策について学び、実践する。
6. 病棟での担当患者の節食や嚥下の状態を評価し、必要であれば栄養サポートチームや言語療法士との連携を図る。
7. 指導医の病状説明に同席し、担当患者については指導医とともに簡単な説明を行う。

8. 外来(救急外来含む)での初診患者の病歴聴取、身体診察を行う。
9. 専門検査研修(気管支鏡検査)に参加し、その適応、方法、結果の概要について検討する。
10. 「上越総合病院研修医業務規程」に基づき月2回程度を目安に当直を行う。
11. 指導医とともに日々の振り返りを行う。
12. SEA(significant event analysis)を経験し、省察の動機付けを行う。  
(長期にわたる研修や選択期間を利用した2回目以降の研修に際しては、以下を追加する)
13. 胸腔穿刺、気管支鏡検査など指導医のもと自ら行う。
14. 適切な症例があった場合、研究会、学会で症例報告を行う(任意)。

### Off the job training (Off-JT)

1. 呼吸器内科に関連する内容の科内講義を複数回受講する。
2. 上越総合病院 ICLS コースを受講する。

### 週間予定表

	月	火	水	木	金	不定期
午前	病棟 フィードバック(OMP) 1,2,3,4,5,6, 7,8,9,10,11	外来	外来	気管支鏡検査 4	病棟	病状説明 指導医と同席 3,4,5,9  当直 1,2,3,4,5,6, 7,8,9,10,11
午後	病棟	病棟 病棟カンファレンス 10	病棟 病棟カンファレンス	病棟	病棟	紹介患者、外急患対応(随時) 1,2,3,4,5,6, 7,8,9,10,11  胸腔穿刺等(随時)
夕方	1日の振り返り 5,8,10,11	1日の振り返り	1日の振り返り	呼吸器内科 カンファレンス 3,4,5,8	呼吸器内科 カンファレンス 3,4,5,8	4  SEA 9,10

それぞれの SBO を達成するための経験機会を示す(数字は対応する SBO 番号)。アンダーラインは経験を振り返り、学びを深めるための機会を示す。

## 評価

### 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

1. 週間予定に示した On-JT の様々な経験の場で、SBO の達成状況について、指導医、上級医による形成的評価を行う（週間予定の各方略の項に示された数字が対応する SBO の番号となる）。
2. OMP、一日の振り返り、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも適宜、指導医、上級医による形成的評価が行われる。
3. 一日の振り返り、SEA は研修医自身の振り返りの場としても用いる。

### 研修後の評価

#### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医(清水)が評価を入力する。
- 2 提出された病歴要約は、指導医が確認し、内容によっては不備な点を指導し再提出を求める。
- 3 研修全般を通じて、指導医、指導者(病棟師長) が評価表による評価を行う。
- 4 研修振り返り記録を研修医、指導医双方が作成し、フィードバックが行われる。
- 5 PG-EPOC の入力状況、病歴要約提出状況、評価表の内容については、プログラム責任者が確認する。

#### 指導医、研修プログラムに対する形成的評価

- 1 研修終了後に、研修医とメディカルスタッフは指導医に対する評価表を記入する。
- 2 1 はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

### 総括的評価

- 1 2年間の初期研修終了時に臨床研修管理委員会が総括的評価を行う。

### 呼吸器内科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態

#### 経験すべき症候

発熱、胸痛、呼吸困難、興奮・せん妄、終末期の症候

#### 経験すべき疾病・病態

肺癌、肺炎、急性上気道炎、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、ニコチン依存症

### 指導体制

#### 研修責任者

清水崇

## 指導医

清水崇、清水夏恵、佐藤昂

## 上級医

外山譲二、井原嶺、宮加谷昌紀、青柳悠太

## 指導者

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 腎糖尿病内科臨床研修プログラム

## 研修の到達目標

内科診療の基本を身につける。当科では、日常診療で遭遇する腎疾患や糖尿病に対処するために、多職種スタッフと協力し、診断から治療まで継続して行えるよう、また、緊急時の対応が行えるよう、腎疾患や糖尿病の基本的な知識と技能を身につける。

## 腎糖尿病内科科研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

- 1 的確で要領を得た医療面接や身体診察を行う（技能）
- 2 鑑別診断のために必要な検査を指示する（問題解決）
- 3 尿検査、血液検査、血液ガス分析、超音波検査、CT など基本的な検査の結果を理解し、患者や診療チームのスタッフに説明する（解釈・態度）
- 4 腎生検の適応・禁忌、実施方法、合併症を理解し、患者や診療チームのスタッフに説明する（解釈・態度）
- 5 腎生検の結果の概要を理解し、患者や診療チームのスタッフに治療方針を提案する（問題解決・解釈）
- 6 腎疾患診療に使用される薬剤（ステロイド、免疫抑制薬、降圧薬など）の適応、副作用を説明し、適切な処方が行える（問題解決・解釈）
- 7 腎臓病に対する生活指導（食事療法など）を理解し、患者や診療チームのスタッフに説明する（問題解決・解釈）
- 8 腎代替療法（血液透析・腹膜透析・腎移植）や急性血液浄化療法について、適応や実施方法を理解し、患者や診療チームのスタッフに説明する。保存的腎臓療法について、治療や緩和療法について理解し、患者や診療チームのスタッフに説明する（問題解決・解釈）
- 9 糖尿病の診断のために必要な検査を指示する（問題解決）
- 10 糖尿病の急性合併症について、検査をオーダーし、結果を判断し初期対応を実施する（問題解決）
- 11 糖尿病の慢性合併症について、検査をオーダーし、結果の概要を理解し、患者や診療チームのスタッフに説明する（問題解決・解釈・態度）
- 12 糖尿病の食事療法・運動療法・薬物療法について適応を理解し、患者や診療チームのスタッフに説明する（問題解決）
- 13 継続診療のための問題リスト、評価、診断計画、治療計画、教育的計画を作成し、患者や診療チームのスタッフに説明する（問題解決）
- 14 患者やその家族に対して、共感的な態度で接する（態度）
- 15 他（多）職種のスタッフと、相互理解に基づいたチーム診療を行う（態度）
- 16 診療経過や推論過程を POS に基づいて迅速・適切に診療録に記載する（問題解決）
- 17 院内感染や COVID-19 等を含む感染症について、必要な検査を指示し、感染対策を実施する（問題解決・解釈）
- 18 予防接種等で問診や接種などを実施し、予防医療について説明できる（問題解決・解

積)

- 19 疾患の治療だけでなく、社会復帰支援について説明、実施できる（問題解決・解釈）

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

- 1 病棟研修：入院患者の診療を担当し、日々の診療記録を作成する（退院サマリーや中間サマリーを含む）。
- 2 回診：病棟や透析室の回診に参加し、さまざまな患者の身体所見や診療の基本を習得する。担当患者のプレゼンテーションを行う。
- 3 外来研修：初診患者の病歴聴取、身体診察を行う。
- 4 病棟・透析室カンファレンス：多職種カンファレンスに参加し、担当患者の病状や治療方針を説明、共有する。退院支援にあたり多職種横断的なチームとして社会復帰支援を行う。
- 5 病状説明：指導医の説明に同席し、担当患者については指導医とともに説明を行う。
- 6 検討会：尿検査、血液検査、血液ガス分析、超音波検査、CT など基本的な検査の結果を解釈し、問題のある症例の病態や治療方針を検討する。内外の文献を読み、知識を深め、論理的思考や科学的研究法に触れる。
- 7 専門検査研修：腎生検の適応、方法を理解し、検査に参加し、結果の概要について検討する。
- 8 腎代替療法：腎代替療法（血液透析・腹膜透析・腎移植）について、適応や実施方法を説明できる。また、透析導入（シャント手術、透析用カテーテル留置など含む）に参加し、難易度の低いものについては手技を経験する。保存的腎臓療法についても、説明でき、緩和ケアについて実施方法を説明できる。
- 9 他科からのコンサルテーション・ER：他科やERでの診療依頼に対応し、初期診療を行う。特に、腎不全では急性か慢性か、そして腎前性・腎性・腎後性かを判断し、血液浄化療法が必要な患者については、その適応、方法について検討し、実施する。
- 10 糖尿病診療：糖尿病について、診断、慢性合併症の検査、治療（食事療法・運動療法・薬物療法）方針を理解できる。糖尿病の急性合併症（低血糖・高血糖）の初期対応を行う。
- 11 日当直：「上越総合病院研修医業務規程」に基づき、研修中に月4回程度を目安に日当直を行う。
- 12 日々の振り返り：指導医とともに日々の振り返りを行う。
- 13 SEA (significant event analysis)：研修全体を振り返るとともに、省察の動機づけを行う。
- 14 適切な症例があった場合、学会（日本内科学会信越地方会など）で症例報告を行う。
- 15 適切な症例があった場合、臨床病理検討会（CPC）や死亡症例検討会で症例を提示する。

長期にわたる研修や選択期間を利用した2回目以降の研修に際しては、以下を追加する。

1. 透析の回診・当番について、指導医と共に自ら行う。

2. 内シャント手術、シャント造影検査・シャントPTA などについて指導医の指導のもと、対象を広げて術者をして参加する。
3. 腎臓病教室など、指導医の指導のもと、講師として参加する。
4. 適切な症例があった場合、学会(日本内科学会信越地方会など)で症例報告を行う。

## Off the job training (Off-JT)

- 1 日本腎臓学会の臨床研修医のための腎臓セミナーを受講する

## 週間予定表

	月	火	水	木	金	不定期
午前	病棟・透析室(担当患者の診察、診療録の記載、フィードバック) 1-16, 19 外来(新患者の診察、診療録の記載、フィードバック) 1-4, 8-11, 13-16					日当直(規定による) 1-3, 8-16
午後	腎生検(担当患者は必須) 3-5, 13-16 シャント手術・シャントPTA(担当患者は必須)					病状説明 (指導医と同席) 14
午後		透析カンファレンス 3-9, 11-13, 15, 16	腹膜透析外来 1-16 19	病棟カンファレンス 3-8, 11-13, 15, 16		SEA 14, 15 予防接種 17, 18
夕方	申し送り等 3-13, 15, 16 一日の振り返り(病棟分は回診時) 13, 15, 16, 19					時間外対応 (任意参加)
夕方	夜間透析 (任意参加)		夜間透析 (任意参加)		夜間透析 (任意参加)	

## 評価

### 研修中の評価(形成的評価とフィードバック)

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、到達目標の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価とフィードバックが行われる。週間予定表の各方略の項に示された数字が、身につけるべき資質・能力である。
- 2 OMP、一日の振り返り、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医、上級医、指導者による形成的評価とフィードバックが行われる(指導医による診療録のチェックなど)。
- 3 一日の振り返り、SEA は、研修医自身の振り返り(省察)の場としても用いられる。

### 研修後の評価

#### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医が評価する。メディカルスタッフは現場評価表を用いて評価を記載する。
- 2 1.の評価表を集約して、責任指導医が PG-EPOC で研修医評価表 I、II、III に達成度

評価を記載する。

- 3 経験すべき症候、疾病・病態については、研修中に作成された病歴要約について、指導医は考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合は、PG-EPOC で承認をする。内容が不十分な場合は修正を求める。
- 4 1-3 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
- 5 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

### **指導医、研修プログラムに対する形成的評価**

- 1 研修終了後に、研修医は PG-EPOC 上で、メディカルスタッフは指導医に対する評価表を用いて評価を記入する。
- 2 1.はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

### **総括的評価**

腎糖尿病内科研修では、総括的評価は行われない。

2 年間の研修終了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行うが、腎糖尿病内科研修の形成的評価もその材料となる。

### **腎糖尿病内科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態**

#### **経験すべき症候**

発熱、嘔気・嘔吐、便通異常（下痢・便秘）、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、関節痛、体重減少・るい瘦、終末期の徴候

#### **経験すべき疾病・病態**

高血圧、腎盂腎炎、腎不全、糖尿病、脂質異常症

### **指導体制**

#### **研修責任者**

亀田茂美

#### **指導医**

亀田茂美、小野広幸

#### **上級医**

坂口綾音

#### **指導者**

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 膠原病内科臨床研修プログラム

## 到達目標

日常診療において、病歴・理学的所見・ルーチン臨床検査所見より、膠原病を疑い、さらに検査を進めることができる。

代表的な薬剤（ステロイド剤と免疫抑制剤）について理解する。

## 研修中に身に着けるべき資質・能力

1. 丁寧かつむだのない病歴聴取と身体診察を行う。（技能）
2. 鑑別診断のために必要な検査を指示する。（問題解決）
3. 膠原病診療における基本的検査（血液生化学検査、尿検査、単純レ線、CT、心エコーなど）の結果を理解し、患者やスタッフに説明する。（解釈、態度）
4. 膠原病診療で使用される代表的な薬剤を適切に処方する。（問題解決）
5. 今後の治療方針につき計画し、周知させる。（問題解決）
6. 患者や家族に、共感的な態度で接する。（態度）
7. 他職種スタッフと相互理解に基づいたチーム診療を行う。（態度）
8. 診療経過や推論過程では SOAP を中心とした POS に基づいて迅速、適切に診療録に記載する。（問題解決）

## 研修方略

1. 病棟研修：入院患者を担当し、日々の診療経過を作成する。
2. 回診：病棟回診に参加し、担当患者のプレゼンテーションを行う。
3. 外来研修：初診患者の病歴聴取、身体診察を行う。
4. 症例検討会：問題のある症例の病態や治療方針を検討する
5. 抄読会：国内外の文献をよみ、知識を深め、論理的思考や科学的研究法に触れる。
6. 病状説明：指導医の説明に同席し、指導医とともに説明を行う
7. 病棟カンファレンス：多職種カンファレンスに参加し、担当患者の病状、治療方針を説明、共有する。
8. リハビリテーション：膠原病領域におけるリハビリの必要性を理解し、観察する。
9. 当直：「上越総合病院研修医業務規程」に基づき、研修中に当直を行う。また後日その症例の振り返りを行う。
10. SEA：研修全体を振り返るとともに、省察の動機付けを行う。

2 回目の研修、長期研修においても上記と同様である（R6.1.17 追記）

## 週間予定表

膠原病内科週間予定表						
	月	火	水	木	金	不定期
早朝	今週の予定 (8:30、医局)	回診 (8:30～、 4北など) 3, 5				
午前	外来 【再来】 (見学&数名担当)		病棟 患者の診察 診療録の記載 1, 2, 4, 6, 8		外来 【一般新患】 (見学&数名担当)	病状説明 (指導医と 同席) 3, 5, 6  SEA 6, 7
午後	外来 【膠原病新患】 (病名付け) (レセプト) 1, 2, 3	検査 (関節エコー) (オーダー見直し) (リウマチADL表作成) 3, 7	リハビリ (見学) 7	抄読会 (10:00～) 1, 2, 3	症例検討会 (15:00～) 5	病棟 カンファレンス (他職種連携) (退院調整) 5, 7  当直 (月2回程度) フィードバック 1, 2, 6, 7, 8
備考		指導医助勤で 午後不在				

「膠原病内科研修中に身につける資質・能力」を達成するための経験の機会を示す。数字は対応する資質・能力の番号と一致している。アンダーラインは経験を振り返り、学びを深めるための機会を示すが、これ以外にも随時指導医からフィードバックが行われる。

## 評価

### 研修中の評価

1. 週間予定表に示したさまざまな経験の場で到達目標の達成状況について、指導医による形成的評価とフィードバックが行われる。
2. 週間予定表のアンダーラインが主なフィードバックの機会となるが、それ以外でも、適宜指導医による形成的評価とフィードバックが行われる（指導医による診療録のチェックなど）
3. SEAは研修医自身の振り返り（省察）の場としても用いられる。

## 研修後の評価

略

## 総括的評価

膠原病内科研修では、総括的評価は行われない。

2年間の研修終了時に臨床研修管理委員会が総括的評価を行う際に、膠原病内科研修の研修的評価もその材料となる。

## 膠原病内科研修で経験すべき症候、疾患・病態

### 経験すべき症候

発熱、関節痛、皮疹

### 経験すべき疾患・病態

全身性エリテマトーデス、関節リウマチ、血管炎症候群、不明熱

## 指導体制

### 研修責任者

菊地珠美

### 指導医

菊地珠美

### 指導者

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 神経内科臨床研修プログラム

## 研修の到達目標

以下の内容を身につけ、神経内科領域の基礎的な診療能力を習得する。

- 緊急対応が必要な神経疾患の初期診療に関する基本的診療能力を習得する。
- 主要な神経疾患の診断や治療を行うための基本的な知識、技術、態度を習得する。
- 診断を確定するとともに、治療計画を立案して診療録を作成できる。
- メディカルスタッフと協調、協力する重要性を認識し、チーム医療を実践できる。
- 神経疾患患者の在宅療養を援助するために必要な指定難病、訪問看護、介護保険制度などの福祉制度の実際についての知識を習得し、利用できる。
- 必要に応じて神経内科専門医に相談できる。

## 神経内科研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

- 1 病歴聴取を基に病態の推定が行える。
- 2 系統的な神経学的診察ができ、神経学的な異常所見を把握できる。
- 3 病歴および神経学的所見より、障害されている病変部位を推定できる。
- 4 鑑別診断を挙げ、検査・治療計画を立案できる。
- 5 腰椎穿刺を的確に実施し、結果を解釈できる。
- 6 以下の検査の適応を決定し、結果を解釈できる。
  - a)頭部・脊椎の単純X線写真、CT、MRI、MRA
  - b)脳波・神経伝導検査、反復刺激誘発筋電図
  - c)神経・筋生検
  - d)核医学的検査（脳血流シンチ、DAT スキャン、心筋 MIBG シンチ）
- 7 神経学的緊急事態を認識し、指導医・上級医に相談できる。

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

1. 必須事項：意識障害、認知症、頭痛、めまい (vertigo)、運動障害、感覚障害、痙攣、不随意運動を呈する患者を診察し、所見の記載ができ、初期の診療方針が立てられる。
2. 外来診療：指導医とともに診療に参加し、日常多くみられる疾患についての知識を深める。神経学的所見の正しい取り方、病態の把握や方針の立案について学ぶ。
3. 救急外来：脳卒中をはじめとした神経内科救急に対する処置について、指導医とともに対応する。

4. 入院診療：指導医・上級医の指導を受けながら、受け持ち症例に関する診断・治療について研鑽を積む。
5. 認知症サポートチーム（dementia support team: DST）の回診に参加し、認知症症例の治療・ケアについて経験する。
6. 担当症例について朝カンファレンスや神経内科症例検討会で症例提示を行い、プレゼンテーション能力を磨く。
7. 入院での受け持ち症例に関する多職種カンファレンス、リハビリカンファレンスに参加し、社会復帰支援やアドバンス・ケア・プランニング（ACP）などの全人的な診療を実践する。

長期にわたる研修や選択期間を利用した 2 回目以降の研修に際しては、以下を追加する。

- 専門検査研修（神経伝導検査、針筋電図、神経・筋生検など）について、指導医・上級医とともに自ら行う。
- 急性期脳梗塞に対する血栓溶解療法や血栓回収療法の適応を指導医・上級医とともに決定し、実際の治療や他院への搬送に参加する。
- 初診外来での診療を指導医・上級医の指導のもとで自ら行う。

### Off the job training (Off-JT)

- 1 学会（日本内科学会地方会、神経学会地方会など）や学術誌で症例報告を行う。
- 2 スキルアップのための講習会、勉強会に積極的に参加する。

### 週間予定表

曜日	午前	午後
月	朝カンファレンス、初診外来	入院患者の診療
火	朝カンファレンス	入院患者の診療、多職種カンファレンス
水	朝カンファレンス、救急担当	入院患者の診療、認知症サポートチーム回診
木	朝カンファレンス、救急担当	症例検討会
金	朝カンファレンス	入院患者の診療、多職種カンファレンス

### 評価

知識：朝カンファレンスや症例検討会での指導医・上級医との討論を通じ、神経内科の考え方や知識の習得に関して評価を受ける。

技能：救急や外来および入院診療を通じて、診察・検査技術についての評価を受ける。

態度：診療記録の内容の評価を含め、指導医・上級医、看護師やその他のメディカルスタッフによって研修態度の評価を受ける。

### 研修中の評価（形成的評価）

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、到達目標の達成状況について、指導医・上級医による形成的評価を受ける。
- 2 One-minute preceptor (OMP)、一日の振り返り、significant event analysis (SEA) が中心的なフィードバックの機会となるが、指導医・上級医による診療録のチェック・評価を通じた形成的評価を受ける。
- 3 研修医自身で一日の振り返りや SEA を行い、自己での形成的評価を行う。

### 研修後の評価

#### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医・上級医が評価する。メディカルスタッフは現場評価表を用いて評価を記載する。
- 2 1.の評価表を集約して、責任指導医が PG-EPOC で研修医評価表 I、II、III に達成度評価を記載する。
- 3 経験すべき症候、疾病・病態については、研修中に作成された病歴要約について、指導医は考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合は、PG-EPOC で承認をする。内容が不十分な場合は修正を求める。
- 4 1-3 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
- 5 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

#### 指導医、研修プログラムに対する形成的評価

- 1 研修終了後に、研修医は PG-EPOC 上で、メディカルスタッフは指導医に対する評価表を用いて評価を記入する。
- 2 1.はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

### 総括的評価

神経内科研修では、総括的評価は行われない。

2 年間の研修修了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行うが、神経内科研修の形成的評価もその材料となる。

神経内科が学修の場として適している、経験すべき症候、疾病・病態  
経験すべき症候

発熱、頭痛、もの忘れ、めまい (vertigo)、意識障害・失神、痙攣、視力障害、嘔気・嘔吐、運動麻痺・筋力低下、不随意運動、感覚障害、ふらつき、排尿障害 (尿失禁・排尿困難)、興奮・せん妄、抑うつ、終末期の症候

#### **経験すべき疾病・病態**

脳血管障害、認知症、パーキンソン病・パーキンソン症候群、てんかん、末梢神経障害、ミオパチー、髄膜炎・脳炎、脳腫瘍、脊髄炎、脱髄性疾患、変形性脊椎症、重症筋無力症、神経変性疾患 (筋萎縮性側索硬化症など)、内科系疾患に伴う神経障害

#### **指導体制**

##### **研修責任者**

坂井健二

##### **指導医**

坂井健二、山田翔太

##### **上級医**

寺本 傑、油谷頌子

##### **指導者**

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる (指導者名簿参照)

# 循環器内科臨床研修プログラム

## 循環器内科研修の到達目標

将来の進路に関わらず、日常的に遭遇する血液循環に関する問題に対処するために、患者の不安や苦痛に配慮しながら、多職種スタッフと協力し、適切な初期対応と、継続的な経過観察を行える基本的な知識と技能を身につける。

### 循環器内科研修中に身につけるべき資質・能力

- 1 的確で要領を得た病歴聴取や身体診察（バイタルサインを含む）を行う。（技能）
- 2 鑑別診断のために必要な検査を指示する。（問題解決）
- 3 循環器診療における基本的検査（十二誘導心電図、モニター心電図、胸部 X 線写真や検体検査など）の結果を理解し、患者や診療チームのスタッフに説明する。（解釈、態度）
- 4 循環器領域における専門的検査（運動負荷心電図、ホルター心電図、心臓超音波検査、心臓核医学検査、心臓カテーテル検査など）の適応を理解し、オーダーし、結果の概要を患者や診療チームのスタッフに説明する。（解釈、態度）
- 5 患者の血液循環の問題を生じている病態の概要を理解し、患者や診療チームのスタッフに説明する。（問題解決、態度）
- 6 循環器診療で使用される代表的な薬剤を適切な方法で処方する。（問題解決）
- 7 循環器診療における基本的治療法（末梢静脈確保、除細動、酸素投与、補助陽圧換気療法（BiPAP）など）を実施する。（技能）
- 8 循環器疾患における専門的治療法（冠動脈 PCI、末梢血管 EVT、カテーテルアブレーション、ペーシング療法など）の適応や手技、結果の概要を理解し、患者や診療チームのスタッフに説明する。（問題解決、態度）
- 9 継続診療のための問題リスト、評価、診断計画、治療計画、教育的計画を作成し、患者や診療チームのスタッフに説明する。（問題解決）
- 10 患者やその家族に、共感的な態度で接する。（態度）
- 11 他（多）職種スタッフと、相互理解に基づいたチーム診療を行う。（態度）
- 12 診療経過や推論過程を POS に基づいて迅速・適切に診療録に記載する。（問題解決）

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

- 1 病棟研修：入院患者の診療を担当し、日々の診療記録を作成する（退院サマリーや中間サマリーを含む）。
- 2 総回診：病棟総回診に参加し、さまざまな患者の身体所見や診療の基本を習得する。担当患者のプレゼンテーションを行う。
- 3 外来研修：初診患者の病歴聴取、身体診察を行う。

- 4 ER 研修：循環器疾患の疑いがある患者の初期診療を行う（希望者のみ）。
- 5 専門検査研修：心エコー、トレッドミル、心臓核医学検査などに参加するとともに、入院が必要な患者については継続診療を行う。
- 6 心臓カテーテル検査・治療：診断カテーテル検査、冠動脈 PCI、末梢血管 EVT、ペーシング療法などに参加し、見学ならびに難易度の低いものについては一部を実施する。
- 7 症例検討会：冠動脈造影所見を中心に、問題のある症例の病態や治療方針を検討する。
- 8 抄読会：内外の文献を読み、知識を深め、論理的思考や科学的研究法に触れる。
- 9 病状説明：指導医の説明に同席し、担当患者については指導医とともに説明を行う。
- 10 病棟カンファレンス：多職種カンファレンスに参加し、担当患者の病状や治療方針を説明、共有する。
- 11 心臓リハビリテーション：多職種による行動変容のための介入プログラムを経験する。
- 12 心電図演習：心電図の判読を演習する。
- 13 レクチャー：循環動態、心筋虚血、循環器疾患の薬物療法、冠動脈の解剖のレクチャーに参加し、双方向性のディスカッションを行う。
- 14 当直：「上越総合病院研修医業務規程」に基づき、研修中に月 2 回程度を目安に当直を行う。
- 15 日々の振り返り：指導医とともに日々の振り返りを行う。
- 16 SEA (significant event analysis)：研修全体を振り返るとともに、省察の動機づけを行う。

上記は必修研修（通常は 4 週間）を想定したものである。

選択期間を利用した 2 回目以降の研修に際しては、後述する。

### **Off the job training (Off-JT)**

- 1 上越総合病院 ICLS コースを受講する。
- 2 BLS コースを受講する。
- 3 ACLS コース、ACLS-EP コースを受講する。

## 週間予定表

循環器内科週間予定表						
	月	火	水	木	金	不定期
8:30-9:00	抄読会 (7階)	症例検討会 (カテ室)	総回診 (5北)	症例検討会 (カテ室)	申し送り (カテ室)	
午前 9:00-12:00	病棟：担当患者の診察、診療録記載、フィードバック(OMP) 外来：新患者診察、診療録記載、フィードバック(OMP, SNAPPS) 救急外来：指導医と初期対応、フィードバック(OMP, SNAPPS) 専門検査研修(トレッドミル, 心筋シンチ) 心臓カテーテル検査・治療(担当患者は必須)					レクチャー ・血行動態 ・心筋虚血 ・冠動脈解剖 ・薬剤 *研修早期に各1回
午後 13:00-17:00	病棟：担当患者の診察、診療録記載、フィードバック(OMP) 救急外来：指導医と初期対応、フィードバック(OMP, SNAPPS) 心臓カテーテル検査・治療(担当患者は必須)					病状説明 (指導医と同席)
夕方	一日の振り返り					
時間外対応(任意参加)						
「循環器内科研修中に身に着ける資質・能力」を達成するための経験の機会を示す。アンダーラインは経験を振り返り、学びを深めるための機会を示すが、これ以外にも随時指導医、上級医、メディカルスタッフの指導者からフィードバックが行われる。						

## 評価

### 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、到達目標の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価とフィードバックが行われる。
- 2 OMP、一日の振り返り、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医、上級医、指導者による形成的評価とフィードバックが行われる（指導医による診療録のチェックなど）。
- 3 一日の振り返り、SEA は、研修医自身の振り返り（省察）の場としても用いられる。

### 研修後の評価

#### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了時に研修医は PG-EPOC で研修医評価表 I、II、III を用いて、達成度の自己評価を行う。

- 2 研修終了後に、指導医、上級医は PG-EPOC で研修医評価表Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを用いて、研修医の達成度評価を行う。メディカルスタッフは現場評価表を用いて、研修医の達成度評価を行う。
- 3 2の評価表を集約して、責任指導医が PG-EPOC で研修医評価表Ⅰ、Ⅱ、Ⅲに循環器内科研修の達成度評価を記載する。
- 4 経験すべき症候、疾病・病態については、研修中に作成された病歴要約について、指導医は考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合は、PG-EPOC で承認をする。内容が不十分な場合は修正を求める。
- 5 研修終了時に、指導医は上記 1-4 の評価結果に関して研修医と面談し、フィードバックを実施するとともに、必要な指導を行う。
- 6 上記 1-5 はプログラム責任者に共有され、定期的（半年に 1 回以上）な形成的評価とフィードバックに役立てられる。

#### **指導医、指導者、研修プログラムに対する形成的評価**

- 1 研修終了後に、研修医は PG-EPOC 上で、指導者は指導医に対する評価表を用いて、指導医を評価する。また、指導者に対する評価票を用いて、指導者を評価する。
- 2 1.はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医、指導者の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

#### **総括的評価**

循環器内科研修では、総括的評価は行われない。

2 年間の研修修了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行うが、循環器内科研修の形成的評価もその材料となる。

#### **循環器内科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態**

##### **経験すべき症候**

ショック、意識障害・失神、胸痛、心停止、呼吸困難、興奮・せん妄、終末期の症候

##### **経験すべき疾病・病態**

急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、高血圧、糖尿病、脂質異常症

#### **必修診療科としてローテートした後に、再度循環器内科を選択研修としてローテートする場合の研修プロセス**

必修研修で学んだことをふまえ、資質・能力の水準をより高めるとともに、研修修了後に循環器内科を専攻する研修医に対しては円滑な専門研修への意向に資するような研修を行う。なお、研修医が選択で循環器を再履修する動機はさまざまであるので、個別に変更・調整する場合があってもよい。

## 到達目標、身につけるべき資質・能力

必修研修と同様であるが、より高い水準への到達を目指す。

## 研修方略

基本的には必修研修の方略を踏襲するが、以下のような配慮を加える。

- 1 研修医の到達度によって、いくつかの研修機会は見合わせてもよい（心電図演習、レクチャーなど）
- 2 循環器専門検査研修（心エコー、トレッドミル、心臓核医学検査など）は、指導医の指導のもとで自ら実施する。
- 2 心臓カテーテル検査・治療（冠動脈 PCI、末梢血管 EVT、ペーシング療法など）について、指導医の指示のもと、術者として参加する。
- 3 病棟では必修研修時よりも多くの受け持ち患者を持ち、日々の診療計画を能動的に立案する。
- 4 病棟では必修研修時よりも重症な患者、複雑な病状の患者を受け持ち、日々の診療計画を能動的に立案する。
- 5 循環器新患外来、ER の循環器救急当番などを担当し、多彩な患者の初期対応に参画する。
- 6 患者への病状説明内容や方針を立案し、指導医の指導のもとで説明を実践する。
- 7 他科とのコンサルテーションや他部門との連携を活用し、包括的な、高水準の診療を実践する。
- 8 地域包括ケアシステムを念頭に、入退院調整や病病連携、病診連携に参画する（他職種カンファレンスへの参加、心不全地域連携パスの活用など）。
- 9 カンファレンスや症例検討会に能動的に参画する（書記や司会を務める、積極的に発言するなど）。
- 10 適切な症例があった場合、学会（日本内科学会信越地方会など）で症例報告を行う。

## 週間予定表

必修研修のスケジュールを踏襲するが、研修医の意向に沿って調整を加える。

## 評価

必修研修の場合と同様の手順とする。

## 指導体制

### 研修責任者

正印航

**指導医**

正印航、正印恭子、大堀高志、籠島充

**上級医**

宮尾陽平、上野 匠

**指導者**

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 総合診療科臨床研修プログラム

## 研修の到達目標

日常で遭遇する疾病と傷害等に対して適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するために、地域のニーズをふまえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動の取り組みに参画し、絶えざる自己研鑽を重ねながら人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する基本的な知識と技能を身につける。

## 総合診療科研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

1. 的確で要領を得た病歴聴取や身体診察（バイタルサインを含む）ができる。（技能）
2. 臨床推論のために必要な検査を指示できる。（問題解決）
3. 診断に必要な基本的検査（血液検査、単純 X 線撮影、検尿、心電図、CT など）の解釈と結果の概要を説明できる。（解釈）
4. 複数の問題に優先順位をつけて、包括的にアプローチできる。（問題解決）
5. 継続診療のための問題リスト、評価・治療・教育的計画を作成できる。（問題解決）
6. 他（多）職種スタッフと、相互理解に基づいたチーム診療が行える。（態度）
7. 患者やその家族に、共感的な態度で適切な病状説明ができる。（態度）
8. 診療経過や推論過程を POS に基づいて適切に診療録に記載できる。（問題解決）
9. 医療機関同士あるいは医療・介護サービス間での円滑な切れ目ない連携が行える。（問題解決）
10. EBM 実践のため、最新の医療情報に触れる。

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

1. 病棟で入院患者の診療を担当し（定期処方・検査の指示だし、診断書作成を含む）、日々の診療記録を作成する（入・退院時サマリーや中間サマリーを含む）。
2. 病棟の他（多）職種カンファレンスに参加し、担当患者の病状や治療方針を説明、検討する。
3. 指導医の病状説明に同席し、担当患者については指導医とともに簡単な説明を行う。
4. 外来で初診患者の病歴聴取、身体診察を行う。
5. カンファレンスに参加し、検査結果の解釈や治療方針について学ぶ。
6. ポートフォリオを用いて指導医とともに日々の振り返りを行う。
7. 「上越総合病院研修医業務規程」に基づき、研修中に月 2 回程度を目安に当直を行う。
8. SEA（significant event analysis）を経験し、省察の動機づけを行う。

長期にわたる研修や選択期間を利用した 2 回目以降の研修に際しては、以下を追加する。

1. 担当医としてより主体的に患者の検査・治療方針にかかわり、病状説明も指導医の管

理下で積極的に行う。

- 適切な症例があった場合、研究会や学会で症例報告を行い、可能であれば指導医の指導のもと、論文作成する。

### Off the job training (Off-JT)

- 上越総合病院 ICLS コースを受講する。
- BLS コースを受講する。
- ACLS コースを受講する。
- ACLS-EP コースの受講を推奨する。
- アドバンス・ケア・プランニング (ACP) 関連講演会に参加する。

### 週間予定表

	月	火	水	木	金	不定期
<b>早期</b>					レクチャー 2.3.5	レクチャー 輸液の基礎
<b>午前</b>	<b>病棟回診</b> 1.2.4.5.7 <b>外来</b> 担当患者の診察 診療録の記載 フィードバック (OPM) 1.2.3.4.5.7.8.9	<b>病棟回診</b> <b>外来</b> <b>総合診療科</b> <b>回診</b> 4.5.6	<b>病棟回診</b> <b>外来</b>	<b>病棟回診</b> <b>外来</b>	<b>病棟回診</b> <b>外来</b>	攻める病理のとり方 感染症の基礎 抗菌薬の基礎 貧血の鑑別 終末期医療 血圧高値の考え方 頻脈時の考え方 せん妄の対応 人工呼吸器勉強会 など
<b>午後</b>	<b>病棟業務</b> 2.6.4.5.7.8.9 <b>ポートフォリオ作成</b> 3.5 <b>急患対応</b> 1.2.3.4.5.7.8.9	<b>病棟業務</b> <b>ポートフォリオ作成</b> <b>急患対応</b>	<b>病棟業務</b> <b>ポートフォリオ作成</b> <b>急患対応</b>	<b>病棟業務</b> <b>ポートフォリオ作成</b> <b>急患対応</b>	<b>病棟業務</b> <b>ポートフォリオ作成</b> <b>急患対応</b>	<b>病状説系</b> 指導医と同席 6  <b>SEA</b> 6.7
<b>夕方</b>	<b>カンファレンス</b> 3.4.5	<b>カンファレンス</b>	<b>カンファレンス</b>	<b>カンファレンス</b>	<b>カンファレンス</b>	<b>日当直(月4回)</b> 1.2.3.4.5.7.8.9

### 評価

#### 研修中の評価 (形成的評価とフィードバック)

- 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、SBO の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価を行う (週間予定表の各方略の項に示された数字が、対応する SBO の番号となる)。
- OMP、カンファレンス、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医、上級医、指導者による形成的評価が行われる (指導医による診療録

のチェックなど)。

- 3 一日の振り返りはカンファレンス中に行う。また SEA は、研修医自身の振り返り（省察）の場としても用いる。

## 研修後の評価

### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医（大堀、麻生、遠藤、島田）が評価を入力する。
- 2 提出された病歴要約は、指導医（大堀、麻生、遠藤、島田）が確認し、内容によっては不備な点を指導し再提出を求める。
- 3 研修全般を通じて、指導医（大堀、麻生、遠藤、島田）、指導者（病棟師長等）が評価表による評価を行う。
- 4 研修振り返り記録を研修医、指導医双方が作成し、フィードバックが行われる。
- 5 PG-EPOC の入力状況、病歴要約の提出状況、評価表の内容については、プログラム責任者が確認する。

### 指導医、研修プログラムに対する形成的評価

- 1 研修医は評価表による指導医・上級医の評価を行う。
- 2 研修医は評価表による診療科の研修状況（経験できた症例数、研修期間の適切さなど）の評価を行う。
- 3 指導者（病棟師長等）は評価表による指導医・上級医の評価を行う。

## 総括的評価

- 1 2年間の初期研修修了時に、臨床研修管理委員会が総括的評価を行う。

## 総合診療科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態

### ※ 総合診療科研修中での経験すべき症候

ショック、体重減少・るい瘦、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、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）、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋肉低下、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、興奮・せん妄、抑うつ、妊娠・出産、終末期の症候

### ※ 総合診療科研修中での経験すべき疾病・病態

脳血管障害、認知症、心不全、高血圧、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、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、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）

## 指導体制

### 研修責任者

大堀高志

### 指導医

大堀高志、麻生祐嗣、遠藤真佑、島田長茂

### 指導者

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

## 総合診療科実習タイムスケジュール

	月	火	水	木	金
AM	外来	外来	外来	外来	外来
PM	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟

・AMの「外来」は病棟での受け持ち患者さんの診察や病態把握、準緊急的な指示だしをすませてから（カルテ記載や、PMの病棟での指示だしで間に合う場合はPMに行く）内科外来に来て、有症状症例（すなわち検診二次等の事務的な検査予約のみのような場合を除く症例であり、1・6診の各Drと相談の上、選定する。直感で入院が必要な症例は積極的に初期対応を研修医にあてる）の、問診、診察、必要と考えた検査（採血、検尿、心電図、レントゲン）のオーダーまで行い（採血や点滴については必ず担当Drと必要項目・輸液製剤を協議の上）、各Drと一緒に二次診察を行う。予診にかける時間は20分程度を想定し、患者さんの待ち時間が長くないようにする。なお、しばしば外来診察室がすべて埋まってしまう場合があり、合間を縫って研修を行う。

- ・PMの「病棟」は、カルテ記載、週間スケジュール的指示だしなどの業務を指す。
- ・空いたPMの時間で可能ならAM外来研修のポートフォリオ作成を行う。
- ・PMの予定外受診患者の診療を、当番医とともに行う。
- ・PMの余裕のある時間をERに充てても可。その他、受け持ち患者の検査や病状説明には可能な限り同席する。
- ・入院の受け持ち症例は5～6名を想定しているが、研修医の余力や教育的価値のある症例に関してはその都度考える。
- ・研修医は受け持ち症例の検査スケジュール（採血、検尿、レントゲン、心電図など）を立てる。翌週の予定検査の入力を金曜日までに行い、必ず上級医とdiscussionしておく。
- ・火曜日 11:00～総合診療科回診（職種横断的カンファレンスで退院支援を含む）あり（4北集合）。
- ・16:00～カンファレンス@医局カンファレンス
- ・研修初日はAM 9:00 内科外来（初診外来）へ。

# 小児科臨床研修プログラム

## 研修の到達目標

小児の一般診療並びに小児救急医療に対応できるようになるために必要な小児の特性、小児診療の特性、小児疾患の特性に関する基礎知識・技能・態度を習得することを目標とする。

### 小児科研修中に身につけるべき資質・能力【技能・問題解決・解釈・態度】

- 1) 母子手帳の内容を理解し、診療に役立てることができる。
- 2) 患児ならびにその養育者から適切に病歴を含む診療上必要な情報が得られ、良好な人間関係を築くことができる。
- 3) 一般外来や救急外来において、新生児や乳幼児含む小児患者の診察ができる。
- 4) 市中一般病院で診療する機会の多い小児の **Common disease** について、病態に応じた治療法を選択できる。
- 5) 各伝染性疾患に応じた感染予防を適切に行うことができ、患児とその養育者にも指導できる。
- 6) 診療録を適切に記載できる。
- 7) 小児への投薬・処方が適切に実施できる。
- 8) 新生児や乳幼児を含む小児の処置・検査・血管確保などの診療上必要な最低限の医療行為が実施できる。
- 9) 小児救急疾患を診療する上で必要な最低限の知識を有し、上級医に引き継ぐまでの間に患児の安定化に向けた初期治療法を想起し、選択できる。
- 10) 予防接種に必要な知識を有し、指導医の下で適切に接種できる。
- 11) 災害発生時の新生児や乳児を含む小児患者への対応を身につける。

## 研修方略

外来診療：1年目、2年目の初期研修医共通で、小児科の外来診療に参加する。指導医の下で、主として新患の診療にあたり、以後の診断・治療計画を立案し、治療や処置を実施する。適宜、診療録をもとに指導医と振り返り・検討を行う。

病棟診療：1年目、2年目の初期研修医共通で、小児科の入院診療に参加する。全ての小児科入院患者を受け持ち、入院時の診療計画や日々の患児の病状の変化を把握し診療録に記載する。又、必要時に指導医のもとで小児科入院患者の採血や点滴などの処置を行う。適宜、入院診療録をもとに指導医と振り返り・検討を行う。受け持ち患児退院後は退院時サマリーを作成し、指導医とともに振り返りを行う。

小児救急診療：1年目、2年目の初期研修医共通で、定められた拘束時間に指導医と一緒に小児救急患者を診療するとともに、入院患児や新生児の対応にあたり、以後の診断・治療計画等を立案し、治療や処置を実施する。適宜、診療録をもとに指導医と振り返り・検討を行う。小児科研修期間外の日/当直時は、上級医の指導の下で小児救急患者に対応し、必要に応じて小児科医と連携し患児の診療・処置を実施する。

その他：乳幼児健診、予防接種、心臓外来に指導医とともに参加する。

新規受け持ち患者について入院翌日のカンファレンスでプレゼンテーションを行う。

教育的価値の高い症例や臨床研究は担当した場合、学会発表や論文作成を行う。

長期研修または選択期間を用いた2回目の研修時における研修内容：

研修医と相談の上、新たな研修目標を設定し、目標達成のための研修方略を追加する。

\*以下に上記2で定めた各資質・能力に対する学習方略を導入時期、研修に要する時間、研修場所、使用媒体、指導人員、予算等の項目ごとに記述する。

方略 No	方法	資質・能力	時期	人数	時間	場所	使用媒体	指導者 協力者	予算
1	講義	①②④⑤ ⑥⑧⑨⑩ ⑪⑫	小児科 研修開始 ～2週間	1～2名	各60分	医局	PC(個人), プロジェクター (病院) 冊子	上級医 指導医	0円
2	講義	⑥	小児科研 修開始～ 2週間	1～2名	30分	医局 会議室	PC(個人), プロジェクター (病院)	指導医 ICT	0円
3	シミュレ ーション	③④⑨⑩	小児科 研修開始 ～2週間	1～2名	30分～ 60分	医局 会議室	なし	上級医 指導医	0円
4	シミュレ ーション	⑨⑩	研修中	4名～	8時間 ×2	講堂 会議室	シミュレーター	上級医 インストラ クター	受講料
5	OJT	①～⑨⑩	小児科 研修中	1～2名	1日	外来 病棟	なし	上級医 指導医	0円
6	OJT (ER)	⑩	小児科 研修中	1～2名	1日	ER 病棟	なし	上級医 指導医 救急医	0円
7	OJT	⑩	全研修期 間中	研修医全 員	時間外 当/日直	ER	マニュアル	指導医 救急医	0円
8	訓練 (防災訓練)	⑫	研修後期	研修医 全員	1日	外来 ER	マニュアル プリント	上級医 指導医 消防 他職種 (院内外)	院内防災 訓練時の 経費に含 まれる

## 評 価

知識：レポート、診療録、PG-EPOC、プレゼンテーション、学会発表、論文投稿

技能：小児の診察法、手技などに関して観察記録、指導医がスケールで評価

態度：指導医、看護師などの他職種のメディカルスタッフ

### ➤ 患児-家族-医師関係

- 患児や家族と良好な人間関係を築くことができる。
- 患児や家族の心理状態・社会的背景に配慮できる。
- 患児や家族のストレスに配慮することができる。
- 守秘義務とプライバシーを遵守できる。

### ➤ 医療面接・病歴聴取

- 患児や家族との信頼関係に基づいて情報収集ができる。
- 患児に不安を与えないように接することができる。
- 患児に痛いところ、気分の悪いところを示してもらうことができる。
- 養育者から診断に必要な情報を的確に情報収集できる。
- 養育者から子どもの発育歴、既往歴、予防接種歴などを聴取できる。
- 傾聴・共感的態度でコミュニケーションが図れる。
- 心理・社会的側面に配慮した病歴聴取を行い、身体疾患だけでなく心理的問題の把握ができる。
- 患児や家族が納得できる医療を行うために、適切に説明・指導ができる。

### ➤ 身体診察

- 患児の年齢に応じ、適切な手技による系統的な診察が実施できる。
- 子どもの全身状態を包括的に観察し、緊急性と重症度を推測できる。
- 視診により顔貌、栄養状態、発疹、呼吸状態、チアノーゼ、脱水などを評価できる。
- 正確な身体計測とバイタルサインの測定ができる。
- 入院治療の必要の有無を判断できる。
- 身体発育、性的発育、神経学的発達、生活状況の概略が評価できる。
- 診察中、子どもや家族への声かけと配慮ができる。

### ➤ 診断問題解決

- 子どもの問題を病態・発育発達・心理社会的な側面から正しく把握できる。
- 子どもの状態を把握し、的確なプレゼンテーションができる。
- 得られた情報を統合し、指導医と議論し、エビデンスに基づいた診断と問題解決ができる。
- 必要最小限の検査を選択し、患児・家族の同意の下で実施できる。
- 患児の家族背景を考慮し、指導医とともに診療計画を立案できる。

### ➤ 診療技能

#### ◇ 自ら単独で実施できる

- 鼓膜検査、静脈採血、毛細管採血、皮下注射、皮内注射、静脈確保、骨髄路

の確保、鼻出血の止血（家族への指導も含む）、エアゾール吸入、酸素吸入

◇ 指導医の下で実施できる

- 腰椎穿刺、骨髄穿刺、腸重積整復、臍肉芽の処置、鼠径ヘルニアの還納、輸血、経鼻胃カテーテルの挿入、経管栄養法

➤ 臨床検査：以下の検査を指示し、結果を解釈できる。

- 尿検査（沈渣・培養）、便検査（性状、潜血、培養）、
- 血液検査（血算、白血球分画、血液像、生化学検査、免疫学的検査）
- 血液型の判定
- 細菌学的検査（各種迅速キット、培養、PCR、感受性試験）
- 髄液検査
- X線検査（単純、造影）
- 心電図
- 超音波検査（心臓・腹部・新生児の頭部）
- CT（頭部・腹部）
- MRI（頭部・腹部）

➤ 治療

- 性・年齢・重症度に応じた治療計画を立案できる。
- 薬剤・輸液の投与量と投与方法を決定できる。
- 伝染性疾患を診断でき、他者への感染予防が適切に行え、指導できる。
- 服薬・食事指導・精神的サポートの基本を説明できる。

➤ リハビリテーション

- 障害児の発見ができる。
- 療育に関する助言指導の基本を説明できる。
- 副作用や後遺症の発生に対して真摯に対応できる。

➤ チーム医療

- 医師、看護師、薬剤師、保育士、事務職員、その他の医療職の役割を理解し、協調して医療ができる。
- 指導医、他分野の専門医に適切なコンサルテーションができる。
- 同僚・後輩医師、医学生などへ教育的配慮ができる。

