

28April 2025

2025年度
糸魚川総合病院 初期臨床研修
ハンドブック

新潟県厚生農業協同組合連合会
糸魚川総合病院



目次

1. 病院と初期臨床研修の理念と基本方針	P. 2
2. 糸魚川総合病院における初期臨床研修の特色	P. 3
3. 指導医・上級医一覧	P. 4
4. 指導者一覧	P. 5
5. 糸魚川総合病院 臨床研修プログラム概要	P. 6
6. 糸魚川総合病院 臨床研修プログラム	
A. 到達目標	P. 12
B. 達成度評価	P. 14
C. 実務研修の方略	P. 14
D. 研修マトリックス表	P. 18
E. 各診療科臨床研修プログラム	P. 24
7. 糸魚川総合病院 臨床研修修了基準	P. 61
8. 糸魚川総合病院 初期臨床研修における評価	P. 67
9. 糸魚川総合病院 診療録の記載に関する指針	P. 77
10. 糸魚川総合病院 研修医の医療行為基準	P. 84
11. 糸魚川総合病院 臨床研修医の処遇	P. 89
12. JA新潟厚生連における医師の業務・研鑽区分	P. 91
13. 糸魚川総合病院 臨床研修医に関する規程	P. 92
14. 糸魚川で学ぶということ	P. 112
(世界医師会(WMA)リスボン宣言, ヘルシンキ宣言)	

1. 病院と初期臨床研修の理念と基本方針

糸魚川総合病院 理念

1. 私たちの病院は、医療・保健・福祉をととして地域社会へ貢献します。
2. 私たちは、病院での仕事をととして自己を高めます。

糸魚川総合病院 基本方針

1. 患者中心の医療・福祉を推進します。
2. 医療の質の向上をめざします。
3. 地域との連携を進めます。
4. 糸魚川地域の急性医療をにないます。
5. 健全経営を行ないます。

糸魚川総合病院 患者さんの権利尊重

私たちは、患者の皆様の人格と価値観が保たれるべく、下記の権利を尊重します。

1. 適切で良質な医療を受ける権利。
2. 自己決定の権利（治療計画立案に自ら参加し、決定することができます）。
3. 情報を得る権利（医療側への質問や情報公開を求めることができます）。
4. プライバシーが保障される権利（個人情報やプライバシーが厳正に保たれます）。
5. 選択の自由の権利（医療行為の選択はもちろん、病院の選択・変更ができます）。

糸魚川総合病院 臨床研修の理念

1. 当院の理念、基本方針のもと、社会人としての規律を守り、医師としての自主性と高い倫理観を持った思いやりのある人格を涵養する。
2. 医学および医療の果たすべき役割を認識しつつ、科学的根拠に基づいたglobal standardのプライマリ・ケアを実践し、基本的診療能力を身に付ける。
3. 将来個々が目標とし、かつ社会から求められる医師として研鑽しつづける能力を身につける。

糸魚川総合病院 臨床研修の基本方針

1. 地域医療を担う唯一の総合病院としての病院の役割を理解し、全人的な視点からプライマリ・ケアを研修することで、基本的な診療能力（知識、技能、利他的な態度）を習得する。
2. 他職種と連携して地域医療の現状を理解し経験する。
3. 質の高い医療を提供するよう、学会に積極的に参加するなど生涯に渡って学び続ける姿勢を養う。
4. 臨床研修には協力型臨床研修病院を含む全ての病院職員が参画し、研修医とともに学ぶ。
5. 医療安全と指導体制を充実させて、研修医の身分を保証し、労働条件の改善に努め、臨床研修の効率を高める。

2. 糸魚川総合病院における初期臨床研修の特色

1. 糸魚川総合病院における初期臨床研修の特色

糸魚川総合病院の初期臨床研修は他の施設とは違った、糸魚川総合病院の置かれた環境を利用した独創的な取り組み方で、みなさんの基本的な臨床能力の向上をサポートするプログラムとなっています。

当院の初期臨床研修の特徴は、**ER・総合外来**で行う**研修**です。当院のER・総合外来は糸魚川医療圏唯一の基幹病院として、24時間、365日、1次救急、2次救急を担っています。したがって、この地域で発生する全ての疾患を経験する事ができます。特に当院のER・総合外来はcommon diseaseから救急まで幅広く患者さんを受け入れており、実践的で変化に富んだ経験ができます。また診断されていない初診患者も多く受診するため、研修医の皆さんにとっては良い環境といえるでしょう。日中は内科系外科系の上級医・指導医がそれぞれ1名ずつ担当し、夜間の1次救急は市内の開業医が糸魚川総合病院内で行う日もあり、時間差なく直ちに2次救急に対応するシステムをとっています。そのようなER・総合外来で皆さんには**1年を通して研修**を行っていただき、**700例の初期対応**を経験できるよう目指してもらいます。一通りの疾患を経験することができるはずで

す。加えて、ER・総合外来研修で経験した症例を使って、ER・総合外来研修**検討会**（毎週月、水、金の午後4時30分から）と、**臨床推論**（毎週水曜日の午前7時45分から）を開催しています。検討会はER・総合外来研修で経験した症例の振り返りを行う時間で診療内容だけでなくカルテ記載も含めレベルアップを図ります。臨床推論は初期対応能力と診断能力を高めるためには欠かすことのできない時間になるはずで、検討会や臨床推論で得た知識・手技を次の研修に生かす、これを日々繰り返し行う環境の元、基本的臨床能力の向上を目指してもらいます。

各診療科研修では、上級医・指導医の指示や指導を受けながら入院患者の担当医となり、入院から退院までの診療を行います。当院の医療圏は高齢化率の高い地域のため老人世帯が多いことから、単に医療のみではなくケースワーカー、訪問看護などいわゆる**地域医療**の必要性の高い所です。福祉関係まで含めて必要とされる実情を医療を**チーム医療**とともに学んでいただきます。そのほか診療の過程に生じる患者のさまざまな問題を把握し、その解決のために学習し、実施することが研修の本質です。

2. 研修ローテーションの例

1年次

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
内科（消化器，循環器，腎透析内科）- 28週							外科 - 8週		麻酔科* - 4週	救急 - 8週	
1 週間に午前1回、午後1回のER・総合外来研修											

2年次

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
整形外科 ** - 4週	小児科 - 8週		産婦人科 - 4週	地域医療 - 4週	精神科 - 8週		選択研修 - 20週				
当院で研修する期間は1週間に午前1回、午後1回のER・総合外来研修											

*麻酔科は当院で定めた必修科目としています。気道やA-lineの確保、中心静脈カテーテル挿入、循環作動薬の使用など、救急対応に必要な手技・知識を身につけてもらいます。

**整形外科は救急で対応する疾患が多く、将来の当直業務に不安を抱えないためにも、選択することを勧めています。

	当院
	当院または他院から選択
	他院から選択

3. 指導医・上級医一覧

2025年4月1日現在 ○＝指導医

診療科	役職	氏名
外科	病院長、研修実施責任者、教育研修センター長	○ 山岸 文範
外科	部長、臨床研修プログラム責任者	○ 澤田 成朗
外科	部長	山崎 豪孔
外科	医長	深澤 美奈
外科	医師	長岡 泰宏
消化器内科	名誉院長	樋口 清博
消化器内科	副院長	○ 圓谷 朗雄
消化器内科	部長、臨床研修副プログラム責任者	○ 中田 直克
消化器内科	医師	徳永 麻美
消化器内科	医師	立川 千珠
循環器内科	診療部長、研修管理委員会アドバイザー	○ 松木 晃
循環器内科	部長	○ 沼 哲之
循環器内科・救急	医長	○ 縄田 淳
腎透析内科	部長	○ 吉田 一浩
腎透析内科	医師	武田 将慶
腎透析内科	部長	○ 南 茂
総合診療・救急	医師	○ 磯矢 嵩亮
整形外科	副院長	○ 長田 龍介
整形外科	医長	和田 輝至
小児科	医長	太田 安考
小児科	医長	里村 千咲樹
婦人科	部長	○ 日高 隆雄
産科	部長	○ 中野 祐滋
眼科	部長	○ 池田 成子
麻酔科	部長	○ 黒田 康子
健診センター	部長	康山 俊学

4. 指導者一覧

2025年4月1日現在

【コメディカル部門】		
部署名	役職	氏名
薬剤部	薬剤部長	山本 修也
放射線科	技師長	仲倉 敏明
検査科	技師長	綱島 直子
リハビリテーション科	技師長	太田 智英
栄養科	主任	山澤 翔太
臨床工学科	臨床工学技士長	磯野 拓郎

【看護部門】		
部署名	役職	氏名
看護部	看護部長	廣田 光恵
看護部	副看護部長	小竹 都子
医療安全管理室	師長	横澤 千絵
感染防止対策室	看護師	田原 純一
1病棟	師長	松尾 こず恵
2病棟	師長	甲村 亜希子
3病棟	師長	中澤 多栄子
4病棟	師長	笠原 鮎美
地域連携室チーフマネージャー	師長	室橋 純子
外来	師長	吉田 佳寿江
透析	師長	長野 実沙
手術室	師長	池田 昌代

【事務部門】		
部署名	役職	氏名
事務部	事務長	渡部 利和
総務課	総務課長	吉原 知則
医事課	医事課長	久保田 有理人
健診	事務部長	松田 美保子

5. 糸魚川総合病院 研修プログラム概要

#1. ER＋専門医／地域医療プログラム（プログラム番号：031551602）

<研修実施責任者>

山岸文範（病院長・外科部長・教育研修センター長）

<プログラム責任者>

澤田成朗（診療部長・外科部長）

<副プログラム責任者>

中田直克（内科部長）

1. 研修期間

厚生労働省が指定している研修期間と、当院が指定している研修期間にはいくつか隔たりがあります。これは当院独自の通年を通したER・総合外来研修を行うためです。以下に当院の研修プログラムに合わせた研修が必須である診療科とその研修期間を示します。なお、当院では1年目の1年間は当院で研修することになっています。2年目からは、提携している協力型病院、施設から組み合わせて各自の希望に応じた選択診療科の研修を行いより専門的な医療を学んでいただきます。もちろん当院の診療科を再度選択しても構いません。

◎当院での研修を必須としている診療科とその期間

内科（24週）、救急（8週）、外科（8週）、麻酔科（4週）

◎他施設での研修が必須となる診療科とその期間

地域医療（4週以上）、精神科（4週以上）

◎当院 and/or 他施設どちらかを選択し研修が必須となる診療科とその期間

産婦人科（4週以上）、小児科（4週以上）、一般外来（4週以上）^{（注1）}

残りの期間は、当院または他施設でみなさんが希望する診療科を研修することになります。

（注1、「内科」研修期間中の日中のER・総合外来研修は一般外来研修として扱うことになります。24週の「内科」研修期間中に最大24日間の一般外来研修を並行研修として行うことができます。さらに「外科」「小児科」「地域医療」研修期間中も外来にて一般外来研修を研修することができます。

2. 研修スケジュール

○研修期間

2025年4月1日より2年間（104週）

○必修分野

内科：（24週以上）：糸魚川総合病院（消化器内科／循環器内科／腎透析内科）

富山大学附属病院、新潟大学医歯学総合病院、新潟県立中央病院、新潟県立がんセンター新潟病院、上越総合病院、佐渡総合病院、新潟県立柿崎病院、柏崎総合医療センター、新潟県立十日町病院、けいなん総合病院、獨協医科大学病院

外科：（8週以上）：糸魚川総合病院、富山大学附属病院、新潟大学医歯学総合病院、新潟県立中央病院、新潟県立がんセンター新潟病院、上越総合病院、佐渡総合病院、新潟県立十日町病院

救急*：（8週以上）：糸魚川総合病院、富山大学附属病院、新潟県立中央病院、上越総合病院、新潟県立十日町病院

小児科**：（6週以上）：糸魚川総合病院

(4週以上)：富山大学附属病院、新潟大学医歯学総合病院、
新潟県立中央病院、上越総合病院、柏崎総合医療センター、
新潟県立十日町病院

産婦人科：(6週以上)：糸魚川総合病院

(4週以上)：富山大学附属病院、新潟大学医歯学総合病院、
新潟県立中央病院、上越総合病院、柏崎総合医療センター

精神科：(4週以上)：富山大学附属病院、新潟大学医歯学総合病院、さいがた医療センター

地域医療：(4週以上)：(2年目)能生国民健康保険診療所、新潟県立柿崎病院

一般外来*** (4週以上)：内科、外科、小児科、地域医療研修中に並行研修にて学んでいただきます。このうちER・総合外来研修を一般外来研修としてカウントできるのは内科研修期間のみです。

○病院で定めた必修科目

麻酔科* (4週)：糸魚川総合病院

*救急、麻酔科

救急は本来12週の研修期間が必要です。麻酔科研修は以下に示す研修を含むことを条件に救急の研修期間にすることが可能となっています。この条件の元、当院では麻酔科研修期間と合わせて12週となるようにプログラムされています。また、救急を4週間研修した後の平日の夜間ER当直、土日祝日のER日直は救急研修1日分として換算できます。
麻酔科研修の条件：気管挿管を含む気道管理および呼吸管理、急性期の輸液・輸血療法、ならびに血行動態管理法についての研修を含むこと（4週が上限）。

**小児科

当院のみで小児科を研修する場合、6週（以上）の研修期間が必要となります。小児科研修期間中も週1回の平日日中のER・総合外来研修を「一般外来研修」として行ってもらうためです。

***一般外来

当院で研修期間中は週1日（午前1回、午後1回）のER・総合外来での平日研修を義務づけています。このうち医師法の省令上必修分野である“一般外来”の並行研修として認められているのは内科研修期間中のみとなります。したがって、内科研修中のER・総合外来での平日研修はPG-EPOCの“一般外来”として入力することは可能です。

他に“一般外来”としてPF-EPOCに入力可能なのは、当院での外科、小児科研修中の並行研修、地域医療研修中の並行研修となります。外科、小児科、地域医療、それぞれの上級医・指導医に確認の上、PG-EPOCへの入力を行ってください。並行研修に関しては、6. 糸魚川総合病院 臨床研修プログラム、の実務研修の方略内に別項で説明しています。ご確認ください。

○選択科目

104週（2年間）から上記必修分野の研修期間を引いた期間、以下に示す協力病院・施設より選択してください。

【協力病院・施設一覧】

協力病院	期間	研修科
糸魚川総合病院 (基幹型)	48週～	循環器内科、腎・透析内科、消化器内科、外科、整形外科、 小児科、産婦人科、麻酔科、眼科、救急

新潟大学医歯学総合病院	～12週	循環器内科、内分泌代謝内科、血液内科、腎・膠原病内科、呼吸器・感染症内科、心療内科、消化器内科、肝胆脾内科、脳神経内科、腫瘍内科、精神科、小児科、消化器外科、病理部、乳腺・内分泌外科、心臓血管外科、呼吸器外科、整形外科、小児外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、形成外科、耳鼻咽喉・頭頸部外科、産婦人科、放射線治療科、放射線診断科、麻酔科、救急科、リハビリテーション科、医療総合診療部、高次救命災害治療センター
富山大学附属病院	～24週	代謝・内分泌内科、免疫・膠原病内科、呼吸器内科、循環器内科、腎・高血圧内科、消化器内科、血液内科、皮膚科、小児総合内科、小児循環器内科、小児発達神経科、神経精神科、放射線診断科、放射線治療科、心臓血管外科、小児循環器外科、呼吸器一般外科、消化器外科、乳腺内分泌外科、小児外科、脳神経外科、整形外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、麻酔科、和漢診療科、脳神経内科、感染症科、形成外科、リハビリテーション科、病理
新潟県立中央病院	～24週	内科、外科、小児科、産婦人科、泌尿器科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科、脳神経外科、皮膚科
上越総合病院	～24週	内科（呼吸器内科、消化器内科、腎・糖尿病内科、循環器内科、神経内科）、救急科、総合診療科、外科、小児科、産婦人科、脳神経外科、整形外科、眼科、皮膚科、泌尿器科、麻酔科、病理診断科、放射線診断科、耳鼻咽喉科
佐渡総合病院	～24週	呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、内分泌代謝科、腎・透析内科、神経内科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、小児科、産婦人科、
さいがた医療センター	～8週	精神科
新潟県立柿崎病院	～4週	内科、地域医療
柏崎総合医療センター	～24週	内科、整形外科、産婦人科、小児科、泌尿器科、外科、麻酔科
新潟県立十日町病院	～24週	内科、外科、小児科、救急部門、整形外科
新潟県立がんセンター 新潟病院	～24週	緩和ケア内科、内科、外科、婦人科、皮膚科、泌尿器科、小児科、眼科、麻酔科、放射線診断科、放射線治療科、精神科、脳神経外科
けいなん総合病院	～24週	地域医療、内科、小児科
獨協医科大学病院	～4週	内科、総合診療科

協力施設	期間	研修科
能生国民健康保険診療所	～4週	地域医療
名瀬徳州会病院	～4週	地域医療
糸魚川保健所	～4週	地域保健
平岩診療所	～4週	地域医療
小滝診療所	～4週	地域医療
根知診療所	～4週	地域医療
瀬戸内徳州会病院	～4週	地域医療
新潟県庁	～4週	保健・医療行政

○研修ローテートについて

1年次は基幹病院である糸魚川総合病院での研修となります。内科または外科から研修を開始し必修分野をローテートします。地域医療は2年次に研修します。2年次は1年次で未研修の必修分野や、選択科目から選んでいただきます。2年次のローテート希望を1年次の10月ごろに確認します。協力病院・施設に関する情報はプログラム責任者が保管していますので、いつでも尋ねてください。

○研修の記録

オンライン卒後臨床研修評価システムPG-EPOCで行います。PG-EPOCに関してはオリエンテーション時に説明しますが、不明な点はいつでもプログラム責任者に問い合わせてください。

