

天理よろづ相談所病院  
卒後初期臨床研修プログラム

(平成30年度)

公益財団法人 天理よろづ相談所病院

# 目 次

I.	はじめに	1
II.	病院の概要	1
III.	卒後臨床研修の管理運営	3
IV.	研修の到達目標	6
	1. 一般目標	6
	2. 行動目標	6
V.	プログラム名と研修施設	10
VI.	研修課程	10
	1. カリキュラムの概要	10
	2. 研修責任者	10
	3. 研修スケジュール	11
	4. 研修開始時の指導体制	11
	5. 総合病棟研修	12
	6. レジデント週間予定表	14
VII.	各研修カリキュラム	14
	1. 内科研修	14
	2. 救急研修	25
	3. 地域医療研修	26
	4. 麻酔科研修	27
	5. 外科研修	29
	6. 小児科研修	30
	7. 精神神経科研修	32
	8. 産婦人科研修	34
	9. 選択研修	35
VIII.	教育に関連するその他のカリキュラム	36
	1. 教育講義	36
	2. 各種のカンファレンス	36
	3. 実習	36
	4. I C L S	37
IX.	研修医の評価方法	37
X.	プログラム修了の認定	37
X I.	研修手帳	38
X II.	研修医の処遇	39
X III.	研修医の募集	39
X IV.	資料請求先	39

## 〔別紙一覧〕

- 別紙 1 ジュニアレジデント週間予定表
- 別紙 2 研修目標評価表
- 別紙 3 指導医評価表
- 別紙 4 平成 29 年度 教育講義実施計画

# 天理よろづ相談所病院 卒後初期臨床研修プログラム

## I. はじめに

医療の高度専門分化が進む中で、患者さんを全人的に把握し包括的な医療を提供するという本来の「医療の姿」が見失われるのではと危惧されてきた。医師には単に医療専門職として診断や技量に優れているというだけでなく、患者さんの信頼に応えうる臨床家であることが一層求められている。すなわち、医療技術の適用にあたっては、その技術の有効性と限界についての正しい認識を持つと同時に、身体面、心理面、社会面も含め、患者さんの人間としての悩みという観点から疾患を把握しながら、全人的包括的に診療にあたるという姿勢が求められているのである。

このような期待に応えられる優れた医師を育成するために、当院は、昭和 51 年から、独自の総合診療方式によるレジデント制度(卒後臨床研修)を実施してきた。

当院のレジデント制度の特長は、約 1 年間の総合病棟研修にある。この総合病棟は、高度専門医療を推進する各診療科の谷間を埋めて、総合診療を進めるために、昭和 51 年に総合外来とともに新設されたものである。この診療体制と並行して総合病棟勤務を中心とする独自のジュニア・レジデント制度(卒後 2 年間の初期臨床研修)を発足させ今日に至っている。当院のレジデント制度が総合的に患者を診る姿勢や問題解決能力の養成に極めて有効な方法であることは、これまでの 40 年近い実績により証明されている。

平成 16 年度から、厚生労働省により「医師としての人格を涵養し、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付ける。」という理念の基に、卒後臨床研修が義務化、制度化された。本制度の整備にあたっては、当院のレジデント制度も参考にされたが、当院においては今後も総合病棟研修を中核としたこれまでのレジデント制度を維持しながら、この必修化の理念の実現に努めていくこととしている。

## II. 病院の概要

当院は、精神的、身体的に悩む人々に広い角度から救いの手をさしのべようとする趣旨から天理教によって昭和 10 年に創立された天理よろづ相談所の一部門である。天理よろづ相談所は身上部（医学研究所、病院）、事情部（宗教的精神指導担当部門）、世話部（社会福祉担当部門）の 3 部からなっている。

天理よろづ相談所病院は本館南病棟、東西病棟、外来診療棟、白川分院から成り、本館南病棟の病床数は 303 床、東西病棟は 512 床、白川分院は 186 床である。病院の常勤医師数は約 230 名、診療科数は 29 である。

当院の基本的方針は 1) 全人的包括医療の提供、2) 高度先進医療の提供、3) 臨床医の育成である。また、医学研究所、および付属の医学図書館を備えて、医学研究に重点を置

いており、例えば、学会、研究会などの演題は毎年 700 題近くに上る。それらの研究成果は内外から高い評価を受けており、現に当院での研究が認められ、多くの医学部教授を輩出しているところである。また、多くの学会の認定研修施設でもある。以下に診療各科および臨床中央部門の概要を示す。

診療科目：

呼吸器内科, 循環器内科, 消化器内科, 血液内科, 神経内科, 内分泌内科, 総合内科, 消化器外科, 乳腺外科, 整形外科, 脳神経外科, 呼吸器外科, 心臓血管外科, 眼科, 耳鼻咽喉科, 形成外科, 皮膚科, 産婦人科, 精神神経科, 小児科, 泌尿器科, 麻酔科, 放射線科, 歯科・歯科口腔外科, 腎透析科, 救急診療科, リハビリテーション科, 病理診断科, 臨床検査科

中央部門：

救急診療部、集中治療部、手術部、放射線部、内視鏡センター、臨床検査部、医学研究所、病理診断部、総合診療教育部、血液浄化センター、感染症管理センター、膠原病センター、緩和ケアセンター、糖尿病センター、健診センター、先天性心疾患センター、在宅世話どりセンター、心臓カテーテルセンター、がん相談支援センター、脳卒中センター、呼吸管理センター、リハビリセンター、腹腔鏡センター

当院が教育施設として認定されている認定医および専門医学会名：

日本医学放射線学会、日本脳神経外科学会、日本内科学会、日本麻酔科学会、日本小児科学会、日本病理学会、日本外科学会、日本消化器内視鏡学会、日本整形外科学会、日本眼科学会、日本耳鼻咽喉科学会、日本消化器外科学会、日本泌尿器科学会、日本皮膚科学会、日本産科婦人科学会、日本形成外科学会、日本消化器病学会、日本呼吸器外科学会、日本血液学会、日本呼吸器学会、日本循環器学会、日本集中治療医学会、日本核医学会、日本超音波医学会、日本透析医学会、日本糖尿病学会、日本神経学会、日本口腔外科学会、日本放射線腫瘍学会、日本医療薬学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本呼吸器内視鏡学会、心臓血管外科専門医認定機構、日本臨床細胞学会、日本アレルギー学会、日本周産期・新生児医学会、日本老年精神医学会、日本内分泌学会、日本静脈経腸栄養学会、日本脳卒中学会、日本精神神経学会、日本感染症学会、日本リウマチ学会、日本 IVR 学会、日本がん治療認定医機構、日本小児循環器学会、日本食道学会、日本輸血・細胞治療学会、日本頭頸部外科学会、日本不整脈心電学会、日本臨床腫瘍学会、日本手外科学会、日本脳神経血管内治療学会、日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会、日本心臓血管麻酔学会、日本臨床検査医学会、日本肝臓学会、日本乳がん学会、日本在宅医学会、ステントグラフト実施基準管理委員会、径カテーテル的大動脈弁置換術関連学会協議会、日本婦人科腫瘍学会、日本

産婦人科内視鏡学会、日本内分泌・甲状腺外科学会、日本肝胆膵外科学会、日本  
気管食道科学会

### Ⅲ. 卒後臨床研修の管理運営

卒後臨床研修の円滑な遂行のために、研修管理委員会、スタッフミーティング、総合診療教育部の3つの組織が設置されている。

研修管理委員会は、定期的に会議を開き、カリキュラムの実施状況を点検する。また、総合診療教育部の答申を受けて、カリキュラムの新たな立案・修正の討議を行う。

スタッフミーティングはレジデントを直接指導する立場にあるスタッフで構成されており、毎月、個々のレジデントの研修状態について評価を行う。その結果を本人にフィードバックしたり、次年度の契約更改、およびシニアレジデントの進級に際して研修管理委員会に意見を具申することとしている。

総合診療教育部のスタッフはカリキュラム全体の実施にあたって、総合病棟の運営、教育に関連する行事の実施、レジデントへの患者受け持ちの割り当てなどについてきめ細かくマネージしている。また、研修関連各部署からの意見やレジデントの行う研修総括評価を参考にして次年度のカリキュラムを検討し、一部修正したり新たなカリキュラムを研修管理委員会に提案したりすることとしている。

研修管理委員会：

- |     |  |
|-----|--|
| 委員長 | 八田和大（総合診療教育部部長）  |
| 委員  | 郡 義明（副院長・白川分院長）、庄司和彦（副院長）、<br>田口善夫（副院長・呼吸器内科部長）<br>石井久成（麻酔科部長）、中川義久（循環器内科部長）、<br>大花正也（消化器内科部長）、大野仁嗣（血液内科部長）、<br>末長敏彦（神経内科部長）、林野泰明（内分泌内科部長）、<br>金本巨万（産婦人科医員）、中川達雄（呼吸器外科部長）、<br>泉 知里（救急診療部部長）、石丸裕康（総合診療教育部副部長）、<br>吉村玄浩（消化器外科部長）、土井 拓（小児科部長）、<br>中山富貴（整形外科部長）、橋本典和（精神神経科部長）、<br>中村義徳（天理よろづ相談所世話部在宅世話どりセンター長）<br>勝島 将夫（チーフレジデント）、八十島徳昭（山添村国保東山診療所）、<br>柏田真由（副看護部長）、松村榮久（松村医院）<br>山口健一（山口健一法律事務所弁護士）、森岡正彦（事務長）<br>朝倉健太郎（社会医療法人健生会 大福診療所） |

スタッフミーティング：

総合診療教育部	八田和大、石丸裕康、明保洋之、三宅啓史
麻酔科	石井久成
消化外科	畑 俊行
小児科	土井 拓
看護部（総合病棟看護師長）	八百井陽子、福原真美
チーフレジデント	勝島將夫

総合診療教育部：

部長	八田和大
副部長	石丸裕康
医員	明保洋之 三宅啓史

診療科	医師数	臨床経験7 年以上	指導医数※	一日平均 入院患者数	一日平均 外来患者数(平日)
呼吸器内科	8	6	4	58.3	135.5
循環器内科	13	10	3	42.7	141.8
消化器内科	10	8	3	45.3	127.0
血液内科	6	6	3	39.3	57.8
神経内科	5	4	2	47.0	115.6
内分泌内科	7	5	3	14.1	196.5
総合内科（総合診療教育部）	4	2	2	41.1	157.2
小児科	6	4	1	8.6	53.6
精神神経科	6	3	1		1.8
皮膚科	4	1	0	5.8	107.0
消化器外科	10	7	4	47.9	53.2
乳腺外科	2	2	1	4.3	43.8
呼吸器外科	4	3	3	8.2	18.4
脳神経外科	6	3	2	30.8	33.2
心臓血管外科	7	6	2	25.6	34.7
産婦人科	7	4	2	26.0	89.9
眼科	8	4	1	21.4	161.5
耳鼻咽喉科	7	4	1	18.7	110.2
整形外科	4	3	1	22.4	74.7
泌尿器科	8	4	1	22.9	113.0
麻酔科	4	3	3	0.0	0.0
放射線科	15	10	2	2.0	41.8
歯科・口腔外科	4	4	4	0.2	77.5
腎透析科	2	2	2	7.2	39.3
形成外科	3	2	0	3.1	39.5
救急診療部				1.2	0.1
臨床検査部	1	1	0		
病理診断部	3	3	1		
在宅世話どりセンター	3	2	1		
白川分院	5	5	3		
レジデント（JR）	31				
（SR）	34				
<b>計</b>	<b>237</b>	<b>121</b>	<b>56</b>	<b>544.8</b>	<b>1987</b>
	（平成 29 年 4 月 1 日付）			（平成 28 年 1 月 1 日～28 年 12 月 31 日）	

※臨床経験 7 年以上で、臨床研修指導医講習会を受講している医師

## IV. 研修の到達目標

### 1. 一般目標

医師として、将来どのような分野に進むにせよ、医学・医療の社会的ニーズを認識しつつ、日常診療で頻繁に遭遇する病気や病態に適切に対応できるよう、幅広い基本的な臨床能力（態度、技術、知識）を身につける。

### 2. 行動目標

#### 1) 患者－医師関係

患者を全人的に理解し、患者・家族と良好な人間関係を確立するために、

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

#### 2) チーム医療

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

- (1) 指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。
- (2) 上級及び同僚医師や他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。
- (3) 同僚及び後輩へ教育的配慮ができる。
- (4) 患者の転入・転出に当たり、情報を交換できる。
- (5) 関係機関や諸団体の担当者とのコミュニケーションがとれる。

