

**2022 年度 千鳥橋病院
初期臨床研修プログラム集**

〈千鳥橋病院・千代診療所の理念〉

■無差別・平等の医療

「患者の人権」を尊重した医療をすすめます

■安全・安心・信頼の医療

患者さんや地域の方々とともに医療の質の向上につとめます

■安心して住み続けられるまちづくり

保健・医療・福祉のネットワークを広げます

■ヘルププロモーション活動の推進

HPHとして、患者、地域、職員の健康づくりを進めます



千鳥橋病院初期臨床研修プログラム集

《目次》

1.	2022 年度千鳥橋病院卒後臨床研修プログラム	P 4
2.	臨床研修の到達目標 経験目標	P 15
3.	マトリックス表	P 21
4.	コアカリキュラム、オリエンテーションプログラム	P 26
5.	導入期内科研修プログラム	P 28
6.	内科ローテート研修プログラム 呼吸器内科、循環器内科、脳神経内科 総合内科、糖尿病・内分泌内科	P 35
7.	外科研修プログラム	P 45
8.	救急研修プログラム	P 48
9.	救急認定レジデント制度	P 60
10.	母子医療保健研修プログラム 産婦人科、小児科	P 74
11.	プライマリケア外科研修プログラム	P 88
12.	精神科研修プログラム	P 90
13.	地域医療（診療所）研修プログラム	P 100
14.	選択研修プログラム 麻酔科、耳鼻咽喉科・頭頸部外科、検査科	P 104
15.	CPC 研修プログラム	P 108
16.	一般外来研修プログラム	P 113
17.	在宅医療研修プログラム	P 117
18.	ヘルスプロモーション研修プログラム	P 124
19.	その他カリキュラム・指針 ①研修医の医療行為に関する指針 ②特定領域の診療技術研修、評価方法 ③研修医の医療文書作成指針 ④研修医の医療文書作成研修方略一覧	P 125

福岡医療団千鳥橋病院 2022 年度研修プログラム

1. プログラムの名称

「千鳥橋病院 卒後臨床研修プログラム」

2. 臨床研修の役割と機能

千鳥橋病院は、医師法第 16 条に基づき厚生労働大臣より指定された基幹型臨床研修病院として、医学部を卒業し、医師免許を取得した医師（臨床研修医）が、卒後 2 年間でプライマリ・ケア（病気の初期診療）の基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付けるための臨床研修の実施及び管理を行うことを役割としている。

2. 研修理念

「各科に共通の確かな基本的力量と豊かな人権意識、健康増進への意識を備えた、地域医療を志向する医師」を「それぞれの研修医を主体者にして」養成する。

3. 研修の基本方針

基幹型臨床研修病院として、以下の『「3-1 研修目標」を達成するためにと「3-2 研修の特徴」を備えたプログラムを実行すること』を基本方針とする。

3-1 研修目標

- ①患者の一人一人の権利を守る基本的・総合的な診療能力（主治医能力）を獲得する。
 - 1) 患者を全人的に理解し、患者および家族と診療の目標を共有する信頼関係が構築できる。
 - 2) 基本的な医学知識・技能・態度を習得する。
 - 3) 一人一人の患者の問題を総合的に把握し、解決を指向する視点を身につける。
- ②患者の立場に立った良好なチーム医療の推進者としての、必要な態度、能力を身につける。
- ③患者の受療権をはじめとした基本的人権を守るために、広く社会や医療情勢に目をむけて、医師としての社会的役割を知り、国民の求める医療・介護・福祉の実現にむけて実践する力量を獲得する。
- ④自らが学びの主体者として生涯学習の態度を身につける。医療活動を常に学術的に検討するとともに、新しい医学の成果を学び、日々の実践に結びつけることができる。
- ⑤医学生や後輩研修医のよき相談相手としての的確な指導や援助を行い、教育者の態度を身につける。

3-2 研修の特徴

- ①従来の臓器別研修にこだわらず、より総合的な研修を行い、患者中心の医療を実践できる研修医の育成を目指している。
- ②地域に根ざした医療を実践する力をつけるために、病棟研修だけでなく、在宅・診療所を含む幅広いフィールドで研修を行い、患者会や友の会との関わりの中で、患者、地域住民とともに学びあえる研修をめざしている。
- ③チーム医療を実践できる医師を育成するために、看護師をはじめとする多くの職種が研修に関わるシステムを構築している。

- ④学習者中心の教育を志向し安全性を高めるために、指導医体制を充実させ、カンファレンスを重視した研修をすすめ、選択研修期間を設けている。
- ⑤豊かな人権意識、健康増進への意識を構築するために、患者の権利や平和の学習を中心とした各取り組みに参加する機会を設けている。

4. 研修プログラムの基本骨格

■必修ローテート

- ①オリエンテーション+導入期内科（総合内科）：16 週
- ②内科 24 週（原則 1 年目：16 週+2 年目：8 週）
- ③救急 12 週（週 1 ER 研修+準夜研修）
※8 週はブロック研修（麻酔科研修：1 週）とし、週 1 単位の ER 研修、準夜勤務などをあわせて 12 週とします。
- ④外科 8 週+PC 外科 4 週（整形外科+耳鼻咽喉科頭頸部外科）
- ⑤母子医療保健（産婦人科 5 週+小児科 5 週）
- ⑥精神科 4 週+2 週（選択科目）
- ⑦地域医療研修 4 週（同一法人内院所）

■必修研修

- ①在宅:2 週間に 1 単位。1 年目後半が原則。
- ②一般外来:2 年間の内に、定められた研修期間（0.5 日×40 コマ）
- ③ER 当番:2 年間（外部研修中は除く）
- ④CPC 研修
- ⑤コアカリキュラム（医療安全、感染対策、予防医療、虐待、社会復帰支援、緩和ケア、ACP（人生会議）、医の倫理、地域包括ケア、地域医療、消防訓練、災害訓練、臨床研究や治験について、プロフェッショナルリズム、人権、平和など）
- ⑥学術活動（学会あるいは学術交流集会での発表）

■主な選択研修（施設）

- ① 大手町病院（救急、内科、外科【整形外科、泌尿器科そのほか】）
- ② 米の山病院
- ③ みさき病院
- ④ くわみず、上戸町（総合内科など）
- ⑤ 地域医療
- ⑥ 検査科（2~4 週間）
- ⑦ ICU・麻酔科（2 週間）
- ⑧ 必修ローテート科の重複/延長

5. 各ローテート研修プログラムの概要

- (1) オリエンテーション+導入期内科研修（16 週）

研修当初の 4 ヶ月をオリエンテーションと導入期研修と位置付け、医師としてのスタートにあたっ

て必要な最も基本的な事項を学びます。オリエンテーションでは、コミュニケーションや身体診察といった基本的なカリキュラムに加え、多職種研修や患者体験、地域診断フィールドワークなども行います。内科導入期研修では担当医として入院患者を受け持ち、on the job trainingにて、各科に共通する知識、技術（採血、点滴、気道確保、気管内挿管など）、態度の習得を目指します。同時に、オリエンテーション期間中と合わせてコアカリキュラムを実施し、基本的知識の習得を達成します。

（２）内科必修研修

（１）の期間に加えてさらに 24 週の内科研修を必修として行います。総合内科、呼吸器内科、循環器内科、神経内科、糖尿病・内分泌内科から選択し、到達目標にむかって経験を積んでいきます。

（３）救急＋麻酔科研修

12 週の救急科研修を行います。8 週間はブロック研修（麻酔科研修：1 週）とし、救急救命に対応できる手技、各種麻酔技術の適応を知り習得します。この期間と、ER 当番（週一）、準夜勤務などをあわせて、救急医療の場面での到達目標を達成します。2 年目に大手町病院救急部での研修を選択することも可能です。

（４）外科研修＋プライマリケア外科

外科研修を 8 週間行います。手術、術前術後管理、外来外傷患者診療を行うことによって、外科的疾患についての理解を深めます。急性腹症、創傷の基本的初期対応を習得します。プライマリケア外科研修は整形外科、耳鼻咽喉科頭頸部外科を 4 週間で研修し、プライマリケアにおいて必要な経験と知識、技能の習得を行います。

（５）母子医療保健研修（産婦人科 5 週＋小児科 5 週）

産婦人科と小児科を研修し、両方の科による母子保健、医療に関する基本的知識の教育を行います。産婦人科では正常分娩を経験し、また一般診療における女性特有の疾患への対応、妊娠可能年齢女性の診察、妊婦、授乳婦の診察や保健指導など、必要な基礎的素養を身につけます。小児科では病棟研修に偏らず、外来研修も重視します。予防接種や保健所とのかかわり、開業医との連携も研修を通じて学びます。また小児に多い救急疾患の診断・治療の実際を研修し、夜間当直時に対応できるようになります。虐待の研修も合わせて行います。

（６）精神科研修

精神科研修は、協力型病院である菊陽病院または雁の巣病院で行います。精神障害に罹患した患者さんを全人的に捉えるための知識・技能・態度の基本を学び、プライマリケアに必要な精神科診療能力を理解し、必要に応じて専門家に適切にコンサルトできるようになります。身体疾患で治療中の患者に発生する精神的問題の基本的対応や、自殺企図や急性精神病状態などの精神科救急治療を学びます。

（７）地域医療研修

地域医療研修では、診療所での研修を 4 週間おこない、診療所外来でのコモンディジーズのマネジメント、検査前確率などの病院外来との違い、在宅医療もふくめた家族ケアの視点、地域医療のなか

での診療所の役割、地域での医療福祉のネットワークの連携などを学びます。

2022年 千鳥橋病院卒後臨床研修プログラム（研修ローテート例）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年次	導入オリテ+内科（総合内科）				救急麻酔		内科（原則1年目）				外科	
	ER当番:週1単位、7月～準夜・当直研修開始											
							10月～在宅研修(2週間:1単位、半年間)					
2年次	PC 外科	内科		精神科		母子医療保健 (産婦人科5週+ 小児科5週)		一般 外来	地域 医療		選択	
	ER当番:週1単位、当直 ※外部研修中は除く											
	一般外来 ※内科、外科、小児科研修中に週1単位											

6. 分野別必修研修の概要

(1) 外来研修

外来研修は、プライマリケア診療の教育の場として2年間の内に定められた研修期間（0.5日×40コマ）を行います。患者中心の医療の技法を学び、実践します。頻度の高い症候（発熱・頭痛・下痢など）や疾患（軽症高血圧症・軽症糖尿病・上気道炎など）の初期診療を行います。また高血圧や糖尿病などの慢性疾患についても軽症例を中心に継続的な診療を行い、患者教育や予防医学を学びます。

(2) 在宅研修

1年次の後半6ヶ月間、2週に1単位の頻度で在宅医療の研修を行います。指導者の下で同行、見学から始まり、カリキュラムに沿って段階的に評価をうけ、看護師と一緒に単独での往診までを目指します。在宅での高齢者包括的機能評価も学習し実践します。

(3) ER研修

救急研修プログラムにのっとり、2年間通じて原則として週に1単位以上のER研修を行います。また、最初にER看護研修を行い、ERでの他職種の動き、診療の手順、診療材料の保管場所などを学びます。

(4) CPC研修

CPC研修プログラムにのっとり、CPCレポートを作成し、臨床指導医と病理指導医の評価を受けます。

(5) コアカリキュラム研修

医療安全、感染対策、予防医療、虐待、社会復帰支援、緩和ケア、ACP（人生会議）、医の倫理、地域包括ケア、地域医療、消防訓練、災害訓練、臨床研究や治験について、医師のプロフェッショナルリズム、人権、平和、多様性、LGBTなど横断的な教育課題に取り組み、研修目標を達成するためのカリキュラムをコアカリキュラムとして研修します。

(6) 学術活動研修

1年間に1回は、学会あるいは学術集会での発表を、指導医の指導を受けて行います。

(7) ヘルスプロモーション研修

地域診断フィールドワークやホームヘルパー体験を通じ地域社会を学び、健診活動や保健指導など職域健診の参加も行います。また、2年間を通して友の会班会に所属し地域住民とふれあい、班会や地域の保健室などで健康講話を担当します。

8. 選択研修の実施要領

選択研修は、各個人の希望で、経験したい科やさらに研修を充実させたい科を選択する。但し、2年次の10月～12月の間に各自の修了にむけた到達を確認し、ローテーションの変更をすることもあ

9. 研修の記録及び評価方法

- (1) 研修開始にあたり「千鳥橋病院における初期臨床研修プログラム集」を各研修医に配布する。
- (2) 研修医は、各ローテート終了時に受け持ち症例をリストにまとめるとともに、所定の評価用紙にそってふりかえりを指導医、他職種とともに行う。
- (3) 研修分野・診療科のローテーション終了時に研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲにて評価を行い、それを用いて半年に1回は形成的評価（フィードバック）を行う。
- (4) 指導医会議で、各指導医、研修医より出された「研修総括表（ふりかえりシート）」や「研修医評価Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ」をもとに評価を行う。
- (5) 指導医会の報告をもとに、研修管理委員会で総括的な研修評価を行う。
- (6) 研修修了判定は別掲の認定基準と達成度判定票を用いて報告し、その報告に基づき研修管理委員会で審査する。

■臨床研修の記録

- 1) 研修開始にあたり「千鳥橋病院における初期臨床研修プログラム集」及び「チェックリスト（研修記録・振り返りシート・実施記録表など）」を各研修医に配布する。
- 2) 研修医は、受け持ち症例をチェックリスト（研修記録・振り返りシート・実施記録表など）に研修内容を記録するとともに、病歴や手術の要約を作成し、行動目標及び経験目標の達成状況が常に把握できるように努めること。
- 3) 研修医は各ローテート終了時にチェックリスト（研修記録・振り返りシート・実施記録表など）を基にEPOC2（研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）への入力を行うこと。

■臨床研修の評価

①研修医の評価

- 1) 研修分野・診療科の指導医及び指導者が研修医の評価を行う場合はEPOC2による評価を行う。
- 2) 研修医は、各科ローテーション終了時にはEPOC2（研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）を用いて評価を行う。また半年ごとにポートフォリオを作成する。
プログラム責任者または研修管理委員は評価票Ⅰ～Ⅲ、臨床研修の目標達成度判定票およびポー

トフォリオを用いて半年に1回は形成的評価（フィードバック）を行う。

- 3) 研修医は、チェックリスト（研修記録・振り返りシート・実施記録表など）に随時記録し、ローテーション終了後研修内容の達成状況について指導医及び指導者、コメディカルより EPOC2 による評価を受ける。
- 4) 研修医は、評価項目以外に、病歴や手術の要約を適宜行い、指導を受ける。
- 5) 指導医会において、研修医の目標達成状況及び目標到達度をチェックする。
- 6) 各科研修実施責任者は、研修医の目標達成度を確認し、研修修了までに、達成可能なように調整し、研修管理委員会に進捗状況を報告する。
- 7) 研修修了判定は別掲の認定基準と達成度判定票を用いて報告し、その報告に基づき研修管理委員会で審査する。

②指導医・指導者の評価

- 1) 研修医は各ローテーション終了時に EPOC2 により「指導医・上級医評価」および「診療科・病棟評価」の評価入力を行う。なお、研修医が行った指導医・指導者に対する評価は研修管理委員会にて確認し指導医・指導者等へフィードバックする。

③研修病院の評価

- 1) 研修医は半年1回、EPOC2 により「研修医療機関単位評価」および「プログラム全体評価」の評価入力を行う。研修医が行った評価は研修管理委員会または拡大研修委員会にて報告し論議する。
- 2) 年2回の拡大研修管理委員会にて、看護師や他職種とともに初期研修プログラム評価を行う。その評価を基に研修管理委員会にてプログラム評価、次年度のプログラム修正を行う。

10. 募集定員

(1) 研修医定数（各年次）

各年次 6 名とする。面談及び小論文、口頭試問により決定する。

(2) 公募の有無及び研修プログラムの公表方法

公募する。厚生労働省が行う研修マッチングに参加する。

「臨床研修ガイドブック」掲載。その他、ホームページに募集要項掲載。研修医募集のダイレクトメールを送付する。

(3) 応募条件及び応募手続き

- ①千鳥橋病院の病院実習に参加する。
- ②応募開始後に、履歴書とレポートを提出する。
- ③面接を受ける。

11. 研修医の処遇

(1) 給与 1年次 300,000 円

2年次 332,000 円

夏期・冬期一時金あり（時間外手当、ほか各種手当であり）

(2) 身分 常勤職員

(3) 勤務時間 8時30分～17時00分（時間外勤務有り）、休憩時間は1時間とする

- (4) 休暇等 有給休暇 1年次 10日間、2年次 11日間
年末年始休暇、長期休暇など
- (5) 研修医宿舎 住宅手当 47,500円
- (6) 研修医室（シミュレータ室）、個人デスク、ロッカー 有
- (7) 福利厚生：社会保険・労働保険（政府管掌、厚生年金、労災保険、雇用保険）
- (8) 健康管理 健康診断 年2回
- (9) 医師賠償保険 病院において加入 個人加入 任意
- (10) 外部の研修活動 学会、研究会などへの参加 可
学会、研究会などへの参加費用支給 有
- (11) その他 職員就業規則において副業を禁じており研修医もこれに準ずる

12. 研修プログラムの管理運営と指導体制、研修プログラム連携施設の概要

(1) 研修管理責任者

研修管理委員長	角銅 しおり	(千鳥橋病院副院長、診療部長、呼吸器内科科長)
研修プログラム責任者	角銅 しおり	(千鳥橋病院副院長、診療部長、呼吸器内科科長)
研修委員長	米村 栄	(千鳥橋病院地域包括ケア病棟医長)

※研修の最終責任者は研修管理委員長であり、研修プログラムの管理、運営及び研修修了の認定などを行う。

※研修委員会の責任者は研修委員長であり、研修医への支援、指導医への支援などを行う。

(2) 研修管理委員会の構成と役割

		氏名	施設名・役職名
1	管理者	山本 一視	千鳥橋病院院長
2	プログラム責任者	角銅 しおり	千鳥橋病院副院長/呼吸器内科科長
3	研修委員長	米村 栄	千鳥橋病院東4病棟医長
4	副研修委員長	竹邊 聖	千鳥橋病院 HCU 病棟医長
5	副研修委員長	家入 雄太	千鳥橋病院救急センター医長
6	委員	佐々木 隆志	救急センター部長
7	委員	横山 裕士	千鳥橋病院外科部長
8	委員	江島 泰志	千鳥橋病院内科部長
9	委員	鈴木 康一	千鳥橋病院小児科医長
10	委員	大塚 峻央	千鳥橋病院産婦人科
11	委員	中司 貴大	千鳥橋病院産業医
12	委員	嶋田 充志	粕屋診療所所長
13	委員	小西 恭司	城浜診療所所長
14	委員	西木 茂	たちばな診療所所長
15	委員	岩元 太郎	たたらリハビリテーション病院院長
16	委員	嶽村 俊治	千代診療所所長
17	委員	佐藤 渉	大楠診療所所長

18	委員	鍛冶 修	新室見診療所所長
19	委員	岩下 早苗	須恵診療所
20	委員	南 尚恵	千鳥橋病院副総看護師長
21	委員	布川 千絵	千鳥橋病院検査部科長
22	委員	伊規須 朋子	千鳥橋病院医療社会科科長
23	委員	河波 豊	千鳥橋病院薬剤部部長
24	委員	竹元 悟	千鳥橋病院事務長
25	委員	今井 公一	千鳥橋病院臨床研修課課長
26	委員	牛島 優	千鳥橋病院臨床研修課
27	委員	宇佐美 聖香	千鳥橋病院臨床研修課
28	委員	原田 玲名	千鳥橋病院臨床研修課
29	委員	守山 正樹	NPO 法人ウェルビーイング附属研究所理事
30	委員	久保井 撰	九州合同法律事務所弁護士
31	委員	岡本 茂樹	保険医協会/医師会 おかもと小児科クリニック院長
32	委員	菊川 誠	九州大学医学部医学研究院医学教育学部門講師
33	委員	古川 咲子	ふくおか健康友の会副会長(東・東支部)
34	委員	大鶴 節子	ふくおか健康友の会会員(マーガレット班)
35	委員	三宅 亮	健和会大手町病院副院長
36	委員	崎山 博司	親仁会米の山病院院長
37	委員	田中 清貴	親仁会みさき病院院長
38	委員	香月 彰夫	神野診療所所長
39	委員	熊谷 雅之	雁の巣病院院長
40	委員	酒井 誠	大分健生病院院長
41	委員	橋本 和子	芳和会菊陽病院院長
42	委員	大谷 寛	くわみず病院内科診療部長
43	委員	三宅 裕子	上戸町病院院長
44	委員	宮崎 幸哉	五島ふれあい診療所所長
45	委員	遠藤 豊	宮崎生協病院院長
46	委員	樋之口 洋一	鹿児島生協病院 院長
47	委員	平元 良英	奄美中央病院
48	委員	山下 義仁	国分生協病院院長
49	委員	嵩原 安彦	沖縄協同病院総合診療部部長
50	委員	与儀 洋和	中部協同病院院長
51	委員	嘉陽 信子	那覇民主診療所所長

○年3回、委員会を開催し、プログラムの全体的な調整を行い管理運営上の問題を検討するとともに、研修医の総括的評価を行う。

(3) 研修プログラム連携施設の概要と実施責任者、指導医

本プログラムは千鳥橋病院を基幹型研修病院とし下記のように協力型研修病院・研修協力施設との連携で研修目標の達成を目指すものである。

病院名/分野		氏名	役職	臨床研修指導医	
1	千鳥橋病院	研修実施責任者	角銅 しおり	プログラム責任者/副院長	○
		内科	米村 栄	研修委員長	○
		救急部門	佐々木 隆志	救急センター部長	○
		外科	横山 裕士	部長	○
		小児科	山口 英里	部長	○
		産婦人科	篠原 和英	部長	○
		麻酔科	廣瀬 嘉明	部長	○
		病理	松下 能文	部長	○
2	大手町病院	研修実施責任者	吉野 興一郎	院長	○
		内科	田場 正直	副院長	○
		救急部門	三浦 正善	部長	○
		外科	三宅 亮	副院長	○
		産婦人科	今井 彰子	部長	○
3	菊陽病院	研修実施責任者	樋之口 恵美	医員	○
		精神科			
4	鹿児島生協病院	研修実施責任者	樋之口 洋一	院長	○
		内科	春田 弘昭	副院長	○
		救急部門	上田 剛	救急部長	○
		外科	木藤 正樹	外科主任部長	○
		小児科	中村 亨		○
5	沖縄協同病院	研修実施責任者	嵩原 安彦	副院長/総合診療部長	○
		内科			
		救急部門	伊泊 広二	院長	○
		外科	加藤 航司	医長	○
		小児科	雨積 涼子	医長	○
		産婦人科	嘉陽 真美	部長	○
6	米の山病院	研修実施責任者	崎山 博司	院長	○
		内科	佐田 耕一郎	副院長/総合診療部長	○
		外科	大城 国夫	副院長/部長	○
7	大分健生病院	研修実施責任者	酒井 誠	院長	○
		内科	今里 幸実	副院長	○

		小児科	酒井 誠	院長	○
8	くわみず病院	研修実施責任者	大谷 寛	内科診療部長	○
		内科/地域医療			
9	宮崎生協病院	研修実施責任者	遠藤 豊	院長	○
		内科			
		小児科	上野 満		○
10	国分生協病院	研修実施責任者	山下 義仁	院長	○
		内科/地域医療			
		小児科	玉江 末広		○
11	上戸町病院	研修実施責任者	三宅 裕子	院長	○
		内科			
12	城浜診療所	研修実施責任者 地域医療	小西 恭司	所長	×
13	たちばな診療所	研修実施責任者 地域医療	西木 茂	所長	×
14	粕屋診療所	研修実施責任者 地域医療	嶋田 充志	所長	×
15	千代診療所	研修実施責任者 地域医療	嶽村 俊治	所長	×
			三浦 英男		○
16	神野診療所	研修実施責任者 地域医療	香月 彰夫	所長	○
17	大楠診療所	研修実施責任者 地域医療	佐藤 渉	所長	×
18	新室見診療所	研修実施責任者 地域医療	鍛冶 修	所長	○
19	須恵診療所	研修実施責任者 地域医療	岩下 早苗	所長	×
20	ちどりばし在宅診療所	研修実施責任者 地域医療	小野 富士雄	所長	○
21	みさき病院	研修実施責任者 内科/高齢者医療	田中 清貴	院長	○
22	奄美中央病院	研修実施責任者 地域医療	平元 良英	院長	○
23	たたらリハビリテーション病院	研修実施責任者 緩和ケア	貞刈 暢代	副院長	○
24	那覇民主診療所	研修実施責任者 地域医療	嘉陽 信子	所長	×

25	五島ふれあい診療所	研修実施責任者 地域医療	宮崎 幸哉	所長	○
26	中部協同病院	研修実施責任者 地域医療	与儀 洋和	所長	×
27	雁の巣病院	研修実施責任者 精神科	熊谷 雅之	院長	○

○研修プログラム連携施設の概要は別紙参照とする。

13. メンター制度

指導医や上級医が、当該分野・診療科のローテーション期間中、研修医からの相談を受け助言を与えるのに対し、メンターは診療科の枠を超えて研修医との定期的なコミュニケーションを通じ、研修医の研修生活やキャリア形成全般についての助言、精神面でのサポートなど継続的な支援を行う。なお、メンターはメンタリングディレクター（研修委員長）の判断でいつでも交代、解除することができる。

メンター制度は以下のステップを踏んで行われる。

- (1) メンターの選出（研修医教育に熱意を持つ医師を推薦・自薦いただく）
- (2) 研修医への情報提供（メンター制度の周知とメンター医師の情報の提供）
- (3) 研修医によるメンター選択（1年目5月末頃：研修医が希望するメンターを選出・研修委員長面談にて確認）
- (4) メンターと研修医の顔合わせ（制度のオリエンテーションを含む）
- (5) メンタリング実施状況の把握（メンター及び研修医からのメンタリングディレクター（研修委員長）への定期的な報告）

14. その他

(1) 研修修了後の進路

初期研修修了後に当院で引き続き研修を希望する医師には、後期研修（専攻医）を行うことができる。また各科スタッフとして勤務することも可能である。

臨床研修の到達目標

到達目標

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

A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与
社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。
2. 利他的な態度
患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。
3. 人間性の尊重
患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。
4. 自らを高める姿勢
自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

B. 資質・能力

1. 医学・医療における倫理性
診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。
 - ① 人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。
 - ② 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。
 - ③ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。
 - ④ 利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。
 - ⑤ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不法行為の防止に努める。
2. 医学知識と問題対応能力
最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題に対して、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。
 - ① 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。
 - ② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床判断を行う。
 - ③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。
3. 診療技能と患者ケア
臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。
 - ① 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
 - ② 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。
 - ③ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

4. コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

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

5. チーム医療の実践

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

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

6. 医療の質と安全管理

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

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

7. 社会における医療の実践

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

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

8. 科学的探究

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

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

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

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

- ①急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。

- ②同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。
- ③国内外の政策や医学及び医療の最新動向(薬剤耐性菌やゲノム医療を含む。)を把握する。

C.基本的診療業務

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

1. 一般外来診療

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

2. 病棟診療

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

3. 初期救急対応

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

4. 地域医療

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

経験目標

経験すべき症候－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う。

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

経験すべき疾病・病態－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る。

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

経験すべき症候及び経験すべき疾病・病態の研修を行ったことの確認は、日常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)、考察等を含むこと。

その他(経験すべき診察法・検査・手技等)

①医療面接医療

面接では、患者と対面した瞬間に緊急処置が必要な状態かどうかの判断が求められる場合があること、診断のための情報収集だけでなく、互いに信頼できる人間関係の樹立、患者への情報伝達や推奨される健康行動の説明等、複数の目的があること、そして診療の全プロセス中最も重要な情報が得られることなどを理解し、望ましいコミュニケーションのあり方を不断に追求する心構えと習慣を身に付ける必要がある。

患者の身体に関わる情報だけでなく、患者自身の考え方、意向、解釈モデル等について傾聴し、家族をも含む心理社会的側面、プライバシーにも配慮する。病歴(主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー等)を聴取し、診療録に記載する。

②身体診察

病歴情報に基づいて、適切な診察手技(視診、触診、打診、聴診等)を用いて、全身と局所の診察を速やかに行う。このプロセスで、患者に苦痛を強いたり傷害をもたらしたりすることのないよう、そして倫理面にも十分な配慮をする必要がある。とくに、乳房の診察や泌尿・生殖器の診察(産婦人科的診察を含む)を行う場合は、指導医あるいは女性看護師等の立ち合いのもとに行わなくてはならない。

③臨床推論

病歴情報と身体所見に基づいて、行うべき検査や治療を決定する。患者への身体的負担、緊急度、医療機器の整備状況、患者の意向や費用等、多くの要因を総合してきめなければならないことを理解し、検査や治療の実施にあたって必須となるインフォームドコンセントを受ける手順を身に付ける。

④臨床手技

①気道確保、②人工呼吸(バッグ・バルブ・マスクによる徒手換気を含む。)、③胸骨圧迫、④圧迫止血法、⑤包帯法、⑥採血法(静脈血、動脈血)、⑦注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保)、⑧腰椎穿刺、⑨穿刺法(胸腔、腹腔)、⑩導尿法、⑪ドレーン・チューブ類の管理、⑫胃管の挿入と管理、⑬局所麻酔法、⑭創部消毒とガーゼ交換、⑮簡単な切開・排膿、⑯皮膚縫合、⑰軽度の外傷・熱傷の処置、⑱気管挿管、⑲除細動等の臨床手技を身に付ける。

⑤検査手技

血液型判定・交差適合試験、動脈血ガス分析(動脈採血を含む)、心電図の記録、超音波検査等を経験する。

⑥地域包括ケア・社会的視点

症候や疾病・病態の中には、その頻度の高さや社会への人的・経済的負担の大きさから、社会的な視点から理解し対応することがますます重要になってきているものが少なくない。例えば、もの忘れ、けいれん発作、心停止、腰・背部痛、抑うつ、妊娠・出産、脳血管障害、認知症、心不全、高血圧、肺炎、慢性閉塞性肺疾患、腎不全、糖尿病、うつ病、統合失調症、依存症などについては、患者個人への対応とともに、社会的な枠組みでの治療や予防の重要性を理解する。

⑦診療録

日々の診療録(退院時要約を含む)は速やかに記載する。指導医あるいは上級医は適切な指導を行った上で記録を残す。入院患者の退院時要約には、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン(診断、治療方針、教育)、考察等を記載する。退院時要約を症候および疾病・病態の研修を行ったことの確認に用いる場合であって考察の記載欄がない場合、別途、考察を記載した文書の提出と保管を必要とする。なお、研修期間中に、各種診断書(死亡診断書を含む)の作成を必ず経験すること。