➤ 安全管理

- 医療安全の基本的考え方を理解し、安全管理の方策を身につける。
- 病院内での子どもの事故を防止できる。
- 院内感染対策を理解し、感染予防策を適切に実施できる。
- 医療事故防止の基本を身につけている。

➤ 教育への配慮

- 治療中の患児の教育の機会が損なわれないような配慮ができる。

## 小児科週間予定

曜日	午前	午後	その他
月	外来診療	健診 見学・実施	午後救急対応
火	病棟回診	検査など	午後救急対応
水	外来診療	健診・心エコー 見学・実施	午後救急対応
木	予防接種	健診 見学・実施	午後救急対応
金	外来診療	検査など	午後救急対応

- ・ 毎朝 8 時半からカンファレンス（医局 PC 前に集合）
- ・ 9 時頃から業務開始。病棟回診は感染予防のため新生児室/GCU の診察を優先する。
- ・ 検査の立会い点滴、帝王切開の立会いなどの処置がある時も積極的に参加すること。

## 小児科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態

### 経験すべき症候

発疹、黄疸、発熱、頭痛、けいれん発作、呼吸困難、嘔気・嘔吐、腹痛、便秘異常（下痢・便秘）、関節痛、成長・発達障害、アレルギー

### 経験すべき疾病・病態

肺炎、急性上気道炎、気管支喘息、便秘症、急性胃腸炎、腎盂腎炎、けいれん性疾患、アレルギー疾患

## 指導体制

### 研修責任者

坂井知倫

### 指導医

坂井知倫

### 上級医

國上千紘、唐橋裕輔

### 指導者

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 外科臨床研修プログラム

## 研修の到達目標

一般外科として日常診療でよく遭遇する腹部疾患や乳腺疾患に対処するために、患者の不安や苦痛、社会背景などにも配慮しながら、多職種スタッフと協力し、適切な診断と初期治療、および継続的な経過観察を行える基本的な知識と技能を身につける。

### 外科研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

- 1 的確で要領を得た病歴聴取や身体診察（バイタルサインを含む）ができる。（技能）
- 2 鑑別診断のために必要な検査を指示できる。（問題解決）
- 3 外科診療における基本的検査（胸腹部 X 線写真、血液検査など）の結果を説明できる。（解釈）
- 4 外科領域における専門的検査（胸腹部 CT、腹部超音波検査、透視・造影検査、マンモグラフィ、乳房超音波検査、MRI など）の適応と結果の概要を説明できる。（解釈）
- 5 患者の外科疾患の病態の概要を説明できる。（解釈）
- 6 外科診療で使用される代表的な薬剤、輸液製剤を適切な方法で処方できる。（問題解決）
- 7 外科診療における基本的手技（手洗い、消毒手技、皮膚の切開・縫合・抜糸や抜針、開腹や閉腹、穿刺吸引、ドレーン挿入や抜去など）を実施できる。（技能）
- 8 外科疾患における代表的手術法（胃切除術、胆嚢摘出術、肝切除術、結腸切除術、鼠経ヘルニア根治術などの開腹及び腹腔鏡手術、乳房切除術など）の適応や手技、合併症や予後などの概要を説明できる。（問題解決）
- 9 継続診療のための問題リスト、評価、診断計画、治療計画、教育的計画を作成できる。（問題解決）
- 10 患者やその家族に、共感的な態度で適切な病状説明ができる。（態度）
- 11 他（多）職種スタッフと、相互理解に基づいたチーム診療が行える。（態度）
- 12 診療経過や推論過程を POS に基づいて適切に診療録に記載できる。（問題解決）
- 13 終末期を迎える患者の緩和ケアを実践できる。（問題解決）

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

#### （4週間の研修期間）

- 1 病棟で入院患者の診療を担当し、日々の診療記録を作成する（退院サマリーを含む）。
- 2 病棟の回診に参加し、さまざまな患者の身体所見や外科診療の基本を学ぶ。
- 3 病棟の他職種とのカンファレンスに参加し担当患者の病状や治療方針を説明、検討する。
- 4 指導医の病状説明に同席し、担当患者については指導医とともに簡単な説明を行う。

- 5 火・金あるいは月・木の午前中に外来で初診患者の病歴聴取、身体診察を行う。4週で8コマ、6週で12コマ、12週で24コマの外来研修が可能。
- 6 ERで外科疾患の疑いがある患者の初期診療を行う。
- 7 各種の外科カンファレンスに参加し、検査結果の解釈や治療方針について学ぶ。
- 8 外科手術に参加し6週間で50例程度の全身麻酔手術症例を経験し、手洗い、消毒範囲及び手技、清潔不潔の概念、外科で使用する手術機器などについて学ぶ。
- 9 外科手術（胃がん、大腸がん、乳がん、鼠経ヘルニア手術など）に助手として参加し、その適応、方法、合併症や予後の概要について検討するとともに、難易度の低いものについては術者を経験する。
- 10 外科疾患に対する薬物、輸液療法、手術に関する局所解剖のレクチャーに参加し、双方向性のディスカッションを行う。
- 11 時間外の急変やER呼び出しに対応し、初期診療を行うとともに、入院が必要な患者については継続診療を行う。
- 12 「上越総合病院研修医業務規程」に基づき、研修中に月2回程度を目安に当直を行う。
- 13 夕方の回診を中心に、指導医とともに日々の振り返りを行う。
- 14 SEA (significant event analysis) を経験し、省察の動機づけを行う。
- 15 終末期を迎える患者に使用する疼痛管理薬剤等も含め、緩和ケアについて学ぶ。

#### (6～12週の研修の場合追加される項目)

長期にわたる研修や選択期間を利用した2回目以降の研修に際しては、以下を追加する。

- 1 外科的な検査や手技（穿刺吸引、透視・造影検査など）について、指導医とともに自ら行う。
- 2 基本的な外科手術（胆嚢摘出術や鼠経ヘルニア根治術、乳腺切除術など）について、指導医の指示のもと、術者として参加する。
- 3 適切な症例があった場合、研究会や学会で症例報告を行い、可能であれば指導医の指導の下、論文作成する。
- 4 希望者には精中医のマンモグラフィ読影資格取得のための読影トレーニングを行う。

#### Off the job training (Off-JT)

- 1 外科関連の勉強会、研究会、学会などに参加する。
- 2 ラボで腹腔鏡下手術のトレーニングや結紮手技の向上を目指す。
- 3 スキルアップのための講習会、勉強会に積極的に参加する。
- 4 読影資格を持つ先生とマンモグラフィの読影を行う。

週間予定表 以下( )内は本プログラムのSBO参照

	月	火	水	木	金
午前	8:15 外科検討会 (2, 3, 4, 5, 9, 11) 8:30 外来 (1, 2, 3, 4, 5, 6) 9:00 病棟回診 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13)	8:30 外来 (1, 2, 3, 4, 5, 6) 9:00 病棟回診 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13)	8:15 病棟カンファレンス (2, 3, 4, 5, 9, 11) 8:30 外来 (1, 2, 3, 4, 5, 6) 9:00 病棟回診 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13)	8:30 外来 (1, 2, 3, 4, 5, 6) 9:00 病棟回診 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13)	8:30 外来 (1, 2, 3, 4, 5, 6) 第2、第3週目 外来にて医療面接 9:00 病棟回診 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13)
午後	10:00 手術(7, 8)	10:00 手術(7, 8)	10:00 手術(7, 8)	10:00 手術(7, 8)	10:00 手術(7, 8)
夕方	16:10 ラウンド (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13)	16:10 ラウンド (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12) 16:30 乳腺検討会 (2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13)	16:10 ラウンド (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13)	16:10 ラウンド 16:30 合同検討会 (2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13)	16:10 ラウンド (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13)

補足

夕方のラウンドは手の空いている外科全員で外科患者の回診を行い、変化のあった患者などの検査や治療方針を指導医とともに検討決定する。

研修期間中のサマリーは全例作成(12)

以下不定期に行われるもの

病状説明：可能な限り指導医とともに病状説明に同席する(10)

SEA (10,11)

休日や夜間に緊急手術がある場合は指導医と一緒に診察し、必要であれば手術にも参加する（希望しない場合や予定がある場合は免除する）(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12)

結紮や腹腔鏡手術のラボなどレクチャーあり(7,8)

月に4回程度の当直ないし日直(1,2,3,4,5,6,9,10,11,12)

評価

研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

- 1 週間予定表に示した **On-JT** のさまざまな経験の場で、**SBO** の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価を行う（週間予定表の各方略の項に示された数字が、対応する **SBO** の番号となる）。
- 2 **OMP**、一日の振り返り、**SEA** が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医、上級医、指導者による形成的評価が行われる（指導医による診療録のチェックなど）。
- 3 一日の振り返り、**SEA** は、研修医自身の振り返り（省察）の場としても用いる。

## 研修後の評価

### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に **PG-EPOC** に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医が評価する。メディカルスタッフは現場評価表を用いて評価を記載する。
- 2 1の評価表を集約して、責任指導医が **PG-EPOC** で研修医評価表 I、II、IIIに達成度評価を記載する。
- 3 経験すべき症候、疾病・病態については、研修中に作成された病歴要約について、指導医は考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合は、**PG-EPOC** で承認をする。内容が不十分な場合は修正を求める。
- 4 1-3 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
- 5 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

### 指導医、研修プログラムに対する形成的評価

- 1 研修終了後に、研修医は **PG-EPOC** 上で、メディカルスタッフは指導医に対する評価表を用いて評価を記入する。
- 2 1.はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

## 総括的評価

外科研修では、総括的評価は行われない。

- 2 年間の研修修了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行うが、外科研修の形成的評価もその材料となる。

外科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態

**経験すべき症候**

体重減少・るい瘦、吐血・喀血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便通異常、  
終末期の症候

**経験すべき疾病・病態**

肺癌、胃癌、大腸癌、乳癌

**指導体制**

**研修責任者**

藤田亘浩

**指導医**

藤田亘浩、小出則彦、藤田加奈子、長櫓宏規

**上級医**

平野勝久、金田広志

**指導者**

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 脳神経外科臨床研修プログラム (Version2025)

@ハイライト・2025年度の変更点

1. 新たに外来研修の時間を増やした。紹介または歩いて受診する頭痛（急性頭痛、慢性頭痛とも）や認知機能低下、脱力、顔の歪み、言葉のもつれ、などについて臨床推論や鑑別診断を行う。そして各症候の危険信号・レッドフラッグを学ぶ。
2. 研修医それぞれの、ニーズに合わせた研修を行うこととした。そのために研修前後でのアンケートを重視して、より柔軟な対応に心がける。
3. 職種横断的チーム医療に参加して、チーム医療に積極的に関わる姿勢を身につける。
4. 研修の終了時間を遵守する。そして時間外レクリエーション時間0・ゼロとすることを目標とする。また興味ある症例や必要な研修手技が多科で発生した場合は、臨機応変に参加出来ることとする。

## 研修の到達目標

臨床医として脳神経外科医の役割を理解し、脳神経外科疾患に対応できる知識と検査および診療手技を身につける

## 脳神経外科研修中に身につけるべき資質・能力

【技能・問題解決・解釈・態度・診療技術について】

1. 患者から適切な病歴聴取ができる
2. 一般的な全身の観察、所見の記載、意識障害患者の診察ができる。
3. 脳血管障害、頭部外傷および脳神経外科の救急疾患に対して、迅速に神経学的評価が出来る。そして指導医と共に、これらの治療にあたることができる。
4. 脳腫瘍および小児脳神経外科疾患の診察を指導医と共にできる。
5. 脳神経外科での基本的検査（XP, CT, MRI等）・脳波等を読影し、結果を診断できる。
6. 髄液検査(腰椎穿刺)および脳血管撮影を指導医と共に施行または補助できる。

【脳神経外科での基本的な処置について】

1. 術後創部の処置、脳脊髄液ドレナージ回路の管理、人工呼吸器管理、気管内挿管の介助、てんかんに対する処置を、指導医と共に行うことができる。
2. てんかん重積に対する処置を、指導医と共に行うことができる。

【脳神経外科手術については、以下を目標に実行できる】

1. 慢性硬膜下血腫、脳室ドレナージ（穿頭術） →第一助手または術者
2. 開頭術、急性硬膜外血腫・急性硬膜下血腫、定位的脳内血腫吸引術、VP シャント手術 →第一助手
3. 顕微鏡下手術 →第二助手

【報告・連絡・相談および他の診療技術（指導医または上級医とともに）】

1. 症状や疾患について専門医への適切なコンサルテーションができる
2. 患者および家族に、脳神経外科的検査・手術について適切に説明できる（病状、検査目的、内容、合併症等）
3. 神経学的後遺障害を持つ患者を理解し、医学的に支援をすることができる

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

1. 必須事項：頭痛、めまい、失神、けいれん発作（症候性てんかん）、麻痺および失語症を有する症例を経験し、意識障害、脳血管障害などの患者の治療に参加する。
2. 病棟研修診療：指導医とともに担当患者の主治医となり、入院患者の診断・治療など

をチェックし、判断・修正を行う。原則として病棟回診を指導医・上級医と共に毎日行う。

3. 外来研修診療：脳神経疾患の患者を指導医・上級医の支援を受けて、共に診療にあたる。具体的には病歴聴取（とくに OPQRST を明らかにする）、身体診察、バイタルチェック、神経学的診察、検査オーダーおよび評価を行う。
4. 救急患者研修：脳神経外科救急（頭部外傷、脳血管障害等）の患者を、指導医、上級医の支援を受けて適切な診断のもと診療にあたる。また ER は迅速な評価や診療を行う必要がある。ゆえに ABCDE アプローチや OMI アプローチといった診療スールを積極的に用いる、訓練の場であることを意識していただきたい。
5. 処置・手術：脳神経外科処置・手術施行例においては、できる限り指導医・上級医の指導のもと、助手（一部可能ならば術者）として手術に参加し施行できるようにする。

### Off the job training (Off-JT)

1. t-PA 療法適正使用指針(e-Learning)を受講する（5月、11月）。
2. 脳卒中初期救命コース(ISLS コース)に参加し、脳卒中の初期対応が理解できる。

長期研修または選択期間を用いた2回目の研修時における研修内容：

研修医と相談の上、新たな研修目標を設定し、目標達成のための研修方略を追加する。

### 週間予定表

	月	火	水	木	金	週末
午前	8:30～ カンファレンス 病棟回診	8:30～ カンファレンス 外来研修	8:30～ カンファレンス ストローク ユニット回診 (多職種合同)	8:30～ カンファレンス 外来研修	8:30～ カンファレンス 病棟回診 手術	フリー
午後	15:00～ 多職種 カンファレンス 脳卒中チーム委 員会(数ヵ月毎)	回診 インフォームド コンセント 15:00～ NST ラウンド	手術・ 脳血管造影	回診・ インフォームドコ ンセント	手術・ 脳血管造影	〃
夕方	振り返り	振り返り	振り返り	振り返り	振り返り	〃

### 評価

#### 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、SBO の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価を行う
- 2 OMP、一日の振り返り、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医、上級医、指導者による形成的評価が行われる（指導医による診療録のチェックなど）。
- 3 一日の振り返り、SEA は、研修医自身の振り返り（省察）の場としても用いる。

## 研修後の評価

### 研修医に対する形成的評価

1. 研修終了後、PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医、研修責任者が評価を入力する。
2. 提出された病歴要約は、指導医または上級医が確認し、内容によっては不備な点を指導し再提出を求める。
3. 研修全般を通じて、指導者（病棟師長）が評価表による評価を行う。
4. 研修振り返り記録を研修医、指導医双方が作成し、フィードバックが行われる。
5. PG-EPOC の入力状況、レポート提出状況、評価表の内容については、プログラム責任者が確認する。

### 指導医、研修プログラムに対する形成的評価

- 1 研修医は評価表による指導医・上級医の評価を行う。
- 2 研修医は評価表による診療科の研修状況（経験できた症例数、研修期間の適切さなど）の評価を行う。
- 3 指導者（病棟師長）は評価表による指導医・上級医の評価を行う。

### 総括的評価

1. 2年間の初期研修修了時に、臨床研修管理委員会が総括的評価を行う。

**脳神経外科が学修の場として適している経験すべき症候、経験すべき疾病・病態  
および経験必須・望ましい事柄；**

#### 経験すべき症候

意識障害・失神、麻痺・失語などの局所神経症状、もの忘れ、頭痛、めまい、けいれん発作、視力障害、嘔気・嘔吐、熱傷・外傷、興奮・せん妄、抑うつ、終末期の症候

#### 経験すべき疾病・病態

脳血管障害、脳腫瘍、頭部外傷

#### 経験が必須な事柄

- ・ 児童虐待への対応（小児科医師、児童虐待防止委員会と共に）
- ・ 社会復帰支援（多職種カンファレンスにて）
- ・ アドバンス・ケア・プランニング（ACP）
- ・ 臨床病理検討会（CPC）

#### 経験が望ましい事柄

- ・ 診療領域・職種横断的チーム医療活動の参加（脳卒中チーム、栄養サポートチーム、退院支援チーム）

#### 指導体制；

##### 研修責任者

荒川泰明

##### 指導医

荒川泰明、田村哲郎

##### 上級医

木戸口健士

##### 指導者

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 産婦人科臨床研修プログラム

## 研修の到達目標

日常診療で遭遇する妊娠・分娩、産婦人科疾患および病態に適切に対応できる基本的な診療能力（態度、技能、知識）を修得する。

産婦人科は産科、婦人科、生殖医療の3分野に別れ、いずれも主に女性を対象とする。産科では胎児の全身状態および母体の妊娠時特有の健康管理を修得。婦人科では感染症・腫瘍・内分泌異常などの多岐にわたり、骨盤外科としての知識や技術を修得する。生殖医療では、不妊症の診断治療について修得する。全般を通じ、超音波検査を頻用することから、これらの操作も修得する。

### 産婦人科研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

#### A. 修得すべき基本姿勢・態度

##### (1) 医療面接

- 1) 受診者および家族との間に良好なコミュニケーションを構築することができる。
- 2) 総合的かつ全人的に patient profile をとらえることができる。

##### (2) 身体診察法

産婦人科診療に必要な以下の基本的身体診察法について、指導医のもとで実施できる。

- 1) 陰鏡診 2) 双合診 3) 内診 4) Leopold 触診法

##### (3) 医療記録

患者の訴えや診察所見から適切な評価を行い、治療選択に至るプロセスを要領よくまとめ、カルテに記載できる。

#### B. 経験すべき検査・手技・治療法

##### (1) 臨床検査

産婦人科診療に必要な以下の検査について、指導医のもとで実施できる。

- 1) 免疫学的妊娠反応や超音波断層法検査による妊娠の診断
- 2) 経腹および経膈超音波断層法
- 3) 膈カンジダ感染症などの感染症の検査

産婦人科診療に必要な以下の検査について、結果を評価して、患者・家族に説明できる。

- 1) 細胞診・病理組織検査および内視鏡検査
- 2) 基礎体温表、精液検査、ホルモン検査等の婦人科不妊内分泌検査
- 3) 骨盤計測、子宮卵管造影法、骨盤X線CT検査、骨盤MRI検査等の放射線学的検査結果

妊産褥婦に避けた方が望ましい検査法を説明できる。

##### (2) 基本的治療法

- 1) 妊産褥婦に対する投薬、治療をする上での制限等に基づいて、指導医のもとで適切な

処方ができる。

- 2) 術後輸液療法を適切に実施できる。
- 3) ホルモン補充療法を説明できる。

#### C. 経験すべき症状・病態・疾患

##### (1) 産科関係（指導医のもとで）

- 1) 妊娠・分娩・産褥ならびに新生児の生理
- 2) 正常妊婦の外来管理
- 3) 正常分娩の管理
- 4) 正常産褥の管理
- 5) 正常新生児の管理（主として小児科）
- 6) 腹式帝王切開術（第2助手として）
- 7) 子宮内容除去術（見学）
- 8) 切迫流・早産
- 9) 産科出血に対する応急処置法

##### (2) 婦人科関係

- 1) 骨盤内腫瘍
- 2) 外陰・膣・骨盤内感染症害
- 3) 無月経、不正性器出血
- 4) 思春期疾患
- 5) 更年期障

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

1. 研修期間の初日に、指導医から産婦人科研修のオリエンテーション（ガイダンス）を受ける。
2. 指導医、上級医による医療チームの一員として、研修を行う。
3. 適宜、指導医、上級医、メディカルスタッフからのアドバイスをもとに、研修を行う。
4. 外来診療：産科/婦人科/生殖医療の各外来担当指導医と共に、診察を行う。
5. 病棟診療：入院患者の診療。毎日回診し、診療録を記載する。  
カンファレンスで症例のプレゼンテーションをする（毎週月曜日朝）  
妊婦の超音波検査、分娩管理/第1期～産褥期（助産師と共に観察し、日中の分娩には全例立ち会う。会陰裂傷縫合を指導医の立会いのもと行う）。婦人科の周術期管理を行う。
6. 人間ドック：子宮頸がん検診。基本的な診察技術を修得する。

7. 手術：原則として全手術の助手
8. 症例検討会：毎週月曜日8：00より病棟において入院患者のカンファランス。  
16：00より外来において症例および手術患者の検討会。  
小児科医および病棟・外来スタッフを交えた分娩予定者の検討会：1/月

### Off the job training (Off-JT)

- 1 産婦人科関連の勉強会、研究会、学会などに参加する。
- 2 ラボで腹腔鏡下手術のトレーニングや結紮手技の向上を目指す。
- 3 スキルアップのための講習会、勉強会に積極的に参加する。

長期研修または選択期間を用いた2回目の研修時における研修内容：

研修医と相談の上、新たな研修目標を設定し、目標達成のための研修方略を追加する。

### 週間予定表

	月	火	水	木	金
午前	カンファランス/外来	病棟	病棟	外来	病棟
午後	外来	手術	外来	手術	手術

補足) カンファランスは8：00より病棟

9：00より検診棟にて人間ドック

月曜16：00～外来にて症例検討会

**\*\*行動は何事も5分前に**

### 評価

#### 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、SBO の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価を行う（週間予定表の各方略の項に示された数字が、対応する SBO の番号となる）。
- 2 OMP、一日の振り返り、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医、上級医、指導者による形成的評価が行われる（指導医による診療録のチェックなど）。
- 3 一日の振り返り、SEA は、研修医自身の振り返り（省察）の場としても用いる。

#### 研修後の評価

##### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医が評価する。メディカルスタッフは現場評価表を用いて評価を記載する。

- 2 1.の評価表を集約して、責任指導医が PG-EPOC で研修医評価表 I、II、IIIに達成度評価を記載する。
- 3 経験すべき症候、疾病・病態については、研修中に作成された病歴要約について、指導医は考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合は、PG-EPOC で承認をする。内容が不十分な場合は修正を求める。
- 4 1-3 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
- 5 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

#### **指導医、研修プログラムに対する形成的評価**

- 1 研修終了後に、研修医は PG-EPOC 上で、メディカルスタッフは指導医に対する評価表を用いて評価を記入する。
- 2 1.はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

#### **総括的評価**

産婦人科研修では、総括的評価は行われない。

2 年間の研修修了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行うが、産婦人科研修の形成的評価もその材料となる。

#### **産婦人科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態**

##### **経験すべき症候**

嘔気・嘔吐、腹痛、妊娠・出産

##### **経験すべき疾病・病態**

高血圧、急性上気道炎、急性胃腸炎、糖尿病、うつ病

#### **指導体制**

##### **研修責任者**

小幡宏昭

##### **指導医**

小幡宏昭、山岸葉子

##### **上級医**

金子 愛

##### **指導者**

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 整形外科臨床研修プログラム

## 研修の到達目標

整形外科領域のプライマリケアに必要とされる基本的知識、診察手技や技術のほか、多職種スタッフと協力して治療を進めていく技能を身につける。

### 整形外科研修中に身につけるべき資質・能力

- 1 運動器の解剖や代表的な運動器疾患の病態を理解する。(技能)
- 2 患者から病歴を聴取して適切に診療録に記載する。(技能)
- 3 的確な身体所見をとり、診断のために必要な検査をオーダーする。(問題解決)
- 4 整形外科診療における検査(単純X線、CT、MRI、造影検査(脊髄造影、神経根造影、関節造影など)、電気生理学的検査、骨密度検査、核医学的検査)の適応を理解し、結果を説明する。(解釈、態度)
- 5 整形外科診療で使用される代表的な薬剤を適切な方法で処方する。(問題解決)
- 6 創傷処置(創部の洗浄・消毒、創傷被覆材の使用、デブリードマン、縫合など)を適切に行う。(技能)
- 7 関節穿刺、関節内注射、腱鞘内注射、各種ブロック(仙骨硬膜外ブロック、神経根ブロックなど)を行う。(技能)
- 8 骨折に対する徒手整復、ギプスやシーネなどによる固定を適切に行う。(技能)
- 9 関節脱臼や肘内障の整復方法を理解して実施する。(技能)
- 10 リハビリテーションのオーダーをする。(問題解決)
- 11 患者やその家族に、共感的な態度で適切な病状説明を行う。(態度)
- 12 他職種のスタッフと、相互理解に基づいたチーム医療を行う。(態度)
- 13 診療経過や推論過程を迅速・適切に診療録に記載する。(問題解決)

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

- 1 外来で指導医の診察に同席し、身体所見の取り方、検査の選択・評価、治療を学ぶ。
- 2 外来で初診患者の病歴を聴取して検査のオーダーを行い、指導医と共に評価して治療にあたる。
- 3 病棟で入院患者の診療を担当し、原則毎日指導医と共に回診して診療録を作成する。  
(退院サマリーや中間サマリーも含まれる)
- 4 指導医の病状説明に同席し、担当患者については指導医と共に簡単な説明を行う。
- 5 看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、ソーシャルワーカーなど他職種のスタッフと共に多職種回診に参加し、担当患者の病状や治療方針を説明し、治療や退院に向けての方向性を検討する。

- 6 手術施行例においては助手として手術に参加するとともに、当該疾患についての基本的事項、手術適応、手術法などを学ぶ。
- 7 縫合などの処置を指導医・上級医の指導のもとで行う。
- 8 指導医と共に日々の振り返りを行う。
- 9 救急呼び出しに対応し、初期診療を行うとともに、入院が必要な患者については継続診療を行う（希望者のみ、任意）。

長期にわたる研修や選択期間を利用した2回目以降研修に際しては、以下を追加する

- 1 適切と思われる手術症例においては、指導医の指導のもと、術者として参加する。
- 2 適切な症例があった場合、学会で症例報告などを行う。

### Off the job training (Off-JT)

- 1 整形外科関連の講演会あるいはカンファレンスに参加する（研修期間に当たる場合）

### 週間予定表

	月	火	水	木	金
午前	8:30 カンファレンス (5 南病棟) 病棟あるいは外来	病棟 9:30 多職種回診 手術 救急外来 (指導医と対応)	病棟 9:30 多職種回診 手術あるいは外来 救急外来 (指導医と対応)	8:30 カンファレンス (5 南病棟) 病棟 救急外来 (指導医と対応) (手術)	病棟 救急外来 (指導医と対応) (手術)
午後	手術 病棟 骨粗鬆症外来	手術 病棟	手術 病棟	手術 病棟	手術 病棟
夕方	1 日の振り返り	1 日の振り返り	1 日の振り返り	1 日の振り返り	1 日の振り返り
不定期	病状説明 (指導医と同席) 時間外急患対応 (随時、参加は任意) レクチャー				

### 評価

#### 研修中の評価 (形成的評価とフィードバック)

- 1 週間予定表に示した On-JT の様々な経験の場で、到達目標の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価を行う。
- 2 1 日の振り返りの時間を中心にフィードバックを行う。研修医自身の振り返りも含める。

#### 研修後の評価

### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医、およびメディカルスタッフが評価表に評価を記載する。
- 2 1.の評価表を集約して、責任指導医が研修医評価表Ⅰ、Ⅱ、Ⅲに達成度評価を記載する。
- 3 経験すべき症候、疾病・病態については、研修中に作成された病歴要約について、指導医は考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合は、承認する。内容が不十分な場合は修正を求める。
- 4 1-3 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
- 5 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

### 指導医、研修プログラムに対する形成的評価

- 1 研修終了後に、研修医とメディカルスタッフは指導医に対する評価表を記入する。
- 2 1.はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

### 総括的評価

2年間の研修修了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行うが、整形外科研修の形成的評価もその材料となる。

### 整形外科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態

#### 経験すべき症候

腰・背部痛、関節痛

#### 経験すべき疾病・病態

高エネルギー外傷・骨折

### 指導体制

#### 研修責任者

相場知宏

#### 指導医

渡部公正、相場知宏

#### 上級医

松本峰雄、横山雄哉、笹野寛哲

#### 指導者

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 眼科臨床研修プログラム

## 研修の到達目標

(サブコース)

眼科診療とはいかなるものかを理解する。

眼科は高度に専門化された領域である。眼科疾患の特徴、眼科疾患を患う患者に対する注意点、眼科診療における医師の考え方を学ぶ。

(選択科コース)

眼科医でなくとも必要とされる眼科初期診療を学ぶ。臨床医として、日常遭遇する眼科疾患を、初期治療でよいもの、緊急性あるいは専門的な診断、治療が必要であるものを判断できる知識・技量を習得する。

## 眼科研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

(サブコース)

指導医の外来診療を見学し、以下のことを経験、修得する

- 1 問診、病歴聴取
- 2 視診（視力障害、視野障害患者の行動の特徴、眼位、眼球運動、対光反射）
- 3 基礎的な眼科検査を理解し、眼科診断の基本的な考え方を学ぶ

(選択科)

外来診療見学だけでなく、自ら眼科検査をおこない、診断および治療計画をたて指導医の指示を仰げるまでになる。入院診療にも参加する。

- 1 眼科に必要な解剖および視機能と基本的疾患を理解する。
- 2 細隙灯顕微鏡検査、眼底検査、眼圧測定などの基本的眼科診察手技を習得する。
- 3 視力障害、視野障害などの概念を理解できて、緊急度・重症度を判断できる。さらに、必要な眼科検査を選択できる。
- 4 眼科救急疾患（急性緑内障、網膜動脈閉塞症、網膜剥離、外傷、異物など）の診断と初期治療を実践する。
- 5 眼と他科疾患（全身疾患、糖尿病、高血圧など）の関連を理解する。
- 6 基本的な治療手技（レーザー治療、白内障手術、網膜剥離手術、外眼部手術など）の方法、手順を理解する。
- 7 担当医として入院患者を受け持ち、術前評価、治療方針の決定、インフォームドコンセントの手順、術前術後管理を理解する。
- 8 眼科で用いる点眼、内服、注射薬の薬理作用、投与方法の基礎を理解、習得する。

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

(サブコース)

外来研修

- 1 他科研修に影響の少ない曜日の午前中、指導医の外来診療を見学する。
- 2 問診・病歴聴取を行い、当該患者の指導医による診療の後、診断の道筋、治療の基礎をディスカッションする。
- 3 午後にも研修可能な場合は、眼科特殊検査、手術の見学、さらに手術助手を務める

#### (選択科)

指導医、視能訓練士による眼科検査法のレクチャーを受ける

細隙灯顕微鏡検査、眼底検査、眼圧測定、矯正視力検査、視野検査

#### 外来研修

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

#### 病棟研修

- 1 病棟回診に参加する。
- 2 入院患者の担当医となり、診察、治療方針、術前術後管理などを習得する。

#### 手術研修

- 1 手術室において、手術の見学、助手を務める。簡単な手術手技を実践する。
- 2 レーザー治療室において、光凝固治療を見学、介助する。

#### 眼科救急研修

- 1 指導医とともに、眼科救急患者の診療をおこなう。

### Off the job training (Off-JT)

- 1 眼科関連の勉強会、研究会、学会などに参加する。

### 週間予定表

曜日	午前	午後
月	外来見学	手術見学、眼科検査・疾患レクチャー
火	外来見学、初診問診	手術見学、眼科検査・疾患レクチャー
水	外来見学、初診問診、初期検査	手術見学、眼科検査・疾患レクチャー
木	外来見学、初診問診、初期検査	眼科検査実習
金	外来見学、初診問診、初期検査	手術助手、眼科検査・疾患レクチャー

### 評価

#### 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、SBO の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価を行う（週間予定表の各方略の項に示された数字が、対応する SBO の番号となる）。

- OMP、一日の振り返り、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医、上級医、指導者による形成的評価が行われる（指導医による診療録のチェックなど）。
- 一日の振り返り、SEA は、研修医自身の振り返り（省察）の場としても用いる。

## 研修後の評価

### 研修医に対する形成的評価

- 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医が評価する。メディカルスタッフは現場評価表を用いて評価を記載する。
- 1.の評価表を集約して、責任指導医が PG-EPOC で研修医評価表 I、II、IIIに達成度評価を記載する。
- 経験すべき症候、疾病・病態については、研修中に作成された病歴要約について、指導医は考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合は、PG-EPOC で承認をする。内容が不十分な場合は修正を求める。
- 1-3 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
- 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

### 指導医、研修プログラムに対する形成的評価

- 研修終了後に、研修医は PG-EPOC 上で、メディカルスタッフは指導医に対する評価表を用いて評価を記入する。

## 総括的評価

2年間の研修修了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行う。

## 眼科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態 経験すべき症候

めまい、視力障害

## 指導体制

### 研修責任者

佐藤昭一

### 指導医

佐藤昭一

### 上級医

平島みほ、神出峻

### 指導者

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 耳鼻咽喉科臨床研修プログラム

## 研修の到達目標

耳鼻咽喉科領域の一般的な診察ができる。検査結果を評価することができる。

### 耳鼻咽喉科研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

1. 耳・鼻・咽喉頭・頸部の診察ができる。
2. めまいの診察ができる。
3. 鼻出血の止血法など簡単な処置について理解する。
4. 嚥下機能検査について理解する。
5. 鼻手術、扁桃摘出術について理解する。

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

外来診療：外来診察の見学・実践

病棟診療：入院患者の診察、カルテ記載、手術の見学・助手

カンファレンスに参加

長期にわたる研修や選択期間を利用した2回目以降の研修は、研修医と相談のうえ、新たな研修目標を設定し、目標達成のための研修方略の項目を追加する。

### Off the job training (Off-JT)

講演会等に参加する。

## 週間予定表

曜日	午前	午後
月	外来診療	(嚥下機能検査、外来診療)
火	手術	手術
水	外来診療	(嚥下機能検査、外来診療)
木	外来診療	摂食嚥下カンファレンス
金	外来診療	(嚥下機能検査、外来診療)

## 評価

### 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、SBO の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価を行う
- 2 OMP、一日の振り返り、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医、上級医、指導者による形成的評価が行われる（指導医による診療録

のチェックなど)。

- 3 一日の振り返り、SEA は、研修医自身の振り返り（省察）の場としても用いる。

## 研修後の評価

### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医が評価する。メディカルスタッフは現場評価表を用いて評価を記載する。
- 2 1の評価表を集約して、責任指導医が PG-EPOC で研修医評価表 I、II、IIIに達成度評価を記載する。
- 3 経験すべき症候、疾病・病態については、研修中に作成された病歴要約について、指導医は考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合は、PG-EPOC で承認をする。内容が不十分な場合は修正を求める。
- 4 1-3 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
- 5 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

### 指導医、研修プログラムに対する形成的評価

- 1 研修終了後に、研修医は PG-EPOC 上で、メディカルスタッフは指導医に対する評価表を用いて評価を記入する。
- 2 1はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

## 総括的評価

耳鼻咽喉科研修では、総括的評価は行われぬ。

2年間の研修修了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行うが、耳鼻咽喉科研修の形成的評価もその材料となる。

**耳鼻咽喉科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態**

### 経験すべき症候

難聴、めまい、鼻汁、鼻閉、鼻出血、咽頭痛、嚥下困難

## 指導体制

### 研修責任者

山田貴裕

### 指導医

朝日香織

**上級医**

山田貴裕

**指導者**

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 泌尿器科臨床研修プログラム

## 研修の到達目標

外科系医師として一般的知識・技術の上に、泌尿器科医師として基礎的知識・技術の習得の努め、チーム医療の中で自立的に実践できるようにする。

### 泌尿器科研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

1. 尿路、男性生殖器の解剖。生理を説明できる。
2. 基本的な泌尿器科的診察を正確に行うことができる。
3. 外来患者の診療を指導医のもと実践し、適切な処置、必要な検査を実施することができる。
4. 泌尿器科手術の助手ができる。指導医のもと小手術（環状切除術、陰嚢水腫根治術他）を安全に実施できる。
5. チーム医療の一員として、入院患者の術前、術後管理を実施できる。
6. カンファレンスにおいて症例提示ができる。

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

#### (6週間の研修期間)

1. 病棟で入院患者の診療を担当し、日々の診療記録を作成する（退院サマリーを含む）
2. 担当患者の病状や治療方針を説明、検討する。
3. 外来で初診患者の病歴聴取、身体診察を行う。
4. 外来超音波検査で、前立腺推定重量、残尿検査を行う。
5. 指導医のもとで内視鏡検査（硬性・軟性膀胱鏡）を行う。
6. 指導医とともに手術に参加する。
7. 指導医とともに日々の振り返りを行う。

#### (長期にわたる研修や選択期間を利用した2回目以降の研修の場合追加される項目)

1. 指導医のもと経直腸的前立腺生検を行う。
2. 経尿道的手術を、一部術者として行う。
3. 泌尿器科小手術（環状切除術等）を術者として行う。

### Off the job training (Off-JT)

- 1 適切な症例があった場合、学会（日本泌尿器科地方会など）で症例報告を行う。
- 2 スキルアップのための講習会、勉強会に積極的に参加する。

## 週間予定表

	月	火	水	木	金	任意
午前	病棟回診 外来診察 前立腺生検	病棟回診 外来診察	病棟回診 外来診察 前立腺生検	病棟回診 外来診察	病棟回診 外来診察	
午後	手術	内視鏡検査	手術	手術	内視鏡検査 ESWL	
夕方	一日の振り返り 病棟回診	一日の振り返り 病棟回診	一日の振り返り 病棟回診	一日の振り返り 病棟回診	病棟カンファレンス 病棟回診	

## 評価

### 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、SBO の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価を行う（週間予定表の各方略の項に示された数字が、対応する SBO の番号となる）。
- 2 OMP、一日の振り返り、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医、上級医、指導者による形成的評価が行われる（指導医による診療録のチェックなど）。
- 3 一日の振り返り、SEA は、研修医自身の振り返り（省察）の場としても用いる。

### 研修後の評価

#### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医が評価する。メディカルスタッフは現場評価表を用いて評価を記載する。
- 2 1.の評価表を集約して、責任指導医が PG-EPOC で研修医評価表 I、II、III に達成度評価を記載する。
- 3 経験すべき症候、疾病・病態については、研修中に作成された病歴要約について、指導医は考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合は、PG-EPOC で承認をする。内容が不十分な場合は修正を求める。
- 4 1-3 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
- 5 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

### 指導医、研修プログラムに対する形成的評価

- 1 研修終了後に、研修医は PG-EPOC 上で、メディカルスタッフは指導医に対する評価表を用いて評価を記入する。
- 2 1はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

### 総括的評価

泌尿器科研修では、総括的評価は行われたい。

2 年間の研修修了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行うが、泌尿器科研修の形成的評価もその材料となる。

### 泌尿器科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態

#### 経験すべき症候

発熱、腹痛、腰・背部痛、排尿障害（尿失禁・排尿困難）

#### 経験すべき疾病・病態

腎盂腎炎、尿路結石、腎不全

### 指導体制

#### 研修責任者

飯田裕朗

#### 指導医

飯田裕朗

#### 上級医

深田尚貴

#### 指導者

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 皮膚科臨床研修プログラム

## 研修の到達目標

プライマリケアに必要な皮膚の生理的・病的状態の観察の方法を学び、視診・触診の重要性を体験し、全身疾患の一部としての皮膚症状の診察の基本、ならびに皮膚科プライマリケアを修得させる。皮膚疾患を観察する際に、常に全身的疾患との関係を考える視点を築く。その中には組織検査のための皮膚生検技術、小皮膚外科手技の修得も含まれ、また皮膚病理学の基本を修得する。

### 皮膚科研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

皮膚病変の基本的病態（腫瘍性疾患、アレルギー疾患や感染性疾患などの炎症性疾患、先天的・遺伝的異常など）の鑑別に有用な正しい問診ができる。

1. 基本的な皮膚所見（発疹学的所見）を記載することができる。
2. 病変皮膚の問題点を的確に判断し、疑診ならびに鑑別診断を列挙することができる。
3. 全身所見の問題点を挙げ、皮膚病変との関連性を考察することができる。
4. 皮膚病変の重症度を判断し、適切な初期治療を行うことができる。
5. チーム医療の一員として、関係他科へのコンサルテーションを的確に行える。
6. 患者・および家族の皮膚疾患に特有な不安や希望に傾聴し、良好なコミュニケーションをとることができる。

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

必須事項：代表的な皮膚疾患（湿疹、蕁麻疹、薬疹及び皮膚感染症等）の診断と鑑別方法を学ぶ。皮膚縫合法（表皮縫合、真皮縫合）と皮膚生検術を学ぶ。各種外用剤・内服薬、創傷被覆剤の使用方法を学ぶ。

外来診療：外来診察見学と合わせて問診、皮膚所見の記載、診断にあたる。実際の皮膚科に特有な診断法（発疹学的診断、真菌検査、パッチテスト・プリックテストなどの皮膚アレルギー検査など）、治療法（外用療法や内服療法、皮膚腫瘍凍結療法など）を指導医とともに学ぶ。

病棟診療：皮膚科入院患者の診断へのステップと経過観察のために必要な臨床所見、検査所見を理解し、治療・検査計画を立案する。

業務：手術（月、火の午後）では、助手・あるいは術者として参加し、皮膚切開縫合法、腫瘍切除術、皮膚生検術などの基本的皮膚外科手技を学ぶ。

## Off the job training (Off-JT)

- 1 適切な症例があった場合、学会（日本皮膚科地方会など）で症例報告を行う。
- 2 スキルアップのための講習会、勉強会に積極的に参加する。

長期研修または選択期間を用いた 2 回目の研修時における研修内容：

研修医と相談の上、新たな研修目標を設定し、目標達成のための研修方略を追加する。

## 週間予定表

曜日	午前	午後
月	外来診療	手術、病棟診療
火	外来診療	手術、病棟診療
水	外来診療	病棟診療
木	外来診療	病棟診療、褥瘡回診
金	外来診療	病棟診療

## 評価

### 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、SBO の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価を行う
- 2 OMP、一日の振り返り、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医、上級医、指導者による形成的評価が行われる（指導医による診療録のチェックなど）。
- 3 一日の振り返り、SEA は、研修医自身の振り返り（省察）の場としても用いる。

### 研修後の評価

#### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医が評価する。メディカルスタッフは現場評価表を用いて評価を記載する。
- 2 1.の評価表を集約して、責任指導医が PG-EPOC で研修医評価表 I、II、III に達成度評価を記載する。
- 3 経験すべき症候、疾病・病態については、研修中に作成された病歴要約について、指導医は考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合は、PG-EPOC で承認をする。内容が不十分な場合は修正を求める。
- 4 1-3 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
- 5 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

### 指導医、研修プログラムに対する形成的評価

- 1 研修終了後に、研修医は PG-EPOC 上で、メディカルスタッフは指導医に対する評価表を用いて評価を記入する。
- 2 1.はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

### 総括的評価

皮膚科研修では、総括的評価は行われない。

2 年間の研修修了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行うが、皮膚科研修の形成的評価もその材料となる。

### 皮膚科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態

#### 経験すべき症候

発疹、熱傷・外傷

### 指導体制

#### 研修責任者

竹上 與志昌

#### 指導医

竹上 與志昌

#### 指導者

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 救急科臨床研修プログラム

## 研修の到達目標

緊急を要する病態に適切に対処し、患者・家族と良い人間関係を築きながらプライマリケアの診療を実施できるようになるために、地域の救急医療提供体制と患者のニーズを理解し、他科・他医療機関と協力しながら行う適切な初期診療能力を習得する。

### 救急科研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

1. プライマリケアの外来診療に必要な基本的診療を実践できる。
2. 緊急性が高い病態、または外傷をもつ患者の初期治療を実践できる。
3. 患者の問題を心理的かつ社会的に解決できる。
4. 患者・家族とよりよい人間関係が構築できるように努力できる。
5. チーム医療の一員として強調できる。
6. 診療録に適切に記載ができる。
7. 自己評価及び診療チーム員からの評価を通じて研修を改善できる。

1.に示す、「プライマリケアの外来診療に必要な基本的診療を実践できる」とは、おおむね以下のような内容を含む。

- 1) 患者、家族との正しいコミュニケーションと適切なコンサルテーションの能力。
- 2) 全身の診察法（内科的診察のほか、直腸診、眼底鏡検査、耳鏡検査、外傷の診察、小児の診察、妊婦の診察等も含む）の実施と主要な所見の把握。
- 3) 必要に応じて臨床検査（検尿、検便、血算、血液型、血糖の簡便検査、心電図等）を実施し、解釈できる。
- 4) 基本的な臨床検査法（生化学検査、血清免疫学的検査、細菌学的検査・薬剤感受性検査、髄液検査、呼吸機能検査、脳波検査、X線検査、頭部CT・全身CT検査、超音波検査、核医学検査等）の適切な指示と解釈の能力。
- 5) 臨床検査または治療のための各種の採血法（静脈血、動脈血）、採尿法（導尿法を含む）、注射法（皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴、静脈確保法等）、穿刺法（腰椎・胸腔・腹腔穿刺等）の適応決定と実施。
- 6) 基本的な内科的治療法（輸血・輸液法、一般的な薬剤の処方・投与方法、一般的な食餌療法等）の適応決定と実施。
- 7) 簡単な外科的治療法（簡単な切開・摘出・止血・縫合法、包帯・副木・ギプス法、滅菌・消毒法等）の適応決定と実施。
- 8) 末期患者の適切な管理能力（アドバンスケアプランニングの概念に沿った人間的・心理学的理解のうえに立った治療、家族への配慮、死後の法的処置並びに剖検の積極的な参加を含む）。
- 9) 通常よくみられる病気や外傷をもつ患者に対して、以上の各能力を総合的に適用

し、単独で処置できる問題解決能力。

2.に示す、「緊急性が高い病態、または外傷をもつ患者の初期治療を実践できる。」とは、おおむね以下のような内容を含む。

- 1) バイタルサインを正しく把握し、生命維持に必要な処置（一次救命処置、人工呼吸、心マッサージ、除細動等）を的確に行う能力
- 2) 問診・全身の診察を、迅速かつ効率的に行う能力。
- 3) 問診・全身の診察及び検査所見等によって得られた情報をもとにして、迅速に判断を下し、初期診療計画を立て、それを実施できる能力。
- 4) その後の状況変化に応じて、計画をよりよいものに改善できる能力。
- 5) 患者のケアのうえで必要な注意を、看護師などのメディカルスタッフに適切に指示する能力。
- 6) 患者の診療を、専門的医師または高次医療機関の手に委ねるべき状況を適切に判断する能力。
- 7) 患者を搬送する必要がある場合、転送上の注意を指示する能力。
- 8) 情報や診療内容を正確に記録でき、他の医師・医療機関の手に委ねるときには、これらの情報を適切に申し送る能力。

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

1. ER 診療：ER を受診した救急搬送患者、walk-in 患者について、指導医の指導のもとで診療にあたり、以後の診断・治療・教育計画を立案する。また、患者の初期の安定化のための方策を提案、実施する。診療に参画した患者リストを作成し、診察後は指導医と振り返りを行う。
2. 病棟診療：ER から HCU へ入院した救急患者、ER や外来から病棟に入院した患者を受け持ち、入院時計画や毎日の患者の変化を把握し、診療録に記載する。指導医の指導のもと、問題点をあげ、解決方法を提案する。
3. 当直業務：休日・夜間に ER を受診した救急搬送患者、walk-in 患者について、当直医とともに診療にあたり、診断・治療計画を立案する。また、患者の初期の安定化のための方策を提案、実施する。診療に参画した外来患者リストを作成し、指導医と振り返りを行う。
4. カンファレンス：教育的価値の高い症例について検討する場としてカンファレンスを用意し、当該症例を担当した研修医に積極的な発表を促す。
5. 救急症例検討会：三か月に一度開催される、地域の救急隊やコメディカルをまじえた症例検討会に参加し、救急医療に関する知識のブラッシュアップに努め、症例発表を経験する。
6. 医療シミュレーター実習：医療シミュレーターを用いた心肺蘇生、気道確保、中心

静脈確保などのシミュレーション研修を行う。患者に対する実際の手技は、シミュレーション研修終了後に、日々の診療の中で指導医とともに行う。

### Off the job training (Off-JT)

1. 救急救命関連の off the job training : 原則として当院を会場に定期的開催される、BLS、ACLS、JPTEC、外傷コース (ITLS に準拠)、PALS、ISLS、ACLS-EP、ICLS などの国際的・国内的に認可されたトレーニングコースを受講し、プロバイダー資格を取得する。