#### 3) 問題対応能力

患者の問題を把握し、問題対応型の思考を行い、生涯にわたる自己学習の習慣を身につけるために、

- (1) 臨床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への適応を判断できる（EBM =Evidence Based Medicine の実践ができる）。
- (2) 自己評価及び第三者による評価を踏まえた問題対応能力の改善ができる。
- (3) 臨床研究や治験の意義を理解し、研究や学会活動に関心を持つ。
- (4) 自己管理能力を身につけ、生涯にわたり基本的診療能力の向上に努める。

#### 4) 安全管理

患者及び医療従事者にとって安全な医療を遂行し、安全管理の方策を身につけ、危機管理に参画するために、

- (1) 医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる。
- (2) 医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる。
- (3) 院内感染対策（Standard Precautionsを含む。）を理解し、実施できる。

#### 5) 医療面接

患者・家族との信頼関係を構築し、診断・治療に必要な情報が得られるような医療面接を実施するために、

- (1) 医療面接におけるコミュニケーションの持つ意義を理解し、コミュニケーションスキルを身につけ、患者の解釈モデル、受診動機、受療行動を把握できる。
- (2) 患者の病歴（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー）の聴取



と記録ができる。

(3) 患者・家族への適切な指示、指導ができる。

## 6) 身体診察

病態の正確な把握ができるよう、全身にわたる身体診察を系統的に実施し、記載するために、

- (1) 全身の観察（バイタルサインと精神状態の把握、皮膚や表在リンパ節の診察を含む。）ができ、記載できる。
- (2) 頭頸部の診察（眼瞼・結膜、眼底、外耳道、鼻腔口腔、咽頭の観察、甲状腺の触診を含む。）ができ、記載できる。
- (3) 胸部の診察（乳房の診察を含む。）ができ、記載できる。
- (4) 腹部の診察（直腸診を含む。）ができ、記載できる。
- (5) 泌尿・生殖器の診察（産婦人科的診察を含む。）ができ、記載できる。
- (6) 骨・関節・筋肉系の診察ができ、記載できる。
- (7) 神経学的診察ができ、記載できる。
- (8) 小児の診察（生理的所見と病的所見の鑑別を含む。）ができ、記載できる。
- (9) 精神面の診察ができ、記載できる。

## 7) 臨床検査

病態と臨床経過を把握し、医療面接と身体診察から得られた情報をもとに必要な検査を、

A：自ら実施し、結果を解釈できる。

B：検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。

C：検査の適応が判断でき、専門家の意見に基づき結果の解釈ができる。

- (1) 一般尿検査（尿沈渣顕微鏡検査を含む。） (A)
- (2) 便検査：潜血 (A)、虫卵 (B)
- (3) 血算・白血球分画 (A)
- (4) 血液型判定・交差適合試験 (A)
- (5) 心電図（12誘導）、負荷心電図：A
- (6) 動脈血ガス分析 (A)
- (7) 血液生化学的検査 (B)
  - ・簡易検査（血糖、電解質、尿素窒素など） (A)
- (8) 血液免疫血清学的検査（免疫細胞検査、アレルギー検査を含む。）
- (9) 細菌学的検査・薬剤感受性検査 (B)
  - ・検体の採取（痰、尿、血液など） (A)
  - ・簡単な細菌学的検査（グラム染色など） (A)
- (10) 肺機能検査 (B)
  - ・スパイロメトリー (A)
- (11) 髄液検査 (B)
- (12) 細胞診・病理組織検査 (C)
- (13) 内視鏡検査 (C)
- (14) 超音波検査 (B)
- (15) 単純X線検査 (B)
- (16) 造影X線検査 (C)
- (17) X線CT検査 (C)
- (18) MRI検査 (C)
- (19) 核医学検査 (C)

## (20) 神経生理学的検査（脳波・筋電図など）(C)

### 8) 基本的手技

基本的手技の適応を決定し、実施するために、

- (1) 一次および二次救命処置ができる。
- (2) 圧迫止血法を実施できる。
- (3) 包帯法を実施できる。
- (4) 注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）を実施できる。
- (5) 採血法（静脈血、動脈血）を実施できる。
- (6) 穿刺法（腰椎、胸腔、腹腔）を実施できる。
- (7) 導尿法を実施できる。
- (8) 浣腸を実施できる。
- (9) ドレーン・チューブ類の管理ができる。
- (10) 胃管の挿入と管理ができる。
- (11) 局所麻酔法を実施できる。
- (12) 創部消毒とガーゼ交換を実施できる。
- (13) 簡単な切開・排膿を実施できる。
- (14) 皮膚縫合法を実施できる。
- (15) 軽度の外傷・熱傷の処置を実施できる。

### 9) 基本的治療法

基本的治療法の適応を決定し、適切に実施するために、

- (1) 療養指導（安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備を含む。）ができる。
- (2) 薬物の作用、副作用、相互作用について理解し、薬物治療（抗菌薬、副腎皮質ステロイド薬、解熱薬、麻薬、血液製剤を含む。）ができる。
- (3) 基本的な輸液ができる。
- (4) 輸血（成分輸血を含む。）による効果と副作用について理解し、輸血が実施できる。

### 10) 医療記録

チーム医療や法規との関連で重要な医療記録を適切に作成し、管理するために、

- (1) 診療録（退院時サマリーを含む。）を POS(Problem Oriented System)に従って記載し管理できる。
- (2) 処方箋、指示箋を作成し、管理できる。
- (3) 診断書、死亡診断書、死体検案書その他の証明書を作成し、管理できる。
- (4) CPC（臨床病理検討会）レポートを作成し、症例呈示できる。
- (5) 紹介状と、紹介状への返信を作成でき、それを管理できる。

### 11) 症例呈示

チーム医療の実践と自己の臨床能力向上に不可欠な、症例呈示と意見交換を行うために、

- (1) 症例呈示と討論ができる。
- (2) 臨床症例に関するカンファレンスや学術集会に参加する。

### 12) 診療計画

保健・医療・福祉の各側面に配慮しつつ、診療計画を作成し、評価するために、

- (1) 診療計画（診断、治療、患者・家族への説明を含む。）を作成できる。
- (2) 診療ガイドラインやクリティカルパスを理解し活用できる。

- (3) 入退院の適応を判断できる（デイサージャーリー症例を含む）。
- (4) QOL（Quality of Life）を考慮にいたれた総合的な管理計画（リハビリテーション、社会復帰、在宅医療、介護を含む。）へ参画する。
- (5) 社会福祉施設の役割について理解する。
- (6) 地域保健・健康増進（保健所機能の理解を含む）について理解する。

### 1 3) 救急医療

生命や機能的予後に係わる、緊急を要する病態や疾病、外傷に対して適切な対応をするために、

- (1) バイタルサインの把握ができる。
- (2) 重症度及び緊急度の把握ができる。
- (3) ショックの診断と治療ができる。
- (4) 二次救命処置（ACLS = Advanced Cardiovascular Life Support、呼吸・循環管理を含む。）ができ、一次救命処置（BLS = Basic Life Support）を指導できる。  
\*ACLS は、バッグ・バルブ・マスク等を使う心肺蘇生法や除細動、気管挿管、薬剤投与等の一定のガイドラインに基づく救命処置を含み、BLS には、気道確保、心臓マッサージ、人工呼吸等機器を使用しない処置が含まれる。
- (5) 頻度の高い救急疾患の初期治療ができる。
- (6) 専門医への適切なコンサルテーションができる。
- (7) 大災害時の救急医療体制を理解し、自己の役割を把握できる。

### 1 4) 予防医療

予防医療の理念を理解し、地域や臨床の場での実践に参画するために、

- (1) 食事・運動・休養・飲酒・禁煙指導とストレスマネジメントができる。
- (2) 性感染症予防、家族計画を指導できる。
- (3) 地域・産業・学校保健事業に参画できる。
- (4) 予防接種を実施できる。

### 1 5) 緩和・終末期医療

緩和・終末期医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- (1) 心理社会的側面への配慮ができる。
- (2) 基本的な緩和ケア（WHO方式がん疼痛治療法を含む。）ができる。
- (3) 告知をめぐる諸問題への配慮ができる。
- (4) 死生観・宗教観などへの配慮ができる。

### 1 6) 医療の社会性

医療の持つ社会的側面の重要性を理解し、社会に貢献するために、

- (1) 保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる。
- (2) 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる。
- (3) 医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動できる。
- (4) 医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し、適切に行動できる。
- (5) 虐待について説明できる。

## V. プログラム名と研修施設

1. プログラムの名称：天理よろづ相談所病院卒後初期臨床研修
2. 基幹施設：公益財団法人天理よろづ相談所病院
3. 研修協力施設：天理よろづ相談所世話部在宅世話どりセンター  
天理よろづ相談所病院白川分院  
精神神経科、リハビリセンター  
山添村国民健康保険東山診療所  
大福診療所  
松村医院

## VI. 研修課程

### 1. カリキュラムの概要

<研修科目と期間>

①内科研修（総合病棟）	10 カ月
②CCU・循環器研修	2 カ月
③救急研修（救急外来）	3～4回/月
④地域医療研修	1 カ月
⑤麻酔科研修	4 カ月
⑥外科研修（消化器外科）	2 カ月
⑦小児科研修	2 カ月
⑧精神神経科研修	3 週間
⑨産婦人科研修	1 週間
⑩選択研修（希望する診療科）	2 カ月

<オリエンテーション・講義・実習等>

①オリエンテーション	4月初めに1週間
②CPC	約7回/年
③教育講義	毎週月曜日
④ICLS	3回/年
⑤聴診実習（Mr Lung/イチロー）	1年次
⑥腹部超音波実習	1年次の5月
⑦標準模擬患者によるヘルスケアコミュニケーションセミナー （協力 ささえあい医療人権センターCOML）	1回/年

### 2. 研修責任者

1. プログラム責任者	総合診療教育部部長	八田和大
2. 副プログラム責任者	総合診療教育部副部長	石丸裕康
3. 各カリキュラム責任者		
①オリエンテーション	総合診療教育部部長	八田和大
②総合病棟（主に内科疾患）研修	総合診療教育部部長	八田和大
③外科研修	消化外科部長	吉村玄浩
④麻酔科研修	麻酔科部長	石井久成
⑤小児科研修	小児科部長	土井 拓

⑥精神神経科研修	精神神経科部長	橋本典和
⑦産婦人科研修	産婦人科部長	藤原 潔
⑧CCU・循環器研修	循環器内科部長	中川義久
⑨地域医療研修	総合診療教育部副部長	石丸裕康
⑩救急外来研修	救急診療部部長	泉 知里
⑪CPC	医学研究所・病理診断部特定嘱託部長	本庄 原
⑫臨床検査実習	臨床検査部部長	松尾収二
⑬ICLS	総合診療教育部副部長	石丸裕康
⑭教育講義	総合診療教育部部長	八田和大
⑮標準模擬患者によるヘルスケアコミュニケーションセミナー (協力 ささえあい医療人権センターCOML)	総合診療教育部副部長	石丸裕康

### 3. 研修スケジュール

1年次の最初の2カ月間は全員が総合病棟において研修を行う。その後の研修については、原則として内科、外科、麻酔科の基本的研修分野を先行して研修する。しかし、1診療科に研修医が集中しないよう、できるだけ均等に配置するために、個人によって、各診療科を研修するスケジュールは異なる。4月のオリエンテーション中に各自の研修スケジュールを決定する。

研修予定表の1例を下記に示す。

研修スケジュール例												
	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	総合病棟 (内科)				消化器外科		麻酔科				小児科	
2年次	総合病棟 (内科)					循環器・CCU		地域医療	精神科 産婦人科	選択		
【備考】4月初旬の約1週間のオリエンテーションを含む。救急研修は、2年間を通じての夜間、休日の救急外来研修を行う。(総合病棟研修のうち2カ月は南病棟、8カ月は東病棟で研修する。)												

### 4. 研修開始時の指導体制

研修生活の開始時は学生時代とは環境が激変し、もっともストレスがかかる時期である。少しでも円滑に研修生活に入れるように配慮している。

#### 1) オリエンテーション

新人レジデントに対して、医師国家試験結果の発表後、約1週間、臨床研修開始にあたり必ず心得ておくべきことや、臨床医として不可欠な一般的知識についてオリエンテーションを行う。なお、看護師の準夜、深夜の勤務に直接立ち合う看護実習はこの期間に実施する。