経験が求められる29症候の経験／考察

千鳥橋病院 研修医名: _____

経験すべき症候(29 症例)

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

※「・」でつないであるものはいずれかで可

疾病・病態	1 つ選択		
研修施設名	1 つ選択	患者 ID	
診療科		性別	1 つ選択
診療の場	1 つ選択 <input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 当直	年齢	1 つ選択
担当日	年 月 日 ~ 年 月 日		
指導医サイン		EPOC 入力	年 月 日

経験が求められる26疾患・病態の経験／考察

千鳥橋病院 研修医名: _____

経験すべき疾病・病態(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る。

※手術症例として、少なくとも1症例は外科手術に至った症例を選択し、手術要約も併せて提出する。

※「・」でつないであるものはいずれかで可

疾病・病態	1 つ選択		
研修施設名	1 つ選択	患者 ID	
診療科		性別	1 つ選択
診療の場	1 つ選択 <input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 当直	年齢	1 つ選択
担当日	年 月 日 ~ 年 月 日		
指導医サイン		EPOC 入力	年 月 日

医師臨床研修プログラムの研修分野別マトリックス表

研修単元	科目の状況	必修分野														その他				群	
		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3	
科目の状況(1:必修、2:選択必修、3:選択)⇒	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3		
研修分野	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3		
「◎」:最終責任を果たす分野 「○」:研修が可能な分野	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3		
目標	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3		
I 到達目標 「◎」の個数→																					
A 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)																					
3 1 社会的使命と公衆衛生への寄与	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
4 2 利他的な態度	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
5 3 人間性の尊重	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
6 4 自らを高める姿勢	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
B 資質・能力																					
8 1 医学・医療における倫理性	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
9 2 医学知識と問題対応能力	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
10 3 診療技能と患者ケア	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
11 4 コミュニケーション能力	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
12 5 チーム医療の実践	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
13 6 医療の質と安全管理	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
14 7 社会における医療の実践	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
15 8 科学的探究	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
16 9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
C 基本的診療業務																					
18 1 一般外来診療	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
19 症候・病態についての臨床推論プロセス	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
20 初診患者の診療	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
21 慢性疾患の継続診療	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
22 2 病棟診療	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
23 入院診療計画の作成	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
24 一般的・全身的な診療とケア	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
25 地域医療に配慮した退院調整	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
26 幅広い内科的疾患に対する診療	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
27 幅広い外科的疾患に対する診療	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
28 3 初期救急対応	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
29 状態や緊急度を把握・診断	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
30 応急処置や院内外の専門部門と連携	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
31 4 地域医療	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
32 概念と枠組みを理解	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
33 種々の施設や組織と連携	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
II 実務研修の方略																					
35 臨床研修を行う分野・診療科																					
36 オリエンテーション																					
37 1 臨床研修制度・プログラムの説明	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
38 2 医療倫理	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
39 3 医療関連行為の理解と実習	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
40 4 患者とのコミュニケーション	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
41 5 医療安全管理	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
42 6 多職種連携・チーム医療	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
43 7 地域連携	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
44 8 自己研鑽・図書館、文献検索、EBMなど	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
④ 内科分野(24週以上)																					
46 入院患者の一般的・全身的な診療とケア	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
47 幅広い内科的疾患の診療を行う病棟研修	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
⑤ 外科分野(4週以上)																					
49 一般診療にて頻繁な外科的疾患への対応	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
50 幅広い外科的疾患の診療を行う病棟研修	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
⑥ 小児科分野(4週以上)																					
52 小児の心理・社会的側面に配慮	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
53 新生児期から各発達段階に応じた総合的な診療	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
54 幅広い小児科疾患の診療を行う病棟研修	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
⑦ 産婦人科分野(4週以上)																					

医師臨床研修プログラムの研修分野別マトリックス表

研修単元	科目の状況	必修分野															その他				群	
		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3	
科目の状況(1:必修、2:選択必修、3:選択)⇒	研修分野	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3		
	「◎」:最終責任を果たす分野 「○」:研修が可能な分野																					
目標	コアカリキュラム・オリエンテーション																					
56	妊娠・出産																					
57	産科疾患や婦人科疾患																					
58	思春期や更年期における医学的対応																					
59	頻繁な女性の健康問題への対応																					
60	幅広い産婦人科領域の診療を行う病棟研修																					
61	⑧ 精神科分野(4週以上)																					
62	精神科専門外来																			◎		
63	精神科リエゾンチーム																			◎		
64	急性期入院患者の診療			○	○															◎		
65	⑨ 救急医療分野(12週以上、4週を上限として麻酔科での研修期間を含められる)																					
66	頻度の高い症候と疾患			○	○	○	○	○	○	○												
67	緊急性の高い病態に対する初期救急対応			○	○	○	○	○	○	○												
68	(麻)気管挿管を含む気道管理及び呼吸管理			○	○	○	○	○	○	○												
69	(麻)急性期の輸液・輸血療法			○	○	○	○	○	○	○												
70	(麻)血行動態管理法			○	○	○	○	○	○	○												
71	⑩ 一般外来(4週以上必須、8週以上が望ましい)																					
72	初診患者の診療			◎	○	○	○	○	○	○												
73	慢性疾患の継続診療			◎	○	○	○	○	○	○												
74	⑪ 地域医療(8週以上、2年次。)																					
75	へき地・離島の医療機関																					
76	200床未満の病院又は診療所			○																○		
77	一般外来			○	○	○	○	○	○	○												
78	在宅医療				○	○	○	○	○	○												
79	病棟研修は慢性期・回復期病棟			○	○	○	○	○	○	○										○		
80	医療・介護・保健・福祉施設や組織との連携			○	○	○	○	○	○	○										○		
81	地域包括ケアの実際			○	○	○	○	○	○	○										○		
82	⑫ 選択研修(保健・医療行政の研修を行う場合)																					
83	保健所																					
84	介護老人保健施設			◎																		
85	社会福祉施設			◎																		
86	赤十字社血液センター																					
87	健診・検診の実施施設			◎																		
88	国際機関																					
89	行政機関																					
90	矯正機関																					
91	産業保健の事業場																					
92	⑬ 1)全研修期間 必須項目																					
93	i 感染対策(院内感染や性感染症等)			◎	○	○	○	○	○	○										○		
94	ii 予防医療(予防接種を含む)				○	○	○	○	○	○										○		
95	iii 虐待				○	○	○	○	○	○												
96	iv 社会復帰支援				◎	○	○	○	○	○										○		
97	v 緩和ケア				○	◎	○	○	○	○										○		
98	vi アドバンス・ケア・プランニング(ACP)				◎	○	○	○	○	○										○		
99	vii 臨床病理検討会(CPC)			○	○	◎	○	○	○	○										○		
100	2)全研修期間 研修が推奨される項目																					
101	i 児童・思春期精神科領域																					
102	ii 薬剤耐性菌				◎	○	○	○	○	○										○		
103	iii ゲノム医療					◎	○	○	○	○										○		
104	iv 診療領域・職種横断的なチームの活動			○	◎	○	○	○	○	○										○		
105	経験すべき症候(29症候)																					
106	1 ショック				○																	
107	2 体重減少・るい瘦				◎	○	○	○	○	○												
108	3 発疹				◎	○	○	○	○	○												
109	4 黄疸				◎	○	○	○	○	○												
110	5 発熱				◎	○	○	○	○	○												

医師臨床研修プログラムの研修分野別マトリックス表

研修単元	科目の状況	必修分野																	その他			群	
		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	
科目の状況(1:必修、2:選択必修、3:選択)⇒	研修分野	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3		
	「◎」:最終責任を果たす分野 「○」:研修が可能な分野																						
目標	コアカリキュラム・オリエンテーション																						
111	6 もの忘れ		○	◎	○	○	○	○															
112	7 頭痛		○	○	○	○	○													○			
113	8 めまい		○	○	○	○	○												◎				
114	9 意識障害・失神		○	○	○	○	○																
115	10 けいれん発作		○	○	○	○	○																
116	11 視力障害		◎																○				
117	12 胸痛		○	○	○	○	○																
118	13 心停止		○	○	○	○	○																
119	14 呼吸困難		○	○	○	○	○																
120	15 吐血・喀血		○	○	○	○	○																
121	16 下血・血便		◎	○	○	○	○																
122	17 嘔気・嘔吐		○	○	○	○	○																
123	18 腹痛		○																				
124	19 便通異常(下痢・便秘)		◎																				
125	20 熱傷・外傷							○	○											○			
126	21 腰・背部痛		○						◎														
127	22 関節痛		○						◎														
128	23 運動麻痺・筋力低下		○	◎	○	○	○		○														
129	24 排尿障害(尿失禁・排尿困難)		◎	○	○	○	○																
130	25 興奮・せん妄		○	○	○	○	○														○		
131	26 抑うつ		○																		○		
132	27 成長・発達障害																						
133	28 妊娠・出産																						
134	29 終末期の症候		◎	○	○	○	○		○	○													
135	経験すべき疾病・病態(26疾病・病態)																						
136	1 脳血管障害			○	○	○	○	○															
137	2 認知症			○	○	○	○	○													○		
138	3 急性冠症候群			○	○	○	○	○															
139	4 心不全			○	○	○	○	○															
140	5 大動脈瘤			○	○	○	○	○															
141	6 高血圧		◎	○	○	○	○																
142	7 肺癌		◎	○	○	○	○																
143	8 肺炎		○	○	○	○	○																
144	9 急性上気道炎		○	○	○	○	○													○			
145	10 気管支喘息		○	○	○	○	○																
146	11 慢性閉塞性肺疾患(COPD)		○	○	○	○	○																
147	12 急性胃腸炎		◎	○	○	○	○																
148	13 胃癌		◎	○	○	○	○		○														
149	14 消化性潰瘍		◎	○	○	○	○																
150	15 肝炎・肝硬変		◎																				
151	16 胆石症		◎						○														
152	17 大腸癌		◎	○	○	○	○																
153	18 腎盂腎炎		◎	○	○	○	○																
154	19 尿路結石		◎	○	○	○	○																
155	20 腎不全		◎	○	○	○	○																
156	21 高エネルギー外傷・骨折		○						○														
157	22 糖尿病		◎	○	○	○	○																
158	23 脂質異常症		◎	○	○	○	○																
159	24 うつ病		○																		○		
160	25 統合失調症		○																		○		
161	26 依存症(ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博)		○																		○		
162	② 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。)																						
163	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)																						
164	退院時要約	○	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
165	診療情報提供書	○	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		

医師臨床研修プログラムの研修分野別マトリックス表

研修単元	科目の状況	必修分野																その他				群	
		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3		
科目の状況(1:必修、2:選択必修、3:選択)⇒		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3			
目標	「◎」:最終責任を果たす分野 「○」:研修が可能な分野	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3			
166	患者申し送りサマリー		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
167	転科サマリー		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
168	週間サマリー		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
169	外科手術に至った1症例(手術要約を含)								◎	○								○					
170	その他(経験すべき診察法・検査・手技等)																						
171	① 医療面接																						
172	緊急処置が必要な状態かどうかの判断	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
173	診断のための情報収集	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
174	人間関係の樹立	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
175	患者への情報伝達や健康行動の説明	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
176	コミュニケーションのあり方	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
177	患者へ傾聴	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
178	家族を含む心理社会的側面	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
179	プライバシー配慮	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
180	病歴聴取と診療録記載	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
181	② 身体診察(病歴情報に基づく)																						
182	診察手技(視診、触診、打診、聴診等)を用いた全身と局所の診察	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
183	倫理面の配慮	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
184	産婦人科的診察を含む場合の配慮	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
185	③ 臨床推論(病歴情報と身体所見に基づく)																						
186	検査や治療を決定		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
187	インフォームドコンセントを受ける手順	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
188	Killer diseaseを確実に診断		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
189	④ 臨床手技																						
190	体位変換		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
191	移送		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
192	皮膚消毒		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
193	外用薬の貼布・塗布		○	○	○	○	○	○	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
194	気道内吸引・ネブライザー		○	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
195	静脈採血	○	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
196	胃管の挿入と抜去		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
197	尿道カテーテルの挿入と抜去		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
198	注射(皮内、皮下、筋肉、静脈内)		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
199	中心静脈カテーテルの挿入		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
200	動脈血採血・動脈ラインの確保		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
201	腰椎穿刺		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
202	ドレーンの挿入・抜去		○	○	○	○	○	○	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
203	全身麻酔・局所麻酔・輸血		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	○				
204	眼球に直接触れる治療		◎							○							○						
205	①気道確保	○									○					◎	○						
206	②人工呼吸(バッグ・バルブ・マスクによる徒手換気含)	○									○					◎	○						
207	③胸骨圧迫	○										○				◎	○						
208	④圧迫止血法	○								◎	○												
209	⑤包帯法	○								◎	○												
210	⑥採血法(静脈血、動脈血)		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
211	⑦注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保)		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
212	⑧腰椎穿刺		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
213	⑨穿刺法(胸腔、腹腔)		◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
214	⑩導尿法		◎																				
215	⑪ドレーン・チューブ類の管理			○	○	○	○	○	◎	○						○							
216	⑫胃管の挿入と管理		◎						○							○							
217	⑬局所麻酔法		◎	○					◎	○			○			○							
218	⑭創部消毒とガーゼ交換		◎	○					◎	○						○							
219	⑮簡単な切開・排膿		◎	○					◎	○						○							
220	⑯皮膚縫合		◎	○					◎	○						○							

医師臨床研修プログラムの研修分野別マトリックス表

研修単元	科目の状況	必修分野															その他				群				
		1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3					
科目の状況(1:必修、2:選択必修、3:選択)⇒		1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3						
研修分野		コアカリキュラム・オリエンテーション	一般外来	総合診療科	内科	内科① 呼吸器内科	内科② 循環器内科	内科③ 脳神経内科	内科④ 糖尿病・内分泌内科	内科他	外科① 整形外科	外科②	外科他	小児科	産婦人科	精神科	救急部門	地域医療	麻酔科	病理	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	精神科	緩和ケア
目標	「◎」:最終責任を果たす分野 「○」:研修が可能な分野																								
221	⑰軽度の外傷・熱傷の処置									◎	○						○								
222	⑱気管挿管	◎			○	○	○	○										○							
223	⑲除細動等				○	○	○	○		○							◎								
224	⑤ 検査手技の経験				○	○	○	○		○															
225	血液型判定・交差適合試験	◎																							
226	動脈血ガス分析(動脈採血を含む)		◎		○	○	○	○					○				○								
227	心電図の記録			◎	○	○	○	○									○								
228	超音波検査	◎		○	○	○	○	○		○			○	○		○									
229	⑥ 地域包括ケア・社会的視点																								
230	もの忘れ		○	○	◎	○	○	○									○	○	○						
231	けいれん発作			○	○	○	○	○					○				◎								
232	心停止																◎								
233	腰・背部痛			○						◎								○	○						
234	抑うつ			○													○	○						◎	
235	妊娠・出産													◎			○								
236	脳血管障害			○	○	○	○	○									◎								
237	認知症			◎	○	○	○	○								○	○	○						○	
238	心不全				○	○	○	○									◎								
239	高血圧			○	◎	○	○	○									○	○							
240	肺炎			○	○	◎	○	○									○	○							
241	慢性閉塞性肺疾患			○	○	◎	○	○									○	○							
242	腎不全			◎	○	○	○	○									○								
243	糖尿病			○	○	○	○	◎		○			○				○	○							
244	うつ病			○													◎	○	○						○
245	統合失調症			○													◎	○	○						○
246	依存症			○													◎	○	○						○
247	⑦ 診療録																								
248	日々の診療録(退院時要約を含む)	◎	○	○	○	○	○	○		○	○		○		○	○	○	○		○	○	○	○	○	○
249	入院患者の退院時要約(考察を記載)			◎	○	○	○	○		○	○		○		○	○	○	○		○	○	○	○	○	○
250	各種診断書(死亡診断書を含む)			◎	○	○	○	○		○	○		○		○	○	○	○		○	○	○	○	○	○

コアカリキュラム一覧表

コアカリキュラム分野・項目	教育目標(到達すべきアウトカム)	方略	評価方法	研修方略時期
プロフェッショナリズム	プロフェッショナリズムについて基本的な考え方を深める。	1. 指導医によるレクチャー 2. 人権学習(障害者、マイリテイ、LGBT)への参加。ホームレス医療支援の参加など	感想レポートの記入	オリエンテーション+導入期総合内科期間+通年
インフォームド・コンセントコミュニケーション	研修プログラムのとおり	(OJTにおけるFB以外)①指導医によるインフォームド・コンセントレクチャー②SPを使った県連コミュニケーションレクチャー③患者主治医体験研修での病状説明書作成、面接研修	各ローテーション終了時の指導医/看護師評価、外来研修と在宅研修でのminiCEX	オリエンテーション+導入期総合内科期間+通年
医療文書作成、カルテ記載サマリー記載	医療文書を遅滞なく、礼儀正しく、適切な内容で記載することができる。	①指導医による文書の書き方レクチャー②診療情報管理室医事課と指導医によるサマリー記載レクチャー③医事課による必要な文書作成レクチャー(研修医が書いていないものいけないもの)④上級医による「日常的な医療文書」のレクチャー	①指導医による実際に記載した診療情報提供書、サマリーの評価(導入期総合内科研修にて)②診療録管理室による研修医サマリー完成率のチェック(研修管理委員会に提出)③医事課による書類作成遅滞率のチェック(研修管理委員会に提出)	病院オリエンテーション+導入期総合内科期間
業務オリエンテーション(電子カルテ、病院組織、職場紹介そのほか)	病棟業務がある程度支障なく開始できるように①電子カルテをアツカえる②病院の組織形態を理解する③各職場と知り合いなかなくなり、業務内容がある程度理解する。	①病院オリエンテーションでの電子カルテ実習、②法人オリエンテーション、③病院オリエンテーションならびに病棟研修開始後での単位研修(実習見学)	電子カルテについては電算室職員による評価、②③は研修の感想文をもとにした研修委員長による評価	病院オリエンテーション+導入期総合内科期間
診療報酬制度、保険制度	医師として必要な診療報酬制度、DPC、医療保険制度、保険請求業務、書類作成について理解する。	①医事課によるレクチャー ②職員教育セミナー(全職員で保険診療についての学習会)	指導者からの評価とレポート提出	①導入期総合内科期間 ②年1回
医療福祉制度	介護保険も含めた、医師として必要な医療福祉制度を理解し、必要な対応ができる。	MSWIによるレクチャー、事例検討会。MSW参加の多職種カンファレンス日常的。	レポートをMSWが評価する	導入期研修の終了前に
栄養療法	①栄養療法の基本について知識を身につける。②NST活動を理解しておりその援助をえながら適切な栄養療法を実践する。	栄養科、NSTメンバー医師による実食含めたレクチャー。OJTにおけるNSTからのフィードバック。研修医の代表がNSTに参加。	管理栄養士の観察記録による各人の評価。導入期の多職種型評価	導入期内科+通年
ACLS/ICLS	医師としての必要な救急蘇生が行える。ACLSではそのチームの一員として行動ができる。BLSの指導ができる。	院内ACLSへのスタッフ参加	ACLSインストラクターによる実践評価。プロバイダー資格取得	1年目の通年。病棟学習会は1年目の年度末に導入期内科研修病棟対象に実施
医療安全	①医療安全推進の基本的考え方を理解し、ルールにのっとった行動ができる。②事故防止の観点で業務に従事できる。③インシデントが生じたときに適切に行動できる。	リスクマネージャー/医師によるインシデントレポート(チャート式医療事例集)作成、院内システムでのレクチャー。警鐘事例の医局会議での議論。年2回の職員教育セミナーへの参加。研修医の代表が委員会に参加。	研修医が提出したインシデントレポート(チャート式医療事例集)での評価(リスクマネージャーによる)。一拡大研修委員会、ジュニアレジデント会議、研修管理委員会への反映。	導入期総合内科+通年
病院感染対策	①院内感染対策システムを理解しルールに基づいて常に学ぶ方法を身につける。②標準予防策を実践している。③経路別予防策について説明できる。④耐性菌の誘導を最小限とするよう抗生剤使用を理解している。	ICN/ICDによるレクチャー。年2回の職員教育セミナーへの参加。研修医の代表がICTに参加。	ICNIによる評価面接、観察記録による評価	導入期総合内科+通年
予防医療(ローテーションに組み込まれている母子に関するものをのぞく)	①健診活動に適切に参画できる。②ワクチンについて常に学ぶ方法を身につけ、適切に指導し実施することができる。③ヘルスプロモーションの視点で地域住民にかかわることができる。	①、②産業医によるレクチャーと実践。班会での地域住民へのワクチン教育実践。③ヘルスプロモーション研修(別途規定あり。班会研修)やふくまちネットへの参加。	健診活動参加記録、ヘルスプロモーション研修のプロダクト提出	病院オリエンテーション+導入期総合内科期間
虐待	主に児童虐待において、医療機関に求められる早期発見につながる所見や徴候、及びその後の児童相談所との連携等について学ぶ。	小児科指導医によるレクチャーまたは公開講座・講習会への参加	指導医による評価またはレポート提出	小児科または企画開催時
社会復帰支援	診療現場で患者の社会復帰について配慮ができるよう、長期入院などにより一定の治療期間、休職や離職を強いられる患者が直面する困難や社会復帰のプロセスを学ぶ。	病棟カンファへの参加。ソーシャルワーカーに密着し家屋調査に同行する。	指導医または指導者による評価を行う	オリエンテーション+導入期総合内科期間+通年
緩和終末期医療(緩和ケア)	①緩和ケアの基本的な考え方を学ぶ。②症状緩和の基本を理解し実践できるようにする。	たたら緩和ケア担当医師によるレクチャーまたは公開講座・講習会への参加	症例経験できた場合はその症例の診療を通じた指導医/看護による評価またはレポート提出	県連オリエンテーションまたは企画開催時
アドバンス・ケア・プランニング(ACP)	人生の最終段階を迎えた本人や家族等と医療・ケアチームが、合意のもとに最善の医療・ケアの計画を作成することの重要性とそのプロセスを学ぶ。	ACPIについて体系的に学ぶ講習会への参加	レポート提出	オリエンテーション+導入期総合内科期間+通年
CPC研修	別途CPC研修要綱に記載	別途CPC研修要綱に記載	別途CPC研修要綱に記載	2年間通じて
ヘルスプロモーション地域連携研修	プライマリヘルスケアに必要な地域診断、健康増進教育への意識、地域住民の視点への理解をもっている。地域の医療連携について理解している。	オリエンテーション時の地域診断フィールドワーク、ホームヘルパー研修、友の会班活動を通じた健康意識増進活動。地域連携懇親会への参加。地域連携室のレクチャー。	研修管理委員会によるFWのアウトの評価。ホームヘルパー研修の感想文評価。班活動のまとめの発表。地域連携懇親会への参加確認。	病院オリエンテーション+企画開催時+通年(2年間)
学術活動、学会/研究会発表	症例をまとめて発表する力、学術的に検討する力を身につける。	指導医の指導をうけながら、学会活動、研究会活動に最低1題の発表を行う。県連の学術交流会への演題参加は必須とする。	発表演題の内容の評価を研修管理委員会が行う	2年間通じて
人権と平和に関する意識	国際社会に通用する人権擁護意識を有し、平和を尊重する意識をもっている。(731部隊やハンセン氏病、薬害AIDSなどに歴史を胸に刺すことが目標である)。	研修中に核兵器、医師の戦争責任、薬害、公害、ハンセン氏病、LGBTなどに関する社会的行動や人権に関する学習への参加を行う。	レポート提出	2年間通じて。企画開催時。

導入期オリエンテーション カリキュラム一覧表(4月～7月)

プログラム項目	学習目標	方略	評価
看護師体験	<ol style="list-style-type: none"> 看護師の仕事を理解し、チーム医療の重要性を学ぶ。看護業務を知る。 体位交換、おむつ交換、清拭、採血、点滴、注射など様々な看護業務を体験する。 看護記録、入院時病歴聴取、看護計画の策定など、看護の記録について理解する。 看護師と医師のカンファレンスや送り送りを体験する。 	<ol style="list-style-type: none"> 病棟看護師の日勤、夜勤業務に同行し指導を受ける。 多職種のカンファレンスに実際に入り、送り送りを体験する。 	感想レポートの記入
ホームヘルパー研修	<ol style="list-style-type: none"> 地域で診療をする医師にとって必要な、「住民の目線」を体験し、一人ひとりの背景を考慮した「患者中心の医療」を行う姿勢を身につけるのに役立つ。 何らかの障害をもちながら地域で生活を続けること、そのために必要な社会資源を学ぶ。 ホームヘルパーの仕事を経験し、仕事の内容、果たしている役割、存在意義、医療福祉連携を学ぶ。 利用者とのコミュニケーションを通じて、コミュニケーション技法を学ぶ。 	<ol style="list-style-type: none"> ホームヘルパーステーションから業務内容、介護保険についてのレクチャーを受ける。 病院オリエンテーションの期間にホームヘルパーに同行して指導を受けながらホームヘルパー業務を行う。 標準的な形式の訪問記録を記載し、ステーションに提出する。 	<ol style="list-style-type: none"> 事前のアンケート、終了時のアンケート 利用者さんとヘルパーさんからの助言や励ましなどメッセージを書いていただく。
採血・点滴技術研修	<ol style="list-style-type: none"> 基本的な採血、静注、輸液の適応と処置を知る。 静脈採血の方法を知る。 皮下、皮下、筋肉、静脈注射の方法を理解する。 静脈留置針の挿入方法を理解する。 	<ol style="list-style-type: none"> 看護部と合同のシミュレーション実習 病棟配属後約1ヶ月を目途とした指導看護師による実技研修 	看護師指導者による実技到達度判定。合格にならなければ研修延長。
身体診察 医療面接 入院までの流れ	<ol style="list-style-type: none"> 身体診察、医療面接の基本的なスキルを身につける。 診療計画書、入院定期処置簿、オーダーの出し方を身につける。 	<ol style="list-style-type: none"> 後期研修医によるレクチャー、振り返りなどを行う。 	ロールプレイでの評価。感想レポート提出
電子カルテ入門	<ol style="list-style-type: none"> 入院患者を担当した際の基本的な操作を理解する。 電子カルテでの守秘義務など、情報についての善し悪しを理解する。 電算室の役割を知り、連絡・相談する方法を知る。 	<ol style="list-style-type: none"> 電子カルテについてのレクチャーを受け、基本的な操作を学ぶ。 	感想レポートの記入
医療記録作成レクチャー	<ol style="list-style-type: none"> 適切な診療録、医療記録を書くためのルールや書き方を学ぶ 	<ol style="list-style-type: none"> 医師による基本となる医療記録文書の書き方をレクチャーする。 診療録の書き方、サマリーの書き方を上級医からレクチャーする。 	導入期内科研修中に書類作成のOJTでの評価
インフォームドコンセント レクチャー	<ol style="list-style-type: none"> インフォームドコンセントに関する一般的な知識、当院のガイドラインを身につける。 医療面接にあたっての環境やコミュニケーションスキルの基本、セカンドオピニオンに関する対応の基本知識を身につける。 	<ol style="list-style-type: none"> 指導医によるレクチャー。 	導入期内科OJTでの評価
医療現場での コミュニケーション	<ol style="list-style-type: none"> 患者、家族とのコミュニケーションの基本的なポイントを学ぶ。 病状説明、インフォームドコンセントの場面での大切なスキル、態度を身につける。 	<ol style="list-style-type: none"> SPを使つてのロールプレイとフィードバックを病状説明というセッションで実施する。 	ロールプレイでの評価、フィードバック、感想文
薬剤部体験学習	<ol style="list-style-type: none"> 処方から配薬までの流れを理解する。 約束事項のシステム・処方箋の書き方について知る。 内服・注射・IVH等の調剤を行う。 患者への配薬・服薬指導を行う。 麻薬の管理について知る。 	<ol style="list-style-type: none"> オリエンテーションの時間で(半日の単位)薬剤部の業務につき、薬剤師業務について学ぶ。 	感想レポートの記入
放射線科体験学習	<ol style="list-style-type: none"> オーダーから検査・診断に到るまでの流れやシステムについて理解する。 各種検査(一般撮影、CT、胃透視、骨髄、MRI)の見学をし、撮影方法の基本を知る。 ベッドサイドにてポータブル撮影の助手を勤める。 	<ol style="list-style-type: none"> オリエンテーションの時間で(半日の単位)放射線科の業務につき、放射線業務について学ぶ。 	感想レポートの記入
リハセンターガイダンス	<ol style="list-style-type: none"> ST・PT・OTの役割を理解し、処方から実施までのシステムを知る。 リハビリの適応疾患について知る。 	<ol style="list-style-type: none"> オリエンテーションの時間で(半日の単位)リハセンターの業務につき、技師業務(PT、ST、OT)について学ぶ。 	感想レポートの記入
検体検査室 オリエンテーション	<ol style="list-style-type: none"> 検体検査室の業務を理解し、安全で円滑な診療業務の実現に配慮できるようにする。 輸血のオーダー方法について知り、血液型判定や交差適合試験方法、動脈血ガス分析を実際習得する。 心電図の記録について知る。 異常値報告システムなどの院内システムを知り、検査室からの情報を適切に判断、対処できるようにする。 	<ol style="list-style-type: none"> 検査室の職責者からの業務とシステム、輸血オーダー方法、心電図の記録に関するレクチャー。 検査技師の指導による血液型検査、交差適合試験、動脈血ガス分析研修。 	指導者による習得度判定。感想レポートの記入
グラム染色	<ol style="list-style-type: none"> 細菌検査室の業務を理解し、安全で円滑な診療業務の実現に配慮できるようにする。 グラム染色の実技を習得する。 細菌検査室とERグラム染色コーナーを知り、必要時にグラム染色が実施できるようにする。 異常値報告システムなどの院内システムを知り、検査室からの情報を適切に判断、対処できるようにする。 	<ol style="list-style-type: none"> 担当技師を指導者とした実技指導。 	指導者による実技習得度判定
医療社会研修	<ol style="list-style-type: none"> 医療ソーシャルワーカーの役割を知る。 ホームレス、アルコール問題、生活保護者、長期療養患者など、日常よく遭遇するケースを知る。 社会制度や医療制度を理解する。 	<ol style="list-style-type: none"> MSWの業務内容などのレクチャー。 社会的問題を抱えた患者の面接に入るなど、MSWが用意したカリキュラムで学習する。可能であればカンファレンスに入る。 	感想レポートの記入
地域連携室研修	<ol style="list-style-type: none"> 地域連携に必要な業務上のマナー、ルールを知る。 地域連携の実際、地域連携室の役割を知る。 	<ol style="list-style-type: none"> 指導者によるレクチャー。 地域連携懇話会に参加する。 	感想レポート記入 診療情報提供書、入退院報告の完成率、遅滞率の評価を研修管理委員会を確認する。
栄養科研修	<ol style="list-style-type: none"> 病院給食のシステム、内容を理解し、治療食のオーダーを検討できるようにする。 NST活動の意義を理解する。 	<ol style="list-style-type: none"> 栄養科と上級医による実食を交えたレクチャー。 	感想文記入 導入期内科のOJTでの評価
たたらリハビリテーション、 いきいき八田研修	<ol style="list-style-type: none"> たたらリハビリの医療、介護の役割を知る。 認知症についての理解を深め、その対応を学ぶ。 いきいき八田の役割、特別養護老人ホームの内容を知る。 	<ol style="list-style-type: none"> 病院見学説明 施設見学説明 介護実習(食事介護など) 	感想レポート記入
患者体験／主治医体験PG	<ol style="list-style-type: none"> 患者体験 患者の立場に立ち医療が行えるために、入院を体験し処置・検査を受け患者の気持ちを理解する。入院から退院までの流れを体験する。フィードバックを通して同僚への評価を経験する。 主治医体験 病棟業務(処置、検査オーダー)、病状説明を体験し、入院から退院までのシステムを理解する。主治医体験を通じチーム医療を理解する。 	<p>詳細は別紙実施要綱。概略:同僚と二人組みとなり、模擬の患者体験/主治医シミュレーション研修を実施。一方が患者体験のときは、もうひとりがその入院の主治医を体験。その後役割を交換する。指導者は上級医。問診、診察、主治医として必要なオーダー、結果と病状説明まで行う。病状説明はミニOSCEの形式。</p>	患者体験は感想文提出。主治医体験は、退院サマリーのチェック、病状説明のときにminiOSCE実施(形成的評価)。
地域診断フィールドワーク	<ol style="list-style-type: none"> 地域社会を「社会調査する」ことで、地域を分析する方法を学び、「地域社会」を体験的に把握する。 自らが研修する地域に関心を持つようになる。 	<p>同期入職者による多職種型研修。先輩職員による援助担当者として作業を援助。6-10人程度の多職種からなるグループにわかれ、テーマをきめて、フィールドワークを行う。PPTでまとめ、発表を行う。</p>	<ol style="list-style-type: none"> プロダクトを発表会の場で、形成的フィードバック。 研修委員会、研修管理委員会プロダクトと本人の感想文を確認する。
健診、産業医活動	<ol style="list-style-type: none"> 健診予防活動、産業医活動の目的・意義について述べる事ができる。 自治体などの各種健診制度について理解し、千鳥橋病院の健診制度について理解する。 産業保健の基本事項(職場環境管理・作業管理・健康管理システム)を学ぶ。 疾病を労働と生活から捉えることの意義を学ぶ。 	<ol style="list-style-type: none"> 産業医によるレクチャー。 企業または職場健診活動への参加。結果説明会実施。 	地域医療部職員による観察評価