### 週間予定表

曜日	午前	午後
月	ER 研修、病棟診療	ER 研修、病棟診療
火	ER 研修、病棟診療	ER 研修、病棟診療
水	ER 研修、病棟診療	ER 研修、病棟診療
木	ER 研修、病棟診療	ER 研修、病棟診療
金	ER 研修、病棟診療	ER 研修、病棟診療

カンファレンス、救急症例検討会、医療シミュレーター実習、off the job training は、週間スケジュールに組み込まれていない。時間的余裕のあるときや、問題点のある症例に遭遇したときなどに随時開催されるか、別途スケジュールが事前に通知される。

当直業務は救急科研修とは別に、初期研修を通じて行われる。

※ なお当直勤務明けの日は、原則として午前中の救急症例カンファレンス終了後に退勤とする。

**研修到達目標の追加：長期にわたる研修や選択期間を利用した 2 回目以降の研修に際しては、以下を追加する**

1. 重症多臓器不全やショック状態の患者に対する集中治療理論と技術を指導医とともに経験習得する
2. 急性薬物中毒患者や多発外傷の患者の主担当医となり、他科医師と連携しながら救急医学診療理論の習得に努める

### 評価

#### 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、SBO の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価を行う
- 2 OMP、一日の振り返り、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医、上級医、指導者による形成的評価が行われる（指導医による診療録のチェックなど）。
- 3 一日の振り返り、SEA は、研修医自身の振り返り（省察）の場としても用いる。

## 研修後の評価

### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医が評価する。メディカルスタッフは現場評価表を用いて評価を記載する。
- 2 1.の評価表を集約して、責任指導医が PG-EPOC で研修医評価表Ⅰ、Ⅱ、Ⅲに達成度評価を記載する。
- 3 経験すべき症候、疾病・病態については、研修中に作成された病歴要約について、指導医は考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合は、PG-EPOC で承認をする。内容が不十分な場合は修正を求める。
- 4 1-3 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
- 5 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

### 指導医、研修プログラムに対する形成的評価

- 1 研修終了後に、研修医は PG-EPOC 上で、メディカルスタッフは指導医に対する評価表を用いて評価を記入する。
- 2 1.はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

## 総括的評価

救急科研修では、総括的評価は行われない。

2年間の研修修了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行うが、救急科研修の形成的評価もその材料となる。

## 救急科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態

### 経験すべき症候

ショック、体重減少・るい瘦、発疹、発熱、頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作、胸痛、心停止、呼吸困難、吐血・喀血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便秘異常（下痢・便秘）、熱傷・外傷、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋肉低下、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、興奮・せん妄、抑うつ

### 経験すべき疾病・病態

脳血管障害、急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、肺炎、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、急性胃腸炎、消化性潰瘍、腎盂腎炎、尿路結石、腎不全、高エネルギー外傷・骨折、糖尿病、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）

## 指導体制

### 研修責任者

田中 敏春

### 指導医

田中 敏春

### 指導者

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 麻酔科臨床研修プログラム

## 研修の到達目標

- ・手術患者に対する気道確保や全身管理といった技能を通じて、手術患者の対応に必要な基本的知識と技能を身につける。
- ・術後疼痛についての理解を深め、様々な痛みに対応できる知識を身につける。

## 麻酔科研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

1. 術前診察、術前カンファレンスを通じ、患者の全身管理の問題点を把握、評価し、麻酔計画を立てることができる。(解釈)
2. 静脈ルート確保、気道確保、中心静脈確保、観血的動脈圧ルート確保等を実施する。(技能)
3. 心電図、血圧、呼吸ガス等の生体モニターから得られる情報を評価し、必要ならば対応する。(解釈、問題解決)
4. 麻酔科指導医、手術室看護師、外科医と挨拶を含め、コミュニケーションをとり、チーム医療の一員であるという自覚を持って麻酔を行う。(態度)
5. 術後の疼痛、吐き気、などの合併症を理解し、対処する。
6. がん性疼痛や慢性疼痛の概念を理解し、治療法について学ぶ。

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

- 1 術前診察見学：外来での術前診察を見学し、患者のリスク評価、麻酔法の選択、患者への説明などを学ぶ。
- 2 術前カンファレンス：手術患者のリスク評価、麻酔計画などを指導医とともに検討する。
- 3 麻酔導入・維持・覚醒：手術室にて実際に麻酔をかける。末梢ルート確保、気道確保等を実践する。
- 4 術中全身状態の維持管理をおこなう。
- 5 覚醒・抜管：術後の麻酔からの覚醒、抜管を実施する。抜管や帰室可能となる条件を学ぶ。
- 6 指導医とともに術後回診を行い、術後の疼痛、吐き気等の合併症を把握し、対処する。
- 7 ペインクリニック外来見学：がん性疼痛や慢性痛についての理解、治療法について学ぶ。

長期にわたる研修や選択期間を利用した2回目以降の研修は、研修医と相談のうえ、新たな研修目標を設定し、目標達成のための研修方略の項目を追加する。

## Off the job training (Off-JT)

- 1 上越総合病院 ICLS コースを受講する。
- 2 BLS, ACLS コースを受講する。

### 週間予定表

	月	火	水	木	金	不定期
早 朝	術前 カンファレンス (8:45 麻酔医室) 1					
午 前	術前診察 1 麻酔 2, 3, 4,	術前診察 1 術後回診 5	術前診察 1 麻酔 2, 3, 4,	術前診察 1 術後回診 5	ペインクリ ニック外来 6 麻酔 2, 3, 4,	
午 後	麻酔 2, 3, 4,					
夕 方	麻酔 2, 3, 4,					

## 評価

### 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

- 1 週間予定表に示した On-JT の様々な経験の場で、到達目標の達成状況について、指導医による形成的評価とフィードバックが行われる。週間予定表の各方略の項に示された数字が身に着けるべき資質、能力の SBO である。
- 2 OMP、一日の振り返り、SEA が中心的フィードバックの機会となるが、それ以外の場でも適宜指導医による形成的評価とフィードバックが行われる。
- 3 一日の振り返り、SEA は研修医自身の振り返りの場としても用いられる。

### 研修後の評価

#### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医およびメディカルスタッフが現場評価表に評価を記載する。
- 2 現場評価表を集約して、責任指導医が研修医評価表 I、II、III に達成度評価を記載する。研修医評価表 I、II、III は医師分とメディカルスタッフの分の 2 部作成する。
- 3 経験すべき症候、疾病、病態については麻酔中に作成された麻酔表と麻酔中の指導医と

のディスカッションの内容をもって、十分な経験がなされたと判断した場合は確認表にサインする。

- 4 1-3 はプログラム責任者に提出され、定期的なフィードバックに役立てられる。
- 5 研修終了時に研修医は自己評価表に記入し、プログラム責任者に提出することにより、形成的評価とフィードバックを受けることができる。

#### **指導医、研修プログラムに対する形成的評価**

- 1 研修終了時に、研修医とメディカルスタッフは指導医に対する評価表を記入する。
- 2 1 はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

#### **総括的評価**

麻酔科では行われない。2年間の研修終了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行うが、麻酔科研修の形成的評価もその材料となる。

#### **麻酔科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態**

##### **経験すべき症候**

ショック、呼吸困難

##### **指導体制**

##### **研修責任者**

朝日丈尚

##### **指導医**

朝日丈尚 加藤晋 加藤麻紀子

##### **指導者**

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 病理診断科臨床研修プログラム

## 研修の到達目標

1. 提出された検体の受付から病理診断に至るまでの過程を理解習得する。
2. 病理診断は医療での診断の一部であり，病理医のみでは不可能であると認識し，病理診断科内や関係部署と良好な意志疎通構築が重要である事を理解する。
3. 病理診断科に提出される検体は感染性である可能性があり，科内及び院内感染防止に配慮する。
4. 1 ～ 3 を習得する過程で，病理診断のために病理診断科で行う全てが病理医の監督下にある事を理解する。

## 病理診断科研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

下記の事項は具体的な実務を交えて解説している。

1. 病理診断に至るまでの過程の理解
  - 1) 検体の正誤を依頼書と照らし合わせてチェックする。
  - 2) 検体のホルマリン固定が適切か判断する。
    - ① ホルマリンによる十分な固定で蛋白質等が凝固し，自己融解が停止し，顕微鏡標本が良好となる。顕微鏡標本の状態で固定の良否を評価できる。
    - ② 感染性検体ではホルマリン固定で通常の微生物，ウイルスの感染性は失活する。
    - ③ 検体の抗原性を保持するために，固定は 10 % 中性ホルマリン，72 時間以内である。
  - 3) 肉眼的，組織学的に正常部と病変部を鑑別できるようにする。
    - ① 通常，検体には正常部と病変部が存在する事を理解する。
    - ② 常に解剖学・組織学書を座右とし，参照する。
  - 4) 病変部を顕微鏡標本様の大きさに切離する事を病理用語で「切り出し」と言い，これに習熟する。
    - ① フェザーナイフ，はさみの使い方に習熟すると共に，自己及び周囲のスタッフに危険を及ばない様にする。
  - 5) 病理診断には顕微鏡標本の状態が重要であり，この良否を評価する。
    - ① 固定状態，厚さ，染色性等で良否を評価する事で，不都合が標本作製仮定のどの工程で生じたか判定できる。
    - ② 不都合の修正をスタッフに相談或は指導する。
  - 6) 病理診断を記載する際には常に正確かどうかを念頭に置く。
    - ① 「疑念が残る検体，解らない検体」は安易に診断せず，納得するまで追求する。
    - ② 顕微鏡標本用の様々な特殊染色があり，これらを病変探求に活用する。
    - ③ 「疑念が残る検体，解らない検体」についてはこの旨を依頼医師に伝え，次善の方策を相談する。
    - ④ 「解らない」等の標本は他の病理医に相談する出来る手段がある：新潟病理医学会

討会，病理学会コンサルテーションシステム等。

⑤ 各臓器別の癌取扱い規約を理解し，これに沿う記載をする。

7) 可能であれば内視鏡，CT などの画像との照らし合わせを行う。

## 2. 良好な意志疎通の構築

### 1) 病理診断科のスタッフについて

① 病理医が「切り出し」で顕微鏡標本にする病変部を決定した後，顕微鏡標本ができるまでの行程は全てスタッフが行う事を理解する。

② 病理医がストレスなく観察し診断に至る顕微鏡組織標本はスタッフの技量次第である。

③ 常に顕微鏡標本の良否を評価し，スタッフと相談或は指導を心掛ける。

④ スタッフの業務量が適正かどうかを判断し，不都合は技師長等にも参加を求めて改善を図る。

⑤ 細胞診学会等，スタッフが研修し，資格を維持できる機会を得る様に留意する。

### 2) 他の関連部署との関係について

① 病理診断は診断の一部である事を認識し，依頼医との医師疎通を図る。

② 「疑念が残る検体，解らない検体」についてはこの旨を依頼医師に伝え，次善の方策を相談する

③ 手術中の迅速診断では，確定できない場合は依頼医と十分に相談する。

④ 依頼書で不明なことは必ず依頼医に確認する。

⑤ 病理診断科への検体搬入状態を確認し，不備があれば病理診断科のスタッフと共に当該部署に相談する。

⑥ 他科との合同検討会：乳腺検討会，消化器検討会，CPC に出席する。

## 3. 感染防止の対策

1) 病理診断科に提出される検体は感染性を有する可能性がある事を理解し，スタッフの感染，院内感染拡散防止を心掛ける。

2) ホルマリン固定が不十分・或はなされていない検体（所謂生の検体）を扱う「切り出し室」，「解剖室」は十分な換気と陰圧が保持されている事を確認する

3) 「切り出し」は感染性失活する十分な固定誤の行う。

4) 凍結迅速診断時には，検体が感染性であるかどうか，凍結切片作製を中止するかどうかを判断する。

① 感染性の可能性がある検体は依頼医に説明し凍結切片作製を中止し，下記 ② 以降を行う。

② 臨床検査科に菌体培養を依頼後，ホルマリン固定する。

③ 標本作製後，抗酸菌感染等が判明した場合には，凍結切片作製装置等の器具消毒を指示する。

④ 消毒が完了するまで迅速凍結切片作製ができない事を関係部署に連絡する。

5) 抗酸菌感染等の感染性検体があれば感染対策委員会に連絡する。

## 4. 病理医の監督

1 ～ 3 を学び習得する事で、病理診断科責任者である病理医に科内の全てを監督する義務があると認識できる。

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

1. 2 以降の日常業務を通じて、「病理診断科研修中に身につけるべき資質・能力」に記載した事項を研修する。
2. 毎日午前 9 時から顕微鏡標本にする病変部を決める「切り出し」を指導医・スタッフと共に行う。
3. 毎日午後 2 時から指導医・スタッフによる細胞診検討に参加する。
4. 2・3 以外の時間帯は作成された組織標本を検鏡する。
  - ① 成書・癌取扱い規約等を参照，或は同室している指導医に質問する。
  - ② 自らの検鏡終了後，指導医と共に検鏡・ディスカッションし，指導を受ける。
  - ③ ② の指導終了後，診断書に記載し，更に指導医の確認後に診断報告とする。
5. 長期間研修や選択期間による 2 回目以降の研修。
  - ① 基本的業務である上記項目：2 ～ 4 の習熟に努める。
  - ② 期間や研修医の希望により病理解剖も行う。

### Off the job training(Off-JT)

1. 新潟県病理医会検討会の開催があれば参加する。

## 病理診断科週間予定表

	月	火	水	木	金	不定期	
早朝							
午前	0900：切り出し	→					
午後	1400：細胞診検討	1630：乳腺検討会		1630：消化器検討会			
夕方							

「切り出し」・「細胞診検討」は病理医とスタッフが共に行う毎日の定例業務。  
これら以外の時間帯には研修医自ら行う研修，或は指導医とのディスカッション。

## 評価

### 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

日常業務（切り出し、細胞診検討、組織標本検鏡中～検鏡後指導医とのディスカッション）や検討会での研修医の行為・判断等の全てに対し、「病理診断科研修中に身につけるべき資質・能力」の項目を念頭に、その都度指導医が適／不適を評価し、指導する。

### 研修後の評価

#### 研修医に対する形成的評価

1. 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、病理診断科スタッフが現場評価表に評価を記載する。
2. 1. の現場評価表を集約して、責任指導医が研修医評価表 I, II, III に達成度評価を記載する。研修医評価表 I, II, III は医師分とスタッフ分の 2 部作成する。
3. 1・2 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックの資料となる。
4. 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックの資料となる。

#### 指導医、研修プログラムに対する形成的評価

1. 研修終了後に、研修医とスタッフは指導医に対する評価表を記入する。
2. 1 はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

## 総括的評価

病理診断科研修では総括的評価は行わない。

2 年間の研修修了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行うが、病理診断科の形成的評価も資料となる。

## 病理診断科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態

依頼される検体の病変・疾患等が全ての対象となるが、多い検体は消化器、生殖器系、尿路系、乳腺である。

## 指導体制

### 研修責任者

関谷 政雄

### 指導医

関谷 政雄

### 指導者

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 放射線診断科臨床研修プログラム

## 研修の到達目標

1. 日常診療・救急診療で遭遇する疾患の画像を理解し、適切な検査計画を立案できるようにする。
2. 画像下治療（IVR）について、適切にコンサルトできるように、その基本を身につける。

### 放射線診断科研修中に身につけるべき資質・能力【技能・問題解決・解釈・態度】

1. 人体の横断解剖について述べることができる。（解釈）
2. Common disease・救急疾患の画像所見を述べることができる。（解釈、問題解決）
3. Common disease・救急疾患の検査の指示を適切に出すことができる。（問題解決）
4. 造影剤の副作用、適応や禁忌について述べることができる。（解釈）
5. IVR 治療にどのようなものがあるかを知り、当科で行われる IVR については適応や禁忌、合併症に関して述べるができる。（技能、問題解決）
6. 放射線科技師や看護師とともにチームの一員として協調できる。（態度）

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

1. 読影室にて、CT、MRI を中心とする画像の一次読影を行い、レポートを作成することで、疾患の画像所見や人体の解剖について学ぶ。
2. 消化器科や乳腺科のカンファレンスに参加し、他診療科とのコミュニケーションを図る。
3. IVR には主に助手として参画するが、事前にその適応や方法については予習を行う。当科で行っているものの多くは中心静脈の確保であるが、それに関しては経験に応じて術者として実施する。
4. 研修期間中に経験できる症例は限られているので、common disease の画像所見について記載されている基礎的なテキストは通読する。レポートシステム内のティーチングフィルムも適宜閲覧が可能である。

長期にわたる研修や選択期間を利用した 2 回目以降の研修は、研修医と相談のうえ、新たな研修目標を設定し、目標達成のための研修方略の項目を追加する。

## 週間予定表

	月	火	水	木	金	不定期
午前	読影	読影	読影	読影	読影	
午後	読影	読影 or IVR	読影	読影 or IVR	読影	
夕方		乳腺カンファレンス		消化器カンファレンス		時間外対応 (任意参加)

## 評価

### 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、到達目標の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価とフィードバックが行われる。

### 研修後の評価

#### 研修医に対する形成的評価

1. 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医、およびメディカルスタッフが評価表に評価を記載する。
2. 1. の評価表を集約して、責任指導医が研修医評価表 I、II、III に達成度評価を記載する。
3. 1,2 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
4. 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

#### 指導医、研修プログラムに対する形成的評価

1. 研修終了後に、研修医とメディカルスタッフは指導医に対する評価表を記入する。
2. 1 はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

### 総括的評価

1. 放射線診断科研修では、総括的評価は行われず、2年間の研修修了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行うが、放射線診断科研修の形成的評価もその材料となる。

## 指導体制

### 研修責任者

加藤洋

### 指導医

加藤洋

### 上級医

伊藤夢絃

### 指導者

すべての指導者が、研修中のさまざまな場面で指導にあたる（指導者名簿参照）

# 精神科臨床研修プログラム（さいがた医療センター）

## 精神科研修の到達目標

精神保健医療福祉を必要とする患者に対して全人的対応をするため、一般身体科の診療においても遭遇することが多い精神症状や精神疾患について学び、適切な診断や対応ができる能力を習得する。

### 精神科研修中に身につけるべき資質・能力【技能・問題解決・解釈・態度】

- 1 患者に対して支持的・共感的な対応ができ、良好な医師患者関係を作ることができる。（態度）
- 2 適切な精神科的病歴を聴取することができる。（技能）
- 3 患者の精神症状や状態像を把握し、診断や治療計画を立てることができる。（技能、解釈、問題解決）
- 4 適切な精神医学用語を用いて診療録に記載することができる。（技能、解釈）
- 5 精神保健福祉法を理解し、患者の人権に配慮した対応や治療ができる。（技能、問題解決、態度）
- 6 向精神薬についての基本的な知識を学び、適切な薬物療法ができる。（技能、問題解決）
- 7 種々の心理検査や心理療法、作業療法について理解する。（解釈、問題解決）
- 8 脳波検査や頭部形態画像検査の読影ができる。（技能、解釈）
- 9 看護師や臨床心理士、精神保健福祉士などの精神科スタッフと連携し、精神科におけるチーム医療について理解する。（問題解決、態度）
- 10 一般身体科との連携について経験する（精神科リエゾン）。（問題解決、態度）
- 11 精神疾患の患う患者の社会復帰について、社会資源を活用し、関係機関と連携を図ることができる。（問題解決、態度）

## 研修方略

### On the job training (On - JT)

- 1 外来診療における初診患者の病歴聴取を行い、指導医や上級医の診察に陪席する。
- 2 指導医や上級医と共に入院患者の主治医あるいは副主治医として診療を担当し、診療録の記載や薬物療法などを行う。
- 3 カンファレンスに参加し、初診患者や担当入院患者の病状や治療方針などを説明し共有を図る。
- 4 クルズズを受講し、基本的な精神医学について学ぶ。
- 5 精神科スタッフと共に心理社会的治療に参加する。
- 6 精神科デイケアセンターや精神科作業所などの社会復帰施設を見学する。
- 7 院内で行われている勉強会に参加する。

## Off the job training (Off - JT)

- 1 院外で行われる精神科関連の研究会などに参加する。

### 週間予定

(さいがた医療センター)

	月	火	水	木	金	不定期
午前	カンファレンス 外来予診	mECT 病棟業務	カンファレンス 外来予診	mECT 病棟業務	カンファレンス 外来予診	
午後	クロザリル カンファレンス	医療観察病棟 治療評価会	病棟業務 症例検討会	ゲームネット 依存プログラム	病棟業務	

発達障害等の児童・思春期精神領域研修可能

退院支援チーム等の診療領域・職種横断的なチームの活動への参加

4-8週以上の長期にわたる研修や選択期間を利用した2回目以降の研修に際しては、以下を追加する。

1. 電気けいれん療法を、指導医の指導の下に行う。
2. 外来、病棟およびデイケアで行われている、各種治療プログラムに、スタッフとして参加する。
3. 適切な症例があった場合、研究会や学会で症例報告を行い、可能であれば指導医の指導のもと、論文作成する。

## 評価

### 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、到達目標の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価とフィードバックが行われる。
- 2 OMP、一日の振り返り、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医、上級医、指導者による形成的評価とフィードバックが行われる（指導医による診療録のチェックなど）。
- 3 一日の振り返り、SEA は、研修医自身の振り返り（省察）の場としても用いられる。

### 研修後の評価

#### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医、メディカルスタッフが評価表に評価を記載する。
- 2 1. の評価表を集約して、研修責任者が研修医評価表 I、II、III に達成度評価を記載する。
- 3 経験すべき症候、疾病・病態について、指導医や研修責任者は提出された病歴要約から考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合には承認し、不十分な場合には不備な点を指導し修正を求める。

- 4 1~3はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
- 5 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

#### **指導医、研修プログラムに対する形成的評価**

- 1 研修終了後に、研修医とメディカルスタッフは指導医に対する評価表を記入する。
- 2 1はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

#### **総括的評価**

- 2 年間の研修終了時に基幹施設の臨床研修管理委員会が終了判定の総括的評価を行う。

#### **精神科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態**

##### **経験すべき症候**

不眠、不安、抑うつ、記憶障害をはじめとした認知機能障害、精神運動性興奮、せん妄、けいれん発作

##### **経験すべき疾病・病態**

症状精神病、認知症性疾患、気分障害（双極性障害、うつ病など）、統合失調症、不安障害、依存症（アルコール、薬物、ギャンブル、ゲーム・ネット依存など）、身体表現性障害、ストレス関連障害、精神科領域の急患、急性薬物中毒

#### **指導体制**

研修責任者	佐久間寛之
指導医	村上 優、本村啓介
上級医	本村啓介

# 精神科臨床研修プログラム（三交病院）

## 精神科研修の到達目標

精神保健医療福祉を必要とする患者に対して全人的対応をするため、一般身体科の診療においても遭遇することが多い精神症状や精神疾患について学び、適切な診断や対応ができる能力を習得する。

### 精神科研修中に身につけるべき資質・能力【技能・問題解決・解釈・態度】

- 1 患者に対して支持的・共感的な対応ができ、良好な医師患者関係を作ることができる。（態度）
- 2 適切な精神科的病歴を聴取することができる。（技能）
- 3 患者の精神症状や状態像を把握し、診断や治療計画を立てることができる。（技能、解釈、問題解決）
- 4 適切な精神医学用語を用いて診療録に記載することができる。（技能、解釈）
- 5 精神保健福祉法を理解し、患者の人権に配慮した対応や治療ができる。（技能、問題解決、態度）
- 6 向精神薬についての基本的な知識を学び、適切な薬物療法ができる。（技能、問題解決）
- 7 種々の心理検査や心理療法、作業療法について理解する。（解釈、問題解決）
- 8 脳波検査や頭部形態画像検査の読影ができる。（技能、解釈）
- 9 看護師や臨床心理士、精神保健福祉士などの精神科スタッフと連携し、精神科におけるチーム医療について理解する。（問題解決、態度）
- 10 一般身体科との連携について経験する（精神科リエゾン）。（問題解決、態度）
- 11 精神疾患の患う患者の社会復帰について、社会資源を活用し、関係機関と連携を図ることができる。（問題解決、態度）

## 研修方略

### On the job training (On - JT)

- 1 外来診療における初診患者の病歴聴取を行い、指導医や上級医の診察に陪席する。
- 2 指導医や上級医と共に入院患者の主治医あるいは副主治医として診療を担当し、診療録の記載や薬物療法などを行う。
- 3 カンファレンスに参加し、初診患者や担当入院患者の病状や治療方針などを説明し共有を図る。
- 4 クルズスを受講し、基本的な精神医学について学ぶ。
- 5 精神科スタッフと共に心理社会的治療に参加する。
- 6 精神科デイケアセンターや精神科作業所などの社会復帰施設を見学する。
- 7 院内で行われている勉強会に参加する。

## Off the job training (Off - JT)

- 1 院外で行われる精神科関連の研究会などに参加する。

### 週間予定表 (三交病院)

	月	火	水	木	金	不定期
午前	申し送り 外来診療	申し送り 外来診療	申し送り 外来診療	申し送り 外来診療	カンファレンス 申し送り クルズス (随時)	
午後	病棟診療 ARP クルズス (随時)	病棟診療 クルズス (随時)	病棟診療 クルズス (随時)	病棟診療 SMARPP クルズス (随時)	病棟診療 ARP クルズス (随時)	院内勉強会
夕方						院外研究会

ARP：アルコールリハビリテーションプログラム

SMARPP：せりがや覚醒剤依存再発防止プログラム

## 評価

### 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、到達目標の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価とフィードバックが行われる。
- 2 OMP、一日の振り返り、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医、上級医、指導者による形成的評価とフィードバックが行われる（指導医による診療録のチェックなど）。
- 3 一日の振り返り、SEA は、研修医自身の振り返り（省察）の場としても用いられる。

### 研修後の評価

#### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医、メディカルスタッフが評価表に評価を記載する。
- 2 1. の評価表を集約して、研修責任者が研修医評価表 I、II、III に達成度評価を記載する。
- 3 経験すべき症候、疾病・病態について、指導医や研修責任者は提出された病歴要約から考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合には承認し、不十分な場合には不備な点を指導し修正を求める。
- 4 1~3 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
- 5 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

### 指導医、研修プログラムに対する形成的評価

- 1 研修終了後に、研修医とメディカルスタッフは指導医に対する評価表を記入する。
- 2 1.はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

### 総括的評価

- 2 年間の研修終了時に基幹施設の臨床研修管理委員会が終了判定の総括的評価を行う。

### 精神科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態

#### 経験すべき症候

不眠、不安、抑うつ、記憶障害をはじめとした認知機能障害、精神運動性興奮、せん妄、けいれん発作

#### 経験すべき疾病・病態

症状精神病、認知症性疾患、気分障害（双極性障害、うつ病など）、統合失調症、不安障害、依存症（アルコール、薬物、ギャンブル、ゲーム・ネット依存など）、身体表現性障害、ストレス関連障害、精神科領域の急患、急性薬物中毒

### 指導体制

研修責任者	坂本隆行
指導医	坂本聡子、中丸 潤、大嶋一彰
上級医	坂本隆行

# 精神科臨床研修プログラム（高田西城病院）

## 精神科研修の到達目標

精神保健医療福祉を必要とする患者に対して全人的対応をするため、一般身体科の診療においても遭遇することが多い精神症状や精神疾患について学び、適切な診断や対応ができる能力を習得する。

### 精神科研修中に身につけるべき資質・能力【技能・問題解決・解釈・態度】

- 1 患者に対して支持的・共感的な対応ができ、良好な医師患者関係を作ることができる。（態度）
- 2 適切な精神科的病歴を聴取することができる。（技能）
- 3 患者の精神症状や状態像を把握し、診断や治療計画を立てることができる。（技能、解釈、問題解決）
- 4 適切な精神医学用語を用いて診療録に記載することができる。（技能、解釈）
- 5 精神保健福祉法を理解し、患者の人権に配慮した対応や治療ができる。（技能、問題解決、態度）
- 6 向精神薬についての基本的な知識を学び、適切な薬物療法ができる。（技能、問題解決）
- 7 種々の心理検査や心理療法、作業療法について理解する。（解釈、問題解決）
- 8 脳波検査や頭部形態画像検査の読影ができる。（技能、解釈）
- 9 看護師や臨床心理士、精神保健福祉士などの精神科スタッフと連携し、精神科におけるチーム医療について理解する。（問題解決、態度）
- 10 一般身体科との連携について経験する（精神科リエゾン）。（問題解決、態度）
- 11 精神疾患の患う患者の社会復帰について、社会資源を活用し、関係機関と連携を図ることができる。（問題解決、態度）

## 研修方略

### On the job training（On - JT）

- 1 外来診療における初診患者の病歴聴取を行い、指導医や上級医の診察に陪席する。
- 2 指導医や上級医と共に入院患者の主治医あるいは副主治医として診療を担当し、診療録の記載や薬物療法などを行う。
- 3 カンファレンスに参加し、初診患者や担当入院患者の病状や治療方針などを説明し共有を図る。
- 4 クルズスを受講し、基本的な精神医学について学ぶ。
- 5 精神科スタッフと共に心理社会的治療に参加する。
- 6 精神科デイケアセンターや精神科作業所などの社会復帰施設を見学する。
- 7 院内で行われている勉強会に参加する。

長期にわたる研修や選択期間を利用した2回目以降の研修に際しては、以下を追加する。

1. 長期研修の場合、担当患者の長期経過を追い、状態を把握し、治療や地域移行を実践する。
2. 精神科特有の入院形態について理解し、入院手続きの実際に関与する。
3. 希望により、数回の日当直を指導医と共に行い、精神科救急や身体合併症症例を経験する。
4. 適切な症例があった場合、研究会や学会で症例報告を行い、可能であれば指導医の指導のもと、論文作成する。

## Off the job training (Off - JT)

- 1 院外で行われる精神科関連の研究会などに参加する。

### 週間予定表 (高田西城病院)

	月	火	水	木	金	不定期
午前	外来の予診	外来の予診	外来の予診	外来の予診	外来の予診	
午後	病棟実習 (作業療法)	病棟実習 (デイケア)	病棟実習 (訪問看護) 講義	病棟実習 (施設見学)	一週間のま とめカンフ ァレンス	

## 評価

### 研修中の評価 (形成的評価とフィードバック)

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、到達目標の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価とフィードバックが行われる。
- 2 OMP、一日の振り返り、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場合でも、適宜指導医、上級医、指導者のよる形成的評価とフィードバックが行われる (指導医による診療録のチェックなど)。
- 3 一日の振り返り、SEA は、研修医自身の振り返り (省察) の場としても用いられる。

### 研修後の評価

#### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医、メディカルスタッフが評価表に評価を記載する。
- 2 1.の評価表を集約して、研修責任者が研修医評価表Ⅰ、Ⅱ、Ⅲに達成度評価を記載する。

- 3 経験すべき症候、疾病・病態について、指導医や研修責任者は提出された病歴要約から考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合には承認し、不十分な場合には不備な点を指導し修正を求める。
- 4 1~3はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
- 5 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

#### **指導医、研修プログラムに対する形成的評価**

- 1 研修終了後に、研修医とメディカルスタッフは指導医に対する評価表を記入する。
- 2 1.はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

#### **総括的評価**

- 2 年間の研修終了時に基幹施設の臨床研修管理委員会が終了判定の総括的評価を行う。

#### **精神科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態**

##### **経験すべき症候**

不眠、不安、抑うつ、記憶障害をはじめとした認知機能障害、精神運動性興奮、せん妄、けいれん発作

##### **経験すべき疾病・病態**

症状精神病、認知症性疾患、気分障害（双極性障害、うつ病など）、統合失調症、不安障害、依存症（アルコール、薬物、ギャンブル、ゲーム・ネット依存など）、身体表現性障害、ストレス関連障害、精神科領域の急患、急性薬物中毒

#### **指導体制**

##### **【高田西城病院】**

**研修責任者** 川室 優  
**指導医** 長谷川永子、川室 優、西田公彦  
**上級医** 山形要人

# 精神科臨床研修プログラム（川室記念病院）

## 精神科研修の到達目標

精神保健医療福祉を必要とする患者に対して全人的対応をするため、一般身体科の診療においても遭遇することが多い精神症状や精神疾患について学び、適切な診断や対応ができる能力を習得する。

### 精神科研修中に身につけるべき資質・能力【技能・問題解決・解釈・態度】

1. 患者に対して支持的（傾聴・共感・受容）な対応ができ、良好な医師患者関係を作ることができる。（態度）
2. 適切な精神科的病歴を聴取することができる。（技能）
3. 患者の精神症状や状態像を把握し、診断や治療計画を立てることができる。（技能、解釈、問題解決）
4. 適切な精神医学用語を用いて診療録に記載することができる。（技能、問題解決、態度）
5. 精神保健福祉法を理解し、患者の人権に配慮した対応や治療ができる。（技能、問題解決、態度）
6. 向精神薬についての基本的な知識を学び、適切な薬物療法ができる。（技能、問題解決）
7. 種々の心理検査や心理療法、作業療法について理解する。
8. 脳波検査や頭部形態画像検査の読影ができる。（技能、解釈）
9. 看護師や臨床心理士、精神保健福祉士などの精神科スタッフと連携し、精神科におけるチーム医療について理解する。（問題解決、態度）
10. 一般身体科との連携について経験する（精神科リエゾン）。（問題解決、態度）
11. 精神疾患を患う患者の社会復帰について、社会資源を活用し、関係機関と連携を図ることができる。（問題解決、態度）

## 研修方略

### On the job training（On - JT）

1. 外来診療における初診患者の病歴聴取を行い、指導医の診察に陪席する。
2. 指導医と共に入院患者の主治医あるいは副主治医として診察を担当し、診療録の記載や薬物療法などを行う。
3. カンファレンスに参加し、初診患者や担当入院患者の病状や治療方針などを説明し共有を図る。
4. クルズスを受講し、基本的な精神医学について学ぶ。

5. 精神科スタッフと共に心理社会的治療に参加する。
6. 精神科デイケアや就労移行支援事業所などの社会復帰施設を見学する。
7. 院内で行なわれる勉強会に参加する。

## Off the job training (Off - JT)

1. 院外で行われる精神科関連の研究会などに参加する。

## 週間予定表

	月	火	水	木	金	不定期
午前	申送り 外来診療	申送り 外来診療	申送り 外来診療	申送り 外来診療	申送り 外来診療	作業療法 デイケア 訪問看護
午後	病棟診療 クルズス 検討会	病棟診療	病棟診療	病棟診療	病棟診療	心理検査

## 評価

### 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

1. 週間予定表に示した On-JT の様々な経験の場で、到達目標の達成状況について、指導医や指導者による形成的評価とフィードバックが行われる。
2. One-Minute Preceptor (OMP)、1日の振り返り、Significant Event Analysis (SEA) が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、指導医や指導者による形成的評価とフィードバックが行われる（指導医による診療録のチェックなど）。
3. 1日の振り返り、SEA は、研修医自身の振り返り（省察）としても用いられる。

### 研修後の評価

#### 研修医に対する形成的評価

1. 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医や精神科スタッフが評価表に記載をする。
2. 評価表を集約して、研修責任者が研修医評価表 I、II、III に達成度評価を記載する。
3. 経験すべき症候、疾病・病態について、研修医が提出した病歴要約を基に、指導医や研修責任者は十分な経験がなされたか判断し、承認あるいは修正を求める。
4. PG-EPOC 内容、評価表、病歴要約はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
5. 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

## 指導医、研修プログラムに対する形成的評価

1. 研修終了後に、研修医と精神科スタッフは指導医に対する評価表を記入する。
2. 評価表はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

## 総括的評価

2年間の研修終了時に基幹施設の臨床研修管理委員会が終了判定の総括的評価を行う。

## 精神科が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態

(医師臨床研修指導ガイドラインより)

### 経験すべき症候

もの忘れ、抑うつ、興奮・せん妄

### 経験すべき疾病・病態

認知症、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）

## 指導体制

研修責任者 永井 達哉

指導医 永井 達哉

## 地域医療臨床研修プログラム（新潟県立柿崎病院）

### 研修の到達目標

地域の病院での院内多職種連携と、介護・福祉・保健に関わる院外多職種連携の重要性を認識する。特に、慢性疾患を有する患者へ継続診療と通して実感し、実践する経験をもつ。また、在宅医療などを通して、「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける」ことの意味を理解する。

（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。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。）

### 地域医療研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

1. 人間の尊厳を守り、患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす（態度）。
2. 患者やその家族に、共感的な態度で接する。（態度）
3. 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（技能）。
4. 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判断を行う（問題解決）。
5. 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（問題解決）。
6. 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（態度・技能）。
7. 他（多）職種のスタッフと、相互理解に基づいたチーム診療を行う。（態度）
8. 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（態度・技能）。
9. 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し、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（問題解決・態度）。
10. 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（態度・問題解決）。
11. 予防医療・保健・健康増進に努める（技能・態度・問題解決）。
12. 地域の実情に合った地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する（態度・技能）。
13. 地域においても急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める（技能・態度・門内解決）。
14. 医療資源の乏しい環境でも、同僚・後輩・医師以外の医療職と互いに教え、学びあう（態度・問題解決）。
15. 診療経過や推論過程を POS に基づいて迅速・適切に診療録に記載する。（問題解決）

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

- 1 外来研修：初診患者の診療を担当する。さらに指導医の監督のもとに各種検査を組み立て、検査結果を判断し治療介入する。治療介入後の再来を担当し、その治療効果について学習する。
- 2 病棟研修：入院患者の診療を担当し、上級医、指導医とともに日々の診療、治療介入を行い、日々の診療記録を作成する。担当中の退院患者には、退院後計画を説明する。
- 3 病状説明：担当患者については指導医とともに説明を行う。主として病状説明を行い、上級医からの助言とともに今後の経験に活かす。
- 4 病棟カンファレンス：多職種カンファレンスに参加し、担当患者の病状や治療方針を説明、共有し、退院にむけての地域連携室の役割を理解する。特に自宅退院、施設入所、介護サービス活用の上での医療的ケアの優先順位、退院への制限因子について学習する。
- 5 院内地域連絡会：ケア・マネージャー、担当看護師、担当薬剤師等とともに入院患者の日常生活での情報を共有し通院・退院に向け連携の重要性を理解する。
- 6 モーニングカンファレンス：毎日行われる上級医、指導医とのモーニングカンファレンスにおいて、新入院患者のプレゼンテーションを行う。外来、入院患者において問題点のあると思われる症例において方針について適時プレゼンテーションを行う。
- 7 在宅医療：上級医または指導医とともに訪問診療に同行し、患者が行う日常生活の場での診療を経験する。在宅医療以外の生活の場所として、小規模多機能施設についてその違いについて経験を積む。
- 8 予防接種業務：肺炎球菌ワクチン、インフルエンザワクチン等予防接種業務を経験する。
- 9 検査研修：腹部エコー、上部内視鏡検査、細菌検査などを経験する。
- 10 処方箋作成：院内処方、院外処方を問わず、薬剤師、看護師の業務負担、内服補助者の負担軽減を考えた処方方法について、上級医、指導医から学習する。具体的にはポリファーマシーの対応、内服タイミング、1包装化などの組み合わせについて考える姿勢を身につける。
- 11 特別養護老人ホーム：指導医に同行し、特別養護老人ホームでの診療を経験する。
- 12 老人健康施設：施設医師の診療を見学する。さらに、利用者とその家族、施設職員やケア・マネージャー等とのコミュニケーションを通じて、利用者の生活について学ぶ。
- 13 当直：「上越総合病院研修医業務規程」に基づき、研修中に月 2 回程度を目安に当直を行う。
- 14 他施設との連携：各施設の機能を理解し、診療所や高次施設と連携した診療を体験する。特に転院後の包括ケア病床の活用方法について、一般病床、DPC 病院との差を学習する。
- 15 保険診療学習：外来、入院患者のレセプト初期監査業務を担当する。医事課からのレセプト指摘点をもとに、保険診療における適応病名、適応回数など診療録に記載の必要なことについて学習する。

- 16 病院運営：在院日数など医療機関の届け出に応じた病院運営について経験する。
- 17 不定期に行われる住民向けの講演会に参加する。可能なら講義を担当する。
- 18 日々の振り返り：指導医とともに日々の振り返りを行う。
- 19 SEA (significant event analysis)：研修全体を振り返るとともに、省察の動機づけを行う。

長期にわたる研修や選択期間を利用した2回目以降の研修に際しては、以下を追加する。  
 研修医と相談のうえ、新たな研修目標を設定し、目標達成のための研修方略を追加する。

### Off the job training (Off-JT)

- 1 上越市医師会学術講演会参加

### 週間予定表

	月	火	水	木	金	不定期
早朝	モーニングカンファレンス	モーニングカンファレンス	モーニングカンファレンス	モーニングカンファレンス	モーニングカンファレンス	
午前	外来または検査業務	外来	エコー等検査 特別養護老人ホーム	外来	外来	住民講演会
午後	病棟	禁煙外来	外来 リハビリカンファレンス	訪問診療	病棟	特老・老健 連絡会議
夕方	院内勉強会 20分	院内勉強会 20分	院内勉強会 各種			当直

### 評価

#### 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、到達目標の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価とフィードバックが行われる。週間予定表の各方略の項に示された数字が、身につけるべき資質・能力の SBO である。
- 2 OMP、一日の振り返り、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医、上級医、指導者による形成的評価とフィードバックが行われる（指導医による診療録のチェックなど）。
- 3 一日の振り返り、SEA は、研修医自身の振り返り（省察）の場としても用いられる。

## 研修後の評価

### 研修医に対する形成的評価

1. 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医が評価する。メディカルスタッフは現場評価表に評価を記載する。
2. 1.の評価を集約して、責任指導医が研修医評価表Ⅰ、Ⅱ、Ⅲに達成度評価を記載する。
3. 経験すべき症候、疾病・病態については、研修中に作成された病歴要約について、指導医は考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合は、PG-EPOC で承認する。内容が不十分な場合は修正を求める。
4. 1-3 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。

### 指導医、研修プログラムに対する形成的評価

- 1 研修終了後に、研修医は PG-EPOC で指導医と各研修施設の評価を行う。メディカルスタッフは指導医に対する評価表を記入する。
- 2 1.はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

## 総括的評価

- 1 地域医療研修では、総括的評価は行われない。
- 2 2年間の研修終了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行うが、地域医療研修の形成的評価もその材料となる。

## 地域医療が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態

### 経験すべき症候

体重減少・るい瘦、発熱、黄疸、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、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）、腰・背部痛、関節痛、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、興奮・せん妄、抑うつ、終末期の症候

### 経験すべき疾病・病態

脳血管障害、認知症、心不全、高血圧、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、消化性潰瘍、肝炎・肝硬変、胆石症、腎盂腎炎、尿路結石、腎不全、糖尿病、脂質異常症、うつ病、依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）

**指導体制**

**研修責任者**

太田求磨

**指導医**

太田求磨、渡邊和樹

**上級医**

鈴木魁也、木村光広

## 地域医療臨床研修プログラム（新潟県立松代病院）

### 研修の到達目標

地域の病院での院内多職種連携と、介護・福祉・保健に関わる院外多職種連携の重要性を認識する。特に、慢性疾患を有する患者への継続診療から、実践する経験をもつ。また、在宅医療などを通して「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける」ことの意味を理解する。

（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。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。）

### 地域医療研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

1. 人間の尊厳を守り、患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす（態度）。
2. 患者やその家族に、共感的な態度で接する（態度）。
3. 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（技能）。
4. 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判断を行う（問題解決）。
5. 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（問題解決）。
6. 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（態度・技能）。
7. 他（多）職種のスタッフと、相互理解に基づいたチーム診療を行う（態度）。
8. 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（態度・技能）。
9. 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し、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（問題解決・態度）。
10. 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（態度・問題解決）。
11. 予防医療・保健・健康増進に努める（技能・態度・問題解決）。
12. 地域の実情に合った地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する（態度・技能）。
13. 地域にいても急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める（技能・態度・門内解決）。
14. 医療資源の乏しい環境でも、同僚・後輩・医師以外の医療職と互いに教え、学びあう（態度・問題解決）。
15. 診療経過や推論過程を POS に基づいて迅速・適切に診療録に記載する（問題解決）。

## 研修方略

### On the job training (ON-JT)

- 1 外来研修：初診患者ならびに継続受診患者の病歴聴取、身体診察を行う。さらに指導医の監督のもとに各種検査を組み立て、検査結果を判断し患者へ説明する。
- 2 病棟研修：入院患者の診療を担当し、日々の診療記録を作成する（退院サマリーや中間サマリーを含む）。
- 3 感染対策：外来および病棟における発熱などの有症状者に対し、新型コロナウイルス感染症を含む感染症診断のための検体採取を行い、結果を判断し、指導医と対応を協議する。さらに、院内感染対策会議に出席し、チームとして行う感染対策業務を理解する。
- 4 病状説明：指導医の説明に同席し、担当患者については指導医とともに説明を行う。また、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を念頭に置く必要がある患者には、本人の意向を繰り返し確認・尊重し、診療録等に記載し、多職種と情報を共有する。
- 5 病棟カンファレンス：多職種カンファレンスに参加し、担当患者の病状や治療方針を説明、共有し、退院にむけての社会調整・支援を行う（特に、独居世帯、認知症を有する患者など）。
- 6 院内地域連絡会：ケア・マネージャー、保健師、看護師等とともに外来通院患者および入院患者の日常生活での情報を共有し通院・退院に向け連携の重要性を理解する。
- 7 総回診：カルテ回診に参加し、さまざまな患者の身体所見や診療の基本を習得するとともに、担当患者のプレゼンテーションを行う。
- 8 在宅医療：指導医とともに訪問診療に同行し、患者が行う日常生活の場での診療を経験する。緩和ケアや ACP 念頭に置きながら診療にあたる。また、指導看護師に同行し訪問看護を見学し、協力する。予防接種業務：小児の予防接種業務や成人の予防接種を経験する。
- 9 検査研修：腹部エコー、心エコー、上部内視鏡検査、細菌検査などを経験する。
- 10 院外薬局：院外薬剤師の仕事内容を知り、院外薬局との連携の重要性を理解する。
- 11 特別養護老人ホーム：指導医に同行し、特別養護老人ホームでの診療を経験する。
- 12 虐待への対応：関係機関からの虐待が疑われる事例相談に関して積極的に関わり、連携しながら解決策を探る。
- 13 当直：「上越総合病院研修医業務規程」に基づき、研修中に月 2 回程度を目安に当直を行う。
- 14 地域住民への講演：慢性疾患予防、禁煙などについての講演を行い、予防医療を疾患と関連付けて経験する。
- 15 他施設との連携：各施設の機能を理解し、診療所や高次施設と連携した診療を体験する。
- 16 日々の振り返り：指導医とともに日々の振り返りを行う。
- 17 SEA (significant event analysis)：研修全体を振り返るとともに、省察の動機づけを行う。

## Off the job training (Off-JT)

- 1 介護認定審査会に参加
- 2 十日町中魚沼郡市医師会勉強会に参加

## 週間予定表

	月	火	水	木	金	不定期
早 朝	カルテ回診			カルテ回診		
午 前	外来 新患および 通院患者の診察 診療録の記載 病棟 担当患者の診察 診療録の記載 OMP	外来	腹部エコー	外来	外来	救急外来業 務・特別養護 老人ホーム・ 院外薬局他
午 後	病棟	総回診・病棟	訪問診療・ 病棟	訪問診療・ 病棟	訪問診療・ 病棟	予防接種・ 救急外来・ 住民講演・ 地域連絡会
夕 方						当直 (月2回程度)

## 評価

### 研修中の評価（形成的評価とフィードバック）

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、到達目標の達成状況について、指導医、上級医、指導者による形成的評価とフィードバックが行われる。週間予定表の各方略の項に示された数字が、身につけるべき資質・能力の SBO である。
- 2 OMP、一日の振り返り、SEA が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医、上級医、指導者による形成的評価とフィードバックが行われる（指導医による診療録のチェックなど）。
- 3 一日の振り返り、SEA は、研修医自身の振り返り（省察）の場としても用いられる。

### 研修後の評価

#### 研修医に対する形成的評価

- 1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医、上級医、およびメディカルスタッフが現場評価表に評価を記載する。

2. 1.の現場評価表を集約して、責任指導医が研修医評価表Ⅰ、Ⅱ、Ⅲに達成度評価を記載する。研修医評価表Ⅰ、Ⅱ、Ⅲは医師分とメディカルスタッフ分の2部作成する。
3. 経験すべき症候、疾病・病態については、研修中に作成された病歴要約について、指導医は考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合は、確認票にサインをする。内容が不十分な場合は修正を求める。
4. 1-3 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。
5. 研修終了時に研修医は自己評価表に記入する。これもプログラム責任者に提出され、形成的評価とフィードバックに役立てられる。