オリエンテーションの内容：

- 1) 総括的事項：医師患者関係の基本、医師としてのマナー等
- 2) チーム医療におけるスタッフとの協調
- 3) カルテ記載の要点（POSを含む）
- 4) 処方箋・指示箋・依頼箋の書き方
- 5) 診断書類の書き方（紹介状を含む）
- 6) オーダリング実習
- 7) コンサルテーションの仕方
- 8) 図書館の利用の仕方（医学文献の探し方を含む）
- 9) 手術部見学（手洗い・ガウンテクニックなどの実習を含む）
- 10) 注射実習
- 11) 新人期のストレス対処
- 12) 病歴管理の基礎知識
- 13) 健康保険制度
- 14) 医事紛争
- 15) 医療安全
- 16) 当院主要部門・施設の紹介

## 2) 「グループカンファレンス」チームによる指導

4～5月の2カ月間、新人レジデントに緻密な指導を行うことを目的としてシニアレジデント（3～5年次の後期研修医）をリーダーとする小グループを編成し、必要に応じてグループ単位でのカンファレンス、回診などを行う。また、身体所見の取り方、医師診療録の記載の仕方、指示の出し方、処方出し方、プレゼンテーションの仕方などについて指導を受ける。

## 3) シニアレジデントによる救急外来診療の直接指導

4～5月の2カ月間、新人レジデントが診察する全ての患者に対して、シニアレジデントがマンツーマンで付いて、病歴および所見の取り方から、治療方針、患者への指導の仕方に至るまで指導する。

## 5. 総合病棟研修

### 1) 総合病棟の患者構成

総合病棟は二つのナースステーションより成り、レジデントの教育を主目的に開設された混合病棟である。入院患者は各科専門外来と総合外来より、レジデントの教育目的を考慮して選ばれる。この役割は総合診療教育部のスタッフが担っている。

入院患者の大部分は内科系で、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、血液内科、神経内科、内分泌内科、総合内科の患者が入院している。膠原病とか感染症などの系統的疾患、不明熱などの診断未確定の患者、及び複合疾患をもった患者が多いのが総合病棟の特徴で

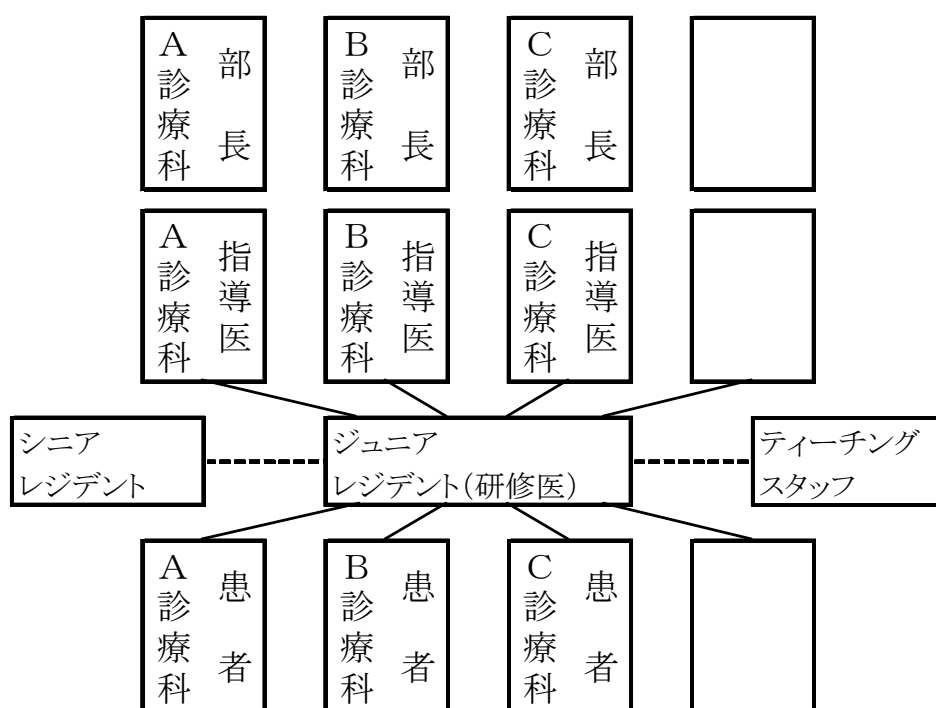
ある。

また、少数ではあるが消化器外科、呼吸器外科、形成外科、脳神経外科、整形外科、皮膚科、耳鼻咽喉科などの外科系の患者も受け入れている。

## 2) 総合病棟での研修方法

レジデントは1年次は数名、2年次は10名前後の患者を受け持つ。患者ごとにその疾患の専門医が主治医責任をもった指導医としてつき、診療科部長の回診を受ける。受け持ち患者が6名であっても、それぞれ診療科が異なるときは6名の指導医の指導を受けることになる。図1参照。

図-1 総合病棟の診療方式



このことによって同時に多数の専門診療を経験することにもなる。

総合病棟に入院する症例はすべて、入院時に毎朝7時半から1時間おこなわれる早朝症例カンファレンスで症例呈示され、レジデントと教育スタッフにより、多角的・総合的な視点からディスカッションされる。レジデントが短時間に要領よく症例呈示ができ、自分自身の診療方針を持ち、スタッフのコンサルテーションを受けられるようになることを目標としている。

総合病棟には常時専門内科の患者がいるため専門医が頻繁に来棟するほか、各診療科の部長によるカンファレンス・回診が週1回おこなわれる。例えば狭心症で入院した患者でも何か他の病気が見つかれば、総合病棟で開かれる他の専門科のカンファレンスに症例を呈示し、各専門科の部長から検査や治療に関する適切な指示を得る。こうして研修医は自

分で新たな問題点を見つけて自分で解決していくこととなる。各専門科をローテイトする研修方式の場合、循環器内科で糖尿病が見つかりと内分泌内科に受診し、あとはその科に任せることになるが、総合診療方式では、循環器的な問題が解決しても、患者はそのまま総合病棟に入院したままで、所属する科が内分泌内科に変わるだけで、受け持ちの研修医はそのまま、糖尿病のコントロールができるまで受け持ち医から外れない。こうして、総合病棟での研修は、多角的に診ることで自然に総合診療的な能力が身につく。それだけでなく、問題を発見して解決がつくまで一貫して受け持ち医として担当することで問題解決能力も養われる。

また、総合病棟には常に複数の1年目のレジデントと2年目のレジデントが働いており、気軽に教えあい、議論する雰囲気がある。

## 6. レジデント週間予定表

巻末の別紙1を参照

# VII. 各研修カリキュラム

## 1. 内科研修

1年次および2年次に合わせて10カ月間、総合病棟にて研修する。

### 1) 呼吸器内科

(1) 到達目標：総論

#### ①問診、診察、検査、手技

- ・咳嗽、喀痰、喘鳴、呼吸困難、胸痛、喀血患者の問診および診察を行うことができ、主な鑑別診断を想起し、必要な検査を依頼できる。
- ・動脈血液ガス分析の結果を解釈し治療に応用できる。
- ・胸部エックス線写真の読影に関し、正常構造および異常影の有無が指摘できる。またその異常影の性状が表現でき、主な鑑別診断を想起できる。
- ・胸部CTの適応とその所見を理解できる。
- ・肺機能検査で拘束性、閉塞性、混合性障害をきたす疾患を把握し、肺機能検査結果を理解できる。
- ・喀痰培養、喀痰細胞診の適応を理解し、病態と検査結果を併せて解釈できる。
- ・胸腔穿刺、胸腔ドレナージの適応を理解し、指導医の下で実施し胸水検査の解釈、ドレーンの管理ができる。
- ・気管支鏡検査の適応、合併症を知っており、病状に応じた適切な検査前後の指示が出せる。

#### ②治療

- ・酸素療法の適応を知り、適切な酸素投与ができる。

(2) 到達目標：各論

#### ①肺感染症



- ・市中肺炎、院内肺炎の主要な病原体を列挙できる。
- ・指導医と相談し治療方針を立てることができる。
- ・適切な抗菌薬の選択ができる。

#### ②気管支喘息

- ・喘息発作の重症度を把握し、急性期の治療および慢性期の管理の基本方針を理解して実施できる。
- ・吸入療法の手技、ピークフローメーターの使用法を体得する。

#### ③慢性閉塞性肺疾患（COPD）

- ・COPDの重症度を把握し、安定期、急性増悪期の治療管理を理解し、実施できる。

#### ④間質性肺炎

- ・間質性肺炎の病態理解と診断、治療を理解し、対応できる

#### ⑤慢性呼吸不全

- ・慢性呼吸不全への酸素療法の適応について理解し実施できる

#### ⑥自然気胸、胸膜炎

- ・自然気胸の手術適応を理解する。
- ・持続吸引の原理を理解し、胸腔ドレナージを実施できる。
- ・必要な胸水検査を依頼し、結果を解釈できる。

#### ⑦肺腫瘍

- ・胸部X線写真、胸部CT検査から肺腫瘍が疑われる場合に、鑑別診断およびおおよその腫瘍の組織分類までが想起できる。
- ・肺腫瘍の診断方法について、各検査の適応、合併症、限界を把握する。
- ・原発性肺癌の臨床病期分類を行い、手術適応を判断できる。
- ・患者背景、臨床病期分類から各治療の適応について指導医とdiscussionができる。
- ・肺癌の治療（手術、放射線治療、化学療法）の奏効性と副作用を理解する。
- ・有症状肺癌患者への対処法につき、その適応を指導医とdiscussionができる。
- ・病名告知された肺癌患者の精神的なサポートについて理解し、緩和医療に関する理解を深める。

### (3) 担当する主な疾患

- ・呼吸不全（急性、慢性）
- ・呼吸器感染症（肺炎）
- ・気管支喘息
- ・自然気胸
- ・肺腫瘍
- ・胸膜炎
- ・慢性閉塞性肺疾患
- ・間質性肺炎
- ・肺塞栓症

### (4) 研修方法

- ・早朝カンファレンスで系統だったプレゼンテーションを行う。
- ・病状把握、検査、治療方針について指導医と蜜に連携する。
- ・総合病棟呼吸器内科カンファレンスで病態、検査、治療方針の理解、確認。受け持ち患者以外の患者についても理解する。
- ・胸部外科合同カンファレンス、放射線科合同カンファレンスで受け持ち患者の治療方針をdiscussionする。

(5) 研修の評価の基準

- ・診療に対する姿勢
- ・患者、患者家族との信頼関係の確立

**2) 循環器内科（総合病棟研修とCCU・循環器病棟研修を含む）**

循環器疾患は年々増加し、日常臨床で対処しなければならない機会が多くなった。そのため、ジュニアレジデントの研修中においても頻度多い循環器疾患について理解していなければならない。

総合病棟では、主に待機入院の虚血性心疾患、慢性うっ血性心不全、心筋症、弁膜症などの患者を担当する。

CCU・循環器病棟では緊急入院となる急性心筋梗塞、急性左心不全、完全房室ブロックなどの急性疾患の患者を担当する。

(1) 到達目標：総論

- ・胸痛、呼吸困難、動悸を訴える患者の病歴を聴取し、主な鑑別診断を想起し、必要な検査を依頼できる。
- ・バイタルサインを評価できる。
- ・主要な心雑音、3音、4音を聴取できる。
- ・胸部単純レ線から心腔の拡大、肺うっ血の有無を判断できる。
- ・心電図を記録、評価できる、かつその限界を理解している。
- ・ホルター心電図の結果の解釈および有用性を理解し、その限界を理解している。
- ・トレッドミルによる負荷心電図の危険性を知り、自ら実施し、その結果を判定できる。
- ・心臓超音波検査の限界を知り、レポートの結果を理解できる。
- ・心臓カテーテル検査の適応と合併症を知り、指導医とともに判定する。
- ・心筋シンチグラムを指導医と実施し判定する。

(2) 到達目標：各論

①高血圧

- ・高血圧（本態性、二次性）を診断できる。
- ・降圧薬の種類別副作用を知り、使用できる。

②心不全

- ・うっ血性心不全の病態を理解し、診断できる。
- ・単純な心不全の治療を指導医と行い、利尿薬と強心薬の使用をする。

③虚血性心疾患

- ・胸痛の病歴から心筋虚血による胸痛を他の胸痛と区別できる。
- ・労作性狭心症、異型狭心症、不安定狭心症、心筋梗塞を区別し診断できる。
- ・狭心症の初期治療ができ、各種抗狭心症薬の違いを理解する。
- ・合併症のない急性心筋梗塞の初期治療ができる。