導入期内科研修プログラム

- 期間：オリエンテーションに引き続いて約3ヶ月間（オリエンテーションと合わせて4ヶ月間）
- 研修目標

3ヶ月間の研修目標（基本的診療技術、態度、チーム医療、自己管理の4本で整理）

■基本的診療技術

- ・総論的な「成長」では、まずはちゃんとした情報収集（病歴・個人背景も、身体所見も、検査所見も）ができるようになることが目標。とくに患者さんの全体像（考え、QOL、背景）をつかむ、患者中心の医療を実践するための情報収集ができる。それを実践しつつ情報の解釈や方針の提案ができるようになっていく。

・診療手技：

- ◆正しくできるようになる（項目によっては看護師の介助の下で）：医療面接、系統的身体診察、バイタルチェック、モニター装着、採血（静脈・動脈）、点滴準備、末梢ルート確保、ルールどおりの後始末、尿道カテーテル挿入、胃管挿入、肛門診・摘便・浣腸、血液培養採取、痰・尿グラム染色。
- ◆正確な理解と一度は経験：清潔操作、縫合、眼底、耳鏡、気道確保・バグマスク呼吸、ICLS、術場挿管、腰椎穿刺、CVC挿入

・知識：

輸液の基本、基本的な心電図判読、基本的な胸部XP・腹部X-P読影、血液ガスの解釈、感染症診療の基本+抗生剤の基本的使い方。（詳細なチェックリストは別掲）

・問題解決能力：

プロブレムリストを作成できる（アセスメントつきで）。

病棟医療については入院時に退院のゴールを考える。

医学情報が集められる、学習できる。

きちんと準備されたプレゼンテーションができる。

適切に準備されたコンサルテーションができる。

患者さんや御家族と、病状説明、方針の話し合いができる（指導医やスタッフの参加の下→最終的には事前の打ち合わせのうえで単独。がん告知など「良くない知らせ」は別）。

感染対策の基本を理解し行動できる（針刺し事故防止、発生時の適切行動）。

リスクマネージメントの基本を理解し行動できる（インシデントレポート作成する）。

■医師としての基本的態度、職業的倫理観、責任感と自主性など

3ヶ月終了時点で：どの病棟に行ってもスムーズに仕事ができるようになっている

- ・あいさつをする
- ・わからないことをわからないと人に聞く
- ・毎日診察し、毎日カルテを記載する
- ・決められた業務を遅滞なく行う（定期処置指示簿、入院診療計画書、NST評価シートの3つを必ず記入するなど）
- ・報告、連絡、相談。自分とナースと上司とは同じ情報を常に共有するようになる

- ・ ベッドサイドに行って診察することが習慣となる。とくに、ナースからの報告や相談があったときにはかならず診察をする
- ・ 患者さんへの検査説明（予定とか結果とか）をもれなく行う
- ・ 検査結果はその日のうちに確認する
- ・ 指示出しの時間を意識している。守る。前日の15時まで！それ以降はかならず報告する！
- ・ 時間厳守、サマリー作成、申し送り、休みの取り方、ルールを守る、行方不明にならない（連絡が取れるようにしておくという意識）など。詳しくは研修開始時の注意事項を参照のこと

■ チーム医療の主体者として

- ・ 看護スタッフとの情報共有が自然に自動的にできる
- ・ 多職種とすぐ話す、しょっちゅう話す、よく耳を傾ける
- ・ 方針は集団で決める、一人で決めない、医師だけで決めない
- ・ フットワークとチームスピリットで少しは頼りにされる、あてにされるようになる

■ 自己管理

- ・ 3ヶ月終了時、心身ともに健康で、その後の研修に対してやる気に満ちている
- ・ 自分への負荷のかけ方、負荷の逃がし方を身につける。自分の成長のペース、ちょうどよい負荷のかけ方を探る
- ・ 相談する相手がいて、ストレス発散法ももっている

○ 研修体制／指導体制

中心となる病棟は総合内科病棟。導入期を担当するのは東3病棟と西3病棟。

研修全体の責任者はプログラム責任者と研修委員長。

チームに分かれ、attendantとしての指導医、指導担当上級医（シニア：3～5年目が基本）と研修医で構成する。

○ 研修方略

- ① 研修医は担当医として患者を受け持つための On the job training(OJT)：主治医はシニア and/or アテンダント。この3ヶ月は基本的にチーム診療。診療行為の範囲、および診療技術研修の方法は別途の定めに従う
- ② レクチャー/クルズス：別紙クルズス一覧。週に1単位は基本的に各職種体験やコアカリキュラムに充てる（安全、感染、栄養、健診など）
- ③ 看護師や多職種からの技術研修指導：看護師からの点滴、採血、注射準備、後片付けなどの指導
- ④ カンファレンス：病棟管理カンファ回診、各チームカンファ、ベッドサイド教育回診、病棟主治医別カンファなどを実施する
- ⑤ 看護師へのレクチャーを担当することでの学習
- ⑥ 症例検討会

○ 研修評価

- ① 研修医自身による振り返り：毎週木曜日 担当／シニアを中心に司会進行
- ② 月に1度の多職種型研修評価会議
- ③ 2ヶ月終了時、3ヶ月終了時：終了時チェック票による評価。心に残った患者さん発表会実施

○ 週間スケジュールのモデル

	月	火	水	木	金	土
早朝		7:30～ 心電図				
午前	病棟	採血・血ガス	ER	病棟 Cf	病棟/ ベッドサイド回診	・病棟 ・ER ・休暇
午後	教育 Cf	病棟	病棟	病棟 振り返り	病棟	
夕方		勉強会	②④医局会議 ①③MC/CPC	勉強会		

《3 ヶ月導入期の到達目標（期待されるアウトカム）評価シート》

研修医名 _____

基本的診療能力に関して

■患者情報収集能力

1. 過去およびプロフィールに関する情報収集；過去の診療記録や前医や介護スタッフからの情報収集
2. Medical interview が十分行える。適切なコミュニケーション、基本的必要項目、解釈モデル。
3. 基本的な身体診察を適切に行うことができる。

該当するものに✓を入れる

	研修医		指導医	
	概ねできる	できない	概ねできる	できない
1				
2				
3				

■情報の解釈

1. 入院時に通常行われる検査（検尿、CBC、生化学、胸写、心電図）については解釈ができる。
2. プロブレムリストを医学的なことから心理社会的な点まで抜けることなく作成することができる。
3. 病態の解釈を自分なりに行い、説明することができる。

	研修医		指導医	
	概ねできる	できない	概ねできる	できない
1				
2				
3				

■医学情報収集

1. 得たい情報の種類に応じて収集方法を変えてアプローチすることができる。
2. Up to date が使える。MEDLINE で検索することができる。

	概ねできる	できない	概ねできる	できない
	1			
2				

- 症例をレポートとしてまとめて発表することができる。

- 状況に応じたプレゼンテーションができる。

- コンサルテーションを相談すべき点を明確にして行うことができる。

- 多職種と一緒に患者の抱える問題を臨床倫理的に考え、方針を集团的に検討することができる。

	研修医		指導医	
	概ねできる	できない	概ねできる	できない

■基本的診療、業務スタイルについて

1. 毎日受け持ち患者さんの診察を行い、カルテを記載し、1 週間をめぐりにサマライズしている。
2. 患者さんの症状や心情を傾聴し、患者さんを主体者として、一緒にゴールを考え目指すというスタイルを持っている。
3. 病棟でのオーダーを出す際に、患者の安全確保、看護業務を配慮して行うことができる。時間外オーダーを出すことは、緊急の場合を除いてない。

	研修医		指導医	
	概ねできる	できない	概ねできる	できない
1				
2				
3				

4. 入院診療計画書、栄養スクリーニングシート、定期処置指示簿の3つを速やかに書いている。
5. サマリーを遅くとも1週間以内（指導医の承認を含む）あるいは次回外来受診までには記載し、承認を受けている。
6. 検査、治療行為のオーダーの仕方を知っている。
7. 報告、連絡、相談を、自分に自信のあるときもないときもまめに行っている。
8. 保険請求業務に必要な症状詳記の記載ができる。

	研修医		指導医	
	概ねできる	できない	概ねできる	できない
4				
5				
6				
7				
8				

■基本的臨床医学的知識

1. 輸液の基本；脱水、あるいは絶食患者の初期輸液、維持輸液がオーダーできる。点滴製剤の組成と特長について理解している。高カロリー輸液を検討、計画できる。
2. 心電図判読；12誘導の判読手順を知っている。リズム、軸偏移、PR時間、QRS時間、QT時間の判定ができる。脚ブロック、房室伝道ブロック、期外収縮等の基本的な不整脈の判定ができる。基本的な虚血性変化の判定ができる。
3. 胸部XP；一級、初段をクリアし、2段へ挑戦する。腹部X-Pは基本的な読影ができる。

初段

専門用語で表現+見るべきところ+ごく基本的所見。

1. 病的所見の基本的な用語を、その成り立ちを知ったうえで堂々と使える。
2. 見落としやすい場所を知っている。横隔膜、心陰影の後ろ、大動脈下降脚外側縁、肺尖、肺野末梢。
3. 左右5葉の浸潤影、肺炎を指摘できる。
4. 左右5葉の無気肺を指摘できる。
5. 胸水貯留を指摘できる。
6. 気胸を診断できる。
7. 3cm系の腫瘤影を指摘できる。

二段

考えて読む+よくある疾患の読影。

1. 肺容量の減少や胸郭の縮小、縦隔や横隔膜の偏移など全体の構造の変化に気がつく。(一級ができていれば可能)よくある疾患の読影ができる。
2. ①縦隔の異常；明らかな所見は逃さない(気腫、腫瘍、中枢気道の偏移など)。
②心不全；胸写の特徴を知っていて、読影できる。(資料)
③肺線維症；疑うことができる。
④肺気腫；典型的な写真を診断できる。
⑤気管支拡張症；疑うことができる。
⑥びまん性粒状影；指摘し、粟粒結核も含めて鑑別診断。
⑦塵肺；アスペスト胸膜肺病変。珪肺を疑うことができる。

	研修医		指導医	
	概ねできる	できない	概ねできる	できない
1				
2				
3				

4. 血液ガスの解釈；ガス交換の側面、酸塩基平衡の側面の両方で基本的な判定ができる。A-aDO₂、肺胞低換気、Anion gap、補正HCO₃、混合性酸塩基平衡の解釈が可能。
5. 感染症診療；感染症診療の基本原則+基本となる抗生剤（最低PC、セフェム、アミノグリコシド）の基本的使い方がわかっている。
6. 酸素療法の基本的知識をもって、適応、方法、処方量など適切に酸素投与を行える。

	研修医		指導医	
	概ねできる	できない	概ねできる	できない
4				
5				
6				

■基本的診療手技（病棟手技チェックリスト）

→EPOC2 に入力

■ ■ 医師としての基本的態度、職業的倫理観、責任感と自主性など

1. NS に入るときに一緒に働く仲間に、元気よくあいさつをしている。
2. 患者さんのために全力をつくそう、困っている仲間がいたら手伝おう、仲間が間違っていたら指摘してあげよう、という自分になっている。
3. わからないことをわからないと人に聞けるようになった。
4. 決められた業務を遅滞なく行う努力をしている。ルールを守る意識がある。
5. ベッドサイドに行き診察することが習慣となっている。とくに、ナースからの報告や相談があったときにはかならず診察をしている。
6. 患者さんへの検査説明（予定・結果とか）をもれなく行えるようになった。
7. 検査結果は実施日のうちに確認している。
8. 時間を守っている、行方不明にならないようにしている（連絡が取れる）。

	研修医		指導医	
	概ね できる	できない	概ね できる	できない
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

■ ■ チーム医療の主体者として

1. 看護スタッフ、指導医との情報共有が自然に自動的にできるようになった。
2. 看護師さんから話しかけられやすい自分になっている。
3. 多職種とすぐ話している、しょっちゅう話している、よく耳を傾けている。
4. 方針は集団で決める、一人で決めない、医師だけで決めないようにしている。
5. フットワークとチームスピリットで少しは頼りにされる、あてにされるようになっていると思う。
6. 在宅カンファレンスを経験した。

	研修医		指導医	
	概ね できる	できない	概ね できる	できない
1				
2				
3				
4				
5				
6				

■ 自己管理

1. 3ヶ月終了時、心身ともに健康で、その後の研修に対してやる気に満ちている。
2. 自分への負荷のかけ方、負荷の逃がし方を身につけつつある。自分の成長のペース、ちょうどよい負荷のかけ方がわかってきた。
3. 相談する相手がいいて、ストレス発散法ももっている。

	研修医		指導医	
	概ね できる	できない	概ね できる	できない
1				
2				
3				

◆2022年度 基礎講義(クルズス)

	基本コース	講師要請	日程
1	輸液の基本		
2	(輸液の基本②)		
3	輸血の基本		
4	インシデントレポート		
5	CVC		
6	酸素療法		
7	プレゼンの仕方、カルテの書き方		
8	身体所見のとり方		
9	院内感染対策オリエンテーション(針刺し)		
10	感染症の基本		
11	インフォームド・コンセント(IC)/DNRの概念説明		
12	血ガスの読み方(酸塩基平衡)		
13	NST		
14	抗精神病薬と精神疾患		
15	電解質について(ナトリウム、カリウム、その他)		
16	尿所見の読み方		
17	血算の見方、貧血の考え方		
18	胸写の読み方		
19	バイタルサイン		
20	抗菌薬の使い方		
21	常用薬の使い方		
22	書類の書き方①		
23	書類の書き方②		
24	心電図の読み方の基本→朝の勉強会		
25	外傷について		
26	重症度、医療・看護必要度勉強会		
	疾患別コース		
1	糖尿病マネージメント①、②		
2	CKDのマネージメント		
3	COPDのマネージメント		
4	慢性肝炎/肝硬変のマネージメント		
5	リウマチ・膠原病		
	ER対応コース		
1	BLS/ACLS;		
2	FAST		
3	鎮痛		
4	消化管出血		
5	ショック		
6	敗血症+敗血症性ショック		
7	腹部画像		
8	便秘/下痢/漢方薬治療について		
9	めまい		
10	胸痛+ACS		
11	不整脈の対応ABC		
12	急性心不全		
13	心エコー講座(総論)		
14	心エコー講座(各論)		
15	急性呼吸不全(AoNC含む);		
16	気管支喘息の対応ABC		
17	人工呼吸器(侵襲的陽圧人工呼吸) マニュアル		
18	脳卒中診療+意識障害のみかた		
19	神経学的診察法の取り方		
20	婦人科救急/女性の下腹部痛		
21	創傷のプライマリケア		
22	骨折について		
23	アルコール依存症について		
	その他		
1	抗菌薬感受性		
2	ステロイドについて		
3	内視鏡レクチャー		

呼吸器内科ローテート研修プログラム（2ヶ月コース）

2010年6月23日 策定

2021年4月26日 一部改定

➤ 研修目標

1. 呼吸器疾患の基本的な診断・治療を学ぶ。
2. プライマリーな疾患（呼吸器感染症、気管支喘息、COPD など）については、初期対応、初期診療を行う事ができる。
3. 酸素療法・人工呼吸器を含め、呼吸管理について学ぶ。

➤ 2ヶ月間の研修で期待される具体的アウトカム

1. 呼吸器感染症、気管支喘息、COPD などの初期対応、治療ができるようになる。
2. 頻度の多い症候（呼吸困難、血痰など）については、初期対応ができ、鑑別をあげ、指導医と相談し、検査・治療方針など進めていけるようになる。
3. 胸部単純レントゲン、胸部 CT の画像読影において、異常所見が指摘できるようになる。
4. 人工呼吸器（NPPV 含め）の理解ができ、指導医と相談しながら、機械を触れることができるようになる。
5. 気管支鏡検査の適応、検査の流れが理解でき、麻酔し、気管支鏡の挿入ができるようになる。
6. 悪性疾患の患者さんにふれ、癌治療（緩和ケアも含め）を理解する。
7. 呼吸リハビリテーション、嚥下リハビリテーションについて理解できる。

➤ 研修方略

- ・ 担当医として患者診療にあたる。主治医は常勤スタッフ。
- ・ カンファレンス、多職種カンファレンス、回診などで適切なプレゼンテーションができる。
- ・ 看護師への学習会の講師を行う。

➤ 指導体制

- ・ 恒常的にその科の研修責任者を一人おく。22年度は角銅。
- ・ ローテートごとに常勤スタッフの中から、指導担当者を一人決める。
- ・ 診療最終的な責任は科長、不在の場合は医長が負う。

➤ 振り返り、研修評価

- ・ ローテート終了時に研修医、指導医、看護師、事務局による振り返り、評価を行う。
- ・ EPOC2 を用いて評価入力を行う。

➤ 標準的スケジュール（1年目：10月～3月 隔週往診、2年目：内科外来 【週一】）

	月	火	水	木	金	土
早朝		7:30～ 心電図			呼吸器勉強会	
午前	病棟	病棟	病棟	9:45～ 病棟カンファ	ER	・病棟 ・ER ・休暇
午後	病棟	14:30～ 呼吸器 cf スタッフ cf	ブロンコ/ 病棟	病棟	病棟	
夕方		勉強会	②④医局会議 ①③MC/CPC	勉強会		

➤ 推薦図書

各種ガイドライン

（市中肺炎ガイドライン、院内肺炎ガイドライン、COPD、気管支喘息ガイドラインなど）

循環器内科ローテート研修プログラム（2ヶ月コース）

2010年6月23日 策定

2021年4月26日 一部改定

➤ 研修目標

1. 循環器疾患について学び、診断から治療までの流れを理解する。
2. 循環器科の基本的な手技を理解し身につける。
3. 循環器疾患の患者について、専門医へ適切にコンサルトでき初期対応ができるようになる。

➤ 期待される具体的アウトカム

1. 心臓の解剖・機能・刺激伝達系など基礎的事項を理解する。
2. 問診と理学的所見をきちんととることができ、それをもとに鑑別診断をあげ、検査・治療計画が組めるようになる。
3. 急性期疾患（急性冠症候群や心不全、不整脈）の診断から検査・治療の流れについて理解する。また、初期対応ができるようになる。
4. 心電図が読めるようになる。心不全の胸部レントゲン所見がわかるようになる。
5. 心エコーの基本的な像が描出できるようになる。
6. 循環器的な検査（運動負荷心電図、経胸壁心エコー図検査、経食道心エコー図検査、ホルター心電図、心臓CT、心臓MRI、心臓カテーテル検査、RI）の適応・手技・合併症を理解し、結果の解釈ができ、患者に説明ができる。
7. 動脈・静脈の穿刺ができ、CVカテーテルが入れられるようになる。
8. 動脈硬化をきたす疾患（高血圧症、脂質異常症、糖尿病など）の基本的な管理について学ぶ。
9. 患者に食餌・運動・禁煙を含めた生活指導ができるようになる。

➤ 研修内容

1. 冠動脈疾患、弁膜症疾患、心不全、不整脈疾患などについて担当医として主体的に診療にあたり指導医から適宜フィードバックをもらう。
2. 回診や病棟カンファレンス（火曜日午後）、心カテカンファレンス（木曜夕方）に参加し、プレゼンテーションを行い必要なアドバイスを受ける。
3. 心エコー図検査の実習・講義を受ける。トレッドミル検査を経験する。
4. 心臓カテーテル検査につき穿刺を経験し検査の介助を行う。

➤ 指導体制

- ・ 恒常的にその科の研修責任者を一人おく。22年度は佐々木。
- ・ 研修医ごとに常勤スタッフの中から、指導担当者を一人決める。
- ・ 診療最終的な責任は科長、不在の場合は医長が負う。
豊田文俊： 日本内科学会総合内科専門医・日本循環器学会専門医
高島由隆： 日本心血管インターベンション学会専門医、指導医

安部小百合：日本内科学会総合内科専門医・日本循環器学会専門医

佐々木洋平：日本内科学会認定内科医

➤ 振り返り、研修評価

- ・ローテート終了時に研修医、指導医、看護師、事務局による振り返り、評価を行う。
- ・EPOC2 を用いて評価入力を行う。

➤ 標準的スケジュール（1年目：10月～3月 隔週往診、2年目：内科外来 【週一】）

	月	火	水	木	金	土
早朝	8:00～ ICU カンファ	7:30～心電図 8:00～カテ cf			8:00～ ICU カンファ	
午前	病棟	カテ	カテ	カテ	病棟/カテ	・病棟 ・ER ・休暇
午後	心不全 cf 15:00～	病棟回診/cf 14:50～	ER	心エコー	病棟	
夕方		勉強会	②④医局会議 ①③MC/CPC	勉強会		

➤ 推薦図書

- ・心電図の読み方パーフェクトマニュアル 羊土社
- ・循環管理 Q&A 総合医学社
- ・高血圧治療ガイドライン 2019 日本高血圧学会

脳神経内科ローテート研修プログラム（2ヶ月コース）

2010年6月 策定

2021年4月 一部改定

➤ 研修目標

1. 神経学的診察につき学ぶ。（なるべく専門医と一緒に診察し、診察順序や疾患ごとの適切な判断などにつき）
2. 急性期脳卒中の診断～治療について、総合的にマネージメントできる。（主に脳梗塞/脳出血）
3. 上記#1. #2.と関連する CT/MRI/脳スペクト画像診断につき読影方を学ぶ。

➤ 2ヶ月間の研修で期待される具体的アウトカム

1. 正確な神経学的診察とその評価につき習熟する。
2. ER、千代診から入院してくる急性期脳血管の障害の診断から急性期治療・早期リハビリテーションの導入や流れにつき学ぶ。
3. 西4病棟脳神経チーム医療の一員として、カンファレンス・回診に入り、実践的に学ぶ。
4. t-PA 導入につき、適応症例とそのリスク管理について学ぶ。
5. ER での意識障害やけいれんの患者さんに対して恐れを抱かないようになる。

➤ 研修方略

1. 主に急性期脳血管障害、髄膜炎・脳炎などの中枢神経感染症、めまい症、パーキンソン病、認知症関連疾患につき、担当医として主体的に診療にあたる指導医からフィードバックを適宜もらう。
2. 水曜日の病棟、カンファレンス、回診にて適切なプレゼンテーションができるよう指導医とミニカンファレンスを行い、病態の理解に努める。
3. めずらしい症例に当たれば九州地方会（内科）で発表する。

➤ 指導体制

- ・ 恒常的にその科の研修責任者を一人おく。

【指導医】

江島泰志（神経内科専門医）指導責任者

➤ 振り返り、研修評価

- ・ ローテート終了時に研修医、指導医、看護師、事務局による振り返り、評価を行う。
- ・ 最終的なチェックリストによるアウトカム評価。
- ・ EPOC2 を用いて評価入力を行う。

➤ 標準的スケジュール（1年目：10月～3月 隔週往診、2年目：内科外来 【週一】）

	月	火	水	木	金	土
早朝		7:30～ 心電図				
午前	病棟	病棟	カンファ 9:30～/ 病棟回診 10:00 ～12:00	ER	病棟	・病棟 ・ER ・休暇
午後	病棟/ 神経 Dr Cf 15:00～17:00	病棟/ (せん妄ラウンド 14:30～)	病棟	病棟	病棟	
夕方		勉強会	②④医局会議 ①③MC/CPC	勉強会		

➤ 推薦図書

- ・ 神経内科ハンドブック（後期研修医）
- ・ 改定 18 版 ベッドサイドの神経の診方（初期研修医、後期研修医）

総合内科ローテート研修プログラム（2ヶ月コース）

2010年6月策定

2021年4月26日 一部改定

➤ 研修目標

1. 正確な問診、的確な身体診察、総合的な問題点の把握、EBMの実践、臨床倫理的側面も含めた検討と介入、患者中心／健康増進の視点での診療スタイルを身につける。
2. 頻度の多い症候について診断未確定の患者へのアプローチを標準的に行えるようになる。
3. 高齢者の包括的評価と必要な介入をチームとして行えるようになる。

➤ 2ヶ月間の研修で期待される具体的アウトカム

1. 正確な情報収集、身体診察をできるようになる。
2. 文献検索に基づいた Evidence の収集ができ、患者の個別性をふまえて介入を検討できる。Up to date、Medline が利用できる。
3. 臨床倫理4分割を用いた多職種カンファレンスを司会進行できる。
4. チームでのミーティングを主催し、各参加者の意向を引き出して方針決定ができる。
5. CGAについて知っている。
6. 頻度の高い症候（発熱、食思不振、体重減少、浮腫、関節痛、CBC異常、電解質異常など）について、適切なアプローチを実践できる。
7. 膠原病疑い、不明熱に対する標準的診療ができる。
8. 慢性腎障害についての標準的なアプローチを学ぶ方法を知っており、基本的な対応が可能である。
9. 消化器疾患について消化器科専門医の指導を受けながら診療を担う。

➤ 研修方略

病棟医療

- ・ 患者を担当医として受け持ち主体的に診療に当たる。指導医からフィードバックを適宜もらう。
- ・ カンファレンス；病棟回診での一例フルプレゼンテーション（プレゼンの training）＋指導医との病態カンファレンス＆回診（診療内容の training）＋週一回の研修医 CC（全人的な把握など総合的な内容でのカンファ）。臨床倫理カンファレンスの司会への挑戦。
- ・ 学習会；感染症、行動科学、老年医学など週に1回の学習会。

➤ 指導体制

- ・ 研修責任者：有馬医師
- ・ ローテートごとに常勤スタッフの中から、指導担当者を一人決める。
- ・ 実際の患者の主治医は、シニア、スタッフの中から担当し、その患者に関しての OJT はその主治医が指導的に対応する。
- ・ 診療最終的な責任は科長、不在の場合は医長が負う。

➤ 振り返り、研修評価

- ・ ローテーション終了時に研修医、指導医、看護師、事務局による振り返り、評価を行う。
- ・ 最終的なチェックリストによるアウトカム評価。
- ・ EPOC2 を用いて評価入力を行う。

➤ 標準的スケジュール（1年目：10月～3月 隔週往診、2年目：内科外来 【週一】）

	月	火	水	木	金	土
早朝		7:30～ 心電図				
午前	病棟	病棟	病棟	9:45～ 病棟カンファ /回診	病棟	・病棟 ・ER ・休暇
午後	病棟	病棟/カンファ 15:00～	ER	病棟	病棟	
夕方	17:00～ 外来 Cf	勉強会	②④医局会議 ①③MC/CPC	②二木会 (臨床倫理4分割 カンファレンス) ①③④勉強会		

糖尿病・内分泌内科ローテート研修プログラム（2ヶ月コース）

2010年6月23日 策定

2015年6月17日 改訂

2021年4月26日 一部改訂

➤ 研修目標

1. 糖尿病や内分泌疾患に対応した十分な問診が取れるようになる。
2. 糖尿病や内分泌の診断、合併症の評価につながる診察ができるようになる。
3. 入院中の血糖コントロールができるようになる。

➤ 2ヶ月間の研修で期待される具体的アウトカム

1. 糖尿病の病歴や今後の治療に必要な問診が取れるようになる。
2. 糖尿病を理解し、さまざまな合併症、状況に対応した治療ができるようになる。
3. 糖尿病急性合併症（DKA、低血糖）の診療ができるようになる。
4. 糖尿病のチーム医療の一員として実践的に学ぶ。
5. 内分泌疾患の診断ができるようになる。

➤ 研修方略

[担当医として患者診療にあたる。主治医は常勤スタッフ]

1. 日々指導医とコミュニケーションをとり、治療の方針を決定する。
2. カンファレンスや回診で適切なプレゼンテーションを行う。
3. カンファレンスにおいて指導医や上級医よりフィードバックをもらう。
4. 糖尿病アーベントや勉強会に積極的に参加する。
5. めずらしい症例に当たれば学会発表を行う。