○研修医参加必須プログラム

1. 週間予定表（院外講師の先生のお名前は太字で記載しています）

	時間	プログラム
月曜日	毎週 16:30 - 17:00	ER・総合外来研修 検討会
火曜日	不定期 9:00 - 11:00	松本先生 による総合診療外来研修
	第1週のみ 16:00 - 16:30	医療安全管理対策委員会(チーム医療研修)
	第3週のみ 15:00 - 15:30	感染コントロールチーム(チーム医療研修)
	毎週 17:00 - 17:30	イブニングセミナー
水曜日	毎週 7:45 - 8:30	松尾先生、大堀先生 (第3週のみ)による臨床推論
	毎週 16:30 - 17:00	ER・総合外来研修 検討会
木曜日	第2週のみ 16:30 - 17:00	医局会議
金曜日	第1週のみ 9:00 - 11:00	平島先生 によるPhysical Lecture
	第4週のみ 15:30 - 16:30	栄養サポートチーム(チーム医療研修)
	不定期 16:30 - 17:30	富山大学WEB検討会(ホタルいかカンファレンス)
	毎週 16:30 - 17:00	ER・総合外来研修 検討会(ホタルいか開催時はお休み)

2. 研修医教育レクチャーとして不定期に開催する特別プログラム

総合診療の先生方に講師をしていただき、EBMに基づく最新の診断学を学んでいただきます。医学生の方々が参加することもあります。開催日時は事前に案内をいたします。

3. The Resident Circle “不識庵”が主催し開催する特別プログラム

糸魚川総合病院、上越総合病院、新潟県立中央病院、柏崎総合医療センターの4病院で構成された研修事業グループです。不識庵として開催される研修医向けの勉強会では他院の研修医、指導医との交流も図れます。開催日時は事前に案内をいたします（2ヶ月に1回程度、不定期で開催予定です）。

4. イブニングセミナー

不定期に火曜日午後5時より開催します。研修必須項目であるCPC (clinical pathological conference, 最終火曜日午後4時30分～) や小児虐待、ACP (Advanced care planning) なども含まれます。

5. その他

年に数回院内で実施される病院職員を対象とした個人情報保護や医療安全について講習会が不定期に開催されます。当院で勤務する医師は必須の講習会です。参加してください。

○ER・総合外来での平日研修と日直・当直研修について

1. ER・総合外来での平日研修

ER・総合外来での研修は、当院で研修期間中は原則午前週1回、午後週1回担当してもらいます。時間は午前は8時30分から13時、午後は13時から17時、ER・総合外来検討会が開催される月水金曜日の午後は13時から16時30分です。なお、内科での診療科研修中はこの研修が一般外来研修（ダブルカウント）となりますので、PG-EPOCへの入力を忘れずに行ってください。

2. ER・総合外来での日直・当直研修

夜間ER・総合外来での当直を月3回、休院日の日直を月1回研修していただきます。当直勤務時間は17時から22時です。なお救急の診療科研修時には希望者は17時から翌日朝8時30分までの当直を研修可能です。その際には翌日は午前で業務を終了し帰宅してください。なお、上記の当直勤務時間は全て超過勤務時間となり、月80時間を超えての超過勤務は個人だけでなく病院にも厳しいペナルティーがあります。

3. ER・総合外来での平日研修、日直・当直研修予定表作成に関して

毎月中旬頃、次月分希望表を医局に張り出しますので、希望日、不可日を記入してください。下旬頃に配布します。私用による変更は社会人として常識の範囲内をお願いします。なお、ER・総合外来研修、当直、日直の変更・追加は必ず研修担当事務又は医局秘書へ連絡ください。給与ならびに勤務時間把握に関与します。忘れずに連絡をお願いします。

#2. ハイクオリティ型ER＋専門医／地域医療プログラム（031551702）

<研修実施責任者>

山岸文範（病院長・外科部長・教育研修センター長）

<プログラム責任者>

澤田成朗（診療部長・外科部長）

<副プログラム責任者>

中田直克（内科部長）

1. 研修期間

厚生労働省が指定している研修期間と、当院が指定している研修期間にはいくつか隔たりがあります。これは当院独自の通年を通したER・総合外来研修を行うためです。以下に当院の研修プログラムに合わせた研修が必須である診療科とその研修期間を示します。

◎練馬光が丘病院での研修診療科とその期間（48週）

内科（24週）、救急（12週）、外科（4週）、小児科（4週）、産婦人科（4週）

◎他施設での研修が必須となる診療科とその期間

精神科（4週）、地域医療（4週以上12週以下）

◎当院での研修を必須となる診療科*

内科（消化器内科、循環器内科、腎透析内科）または外科または小児科で20週以上

*一般外来研修を並行研修として研修できる研修科になります。

一般外来研修20日間を満たすため、以下の外来研修予定を参考に選択して下さい。

内科＝ER・総合外来研修（週1日研修できる）、

外科＝外来研修（週0.5日研修できる）、小児科＝外来研修（週1日研修できる）

◎残りの期間は、当院で希望する診療科を研修することになります。

2. 研修スケジュール

○研修期間

2025年4月1日より2年間（104週）

2025年4月1日から2026年3月8日まで、練馬光が丘病院

2026年3月9日から2027年3月31日まで、当院

○研修の記録

“ER＋専門医／地域医療プログラム（プログラム番号：031551602）”と同様です。

○研修医参加必須プログラム

“ER＋専門医／地域医療プログラム（プログラム番号：031551602）”と同様です。ただし、練馬光が丘病院研修中は、以下の原則で都合に合わせて参加してください。

1. 光が丘病院での研修を優先してください

2. 毎週水曜日当院で行う臨床推論へはできる限りzoomで参加してください。

○ER・総合外来での平日研修と日直・当直研修について

当院で研修する期間は“ER＋専門医／地域医療プログラム（プログラム番号：031551602）”と同様です。

6. 糸魚川総合病院 臨床研修プログラム

A. 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りません。医師としての基盤形成の段階にある研修医の皆さんは、**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**する必要があります。

平成30年7月3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はこの様な医師像を目指し、A.基本的価値観（プロフェッショナリズム）、B.資質・能力、C.基本的診療業務、の大きく3つから構成されます。以下にその3つの大項目と、それに続く中項目、小項目を記載します。これらは初期臨床研修修了のminimum requirementではありますが、**非常に吟味された奥深い内容**であり、**一つ一つを正しく理解し研修すること**で、医師としての基本が形成されるものと確信します。皆さんの研修をより充実させるため、研修開始前はもちろんですが、各ブロック研修終了時の自己評価をする際に改めて読み深め自問自答する事が肝要です。

A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

A-1. 社会的使命と公衆衛生への寄与

- ①医師としての社会的使命を自覚する。
- ②患者への説明責任を果たす。
- ③限りある医療資源や、社会の変遷に配慮した公正な医療を提供する。
- ④公衆衛生の向上に努める。

A-2. 利他的な態度

- ①患者の苦痛や不安の軽減、患者の福利の向上を優先する。
- ②患者の価値観や自己決定権を尊重する。

A-3. 人間性の尊重

- ①患者や家族の多様な価値観・感情・知識に配慮する。
- ②患者や家族に尊敬の念と思いやりの心を持って接する。

A-4. 自らを高める姿勢

- ①自らの言動および医療の内容を省察する。
- ②常に資質・能力の向上に努める。

B. 資質・能力（注、レベル1は医学部卒業時到達目標レベルに相当する）

B-1. 医学・医療における倫理性

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

B-2. 医学知識と問題対応能力

- ①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。
- ②基本的な情報を収集し、医学的知見に基づいて臨床決断を検討する。
- ③保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案する。

B-3. 診療技能と患者ケア

- ①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。
- ②基本的な疾患の最適な治療を安全に実施する。
- ③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章を適切に作成する。

B-4. コミュニケーション能力

- ①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。
- ②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。
- ③患者や家族の主要なニーズを把握する。

B-5. チーム医療の実践

- ①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。
- ②単純な事例において、チーム各構成員と情報を共有し連携を図る。

B-6. 医療の質と安全の管理

- ①医療の質と患者安全の重要性を理解する。
- ②日常業務において、適切な態度で報告、連絡、相談ができる。
- ③一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。
- ④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-7. 社会における医療の実践

- ①保健医療に関する法則・制度を理解する。
- ②健康保険、公費負担医療の制度を理解する。
- ③地域の健康問題やニーズを把握する重要性を理解する。
- ④予防医療・保健・健康増進の必要性を理解する。
- ⑤地域包括ケアシステムを理解する。

B-8. 科学的探究

- ①医療上の疑問点を認識する。
- ②科学的研究方法を理解する。
- ③臨床研究や治験の意義を理解する。

B-9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

- ①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。
- ②同僚、後輩、医師以外の医療職から学ぶ姿勢を維持する。
- ③国内外の政策や医学および医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む）の重要性を認識する。

C. 基本的診療業務

C-1. 一般外来診療

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

C-2. 病棟診療

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

C-3. 初期救急対応

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

C-4. 地域医療

地域医療の特性およ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。

B. 達成度評価

上記の到達目標に対する評価は**PG-EPOC**で行います。各ブロック研修修了時に、研修医の皆さんは自己評価をPG-EPOCに入力し、指導者（医師のみならず医療職種の皆さん）の皆さんにもPG-EPOCに評価を入力してもらいます。これらの評価結果をもとに、定期的にプログラム責任者、各診療科指導医、総務課研修担当との面接（形成的評価）を行い、その時々の方々の目標との関係を知って、目標達成のために方略を微調整します。

C. 実務研修の方略

前項の臨床研修プログラムの到達目標を達成するための方略として、以下の事項を定めます。すべての事項を実践することで、初期臨床研修を修了できることはもちろんですが、将来の医師としての土台が形成されます。当院独自のプログラム内容の意味を理解し、症例を一例一例を丁寧に研修することで、皆さんが得る知識や能力は大きく膨らみます。

以下に「医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令」に基づき、当院のプログラムに合わせた方略を記します。

○研修期間

研修期間は原則として2年間以上とします。

協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあっては、原則として、1年以上は基幹型臨床研修病院で研修を行います。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ます。

○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します。また、一般外来での研修を含めることが必要です。当院のプログラムでは4週間以上の麻酔科も必修とします。
2. 原則として、内科24週以上、救急12週以上、外科8週以上、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療それぞれ4週以上の研修を行います。なお、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です。
3. 原則として、各分野で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します。ただし、救急について、4週以上のまとまった期間に研修を行った上で、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す。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は含むことはできません。**並行研修に関しては当院の研修プログラムが特異的であるため、別項にて説明いたします。**
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が必要です。

5. 外科については、一般診療において頻繁に関わる外科的疾患への対応、基本的な外科手技の習得、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が必要です。
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が必要です。
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習得するために、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が必要です。
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が必要です。なお、急性期入院患者の診療を行うことが望ましいです。
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が必要です。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ます。当院では麻酔科4週は必修としています。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が必要です。
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が必要です。なお、受け入れ状況に配慮しつつ、8週以上の研修を行うことが望ましいです。また、症候・病態については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、原則として初診患者の診療及び慢性疾患の継続診療を含む研修を行うことが必須事項です。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ません。一般外来の研修においては、他の必修分野等との同時研修を行うことも可能です。
11. 地域医療については、原則として、2年次に行います。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が必要です。さらに、研修内容としては以下に留意してください。
 - 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が必要です。
 - 3) 医療・介護・保健・福祉に係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が必要です。
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、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・検診の実施施設、国際機関、行政機関、矯正機関、産業保健の事業場等が考えられます。
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(愛称＝人生会議))、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が必要です。また、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)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、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です。

（「を含むこと」と規定される研修は研修の必須項目で、「含むことが望ましい」と規定される研修は研修が推奨される項目とされています。）

上記の点から当院では以下の研修機会を設けますので、必ず参加してください。

◎感染対策：オリエンテーション時に「感染管理の基本」のレクチャー参加、
感染対策チーム（ICT）への参加

◎予防医療：インフルエンザワクチン接種業務、COVID-19ワクチン接種業務

◎虐待への対応：小児虐待に関するレクチャー（年1回開催）参加

◎社会復帰支援：オリエンテーション時の「地域連携室」業務のレクチャー参加、
各ブロック研修時に実際を経験

◎緩和ケア：緩和ケア講習会への参加

◎ACP：レクチャー（年1回開催）参加、
内科または外科ブロック研修時に実際を経験

◎CPC：研修期間中に必ず1例は剖検に立ち会い、当該症例のCPCに向けて資料を作成
するとともに、臨床症状の症例提示によるCPCの参加。

◎チーム医療：ICT、栄養サポートチーム（NST）メンバーとして参加

○並行研修について

ある診療科を一定期間研修（ブロック研修といいます）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言います。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、といった場合です（当院のプログラムにおいては**ER・総合外来研修**が該当します）。並行研修が可能なのは救急と一般外来になります。いずれの場合にも以下の様に制限があります。

①救急の並行研修

救急の研修期間は12週が必要です。この12週の必修研修のうち、最低4週はブロック研修を行う必要があります。その上で残りの8週（8週 × 5日 = 40日）を並行研修で行うことができます。この場合、午後だけ・午後だけの場合は0.5日、午前午後の終日の場合は1日として、救急の研修に換算することになります。また4週以上の救急のブロック研修を行った後は、どの科の研修中であっても平日当直や土日祝日日直1回を救急研修の1日と換算することができます。

なお、救急の並行研修を行う場合、その日数は同時期にブロック研修している診療科の研修期間に含めること（ダブルカウントといいます）はできません。そのため当該診療科の研修日数を別途確保する必要があります。当院の研修プログラムはその点を考慮した日程や期間、システムとなっていますので、研修医の皆さんはこの点は気にすることなく研修プログラムを選択してください。不明な点があればプログラム責任者にいつでも連絡ください。

②一般外来の並行研修

一般外来の研修期間は4週以上が必修です。並行研修として同時期にブロック研修している診療科の研修期間に含めること（ダブルカウント）ができるのは、以下の4つの場合のみになります。

1. 内科ブロック研修中に一般内科外来(当院の場合**ER・総合外来での研修**)を並行研修する場合
2. 外科ブロック研修中に一般外科外来を並行研修する場合
3. 小児科ブロック研修中に一般小児科外来を並行研修する場合
4. 地域医療ブロック研修中に一般外来、在宅医療を並行研修する場合

上記以外でのER・総合外来での研修はダブルカウントの対象外となるため、同時期にブロック研修している診療科が必修分野である場合には、並行研修した一般外来研修日数分を別途確保必

要があります。当院のプログラムはこれに対応するため、外科は8週（4週以上が必須）、小児科を当院のみで研修する場合には6週（4週以上が必須）と定めています。

一般外来の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および慢性疾患患者の継続診療を含む研修を行うものとされています。総合診療、一般内科、一般外科、小児科、地域医療などにおける研修がその場に該当します。特定の症候や疾病のみを診療する専門外来や、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ません。

このように一般外来の研修で求められている研修内容を鑑みると、当院のプログラムにおける毎週水曜日開催の臨床推論や、毎週月・水・金曜日開催の一般外来研修検討会が重要であると容易に理解できると思います。積極的に参加することで、研修の充実度が向上すると思います。

当院のプログラムにおける一般外来の研修は、期間や研修内容、並行研修・ダブルカウントを加味しています。研修医の皆さんは上記4つの場合を一般外来の研修としてPG-EPOCに登録してください。

○経験すべき症候と疾病・病態

①－29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ってください。

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

②－26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ってください。

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)

経験すべき症候と疾病・病態の研修を行ったことの確認は、日常診療において作成する**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**を含む内容を**電子カルテ内に記載**した上で、PG-EPOCの所定の箇所に必要事項を入力してください。指導医の承認をもって経験したことになります。

病歴要約とは、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であり、具体的には退院時要約、診療情報提供書、患者申し送りサマリー、転科サマリー、週間サマリー等の利用を想定しています。改めて提出用レポートを書く必要はありません。

症例レポートの提出は必須ではありませんが、経験すべき症候(29症候)、および経験すべき疾病・病態(26疾病・病態)について、研修を行った事実の確認を行うため日常業務において作成する病歴要約を確認する必要があります。

病歴要約に記載された患者氏名、患者 ID 番号等は同定不可能とした形でPG-EPOCに入力し記録することになります。「経験すべき疾病・病態」の中の少なくとも1症例は、外科手術に至った症例を選択し、病歴要約には必ず手術要約を含めることが必要です。

D. 研修マトリックス表 (●は主として経験を推奨する分野、○は経験可能分野)

研修単元／科目の状況			必須分野											その他																			
		オリエンテーション	一般外来	内科分野	消化器内科	循環器内科	腎透析内科	外科	小児科	産婦人科	精神科	救急科	地域医療	麻酔科	整形外科	眼科	保健所	イブニングセミナー															
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）																																	
社会的使命と公衆衛生への寄与	●	全研修期間を通じて医師としての「基本的価値観」を涵養する。																															
利他的な態度	●																																
人間性の尊重	●																																
自らを高める姿勢	●																																
B.資質・能力																																	
医学・医療における倫理性	●	○	全研修期間を通じて医師としての「資質・能力」を涵養する。															●															
医学知識と問題対応能力		●																	○														
診療技能と患者ケア		●																															○
コミュニケーション能力	●	○																															○
チーム医療の実践	●	○																															○
医療の質と安全管理	●	○																															○
社会における医療の実践	○	○																															●
科学的探究		○																															●
生涯に渡って共に学ぶ姿勢	●																																○
C.基本的診療業務																																	
一般外来	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		－					○	○					●																			
病棟	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				－	－	－	●								○	○																
初期救急	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		○		－	－	－						●																				
地域医療	概念と枠組みを理解				－	－	－							●				○															
	種々の施設や組織と連携				－	－	－							●				○															

研修単元／科目の状況			必須分野												その他			
		オリエンテーション	一般外来	内科分野	消化器内科	循環器内科	腎透析内科	外科	小児科	産婦人科	精神科	救急科	地域医療	麻酔科	整形外科	眼科	保健所	イブニングセミナー
II 実務研修の方略																		
臨床研修を行う分野																		
1. オリエンテーション																		
臨床研修制度・プログラムの説明	●			－	－	－												
医療倫理	●	○	○	－	－	－	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
医療関連行為の理解と実習	●	○	○	－	－	－	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
患者とコミュニケーション	●	○	○	－	－	－	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	
医療安全管理	●	○	○	－	－	－	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
多職種連携・チーム医療	●	○	○	－	－	－	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
地域連携	●	○	○	－	－	－	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
自己研鑽：図書室、文献検索、EBMなど	●	○	○	－	－	－	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
2. 全研修期間を通じて研修が必須である項目																		
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）			－	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		●
3. 全研修期間を通じて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	●	○	－	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○
4. 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		●	－	○				○				○						