④不整脈

- ・期外収縮の診断と治療の適応を理解し、治療できる。
- ・心房細動の治療ができる。
- ・ペースメーカー（一時的、永久）の適応を理解し、挿入に参加する。
- ・上室性頻拍症の診断をし、適切な薬物治療ができ、アブレイション治療を理解する。
- ・電氣的除細動の適応を理解し、実施できる。

#### ⑤その他

- ・造影CTで解離性動脈瘤が読影できる。
- ・細菌性心内膜炎の臨床像および診断について理解している。
- ・中心静脈を安全に確保できる。
- ・右心カテーテルを経験する。
- ・心肺蘇生術を習得する。

#### (3) 担当する予定の疾患

- ・狭心症
- ・心筋梗塞
- ・弁膜症
- ・心不全
- ・洞不全症候群、完全房室ブロック
- ・先天性心疾患

#### (4) 研修の方法

- ・総合病棟、CCU、および循環器病棟で入院患者を受け持つ。
- ・心臓カテーテル検査に参加し、右心カテーテルを行う。
- ・心臓カテーテル検査カンファレンスに出席し、結果をプレゼンテーションする。
- ・総合病棟カンファレンスに出席し、プレゼンテーションを行う。
- ・循環器内科回診症例について討論し、他の患者の診察により知識を広げる。
- ・病院内他科の心電図の判定に参加する。
- ・トレッドミル検査、心筋シンチ検査、心臓エコー検査に立ち会う。
- ・電気生理学的検査に参加する。
- ・心臓外科・循環器内科合同カンファレンスに参加する。

#### (5) 指導医による評価項目

- ・患者、看護師、検査技師とのコミュニケーション
- ・診断にいたる検査法の選択の過程
- ・診療録への記載の適切さ
- ・治療法の選択と変更の相談の的確さ
- ・検査治療手技の理解とその実施手技の丁寧さ
- ・患者の精神的状態の把握、難治性患者への接し方

### 3) 消化器内科

#### (1) 到達目標：総論

- ・腹痛、嘔吐、下痢、吐血、下血、貧血、黄疸を訴える患者の問診および診察を行うことができ、主な鑑別診断を想起して必要な検査を依頼できる。
- ・肝・胆道系酵素値異常の結果を解釈できる。
- ・腹部単純写真で free air やニボー像を理解しその意味を知る。
- ・腹部超音波検査の適応が判断でき、所見の解釈ができる。
- ・胃透視検査・注腸造影検査の適応が判断でき、所見の解釈ができる。
- ・消化器内視鏡検査の適応が判断でき、所見の解釈ができる。
- ・腹水穿刺の適応が判断でき、指導医の下で実施できる。
- ・TPNの適応が判断でき指導医の下で実施できる。
- ・輸血の適応が判断でき実施できる。

- ・どのような患者で消化器癌発見のための検査が必要かを理解する。

## (2) 到達目標：各論

### ①胃・十二指腸潰瘍

- ・上部消化管内視鏡検査の適応が判断でき、所見の解釈ができる。
- ・消化管出血に対する緊急内視鏡及び内視鏡的止血術の適応・手技を理解する。
- ・ヘリコバクター・ピロリ菌検出の意味と除菌治療の適応を理解し指導医の下で実施できる。

### ②炎症性腸疾患

- ・クローン病の診断治療を理解し指導医の下で実施できる。
- ・潰瘍性大腸炎の診断治療を理解し指導医の下で実施できる。

### ③腸炎

- ・急性感染性腸炎の診断治療を理解し指導医の下で実施できる。
- ・結腸憩室炎・虚血性腸炎などの診断治療を理解し指導医の下で実施できる。

### ④イレウス

- ・イレウスの診断ができイレウス管の適応が判断できる。

### ⑤消化管癌（食道癌・胃癌・大腸癌）

- ・消化管造影検査所見の解釈ができる。
- ・消化管内視鏡検査の偶発症を踏まえて適応の決定と検査所見の解釈ができる。
- ・消化管癌の放射線化学療法への適応・治療法を理解する。
- ・早期消化管癌の内視鏡的治療への適応・治療法を理解する。
- ・消化管癌の外科的治療への適応・治療法を理解する。

### ⑥肝炎

- ・肝炎の診断・原因分類・治療ができる。
- ・ウイルス性肝炎の自然経過を理解し、抗ウイルス療法への適応を判断し指導医の下で実施できる。
- ・肝癌発生との関係を理解する。

### ⑦肝硬変

- ・肝性脳症の診断・治療が指導医の下で実施できる。
- ・腹水の評価と治療が指導医の下で実施できる。
- ・静脈瘤の自然経過と治療法を理解する。

### ⑧肝膿瘍

- ・肝膿瘍の診断とドレナージへの適応・手技が理解でき、ドレナージの管理を含め内科的治療が指導医の下で実施できる。

### ⑨肝癌

- ・腹部超音波検査・CT検査所見の解釈ができる。
- ・血管造影検査・CTA・CTAP検査所見の解釈ができる。
- ・外科的治療への適応を理解する。
- ・TACE・RFA・PEITなどの非手術的治療への適応を理解する。

### ⑩胆嚢総胆管結石

- ・閉塞性黄疸に対する緊急ERCPへの適応が理解できる。
- ・ENBD・ESTなどの内視鏡的治療への適応が理解できる。
- ・外科的治療への適応が理解できる。

### ⑪急性胆嚢炎

- ・急性胆嚢炎の診断・治療が理解できる。

- ・ P T G B A ・ P T G B D など内科的治療の適応・手技が理解できる。
- ・ 外科的治療の適応が理解できる。

#### ⑫膵炎

- ・ 原因を含め急性膵炎の診断・内科的治療が指導医の下で実施できる。
- ・ 慢性膵炎の合併症を理解できる

#### ⑬胆道癌・膵癌

- ・ 胆道癌・膵癌の診断・内科的治療が指導医の下で実施できる。
- ・ 外科的治療、化学療法 of 適応が理解できる。

#### ⑭急性腹症

- ・ 急性虫垂炎など急性腹症の診断・治療が理解できる。

### (3) 経験させる予定の疾患（但し、以下の全ての疾患を受け持つわけではない）

- ・ 食道静脈瘤
- ・ 食道癌
- ・ 胃炎
- ・ 胃・十二指腸潰瘍
- ・ 胃癌
- ・ 急性腸炎
- ・ 炎症性腸疾患
- ・ 大腸癌
- ・ 急性虫垂炎
- ・ 大腸憩室炎
- ・ イレウス
- ・ 肝炎
- ・ 肝硬変
- ・ 肝膿瘍
- ・ 肝細胞癌
- ・ 胆嚢総胆管結石
- ・ 胆嚢炎
- ・ 胆管癌
- ・ 膵炎
- ・ 膵癌

## 4) 血液内科

### (1) 到達目標：総論

- ・ 貧血を分類し、鑑別診断のための検査計画をたてることができる。
- ・ 貧血、出血斑、リンパ節腫脹、肝脾腫などの身体所見がとれる。
- ・ 末梢血塗沫標本を鏡し、大まかな所見がとれる。
- ・ 骨髓穿刺・生検を自ら行い、鏡検で大まかな所見がとれる。
- ・ 腰椎穿刺と抗腫瘍剤の髄腔内投与ができる。
- ・ 中心静脈カテーテル挿入の適応、合併症を理解する。
- ・ 輸血の適応、手順について理解し、実施できる。
- ・ 輸血管理室実習において、血液型判定、交差試験を習得する。
- ・ 抗腫瘍剤、分子標的治療薬、G-CSF、DIC 治療薬、ステロイド剤などの使い方を理解する。
- ・ 造血幹細胞移植の概念や適応を理解し、指導医の指示に従い診療に参加する。

- ・白血球減少時の感染対策を理解し、適切な検査を実施し、empiric therapy が実施できる。

## (2) 到達目標：各論

### ①急性白血病

- ・急性白血病の病型分類を述べるができる。
- ・臨床検査科とのカンファレンスに参加し、担当患者のプレゼンテーションを行う。
- ・フローサイトメトリー解析、染色体・遺伝子検査の結果を理解できる。
- ・指導医の指示を受け、治療計画をたてることができる。
- ・プロトコールに従って、化学療法を実施することができる。
- ・抗腫瘍剤の有害反応や発熱性好中球減少症に適切に対応することができる。
- ・計画的な輸血を実施できる。
- ・抗腫瘍剤の髄腔内投与を実施できる。

### ②悪性リンパ腫

- ・悪性リンパ腫の多彩な病型を理解できる。
- ・病理診断科とのカンファレンスに参加し、担当患者のプレゼンテーションを行う。
- ・CT, MR, PET/CT などの画像検査の所見を理解できる。
- ・指導医の指示を受け、治療計画をたてることができる。
- ・悪性リンパ腫に対する標準的治療法である R-CHOP/CHOP 療法を実施することができる。
- ・悪性リンパ腫の自然経過や、現在の治療の到達点を理解できる。

### ③多発性骨髄腫

- ・国際骨髄腫作業部会による診断基準と、ステージ分類を理解できる。
- ・新規骨髄腫治療薬を理解できる。
- ・指導医の指示を受け、治療計画をたてることができる。

### ④再生不良性貧血

- ・再生不良性貧血の重症度を理解できる。
- ・抗胸腺細胞グロブリンやシクロスポリンによる免疫抑制療法を理解する。
- ・指導医の指示を受け、治療計画をたてることができる。

### ⑤特発性血小板減少性紫斑病

- ・ステロイド剤の適応と、起こりうる有害事象を理解できる。
- ・ガンマグロブリン大量療法、摘脾術、新規治療薬の適応を理解する。

### ⑥造血幹細胞移植

- ・同種造血幹細胞移植、自家造血幹細胞移植を理解する。
- ・骨髄採取術の術者となる。
- ・クリーンルームにおける無菌管理を理解できる。

## (3) 担当予定の疾患

- ・急性骨髄性白血病
- ・急性リンパ性白血病
- ・悪性リンパ腫
- ・多発性骨髄腫
- ・再生不良性貧血
- ・特発性血小板減少性紫斑病
- ・同種・自家造血幹細胞移植患者
- ・同種造血幹細胞移植ドナー

## 5) 神経内科

### (1) 到達目標：総論

- ・神経学的診察が行え、正常・異常の判断ができ、記載できる。
- ・神経学的診察に基づき局所診断ができる。
- ・病歴・診察所見に基づき病因の推定ができる。
- ・鑑別診断・確定診断のための検査プランが立てられる。
- ・推定した病因に基づき治療プランが立てられる。
- ・以上の診断、検査、治療プランに関して、患者、家族が理解できるように説明できる。
- ・神経救急疾患に対して、緊急の検査、処置の必要性が判断でき、初期治療を開始できる。
- ・慢性神経疾患では、患者、家族の精神的なサポートができる。

### (2) 到達目標：各論

#### ①脳血管障害

- ・生命徴候、一般内科所見が的確にとれ、必要な救急処置ができる。
- ・病歴、神経学的診察により、病巣の局在診断ができる。
- ・神経症状の重症度を、NIHSS スコアで評価できる。
- ・頭部 CT、MRI の適応が判断でき、画像の読影ができる。
- ・脳卒中超急性期の場合、迅速に SCU 当番医にコンサルトができる。
- ・脳血管障害の初期治療を開始できる。
- ・リハビリテーションの初期評価、開始の指示ができ、効果判定ができる。
- ・脳血管障害慢性期の治療に習熟する。

#### ②炎症性疾患（脳炎、髄膜炎など）

- ・髄液検査の適応を判断でき、指導医のもと、安全に検査を施行できる。
- ・髄液検査の結果の解釈が適切にできる。
- ・炎症性疾患の検査、治療法に習熟する。

#### ③神経変性疾患（パーキンソン病など）

- ・各種神経変性疾患の診断基準、重症度評価を学ぶ。
- ・画像検査、神経機能検査など、診断のための検査、治療を経験する。
- ・合併症（肺炎、尿路感染など）の管理ができる。
- ・神経難病を患った患者、家族に対するコミュニケーションを学ぶ。
- ・神経難病の在宅療養に際し、必要なサービスに習熟する。

#### ④神経救急疾患（意識障害、けいれん重積状態など）

- ・病歴、診察所見より、意識障害の鑑別診断をし、速やかに検査が行える。
- ・意識障害の初期治療を開始できる。
- ・せん妄の管理ができる。
- ・けいれん重積状態の初期治療を開始できる。

### (3) 担当予定の疾患

- ・脳梗塞
- ・脳出血
- ・髄膜炎
- ・脳炎
- ・てんかん
- ・パーキンソン病

- ・脊髄小脳変性症
- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・重症筋無力症
- ・ギラン・バレー症候群
- ・せん妄