➤ 指導体制

- ・ 恒常的にその科の研修責任者を一人おく。22年度は春口。
- ・ 研修医ごとに常勤スタッフの中から、指導担当者を一人決める。
- ・ 診療最終的な責任は科長、不在の場合は医長が負う。

【指導医】

春口誠治（糖尿病専門医）

米村 栄

竹邊 聖

野中 美里

➤ 振り返り、研修評価

- ・ ローテート終了時に研修医、指導医、看護師、事務局による振り返り、評価を行う。
- ・ EPOC2 を用いて評価入力を行う。

➤ 標準的スケジュール（1年目：10月～3月 隔週往診、2年目：内科外来 【週一】）

	月	火	水	木	金	土
早朝		7:30～ 心電図				
午前	病棟	病棟	病棟	9:30～12:00 DM カンファ/ 回診	病棟	・病棟 ・ER ・休暇
午後	ER	①③13:30～DM 教室 ②④14:30～教室振返り 15:00～西 3 病棟 Cf	病棟	病棟	病棟	
夕方		勉強会	②④医局会議 ①③MC/CPC	勉強会		

➤ 推薦図書

- ・ 糖尿病専門医研修ガイドブック
- ・ 糖尿病治療ガイド
- ・ 内分泌検査マニュアル

外科研修プログラム(2ヶ月コース)

2010年10月 策定
2021年4月 一部改訂

➤ 研修目標

プライマリケアを行うために必要な基本的な外科的知識、技能および侵襲への配慮を身につける。

1. 創傷に対するプライマリケアを研修する。
2. 外科的処置が必要な疾患に対する救急医療を研修する。
3. 予定手術における術前のリスク評価、それに伴う術中・術後管理を研修する。
4. 代表的疾患の手術術式・術後合併症を研修する。

➤ 8週間の研修で期待される具体的アウトカム

1. 外傷に対する初期対応（縫合処置の必要性の判断、被覆剤の選択）ができる。あるいは対応できないと判断した場合、専門医への相談・報告ができ、患者へ今後の方針を示せる。
2. 急性腹症の判断ができ、遅延なく外科医へコンサルトできる。
当直帯にコンサルトせず経過観察できると判断した場合、必要な指示を行える。
虫垂炎、胆嚢炎、イレウスなどの対応。
3. 手術までに必要な検査をオーダーできる。
4. 手術に参加することにより代表的疾患の術式を理解し、その術式の一般的な術後経過を述べる
ことができる。

➤ 研修方略

病棟

- ・ 患者を担当医として受け持ち、主治医とともに診療に当たる。
- ・ 毎朝の回診で術後の創の経過をみる。一般的な創の経過をみることで、感染創に対する処置や被覆剤・軟膏の使い方を理解すること。
- ・ 週1回のカンファレンスで症例のプレゼンテーションを行う。
- ・ 1ヶ月終了時点で与えられたテーマについて発表を行う。
- ・ 最終週に外科の症例のレポートを作成する。

手術

- ・ 受け持ち症例の手術には助手として参加する。
- ・ そのほかの症例にもできるだけ助手として参加する。
- ・ 閉創には積極的に参加し、縫合や結紮を行う。
- ・ 担当医症例は手術記録を記載し指導医のチェックを受ける。

外来

- ・ 救急や夜間の外来にて機会があれば縫合・処置を行う。
- ・ 日中については研修医をコールする。

- ・ 夜間帯については研修医が自主的に見学にはいる。

➤ 指導体制

- ・ 研修実施責任者；外科部長 横山裕士

➤ 標準的スケジュール（1年目：10月～3月 隔週往診、2年目：内科外来 【週一】）

	月	火	水	木	金	土
早朝		7:30～ 心電図				
午前	手術	ER	病棟	手術	手術	・ 病棟 ・ ER ・ 休暇
午後	手術	病棟	14:00 病棟 cf 16:00 外科 cf	手術	手術/病棟	
夕方		勉強会	②④医局会議 ①③MC/CPC	勉強会		

- ・ 朝 全体の申し送り後、外科スタッフのミーティング・ミニカンファあり
- ・ AM9:10 病棟にて包交回診（dutyのあるときは免除）
- ・ 回診終了後 すみやかに手術へ

➤ 振り返り、研修評価

- ・ 振り返りのミーティングを4週間ごとに実施。
- ・ 手術症例に関するレポートの作成・提出。
- ・ ローテート終了時に本人、指導医、看護師、事務局による振り返り、評価を行う。
- ・ EPOC2 を用いて評価入力を行う。

➤ 推薦図書

- ・ 夏井医師 新しい創傷治療
<http://www.wound-treatment.jp/>
- ・ 徳洲会グループ CT 画像集
<http://www.qqct.jp/>

外科研修 手術経験リスト

No.①

※担当医は○で囲む

研修医:氏名()

	ID	年齢	性別	術式	日付	時間
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

救急ローテート研修プログラム

2008年4月 千鳥橋病院研修委員会

2011年4月 一部改訂

2015年2月 一部改訂

2021年4月 一部改訂

2022年4月 一部改訂

【研修期間】

ER 導入研修；5月～7月まで週1単位のER業務（ER看護師業務含む）を経験

救急科研修；1年次に8週間のローテート研修

ER 当番研修；2年間を通じて週1単位程度（外部研修時は除く）

【研修目標】

総論的獲得目標

I. 救急医療において必要な基本的技量

- ① 一刻を要する救急患者を、バイタルサインや病歴、第一印象から迅速に状況把握する。
ショックにおける冷汗、虚血性心疾患の独特の痛み方、呼吸様式からアシドーシスの存在を疑うなど
- ② 代表的な救急疾患を経験し、診断・治療を理解する。
- ③ 基本的な救急医療器具の使い方を理解する。
- ④ 基本的な救急手技について理解し、また実施することができるようになる。
- ⑤ 基本的な薬剤の使い方を理解する。
- ⑥ 入院適応、帰宅可能の判断が上級医に相談の上でできる。

II. Professionalism；コミュニケーション、コンサルテーション、チームスピリッツ

- ① コメディカルとの円滑な意思疎通の能力を獲得する。
特にERにおいては、他職種との関わり無くして仕事が進まない。
- ② 専門科への適切なコンサルテーションができる。
病状の緊急性や、自己の診療限界を知り、専門家へ適切なタイミングで、適切なプレゼンテーションを行う。
- ③ 患者・家族に対する適切な病状説明ができる。
- ④ 他領域においても必要な、能動的な診療態度を救急研修中に獲得する。
患者搬送やベッド移動、おむつ交換に至るまで自ら体を動かし、手を動かす。病棟に上がった患者を追跡調査する。診療において一定の責任を担う。一言でいえば「活動的な研修医」となることを目指す。

III. 救急医療への理解

- ① 地域における救急病院としての役割と意義を理解する。
千鳥橋病院の地域における位置付け、近隣や高次医療機関との連携など
- ② 病院内におけるERの役割と意義を理解する。
緊急性を要する疾患への、機動的チームとしての役割

【経験目標】

☆当院で経験すべき代表的救急疾患

- ・めまい症
- ・各種精神科疾患
- ・脳血管障害
- ・虚血性心疾患
- ・心不全
- ・不整脈
- ・感染症の初期診療
- ・呼吸不全
- ・外傷（JATECを基礎に）
- ・心肺蘇生（ACLSを基礎に）
- ・急性腹症

☆基本的な救急医療器具

- ・モニター装置
- ・血管確保・ルート器具
- ・バッグバルブマスク、挿管チューブ、喉頭鏡（手技における気道確保の項目）
- ・エコー
- ・心電図
- ・採血管各種

☆経験すべき手技

- ・末梢静脈確保
- ・中心静脈確保
- ・気道確保（バッグバルブマスク、挿管、エアウェイなど）
- ・心肺蘇生
- ・エコー（腹部/心臓/血管）
- ・頸椎保持/全脊椎固定（バックボード固定）
- ・尿道カテーテル留置
- ・経鼻胃管の留置
- ・胸腔/腹腔穿刺・ドレナージ
- ・軽症外傷に対する処置（洗浄・縫合/シーネ固定など）
- ・動脈血培養
- ・グラム染色

☆基本的な薬剤

- ・ERにおいてあるもの全て。特に循環作動薬と対症療法薬について

【指導体制】

研修実施責任者：佐々木隆志医師

指導責任者：高島由隆医師、有馬泰治医師、家入雄太医師

指導スタッフ：救急外来に配属されている内科スタッフ

【方略】

導入研修としてER看護研修を入職後の早期に2回程度。

救急科研修はOJT＋フィードバック。ER医師によるレクチャー。

【週間スケジュール】

ER研修期間最終週または初週に麻酔科研修を実施。そこで基本的薬剤の使い方、気道確保などの修練を行う。

それ以外は基本的にER研修。

【評価】

- ① ローテート前に打ち合わせを行い、指導医との振り返りを適宜実施する（振り返りシート別紙）。
- ② ER導入研修の最終週、救急研修の中間、最終にステップアップチェックシート（別紙）を用いて評価を行う。
- ③ 指導責任者、看護師、本人で経験した症候、研修上の気づき、要望などを中間と最終振り返り時にminiCEX（別紙）とチェックリスト（別紙）を使って行う。
- ④ EPOC2を用いて評価入力を行う。

救急研修 ステップアップチェックシート

はじめに

救急研修は、ER 導入研修(5月～7月まで1単位のER業務を経験)、救急科ブロック研修(1年次に8週間のローテーション研修)、ER 当番研修(2年間を通じて週1単位程度の並行研修)において研修を行う。救急研修を行う時期や、その研修成果という点で、2年間のある時期において、研修医間に個人差が当然生じる。また、救急外来に配属される指導医、上級医は固定制ではないことから、なるべく統一化を図る目的で、研修医の到達レベルを客観的に評価し、到達にあわせて救急研修を行うために活用するものとする。

評価時期

- 1回目:導入期研修のER単位最終(7月)
- 2回目:救急ブロック研修の中間(4週目)
- 3回目:救急ブロック研修の最終週

研修医名: _____

日付: 年 月 日

指導医名()

導入時初期におけるチェック項目

1st

- ・ Prehospital の情報より鑑別疾患を想定することができる () ←○を記入
 - ・ 搬入時の身体状況、バイタルサインより全身状態の把握ができる ()
- できたなら次のステップへ進む

2nd

- ・ 主訴や重大な問題点を意識した問診がとれる ()
 - ・ 主訴や重大な問題点を意識した身体診察がとれる ()
 - ・ 必要な情報を集めることができる ()
 - ・ 初期治療の介入の必要性を検討できる ()
- できたなら次のステップへ進む

3rd

- ・ 検査計画や診療を上級医と共に行うことができる ()
- ・ 病態や鑑別疾患、致死的な疾患を想定することができる ()
- ・ 治療方法を上級医と検討することができる ()

1：基本姿勢①

ステップ1

技術研修に偏らず、疾患・所見のとらえ方、コンサルトを含めたコミュニケーションのとり方などを学習し、医師としての、またひとりの人間としての技量を高めるための研修を目的にすべし

- ① 患者さんのケアに最大限の関心を持つこと
- ② すべての患者さんに丁寧にそして思いやりをもって接すること（評価票ⅠⅡⅢ B-1）
- ③ 患者さんの言葉に耳を傾け威厳とプライバシーを尊重すること（評価票ⅠⅡⅢ B-1）
- ④ 正直に振る舞い、信頼されるように心がけること（評価票ⅠⅡⅢ B-1）
- ⑤ 他の医療者と協力して患者さんの利益を最優先させること

評価時期	導入期研修の ER 単位最終(7月)		救急ブロック研修の中間(4週目)		救急ブロック研修の最終週	
	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()
①	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
②	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
③	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
④	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
⑤	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-

【評価基準】1:期待を大きく下回る 2:期待を下回る 3:期待通り 4:期待を大きく上回る -:観察機会なし

ステップ2

- ① 患者さんに理解しやすいように情報を伝えること（評価票ⅠⅡⅢ B-1）
- ② 最新の医学知識や技能を獲得するように努めること（評価票ⅠⅡⅢ B-2）
- ③ 自分のプロとしての能力の限界を認識しておくこと（評価票ⅠⅡⅢ B-2）
- ④ 医師の個人的な信念のために患者さんのケアが害されないようにすること
- ⑤ 医師としての地位を乱用しないこと(研修医同士で薬を出さない等)

評価時期	導入期研修の ER 単位最終(7月)		救急ブロック研修の中間(4週目)		救急ブロック研修の最終週	
	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()
①	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
②	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
③	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
④	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
⑤	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-

【評価基準】1:期待を大きく下回る 2:期待を下回る 3:期待通り 4:期待を大きく上回る -:観察機会なし

2：基本姿勢②

ステップ1

- ① 上級医の意見や前医師の診断に盲従せず、自分で臨床決断をおこなうこと
- ② 他の情報(診断)や病態・診断の思い込みで診療をすすめるようなことをしないこと
- ③ 見立て無し(検査)をおこない入るだけの情報を網羅的に集めることをしないこと (評価票 I II III B-2)
- ④ 目の前の異常所見に飛びつかないこと (評価票 I II III B-2)
- ⑤ 先入観を持たずに患者さんをみること(アルコール中毒や認知症、精神疾患など)
- ⑥ 常に A、B、C、D を考えバイタルサインに注目し、病歴、身体所見をとること

評価時期	導入期研修の ER 単位最終(7月)		救急ブロック研修の中間(4週目)		救急ブロック研修の最終週	
	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()
①	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
②	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
③	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
④	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
⑤	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
⑥	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-

【評価基準】1:期待を大きく下回る 2:期待を下回る 3:期待通り 4:期待を大きく上回る -:観察機会なし

ステップ2

- ① なぜその情報が必要なのか?何が判断できるのか常に考えること (評価票 I II III B-2、B-3)
- ② モニターや検査結果のみで治療するのではなく患者さんを見て治療すること
- ③ 主訴、自覚症状を常に意識し立ち返ること
- ④ 状況を考え途中で話を切って処置に入らなければならないこともあり、周囲や患者さんの状況を常に考慮すること
- ⑤ 自分の力量をわきま本で調べるのみでの治療はおこなわず、上級医への対診を優先する。何が患者さんにとってベストかを考えること (評価票 I II III B-2、B-5)

評価時期	導入期研修の ER 単位最終(7月)		救急ブロック研修の中間(4週目)		救急ブロック研修の最終週	
	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()
①	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
②	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
③	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
④	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
⑤	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-

【評価基準】1:期待を大きく下回る 2:期待を下回る 3:期待通り 4:期待を大きく上回る -:観察機会なし

救急診療における原則

確定診断より除外診断を要求されることが多く、重大な疾患である可能性が低いことを確かめることが重要で、確定診断ができないことを悩む必要はない。

3：診療

ステップ1

- ① バイタルサインの把握ができる（評価票ⅠⅡⅢ B-3）
- ② 身体所見を迅速かつ的確にとれる（評価票ⅠⅡⅢ B-3）
- ③ 重症度、緊急度が判断できる
- ④ 救急隊からの情報により搬送の前準備を整えることができる
- ⑤ 患者、家族、救急隊から迅速に十分な情報を得ることができる（評価票ⅠⅡⅢ B-3）
- ⑥ 患者さんへの説明、最終的なプランを提供できる（評価票ⅠⅡⅢ B-4）

評価時期	導入期研修の ER 単位最終(7月)		救急ブロック研修の中間(4週目)		救急ブロック研修の最終週	
	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()
①	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
②	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
③	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
④	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
⑤	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
⑥	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-

【評価基準】1:臨床研修の開始時点で期待されるレベル 2:臨床研修の中間時点で期待されるレベル
3:臨床研修の終了時点で期待されるレベル 4:上級医として期待されるレベル -:観察機会なし

ステップ2

- ① 迅速かつ効率のいい診察手技を学ぶことができる（評価票ⅠⅡⅢ B-3）
- ② 頻度の高い救急疾患・外傷の初期治療ができる
- ③ 鑑別診断、コンサルト、治療方針の立て方を学ぶことができる（評価票ⅠⅡⅢ B-3）
- ④ 専門医への適切なコンサルテーションができる（評価票ⅠⅡⅢ B-5）
- ⑤ 必要かつ効率のいい検査を考えその結果を予想できる
- ⑥ 画像診断が一定できる

評価時期	導入期研修の ER 単位最終(7月)		救急ブロック研修の中間(4週目)		救急ブロック研修の最終週	
	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()
①	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
②	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
③	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
④	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
⑤	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
⑥	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-

【評価基準】1:臨床研修の開始時点で期待されるレベル 2:臨床研修の中間時点で期待されるレベル
3:臨床研修の終了時点で期待されるレベル 4:上級医として期待されるレベル -:観察機会なし

ステップ3

- ① 大災害時の救急医療体制を理解し自己の役割を把握できる
- ② 二次救命処置(ACLS)ができ BLS を指導できる

評価時期	導入期研修の ER 単位最終(7月)		救急ブロック研修の中間(4週目)		救急ブロック研修の最終週	
	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()	月日 自己評価 ()	月日 指導医評価 ()
①	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-
②	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-	1・2・3・4・-

【評価基準】1:臨床研修の開始時点で期待されるレベル 2:臨床研修の中間時点で期待されるレベル
3:臨床研修の終了時点で期待されるレベル 4:上級医として期待されるレベル -:観察機会なし

救急研修チェックリスト

救急科研修チェックリスト		自己評価					症例	経験すべき症候	経験したケース		症例	経験すべき症候	経験したケース	
		0週	2週	4週	6週	最終			日付	患者ID			日付	患者ID
A	1 救急外来患者の重傷度・緊急度を速やかに把握し、トリアージできる						D	1 ショック			16 下血・血便			
	2 バイタルサインの把握と評価ができる							2 体重減少・るい瘦			17 嘔気・嘔吐			
	3 視診もふくめた診察をすばやく行い必要な情報を得ることができる							3 発疹			18 腹痛			
	4 必要な病歴を手短に把握することができる							4 黄疸			19 便通異常(下痢・便秘)			
	5 必要な検査のオーダーができる							5 発熱			20 熱傷・外傷			
	6 救急隊に適切な対応ができる(出迎えが積極的にできる)							6 もの忘れ			21 腰・背部痛			
	7 患者あるいはご家族に手短でかつわかりやすい説明を共感的態度でできる							7 頭痛			22 関節痛			
	8 点滴ルートの確保ができる。初期輸液の指示が出せる							8 めまい			23 運動麻痺・筋力低下			
	9 救急外来のスタッフに指示を出しながら診療を進めることができる							9 意識障害・失神			24 排尿障害(尿失禁・排尿障害)			
	10 2次救命処置のアルゴリズムを理解し、蘇生チームの一員として振舞える							10 けいれい発作			25 興奮・せん妄			
	11 JATECの外傷初期診療ガイドラインを理解し、外傷の初療が行える							11 視力障害			26 抑うつ			
	12 専門医へのコンサルテーションを時機を逸さずにおこなうことができる							12 胸痛			27 成長・発達の障害			
	13 入院の適応の判断ができる							13 心停止			28 妊娠・出産			
	14 指導医と帰宅してもいいという判断ができ、帰宅後の注意点などの指導ができる							14 呼吸困難			29 終末期症候			
	15 スタンダードプレコーションが実践できる							15 吐血・喀血						
	16 空気感染予防策が必要な疾患をあげ、対応を述べるができる													
	17 飛まつ感染対策が必要な疾患をあげ、対応を述べるができる													
代表的な症候について想起すべき疾患と診断治療の手順を言える														
B	1 発熱						F	1 脳血管障害			14 消化性潰瘍			
	2 胸痛							2 認知症			15 肝炎・肝硬変			
	3 呼吸困難							3 急性冠症候群			16 胆石症			
	4 意識障害							4 心不全			17 大腸癌			
	5 ショック							5 大動脈瘤			18 腎盂腎炎			
	6 けいれん							6 高血圧			19 尿路結石			
	7 頭痛・めまい							7 肺癌			20 腎不全			
	8 嘔吐							8 肺炎			21 高アレルギー外傷・骨折			
	9 吐血・下血							9 急性上気道炎			22 糖尿病			
	10 腹痛							10 気管支喘息			23 脂質異常症			
	11 下痢／便秘							11 慢性閉塞性肺疾患(COPD)			24 うつ病			
	12 排尿困難							12 急性胃腸炎			25 統合失調症			
						13 胃癌				26 依存症(ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博)				
救急現場に必要なケア、診療手技を実践できる														
C	1 軽症外傷に対する処置ができる(洗浄・縫合／シーネ固定など)						E							
	2 動脈血培養													
	3 グラム染色													
	4 気道確保を実施できる(バッグバルブマスク、エアウェイ、気管支挿管など)													
	5 人工呼吸を実施できる(バッグマスクによる徒手換気を含む)													
	6 胸骨圧迫マッサージを実施できる													
	7 酸素療法を実施できる													
	8 電気ショックを実施できる													
	9 圧迫止血法を実施できる													
	10 包帯法を実施できる													
	11 胃洗浄ができる													
	12 カテーテルによる導尿ができる													
	13 胸腔試験穿刺およびドレナージができる													

5: ほぼ自立してできる
 4: 相談できればある程度できる
 3: 指導医の立会いのもとであればなんとかできる
 2: あまりできない
 1: 全くできない

基本的臨床手技チェックシート

大学での医学教育モデルコアカリキュラムでは、学習目標として体位交換、移送、皮膚消毒、外用薬の湿布・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、注射（皮内、皮下、筋肉、静脈内）を実施できることとされている。また、中心静脈カテーテルの挿入、動脈血採血・動脈ラインの確保、腰椎穿刺、ドレーンの挿入・抜去、全身麻酔・局所麻酔・輸血、眼球に直接触れる治療については見学し、介助できることが目標とされている。

A：後進を指導できる B：ほぼ単独でできる C：指導医がすぐに対応できる状況下でできる
D：指導医の直接監督の下でできる E：介助ができる

臨床手技	回数	研修開始時の 自己評価	終了時の 自己評価	終了時の 指導医評価
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を含む)				
③胸骨圧迫				
④圧迫止血法				
⑤包帯法				
⑥採血法(静脈血・ 採血法(動脈血)				
⑦注射法(皮内)				
注射法(皮下)				
注射法(筋肉)				
注射法(点滴)				
注射法(静脈確保)				
注射法(中心静脈確保)				
⑧腰椎穿刺				
⑨穿刺法(胸腔)				
穿刺法(腹腔)				
⑩導尿法				
⑪ドレーン・チューブ類の管理				
⑫胃管の挿入と管理				
⑬局所麻酔法				
⑭創部消毒とガーゼ交換				
⑮簡単な切開・排膿				
⑯皮膚縫合				
⑰軽度の外傷・熱傷の処置				
⑱気管挿管				
⑲除細動等の臨床手技				

検査手技

①血液型判定・交差適合試験				
②動脈血ガス分析(動脈採血を含む)				
③心電図の記録				
④超音波検査(心)				
超音波検査(腹部)				

診療録

①診療録の作成				
②各種診断書(死亡診断書を含む)の作成				

研修医氏名：

指導医氏名：

mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) 短縮版臨床評価表

評価法：mini-CEX【診察】

評価日：_____年_____月_____日

研修医：_____

診療科：_____

診療の場：外来・病棟・在宅・救急 ←いずれかに○

患者ID：_____

症例の概要（ケースの複雑さ）：易・普通・難 ←いずれかに○

	臨床研修 の開始時 点で期待 される レベル	臨床研修 の中間時 点で期待 される レベル	臨床研修 の終了時 点で期待 される レベル	上級医と して期待 される レベル	観察機会 なし
	1	2	3	4	5
1. 病歴(病状の把握)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 身体診察	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. コミュニケーション能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 臨床判断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. プロフェッショナリズム (患者の尊重、 自己の限界や法的問題への気づき)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. マネジメント (治療)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 概略評価(時間がかかりすぎていない か、このケースを単独で診療できるか)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
良かった点 (評価者が記入)					
改善すべき点 (評価者が記入)					
観察者と合意した学習課題 (研修医が記入)					

観察者所属：_____ 氏名_____ 研修医サイン_____

Mini-CEX 評価者へ

【説明】

Mini-CEX は、研修医の診察技能評価のための簡単な評価表として、欧米の卒後医学教育で使用されています。

Mini-CEX では、臨床的な設定(入院病棟、外来、当直、救急など)において、研修医が患者と関わる様子を15～20分間観察します。

【評価の実際】

1. 外来診察室の後ろのバックヤードから研修医の診療をあまり目立たないように配慮しながらできるだけ研修医と患者の両方を観察してください。バックヤードからですので、あえて患者さんにはことわらないで行ってください。研修医が自分の判断で患者に説明したことに重大な誤りがあるときを除いて、基本的には評価者は研修医の診察に口を挟みません。
2. 1症例につき1枚、Mini-CEX 評価用紙を記入してください。評価の基準は別紙にありますので、必ず事前に目を通して参考にしてください。医師の評価者は2例、看護師の評価者は1例、評価をお願いします。1から5まで点をつけますが、2点以下は研修医が標準に達するような改善が必要であることを意味します。
3. 評価終了後は評価用紙をその日のうちに事務局に提出して下さい。本人に後ほどコピーを渡します。診療中ですので、研修医への直接のフィードバックは予定していません。直接話したほうが良いと思われる場合、その旨を事務局に伝え、時間の設定を依頼するか、あるいは直接後日行ってください。
4. サインを忘れないようにしてください。

【評価の基準】

まず、評価者から見たそのケースの難易度を記入してください。以下、評価のポイントです。

1. 病歴(病状の把握)	現病歴で聞くべきこと(症状の部位・性状・程度・経過・状況・増悪寛解因子・随伴症状・患者の対応)を聞いている。最小限聞くべき他の項目(既往歴・アレルギー・内服薬・女性の月経と妊娠)を聞いている。状況が許せば聞くべき他の項目(生活状況・家族状況・嗜好など)を聞いている。正確で十分な情報を得ている。必要に応じて、患者の解釈モデルや心理社会面についても情報を引き出し、必要な範囲で病(やまい)体験と受診動機を明らかにできている。患者の理解度を確認している。
2. 身体診察	どんな状況でも診察することが望ましい項目をチェックしている。鑑別診断を立てるために行うべき診察を行っている。患者に何をするかを説明し、プライバシーに配慮し、不快感や遠慮に配慮している。
3. コミュニケーション能力	きちんと挨拶をしている。患者が話しやすいように聞いている。視線や表情や姿勢などの非言語コミュニケーションで不快感を与えていない。
4. 臨床判断	必要な診断的検査を適切に選択し、指示・実施している。患者にとっての利益とコスト・リスクを考慮している。可能性の高い疾患、見落としはけない疾患を考えている。
5. プロフェッショナリズム(患者の尊重、自己の限界や法的問題への気づき)	患者に対して敬意、思いやり、共感を示し、信頼関係を形成している。患者の不快感、遠慮、守秘義務、個人情報につき注意を払っている。自分できないこと、わからないことを適切に調べたり、他のスタッフに相談している。
6. マネジメント(治療)	適切な治療方法を選んでいる。アセスメントとプランを患者が納得いくように説明している。患者が何に注意したらいいか、次にどういう行動をとったらいいか(次回受診日など)を説明している。
7. 概略評価(時間がかかりすぎでないか、このケースを単独で診療できるか)	優先順序を適切につけている。タイミングがよい。無駄が少なく迅速である。患者も評価者も納得でき、有効な判断をしている。観察者がいなくてもこの患者を一人で診療できる。

ER研修振り返りシート（2022年度）

月 日（ ）

研修医名 _____

	ID	年齢	性別	主訴	初期診断名
①					
②					
③					
④					
⑤					
⑥					
⑦					
⑧					

今日の気づき&困ったこと（フリーコメント）

「千鳥橋病院救急認定レジデント」制度

2009年5月28日 研修委員会

2018年1月18日 研修委員会

■ 本制度の目的

当院は救急指定病院であり、年間救急車台数 3,000 台と福岡市内でも有数の救急病院である。初期研修医にとっては、およそプライマリケアにおいて必要な救急対応能力を研鑽する適切な ER であると同時に、救急医療の拠点的病院としての診療の質も要求され、かつ病院の顔としてやはりその診療の質が問われる場である。当院の初期研修医の救急医療研修は集中期間としての救急研修 8 週間と 2 年間を通じた ER 当番、日当直業務を通じた研修となっており、救急研修を行なう時期や、その研修成果という点で、2 年間のある時期において、研修医間に個人差が当然生じる。本制度は、このような状況のもとで、研修医の救急医療での到達を客観的に評価し、到達にあわせて日当直業務におけるステップアップを極端な無理を強いることなく行なえるように院内におけるライセンスを制定するものである。救急医療の質と、研修医の両者を守ることが主たる目的である。

■ 手順（運用マニュアル参照）

1 年目あるいは 2 年目医師は当直 Check List を完成させて、救急医療において指導担当した医師や看護師長などの総括的評価を得て、研修委員会事務局に提出する。規定の評価基準に達している場合は、研修委員会において「千鳥橋病院救急認定レジデント」と認定される。できるだけ、初期研修期間終了時まで認定されるよう研修医、指導医は努力する。

期間：研修当直①：7 月頃～1 年目終了時まで(担当上級医面談 1 回目：11 月頃)

研修当直②：2 年目 4 月 1 日～3 月 31 日

研修当直③：2 年目 9 月を目途に研修当直③判定会議を行う(担当上級医面談 2 回目：7 月～8 月)

■ 可能な業務と規定

研修医は以下の業務に付くことができ、以下の規定に従う。

1. 救急車受け入れの判断は独断で判断せず、上級医に確認する。
2. カルテの記録

研修医が行った全ての診療記録は指導医が確認し、指導医はサインを入力する。

3. 医療行為の制限範囲

診療行為の範囲に関する基準に従う。

(ア) 単独でおこなってもよい行為

問診、身体診察、体位の指示、バイタルサインのチェック、次の項目のオーダー(バイタルチェック、心拍モニター、SpO₂ モニター、心電図、ポータブルの単純レントゲン写真、ポータブルでないレントゲン撮影、CT、MRI、血液検査、尿検査、細菌学的検査、初期輸液、維持輸液)、動脈血ガス分析、点滴ラインの確保(中心静脈を除く)、採血、酸素投与、血液培養検体採取、

安静度の指示、負荷テスト（立位負荷）、急変時の BLS、primary ABCD：当然ドクターコールが含まれる。

緊急使用すべき薬剤の投与を指導医に連絡しつつ行うこと：気管支喘息発作の際の吸入と初期点滴、アナフィラキシーショックのエピネフリン皮下注・筋注と初期点滴、など。必ず、オーダーしたあとすみやかに指導医に連絡すること。