#### **指導医、研修プログラムに対する形成的評価**

- 1 研修終了後に、研修医とメディカルスタッフは指導医に対する評価表を記入する。
- 2 1.はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

#### **総括的評価**

- 1 地域医療研修では、総括的評価は行われない。
- 2 2年間の研修修了時に臨床研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行うが、地域医療研修の形成的評価もその材料となる。

#### **地域医療協力病院が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態**

##### **経験すべき症候**

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

##### **経験すべき疾病・病態**

脳血管障害、認知症、急性冠症候群、心不全、高血圧、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、消化性潰瘍、肝炎・肝硬変、胆石症、腎盂腎炎、尿路結石、腎不全、糖尿病、脂質異常症、うつ病、依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）

#### **指導体制**

##### **研修責任者**

吉嶺文俊

##### **指導医**

吉嶺文俊

##### **上級医**

小堺浩一、大関明樹

## 地域医療臨床研修プログラム（けいなん総合病院）

### 研修の到達目標

医療の全体構造におけるプライマリ・ケアや地域医療の位置づけと機能を理解し、将来の実践ないし連携に役立てるために、診療所や地域病院を受診する患者が抱える問題が急性期病院とは異なることを認識し、診療所における患者へのアプローチを身に付け、地域医療に果たす保健所の役割を理解する。

### 地域医療研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

- 1 心理社会的な背景（生活の様子、家族との関係、ストレス因子の存在など）を含めて、適切な病歴が聴取できる。
- 2 必要な身体診察が正確にできる。
- 3 生活者である患者に目を向けて的確な問題リストを作成できる。
- 4 患者とその家族の要望や意向をくみ取ることができる。
- 5 健康維持に必要な患者教育（食生活、運動、喫煙防止または禁煙指導）が行える。
- 6 患者に対して思いやりをもって接し、共感を示すことができる。
- 7 周囲のスタッフと良好なコミュニケーションがとれている。
- 8 公衆衛生機関としての保健所の機能とその中での医師の役割を述べることができる。
- 9 診療情報提供や介護保険のための主治医意見書の作成を補助できる。
- 10 地域の特性が、患者の罹患する疾患、受療行動、診療経過などにどのように影響するかを述べることができる。
- 11 患者の問題解決に必要な医療・福祉資源を挙げ、各機関に相談・協力ができる。
- 12 医療・保健・福祉・介護の法則・制度を理解し、医師として適切に行動できる。
- 13 結核・SARS・HIV その他の感染症の予防対策を理解し、地域および施設での対策（予防接種・患者管理・審査会）などに参加する。
- 14 かかりつけ医の役割を述べることができる。

### 研修方略

#### On the job training (ON-JT)

- 1 病棟研修：指導医の担当する患者を中心に入院受持ち患者の診療・治療などを観察し、その適正判断・修正を行う。原則として、病棟回診を指導医・上級医と共に毎日行う。
- 2 病棟研修：回復期リハビリテーションを実践し、前方・後方連携を理解する。
- 3 病棟研修：早期から後方連携を意識し、退院後のプログラムを組むとともに退院前カン

ファレンスを主宰する。

- 4 外来研修：初診患者ならびに継続受診患者の病歴聴取、身体診察を行う。さらに指導医の監督のもとに各種検査を組み立て、検査結果を判断し、患者へ説明する。
- 5 外来研修：内視鏡検査等の手技を経験する。
- 6 在宅研修：訪問診療担当医の訪問診療に同行し、在宅医療を学ぶ。
- 7 在宅研修：訪問看護ステーションによる訪問看護に同行し訪問看護を理解する。

### Off the job training (Off-JT)

- 1 上越市医師会勉強会に参加する。

### 週間予定表 (例)

	月	火	水	木	金	不定期
早朝	カルテ回診			カルテ回診		
午前	外来診察	外来診察	内視鏡検査	内視鏡検査	外来診察	
午後	訪問看護同行	訪問診療 (第 1.3 週) 内科回診	整形回診 リハビリ実習	訪問診療 (第 2.4 週) パス回診	内科回診	
夕方	内科ディスカッション	内科ディスカッション	整形ディスカッション	内科ディスカッション	整形ディスカッション	

- ・長期にわたる研修や選択期間を利用した 2 回目以降の研修は、研修医と相談のうえ、新たな研修目標を設定し、目標達成のための研修方略の項目を追加する。

### 評価

#### 研修中の評価 (形成的評価とフィードバック)

- 1 週間予定表に示した On-JT のさまざまな経験の場で、到達目標の達成状況について、指導医・上級医・指導者による形成的評価とフィードバックが行われる。
- 2 一日の振り返り (ディスカッション) が中心的なフィードバックの機会となるが、それ以外の場でも、適宜指導医・上級医・指導者による形成的評価とフィードバックが行われる。

## 研修後の評価

### 研修医に対する形成的評価

1 研修終了後に PG-EPOC に研修医が入力した自己評価を元に、指導医・上級医が評価する。

メディカルスタッフは現場評価表に評価を記載する。

- 2 1 の評価を集約して、責任指導医が研修医評価表 I、II、III に達成度評価を記載する。
- 3 経験すべき症候、疾病・病態については、研修中に作成された病歴要約について、指導医は考察も含めてその内容を確認し、十分な経験がなされたと判断した場合は、PG-EPOC で承認する。内容が不十分な場合は修正を求める。
- 4 1-3 はプログラム責任者に提出され、定期的な形成的評価とフィードバックに役立てられる。

### 指導医、研修プログラムに対する形成的評価

- 1 研修終了後に、研修医は PG-EPOC で指導医と各研修施設の評価を行う。メディカルスタッフは指導医に対する評価表を記入する。
- 2 1 はプログラム責任者に提出され、臨床研修管理委員会などの場でフィードバックが行われ、指導医の指導状況と研修プログラムの改善のために活用される。

### 総括的評価

- 1 地域医療研修では、総括的評価は行われない。
- 2 2 年間の研修修了時に臨床研修管理委員会が、修了判定の総括的評価を行うが、地域医療研修の形成的評価もその材料となる。

## 地域医療協力病院が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態

### 経験すべき症候

体重減少、発疹、発熱、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、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）、関節痛、運動麻痺・筋力低下、排尿障害（尿失禁・排尿困難）

### 経験すべき疾病・病態

脳血管障害、認知症、心不全、高血圧、肺炎、慢性閉塞性肺疾患 COPD、腎盂腎炎

**指導体制**

**研修責任者**

平野正明

**指導医**

平野正明、熊崎節央、山川雅史、佐藤航、小川直子、湯口卓

# 一般外来研修プログラム

## 研修の到達目標

日常診療で遭遇する疾病と傷害等に対して、患者・家族や地域のニーズをふまえ、専門診療科や他職種と協力しながら、適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するために、患者にとっての受診の窓口である一般外来を場として、基本的な知識と技能を身につける。

## 総合診療科研修中に身につけるべき資質・能力 【技能・問題解決・解釈・態度】

1. 的確で要領を得た病歴聴取や身体診察（バイタルサインを含む）を行う。（技能）
2. 患者の身体的問題、精神的問題、社会的問題に包括的なアプローチをする。（態度）
2. 臨床推論のために必要な検査を指示する。（問題解決）
3. 診断に必要な基本的検査（血液検査、単純 X 線撮影、検尿、心電図、CT など）の解釈と結果の概要を説明する。（解釈）
4. 患者の問題リストを作成し、優先順位をつけて、包括的にアプローチする。（問題解決）
5. 問題点ごとに、継続診療のための評価・治療・教育的計画を作成する。（問題解決）
6. 専門診療科や他（多）職種のスタッフと、相互尊重に基づくチーム診療を行う。（態度）
7. 患者やその家族に、共感的な態度で適切な病状説明を行う。（態度）
8. 診療経過や推論過程を POS に基づいて適切に診療録に記載する。（問題解決）
9. 医療機関同士あるいは医療・介護サービス間での円滑な切れ目ない連携を行う。（問題解決）
10. 患者の問題解決のために最新の医学情報を活用し、EBM を実践する（問題解決）。

## 研修方略

一般外来研修ではブロック研修は実施されず、総合診療科、小児科、外科、地域医療でのローテート中に研修が行われるため（いわゆる一般外来ローテート方式）、その内容や手順は基本的には各診療科・施設のプログラムに従うことになる。

しかしながら、研修の一貫性を確保し、質を高め、研修医の到達目標達成を促すために、以下のような方略を標準的なものとして推奨する。

## On the job training (ON-JT)

1. 総合診療科、小児科、外科、地域医療を一般外来研修の場とする。
2. 1.の診療科のローテーション中に、それぞれの週間スケジュールに沿って、一般外来研修を実施する（いわゆる一般外来ローテート方式）。
3. 半日の外来業務を 0.5 日として、合計で 20 日以上研修を行う。
4. 基幹施設である上越総合病院では、主として診断未確定の初診患者を診療し、適切な臨床推論プロセスを経て解決に導く。
5. 地域医療研修では、診断未確定の初診患者に加えて、頻度の高い慢性疾患患者の継続診

療を行う。

6. 診療する患者は指導医の判断で選定し、診療に先だって包括同意あるいは個別の口頭での同意などで患者の了承を得る。
7. 指導医に先だって医療面接と身体診察を行い、必要な検査や処方等の診療計画を立案し、指導医の確認を受けたのち、オーダー発行を行う。
8. 必要に応じて、他科へのコンサルテーションや、地域連携部門など他職種・他部門への支援要請を行う。
9. 指導医の指導のもとで患者・家族に病状や診療計画の説明を行う。
10. 指導医の指導のもとで、紹介状や返書を作成する。
11. 研修の初期段階では指導医の見学を行い、その後指導医の指示によって、指導医同席下での実施、研修医単独での実施のように、段階的に実践に移行する。
12. 研修医の到達度によっては、指導医は研修医の診療に同席しなくてもよいが、常に研修医と連絡が取れるようにしておき、研修医からの要請があればすぐに対応する。
13. 一日の一般外来研修が終了した時点で、指導医と振り返りを行う。

### **Off the job training (Off-JT)**

入職時オリエンテーションで、医療面接の方法、身体診察の方法、問題リストの作成と支持出しについてのワークショップを行う。

### **週間予定表**

総合診療科、小児科、外科、地域医療各協力病院の週間予定表に従う

### **評価**

#### **研修中・研修後の評価（形成的評価とフィードバック）**

1. 一般外来研修が行われる診療科、小児科、外科、地域医療での研修評価の中で、一般外来の目標達成状況の評価が行われる（特に評価票Ⅲ、基本的診療業務）。その手順は各診療科プログラムの「評価」の項に定める手順で行われる。
2. 一般外来研修はさまざまな場を横断的に研修が行われるため、一般外来研修の責任指導医を定め、全体として研修が適正に行われているかを評価する。
3. 責任指導医は、研修医の一般外来経験症例数や経験した症候、疾病・病態を確認し、不足がある場合はプログラム責任者に相談する。
4. 責任指導医は、研修医に各診療科・施設の一般外来研修の状況を確認し、問題点があればプログラム責任者に相談する。
5. プログラム責任者は責任指導医から相談を受けた場合、状況を確認して各診療科・施設の研修担当者に対して履修調整や研修体制充実のための調整を依頼する。

### **総括的評価**

- 1 2年間の初期研修修了時に、臨床研修管理委員会が総括的評価を行う。その際、一般外

来の目標達成が既達でなければならない。

2 一般外来研修中には総括的評価は実施しない。

**一般外来が学修の場として適している、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態**

**※ 経験すべき症候**

ショック、体重減少・るい瘦、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、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）、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋肉低下、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、興奮・せん妄、抑うつ、妊娠・出産、終末期の症候

**※ 経験すべき疾病・病態**

脳血管障害、認知症、心不全、高血圧、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、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、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）

**必修診療科としてローテートした後に、再度一般外来を選択研修としてローテートする場合の研修プロセス**

一般外来研修ではブロック研修は実施されず、総合診療科、小児科、外科、地域医療でのローテート中に研修が行われるため、一般外来を対象として選択研修が行われることはない。

ただし、これらの診療科で必修研修修了後に再び選択研修を実施する場合、その一環として一般外来研修の機会が設けられる可能性がある。その際、原則的にはそれぞれの診療科・施設のプログラムに沿って一般外来研修が行われるが、研修の一貫性を確保し、質を高め、研修医の到達目標達成を促すために、必修研修中の方略を標準的なものとして推奨する。

**指導体制**

**責任指導医**

大堀高志（総合診療科）

**指導医**

総合診療科外来：大堀高志、麻生祐嗣、遠藤真佑、島田長茂、清水崇、清水夏恵、佐藤昂、佐藤知己、合志聡、鈴木庸弘、亀田茂美、小野広幸、菊地珠美、籠島充、

小児科外来：坂井知倫

外科外来：藤田亘浩

地域医療：太田求磨、吉嶺文俊、平野正明

## 上越総合病院 臨床研修修了基準

上越総合病院では、「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」（平成 15 年 6 月 12 日、一部改正令和 6 年 3 月 29 日）に基づき、上越総合病院臨床研修プログラム修了についての基準を以下に定める。

（修了認定の基準とする項目）

1. 所定の研修期間を充足していること。
  - 1) 研修期間を通じた休止期間が 90 日までにとどまっていること。
  - 2) 各研修分野に求められている必要履修期間を満たしていること。
2. 臨床研修の目標の達成度の評価で、すべての必修項目について目標を達成していること。
  - 1) 臨床研修の目標の達成度判定票の到達目標がすべて既達の状況にあること。
3. 臨床医としての適性を有すること（研修医が以下に定める各項目に該当する場合は修了と認めない）。
  - 1) 安心、安全な医療が提供できない場合。
  - 2) 法令・規則が遵守できない者。
4. 経験すべき症候（29 症候）、経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）をすべて経験し、作成された病歴要約でそれが確認されていること。
5. 感染対策（院内感染や性感染症等）、予防医療（予防接種等）、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、臨床病理検討会（CPC）等、基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修を経験していること。

※BLS、ACLS、ACLS-EP、PALS、JPTEC、ISLS など重要性の高い講習会に参加し、修了していることが望ましい。

※診療領域・職種横断的なチーム（感染制御、緩和ケア、栄養サポート、認知症ケア、退院支援等）、薬剤耐性菌、ゲノム医療等、社会的要請の強い分野・領域等に関する研修を経験していることが望ましい。

（修了認定）

「上越総合病院臨床研修規程第 7 章第 22 条」に準ずる。臨床研修の修了に際し、プログラム

責任者は上記の（修了認定の基準とする項目）について当該研修医の評価を行い、臨床研修管理委員会に報告をする。

臨床研修管理委員会では総括的評価を行い、臨床研修修了の可否を判定する。

臨床研修管理委員会の判断に基づき、修了が認定された研修に対して、管理者（病院長）は臨床研修修了証を発行する。

## **臨床研修に関する評価**

「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」（平成 15 年 6 月 12 日、一部改正令和 6 年 3 月 29 日）に基づいて、本プログラムにおける評価について以下のように定める。

（評価についての基本的な考え方）

### （1）研修期間中の評価

研修期間中の評価は、形成的評価により行うことが重要であり、研修医ごとの研修内容を改善することを主な目的とすること。

具体的には、分野ごとの研修終了の際に、指導医や指導者（医師以外の医療職の代表。看護師を含むことが望ましい）が、研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ（別掲）と、必要に応じて当院独自の評価票を用いて、到達目標の達成度を評価し、これら評価票は研修管理委員会で保管する。

上記評価の結果や、PG-EPOC などの評価システムの記載に基づいて、臨床研修プログラム委員会は研修医の目標達成状況や履修状況を確認し、形成的評価のための合議を行う。この際議事録を残し、研修管理委員会で保管する。

上記の議事録の内容をふまえて、少なくとも年 2 回、プログラム責任者・研修管理委員会委員が、研修医に対して形成的評価（フィードバック）を行う。フィードバックした内容については、記録を作成し、研修管理委員会に保管する。

これらの過程で行われた価値判断や評価票、議事録、記録などは、臨床研修管理委員会などの機会に定期的に、あるいは随時、研修医や指導医、指導者間で共有され、研修医が修了基準に不足している部分を研修できるよう配慮するとともに、効果的な研修につながるように役立てられる。

### （2）研修期間終了時の評価（「上越総合病院臨床研修修了基準」も参照のこと）

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ことをその目的とすること。

研修医の研修期間の終了に際し、プログラム責任者は、研修管理委員会に対して研修医ごとの臨床研修の目標の達成状況を、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（別掲）を用いて報告し、その報告に基づき、研修管理委員会は研修の修了判定の可否についての評価を行うこと。

評価は、研修実施期間の評価、臨床研修の目標等の達成度の評価及び臨床医としての適性の評価のそれぞれについて行い、すべての基準が満たされたときに修了と認めるものであること。

なお、最終的な認定に当たっては、相対評価ではなく、絶対評価を用いるものであること。

### (3) 研修の質改善のための評価

臨床研修においては、研修医に対する評価のみではなく、研修の質を高め、プログラムの改善に向けた評価が行われなければならない。

具体的には、指導医・上級医の資質の向上に資するために、分野ごとの研修終了の際に、研修医と指導者による、指導医の指導状況についての評価を行う。

さらに、指導者の資質の向上に資するために、分野ごとの研修終了の際に、研修医と指導医・上級医による、指導者の指導状況についての評価を行う。

また、各診療科のプログラムの改善に資するために、分野ごとの研修終了の際に、研修医による振り返り評価を行う。さらに、研修プログラム全般の質の向上にむけて、少なくとも年1回、研修医による研修プログラム・研修施設に対する評価を行う。

これらの評価結果は、プログラム責任者によって当該者にフィードバックされるとともに、臨床研修管理委員会に報告され、研修プログラムや研修体制の改善に活用される。

臨床研修における到達目標達成状況の把握・確認・調整方法と、評価票一覧

研修医の到達目標達成状況を把握・確認し、形成的評価（フォーマティブ）に役立てるために、また組織的評価の認知とするために、この表に従って研修医の評価を行う。  
なお、指導医の指導方法の向上や研修プログラムの改善のために、別途研修前から指導医やプログラムに対する評価も行われる。  
この評価の手順については、EPOC20の導入後はWEB上で行うことも決定される。

評価項目	研修者・記入するもの	日々の研修・業務状況に基づき、ローテーション終了時点の一次評価者 評価者が記入するもの	一次評価に基づき、ローテーション終了時点の評価者 評価者が記入するもの	ローテーション終了時点の研修に基づき、中間フォーマティブ時点の評価者 評価者が記入するもの	中間フォーマティブ時点の研修に基づき、中間フォーマティブ時点の評価者 評価者が記入するもの
A 基本的価値観	指導医、上級医、指導者 (看護師、薬剤師、放射線技師、検査技師、SCW) 医師：研修医評価表Ⅰ 医師以外：指導医評価表Ⅰ	診療科責任指導医：医師分 プログラム責任者（プログラム委員会）；メテカリスタッフ分 研修医評価表Ⅰ（指導医・上級医分、メテカリスタッフ分の双方を要約）	プログラム責任者（プログラム委員会） 改定医師臨床研修の目標の達成判定表 （プログラム委員会合議用）	プログラム責任者、または副プログラム責任者 フォーマティブ記録票	
1 医学・医療における倫理性	B 習得能力 医師：研修医評価表Ⅱ-B-1 医師以外：指導医評価表Ⅱ-B-1	診療科責任指導医：医師分 プログラム責任者（プログラム委員会）；メテカリスタッフ分 研修医評価表Ⅱ-B-1（指導医・上級医分、メテカリスタッフ分の双方を要約）	プログラム責任者（プログラム委員会） 改定医師臨床研修の目標の達成判定表 （プログラム委員会合議用）	プログラム責任者、または副プログラム責任者 フォーマティブ記録票	
2 医学知識と問題対応能力	B 習得能力 3.診断技能と患者ケア 指導医、上級医、指導者 (看護師、放射線技師、検査技師、SCW) 医師：研修医評価表Ⅱ-B-2 医師以外：指導医評価表Ⅱ-B-2	診療科責任指導医：医師分 プログラム責任者（プログラム委員会）；メテカリスタッフ分 研修医評価表Ⅱ-B-2（指導医・上級医分、メテカリスタッフ分の双方を要約）	プログラム責任者（プログラム委員会） 改定医師臨床研修の目標の達成判定表 （プログラム委員会合議用）	プログラム責任者、または副プログラム責任者 フォーマティブ記録票	
3 診断技能と患者ケア	B 習得能力 4.コミュニケーション能力 指導医、上級医、指導者 (看護師、放射線技師、検査技師、SCW) 医師：研修医評価表Ⅱ-B-3 医師以外：指導医評価表Ⅱ-B-3	診療科責任指導医：医師分 プログラム責任者（プログラム委員会）；メテカリスタッフ分 研修医評価表Ⅱ-B-3（指導医・上級医分、メテカリスタッフ分の双方を要約）	プログラム責任者（プログラム委員会） 改定医師臨床研修の目標の達成判定表 （プログラム委員会合議用）	プログラム責任者、または副プログラム責任者 フォーマティブ記録票	
4 コミュニケーション能力	B 習得能力 5.チーム医療の実践 指導医、上級医、指導者 (看護師、放射線技師、検査技師、SCW) 医師：研修医評価表Ⅱ-B-5 医師以外：指導医評価表Ⅱ-B-5	診療科責任指導医：医師分 プログラム責任者（プログラム委員会）；メテカリスタッフ分 研修医評価表Ⅱ-B-5（指導医・上級医分、メテカリスタッフ分の双方を要約）	プログラム責任者（プログラム委員会） 改定医師臨床研修の目標の達成判定表 （プログラム委員会合議用）	プログラム責任者、または副プログラム責任者 フォーマティブ記録票	
5 チーム医療の実践	B 習得能力 6.医療の質と安全管理 指導医、上級医、指導者 (看護師、放射線技師、検査技師、SCW) 医師：研修医評価表Ⅱ-B-6 医師以外：指導医評価表Ⅱ-B-6	診療科責任指導医：医師分 プログラム責任者（プログラム委員会）；メテカリスタッフ分 研修医評価表Ⅱ-B-6（指導医・上級医分、メテカリスタッフ分の双方を要約）	プログラム責任者（プログラム委員会） 改定医師臨床研修の目標の達成判定表 （プログラム委員会合議用）	プログラム責任者、または副プログラム責任者 フォーマティブ記録票	
6 医療の質と安全管理	B 習得能力 7.社会における医師の実践 指導医、上級医、指導者 (看護師、SCW) 医師：研修医評価表Ⅱ-B-7 医師以外：指導医評価表Ⅱ-B-7	診療科責任指導医：医師分 プログラム責任者（プログラム委員会）；メテカリスタッフ分 研修医評価表Ⅱ-B-7（指導医・上級医分、メテカリスタッフ分の双方を要約）	プログラム責任者（プログラム委員会） 改定医師臨床研修の目標の達成判定表 （プログラム委員会合議用）	プログラム責任者、または副プログラム責任者 フォーマティブ記録票	
B 習得能力 8.科学的探究	指導医、上級医 医師：研修医評価表Ⅱ-B-8	診療科責任指導医：医師分 プログラム責任者（プログラム委員会）；メテカリスタッフ分 研修医評価表Ⅱ-B-8（指導医・上級医分、メテカリスタッフ分の双方を要約）	プログラム責任者（プログラム委員会） 改定医師臨床研修の目標の達成判定表 （プログラム委員会合議用）	プログラム責任者、または副プログラム責任者 フォーマティブ記録票	
B 習得能力 9.生涯にわたって学び姿勢	指導医、上級医、指導者 (看護師、薬剤師、放射線技師、検査技師、SCW) 研修医評価表Ⅱ-B-9 指導医、上級医、指導者 (看護師、薬剤師、放射線技師、検査技師、SCW) 医師：研修医評価表Ⅲ 医師以外：指導医評価表Ⅲ	診療科責任指導医：医師分 プログラム責任者（プログラム委員会）；メテカリスタッフ分 研修医評価表Ⅱ-B-9（指導医・上級医分、メテカリスタッフ分の双方を要約） 診療科責任指導医：医師分 プログラム責任者（プログラム委員会）；メテカリスタッフ分 研修医評価表Ⅲ（指導医・上級医分、メテカリスタッフ分の双方を要約）	プログラム責任者（プログラム委員会） 改定医師臨床研修の目標の達成判定表 （プログラム委員会合議用）	プログラム責任者、または副プログラム責任者 フォーマティブ記録票	
C 診療業務	当該診療科指導医、上級医 病歴要約へのコメント	当該診療科責任指導医 病歴要約へのコメント	プログラム責任者（プログラム委員会）	プログラム責任者（プログラム委員会）	
研修者へ各症候・病態 記録すべき疾病・病態		当該診療科責任指導医 病歴要約へのコメント	プログラム責任者（プログラム委員会）	プログラム責任者（プログラム委員会）	

## 研修医評価票 I

### 「A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)」に関する評価

研修医名 \_\_\_\_\_

研修分野・診療科 \_\_\_\_\_

観察者 氏名 \_\_\_\_\_ 区分  医師  医師以外（職種名 \_\_\_\_\_）

観察期間 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

記載日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

	レベル1 期待を 大きく 下回る	レベル2 期待を 下回る	レベル3 期待 通り	レベル4 期待を 大きく 上回る	観察 機会 なし
<b>A-1. 社会的使命と公衆衛生への寄与</b> 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A-2. 利他的な態度</b> 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A-3. 人間性の尊重</b> 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A-4. 自らを高める姿勢</b> 自らの言動及び医療の内容を省察 <sup>*)</sup> し、常に資質・能力の向上に努める。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*) 省察：自分自身をかえりみて、そのよしあしを考えること。

※「期待」とは、「研修修了時に期待される状態」とする。

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

## 研修医評価票 II

### 「B. 資質・能力」に関する評価

研修医名： \_\_\_\_\_

研修分野・診療科： \_\_\_\_\_

観察者 氏名 \_\_\_\_\_ 区分  医師  医師以外（職種名 \_\_\_\_\_）

観察期間 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

記載日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

#### レベルの説明

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

1) モデル・コア・カリキュラム：医学部における、卒前の教育目標。研修医はこのレベルに達したので卒業を許可されたわけであり、レベル1は医学部卒業レベルと言える。

## 1. 医学・医療における倫理性：

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

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

1) 倫理的ジレンマ：ある価値観と別の価値観が対立すること。たとえば、「人材育成のために研修医には術者として手術を経験させるべきだ」という価値観と、「患者の安全が最優先で、経験豊かな医師が執刀すべきだ」という価値観の間には、倫理的ジレンマがある。

2) 利益相反：社会的責任と、外部との関係によって得られる利益とが衝突・相反するため、医療者としての公正性が損なわれること。患者にとって最も有益な薬物を選択すべきなのに、製薬会社等から利益を受けたためにそれが行われない場合などが問題にされる。

## 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。

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

観察する機会が無かった

コメント：

1) 臨床決断：診断や治療方針を決定すること。Clinical decision making.

2) 臨床推論：患者の問題点の背景にある病態を考えること、あるいはその能力。Clinical thought process.

### 3. 診療技能と患者ケア：

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

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

コメント：

1) 問題志向型医療記録形式：患者の問題点ごとに、S (subjective data：主観的訴え)、O (objective data：客観的データ)、A (assessment：評価)、P (plan：計画) を記載する方法。Problem oriented medical record system、略して POS.

#### 4. コミュニケーション能力：

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

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








観察する機会が無かった

コメント：

## 5. チーム医療の実践：

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

レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2	レベル3 研修終了時に期待されるレベル	レベル4			
<p>■チーム医療の意義を説明でき、(学生として)チームの一人として診療に参加できる。</p> <p>■自分の限界を認識し、他の医療従事者の援助を求めることができる。</p> <p>■チーム医療における医師の役割を説明できる。</p>	<p>単純な事例において、医療を提供する組織やチームの目的等を理解する。</p>	<p><b>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。</b></p>	<p>複雑な事例において、医療を提供する組織やチームの目的とチームの目的等を理解したうえで実践する。</p>			
	<p>単純な事例において、チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。</p>	<p><b>チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。</b></p>	<p>チームの各構成員と情報を積極的に共有し、連携して最善のチーム医療を実践する。</p>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

観察する機会が無かった

コメント：

## 6. 医療の質と安全の管理：

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

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

観察する機会が無かった

コメント：

## 7. 社会における医療の実践：

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

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

1) 地域包括ケアシステム：地域における資源を有効にシェアしながら、医療・介護・保健・福祉・住まいといった問題に包括的に対応するために、各地域で主体的に策定される体制、または体制づくりのこと。

## 8. 科学的探究：

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

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

コメント：

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢：

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

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

コメント：

1) 省察：自分自身をかえりみて、そのよしあしを判断すること。

## 研修医評価票 Ⅲ

### 「C. 基本的診療業務」に関する評価

研修医名 \_\_\_\_\_

研修分野・診療科 \_\_\_\_\_

観察者 氏名 \_\_\_\_\_ 区分  医師  医師以外（職種名 \_\_\_\_\_）

観察期間 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

記載日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

レベル	レベル1 指導医の 直接の監 督の下で できる	レベル2 指導医が すぐに対 応できる 状況下で できる	レベル3 ほぼ単独 でできる	レベル4 後進を指 導できる	観察 機会 なし
<b>C-1. 一般外来診療</b> 頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論 <sup>1)</sup> 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1) 臨床推論：患者の問題点の背景にある病態を考えること、あるいはその能力。					
<b>C-2. 病棟診療</b> 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C-3. 初期救急対応</b> 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C-4. 地域医療</b> 地域医療の特性及び地域包括ケア <sup>2)</sup> 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 地域包括ケア：地域における資源を有効にシェアしながら、医療・介護・保健・福祉・ 住まいといった問題に包括的に対応するために、各地域で主体的に策定される体制。					

印象に残るエピソードがあれば記述して下さい。

**研修医に対する研修現場の評価表 I (メディカルスタッフ用)**  
**到達目標 A. 医師としての基本的価値観 (プロフェッショナリズム)**

以下の項目について、ローテーション終了時の研修医の状態がどこに該当するか、チェックをしてください。研修中に観察の機会がなかった場合は、「観察機会なし」にチェックをしてください。「期待」とは、2年間の研修を終えて立ち立つる時点で、医師として期待される状態を指し、研修終了時に到達しているべき目標です。したがって、研修中はレベル2以下のことも十分にあり得ますし、レベル2以下にチェックすることを躊躇していただく必要はありません。

この評価は今後の研修医の成長のために役立てられます。ご協力をお願いいたします。

	レベル1 期待を 大きく 下回る	レベル2 期待を 下回る	レベル3 期待 通り	レベル4 期待を 大きく 上回る	観察 機会 なし
社会人としての常識をわきまえた言動をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
積極的に患者と診察・面談の機会を持つ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病状や診療の方針について、患者や家族に納得してもらえ るような説明に努める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者や家族の意向を尊重するよう努める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
知識や技術の習得に積極的である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
指導医や指導者に積極的にフィードバックを求める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

コメントがあれば、以下に記述して下さい。特に「期待を大きく下回る」とした場合は必ず記入をお願いします。

## 研修医に対する研修現場の評価表Ⅱ（メディカルスタッフ用）到達目標 B. 資質・能力

次ページからの項目について、ローテーション終了時の研修医の状態がどこに該当するか、チェックをしてください。研修中に観察の機会がなかった場合は、「観察機会なし」にチェックをしてください。「期待」とは、2年間の研修を終えて独り立ちする時点で、医師として期待される状態を指し、研修終了時に到達しているべき目標です。したがって、研修中はレベル2以下のことも十分にあり得ますし、レベル2以下にチェックすることを躊躇していただく必要はありません。

この評価は今後の研修医の成長のために役立てられます。ご協力をお願いいたします。

レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
臨床研修の開始時点で期待されるレベル	臨床研修の中間時点で期待されるレベル	臨床研修の修了時点で期待されるレベル	上級医として期待されるレベル

メディカルスタッフの皆さまへ（評価票Ⅱの対応について）

- 1.看護部の皆さまは全評価項目の記入をお願いいたします。
- 2.看護部以外の皆さまは、「○」がついている項目について記入をお願いいたします。
- 3.最終ページにコメントの記入欄があります。

研修医を観察いただき、他のスタッフの皆さまからの意見も聞きながら、評価票をご記入いただけますと幸いです。

## 研修医に対する研修現場の評価表Ⅱ（メディカルスタッフ用）到達目標 B.資質・能力

レベル1 レベル2 レベル3 レベル4 観察機会なし

### 1.医学・医療における倫理性

患者の病状改善や生活の質向上のために努める	<input type="checkbox"/>				
守秘義務を守る	<input type="checkbox"/>				
担当症例の倫理的問題（終末期医療、生殖医療など）に誠実に取り組む	<input type="checkbox"/>				
利益相反や研究倫理に抵触する行動をしない	<input type="checkbox"/>				
診療方針決定に際して、患者の自己決定権を尊重する	<input type="checkbox"/>				

### 2.医学知識と問題対応能力

根拠を示しながら鑑別診断をする	<input type="checkbox"/>				
推論過程をわかりやすく診療録に記載する	<input type="checkbox"/>				
積極的に診療ガイドラインやエビデンスを検索する	<input type="checkbox"/>				
患者の背景（家庭環境、経済状況、価値観など）を考慮した診療方針を立案する	<input type="checkbox"/>				
他部門と連携しつつ、患者の健康増進上の課題や福祉サービスのニーズに対応し、問題解決を図る	<input type="checkbox"/>				

### 3.診療技能と患者ケア

医療面接や他職種の収集した情報を通じて、患者の身体的・心理的・社会的問題を把握する	<input type="checkbox"/>				
患者の心情に配慮した医療面接や診察、手技をする	<input type="checkbox"/>				
患者安全や感染対策に配慮した診察・手技を行う	<input type="checkbox"/>				
自分の限界をわきまえ、必要時は指導医や指導者の支援を求める	<input type="checkbox"/>				
診療方針や診療経過、患者・家族との面談内容を遅滞なくわかりやすく診療録に記載する	<input type="checkbox"/>				

### 4.コミュニケーション能力

患者や家族に不快感を与えない、清潔な身だしなみをする	<input type="checkbox"/>				
患者や家族に自己紹介をする	<input type="checkbox"/>				
患者や家族に礼儀正しいふるまいや言葉使いをする	<input type="checkbox"/>				
（患者や家族に）治療方針の選択肢を利点・欠点を含めてわかりやすく説明する	<input type="checkbox"/>				
患者の自己決定を支援する姿勢を示す	<input type="checkbox"/>				

## 研修医に対する研修現場の評価表Ⅱ（メディカルスタッフ用）到達目標 B.資質・能力

レベル1 レベル2 レベル3 レベル4 観察機会なし

### 5.チーム医療の実践

同僚や他職種のスタッフに日常的に挨拶をする	<input type="checkbox"/>				
他の診療科や他職種の業務を理解する	<input type="checkbox"/>				
問題解決のために適切な職種・部門を選び、相談や活用をする	<input type="checkbox"/>				
多職種の情報共有のために、診療録に診療方針を記載する	<input type="checkbox"/>				
他科の医師や他職種のスタッフに敬意を払う	<input type="checkbox"/>				

### 6.医療の質と安全の管理

指導医や診療チームのメンバーに、適格に報告・連絡・相談をする	<input type="checkbox"/>				
インシデントレポートを迅速に提出する	<input type="checkbox"/>				
院内救急コール（5999コール等）を利用し、コールがあれば対応する	<input type="checkbox"/>				
標準予防策に基づいた感染対策を行う	<input type="checkbox"/>				

### 7.社会における医療の実践

保険診療や介護保険制度を理解し、療養担当規則に沿った診療をする	<input type="checkbox"/>				
疾病の背後にある日常の暮らしや、健康を脅かす地域の問題に関心を持つ	<input type="checkbox"/>				
退院前カンファレンスに積極的に参加する	<input type="checkbox"/>				
診療情報提供書や介護保険意見書を作成する	<input type="checkbox"/>				

### 8.科学的探究

診療上の疑問点を探し出す姿勢がある	<input type="checkbox"/>				
学会発表用のスライドや発表原稿を作成する	<input type="checkbox"/>				

### 9.生涯にわたって共に学ぶ姿勢

他職種との学習機会を設け積極的に参加する	<input type="checkbox"/>				
最新の医学の動向に関心を持つ	<input type="checkbox"/>				
自分の学習成果や意見を診療チームのメンバーと共有し、彼らからも多くを学び取ろうとする	<input type="checkbox"/>				

コメントがあれば、以下に記述して下さい。

**研修医に対する研修現場の評価表Ⅲ（メディカルスタッフ用）**  
**到達目標 C. 基本的診療業務**

以下の項目について、ローテーション終了時の研修医の状態がどこに該当するか、チェックをしてください。研修中に観察の機会がなかった場合は、「観察機会なし」にチェックをしてください。「期待」とは、2年間の研修を終えて立ち立つる時点で、医師として期待される状態を指し、研修終了時に到達しているべき目標です。したがって、研修中はレベル2以下のことも十分にあり得ますし、レベル2以下にチェックすることを躊躇していただく必要はありません。

この評価は今後の研修医の成長のために役立てられます。ご協力をお願いいたします。

	レベル1 指導医の 直接の 監督の もとで できる	レベル2 指導医が すぐに対 応できる 状況下で できる	レベル3 ほぼ 単独 でできる	レベル4 後進を 指導 できる	観察 機会 なし
病棟患者の入院時診療計画や、その後の病状変化への対応を立案、実践する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入院患者の診療経過を診療録に迅速、適切に記載する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関連部署と連携し、必要な書類を記載して、退院・転院調整に参画する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外来の初診患者を診察し、病態を把握し、初期治療計画を立案する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
慢性疾患を有する外来患者の経過観察を行う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
救急患者の緊急度を把握する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BLS、ACLSなどの基本的救急救命処置を行う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在宅訪問診療や診療所など、地域の最前線の診療に参画する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
慢性期病院や施設とのカンファレンスに参加する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病棟・外来・救急・地域医療それぞれの場面で、必要時に適切な診療科や部門・施設にコンサルテーションができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

印象に残るエピソードがあれば、以下に記述して下さい。また、当院の臨床研修プログラムの改善に向けて、プログラム全般についてご意見をお聞かせください。  
例として、〇〇の機会がもう少し多ければよかった、他職種カンファレンスがあればよかった、など。



## 指導者に対する評価表（指導医・上級医用）

研修医名 : \_\_\_\_\_  
 診療科名 : \_\_\_\_\_ (□基幹型病院 □協力型病院 □その他)  
 研修医期間 : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日～ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日  
 評価者名 : \_\_\_\_\_ 部署 \_\_\_\_\_  
 記載日 : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

評価項目	不満	やや不満	やや満足	満足	判定機会なし
1. 研修医に関心を持っていた	<input type="checkbox"/>				
2. 研修医のやる気を引き出していた	<input type="checkbox"/>				
3. 研修の成果が挙がるように、指導医・上級医と協力してくれた	<input type="checkbox"/>				
4. 指導医・上級医のやる気を引き出してくれた	<input type="checkbox"/>				
5. 研修医の修正すべき点を指摘してくれた（患者・家族の視点、医療安全の視点、態度・習慣など）	<input type="checkbox"/>				
6. 指導医、上級医の修正すべき点を指摘してくれた（患者・家族の視点、医療安全の視点、態度・習慣など）	<input type="checkbox"/>				

コメント：印象に残ったエピソードや臨床研修プログラム委員会への提言などを記載してください。

※C・D判定の項目がある場合は改善を要する内容を記載してください。

プログラム責任者確認欄：サイン \_\_\_\_\_

## 指導医・上級医に対する評価表（メディカルスタッフ用）

研修医名 : \_\_\_\_\_  
 診療科名 : \_\_\_\_\_ (□基幹型病院 □協力型病院 □その他)  
 研修医期間 : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日～ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日  
 評価者名 : \_\_\_\_\_ 部署 \_\_\_\_\_  
 記載日 : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

評価項目	不満	やや不満	やや満足	満足	判定不能
1. 医療面接・基本手技の指導	<input type="checkbox"/>				
2. 考え方の指導	<input type="checkbox"/>				
3. 研修意欲の高め方 やる気を出させた、自分の指導に責任を持った、等	<input type="checkbox"/>				
4. 研修医の状況への配慮	<input type="checkbox"/>				
5. 指導を受けた医療の水準 診断、治療の水準、EBMに基づいて指導しているか 等	<input type="checkbox"/>				
6. 医療安全管理の指導	<input type="checkbox"/>				
7. 患者・家族に対する態度の指導	<input type="checkbox"/>				
8. メディカルスタッフに対する態度の指導	<input type="checkbox"/>				
この診療科の臨床指導体制の総合評価	<input type="checkbox"/>				

コメント : 印象に残ったエピソードや臨床研修プログラム委員会への提言などを記載してください。

※C・D判定の項目がある場合は改善を要する内容を記載してください。

プログラム責任者確認欄 : サイン \_\_\_\_\_

## 臨床研修の目標の達成度判定票(プログラム委員会合議用)

研修医氏名: \_\_\_\_\_

A.医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)		
到達目標	レベル分類	備 考
1.社会的使命と公衆衛生への寄与	<input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> NA	
2.利他的な態度	<input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> NA	
3.人間性の尊重	<input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> NA	
4.自らを高める姿勢	<input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> NA	
B.資質・能力		
到達目標	レベル分類	備 考
1.医学・医療における倫理性	<input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> NA	
2.医学知識と問題対応能力	<input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> NA	
3.診療技能と患者ケア	<input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> NA	
4.コミュニケーション能力	<input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> NA	
5.チーム医療の実践	<input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> NA	
6.医療の質と安全の管理	<input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> NA	
7.社会における医療の実践	<input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> NA	
8.科学的探究	<input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> NA	
9.生涯にわたって共に学ぶ姿勢	<input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> NA	
C.基本的診療業務		
到達目標	レベル分類	備 考
1.一般外来診療	<input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> NA	
2.病棟診療	<input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> NA	
3.初期救急対応	<input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> NA	
4.地域医療	<input type="checkbox"/> レベル1 <input type="checkbox"/> レベル2 <input type="checkbox"/> レベル3 <input type="checkbox"/> レベル4 <input type="checkbox"/> NA	
臨床研修の目標の達成状況		<input type="checkbox"/> 既達 <input type="checkbox"/> 未達
(形成的評価のために研修医に指導すべき点等)		

年    月    日

上越総合病院臨床研修プログラム・プログラム責任者 \_\_\_\_\_

※レベル分類の NA は判定不能 (観察する機会がなかった、など)

## フィードバック記録票

研修医名 \_\_\_\_\_

フィードバック者 \_\_\_\_\_ 日時 \_\_\_\_\_

フィードバックのテーマと内容、今後に向けた確認事項など

--

## 臨床研修の目標の達成度判定票(総括評価用)

研修医氏名: \_\_\_\_\_

A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)		
到達目標	達成状況: 既達/未達	備 考
1. 社会的使命と公衆衛生への寄与	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	
2. 利他的な態度	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	
3. 人間性の尊重	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	
4. 自らを高める姿勢	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	
B. 資質・能力		
到達目標	既達/未達	備 考
1. 医学・医療における倫理性	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	
2. 医学知識と問題対応能力	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	
3. 診療技能と患者ケア	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	
4. コミュニケーション能力	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	
5. チーム医療の実践	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	
6. 医療の質と安全の管理	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	
7. 社会における医療の実践	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	
8. 科学的探究	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	
9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	
C. 基本的診療業務		
到達目標	既達/未達	備 考
1. 一般外来診療	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	
2. 病棟診療	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	
3. 初期救急対応	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	
4. 地域医療	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	
<b>臨床研修の目標の達成状況</b>		<input type="checkbox"/> 既達 <input type="checkbox"/> 未達
(臨床研修の目標の達成に必要なとなる条件等)		

年 月 日

上越総合病院臨床研修プログラム・プログラム責任者 \_\_\_\_\_

講習会参加一覧表

	講習会名	参加日	会場等
BLS			
ACLS			
ACLS-EP			
PALS			
ICLS			
ISLS			
JPTEC			
外傷コース			

学会名	演題名	参加日	会場等

雑誌名	論文名	発刊日	

その他の研修会	講習会名	参加日	会場等

## 上越総合病院診療録の記載に関する指針

診療録は単なる診療の記録にとどまらず、インフォームド・コンセントの理念に基づく医療の実践、科学的根拠に基づく医療の実践、医療チーム内の情報共有の手段、記載者に対する教育的価値、臨床研究のデータベースとしての価値など、多様な意義を有する。したがって診療録を適切に記載することの重要性は今後ますます高まってゆくと考えられる。

診療録の記載は法に定められた医師の義務であるが、そればかりではなく、診療録の多面的な意義に積極的に価値を見出し、適切な診療記録を残す習慣を研修医時代に身に付けることが重要である。

以下、「上越総合病院診療録等記載ガイドライン（平成 21 年 10 月）」を添付するので、研修中はこの内容に準拠した診療録の記載を心がけること。このような姿勢は、今後どのようなキャリアを進むにせよ、医師として生涯にわたり遵守されるべきものである。



## 1 はじめに

今日の医療においては、患者と医療従事者が共同して疾患を克服する視点が重視され、インフォームド・コンセントの理念に基づく医療が求められている。

このため、当院では「診療録の提供に関する規定」を策定し、平成14年4月から診療情報の提供を実施している。これは、患者と医療従事者が情報を共有することで、より信頼関係を深め、質の高い医療の実践を目指すものであり、そのためには、患者や家族などの第三者にも判読できるような、情報開示に耐えうる診療録等の作成が不可欠である。

また、科学的根拠に基づく医療（EBM—Evidence-based Medicine—）の実践やチーム医療における情報交換の手段としても、診療録等の適切な記載の重要性は今後ますます増大していく。

このガイドラインは、こうした時代の要請を受け診療録等の記載のあり方を検討し、以下に、一般的に遵守すべきといわれる事項をとりまとめたものである。

当院の医師等医療従事者に診療記録作成のための手引書として活用されることを期待する。

## 2 診療録等の定義と関連法規

### (1) 診療録等の定義

診療録は法律上の名称で、狭義には、医師法で定める医師が患者の診療内容・経過などを記載する文書を指す。また、広義には、医師法施行規則第20条に示されるように診療に関する諸記録を含むものと解釈される。

このガイドラインでいう「診療録等」とは、医師等の医療従事者が作成・記載する診療録、看護記録、処方内容及び医療保険制度上適切な記載が必要とされる書類のことをいう。

### (2) 診療録について

診療録については、医師法及び医師法施行規則で次のように規定されている。

#### 【医師法】 [診療録の記載及び保存]

第24条 医師は、診察をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

2 前項の診療録であつて、病院又は診療所に勤務する医師のした診療録に関するものは、その病院又は診療所の管理者において、その他の診察に関するものは、その医師において、5年間これを保存しなければならない。

※ 診療録の保存期間については、別に当院の診療録管理規定により定められているのでガイドラインP.19を参照のこと。

#### 【医師法施行規則】 [診療録等の記載事項]

第23条 診療録の記載事項は、以下の通りである。

- 一 診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢
- 二 病名及び主要症状
- 三 治療方法（処方及び処置）
- 四 診療の年月日

また、保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下「療養担当規則」という。）では、

#### 【療養担当規則】 [診療録の記載及び整備、診療録の記載]

第8条 保険医療機関は、第22条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

第22条 保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第1号又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

と規定しており、医師法施行規則で定める記載事項に加え、健康保険法による保険診療として必要な事項を記載するよう定められている。

なお、具体的な記載事項については、所定様式（第1号（1）の1～3）を示すことで、記載すべき内容を指示する形態となっており、これらは必ず記載しなければならないもの

とされている。

この療養担当規則所定様式の記載事項は次のとおりである。

療養担当規則所定様式が示す具体的記載事項

様式第1号	(1)の1	受診者欄	氏名、生年月日、性別、住所、職業、被保険者との続柄
		被保険者欄	保険者番号、被保険者証及び被保険者手帳の記号番号、有効期限、被保険者指名、資格修得、事業所所在地・名称、保険者所在地・名称
		傷病名欄	傷病名、職務上・外の区分、開始、終了、転帰、期間満了予定日、労務不能に関する意見、入院期間、労務災害又は通勤災害の疑いがある場合の記載
		公費負担番号	第1公費及び第2公費の公費負担番号、公費負担医療の受給者番号
		備考欄	備考
	(1)の2	既往症欄	既往歴、原因、主要症状、経過等
		処置欄	処方、手術、処置等
	(1)の3	診療の点数欄	種別、月日、点数、負担金徴収額、食事療養算定額、標準負担額