#### (4) 研修方法

- ・病棟で神経疾患患者を受け持ち、指導医とともに診察、検査、治療にあたる。
- ・神経内科カンファレンスで、受持患者の症例呈示を行う。
- ・神経内科回診に参加する。
- ・神経内科、脳神経外科、放射線科合同の SCU カンファレンスに参加する。

#### (5) 評価法

- ・研修開始と終了後に自己評価を行う。
- ・研修終了後に指導医から評価を受ける。

### 6) 内分泌内科

#### (1) 到達目標：総論

- ・内分泌臓器のホルモン分泌異常による徴候について説明できる。
- ・各種ホルモン測定のお知らせと結果の評価ができる。
- ・病歴・診察・検査所見に基づき診断の推定ができる。
- ・鑑別診断・確定診断のための検査プランが立てられる。
- ・診断に基づき治療プランが立てられる。
- ・診断、検査、治療プランについて、患者、家族が理解できるよう説明できる。
- ・低血糖、高度の高血糖などの緊急を要する代謝異常、併発する感染症・足病変の検査、処置の必要性が判断でき、初期治療を開始できる。
- ・慢性疾患の治療開始・継続において、患者、家族の精神的なサポートができる。

#### (2) 到達目標：各論

##### ① 糖尿病

- ・糖尿病とはどんな病気（自然歴、合併症、1型・2型・その他・妊娠糖尿病）か説明できる。
- ・病状の評価方法（ヘモグロビンA1c、グリコアルブミン、血糖値、インスリン、Cペプチド、抗GAD抗体）がわかる。
- ・合併症とその検査法（眼底、尿中アルブミン、腎症の病期、振動覚・腱反射・神経伝達速度、末梢動脈の触知、ABI[足関節/上腕血圧比]、脈波伝播速度）がわかる。
- ・糖尿病性ケトアシドーシス、高血糖高浸透圧症候群の初期治療ができる。
- ・セルフモニタリング（自己尿糖、血糖測定）の方法を指導できる。
- ・血糖値の持続モニタリングなどにより血糖値の日内・日差変動を理解する。
- ・食事療法・運動療法について適切な処方ができる。
- ・主要な経口糖尿病薬を知っており、使用できる。
- ・インスリン療法、GLP-1RA療法の適応を知り、使用できる。
- ・各種注射製剤（インスリンGLP-1RA）の特性を知り、種々の治療を経験する。
- ・低血糖の症状を理解し、適切に対処できる。
- ・糖尿病の治療目標を理解し、患者自身の目標の立案をサポートする。
- ・行動変容を促すアプローチについて知っている。



- ・糖尿病教育にチームの一員として参加する。
- ・糖尿病の慢性合併症を理解し、その予防と対策について説明できる。
- ・糖尿病に合併しやすい疾患・状態を理解し、その病状に応じた対処を知る。

#### ②肥満症、その他の代謝疾患

- ・内臓脂肪蓄積型と皮下脂肪蓄積型の代謝の違いを理解する。
- ・糖尿病と心血管疾患のリスクとなるメタボリックシンドロームについて理解を深める。
- ・脂質異常症の分類とリスクについて知り、治療目標と治療法について知る。
- ・尿酸やビタミンの代謝について理解を深め、その合併症と予防について説明できる。

#### ③甲状腺疾患

- ・甲状腺の触診ができる。
- ・甲状腺機能の亢進や低下を疑う症状や検査上の異常について知っている。
- ・甲状腺ホルモンの検査が適切に依頼でき、その結果を解釈できる。
- ・甲状腺機能亢進症および低下症の自然歴について知っている。
- ・甲状腺機能亢進症の治療法の種類（抗甲状腺薬、ラジオアイソトープ治療、手術療法）とその適応を理解している。
- ・甲状腺エコーやシンチグラフィについて理解を深める。
- ・甲状腺内腫瘍に対するエコー下吸引細胞診を見学・サポートする。
- ・甲状腺クリーゼのリスクと徴候を理解し、初期治療ができる。
- ・甲状腺機能低下症のホルモン補充療法を実施できる。

#### ④下垂体・副腎・副甲状腺疾患、膵神経内分泌腫瘍

- ・下垂体前葉機能亢進症や下垂体前葉・後葉機能低下症の診断のための各種内分泌負荷試験を経験し、画像診断の理解を深める。
- ・副腎皮質機能亢進症や機能低下症の診断のため内分泌負荷試験を経験し、副腎腫瘍画像診断の理解を深める。
- ・副腎皮質ホルモンの補充療法を実施できる。
- ・急性副腎不全のリスクと徴候を理解し、初期治療ができる。
- ・副甲状腺機能亢進症や機能低下症の診断のため内分泌負荷試験を経験し、副甲状腺の画像診断の理解を深める。
- ・低血糖症の原因となるインスリノーマや拮抗ホルモン低下などの鑑別診断の必要性がわかる。
- ・選択的副腎静脈サンプリングや膵神経内分泌腫瘍に対する選択的動脈内カルシウム負荷試験のサポートに参加する。

### (3) 担当する予定の疾患(研修期間により異なる)

#### 代謝疾患

- ・1型糖尿病
- ・2型糖尿病
- ・①他の疾患、条件に伴う糖尿病（二次性糖尿病）②糖尿病合併妊娠③妊娠糖尿病、④低血糖(インスリン拮抗ホルモン分泌不全による低血糖<副腎不全など>、反応性低血糖、薬物による低血糖)⑤糖尿病の緊急症(糖尿病ケトアシドーシス、高浸透圧高血糖症候群、乳酸アシドーシス、低血糖昏睡)
- ・糖尿病の慢性合併症①細小血管障害<糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害>②大血管障害<心血管障害、脳血管障害、末梢血管病変>③その他の合併しやすい疾患<がん、骨粗鬆症、認知症、うつ、歯周病>
- ・肥満症①単純肥満<内臓脂肪肥満、皮下脂肪肥満>②二次性肥満③メタボリックシ

ンドローム)、脂質異常症<原発性・続発性>、高尿酸血症<痛風、無症候性高尿酸血症>、ビタミン異常症<ビタミン欠乏症>

内分泌疾患

- ・視床下部・下垂体疾患:①下垂体前葉機能亢進症(先端巨大症<アクロメガリー>、クッシング病、高プロラクチン血症)②下垂体前葉機能低下症(下垂体機能低下症<Sheehan 症候群を含む>、成人成長ホルモン分泌不全症、ACTH 単独欠損症)③下垂体後葉疾患(尿崩症<心因性多尿症、腎性尿崩症を含む>、SIADH)④その他の視床下部・下垂体疾患(empty sella 症候群、リンパ球性下垂体炎、肉芽腫性疾患を含む)
- ・甲状腺疾患:①甲状腺中毒症(バセドウ病、亜急性甲状腺炎、無痛性甲状腺炎)②甲状腺機能低下症(慢性甲状腺炎<橋本病>、術後または放射線ヨード療法後の甲状腺機能低下症)③甲状腺腫瘍
- ・副甲状腺疾患とカルシウム代謝異常:①高カルシウム血症(原発性副甲状腺機能亢進症、悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症)②骨粗鬆症(原発性、続発性)
- ・副腎疾患:①副腎皮質機能亢進症(原発性アルドステロン症、クッシング症候群)②副腎皮質機能低下症③副腎腫瘍(非機能性副腎皮質腫瘍<incidentaloma を含む>、褐色細胞腫)
- ・神経内分泌腫瘍:インスリノーマを含む

#### (4) 研修の方法

- ・入院患者の受け持ち医となり、指導医とともに診察、検査、治療にあたる。
- ・内分泌内科カンファレンスで、受持患者の症例呈示を行う。
- ・内分泌内科病棟回診に参加する。
- ・専門外来、エコー検査、糖尿病教室を見学あるいは参加する。

#### (5) 評価法

- ・研修開始と終了後に自己評価を行う。
- ・研修終了後に指導医から評価を受ける。

### 7) 総合内科

各専門内科に属する疾患(呼吸器、循環器、消化器、血液、神経、内分泌疾患)以外の主訴で来院するものがすべて、総合内科の領域となる。また専門領域の疾患でも非定型的な病像のものは、とりあえず総合内科で診療されることが多い。このため内科全般を守備範囲とし、幅広い知識、技能が要求される。主訴としては発熱、疼痛疾患(筋・関節)、全身倦怠、体重減少などコモンなものが多い。疾患としては、感染症、膠原病・リウマチ疾患、全身性血管炎、腎疾患などである。

#### (1) 到達目標・総論

- ・発熱、炎症を有する患者の問診をとり、順序よく過不足なく身体所見をとり、重症度および頻度の上から原因疾患を想起し、鑑別診断をあげることができる。
- ・発熱、炎症を来たす疾患の診断のために必要な検査を依頼、実施できる。検査結果を正しく解釈し、診断ができる。
- ・筋痛、関節痛の患者の病歴をとり、診察し鑑別をあげることができる。
- ・各種の自己抗体および補体検査の意義を理解し、病状に応じて適切に検査を依頼し、結果を正しく解釈できる。
- ・尿検査を自ら実施できる。
- ・検尿所見から蛋白尿(糸球体性か非糸球体性か)および血尿(腎性か非腎性

か) の鑑別ができる。

## (2) 到達目標・各論

- ①感染症：一般細菌・抗酸菌・真菌感染症、ウイルス感染症
  - ・発熱患者から各種培養や必要検査に依頼し、感染症を診断できる。
  - ・特に不明熱患者から、尿路感染症、感染性心内膜炎、化膿性骨髄炎、椎体炎、肝膿瘍、腸腰筋膿瘍、髄膜炎など正しく診断できる。
  - ・主要な感染症の病態を理解し、抗菌薬、抗ウイルス剤を適切選択し治療が行える。
- ②関節炎、筋肉痛などの疾患
  - ・関節リウマチ、感染性関節炎、結晶誘発性関節炎、血清陰性関節症、リウマチ性多発筋痛症を正しく診断、治療できる。
- ③膠原病（SLE、多発性筋炎、強皮症など）・全身性血管炎
  - ・各種の膠原病および全身性血管炎の特徴的な病像を理解している。
  - ・臨床所見から、膠原病/全身性血管炎を想起し、適切な検査を選択し診断できる。
  - ・ステロイド・免疫抑制剤の副作用を理解し、副作用の発見、予防、および治療ができる。
- ④腎疾患（慢性腎炎、ネフローゼ症候群）
  - ・腎生検の適応および合併症を理解する。
  - ・慢性腎炎、ネフローゼ症候群を正しく診断し治療できる。

## 2. 救急研修

当院は救命救急センターを併設しておらず、一次、二次、三次救急全ての診療にあたる。平成 27 年度の救急外来の総患者数は 14,898 人、救急車搬送者は 5,795 人である。平日時間外、土日祝日に救急外来受診された患者のほとんどの初期診療を研修医（ジュニアレジデントおよびシニアレジデント）が行っている。

### (1) 救急外来研修の目的

基本的な目標は、①BLS (basic life support) ・ ACLS (advanced cardiac life support) に必要な手技を身につける、②救急外来で初期診療ができる、③疾患・病態の重症度・緊急度に応じた対応（トリアージ能力）ができる、ことである。

当院の救急外来では、研修医が経験すべき頻度の高い 20 項目の症状（発熱、呼吸困難、めまい、胸痛、腹痛など）を主訴に救急外来を受診する患者も多く、一般外来研修の場でもあると捉えている。

### (2) 勤務体制

救急外来（時間外外来）研修は、麻酔科研修中も含めた 2 年間を通じて行われる。勤務は平日、土曜日、休日の時間外外来の診療である。月に 3～4 回の当直業務が当たる。

### (3) 当直体制

研修医の当直体制は 1 年目 1 名、2 年目 1 名、シニアレジデント（卒後 3 年～5 年）1 名の 3 名で行っている。その他に内科系、外科系各 1 名のスタッフが当直している。

#### (4) 指導体制

1年目の研修医は5月から6月の間、シニアレジデントからマンツーマンで指導を受ける。病歴と身体所見は一人で取り、検査の依頼、診断そして治療はシニアレジデントと相談しながら進める。この期間の到達目標は、短時間で的確な病歴聴取と身体診察までとしている。例年7月上旬には独立して診療をはじめめるが、必ず上級医に監査を受ける形で最終的な判断、マネージメントを行う。2年次からは、独力で診療を行い、必要に応じてシニアレジデント・当直医師にコンサルテーションを行いながら患者マネージメントを行う。多忙な場合はシニアレジデントも併行して別の外来患者を診察している。