専門医へのコンサルテーション。

(イ) 事前に指導医との打ち合わせが必要な行為

抗不整脈薬を含め薬剤の使用（経験のない、あるいは自信のない薬剤は指導医に立会いを求める）

自分で正しく行ったことがある場合の次の処置（腹腔穿刺、髄液採取、）

入院の決定、帰宅の決定（必ず、指導医が一度は診察していること）

(ウ) 指導医の立会いの下でだけおこなってよい行為

中心静脈の確保、胸腔穿刺、胸腔ドレナージ、骨髄穿刺、気管内挿管、待機的な電氣的除細動、小児への採血・血管確保以外の侵襲的処置

4. 研修の指導

(ア) 単独診療は禁止。救急車来院患者の場合、指導医は患者を必ず診察する。歩行来院の場合の軽症例は診療内容のチェックでよい。

(イ) 基本は on the job training とフィードバックによる指導。

(ウ) 研修医へのフィードバックは TPO を考慮しつつ行う。

(エ) カルテチェックは必ず行う。

ER レジデント認定関連早見表

ER における未認定レジデントの研修/業務規定と医療行為の制限範囲(抜粋)

1. 日当直は見習い当直あるいはそれに準じた業務。ERは複数体制での1stまで。
2. 救急車受け入れ判断は指導医に相談
3. 救急研修における医療行為
 - (ア) 単独でおこなってもよい行為
 - ・ 問診、負荷試験的なものを除く身体診察、体位の指示、バイタルサインのチェック
 - ・ 次の項目のオーダー(バイタルチェック、ECGSpO2 モニター、心電図、ポータブルの単純レントゲン写真、血液検査、尿検査、細菌学的検査、初期輸液)
 - ・ 動脈血採血、ラインの確保(中心静脈を除く)、採血、酸素投与、血液培養検体採取
 - ・ 急変時のBLS、ACLSの開始。緊急使用すべき薬剤の投与を指導医に連絡しつつ行うこと:気管支喘息発作の際の吸入と初期点滴、アナフィラキシーショックのエピネフリン皮下注・筋注と初期点滴、など。オーダー後すみやかに指導医に連絡。
 - (イ) 指導医との打ち合わせが必要な行為(ERから患者が離れる行為はすべて)
 - ・ 安静度の指示、循環系薬剤を除く薬剤の使用、負荷テスト(立位負荷)
 - ・ 次の項目のオーダー(ポータブルでないレントゲン撮影、CT、MRI)
 - ・ 入院/帰宅の決定(必ず、指導医が一度は診察していること)専門医へのコンサルト
 - (ウ) 指導医の立会いの下でだけ可能な行為
 - ・ 胸腔穿刺、胸腔ドレナージ、腹腔穿刺、髄液採取、骨髄穿刺、気管内挿管、待機的な電氣的除細動、循環器系薬剤の使用、中心静脈の確保、小児の採血・血管確保以外の侵襲的処置。

研修当直③

1. 研修日当直が可能。ER当番は単独1st可能。単独診療は基本的に禁止
2. 救急車受け入れの判断ができる。迷った場合は相談する
3. 医療行為の範囲の拡大
 - (ア) 単独でもよい行為(拡大点)
 - ・ 立位負荷などを含めた身体診察
 - ・ ERを離れる検査(CTやMRI、ポータブルでないX線などのオーダー)
 - ・ 維持輸液のオーダー
 - ・ 専門医へのコンサルト
 - (イ) 指導医との打ち合わせが必要な行為(拡大点)
 - ・ 抗不整脈薬を含む薬剤の使用(経験のない、あるいは自信のない薬剤は指導医に立会いを求める)
 - ・ 自分で正しく行ったことがある次の処置(胸腔穿刺、髄液採取)自信のないときは立会いを求める。

補足)

1. 単独診療は禁止。救急車来院患者の場合、指導医は患者をかならず診察する。歩行来院の場合、軽症例は診療内容のチェックでよい。
2. 研修医は救急研修期間終了時での認定を目指す。

救急認定レジデント運用マニュアル

1. チェックリストの完成と点検（当直 Check List）

研修当直①⇒研修当直②⇒研修当直③（C直）

時期：研修当直①：7月頃から1年目終了時まで（担当上級医面談1回目：11月頃）

研修当直②：2年目4月1日～3月31日

研修当直③：2年目9月を目途に研修当直③判定会議を行う

（担当上級医面談2回目：7月～8月）

※初期研修終了時の到達レベルは研修当直③（C直）が望ましい。

【A：事前に習得すべき項目の確認】

3項目全ての履修

【B：一般的 救急獲得目標の評価】

研修当直①終了段階で、求められる習熟度を【LEVEL1】とする。

研修当直②終了段階で、求められる習熟度を【LEVEL2】とする。

研修当直③（C直）終了段階で、求められる習熟度を【LEVEL3】とする。

【C：各疾患の対応】

計46の代表的な疾患の中で、経験した疾患を4段階で評価する。

研修当直②修了段階である程度経験する必要がある。

2. 認定を受ける研修医は上記のチェックリストで自己評価を行う。

3. 担当上級医との面談で各項目の到達度確認、フィードバックを受ける。

4. 研修委員長・事務局でメンター面談の確認を行う。

5. 研修当直③（C直）判定に関しては以下のメンバーで行う。研修委員長、救急センター長（又は副センター長）・ER看護師長、事務局を含めてチェックリストの確認を行い、認定レベルに達している場合は研修当直③（C直）とする。その後、研修委員会で報告を行う。

2009年5月28日 研修委員会確認

2016年5月 一部改訂

2016年8月 一部改訂

2018年1月 一部改訂

2020年4月 一部改訂

<当直Check List>

<評価の流れ>

A:事前に習得すべき項目の確認

- ※ 習得すべき評価項目が満たされていない場合、まずそちらを対応
- ※ 基礎講義に関しては、必ずしも受講が絶対条件ではないことに注意
(自主学習などで同程度の習熟度があれば問題ないと判断する)



B:一般的 救急獲得目標の評価

- ※ 研修当直①終了段階で、求められる習熟度を【LEVEL1】とする
(研修当直②終了段階が【LEVEL2】、研修当直③(C直)終了段階が【LEVEL3】とする)
(B直の段階で「獲得すべき目標」を【LEVEL4】とする)



C:各疾患の対応

- ※ 基本的には全ての疾患に当たらなければいけないという規程はない
- ※ ただし、研修当直②終了段階(=C直になる段階)ではある程度経験することを目標とする

研修医名: _____

担当上級医(1回目): _____ (日付: _____)

_____ (2回目): _____ (日付: _____)

_____ (3回目): _____ (日付: _____)

< A 習得すべき項目確認 > 研修当直① → 研修当直②

① 困ったときは上級医に相談出来る	➡	<input type="checkbox"/>	
② 基礎講義 基本コース受講 or 習得	➡	<input type="checkbox"/>	日付 <input type="text"/>
③ ICLS 実践講義 終了	➡	<input type="checkbox"/>	日付 <input type="text"/>

※ 実施可能もしくは終了の場合は、上記□に☑を入れる

※ 研修当直①時点でメンター面談を11月に行う

< A 習得すべき項目確認 > 研修当直② → C直(研修当直③)

① 困ったときは上級医に相談出来る	➡	<input type="checkbox"/>	
② 基礎講義 ER対応コース受講 or 習得	➡	<input type="checkbox"/>	日付 <input type="text"/>
③ 基本講義 疾患別コース受講 or 習得	➡	<input type="checkbox"/>	日付 <input type="text"/>

※ 実施可能もしくは終了の場合は、上記□に☑を入れる

< A 習得すべき項目確認 > C直(研修当直③) → B直

① B直カリキュラム 受講 or 習得	➡	<input type="checkbox"/>	日付 <input type="text"/>
② 基礎講義 各コース受講 or 習得	➡	<input type="checkbox"/>	日付 <input type="text"/>
(以下、外部後期研修医の先生)			
③ 外部研修医用オリエンテーション	➡	<input type="checkbox"/>	日付 <input type="text"/>

※ 実施可能もしくは終了の場合は、上記□に☑を入れる

※黒字: 研修医による自己評価

※赤字: 上級医による評価(上級医は赤ペンでチェック項目の記入をお願いします)

＜ B 一般的 救急獲得目標 ＞

1) バイタルの評価・介入

i) 常に患者のバイタルを意識しながら診療を進めることができる。 各バイタル結果を、患者のpersonalityや病態などと照らし合わせながら、各項目を関連付けて評価することができる。							
	LEVEL 1	LEVEL 2		LEVEL 3		LEVEL 4	
	① バイタルを意識することができる ② 緊急性があるバイタルをみたら 上級医に相談出来る	① 緊急性のあるバイタルに対して 初期対応が出来る (輸液・酸素投与など)		① バイタルの異常から、緊急度や 可能性の高い疾患を想起出来る		④ 複数のバイタル異常を関連付けて 理解し病態に合わせて説明できる	
自己評価(日付)							
1回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次回目標・上級医からアドバイス							

ii) 気道確保(A)の対応を理解・習得している。 必要であれば高度な気道管理器具や、緊急的の外科処置が施行出来る。							
	LEVEL 1	LEVEL 2		LEVEL 3		LEVEL 4	
	① 酸素化不良時などに、確実な 気道確保がされてない可能性を 想起出来る ② 確実な下顎挙上出来る	① 挿管を安全に実施するための 知識・技術を獲得している ② 挿管後の確認が出来る		① 一般的な症例に対して 挿管手技を一人で実施出来る ② 挿管困難例に対して 挿管補助器具を使用出来る		① 挿管困難例に対して 必要時に緊急的の外科外科処置 を検討出来る	
自己評価(日付)							
1回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次回目標・上級医からアドバイス							

iii) 呼吸管理(B)の対応を理解・習得している。 必要であれば人工呼吸器の設定などを実施出来る。							
	LEVEL 1	LEVEL 2		LEVEL 3		LEVEL 4	
	① 酸素化不良時に、酸素投与を 指示出来る ② BVMを使用出来る	① SpO2だけでなく、他バイタル から病態把握に臨むことが出来る ② 状態に合わせた酸素投与器具を 選択することが出来る		① 人工呼吸器装着が必要な病態を 判断することが出来る		① 人工呼吸器の設定及び変更を 判断出来る	
自己評価(日付)							
1回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次回目標・上級医からアドバイス							

※黒字:研修医による自己評価

※赤字:上級医による評価(上級医は赤ペンでチェック項目の記入をお願いします)

iv) 循環動態(C)の対応を理解・習得している 必要であれば昇圧剤などの薬剤投与や、除細動や体外ペーシングなどを施行出来る				
LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	
① 血圧低下時に、輸液や下肢挙上などを指示出来る ② モニター・12誘導心電図を装着出来る	① IVC測定を実施出来る ② 昇圧剤・降圧剤を開始検討出来る ③ 見守りがあれば、CV挿入に挑戦出来る	① 輸血の適応を理解している ② 昇圧剤・降圧剤を開始・調整出来る ③ 一般的な症例では独りでCV挿入を実施出来る	① 安全に除細動を実施出来る ② 体外ペーシング実施方法を理解している	
自己評価(日付)				
1回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次回目標・上級医からアドバイス				

v) 鎮痛に関して、安全に対応するための知識を有している vi) 鎮静に関して、安全に対応するための知識を有している				
LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	
① アセトアミノフェンやNSAIDSの適応・副作用を理解している	① 非麻薬性(部分作動性)鎮痛薬の適応・副作用を理解している(ex.ベンタジン・レバタン) ② 一般病棟で使用可能な抗精神病薬の適応・副作用を理解している	① 麻薬に関する適応・副作用を理解している ② ICU病棟などで使用すべき抗精神病薬の適応・副作用を理解している	① 鎮痛・鎮静・催眠などの相互作用を理解した上で、組み合わせて使用出来る	
自己評価(日付)				
1回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次回目標・上級医からアドバイス				

※黒字:研修医による自己評価
 ※赤字:上級医による評価(上級医は赤ペンでチェック項目の記入をお願いします)

2) 問診・身体所見・検査・鑑別診断

i) 過不足なく優先順位をつけた問診を聴取することが出来る				
	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4
自己評価(日付)	① 会話可能な患者に関して時間が許せば、過不足なく病歴聴取可能 ② プライバシーに配慮出来る	① 会話不能な患者に関して家族や施設職員、前医(紹介院所)などから情報収集出来る	① 患者の病態を理解するために必要な情報を自分で選択して詳細に収集することが出来る	① 緊急性の高い患者に関して必要な情報を過不足なく収集できる
1回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次回目標・上級医からアドバイス				

ii) 過不足なく優先順位をつけた身体診察をを行うことが出来る				
	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4
自己評価(日付)	① 時間をかけて患者の全身を診察出来る ② プライバシーに配慮出来る	① 主訴や病歴に合わせて、必要な身体所見を優先的に取得出来る	① 緊急性の高い患者に関して検査・治療と並行しながら身体所見をとることが出来る	① 感度・特異度など診断的意義を考慮しながら身体所見をとることが出来る
1回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次回目標・上級医からアドバイス				

iii) 過不足なく優先順位をつけた検査をオーダーし、評価することが出来る				
	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4
自己評価(日付)	① 見逃してはいけない緊急性の高い疾患を想起しながら上級医に検査の相談が出来る	① 診断のために必要な検査を想起することが出来る ② 侵襲度の低い検査は自身の判断でオーダーすることが出来る ③ FASTを習得している	① 検査の順番に優先度をつけることが出来る ② 侵襲度の高い検査に関して禁忌や副作用などを理解している(対応策も熟知している) ③ 得られた結果から確定・除外診断に迫ることが出来る	① 検査の結果から隠れた医学的な問題を抽出し再度病歴評価をおこなえる ② 検査前確率や、感度・特異度などから検査結果の意義を評価することが出来る
1回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次回目標・上級医からアドバイス				

iv) 得られた情報から鑑別診断を狭め、優先順位(緊急性を考慮した)problem list を作成出来る 追加検査や治療経過によって、鑑別診断を再評価し、見直すことが出来る				
	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4
自己評価(日付)	① 主訴や初期評価などからproblem listを漏れなく作成出来る ② 主訴や身体所見から広く鑑別疾患を挙げることが出来る	① problem list を緊急度を考慮して作成することが出来る ② 可能性などを考慮し、鑑別疾患に優先順位を付けることが出来る	① 各problemを病態と合わせて関連付けて理解出来る ② 得られた情報から、鑑別疾患を絞ることが出来る(確定診断を行い治療に進める) ③ 緊急度が高いかそうでないかを瞬時に判断出来る	① 特徴的なパターン診断学を活用できる ② 一度確定した診断を再評価し、必要であれば修正出来る
1回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次回目標・上級医からアドバイス				

※黒字:研修医による自己評価
 ※赤字:上級医による評価(上級医は赤ペンでチェック項目の記入をお願いします)

3) 治療

i) 適切な薬剤の取り扱いが出来る							
LEVEL 1		LEVEL 2		LEVEL 3		LEVEL 4	
① 初めての投与する薬剤に関して上級医に相談出来る ② 薬剤などの医療情報を正しく取得出来る		① 禁忌や副作用・薬剤相互作用などを把握して薬剤投与出来る ② 患者に合わせた用量・用法などに留意できる		① 生理学的・薬理学的的作用などを理解して薬剤を選択出来る ② 起こりうる有害事象に関して対応策を熟知している		① 患者背景などにも考慮した薬剤選択が出来る	
自己評価(日付)							
1回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次回目標・上級医からアドバイス							

ii) 適切に手技を実施出来る (以下の手技に関して、独りでも安全に実施することが出来る。起こりうる合併症に関して対応策を熟知している)							
LEVEL 1		LEVEL 2		LEVEL 3		LEVEL 4	
有効な胸骨圧迫・BVM 静脈・動脈採血、末梢血管確保 気管内吸引		気管カニューレ交換 経鼻胃管挿入 一般的な創処置		CV挿入(要監督/指導) 気管挿管 胸腔・腹腔穿刺(要監督/指導) 腰椎穿刺(要監督/指導)		CV挿入 腰椎穿刺 深部縫合 (輪状甲状間膜切開) (透析・IABP・PCPS管理)	
自己評価(日付)							
1回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次回目標・上級医からアドバイス							

iii) 適切な病室の選択・およびモニタリングの指示が出来る							
LEVEL 1		LEVEL 2		LEVEL 3		LEVEL 4	
① ICU入室時などに同行し、一連の流れを理解している		① モニター装着や酸素継続の確かな判断が出来る ② ICU・HCU入室の適応を理解し、相談出来る		① 病態に合わせたバイタル変動指示や持続薬剤投与が指示出来る ② ICU・HCU入室を判断出来る		① 病院全体のベッド状況を把握し患者転棟などが指示できる	
自己評価(日付)							
1回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次回目標・上級医からアドバイス							

iv) 適切なタイミングでコンサルテーションが可能で、必要に応じて転院搬送などを指示できる							
LEVEL 1		LEVEL 2		LEVEL 3		LEVEL 4	
① 緊急性の乏しい患者のコンサルートを準備して行える(上級医相談のもと)		① 緊急性のある患者のコンサルートを迅速かつ的確に行える ② 転院搬送に同行できる		① 緊急の転院搬送依頼を他院の医師にも失礼のないように行える		① 緊急的な手技(CAG・tPA・透析)の必要性を理解し、コメディカルをサポートしながら迅速に対応できる	
自己評価(日付)							
1回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次回目標・上級医からアドバイス							

※黒字：研修医による自己評価

※赤字：上級医による評価(上級医は赤ペンでチェック項目の記入をお願いします)

4) マネジメント

i) 適切かつ効果的なタイミングでの複数業務進行がおこなえる							
	LEVEL 1	LEVEL 2		LEVEL 3		LEVEL 4	
自己評価(日付)	① 1人の患者を見落としがないように責任もって対応できる	① 2人以上の患者を同時に診察することができる	② 少し先の動きを予測しながら検査や治療を組み立てる	① 自身の患者を診ながら、後輩医師のバックアップができる	② 救急・病棟・外来の患者を同時に優先順位をつけて対応できる	① 病院全体の動きを把握できる	② 後輩医師を適材適所で業務出来るように采配出来る
1回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次回目標・上級医からアドバイス							

ii) 倫理的配慮 及び 患者・家族と友好的関係を築ける 社会的マネジメント 及び 資源活用								
	LEVEL 1	LEVEL 2		LEVEL 3		LEVEL 4		
自己評価(日付)	① 患者・家族に失礼のない態度で接することができる	② 精神疾患・高齢独居・DV被害など社会的弱者に誠実に対応する	① 患者・家族に誠実かつ友好的な態度で接することができる	② 病状が安定している患者・家族に安心を与えるような病説ができる	③ 患者から社会的困難な状況を相談された際、その点も踏まえて方針検討をおこなう	① 対応が困難な患者・家族にも誠意をもって接することができる	② 病状が厳しい患者・家族に共感的姿勢をもって病説ができる	③ 患者の背景にある社会的困難を自ら推察することができる
1回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
次回目標・上級医からアドバイス								

iii) チーム医療を率先しておこなうことができる							
	LEVEL 1	LEVEL 2		LEVEL 3		LEVEL 4	
自己評価(日付)	① 自分から挨拶ができる	② コメディカルに感謝の気持ちと謙虚さをもって接する	① 何気ないことを頼まれるような友好的な関係性を築ける	① 自分の仕事だけでなく、後輩医師やコメディカルのサポートを行う余裕をもつ	① 後輩医師・コメディカルに対して教育・指導が行える(共に学ぶ姿勢がある)	② 困難な状況でリーダーシップを発揮する	
1回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3回目: 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次回目標・上級医からアドバイス							

＜ C 各疾患の対応 ＞

※ 該当する自己評価に☑を入れる

※ ●は前回チェック時の評価

	症例	D	C	B	A	備考
1	脳梗塞					
2	脳内出血・SAH					
3	脳炎・髄膜炎					
4	けいれん					
5	心筋梗塞・狭心症					
6	頻脈性不整脈					
7	徐脈性不整脈					
8	心不全					
9	大動脈解離					
10	肺血栓塞栓症					
11	肺炎					
12	肺結核					
13	気管支喘息・COPD					
14	気胸					
15	過換気症候群					
16	縦隔疾患(縦隔気腫など)					
17	消化管疾患(吐血・下血)					
18	腸閉塞					
19	急性肝炎					
20	胆石・胆嚢炎・胆管炎					
21	急性膵炎					
22	急性虫垂炎					
23	ヘルニア疾患					
24	胸腹水貯留・腹膜炎					

- ＜評価項目＞
- D: 上級医の指導・監督のもと、患者対応を経験した
 - C: 上級医助言のもと、基本的に一人で患者対応を経験した
 - B: 診察・検査・治療まで、一連の診療の流れを理解している
 - A: 診断確定・治療後の適切な病態管理が行える

※ 該当する自己評価に☑を入れる

※ ●は前回チェック時の評価

	症例	D	C	B	A	備考
25	急性腎不全					
26	腎盂腎炎					
27	尿管結石					
28	血尿・尿閉					
29	DKA・HHS					
30	低血糖					
31	急性薬物中毒					
32	アナフィラキシー					
33	急性アルコール中毒					
34	敗血症性ショック					
35	DIC					
36	ウイルス感染症(麻疹など)					
37	小) 熱性痙攣					
38	小) 気管支喘息					
39	急性精神病・自殺企図					
40	熱傷					
41	交通外傷・骨折					
42	熱中症					
43	低体温症					
44	異物誤飲					
45	婦人科疾患(卵巣出血など)					
46	心肺停止					
47						
48						

- <評価項目> D:上級医の指導・監督のもと、患者対応を経験した
 C:上級医の助言のもと、基本的に一人で患者対応を経験し;
 B:診察・検査・治療まで、一連の診療の流れを理解している
 A:診断確定・治療後の適切な病態管理が行える

研修当直振り返りシート（2022 年度）

月 日（ ） 研修医名：

当直体制：A直 _____ B直 _____ C直 _____ F直 _____

ID	年齢	性別	主訴	診断名
①				
②				
③				
④				
⑤				
⑥				
⑦				
⑧				

☆学んだこと（フリーコメント）

☆困ったこと（フリーコメント）

☆上級医から（フリーコメント）

上級医サイン： _____

母子医療保健（産婦人科＋小児科）研修プログラム

2010年4月 研修委員会

2020年4月 研修委員会

2021年4月 研修委員会

○本プログラムの趣旨

- ・ 臨床研修制度見直しに当たり、当院プログラムでは引き続き産婦人科と小児科は必修ローテーション科と指定。
- ・ 厚生労働省の指定する到達目標をクリアすることは当然の前提とした上で、地域医療の担い手を養成するという当院の研修理念を尊重し、母子の病気へのプライマリケア、保健指導を十分に意識した研修プログラムを設定する。
- ・ プログラム上可能であれば2つの診療科を連続的にパッケージ化することで、研修の機会を短期間でも保障しやすくする。また、妊婦への保健指導、母親への保健指導と、母子をめぐる健康管理やプライマリケアを学習しやすくする。
- ・ 助産師や看護師も指導者として医師研修にかかわりを深める。

○研修目標総論（各論は産婦人科、小児科それぞれの各論プログラムに記載）

- I-1 産婦人科診療領域のプライマリケアにて必要な、正常分娩の経験、女性の急性腹症（とくに外妊、捻転などの緊急手術例）の診断から治療までを経験し、理解をする。
- I-2 妊婦、褥婦、授乳婦に必要な保健指導を経験し、基本的な対応と説明ができるようになる。
☆学習項目；妊婦の健診の重要性、急性期疾患にかかったときの対応の基本、産褥期の生活／保健指導、妊婦および褥婦に必要なワクチン接種、授乳中の母親の急性期疾患時の対応（服薬など）など
- II-1 小児に多い急性期疾患の一次対応及び入院診療を経験し、母親、病児とのコミュニケーションを含めた小児科診療領域のプライマリケアを身につける。
- II-2 小児の健診、予防接種の基本的知識と手技を身につける。発熱などよくある症状に対する家庭での対応について保健指導ができるようになる。児童虐待防止や育児支援について学ぶ。

○プログラムの運用留意点、スケジュール、コース独自の方略

- ・ 産婦人科5週間＋小児科5週間が基本コース。
- ・ 保健指導という点で、ワクチン・乳児健診外来、妊婦健診での学びを重視し、かならず入れるようにスケジュールする。小児科では外来研修の重要性を意識し、他の duty との重複を避けるように配慮する。
- ・ 妊婦、褥婦への保健指導は、5週間の内、最低1単位確保しその時間で、①授乳指導、②沐浴指導、③保健指導（退院指導を含む）を助産師の指導、教育のもと実施する。

○評価

- ・ 産婦人科、小児科のそれぞれの終了時に、多職種型の振り返りとそれぞれの個別の目標に照らした指導医による評価を実施する。
- ・ EPOC2 を用いて評価入力を行う。

産婦人科研修プログラム

2005年2月16日初版
2007年1月15日改訂1
2007年6月12日改訂2
2008年6月10日改訂3
2009年7月1日改訂4
2010年2月4日改訂5
2020年4月26日改訂6

1. 研修目標

(1)女性特有の疾患による救急医療を研修する。

(2)女性特有のプライマリケアを研修する。

思春期、性成熟期、更年期の生理的、肉体的、精神的変は女性特有のものである。女性の加齢と性周期に伴うホルモン環境の変化を理解するとともに、それらの失調に起因する諸々の疾患に関する診断と治療を研修する。

(3)妊産褥婦ならびに新生児の医療に必要な基本的知識を研修する。

妊婦分娩と産褥期の管理ならびに新生児の医療に必要な基礎知識とともに、育児に必要な母性とその育成を学ぶ

2. 研修で期待される具体的アウトカム

(1)女性の急性腹症の診断と初期対応ができるようになる。

(2)女性の加齢と性周期に伴う変化を考慮し、頻度の高い女性特有の生理的变化や病態（月経痛、子宮筋腫、妊娠と産褥、閉経後の変化など）が理解できるようになる。

(3)正常妊娠・分娩の経過を経験し、妊婦健診の意義や母子感染予防が理解できるようになる。

(4)妊娠中や産褥期の女性や正常新生児に、生活・保健指導ができる。

3. 研修方略

千代診療所産婦人科外来で診察の見学や検査を実際に行い、産婦人科病棟では基本的に指導医と一緒に行動し、診察やお産の見学を通して診断・治療法について身につけていく。

カンファレンスを通して、病態や最近の治療について理解を深める。妊婦健診での生活指導や正常新生児の保育などは、看護師・助産師に研修指導をしていただく。

分娩や婦人科急性腹症については、産婦人科研修期間に経験する症例が不足する場合は、院外研修や小児科研修期間で症例を経験できるように調整する。

A. 経験すべき診察法・検査・手技

(1)基本的産婦人科診療能力

1)問診及び病歴の記載

患者との間に良いコミュニケーションを保ってプライバシーに配慮し、総合的かつ全人的に patient

profileをとらえることができるようになる。

- 女性特有のもの ・ 月経歴、結婚、妊娠、分娩歴
- 2)身体診察 ・ 視診、触診；一般的視診と理学診（内診は除く）
・ 正常新生児の診察

(2)基本的産婦人科臨床検査

- 妊娠の診断 問診、免疫学的妊娠反応検査、超音波検査
- 感染症の検査 性感染症検査、母子感染症検査
- 細胞診・病理組織検査 細胞診検査、生検や手術での摘出組織の病理組織検査
- 内分泌学的検査 ホルモン検査

経腹壁超音波断層法（経膈法は除く）

- 画像診断 CT検査、MRI検査、骨盤X線検査、骨密度検査

(3)基本的治療法

- 薬物療法 ホルモン療法や抗生剤の選択、妊娠・授乳中の安全性について
- 外科的治療 手術法の理解、基本的外科手技を手術助手で学ぶ

B.経験すべき症状

(1)頻度の高い症状

下腹部痛、腰痛、性器出血、月経異常

腹痛・腰痛では月経困難症、子宮筋腫、子宮内膜症、骨盤腹膜炎、妊娠に関連するものでは、切迫流産、陣痛などがある。性器出血や月経異常では、生理的变化での正常範囲内出血から、感染症、内分泌的疾患、妊娠、腫瘍、さらに複数の病態が重なっている場合がある。

(2)緊急を要する症状・病態

急性腹症

女性特有の急性腹症を救急医療として経験し、的確に鑑別して、初期治療を行える能力を獲得する。産婦人科関連疾患には、異所性妊娠、卵巣腫瘍捻転、卵巣出血などがある。

(3)経験すべきもの、または学習して理解する必要のあるもの

■婦人科

子宮癌検診、性感染症の診断・治療計画、婦人科腫瘍の診断、骨盤内の解剖
不妊症・内分泌疾患の診断、更年期障害やうつ、骨粗鬆症の診断

■産科

妊娠の診断、妊婦健診、正常分娩、正常産褥、産科救急に対する応急処置
正常新生児の診察

■その他

産婦人科医療についての倫理的・社会的問題、母体保護法、家族計画、更年期女性疾患

☆週間スケジュール

*この期間は当直の制限をおこなう（例：2-3週目は夜間勤務のみ）。2年目：内科外来 【週一】

	月	火	水	木	金	土
早朝		7:30～ 心電図				
午前	オペ	婦人科オペ /病棟	婦人科外来	婦人科外来	オペ	
午後	オペ/ 婦人科外来	ER	病棟カンファ	内科外来	婦人科外来 (産褥健診)	
夕方		勉強会	②④医局会議 ①③MC/CPC	勉強会		

小児科研修プログラム

2021年4月 千鳥橋病院小児科

小児科は単一の臓器に関わる専門科ではなく、こども全体を対象とする『総合診療科』である。疾病への対応のみならず、多様な小児の育ちを支援することが小児科医の役割である。小児科の臨床研修では、小児のからだ、こころの全体像を把握し、医療の基本『疾患をみるのではなく、患者さんとその背景（家族）をみる』という全人的な観察姿勢を学ぶことが大切である。また『成育医療』としての小児医療の実際を経験する。将来どの科へ進んでも小児に関わる機会はある。当院での小児科初期研修は短期間ではあるが、小児医療、小児科の役割を理解し、2年間の基礎研修中に出会うすべての小児をとおして一般的な小児疾患のプライマリーケア、小児患者への接し方、実際の診療の仕方を学び、小児患者に対する対応、対処方法を習得することにある。

<一般目標>

1. 年齢に応じた小児への適切な対応ができる

健康な小児の成長発達を経験し、子どもの心身の特性を知る。

小児やその保護者と良好なコミュニケーションが持て、診察・検査・処置・治療に際して個々の成長・発達に配慮した対応ができることが求められる。

2. Common Disease への初期対応ができる

小児疾患の特性を学ぶ。小児疾患の多くは common disease ではあるが、軽症か重症かを判断し、適切に小児科や他科へコンサルテーションすることが求められる。頻度の高い症状や熱性けいれんなどの「外来での危急症」に対しては初期対応を行い、保護者に対しホームケアについて説明できることが求められる。また感染性疾患に対する正しい感染防止対策の知識を習得する。