研修单元／科目の状況			必須分野											その他				
		オリエンテーション	一般外来	内科分野	消化器内科	循環器内科	腎透析内科	外科	小児科	産婦人科	精神科	救急科	地域医療	麻酔科	整形外科	眼科	保健所	イブニングセミナー
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・筋力低下		○	－	○				○			○	○		●			
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			－	●	○	○	○		○			○					
5. 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		○	－	●								○					

研修単元／科目の状況			必須分野											その他				
		オリエンテーション	一般外来	内科分野	消化器内科	循環器内科	腎透析内科	外科	小児科	産婦人科	精神科	救急科	地域医療	麻酔科	整形外科	眼科	保健所	イブニングセミナー
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	統合失調症			－							●	○						
26	依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）			－	○						●	○	○					
6．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）																		

研修单元／科目の状況		必須分野													その他			
		オリエンテーション	一般外来	内科分野	消化器内科	循環器内科	腎透析内科	外科	小児科	産婦人科	精神科	救急科	地域医療	麻酔科	整形外科	眼科	保健所	イブニングセミナー
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																		
大学での医学教育モデルコアカリキュラムでの学修目標																		
体位交換				○	－	－	－	○	○	○	○	●	○	○	○	○		
移送			○	○	－	－	－	○	○	○	○	●	○	○	○	○		
皮膚消毒			○	○	－	－	－	●	○	○		○	○	○	○	○		
外用薬の貼布・塗布				○	－	－	－	○	○	○		○	○	○	●	○		
気道内吸引・ネブライザー				○	－	－	－	○	○	○		●	○	○	○	○		
静脈採血				○	－	－	－	○	○	○		●	○	○	○	○		
胃管の挿入と抜去				○	－	－	－	○	○	○		●	○	○	○	○		
尿道カテーテルと挿入と抜去				○	－	－	－	●	○	○		○	○	○	○	○		
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				○	－	－	－		○			○	○			●		
初期研修中に身につける臨床手技																		
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胃管の挿管と管理				－	○			○	○	○		●	○	○	○			
⑬局所麻酔法				－			○	○	○	○		○	○	●	○	○		
⑭創部消毒とガーゼ交換				－			○	●	○	○		○	○	○	○			

研修単元／科目の状況			必須分野												その他			
		オリエンテーション	一般外来	内科分野	消化器内科	循環器内科	腎透析内科	外科	小児科	産婦人科	精神科	救急科	地域医療	麻酔科	整形外科	眼科	保健所	イブニングセミナー
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）	○	○	●	－	－	－	○	○	○	○	○	○		○	○		

E. 各診療科臨床研修プログラム

消化器内科・・・・・・・・・・P25

循環器内科・・・・・・・・・・P28

腎透析内科・・・・・・・・・・P31

外科・・・・・・・・・・P34

産科・・・・・・・・・・P38

婦人科・・・・・・・・・・P45

救急・・・・・・・・・・P42

麻酔科・・・・・・・・・・P49

整形外科・・・・・・・・・・P51

小児科・・・・・・・・・・P53

眼科・・・・・・・・・・P58

消化器内科臨床研修プログラム

研修の到達目標 (GIO)

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。

診療を通じて医師として必要なプロフェッショナリズム、資質・能力・基本的診療業務を身につける。

<消化器内科研修中に身につけるべき資質・能力>

(個別到達目標 (specific behavioral objective; SBO))

1. 一般的な消化器疾患の病態を理解する
2. 消化器疾患の一般的な検査、治療手技の適応を理解し、結果を解釈する。
3. 初期治療計画を立てる。
4. 患者及び家族と良好な人間関係を築く
5. コメディカルと協力し、チーム医療を実践する
6. 終末期を迎えた患者の苦痛を早期に把握し、対応できるようにする
7. 日々の診療録、サマリー、紹介状などを作成する

研修方略

<On the Job Training>

1. 病棟で入院患者の診療を主治医として5名程度担当する。
2. 病棟の多職種カンファレンスに参加し、担当患者の意見交換を行い、治療方針を決定する
3. 腹部超音波検査、CT検査、上部消化管内視鏡検査（EGD）、下部消化管内視鏡検査（CF）、内視鏡下超音波内視鏡検査（EUS）、内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査（ERCP）に参加し、その適応、方法、結果について解釈する。
4. 医学的な処置（胸水穿刺、腹水穿刺、経皮経肝胆嚢ドレナージ、骨髄穿刺・生検、髄液検査、CVカテーテル挿入）を行う。
5. 患者、家族と病状説明を通じて意思決定の共有（shared decision making:SDM）を行う。
6. 死亡確認を行う

<Off the Job Training>

1. 院内ICLSコース、BLSコースへの参加
2. 内視鏡モデルを用いた内視鏡トレーニング
3. 症例検討会への参加
4. 学会発表への参加

内科学会総会「研修医ことはじめ」、内科学会信越地方会、消化器病学会甲信越地方会

<週間予定表>

	月	火	水	木	金	不定期
午前	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟	SDM ER 当直 医学的処置 OMP SEA
午後	CF 1日の振り返り	ESD 1日の振り返り	CF 1日の振り返り	病棟カンファレンス 1日の振り返り	EUS、ERCP 1日の振り返り	

<長期にわたる研修や選択期間を利用した2回目以降の研修におけるプログラム>

1. 主治医としてより多く（10名程度）の入院患者を担当する。

評価

知識：カンファレンスでの質疑応答、病歴要約で評価する。

技能：診察方法、検査の技術に関して観察記録で評価する。

態度：患者やスタッフとのコミュニケーションを観察記録で評価する。

<研修中の評価（形成的評価とフィードバック）>

1. On-the-job trainingの様々な経験の場で、指導医、上級医による形成的評価を行う。
2. mini-CEX, Case-based Discussion (CbD), One minute preceptor (OMP)、1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、指導者による形式的評価が行われる。
3. 1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>

研修医に対する形式的評価

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。
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、疾患については、研修中に作成された病歴要約を指導医は考察も含めて内容確認し、十分な研修がなされたと判断した場合は、PG-EPOCで承認を得る。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、定期的な形式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。これも研修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式的評価

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、臨床研修医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、統括的評価は行わない。

2年間の研修終了時に、臨床研修医管理委員会 が修了認定の統括的評価を行うが、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>

ショック、体重減少・るい痩、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作、視力障害、胸痛、心停止、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、運動麻痺・筋力低下、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、終末期の症候

<経験すべき疾病・病態>

脳血管障害、心不全、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、尿路結石、脂質異常症、依存症（アルコール・薬物）

指導体制

<研修責任者>

中田直克

<指導医>

圓谷朗雄 中田直克

<上級医>

徳永麻美、立川千珠

循環器内科臨床研修プログラム

研修の到達目標

循環器系疾患を中心とした内科全般の病態、診断、治療法を学ぶ。

<循環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）>

循環器診療に必要な基本的知識、診断・治療の基本的技術を学び緊急時にも直ちに対応できる技術および態度を習得する。また、循環器疾患に留まらず、他臓器疾患との関連を十分考慮した診療態度を習得する。

研修方略

<外来診察>

1. 指導医の診察、検査指示、説明、治療計画、治療法を見学する。
2. 病歴を詳細に聴取し、診療録に記録する。
3. 理学的所見などの基本的診察をおこなう。
4. 必要な検査（心電図、レントゲン、血液尿検査、心エコー等）を行い結果の解釈を学ぶ。

<入院診療>

1. 指導医とともに、担当医として患者を受け持つ。
2. 検査結果の解釈を学び、病態を把握する。
3. 治療計画、インフォームドコンセントに参加する。
4. 心電図および心電図モニター所見の解釈を学ぶ。
5. 心エコー検討会などに参加し心エコー所見の解釈を学ぶ。
6. 冠動脈造影検査に参加し冠動脈造影所見の解釈を学ぶ。
7. ペースメーカー植込みの適応を理解し植込み術に助手として立ち会う。
8. 入院患者のカンファレンスに参加し担当患者の症例提示を行う。

<救急診療>

1. 救急患者が来院した場合に初期診療にあたる。
2. 緊急心臓カテーテル検査や電氣的除細動、一時ペーシング挿入などの必要性を判断する。
3. 救急症例の カンファレンスに参加する。

<週間予定>

	午前	午後
月	病棟診療、心エコー、トレッドミル	病棟診療、ERカンファ
火	病棟診療、心エコー、トレッドミル	病棟診療、循環器カンファ
水	病棟診療、初診 or ER	病棟診療、心カテ、ペースメーカー植込み
木	病棟診療、心エコー、トレッドミル	病棟診療、心カテ、ペースメーカー植込み
金	病棟診療、心エコー、トレッドミル	病棟診療、ERカンファ

<長期にわたる研修や選択期間を利用した2回目以降の研修におけるプログラム>

1. 担当医としてより主体的に患者の検査、治療方針決定に関わり、病状説明も指導医の管理下で積極的に行う。
2. 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を作成する。

評価

<研修中の評価>

1. 週間予定表に示した様々な経験の場で、循環器内科研修中に身につけるべき資質・能力に記載した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行う。
2. 病棟回診やカンファレンスなどで適宜、指導医・上級医による形成的評価を行う。

<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もPG-EPOC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者が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で承認する。内容が不十分な場合は修正を求める。
4. 上記の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. 研修修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・上級医、研修プログラムに対する形成的評価

1. 研修修了後に、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、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改善のために活用される。

<総括的评价>

2年間の研修修了時に研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行う。

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、胸痛、心停止、呼吸困難、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、脂質代謝異常

指導体制

<研修責任者>

松本晃

<指導医>

松本晃、沼哲之、縄田淳

腎透析内科

研修の到達目標

腎疾患の診療を通して、実践的な内科診療能力を身につける。

腎炎、ネフローゼなどの一次性の腎疾患についての対応方法を習得する。

感染症や脱水などに付随する二次性腎機能障害の成因と対応方法を習得する。

症状や検査結果の重症度・緊急度を判断し、必要時は専門医に適切に紹介できる。

他職種との連携が取れる。

患者や家族にわかりやすい説明を行える。

維持透析についての概要と、バスキュラーアクセス関連の手技につき理解する。

<腎臓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）>

4. 的確な医療面接や身体診察、検体採取ができる（技能）
5. 基本的検査（血液検査、尿検査、単純X線、CTなど）の結果を解釈し、初期治療方針が立てられる（解釈）
6. 検査結果と治療計画につきチームスタッフに説明、提案できる（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 に基づいて迅速・適切に診療録に記載できる（問題解決）
9. 継続診療のための問題リスト、評価、診断、治療、教育的計画が作成できる（問題解決）
10. 急性腎障害の原因を適切な検査を行って鑑別できる（問題解決）
11. 緊急透析の適応や実施方法につき理解し、必要性を判断できる（解釈）
12. 慢性腎臓病患者やその家族に病態の説明や生活指導（食事療法など）を適切に行える（解釈・態度）
13. 腎生検の適応・禁忌、実施方法、合併症を理解し、必要性を判断できる（解釈）
14. 抗生剤や鎮痛薬につき、腎機能に合わせた処方調整が行える（問題解決）
15. 免疫抑制薬（特にステロイド）を使用する際の適応、副作用につき説明でき、適切な処方が行える（問題解決・解釈）

研修方略

<On the job training>

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. カンファレンス：病棟・透析室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方針を説明、共有する
4. 外来研修：（主に緊急入院患者や当科通院患者の状態変化時）病歴聴取、身体診察を行う
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. 手術・手技：腎生検、シャント手術、経皮的血管形成術につき、適応や方法を理解し、検査に参加する
7. 症例検討：特に病態が複合的であったり問題点が多数存在したりする症例につき、検査結果

解釈や治療方針について適宜検討する

8. 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>

1. 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
2. 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	病棟研修 病棟回診、透析室回診					外来研修 病状説明
午後	病棟研修					手術・手技 病状説明
				病棟カンファレンス		SEA 透析室カンファレンス
夕方	申し送り等 一日の振り返り					症例検討 学会発表

<長期にわたる研修や選択期間を利用した2回目以降の研修におけるプログラム>

1. 平日1st call担当医として指導医と共に従事する。
2. 入院患者さんの補液や検査を自分で考え、指導医・上級医の承諾後にorder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。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、それ以外の場合でも、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・上級医、研修プログラムに対する評価

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>

2年間の研修修了時に研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行う。

腎臓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、体重減少・るい瘦、発熱、呼吸困難、嘔気・嘔吐、終末期の症候

<経験すべき疾病・病態>

心不全、高血圧、肺炎、腎盂腎炎、腎不全、糖尿病、脂質異常症

指導体制

<研修責任者>

吉田一浩

<指導医>

吉田一浩，南茂，磯矢嵩亮

<上級医>

武田将慶

外科臨床研修プログラム

研修の到達目標

外科（消化器外科、乳腺外科）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。そのためには、臨床医としての外科医の役割を理解した上で、他職種のスタッフと協力して外科チームの一員として診療に参加し、各疾患の基本診療方針を知り、外科基本手技、周術期管理、栄養管理、患者家族への対応方法を学習する。

<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）>

（個別到達目標 (specific behavioral objective; SBO)）

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. 鑑別疾患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（胸腹部レントゲン、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、輸液製剤の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、結腸切除術、胆嚢摘出術、膵臓手術、肝切除術、鼠径ヘルニア根治術、乳房切除術など）の適応や手技、合併症、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、診療計画、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）職種のスタッフと、相互理解に基づいたチーム診療が行える（態度）。
12. 診療経過や推論課程をPOS (Problem-Oriented System) 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>

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、外科入院患者の身体初見や診療の基本を学ぶ。
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. 外来で初診患者の病歴聴取、身体診察を行う。
6. 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。
7. 外科手術に参加し、手洗い、術前皮膚消毒、清潔不潔の概念、外科で使用する手術道具の適切な使用方法、手術手技、術野の展開について学ぶ。
8. 外科手術に術者として参加し、手術記録を作成し、術後カンファレンスで報告する。

9. 外科疾患に対する治療方法の適応選択、周術期管理に必要な薬剤の選択、術後合併症対応などのカンファレンスに参加し、双方向のディスカッションを行う。
10. 時間外の急変やERのon callに対応し、初期診療を行う。

<Off the job training>

1. 外科関連の勉強会、研究会、学会に参加する。
2. Wetラボ、Dryラボなどのトレーニングイベントに参加し、手術手技を体験し向上を目指す
3. 毎週水曜日に開催される富山大学附属病院肝胆膵がんカンサーボードに参加し最新の診療方針を学ぶ。
4. 毎週木曜日の術後検討会に参加し、手術手技の復習を行う。

<週間予定表>

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
7:45	臨床推論 (研修医プログラム)				
8:15				術後検討会	
8:30	病棟入院患者検討会	術前検討会	病棟入院患者検討会	術前検討会	消化器がんカンサーボード
8:50		病棟入院患者検討会		病棟入院患者検討会	病棟入院患者検討会
9:15	病棟回診	病棟回診	外来診療	病棟回診	病棟回診
11:00	手術 (途中昼食交代)	手術 (途中昼食交代)	手術 (途中昼食交代)	手術 (途中昼食交代)	手術 (途中昼食交代)
15:30	病棟夕回診 (手術参加優先)	病棟夕回診 (手術参加優先)	病棟夕回診 (手術参加優先)	病棟夕回診 (手術参加優先)	病棟夕回診 (手術参加優先)
16:30	ER・一般外来検討会 (研修医プログラム)		ER・一般外来検討会 (研修医プログラム)		ER・一般外来検討会 (研修医プログラム)
18:30			富山大学附属病院 肝胆膵がんカンサーボード (WEB meeting)		

<外科研修中のその他のレクチャー>

1. 消化器外科領域の以下に示す各疾患のレクチャー
胃癌、大腸癌、膵癌、乳癌、鼠径ヘルニア、胆石症、腸閉塞
2. 結紮手技レクチャー（外科研修開始時と修了時）
3. 外科周術期管理に関する以下に示す内容のレクチャー
ドレーン管理、感染症対策、消化器外科周術期の補液

<長期にわたる研修や選択期間を利用した2回目以降の研修におけるプログラム>

1. 平日夜間1st call 担当医として指導医と共に従事する。
2. 入院患者さんの補液や検査を自分で考え、指導医・上級医の承諾後にorderする。
3. 手術に術者として参加する。本人の力量に応じて①指導医が術式を選択する、②手術の一部のみ術者として参加する場合もある。
4. 外科外来にて指導医・上級医とともに悪性腫瘍術後の患者さんの診療を行う。

評価

<研修中の評価>

1. 週間予定表に示したOn the job training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。
2. One minute preceptor (5 micro skill)や、病棟夕回診時における振り返り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を行う。
3. 病棟夕回診時における振り返りは、研修医自身の振り返りの場として活用する。

<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・上級医が評価する。メディカルスタッフもPG-EPOC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者が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で承認する。内容が不十分な場合は修正を求める。
4. 上記の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. 研修修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・上級医、研修プログラムに対する形成的評価

1. 研修修了後に、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、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改善のために活用される。

<総括的评价>

外科の研修では総括的评价は行われない。2年間の研修修了時に研修管理委員会が修了判定の総括的评价を行うが、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、発熱、吐血・喀血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便通異常、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>

肺炎、急性胃腸炎、胃癌、消化性潰瘍、胆石症、大腸癌

指導体制

<研修責任者>

澤田成朗

<指導医>

山岸文範、澤田成朗

<上級医>

山崎豪孔，深澤美奈，長岡泰宏

産科臨床研修プログラム

研修の到達目標 (GIO)

日常診療での妊娠・分娩、ならびに軽度の合併症に適切に対応できる基本的な診療能力を修得することを目指す。

産科では、母体の妊娠の経過による変化を習熟し、胎児の健康状態を把握し、正常分娩、帝王切開を補助する能力を習得する。

<産婦人科研修中に身につけるべき資質・能力>

(個別到達目標 (specific behavioral objective; SBO))

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

以下の産科診療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。

Leopold 触診法や超音波検査、内診など

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による妊娠状況の把握
- 3) その他必要な検査について、患者（家族）に説明し、結果を評価して患者（家族）に説明できる。

2. 基本的治療法

- 1) 妊産婦に対する投薬、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。

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) 正常妊婦、分娩、産褥の管理
- 2) 正常新生児の管理 (主として小児科)
- 3) 腹式帝王切開術 (第2助手として)や子宮内容除去術(見学)
- 4) 切迫流・早産の管理
- 5) 異常妊娠への対応
- 6) 産科出血に対する応急処置法