また週末の救急外来(土曜日 12時30分~17時、日曜日 8時30分~17時)には、通常の当直医に加えて、内科系のシニアレジデントが、ジュニアレジデントの指導を主な業務として勤務している。

#### (5) 診療体制

繁忙な場合は、スタッフの当直医もレジデントと併行して救急外来診療を行う。専門的な診療(入院を含む)が必要な場合は、自宅待機中の各専門科の当番医をコールし、診療を依頼する。また脳外科医師、循環器内科医師、心臓血管外科医師は、オンコールの医師が当直しており、必要な症例には迅速にコンサルト・診療にあたるよう待機している。当直のレジデントは入院診療にはタッチしない。

### 3. 地域医療研修

#### (1) 一般目標

- ・一般病床入院診療以外の医療を体験する。
- ・かかりつけ医、在宅医療、療養病床(リハビリ)、社会福祉施設の役割を述べることができる。
- ・介護保険の仕組みと、在宅医療・療養型施設・社会福祉施設との関連を述べるができる。

#### (2) 個別目標

##### ①診療所

- ・時間的制約を意識して、患者から病歴・身体所見を中心に必要な情報を収集し、問題点を抽出できる。
- ・電話および受付窓口での患者さんとの対応法の基本について理解する。
- ・患者の日常的な訴えや健康問題の基本的な対処について述べるができる。
- ・健康維持に必要な患者教育(食生活、運動、禁煙指導など)が行える。

##### ②療養病床(高齢者医療/リハビリ)

- ・高齢者の特性を理解して情報収集ができる。
- ・機能的自立評価法(FIM: Functional Independence Measure)を用いてADLが評価できる。
- ・リハビリの適応を判断して、指導医の下でリハビリの処方ができる。
- ・患者の問題解決に必要な医療福祉資源を挙げ、各機関に相談・協力ができる。

### ③在宅医療

- ・慢性疾患患者や高齢患者の在宅療養の適応および療養環境整備を把握できる。
- ・経管栄養、自己注射、気切ロケアー、在宅酸素療法、人工呼吸療法など計画的・持続的に行われている在宅医療処置が実施できる。
- ・限られた病歴・身体所見から、患者の状態の変化を適切に評価できる。
- ・寝たきり患者特有の合併症（褥瘡、誤嚥性肺炎など）の予防・治療について理解する訪問看護・訪問リハビリテーションなどの他の医療メンバーと協調でき、家族を含めた総合的な患者医療を理解できる。

### (3) 研修方法

- (A) ①診療所研修 山添村国保東山診療所 1週間  
②診療所研修 松村医院 1週間  
③白川分院（療養型病床） 1週間  
④在宅世話どりセンター 1週間
- (B) 医療法人健生会 大福診療所1ヵ月コースあり  
期間によって（B）コースの選択あり

## 4. 麻酔科研修

ジュニアレジデントの麻酔科研修は2人1組で6月から始まり、研修期間は4ヶ月間で、4ヶ月の研修期間に各人が約120例の全身麻酔を担当することになります。標準的な麻酔管理症例を主に担当しますが、希望とやる気があれば、心臓外科、呼吸器外科、小児手術の麻酔を担当することも可能です。

### (1) 総括目標

急性期医療の基礎知識ならびに基礎技術の習得を目的とします。

すなわち、麻酔科研修を終了したレジデントは須らく

「周術期患者に起こりうる種々の生体反応を敏感に感受し、その反応が患者にとって有害事象となる前に、解剖学、生理学、薬理学に基づく適切な対応をすることにより、患者の生体としてのホメオスタシスを維持することができる」ようになります。

### (2) 個々の目標（一症例の周術期における時間軸に沿って到達目標を提示します）

#### 1) 丁寧な術前訪問と的確な術前評価ができる。

麻酔科医は周術期における患者の主治医になります。

おのおのの患者の当該手術となった疾患のみならず周術期に影響を及ぼすと考えられる既往症、現症、家族社会背景を含めた全人的な患者の評価を行います。

#### 2) 麻酔計画の立案ができる。

上記の術前評価をもとに、予定術式による生体への影響を加味して、麻酔導入、麻酔維持ならびに術後の鎮痛（症例によっては鎮静も）に使用する薬剤と方法を選択します。

#### 3) 迅速かつ正確な麻酔準備（SOAMIの実践）ができる。

SOAMIは”Are you ready?” “So, am I”からとられた麻酔準備の行動規範です。

S : SUCTION（吸引の準備、確認）

O : OXYGEN (酸素投与の準備、確認)

A : AIRWAY (気道確保の準備、確認)

M : MONITOR&MACHINE (モニターと麻酔器の準備、確認)

I : INJECTION or IV (注射/静注薬剤の準備、確認)

の頭文字をとってこう呼ばれる5要素は、どれ1つとして麻酔導入前の準備で欠かせないものです。この準備が完璧にできることが全ての基本となります。逆にいえば、この準備が不完全であるうちは、麻酔科医として働く資格がありません。できるだけ早く覚えて、緊急時にも自然に身体が動いて可及的迅速な準備をできるようになります。

4) 安全で流れに乗ったリズム感のある**麻酔導入**ができる。

麻酔薬の投与が始まると、患者の状態は刻一刻と変化します。おのおのの薬剤の必要量、作用発現・持続・消失時間に通暁していることを前提に、適量を投与したのち、速やかに気道確保、マスク換気、喉頭展開から気管挿管までをよどみなく安全に施行できるようになります。他の外科系諸手技と同様、一定のリズム感を持って行うことが大切です。しかし、実際は種々の要因（たとえば、気道が簡単に確保できなかつたり、過度の循環変動を惹起したり、など）で、このリズムは乱れます。それに迅速に対応するトラブルシューティングの能力も習得します。種々の患者に応じたオーダーメイドの気道確保を上級医とともに施行することにより、急性期医療の基盤となるABCのAirwayとBreathingの基本技術を磨くことができます。

手技の上達と各人の到達度に応じて、橈骨動脈カテーテル留置、中心静脈カテーテル留置、硬膜外カテーテル留置、エコーガイド下神経ブロックを習得します。

5) **麻酔維持**中に起きる種々の事態の理解と対処ができる。

麻酔維持中は安定したバイタルサインを保つのが重要です。このために、麻酔の三要素である鎮痛、健忘、不動のそれぞれの薬物、麻薬、麻酔薬、筋弛緩薬の患者に応じた投与方法を習得します。

上記を維持しても、手術手技による要因（大量出血や臓器の圧排など）、患者要因（薬剤に対する過敏反応や現疾患の術中急性増悪）、麻酔科医の要因（薬剤の過不足）により、患者のホメオスタシスは破綻へと進行することが稀ではありません。カタストロフとなる前に、その原因を把握して適切な対応をする必要があります。レジデント諸君はまず、微細な生体からのサインを見逃さず、躊躇なく上級医に知らせる習慣を身につけます。同時に、上級医とともに、主に人工呼吸器設定方法、循環作動薬投与方法、輸液輸血の方法と効果を学ぶことができます。これによって、A、Bのみならず、C：Circulationの変動に対する急性期対応の方法を身につけることが可能です。これらの呼吸、循環、さらには意識、筋弛緩の周術期の状態は、当院のオペ室において精緻にモニターされています。自分が投与した薬物の効果が刻一刻と発現ならびに消退するさまを確認することにより、生体への薬物効果を体感します。

6) 疼痛や不快感のない速やかな**麻酔からの覚醒**させることができる。

術後管理は術中から既に始まっています。全身麻酔を説明するとき、最も頻繁に患者から尋ねられる質問は、麻酔から本当に覚めるのか、覚めたときは痛いのではないかという

ものです。術中から十分な鎮痛をして生体に過度のストレス反応を惹起しないよう心がけ、覚醒時ならびに術後も疼痛を軽減する必要があります。レジデント諸君は、疼痛緩和のための多様な手技と薬剤の投与法を習得します。神経解剖と局所麻酔薬の薬理学を理解したのち、硬膜外麻酔やエコーガイド下の神経ブロックを指導医の監督のもとに施行します。麻薬と非麻薬系鎮痛薬の種類とそれぞれの薬理学的特徴を理解し、患者制御鎮痛デバイスを用いて鎮痛薬の持続硬膜外注入あるいは静注を施行できるようになります。

#### 7) こまやかな術後診察とそれに基づく自らの麻酔への反省

術後は、必ず、病棟へ患者を訪問し診察をします。麻酔中のモニターの進歩は著しいですが、それでも術中覚醒が起きることがあります。術後患者にインタビューして、術中記憶がなかったか否かを確認します。さらに、術後の鎮痛が十分であったか、嘔気嘔吐はなかったか、嘔声・喉頭痛・咽頭痛はなかったか等々をこまめに質問し、自分の行った麻酔、手技を反省し、術後愁訴の少ないさらなる洗練された麻酔ができるように精進します。

## 5. 外科研修

消化器外科を2カ月間、ブロックローテーションにて研修する。この期間中、研修医の希望により、乳腺外科・心臓血管外科・呼吸器外科の研修も可能である。

### (1) 一般目標

- ・基本的な外科的手技を身につける。
- ・消化器外科における診断法・局所および全身状態の評価法・手術適応を理解する。
- ・患者・家族と良好なコミュニケーションをとる。
- ・周術期の全身管理をおこなう。

### (2) 個別目標

- ・消化器外科領域における外科疾患の診察ができる。
- ・消化器外科領域における疾患の画像診断ができる。
- ・手術記録を含むカルテの記載ができる。
- ・正しい手洗い、ガウンテクニック、術野の消毒法ができる。
- ・手術にともなう全身反応を理解する。
- ・輸液法を適切に実行することができる。
- ・創傷治癒の一般的経過を理解する。
- ・栄養管理（末梢静脈栄養、経腸栄養、中心静脈栄養）ができる。
- ・外科的感染症に対して適切な抗菌薬治療ができる。
- ・胃管・ドレナージチューブの管理ができる。
- ・機会があれば皮膚切開、縫合ができる。
- ・受け持つ手術症例の局所解剖を理解する。
- ・手術合併症について理解する。

### (3) 研修方法

2カ月間、消化器外科症例を受け持つ。

#### ① 受け持つ予定の症例

- 外科的治療
  - ・急性期外科疾患（腹部救急疾患）
  - ・消化器がん（食道・胃・大腸・肝胆膵）

- ・ 一般外科疾患（ヘルニア、痔疾患、外科的感染症など）
  - 化学療法・放射線療法・緩和医療・終末期医療など
- ② 手術室研修
  - ・ 自分の受け持ち症例の手術に参加する。
  - ・ スタッフの待期手術に参加する。
  - ・ 緊急当番に登録し、当番日の緊急手術に参加する。
- ③ 回診・検討会
  - ・ 部長回診に参加する。
  - ・ 抄読会、術前・術後検討会、重症患者カンファレンス
  - ・ 消化器合同カンファレンスに参加する。
- ④ 研修終了報告
  - ・ 研修の最終週に報告書（所定の用紙あり）を消化器外科部長、レジデントセンターに提出する。
  - ・ 報告内容
 

手術日（予定・緊急）	術式
患者氏名、年齢、性別	指導医
最終診断	第（ ）助手
- ⑤到達目標の評価
  - ・ 研修開始前と終了後に自己評価を行う。
  - ・ 研修終了後に指導医からの評価を受ける。

## 6. 小児科研修

小児科で扱う疾患は各領域にまたがり、急性疾患から慢性疾患まで範囲が広い。また小児の疾患は年齢に応じた特徴を有している。症状は急速に変化することが多く、症状の変化を適時、的確にとらえ処置を早めに行えるよう技術の習得にも努めなければならない。小児は成長・発達の過程にあるため疾病の患児に及ぼす影響が大きいことを知り、保護者の心理も十分理解することが重要である。

### （1）一般目標

- 1) 患児及びその養育者、特に母親との間に好ましい人間関係をつくり有用な病歴を得る方法を身につける。
- 2) 小児の年齢的特性を理解し、年齢に応じた小児疾患の特徴を体得する。特に乳幼児の診察技術に習熟し、身体所見を正確にとれる。常に全身を包括的に観察できる。
- 3) 小児疾患は急速に変化することが多いので、症状の変化を適時的確にとらえるため、診察（観察）を何度も行い、連絡をとることの重要性を学ぶ。また、検査や処置を早めに行えるよう、技術の習得に努める。
- 4) 病歴、診察所見より必要な検査を選択して、得られた情報を総合して、適切な診断を下すことができる。
- 5) 小児では疾病が成長・発達に大きな影響を与えることや、家族や保護者の心理を十分理解した上で、患児や家族と共に協力して疾病に立ち向かうことが重要であることを理解する。
- 6) 小児に多い救急疾患の基本的知識と手技を身につける。