### (3) 看護記録等について

広義の診療録の作成と保存については、医療法及び医療法施行規則等で次のとおり規定されている。

#### 【医療法】 [病院の法定人員及び施設等、罰則の委任]

第21条 病院は、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる人員及び施設を有し、かつ、記録を備えて置かなければならない（後段省略）。

十四 診療に関する諸記録

#### 【医療法施行規則】 [病院の施設等の基準]

第20条 法第21条第1項第2号から第6号まで、第8号から第11号まで、第13号、第14号及び第16号の規定による施設及び記録は次の各号による。

十一 診療に関する諸記録は、過去2年間の病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、検査所見記録、エックス線写真並びに入院患者及び外来患者の数を明らかにする帳簿とする。

#### 【療養担当規則】 [帳簿の保存]

第9条 保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から3年間保存しなければならない。ただし、患者の診療録にあっては、その完結の日から5年間とする。

看護職が行う記録の中で、助産師が記載する助産録については保険婦助産婦看護婦法で記録が義務付けられている。しかし、その他の記録については法律上の規定はなく、施設基準と診療報酬算定要件として厚生省から出された通知文書において、患者の個人記録の作成が義務付けてられている。

**【保険婦助産婦看護婦法】** [助産録の記載及び保存]

第 42 条 助産婦が分娩の介助をしたときは、助産に関する事項を遅滞なく助産録に記載しなければならない。

2 前項の助産録であって病院、診療所又は助産所に勤務する助産婦のなした助産に関するものは、その病院、診療所又は助産所の管理者において、その他の助産に関するものは、その助産婦において5年間これを保管しなければならない。

**【基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて】**

(H12.3.17 保険発第 29 号・老健第 51 号)

(別添 2 の別表 3 入院基本料に係る看護記録)

入院基本料の届出を行った病棟においては、看護体制の 1 単位ごとに次に掲げる記録がなされている必要がある。ただし、その様式、名称等は各保険医療機関が相当とする方法で差し支えない。

1 患者の個人記録

(1) 経過記録

個々の患者について観察した事項及び実施した看護の内容等を看護要員が記録するもの。ただし、病状安定期においては診療録の温度表等の余白にその要点を記録する程度でもよい。

(2) 看護計画に関する記録

個々の患者について、計画的に適切な看護を行うため、看護の目標、具体的な看護の方法等を記録するもの。

(以下略)

### 3 診療録等の書き方

#### (1) 記載の原則

##### **診療の都度記載する。**

- ① 記載がない場合は、診療を行わなかったものとみなされる。入院患者についても、毎日記載すること。
- ② 診療録等の記載は、インク又はボールペンを用い、鉛筆による記載は行わない。ただし、図示などのための色鉛筆やゴム印の使用は可とする。
- ③ **日付は忘れずに**、正確に記載する。  
(日付は、年/月/日の順に記載する。)
- ④ 行間を空けたり、行の末尾に文字を詰め込むようなことはしない。
- ⑤ **第三者も読みやすいように丁寧に記載する。**
  - ・外国語はできる限り使用せず病名や人名に限定する。
  - ・あいまいな言葉は使用しない。
- ⑥ 医学用語は学会用語集に、略語は医学事典に準拠して用いる。
  - ・不正確な略語、意味不明な造語、仲間内だけの隠語などは使用しない。

記載のないものは、事実がどうであれ、診察していないか、又は医学的な判断をしていないと判断されてしまうおそれがある。少なくとも休日等を除き、毎日、診察の都度記載する。

チーム医療の推進や情報開示を意識して、日ごろから第三者にも読みやすく、丁寧な文字で記載するように心掛けることが重要である。

#### (2) 記載上の留意事項

##### **診療録等は、医師等の私的なメモでないことを十分認識し、事実を正確かつ客観的に記載する。**

- ① 医師法施行規則第23条で規定する、記載義務のある事項は次のとおりであり、遅滞・遺漏なく記載しなければならない。
  - ・診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢
  - ・病名及び主要症状
  - ・治療方法（処方及び処置）
  - ・診療の年月日

診療録等は医師等のメモではなく、公的な記録であって、診察経過と医学的判断の根拠となるものであり、自らの診療内容の点検、チーム医療の推進や情報開示、診療報酬請求の根拠などあらゆる事項の基本となるものである。

② **症状・所見・治療計画などは、簡潔で明瞭に記載する。**

- ・記載者以外の人が見ても診療内容が妥当であると納得できるような記載を心がける。このため、できるだけ POS に沿って記載する。
- ・患者の訴えや不満は内容を正確に記載し、記載者の主観を混えない。また訴えなどに対する対応についても記載する。
- ・他の医療スタッフからアドバイスがあれば、その内容と対応についても記載する。
- ・以前の記載と矛盾が生じた場合は、その理由を明らかにする。

③ **患者や家族に対する説明内容は正確に記載する。**

- ・説明者、説明日時、相手方及び同席者、説明内容、質問と回答等は必ず記載しておく。また、電話での対応についても同様に記載する。
- ・各種手術や検査の説明書・同意書を用いて説明を行うことが望ましい。インフォームド・コンセントについても所定の用紙を用いて内容を記載し、同意のサインを得ることが望ましい。

④ **診療録等は公的な記録であり、開示請求の対象である。**

- ・患者のプライバシーに関することで、臨床的に必要でないものは記載しない。
- ・臨床的に必要でない患者の性格や態度についての意見は記載しない。
- ・他の医療スタッフとのトラブルや他のスタッフに対する非難や批判は記載しない。
- ・自分の診療不備を他人に転嫁するような記載はしない。

開示を拒みえる事由は以下のとおりである。

- 1、開示を求められた診療録が存在しないとき
- 2、対象となる診療録等開示が第三者の利益を著しく損なう恐れがあるとき
- 3、対象となる診療録等開示が患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがあるとき
- 4、その他、診療録等開示を不相当とする正当な事由があるとき

当院「診療情報提供に関する規定」

より抜粋

診療録は、申請があれば原則開示となる。

- ⑤ 事故発生時には、患者の状態や実施した処置の内容等の記録が極めて重要となる。正確な事実を時系列で記載し、後に、事実経過の検証と問題点の解決が容易に行えるようにする。推測や自己弁護的な記載は行わない。

事故発生時には、直ちに上司に報告し、「インシデント・アクシデント・レポート」を作成し提出する。

### (3) 禁止薬剤に関する記載

**薬剤アレルギー**（治療薬・麻酔薬・造影剤など）については、診療録表紙の裏面に赤字で記載し、**注意事項がすぐ目に入るようにする。**  
なお、診療の際には必ずその部分を見てから診療にあたる。

〈診療録表紙裏面〉

基礎データ

アレルギー ← 赤字で記載する

### (4) 指示等の記載

**指示は分かりやすく、明確に記載する。**

- ① 伝達ミスを防止するため、**指示は理解しやすく、読みやすいように記載する。**
- ・指示が変更になった場合も、変更の内容を明確に記載する。
  - ・口頭指示（電話による指示も含む。）の場合は、事後速やかに記載する。
  - ・必要に応じて、左右の別・部位等を記載する。
- ② 各職種間の連携が明らかになるような記載を心がける。指示を受けた側が正確に実行できるような具体的な記載を心がける。

- ③ 指示の日時・指示者のサイン、  
指示受け日時・指示受け者のサイン  
実施の日時・実施者のサイン

以上の事項が明確になるように、記載する。

**指示ならびに処方薬剤の用量・用法を正確に記載する。**

- ④ 医薬品名は原則として薬価基準に記載されている名称を用いるが、一般名でもよい。  
なお、当該医薬品が薬価基準上、二つ以上規格単価がある場合には、当該規格単位も記載する。
- ⑤ 内服薬の分量は1日量で記載し、1回量の記載は不可とする。ただし、頓服薬の分量は1回量を用いる。また、同一薬品に規格単位の異なる剤形があれば、( ) 内に**必ず規格単位を記載する。**
- ⑥ 散剤については、必ず原末量で記載する。
- ⑦ 内服薬の服用回数は、1日3回の場合「分3」と記載し、「3×」や「×3」は使用しない。  
・頓服薬の場合は、1日における最大許容服用回数を指示する。  
・服用時点は、朝・昼・夕・就寝前、食前・食間・食後、疼痛時などと日本語で記載する。
- ⑧ **診療録には、処方せんと同じ内容のオーダー控えシールを貼付する。**
- ⑨ 注射薬の記載について  
・用量の単位は、g、mg、 $\mu$ g、ml、%、IU、KEなどを用いるが、容量を剤形単位で示す場合は、解釈に間違いが起こらないよう、原則としてアンプル、バイアル、ボトル、本、袋など日本語で記載することが望ましい。  
また、同一薬品に規格単位の異なる剤形があれば、( ) 内に**必ず規格単位を記載する。**  
・投与回数は、「1日2回、朝・夕」などと記載し、「2×/日」や「×2/日」は用いない。
- ⑩ 点滴注射では、点滴速度や点滴時間を正確に記載する。

(例) フェノバルビタール 50 mg

(フェノバルビタール散 0.5 g は不可)

(例) セルシン (2 mg) 6錠、

分3 朝・昼・夕 食後 14日分

[分量記載方法]

内服量	1日分量
内服用滴剤	投与総量
注射薬、外用薬	投与総量
頓服薬	1回分量

投与時間や投与方法については解釈に間違いが起こらないよう、投与回数は正確に記載する。

(例)

シオゾール (10 mg/1ml)

1アンプル筋注	朝
1アンプル筋注	夕

## (5) 傷病名の記載

### **傷病名は必ず記載する。**

- ① 傷病名は初診時から記載する。
  - ・医学的に妥当適切な傷病名をつける。
  - ・慢性・急性、部位、左右の区別をする。
- ② 新しい処置や治療・検査などを指示した場合は、疑い病名を中止し、新たに確定病名を傷病名記録用紙に記入する。  
また、必要に応じて「転帰」を記載する。
- ③ 疑い病名は、診断がついた時点で確定病名に変更する。または、当該病名に相当しないと判断した段階で「中止」とする。
- ④ 医学的傷病名以外の、保険病名は原則として認められない。

## (6) 診療録は診療報酬請求の根拠

### **診療報酬請求に当たり、その算定要件とされている事項を必ず記載する。**

- ① 診療録に必要事項の記載が要件として定められている事項については点数表の解釈を参照のこと。
- ② 精神科領域においては、法的に必要な記載事項に注意する。

指導料や管理料を算定した場合に、その旨に記載がないと算定要件を欠くものとして、診療報酬の返還を求められる場合もあるので十分留意する。

(7) 署名又は捺印の励行

診療録等に記載した場合は、その都度、必ず、署名又は捺印をする。

- ① 記載の末尾に必ず署名又は捺印をする。  
(追加または修正した場合も同様である。)  
ガイドラインでは、捺印より記載者の直筆の署名を推奨する。
- ② 同一患者を複数の医師が診察した場合は、診察を行うごとに実際に診察した医師が署名又は捺印をし、責任の所在を明確にする。
- ③ 研修医が記載した場合は、指導医（上席医）が記載内容を確認する。必要に応じて適宜補足修正した場合は、指導医の署名又は捺印を行う。

(8) 記載を訂正する場合等

記載の訂正は、訂正する部分に二本線を引き、元の記載が見えるようにして訂正する。

- ① 元の記載を塗りつぶしたり、修正液等で修正するなど、元の記載が分からなくなるような訂正は行わないこと。
- ② 誤記を訂正する場合は、次の事項を明示する。
  - ・ 修正箇所
  - ・ 修正理由
  - ・ 修正者（署名又は捺印）
  - ・ 修正した日時
- ③ 追加記載が必要となった場合は、日付を明記の上、「追記」として記載し、署名する。追記の場所は、該当する記載項目の行間ではなく記載の末尾に行う。末尾に記載できない場合は、診療録の最後に用紙を追加して記載する。

左記のような訂正は、改ざんを疑われるおそれがある。

## 4 入院診療録記載の方法

入院診療録の主要な事項は、下記を留意の上記載する。

### (1) 入院時診断

#### 診断名

- ① 確定診断名を記載する。
- ② 順位は、その診療科における重要な疾病から記載する。
- ③ 新生物の場合、悪性・良性・疑いの別と部位を記載する。
- ④ 悪性の場合、原発性・転移性も記載する。
- ⑤ 炎症疾病の場合は、慢性・急性の別を記載する。
- ⑥ 肺炎の場合は、急性・非定型性・ウイルス性・術後等のタイプを記載する。
- ⑦ 感染症の場合は、病原菌が分かれば記載する。
- ⑧ 略語は使用しない。

#### 入院日

入院日を記載する。

#### 病棟名

病棟名を記載する。

#### 担当医名

- ① 担当医師名は、記録作成上、必ず主治医名を記載する。
- ② 主治医が複数の場合は、全員の氏名を記載する。

### (2) 主 訴

- ① 患者の訴える症状を具体的かつ個別的に書く。できれば患者自身の表現する言葉で書く。
- ② 裏付けとなる症状の有無を確かめ、いくつかの症状の中から代表的なものを選んで主訴とする。主訴は一つとは限らない。

### (3) 現 病 歴

- ① 現在の病気を中心に記述し、主訴に関連した病状については年代順に追ってできるだけ正確な日付を入れながら書く。
- ② 過去に診察を受けている場合、その内容（診察場所、病名、治療内容と期間、治療効果など）を記載する。
- ③ 患者は初診時にすべてを話さないことが多い。例えば、胸痛で内科に来院した場合、腰痛があっても、これは整形外科と勝手に判断し話さないことがある。すべての臓器障害の有無について把握するために、医師はこれらの確認に心掛け、症状・病歴について聞いたことを記載する。

一つの方法として、身体所見について観察しながら、例えば頸部を触診している時は、これまでリンパ節腫大を来したことがなかったか、四肢を診察している時は、これまで関節痛がなかったか、しびれ感など神経系の異常はなかったか等、詳細に聞いてゆくことにより、ぬかりない診察に努める。

このために診療録にはデータベース（病歴・身体所見）が準備されている。

#### (4) 既往歴

次の各項目について、その時期を付けて記載する。

- ① 過去の病気
- ② 予防接種
- ③ アレルギー
- ④ 輸血
- ⑤ 月経及び出産歴

#### (5) 家族歴

患者家族の健康状態、病気、死因などを記載する。

- ① 記入に際し、国際人類遺伝学会で決められた記号を用いる。  
[例] 男□ 女○ 患者本人回・◎ 死亡+
- ② 同居者は同一枠内に囲む。
- ③ 一組の夫婦から生まれた子供たちは、生まれた順に上から記載する。
- ④ 病気としては、がん・結核・糖尿病・心臓病・高血圧・脳卒中・神経性疾患・精神病・痛風・腎臓病・アレルギー・喘息などに注意する。

#### (6) 入院時身体所見

- ① 全身状態について、発育、栄養状態、体温、血圧等を記載する。
- ② 体の各器官別・系統別に、患者のもつ身体状態、現症等を全身に及ぶ診察法に従い記載する。
- ③ 記載すべき局所所見については、できれば図や写真を用いて記載する。

**(7) 経過記録**

- ① できるだけ完成された過去形の文章で、毎日記載する。
- ② 診察又は観察所見（症状）、主要な計測値、画像診断所見、検査所見やデータの分析・評価・解釈などを記載し、患者の訴え、看護師や家族によって観察された訴えなども記載する。
- ③ 診断、検査、治療計画等の見直し、変更、追加が必要となる場合は、その方針を記載する。
- ④ 患者に対する医療と関係のない、個人的な印象等の記載は避けること（診療情報の提供や開示に際して、医師と患者との信頼関係を損なうおそれがある）。

**(8) 転 帰**

転帰については、該当項目を明確に記入する。

**(9) 手 術**

手術日、手術名も忘れずに記載する。

**(1) POS とは**

従前の診療録は、患者の症状、身体所見、検査所見、診断、治療についてを時系列的に記載する方式が用いられている。ところが、この方式には、患者の情報分析、評価をして診断するまでの論理過程の記載に統一性がない、治療計画についてまとめて記載する欄がない、などの問題点がある。

診療の目的は、患者の心身、健康上の問題解決であるから、診療記録の形式は、収集した症状、所見、検査結果から、今回の分析対象とした診療情報が何であったか、その分析評価から診断に至った論理過程について明確に記載できるものであり、問題解決のプロセスの記載にも適したものであることが望ましい。

このような問題の解決方法の一つとして、L.L.Weed が提唱したのが問題志向型システム (Problem-Oriented System) と呼ばれるシステムで、一般に POS とも言われている。

POS は、次の三つの段階で構成される。

- I POMR (Problem-Oriented Medical Record) の作成
- II POMR の監査
- III 記録の修正

**(2) POMR とは**

POMR とは、問題志向型診療記録のことで、POS の実践に不可欠の道具である。POMR を用いることにより、データ収集と記録の効率化、記録内容の容易なチェックと修正、医療チーム内のコミュニケーション改善が可能となり、全人的ケアが期待できるだけでなく、診療録が回診、症例検討、教育・研究の資料として活用できる。

POMR は、基礎データ、問題リスト、初期計画、経過記録の4段階に区分される。全体をまとめて考察を加えたものが退院時要約である。

POMR は誰が見てもわかりやすく系統立った記録である。患者の問題を解決するための情報共有のツールとして効果的であり、当院でもなるべく POMR に近づけていくことが望ましい。

## 6 インフォームド・コンセントと記録

### (1) インフォームド・コンセントとは

インフォームド・コンセントとは、「説明と同意」、「十分に知らされた上の同意」などと訳されることが多い。この考え方は 1950 年代のアメリカで主として医療紛争を解決するための方法として発生したもので、1970 年代に入ってから、患者の基本的権利であると認識され、「患者の権利章典に関する米国病院協会宣言」（1972 年）や、「患者の権利に関するリスボン宣言」（世界医師協会 1981 年）により、明文化されている。

従前は、医師は患者に簡単な説明をして同意を得ており、それで足りるとされていたが、現在では、患者がその医療行為を理解できることを目標に十分に説明し、その上で同意を得ることが要求されている。

すなわち、医師は、患者から本当に意味のある同意・承諾を得るために、病状や検査・治療法等について素人でも理解できるように十分に説明すること（Informed）が必要であり、一方、患者は、その説明をうけたうえで、自分が納得できる治療法を選択し、同意する（Consent）という考え方で、これがインフォームド・コンセントといわれるものである。そして、このような十分な説明を行わずに得た同意は無効とされる。したがって、この場合に治療などにより悪い結果が生じた場合には、患者側から民事訴訟などによって責任を追及されることがある。

また、最近では、説明の際に、セカンド・オピニオン（第二の医師への相談）を勧めることも多くなってきている。

なお、インフォームド・コンセントは、法的な面だけでなく、医療倫理の面や医療サービスの面からも重視されている。

### (2) 具体的手順

- ① 症状に関する説明を十分に行い納得と同意を得る。
- ② 診断・検査の内容、治療目的・方法・種類を十分に説明し、納得と同意を得る。
- ③ 治療の成功の可能性とそれによって患者が受ける利益と不利益について十分に説明し、納得と同意を得る。

詳しい記載例については、診療情報管理室へお問い合わせ下さい。

- ④ 上記の①、②、③について受け入れない場合には、他の対応する治療の代案について十分に説明し、納得と同意を得る。
- ⑤ 上記の①～④が行われなかった場合に起こるリスク等についても、十分に説明し、納得と同意を得る。
- ⑥ 患者又は保護者に対し、前記①～⑤の説明をした時には、必ずその日時・説明内容・対象者(相手方氏名)を診療録に記載する。
- ⑦ この際、専用の用紙を用いて説明者及び対象者の署名および捺印を得たうえで、各々がその用紙を保管することが望ましい。(1枚を診療録に保管し、1枚を対象者にお渡しする。)同意が得られなかった場合は、その事実と理由を診療録に記載する。

## 7 退院時要約・診断書等について

### (1) 退院時要約等の作成

- ① 患者の退院時（転院時を含む）、紹介時、他科への転科時等には**要約を速やかに作成する**。  
当初の問題や、経過中の問題がどう解決されたか、また、今後に残る問題点等を簡潔に記載する。
- ② 診療が長期に渡っている症例、病名が多岐に渡る症例や重症例などは、節目に応じて**中間要約を作成**すると、その後の診療において非常に役に立つ。

### (2) 診断書の取扱い

- ① 医師法第 19 条第 2 項により、診察をした医師は、請求があった場合、正当な事由がなければ診断書の交付を拒んではならないこととなっている。  
しかし、反面、刑法第 134 条 1 項によれば、医師には守秘義務がある。  
これらを勘案して本人や法定代理人以外の申し出については**原則として本人の承諾書・委任状を徴する必要がある**。

又、診断書の受け渡しにあたっては、本人・申請者・法定代理人・申請者の受け渡し証を有する者であることを確認する。

次回診療時に情報活用がなされることを目的としている。

#### 医師法第 19 条 第 2 項

「診察若しくは検案をし、又は出産に立ち会った医師は、診断書若しくは死産証明証書の交付の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」

#### 刑法 134 条第 1 項 秘密漏示

「医師が（中略）が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、6 月以下の懲役または 10 万円以下の罰金に処する。」

② 診療録の内容と異なる診断書を作成しない。

診断書の虚偽記載は刑事罰の対象となる。

刑法 160 条

虚偽診断書作成

(医師が公務員の場合)

刑法 156 条

虚偽公文書作成等

## 8 診療録保管上の留意点について

- ① 診療録は、患者の診療内容を記載し、これらを明確に記録保存するものである。患者にとっては、健康保持上必要なもので、将来の発病に対する処置を受けるためには、既往歴、既往の治療経過は不可欠である。また、医師にとっても、適切な治療を行うために極めて重要である。

であるからこそ、療養担当規則第9条では、保険医療機関は、**診療が完結した日から5年間は、診療録を保存しなければならない**とされている。

- ② 保険医療機関として、診療録の資料散逸・紛失等を防止し、療養担当規則に定められた保管義務を果たすため、診療録の貸出は十分に注意すること。

**特に院外持ち出しは厳禁とする。**

ただし、患者の療養上必要な緊急事態の場合は例外とする。

この場合、必ず診療情報管理室に連絡をいれること。

- ③ 診療録の閲覧・貸出しについては、院内の診療情報管理委員会で定める規約等により、有資格者・範囲・手順・期間等を明確にし、適正に取り扱うこと。

当院の診療録管理規定では、保存期間について

入院診療録は永久、外来診療録は20年間としている。

法的には（療養担当規則）保管の義務が5年間となっているが、外来診療録については民事賠償責任の時効を勘案して20年間保管が今日の社会通念上標準となっており、当院もそれにならって規定を作成した。

診療録は患者の時系列的な記録であり、再生は不可能である。紛失や改竄はあってはならない。

## 参考文献・資料

- 「都立病院における診療録等記載マニュアル」 2001 年 2 月  
「診療録のあり方について」 日本医師会医事法関係検討委員会答申 2000 年  
「カルテ等診療情報の活用に関する検討会報告書」 厚生省 1998 年 6 月  
「診療録等の電子媒体による保存について」 厚生省 1999 年 4 月  
「上手い！と言われる 診療録の書き方」 田村康二 金原出版 2000 年 3 月  
「診療録記載の手引き」 武蔵野赤十字病院 2000 年  
「診療情報の開示と管理」 内川清雄 ぎょうせい 1999 年 9 月  
「病院治験業務必須」 吉田尚 薬業時報社 1998 年 4 月  
「看護記録の開示に関するガイドライン」 日本看護協会 2000 年 5 月  
「診療録管理の実際」 三竹年世子 医学通信社 1998 年 3 月  
「旬法セミナー：DRG/PPS 時代の診療録管理」 社会保険旬法 2000 年  
「医療事故予防マニュアル」 東京都衛生局 2000 年 11 月  
「医科点数表の解釈 平成 12 年 4 月版」 社会保険研究所 2000 年 6 月

## 引用図書

- 「診療点数早見表 平成 12 年 4 月版 医科・老人医科」 医学通信社 2000 年 5 月

## 基本的診察法と診療録の記載

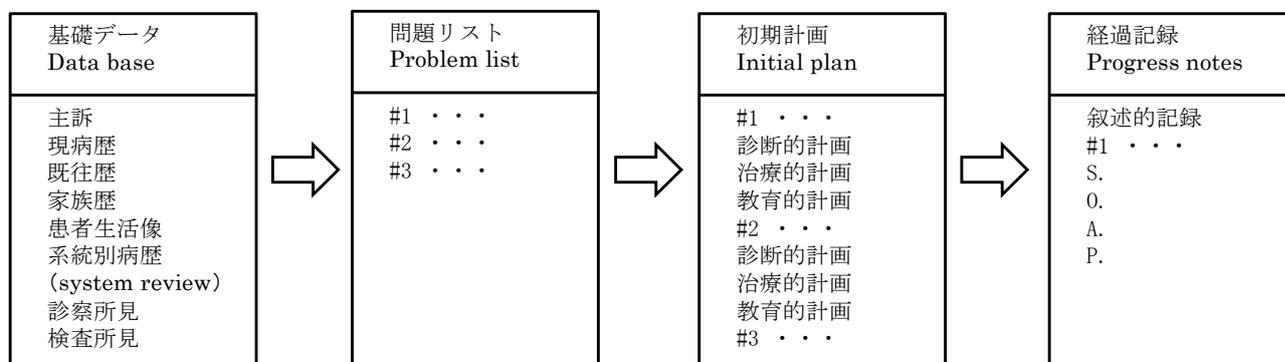
診療に際しては、医療面接や全身の系統的身体診察を実施し、その結果に基づいた評価や、実施されるべき計画を診療録に記載する。

問題志向型診療記録（POS：Problem Oriented System）に従って診療録に記載することが国際的に推奨されている。その具体的方法（POMR：Problem Oriented Medical Record）を以下に示す。

臨床研修の2年間を通じてこの書式での診療録作成を習慣化することが望ましい。

### (1) POMRの構成

POMRの主な構成成分は、基礎データ、問題リスト、初期計画、経過記録である。経過中に新たなデータが加わるたびに、問題と計画の追加と修正を行う。これらの過程で指導医のチェックを加える。



### (2) 問題リスト problem list

患者の抱える問題（problem）を列举した一覧。医学的問題のほかに、心理的、社会的、経済的、家庭問題や危険因子などが含まれる。Problemは病名や症状になることが多いが、背後にあるさまざまな問題を見逃さないことが大切である。また、医学的診断名に限らず、患者自身が問題と考えていることを取り上げてケアの対象とする。これらは主要な問題が解決したあとも残ることがある。抽出した活動性の問題を解決して、非活動性にすることが診療の目的である。

番号	日付	活動性問題 active problem	発生日付	非活動性問題 inactive problem	解決日付
#1	2012.4.10	上腹部疝痛 →乳頭陥頓結石	2012.4.9	EST	2012.4.10
#2	2012.4.10	C型慢性肝炎	1990年		
#3	2012.4.10	血小板減少症	2006年		
#4	2012.4.10	アルコール過飲	1980年頃		
#5	2012.4.10			S状結腸切除 (癌)	2000年
#6	2012.4.12	肝右葉SOL →4.16 HCC	2012.4.12		
#7	2012.4.20	右単径部血腫 (TAE後)	2012.4.20		

### (3)初期計画 initial plan

問題リストに取り上げた問題ごとに、入院当初の時点で今後どのようなデータが必要か、どのような治療をすべきかを具体的に記す。問題リストに沿って診断と治療の具体的な目標を定める作業だとも言える。この際、患者と十分に話し合い、了解を得たうえで方針を決めるべきである。以下に例示する。

#1	気管支喘息
Dx	緊急血液検査 (CBC、CRP、生化学) 胸部X線至急 ABG
Rx	酸素吸入2L 持続点滴：ソリタT3 500×2回×2日 生食100ml+ソルネドロール80mg IV×2 (朝夕) ×3日 メブチン加生食吸入4回/日 適宜追加
Ed	感冒罹患を機に発作を誘発したもの 従来と同様の注射、吸入で発作は治まると思う
#2	上腹部痛
Dx	腹部超音波検査 (胆石の除外) 明朝血液生化学検査再検 (血中・尿中アミラーゼ)、検便 ABG
Rx	検査結果判明まで禁飲食 ブスコパン1筒筋注
Ed	腹痛は初めてなので、検査して原因を確かめる

#### 診断的計画 diagnostic plan : Dx

診断確定、鑑別診断、除外診断、治療効果判定のために必要な診察、検査、コンサルテーションなどの計画と予定を記載する。鑑別診断 (D/D)、除外診断 (R/O) の対象を明記して検査項目を書くようにすると、コメディカルにも理解しやすい。

#### 診断的計画 therapeutic plan : Rx

問題ごとに必要な処置、食事療法、薬物療法、外科的治療、放射線療法など実施可能な治療とケアの計画を記載する。対症療法の計画も含まれる。

必要な内服薬、注射薬などを薬品名、用量、回数など具体的に記載し、同時に処方入力する。立案に際しては、看護師をはじめ、薬剤師、栄養士、理学療法士、ソーシャルワーカーなど各専門職と十分協議する必要がある。

#### 教育的計画 edicational plan : Ed又はEx

患者とその家族に治する病状・予後の説明。検査、手術などの内容説明、合併症・副作用の説明、安静度や日常生活・食事・仕事についての指導を記載する。

患者と家族に説明した内容を主治医以外の医師、看護師が理解できる。何について、何を、どのように、誰に対して説明したかを正確に記載する必要がある。別途同意書や承諾書がある場合も、その検査、処置、治療について同意を得たかを記しておく。

### (4)経過観察 progress notes

問題リストと問題ごとの初期計画に従って毎日の診療を行い、臨床経過を系統だてて記載する。問題番号、S (subjective data : 患者の訴え) O (objective data : 客観的所見) A (assessment : 評価) P (plan : 計画)、経過記録、病名を記載しておく。

入院期間が長い患者や、リストアップされた問題点が増えている場合は、途中問題リストを整理し直して、中間サマリーを記載するとよい。

### (5)退院時要約 discharge summary

POMRの書式で解決した問題と残されている問題について必要事項を簡潔に速やかに記載する。指導医のチェックを受け、退院後2日以内の完成を目指す。

## 病 歴 要 約 【 】

提出 No. \_\_\_\_\_ 分野名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_  
患者 ID. \_\_\_\_\_ 入院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
患者年齢 \_\_\_\_\_ 歳, 性別 男性・女性 退院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
受持期間 自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

転帰: 治癒 軽快 転科(手術 有・無) 不変 死亡(剖検 有・無)  
フォローアップ: 外来で 他医へ依頼 転院

---

### 確定診断名 (主病名および副病名)

- ①
- ②
- ③

- 
- 【主訴】
  - 【現病歴】
  - 【既往歴】
  - 【生活社会歴】
  - 【家族歴】
  - 【主な入院時現症】
  - 【主要な検査所見】

---

### プロブレムリスト

- #1.
- #2.
- #3.

---

### 【入院後経過と考察】

- #1.
- #2.
- #3.

### 【退院時処方】

### 【総合考察】

記載者: 現病院名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_  
教育責任者: 病院名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

## 医療安全

相次ぐ医療事故で国民の医療への不信が高まる中、医療安全は信頼回復のための緊急課題である。本邦に限らず、医療安全は国際的な課題として取り組まれている。WHO が患者安全カリキュラムガイドを発表していることは、その一例である。

([https://www.who.int/patientsafety/education/mp\\_curriculum\\_guide/en/](https://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/en/) 当院の医療情報システムでも公開されている)

一方、医療人も事故や危険にさらされており、労働安全衛生上も安全管理の考え方が重要である。1990年代の後半から、それまでの危機管理 (risk management) に代わって、患者安全 (patient safety) のコンセプトが、事故を未然に防ぐ新たな安全管理の方策として発達してきている。

これらの努力にもかかわらず、いまだ患者に対して安心・安全な医療が提供されているとは言えないのが実情であろう。

このような背景を考えたとき、臨床研修医に対する安全管理教育の重要性は明らかであるが、以下のような点からも、それが一層強調されるものである。

### 1) 初心者教育の効果

平成 14、15 年度の分析では、経験 1 年未満の医療人によるヒヤリ・ハット事例の発生率が高いことが示されており、重点的な対策が必要である。

### 2) 安全管理の早期体験

「鉄は熱いうちに打て」の格言通り、卒後すぐに安全管理を教えることは、容易でかつ長期的に有効である。

### 3) チーム教育の視点

安全文化の醸成には、縦割りの職種の垣根を越えた、職種間の教育が必須とされている。医師になりたての時期に、他職種の医療人とともに協力して医療安全に取り組むことを教育することが、生涯にわたってチームの一員として、安全文化の醸成に貢献するためにより効果的である。

### 4) 他職種への影響

研修医への指導を通じて、他の医師や他職種の安全管理への参加を促すことができる。

一つのアクシデント (医療事故) の背景には、300 件のインシデントが存在すると言われている (ハインリッヒの法則)。インシデントのうちに十分な情報収集、検討、対策の立案を行い、アクシデントを予防することが重要なのである。以下に、「上越総合病院医療安全管理指針 (2024 年 6 月改訂)」から抜粋して、当院における医療安全の考え方を示す。なお、詳細については同マニュアル全文を参照すること。

# 上越総合病院における医療安全管理指針（抜粋）

## 第1 医療庵園を推進するための基本的な考え方

### 1 基本理念と目的

人に優しい良質な医療を提供することは、当院の基本的理念の根幹である。人に優しい良質な医療とはすなわち、安心・安全な医療に他ならない。そのために、我々医療従事者には、患者の安心・安全を確保するための不断の努力が求められるとともに、医療事故という形で患者に実害を及ぼすことのないような仕組みを組織として構築することが重要である。

本指針はこのような考え方のもとに、医療従事者個人レベルでの事故防止意識の向上と、病院施設全体の組織的な事項防止対策の両輪を推し進めることによって、医療事故の発生を未然に防ぎ、患者にとって安心・安全な医療を受けられる環境を整えること、ひいては病院全体に医療安全文化を醸成することを目的とする。

### 2 基本方針

- 1) 院内医療安全管理体制を構築し、病院組織全体で医療安全のための対策を展開する。
- 2) 患者の生命・人権を尊重し、患者・家族の立場に立って、誠意を持ってインフォームド・コンセントに努める。
- 3) 院内で発生したヒヤリ・ハットやアクシデント等の全ての報告を収集し、事例の集積・調査・分析並びに検討を行い、予防措置、是正措置を協議し、決定する。されに是正措置の実施確認・効果確認を行い、必要に応じてその内容を医療安全管理マニュアル等へ反映させる。
- 4) 職員が自由に発言・報告できる職場風土を構築し、報告制度の活性化と安全文化の醸成を図る。
- 5) 診療録をはじめとする診療に関する諸記録は、患者のみならず、医療従事者を守るものであることを周知し、正確に記録し、質的監査を励行する。
- 6) 医療安全に関する職員の意識を高めるため、全職員に対しての教育・研修を実施する。
- 7) 医療安全の改善に資するため、患者相談窓口を設置し、広く患者側からの意見を求める。

### 3 職員に求められる基本的な資質

医療の安全を確保するためには、全ての職員が組織の一員として、安全対策に取り組むべきである。個々の医療行為に関する知識や技術に加えて、組織の一員としてチーム医療に取り組むための意思疎通と連携のあり方についての心構えや態度を身につけな

ればならない。そのため、当院の職員は当指針に忠実であり、かつ次の事項の遵守を求められる。

- 1) 常日頃から患者及びその家族との信頼関係を深めるよう、誠実な気持ちと態度で業務を行う。
- 2) 患者と医療者の間にある情報・知識の格差、患者ゆえに抱く心理的重圧等に配慮して、単に情報を提供するだけでなく、患者と十分に対話するなど、患者のために医療を実践する姿勢が求められる。
- 3) 医療に関する基本的な倫理観や心構えを身につけ、安全に医療を実践するために必要な専門家としての知識や技術を習得し、さらに施設における日常の業務の流れや仕組みを理解しなければならない。
- 4) 日々進歩する医療について、生涯に渡り研鑽を積んでいかななければならない
- 5) 業務の遂行にあたり、医療事故を発生させないよう細心の注意を払う。高度な医療を実践する技術よりも、安全な医療を提供する技術を優先し、チームの安全機能、ひいては病院全体の安全機能を高めるために、他の医療従事者からの指摘や注意に謙虚に耳を傾ける、または他の医療従事者に対し、気づいた点を指摘する。このようなオープンな関係・姿勢が重要であることを認識しなければならない。
- 6) それぞれの行為のリスクと自己の行動特性を認識するとともに、患者の疾患や症状に応じたリスクも常に予測して患者安全の確保に努め、さらに自らの健康状態を原因とするリスクを可能な限り低減するために、心身の健康状態・衛生状態を良好に保つように努める必要がある。
- 7) 医療機器の取り扱いは、基本を遵守し、正確に取り扱う。また各職場の業務マニュアルを遵守し、標準化された業務を行う。
- 8) 事故が発生した場合は、直ちに職場長、並びに医療安全管理者に報告する。職場長はマニュアルに従い、医療安全管理者と連携して、直ちに患者安全のための指揮を取る。

## 医療安全管理委員会規程（抜粋）

### 第1条（目的）

上越総合病院（以下「当院」という）において、院内全体の医療安全活動を包括的な立場から監督する。また、有事の際は患者の救命と被害拡大防止のため、速やかに情報を収集し、各部署へ対応の指示を行うことを目的とする。

### 第2条（組織）

医療安全管理委員会（以下、委員会という）の構成員は以下の通りとし、病院長が任命する。

#### 1) 構成員

- ① 病院長 ②医療安全管理委員会委員長 ③副院長 ④事務長 ⑤看護部長
- ⑥医療安全管理者 ⑦医薬品安全管理者 ⑧医療機器安全管理者
- ⑨医療放射線安全管理者 ⑩歯科部門医療安全管理者 ⑪各部署の責任者
- ⑫臨床研修医の代表 ⑬その他委員会が必要を認めた者

#### 第4条（会議の開催）

1) 委員会は原則として毎月一回定例会議を開催し、病院全体の医療安全に関する包括的なテーマについて、監督的立場から検討する。また、委員の要請に応じて臨時会議を開催することができる。

#### 医療安全管理部門規程（抜粋）

##### 第1条（目的）

医療安全管理委員会をはじめとする関連部門と密に連携し、組織横断的に活動し、インシデントの分析や医療安全に関わる教育等も含め、院内の安全管理全般にわたる実務を担う。また、医療事故等の有事には医療安全管理委員会との連携のもと、現場での対応を機動的に行うことを目的とする。

#### 医療安全対策委員会規則（抜粋）

##### 第1条（目的）

上越総合病院（以下「当院」という）において、医療安全管理委員会、医療安全管理部門で決定された諸事項を速やかに各職場に伝達し、より実効性のあるものにするを目的とする。

#### 上越総合病院院内事故調査委員会規則（抜粋）

##### 第1条（目的）

上越総合病院院内事故調査委員会（以下「委員会」という）は上越総合病院において発生した医療事故に関する臨床経過の把握、原因究明及び再発防止策の提言など、医療安全の確保を目的とする。

委員会は紛争解決や個人の責任追及を目的とするものではない。医療事故調査制度による医療事故が発生した場合は、制度に則り速やかに院内医療事故調査委員会を設置し、事故調査を行うこととする。

## 医療安全の確保を目的とした報告制度（抜粋）

### 1. 上越総合病院における報告制度

当院における医療安全管理部門への報告の対象は以下とする。

- 1) インシデント報告
- 2) アクシデント報告
- 3) その他医療安全に関連すると思われるもの

\*医療事故レベルについては「医療事故（アクシデント）、インシデント事例の患者影響度レベルと内容」による。

### 2. 報告の意義

- 1) 患者の安全確保：報告された有害事象に病院が速やかに介入することで、患者に部署横断的かつ適切な治療を行うことが可能になる。
- 2) 事象の共有：レポートを提出した時点で、個人あるいは単一部門のみの問題ではなく、病院管轄の問題として共有できる。
- 3) 透明性の確保：レポートの提出により、少なくともその時点で悪質な隠匿や隠ぺいの意思がなかった証拠となる。
- 4) 正式な支援：治療支援のみならず、報告事例が係争などに発展した場合において、病院からの全面的な支援が可能になる。
- 5) システムの改善：レポートで明らかになった院内システムの不備などに対して、組織的な改善が可能となる。

### 3. インシデント・アクシデント報告の手順と対応

- 1) インシデント発生の際は、職員は速やかに職場長に報告し、職場長の指示のもとに行動する。
- 4) 当事者または関係者は事例の影響度に応じて、院内端末内にある「レベル0・1報告」、「インシデントレポート報告システム（IRIS）」を用いてレポートを作成し、職場長に報告する。
- 5) 当該部署の医療安全推進担当者は提出されたレベル0・1報告、インシデント・アクシデントレポートを医療安全対策委員会に諮り、医療安全管理者の支援を得て、再発防止策について検討する。事例によっては医療安全管理部門と連携して事例分析、再発防止策を行う。

### 4. インシデント・アクシデント報告書の運用

- 1) レベル0・1報告（電子カルテ端末の情報掲示板より記載）  
レベル0（誤った行為が発生したが、患者には実施されなかった）事例、レベル1（誤った行為を患者に実施したが、結果として患者に被害を及ぼすには至らなかった）

- た) 事例を対象とする。
- 2) インシデントレポート報告システム (IRIS)
- ① レベル 0～5 全ての事例を対象とする。
  - ② レベル 3a 以上の事例について 4M4E 分析、RCA 分析等、詳細な分析を行い、分析結果を医療安全管理部門に提出する。

## 重大アクシデント発生時の対応 (抜粋)

JA 新潟厚生連医療事故対応のためのガイドラインに準ずる

### 1. 対応の基本

重大アクシデント等とは、影響度分類におけるレベル 4・5 またはそれらに足る可能性のある事例であり、緊急性が高い場合は直ちに患者の救命と被害の拡大防止に病院として全力を尽くす。医療事故がどうかに関わらず関連したすべての職員は医療の経過及び結果の記録及び報告において、隠ぺいや改ざんを行ってはならない。

〈急変への対応〉

患者のいる現場においては何より患者の様子をつぶさに観察することが大切であり、「急変」して危機的状況に陥る前の段階で **Medical Emergency Team** を招集する判断が求められる。当院の救急コールの名称は「5999 call」とする。

### 2. 具体的な対応

#### 3) 患者・家族への対応

患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対してはその経緯について、「逃げない、隠さない、こまかさない」を徹底し、明らかになっている事実を丁寧に逐一説明する。

また、診療の継続中、またはその終了後に少なくとも一度は患者または家族と、事故の当事者による説明の場を設ける。またその場には中立的立場の医療者 (メディエーター) の同席が望ましい。

## 患者相談窓口の設置 (抜粋)

### 第 1 条 (目的)

上越総合病院を利用する患者や家族、あるいは地域の関係機関が、上越総合病院の施設・設備に関する苦情、職員に対する苦情、医療内容に関する苦情や要望などを取扱い、寄せられた苦情や要望に対し医療に対する信頼を確保し、より一層の顧客満足につながることをとする。

## 第2条（患者相談窓口）

1. 患者からの苦情や相談は患者サポートセンター患者相談窓口で受け付ける。
2. 相談の内容により事務長、医事課長、看護部長、担当部署責任者に依頼する。
3. 苦情・要望に対し所定の用紙に記載する。（苦情受付報告書）
4. 患者、家族からの苦情受付として他に投書箱を設置する。担当者は事務長とし、定期的に管理し、管理者会議、病院会議、患者サポート委員会で報告する。
5. 相談や苦情により患者、家族が不利益を受けないよう努める。

1) 医療事故（アクシデント）、インシデント事例の患者影響度レベルと内容

区分	レベル	障害の継続性	障害の程度	内 容
インシデント	0	—		誤った行為が発生したが、患者には実施されなかった。 エラーや医薬品・医療用具の不具合がみられたが実施なし。
	1	なし		誤った行為を患者に実施したが、 結果として患者に被害を及ぼすに至らなかった場合。 何らかの影響を与えた可能性は否定できない。
	2	一過性	軽度	行った行為又は管理により、 患者に影響を与え、または何らかの影響を与えた可能性がある場合。 処置や治療は行なわなかった。
	3a	一過性	中等度	行った行為又は管理により、 患者に影響を与え、または何らかの影響を与えた可能性がある場合。 本来必要でなかった簡単な治療や処置を要した 消毒・湿布・鎮痛剤投与等軽微なもの
医療事故（アクシデント）	3b	一過性	高度	行った行為又は管理により、 本来必要でなかった治療や処置が必要になった場合。 濃厚な処置や治療を要した バイタルサインの高度変化・人工呼吸器の装着・手術・入院日数の延長・外来患者の入院・骨折など
	4	永続的	軽度～高度	行った行為又は管理により、 生活に影響する重大な永続的障害が発生した可能性がある場合。 永続的な障害や後遺症が残った。
	5	死亡		死亡 行った医療または管理が死因となった場合。 原疾患の自然経過によるものを除く。

JA新潟厚生連『医療事故対応のためのガイドライン』平成16年制定に準ずる。

この中には、不可抗力によるもの、過失によるもの、予期せぬ事態などが含まれる。  
その他、医療に関する患者からの苦情、施設上の問題、医療機器の不具合・破損、麻薬・劇薬・毒薬の紛失・盗難、患者の自殺・自殺企図、医療従事者に発生した針刺し事故に関しても含まれる。

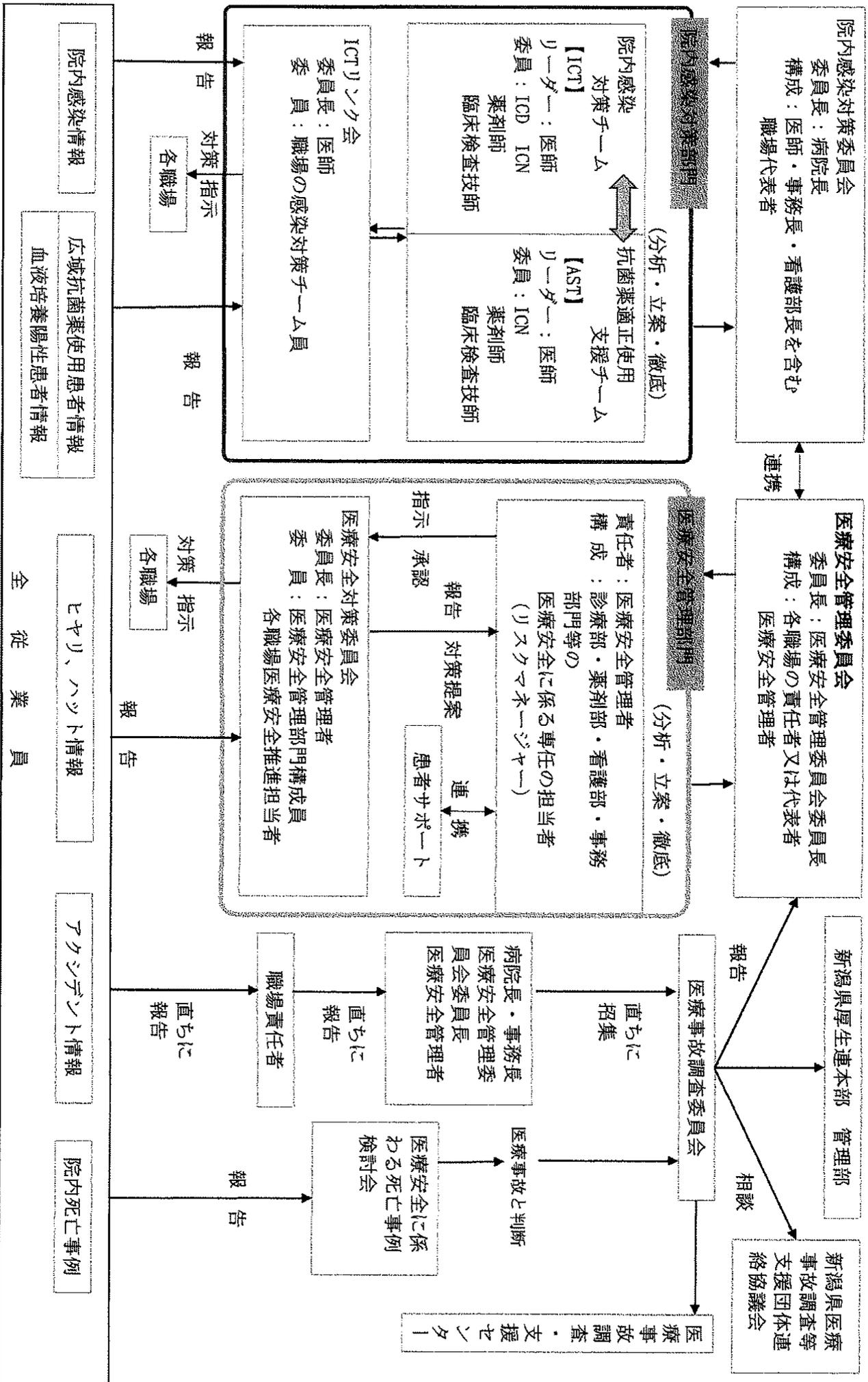
医療事故の判断システム

- 1 ヒヤリハットレポートで報告すべき対象としている事象が発生した場合、当事者、発見者はインシデントレポート管理システムにて入力し、所属長に報告する。
- 2 医療安全対策委員会は、影響度分類に基づき、ヒヤリハットレポートで報告された事象のレベル区分を行う。
- 3 影響度分類レベル3b以上とした事象は、直ちに医療安全管理者に報告する。
- 4 医療安全管理部門は、報告のあった事象のレベル区分を行い、重大な過失による医療事故または医療事故の可能性があると判断した場合、直ちに病院長に報告し緊急医療事故会議を招集する。