研修計画

<On the Job Training>

1. 研修期間の初日に、指導医から産科研修のオリエンテーション(ガイダンス)を受ける。指導医との医療チームの一員として、適宜、指導医、コ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。
2. 外来診療：産科指導医と共に診察を行う。
3. 病棟診療：入院患者を診療し、診療録を記載する。カンファレンス症例があれば、プレゼンテーションをする。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。会陰裂傷縫合は見学が十分であれば、指導医の立会いのもとに考慮する。また、夜間の分娩・急患に関しては、拘束日を決めて、指導医とともに診療にあたる。
4. 手術:原則として全手術の助手（年間手術症例は数例）
5. 症例検討会：必要時適宜

<Off the Job Training>

1. 産科関連の勉強会、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。

<週間予定表>

	月	火	水	木	金	不定期
午前	病棟 外来	病棟 外来	病棟 外来	病棟 外来	病棟 外来	
午後	病棟 1日の振り返り	病棟 勉強会 1日の振り返り	病棟 1日の振り返り	病棟 カンファレンス 1日の振り返り	病棟 勉強会 1日の振り返り	

<長期にわたる研修や選択期間を利用した2回目以降の研修におけるプログラム>

1. 時間外診療の1st callを受け、指導医とともに診療に対応する。
2. 外来・病棟患者について積極的に診療方針を決定し、指導医の確認を受け実施する。
3. 正常分娩については、指導医に報告しながら、助産師とともに管理していく。

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、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、それ以外の場合でも、適宜指導医、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、産科研修の形成的評価もその材料となる。

産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、性器出血、腹痛、頭痛、めまい

<経験すべき疾病・病態>

急性上気道炎（インフルエンザ、コロナ）、急性胃腸炎、糖尿病、甲状腺機能、高血圧、うつ病

指導体制

<研修責任者>

中野祐滋

<指導医>

中野祐滋

婦人科臨床研修プログラム

研修の到達目標 (GIO)

日常診療で経験する婦人科疾患の病態把握と基本的診療技術と専門知識の習得を目的とする。
婦人科は感染症・腫瘍・内分泌異常などの多岐にわたる。1週間という限られたスケジュールであるため、一般臨床医に必要とされる女性特有のプライマリーケア、救急医療についても学ぶ。

<婦人科研修中に身につけるべき資質・能力>

(個別到達目標 (specific behavioral objective; SBO))

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で医師としてのマナーを守り、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. 婦人科の基本的診察法を習得する。

以下の婦人科診療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) 問診および病歴の記載：患者と良いコミュニケーションを保って問診を聴取し、病歴作成ができる。
- 2) 婦人科の診察、診療に必要な基本的態度・技能を身につける。
- 3) 婦人科の検査、診療に必要な種々の検査を実施あるいは依頼し、その結果を評価して、指導医のもとで、患者・家族にわかりやすく説明することができる。
- 4) 婦人科良性腫瘍、子宮内膜症、骨盤内感染症の手術療法および薬物療法について理解する。。
- 5) 婦人科救急疾患について理解し、適切なプライマリーケアができる。

B. 経験すべき検査・手技・治療法

1. 臨床検査

- 1) 経腹および経膣超音波断層法
- 2) 感染症の検査
 - ・ 膣トリコモナス感染症検査
 - ・ 膣カンジダ感染症検査
 - ・ クラミジア感染症検査
- 3) 子宮膣部細胞診検査、採取法
- 4) 放射線学的検査
 - ・ 骨盤X線CT検査
 - ・ 骨盤MRI 検査

2. 基本的治療法

薬物の作用、副作用、相互作用について理解し、薬物治療（ホルモン補充療法、抗菌薬、副腎皮質ステロイド薬、麻薬を含む）ができる。同時に副作用の評価と対応を学ぶ。

C. 経験すべき症状・病態・疾患

研修の目的は、患者の呈する症状と身体所見、簡単な検査所見に基づいた鑑別診断、初期治療を的確に行う能力を獲得することにある。

1) 頻度の高い症状：腹痛、腰痛

婦人科疾患に基づく腹痛・腰痛が多く存在するので、それらの病態を理解するよう努める。

具体的疾患として、子宮筋腫、子宮腺筋症、子宮内膜炎、子宮傍結合組織炎、子宮留血症、子宮留膿症、月経困難症、子宮付属器炎、卵管留水症・留膿症、卵巣子宮内膜症、骨盤子宮内膜症、卵巣過剰刺激症候群、排卵痛、骨盤腹膜炎などがある。

2) 緊急を要する症状・病態：急性腹症

婦人科疾患による急性腹症の多くは緊急を要する場合があるため、患者の初期診療に関する確に鑑別（子宮外妊娠、卵巣腫瘍茎捻転、卵巣出血など）する臨床的能力を身につける。

3) 婦人科腫瘍

- ・ 骨盤内の解剖の理解
- ・ 婦人科良性・悪性腫瘍の診断と治療

4) 無月経、不正性器出血の診断と治療

5) 更年期障害、骨粗しょう症の診断と治療

研修方略

<On the Job Training>

1. 研修期間の初日に指導医から婦人科研修のオリエンテーションを受ける。
2. 適宜、指導医、コ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。
3. 外来診療:婦人科外来担当指導医と共に診察を行う。
4. 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。

<Off the Job Training>

1. 婦人科関連の勉強会、研究会、学会などに参加する。
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	不定期
午前	外来	外来	自習	外来	外来	
午後	主要な婦人科的症候・疾患に関する講義 1日の振り返り	主要な婦人科的症候・疾患に関する講義 1日の振り返り	自習（希望に応じて黒部市民病院婦人科手術参加）	主要な婦人科的症候・疾患に関する講義 1日の振り返り	主要な婦人科的症候・疾患に関する講義 1日の振り返り	

<長期にわたる研修や選択期間を利用した2回目以降の研修におけるプログラム>

1. 外来担当医として、より主体的に患者の検査、治療方針決定に関わり、病状説明も指導医の管理の下で積極的に行う。
2. 連携する黒部市民病院において、婦人科手術症例に助手として参加する。本人の力量において、一部指導者の責任のもとに行う場合もある。
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を作成する。

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、SBOの達成状況について、指導医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EPOC2に研修医が入力した自己評価を元に、指導医が評価する。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EPOC2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、EPOC2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EPOC2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。
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>

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、婦人科研修の形成的評価もその材料となる。

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>

ショック、体重減少・いらい、発熱、頭痛、めまい、腹痛、便秘異常（下痢・便秘）、腰背部痛、関節痛、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、抑うつ、終末期の症候

<経験すべき疾病・病態>

高血圧、糖尿病、脂質代謝異常、うつ病

指導体制

<研修責任者>

日高隆雄

<指導医>

日高隆雄

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）> （個別到達目標 (specific behavioral objective; SBO)）

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、耳鏡検査、外傷の診察、小児の診察等も含む)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、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. 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、看護師などのコメディカル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。
- 2.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。
- 3.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1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。

<Off the job training (Off-JT)>

救急救命関連の原則として当院を会場に定期的に開催される、BLS、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>

	午前	午後
月	ER研修	ER研修、pm4:30-検討会
火	ER研修	ER研修
水	ER研修	ER研修、pm4:30-検討会
木	ER研修	ER研修
金	ER研修	ER研修、pm4:30-検討会

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。

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. One minute preceptor (5 micro skill)や、週3回の検討会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. 検討会の振り返りは、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. 上記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>

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。

<総括的评价>

救急科研修では、総括的评价は行われない。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评价を行うが、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、便通異常(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、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>

縄田 淳

<指導医>

山岸文範, 縄田 淳, 磯矢嵩亮

麻酔科臨床研修プログラム

研修の到達目標

院内各科でおこなわれる手術に対する各麻酔手技、周術期管理を習得する。

外来および病棟で迅速で安全な全身管理を実施するために、周術期におけるバイタルサインの解釈、鎮静薬・鎮痛薬の使い方、また麻酔手技を習得することで、呼吸管理、循環管理および鎮痛鎮静などの救急処置を実施する能力を養う。

<研修中に身につけるべき資質・能力・技能(技能、問題解決、解釈、態度)>

(個別到達目標 (specific behavioral objective; SBO))

1. ASA分類を考慮した患者リスクの全身評価ができる。
2. 気道確保および全身状態を把握するために身体診察ができる。
3. 鎮痛薬、鎮静薬、輸液および循環作動薬の用法、用量および禁忌を説明できる。
4. 全身麻酔の適応と禁忌を説明できる。
5. 区域麻酔の適応と禁忌を説明できる。
6. 気道確保ができる。
7. 静脈ルート確保、観血的動脈圧ルート確保、中心静脈確保、神経ブロックなどを実践する。
8. 挿管困難症例を認識することができる。
9. 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。
10. 麻酔科指導医、手術室看護師、外科医とあいさつを含め、コミュニケーションをとり、チーム医療を担う一員であるという自覚をもって麻酔を行う。
11. 術後の疼痛の評価、吐き気などの合併症を理解し、対処する。

研修方略

1. 術前診察：術前診察(往診)に同行し、患者のリスク評価、麻酔法の選択、患者への説明などを行う。
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：手術室にて実際に麻酔をかける。静脈ルート確保、気道確保等を実践する。
4. 麻酔維持管理：手術の進行、術野の様子や出血量、尿量、生体モニターから得られる情報を評価し維持管理を行う。補正を要する状況となれば主治医とともに対応する。
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. 術後回診：術後の疼痛、吐き気等の合併症を把握し、対処する。

<週間予定表>

	8:30 - 9:00	午前	午後
月	術前カンファレンス	術後回診・術前診察・手術麻酔	手術麻酔
火	術前カンファレンス	術後回診・術前診察・手術麻酔	手術麻酔

水	術前カンファレンス	術後回診・術前診察・手術麻酔	手術麻酔
木	術前カンファレンス	術後回診・術前診察・手術麻酔	手術麻酔
金	術前カンファレンス・1週間の振り返り	術後回診・術前診察・手術麻酔	手術麻酔

評価

<研修中の評価>

原則として毎週金曜朝、術前カンファレンス後に到達目標の達成状況について形成的評価とフィードバックを行う。

<研修後の評価>

研修医に対する評価

1. 研修終了後にPG-EPOCを用いた評価。研修医評価表Ⅰ、Ⅱ、Ⅲに責任指導医が達成評価を記載する。
2. 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管理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評価表にサインをする。

指導医・研修プログラムに対する評価

研修終了時に、研修医は指導医に対する評価表を記入する。

<総括評価>

2年間の初期臨床研修修了時に、臨床研修管理委員会が総括的評価を行う。

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>

黒田康子

<指導医>

黒田康子

整形外科臨床研修プログラム

研修の到達目標

臨床医として整形外科の役割を理解し、整形外科疾患に対応できる知識と検査及び診療手技を身に付ける。

整形外科疾患（脊椎外科、関節外科）に対する基本的な診療について学ぶ。

整形外科救急での処置とその後の治療について学習する。慢性疾患の診断と治療を保存的、手術的治療を通して習得する。

整形外科は運動器（骨、関節、筋肉、神経）を対象とする診療科であり、外傷、脊椎脊髄疾患、関節疾患、リウマチ疾患、スポーツ、リハビリテーションなど幅広い分野での知識を習得する必要がある。

<整形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）>

（個別到達目標 (specific behavioral objective; SBO)）

1. 救急処置を必要とする場合において骨折の重症度評価ができる。
2. 骨折の評価とシーネやギブスによる外固定が適切にできる。
3. 創傷の重症度、損傷組織の把握とそれに応じた処理ができる。
4. 外来初診患者の問診聴取と必要なX Pオーダー、読影ができる。
5. 関節穿刺、穿刺液の質評価が適切にできる。
6. 脊髄損傷の診断ができる。
7. 病棟での研修として脊椎疾患や関節疾患の入院治療計画ができる。
8. 担当患者のリハビリによる機能回復訓練に携わる。

研修方略

週間スケジュールに沿って行動する。

<週間予定>

	午前	午後
月	回診	手術
火	外来	リハビリ研修
水	外来	手術
木	外来	リハビリ研修
金	E R 検討会	手術 股関節脱臼健診

評価

<研修中の評価>

1. 週間予定表に示したon the job training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。
2. One minute preceptor (5 micro skill)や、病棟夕回診時における振り返り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を行う。
3. 病棟回診時における振り返りは、研修医自身の振り返りの場として活用する。

<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・上級医が評価する。メディカルスタッフもPG-EPOC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者が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で承認する。内容が不十分な場合は修正を求める。
4. 上記の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. 研修修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・上級医、研修プログラムに対する形成的評価

1. 研修修了後に、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、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研修管理委員会が修了判定の総括的評価を行う。

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>

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）

<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>

長田龍介

<指導医>

長田龍介

<上級医>

和田輝至

小児科臨床研修プログラム

研修の到達目標

新生児期から思春期にかけて小児の発達の特徴を理解しcommon diseaseを中心とする小児疾患の診断や治療、健診や予防接種などを行うのに必要な基本的能力（技能・問題解決・解釈・態度）を小児科研修中に習得することを目標とする。また、小児の臨床倫理の理解と患児、家族への良好な支援を築くことも目標とする。

＜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、発達生育歴、予防接種歴を確認し診療に役立てることができる。
2. 患児ならびに保護者から病歴を含む診療上必要な情報が得られるように信頼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、新生児や乳幼児を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疾患について理解を深め、診断、治療法を学び、選択、実践できる。
5. 伝染性疾患に応じた感染予防を適切に行うことができ、患児と保護者に指導できる。
6. 外来、病棟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、乳幼児への医療処置、検査、血管確保など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基本的な知識を有し、状態安定にむけた初期治療を想起し、選択できる。PALSを理解する。
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. 1ヶ月健診、6ヶ月健診、予防接種、地域における健康診断に指導医とともに参加する。
12. 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。
13. 帝王切開の立ち会いに積極的に参加し、できる限り新生児蘇生に参加する。NCPRを理解する。
14. 小児の臨床倫理を理解し、こどもの人権と尊厳を守り、家族の支援を行うことができる。
15. 地域の小児科医会（糸魚川、上越）に積極的に参加する。

研修方略

週間スケジュールに沿って、一般診察、検査手技、入院患者の管理方法など継続的な診療にあたる。

＜一般外来、救急外来診療＞

小児科の外来診療に参加する。上級医、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。診療後、診療に参画した患者リストを作成し、診療録をもとに振り返り・検討を適宜行う。

＜病棟診療＞

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。診療後、入院診療録をもとに適宜振り返り・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。
 その他：院内外の乳幼児健診や予防接種に指導医とともに参加する。

<カンファレンス・学会発表>

新規の受け持ち患者について入院翌日の朝回診前のカンファレンス時にプレゼンテーションを行う。新規性、公益性の高い症例を担当することがあれば、学会発表を行い症例報告として論文化する。

前述の「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）」で記載した各項目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、予算などの項目ごとに以下に記載する。

下の表の「資質・能力」欄の数字は「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）」で示した番号を意味する。

	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	1,2,3,4, 5,6,9,14	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）	上級医 指導医	0円
2	シミュレーション	13	小児科 研修開始～ 2週間	1～2名	30分～ 60分	医局 会議室	シミュレーションフィギュア	上級医 指導医	0円
3	シミュレーション	9,12	研修中	研修医複数 数名～	2時間	講堂 会議室	講義、シミュレーションフィギュア	上級医 指導医 インストラクター	講演料
4	臨床実地	2,3,4,5,6,7, 8,9,10,11	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
5	臨床実地（ER）	1,2,3,4,5,6, 7,8,9	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
6	有意事象分析	2,3,4,5,9	研修中	1～2名	30分	外来	紙	上級医 指導医	0円

<週間予定>

	月	火	水	木	金
8:30	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟
10:00 - 12:00	外来	外来	外来	外来	外来
14:00 - 15:00	外来、回診	予防接種 健診	外来、回診 (13:30- 1ヶ月健診)	予防接種 健診	外来、回診 申し送り
15:00 - 17:00		外来、回診		外来、回診	

補足等）上記の他に適宜救急外来での診療、院外での乳児健診がある。

- 1.土曜日、日曜日は小児救急外来を行っており、希望により参加する
- 2.夜間の時間外診察で研修に有用な経験が積める症例の場合は指導医から連絡し参加を打診する。
- 3.新生児診察や病棟回診は上級医と共に経験し、レクチャーを受ける。
- 4.外来診療は新患者の問診、身体所見、検査方針、鑑別診断、治療方針について指導医と検討する。
- 5.SEAシートの作成と検討を行う。

<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. 下記はいずれも上級医の管理下、指導のもと実施する。
2. 担当医として入院患者の輸液や検査の内容、治療方針を考え、病状を説明する。
3. 希望があれば外来診療(症例は要相談)、新生児蘇生、休日ERでの朝の小児診察を実施する。
4. 適切な症例があれば研究会、学会で症例方向し、論文を作成する。

評 価

知識：指定症例レポート、診療録、症例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、NCPR、PALSトレーニング

態度：指導医、看護師などの他職種のメディカルスタッフ

Mini-CEX, 360度評価に準じて評価する。

<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。
- ・重症度、緊急度の判定と治療介入の初期判断ができる。
- ・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

- ・鼓膜観察、静脈採血、毛細管採血、皮下注射、皮内注射、静脈確保、薬液注腸、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、導尿カテーテルの挿入、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。

<総括評価>

2年間の初期臨床研修修了時に、臨床研修管理委員会が総括的評価を行う。

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>

体重減少、発疹、黄疸、発熱、頭痛、意識障害、湿疹、痙攣発作、胸痛、呼吸困難、下血・血便、嘔気・嘔吐、便通異常（下痢・便秘）、関節痛、運動麻痺・筋力低下、成長・発達の障害