### （2）個別目標

- 1) 小児の診察、病歴の聴取、カルテの記載、鑑別診断ができる。



- 2) 小児の正常発達について理解できる。
- 3) 小児の検査について正常値・異常値を説明できる。
- 4) 小児の感染症に対する抗生剤の用いかた、その他の疾患に対する薬剤の投与量を理解し、処方できる。
- 5) 指導者のもとで小児の輸液ができる。
- 6) 指導者のもとで採血、静脈内持続点滴、皮下注、筋注、腰椎穿刺等ができる。
- 7) 指導者のもとで気道確保、ベンチレーター装着（特に未熟児、新生児）ができる。
- 8) けいれん重積状態、気管支喘息等の救急処置ができる。

### (3) 研修方法

小児病棟を中心に2カ月間研修する。

#### 1) 小児病棟勤務

- ①教科書の復習をしながら、「小児科レジデントマニュアル」を予習する。
- ②小児の代表的な急性疾患（感染症、脱水症、喘息、けいれんなど）を中心に指導医と共に主治医となり、小児疾患全般の診断、処置、治療について学ぶ。
  - a) 小児の診察法、病歴のとりかた、カルテの記載法、鑑別診断等
  - b) 身体計測、血圧測定の方法や正常値、体温、脈拍、呼吸数やその他種々の小児の検査値の正常値
  - c) 小児の正常発達について基本的な知識
  - d) 採血（静脈、動脈）、静脈内持続点滴、腰椎穿刺、骨髄穿刺等
  - e) 小児の輸液（組成、量）
  - f) 抗生剤の用い方、その他の薬剤の適応や投与量
  - g) 導尿、エアロゾル吸入、酸素吸入、輸血、鼻腔カテーテル挿入
  - h) けいれん重積状態、気管支喘息等の救急処置
  - i) 機会があれば実施するもの；鼠径ヘルニアの還納、高圧浣腸による腸重積の整復術、臍肉芽の処置・その他小さい外傷・膿瘍切開等の小外科、透光試験（陰囊、頭部）、胃洗浄
- ③以下の検査は、機会があれば自ら実施または指示し、その結果について判断できるように努める。

尿一般、便一般、末梢血一般、赤沈、髄液一般検査、ツベルクリン反応、細菌培養、塗抹染色、吐物・穿刺液の一般検査、血液ガス分析、心電図、血糖の簡易測定

#### ④画像検査；

- a) 自ら実施または指示し、その結果について解釈できる。  
胸部・腹部・頭部・四肢X線撮影、消化管造影、静脈性腎盂造影、胆のう造影（DIC）、頭部・胸部・腹部の基本的CT像、MRI（磁気共鳴画像）、心・腹部・頭部エコー、脳波
- b) 検査の適応を専門医と相談し、これを指示できる。検査の結果を理解し、診療に応用できる。  
心カテーテル検査、冠動脈造影、膀胱尿管逆流（VUR）の検査、気管支造影、Ga・Xe・<sup>99m</sup>Tcなどのシンチグラフィ

#### 2) 小児循環器関係病棟勤務

小児循環器疾患診療を通じ、上記の小児診療の基本を習得するとともに、循環器疾患については一部特殊技術も習得する。

- ①心エコー、心筋シンチ、心臓CT・MRIなどの検査と診断。
- ②先天性心疾患の基本的な治療方針を理解する。心臓精検（心臓カテーテル法検査）を行い、データの分析による診断と治療方針の決定。
- ③川崎病心血管合併症など後天性心疾患の診断と治療。
- ④小児不整脈疾患の診断および治療。運動負荷心電図、長時間記録心電図（Holter心電図）等。

### 3) 小児科外来／小児科循環器外来

- 時間があいた時、外来での診察法、検査、処置技術を学ぶ。
- 主治医であった患者について、指導医の許可を得て自らフォローする。
- 予防接種外来では皮下注、またシナジス外来では筋注の方法を学ぶ。

### 4) カンファレンス

- 毎週月曜日カルテ回診、水曜日病棟回診、木曜日の抄読会に参加する。
- 心臓血管外科との合同カンファレンスに出席し、症例提示の仕方、週間サマリー、鑑別診断、治療等について討論する。
- 毎週水曜日の勉強会では、各専門医によるレクチャーによって最新の知識を学ぶとともに、自らも発表する。

## (4) 目標達成度の評価

スタッフミーティング委員が、指導医やスタッフの意見を参考にして行う。

## 7. 精神神経科研修

研修で学んでほしいこと

精神科に研修に来た先生方はしばしば「せん妄への対処の仕方を教えてほしい。」「うつ病の初期対応を学びたい。」「眠剤の使い方を教えてほしい。」と言う。「しかし」と私は思う。せん妄というけれど「せん妄」が夜の病棟を徘徊しているのではない。うつ病の初期対応というけれど、診察室に「うつ病」が服を着て入ってくるわけではない。そこにいるのはせん妄を病む人であり、うつ病に苦しむ人であるはずだ。また眠れないからと言って単純に眠剤を出せばよいというものでもない。極端な話だが救急当直医が不眠だからと眠剤を出すことはないだろう。その人がどこをどう病んでいるのか、その病とその人の健康な部分や生活とがどう関係しているのか、そういうことを理解しようとする姿勢だけでも持たなければ適切な治療はできないのではないか？「ちゃんと診察してください。」というのが私の答えである。

「医師として病む人とどう向き合うか？」問われているのは医師としての姿勢である。そしてこれは医師である限り自問自答を繰り返して行かなければならない問いでもある。

精神科では、治療を拒否する人もいる。コミュニケーションが十分に取れない人、医療者に敵意を示す人もいる。何もしないことが最も適切な行為である場合もある。目に見える手技が少ない分、治療者と患者の関係がよりくつきりと姿を現す。医師としての自分の姿勢が最も厳しく問われる場ではないかと考えている。

知識や技術を軽視するわけではないが、1カ月足らずの研修で学べることは限られている。それに全員が精神科を専門にするわけではない。

「医師として病む人とどう向き合うか？」医師としての姿勢を自らに問い続けることを精神科研修で学んでほしい。

## 研修の目標

精神科受診が必要な患者について適切に精神科にコンサルトできることを目標にする。

### (1) 一般目標

精神症状のある患者に対し、医師として適切に対応するために精神科診療に必要な基本的な知識、技術について理解し、適切な診察態度を身につける。

### (2) 個別目標

- 1) 患者の個人としての尊厳に配慮する。
- 2) 診断、治療に有用な病歴を取れる。
- 3) 患者を診察し症状を記述できる。
- 4) 精神科の診断・治療の過程について理解する。
- 5) 精神医療に関わる法律について理解する。
- 6) 精神科における他職種役割を理解する。
- 7) 精神障害者の地域での生活に目を向ける。
- 8) 緩和ケアにおける精神科の役割を理解する。

## 経験すべき疾患

統合失調症、気分障害、認知症については入院症例を担当し、レポートを作成する。身体表現性障害、神経症性障害、適応障害、パーソナリティ障害、薬物による精神障害など3症例以外の疾患については外来で経験できるようにする。また可能であれば入院症例を受け持つ。

## 精神科研修の方法

### 朝の申し送り参加

病棟で朝の看護の申し送りに参加する。

### 外来診察見学

再来患者の診察見学

### 外来初診患者の予診と初診見学

初診患者の予診をとり診察を見学する。

### 病棟副主治医・レポート作成

副主治医として入院患者の診察を行い、カルテを記載する。統合失調症、気分障害、認知症の症例についてはレポートを作成し、最終週に発表する。

### 医局会参加

毎週行われる医局カンファレンスに参加する。

### 他科への往診見学

他科病棟の往診に同行し見学する。

## 作業療法見学

研修中に一度作業療法の見学を行う。

## ミニレクチャー

主な疾患や他職種の役割について担当者から講義を受ける。

## 緩和ケアラウンド・カンファレンス参加

毎週の緩和ケアラウンドの参加、可能なら月1回のカンファレンスに参加する。

## 8. 産婦人科研修

日本産婦人科学会の提唱する研修カリキュラムを、本院に合わせて一部改定した。また、他科と重複するような内容は省略した。

### (1) 一般目標

- ①女性特有の疾患による救急医療を研修する。  
緊急を要する婦人科疾患を的確に鑑別する。
- ②女性特有のプライマリーケアを研修する。  
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。
- ③妊産褥婦の医療に必要な基本的知識を研修する。  
妊産褥婦に対する検査、投薬、治療での制限についての特殊性を理解する。

### (2) 行動目標

#### 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
  - ・問診および病歴の記載：一般的病歴および月経歴、妊娠歴
  - ・産婦人科的診察法：視診、触診、直腸診
- ②基本的臨床検査
  - ・内分泌検査：各種ホルモン検査、基礎体温表の診断
  - ・妊娠の診断：免疫学的妊娠反応、超音波検査
  - ・感染症の検査：膣分泌物検査
  - ・細胞診：子宮頸部細胞診
  - ・超音波検査：経膈断層法、経腹断層法
  - ・放射線検査：骨盤CT検査、骨盤MRI検査
- ③基本的治療法
  - 特に妊産褥婦に対する投薬は胎児や母乳への影響を配慮しなければならない。
  - ・処方箋の発行
  - ・注射の施行：皮下、筋肉、静脈
  - ・副作用に対する評価と対応

#### B. 経験すべき症状・病態・疾患

- ①頻度の高い症状
  - ・腹痛
  - ・腰痛
  - ・不正性器出血
  - ・腫瘤自覚

## ②緊急を要する症状・病態

- ・急性腹症：子宮外妊娠、卵巣腫瘍茎捻転
- ・流産、早産、正期産

## ③経験が求められる疾患・病態

(産科)

- ・妊娠、分娩、産褥の理解
- ・正常妊婦の外来見学
- ・正常分娩、産褥の管理

(婦人科)

- ・視床下部、下垂体、卵巣系の内分泌調節系の理解
- ・婦人科良性腫瘍の診断と治療
- ・婦人科良性腫瘍の手術への参加
- ・婦人科悪性腫瘍の早期診断の見学
- ・婦人科悪性腫瘍の手術への参加
- ・婦人科を受診した腹痛、腰痛を呈する患者や急性腹症の患者の診察

### (3) 研修スケジュール (1 週間)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	8:20 病棟カンファレンス、手術	手術	手術または外来診察	手術	8:00 早朝勉強会 臨時小手術 または外来診察
午後	病棟業務	手術	外来診療または病棟業務	手術 17:00-カンファレンス	病棟業務

- ・分娩、緊急患者、緊急手術には随時立ち会う。
- ・副当直を1回以上行う。

## 9. 選択研修

2年次に希望する診療科において2カ月の研修を受ける。研修医は1年次終了時(3月末)までに、研修を希望する診療科をレジデントセンターに報告する。研修時期、研修内容に関しては、研修医の希望を聞いた上で、受け入れ診療科および研修管理委員会が決定する。

## VIII. 教育に関連するその他のカリキュラム

## 1. 教育講義

1年次ジュニアレジデントを対象に、週1回、1回1時間、専門科スタッフによる教育講義が行われる。内容は各科のプライマリケアについて行われ、医師として職務をスタートしたばかりのレジデント向きの内容になっている。年間スケジュールは別紙4を参照。

## 2. 各種のカンファレンス

### 1) 早朝症例カンファレンス

毎朝、7時半から1時間、ティーチングスタッフやシニアレジデントを混じえて総合病棟入院症例中心にディスカッションを行う。レジデントが自分自身の診療方針をもち、スタッフのコンサルテーションを受けられるようになることを目標とする。

### 2) R C B (Resident Coffee Break)

名称の由来は文字どおり、レジデントがコーヒーなどを飲みながらの勉強会で、病棟での苦労話、自慢話などをする懇談の場でもあった。現在では週1回、レジデント関係者全員が集まる重要なカンファレンスとなっている。ジュニアレジデントとシニアレジデント各一題の研究発表が中心であるが、司会者に指名された発表担当のレジデントはカルテや文献を2~3カ月かけて調べた成果を約30分かけて発表するのが慣習となっている。選んだテーマについて十分、深く突っ込んだ討論ができるように求められる。引き続いて行われる連絡会は病院全体の重要事項から病棟医師勤務室の整理整頓に至るまで各種の連絡事項の伝達のほか、レジデントに関わる重要事項についての討論、決定がなされる場となっている。