3. 小児保健・予防医療の意義を理解する

乳幼児健診、予防接種、事故・虐待予防の重要性と健康維持・増進を援助する必要性を理解する。

子どもの貧困・虐待など支援を必要とする状態に気づき、他職種や地域専門機関と情報を共有・連携する視点があらゆる医師に求められる。

4. 新生児・母子医療保健について理解する

正常新生児の生理、母子の愛着形成について学ぶ。産婦人科研修と連動し、母体の疾患や妊娠の経過が児に及ぼす医学的・社会的影響について理解する。

<行動目標>

A. 経験すべき診察法・検査・手技

1) コミュニケーション

- ① 病歴聴取ができる
- ② 年齢・発達段階にあった接し方ができる
- ③ 家族の心配・不安に共感することができる
- ④ 子ども・家族の心理・社会的側面に配慮できる
- ⑤ 子ども・家族にわかりやすい説明に配慮できる
- ⑥ スタッフとの良好なコミュニケーションがとれる

2) 理学所見

- ① 理学所見をとる際の不安を与えない配慮がわかる

- ② “not doing well”がわかる
- ③ バイタルサインの測定・正常値がわかる
- ④ 皮膚の所見が取れる
- ⑤ 胸部の所見が取れる
- ⑥ 腹部の所見は取れる
- ⑦ 外陰部・肛門の所見が取れる
- ⑧ 鼓膜の所見が取れる
- ⑨ 口腔・咽頭の所見が取れる

3) 基本的検査法

- ① 検査の適応を考えた指示が出せる
(血液・尿・便・髄液検査、ウイルス迅速検査、細菌培養、単純レントゲン、心電図、心エコー、腹部エコー、脳波、CT、MRI 検査など)
- ② 小児の特性を考えて結果を解釈できる

4) 基本的薬剤の使い方

- ① 小児への処方箋がかける
- ② 年齢に応じた処方ができる
- ③ 適正な抗菌薬など基本的な薬剤の使用法を理解し、実際の処方ができる
- ④ 小児の服薬指導ができる
- ⑤ 年齢、疾患に応じて輸液の適応を確定し、輸液の種類、必要量を定めることができる

5) 基本的治療手技（処置）

- ① 静脈内・皮下・筋肉内注射ができる
- ② 静脈血採血
- ③ 静脈路確保（幼児）
- ④ 指導者のもとで小児に輸液ができる
- ⑤ 浣腸・観便ができる
- ⑥ 吸入療法ができる
- ⑦ 坐薬を使うことができる
- ⑧ 指導者のもとで導尿ができる
- ⑨ 指導者のもとで腰椎穿刺ができる
- ⑩ 指導者のもとで胃洗浄ができる

B. 経験すべき症状・病態・疾患

B-1) 症状に対する対応

1) 発熱

- ① 鑑別すべき疾患をあげることができる
- ② 解熱薬の処方ができる
- ③ 家庭での対処を指導できる

2) 咳、喘鳴、呼吸困難

- ① 鑑別すべき疾患をあげることができる
- ② 対症療法薬が処方できる

3) 腹痛

- ① 鑑別すべき疾患をあげることができる
- ② 外科への適切なコンサルテーションができる

4) 嘔吐・下痢・脱水

- ① 鑑別すべき疾患をあげることができる
- ② 家庭での対処を指導できる
- ③ 脱水の程度を評価できる
- ④ 発育に伴う体液生理の変化と電解質、酸塩基平衡に関して理解する

5) けいれん、意識障害

- ① けいれんに対処できる
- ② 熱性痙攣との他疾患との鑑別ができる
- ③ 熱性けいれんの説明ができる

6) 発疹

- ① 主な発疹性疾患がわかる

7) 頭痛

- ① 鑑別すべき疾患をあげることができる

8) 胸痛

- ① 鑑別すべき疾患をあげることができる
- ② 緊急性のある胸痛に対し適切にコンサルテーションできる

7) チアノーゼ

- ① 鑑別すべき疾患をあげることができる
- ② 適切な初期対応ができる

8) 体重増加不良、肥満、低身長

- ① 母乳、調整乳、離乳食について理解する
- ② 乳幼児・学童の体重・身長の増加と異常について理解する

9) 発達の遅れ・発達障がい・不登校

- ① 小児の精神運動発達および障がいの特性について理解する
- ② 臨床の場で直面する発達障がいや不登校の児について、初期対応の実際や支援のあり方について学ぶ

B-2) 頻度の高い疾患

① 救急外来で多くみられる症状・疾患

発熱		腹痛	
嘔吐		脱水	
咳・喘鳴		クループ症候群	
気管支喘息		蕁麻疹、アナフィラキシー	
(熱性) 痙攣		肘内障	
熱傷		頭部打撲・外傷	
異物誤嚥、中毒		虐待・ネグレクト	

② 感染症

風邪（上気道炎）		咽頭結膜熱	
インフルエンザ		突発性発疹	
水痘		マイコプラズマ感染症	
流行性耳下腺炎		肺炎・気管支炎	
溶連菌感染症		細気管支炎（RSV 感染症）	
百日咳		尿路感染症	

ヘルペス口内炎		細菌性髄膜炎	
ヘルパンギーナ		無菌性髄膜炎	
手足口病		ウイルス性胃腸炎	
伝染性紅斑		細菌性腸炎	
伝染性単核球症		リンパ節炎・膿瘍	

③ 感染症以外の小児内科疾患

川崎病		低身長	
Ig A 血管炎		肥満・やせ	
先天性心疾患		食物アレルギー	
鉄欠乏性貧血		気管支喘息・クループ	

④ 乳児・新生児の疾患

呼吸障害		低出生体重児	
先天異常		新生児黄疸	
湿疹・オムツ皮膚炎		ビタミンK欠乏症	
乳児血管腫		吐乳・幽門狭窄症	
臍の病気(肉芽・ヘルニア)		発育性股関節形成不全	

⑤ 精神・行動・心身医学

起立性調節障害		慢性便秘	
周期性嘔吐症		夜泣き	
夜尿症		チック	
心因性頻尿		不登校	

⑥ 神経発達症

自閉症スペクトラム症		注意欠如・多動症	
言葉の遅れ		知的発達症	

⑦ 耳・鼻の疾患

急性中耳炎		副鼻腔炎	
扁桃肥大・扁桃腺炎		アレルギー性鼻炎	

⑧ 眼の疾患

流行性角結膜炎		斜視	
アレルギー性結膜炎		鼻涙管閉塞	

⑨ 泌尿器の疾患

血尿・タンパク尿		外陰腫炎	
尿路感染症		陰嚢水腫	
亀頭包皮灸・包茎		停留精巣	

⑩ 皮膚の疾患

アトピー性皮膚炎		伝染性膿痂疹	
乳児湿疹・汗疹		熱傷	
伝染性軟属腫		母斑・血管腫	

⑪ 外科疾患

急性虫垂炎		肛門周囲膿瘍	
腸重積症		そけいヘルニア	

⑫ 整形外科疾患

成長痛・四肢の疼痛		斜頸	
内反足・O脚・X脚		骨折	
肘内障		脊柱側弯症	

C. 小児保健関連

1) 乳幼児健診

- ① 乳幼児健診の概要を説明できる。 ②母子手帳を理解し活用できる。

2) 予防接種

- ① 安全に接種するための工夫を述べるができる。 ②適切な接種時期について説明できる。
③ 接種可否の判断ができる。 ④接種手技を身につける。

3) 虐待

- ① 虐待や不適切な養育の早期発見につながる所見や徴候について学ぶ。
② 発見後の児童相談所や地域保健福祉センターとの連携について学ぶ。

参照：子どもに関わる他職種のための子ども虐待初期対応ガイド（第2版）

<https://www.jschild.or.jp/archives/1009/>

4) 子育て支援

- ① 育児不安に気付き、支援につなげる方法を知る。
② 子どもの貧困について学び、子どもの成長に及ぼす影響について理解する。

5) 小児医療保険制度

- ① 乳幼児医療など小児保険制度の概略を知る。

6) 事故予防

- ① 年齢別に起こりやすい事故について学ぶ。 ②事故防止のポイントを指導できる。

6) 病診連携

- ① 病診連携について説明できる。

7) アドボカシー

- ① アドボカシーを説明できる。

8) 園医・学校医

- ① 園医・学校医活動を説明できる。 ②保育園健診を指導医とともに行う。

D. 新生児・母子医療保健への対応（母子保健医療プログラム）

1) 新生児の生理を理解する。

- ①正常新生児の出生から生後1ヶ月までの発育を知る。②母乳栄養の利点を説明できる。
③新生児期特有の疾患の病態を理解する。

2) 妊娠期から子育て期にかけて切れ目のない支援について理解する。

- ①産前・産後カンファレンスに参加し特定妊婦などに対する社会資源の活用について学ぶ。
②母子の愛着形成、産後うつについて理解する。

3) 妊婦・授乳婦に対して児への影響を考慮した初期対応ができる。

- ① 急性疾患に罹患した際の隔離や服薬について説明ができる。
②授乳婦に対する適切な授乳指導、服薬指導、予防接種の推奨ができる。

<各部署での学習>

外来

- ・待合室での対応（緊急度、隔離などトリアージ）について理解する。

- ・問診の方法（患児、保護者の話をよく聞く。手際良く、また訴え以外の隠れた情報を聞き出すなど）を習得する。
- ・診察前の患児の不安の解消方法、診察の順序、診察の手技などを習得する。
- ・診察結果・対処方法の説明について習得する。
- ・どのような場合にどのような検査が必要かを理解し、検査の必要性、リスクなどを説明できるようになる。またその結果を適切に説明し理解してもらえるようにする。
- ・処置などに積極的に関わり年齢に応じた対応を理解する。
- ・患児の重症度や緊急性の判断を学び、入院の必要性についての判断ができるようになる。
- ・小児の慢性疾患に対する管理について理解する。
- ・診察終了後の指導（次回受診、生活指導など）。
- ・乳幼児医療など小児に関わる保険診療を理解する。
- ・乳幼児健診（1 か月、4 か月、10 か月、1 歳半健診の見学）
- ・予防接種の見学・実施

救急外来

小児期の疾患の特性は、一般症状を呈する疾患であってもしばしば急速に重篤化し、他方、重篤な疾患であっても一般症状から始まることにある。そのような小児の救急・時間外医療の特性を理解し、重症度に従ってトリアージできることが求められる。また時間外受診した背景や家族の心理を理解する。小児科研修期間中のみならず、2年間の基礎研修期間の当直研修を通して、小児の救急患者に対する初期対応を学び、小児科医、あるいは他科医に適切にコンサルテーションができるようになる。小児 BLS（気道確保、人工呼吸、胸骨圧迫式心マッサージ）の基本を習得する。

病棟

担当医として主治医ともに入院患者の診療にあたる。基本的診療手技（病歴聴取、検査、診断、治療、カルテ記載、退院サマリー記載）、薬物の小児容量・使用法、新生児医療について学ぶ。またチーム医療、安全管理について学ぶ。病棟勉強会の講師を務める。

検査科

小児特有の検査方法などを学ぶ。検査に立ち会い、安全に円滑に行う配慮ができるようになる。

院外活動／院外研修

指導医と共に保育園の定期健診を行う。小児科関連の研究会・学会があれば参加をすすめる。

<週間スケジュール> 研修は5週間。内科一般外来・ER研修を各1単位/週含む。

	月	火	水	木	金	土
午前	外来・病棟	外来・病棟	外来・病棟	外来・病棟	外来・病棟	病棟
午後	外来・病棟	予防接種	健診・予防接種	①③予防接種	①③1 か月健診 13:30 ②④乳児健診 14:00	
夕方		夕方診療	②④医局会議 ①③MC/CPC	夕方診療		

小児プライマリ・ケア研修チェックシート

研修医 _____

指導医 _____

評価は以下のように記載する。

A: たいへんよい B: よい C: やや不十分 D: たいへん不十分 E: 経験する機会がなかった

1. 小児への適切な対応ができる

1) コミュニケーション: 子どもやその家族、医師やスタッフと良好なコミュニケーションが持てる

行動目標	研修開始時の自己評価	中間時の自己評価	終了時の自己評価	終了時の指導医評価
①病歴聴取ができる				
②子どもの年齢・発達段階にあった接し方ができる				
③家族の心配・不安に共感することができる				
④子ども・家族の心理・社会的側面に配慮できる				
⑤子ども・家族にわかりやすい説明に配慮できる				
⑥スタッフと良好なコミュニケーションがとれる				

2) 理学所見: 小児の理学所見がとれる

行動目標	研修開始時の自己評価	中間時の自己評価	終了時の自己評価	終了時の指導医評価
①小児に不安を与えないで理学的所見をとれる				
②“not doing well”がわかる				
③口腔・咽頭の所見が取れる				
④鼓膜所見が取れる				
⑤胸部の所見が取れる				
⑥腹部の所見が取れる				
⑦外陰部・肛門の所見が取れる				
⑧皮膚所見が概略取れる				
⑨小児のバイタルサインの正常値がわかる				

3) 基本的検査法 基本的検査について、正しく指示・実施・解釈できる

行動目標	研修開始時の自己評価	中間時の自己評価	終了時の自己評価	終了時の指導医評価
①小児の検査の適応を考えた指示が出せる				
②小児の特性を考え解釈できる				
③迅速診断ができる				
④尿検査ができる				
⑤採血ができる				

4) 基本的薬剤の使い方 基本的薬剤が正しく処方できる

行動目標	研修開始時の自己評価	中間時の自己評価	終了時の自己評価	終了時の指導医評価
①小児への処方箋が書ける				
②年齢に応じた処方ができる				
③適正な抗菌薬の処方ができる				
④小児の服薬指導ができる				

5) 基本的治療手技(処置)

行動目標	研修開始時の自己評価	中間時の自己評価	終了時の自己評価	終了時の指導医評価
①小児に輸液ができる				
②浣腸・観便ができる				
③吸入療法ができる				
④坐薬を使うことができる				

2. Common diseaseへの初期対応ができる

2-1) 症状に対する対応

1) 発熱

行動目標	研修開始時の自己評価	中間時の自己評価	終了時の自己評価	終了時の指導医評価
①鑑別すべき疾患をあげることができる				
②解熱薬の処方ができる				
③家庭での対処を指導できる				

2) 咳

①鑑別すべき疾患をあげることができる				
②対症療法薬が処方できる				

3) 腹痛

鑑別すべき疾患をあげることができる				
-------------------	--	--	--	--

4) 嘔吐・下痢・脱水

①鑑別すべき疾患をあげることができる				
②家庭での対処を指導できる				
③脱水の程度を評価できる				

5) けいれん

①けいれんに対処できる				
②熱性けいれんと他疾患との鑑別ができる				
③熱性けいれんの説明ができる				

6) 発疹

主な発疹性疾患がわかる				
-------------	--	--	--	--

3. 小児保健への適切な対応ができる

1) 乳幼児健診

行動目標	研修開始時の自己評価	中間時の自己評価	終了時の自己評価	終了時の指導医評価
①乳幼児健診の概要を説明できる				
②母子手帳を理解し活用できる				

2) 予防接種

①安全に接種するための工夫を述べることができる				
②接種可否の判断ができる				
③接種手技を身につける				

3) 子育て支援

①育児不安に対応ができる				
②子どもの虐待の初期対応ができる				

4) 小児医療保険制度

小児医療保険制度の概略を述べるができる				
---------------------	--	--	--	--

5) 事故予防

事故防止のポイントを指導できる				
-----------------	--	--	--	--

6) 病診連携

病診連携について説明できる				
---------------	--	--	--	--

7) アドボカシー

アドボカシーを説明できる				
--------------	--	--	--	--

8) 園医・学校医

園医・学校医活動を説明できる				
----------------	--	--	--	--

プライマリケア外科研修プログラム

2008年4月 千鳥橋病院研修委員会

2011年4月 一部改訂

2020年4月 一部改訂

○研修期間 4週間

○研修目標

一般目標：患者一人一人の人権を守る基本的/総合的な診療能力（主治医能力）を獲得するために、プライマリケアにおいて必要な、整形外科、耳鼻咽喉科・頭頸部外科領域の外来で遭遇する疾患、症候について基本的な医学知識・技能・態度を身につける。

個別目標

◇整形外科領域

1. 整形外科についてのプライマリケア領域で求められる基本的な診察ができる。
2. 基本的手技（骨折整復・牽引・固定）ができる。
3. 経験すべき症候：病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と、病態を考慮した初期対応を行う。
必須項目：熱傷・外傷、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋力低下
4. 整形外科疾患を受け持ち入院患者で自ら経験する。
必須項目：高エネルギー外傷・骨折
そのほか：関節の脱臼、亜脱臼、捻挫、靭帯損傷、骨粗鬆症、脊柱障害（腰椎椎間板ヘルニア）

◇耳鼻咽喉科領域

1. 咽頭、頸部、外耳、中耳についてのプライマリ領域で求められる基本的な診察ができる。
2. 内耳機能の診察、検査の方法と意味を理解している。
3. 耳鼻咽喉科領域の common disease（めまい、扁桃炎、中耳炎など）の初期診断と初期治療ができる。
4. 耳鼻咽喉科専門医にコンサルトすべき病態、その緊急度について認識しており、実際にコンサルトができる。

○研修科およびスケジュール

- ・ 整形外科 2週間 + 耳鼻咽喉科 2週間が基本骨格
- ・ 整形外科：

	月	火	水	木	金	土
早朝		7:30～ 心電図				
午前	整形外科外来	整形外科外来	病棟／オペ	ER	病棟	
午後	病棟	病棟／カンファ	病棟／オペ	病棟	病棟	
夕方		勉強会	②④医局会議 ①③MC/CPC	勉強会		

・耳鼻咽喉科：

	月	火	水	木	金	土
早朝		7:30～ 心電図				
午前	内科外来	耳鼻科外来	耳鼻科外来	耳鼻科外来	耳鼻科外来	
午後	病棟	病棟/オペ	病棟/オペ	病棟/オペ	ER	
夕方		勉強会	②④医局会議 ①③MC/CPC	勉強会		

○研修方略

- ・整形外科：外来にて、初診患者の問診・診察・鑑別、再診患者の診察、各種処置の見学・介助をする。整形手術に入り、見学を行う。指導医の下においてできる手技などについては経験する。
- ・耳鼻咽喉科：外来診療の見学、手術見学、介助
- ・全領域：指導担当医とのディスカッション、ミニレクチャー、症例があれば病歴要約作成

○研修記録と評価

- ・経験した症候、疾患の病歴要約を作成しその内容の評価を行う。
- ・指導医である研修実施責任者からのフィードバックを行う。
- ・EPOC2 を用いて評価入力を行う。

○研修指導体制

- ・常勤医で指導医資格を有する医師が研修実施責任者とする。
プライマリケア外科研修統括指導医：家入雄太

☆その他

- *この期間の ER 研修に関しては指導医・研修医と確認を行い勤務体制を考慮する。

精神科研修プログラム

2009年4月 千鳥橋病院研修委員会

2016年8月 一部改定

2021年4月 一部改定

当院の研修プログラムにおいて精神科研修は菊陽病院と雁の巣病院を協力型研修病院として実施される。詳細は次項の各協力型研修病院プログラムに記載されている。

ここでは当院としての精神科研修プログラムのアウトラインを記す。

- 位置づけ；必修科
- 研修期間；菊陽病院：最低6週間。推奨期間は8週間
雁の巣病院：4週間
- 研修病院；菊陽病院、雁の巣病院
- 研修目標；
 - ①精神障害を有する人の人権について考え、医師が人権を尊重することもできれば、逆に損なう可能性もある存在であることを自覚し、医師として基本的人権を擁護するという立場性を獲得するための一助とする。
 - ②精神科疾患をもつ患者さんの、「身体科での診療」において抵抗感をできるだけ持たず、適切に対応できるようになる。
 - ③精神科疾患を疑うあるいは診療する場合において、必要なコンサルテーションを精神科医にできるようになる。
 - ④プライマリケアの現場で生じる頻度の多い「うつ／気分障害、不眠、せん妄」について初期のスタンダードな対応ができるようになる。
 - ⑤チーム医療についてその理解を深める場とする。
- 研修の中で、「精神科で処方される薬剤の服用継続が困難な事態でどうするか」、「『うつ／気分障害、不眠、せん妄』の評価や治療薬選択・使い方」についてはより意識的に学習の場を設ける。
- 具体的な個別の行動目標やカリキュラムについては各協力型研修病院のプログラムにしたがって研修する。
- 研修医は短期間の研修であるため、一日一日を大切に、より積極性を発揮して研修に臨むこととする。
- 基本的には菊陽病院での研修となるが、ライフスタイル（家庭の事情など）を考慮し雁の巣病院での研修も可能とする。

卒後臨床研修のための精神科初期研修カリキュラム

～2ヶ月コース～

菊陽病院精神科臨床研修委員会

一般目標

身体疾患で治療している患者の10～40%にうつ病などの精神疾患などが合併しており、また向精神薬の全処方件数の30～80%は一般科において処方されていると言われている。医師である以上将来どの科を専攻しようとも精神科的対応を避けることが出来ないのが日本の医療現場の実態である。其れ故今回35年ぶりの卒後臨床研修の見直しにあたり精神科が小児科や産婦人科と同等に必須科目に選ばれたことは至極当然のことである。菊陽病院では、患者さんや家族との良好な関係を樹立し、精神障害に罹患した患者さんを、“全人的”、即ち生物学的視点は勿論のこと、心理的・発達の・社会的視点で捉える為の知識・技能・態度の基本を学ぶことを初期研修の大きな目標と考えている。

研修目標

- 1) 精神科面接の基本（受容的・支持的）を習得し患者—医師の良好な関係を築ける
- 2) 必要十分な病歴（現病歴だけでなく発達の・家族关系的・社会的視点を含めた）の聴取とカルテ記載ができる
- 3) 精神状態の基本的な捉え方と適切な記述ができる
- 4) 精神科症状に対する初期的対応と治療が行える
不眠、譫妄、不安、認知症、興奮、幻覚妄想、自殺念慮などに適切な初期対応を行なえ、必要に応じて精神科専門医にコンサルト出来る
- 5) 精神疾患の **common disease** に対して急性期回復過程を学ぶ
 - A 認知症（脳血管性を含む）・うつ病・統合失調症
 - B ストレス関連疾患・身体表現性疾患
 - C アルコール依存症・症状精神病・不安性障害やその他の疾患
- 6) 向精神薬の基本的使い方（作用・副作用など）を学ぶ
- 7) 精神科特有の治療構造について学ぶ
- 8) 精神科のチーム医療について学ぶ
- 9) 法律・倫理に照らしながら人権に配慮した医療の有り方を学ぶ
精神保健福祉法、医療保険制度、公費医療費負担制度、守秘義務倫理委員会、インフォームドコンセント
- 10) 家族の気持ちに共感し支援できる 家族教室への参加

- 1 1) 地域精神医療について学ぶ デイケア・生活支援センター・グループホーム・訪問看護センターなどの社会復帰施設の見学、自助グループへの参加
- 1 2) 一般科病院における精神医療について学ぶ
心身相関やリエゾンについて

研修方略

- 1) 研修場所 菊陽病院（及び関連施設）
- 2) 研修期間 原則2ヶ月間 希望者に関しては3ヶ月間以上
- 3) 受け入れ可能人数 卒後2年目から 3人/1研修期間×6=18人
- 4) 指導医体制
 - ①指導医 和田 尾上 橋本 兼氏 寺内
 - ②プログラム責任者 和田
- 5) 週間スケジュールの例（シエーマ参照）
- 6) 勉強会 カンファレンス 治療プログラム等など
 - ①医局症例検討会：第3・4月曜日 医局員全員でのカンファレンス。
担当医の症例提示、ライブの患者診察、そしてディスカッションを行う
14:00～15:30
 - ②病棟での主治医毎のカンファレンス（毎週）9:20～9:40
 - ③OT（作業療法）カンファレンス：毎週水曜日 9:15～9:50
 - ④クルズス講義：臨研向けのレクチャー 16項目
 - ⑤臨床研修委員会 毎月第2・4月曜日 16:30～17:00
 - ⑥全職種参加症例検討会 毎月第3水曜日 14:00～16:00
 - ⑦事例検討会（民生員、保健婦、保健所、福祉課、警察などを交えた）
 - ⑧各種家族教室（統合失調症・男性女性アルコール）への参加
 - ⑨アルコール依存症リハビリテーションプログラム
ギャンブル依存症リハビリテーションプログラムへの参加
 - ⑩時間外の院外の精神科関連勉強会・研究会に関してオーベンと一緒に参加
- 7) 担当する症例の種類と数

2ヶ月の研修期間中に3例入院主治医として経験してもらう
第2週目から患者さんを受け持つ

 - A 認知症（脳血管性を含む）・うつ病・統合失調症
 - B ストレス関連疾患・身体表現性疾患
 - C アルコール依存症・症状精神病・不安性障害及びその他の疾患

* Aは主治医としての経験が必須。Aはケースレポートに纏める
* B Cに関しては希望時対応

- 8) 精神科救急：研修開始第3週目から副当直を経験することも可能
また昼間の院内急変に関しても率先駆けつけ救急の技量を磨く努力をする
- 9) 外来研修
- ・ 初診患者の予診聴取・本診への陪席
 - * 第1週目から開始
 - ・ くわみず病院（総合病院）外来及び病棟での研修（陪席）
 - * 研修開始第2週目からスタート
 - ・ (行政絡みの) 事例検討会への参加
 - ・ 保健所・市町村役場の見学
 - ・ 乳幼児健診業務の見学
 - ・ 措置鑑定業務の見学
 - ・ 社会復帰施設の見学
 - 精神科デイケア、生活支援センター、訪問看護ステーション、
 - 精神科グループホーム、福祉ホーム、精神科共同住居、
 - ・ 熊本県精神病院協会 共通プログラムへの参加
 - 国立病院機構菊池病院 熊本県立こころの医療センター
 - 熊本県精神保健福祉センター あかねの里・あかねクリーン見学

精神科講義（クルズス）一覧

- 1) 精神科における主治医とは何か
- 2) 病歴の取り方・表現の仕方・カルテ記載の仕方・予診の取り方
- 3) 精神科看護
- 4) 精神科ソーシャルワーク
- 5) 処方約束事
- 6) 精神科救急
- 7) 向精神薬の使い方
- 8) 統合失調症の診断と治療
- 9) 躁鬱病の診断と治療
- 10) 老年期精神障害の診断と治療
- 11) アルコール依存症の診断と治療
- 12) 精神保健福祉法・精神科医療の歴史
- 13) 脳波の読み方
- 14) 人格障害～境界性など
- 15) PTSD・解離性障害
- 16) 心理テスト・SST・発達心理

精神科初期研修 必読図書

1. 「精神科卒後研修ガイドブック」 (佐藤武等、南光堂)
2. 「アルコール依存症とその予備軍」 (猪野亜朗、永井書店)
3. 「せん妄の治療指針 日本総合病院精神医学会治療指針1」
(薬物療法検討小委員会、星和書店)

精神科初期研修 推薦図書

1. 「研修医のための精神医学入門」 (石井毅、星和書店)
2. 「一般臨床の『心の問題』診療マニュアル」 (福西勇夫、MSDSi)
3. 「ICD-10 精神及び行動の障害」 (WHO、医学書院)
4. 「一般外来における精神症状のみかた」 (浜田晋、医学書院)
5. 「精神分裂病者の入院治療 すべての治療スタッフのために」
(吉松和哉、医学書院)
6. 「入院患者の精神的ケア (全人医療のために)」 (武市昌士、医学書院)
7. 「精神科面接マニュアル」 (張賢徳 監訳、MEDSi)
8. 「新訂 方法としての面接 臨床家のために」 (土井健郎、医学書院)
9. 「追補 精神科診断面接のコツ」 (神田橋條治、岩崎学術出版)
10. 「精神療法面接のコツ」 (神田橋條治、岩崎学術出版)
11. 「ポケット臨床脳波」 (宮坂松衛、日本医事新報社)
12. 「向精神薬治療ガイドラインEBM医薬品・治療ガイドラインシリーズ(5)」
(オーストラリア治療ガイドライン委員会、保団連)
13. 「老年精神医学講座 (総論)」
(日本老年精神医学会編、ワールドプランニング)
14. 「老年精神医学講座 (各論)」
(日本老年精神医学会編、ワールドプランニング)
15. 「老年期精神科の臨床 老いの心への理解とかかわり」
(竹中星郎、岩崎学術出版)
16. 「老いの心の臨床」 (竹中星郎、診療新社)
17. 「うつのセルフコントロール」 (大原健士郎 監訳、創元社)
18. 「統合失調症治療ガイドライン」 (佐藤光源、医学書院)
19. 「最終講義 分裂病私見」 (中井久夫、みずず書房)
20. 「気分障害治療ガイドライン」 (上島国利、医学書院)
21. 「神経症とその周辺」 (黒澤尚也、星和書店)
22. 「パニック障害」 (貝谷久宣編集 不安抑うつ臨床研究会、日本評論社)
23. 「睡眠障害の対応と治療ガイドライン」 (内山真、じほう)

24. 「アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン」
(白倉克之 和田清 樋口進、じほう)
25. 「アルコール性臓器障害と依存症の治療マニュアル」(猪野亜朗、星和書店)
26. 「飲酒問題とその解決」 (インスキー・キム・バーグ他、金剛出版)
27. 「アルコール依存症の精神病理」 (斎藤学、金剛出版)
28. 「内なる子供を癒す」 (斎藤学 監訳、誠信書房)
29. 「アダルトチルドレンと家族 心の中の子どもを癒す」
(斎藤学、学陽書房)
30. 「母子臨床と世代間伝達」 (渡辺久子、金剛出版)
31. 「心の謎を解く 150 のキーワード」 (小林司、講談社)
32. 「心的外傷と回復」 (ジュディス・ハーマン、みすず書房)
33. 「犯罪被害者の心の傷」 (小西聖子、白水社)
34. 「ドメスティック・バイオレンス」 (小西聖子、白水社)
35. 「ライフレッスン」 (キューブラー・ロス、角川書店)

研修評価

1、研修目標に対しての自己評価及び指導医による評価を行う。

5段階評価 (1～5)

* 評価5：研修目標を100%十分に達成している。

評価4：研修目標を75%達成している。

評価3：研修目標を50%達成している。

評価2：研修目標を25%達成している。

評価1：十分な情報がなく評価できない。

- 1) 基本的精神科面接(受容的及び支持的)を習得し患者—医師の良好な関係を築ける。
- 2) 現病歴だけでなく既往歴、家族歴、発達歴、家族関係、社会的視点(職業歴を含めた)を交えた十分な病歴聴取とそのカルテへの記載。
- 3) 精神状態の基本的な捉え方と適切な記述ができる。
- 4) さまざまな精神状態や症状に対する初期的対応と治療、適切な専門医へのコンサルトができる。
- 5) 精神疾患の急性期回復過程を理解している。