<経験すべき疾病・病態>

肺炎、急性上気道炎、気管支喘息、急性胃腸炎、腎盂腎炎

指導体制

<研修責任者>

太田安孝

<指導医>

（2025年4月現在不在、2025年7月太田医師が取得予定）

<上級医>

太田安孝、里村千咲樹

眼科臨床研修プログラム

研修の到達目標

眼科は人間の感覚のうち、外界から習得する情報量が最も多い視覚を扱う分野であり、特殊性を有する。

臨床医として眼科医の役割を理解し、眼科疾患に対応できる知識と検査および診療技術を身につける。

日常遭遇する眼科疾患の診断に必要な検査の理解と技術の習得、治療に必要な基礎的知識の習得を目指す。なお、緊急性の高い疾患の診断や、その初期対応の習得を目指す。

<眼科研修中に身につけるべき資質・能力（技術、問題解決、解釈、態度）>

（個別到達目標 (specific behavioral objective; SBO)）

1. まずは症状から考える。問診、病歴聴取、肉眼的観察から緊急性のある疾患かそうでないかを判別する知識をつける。

・視力障害 緊急性の高い疾患から考える。

①治療開始までに数分を争うもの

1) 網膜中心動脈閉塞症

2) 急性緑内障発作

3) 眼内炎

②数時間から1日を争うもの

1) 網膜剥離

③数日を争うか、または治療を急がないもの

1) ぶどう膜炎（原田病など）

2) 視神経炎

④治療を急がないもの

1) 一過性黒内障

・眼痛 外傷性か非外傷性か、それにより治療が異なる。

目が原因でない場合でも、眼痛を訴えて来院する患者がいる。

問診で痛みの性状、程度、いつから生じたか。

眼痛の原因が結膜異物や角膜異物の場合は、眼科用顕微鏡下にての異物除去の習得。

・充血 院内感染予防の観点から、まずウイルス性結膜炎を鑑別してから次のステップへ移る。

緑内障発作、淋菌性結膜炎を鑑別する。

転移性眼内炎、ベーチェット病など、重篤な視力障害につながる疾患もあるため鑑別を要する。

・突然の複視

まずは、眼球運動障害によるものか。単眼複視かを区別する。次に生命にかかわる脳動脈瘤による動眼神経麻痺を鑑別する。症状に変動があれば、重症筋無力症を考える。甲状腺眼症は甲状腺のホルモン値だけでなく、甲状腺関連抗体の測定や眼窩画像診断を行う

2. 眼科診療機器操作法と、データの読み方を習得する

視力検査、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

手順を習得する。なお。眼底写真、視野検査、網膜電位図、蛍光眼底撮影、

光干渉断層計などのデータの読み方を習得する。

3. 目と全身疾患の関連を理解する。「眼は全身病の窓」と例えられる。何らかの眼症状を見出した時には、全身病との関連性の有無を常に考える。糖尿病、高血圧、膠原病、悪性腫瘍など。
4. 眼科で用いる点眼薬、内服、注射薬の作用、投与法を理解する。硝子体内注射や緑内障の点眼薬による全身への副作用も理解する。なお、他科で処方されている薬で、角膜疾患、網膜毒性や視神経炎をおこすこともあり、それらの知識を得る。

研修方略

<週間スケジュールに沿って行動する>

検査：視野検査、斜視検査、眼底カメラ（正常 異常眼底）、眼圧測定、屈折検査、細隙灯検査（前眼部の見方について）、蛍光眼底造影検査の手技、読影、光干渉断層計（OCT）の読影は、医師または視機能訓練士から手順や説明を受ける。

手術：白内障手術を中心に前眼部手術（眼瞼疾患、結膜疾患など）の見学。

緑内障のレーザー手術や網膜光凝固術などの見学。

<研修予定表>

	午前	午後
月	朝回診、午前外来診療	手術
火	朝回診、午前外来診療	午後外来診療
水	朝回診、午前外来診療	手術
木	朝回診、午前外来診療	検査
金	朝回診、午前外来診療	午後外来診療／検査

評価

<研修中の評価>

1. 週間予定表に示した研修の様々な経験の場で、SBOの達成状況について、指導医による形成的評価を行う。
2. One minute preceptor (5 micro skill)や、病棟夕回診時における振り返り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、指導医による形成的評価を行う。
3. 病棟回診時における振り返りは、研修医自身の振り返りの場として活用する。

<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、指導医が評価する。メディカルスタッフもPG-EPOC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者が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で承認する。内容が不十分な場合は修正を求める。
4. 上記の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. 研修修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・上級医、研修プログラムに対する形成的評価

1. 研修修了後に、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、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改善のために活用される。

総括的評価

眼科の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>

頭痛、視力障害、嘔気・嘔吐

指導体制

<研修責任者>

池田成子

<指導医>

池田成子

7. 糸魚川総合病院 臨床研修修了基準

糸魚川総合病院では、「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、一部改正平成30年7月3日）に基づき、糸魚川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。

1. 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. 臨床研修の到達目標の達成度評価で、すべての必修項目について目標を達成していること。
 - 1) 臨床研修の到達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。

2. 修了認定

「糸魚川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「1. 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医に対して、管理者（病院長）は臨床研修修了証を発行する。

3. 研修修了、未修了、中断、再開の詳細について

「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）」に準ずる。以下、同省令から抜粋する。

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、又は中止することをいうものであること。

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通りがあること。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又は中止する場合
- 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又は中止する場合
- 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又は中止する場合
- 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る場合には、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 A - 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 A - 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

(ウ) 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

(エ) 臨床研修を開始し、及び中断した年月日

(オ) 臨床研修を中断した理由

(カ) 臨床研修を中断したとき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（様式 A - 18）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、中断者を受け入れる臨床研修病院は、後述の 23（2）において定められた募集定員の数によらず採用することができ、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。ただし、臨床研修を中断して、基礎研究医プログラムで臨床研修を再開する者については、当該基礎研究医プログラムの募集定員の範囲内で採用すること。

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、臨床研修の修了基準を満たすための履修計画表（様式 A - 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修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（研修機関（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

研修期間終了時に当該研修医の研修休止期間が90日を超える場合には、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。

(I) 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、少なくとも全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、その程度が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来す場合には、未修了や中断の判断もやむを得ないこと。

また、重大な傷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

(1) 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項の規定に基づく再教育研修を行うことになること。再教育にもかかわらず改善せず、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A-21）を交付しなければならないこと。

(ア) 氏名、医籍の登録番号及び生年月日

(イ) 修了した臨床研修に係る研修プログラムの名称

(ウ) 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A-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。

＜評価対象研修と評価時期ならびに評価指導者＞
これらを通じ、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をすること。

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A-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こと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 A - 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。

8. 糸魚川総合病院 初期臨床研修における評価

<<研修医が行う評価>>

A.診療科研修終了時

- 1.自己評価＝研修医評価票（PG-EPOCで入力します）
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））＝1種類
研修医評価票II（B.資質・能力）＝9種類
研修医評価票III（C.基本的診療業務）＝1種類
- 2.指導医・上級医・診療科に対する評価票
用紙を診療科研修終了直前に配布します。記入後総務課研修担当に提出ください。
- 3.指導者（看護部門）に対する評価票
用紙を診療科研修終了直前に配布します。記入後総務課研修担当に提出ください。
- 4.診療科の指導医に面談の日程（研修最終週付近）を確認し面談を受けてください。

B.1年に1回（12月末）

- 1.プログラム全体の評価
毎年12月末にアンケート用紙を配布します。総務課研修担当へ提出ください。
2月開催の研修管理委員会で検討します。
- 2.プログラム責任者への評価
毎年12月にアンケート用紙を配布します。総務課研修担当へ提出ください。
2月開催の研修管理委員会で検討します。
- 3.入院患者さんへのアンケート
毎年12月にアンケート用紙を配布します。担当している入院患者さん2名（お願いしやすい患者さんを自分で選んでください）に記入を依頼し、回答を回収後総務課研修担当へ提出ください。

<<指導医が行う評価>>

A.診療科研修終了時

- 1.研修医評価票（PG-EPOCで入力します）
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））＝1種類
研修医評価票II（B.資質・能力）＝9種類
研修医評価票III（C.基本的診療業務）＝1種類
- 2.指導者（看護部門）に対する評価票
用紙を診療科研修終了直前に配布します。記入後総務課研修担当に提出ください。
- 3.研修医との面談を行い面談記録を記入してください。面談記録は総務課研修担当へ提出ください。

B.1年に1回（12月末）

- 1.プログラム全体の評価
毎年12月末にアンケート用紙を配布します。記入後総務課研修担当へ提出ください。
2月開催の研修管理委員会で検討します。

C.毎日

研修医が記載した電子カルテ内容やオーダーをチェックし“修正”または“承認”してください。診療科研修分だけでなく「ER・総合外来研修」に関しても同様をお願いします。

<<指導者（看護部）が行う評価>>

A.診療科研修終了時

1.研修医評価票

以下の用紙を診療科研修終了直前に配布します。

記入後総務課研修担当に提出ください。

- ・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))=1種類
- ・研修医評価票II (B.資質・能力)=9種類
- ・研修医評価票III (C.基本的診療業務)=1種類

2.指導医・上級医・診療科に対する評価票

用紙を診療科研修終了直前に配布します。記入後総務課研修担当に提出ください。

B.1年に1回（12月末）

1.プログラム全体の評価

毎年12月末にアンケート用紙を配布します。記入後総務課研修担当へ提出ください。

2月開催の研修管理委員会で検討します。

<<指導者（看護部以外）が行う評価>>

A.3ヶ月毎

1.研修医評価票

以下の用紙を診療科研修終了直前に配布します。

記入後総務課研修担当に提出ください。

- ・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))=1種類
- ・研修医評価票II (B.資質・能力)=9種類
- ・研修医評価票III (C.基本的診療業務)=1種類

2.指導医・上級医・診療科に対する評価票

用紙を診療科研修終了直前に配布します。記入後総務課研修担当に提出ください。

B.1年に1回（12月末）

1.プログラム全体の評価

毎年12月末にアンケート用紙を配布します。記入後総務課研修担当へ提出ください。

2月開催の研修管理委員会で検討します。

<<指導者が行う研修医への評価：時期と担当診療科>>

評価対象研修	評価時期	指導者	診療科	指導者（評価者）
各診療科研修	診療科研修終了時	各診療科に関連する師長	消化器内科	3 病棟師長、手術・内視鏡室師長
一般外来研修	3ヶ月毎	外来師長、2 病棟師長、 透析師長	循環器内科	3 病棟師長
全体を通して	3ヶ月毎	薬剤部長、検査技師長、 放射線科技師長、リハビリ室長	腎臓内科	4 病棟師長、透析室師長
			糖尿病内科	3 病棟師長
			外科	1 病棟師長、手術・内視鏡室師長
			小児科	4 病棟師長
			救急	外来師長
			整形外科	1 病棟師長、手術・内視鏡室師長
			麻酔科	手術・内視鏡室師長
			眼科	4 病棟師長、手術・内視鏡室師長

研修医が使用する評価票（PG-EPOCを除く）

- ・ 指導医・上級医・診療科に対する評価票（診療科研修終了時）
- ・ 指導者（看護部門）に対する評価票（診療科研修終了時）
- ・ プログラム全体の評価（年に1回，12月末）
- ・ プログラム責任者への評価（年に1回，12月末）
- ・ 入院患者さんへのアンケート（年に1回，12月末）
- ・ （付録）（指導医に配布する）診療科研修終了時の指導医との面談記録

指導医・上級医・診療科に対する評価票（研修医用）

評価対象診療科名 _____.

研修期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

評価者氏名 _____.

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	☐	☐	☐	☐	☐
2. 考え方の指導	☐	☐	☐	☐	☐
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)	☐	☐	☐	☐	☐
4. 研修医の状況への配慮	☐	☐	☐	☐	☐
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)	☐	☐	☐	☐	☐
6. 医療安全管理の指導	☐	☐	☐	☐	☐
7. 患者・家族に対する態度の指導	☐	☐	☐	☐	☐
8. コメディカルに対する態度の指導	☐	☐	☐	☐	☐
<u>この診療科の臨床指導体制の総合評価</u>	☐	☐	☐	☐	☐

コメント： “不満” “やや不満” の項目がある場合には改善を要する内容を記載してください。
印象に残ったエピソードや臨床研修委員会への提言などあれば記載してください。

副プログラム責任者 確認欄 サイン _____.

プログラム責任者 確認欄 サイン _____.

指導者（看護部門）に対する評価票（研修医用）

評価対象診療科名 _____.

評価対象指導者氏名 _____.

研修期間 年 月 日 ~ 年 月 日

評価者氏名 _____.

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. 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）	☐	☐	☐	☐	☐
2. 研修医の状況への配慮	☐	☐	☐	☐	☐
3. 医療安全管理の指導	☐	☐	☐	☐	☐
4. 患者・家族に対する態度の指導	☐	☐	☐	☐	☐
5. 医療従事者に対する態度の指導	☐	☐	☐	☐	☐

コメント： “不満”“やや不満”の項目がある場合には改善を要する内容を記載してください。
印象に残ったエピソードや臨床研修委員会への提言などあれば記載してください。

副プログラム責任者 確認欄 サイン _____.

プログラム責任者 確認欄 サイン _____.

研修医によるプログラム全体の評価票

プログラム全体の評価

1. 研修内容の評価

①医師としての自主性と高い倫理観をもつ人格を涵養することができる研修内容であったか

☐十分満足、 ☐満足、 ☐不満、 ☐かなり不満

②①にて「不満」「かなり不満」と回答した場合その内容について記載してください

()
()
()
()
()
()
()

③初期対応能力が身につく研修内容であったか

☐十分満足、 ☐満足、 ☐不満、 ☐かなり不満

④③にて「不満」「かなり不満」と回答した場合その内容について記載してください

()
()
()
()
()
()
()

⑤医師として研鑽しつづける能力を身につける研修内容であったか

☐十分満足、 ☐満足、 ☐不満、 ☐かなり不満

④③にて「不満」「かなり不満」と回答した場合その内容について記載してください

()
()
()
()
()
()
()

2. 現在の初期臨床研修プログラムとして良い点、改善すべき点について記載してください

()
()
()
()
()
()
()
()
()
()

氏名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載後は総務課研修医担当までご提出ください。

研修医からのプログラム責任者への評価票

記載日： 年 月 日 評価者氏名 _____.

今後の初期臨床研修に役立てるためのアンケートです。忸度なく忌憚なく記入してください。よろしくお願いします。記載後は総務課研修医担当までご提出ください。

1. 1年間を通しての評価

①ER・総合外来研修（週午前1回＋午後1回、月3回当直、月1回の土日直）の仕組み

☐十分満足、 ☐満足、 ☐不満、 ☐かなり不満

②①にて「不満」「かなり不満」と回答した場合その内容について記載してください

()
()
()
()

③ER・総合外来検討会（毎週月、水、金曜日pm4:30ー）の仕組み

☐十分満足、 ☐満足、 ☐不満、 ☐かなり不満

④③にて「不満」「かなり不満」と回答した場合その内容について記載してください

()
()
()
()

⑤プログラム責任者として研修医の先生方への対応や態度について

☐適切と感じた ☐不適切と感じた ☐どちらともいえない

⑥⑤にて「不適切と感じた」と回答した場合その内容について記載してください

()
()
()
()

⑦プログラム責任者による6ヶ月ごとの形成的評価について

☐十分満足、 ☐満足、 ☐不満、 ☐かなり不満

⑧⑦にて「不満」「かなり不満」と回答した場合その内容について記載してください

()
()
()
()

2. その他プログラム責任者に対して良かった点、改善すべき点があれば記載してください

()
()
()
()
()
()

教育センター長 確認欄 サイン _____.

1. 当院が基幹型臨床研修病院として指定されていることをご存知ですか？

☐はい ☐いいえ

参考）基幹型臨床研修病院：厚生労働省の定める基準を満たすことで、独自の研修プログラムを作成し研修医の指導を行う病院

協力型臨床研修病院：基幹型研修病院の研修プログラムの一部を担当する病院

2. 研修医の身だしなみや言葉づかいは医師として適切でしたか？

身だしなみ：☐適切と感じた ☐不適切と感じた ☐どちらともいえない

言葉づかい：☐適切と感じた ☐不適切と感じた ☐どちらともいえない

「不適切と感じた」方は不適切と感じた内容をご記入いただけますでしょうか

()
()
()
()

3. 研修医の患者さんに対する対応・態度は適切でしたか？

☐適切と感じた ☐不適切と感じた ☐どちらともいえない

「不適切と感じた」方は不適切と感じた内容をご記入いただけますでしょうか

()
()
()
()

4. 研修医以外の医師（指導医または上級医）や看護師またはコメディカルから研修医が指導を受けている場面に遭遇しましたか？

☐遭遇したことがある ☐遭遇したことがない

上記で「遭遇したことがある」方は以下の質問にもご回答いただければ幸いです。

研修医以外の医師や看護師またはコメディカルからの指導は適切でしたか？

☐適切と感じた ☐不適切と感じた ☐どちらともいえない

「不適切と感じた」方は不適切と感じた内容をご記入いただけますでしょうか

()
()
()
()

裏面につづきます

5. 当院の研修医に対するご意見をお願いできますでしょうか（挨拶や態度，診療技術など，不快に感じたことや良かったことなど，エピソードがあればご記入いただければ幸いです）

()
()
()
()
()
()
()
()
()

7. 今後，臨床研修病院として期待する点，担う役割などお気づきの点があればご記入いただければ幸いです.

()
()
()
()
()
()
()
()
()

以上です. ご協力どうもありがとうございました.