### 3) 外科術後カンファレンス (POC)

年度始めに糸結び、縫合などの基本的な手技について外科シニアレジデントがジュニアレジデントを指導している。外科ローテーション中のレジデントだけでなく、総合病棟勤務中のレジデントもカンファレンスに参加している。その後、適宜、講義・実習が開催される。

### 4) C P C

C P Cは病理部門の全面的な援助のもと放射線科や各専門科の協力を得ながら企画運営され、原則として年約7回開催される。

## 3. I C L S

2年間のうちに最低1回は、I C L Sを受講する。なお、I C L Sは院内で年3回実施されるので、インストラクターとして参加することも可能である。

## IX. 研修医の評価方法

評価を伴わない研修はあり得ない。評価を受けてこそ研修の成果が上がるものである。

### 1. 指導スタッフによる評価

①レジデントは研修場所毎に研修目標評価(別紙2)を用いて指導医の評価をうけ、その

評価は受持症例の人数、重症度にフィードバックされる。

- ② スタッフミーティング（総合診療教育部スタッフ、総合病棟師長、麻酔科指導医、消化器外科指導医、小児科指導医、チーフレジデント等で構成）を毎月行い、評価を個々のレジデントにフィードバックしたり、研修管理委員会に報告する。
- ③ レジデントはスタッフミーティングのメンバーから研修目標評価（別紙 2）を用いた評価を年に 1 回受け、研修の目標とする。

## 2. 総括評価

研修管理委員会はスタッフミーティング（月 1 回）の評価、研修科・部門の指導医による評価（年 1 回）を参考にして、総括的評価を行う。レジデントは 1 年契約であり、1 年目レジデントに対しては 2 年目研修の契約更改を、2 年目レジデントに対しては研修修了、およびシニアレジデントへの進級の指導を行う。

シニアレジデントへの進級は、採用試験により決定する。

なお、レジデント側も年 1 回指導医の評価（別紙 3 による）、および年 1 回カリキュラム全般にわたる総括的評価を行い、要望事項を病院当局に提出する。

## X. プログラム修了の認定

2 年間の臨床研修修了認定者にプログラム修了証書を交付する。

## **X I . 研修手帳**

以下の書式の研修手帳を研修医毎に作成し、病院保管とする。

### **1. 研修スケジュール表**

2年間の研修スケジュールを表形式で記載する。

### **2. 各研修部門の研修記録**

診療を担当した症例の一覧表・レポートを作成し、各研修責任者の署名捺印を受ける。

- 1) 総合病棟研修
- 2) 外科研修
- 3) 救急診療
  - (1) 麻酔科研修
  - (2) 救急外来研修
- 4) 小児科研修
- 5) 産婦人科研修
- 6) 精神科研修
- 7) 地域医療・保健
- 8) 循環器・CCU
- 9) 選択研修

### **3. 勉強会参加の記録**

E B M、I C L Sなどの講習会への参加を記録し、コースディレクターの署名、捺印を受ける。

### **4. 研究会・学会活動記録**

学会・研究会名、演題名、発表日、場所を記録し、抄録を添付する。

### **5. 評価**

- 1) 各研修部門での指導医からの評価
- 2) スタッフミーティングでの形成的評価



## **XII. 研修医の処遇**

給与：当院の定めるところにより支給する。平成 30 年度の給与は下記の通りである。

(人事院勧告に準拠するため月額が多少変動することがあります。)

年額 1 年次 4,710,000 円 2 年次 5,308,800 円

(時間外手当 4 5 時間を含む。但し、当直手当を別途支給する)

社会保険等への加入：研修期間中は健康保険（当院健康保険組合）、厚生年金保険  
および雇用保険に加入する。

宿舎：独身者はレジデント専用宿舎に入居するのを原則とする。

(有料、ただし半額病院負担)

既婚者については専用宿舎以外での居住は可能であるが、住宅手当の支給はない。

ただし、病院医師住宅に余裕のある場合に限り、住宅を斡旋する。(有料)

食事：院内職員食堂を利用する。(有料)

## **XIII. 研修医の募集**

平成 30 年度はジュニアレジデント 16 名を募集する。

## **XIV. 資料請求先**

〒632-8552 奈良県天理市三島町 200 番地

天理よろづ相談所病院 人事課

TEL 0743-63-5611 内線 8513 FAX 0743-63-1530

E-mail jinji@tenriyoroze.jp

## 別紙1 レジデント週間予定表

月		症例 カンファレンス			消化器内科 カンファレンス		教育講義	胸部画像 勉強会 (隔週)
火		症例 カンファレンス	呼吸器内科回診 カンファレンス		分内 カンファ レンス		CPC (毎7回) RCB レジデントカンファレンス	
水		総合内科回診 カンファレンス				血液内科 カンファレンス		呼内レク チャー
木		症例 カンファレンス	9:45~ 神経内科 カンファレンス					薬勉強会 (不定期)
金		症例 カンファレンス	循環器内科 カンファレンス					
土		救急 カンファレンス	POC					

## 別紙2 研修目標評価

レジデント氏名 : \_\_\_\_\_

研修期間 : 平成 年 月 ~ 平成 年 月

(看護師長は#のマーク部分のみ評価,それ以外の方は全項目評価ください)

概括評価	A	B	C	D	X	#
医学的知識	A	B	C	D	X	
臨床推論・考えかた	A	B	C	D	X	
基本的技能						
情報収集	A	B	C	D	X	
診療録記載	A	B	C	D	X	
プレゼンテーション	A	B	C	D	X	
基本的手技	A	B	C	D	X	
患者コミュニケーション	A	B	C	D	X	#
チーム医療						
指導医・他診療科	A	B	C	D	X	
メディカルスタッフ	A	B	C	D	X	#
態度・プロフェッショナリズム						
積極性	A	B	C	D	X	#
責任感	A	B	C	D	X	#
主体的な学習	A	B	C	D	X	
時間厳守	A	B	C	D	X	#
後輩・周囲への教育姿勢	A	B	C	D	X	#
研究・発表能力	A	B	C	D	X	
コメント						

評価者 : ミーティングスタッフ一同

## 評価マトリックス

	A(優秀)	B(良)	C(可)	D(要改善)	X
概括評価	主治医として任せておけるレベル。報告を受けておけばほぼ細かな監督の必要はない。 (Manager, Educator)	ほぼ任せておけるが細かい部分で少し監督が必要 (Interpreter)	基本の方針から指導が必要な場合がある。 (Reporter)	かなり介入の必要があり、細かに介入する必要がある。	評価不能
医学的知識	業務上において申し分のないレベルの知識を有する	業務上において特に支障のない知識を有する。	業務上時に問題が生じる。	医療安全上問題がみられるレベルの知識。	評価不能
臨床推論・考えかた	問題点を整理・優先順位をつけ、妥当な計画をほぼ独力で作成できる	問題点をあげ、ある程度整理、優先順位をつけられるが、少し介入が必要	問題点のピックアップ、整理、の過程である程度の介入が必要	問題点のピックアップ、整理の段階から細かな介入が必要	評価不能
基本的技能					
ベッドサイドでの情報収集(病歴、身体所見)	包括的に過不足無く情報収集ができる	おおむね十分な情報収集であるが、時に抜けがあったり、再確認が必要	情報の包括性・正確性の確認が時に必要	情報の正確性、包括性について再確認がしばしば必要	評価不能
診療録記載	必要十分な記載があり、よくまとまっていて、診療の道筋がよく理解できる	記載項目はほぼ十分であるが、まとまりを欠くことがある	記載が不十分であったり、まとまりを欠いていることが見受けられる	記載の内容が不十分であったりまとまりがないため、患者像が把握しづらい	評価不能
プレゼンテーション	必要十分な情報提示があり、アセスメント、診療計画がよく理解できる	情報提示はほぼ十分である。アセスメント、診療計画にまとまり欠くことが時に有る	情報提示が不足していたり、冗長のことがある。アセスメント、診療計画にまとまりを欠くことがしばしばあり。	情報提示、アセスメント、計画が不十分で、患者像が把握できない	評価不能
基本的手技	ローテートで要求される手技についておおむね修得できている。	手技は概ね修得されているが、時に手助けが必要	手技の修得にやや不安があり、しばしば手助けが必要	手技の修得が不十分で、緻密なスーパーバイズを要する	評価不能
患者コミュニケーション	患者・家族と良好にコミュニケーションがとれており、周囲が補う必要がない	良好にコミュニケーションできているが、時に周囲の補助が必要	おおむね可であるが、周囲の補助が必要なことがある。難しい患者・家族ではかなり手助けを要する。	患者・家族とのコミュニケーション上しばしば問題あり。周囲の手助けがかなり必要。	評価不能
チーム医療					
指導医・他診療科	適切に報告・連絡ができ、推奨されたことについて適切に実行できる(必要に応じて議論できる)	ほぼ適切に報告・連絡することができ、おおむね実行できているが、時に手助け・確認が必要	報告・連絡がときに不適切、指示の実行もしばしば手助けを要したり、無批判な実行となる	報告・連絡や指示の実行において、しばしば不適切な場面がみられる	評価不能
対メディカルスタッフ	適切に連携し、治療方針・ゴールを共有している。スタッフの情報・意見を適切に診療に反映する。	ほぼ適切に連携できており、方針・ゴールの共有ができているが、稀に問題あり。	おおむね可であるが、時に問題有り、完全な信頼関係が構築できないことがある。	コミュニケーションが取りづらく、しばしば問題が生じる。不十分な信頼関係。	評価不能
態度・プロフェッショナリズム					
積極性	診療や、割り当てられた課題について常に自らすすんで積極的にとりくむ姿勢がある	診療・課題について多くの場面で積極性を示す。	診療・課題について、指示されたことは確実に実行する。	診療・課題についてのとりくみにおいて積極性に欠ける場面が目立つ。	評価不能
責任感	診療面や、与えられた課題について責任を持って行う姿勢が顕著。	診療・課題について、多くの場面で責任感をもってあたっている。	診療・課題について、おおむね責任感を持ってあたっているが、時に責任感に欠ける行動がある。	診療・課題についてのとりくみにおいて責任感に欠ける場面が目立つ。	評価不能
主体的学習	事例から自ら課題を見つけ出し、自主的に学ぶ姿勢が常にみられる。	指示された課題は適切に学習でき、自主的に学ぶ姿勢もしばしばみとめる	指示された課題は概ね学習している。自主的な学習姿勢にやや乏しい。	指示された課題への取り組みも不十分なことあり。自主的な学習姿勢に乏しい。	評価不能
時間厳守	常に時間厳守	概ね時間を守る	しばしば時間に遅れることあり。	時間に遅れることが目立つ。	評価不能
後輩・周囲への教育姿勢	下級医師、医学生、メディカルスタッフについて、積極的に指導・教育する姿勢が顕著である。	基本的に積極的な指導・教育する態度がみられる。	必要な範囲で、指導・教育する姿勢がみられる。	指導・教育する姿勢・意欲が時に欠ける。	評価不能
研究能力	特に優れている	優れている	普通	努力が必要	評価不能

### 別紙3 指導医評価表

- 指導者氏名（診療科）： \_\_\_\_\_
- レジデント氏名        : \_\_\_\_\_
- 評価期間    : 平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 ~ 平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月
- 評価基準    : A—優、B—良、C—可、D—不可、X—判定保留・不能

1. 医学知識の面で role model となる。

(A    B    C    D    X)

2. 診療態度の面で role model となる。

(A    B    C    D    X)

3. 初期研修として基本的に何を教えたらいいか (minimum requirement) が明確である。

(A    B    C    D    X)

4. discussion が充実している。

(A    B    C    D    X)

5. 動機づけ。

(A    B    C    D    X)

6. 自由記述。

- 
- 
-

## 別紙 4

## 平成 29 年度教育講義実施計画

4 月	小児科		眼科	
	小児科の プライマリケア		眼科の プライマリケア	
5 月	耳鼻咽喉科	皮膚科	脳神経外科	
	耳鼻咽喉科領域の 救急疾患	皮膚科の プライマリケア	脳神経外科の プライマリケア	
6 月	産婦人科	整形外科	心臓血管外科	
	産婦人科の プライマリケア	整形外科の プライマリケア	心臓血管外科の プライマリケア	
7 月	呼吸器外科	泌尿器科	精神神経科	
	呼吸器外科の プライマリケア	泌尿器科の プライマリケア	精神神経科の プライマリケア	
8 月	形成外科	歯科・口腔外科	緩和ケアセンター	
	皮膚の縫合法	歯科・口腔外科の プライマリケア	緩和ケアの プライマリケア	
9 月	RI 部門			
	FDG-PET			