①認知症・うつ病・統合失調症

②ストレス関連疾患・身体表現性疾患

③アルコール依存症・症状精神病・不安性障害

- 6) 向精神薬の基本的使い方を理解している。
- 7) 家族の気持ちに共感し支持できる。
- 8) 患者・家族への適切なインフォームドコンセント
- 9) 精神療法の基本を学び、支持的精神療法の実践と他の精神療法についての知識がある。

1 0) 精神科治療構造・精神科チーム医療について理解している。

1 1) 患者さんの人権に配慮した医療の理解ができているか。

精神保健福祉法・公的医療負担制度・障害年金・個人情報保護法

1 2) 地域精神医療についての理解ができているか。

デイケア・生活支援センター・グループホーム・訪問看護センター

1 3) 一般病院での精神医療について理解している。

2、毎週担当オーベンと研修状況をチェックする

(各研修医の研修医ノートを見ながら)

3、月2回精神科臨床研修委員会で評価を行う

- ・所定の用紙に患者紹介・自己評価・感想・研修の希望などを記入して提出する
- ・研修に関与した医師だけでなく他職種も入れて総合的に研修評価を行う。

4、研修期間中に担当した入院患者全例のケースレポート、退院した患者の退院時サ

マリー、外来患者（予診-本診-再診）のケースレポートを提出する。

	8時30分～9時	9時～10時	10時～12時	14時～17時	17時～
月	医局朝の ミーティング	病棟カンファ レンス	病棟患者面接 患者訪問	医局症例検討会 医局会議 臨床研修委員会	
火	医局朝の ミーティング	病棟カンファ レンス	病棟患者面接 患者訪問 女性ALG	病棟患者面接 患者訪問	
水	医局朝の ミーティング	病棟カンファ レンス OTカンファ レンス	病棟患者面接 患者訪問	病棟患者面接 患者訪問 全職種症例検討会 ギャンブルG	
木	医局朝の ミーティング	病棟カンファ レンス	病棟患者面接 患者訪問	病棟患者面接 患者訪問	
金	医局朝の ミーティング	病棟カンファ レンス	病棟患者面接 患者訪問	病棟患者面接 患者訪問 断酒会例会 統合失調症家族 教室	
土	医局朝の ミーティング		女性AL家族教室	男性 AL 家族教室 GA 家族教室 GA 相談会	

雁の巣病院 初期臨床研修プログラム

2020年4月改訂

1. 研修期間 4週間（研修医が希望する場合には2～3ヶ月も可）

* 当院での1ヶ月の研修後、再度の研修を希望される場合にも対応させていただきます。

2. 指導責任者 長沼 英俊

3. 総合目標

精神科臨床に従事することを通して、精神疾患の理解を深め、精神症状を有する患者に対して全人的医療を提供する能力を身につける。

4. 達成目標および研修方法

(1) 基本的な精神疾患および症候についての理解を深め、治療方法を習得する。

統合失調症、気分障害、認知症の3疾患を含む10例程度の患者を主治医とともに担当医として受け持ち、診断および治療、検査に携わり基本的な知識や技能を習得する。統合失調症、気分障害、認知症についてはレポートを作成し、指導医はレポート内容の指導を行う。作成したレポートの1通について、最終火曜日（祝日の場合には前週の火曜日）の症例検討会で発表し討論を行う。

また医局の各医師がテーマを設定してミニレクチャーを行い、精神科診断や疾患治療についての理解を深める。

(2) 精神保健福祉法に基づいた精神医療の実際について理解を深める。

精神科入院の形態とその制約について、実際の入退院手続きを通して理解を深める。入院届や退院届の作成（下書き）も指導の下で行う。また司法精神医学についての概略についても知識を習得する。

(3) 修正型電気けいれん療法の実際を理解し、麻酔管理を実践する。

修正型電気けいれん療法の治療に参加し、修正型電気けいれん療法の実際を理解する。

(4) 精神疾患に対しての心理・社会的支援の在り方を理解し、デイケアなど患者を支える様々な治療手段について理解を深める。病棟での多職種医療についてカンファランスや合同面談にスタッフとして参加する。また退院前訪問への同行やデイケアの見学・参加などを行う。

5. 研修内容

(1) 病棟

指導担当：A1病棟担当医、A2病棟担当医

精神科救急病棟（A1/A2）を主な担当とする。研修開始時点でA1/A2病棟を中心に統合失調症、気分障害、認知症の3例（適切な症例がない場合には他の病棟の症例を用いる）以上を担当医として割り当てる。その後、A1/A2へ入院する患者について入院時から担当する。症例の割り当てはそれぞれの担当医が行う。

- ・ 担当症例については毎日必ず診察し、診察所見をカルテに記載すること。カルテ記載後は指導医へDr報告を送信して、承認を受ける。指導医はできるだけ速やかに研修医のカルテ記載を確認し、承認を行う。
- ・ 担当症例の家族面談、退院前指導などには可能な限り参加すること。
- ・ 病棟のカンファランスに参加すること。担当症例については2週目以降には研修医にも意見・発言を求めることもある。

・病棟担当のスケジュールに従い、隔離・拘束患者の診察に同行し、可能な範囲でカルテ記載を行う。

(2) 外来

指導担当：各担当医ほか

初診患者の予診を行い、その後の本診に陪席して指導を受ける。当院では予診はP S Wが担当しているので、初回はP S Wの予診に同席してその実際を見学すること。2回目以降は研修医が生活歴、現病歴、家族歴などの聞き取れる範囲をまず聴取し、その後にP S Wが情報を補足して予診を終える。

(3) 修正型電気けいれん療法

指導担当：三浦

研修開始時に麻酔および刺激方法に関するマニュアルを配布するので、初回の治療までに内容を熟読しておくこと。

(4) 在宅診療部研修

担当：デイケアはっぴ～ 秋吉

デイケアにスタッフとして参加する。デイケアはっぴ～では可能であれば、生活習慣病などのテーマについて講義を行い、精神疾患を有する患者に対しての疾病教育のあり方などを理解する。

(5) アルコール病棟およびデイケアきららプログラムへの参加

担当：院長（藤崎）

毎週1回のアルコール勉強会および外来デイケアに出席し、アルコール治療プログラムの一部を経験する。

6. 評価

研修終了時に研修医の評価を医療部長および研修する病棟の看護課長（A1 石松課長、A2 田中課長、B3 和田課長）、在宅診療部（秋吉係長）、P S W（神谷医療相談部部長）が行う。

これらの評価と研修医からのプログラム内容および指導医・指導スタッフについての評価をもとに、研修責任者（医局長）が研修医と面談し、責任者評価表を完成させる。また、研修のフィードバックを行う。

本院の研修責任者および当院医局員へも随時フィードバックを行うこととする。

*必要な評価用紙は研修初日に配布するので、研修医が記載責任者に依頼すること。

7. スケジュール

別紙のスケジュールに従う。ただし、アルコール関連のオリエンテーションは別紙を参照のこと。

8. 勤務時間について

1ヶ月間の研修であり、原則としてこの期間中の平日（8：30 から 17：00 まで）はすべて勤務すること。ただしやむを得ない事情がある場合には本院研修担当および当院医局長まで研修開始の早い段階で申し出ること。

やむをえない事情で遅刻する場合に電話にて当直職員等へ連絡のこと。また勤務時間終了前に病院を離れることは厳禁である。

9. その他

カードキーおよび病棟の鍵については患者等の安全確保上きわめて重要であり、紛失等の内容にしっかりと管理し、退勤時には確実に返却すること。

地域医療としての診療所研修プログラム総論

各診療所の特色により研修目標やスケジュールも一定の **variation** が生じることを積極的にとらえることを前提に、共通の目標、方略、評価について以下に整理する。

■各診療所共通の「研修目標」

1. 地域医療/保健/福祉のネットワークを、住民からもっとも近い医療機関である診療所からの視点で学ぶ。
2. 小規模の医療機関のなかで多職種との協働（チーム医療）の大切さとそのために求められる行動、態度を学ぶ。
3. 外来、在宅医療の現場でコモンディージーズの対応（軽症急性期、慢性疾患）と予防医療（健診、予防接種）の実践を学ぶ。

■4～5週間での研修期間で達成してほしいアウトカム(参考)

1. 感冒症状、腹痛、めまいなど頻度の多い急性期症状に対して、軽装備の診療所において、問診、診察およびかざられた医療資源で適切な対応をすることができる。基幹型病院との検査前確率の違いを理解する。
2. 事業所の運営、医療活動をささえる多くの職種を理解し、相手の意見を尊重する、働くなかまとして大切にす、などの態度を身につけ、スムーズに協働できる。
3. 慢性疾患（高血圧、糖尿病、高脂血症など）の外来対応を経験する。この3疾患については長期的な外来管理方針をガイドラインレベルで知っている。
4. 必要時に、適切な診療情報をまとめ、送ることができる。
5. 健診活動を経験する。予防接種について学習し、可能なら実践に参加する。
6. 共同組織活動や患者会活動といった地域住民の健康増進活動に参加し啓蒙活動ができる。

■研修方略

1. 当該診療所での研修についてオリエンテーションを実施する。
千代診療所、城浜診療所、粕屋診療所、大楠診療所、たちばな診療所、須恵診療所、新室見診療所
2. 診療所の外来診療および訪問診療に参加する。サポート体制（事前、現場、振り返りなど）の方法は各診療所にて検討し実施する。
3. 所長あるいは指導担当医に診療内容のチェック、教育指導を受ける。
4. 可能な範囲で診療所の管理運営会議にオブザーバーとして参加する。
5. 予防健診活動、住民啓蒙活動に参加する。
6. 研修記録（原型は千鳥橋病院で準備。診療所固有のものがある場合はそれを使用）を記載する。

■評価

研修記録をもとに指導医、多職種参加での振り返りを行う。頻度は各診療所で決定する。

EPOC2 を用いて評価入力を行う。

※以上の内容を下敷きに各診療所での研修カリキュラムを作成する。

診療所研修を始めるにあたって

氏名 _____

年 月 日

どんな医師になりたいですか

初期2年間の研修で何を学びたいと思いますか

そのために診療所では何を学びたいと思いますか

()診療所

地域医療研修

振り返り/ポートフォリオシート () **診療所** 指導医 ()

研修期間 年 月 日 ~ 月 日

記載日:

研修医氏名:

■今週の振り返り (週目)

良かった、前進したこと	良くなかった、反省
心が動いたこと、そのときの気持ち	次の目標、できたらいいな

担当した外来症例/学び

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)

訪問診療の症例/プロブレムや気づき

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

参加した企画、予防接種や健診の経験など

その他学んだこと、感想など

診療所研修のまとめ

() ヶ月間の研修お疲れ様でした。この() 診療所での研修が今後の医師人生の中で少しでも役に立てることができたらなあと思っています。

この() ヶ月をふりかえってみてどうでしたか。

最初の目標に近づくことはできましたか。

今後の研修で学びたいことは何ですか。

今回の診療所研修で改善すべき点があれば何でもお願いします。

麻酔科研修プログラム

2006年4月 千鳥橋病院研修委員会

2011年4月 一部改定

2016年9月 一部改定

2021年4月 一部改定

<麻酔科研修目標ならびに方略>

A: 初期研修の救急(ER)ローテーション2か月期間のうち、1週間が麻酔研修に割り当てられている。ER研修の一環として、次の事項を経験・学習することを目標としている。

①尿道留置カテーテル挿入（男および女）

ERでは患者意識があり、挿入が困難なこともあるので、麻酔導入後執刀前に経験する。

②鎮静鎮痛薬投与

呼吸停止や循環障害に対処できる状況である麻酔時に薬理作用や投与方法などを学ぶ。

③昇圧薬投与

鎮静鎮痛の副作用としての低血圧や種々の場面での低血圧に対処できるように、薬理作用や投与方法などを学ぶ。

④人工呼吸に関する知識、操作

麻酔器に附属したベンチレーターで人工呼吸の基礎を経験し、設定方法や合併症について学ぶ。

⑤気管挿管手技

喉頭鏡による通常の方法で気管挿管手技を経験する。外科系各科ローテーション時に再度経験するので、必ずしも経験しなくても問題はない。

⑥カテーテル類挿入

末梢静脈留置カテーテル、観血的血圧測定用動脈カテーテル、中心静脈カテーテルなど、症例に応じて経験し、手技と合併症について学ぶ。

⑦呼吸と循環の基礎知識を学び、バイタルサイン変化に対する対処を学ぶ。

⑧腰椎穿刺

脊髄クモ膜下麻酔として、禁忌・手技や合併症を学ぶ。

B: 初期研修医のローテーションと重複しない時期に、研修希望者を受け入れている。

①A項目の復習と強化を行い、ある程度独りで判断および対処できるレベルを目指す。

②症例があれば、ICUで外科術後呼吸管理を行う。

③重要臓器保護管理について、呼吸と循環を関連させながら学ぶ。

④通常的气管挿管手技以外の方法、挿管困難時の対処方法、気道管理方法などを体験する。

⑤中心静脈カテーテル、動脈カテーテルなどの手技を独りでできるようにする。

⑥超音波下ブロックを行うことにより、超音波下での穿刺針コントロール方法を学ぶ。

⑦ICU・ER・OP室での患者監視装置、加温装置、冷却装置、心拍出量測定装置などの医療機器や人工鼻、閉鎖式気管内吸引装置など医療材料について学ぶ。

⑧ICU患者管理に必要となってくる鎮静薬、麻薬、筋弛緩薬について、合併症、対処方法、定期指示などについて学ぶ。

<指導体制>

研修実施責任者：麻酔科科長 廣瀬嘉明

研修指導医：安岡栄美

<研修医評価>

ローテート終了時に EPOC2 を用いて評価入力を行う。

耳鼻咽喉科・頭頸部外科研修プログラム（1ヶ月間標準）

➤ 研修プログラムの位置づけ

選択研修科目であり、希望者を受け入れる。

➤ 研修目標

1. 耳鼻咽喉科・頭頸部外科領域の common disease の診断と治療を学び、内科外来や ER でしばしば遭遇するめまい、扁桃炎、中耳炎などを適切に診療できるようになる。
2. 耳鼻咽喉科・頭頸部外科の手術を見学し、縫合などのトレーニングも合わせて実施する。

➤ 1か月間の研修で期待される具体的アウトカム

1. 咽頭、頸部、外耳、中耳についてのプライマリ領域で求められる基本的な診察ができる。
2. 内耳機能の診察、検査の方法と意味を理解している。
3. 耳鼻咽喉科・頭頸部外科領域の common disease（めまい、扁桃炎、中耳炎など）の初期診断と初期治療ができる。
4. 耳鼻咽喉科専門医にコンサルトすべき病態、その緊急度について認識しており、実際にコンサルトができる。

➤ 研修方略

- ・ 外来診療の見学、介助
- ・ 手術見学、介助
- ・ 症例レポートの作成と指導医による指導

➤ 指導体制

- ・ 耳鼻咽喉科・頭頸部外科科長が研修実施責任者で指導担当医

➤ 振り返り、研修評価

- ・ 終了時に共通の振り返りシート（研修記録用紙）を使って、研修実施責任者からのフィードバックを行う。
- ・ ロータート終了時に EPOC2 を用いて評価入力を行う。

➤ 標準的スケジュール

	月	火	水	木	金	土
早朝		7:30～ 心電図				
午前	内科外来	耳鼻科外来	耳鼻科外来	耳鼻科外来	耳鼻科外来	
午後	病棟	病棟/オペ	病棟/オペ	病棟/オペ	ER	
夕方		勉強会	②④医局会議 ①③MC/CPC	勉強会		

検査科研修プログラム（2～4 週間）

2010 年 6 月策定

➤ **研修プログラムの位置づけ**

選択研修科目であり、希望者を受け入れる。

➤ **研修目標**

1. 臨床検査の適応、実施、結果評価、実際の診療への活用について習熟する。

➤ **2～4 週間の研修で期待される具体的アウトカム**

***注意；研修者の到達に合わせて以下の分野から選択して組み合わせるため、ここに記載されるすべてが達成されることを想定していない。**

1. 生理機能検査；腹部エコー、心エコー、肺機能検査、負荷心電図について、その適応、診療への適応を理解している。腹部エコー、心エコーは基本操作を自分で実施し、結果を専門医とディスカッションできるようになる。
2. 細菌学的検査；グラム染色を自分で実施し、その結果を解釈できるようになる。
3. 血液検体検査；血液塗抹標本を作製し、目視鏡検できるようになる。血液交差試験をスムーズに実施できるようになる。

4. 放射線科；胸腹部を中心に全身の CT、MRI 検査の適応、読影の基本手順を身につけ、読影結果について専門医とディスカッションできるようになる。

➤ **研修方略**

研修者のニーズ、到達に合わせて研修スケジュールを組み、各部門で指導者について研修を行う。

➤ **指導体制**

- ・ 研修実施責任者／指導者を一人おく。プログラム責任者である角銅医師。
- ・ 指導者；検査科長、放射線技師長、生理機能検査技師、放射線科医、心エコー担当。

➤ **振り返り、研修評価**

- ・ 終了時に指導者と研修実施責任者のもとで研修のまとめを行う。
- ・ 腹部エコーについては腹部エコー研修チェックリストに従って評価を行う。
- ・ ロータート終了時に EPOC2 を用いて評価入力を行う。

➤ **標準的スケジュール**

	月	火	水	木	金	土
早朝		7:30～ 心電図				
午前	内科外来	生理機能	放射線科	放射線科	生理機能	
午後	検体検査 /細菌室	検体検査 /細菌室	ER	検体検査 /細菌室	放射線科	
夕方		勉強会	②④医局会議 ①③MC/CPC	勉強会		

CPC 研修プログラム

千鳥橋病院研修委員会、病理科

■学習目標

1. 必須事項；CPC レポートを作成することを通じて臨床における病理診断の重要性、意義について理解する。
2. 条件があれば到達を目指すべき事項；臨終後に家族に病理解剖の意義と法的事項について説明し、承諾を得ることを目指すことができる。

■ 学習方略

- ・ CPC レポートを作成するケースは以下のいずれかに該当するケースの中から選ぶ。
- ・ ①自分が担当し、臨終を迎えた患者で、病理解剖の許可を得られたケース。
- ・ ②生前に担当をしていないが病理解剖の助手として参加したケース。
- ・ ③病院 CPC の記録係を務めたケース。
- ・ いずれのケースでも可とするが、①あるいは②のケースが病院 CPC にならなかった場合は、病理担当医にお願いし、症例検討会（教育 CPC）を個別に開催し、臨床医、病理医、研修医の参加で検討し、その結果をもとにレポートを作成する。
- ・ CPC レポートの形式は別途指定する。

■ 評価

- ・ 評価は臨床指導医と病理医によりレポートの評価が行われ、両者からレポートとして承認されればクリアしたものとする。

■ CPC 運営について

- ・ 医局 CPC は医局の担当委員会（2022 年現在は MC 委員会）と病理科により日程、内容を決定する。そのケースで CPC レポートを作成する研修医は、事前に臨床経過を把握し、臨床上の疑問点、病理への希望を箇条書きにして提出する。当日は記録係をしつつ、議論に参加する。臨床経過プレゼンテーションは、主治医あるいは担当医が行う。主治医あるいは担当医の指導のもと研修医が行うことも可能。その研修医が実際の症例の担当医である場合は、記録係は別の研修医が担う。
- ・ 教育 CPC は、臨床主治医、担当医、レポート作成する研修医、病理科医の出席で開催。研修担当事務局が会場の手配、事務的準備を行う。研修医の役割りは医局 CPC と同じ。

事跡；2008 年 9 月 12 日 病理科に案として提出

同月 確認

C P C (臨床病理検討会) レポート

提出年月日 _____

研修医氏名 _____ 印

研修施設名：千鳥橋病院

病理解剖施行日 _____

病理解剖番号 _____

当該診療科 _____

臨床指導医 _____ 印

病理指導医 _____ 印

研修責任者 _____ 印

CPCレポート

研修医氏名 _____

研修病院・研修診療科 _____ .

剖検番号 _____

患者： _____ 歳、 _____ 男・女

死亡年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

剖検年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

CPC開催日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 臨床経過及び検査所見（簡潔に）

* 診断画像（CTやMRIなど）や検査データの推移表、臨床経過表を入れるのが望ましい。

【臨床経過】

2. 臨床診断（簡潔に）

#1
#2
#3
#4

3. 臨床上の問題点（病理解剖により明らかにしたい点）（簡潔に）

#1
#2
#3

4. 病理解剖所見（肉眼所見と病理組織学的所見）（簡潔に）

5. 病理解剖学的診断

6. CPCにおける討議のまとめ（簡潔に）

7. 症例のまとめの考察（簡潔に）

*病理解剖により臨床上の問題点がどの程度明らかになったか、あるいは病理解剖により初めて明らかになったことを中心に記載する。

8. 評価表

(1) 臨床指導医による評価

(病理解剖に関する手続きの理解、遺族への説明、臨床経過の理解と問題点の提示などの側面から評価する)

--

臨床指導医 _____

(2) 病理指導医による評価

(CPC レポートの内容の評価など)

--

病理指導医 _____

注

臨床経過等の記述には個人情報保護のため、以下の点を注意し記載すること

1. 患者の氏名、イニシャル、雅号は記載しない。
2. 患者の人種、国籍、出身地、現住所、職業歴、既往歴、家族歴、宗教歴、生活習慣、嗜好は、報告対象疾患との関連が薄い場合は記載しない。
3. 日付は記載せず、第一病日、3年後、10日前といった記述法とする。
4. 診療科名は省略するか、大まかな記述法とする。(たとえば第一内科を内科)
5. すでに前医がある場合、病院名や所在地は記載しない。
6. 症例を特定できる生検、画像情報の中に含まれる番号などは記載しない。

一般外来研修プログラム

2010年4月 千鳥橋病院研修委員会改訂
2020年12月 千鳥橋病院研修委員会改訂

<外来研修の学習目標>

外来診療における基本的診療能力を身につけ、一定の相談ができる環境のもとでなら、地域の第一線の病院での一般的な外来診療を担うことができる。

<研修終了時の期待されるアウトカム>

- ① 急性症状を主訴に受診した外来患者の初期対応を行う。
- ② 慢性疾患（高血圧、高脂血症、軽症糖尿病など）の継続診療を経験し、標準的診療内容の情報を収集する手段を知っている。
- ③ 悪性疾患の早期発見への意識を持って診療している。
- ④ 特殊な場合を除いて、外来患者、家族と良好なコミュニケーション、信頼関係の構築をはかることができる。
- ⑤ 必要に応じて、患者さんを社会的心理的背景、生活と労働の実態から把握し、配慮している。
- ⑥ 専門外来への紹介、コンサルテーション、適切な内容の診療情報提供がされている。
- ⑦ 必要な書類を遅滞なく作成する。
- ⑧ スタッフとの協力関係が良好であり、診療開始時間や診療上のルールを守っている。
- ⑨ 個々の患者さんの診療時間配分を考え、めりはりのきいた診療をしている。

<方法>

- 並行研修として、内科研修（2年次）、外科研修、小児科研修、地域医療研修中に一般外来の研修を実施する。
- ブロック研修として2週間（2年次）の一般外来研修を実施する。
- 4週間（半日1コマとしてカウントし40コマ）以上の必修期間を満たすよう、実施記録表にて記録を行う。
- 患者1～2人／半日から開始し、力量に合わせて対応する。
- 担当する患者は外来看護により振り分けられる。（文末に＊留意事項あり）
- 開始前にレクチャー／ガイダンス。看護師によるガイダンス。約1ヶ月（2～4回）の外来見学。
- 指導担当医による全例のカルテチェック、振り返りを当日に受ける。

<主な対象症例>

- ①入院中主治医であった症例（指導医と相談して選択）
- ②初診患者（急性疾患、慢性疾患ともに担当）
 - ・検査結果説明や経過観察のため、できるだけ自分の次回外来を予約・案内する。そこで判断して必要なら専門外来へ紹介する。
 - ・高血圧や高脂血症、軽症糖尿病は慢性疾患として自ら管理する（指導医への相談を前提）。
- ③外来主治医が決まっていない慢性疾患症例 など

<指導体制>

指導医を必ず配置する。

看護師としての指導担当は外来看護師長あるいは看護師長に依頼された看護師が担当する。

<評価>

- 指導医による形成的評価＋2年終了前に総括的評価
- 多職種懇談会で評価を行なう。
- mini CEXを用いた評価表で、1ヶ月終了時点で、指導担当医と外来看護から評価を受ける。

<研修施設>

千鳥橋病院・千代診療所・地域医療研修各施設

*留意事項；外来看護部での患者振り分けについて

- ・紹介状等を持参し専門科の診察が望ましい場合は予約外来へ回す。
- ・外来でよく知られている、いわゆる「対応の難しい患者」は研修医外来には回さない。
- ・感冒症状の患者ばかりを診療した、というようにならないよう、配慮する。
- ・医学的に研修医では対応が難しいだろうと思われた場合は看護師の判断で他の担当医に振り分ける。
- ・振り分け方で困難や疑問を感じた場合は、看護師長から研修委員会事務局に相談をよせていただく。

mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) 短縮版臨床評価表

評価法：mini-CEX【診察】

評価日：_____年_____月_____日

研修医：_____

診療科：_____

診療の場：外来

患者ID：_____

症例の概要（ケースの複雑さ）：易・普通・難 ←いずれかに○

	臨床研修 の開始時 点で期待 される レベル	臨床研修 の中間時 点で期待 される レベル	臨床研修 の終了時 点で期待 される レベル	上級医と して期待 される レベル	観察機会 なし
	1	2	3	4	5
1. 病歴(病状の把握)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 身体診察	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. コミュニケーション能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 臨床判断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. プロフェッショナリズム（患者の尊重、 自己の限界や法的問題への気づき）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. マネジメント（治療）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 概略評価(時間がかかりすぎていない か、このケースを単独で診療できるか)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
良かった点 (評価者が記入)					
改善すべき点 (評価者が記入)					
観察者と合意した学習課題 (研修医が記入)					

観察者所属：_____ 氏名_____ 研修医サイン_____

Mini-CEX 評価者へ

【説明】

Mini-CEX は、研修医の診察技能評価のための簡単な評価表として、欧米の卒後医学教育で使用されています。

Mini-CEX では、臨床的な設定(入院病棟、外来、当直、救急など)において、研修医が患者と関わる様子を15～20分間観察します。

【評価の実際】

1. 外来診察室の後ろのバックヤードから研修医の診療をあまり目立たないように配慮しながらできるだけ研修医と患者の両方を観察してください。バックヤードからですので、あえて患者さんにはことわらないで行ってください。研修医が自分の判断で患者に説明したことに重大な誤りがあるときを除いて、基本的には評価者は研修医の診察に口を挟みません。
2. 1症例につき1枚、Mini-CEX 評価用紙を記入してください。評価の基準は別紙にありますので、必ず事前に目を通して参考にしてください。医師の評価者は2例、看護師の評価者は1例、評価をお願いします。1から5まで点をつけますが、2点以下は研修医が標準に達するような改善が必要であることを意味します。
3. 評価終了後は評価用紙をその日のうちに事務局に提出して下さい。本人に後ほどコピーを渡します。診療中ですので、研修医への直接のフィードバックは予定していません。直接話したほうが良いと思われる場合、その旨を事務局に伝え、時間の設定を依頼するか、あるいは直接後日行ってください。
4. サインを忘れないようにしてください。

【評価の基準】

まず、評価者から見たそのケースの難易度を記入してください。以下、評価のポイントです。

1. 病歴(病状の把握)	現病歴で聞くべきこと(症状の部位・性状・程度・経過・状況・増悪寛解因子・随伴症状・患者の対応)を聞いている。最小限聞くべき他の項目(既往歴・アレルギー・内服薬・女性の月経と妊娠)を聞いている。状況が許せば聞くべき他の項目(生活状況・家族状況・嗜好など)を聞いている。正確で十分な情報を得ている。必要に応じて、患者の解釈モデルや心理社会面についても情報を引き出し、必要な範囲で病(やまい)体験と受診動機を明らかにできている。患者の理解度を確認している。
2. 身体診察	どんな状況でも診察することが望ましい項目をチェックしている。鑑別診断を立てるために行うべき診察を行っている。患者に何をするかを説明し、プライバシーに配慮し、不快感や遠慮に配慮している。
3. コミュニケーション能力	きちんと挨拶をしている。患者が話しやすいように聞いている。視線や表情や姿勢などの非言語コミュニケーションで不快感を与えていない。
4. 臨床判断	必要な診断的検査を適切に選択し、指示・実施している。患者にとっての利益とコスト・リスクを考慮している。可能性の高い疾患、見落としはけない疾患を考えている。
5. プロフェッショナリズム(患者の尊重、自己の限界や法的問題への気づき)	患者に対して敬意、思いやり、共感を示し、信頼関係を形成している。患者の不快感、遠慮、守秘義務、個人情報につき注意を払っている。自分できないこと、わからないことを適切に調べたり、他のスタッフに相談している。
6. マネジメント(治療)	適切な治療方法を選んでいる。アセスメントとプランを患者が納得いくように説明している。患者が何に注意したらいいか、次にどういう行動をとったらいいか(次回受診日など)を説明している。
7. 概略評価(時間がかかりすぎでないか、このケースを単独で診療できるか)	優先順序を適切につけている。タイミングがよい。無駄が少なく迅速である。患者も評価者も納得でき、有効な判断をしている。観察者がいなくてもこの患者を一人で診療できる。

一般外来研修の実施記録表

研修医氏名： _____

研修施設： _____

研修日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

研修日数： _____ 日

※必修 40 コマ (半日=1 コマ)

№	日付	来院	患者 ID	年齢	性別	担当外来	主訴	診断名
1	/	午前・午後	初診・再診			内科・外科・小児科		
2	/	午前・午後	初診・再診			内科・外科・小児科		
3	/	午前・午後	初診・再診			内科・外科・小児科		
4	/	午前・午後	初診・再診			内科・外科・小児科		
5	/	午前・午後	初診・再診			内科・外科・小児科		
6	/	午前・午後	初診・再診			内科・外科・小児科		
7	/	午前・午後	初診・再診			内科・外科・小児科		
8	/	午前・午後	初診・再診			内科・外科・小児科		
9	/	午前・午後	初診・再診			内科・外科・小児科		
10	/	午前・午後	初診・再診			内科・外科・小児科		
11	/	午前・午後	初診・再診			内科・外科・小児科		
12	/	午前・午後	初診・再診			内科・外科・小児科		