糸魚川総合病院 診療科研修終了時の指導医との面談記録

研修診療科名 _____ 科, 研修期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

研修医氏名 _____

指導医氏名 _____ 面談日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(記載は指導医の先生方をお願いします)

研修期間中に良かった点

研修医自身から見て

指導医から見て

研修期間中に改善した方がよいと感じた点

研修医自身から見て

指導医から見て

その他 (自由記載)

面談終了後できるだけ速やかに医局の「**総務課行きBOX**」まで提出ください。

9. 糸魚川総合病院 診療録の記載に関する指針（研修医用）

診療録（“カルテ”はドイツ語の“Karte”からきています）は単なる診療の記録ではありません。実際の臨床が理念や根拠に基づいて行われていることを示すとともに、一人の患者さんの多方面の情報を多職種の医療従事者と共有するために必要であり、また時には臨床研究のデータベースとしての意義を持ちます。この様な診療録の意義を理解し適切に記載する習慣を、是非初期臨床研修中に身につけていただきたいと思います。トレーニングするという意識をもって日々取り組んでください。

1. 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します。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ます。

(2) 診療録の関連法規

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ます。

【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 前項の診療録であって、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。

【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」)では、以下の記載があります。

【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。

従って、診療録の記載内容は、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ことになります。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)が「療養担当規則」には示されていますが、紙カルテ時代の表紙がこれに該当します。厚生労働省HPにある「療養担当規則」のURLを添付します。内容を確認ください。
((最下段に様式第一号の画像があります))

2. 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ます。入院患者についても、毎日記載することは当然です。

- ②第三者も読みやすいように丁寧に記載します。
 - ・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。
- ③医学用語は学会用語集に、略語は医学事典に準拠して使用します。
 - ・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。

(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す。遅滞・遺漏なく記載しなければなりません。
 - ・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
- ②症状・所見・治療計画などは、簡潔で明瞭に記載します。
 - ・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（後述）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てください。その際記載者の主観を混えない。また訴えへの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、その理由が明らかとなるように記載する。
- ③患者や家族に対する説明内容は正確に記載します。
 - ・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する。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は説明書・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、開示請求の対象です。
 - ・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。
- 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ります。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な記載が求められます。推測や自己弁護的な記載は行ってはいけません。

(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、電子カルテ内の患者情報にある“アレルギー”に進み記載してください。ここに記載することで電子カルテ患者トップ画面にヒストグラムとして表示され情報共有できることになります。なお、診療の際には必ずその部分を見てから診療にあたってください。

(4) 指示等の記載

指示は分かりやすく、明確に記載する。

- ①伝達ミス为防止するため、指示は理解しやすく、読みやすいように記載します。
 - ・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である記載となる様に心がけます。また、指示を受けた側が正確に実行できるよう具体的な記載となるように心がけてください。

- ③「指示した者の日時・指示者のサイン」「指示を受けた者の日時・指示受け者のサイン」そして「実施した者の日時・実施者のサイン」が明確になるように記載してください。処方に関しては後述しますが、**指示ならびに処方薬剤の用量・用法を正確に記載することは基本であり、かつ極めて重要です。**
- ④内服薬処方箋の記載については以下の5つの基準が厚生労働省より示れています。この基準に沿って記載することが原則になります。
- 1)「薬品」については、薬価基準に記載されている製剤名を記載することを基本とする。
 - 2)「分量」については、最小基本単位である1回量を記載することを基本とする。
 - 3)散剤及び液剤の「分量」については、製材量（原薬量ではなく、製剤としての重量）を記載することを基本とする
 - 4)「用法・用量」における服用回数・服用のタイミングについては標準化を行い、情報伝達エラーを惹起させる可能性のある表現方法を排除し、日本語で明確に記載することを基本とする。
 - 5)「用法・用量」における服用日数については、実際の投与日数を記載することを基本とする。
- ⑤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ますが、一般名を使用しても構いません。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してください。
- ⑥内服薬の分量は1日量で記載し、1回量の記載は不可とします。ただし、頓服薬の分量は1回量を用います。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してください。
- 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」は使用しません。
- ・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外来診療録には、処方せんと同じ内容のオーダー控えシールを貼付してください。
- ⑨注射薬の記載について
- ・用量の単位は、g、mg、ug、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オーダーしてください。

(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します。
 - ・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、新たに確定病名を電子カルテ内に登録します。また、必要に応じて「転帰」を記載してください。
- ③疑い病名は、診断がついた時点で確定病名に変更します。または、当該病名に相当しないと判断した段階で「中止」してください。
- ④医学的傷病名以外の、保険病名は原則として認められません。ICD*-10に沿った病名登録をしてください（*ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 国際疾病分類）。

(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診療録に必要な事項の記載が要件として定められている事項があります。その場合、診療報酬点数表の解釈を参照してください。
- ②精神科領域においては、法的に必要な記載事項に注意し記載してください。

3. 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

①診断名

- ・確定診断名を記載する。
- ・順位は、その診療科における重要な疾病から記載する。
- ・新生物の場合、悪性・良性・疑いの別と部位を記載する。
- ・悪性の場合、原発性・転移性も記載する。
- ・炎症疾病の場合は、慢性・急性の別を記載する。
- ・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。
- ・感染症の場合は、病原菌が分かれば記載する。
- ・略語は使用しない。

②担当医名

- ・担当医師名は、記録作成上、必ず主治医名を記載する。
- ・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記載します。可能であれば患者自身の表現する言葉で記載してください。
- 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します。主訴は一つとは限りませんので注意してください。

(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記載します。
- 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)を記載してください。
- ③患者は初診時にすべてを話するわけではありません(例、胸痛でERを受診した際、腰痛があっても整形外科疾患と判断して話さない)。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・病歴について確認し記載します。

(4) 既往症

患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

- ①患者家族の健康状態、病気、死因などを記載します。
- ②記入に際し、国際人類遺伝学会で決められた記号を使用して記載します。
[例] 男□、女○、患者本人◎、死亡+
- ③同居者は同一枠内に囲みます。
- ④一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します。
- ⑤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・喘息などを確認し記載します。

(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、毎日記載します。

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します。

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、その方針を記載します。

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ます(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)。

4. 上手に情報共有するカルテ記載方法—POS, POMR, SOAPを理解した記載

(1)DOS (Doctor-Oriented System) とPOS (Problem-Oriented System)

医師の職務は「病氣」を「診断」し、「治療」することとされます。このような考え方をDOS (D-Oriented System: 疾患中心主義) と言います。このDは、Disease (病氣) であり、Doctor (医師) です。科学的な側面を強調した今の医学は、ややもすると「病氣を治して、病人を癒さず」という結果に終わってしまいます。患者さんの満足度と医者側の満足度が一致しないのです。

その解決法としてWeed博士が提唱した考え方が**POS (Problem Oriented System: 問題志向(指向) システム)**です。POSのPは、患者さんが抱える様々な問題 (Problem) のPであり、Patient (患者本人) であるPerson (人) という意味も含みます。POSとは「患者さんの問題点を中心に、その問題の解決をめざして診療する」ということです。

(2)POSでの診療

POSで診療を行うには以下の3つを実施することが重要です。

①POMR (Problem Oriented Medical Record: 問題志向型診療録) の作成

②POMRの監査

③記録の修正

①POMRの作成

POMRは「データベース」「プロブレムリスト」「初期計画」「プログレスノート」の4つから構成されます。**全体をまとめて考察を加えたものが「退院時要約」です。**

a. **データベース**: 診療の基礎・前提とすべき情報です。主に初診時の問診情報を元に作製しますが、その後も必要に応じて加筆します。基礎データの含まれる主な項目は以下の通りです。

「主訴」「現病歴」「現症」「既往歴」「生活歴」「家族歴」

b. **プロブレムリスト**: 基本データを元に患者さんが抱えている問題 (プロブレム) 点をリストアップします。プロブレムには診断が確定しているのなら病名を、確定していない問題はそのまま列挙します。医学的な問題だけでなく、社会的な問題、心理的な問題も記載します。

c. **初期計画**: 問題を解決するための初診時における計画を問題ごとに立案します。この計画には、治療のための「治療計画」、診断を確定させるための「診断計画」、患者さんに説明をしたり必要な指導を行うための「教育計画」などがあり、必要に応じて区分して記載します。

d. **プログレスノート**: プロブレムごとにどのような経過をたどったかを記録します。記載はSOAP形式で行います。改めてSOAPを確認しておきます。

(S) **Subjective** (主観的事項、自覚的症状、過去の出来事)

(O) **Objective** (客観的事項、他覚的所見、現在の出来事)

(A) **Assessment** (考察、評価、判断)

(P) **Plan** (計画、方針)

臨床経過をこの分類に従って記載します。また経過記録にはSOAPだけでなく、治療行為、指導内容、患者さんに説明した内容といった項目も記録します。

②POMRの監査

POMRで記録するだけではPOSとは言えません。POSの神髄はこの監査にあります。監査では主に「記録形式」「診療そのもの」の2つをチェックします。

記録したカルテが正しい記述になっているか、そもそも検査や治療行為が間違っていないか、より良い治療方法があるのではなかったかなどを定期的にカルテを見直して監査します。POMRで記録するという事は、このような後々の監査で妥当性を検証するためでもあります。より良い記録は医療の質を向上させ、またカルテ開示の際には医療提供者を守る砦となります。

③記録の修正

監査によりプロブレムの抽出がおかしい、記録の分類や論理性がおかしいという場合は速やかに修正します。修正は二重線で消すなど必ず前の記録が確認できるようにします。

より良い治療方法があるのであれば計画の修正をします。また治療のガイドラインの修正、あるいは病院システム全体の改善もこの範疇となります。

4. インフォームド・コンセント

(1) インフォームド・コンセントとは

日本語で「説明と同意」という言葉に翻訳されています。医学や医療について専門的な知識を持っていない患者さんに対して、その患者さんが十分に理解できる方法、理解できる言葉で、その患者さんの現在の病状・必要な検査・選択しようとする治療、或はそれらを施行しなかった場合に招来するであろう結果などについて説明し（informed）、そしてその内容を患者さんが理解し納得できる検査や治療方法を選択し同意する（consent）という考え方です。

日本医師会のインフォームド・コンセントに関する勧告は次の通りです。

- ・病気の現状と病名について説明する。
- ・施行する治療方法について説明する。
- ・その治療方法を行った場合の危険度について説明する。
- ・別の治療方法の有無、並びにその利害得失について説明する。
- ・その患者さんの予後について説明する。
- ・治療を行わなかった場合の不利益について説明する。

(2) 具体的な手順

- 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。
- 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。

5. 退院時要約（サマリー）

次回診察時に情報を活用することを目的としています。従って記載は簡潔かつ明確に行ってください。ドラフトが電子カルテ内「41.研修医」に収納されています。活用してください。

注意点

- ①患者さんの退院時（転院時も含む）、他科への転科時に、速やかに（1週間以内）作成する。

- ②入院時の問題点、その問題点が入院経過中にどの解決されたか、また今後に残る問題点等を簡潔に記載する。
- ③患者さんの社会的背景（同居家族やkey person）についても記載する。
- ④診療が長期にわたっている症例や、病名が多岐に渡る症例、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。

6. 診療録保管上における留意点

法的（療養担当規則）には**保管の義務は5年間**となっていますが、**外来診療録**については民事賠償責任の事項を勘案して**20年間保管**が今日の社会通念上標準となっており、当院もそれになっています。診療録は患者さんの時系列的な記録であり再生は不可能です。**紛失や改竄はあってはなりません。**

注意点

- 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。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。

（附則）

制定 令和5年4月1日

改定 令和7年1月28日

10. 糸魚川総合病院 研修医の診療行為基準

糸魚川総合病院における研修医が関与できる医療行為について以下の様に規定する。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。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、様々な原因で困難な場合には無理せず、上級医・指導医に任せる必要がある。
3. 研修医が単独で行ってはいけないことについては、指導医の指導のもとでそれぞれの研修医の力量に応じ「観察」「介助」「指導医の介助での実施」のいずれかを行って良いこととする。指導医が不在の時には上級医が指導医の代行として研修医の指導にあたり、指導医には事後報告することとする。
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. この基準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。

I. 診察

◎研修医が単独で行ってよいこと

- A. 全身の視診、打診、聴診
- B. 簡単な器具（聴診器、打腱器、血圧計など）を用いる全身の診察
- C. 耳鏡、鼻鏡、検眼鏡による診察

●研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 内診
- B. 直腸診*

II. 検査

1. 生理学的検査

◎研修医が単独で行ってよいこと

- A. 心電図
- B. 聴力、平衡、味覚、嗅覚、知覚
- C. 視野、視力

●研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 脳波
- B. 呼吸機能（肺活量など）*
- C. 筋電図、神経伝道速度
- D. 眼球に直接触れる検査

2. 内視鏡検査

◎研修医が単独で行ってよいこと

A. 喉頭鏡

●研修医が単独で行ってはいけないこと

A. 直腸鏡

B. 肛門鏡

C. 上部消化管内視鏡（食道鏡、胃内視鏡）

D. 大腸内視鏡

E. 気管支鏡

F. 膀胱鏡

3. 画像検査

◎研修医が単独で行ってよいこと

A. 超音波検査（ただし診断は必ず上級医・指導医、検査技師による検査を併用する）

●研修医が単独で行ってはいけないこと

A. 血管造影

B. 核医学検査

C. 消化管造影

D. 脊髄造影

4. 血管穿刺と採血

◎研修医が単独で行ってよいこと

A. 末梢静脈穿刺と静脈ラインの留置（血管穿刺の際に神経を損傷した事例もあるので、十分注意して行うとともに、無理はしない。）

B. 動脈穿刺（神経損傷に十分注意して行うとともに、無理はしない）

●研修医が単独で行ってはいけないこと

A. 中心静脈穿刺（鎖骨下静脈、内頸静脈、大腿静脈）

B. 動脈ライン留置

C. 小児の採血＊

D. 小児の動脈穿刺＊

5. 穿刺

◎研修医が単独で行ってよいこと

A. 皮下嚢胞

B. 皮下膿瘍

●研修医が単独で行ってはいけないこと

A. 深部の嚢胞

B. 深部の膿瘍

C. 胸腔

D. 腹腔

E. 膀胱

F. 関節

G. 腰部硬膜外穿刺

H. 腰部くも膜下穿刺

- I. 針生検
- J. 骨髓穿刺、骨髓生検

6. 産婦人科

◎研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 膣内容採取
- B. コルポスコピー
- C. 子宮内操作

7. その他

◎研修医が単独で行ってよいこと

- A. 長谷川式認知症スケール
- B. MMSE

●研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. アレルギー検査（貼付）
- B. 発達テストの解釈
- C. 知能テストの解釈
- D. 心理テストの解釈

III. 治療

1. 処置

◎研修医が単独で行ってよいこと

- A. 皮膚消毒、包帯交換
- B. 創傷処置
- C. 外用貼付・塗布
- D. 気道内吸引、ネブライザー
- E. 胃管挿入（ドレナージ目的に限る、必ずXrayで確認すること。）

●研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 気管挿管
- B. 気管カニューレ交換（初回交換時以外は指導医の許可があれば単独で行ってもよい）
- C. 導尿*
- D. 胃管挿入（経管栄養目的）
- E. 浣腸
- F. ギプス巻き
- G. ギプスカット

2. 注射

◎研修医が単独で行ってよいこと

- A. 皮内
- B. 皮下
- C. 筋肉
- D. 末梢静脈（ただし、抗癌剤などの薬剤漏出時の対応は上級医・指導医に連絡する）
- E. 輸血

●研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 中心静脈
- B. 動脈（血培、血液ガスなどの採血目的は行ってよい）
- C. 関節内
- D. 骨髓内

3. 麻酔

◎研修医が単独で行ってよいこと

- A. 局所浸潤麻酔（アレルギーの既往、説明を必ず行う）

●研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 脊椎麻酔
- B. 硬膜外麻酔（穿刺を伴う場合）
- C. 全身麻酔
- D. 局所伝達麻酔（神経ブロック）

3. 外科的処置

◎研修医が単独で行ってよいこと

- A. 抜糸
- B. ドレーン抜去（時期、方法は上級医・指導医と相談の上決定すること）
- C. 皮下の止血
- D. 皮下の膿瘍切開・排膿
- E. 皮膚の縫合

●研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 深部の止血（緊急時は行ってよい）
- B. 深部の膿瘍切開・排膿
- C. 深部の縫合
- D. 気管切開
- E. ドレーン挿入（皮下への挿入は行ってよい）

4. 処方

◎研修医が単独で行ってよいこと

- A. 一般の内服薬（内容については上級医・指導医と相談すること）
- B. 一般の注射薬（内容については上級医・指導医と相談すること）
- C. 理学療法（内容については上級医・指導医と相談すること）

●研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 内服、注射に限らず、抗精神病薬、麻薬、抗悪性腫瘍薬、小児の鎮静薬

IV. その他

◎研修医が単独で行ってよいこと

- A. インスリン自己注射指導（内容については上級医・指導医と相談すること）
- B. 血糖値自己測定指導

●研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 病状説明

- B. 病理解剖
- C. 病理診断報告
- D. 診断書の作成
- E. 紹介状の返信の作成
- F. 死亡宣告
- G. 死亡診断書の作成

* 手技に習熟し、指導医の許可があれば単独で行ってもよい。

(附則)

制定 令和5年4月1日

11. 糸魚川総合病院 臨床研修医の処遇

1. 労働条件

1. 就業時間及び休憩時間

- ①就業時間：平日8:30 - 17:00
- ②休憩時間：日勤60分（指導医と相談）
- ③休日：土曜日・日曜日・祝日
- ④特別休暇：国民の休日に関する法律に定める日、年末年始(12/31～1/3)
- ⑤夏期/冬期休暇：指導医と相談して取得（有給休暇として取得いただくことになります）

2. 賃金及び諸手当

- ①本棒：（1年目）月額350,000円、（2年目）月額380,000円
- ②時間外手当：厚生連規程により支給、当直研修手当19,400円／回
- ③賞与：ありません。
- ④通勤手当：通勤距離2 k m以上から支給（住宅保障をされている場合はありません）。
- ⑤退職慰労金支給：ありません。

3. 賃金の支払い条件

- ①賃金締切日：毎月末日
- ②賃金支給日：毎月25日
- ③支払い条件：以下に示すごとくです。
 - ・支給日が休日に当たるときは、その前日に繰り上げて支給します。
 - ・労働契約に基づく就業をすべき日、及び就業時間の全部または一部を就労しなかったときは不就労としてその期間に対する賃金は支給しません。
 - ・賃金の支給の原則は給与規定第11条*1の定めによります。

4. 賃金からの控除

社会保険料、所得税、住宅料、親睦会費、医局会費、団体扱いの生命保険料

2. 住宅保障

- 1. 住宅規程・住宅使用料内規を適用する。ただし、賃借契約の住宅（借間を含む）に居住される場合は、契約額の上限を50,000円とし超過額は個人負担となります。
- 2. 光熱費、町内会費は全額を個人負担となります。
- 3. 第1項の賃借契約の住宅（借間を含む）にあたっては、当該契約に駐車場料金が別掲されている場合は、その全額を個人負担となります。
- 4. なお、私有家財の保障を目的とする火災保険についても同様とします。
- 5. 次の者には適用しません。第1項の適用条件にありながら、自己都合により借家（借間）をしている者。