改訂 平成30年5月

# 医療安全管理体制図

令和6年4月 改訂



## 医療事故発生時の対応

JA 新潟厚生連では、平成 16 年 5 月に「厚生連病院医療事故防止対策委員会」を立ち上げ、同年 12 月に「医療事故対応のためのガイドライン」（以下ガイドライン）を制定し、令和 2 年 1 月にこれを一部改定した。以下、このガイドラインに沿って、医療事故発生時の対応法の要点についてまとめる。

なお、ガイドラインには臨床研修に関連した（研修医が当事者となった）場合を想定した記載はないため、枠で囲んだ部分に、プログラム責任者の立場で、この場合の対応について付記した。

このマニュアルにおける基本的な用語については、以下のように定義する。

- (1) 医事紛争：医療事故損害賠償請求訴訟に至った紛争のみならず、実施された医療に関し医療側と患者側との間で生じたすべての紛争を指す。その紛争が医療従事者の過失行為に関係するものか否かは問わない。
- (2) 医療事故：医療従事者の業務上の行為により発生したすべての有害事象を指す。つまり、医療従事者の過失行為に基づく事故ばかりでなく、不可抗力（偶然）による事故も含め、すべての有害事象を「医療事故」と総称する。  
尚、医療事故レベルについては新潟県厚生連ヒヤリハットレポート患者影響レベルによる。
- (3) 重大医療事故：患者に死亡あるいはその危険性、又は重大な障害が発生した医療事故。
- (4) 医療事故（医療事故調査制度対象事案）  
医療事故のうち、医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかったもの。
- (5) 医療過誤：医療従事者が行う業務上の事故のうち、過失の存在を前提としたものである。つまり、医療行為から生じる有害事象の発生が人為的に回避することが可能で、その発生に医療従事者が関与している場合である。
- (6) ヒヤリ・ハット事例：患者に被害を及ぼす事はないが、日常診療の現場でヒヤリとしたり、ハットした経験を有する事例をいう。具体的には新潟県厚生連ヒヤリハットレポート患者影響レベルによる。

### 1 医療事故発生時の対応

#### (1) 最善の処置

- ・主治医は患者に最善の処置を取りながら、患者・家族に的確に正しく内容と処置の説明をし、理解を得られるよう努力する。

- ・全員で救命等のため全力を尽くす。
- ・主治医に限らず、最も早く救命を行える医療チームを召集するため、緊急用コール（5999 コール）を実施し、医師、看護師その他必要な人員を召集する。
- ・主治医の指示により、看護担当者等は、家族への連絡を行う。
- ・家族が来院されたら、誠意を持って待機場所等の確保や移動・案内等の配慮を行うとともに、当該科の上席医師、事務長または課長から、客観的な状況と今後の説明を行う。
- ・事故当事者は病状が安定した時点で、基本的に診療行為から外れる事が望ましい。

研修医が関わった場合もこれらの原則は変わらないが、最も大切なことは、速やかに応援を呼ぶことである。指導医を呼ぶことにこだわらず、院内救急コール（当院では PHS 5999 番に電話し「5999 コール、\*\*（患者のいる場所）」と告げる）を迷わず使うこと。

自分の力で何とかしようと思わないこと。駆け付けた職員と力を結集して、患者の障害を最小限にとどめるための最善の処置をする。上級医の助けを迷わずに仰ぐこと。

当該事故によって重大な結果を招いた（又は招く恐れがある）場合、指導医または上級医は事故の当事者を早めに現場から離す等の配慮をする。その際は必ず誰かが付き添い、当事者を一人にしないこと。

## (2) 責任者（所属部署）および管理者への迅速な報告

臨床研修に関連した医療事故の場合は、医師（研修医）→上級医→指導医（診療科部長）→医療安全管理者（副看護部長）という順で報告が行われるのが一般的と思われるが、患者の生死に関わる重大医療事故の場合など、特に緊急の場合は、直接診療科部長、医療安全管理者、看護部長、副院長等に連絡してもよい。なお、医療安全管理者はプログラム責任者にも連絡をすること。

報告は「医療事故報告書」の書式に記載した文書で行われるが、緊急時は直ちに口頭で報告し、その後速やかに文書を提出する。報告書の記載は、原則として、原因となった当事者が明確な場合は当該本人がこれを行い、その他の者が事故を発見した場合は、発見者とその職場の長が行う。

## 2 患者家族への対応

- ・事故が起きたことに対する説明と、過誤が明白な場合には率直な謝罪をする。
- ・説明の担当は主治医、ないしは診療科部長、医療安全対策委員長、病院長（病院長不在時には副院長）があたる。
- ・説明には、事務長、看護部長、看護師長等の同席により必ず複数で行う。

- ・過誤の有無、患者への影響度等発生時には不明確な事もあり、事故の責任等の説明は慎重に行う。
- ・説明に当たる責任者以外の従業員は独自の説明はしない。

### 3 事故経過の記録

事故記録と報告、証拠保全を速やかに行う。

- ・記録等は経時的、客観的に記載し、憶測や想像に基づく記載は行わない。
- ・家族への説明、家族からの発言も記載しておく。
- ・記録の訂正は二重線にて示し、行をあげないように記載する。
- ・事故に関する器具等は破棄せず保管する（チューブやルート類、注射器やアンプル、点滴ライン等）

実際の場面では、研修医が記録を担当することが多くなると予想される。患者の状況、処置の内容、患者および家族への説明内容等を逐次詳細に記載する。

できるだけ速やかに、経時的に、正確な客観的事実を記載する。説明を行ったときは、説明者、説明を受けた人、同席者、説明日時、質問と回答等も記載すること。修正に修正液や消しゴムは使ってはならない。

### 4 事故緊急会議の招集と本部への報告

### 5 警察への届け出基準

- (1) 何らかの重大な医療過誤の存在が強く疑われるか、存在が明らかであり、それらが患者の死亡の原因となったと考えられる場合（医師法第 21 条による 24 時間以内の届け出の場合）。
  - ・届出義務がある。
- (2) 何等かの医療過誤の存在が明らかで、それが患者の重大な障害の原因となったと考えられる場合。
  - ・院内、厚生連本部での協議を経て、家族の同意を得たうえで届け出る場合がある。

重大な医療過誤：患者誤認、薬剤名・薬剤投与量・投与経路の誤認、異型輸血、診断用  
あるいは治療機器操作の誤認

重大な障害：対象部位（臓器、左右の別）の誤認に基づく外科的操作などによる損傷、無酸素症による中枢神経障害等

### 6 保健所、関係行政機関等への報告

- 7 派遣大学への報告
- 8 病院職員、患者への報告
- 9 第三者機関への報告
- 10 報道機関への対応

以上 5 項目については、ガイドラインを参照のこと。ここでは略。

#### 11 事故当事者への対応

- (1) 事故当事者は、直接的な対応から一定の距離を置くことが望ましい。当事者は通常の状態を保つことが困難であり、患者や家族・遺族等への対応は一方的な謝罪等の展開や、必要以上の責任論になる事が考えられ、客観的な対応に対して一定の距離をおかせることも必要である。
- (2) 病院では当事者のカウンセリング、必要時当事者の家族への連絡・対応や再教育等適切な方策を迅速に取る。
- (3) 病院では客観的に事故調査に関する委員会等で原因を更に明確にし、本部に報告する。本部では刑事、民事、行政処分等の推移を検討し、公正な対応をする。

研修医が当事者の場合、とりわけストレスマネジメントの重要性が高い。プログラム責任者は随時当該研修医の状況を把握し、研修を継続できるように配慮する（休暇、ローテーション変更等）。

また、指導医、上級医は当該研修医の状況について、プログラム責任者に随時報告するものとする。

#### 12 再発防止の対策

医療安全管理委員会、院内事故調査委員会、医療安全対策委員会等での検証を行い、原因究明と再発予防の対策を策定する。

# 「説明と同意」に関する基本方針

## 第1章 目的

---

### 本基本方針の目的

---

実際の診療行為においては、患者に対して実施しようとする医療行為について十分な説明を行い、患者の自己決定権を尊重して合意に達するという考えに基づいたインフォームド・コンセントが重要である。

本基本方針の目的は、「説明と同意の取得」において標準的に求められている水準を示し、本院においてこれらが適切に運用されることで、患者の尊厳を守り、患者の権利に配慮した「説明と同意」が実現されることを目的とする。

## 第2章 基本的な考え方

---

「患者が理解できるような説明を行い、患者の主体的な意思決定に基づいた同意を得る。」

---

従前は、医療者は患者に簡単な説明をして同意を得ており、それで足りるとされていた。一方、現在では、患者がその医療行為をきちんと理解できることを目標に、医療者は医学的合理性の範囲の中で最も適すと考えられる医療行為について患者に十分に説明し、そのうえで同意を得ること。そのため医療者は、病状や検査・治療法等について、専門用語や外国語を極力省いた平易な言葉や、場合によっては図や模型なども用いて説明し、患者がその説明を受け、十分に理解・納得した上で治療法を自らの意思で選択し、同意することを保証すること。また、説明の際には患者がセカンドオピニオンを他の医師や院外の医師に求めることができることを確認すること。

これらのことが必要となる法的根拠は、日本国憲法13条の人権保障の基本原則「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法、その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。」や、医療法第1条の「医師、歯科医師、薬剤師、看護師、その他の医療の担い手は、医療を提供するにあたり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。」と定められていることによる。

そもそも身体への侵襲を伴う医療行為が適法とされるためには、①治療を目的とすること、②医術的に適正で医学的にも適応があること、③患者の同意・承諾が得られていること、すなわちインフォームド・コンセントが実施されていること、これらの3つの条件を全て満たす必要がある。これらが満たされないとき、刑法上の傷害罪または殺人罪とされ、刑罰を受け、民法上は債務不履行、あるいは自己決定権侵害等の説明義務違反として損害賠償を求められる。

### <インフォームド・コンセントの成立条件>

- (1) 患者（またはその代諾者）に同意能力があること
- (2) 適切で十分な説明が、患者に分かりやすい言葉でなされること（説明要件）
- (3) 説明を受けた患者が説明の内容を十分理解し、自らの意思決定により同意すること（同意要件）

## 第3章 対象医療行為

### 医療行為

すべての医療行為は患者の精神および身体に何らかの侵襲を与えるものである。ゆえに、すべての医療行為を行うにあたり、患者への説明及び患者の理解と同意を必要とする。その程度は各々の医療行為の侵襲度によって異なる。当院では医療行為を以下のように4つのカテゴリーに分類し、カテゴリーごとに説明と同意のプロセスにおいて取るべき手順を定めている。

当院において行われる各々の医療行為がどのカテゴリーに属するのかは、各診療科、各部門ごとに、下記のカテゴリー分類に基づいて決定し、医療安全管理部門に報告して了承を得ること。各医療行為をどのカテゴリーに入れるか判断に迷う時は医療安全管理部門にアドバイスを求めることができる。例えば、複数の診療科が同じ医療行為を行う場合、そのような医療行為のカテゴリーは統一されるべきである。医療安全管理部門は各診療科・部門から提出されたカテゴリー分類について検討し、必要に応じてアドバイス等を行うこと。

#### カテゴリー1

口頭の説明のみを行い、同意も口頭のみでよいもの。

侵襲がごく軽度で、従来から口頭の説明のみで同意を得ており、その手続きの簡略化が社会通念上も許容されるもの。ただし、その医療行為の必要性や同意を得た旨など、必要最低限の診療録記載は行うことが望ましい。

例：採血検査、尿検査 心電図検査 超音波検査 各種注射、末梢静脈路確保、等

#### カテゴリー2

口頭の説明に説明文書を追加するが、同意は口頭のみでよいもの。

侵襲は軽度で重大な副作用や危険性は少ないが、患者の理解を深めスムーズに実施するために、文書での説明を追加したほうが良いもの。ただし、医療行為についての説明書は、患者の状態を除き標準化された同一のものを使用すること。

例：ホルモン検査、ブドウ糖負荷試験、単純CT、MRI 検査等

#### カテゴリー3-a

口頭の説明に加えて所定の説明書を用いて説明し、文書で同意を得るもの。

ただし、医療行為についての説明書は、患者の状態を除き標準化された同一のものを使用すること。

3-a カテゴリーの書類の作成においては原則として代行入力は不可とするが、やむを得ない場合は主治医の承認又は押印を必要とする。また、カテゴリー3a, 3bの診療行為において代行入力を実施する場合は、必ず医療安全管理部門に届け出て、承認を得ること。

例：上部消化管内視鏡検査、下部消化管内視鏡検査、造影CT、MRI、中心静脈カテーテル挿入術、局所麻酔法 等

### カテゴリー 3-b

口頭の説明に加えて所定の説明書を用いて説明し、文書で同意を得るもの。

ただし、医療行為についての説明書は標準化された同一のものを使用し、さらに患者個人の状態も含めた詳細な説明書を添付する事が望ましい。

3-b カテゴリーの書類の作成においては原則として代行入力は不可とするが、やむを得ない場合は主治医の承認又は押印を必要とする。また、カテゴリー 3 a, 3 b の診療行為において代行入力を実施する場合は、必ず医療安全管理部門に届け出て、承認を得ること。

#### (検査)

入院を必要とする検査、胸膜生検、等

#### (処置・治療)

身体抑制、気管挿管（救命のために緊急で施行する場合を除く）、等

#### (化学療法)

多剤併用療法（レジメン登録し化学療法委員会での承認が必要）

入院にて実施するもの、等

#### (輸血)

血液製剤および血液由来製剤の使用を予定する場合、自己血輸血を行う場合、等

#### (麻酔)

全身麻酔 硬膜外麻酔 脊髄くも膜下麻酔 神経ブロック 等

アレルギー歴のある患者の局所麻酔、等

手術に付随した麻酔については、手術についての説明時に同時に説明し、同意を得ること。  
麻酔科が管理するものについては、緊急時等を除き、原則的に麻酔科で単独に説明し同意を得ること。

#### (侵襲度の高い治療・手術)

手術室にて施行する手術、透視下に行われる各種インターベンション、等

## 第4章 説明

### 1. 説明文書

当院で第3章で定義したカテゴリー3以上の医療行為についての説明を行う際には、院内で標準化された「説明文書」を用いること。説明文書を作成する際には当ガイドラインに沿った内容とし、作成した説明文書は医療安全管理部門に提出し、運用法とともに承認を得ること。

承認を得た説明文書は電子カルテ内に登録し、患者のカルテを開いた状態から文章を立ち上げて発行する運用とすること。この運用は、異なった患者名の記入された説明書が別の患者に渡ることを防ぐことにもつながる。

---

## 2. 説明の時期

---

医療行為実施前の可及的早期に行うこと。また、必要に応じて繰り返し説明を行うこと。

---

## 3. 説明場所

---

十分にプライバシーが保護され、患者側が安心して話ができる場所（病棟では面談室、またはカンファレンスルーム等）とする。

---

## 4. 説明者の条件

---

患者及び家族への説明は、本基本方針に則り、原則として主治医または担当医が説明を行うこと。書類による同意が必要な医療行為において研修医が説明を行う場合は、指導医が必ず同席すること。

---

## 5. 説明時の同席者（立ち合い者）

---

書類による同意が必要な医療行為の説明（カテゴリー3以上）においては、医療者側、患者側ともに、同席者が参加することを原則とする。同席者の総数は常識の範囲内（4，5人程度）にとどめること。

- (1) 医療者側は、説明者とは別の医師、あるいは看護師等が同席すること。
  - (2) 医療者側の同席者は、医師が伝えた内容を把握し、その情報を受けた患者の反応・理解度を観察し、記録に残すこと。理解度が不十分であることが観察される場合、同席者は患者の希望に応じて医師に再度の説明を求めたり、医師の指導のもと、自ら補足の説明を行うことができる。
  - (3) 患者側同席者は原則として患者の親族とするが、特別な理由がある場合は患者・または家族の希望する者としても良い。
  - (4) 患者が未成年の時は、必ず保護者またはそれに準ずる親族（親族とは親、兄弟姉妹を指す）が同席すること。
  - (5) 患者が自ら意思を表明できない場合は必ず親族の同席を必要とする。
  - (6) (3)~(5)の場合であっても、緊急性が高い時や、同席できる親族・代諾者がいない場合は、主治医の判断で治療を進める事ができるが、医療者は電話等のあらゆる手段を用いて親族・または患者の希望する代諾者等への連絡に努めること。またこのような場合、主治医は医療安全管理部門に速やかに報告すること。
  - (7) 同席者にも説明書への署名を求める書式とするか、又は同席者についての記録を診療録に残すこと。
- 

## 6. 説明の手順

---

(※：TOPPAN のアバターや Medios の動画コンテンツによる説明など、次世代の説明ツールの運用について現在検討中。)

#### <説明における原則>

- (1) 説明は対面で行い、患者が理解できるように平易な言葉と、必要に応じて図や模型等を用いてなされる必要があり、説明書やDVDを渡すのみで患者がのちに目を通すことを期待するという方法は不適切である。
- (2) 医療者は、説明時の同席者の有無、説明の内容、患者側の理解度を診療録に記載すること。
- (3) 説明は、プライバシーの守られる上記3の説明場所にて行うことを原則とする。

#### <説明の手順>

- (1) 同席者を含む 医療者側の自己紹介
- (2) 患者、並びに患者側同席者の氏名確認  
(患者が開かれたカルテと同一人物であることの確認)
- (3) 患者が未成年の時や自ら意思表示できない場合は、必ず親族（配偶者、子、親、兄弟姉妹）または患者が事前に認めた代諾者が同席すること。
- (4) 上記「説明文書」に沿って説明を行う。説明の際は以下の点に十分に配慮する。
  - ①可能な限り患者の使用言語に翻訳して説明する
  - ②専門用語、外国語の使用は極力避ける
  - ③医療者側には常識的な事柄でも、かみ砕いてわかりやすい言葉で説明する
  - ④説明資料（図や模型）を活用する。
  - ⑤患者が理解しているか確認しながら進める。患者からの質問の機会を妨げない。
  - ⑥医療者が推奨する医療行為を強要しない。また医療者側が進める治療法でも患者は拒否できることを説明する。
  - ⑦理解が得られるまで、繰り返し説明する。
  - ⑧病院側同席者は患者の理解度を評価し（チェックシートなどを用いることが望ましい）、理解度が不十分であると感じた場合や、患者から求められた場合は再度の説明を行う。
  - ⑨障がい者への配慮を忘れてはならない。
  - ⑩説明の場では同意はとらず、説明内容について患者に考える時間を与える事が望ましい。
  - ⑪患者側が希望する医療であっても、医学的合理性がない場合には拒否することができる。
  - ⑫患者は希望すればいつでも手順（後述）に従ってセカンドオピニオンを受けることができる事を説明に加える。
  - ⑬医療者は患者側の理解度とともに、その場に同席したもの（＝説明を受けた患者側同席者）の氏名を診療録に記載する。

## 第5章 同意

医療者は、医療行為において必要な情報を十分に提供し、医学的な判断を明確に示したうえで、同意を得る際は患者の自己決定権を尊重すること。

同意は患者自らの判断により行うものであり、医療者が強要するような言動はしないこと。ただし、情報提供のみおこない、医学的判断を患者に委ねることは必ずしも患者の権利の尊重とは言えず、医学的判断は専門家として明確に示した上で、患者の価値観に基づく選択権を認める事が重要である。また、説明の場では同意を求めないことを原則とし、同意の意思表示の前に患者に説明書を読む時間、考える時間を与える事が望ましい。緊急時にも可能な範囲で考える時間を与えること。不同意の場合には、次善の策について説明し、改めて同意を得る。

---

## 1. 同意文書

---

同意は説明文書と別々に署名を得るのが望ましい。また、どのような説明に対して同意したかが明確にわかる運用となっている必要がある。また、説明書とともに同意文書も病院として標準化された書式・運用が望ましいため、必要に応じてひな形を参照して各科で作成、更新し、医療安全管理部門に提出して運用法とともに了承を得ること。運用法は原則として説明書同様、電子カルテ内に登録し、患者のカルテを開いてから起動をすること。

---

## 2. 説明および同意の前提となる患者の判断能力

---

一般的に判断能力については明確な基準はなく、医療行為の侵襲の意味が理解でき、侵襲によってどのような結果が生ずるのかを判断する能力があればよいとされている。

---

## 3. 同意者の条件

---

- (1) 原則として患者が成人で判断能力がある場合は、本人の同意と同意書への署名のみでよいが、カテゴリー3以上の診療行為においては、患者側の同席者の同意もあることが望ましい。
- (2) 患者が未成年の場合は原則として本人と保護者、または保護者に準ずる親族の両者の同意を必要とする。患者本人が意思を表明できない、判断不可能、医学的に同意形成が不相当と思われるようなときは、主治医が適当であると判断した親族や代諾者（意思能力に問題が生じる前に誰かを指定している場合）に同意を得ること。なお、本人の同意なく、親族、代諾者のいずれかから同意を得たときは、医師はその理由等を診療録に記載すること。

---

## 4. 代諾者・親族がない場合

---

代諾者・親族がない場合・または緊急性が高く、説明の場への同席が間に合わない場合は、推定的同意（治療の必要性及び相当性が高く、患者に意思能力があれば当然に同意するものであろうという場合には、同意がなくてもやむを得ない）とする。医師は、複数人の意見をもとに患者にとって最善と考えられる治療方針をとり、その理由等を診療録に記載するとともに、同席者がいないまま治療を進めることを医療安全管理部門に報告すること。

---

## 5. 未成年（18歳未満）の場合

---

- (1) 未成年（18歳未満）の場合においても患者本人の意思を最も尊重すべきという考え方に変わりはないので、インフォームド・コンセントを得る場合も、患者本人に対してわかりやすい言葉で説明しておくことが望ましい。
- (2) 親族に電話連絡がつかない場合は、「代諾者・親族がない場合」に準ずる。

---

## 6. 説明および同意を得る頻度

---

- (1) 既に説明し、同意を得ている場合でも、患者が再度説明を希望する場合、また、患者の容態に応じて治療方針を変更する必要がある場合には、その都度説明を行い、同意を得ること。
- (2) 繰り返し行われる検査・治療でも、その都度同意書をもらうことを原則とする。ただし、複数回の検査・治療の予定日が同意書に明記されていれば、記載されている予定日に関しては、同意書の取得を割愛してもよい。

---

## 7. 同意の撤回

---

- (1) 医療行為についてひとたび同意した後でも、患者の意思によりいつでも撤回することができる。
- (2) 同意の撤回は、患者側が同意撤回文書を病院に提出する。同意撤回文書には、撤回書を提出する日時と、撤回が患者自身の意思（またはそれに相当する代諾者、親族の意思）に基づくものであることが、患者（代諾者、親族）自らの署名とともに記載してあること。
- (3) 職員は提出されたこの文書を電子カルテ内に保存するとともに、医師等は必ず同意の撤回があった事実、経緯および同意の撤回日時を診療録に記載すること。

---

## 8. 同意書の訂正

---

同意書の提出後に、日時や手術部位等、同意書内の記載事項に訂正が必要となった場合は、速やかに主治医に報告する。主治医または主治医から指示を受けた職員は必要に応じて患者に訂正の内容を説明し、患者の同意のもと、訂正箇所にて二重取り消し線を引いて押印・または直筆のサインをし、正しい内容に書き改める。この際、原則として新しい記載に対する患者自身のサインも取得する。また同意書内容訂正の事実・日付・理由、患者に対し説明を行い、再度同意を得たこと等をカルテに記載すること。

## 第6章 書式

電子カルテの文書作成画面に掲載する説明・同意文書の書式は、原則として、病院で統一した内容・書式とすること。

- (1) 同意文書の書式は、電子カルテの文書作成画面に登録された文書を用いること。電子カルテから出力される文書以外の説明・同意文書は院内の正式な文書として認められない。なお、法令等により説明・同意文書の書式が公的に規定されている場合にはこの限りではない
- (2) 説明書は、読みやすく、患者にわかりやすい内容で記載すること。また、職員間でその内容が共有されていることにより、医療者の説明漏れを防ぎ、患者はどの診療科においても同レベルの情報提供を受けられることが保障される。侵襲を伴う検査や手術、麻酔については、別に一般論を記載した解説書類を用意することが望ましく、説明書には当該患者に見合った内容を追記する。
- (3) 上記、カテゴリー2以上の医療行為の場合、説明書を記載し、電子カルテにその内容を記載する。カテゴリー3以上の医療行為については、同意の文書書式同様、電子カルテの文書作成画面に登録された文書を用いること。

- (4) 手術説明書は局所麻酔、全身麻酔問わず、すべての手術に適用する。左右のある手術は左右の記載を行う。
- (5) 局所麻酔手術は麻酔説明書を使用せず、手術説明に含める。
- (6) 外来で行われる場合であっても、侵襲を伴う検査や手術は同様の手続きとする。
- (7) 説明・同意文書には次の事項を記載する。

カテゴリー 3 以上の医療行為についての説明書・同意書には以下の項目を含むことが望ましい。

#### <説明書に含めるべき内容>

- 1. 患者氏名・ID
- 2. 病名・病態・現在に問題点・予定する医療行為名
- 3. 医療行為の目的・必要性・有効性
- 4. 医療行為の内容・手技・手順
- 5. 医療行為に伴う危険性とその発生頻度、対処法
- 6. 医療行為を行わなかった場合にたどる経過の予測
- 7. とりうる代替可能な医療行為とその利点・欠点
- 8. 希望すればセカンドオピニオンを受けることが可能であること
- 9. 説明年月日・説明場所
- 10. 説明医師の署名またはログインした電子カルテからの印字
  - 11. 病院側同席者の署名
  - 12. 患者本人の署名
  - 13. 患者側同席者の署名

※ 12, 13 は診療録への記載でも可とする。

#### <同意書に含めるべき内容>

- 1. 患者名・ID
- 2. 医師から説明を受けた日時
- 3. 上記の<説明書>に対する<同意書>であることが明確に示されていること
- 4. 同意にあたり、患者が説明内容を十分に理解していること
- 5. 同意は患者の自由意志に基づいた決定であること
- 6. 医療行為を受けるかどうかの決定権は患者にあること
- 7. 不同意や同意の撤回は可能であること、また、不同意や同意の撤回における不利益は、当該の医療行為を受けられなくなることを以外にないこと
- 8. 同意した日付
- 9. 同意した者（本人・親族・代諾者）の署名と患者との続柄
- 10. 臨床研究におけるデータの取得または公的データベース登録事業におけるデータ収集を行うのであればその文言を入れても良い

### 第7章 署名または記名押印

- (1) 署名が直筆の場合は、押印は不要とする。
- (2) 主治医の名前が、電子カルテにログインした状態で印字される場合も押印は不要。
- (3) 原則として「代行入力不可」となるカテゴリー 3 以上の説明書・同意書を、医療安全管理部門の承認を得て代行入力する場合に限り、主治医の印字には主治医の承認、又は押印を必要とする。
- (4) 患者が同意の意思を表明しているが、署名することが困難な場合は、代諾者・親族が代筆し、患者の署名に代えることができる。このような場合は医療者はその旨を診療録に記載する。

- (5) 代諾者・親族による同意の場合は、署名の上、続柄を記入する。
- (6) 説明者または同意の署名漏れは、適切な同意が得られていないものとしてみなされる

## 第8章 文書の保管

- (1) 説明書は説明した医師の署名又は印字とともに患者に渡す。（電子カルテから出力されているので、診療録にも残る）
- (2) 同意文書は、説明者と同意書の署名後に双方で保管すること。
- (3) 病院保管用の原本は、スキャナで電子カルテ内に取り込み保存する。
- (4) 同意書を受け取った職員はその場で記載事項に誤りや記入漏れがないことを確認し、必要に応じて患者に訂正や追加記入を依頼すること。

## 第9章 診療録への記録

説明を行った際、説明者または病院側同席者は、次の情報を診療録に記録する。ただし説明書にこれらの内容が明らかに記されている場合はその限りではない。

- (1) 説明者
- (2) 患者側及び病院側の同席者名
- (3) 説明日時
- (4) 説明内容
- (5) 説明・同意文書以外の資料等を併せて用いた場合はその旨
- (6) 質疑応答内容
- (7) 患者側の受け止め、理解の程度
- (8) 同意の有無、検討中の場合は同意書提出予定日など

## 第10章 セカンドオピニオンについて

- 1. 当院の医療者による説明の後、患者は希望すればいつでも他の医療機関でセカンドオピニオンを受けることができる。その場合は地域連携室を経由して手続きを行う。
- 2. セカンドオピニオンの案内は院内に広く掲示し、患者・家族へ周知すること。

## 第11章 附則

本基本方針の改廃は、医療安全管理委員会・診療情報管理委員会の議を経て病院長が決定する。

医療安全管理委員会  
診療情報管理委員会



# 上越総合病院における、研修医の医療行為の基準について

研修医はすべての診療行為について経験が不足しており、患者安全の観点からは、上級医の指導や監督が必要である。

以下に、上越総合病院における、研修医が医療行為を行う際の基準について示す。実際の運用に当たっては、個々の研修医の技量はもとより、各診療部門における実情を踏まえて検討する場合もあると思われるが、原則的には以下の基準に従う。

## 基準の運用上の留意点

1. 原則として、研修医が行うあらゆる診療行為には、指導医の許可が必要である。
2. 各診療科でこの基準を運用する際に、患者の状態によってレベルを上げることはあり得るが、下げることはしない。
3. 各々の手技については、研修医が単独で行ってもよいと一般的に考えられるものであっても、はじめて実施するときは指導医の指導を受けることとし、施行が困難な場合は無理をせず、上級医・指導医に任せる必要がある。
4. この基準は通常の診療における基準であって、救急救命時などの緊急時はこの限りではない。ただしその場合も、可及的速やかに指導医に確認や立会いを依頼する。
5. レベル分類表にない診療行為を行う際は、指導医の指示を受けることとする。

## レベル分類

### レベル1 研修医が単独で行ってよい医療行為

- ・初回実施時は指導医の立会いのもとで実施する。
- ・困難な状況があった場合は、指導医に相談する。

### レベル2 指導医の許可を得たうえで、単独で行ってよい医療行為

- ・研修期間の経過に伴う研修医の技量の向上の判断(熟練度の評価)は症例経験数をふまえて、指導医が能力評価を行ったうえで、研修医単独での施行を認める。
- ・許可を与えるための、症例数や技術評価の基準は特に定めない。ただし一部の医療行為については、臨床研修管理委員会の勧告に従って、基準を策定する場合がある(ライセンス制)。
- ・同じ医療行為であっても患者個々に条件が異なる。同一患者における同一医療行為であっても、患者の状態は一定ではないので、原則として毎回許可を得てから実施する。

### レベル3 指導医の立会いを必須とする医療行為

- ・二年間の研修期間において、原則として研修医単独での施行を認めない。ただし一部の医療行為については、臨床研修管理委員会の勧告に従って、基準を策定し、単独での施行を認める場合がある(ライセンス制)。

# 上越総合病院における、研修医の医療行為の基準

	処方	注射	診察・その他
レベル1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 定期処方の継続</li> <li>● 臨時処方の継続</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 皮内注射</li> <li>● 皮下注射</li> <li>● 筋肉注射</li> <li>● 静脈注射</li> <li>● 末梢点滴</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療面接</li> <li>● 全身の視診・打診・触診</li> <li>● 基本的な身体診察法（泌尿・生殖器の診察、小児を除く）</li> <li>● 直腸診</li> <li>● 簡単な器具（聴診器・打腱器・血圧計など）を用いる診察</li> <li>● 耳鏡、鼻鏡、検眼鏡による診察</li> <li>● 血糖値自己測定指導</li> <li>● インスリン自己注射指導</li> <li>● 診断書の複製</li> <li>● 診療録の作成</li> </ul>
レベル2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 定期処方の変更</li> <li>● 新たな処方（定期・臨時等）</li> <li>● 高カロリー輸液処方</li> <li>● 酸素療法の処方</li> <li>● 経腸輸液新規処方</li> <li>● 危険性の高い薬剤の処方                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 向精神薬</li> <li>・ 抗悪性腫瘍剤</li> <li>・ 心血管作動薬</li> <li>・ 抗不整脈薬</li> <li>・ 抗凝固薬</li> <li>・ インスリン</li> </ul> </li> <li>● 麻薬処方：法律により、麻薬施用者免許を受けている医師以外は麻薬を処方してはいけない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 輸血</li> <li>● 危険性の高い薬剤の注射                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 向精神薬</li> <li>・ 抗悪性腫瘍剤</li> <li>・ 心血管作動薬</li> <li>・ 抗不整脈薬</li> <li>・ 抗凝固薬</li> </ul> </li> <li>● 動脈内への薬剤投与</li> <li>● 麻薬剤注射：法律により、麻薬施用者免許を受けている医師以外は麻薬を処方してはいけない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 紹介状の作成</li> <li>● 診断書の作成</li> <li>● 治療食の指示</li> </ul>
レベル3		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 関節内注射</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 内診</li> <li>● 死亡診断書の作成</li> <li>● 重要な病状説明</li> <li>● インフォームドコンセントの取得</li> </ul>

	検査	処置
レベル1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 正常範囲の明確な検査の指示・判断                             <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 一般尿検査</li> <li>■ 便検査</li> <li>■ 血液型不適合試験</li> <li>■ 血液・生化学的検査</li> <li>■ 血液免疫血清学的検査</li> <li>■ 髄液検査</li> <li>■ 細菌学的検査</li> <li>■ 薬剤感受性検査など</li> </ul> </li> <li>● 他部門依頼検査指示                             <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 心電図・ホルター心電図指示</li> <li>■ 単純X線検査指示</li> <li>■ 呼吸検査機能指示</li> <li>■ 脳波検査指示など</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 静脈採血</li> <li>● 動脈血採血</li> <li>● 皮膚消毒、包帯交換</li> <li>● 外用薬貼付・塗布</li> <li>● 気道内吸引、ネブライザー</li> <li>● 抜糸</li> <li>● ドレーン抜去</li> <li>● 皮下の止血</li> <li>● 包帯法</li> <li>● 導尿・浣腸</li> <li>● 胃管挿入と管理</li> </ul>

レベル1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 超音波検査の実施</li> <li>● 動脈圧測定</li> <li>● 中心静脈圧測定</li> <li>● MMSE(Mini-Mental State Examination)</li> <li>● 聴力</li> <li>● 平衡</li> <li>● 味覚</li> <li>● 嗅覚</li> <li>● 知覚</li> <li>● 視野</li> <li>● 視力</li> <li>● 間接喉頭鏡</li> <li>● アレルギー検査（貼付）</li> <li>● 長谷川式認知テスト</li> </ul>	
レベル2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 検査結果の判断・判読 <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 心電図・ホルター心電図判読</li> <li>■ 単純X線検査判読</li> <li>■ 呼吸機能検査判読</li> <li>■ 脳波判読</li> <li>■ 超音波検査判読など</li> </ul> </li> <li>● インフォームドコンセントの必要な検査指示 <ul style="list-style-type: none"> <li>■ CT検査・MRI検査・核医学検査など</li> </ul> </li> <li>● 筋電図</li> <li>● 神経伝導速度</li> <li>● 内分泌負荷試験</li> <li>● 運動負荷検査</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 局所浸潤麻酔</li> <li>● 創傷処置、軽度の外傷・熱傷の処置</li> <li>● 尿カテーテル挿入と管理（新生児・未熟児は除く）</li> <li>● 皮下の膿瘍切開・排膿</li> <li>● 皮膚縫合</li> <li>● ドレーン・チューブ類の管理</li> <li>● 動脈ライン留置</li> <li>● 小児の静脈採血</li> <li>● 人工呼吸器の管理</li> <li>● 透析の管理</li> <li>● 静脈留置針の穿刺、留置</li> <li>● 以下の処置・救急処置 <ul style="list-style-type: none"> <li>■ バッグバルブマスクによる用手的換気</li> <li>■ 経口、経鼻エアウェイの使用</li> <li>■ A E Dを使用した除細動</li> </ul> </li> </ul>
レベル3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 以下の侵襲的検査 <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 負荷心電図検査</li> <li>■ 負荷心エコー検査</li> <li>■ 直腸鏡検査・肛門鏡</li> <li>■ 消化管造影、脊髄造影など</li> </ul> </li> <li>● 以下の危険性が高い侵襲的な検査 <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 胸腔・腹腔鏡検査</li> <li>■ 気管支鏡</li> <li>■ 膀胱鏡</li> <li>■ 消化管内視鏡検査・治療</li> <li>■ 経食道エコー</li> <li>■ 肝生検、筋生検、神経生検</li> <li>■ 心・血管カテーテル検査</li> </ul> </li> <li>● 発達、知能、心理テストの解釈</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 以下の侵襲的処置 <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 骨髄穿刺、胸腔穿刺、腹腔穿刺、腰椎穿刺など、髄腔内抗癌剤注入</li> </ul> </li> <li>● 以下の危険性が高い侵襲的な処置・救急処置 <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <u>ラリンジアルマスクの挿入</u></li> <li>■ <u>気管挿管</u></li> <li>■ マニュアル除細動</li> <li>■ 大動脈内バルーンパンピング（IABP）</li> <li>■ 経皮心肺補助装置（PCPS）</li> </ul> </li> <li>● 中心静脈カテーテル挿入・留置</li> <li>● 小児の動脈穿刺</li> <li>● 針生検</li> <li>● 脊髄麻酔、硬膜外麻酔</li> <li>● 吸入麻酔</li> <li>● 深部の止血</li> <li>● 深部の膿瘍切開・排膿、深部の嚢胞切開</li> <li>● 深部の嚢胞穿刺</li> <li>● 深部の縫合</li> <li>● 手術</li> </ul>

レベル3のうち下線の行為については、救急救命のためただちに施行が必要とされる場合には、研修医単独で実施可能。

## ダブルサインについて

1. 研修医の診療録の記載については、遅滞のない指導医の承認が必要である。  
指導医は診療録にダブルサインを残すことで、承認したことを明らかにすること。
2. 紹介状、診断書には、患者・家族に手渡す前に、指導医のダブルサインが必要である。

ダブルサインとは研修医と指導医の間で交わされる行為であり、診療録の記載内容についての指導医による承認である。研修医の記載後に指導医がサインするため、時間的には事後の承諾となるが、事前に十分に診療内容について相談をしておくべきである。

ダブルサインは診察、検査、診断、指示、処置、治療等におよぶ研修医の医療行為が、指導医の指導のもとで行われたことを包括的に明らかにするものである。したがって、研修医が記載した診察記事については、原則として必ずダブルサインが必要である。

本基準の作成は、平成16年2月 国立大学医学部附属病院長会議常置委員会資料、および北海道大学初期臨床研修ホームページ <http://sotsugo.med.hokudai.ac.jp/first/>を一部修正して行った。

## 上越総合病院における臨床研修医の処遇について

臨床研修医の処遇は、新潟県厚生連就業規則に従う。以下、主な項目を記す。

1. 身分  
常勤臨時職員
  
2. 手当
  - ・本俸  
1年目 月額 350,000 円  
2年目 月額 380,000 円
  - ・当直研修手当 19,400 円/1回
  - ・時間外手当 実働により支給（新潟県厚生連研修医内規による）その他、通勤手当、住居手当等は新潟県厚生連給与規程に準ずる。
  
3. 勤務時間  
基本的な勤務時間 8：30～17：00
  
4. 時間外・休日労働の上限規制  
時間外・休日労働の上限は 960 時間以下／月 100 時間未満（例外あり）A 水準とする。

### 《追加的健康確保措置》

#### ① 臨床研修医に対する連続勤務時間制度・勤務間インターバル規制

当直・当直明けの日を除き、始業から 24 時間以内に 9 時間の連続した休息时间（インターバル）を確保する。（15 時間の連続勤務時間制限）当直時は始業から 46 時間以内に 18 時間の連続した休息时间を確保する。

#### ② 代償休息

勤務間インターバル中に診療業務等の労働が発生し、これにより連続した 9 時間以上（当直明けは 18 時間以上）の勤務間インターバルが確保できなかった場合に、当該労働時間に相当する時間を代償休息として付与する。付与期限は（1）勤務間インターバル終了後労働した日の属する診療科毎の研修期間の末日、又は、（2）翌月末日のいずれか早い日までに付与する。ただし（1）の方が早いものやむを得ず（1）までに付与できない場合は、例外的に（2）までに付与する。

#### ③ 面接指導

時間外・休日労働が月 100 時間以上となる前（当院では 80 時間を超えた時点）に、睡眠及び疲労の状況を確認するため、面接指導実施医師による面接指導を行うこととする。

【上越総合病院臨床研修プログラム 各施設の時間外労働時間の上限】

病院名 (基幹・協力)	所在地	時間外・休日労働 水準・想定上限時間数	宿日直回数 宿日直許可の有無
上越総合病院 (基幹)	新潟県 上越市	860 時間 A 水準	月 4 回 一部許可あり
新潟大学医歯学総合病院 (協力)	新潟県 新潟市	360 時間 A 水準	夜間の勤務が最低 2 回
富山大学附属病院 (協力)	富山県 富山市	平均 110 時間 A 水準	救急研修中に月 2 回程度 許可なし
金沢大学附属病院 (協力)	石川県 金沢市	A 水準 960 時間、 B 水準・連携 B 水準 1860 時間	オンコール体制のため、 宿日直なし
信州大学医学部附属病院 (協力)	長野県 松本市	720 時間 A 水準	月 2 回 許可なし
新潟県立中央病院 (協力)	新潟県 上越市	883 時間 A 水準	月 4 回程度 許可なし
糸魚川総合病院 (協力)	新潟県 糸魚川市	960 時間 A 水準	月 4 回 許可あり
柏崎総合医療センター (協力)	新潟県 柏崎市	960 時間 A 水準	月 2～3 回程度許可あり 許可あり
さいがた医療センター (協力)	新潟県 上越市	0 時間 A 水準	月 1 回 許可あり
三交病院 (協力)	新潟県 上越市	720 時間 A 水準	月 4 回 許可あり
高田西城病院 (協力)	新潟県 上越市	96 時間 A 水準	宿直 2 回/週 日直 2 回/月 許可あり
川室記念病院 (協力)	新潟県 上越市	960 時間 A 水準	日当直なし 許可あり
新潟県立柿崎病院 (協力)	新潟県 上越市	420 時間 A 水準	月 3 回程度 許可あり
新潟県立松代病院 (協力)	新潟県 十日町市	120 時間 A 水準	月 6 回 許可あり
けいなん総合病院 (協力)	新潟県 妙高市	840 時間 A 水準	月 1～2 回 許可あり



11. 医師賠償責任保険  
病院において加入する  
個人加入は任意
  
12. 出張、外部の研修活動  
学会、研究会等への参加可  
参加費用については就業規則に拠って支給
  
13. 副業・アルバイト  
副業、アルバイトは原則禁止とする。

制定 平成 25 年 4 月 1 日  
改定 平成 31 年 4 月 1 日  
改定 令和 6 年 4 月 1 日  
改定 令和 7 年 4 月 1 日

## J A 新潟厚生連における医師の業務・研鑽区分

所定労働時間外に実施する行為にかかる業務内・業務外（研鑽）区分

診療関係（業務内）	教育・研究・管理運営関係（業務内）	自己研鑽（業務外）
<p>上司の明示・黙示の指示によるもの</p>	<p>上司の明示・黙示の指示によらないもの</p>	<p>上司の明示・黙示の指示によらないもの</p>
<p>◇突発的及び事前に予定できない可能性のある業務</p> <p>◇勤務時間外への延長を余儀なくされた業務</p>	<p>◇本来勤務時間内に行うべきであるが止むを得ず時間外となったもの</p> <p>◇実施を余儀なくされている（本人の自由な意思に基づかない）もの</p>	<p>◇本来業務及び本来業務に不可欠な準備・後処理のいずれにも該当しない行為</p> <p>◇本人の自由な意思に基づく行為</p>
<p><b>【例】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○宿日直中にやむなく発生した業務</li> <li>○病棟業務</li> <li>○終業後の診療呼び出し</li> <li>○外来診療や予定手術の延長、緊急手術</li> <li>○サマリー作成、手術記録</li> <li>○診療や手術等の準備</li> <li>○オーダーやレセプトのチェック</li> <li>○解剖</li> <li>○診療上必要な情報収集、カンファレンス</li> <li>○病状説明（急を要するもの）等</li> </ul>	<p><b>【例】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○院内の委員会及び会議等への出席</li> <li>○学会や講演等の準備</li> <li>○勉強会等の講師や出席</li> <li>○カンファレンス（教育・研究・管理運営関係）</li> <li>○臨床研修医や医学実習生への指導</li> <li>○専門医資格の取得・更新（病院運営上必要であり、業務として指示されるもの）</li> <li>○臨床研究 等</li> </ul>	<p><b>【例】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○自主的な診療ガイドラインについての学習、新しい治療法や新薬についての学習</li> <li>○自主参加の学会や外部の勉強会への参加、発表準備等</li> <li>○自主的な院内勉強会への参加、発表準備等</li> <li>○自主的な論文執筆</li> <li>○大学院等の受験勉強</li> <li>○自主的な専門医資格の取得・更新</li> <li>○参加が必須ではない上司・先輩が術者である手術や処置等の見学</li> <li>○診療経験や見学の機会を確保するための当直シフト外での待機</li> <li>○臨床研究 等</li> </ul>

上越総合病院における医師の業務・研鑽区分の内規

所定労働時間外に実施する行為が業務外（自己研鑽）かの区分については、「J A新潟厚生連における医師の業務・研鑽区分」に定められているところであるが、個別の事案については判断に迷う場合もあろう。そのため、上記規程を補完する目的で、ここに「上越総合病院における医師の業務・研鑽区分の内規」を定め、具体的な行為についての考え方を示す。医局員にはこれら二つの規程に沿って、適切な判断をすることが求められる。

- 原則：1. 業務は出来る限り診療時間内に終了させることを目指し、それが可能になるような勤務体制や時間の使い方を計画すべきである  
 2. 業務が自己研鑽かの判断を求められる場合として、以下のような状況が考えられる  
 ①就業時間外に突発的及び事前に予定できない可能性のある行為が生じたとき  
 ②行為が勤務時間外への延長を余儀なくされたとき  
 ③本来勤務時間内に行うべき行為が止むを得ず時間外となったとき  
 ④就業時間外に本人の自由な意思に基づかない行為の実施を余儀なくされている場合  
 3. 上記2. の場合、「上司の明示・黙示の指示によるもの」は業務であり、「上司の明示・黙示の指示によらないもの」は業務外（自己研鑽）に該当する  
 4. 以下のような行為は、原則として業務ではなく、自己研鑽に該当する  
 ①上司の明示・黙示の指示によらないもの  
 ②本人の自由な意思に基づくもの  
 ③本来業務及び本来業務に不可欠な準備・後処理のいずれにも該当しない行為  
 5. 自己研鑽は可能な限り退勤をして行う やむを得ない事情で院内で行う場合は、以下の点を遵守する  
 ①あらかじめDr.JOYの退勤記録を行うこと  
 ②白衣を脱いで、診療から離れて行うこと  
 ③電子カルテへの使用は推奨しないが、止むを得ず使用する場合は、参照モードとする。それも困難な場合はプログレスノートに「自己研鑽目的」と記載すること