学んだこと できたこと	
課 題	
エピソード等	
指導医からの コメント	

サイン： _____

在宅研修プログラム

2008年9月1日 研修委員会
2008年9月24日 指導医会
2010年9月一部改定 研修委員会
2021年5月一部改定 研修委員会
2021年5月7日 指導医会

- ◆ 位置づけ；日本の医療の方向性の中で、高齢者の増加、在宅診療の需要の増大はすでに厚生労働省も指摘している。当院では、在宅で診療するための基礎的な力量は医師の基本的力量のひとつであると位置づけ初期研修のなかに取り入れてきた。今回教育プログラムとして整備を行う。
- ◆ 学習目標（6ヶ月終了時アウトカム）
 - ・ 高齢者の ADL、IADL を在宅の環境の中で評価できる。
 - ・ 在宅診療で生じるよくある医学的問題（；具体的には、発熱、食思不振、皮膚疾患など）への対応ができ、また急性疾患において入院治療の適応がわかる。
 - ・ 本人、家族への必要な療養指導ができる。
 - ・ 家族のかかえる問題を意識し、アプローチすることができる。（介護疲れ、経済的問題など）
 - ・ 個々の患者、家族の死生観を理解し、急変時の対応に関する意思表示を本人ができないときの代弁者たることができる。
 - ・ 介護保険の概要を理解し、医師としての役割を果たすことができる。
- ◆ 学習方略
 - ・ 実際に在宅診療に携わることで学ぶ **on the job training** である。
 - ・ 研修期間は原則 6 ヶ月。延長を希望する場合は調整を試みるが、必ずできるとは限らない。
 - ・ 最初の 3 回は指導医に同行して初期導入カリキュラムを行う。
 - ・ 4 回目以降は、新患は指導医の見守りのもとで診療を主体的に行い、また、新患でなくとも状況がゆるされるケースでは、診療の主体を担い、指導医は見守りとする。（4 回目～6 回目の 3 回を指導医見守りのもとで診療を行う）
 - ・ 指導医との相談のうえ 3 ヶ月終了後（おおよそ 7 回目以降）は携帯電話でのコンサルトつきで単独往診（ナースと一緒に）を行うことも可能。
- ◆ 評価
 - ・ 初期導入カリキュラム終了時にプロダクトの評価を指導医と看護師が行う。
 - ・ ケースの振り返りは毎週指導医と行う。
 - ・ 3 ヶ月終了時に、看護師と医師（できれば指導医以外の医師）による miniCEX を実施。さらに学習目標に照らして看護、医師との評価ミーティングを行う。6 ヶ月終了時は患者家族からのフィードバックを含めて評価ミーティングを行う。
- ◆ 初期導入プログラム
 - ・ 最初の 3～4 回、指導医の往診に同行して以下の点を学習し、指定されたプロダクトを作成する。
 - ・ 学習のポイント；訪問診療のマナー、患者本人の ADL,IADL の把握の方法、診療の手順（問診、診察、処置、処方）、介護保険の利用状況の把握。
 - ・ プロダクト；①指導医の診療態度で学ぶべきところは何か。②ADL、IADL、社会資源の利用状況などを含めた CGA 評価票の記入（指定された患者数人）③往診同行で遭遇した問題とそこで行われた対処法についてのミニレポート。
 - ・ プロダクトをもとに指導医、看護師と初期導入の振り返りを行う。

在宅研修導入期用 CGA 評価票

評価票作成日： 年 月 日

患者氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別： 男性 ・ 女性

評価者氏名 _____

1. ADL

※該当する項目に○でチェックを行う

項目	該当事項				
①Dressing(着替え)	自立	一部介助	全介助		
②Eating(食事)	自立	一部介助	全介助	経管栄養	
③Ambulating(移動・歩行)					
a.歩行の程度	自立	杖	つたわり	介助	不可
b.装具	あり	なし			
c.車椅子使用	あり	なし			
d.ベッド上	起上り可	寝返り可	寝返り介助		
④Toileting(排泄)	自立	一部介助	全介助		
a.失禁	あり	なし			
b.オムツ使用	あり	なし			
⑤Hygiene(衛生)					
a.洗面・整容	自立	一部介助	全介助		
b.入浴	自立	一部介助	全介助		

2. IADL

項目	該当事項	
①Shpping(買い物)	する	しない
②Housework(掃除などの家事労働)	する	しない
③Accounting(金銭管理)	する	しない
④Food preparation(炊事)	する	しない
⑤Transport(乗物を利用した外出)	する	しない
⑥Telephone (電話を使う)	する	しない

3. 認知障害

①認知障害	ある	なし
a.ある場合の程度		

4. 社会的支援

①同居者_____ 主介護者_____

②介護保険；介護認定_____

利用しているサービスの内容

③介護保険以外の社会的支援（例：持ち出しのサポート、ボランティア、知人の援助など）

④社会的支援を受けるための月額費用

5. 評価者によるそのほかの気づき

■指導医の診療態度から学ぶところ

■訪問診療時に臨時に対応が必要だった問題とその対処内容

《臨時に対応が必要だと思った問題》

《対処内容》

さま ご家族様

千鳥橋病院 研修委員会
千代診療所 訪問診療科

日ごろ、千鳥橋病院を訪問診療でご利用いただき、ありがとうございます。現在、_____医師が訪問診療（往診）を担当させていただいておりますが、まだまだ医師としての修業もこれから多く積んでいく前途ある青年医師でございます。千鳥橋病院は、医師の研修病院として厚生労働省の指定を受けており、その教育の中で、往診も、若い医師にとって適切にできるようになるべきものと位置づけております。千鳥橋病院としては、_____医師の往診業務に対して、十分な手順を踏んで、診療担当としたつもりですが、いろいろお気づきの点があるかもしれません。そこで、以下のようなご家族へのアンケートにご協力いただきたく、お願いする次第です。よろしくお願いいたします。

1. 診療態度・マナーについて

不快である ・ やや問題を感じる ・ 特に問題ない ・ とてもいい
具体的なコメントがありましたらお願いします。

()

2. ご本人、あるいはご家族の話をきちんと聞きましたか

聞かなかった ・ もう少し努力してほしい ・ 特に問題ない ・ とてもいい
具体的なコメントがありましたらお願いします。

()

3. 診療内容や病状説明についてはいかがでしたか

まったく不十分である ・ もうすこし努力してほしい ・ 特に問題ない ・ とてもいい
具体的なコメントがありましたらお願いします。

()

4. 若い医師で不安を与えたでしょうか

とても不安 ・ 少し不安 ・ とくに不安なし
具体的なコメントがありましたらお願いします。

()

なにか _____医師や _____医師、あるいは千鳥橋病院にアドバイスやご意見などありましたら、お書きください。

()

ご協力ありがとうございました。

mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) 短縮版臨床評価表

評価法：mini-CEX【診察】

評価日：_____年_____月_____日

研修医：_____

診療科：_____

診療の場：在宅

患者ID：_____

症例の概要（ケースの複雑さ）：易・普通・難 ←いずれかに○

	臨床研修 の開始時 点で期待 される レベル	臨床研修 の中間時 点で期待 される レベル	臨床研修 の終了時 点で期待 される レベル	上級医と して期待 される レベル	観察機会 なし
	1	2	3	4	5
1. 病歴(病状の把握)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 身体診察	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. コミュニケーション能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 臨床判断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. プロフェッショナリズム (患者の尊重、 自己の限界や法的問題への気づき)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. マネジメント (治療)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 概略評価(時間がかかりすぎていない か、このケースを単独で診療できるか)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
良かった点 (評価者が記入)					
改善すべき点 (評価者が記入)					
観察者と合意した学習課題 (研修医が記入)					

観察者所属：_____ 氏名_____ 研修医サイン_____

Mini-CEX 評価者へ

【説明】

Mini-CEX は、研修医の診察技能評価のための簡単な評価表として、欧米の卒後医学教育で使用されています。

Mini-CEX では、臨床的な設定(入院病棟、外来、当直、救急など)において、研修医が患者と関わる様子を15～20分間観察します。

【評価の実際】

1. 外来診察室の後ろのバックヤードから研修医の診療をあまり目立たないように配慮しながらできるだけ研修医と患者の両方を観察してください。バックヤードからですので、あえて患者さんにはことわらないで行ってください。研修医が自分の判断で患者に説明したことに重大な誤りがあるときを除いて、基本的には評価者は研修医の診察に口を挟みません。
2. 1症例につき1枚、Mini-CEX 評価用紙を記入してください。評価の基準は別紙にありますので、必ず事前に目を通して参考にしてください。医師の評価者は2例、看護師の評価者は1例、評価をお願いします。1から5まで点をつけますが、2点以下は研修医が標準に達するような改善が必要であることを意味します。
3. 評価終了後は評価用紙をその日のうちに事務局に提出して下さい。本人に後ほどコピーを渡します。診療中ですので、研修医への直接のフィードバックは予定していません。直接話したほうが良いと思われる場合、その旨を事務局に伝え、時間の設定を依頼するか、あるいは直接後日行ってください。
4. サインを忘れないようにしてください。

【評価の基準】

まず、評価者から見たそのケースの難易度を記入してください。以下、評価のポイントです。

1. 病歴(病状の把握)	現病歴で聞くべきこと(症状の部位・性状・程度・経過・状況・増悪寛解因子・随伴症状・患者の対応)を聞いている。最小限聞くべき他の項目(既往歴・アレルギー・内服薬・女性の月経と妊娠)を聞いている。状況が許せば聞くべき他の項目(生活状況・家族状況・嗜好など)を聞いている。正確で十分な情報を得ている。必要に応じて、患者の解釈モデルや心理社会面についても情報を引き出し、必要な範囲で病(やまい)体験と受診動機を明らかにできている。患者の理解度を確認している。
2. 身体診察	どんな状況でも診察することが望ましい項目をチェックしている。鑑別診断を立てるために行うべき診察を行っている。患者に何をするかを説明し、プライバシーに配慮し、不快感や遠慮に配慮している。
3. コミュニケーション能力	きちんと挨拶をしている。患者が話しやすいように聞いている。視線や表情や姿勢などの非言語コミュニケーションで不快感を与えていない。
4. 臨床判断	必要な診断的検査を適切に選択し、指示・実施している。患者にとっての利益とコスト・リスクを考慮している。可能性の高い疾患、見落としはけない疾患を考えている。
5. プロフェッショナリズム(患者の尊重、自己の限界や法的問題への気づき)	患者に対して敬意、思いやり、共感を示し、信頼関係を形成している。患者の不快感、遠慮、守秘義務、個人情報につき注意を払っている。自分できないこと、わからないことを適切に調べたり、他のスタッフに相談している。
6. マネジメント(治療)	適切な治療方法を選んでいる。アセスメントとプランを患者が納得いくように説明している。患者が何に注意したらいいか、次にどういう行動をとったらいいか(次回受診日など)を説明している。
7. 概略評価(時間がかかりすぎでないか、このケースを単独で診療できるか)	優先順序を適切につけている。タイミングがよい。無駄が少なく迅速である。患者も評価者も納得でき、有効な判断をしている。観察者がいなくてもこの患者を一人で診療できる。

ヘルスプロモーション研修プログラム

2009年4月 千鳥橋病院研修委員会

2011年4月 一部改訂

○本プログラムの趣旨と目的

「地域医療を志向する医師を育てる」という当院の研修理念を現実化するために、本プログラムが存在する。Health promoting hospital としての当院の使命もこのプログラムに合致している。コアカリキュラムの中の一つに位置付けられるが、当院の研修においてはそのフィールドとして、病棟、外来、救急外来、在宅医療、地域社会と5つをセッティングしており、本プログラムはその地域社会での研修をプログラムしたものという重要な位置づけである。

○研修目標

1. 地域住民とふれあい、コミュニケーションをとり、住民の目線で地域における健康問題を把握する。
2. 地域住民に対する健康増進活動を実施、経験し、ヘルスプロモーションについて学習する。
3. 健診予防活動に参加し、予防医学の視点を学ぶ。

○研修方略

1. 健康友の会の固定の班活動や近隣マンションで行われている「地域の保健室」に参加し、活動を通じて地域の健康問題の把握、健康増進活動を行う。健康講話、活動報告まとめ。
2. 地域診断フィールドワーク、ホームヘルパー研修などを通じた地域社会の学習。(コアカリキュラムに具体的な方略は記載されている)
3. 職域健診に参加する。事前学習、健診活動、結果説明会、保健指導実施。

○研修評価

1. 班会活動のまとめを研修修了式に合わせて実施し、その内容を確認、地域の住民からのフィードバックを受ける。
2. 地域診断フィールドワーク、ホームヘルパー研修はコアカリキュラム参照。
3. 健診活動について、産業医からのフィードバックを行う。

以上

千鳥橋病院初期研修における診療行為の範囲に関する基準

2011年3月 千鳥橋病院 研修委員会

基準の構成と運用上の留意点

- ・ 主な診療行為を3段階のレベルで分類。
- ・ レベルは1. 研修医が単独で実施してよい、2. 指導医に事前の相談と承認が必要、3. 指導医の立会いが必要、の3段階。
- ・ 原則として研修医が行うあらゆる診療行為は指導医がチェックを行う。
- ・ 緊急時、当直時は緊急性を考え、事後承認などの弾力的運用も許される。(救急認定レジデント制度における基準を遵守)
- ・ 一定以上侵襲的な診療行為は別に研修カリキュラムがあり、そこで指定された、診療行為の指定レベルに準拠する。
- ・ 各診療科のローテートでも、本基準を上方修正して適応することはあっても、下方修正(特定の診療行為をより指導医の関与が薄いレベルに指定する)してはならない。

研修医の医療行為に関する基準/レベル分類

レベル1. 研修医が単独で行ってよい医療行為

- ・ 初回実施時は指導医の指導やレクチャーを経ていること。
- ・ 困難を感じる場合は指導医に相談する。
- ・ 病院オリエンテーション終了時に実施可能なレベルに到達している必要があるが、その後も研修を通じて質を向上させる。

レベル2. 指導医への相談、承認が必要な医療行為

- ・ 損傷の発生率が低い処置、処方。
- ・ 指導医により実施が適切かどうか、可能かどうかを判断されなければならない。
- ・ その行為に不安がある場合や経験が浅い場合、指導医の立会いを求めること。
- ・ 救急認定レジデント制度や特定の研修プログラムのなかでレベル3→レベル2になるものが一部含まれる。

レベル3. 指導医の立会いが必要な医療行為

- ・ 研修医単独の実施が原則認められないもの。

(* : 導入期内科研修でレベル2扱いから開始し、導入期内科研修中にレベル1を目標とする)

	診察、そのほか	検査	内服外用処方	注射処方、処理などの指示	処置
レベル1	医療面接	*正常範囲の明確な検体検査の指示・判断	定期処方の継続	処方経験のある注射剤にかぎり	*静脈採血
	身体診察(泌尿生殖器、小児をのぞく)	*事前承諾書記載が不要な	臨時処方の継続	*皮下注射	*動脈採血
	*診療録作成	生理、放射線検査のオーダー		*筋肉注射	*皮膚消毒、局所浸潤麻酔
	*治療食の指示			*静脈注射	*抜糸
	*基本的な療養基準の指示			*末梢点滴	*気管内吸引
	*救急入院でない場合の入院時の 臨時処置指示簿作成			*吸引療法指示	*気管カニューレ交換(3回目以降)
*NST指示書				*注射手技、末梢血管確保	
レベル2	診療情報提供書作成	生理、放射線関連検査の結果解釈、判断	新たな処方、処方の変更	酸素療法指示	創傷処置、軽度の外傷、熱傷処置
	各種診断書の作成	事前承諾書作成が必要な検査の指示	・とくに以下の薬剤は要注意	経腸栄養の指示	導尿、尿道カテーテル留置、洗腸
	身体診察における負荷試験	各種負荷試験の指示、実施、解釈	・向精神薬	インスリン、血糖調整の指示	経鼻胃管挿入
	困難が予測されない病状説明★	認知症スケール、心理テストの指示、実施、解釈	・心血管作動薬	向精神薬注射処方	ドレーン・チューブの管理
	退院に当たっての療養指導		・抗不整脈薬	抗凝固剤注射処方	小児の採血、点滴ルート確保★
	(★: 導入期内科研修にてレベル3(指導医立ち会い)で開始し、期間中にレベル2とする)		・抗凝固薬		人工呼吸器の管理
		・血糖降下剤		心肺蘇生の初動	
				(★: 小児科看護師の指導下)	
レベル3	産婦人科の診察、分娩助	侵襲的な検査	麻薬処方	麻薬注射	中心静脈カテーテル挿入
	重要な病状説明(badnewsなど)	内視鏡検査	悪性腫瘍治療薬	心血管作動薬注射処方、実施★	一次ペーシング
	困難が予測される病状説明	カテーテル検査		抗不整脈薬注射処方、実施★	気管挿管
		胸腔、腹腔鏡検査			小児の動脈採血
		生検(肝、筋、神経、皮膚、リンパ節、骨髄など)			輪状甲状間膜切開、気管切開
		骨髄穿刺吸引			胸腔穿刺、ドレナージ
		腹水採取、胸水採取、脊髄液採取			腹腔穿刺、ドレナージ
					悪性腫瘍治療薬注射処方
				(★: 救急認定レジデント制度に準拠し、認定されればレベル2でも可)	
				悪性腫瘍治療薬注射処方	
				腰椎穿刺、薬剤髄注	
				脊髄麻酔、硬膜外麻酔、吸入麻酔	
				各種神経ブロック	
				深部止血、深部縫合	
				透析管理	
				IABP、PCPS管理	
				骨折を伴う外傷の処置	

侵襲的診療手技に関する研修カリキュラム

■ 診療手技研修の基本原則

1. 手技の適応、禁忌、標準的手順はテキストや研修医向け雑誌、DVD、on-line 教材などで確認
2. 事前学習を済ませたうえで、見学を行い、その次の機会での実施に備える
3. 実施研修を行う意思を事前に確認し、指導者との打ち合わせの後、その立会いの下で実施する
4. 順調に手技が進まない場合、患者の安全、心情などに配慮し、必要ならば、中断、術者交代の判断を指導者が行う
5. 成功不成功にかかわらず、指導者からのフィードバックを行う
6. 主なものを各論としてカリキュラムを定める

■ 各論

○ CVC 挿入

1. 事前学習；当院ガイドライン
2. シミュレーション学習を導入期内科研修中に実施（インストラクターによる）
3. プロバイダーあるいはインストラクターの手技を見学（大腿静脈、内頸 or 鎖骨下）
4. インストラクター指導の下で大腿静脈アプローチでの実施
5. 3が成功した場合に、インストラクターのもとで、内頸静脈アプローチあるいは鎖骨下静脈アプローチの実施へ。その際、インストラクターの指導領域アプローチを選択する
6. 大腿静脈アプローチ、内頸 or 鎖骨下アプローチいずれも、成功 3 例以降は、インストラクターから合格と判定されれば、プロバイダーの見守りの下での実施が可能
7. 実施の記録、インストラクターによる判定は EPOC2 に記載
8. 研修期間の 2 年間は単独での実施は禁止（レベル 3）

○ 気管内挿管

1. 事前学習
2. シミュレーション学習を導入期内科研修中に実施（麻酔科）
3. 術場挿管研修を導入期研修中に実施。指導医からフィードバックを受ける
4. 成功を 3 回続けることを目安に指導医からの合格卒業判定
5. 実施記録は EPOC2 に記載

○ 胸腔、腹腔、腰椎穿刺、骨髄穿刺吸引

1. 事前学習
2. 胸腔、腹腔は実施前にエコーで確認することを原則とする。指導医 or 上級医の手技を見学
3. 事前に指導医との打ち合わせを行い、指導医の立会いの下で実施
4. 成功 2 例を目安に指導医からの合格判定ができれば、指導医でなく上級医の立会いでも実施可
5. 実施記録は EPOC2 に記載
6. 研修期間中は必ず指導医 or 上級医の立会いの下で行う（レベル 3）

○ 胸腔ドレーン挿入

1. 事前学習（ドレーン管理も含む）

2. 指導医あるいは上級医の手技の見学
 3. 指導医の立会いの下での実施
 4. 低圧持続吸引を含めたドレーン管理の学習を行う
 5. 成功 2 例を目安に指導医からの合格判定ができれば、指導医でなく上級医の立会いでも実施可
 6. 実施記録は EPOC2 に記載
 7. 研修期間中は必ず指導医 or 上級医の立会いの下で行う（レベル 3）
- 皮膚縫合、創傷処置
1. 縫合シミュレーション学習（外科指導医）
 2. 創傷処置レクチャー
 3. 主として外科研修中に ER での処置について見学と実施
 4. 実施記録は EPOC2 に記載
- ACLS/ICLS
1. 県連オリエンテーションで ICLS プロバイダー研修。修了証取得
 2. 救急研修期間、外科研修期間は月一回の院内 ACLS 講習会に参加
 3. 他職種や地域住民への BLS 指導を実施
 4. 実施記録は EPOC2 に記載

2011 年 3 月 千鳥橋病院 研修委員会
 2017 年 10 月 千鳥橋病院 研修委員会
 2021 年 5 月 千鳥橋病院 研修委員会

研修医の医療文書作成指針

2011年5月14日
千鳥橋病院 医事・情報管理部
千代診療所 事務部

【書類依頼の基本手順】

1. **基本は主治医へ書類作成の依頼を行う。**研修医が担当医についている場合は研修医へ書類作成の依頼を行う。
2. 研修医は、書類作成の依頼を受けた場合は、主治医（指導医）に記載内容の「確認」を受け、書類依頼状の主治医（指導医）確認欄にサインをもらう。指導医のサイン確認後は、書類に研修医自身が「署名」し、事務に返却する。事務は、指導医のサイン、研修医のサインなど必要な内容が記載されていることを確認する。
3. 【別表1】の医師については、DS(医局事務部)へ依頼する。
4. 既に在籍していない医師への依頼があった場合は、在籍していた科の医長に依頼する。
5. 上記内容について、不明な点は医事情報管理部へ問い合わせを行う。

※ ○の場合は基本ルール

種類	入力の仕方・及び場所	書類の内容等	書類受付・受渡時の留意点	医師依頼時の留意点	依頼	確認	署名
一般診断書	ファイルメーカー	・主に会社提出用(病欠のための診断書)、警察提出用(事故発生時の提出書類)として使用される。 ・その他の用途としても使用される。	・白紙の診断書なので、受付時に何を記載して欲しいのか、患者に聞き取りを充分に行う。		○	○	○
生命保険診断書	メディパピルス又は手書き (パピルス様式ない場合)	生命保険から患者へ給付金が支払われる。	・外来の通院証明であれば、証明期間を確認する。	・新任の医師に依頼する場合、電子カルテの入力についての操作説明書を依頼書に添付すること。 ・生命保険会社の様式がパピルスに対応しているか留意する。またパピルス対応か手書き対応なのかを医師への依頼書に明記する。	○	○	○
事故診断書	ファイルメーカー	損保会社への請求に使用する。		・1～2年目の研修医には依頼をしないルールとなっているので注意する。1～2年目医師が診察した患者については救急センター長(佐々木医師)に依頼する。 ・警察提出用の事故診断書(一般診断書の様式)と混同しやすいため、保険会社用の事故診断書なのか警察提出用の事故診断書なのかを医師への依頼書に明記すること。	※研修医の場合は救急センター長へ確認を行う		
特定疾病療養(マル長)	手書き	・透析シャント造設で作成可能。	・受付で即日発行する。 ・提出先は保険者。 ・提出日を含む月の1日から適用。	—	○	○	○
身体障害者診断書	手書き	・1～2級の認定を受けた場合医療費の減免が受けられる。 ・千鳥橋病院で主なものは、透析、ペースメーカー、HOT、永久ストーマ、肢体不自由(肢体不自由)。千代診では加えて、視覚障害もある。	・提出先は市町村の役所・役場(政令市の場合は、行政区役所)。 ・提出ののち、認定までは最短で1ヶ月程度を要する。 ・認定された月の1日から医療費減免となる。 ・早めの提出を促すとともに、医療証が発行されたら、窓口での提示を案内する。 ・透析を開始した場合は、既に別の疾患で身障を持っている場合でも、「腎機能障害」での申請が必要。	・診断書の発行が遅れると、医療費減免も遅れてしまうことに留意する。 ・身体障害者の診断書は認定医名で記載しないと認めない。よって記載は主治医が行うが医師名は記載しないことを依頼する。	○	○	認定医
更生医療診断書	ファイルメーカー	・透析導入後作成可能。 ・千鳥橋病院で透析を受ける場合は必ず必要。	・提出先は市町村の役所・役場(政令市の場合は、行政区役所)。	・必要な下書きをして中断し、医師に依頼。	○	○	貞刈Dr
特定疾患申請書	手書き	認定を受けると医療費の減免を受けることができる。	・医療費の減免が受けられるのは申請日から遡る。依頼、作成とも遅延が生じないように留意が必要。	・更新であれば、前回分を添付して依頼する。 ・診断書記載にあたり、必要な検査があるか確認する。	○	○	○

研修医の医療文書作成指針

種類	入力の方・及び場所	書類の内容等	書類受付・受渡時の留意点	医師依頼時の留意点	依頼	確認	署名
傷病手当	手書き	病気中は原則無給となるが、提出すれば標準報酬額の70%が国から支給される。	<ul style="list-style-type: none"> 患者さんの生活に直結する書類なので遅延に注意する。 受付時に労務不能期間については患者さんより聞き取りを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 継続であれば前回分を添付して依頼する。他院からの継続の場合、他院で記載したコピーがあれば、添付して依頼する。 	○	○	○
主治医意見書	ファイルメーカー	介護サービスを受けるために必要。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の介護保険に係ることなので遅延に注意する。 	<ul style="list-style-type: none"> 新規か継続なのか確認し、情報があれば極力入力し医師へ依頼する。 	○	○	○
訪問看護指示書	ファイルメーカー	訪問看護が入るために必要。	<ul style="list-style-type: none"> 新規か継続かの確認、訪問看護指示期間(有効期間は6月以内)の確認をする。 	<ul style="list-style-type: none"> 継続の場合は前回分をコピーし、必要事項記入後中断した状態で依頼する。 	○	○	○
特別訪問看護指示書	ファイルメーカー	在宅で注射、処置等の指示があった場合に記載する。訪問看護指示書と特別訪問看護指示書は通常2つセットで依頼を行う。		<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護指示書が書かれているのか確認、訪問看護指示書を記載した医師と同じ医師へ依頼する。 	○	○	○
死亡診断書	ファイルメーカー	火葬に必要。	<ul style="list-style-type: none"> 必ず「記載見本」と照らし合わせて、記載漏れや不備がないかチェックを行う。 チェックリストにもとづいて関連作業に漏れがないか点検を行う。 		○	○	○
鍼灸マッサージ同意書	手書き	医療での訪問マッサージ等を受ける場合に、文書での医師の同意が必要。		<ul style="list-style-type: none"> 前回分を添付して依頼する。 	○	○	○
障害年金受給診断書・障害状態確認届	手書き	<ul style="list-style-type: none"> 障害年金受給者の障害の状態を確認するための診断書。 	<ul style="list-style-type: none"> 診断書に記載された障害の内容を確認してから預かる 障害状態確認届は期限内に市町村の役所・役場に提出。遅れると年金支払がとまることもあるので注意が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 更新であれば、前回分を添付して依頼する。 診断書記載にあたり、必要な検査があるか確認する。 	○	○	○
外来患者調査票	ファイルメーカー	<ul style="list-style-type: none"> 生活保護受給中あるいは申請者の病状を確認するための書類 	<ul style="list-style-type: none"> 必要時にその都度、福祉事務所から郵送されてくる。継続受給中の患者の場合は、年に1度まとめて依頼がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 前回分をコピーし、必要事項記入後中断した状態で依頼する。 	○	○	○
要否意見書 (診療材料等)	手書き	<ul style="list-style-type: none"> 生活保護受給中の患者が必要な診療材料(コルセットやメガネ)を給付してもらうための医師意見書 	<ul style="list-style-type: none"> 診療材料の給付が必要な場合に患者が福祉事務所に申し出、記載用紙を持参してもらう。 記載が終わったら、購入業者に見積もりを記載してもらい、福祉事務所に提出する。 		○	○	○
レセプトコメント	電子カルテ	高額なレセプトや社会保険から記載をもとめられている項目について必要理由や症状詳記を記載する。		<ul style="list-style-type: none"> 新任の医師に依頼する場合、電子カルテの入力についての操作説明書を依頼書に添付すること。 	○	○	○

※研修医の書類の書き方等のレクチャー内容・時期については、別紙記載。

研修医へのレクチャー等であつかう医療文書一覧

1. 診療録
2. 処方箋
3. 診療情報提供書
4. 一般的な診断書
5. 死亡診断書/死体検案書
6. 剖検承諾書
7. 入院診療計画書
8. 介護保健主治医意見書
9. 訪問看護指示書
10. 保険請求業務にかかわる医療文書
11. 麻薬処方箋
12. 病状説明書
13. 検査依頼書（放射線、病理など）
14. 検査承諾書
15. NST 栄養管理依頼書
16. 入院時指示簿（院内内規）
17. 抗生剤使用問診票（院内内規）
18. 輸血依頼関連書類

2022年度医療文書作成方略一覧

	書類名	時期	担当医/部署
1	一般的な診断書	基礎講義(5月～6月)	指導医
2	死亡診断書/死体検案書	基礎講義(5月～6月)	指導医
3	介護保健主治医意見書	基礎講義(7月～8月)	指導医
4	訪問看護指示書	基礎講義(5月～6月)	指導医
5	抗生剤使用問診票(院内内規)	導入オリエンテーション	後期研修医
6	診療情報提供書	導入オリエンテーション	後期研修医
7	病状説明書/インフォームドコンセント	導入オリエンテーション	後期研修医
8	診療録	導入オリエンテーション	後期研修医
9	入院時指示簿(院内内規)	導入オリエンテーション	後期研修医
10	入院診療計画書	導入オリエンテーション	後期研修医
11	検査依頼書(放射線、病理など)	導入オリエンテーション	後期研修医
12	検査承諾書	導入オリエンテーション	後期研修医
13	NST栄養管理依頼書	導入オリエンテーション	後期研修医
14	サマリー	導入オリエンテーション	後期研修医
15	剖検承諾書/剖検依頼手順	導入オリエンテーション(病理オリエンテーション)	病理医師
16	保険請求業務にかかわる医療文書	医事情報管理部シリーズレクチャー(レセプト・症状詳記・DPC・減点)	医事情報管理部
17	処方箋	導入オリエンテーション(薬剤部)	薬剤部
18	麻薬処方箋	導入オリエンテーション(薬剤部)	薬剤部
19	輸血依頼関連書類	導入オリエンテーション(検査室)	検査部