3. 年次有給休暇

労働基準法の定めを適用します。

勤続年数6ヶ月経過後：10日、勤続年数1年6ヶ月経過後：11日

4. 研究費

- 1. 2年間の研修期間で200,000円まで支給いたします。

2. 労働契約期間が6ヶ月以上の者については、次の数式より算出した額の範囲において支給することができます。

$$200,000円 / 24 \times \text{労働契約月数}$$

3. 備品の購入に対しては支給しません。
4. 対象：1.学会、研修の旅費、参加費として支給します(出張命令書、復命書の提出による)。2.年度末残金は残金の半額を図書費として支給します（図書本体と領収書を添付して申請。3月末在籍者に限り支給します）。

5. 被服

被服貸与規定*2を適用します。

6. 災害補償

災害補償に関しては労働者災害補償保険法によります。

7. 医療事故保障

病院の加入する医師賠償責任保障を適用します。また、院外研修時には勤務医賠償責任保険に加入いただきます（年間最大40,000円程度。個人負担）。

8. 健康診断

健康診断は年2回、ストレスチェックは年1回行います。

9. 退職

退職日の14日前までに届出てください。

*1新潟県厚生農業協同組合連合会 給与規定第11条（賃金支給の原則）

賃金は通貨をもって本人に直接支給する。ただし、労働基準法施行規定第7条の2の手続きを経て、当該労働者の指定する金融機関の預金口座等に振り込むことができる。

*2新潟県厚生農業協同組合連合会 被服貸与規定（医師部分のみ抜粋、改変）

白衣2着、またはケーシー＋白ズボン2組

JA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）
上司の明示・黙示の指示によるもの		
◇突発的及び事前に予定できない可能性のある業務 ◇勤務時間外への延長を余儀なくされた業務	◇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 ◇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	上司の明示・黙示の指示によらないもの ◇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 ◇本人の自由な意思に基づく行為
【例】 ○宿日直中にやむなく発生した業務 ○病棟業務 ○終業後の診療呼び出し ○外来診療や予定手術の延長、緊急手術 ○サマリー作成、手術記録 ○診療や手術等の準備 ○オーダーやレセプトのチェック ○解剖 ○診療上必要な情報収集、カンファレンス ○病状説明（急を要するもの）等	【例】 ○院内の委員会及び会議等への出席 ○学会や講演等の準備 ○勉強会等の講師や出席 ○カンファレンス（教育・研究・管理運営関係） ○臨床研修医や医学実習生への指導 ○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） ○臨床研究 等	【例】 ○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 ○自主参加の学会や外部の勉強会への参加、発表準備等 ○自主的な院内勉強会への参加、発表準備等 ○自主的な論文執筆 ○大学院等の受験勉強 ○自主的な専門医資格の取得・更新 ○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 ○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 ○臨床研究 等

13. 糸魚川総合病院 臨床研修医に関する規程

臨床研修規程・・・・・・・・・・・・・・・・P. 93

研修医職務規程・・・・・・・・・・・・P. 97

研修医実務マニュアル・・・・・・・・P. 100

臨床研修プログラム責任者規程・・・・・・・・P. 102

臨床研修指導医規程・・・・・・・・P. 103

臨床研修指導者規程・・・・・・・・P. 105

臨床研修医研修記録規程・・・・・・・・P. 106

臨床研修医メンタリングプログラム内規・・・・P. 107

研修管理委員会規程・・・・・・・・P. 109

糸魚川総合病院 臨床研修規程

第1章 総則

(目的)

第1条 この規程は、糸魚川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、糸魚川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。

(研修施設)

第3条 研修医は、糸魚川総合病院、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4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5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6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. 病院指定の申し込み用紙
2. 大学卒業証書(写)または卒業見込証明書
3. 履歴書

(選考・合格決定)

第7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小論文提出後の病院長、プログラム責任者、看護部代表者、事務部代表者の面接により、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8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9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10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11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12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13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14条 指導医に協力して、研修医の指導に当たる医師を上級医という。

2. 上級医は指導医のもとで研修指導に従事する。

(指導者)

第15条 研修医にかかわる医師以外の多職種の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16条 研修医の個人情報に関する規程は、新潟県厚生連個人情報取扱規程、および糸魚川総合病院の個人情報保護マニュアルに準ずる。

第4章 研修プログラム

(研修プログラム)

第17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は、できるだけ研修医の希望を尊重できるよう調整を行う。

4. 研修医による研修プログラムの評価を行い、改善のための資料とする。

(研修方法)

第18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麻酔科を研修する。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19条 研修医の臨床研修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行う。
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。
4. 評価は PG-EPOCおよび省令で定めた既定評価表等で行う。
5. 目標達成状況の評価は、年2回以上、プログラム責任者によって研修医にフィードバックされるものとする。

(指導医評価、プログラム評価)

第20条 指導医、上級医の指導力向上、指導体制の向上を目的として、研修医は指導医や研修プログラムの評価を行う。

2. 指導医評価は、プログラム責任者によって指導医へフィードバックされるものとする。
3. 研修プログラム評価は、プログラム責任者によって臨床研修管理委員会にフィードバックされるものとする。

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21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22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. 修了を認めない場合には、病院長は理由を付してその旨を文書で通知する。
4. 研修期間 2ヶ年で研修が修了しない場合には、さらに研修を継続することができる。

5. その後の処遇については、別に定める。

6. 研修の終了、および未修了に関する措置については、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第2-18「臨床研修の修了」に定められることがらに準拠して行う。

第8章 研修医の処遇

(研修医の処遇)

第23条 研修医の処遇については、別に定める。

第9章 その他

(その他)

第24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。

(附則)

制定 令和5年4月1日

改定 令和7年2月6日

糸魚川総合病院 研修医職務規程

(目的)

第1条 この規程は、糸魚川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、主治医と協力して診療にあたるものとする。

2. 担当症例の入院ならびに退院決定については、主治医や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、主治医ないし他の指導医に十分に報告し(1日に1回以上)、指導を受けるものとする。

4. 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、医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。

(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退院後、すみやかに病歴要約を作成し、指導医の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. 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
8. 病歴要約
9. 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。

3. 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。

4. 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。
5. 第4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。
6. 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。

(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。

(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。

(研修の記録と研修進捗状況の把握)

第11条 研修医は自身が経験した研修について、ハンドブック、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12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。

(附則)

制定 令和5年4月1日

糸魚川総合病院 研修医実務マニュアル

（病棟）

- （１） 研修医は、指導医・上級医の指導の下に受け持ち患者の診療（診察・回診、検査・処方やインフォームドコンセントなど）を行う。また、カンファレンスに参加する。
- （２） 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。
- （３） 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。
- （４） 診療内容を診療録に記載する。記載内容は指導医の承認（ダブルサイン）をもらう。
- （５） 退院後、1週間以内にサマリーを作成する。

（一般外来）

- （１） 外来研修を行う前に医師・看護師等によるオリエンテーションを受け、外来診療の概要を理解していること
- （２） 研修医は、指導医・上級医の指導の下に診療を行う。研修医が診察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いたるため、必要に応じてコミュニケーションを図る。
- （３） 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。
- （４） 検査オーダーおよび薬の処方の際は、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。記載内容は指導医の承認（ダブルサイン）をもらう。

（救急研修）

- （１） 研修医は一般的な疾患を中心に一次から二次（一部三次）までの救急患者の初期診療を行う。
- （２） 指導医・上級医の指導の下に診察を行う。
- （３） 研修医が診療を開始する際には、必ずER担当医（指導医・上級医）に連絡する。
- （４） 各診療科へのconsultationを研修する場合には、各診療科担当医にER担当医（指導医・上級医）と相談の上consultationしていることを告げる。
- （５） 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。
- （６） 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。
- （２） 当直の勤務時間帯は 17:00から22:00までとし原則月3回、病院休院日の日直は月1回を必須とする。また、ひと月にこれ以上の回数の当直や日直は認めない。ただし、当直体制に変更等が生じる場合もあり得る。

(3) 1年次の研修医は、1ヶ月間程度 2年次の研修医に同行し屋根瓦方式で日当直業務を経験する。

(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。

(手術室)

(1) 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

(2) 帽子、マスク、ゴーグルを着用する。

(3) 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5年4月1日

糸魚川総合病院 臨床研修プログラム責任者規程

(目的)

第1条 この規程は、糸魚川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。

(定義・要件)

第2条 糸魚川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。

(役割)

第3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、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。

(その他)

第4条 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。

(附則)

制定 令和5年4月1日

糸魚川総合病院 臨床研修指導医規程

(目的)

第1条 この規程は、糸魚川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。

(指導医要件)

第2条 糸魚川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、糸魚川総合病院指導医と同様の役割を担う。

(役割)

第3条 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、かつ糸魚川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、心身の状態等)を把握し、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、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。

(責任体制)

第4条 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、指導医不在時などの連絡方法等指導体制について、明確にしておかなければならない。

(支援)

第5条 糸魚川総合病院は、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、臨床研修管理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。

(上級医)

第6条 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、指導医のもとで研修指導に従事する。

(上級医の要件)

第7条 糸魚川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。

(規程の改廃)

第8条 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。

(附則)

制定 令和5年4月1日

糸魚川総合病院 臨床研修指導者規程

(目的)

第1条 この規程は、糸魚川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。

(定義)

第2条 糸魚川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。

(役割)

第3条 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、かつ糸魚川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、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。

4. 指導者は、研修医が臨床研修継続に支障をきたすような状態、またはその可能性がある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。

(支援)

第4条 糸魚川総合病院は、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。

(規程の改廃)

第5条 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。

(附則)

制定 令和5年4月1日

糸魚川総合病院 臨床研修医研修記録規程

(目的)

第1条 この規程は、糸魚川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。

(保存すべき内容)

第2条

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)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
 - 3)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)
 - 4)その他の研修内容、評価に関する記録 (EPOC2 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

(保存年限)

第3条 第2条により作成した研修記録は、糸魚川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。

(管理者)

第4条 研修記録の管理は、教育研修センターで行う。

(閲覧)

第5条 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。

(複製)

第6条 原則として認めない。

(個人情報)

第7条 研修記録は記載情報が研修医や患者の個人情報であることに留意し、その取扱いには十分留意すること。

(附則)

制定 令和5年4月1日

糸魚川総合病院 臨床研修メンタリングプログラムについての内規

(目的)

第1条 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。

(メンタリングプログラムを利用する権利)

第2条 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。

(手順)

第3条 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。

(メンタリングパートナーシップ覚書)

第4条 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。

(その他)

第5条 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。

(附則)

制定 令和5年4月1日

メンタリングパートナーシップ覚書

糸魚川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6ヶ月を契約期限とする。双方が契約延長を希望した場合は契約を更新できる。
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

糸魚川総合病院 臨床研修管理委員会規程

(目的)

第1条 糸魚川総合病院（以下「病院」という）に、卒後臨床研修を統括し、効率的かつ円滑で安全に実施するため、医師法第16条の2第1項の規程に基づき、臨床研修管理委員会（以下「委員会」という）を置く。

(任務)

第2条 委員会は次の各号に挙げる事項を決定することを任務とする

1. 初期臨床研修の理念・基本方針の確立
2. 研修医の教育研修体制の確立
3. 研修医の採用・修了
4. 研修医の研修プログラムの確立
5. 研修医の評価
6. 研修医の指導体制の確立
7. 研修医の研修期間中の評価の記録を保管する
8. 研修医の募集・採用について当院の方向性に応じて中長期的に計画する

(組織)

第3条 委員会は次の各号に掲げる委員をもって組織する。

1. 病院管理者（病院長）
2. 教育研修センター長
3. プログラム責任者
4. 各診療科指導医代表
5. 協力型病院及び研修協力施設の研修実施責任者
6. 看護部責任者
7. 事務部門責任者
8. 薬剤部責任者
9. 検査部責任者
10. 外部委員
11. その他病院長が委嘱した者

(任期)

第4条 前条3条の委員の任期は1年間とし、再任は妨げない。但し、委員に欠員が生じた場合の後任者の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長)

第5条 委員会には委員長を置き、委員長は委員会を召集して開催し、その議長となる。委員長に事故のある時は、予め定められた委員がその職務を代行する。

(委員会の開催)

第6条 委員会の開催は年6回偶数月（原則第一木曜日）とする。但し、必要に応じて臨時に開催することができる。

(委員以外の者の出席)

第7条 委員長は必要があると認める時は、委員以外の者の出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

(事務局)

第8条 委員会の事務局及び庶務は糸魚川総合病院総務課がこれにあたる。

(雑則)

第9条 この規程に定めるもののほか、委員会の議事及び運営に関して必要な事項は委員長が定めるものとする。

(附則)

制定 平成26年11月1日

改定 令和元年10月1日

改定 令和7年2月6日

2024年度 糸魚川総合病院 研修管理委員会 委員名簿

2025年2月6日現在

研修管理委員会 役職名	氏名	所属	病院 役職名
委員長，研修実施責任者	山岸 文範	糸魚川総合病院	病院長，教育研修センター長
副委員長，プログラム責任者	澤田 成朗	糸魚川総合病院	外科部長，診療部長(外科)
副プログラム責任者	中田 直克	糸魚川総合病院	内科部長(消化器)，医局長
	松木 晃	糸魚川総合病院	内科部長(循環器)，診療部長(内科)
	長田 龍介	糸魚川総合病院	整形外科部長，副院長
メンター	吉田 一弘	糸魚川総合病院	内科医長(腎・糖尿病)
メンター	黒田 康子	糸魚川総合病院	麻酔科部長
	太田 安孝	糸魚川総合病院	小児科医長
	縄田 淳	糸魚川総合病院	内科医長(循環器)(救急担当)
	池田 成子	糸魚川総合病院	眼科部長
	日高 隆雄	糸魚川総合病院	産婦人科部長
	廣田 光恵	糸魚川総合病院	看護部長
	山本 修也	糸魚川総合病院	薬剤部長
	網島 直子	糸魚川総合病院	検査技師長
行政有識者 外部委員	山口 和美	糸魚川市役所	市民部長
研修実施責任者	鈴木 幸雄	糸魚川保健所	所長
研修実施責任者	新井 雅裕	練馬光が丘病院	副院長，臨床研修センター長
研修実施責任者	中島 彰俊	富山大学附属病院	臨床研修センター長
研修実施責任者	工藤 梨沙	新潟大学医歯学総合病院	総合臨床研修センター副部長
研修実施責任者	田部 浩行	新潟県立中央病院	病院長
研修実施責任者	篁島 充	上越総合病院	病院長
研修実施責任者	佐久間 寛之	国立病院機構さいがた医療センター	病院長
研修実施責任者	田中 洋史	新潟県立がんセンター新潟病院	病院長
研修実施責任者	佐藤 賢治	佐渡総合病院	病院長
研修実施責任者	太田 求磨	新潟県立柿崎病院	病院長
研修実施責任者	志水 太郎	獨協医科大学病院	臨床研修センター長
研修実施責任者	鬼頭 知宏	能生国民健康保険診療所	所長
研修実施責任者	満元 洋二郎	名瀬徳州会病院	病院長
研修実施責任者	中村 洋心	新潟県庁	福祉保健部長
研修実施責任者	相田 浩	柏崎総合医療センター	病院長
研修実施責任者	清崎 浩一	新潟県立十日町病院	病院長
研修医代表	中野 真耶	糸魚川総合病院	研修医(2年目)
研修医代表	賀集 理功	糸魚川総合病院	研修医(1年目)
事務部門責任者	吉原 知則	糸魚川総合病院	総務課長
事務局	田原 千佳子	糸魚川総合病院	総務課(臨床研修担当)
事務局	廣川 香里	糸魚川総合病院	総務課(臨床研修担当)

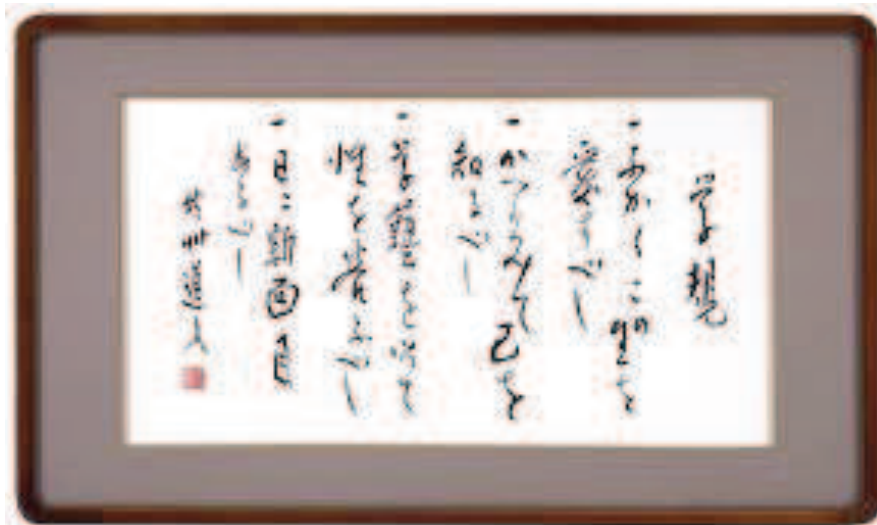
14. 糸魚川で学ぶということ



私たちの原点

新潟県糸魚川地域は、
海から山まで広い範囲に集落が点在しています。
特に山間僻地が多く、
不十分な医療体制が続いてきた地域。
人々の健康を支えたのは、
往診で山道を往復した開業医たちでした。
その姿をとらえたこの写真は、
約50年前の週刊誌に掲載されたものです。
降りしきる雪の中、かんじきを履き峠を越え、
急患のもとに駆けつけた彼らの崇高な姿勢は、
地域医療の中核を担う私たちの指針であり、原点です。