項目	内容	臨床研修医以外の医師		臨床研修医		備考
		業務区分	勤務時間外労働の位置づけ	業務区分	勤務時間外労働の位置づけ	
診療に関する事項	患者対応（診察・回診・手術・処置・検査など）	○	時間外手当	○	時間外手当	
	患者家族対応（面談・病状説明・など）	○	時間外手当	○	時間外手当	
	診療録記載、指示出し	○	時間外手当	○	時間外手当	
	コンサルテーション依頼についての対応	○	時間外手当	○	時間外手当	
	緊急手術・緊急検査など	○	時間外手当	○	時間外手当	
	検査・手術・患者面談までの院内待機時間	○	時間外手当	○	時間外手当	
	呼び出しの際の来院までの移動時間	×		×		
	画像・心電図などの読影	○	時間外手当	○	時間外手当	
	患者搬送	○	時間外手当	○	時間外手当	
	診療の事前準備としての情報収集	○	時間外手当	○	時間外手当	
	診療と直接の関係がない情報収集（学習を目的とした診療録の閲覧など）	×	自己研鑽	×	自己研鑽	
剖検・臨床病理検討会（CPC）	剖検業務	○	時間外手当	○	時間外手当	
	CPC	○	時間外手当	○	時間外手当	
	発表スライド・資料作成	○	時間外手当	○	時間外手当	
カンファレンス	発表スライド・資料作成の指導	○	時間外手当	○	時間外手当	
	カンファレンス準備・資料作成	○	時間外手当	○	時間外手当	
	診療科のカンファレンス	○	時間外手当	○	時間外手当	
会議	他職種カンファレンス	○	時間外手当	○	時間外手当	
	院内カンファレンスの講師	○	時間外手当	○	時間外手当	
	院内各種会議・委員会・WGへの参加	○	時間外手当	○	時間外手当	
診療等に関わる書類作成	施設基準上必要な院外会議への参加（懇親会は除く）	○	時間外手当	○	時間外手当	
	厚生連本部の会議	○	時間外手当	○	時間外手当	
	自治体・医師会等の要請に応じて参加する会議	○	×（主催者からの手当て）	○	×（主催者からの手当て）	
臨床研修医、専攻医、医学生への指導・評価等に関する事項	書類作成（診断書・紹介書・意見書・証明書等）	○	時間外手当	○	時間外手当	
	サマリー作成	○	時間外手当	○	時間外手当	
	インシデントレポート・針刺し事故レポート	○	時間外手当	○	時間外手当	
臨床研修医、専攻医、医学生への指導・評価等に関する事項	研修医の省令レポート等のチェック	○	時間外手当	○	時間外手当	
	PG-EPOCの入力	×		×		時間内のみ業務対象
	研修医対象の院内勉強会の参加	×	自己研鑽	×	自己研鑽	
	研修医対象の院内勉強会の指導（聴講するだけのものは除く）	○	時間外手当	○	時間外手当	
	研修医対象の院外勉強会への参加	×	自己研鑽	×	自己研鑽	
	専攻医の専門医取得のための業務（レポート作成、指導等）	×	自己研鑽	×	自己研鑽	時間内のみ業務対象
	専攻医の専門医取得のための評価（レポート等のチェック、評価票記入など）	○	時間外手当	○	時間外手当	
論文作成	レジナビなどの病院説明会への出席	○	代休または出張	○	代休または出張	
	医学生むけイベント（病院からの指示がないものは除く）	○	代休または出張または時間外手当	○	代休または出張または時間外手当	
	論文作成・作成補助	×	自己研鑽	×	自己研鑽	
学会	論文作成・作成補助	×	自己研鑽	×	自己研鑽	
	学会準備（スライド作成など）	×	自己研鑽	×	自己研鑽	
	学会等の研修にかかるデータ入力：施設基準維持に必要なもの	×	自己研鑽	×	自己研鑽	
研修会・勉強会	学会等の研修にかかるデータ入力：施設基準維持に必要なもの	×	自己研鑽	×	自己研鑽	
	院内の症例検討会（出席が求められていないものは除く）	○	時間外手当	○	時間外手当	
	診療科・病棟の勉強会講師	○	時間外手当	○	時間外手当	
	各科抄読会	×	自己研鑽	×	自己研鑽	
	院外の研修会（厚生連主催のもの、製薬会社主催のものなど）	×	自己研鑽	×	自己研鑽	
	BLS/ACLSへの参加（指導も含む）	×	自己研鑽	×	自己研鑽	
	ICLSへの受講	×	自己研鑽	×	自己研鑽	
	ICLSの指導	○	代休または時間外手当	○	代休または時間外手当	
	学会の教育施設認定に係る研修会・講習会参加	○	出張または時間外手当	○	出張または時間外手当	
	学会の教育施設認定に必要な研修会・講習会（専門医資格取得・維持に関するものも含む）	×	自己研鑽	×	自己研鑽	
病院行事関係	自由意志に基づく診療の見学や参加（手術・処置等の見学など）	×	自己研鑽	×	自己研鑽	見学中に診療をした場合は時間外
	病院祭	○	代休または時間外手当	○	代休または時間外手当	
	防災訓練・災害時の対応	○	代休または時間外手当	○	代休または時間外手当	
その他	病院の参加要請に基づく行事	○	代休または時間外手当	○	代休または時間外手当	
	勤務時間管理簿作成（Dr.JOY入力など）	○	時間外手当	○	時間外手当	
	日勤終了から当直や夜勤開始までの待機時間	×		×		
	業務外のインターネット閲覧	×		×		
	業務命令以外の在院	×		×		
	個人的要件での在院	×		×		
	食事	×		×		
	仮眠	×		×		
私用外出	×		×			

# 上越総合病院 臨床研修規程

## 第1章 総則

### (目的)

第1条 この規程は、上越総合病院で実施する医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2項の規程に基づく臨床研修を行う医師（以下「研修医」という。）に関して必要な事項を定め、研修医が医師としての人格を涵養し、プライマリケアを中心とした、臨床医として必要な基本的診療技能を習得し、臨床研修を適切かつ円滑に行うことを目的とする。

### (資格)

第2条 研修医とは、医師国家試験に合格し、医師免許を得た者のうち、上越総合病院長が適切と認めて採用された者、および臨床研修協力施設等に所属する研修医のうち、当院で研修を行う者をいう。

### (定員)

第3条 定員数は下記のとおりとする。

上越総合病院臨床研修プログラム…8-10名  
(地域医療重点プログラムの採用人数により変動あり)

上越総合病院地域医療重点プログラム…2名

定員数は、地域医療（地域医療構想、地域医療対策協議会等）の情勢や院内研修指導体制等を踏まえ、臨床研修管理委員会ならびに臨床研修プログラム委員会において協議のうえ決定する。

### (研修施設)

第4条 研修医は、上越総合病院、および臨床研修協力施設において研修を行う。

### (研修期間)

第5条 研修医の臨床研修期間は原則として2年間とする。

## 第2章 募集・採用

### (研修医の募集)

第6条 研修医の募集については、募集要項、研修プログラムを公開し、全国から募集する。

(応募手続き)

第7条 研修医を希望する者は、以下の書類を病院長宛に提出しなければならない。

1. 病院指定のエントリーシート
2. 大学卒業証書（写）または卒業見込証明書
3. 成績表
4. 履歴書

(選考・合格決定)

第8条 研修医採用の可否については、応募者の提出書類および面接により、臨床研修管理委員会で選考を進め、日本医師臨床研修マッチングを経たのち、医師国家試験の結果を受けて病院長が決定する。

(採用手続き)

第9条 マッチングで組み合わせが決定した者は、採用予定者として臨床研修に関する誓約書に押印の上これを提出して、仮契約を締結しなければならない。

第10条 病院長は、採用内定者のうち医師国家試験に合格した者を研修医として任命する。

第11条 採用内定後、医師国家試験が不合格となった場合には、採用しない。

### 第3章 指導・管理体制

(臨床研修管理委員会)

第12条 臨床研修の充実と向上を図り、臨床研修に関わる重要事項を審議するため、臨床研修管理委員会を設置する。

2. 委員会の組織・業務については別に定める。

(プログラム責任者)

第13条 プログラム責任者は、研修プログラムの企画立案を行うとともに、研修医に対する助言、指導その他の援助を行う。また、円滑な臨床研修を統括する。

2. プログラム責任者の要件、役割については別に定める。

(指導医)

第14条 臨床研修に係わる当該診療科に研修医を直接指導する指導医を置く。

2. 指導医の要件、役割については別に定める。

(上級医)

第15条 指導医に協力して、研修医の指導に当たる、指導医資格を有しない医師を上級医という。

2. 上級医は指導医のもとで研修指導に従事する。

(指導者)

第 16 条 研修医にかかわる医師以外の多職種部門の責任者を指導者という。

2. 指導者の要件、役割については別に定める。

(個人情報の取り扱い)

第 17 条 研修医、ならびに臨床研修で知りえた患者等の個人情報に関する扱いは、新潟県厚生連個人情報取扱規程、および上越総合病院の個人情報保護マニュアルに準ずる。

(患者安全・医療安全対策)

第 18 条 研修管理委員会をはじめ、当院の臨床研修に参画する関係者は、臨床研修と患者および医療者の安全が両立できるように努めるものとする。

(研修環境)

第 19 条 管理者は、当院における臨床研修が、研修医が安心して研修に専念できる環境のもとで遂行されるように努める。

## 第 4 章 研修プログラム

(研修プログラム)

第 20 条 研修プログラムは厚生労働省が示す臨床研修到達目標に基づき、臨床研修管理委員会がその全体的な管理を統括し、当該診療科において教育・指導を行うものとする。

2. 研修プログラムには到達すべき目標・目標達成のための方略・目標達成状況の評価について明示する。
3. 研修医個々のプログラム作成にあたっては、できるだけ研修医の希望を尊重し、実際の研修スケジュールに反映できるよう調整を行う。
4. 研修医・指導医・指導者・プログラム責任者等による研修プログラム全般の評価を行う。
5. 上記 3 項、4 項、ならびに研修医の目標達成状況等をふまえて、常に研修プログラムの改善に努める。

(研修方法)

第 21 条 研修医は研修期間中に省令に定める必修科目として内科、救急部門、地域医療、外科、産婦人科、精神科、小児科、一般外来と本プログラムで定める必須科目として総合診療科を研修する。また、その他、将来の進路に応じて希望する診療科を選択して研修する。

2. 必須および選択必須診療科のローテーションとは別に省令の定める実務研修の方略で定める経験すべき症候、経験すべき疾病・病態を学習するために、入院患者の受持ちが必要な目標については、その当該診療科をローテーションすることを推奨する。その他の目標達成に必要な課題についてもプログラム責任者は担当診療科と相談し、経験できるように配慮する。
3. 研修医は各診療科の研修プログラムの研修方略に定める研修機会（カンファレンス、症例検討会等）に原則として出席しなければならない。
4. 研修医の職務については、別に定める。

## 第5章 研修評価

（臨床研修の評価）

第22条 研修医の臨床研修到達目標に対する達成度を測定するため、評価を行う。

2. 指導医は原則として診療科のローテーションが終了するごとに研修医の評価を実施し、フィードバックを行う。その際、当該研修医の指導を行い、又は研修医とともに業務を行った医師、看護師その他の職員と十分情報を共有し、各職員による評価を把握した上で、責任をもって評価を行わなければならない。また、指導医は研修医と十分意思疎通を図り、実際の状況と評価に乖離が生じないように努めなければならない。
3. 指導者は原則として診療科のローテーションが終了するごとに研修医の評価を行う。その際、看護師を評価者に含むことが望ましい。
4. 評価はPG-EPOC および省令で定められた評価表等で行う。
5. 各診療科・部門の評価結果はプログラム責任者に共有され、プログラム責任者はこれを参考に目標達成状況の評価する。その内容は、年2回以上、プログラム責任者はまたは研修管理委員会委員によって研修医にフィードバックされるものとする。
7. 各診療科・部門の指導医は、研修医の目標達成状況に応じて、当該診療科の研修スケジュールを調整する、他科・部門の指導医やプログラム責任者と目標達成状況を共有するなどの取り組みを通じて、目標達成を支援する。プログラム責任者は、各診療科から共有された情報をもとに、必要に応じて履修調整を行い、目標達成を支援する。なお、到達目標の達成が遅れている研修医に対しては、プログラム責任者、副プログラム責任者、メンター、事務局、衛生委員会等が協力し、精神的なサポートに留意する。これらについては、適宜臨床研修管理委員会に報告し、その後の研修継続に資するものとする。
8. 研修医の研修期間の終了に際し、プログラム責任者は、研修管理委員会に対して研修医ごとの臨床研修の目標の達成状況を臨床研修の目標の達成度判定票を用いて報告し、その報告に基づき、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こと。

(指導医・上級医評価、指導者評価、プログラム評価)

第 23 条 指導医・上級医、指導者の指導力向上、指導体制の改善を目的として、研修医は指導医・上級医、指導者ならびに研修プログラムの評価を行う。

2. 指導医・上級医、指導者評価は、プログラム責任者によって当該者にフィードバックされ、研修管理委員会に報告されるものとする。
3. 研修医、指導医・上級医、指導者、プログラム責任者は研修プログラム評価を行い、研修管理委員会に報告するものとする。研修管理委員会はこれを研修プログラムや研修体制の改善に資するために活用する。

## 第 6 章 臨床研修の中断及び再開

(臨床研修の中断および再開)

第 24 条 研修医は、疾病などのやむを得ない理由で、臨床研修を中断することができる。

2. 臨床研修管理委員長は、研修医の申し出を受けた場合、又は医師としての適性に欠けると判断した場合には、当該研修医の中断を勧告することができる。
3. 臨床研修管理委員長は、当該研修医の臨床研修を中断した場合には、速やかに臨床研修中断証を交付しなければならない。
4. その後の措置については、医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の第 2-17「臨床研修の中断及び再開」に定められることがらに準拠して行う。

## 第 7 章 臨床研修の修了

(臨床研修の修了)

第 25 条 臨床研修の修了は、臨床研修管理委員会の決定によるものとする。

2. 研修医の臨床研修修了を認める場合には、病院長は速やかに臨床研修修了証を交付する。
3. 臨床研修修了証の交付に際しては、修了証の持つ意味や役割を修了者に説明し厚生労働省に臨床件数終了登録を行う必要性について指導する。

## 第 8 章 未修了

(未修了)

第 26 条 臨床研修の未修了とは。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。

2. 未修了の場合、原則として研修期間を延長して引き続き本プログラムで研修を行うことを前提とする。
3. 未修了の検討を行う際には、管理者及び研修管理委員会は、当該研修医及び研修指導関係者と十分話し合い、当該研修医の研修に関する正確な情報を十分に把握するものであること。また、以下に定める対応については、研修医に資するように、関係者が協力して組織的に対応すること。

4. 最終的に未修了という判断に至る場合であっても、当該研修医が納得するよう努めなければならないこと。
5. 未修了に該当する事案については、経緯や状況等の記録を残しておくものとする。
6. 管理者は、研修医が未修了に該当すると認めるときは、速やかに、当該研修医に対して、理由を付して、その旨を文書（様式 23）で通知しなければならない。
7. 当該研修医は原則として引き続き本プログラムで研修を継続することとなるが、その場合、プログラムの定員を超えてしまう事もあり得ることから、指導医 1 人当たりの研修医数や研修医 1 人当たりの症例数等について、プログラムに支障を来さないよう、十分に配慮しなければならない。
8. 未修了とした場合には、管理者は、研修を継続させる前に、当該研修医が臨床研修の修了基準を満たすための履修計画表（様式 24）を管轄する当道府県、あるいは地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付すること。

## 第 9 章 研修修了後の進路

（進路に関する相談）

第 27 条 指導医、副プログラム責任者、プログラム責任者、病院長など、相応の責任を負える医師は、研修医の研修終了後の進路について、希望の聴取、助言、地域医療へ貢献など、包括的な相談を、原則として面接によって行う機会を設けるよう努める。

（進路の把握）

第 28 条 臨床研修病院としての社会的責任を鑑み、生涯にわたり修了者のキャリア形成を支援していく目的で、上越総合病院を基幹施設とする臨床研修プログラム修了者の終了後の進路を把握し、公表する。また、把握した結果を臨床研修病院の事後評価に活用する。

（正規職員としての採用）

第 29 条 上越総合病院は、当院を基幹施設とする臨床研修プログラムを修了した者を、正規職員として採用することができる。上越総合病院を基幹施設とする専門研修プログラム、あるいは上越総合病院を協力施設とする専門研修プログラムを選択した場合等がこれに該当する。

## 第 10 章 研修医の処遇

（研修医の処遇）

第 30 条 研修医の処遇については、別に定める。

## 第 11 章 その他

（その他）

第 31 条 本規程の変更、または本規程に定めのない事項については、臨床研修管理委員会の審議・検討により決定するものとする。

参考「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について（平成15年6月12日、一部改正令和6年3月29日）」から抜粋

## 19. 臨床研修の中断及び再開

### (1) 臨床研修の中断

#### ア 基本的な考え方

臨床研修の中断とは、現に臨床研修を受けている研修医について研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の途中で臨床研修を長期にわたり休止すること、または中止するものをいうことであること。

#### イ 中断の基準

中断には、「研修医が臨床研修を継続することが困難であると研修管理委員会が評価、勧告した場合」と「研修医から管理者に申し出た場合」の2とおりがあること。

管理者が臨床研修の中断を認めることができるのは、以下のような正当な理由がある場合であること。

研修プログラムを提供している管理者及び研修管理委員会には、あらかじめ定められた研修期間内に研修医に臨床研修を修了させる責任があり、正当な理由がない場合、例えば、臨床研修病院の研修医に対する不満又は研修医の臨床研修病院に対する単なる不満のように、改善の余地がある場合については中断を認めるものではないこと。

#### (ア) 研修医が臨床研修を継続することが困難であると研修管理委員会が評価、勧告した場合

- ① 当該臨床研修病院の廃院、指定の取消しその他の理由により、当該臨床研修病院における研修プログラムの実施が不可能な場合
- ② 研修医が臨床医としての適性を欠き、当該臨床研修病院の指導・教育によっても、なお改善が不可能な場合
- ③ 妊娠、出産、育児、傷病等の理由により臨床研修を長期にわたり休止または中止する場合
- ④ その他正当な理由がある場合

#### (イ) 研修医から管理者に申し出た場合

- ① 妊娠、出産、育児、傷病等の理由により臨床研修を長期にわたり休止または中止する場合
- ② 研究、留学等の多様なキャリア形成のため、臨床研修を長期にわたり休止または中止する場合
- ③ その他正当な理由がある場合

#### ウ 中断の手順

(ア) 研修管理委員会は、研修医が臨床研修を継続することが困難であると認めた場合には、当該研修医がそれまでに受けた臨床研修に係る当該研修医の評価を行い、管理者に対し、当該研修医の臨床研修を中断することを勧告することができること。

(イ) 管理者は、(ア)の勧告又は研修医の申し出を受けて、当該研修医の臨床研修を中断することができること。

(ウ) 臨床研修の中断の検討を行う際には、管理者及び研修管理委員会は当該研修医及びプログラム責任者や他の研修指導関係者と十分話し合い、当該研修医の臨床研修に関する正確な情報を

十分に把握するものであること。また、臨床研修を再開する場所（同一の病院で研修を再開予定か、病院を変更して研修を再開予定か）についても併せて検討すること。なお、必要に応じて、それらの経緯や状況等の記録を残しておくこと。

中断という判断に至る場合には、当該研修医が納得する判断となるよう努めなければならないこと。また、必要に応じて事前に管轄する地方厚生局健康福祉部医事課に相談すること。

#### エ 中断した場合

管理者は、研修医の臨床研修を中断した場合には、当該研修医の求めに応じて、速やかに、当該研修医に対して、当該研修医に関する次に掲げる事項を記載した臨床研修中断証（様式 18）を交付しなければならないこと。このとき、管理者は、研修医の求めに応じて、臨床研修の再開のための支援を行うことを含め、適切な進路指導を行わなければならないこと。さらに、管理者は、速やかに、臨床研修中断報告書（様式 19）及び当該中断証の写しを管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付すること。

地方厚生局健康福祉部医事課は、その送付された臨床研修中断報告書の内容について、該当する都道府県に対し、情報提供を行うものとする。

(ア) 氏名、医籍の登録番号及び生年月日

(イ) 中断した臨床研修に係る研修プログラムの名称

(ロ) 臨床研修を行った臨床研修病院（臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行った場合にあっては、臨床研修病院及び臨床研修協力施設）の名称

(ハ) 臨床研修を開始し、及び中断した年月日

(ニ) 臨床研修を中断した理由

(ホ) 臨床研修を中断した時までの臨床研修の内容及び研修医の評価

#### (2) 臨床研修の再開

臨床研修を中断した者は、自己の希望する臨床研修病院に、臨床研修中断証を添えて、臨床研修の再開を申し込むことができること。この場合において、臨床研修中断証の提出を受けた臨床研修病院が臨床研修を行うときは、当該臨床研修中断証の内容を考慮した臨床研修を行わなければならないこと。

なお、当該管理者は、研修再開の日から起算して 1 月以内に、臨床研修の終了基準を満たすための履修計画表（様式 20）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こと。

地方厚生局健康福祉部医事課は、その送付された履修計画表の内容について、該当する都道府県に対し、情報提供を行うものとする。

## 20. 臨床研修の修了

### (1) 臨床研修の修了基準

ア 研修実施期間の評価 管理者は、研修医が研修期間の間に、以下に定める休止期間の上限を減じた日数以上の研修を実施しなければ終了と認めてはならないこと。

(ア) 休止の理由

研修休止の理由として認めるものは、傷病、妊娠、出産、育児その他正当な理由（研修プログラムで定められた年次休暇を含む）であること。

(イ) 必要履修期間等についての基準

研修期間を通じた休止期間の上限は90日（研修期間（施設）において定める休日は含めない）とすること。

各研修分野に求められている必要履修期間を満たしていない場合は、休日・夜間の当直又は選択科目の期間の利用等により、あらかじめ定められた研修期間内に各研修分野の必要履修期間を満たすよう努めなければならないこと。

(ウ) 休止期間の上限を超える場合の取扱い

研修修了時に当該研修医の研修休止期間が90日を越える場合は、未修了とするものであること。この場合、原則として引き続き同一の研修プログラムで研修を行い、90日を超えた日数分以上の日数の研修を行うこと。

また、必修分野で必要履修期間を満たしていない場合は未修了として取扱い、原則として引き続き同一の研修プログラムで当該研修医の研修を行い、不足する期間以上の期間の研修や必要な診療科における研修を行うこと。

(エ) プログラム責任者の役割

プログラム責任者は、研修休止の理由の正当性を判定し、履修期間の把握を行わなければならないこと。研修医が修了基準を満たさなくなる恐れがある場合には、事前に研修管理委員会に報告・相談するなどして対策を講じ、当該研修医があらかじめ定められた研修期間内に研修を修了できるように努めなければならないこと。

イ 臨床研修の目標（臨床医としての適性を除く。）の達成度の評価

管理者は、研修医があらかじめ定められた研修期間を通じ、各目標について達成したか否かの評価を行い、少なくともすべての必修項目について目標を達成しなければ、修了と認めてはならないこと。

個々の目標については、研修医が医療の安全を確保し、かつ、患者に不安を与えずに行うことができる場合に当該項目を達成したと考えるものであること。

ウ 臨床医としての適性の評価

管理者は、研修医が以下に定める各項目に該当する場合は修了とは認めてはならないこと。

臨床医としての適性の評価は非常に困難であり、十分慎重に検討を行う必要があること。なお、原則として、当該研修医が最初に臨床研修を行った臨床研修病院においては、その程度は著しい場合を除き臨床医としての適性の判断を行うべきではなく、少なくとも複数の臨床研修病院における臨床研修を経た後に評価を行うことが望ましいこと。

(ア) 安心、安全な医療の提供ができない場合

医療安全の確保が危ぶまれ、又は患者との意思疎通に欠け不安感を与える場合等には、まず、指導医が中心となって、当該研修医が患者に被害を及ぼさないよう十分注意しながら、指導・教育するものであること。十分な指導にもかかわらず、改善がみられず、患者に被害を及ぼす恐れがある場合には、未修了や中断の判断もやむを得ないこと。

一般常識を逸脱する、就業規則を遵守できない、チーム医療を乱す等の問題に関しては、まず当該臨床研修病院において、十分指導・教育を行うこと。原則として、あらかじめ定められた研修期間を通じて指導・教育し、それでもなお医療の適切な遂行に支障をきたす場合には、未修了や中断の判断もやむを得ないこと。

また、重大な疾病によって適切な診療行為が行えず医療安全の確保が危ぶまれ、又は患者に不安感を与える等の場合にも、未修了や中断の判断もやむを得ないこと。なお、傷病又はそれに起因する障害等により当該臨床研修病院では研修不可能であるが、それを補完・支援する環境が整っている他の臨床研修病院では研修可能な場合には、管理者は、当該研修医が中断をして病院を移ることを可能とすること。

(4) 法令・規則が遵守できない者

医道審議会の処分対象となる者の場合には、法第7条の2第1項の規程に基づく再教育研修を行うことになること。再教育にも関わらず改善せず、患者に被害を及ぼす恐れがある場合には、未修了、中断の判断もやむを得ないものとする。

(2) 臨床研修の修了認定

ア 研修管理委員会は、研修医の研修期間の終了に際し、臨床研修に関する当該研修医の評価を行い、管理者に対し、当該研修医の評価を報告しなければならないこと。この場合において、研修管理委員会は、臨床研修中断証を提出し臨床研修を再開した研修医については、当該臨床研修中断証に記載された当該研修医の評価を考慮するものとする。

イ 管理者は、アの評価に基づき、研修医が臨床研修を修了したと認めるときは、速やかに、当該研修医に対して、当該研修医に関する次に掲げる事項を記載した臨床研修修了証（様式21）を交付しなければならないこと。

(7) 氏名、医籍の登録番号及び生年月日

(4) 修了した臨床研修に係る研修プログラムの名称

(7) 臨床研修を開始し、及び修了した年月日

(エ) 臨床研修を行った臨床研修病院（臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行った場合にあっては、臨床研修病院及び臨床研修協力施設）の名称

ウ 管理者は、イに基づく臨床研修修了証の交付後1月以内に、臨床研修修了証を交付した研修医の氏名及び生年月日を記載した臨床研修修了者一覧表（様式22）を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課に提出すること。

また、修了した研修医に医籍への登録の申請を行うよう励行すること。

(3) 臨床研修の未修了

ア 基本的な考え方

臨床研修の未修了とは、研修医の研修期間の終了に際する評価において、研修医が臨床研修の修了基準を満たしていない等の理由により、管理者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こと。

未修了の検討を行う際には、管理者及び研修管理委員会は、当該研修医及び研修指導関係者と十分話し合い、当該研修医の研修に関する正確な情報を十分に把握するものであること。

これらを通じて、最終的に未修了という判断に至る場合であっても、当該研修医が納得するよう努めなければならないこと。なお、このような場合においては、経緯や状況等の記録を残しておく必要があること。また、必要に応じて事前に管轄する地方厚生局健康福祉部医事課に相談すること。

イ 未修了の手順

管理者は、(2) アの評価に基づき、研修医が臨床研修を修了していないと認めるときは、速やかに、当該研修医に対して、理由を付して、その旨を文書（様式 23）で通知しなければならないこと。

ウ 未修了とした場合

当該研修医は原則として引き続き同一の研修プログラムで研修を継続することとなるが、その場合には、研修プログラムの定員を超えてしまう事もあり得ることから、指導医 1 人当たりの研修医数や研修医 1 人当たりの症例数等について、研修プログラムに支障を来さないよう、十分に配慮しなければならないこと。

なお、未修了とした場合には、管理者は、研修を継続させる前に、当該研修医が臨床研修の修了基準を満たすための履修計画表（様式 24）を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付すること。

エ 地方厚生局健康福祉部医事課は、その送付された履修計画表の内容について、該当する都道府県に対し、情報提供を行うものとする。

(付則)

制定	平成 25 年 4 月 1 日
改定	平成 27 年 8 月 12 日
改定	平成 29 年 4 月 1 日
改定	平成 31 年 4 月 1 日
改定	令和 2 年 4 月 1 日
改定	令和 7 年 4 月 1 日

## 上越総合病院 研修医職務規程

(目的)

第1条 この規程は、上越総合病院臨床研修規程に定める研修医が行う診療研修の円滑化と、安心・安全な医療の確保を目的とする。

(診療体制ならびに職種間連携)

第2条 研修医は担当医となり、指導医の指導のもとで協力して診療にあたるものとする。診療の最終的な責任は指導医が負う。

2. 担当症例の入院ならびに退院決定については、指導医と協議のうえ決定する。
3. 研修医は担当症例の診療の状況について、指導医に十分に報告し(原則として1日に1回以上)、指導を受けるものとする。
4. 研修医は診療方針の決定に際して指導医と十分に協議し、その了承のもとで指示出しを行う。その際、看護師をはじめ、指示を受ける側との連絡を十分に行い、齟齬のないように努める。
5. 研修医ならびに指導医は、診療にあたって他職種との良好な連携を維持するために、診療チーム内での役割と立場を正しく理解するように心がける。
6. 上級医は、指導医の指導の下で、指導医と協力して、研修医の指導にあたる。
7. 指導者は、指導医・上級医と協力して、研修医の指導にあたる。

(診療録)

第3条 研修医の診療録記載に対して、指導医は遅滞なく指導医承認(ダブルサイン)を行う。また、研修医に指導した内容について要点を記載する。

第4条 研修医は担当患者の病歴要約をすみやかに作成し、指導医の指導によって必要な修正を加え、指導医の承認を受けなければならない。その際、退院から一週間以内に完成させ、承認を受けるものとする。

(連名署名の義務)

第5条 以下の書類、指示に関しては指導医の指導の下で作成し、原則として研修医単独の署名で行ってはならず、指導医の連署を要する。

1. 入院時の診療計画書
2. 退院時療養計画書
3. 抗悪性腫瘍薬剤、副腎皮質ステロイド、免疫抑制剤、生物学的製剤を含む処方箋(オーダーリング入力に関しては研修医単独で可能であるが、指導医が内容を確認した記録を診療録に残すものとする)
4. 特定疾患の公費助成に関する書類
5. 自賠責保険に関する書類

6. 連携する医療機関への紹介状・返書
7. 死亡診断書、死体検案書、各種証明書・診断書
8. その他、警察・検察もしくは裁判所など公的機関に提出される書類
9. 病歴要約
10. その他、公文書としての扱いを受ける可能性のある書類

(安全管理)

第6条 研修医は診療行為の安全性について十分な注意を払い、医療事故、ないし医療事故に結びつく可能性があると考えられる事象が生じた場合には指導医に報告する。

2. 研修医は診療の現場で名札を着用するとともに、患者・家族に研修医であることを明示しなければならない。
3. 研修医は自発的にインシデント（アクシデント）レポートを提出するように努める。レポートの提出は医療安全システムの改善に資することのみに用いられ、研修医評価において不利となるように反映させてはならない。
4. 医療安全管理委員会は研修医から提出されたインシデント（アクシデント）レポートについて、内容を解析し、結果をプログラム責任者に伝達する。研修医へのフィードバックは直接関連した部門の指導医などが行うが、フィードバックが譴責ではないことに十分配慮する。
5. 研修医の診療に関連して医療事故が生じた場合には、研修医は遅滞なく指導医に内容を報告し、以後の対応は指導医が病院規程に基づいて行う。同時にプログラム責任者に報告する。
6. 第5項に相当する場合、研修医が指導医への報告を適切に行った場合には、当該研修医は直接の事故対応から外れられるように配慮し、報告を受けた指導医は医療安全管理者とともに危機管理体制をすみやかに構築する。当該事故が警察の事情聴取等、強制力を有するものの対象となった場合には、臨床研修管理委員会、医療安全管理委員会ならびに病院は、関連した研修医の法的・精神的保護について特段の配慮を行わなければならない。
7. 研修医が提出したインシデントレポートの複写を自らの研修資料として保存してもよいが、その際患者の個人情報に十分な配慮をする義務を有する。

(休日夜間の担当患者への対応)

第7条 研修医が担当している症例についての休日夜間の電話連絡は、出張などで応召不能である場合を除き、当該研修医に行ってもよい。

2. 研修医は独力で対応困難と判断した場合には、自らないし看護師等に依頼して、直ちに主治医などの指導医へ連絡して指示を仰ぐ。これらの要請を受けた指導医は遅滞なく対応するものとする。
3. 研修の学習としての側面に鑑み、特段の事情がない限り、休日夜間であっても研修医は自らの担当患者の急変や死亡退院について来院して同席することが望ましい。

(精神衛生・身体状況への配慮)

- 第8条 臨床研修プログラム責任者ならびに指導医は、研修医の精神状態に十分な注意を払い、適時適切な方法をもって、研修医の精神的ストレスを軽減するよう努めるものとする。
2. 臨床研修プログラム責任者ならびに指導医は、研修の労働状況について十分な注意を払い、適時適切な方法をもって、研修医に過重な負荷がかからないように努めるものとする。
  3. 前項の目的を達成するため、研修医の状況について、医師のみならず各職種が連携して臨床研修プログラム責任者ないし担任指導医へ情報を集積する。
  4. 研修医の心身の状況に変調が認められたり、その懸念が生じたりした場合は、当直・時間外業務をはじめとする勤務調整や履修調整、休養等、迅速な対応を実施するものとする。

(単独診療の禁止)

- 第9条 研修医は診察の内容を指導医に報告し、指導医は要点を必要に応じて自ら患者に確認し、適宜自らも診察したうえで、診療を行うものとする。
2. 指導医は研修医の診療録記載内容を確認し、遅滞なく指導医承認を行う。加えて自らの診療内容、指導内容を遅滞なく診療録に記載する。
  3. 個々の診療行為について、指導医の立会い、許可の必要性については、別に定める基準に従う。
  4. 研修医は指導医の監査が済んでいない状態で患者を帰宅させてはならない。
  5. 診療上公的機関との連絡が必要である場合は、その連絡ならびに家族への説明は指導医が行い、研修医は陪席する。
  6. 研修医の診療内容についての最終責任は担当指導医が負うものとする。

(研修機会と症例検討)

第10条 研修医は自らが遭遇した症例について、可及的にカンファレンス等の機会に呈示し振り返りを行い、経験の共有を図るよう努めるものとする

第11条 研修医は省令で定める必修項目の研修機会には原則として参加し、その他の学習機会にも、積極的に参加するよう努めるものとする

第12条 研修医は、医療法で定める医療安全、および感染管理に関する講習会をそれぞれ年2回以上受講しなければならない。

参考「医師法第16条第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」より研修全体において、院内感染や性感染症等を含む感染対策、予防接種等を含む予防医療、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、臨床病理検討会（CPC）等、基本的な診療において必要な分野・領域等に

関する研修を含むこと（以上本プログラムでは必修とする）。

また、感染制御チーム、緩和ケアチーム、栄養サポートチーム、認知症ケアチーム、退院支援チーム等、診療領域・職種横断的なチームの活動に参加することや、発達障害等の児童・思春期精神科領域、薬剤耐性菌、ゲノム医療等、社会的要請の強い分野・領域等に関する研修を含むことが望ましいこと。

（研修の記録と研修進捗状況の把握）

第 13 条 研修医は自身が経験した研修について、PG-EPOC、研修医手帳等にその記録を残さなければならない。

2. 研修医は上記の記録をもとに、自身の研修の進捗状況について、指導医やプログラム責任者に定期的な確認を受けるよう努める。
3. プログラム責任者は、事後の研修が円滑に進むよう、必要に応じて処置を講ずる。

（その他）

第 14 条 病棟研修、外来研修、救急、当直、手術室の実務については、別に研修医実務マニュアルを定める。

2. 本規程の変更、または本規程に定めのない事項については、臨床研修管理委員会の審議・検討により決定するものとする。

（付則）

制定	平成 25 年 4 月 1 日
改定	平成 27 年 8 月 12 日
改定	令和 2 年 4 月 1 日
改定	令和 7 年 4 月 1 日

## 上越総合病院 研修医実務規程

### (病棟)

- 1) 研修医は、指導医・上級医の指導の下に、担当医として受け持ち患者の診療にあたる。診療に際しては、患者安全に十分配慮する。診療の責任は指導医が負う。
- 2) 診療に際しては倫理的側面を理解し、乳房、泌尿器科・生殖器の診察の際には、他のスタッフ（指導医あるいは女性看護師など）を立ち合わせる。
- 3) 1)の診療の内容としては、診察・回診、検査、処置、処方、コンサルテーション、インフォームドコンセント、診断書等の書類の発行などが考えられるが、指導医は幅広い経験の機会を確保するよう努める。
- 4) 研修医は、指導医・上級医・指導者と随時コミュニケーション（報告・連絡・相談）を図り、指導医の他、看護部やコメディカルスタッフと連携しながらチーム医療を実践する。

担当している患者について入院診療計画を作成し、症例のプレゼンテーションを行い、診断治療の方向性や成果、問題点などについて、指導医・上級医と相談し診療計画を修正していく。また、地域連携に配慮した他院調整を行う。

- 5) 研修医は、病棟カンファレンス、症例検討会などに参加し、指導医・上級医・スタッフと患者に関する情報を共有する。
- 6) 診療内容やカンファレンスの記録等を速やかに診療録（電子カルテ）に記載する。記載内容は、事後に指導医が電子カルテ上で指導医承認を行う。
- 7) 退院後、速やかに（退院後1週間以内とする）退院サマリーを完成する。作成に当たっては必要に応じて指導医の指導を仰ぎ、指導医の承認を得た時点で完成したものとする。

### (一般外来)

- 1) 研修医は、指導医・上級医の指導の下に診療を行う。診療に際しては患者安全に十分配慮する。診療の責任は指導医が負う。
- 2) 必修の総合診療科、小児科、外科、ならびに地域医療で一般外来研修を行う。
- 3) 一般外来では、原則として初診患者の診療及び慢性疾患患者の継続診療を含む研修を行う。
- 4) 研修医が診療を行う外来診察室は、指導医が診療状況を把握できる距離に置き、必要に応じてコミュニケーションを図る。
- 5) 研修医が診察する患者の選定は、指導医が行う。
- 6) 研修医は、患者や家族に対して自らが研修医であることを明示する。
- 7) 研修医は、患者の受診動機や解釈モデルを傾聴した医療面接を行い、臨床推論に基づいた系統的身体診察（視診、触診、打診、聴診等）を実施する。
- 8) 診療に際しては倫理的側面を理解し、乳房、泌尿器科・生殖器の診察の際には、他の

スタッフ（指導医あるいは女性看護師など）を立ち合わせること。

- 9) 検査オーダーおよび処方の際は、指導医・上級医に確認のうえオーダーし、診療録に記載する。記載内容は、事後に指導医が電子カルテ上で指導医承認を行う。

#### （救急研修）

- 1) 研修医は指導医・上級医の指導の下に診療（トリアージ、問診（解釈モデルを含む）、バイタルサイン測定、臨床推論に基づくポイントを抑えた系統的身体診察、検査オーダー、採血・点滴等の処置、処方など）を行う。
- 2) 診療に際しては患者安全プライバシーに十分配慮する。診療の責任は指導医が負う。
- 3) 診療に際しては倫理的側面を理解し、乳房、泌尿器科・生殖器の診察の際には、他のスタッフ（指導医あるいは女性看護師など）を立ち合わせること。
- 4) 研修は ER のブロック研修ならびに日当直の並行研修で行う。また、各診療科の研修の際も、随時救急患者の対応を行う。
- 5) 研修医は一般的な疾患を中心に救急患者の初期診療を行う。研修医が診療する患者の選定は指導医が行う。
- 6) 研修医は、患者や家族に対して自らが研修医であることを明示する。
- 7) 検査オーダーおよび処方の際は、指導医・上級医に確認のうえオーダーし、診療録に記載する。記載内容は、事後に指導医が電子カルテ上で指導医承認を行う。
- 8) 他科医師へのコンサルテーションが必要とされた場合、指導医・上級医の指導の下にコンサルテーションを行う。
- 9) 患者が転院搬送を要すると判断された場合、搬送先の選定、交渉は指導医の下に行う。
- 10) ドクターカー、救急車等による転院搬送には、指導医に緊急連絡をとる手段を事前に確認したうえで、研修医が同乗することができる。

#### （日当直）

- 1) 研修医は単独で日当直業務を行ってはならない。指導医・上級医の直接的な指導の下で日当直業務を行う。診療に際しては患者安全に十分配慮する。
- 2) 勤務時間帯は、当直は 17:00 から翌日の 8:30 まで、日直は 8:30 から 17:00 までとし、原則月 4 回までとする。
- 3) 研修医は原則として当直医（指導医・上級医）、2 年次研修医、1 年次研修医の屋根瓦方式で日当直業務を行う。
- 4) 日当直時間帯の救急車の受け入れ諾否決定は指導医・上級医の指示を受ける。
- 5) 日当直業務の具体的な内容や運用は、救急研修の項に準ずる。
- 6) 当直翌日の勤務は原則として免除する。速やかに指導医等に自身の業務の引き継ぎ・申し送りを行ったうえで、十分な休養を取るようにする。

(手術室)

- 1) 研修医は当該診療科の指導医・上級医の指導の下に診療を行う。診療に際しては患者安全に十分配慮する。診療の責任は指導医が負う。
- 2) 麻酔科のほか、外科系診療科・部門の研修等が手術室を場として行われる。
- 3) 研修医が実施する診療範囲やその手順については、当該診療科の指導医の指示に従う。
- 4) 初めて入室する前には、あらかじめ手術室にその旨を連絡し、担当者から下記の事項についてオリエンテーションを受けておく。
  - ① 更衣室、ロッカー、履物、術衣について
  - ② 手洗い、ガウンテクニックの実習
  - ③ 清潔・不潔の概念と行動
- 5) 帽子、マスク、ゴーグルを着用する。
- 6) 不明な点があれば、指導医、上級医・指導者に尋ねる。

(その他)

本規程の変更、または本規程に定めのない事項については、臨床研修管理委員会の審議・検討により決定するものとする。

(付則)

制定	令和2年	4月	1日
改定	令和3年	4月	1日
改定	令和4年	4月	1日
改定	令和7年	4月	1日

## 上越総合病院 臨床研修プログラム責任者規程

### 第1条（目的）

この規程は、上越総合病院の臨床研修におけるプログラム責任者の定義及び役割について定める。

### 第2条（定義・要件）

上越総合病院プログラム責任者は、7年以上の臨床経験を有する医師であり、かつ、プライマリケアの指導方法に関する指導医養成講習会（医師法第16条の2項）およびプログラム責任者養成講習会を修了した者とする。

2. プログラム責任者は、病院長の辞令に基づいて任命される。

### 第3条（役割）

プログラム責任者は、研修プログラムの企画立案を行うとともに、実施の管理、研修医に対する助言、指導、その他の援助を行う。また、円滑な臨床研修を統括する。内容を以下に定める。

1. 研修プログラムの原案を作成すること。
2. 定期的に自ら、あるいはメンターを通じて研修医の面談を行い、研修実施状況等を把握し、調整・指導を行うこと。
3. 臨床研修の目標の達成度を評価し、少なくとも年2回、研修医にフィードバックを行うこと。また、目標達成度を臨床研修管理委員会に報告するなどの方法で、情報の共有をはかること。
4. 研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の終了の際に、臨床研修管理委員会及び病院長に対し、研修医ごとに臨床研修の目標の達成状況を報告すること。
5. 研修医や指導者の指導医評価を総括し、指導医にフィードバックし、臨床研修管理委員会に報告すること。
6. 研修プログラムや研修環境の評価を行い、臨床研修管理委員会に報告すること。
7. その他、臨床研修の円滑な運用のため、適宜対応すること。

### 第4条（副プログラム責任者）

プログラム責任者の業務を補佐し、臨床研修を円滑に進めるために、若干名の副プログラム責任者を置く。

副プログラム責任者の要件は第2条 プログラム責任者の要件に準ずるものとし、病院長の辞令に基づいて任命される。

## 第 5 条 (その他)

この規約の改廃は、臨床研修管理委員会を経て、病院長に報告することとする。

### (付則)

制定	平成 25 年 4 月 1 日
改定	平成 31 年 4 月 1 日
改正	令和 2 年 4 月 1 日
改定	令和 7 年 4 月 1 日

## 上越総合病院 臨床研修指導医規程

### 第1条（目的）

この規程は、上越総合病院臨床研修における指導医および上級医の定義及び役割について定める。

### 第2条（指導医要件）

上越総合病院の指導医は、常勤の医師であって、研修医に対する指導を行うために必要な経験および能力を有していなければならない。

2. 臨床経験7年以上の医師で、厚生労働省の規程を満たした指導医講習会を受講していること。
3. 各指導医は病院長が辞令に基づいて任命する。
4. 研修協力施設等における研修実施責任者や指導医についても、上越総合病院指導医と同様の役割を担う。

### 第3条（役割）

当該研修科に研修医を直接指導担当する指導医を置く。

2. 指導医は厚生労働省の定める臨床研修制度の基本理念及び到達目標を理解し、かつ上越総合病院の臨床研修理念および各分野の研修目標を理解したうえで指導を行う。
3. 指導医は、研修医が医師としての基本的な臨床能力を身につけて、生涯にわたり継続的に自己研鑽をしてゆけるように、研修医の規範となり、研修医自身の自発的な行動変容を促し、援助しなければならない。
4. 指導医は、研修医の研修状況（到達目標の到達度）を把握し、心身の状態（研修医の身体的、精神的変化等）を予測して、問題の早期発見に努め、研修環境に配慮し教育、指導を行わなければならない。
5. 指導医は、担当する研修分野の研修プログラムを作成する。
6. 指導医は、研修医の診療行為全般について日常的に確認し、フィードバックを含めた適切な指導を行う（診療録の記載、退院サマリー作成、各種臨床手技、EBMに基づいた臨床推論、診療方針の決定、指示出し、コンサルテーション、診断書・紹介状等の文書作成など）。
7. 指導医は、担当する研修分野において、研修期間を終了した時点で速やかに評価を行い、臨床研修プログラム委員会に報告するものとする。その際、当該研修医の指導を行い、又は研修医とともに業務を行った医師、看護師その他の職員と十分情報を共有し、各職員による評価を把握した上で、責任をもって評価を行わなければならない。また、研修医と十分意思疎通を図り、実際の状況と評価に乖離が生じないように努め

なければならないこと。

#### 第4条（責任体制）

指導医の指導のもとに研修医が行った診療行為に対しては、指導医がその責任を有する。

2. 指導医は、夜間や指導医不在時などの連絡方法等指導体制について、明確にしておくなければならない。

#### 第5条（支援）

上越総合病院は、病院長の任命した指導医及び指導医として要請を行おうとする医師に対して、以下に定める必要な支援を行うものとする。

2. 指導医が円滑に研修医の指導、教育が行えるような環境の整備を行う
3. 指導医が研修指導を行う上で発生した諸問題については、臨床研修プログラム委員会を窓口としてこれに対応する。
4. 指導医が何らかの事情により指導を行えなくなったときには、当該指導医の支援援助（精神的支援も含む）を行う。

#### 第6条（上級医）

指導医に協力して研修の指導に当たる医師を、上級医という。

2. 上級医は、指導医の指導のもとで、指導医・指導者と協力しながら研修医の指導に従事する。

#### 第7条（上級医の要件）

上越総合病院の上級医は、常勤の医師であって、研修医に対する指導を行うために必要な経験および能力を有していなければならない。

2. 第2条第2項の定めによらない医師をいう。

#### 第8条（規程の改廃）

この規程の改廃は、臨床研修管理委員会を経て、病院長に報告することとする。

（付則）

制定	平成25年4月1日
改定	平成31年4月1日
改定	令和2年4月1日
改定	令和7年4月1日

## 上越総合病院 臨床研修指導者規程

### 第1条（目的）

この規程は、上越総合病院臨床研修における臨床研修指導者の定義及び役割について定める。

### 第2条（定義）

上越総合病院の指導者は、医局を除く院内各部門（看護部、技術部、事務部 等）における十分な経験を有し、かつ病院長が臨床研修指導者として認めたものとする。

2. 各指導者は、病院長が任命する。

### 第3条（役割）

指導者は厚生労働省の定める臨床研修制度の基本理念及び到達目標を理解し、かつ上越総合病院の臨床研修理念および各分野の研修目標を理解したうえで指導を行う。

2. 指導者は、研修医が医師としての基本的な臨床能力を身につけて、生涯にわたり継続的に自己研鑽をしてゆけるように、研修医自身の自発的な行動変容を促し、積極的に援助しなければならない。
3. 指導者は、当該部署（診療科・部門）をローテーションしている研修医の指導を行うのみならず、部署を越えて研修医と関わるさまざまな場面で積極的に指導を行うよう努めなければならない。
4. 指導者は、担当する研修分野において、研修期間を終了した時点で速やかに評価を行うものとする。評価に際しては、指導者自身の意見だけでなく、研修医と日常的に接する機会のあるスタッフの意見を十分参考にしなければならない。
5. 指導者は、研修医が臨床研修継続に支障をきたすような心身の状態、またはその可能性があるかと判断した場合には、その旨を指導医に報告するものとする。
6. 指導者は研修医が到達目標を達成できるように、研修プログラムの内容について必要な助言を行い、プログラムの遂行をサポートするものとする。