糸魚川総合病院 医局カンファレンスルームに掲げられている會津八一の書「学規」



會津八一（あいづ やいち）：1881年8月1日新潟市生まれ，1956年11月21日没。

東洋美術史・歌人・書家，早稲田大学文学部教授(名誉教授)，雅号＝秋勲（しゅうそうどうじん）

学規

一、ふかくこの生を愛すへし

「この生」とは、かけがえのない自分の命のこと。この命をいとおしく思うから、人間のあるべき姿が見えてくる。

一、かへりみて己を知るへし

自分は何をしてきたか、何ができるのか、真剣に反省すること。そこからすべてが始まる。

一、学芸を以て性を養うへし

学問と芸術に精進する。それが、己という原石を磨いて、あるべき人間の理想に到達するための道。

一、日々新面目あるへし

過去の自分にとどまってはならない。日々怠ることなく努力を重ねて、新しい自分を創り出していかなければならない。人間の生は躍動してやまないものだ。

世界医師会（World Medical Association, WMA）での主な宣言

患者の権利に関するWMAリスボン宣言（日本医師会訳）

1981年9月/10月、ポルトガル、リスボンにおける第34回WMA総会で採択

1995年9月、インドネシア、バリ島における第47回WMA総会で修正

2005年10月、チリ、サンティアゴにおける第171回WMA理事会で編集上修正

2015年4月、ノルウェー、オスローにおける第200回WMA理事会で再確認

序文

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

原則

1. 良質の医療を受ける権利

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

2. 選択の自由の権利

- a. 患者は、民間、公的部門を問わず、担当の医師、病院、あるいは保健サービス機関を自由に選択し、また変更する権利を有する。
- b. 患者はいかなる治療段階においても、他の医師の意見を求める権利を有する。

3. 自己決定の権利

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

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思を表明できない場合は、法律上の権限を有する代理人から、可能な限りインフォームド・コンセントを得なければならない。

b. 法律上の権限を有する代理人がおらず、患者に対する医学的侵襲が緊急に必要とされる場合は、患者の同意があるものと推定する。ただし、その患者の事前の確固たる意思表示あるいは信念に基づいて、その状況における医学的侵襲に対し同意を拒絶することが明白かつ疑いのない場合を除く。

c. しかしながら、医師は自殺企図により意識を失っている患者の生命を救うよう常に努力すべきである。

5. 法的無能力の患者

a. 患者が未成年者あるいは法的無能力者の場合、法域によっては、法律上の権限を有する代理人の同意が必要とされる。それでもなお、患者の能力が許す限り、患者は意思決定に関与しなければならない。

b. 法的無能力の患者が合理的な判断をしうる場合、その意思決定は尊重されねばならず、かつ患者は法律上の権限を有する代理人に対する情報の開示を禁止する権利を有する。

c. 患者の代理人で法律上の権限を有する者、あるいは患者から権限を与えられた者が、医師の立場から見て、患者の最善の利益となる治療を禁止する場合、医師はその決定に対して、関係する法的あるいはその他慣例に基づき、異議を申し立てるべきである。救急を要する場合、医師は患者の最善の利益に即して行動することを要する。

6. 患者の意思に反する処置

患者の意思に反する診断上の処置あるいは治療は、特別に法律が認め、かつ医の倫理の諸原則に合致する場合には、例外的な事例としてのみ行うことができる。

7. 情報に対する権利

a. 患者は、いかなる医療上の記録であろうと、そこに記載されている自己の情報を受ける権利を有し、また症状についての医学的事実を含む健康状態に関して十分な説明を受ける権利を有する。しかしながら、患者の記録に含まれる第三者についての機密情報は、その者の同意なくしては患者に与えてはならない。

b. 例外的に、情報が患者自身の生命あるいは健康に著しい危険をもたらす恐れがあると信ずるべき十分な理由がある場合は、その情報を患者に対して与えなくともよい。

c. 情報は、その患者の文化に適した方法で、かつ患者が理解できる方法で与えられなければならない。

d. 患者は、他人の生命の保護に必要とされていない場合に限り、その明確な要求に基づき情報を知らされない権利を有する。

e. 患者は、必要があれば自分に代わって情報を受ける人を選択する権利を有する。

8. 守秘義務に対する権利

a. 患者の健康状態、症状、診断、予後および治療について個人を特定しうるあらゆる情報、ならびにその他個人のすべての情報は、患者の死後も秘密が守られなければならない。ただし、患者の子孫には、自らの健康上のリスクに関わる情報を得る権利もありうる。

b. 秘密情報は、患者が明確な同意を与えるか、あるいは法律に明確に規定されている場合に限り開示することができる。情報は、患者が明らかに同意を与えていない場合は、厳密に「知の必要性」に基づいてのみ、他の医療提供者に開示することができる。

c. 個人を特定しうるあらゆる患者のデータは保護されねばならない。データの保護のために、

その保管形態は適切になされなければならない。個人を特定しうるデータが導き出せるようなその人の人体を形成する物質も同様に保護されねばならない。

9. 健康教育を受ける権利

すべての人は、個人の健康と保健サービスの利用について、情報を与えられたうえでの選択が可能となるような健康教育を受ける権利がある。この教育には、健康的なライフスタイルや、疾病の予防および早期発見についての手法に関する情報が含まれていなければならない。健康に対するすべての人の自己責任が強調されるべきである。

医師は教育的努力に積極的に関わっていく義務がある。

10. 尊厳に対する権利

a. 患者は、その文化および価値観を尊重されるように、その尊厳とプライバシーを守る権利は、医療と医学教育の場において常に尊重されるものとする。

b. 患者は、最新の医学知識に基づき苦痛を緩和される権利を有する。

c. 患者は、人間的な終末期ケアを受ける権利を有し、またできる限り尊厳を保ち、かつ安楽に死を迎えるためのあらゆる可能な助力を与えられる権利を有する。

11. 宗教的支援に対する権利

患者は、信仰する宗教の聖職者による支援を含む、精神的、道徳的慰問を受けるか受けないかを決める権利を有する。

WMA 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（日本医師会訳）

1964年6月、フィンランド、ヘルシンキにおける第18回WMA総会で採択

1975年10月、日本、東京における第29回WMA総会で改訂

1983年10月、イタリア、ベニスにおける第35回WMA総会で改訂

1989年9月、香港、九龍における第41回WMA総会で改訂

1996年10月、南アフリカ、サマーセットウェストにおける第48回WMA総会で改訂

2000年10月、スコットランド、エジンバラにおける第52回WMA総会で改訂

2002年10月、米国、ワシントンDCにおける第53回WMA総会で改訂

（第29項目明確化のため注釈追加）

2004年10月、日本、東京における第55回WMA総会で改訂

（第30項目明確化のため注釈追加）

2008年10月、韓国、ソウルにおける第59回WMA総会で改訂

2013年10月、ブラジル、フォルタレザにおける第64回WMA総会で改訂

序文

1. 世界医師会（WMA）は、特定できる人間由来の試料およびデータの研究を含む、人間を対象とする医学研究の倫理的原則の文書としてヘルシンキ宣言を改訂してきた。本宣言は全体として解釈されることを意図したものであり、各項目は他のすべての関連項目を考慮に入れて適用されるべきである。

2. WMAの使命の一環として、本宣言は主に医師に対して表明されたものである。WMAは人間を対象とする医学研究に関与する医師以外の人々に対してもこれらの諸原則の採用を推奨する。

一般原則

3. WMA ジュネーブ宣言は、「私の患者の健康を私の第一の関心事とする」ことを医師に義務づけ、また医の国際倫理綱領は、「医師は、医療の提供に際して、患者の最善の利益のために行動すべきである」と宣言している。

4. 医学研究の対象とされる人々を含め、患者の健康、ウェルビーイング、権利を向上させ守るこ

とは医師の責務である。医師の知識と良心はこの責務達成のために捧げられる。

5. 医学の進歩は人間を対象とする諸試験を要する研究に根本的に基づくものである。
6. 人間を対象とする医学研究の第一の目的は、疾病の原因、発症および影響を理解し、予防、診断ならびに治療介入（手法、手順、処置）を改善することである。最善と証明された介入であっても、安全性、有効性、効率性、利用可能性および質に関する研究を通じて継続的に評価されなければならない。
7. 医学研究はすべての被験者に対する配慮を推進かつ保証し、その健康と権利を擁護するための倫理基準に従わなければならない。
8. 医学研究の主な目的は新しい知識を得ることであるが、この目標は個々の被験者の権利および利益に優先することがあってはならない。
9. 被験者の生命、健康、尊厳、全体性、自己決定権、プライバシーおよび個人情報の秘密保持は医学研究に関与する医師の責務である。被験者の保護責任は常に医師またはその他の医療専門職にあり、たとえ被験者が同意していたとしても、決してその被験者にあるわけではない。
10. 医師は、適用される国際的規範および基準はもとより人間を対象とする研究に関する自国の倫理的、法律および規制上の規範ならびに基準を考慮しなければならない。国内的または国際的倫理、法律、規制上の要請がこの宣言に示されている被験者の保護を減じあるいは排除してはならない。
11. 医学研究は、環境に害を及ぼす可能性を最小限に抑える方法で実施されるべきである。
12. 人間を対象とする医学研究は適切な倫理的および科学的な教育と訓練を受けた有資格者によってのみ行われなければならない。患者あるいは健康なボランティアを対象とする研究は能力と十分な資格を有する医師またはその他の医療専門職の監督を必要とする。
13. 医学研究から除外されたグループには研究参加への機会が適切に提供されるべきである。
14. 医学研究と医療ケアを組み合わせる医師は、潜在的な予防、診断または治療上の価値によって正当化される範囲で、かつ医師が研究への参加が被験者となる患者の健康に悪影響を与えないと信じる十分な理由がある場合にのみ、患者を研究に関与させるべきである。
15. 研究参加の結果として損害を受けた被験者に対する適切な補償と治療が保証されなければならない。

リスク、負担、利益

16. 医療および医学研究においてはほとんどの介入にリスクと負担が伴う。人間を対象とする医学研究はその目的の重要性が被験者のリスクおよび負担を上まわる場合に限り行うことができる。
17. 人間を対象とするすべての医学研究は、研究の対象となる個人とグループに対する予想し得るリスクおよび負担と被験者およびその研究によって影響を受けるその他の個人またはグループに対する予見可能な利益とを比較して、慎重な評価を先行させなければならない。リスクを最小化させるための措置が講じられなければならない。リスクは研究者によって継続的に監視、評価、文書化されるべきである。
18. リスクが適切に評価されかつそのリスクを十分に管理できるとの確信を持たない限り、医師は人間を対象とする研究に関与してはならない。潜在的な利益よりもリスクが高いと判断される場合または明確な成果の確証が得られた場合、医師は研究を継続、変更あるいは直ちに中止すべきかを判断しなければならない。

社会的弱者グループおよび個人

19. あるグループおよび個人は特に社会的な弱者であり不適切な扱いを受けたり副次的な被害を受けやすい。すべての社会的弱者グループおよび個人は個別の状況を考慮したうえで保護を受ける

べきである。

20. 医学研究がそのグループの健康上の必要性または優先事項に応えるものであり、かつその研究が社会的弱者でないグループを対象として実施できない場合に限り、社会的弱者グループを対象とする医学研究は正当化される。さらに、そのグループは研究から得られた知識、実践または介入からの恩恵を受けるべきである。

科学的要件と研究計画書

21. 人間を対象とする医学研究は、科学的文献の十分な知識、その他関連する情報源および適切な研究室での実験ならびに必要な応じた動物実験に基づき、一般に認知された科学的諸原則に従わなければならない。研究に使用される動物の福祉は尊重されなければならない。
22. 人間を対象とする各研究の計画と実施内容は研究計画書に明示され正当化されていなければならない。研究計画書には関連する倫理的配慮について明記されまた本宣言の原則がどのように取り入れられてきたかを示すべきである。計画書は、資金提供、スポンサー、研究組織との関わり、起こり得る利益相反、被験者に対する報奨ならびに研究参加の結果として損害を受けた被験者の治療および／または補償の条項に関する情報を含むべきである。臨床試験においては、研究計画書には研究終了後条項に関する適切な取り決めについても記載しなければならない。

研究倫理委員会

23. 研究計画書は、検討、意見、指導および承認を得るため研究開始前に関連する研究倫理委員会に提出されなければならない。この委員会は、その機能において透明性がなければならず、研究者、スポンサーおよびその他の不適切な影響から独立していなければならない、正当な資格を持っていなければならない。委員会は、研究が実施される国あるいは国々の法律や規制、および適用される国際規範や基準を考慮しなければならないが、これらにより本宣言に規定される被験者の保護を減じあるいは排除することが許されてはならない。研究倫理委員会は、進行中の研究をモニターする権利を持たなければならない。研究者は、委員会に対してモニタリング情報、特に重篤な有害事象に関する情報を提供しなければならない。委員会の審議と承認を得ずに計画書を修正してはならない。研究終了後、研究者は研究知見と結論の要約を含む最終報告書を委員会に提出しなければならない。

プライバシーと秘密保持

24. 被験者のプライバシーおよび個人情報の秘密保持を厳守するためあらゆる予防策を講じなければならない。

インフォームド・コンセント

25. 医学研究の被験者としてインフォームド・コンセントを与える能力がある個人の参加は自発的でなければならない。家族または地域社会のリーダーに助言を求めることが適切な場合もあるが、インフォームド・コンセントを与える能力がある個人を本人の自主的な承諾なしに研究に参加させてはならない。
26. インフォームド・コンセントを与える能力がある人間の被験者を対象とする医学研究においては、それぞれの被験者候補は、目的、方法、資金源、起こり得る利益相反、研究者の所属機関、研究の予測される利益と潜在的なリスク、研究に伴う不快感、研究終了後条項、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、不利益を受けることなしにいつでも研究への参加を拒否したり、参加への同意を撤回したりする権利があることを知らされなければならない。情報提供するために使用される方法だけでなく、個々の被験者候補の具体的な情報ニーズについても特別な配慮をしなければならない。被験者候補が情報を理解していることを確認した後、医師またはその他の適切な資格を有する者は、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、できれば書面で求めなければならない。

い。同意が書面で表明できない場合、書面以外の同意は正式に文書化され、立ち会いが行われなければならない。医学研究のすべての被験者には、研究の全体的な成果と結果について知られるという選択肢が与えられるべきである。

27. 研究参加へのインフォームド・コンセントを求める場合、医師は、被験者候補が医師に依存した関係にあるかまたは同意を強要されているおそれがあるかについて特別な注意を払わなければならない。そのような状況下では、インフォームド・コンセントはこうした関係とは完全に独立したふさわしい有資格者によって求められなければならない。
28. インフォームド・コンセントを与える能力がないと思われる被験者候補については、医師は、法的代理人からインフォームド・コンセントを求めなければならない。これらの個人は、被験者候補に代表される集団の健康増進を意図し、代わりにインフォームド・コンセントを与える能力がある人と研究を実施することができず、最小限のリスクと最小限の負担しか伴わない研究でない限り、その人にとって有益となる可能性のない研究に参加させてはならない。
29. インフォームド・コンセントを与える能力がないと思われる被験者候補が研究への参加に関する決定に賛意を表することができる場合、医師は、法的代理人の同意に加えて、本人の賛意を求めなければならない。被験者候補の不賛意は尊重されるべきである。
30. 例えば、意識不明の患者のように、肉体的、精神的にインフォームド・コンセントを与える能力がない被験者を対象とした研究は、インフォームド・コンセントを与えることを妨げる肉体的・精神的状態がその研究対象グループに固有の症状となっている場合に限って行うことができる。このような状況では、医師は法的代理人からインフォームド・コンセントを求めなければならない。そのような代理人が得られず研究延期もできない場合、この研究はインフォームド・コンセントを与えられない状態にある被験者を対象とする特別な理由が研究計画書で述べられ研究倫理委員会で承認されていることを条件として、インフォームド・コンセントなしに開始することができる。研究に引き続き留まる同意はできるかぎり早く被験者または法的代理人から取得しなければならない。
31. 医師は治療のどの部分が研究に関連しているかを患者に十分に説明しなければならない。患者の研究への参加拒否または研究離脱の決定が患者・医師関係に決して悪影響を及ぼしてはならない。
32. バイオバンクや類似の保管場所に含まれるヒト由来試料やデータを用いた研究など、識別可能なヒト由来試料やデータを用いた医学研究の場合、医師は、その収集、保管、および／または再利用についてインフォームド・コンセントを求めなければならない。そのような研究において、同意を得ることが不可能または実行不可能な例外的状況もあり得る。そのような状況では、研究倫理委員会の検討と承認を経た後にのみ、研究を行うことができる。

プラセボの使用

33. 新たな介入の利益、リスク、負担、有効性は、以下の場合を除き、最善と証明されている介入の利益、リスク、負担、有効性と比較検証されなければならない：証明された介入が存在せず、プラセボの使用、または介入なしが許容される場合。；あるいは、説得力があり科学的に健全な方法論的理由に基づき、最善と証明されたものより効果が劣る介入、プラセボの使用または介入なしが、その介入の有効性あるいは安全性を決定するために必要な場合、そして、最善と証明されたものより効果が劣る介入、プラセボの使用または介入なしの患者が、最善と証明された介入を受けなかった結果として重篤または回復不能な損害の付加的リスクを被ることがないと予想される場合。この選択肢の乱用を避けるために細心の注意が払われなければならない。

研究終了後条項

34. 臨床試験の前に、スポンサー、研究者および主催国政府は、試験の中で有益であると証明され

た介入をまだ必要とするすべての研究参加者のために、試験終了後のアクセスに関する条項を策定すべきである。また、この情報はインフォームド・コンセントの手続きの間に研究参加者に開示されなければならない。

研究登録と結果の刊行および普及

35. 人間を対象とするすべての研究は、最初の被験者を募集する前に一般的にアクセス可能なデータベースに登録されなければならない。
36. すべての研究者、著者、スポンサー、編集者および発行者は、研究結果の刊行と普及に倫理的責務を負っている。研究者は人間を対象とする研究の結果を一般的に公表する義務を有し報告書の完全性と正確性に説明責任を負う。すべての当事者は、倫理的報告に関する容認されたガイドラインを遵守すべきである。否定的結果および結論に達しない結果も肯定的結果と同様に、刊行または他の方法で公表されなければならない。資金源、組織との関わりおよび利益相反が、刊行物の中には明示されなければならない。この宣言の原則に反する研究報告は、刊行のために受理されるべきではない。

臨床における未実証の介入

37. 個々の患者の処置において証明された介入が存在しないかまたはその他の既知の介入が有効でなかった場合、患者または法的代理人からのインフォームド・コンセントがあり、専門家の助言を求めたうえ、医師の判断において、その介入で生命を救う、健康を回復するまたは苦痛を緩和する望みがあるのであれば、証明されていない介入を実施することができる。この介入は、引き続き安全性と有効性を評価するために計画された研究の対象とされるべきである。すべての事例において新しい情報は記録され、適切な場合には公表されなければならない。