### 第4条（支援）

上越総合病院は、指導者に対して以下に定める必要な支援を行うものとする。

2. 指導者が円滑に研修医の指導、教育が行えるような環境の整備を行う
3. 指導者が何らかの事情により指導を行えなくなったときには、当該指導者の部門責任者と連絡をとり、適切な支援援助（精神的支援も含む）を行う。

### 第5条（規程の改廃）

この規程の改廃は、臨床研修管理委員会を経て、病院長に報告することとする。

(付則)

制定 平成 25 年 4 月 1 日

改定 平成 31 年 4 月 1 日

改定 令和 7 年 4 月 1 日

## 上越総合病院 臨床研修医研修記録規程

### 第1条（目的）

この規程は、上越総合病院臨床研修医の研修記録の内容を規定し、適正に保存することを目的とする。

### 第2条（保存すべき内容）

1. 氏名、医籍の登録番号および生年月日
2. 修了し、または中断した臨床研修に係わる研修プログラムの名称
3. 臨床研修を開始し、及び修了し、または中断した年月日
4. 臨床研修を行った臨床研修病院（研修協力施設も含む）の名称
5. 修了し、又は中断した臨床研修の内容及び研修医の評価
  - 1) 研修ローテーションの詳細（診療科、期間など）
  - 2) 必修分野・選択研修分野を問わず、研修医が研修を行った診療科の研修の記録
  - 3) 経験すべき症候、経験すべき疾病・病態の病歴要約、および研修において必須と定められている事項に関する研修の記録（診療領域・職種横断的なチーム活動の記録、研修会等の参加記録、経験すべき臨床手技・検査手技の記録など）
  - 4) 指導医・指導者等による研修医に対する評価表（省令で定める評価表を含む）
  - 5) その他の研修内容、評価に関する記録（PG-EPOCの入力内容、メンタリングに関する文書、研修医による指導医や研修プログラムに対する評価など）
6. 臨床研修を中断した場合にあっては、臨床研修を中断した理由

### 第3条（保存年限）

第2条により作成した研修記録は、上越総合病院臨床研修プログラムを修了した者、又は中断した者も含め、紙媒体または電磁的媒体で永久保存する。

### 第4条（管理者）

研修記録の管理は、教育研修センターで行う。

### 第5条（閲覧）

1. 研修記録は、必要に応じ自身の記録のみを閲覧できるものとする。
2. プログラム責任者、臨床研修管理委員会事務局以外の職員は、管理者の許可を得たうえで閲覧ができるものとする。
3. 閲覧に際しての手続きについては、別に定める

### 第6条（複製）

原則として認めない。

### 第7条（個人情報）

研修記録は記載情報が研修医や患者の個人情報であり、守秘義務の対象となることに留

意し、その取扱いには十分注意すること。

(付則)

制定	平成 25 年 4 月 1 日
改定	平成 31 年 4 月 1 日
改定	令和 2 年 4 月 1 日
改定	令和 7 年 4 月 1 日

## 上越総合病院臨床研修メンタリングプログラムについての内規

### 第1条（目的）

研修医にとっての円滑な臨床研修のための心理社会的支援、および研修医、指導医双方のキャリア支援を目的に、メンタリングプログラムを実施する。

### 第2条（メンタリングプログラムを利用する権利）

研修医は、それぞれの自由意思によって、メンタリングプログラムを利用することができる。

### 第3条（手順）

1. メンタリングプログラムの利用を希望する研修医は、プログラム責任者にその旨を申し出る。
2. プログラム責任者は双方の意向を考慮し、メンターとなる指導医を決定する。
3. メンター（指導医）とメンティー（研修医）双方が、別に定める「メンタリングパートナーシップ覚書」に署名し、パートナーシップを締結する。

### 第4条（メンタリングパートナーシップ覚書）

メンタリングパートナーシップを利用するメンター、メンティーは、メンタリングパートナーシップ覚書の内容を理解したうえで、目的達成のため協力するものとする。

### 第5条（その他）

メンタリングプログラムの運用上生じた問題点については、臨床研修プログラム委員会で審議する。

### （付則）

制定 平成 25 年 4 月 1 日

改定 平成 31 年 4 月 1 日

## メンタリングパートナーシップ覚書

上越総合病院メンタリングプログラムのメンターとメンティーとして、私たちは、以下のガイドラインを守ることに同意します。

1. 定期的に（少なくとも3か月に1回以上）面談時間を作ります。
2. 相互の成長のための前向きな関係を構築します。
3. 互いに配慮し、敬意の念を持つことを約束します。
4. 私たちの会話の内容を秘密にします。
5. 積極的に傾聴するよう努めます。
6. 正直に、間接的でない、礼儀をわきまえたフィードバックをお互いに提供します。
7. 本プログラムは12か月を契約期限とする。
8. 途中でペアの変更やメンタリングプログラムの修了を希望する場合には、プログラム責任者と面談のうえ、最善策を選択する。
9. その他
  - ①最終意思決定権はメンティーにある。
  - ②最終決定に関しては、メンティーが自己で責任を負う。
  - ③最終意思決定に至る助言がメンターの役割である。
  - ④メンティーに精神的な負荷が過剰である疑いが生じた場合や、研修の継続に支障があるような問題が生じた場合、メンターはプログラム責任者に報告することもある。

日付 \_\_\_\_\_

メンター \_\_\_\_\_

メンティー \_\_\_\_\_

## 上越総合病院 臨床研修管理委員会規程

### 第1条（目的）

上越総合病院における臨床研修、および臨床研修医に関する重要事項を審議し、臨床研修を適正かつ円滑に運営し、臨床研修の実施の統括管理を行うために、臨床研修管理委員会（以下「委員会」という）を置く。

### 第2条（審議事項）

委員会では、以下の事項を審議する。

1. 研修プログラムの全体的な管理に関する事項  
（研修プログラムの作成方針、研修プログラム相互間の調整、研修プログラム全般の評価等）
2. 研修医の全体的な管理に関する事項  
（研修医の募集、採用、配置、処遇、健康管理、研修医確保に向けた計画等）
3. 研修医の研修状況の評価に関する事項  
（研修目標の達成状況の評価、修了および中断時の評価、ならびにこれらの保管に関する事項等）
4. 研修指導体制に関する事項  
（指導医・指導者の指導状況の評価等）
5. 有効な研修のための指導・助言に関する事項  
（修了基準に不足している部分の研修が行えるようプログラム責任者や指導医に助言すること等）
6. 研修の理念、基本方針の策定、見直しに関する事項
7. 研修修了後および中断後の進路に関する事項  
（相談等の支援を行うこと等）
8. 臨床研修全体の中長期的な計画に関する事項  
（地域医療構想や地域医療対策協議会の方向性をふまえた当院における臨床研修のあり方やプログラムの追加・修正、採用実績等に基づく適切な定員など）
9. その他、臨床研修および臨床研修医に関する重要事項

### 第3条（下部組織）

第2条の実務を円滑に遂行するため、臨床研修管理委員会の下部組織として、臨床研修プログラム委員会を設ける。規定については別途定める。

また、委員長は必要に応じてその他の小委員会を設置し、審議を行うことができる。

### 第4条（委員長・副委員長）

委員長は病院長が努め、副委員長は委員長が任命する。委員長は臨床研修全般に関し責任を負う。副委員長は委員長の任を補佐する。

#### 第5条（委員）

委員は、以下の者をもって組織する。委員は委員長が任命する。

委員の任期は2年間とし、再任を妨げない。

委員に欠員が生じた場合、補欠の委員を委員長が任命する。その場合の任期は前任者の残任期間とする。

1. 委員長
2. プログラム責任者、副プログラム責任者
3. 診療科の研修指導責任者
4. 初期研修医の代表者
5. 看護部門指導者の代表者
6. メディカルスタッフ部門の指導者
7. 臨床研修病院群を構成するすべての関係施設の研修実施責任者
8. 事務部門の責任者
9. 地域の外部有識者（医師以外の者）、医師会代表者

#### 第6条（委員会の開催）

委員会は、以下のように開催する。

1. 委員長、プログラム責任者の協議により、委員長が招集し、年3回以上開催する。
2. 委員長、プログラム責任者の協議により、必要と認めた場合には、臨時に委員会を開催することができる。

#### 第7条（事務局）

事務局は、教育研修センターに置く。

#### 第8条（記録の保存）

研修医の評価の記録は、事務局で保管する。

#### 第9条（外部委員の処遇）

外部委員に係る交通費等の支給については、新潟県厚生連規程に準ずる。

（付則）

制定 平成17年4月1日

改定 平成25年4月1日

改定 平成 31 年 4 月 1 日  
改定 令和 2 年 4 月 1 日  
改定 令和 3 年 4 月 1 日  
改定 令和 7 年 4 月 1 日

2025年度上越総合病院臨床研修管理委員会名簿

役職名・所属	役割	担当	氏名	備考
病院長	委員長	指導医 (循環器内科) (総合診療科)	箆島 充	
診療部長	副委員長 プログラム責任者	指導医 (総合診療科)	大堀 高志	
副院長	委員 副プログラム責任者	指導医 (外科)	藤田 亘浩	
副院長	委員 副プログラム責任者	指導医 (麻酔科)	朝日 丈尚	
副院長	委員 副プログラム責任者	指導医 (腎・糖尿病内科)	亀田 茂美	
副院長	委員 副プログラム責任者	指導医 (救急科)	田中 敏春	
副院長	委員 副プログラム責任者	指導医 (消化器内科)	佐藤 知巳	
副院長	委員	指導医 (眼科)	佐藤 昭一	
診療部長	委員	指導医 (呼吸器内科)	清水 崇	
診療部長	委員	指導医 (神経内科)	坂井 健二	
診療部長	委員	指導医 (循環器内科)	正印 航	
医長	委員	指導医 (小児科)	坂井 知倫	
診療部長	委員	指導医 (脳神経外科)	荒川 泰明	
診療部長	委員	指導医 (産婦人科)	小幡 宏昭	
診療部長	委員	指導医 (整形外科)	相場 知宏	
医長	委員	上級医 (耳鼻咽喉科)	山田 貴裕	
診療部長	委員	指導医 (泌尿器科)	飯田 裕朗	
診療部長	委員	指導医 (皮膚科)	竹上 與志昌	
診療部長	委員	指導医 (放射線科)	加藤 洋	
診療部長	委員	指導医 (病理診断科)	関谷 政雄	
新潟大学医学総合病院	協力病院研修委員	研修実施責任者	工藤 梨沙	
富山大学附属病院	協力病院研修委員	研修実施責任者	林 篤志	
信州大学医学部附属病院	協力病院研修委員	研修実施責任者	清水 公裕	
金沢大学附属病院	協力病院研修委員	研修実施責任者	岡島 正樹	
独立行政法人国立病院機構 さいがた医療センター	協力病院研修委員	研修実施責任者	佐久間 寛之	
県立中央病院	協力病院研修委員	研修実施責任者	田部 浩行	
県立松代病院長	協力病院研修委員	研修実施責任者	吉嶺 文俊	
県立柿崎病院長	協力病院研修委員	研修実施責任者	太田 求磨	
柏崎総合医療センター	協力病院研修委員	研修実施責任者	相田 浩	
糸魚川総合病院	協力病院研修委員	研修実施責任者	山岸 文範	
医療法人 三交会 三交病院	協力病院研修委員	研修実施責任者	坂本 隆行	
医療法人 常心会 川室記念病院	協力病院研修委員	研修実施責任者	永井 達哉	
高田西城病院	協力病院研修委員	研修実施責任者	長谷川 永子	
けいなん総合病院	協力病院研修委員	研修実施責任者	平野 正明	
上越保健所	協力施設研修委員	研修実施責任者	山崎 理	
上越医師会	外部委員	上越医師会長	高橋 慶一	
直江津中等教育学校	外部委員	学校長	植木 勲	
臨床研修医	委員	2年次臨床研修医代表		
臨床研修医	委員	1年次臨床研修医代表		
事務長	委員	事務担当責任者	五十嵐 泰史	
看護部長	委員	看護全般担当責任者	丸田 直美	
薬剤部長	委員	指導者	山本 剛	
診療放射線技師長	委員	指導者	徳山 克一	
臨床検査科技師長	委員	指導者	江口 克也	
リハビリテーション技師長	委員	指導者	江口 竜人	
栄養科長	委員	指導者	新津 百子	
臨床工学技士長	委員	指導者	加藤 崇	
地域連携支援部マネージャー	委員	指導者	齋藤 謙	
総務課長	委員	事務局	近藤 俊樹	
教育研修センター課長	委員	事務局	佐藤 真由美	

## 上越総合病院 臨床研修プログラム委員会規程

### 第1条（趣旨）

臨床研修管理委員会に所属する組織として、「臨床研修プログラム委員会」を設置する（以下、「委員会」という）。

### 第2条（目的）

委員会は上越総合病院における医師の卒後臨床研修がその成果を挙げ、安全で良質な医療の中で行われることをめざして、臨床研修管理委員会の役割を補佐しつつ、臨床研修全般に関する問題解決を支援する。

### 第3条（業務）

委員会は臨床研修管理委員会と協働して以下の業務を行う。

1. 研修プログラムの作成、実施、改善に関すること
2. 研修医の評価に関すること
3. 指導医の評価と指導の質の向上に関すること
4. 研修医の労働状況や、心身の健康に関すること
5. 研修医のキャリア形成の支援に関すること（メンタリング等）
6. 研修医の到達目標達成に向けた支援に関すること
7. 必要に応じて、医学生の実習に関すること
8. その他、臨床研修に関する事項

### 第4条（会の構成）

委員会は、以下の委員で構成される。

1. 病院長
2. プログラム責任者
3. 副プログラム責任者
4. 事務局

委員会は、必要に応じて委員以外の出席を求めることができる。

### 第5条（委員長）

本委員会に委員長を置く。委員長は病院長が任命する。

### 第6条（委員会の開催等）

原則として月1回の定期開催とする。

第7条（部会）

委員会は、業務の円滑な遂行のため必要がある場合、部会を設置することができる。

第8条（事務局）

委員会の事務局は、教育研修センターが担当する。

第9条（臨床研修管理委員会）

委員会での審議事項は臨床研修管理委員会に報告され、必要に応じてその議を経るものとする。

第10条（規程の改廃）

本規程の改廃は、臨床研修管理委員会の承認を得るものとする。

（付則）

制定 平成24年12月1日

改訂 平成29年4月1日

改定 平成31年4月1日

# 上越総合病院 教育研修センター 規程

## 第1条（目的）

良質で安全な医療を提供できる能力を備え、新潟県厚生連病院の一員として地域医療に貢献できる医療者の育成を目的として、全ての職員の指導・教育体制の整備に資することを目的とする。

## 第2条（業務）

- 1) 職員の教育研修に係る調整に関すること。
- 2) 臨床研修および専門研修の実施、運用の実務に関すること。
- 3) 臨床研修関連機関、専門研修関連機関等との連絡、調整に関すること。
- 4) 医師等の生涯教育に関すること。
- 5) 学会認定の専門医、指導医の育成および施設認定に関すること。
- 6) 職員の関与する院内外の学術活動の実績編纂に関すること。
- 7) その他、職員の教育・研修に関する業務。

## 第3条（センターの構成）

センター長  
臨床研修医  
事務員

センター長は、必要に応じて構成員以外の出席を求めることができる。

## 第4条（センター長）

センター長は、病院長が任命する。

## 第5条（研修教育推進委員会）

教育研修センターの実務組織として教育研修推進委員会を設置する。  
委員長および委員は病院長が任命する。

（付則）

制定 平成 29 年 4 月 1 日  
改定 平成 31 年 4 月 1 日

## 上越総合病院臨床研修同窓会規約

### 第1条（目的）

上越総合病院臨床研修プログラム修了者（以下修了者という）の終了後の進路等を把握し、臨床研修病院として生涯にわたり修了者のキャリア形成を支援していくことを目的とする。

### 第2条（同窓会会員資格）

基幹型研修医として上越総合病院臨床研修プログラムで臨床研修を行った医師、および協力施設として上越総合病院で臨床研修の一部を行った医師。  
ただし入会は任意とする。

### 第3条（責任者および事務局）

同窓会会長は病院長とする。

事務局は上越総合病院 教育研修センターに置く

〒943-8507 新潟県上越市大道福田 616 番地

TEL 025-524-3000（内線 3701） FAX 025-524-3002

E-mail [rinsho-jimu@joetsu-hp.jp](mailto:rinsho-jimu@joetsu-hp.jp)

### 第4条（内容）

1. 年1回同窓会を開催し、会員医師の勤務状況の報告および後輩研修医への助言等を行う。
2. 会員医師の勤務先の確認を行う。
3. 事務局により、名簿を作成し保管する。名簿の取り扱いに関しては、個人情報保護法に従う。

### 第5条（会費）

会費は、随時徴収する。（同窓会開催時等）

（附則）

制定 平成 29 年 8 月 5 日

改定 平成 31 年 4 月 1 日

## 各種免許に関する事項

### 医師免許登録

登録番号 \_\_\_\_\_

登録年月日 \_\_\_\_\_

医師になろうとするものは・・・

医師国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならない。(医師法第2条)

免許は、医師国家試験に合格したものの申請により、医籍に登録することにより行う。(医師法第6条)

医師免許こそが、その個人が医師であることを証明するものである。

紛失、破損に十分注意すること。

紛失に気がついた場合には、至急再交付の手続きを行ってください。氏名変更の場合には、手続きに30日以内の時間がかかります。

### 保険医登録

登録の記号及び番号 \_\_\_\_\_

登録年月日 \_\_\_\_\_

保険医療機関において健康保険の診療に従事する医師は、厚生労働大臣の登録を受けた医師でなければならない。(健康保険法第64条)

病院、その他保険診療を行っている施設で働く医師は、必ず保険医登録票を所持していなければなりません。

保険医登録は、医師が自らの意思により、社会保険事務局への申請をして行う必要があります (医籍登録と同時に自動的に行われるものではありません)。

紛失、破損に十分注意すること。

人事異動の際、都道府県をまたいで異動すると、再手続きが必要になります (都道府県単位での発行になっているため)。紛失に気がついた場合には、氏名変更の場合にも手続きが必要ですので、総務課に連絡してください。

## 臨床研修修了証

診療に従事しようとする医師は、2年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。(医師法第16条の2)

臨床研修を受けている医師は、臨床研修に専念し、その資質の向上を図るように努めなければならない。(医師法第16条の3)

2年間を修了し、修了が認められた場合には、修了した者の申請により、臨床研修を修了した旨を医籍に登録する。登録したときには、臨床研修修了登録証を交付する。(医師法第16条の4)

臨床研修修了登録証は、臨床研修を修了したことを証明するものです。これがないと、単独診療はできません。

臨床研修修了時に各自で申請手続きを行ってください。紛失、破損に十分注意すること。

以上をまとめると、

医師国家試験に合格し、医師となり、臨床研修を修了した者は、

①医師免許証

②保険医登録証

③臨床研修修了証

④臨床研修修了登録証

を所持していることとなります。

①、②については、病院で申請のお手伝いをいたします。

③については、病院で発行します。

④については、臨床研修修了時に、各自で申請手続きを行います。

今後、異動の際には、全ての証書について提出が必要となります。いずれの証書についても、棄損、紛失に十分注意してください。不明の点については総務課におたずねください。

## ヒポクラテスの誓い

『医神アポロン、アスクレピオス、ヒギエイア、パナケイアおよびすべての男神と女神に誓う、私の能力と判断にしたがってこの誓いと約束を守ることを。この術を私に教えた人をわが親のごとく敬い、わが財を分かって、その必要あるとき助ける。その子孫を私自身の兄弟のごとくみて、彼らが学ぶことを欲すれば報酬なしにこの術を教える。そして書きものや講義その他あらゆる方法で私の持つ医術の知識をわが息子、わが師の息子、また医の規則にもとづき約束と誓いで結ばれている弟子どもに分かち与え、それ以外の誰にも与えない。

- 私は能力と判断の限り患者に利益すると思う養生法をとり、悪くて有害と知る方法を決してとらない。
- 頼まれても死に導くような薬を与えない。それを覚らせることもしない。同様に婦人を流産に導く道具を与えない。
- 純粹と神聖をもってわが生涯を貫き、わが術を行う。
- 結石を切りだすことは神かけてしない。それを業とするものに委せる。
- いかなる患家を訪れるときもそれはただ病者を利益するためであり、あらゆる勝手な戯れや墮落の行いを避ける。女と男、自由人と奴隷のちがいを考慮しない。
- 医に関すると否とにかかわらず他人の生活について秘密を守る。
- この誓いを間持ち続ける限り、私は、いつも医術の実施を楽しみつつ生きてすべての人から尊敬されるであろう。

もしこの誓いを破るならばその反対の運命をたまわりたい。』

(小川鼎三 訳)

## 世界医師会（World Medical Association：WMA）の主な宣言

### WMA ジュネーブ宣言

- 1948年9月、スイス、ジュネーブにおける第2回WMA総会で採択
- 1968年8月、オーストラリア、シドニーにおける第22回WMA総会で修正
- 1983年10月、イタリア、ベニスにおける第35回WMA総会で修正
- 1994年9月、スウェーデン、ストックホルムにおける第46回WMA総会で修正
- 2005年5月、フランス、ディボンヌ・レ・バンにおける第170回理事会および
- 2006年5月、フランス、ディボンヌ・レ・バンにおける第173回理事会で編集上修正

医師の一人として参加するに際し、

- ・私は、人類への奉仕に自分の人生を捧げることを厳粛に誓う。
- ・私は、私の教師に、当然受けるべきである尊敬と感謝の念を捧げる。
- ・私は、良心と尊厳をもって私の専門職を実践する。
- ・私は、患者の健康を私の第一の関心事とする。
- ・私は、私への信頼ゆえに知りえた患者の秘密を、たとえその死後においても尊重する。
- ・私は、全力を尽くして医師専門職の名誉と高貴なる伝統を保持する。
- ・私の同僚は、私の兄弟姉妹である。
- ・私は、私の医師としての職責と患者との間に、年齢、疾病もしくは障害、信条、民族的起源、ジェンダー、国籍、所属政治団体、人種、性的志向、社会的地位あるいはその他どのような要因でも、そのようなことに対する配慮が介入することを容認しない。
- ・私は、人命を最大限に尊重し続ける。
- ・私は、たとえ脅迫の下であっても、人権や国民の自由を犯すために、自分の医学的知識を利用することはしない。
- ・私は、自由に名誉にかけてこれらのことを厳粛に誓う。

（日本医師会訳による）

### WMA 医の国際倫理要綱

- 1949年10月、英国、ロンドンにおける第3回WMA総会で採択
- 1968年8月、オーストラリア、シドニーにおける第22回WMA総会で修正
- 1983年10月、イタリア、ベニスにおける第35回WMA総会で修正
- 2006年10月、南アフリカ、WMA ポラネスバーグ総会で修正

### 医師の一般的な義務

医師は、常に何ものにも左右されることなくその専門職としての判断を行い、専門職としての行為の最高の水準を維持しなければならない。

医師は、判断能力を有する患者の、治療を受けるか拒否するかを決める権利を尊重しなければならない。

医師は、その専門職としての判断を行うに当たり、その判断は個人的利益や、不当な差別によって左右されてはならない。

医師は、人間の尊厳に対する共感と尊敬の念をもって、十分な専門的・道徳的独立性により、適切な医療の提供に献身するべきである。

医師は、患者や同僚医師を誠実に扱い、倫理に反する医療を行ったり、能力に欠陥があったり、詐欺やごまかしを働いている医師を適切な機関に通報すべきである。

医師は、患者を紹介したり、特定の医薬製品を処方したりするだけのために金銭的利益やその他報奨金を受け取ってはならない。

医師は、患者、同僚医師、他の医療従事者の権利および意向を尊重すべきである。

医師は、公衆の教育という重要な役割を認識すべきだが、発見や新しい技術や、非専門的手段による治療の公表に関しては、十分慎重に行うべきである。

医師は、自ら検証したものについてのみ、保証すべきである。

医師は、患者や地域社会のために医療資源を最善の方法で活用しなければならない。

精神的または身体的な疾患を抱える医師は、適切な治療を求めるべきである。

医師は、地域および国の倫理綱領を尊重しなければならない。

### 患者に対する医師の義務

医師は、常に人命尊重の責務を心に銘記すべきである。

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。

医師は、患者に対して完全な忠誠を尽くし、患者に対してあらゆる科学的手段を用いる義務がある。診療や治療にあたり、自己の能力が及ばないと思うときは、必要な能力のある他の医師に相談または紹介すべきである。

医師は、守秘義務に関する患者の権利を尊重しなければならない。ただし、患者が同意した場合、または患者や他の者に対して現実に差し迫って危害が及ぶおそれがあり、守秘義務に違反しなければその危険を回避することができない場合は、機密情報を開示することは倫理にかなっている。

医師は、他の医師が進んで救急医療を行うことができないと確信する場合には、人道主義の立場から救急医療を行うべきである。

医師は、ある第三者の代理として行動する場合、患者が医師の立場を確実にまた十分に理解できるよう努めなければならない。

医師は、現在診療している患者と性的関係、または虐待的・搾取的な関係をもってはならない。

### 同僚医師に対する義務

医師は、自分が同僚医師にとってもらいたいと同じような態度を、同僚医師に対してとるべきである。

る。

医師は、患者を誘致する目的で、同僚医師が築いている患者と医師の関係を損なってはならない。

医師は、医療上必要な場合は、同じ患者の治療に関与している同僚医師と話し合わなければならない。この話し合いの際は、患者に対する守秘義務を尊重し、必要な情報に限定すべきである。

(日本医師会誌による)

## 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（アメリカ合衆国）で修正
- 2004年10月 WMA東京総会（日本）で修正
- 2008年10月 WMAソウル総会（韓国）で修正

#### A.序文

1. 世界医師会（WMA）は、故人を特定できるヒト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として、ヘルシンキ宣言を発展させてきた。  
本宣言は総合的に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ず適応されるべきではない。
2. 本宣言は、主として医師に対して表明されたものであるが、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、これらの原則の採用を推奨する。
3. 医学研究の対象となる人々を含め、患者の健康を向上させ、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。
4. 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。
5. 医学の進歩は、最終的に人間を対象とする研究を要するものである。医学研究に十分参加できていない人々には、研究参加への適切なアクセスの機会が提供されるべきである。
6. 人間を対象とする医学研究においては、個々の研究被験者の福祉が他のすべての利益よりも優先されなければならない。

7. 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、診断ならびに治療行為（手法、手順、処置）を改善することである。現在最善の治療行為であっても、安全性、有効性、効率、利用しやすさ、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。
8. 医学の実践および医学研究においては、ほとんどの治療行為にリスクと負担が伴う。
9. 医学研究は、すべての人間に対する尊敬を深め、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。研究対象の中には、特に脆弱で特別な保護を必要とする集団もある。これには、同意の諾否を自ら行うことができない人々や強制や不適切な影響にさらされやすい人々が含まれる。
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、および規制上の規範ならびに基準を考慮すべきである。いかなる自国あるいは国際的な倫理、法律、または規制上の要請も、この宣言が示す研究被験者に対する保護を弱めたり、撤廃するべきではない。

## B.すべての医学研究のための諸原則

11. 研究被験者の生命、健康、尊厳、完全無欠性、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、医学研究に参加する医師の責務である。
12. 人間を対象とする医学研究は、科学的文献の十分な知識、関連性のある他の情報源および十分な実験、ならびに適切な場合には動物実験に基づき、一般的に受け入れられた科学的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。
13. 環境に悪影響を及ぼすおそれのある医学研究を実施するには、適切な注意が必要である。
14. 人間を対象とする各研究の計画と作業内容は、研究計画書の中に明示されていなければならない。研究計画書は、関連する倫理的配慮に関する言明を含み、また本宣言の原則にどのように対応している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、その他起り得る利益相反、被験者に対する報奨ならびに研究に参加した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。この計画書には、その研究の中で有益であると同定された治療行為に対する研究被験者の研究後のアクセス、または他の適切な治療あるいは利益に対するアクセスに関する取り決めが記載されるべきである。
15. 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、研究者、スポンサーおよびその他のあらゆる不適切な影響から独立したものでなければならない、当該委員会は、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々の法律と規制を考慮しなければならないが、それらによってこの宣言が示す研究被験者に対する保護を弱めたり、撤廃することは許されない。この委員会は、進行中の研究を監視する権利を有するべきである。研究者は委員会に対して、監視情報、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変更することはできない。
16. 人間を対象とする医学研究を行うのは、適正な科学的訓練と資格を有する個人でなければならない。患者あるいは健康なボランティアに関する研究は、能力があり適切な資格を有する医師もしくは他の医療専門職による監督を要する。被験者の保護責任は常に医師あるいは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はない。

17. 不利な立場または脆弱な人々あるいは地域社会を対象とする医学研究は、研究がその集団または地域の健康上の必要性と優先事項に応えるものであり、かつその集団または地域が研究結果から利益を得る可能性がある場合に限り正当化される。
18. 人間を対象とするすべての医学研究では、研究に関わる個人と地域に対する予想しうるリスクと負担を、彼らおよびその調査条件によって影響を受ける他の人々または地域に対する予見可能な利益と比較する慎重な評価が、事前に行われなければならない。
19. すべての臨床試験は、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。
20. 医師は、内在するリスクが十分に評価され、かつそのリスクを適切に管理できることを確信できない限り、人間を対象とする研究に関与することはできない。医師は潜在的な利益よりもリスクが高いと判断される場合、または有効かつ利益のある結果の決定的証拠が得られた場合は、直ちに研究を中止しなければならない。
21. 人間を対象とする医学研究は、その目的の重要性が研究に内在する被験者のリスクと負担に勝る場合にのみ行うことができる。
22. 判断能力のある個人による、医学研究への被験者としての参加は、自発的なものでなければならない。家族または地域社会のリーダーに打診することが適切な場合もあるが、判断能力のある個人を、本人の自由な承諾なしに、研究へ登録してはならない。
23. 研究被験者のプライバシーおよび個人情報の秘密を守るため、ならびに被験者の肉体的、精神的および社会的完全無欠性に対する研究の影響を最小限にとどめるために、あらゆる予防策を講じなければならない。
24. 判断能力の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、起こりうる利益相反、研究者の関連組織との関わり、研究によって期待される利益と起こりうるリスク、ならびに研究に伴いうる不快な状態、その他研究に関するすべての側面について、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か、または参加の同意を撤回する権利のあることを知らされなければならない。被験者候補ごとにどのような情報を必要としているかとその情報の伝達方法についても特別な配慮が必要である。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、医師または他の適切な有資格者は、被験者候補の自由意思によるインフォームド・コンセントを、望ましくは文書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、その文書に依らない同意は、正式な文書に記録され、証人によって証明されるべきである。
25. 個人を特定しうるヒト由来の試料またはデータを利用する医学研究に関しては、医師は収集、分析、保存および／または再利用に対する同意を通常求めなければならない。このような研究には、同意を得ることが不可能であるか非現実的である場合、または研究の有効性に脅威を与える場合がありうる。このような状況下の研究は、研究倫理委員会の審議と承認を得た後にのみ行うことができる。
26. 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否か、または強制の下に同意するおそれがあるか否かについて、特別に注意すべきである。このような状況下では、インフォームド・コンセントは、そのような関係とは完全に独立した、適切な有資格者によって求められるべきである。

27. 制限能力者が被験者候補となる場合、医師は、法律上の権限を有する代理人からのインフォームド・コンセントを求めなければならない。これらの人々が研究に含まれるのは、その研究が被験者候補に代表される集団の健康増進を試みるためのものであり、判断能力のある人々では代替して行うことができず、かつ最小限のリスクと最小限の負担しか伴わない場合に限られ、被験者候補の利益になる可能性のない研究対象に含まれてはならない。
28. 制限能力者とみなされる被験者候補が、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には、医師は、法律上の権限を有する代理人からの同意のほか、さらに本人の賛意を求めなければならない。被験者候補の不同意は慎重されるべきである。
29. 例えば、意識不明の患者のように、肉体的、精神的に同意を与えることができ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、その対象集団の必要な特徴である場合に限って行うことができる。このような状況では、医師は法律上の権限を有する代理人からのインフォームド・コンセントを求めるべきである。そのような代理人が存在せず、かつ研究を延期することができない場合には、インフォームド・コンセントを与えることができない状態にある被験者を対象とする特別な理由を研究計画書の中で述べ、かつ研究倫理委員会で承認されることを条件として、この研究はインフォームド・コンセントなしに開始することができる。研究に引き続き参加することに対する同意を、できるだけ早く被験者または法律上の代理人から取得するべきである。
30. 著者、編集者、および発行者はすべて、研究結果の公刊に倫理的責務を負っている。著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。彼らは、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。消極的結果および結論に達しない結果も積極的結果と同様に、公刊または他の方法で一般に公表されるべきである。刊行物の中には、資金源、組織との関わりおよび利益相反が明示される必要がある。この宣言の原則に反する研究報告は、公刊のために受理されるべきではない。

## B.治療と結びついた医学研究のための追加原則

31. 医師が医学研究を治療と結び付けることができるのは、その研究が予防、診断または治療上の価値があり得るとして正当化できる範囲内にあり、かつ被験者となる患者の健康に有害な影響が及ばないことを確信する十分な理由を医師がもつ場合に限られる。
32. 新しい治療行為の利益、リスク、負担および有効性は、現在最善と証明されている治療行為と比較考慮されなければならない。ただし、以下の場合にはプラセボの使用または無治療が認められる。
  - ・ 現在証明された治療行為が存在しない研究の場合、または
  - ・ やむを得ない、科学的に健全な方法論的理由により、プラセボ使用が、その治療行為の有効性あるいは安全性を決定するために必要であり、かつプラセボ治療または無治療となる患者に重篤または回復できない損害のリスクが生じないと考えられる場合。この手法の乱用を避けるために十分な配慮が必要である。
33. 研究終了後、その研究に参加した患者は、研究結果を知る権利と、例えば、研究の中で有益であると特定された治療行為へのアクセス、または他の適切な治療法あるいは利益へのアクセスなどの、研究結果から得られる利益を共有する権利を有する。
34. 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

の研究参加に対する拒否または研究からの撤退の決定は、決して患者・医師関係の妨げとなつてはならない。

35. ある患者の治療において、証明された治療行為が存在しないか、またはそれらが有効でなかった場合、患者または法律上の資格を有する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後であれば、医師は、まだ証明されていない治療行為を実施することができる。ただし、それは医師がその治療行為で生命を救う、健康を回復する、または苦痛を緩和する望みがあると判断した場合に限られる。可能であれば、その治療行為は、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。すべての例において、新しい情報は記録され、適切な場合には、一般に公開されるべきである。

(日本医師会訳による)

## 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立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、あるいは保険サービスを自由に選択し、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は決定を行うための自己決定の権利を有する。医師は、患者に対してその決定のもたらす結果を知らせるものとする。
- b. 精神的に判断能力のある成人患者は、いかなる診断上の手続きないし治療に対しても、同意を与えるかまたは差し控える権利を有する。患者は自分自身の決定を行ううえで必要とされる情報を得る権利を有する。患者は、検査ないし治療の目的、その結果が意味すること、そして同意を差し控えることの意味について明確に理解するべきである。
- c. 患者は医学研究あるいは医学教育に参加することを拒絶する権利を有する。

## 4. 意識のない患者

- a. 患者が意識不明かその他の理由で意志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、意義を申し立てるべきである。救命を要する場合、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. 患者の意志に反する処置

患者の意志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、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知る権利もありうる。
- 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程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。

(日本医師会訳による)

## プロフェッショナル・オートノミーと自己規律に関する

### WMA マドリッド宣言

1987年10月、スペインのマドリッドにおける第39回世界医師会総会で採択

世界医師会は、医師のプロフェッショナル・オートノミーと職業的自己規律の重要性を探求し、プロフェッショナル・オートノミーと自己規律に関する問題を認識するために、ここに次の宣言を採択する。

1. プロフェッショナル・オートノミーの中心的要素は、個々の意志が患者診療に関して自らの職業的判断を自由に行使できるという保証であり、1986年10月に採択された「医師の独立性とプロフェッショナル・フリーダムに関する WMA 宣言」にも明確に述べられている。

2. 世界医師会と各国医師会は、質の高い医療の本質的な要素として、プロフェッショナル・オートノミーの重要性および患者安全のための利益を再認識する。それゆえに世界医師会と各国医師会は、倫理の本質的原理であるプロフェッショナル・オートノミーを維持するよう努力する。
3. プロフェッショナル・オートノミーという権利に伴って、医師は自己を律することに継続的に責任をもたねばならない。個々の医師に適用されるいろいろな規制に加え、医師自身が自己の職業的行為を律することに責任を負わなければならない。
4. 世界医師会は各国医師会に対し、医師の自己規律のシステムを確立し、これを維持し、そしてこれに積極的に参加するよう勧告する。患者診療においてプロフェッショナル・オートノミーを保証するのは、自己規律を効果的に行うための積極的な取組みである。
5. 自己規律のどのようなシステムにおいても、医療の質と医師の臨床能力が常に第一の関心事でなければならない。医師は評価を行うのに必要な専門知識をもっている。この評価は、能力のある医師による質の高い医療を保証するのに役立たねばならない。こうした責任の分野には、医学の進歩を監視する必要性や、安全で効果的な治療法の利用が含まれる。医学実験では、世界医師会のヘルシンキに規定されている基準や、各国で必要とされている倫理基準に合致していなければならない。疑わしい学説を患者に用いてはならない。
6. 医療費に対する意識も自己規律の必須要素である。質の高い医療も、医療費がすべての市民にとって支払い可能であるという保証があってはじめて正当化される。繰り返して言うが、医師は医療費抑制の決定に対して、必要な評価を行うのに特に相応しいのである。それゆえ、各国医師会は、それぞれの自己規律システムのなかに医療費抑制のための取組みを組み込まなければならない。医療費抑制のための取組みにおける共通の問題は、医療の提供方法、病院への受診のし易さ、および医療技術の適正使用と関連する。医療費抑制を理由に、医療が必要な患者を拒否してはならない。また、医療設備の過剰使用が医療費の高騰を招き、それによって特別の医療を必要とする人が利用できなくなるようなことは許されるべきではない。
7. 最終的には、医師の専門職としての行動は常に、医師が遵守すべき職業倫理規定または医の倫理原則の範囲内でなければならない。各国医師会は患者の利益のために医師の倫理的行為を促進しなければならない。倫理違反は速やかに指摘され、倫理違反を犯した医師は懲戒および更生させなければならない。これは、各国医師会だけが効果的かつ効率的に行いうる責任なのである。
8. もちろん、自己規律に関して各国医師会が責任を負わなければならない領域は他にも多くある。各国医師会は、新しい問題や起こりつつある問題に対応し、相互に助け合う。各国医師会の間で情報や経験を交換し合うことが推奨され、世界医師会は、この自己規律を推進するためにこのような情報交換の促進を支援する。
9. 世界医師会と各国医師会は、各国における医師たちのこうした自己規律の効果的かつ責任あるシステムが存在することを広く国民に知らせなければならない。一般の人々は、医療や患者診療に関する問題を客観的に評価するこの自己規律のシステムを信頼できると認めるに違いない。
10. 医師の職業的自己規律を実施するための責任を果たすという点で、各国医師会が共同的に活動することは、医師の職業的裁量性に抵触することなく診療における医師の権利を保証するだろう。個々の医師の責任ある職業的行為と各国医師会による自己規律の効果的、効率的なシステムは、一般国民が患者になったとき、質の高い医療を受けることができることを保証するために必要なのである。

(日本医師会訳による)

## 新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム：医師憲章

米欧内科 3 学会・組織合同による Medical Professionalism Project メンバー

ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine:

ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine;

European Federation of Internal Medicine:

Medical professionalism in the new millennium: a physician charter.

Ann Intern Med 2002; 136: 243-246.

認定内科専門医会会長諮問委員会（プロフェッショナリズム委員会）訳

### 序文 (Preamble)

プロフェッショナリズムは、医学の社会との相互契約の根底をなす。プロフェッショナリズムは、医師の利益よりも患者の利益に重きを置くこと、高い水準の能力と誠実さを有し続けること、健康に関して社会に専門的助言を与えること、を要求する。医のプロフェッショナリズムの原則と責任は、医師と社会の双方から明瞭に理解されるものでなくてはならない。この契約にとって根底をなすものは、個々の医師および医師全体としての誠実さ次第で決まる公衆の医師への信頼である。

現在医師は、テクノロジーの爆発的發展、市場原理に基づく圧力、ヘルスケア供給の問題点、バイオテロリズム、そしてグローバル化に直面している。この結果、医師は患者と社会に対する責務を果たすことが困難となりつつあることを認識している。これらの環境においては、すべての医師により追及されるべき理想であり続ける医のプロフェッショナリズムの基本的、普遍的原則とプロフェッショナリズムの立場から尊重される事柄を再確認することが、尚一層重要となる。

医師は、至る所で多様な文化と国家的伝統の中にいるが、彼らはヒポクラテスマでルーツをさかのぼる治療者 (healer) としての役割を共有している。実に医師は、複雑な政治的、法的、そして市場原理に基づく圧力と戦わなくてはならないのだ。さらに、医の供給と実践には大きいバリエーションが存在し、一般的原則は複雑な形あるいは微妙な形で再現されるのである。これらの相違にも関わらず共通のテーマが浮かび上がり、3 つの基本的原則および一連の明瞭な職業的責務としてこの憲章の基礎が形づくられる。

### 基本的原則 (Fundamental Principles)

#### 患者の福利優先の原則

この原則は患者の利益への奉仕に身をささげることが基本としている。利他主義 (altruism) は、医師患者関係の中心となる信頼性に寄与する。この原則は、市場原理に基づく圧力、社会的圧力、管理上の強い要求によって動じてはならない。

## 患者の自律性 (autonomy) に関する原則

医師は患者の自律性を尊重せねばならない。医師は患者に対して正直であり、且つ患者が治療に関して十分に説明された上で決断できるようにしなければならない。患者自身のケアに関する自らの決断は、倫理的実践に従っており、不適当なケアへの要求とならない限りにおいて、最も重用でなくてはならない。

## 社会正義 (social justice、公平性) の原則

医師は医療資源の公平な分配をふくめて医療システムの公平性を促進せねばならない。医師は、人種、性別、社会経済状態、民族、宗教、その他の社会的カテゴリーに基づく医療上の差別を排除するために、積極的に活動せねばならない。

## プロフェッショナルとしての一連の責務 (A Set of Professional Responsibilities)

### プロフェッショナルとしての能力に関する責務 (commitment)

医師は生涯にわたり学習し続けねばならず、質の固い医療を提供するために必要な医学知識、臨床的技術およびチーム医療をその一員として行う技術を維持する責務を有する。より広く言えば、医師全体として、個々の医師すべてが有能であるように努め、また有能となるための適切な仕組みを作らねばならない。

## 患者に対して正直である責務

医師は、患者が治療に対して同意する前および治療が行われた後にも、完全かつ正直に十分な説明が行われたことを確かめなければならない。このことは患者が治療に関するささいなことも含めてすべての決断に関わらなければならないことを意味するものではない；むしろ患者が治療の方向性について自ら決められるように支援せねばならない。医師はまた、医療においては患者を傷つける医療過誤が時としておこることを認めねばならない。医療の結果として患者が傷つけられた場合はいつでも、患者は直ちにそのことについて説明されるべきであり、さもなくば患者と社会からの（医師に対する）信頼はひどく傷つけられよう。医療ミスの報告と分析は、適切な（再発）予防と改善の戦略、および傷ついた患者側に対する適切な償いの基礎となる。

## 患者情報を守秘する責務

患者の信用と信頼を得るためには、患者情報を明らかにする際に適切に秘密を保護せねばならない。この責務は、患者自身からの同意を得ることができない場合に、本人に代わって活動する人々にもあてはまる。患者に関するデータをまとめるために電子情報システムが広く活用され、遺伝子情報の利用できる度合いが増加しつつある現代において、患者情報を守秘する責務を果たすことはこれまで以上に重要性を増している。しかしながら、たとえば患者が他人を危険にさらす場合など、この守秘の責務（守秘義務）よりも公益に対する配慮が、時としてより優先されねばならないことを医師は認識すべきである。

## 患者との適切な関係を維持する責務

患者固有の傷つけられやすさや依存性を考えれば、医師と患者の特定の関係は避けねばならない。特に性的、財政的、あるいはその他の私的な目的のために、医師は患者を決して利用しては

ならない。

### **医療の質を向上させる責務**

医師は、医療の質の継続的な向上のために献身せねばならない。この責務は、臨床的能力を維持することを課するのみならず、医療過誤減少、患者の安全性向上、医療資源の過剰利用（過剰診療）の最小化、そして治療成果（アウトカム）を最も高めるために、コ・メディカルと協力することを要求する。すべての医師、期間、そして医療供給システムの働きを日常的に評価するために、医師は医療の質をより向上させる測定方法の開発とその応用に向けた仕組みを形成し遂行する責務を果たさねばならない。

### **医療へのアクセスを向上させる責務**

医のプロフェッショナリズムは、すべての医療システムの目的は均一で妥当な水準の医療が利用可能であることを強く要求する。医師は、個人であれ集合体であれ、公平な医療に対する障害を減らすように努力せねばならない。個々のシステムにおいては、医師は（患者の）教育、法律、財政、地理、そして社会的差別に基づく医療アクセスへの障害を取除くように努めねばならない。公平な医療に対する責務として、公衆衛生と予防医学の促進、私利私欲のない市民への専門職としての社会全体への働きかけ（public advocacy）が要求される。

### **有限の医療資源の適正配置に関する責務**

医師には、個々の患者のニーズに答えながらも、限られた臨床的資源を用いて、賢明且つ費用効率の高い医療を供給することが要求される。医師は、他の医師、病院や（医療費）支払い側と共同で、費用効率の高い医療をめざすガイドラインを策定する義務を有する。医療資源の適正配置のために、医師は余分な検査や処置を慎重に避ける必要がある。不必要なサービスの供給は患者を本来避けうる危険にさらしたり、不要な支出を強いるのみならず、他の患者が利用しうる医療資源と減らすこととなる。

### **科学的な知識に関する責務（科学的根拠に基づいた医療を行う責務）**

医療と社会の相互契約の多くは、優れた科学的知識とテクノロジーおよびその的確な使用に基づく。医師には、科学的水準を支え、研究を促進し、新しい知見を見つければ的確に利用する義務がある。医師という職業には、科学的根拠と医師の経験に基づくこの知見を完全たらんとする責任がある。

### **利害衝突に適切に対処して信頼を維持する責務**

専門職としての責任は、医療専門職およびその組織が私利私欲に走ると危うくなりうる機会が多く、特に医療機器メーカー、保険会社、製薬会社を含む営利企業との私的または組織的關係において、危機に瀕する。医師は、医師としての業務や活動中に生じる利害の衝突について認識し、公衆に好評し、対処せねばならない。特にオピニオンリーダーの医師が臨床試験を指揮し、報告する場合や、論説や治療ガイドラインを執筆する場合、または科学雑誌の編集者を勤める場合、それらの判断基準を決定する時には、その医師と企業の間には公開されねばならない。

## プロフェッショナル（専門職）の責任を果たす責務

プロフェッショナル（専門職）の一員として医師は患者の治療を最善とするために協力し、互いに敬意を払い、専門職としての基準に合致しなかったメンバーの矯正や懲戒も含めての自己規制の過程に参加することが期待される。また医師は、現在および将来の医師のための教育や規範を組織的に定めねばならない。医師は、これらの過程に個人的に、および全体として参加する義務を有する。この義務には、専門職としての働きのすべての面に関して内部的評価を行い、外部からの綿密な吟味を受け入れることが含まれる。

## 要約 (Summary)

ほとんどすべての文化や社会において、現代における医療の実践はかつてない要求に取巻かれている。これらの要求は、一方に患者の正当なニーズといくつかの要素との隔たりが増加しているからである。すなわち患者の正当なニーズとこれらのニーズに答えるために利用可能な医療資源との間、医療システム変革における市場力への依存性増大との間、そして医師に患者の利益を最上のものとする伝統的な責務を捨てさせようとする誘惑との間に根ざしている。この動乱の時代にあって医の社会との相互契約を忠実に維持するためには、われわれ委員会メンバーは、医のプロフェッショナルリズムの原則に対する積極的献身を再確認しなければならないと信じる。医のプロフェッショナルリズムは、医師が個々の患者の福利に対する個人的責務のみならず、社会全体の幸福のための医療システムを向上させる集合的努力を必要とする。医のプロフェッショナルリズムに関するこの憲章は、このような献身を促し、視野と目的が普遍的な医療職のための行動計画を促すことを意図している。

