

研修プログラム



済生会松阪総合病院

目 次

研修プログラム.....	1
ご 挨拶	5
病院の理念.....	6
臨床研修病院としての理念・基本方針	7
研修管理委員会規程.....	8
研修管理委員会委員名簿.....	10
臨床研修委員会規程.....	13
臨床研修委員会委員名簿.....	15
研修医の指導体制と採用・修了並びに組織的位置付け	16
病院の組織図	18
医療安全管理体制図.....	19
臨床研修医規程.....	20
臨床研修に関連する諸規定	23
済生会松阪初期研修MMCプログラムの紹介	24
プログラム責任者の資格.....	26
研修医の指導医の資格と評価者の資格	27
研修医の指導法に関する規定.....	28
臨床研修委員会における役割分担並びに担当者	30
研修医の当直時の診療について	33
当直時の診療と指導医による支援	33
日当直規定.....	34
研修プログラムの理念と特徴.....	36
研修プログラムの紹介	40
オリエンテーションプログラム	44
共通コース（月例勉強会）	46
各科共通の臨床研修カリキュラム	49
経験項目	53
MMC プログラム：初期研修到達度・目標.....	53
内科研修カリキュラム.....	58
外科研修カリキュラム.....	61
一般外来研修カリキュラム.....	63
麻酔科研修カリキュラム	70
救急科研修カリキュラム	72
産婦人科研修カリキュラム.....	74
小児科研修カリキュラム	76
地域医療研修カリキュラム.....	78
精神科研修カリキュラム	81
脳神経内科研修カリキュラム	85
泌尿器科研修カリキュラム.....	89
眼科研修カリキュラム.....	91

耳鼻咽喉科研修カリキュラム	93
皮膚科研修カリキュラム	95
整形外科研修カリキュラム.....	97
放射線科研修カリキュラム.....	99
脳神経外科研修カリキュラム	101
病理診断科研修カリキュラム	103
臨床検査科研修カリキュラム	105
乳腺外科研修カリキュラム	107
緩和医療科研修カリキュラム	109
松阪保健所研修カリキュラム	111
成人教育法.....	117
コーチング（メディカルコーチング）	118
臨床研修の評価方法について.....	121
研修医手帳の利用と効果について	122
教育評価・フィードバック	123
フィードバックのエッセンス：環境づくり FAST.....	125
研修医評価表（コメディカルから）	128
研修医のスキルマップ	129
指導医の評価	130
研修医からの指導医評価.....	131
指導者からの指導医評価.....	133
指導医のスキルマップ	134
研修プログラムの評価	135
研修医からの研修プログラムの評価について	137
レポートの提出手順.....	141
プログラム責任者とのレポートについての面談	142
経験すべき疾病・病態について・MMC経験すべき項目について	143
研修医業務基準.....	146
インフォームド、コンセントの記録について	152
同意文書見本	155
研修医の医療事故発生時の対応	157
研修医医療安全手引き	164
研修医のためのリスクマネジメントの鉄則 日常臨床でトラブルをどう防ぐか...	167
研修医の質向上の為の心得	173
研修医の勤務心得	173
病院職員としての心得	175
医師のプロフェッショナリズムと医療倫理	180
リーダーシップ.....	184
職場を壊す 20 の悪い癖.....	189
救急外来での対応手引き	190
研修医基本的臨床技能指導要項	191
臨床研修の中断及び未修了に関する規定	199

研修医へのメンタルケアについて	200
CES-D	204
ストレス反応を起こした研修医への対応	205
メンター制度	206
研修医の問題行動への対応	207
臨床研修の修了基準.....	208
2020 年度よりの新たな到達目標の達成度評価について	209
外来研修における研修医評価表について	229
臨床研修医の募集・採用・処遇について	230
附則	231

ご挨拶

病院長 清水 敦哉

当院は「市民にやさしく信頼される急性期病院」を目標にかかげ、地域の中核病院として、救急医療から各種がん診療、脳神経、循環器疾患や生活習慣病から不妊治療、NICU と幅広く診療を行なっています。当院でもっとも自慢できることは各診療科の間にある垣根が低いことです。いろいろな診療科の先生と気兼ねなく相談しながら診療を進めることができます。また、看護師をはじめすべてのメディカルスタッフが研修医の診療に快く関わってくれています。当院は古くからチーム医療に取り組み NST（栄養サポートチーム）をはじめたくさんのチームが稼動しています。患者中心の全人的医療が重要となっています。他職種とのチーム医療ができる医師を目指していただきたいと思います。医療安全や感染対策にも力を入れています。皆さんが安心して研修できるように最善を尽くします。2年間、大いに学び楽しんでください。そして信頼される医師として羽ばたいてください。笑顔の素敵な皆さんに会える日を楽しみにしています。

病院の理念

理念・目標・方針 患者さんの権利・病院からのお願い

理 念

ここからの医療と福祉

「救療済生」の精神に基づいた、ここからの医療と福祉を提供します

目 標

人にやさしく信頼される急性期病院

思いやりの心を持ち、納得のいく説明と共に、より質の高い医療の提供を目指します

方 針

- ◆ 患者さんの参加を促し心のこもった医療を実践します
- ◆ 適切な医療を提供するために自己研鑽に努めます
- ◆ 医療と福祉の連携・継続を目指します
- ◆ 患者さんの個人情報を遵守します

患者さんの権利

- ◆ 患者さんの意思及び人権が尊重される権利があります
- ◆ 公正で適正な医療と福祉を受ける権利があります
- ◆ 医療上の情報、説明を受ける権利があります
- ◆ 医療行為を選択する権利があります
- ◆ 個人情報が保証される権利があります
- ◆ 別の医師の意見（セカンドオピニオン）を聞く権利があります
- ◆ 子どもの生きる権利、育つ権利、守られる権利、参加する権利があります

病院からのお願い

- ◆ 病院職員と共に自ら治療に参加する気持ちをお持ちください
- ◆ ご自分の症状、これまでの病気、服用されているお薬（お薬手帳）を正確にお伝えください
- ◆ 将来の地域医療を担う医療従事者（研修医等）、医療職を目指す学生の教育・研修にご協力ください
- ◆ 他の患者さんの療養や病院業務に支障をきたすような言動は慎んでください
- ◆ 医療費は滞りなくお支払いください

2021年1月26日
済生会松阪総合病院 病院長



SAISEIKAI MATSUSAKA GENERAL HOSPITAL

社会福祉法人
恩賜財団
済生会松阪総合病院

・臨床研修病院としての理念・目標

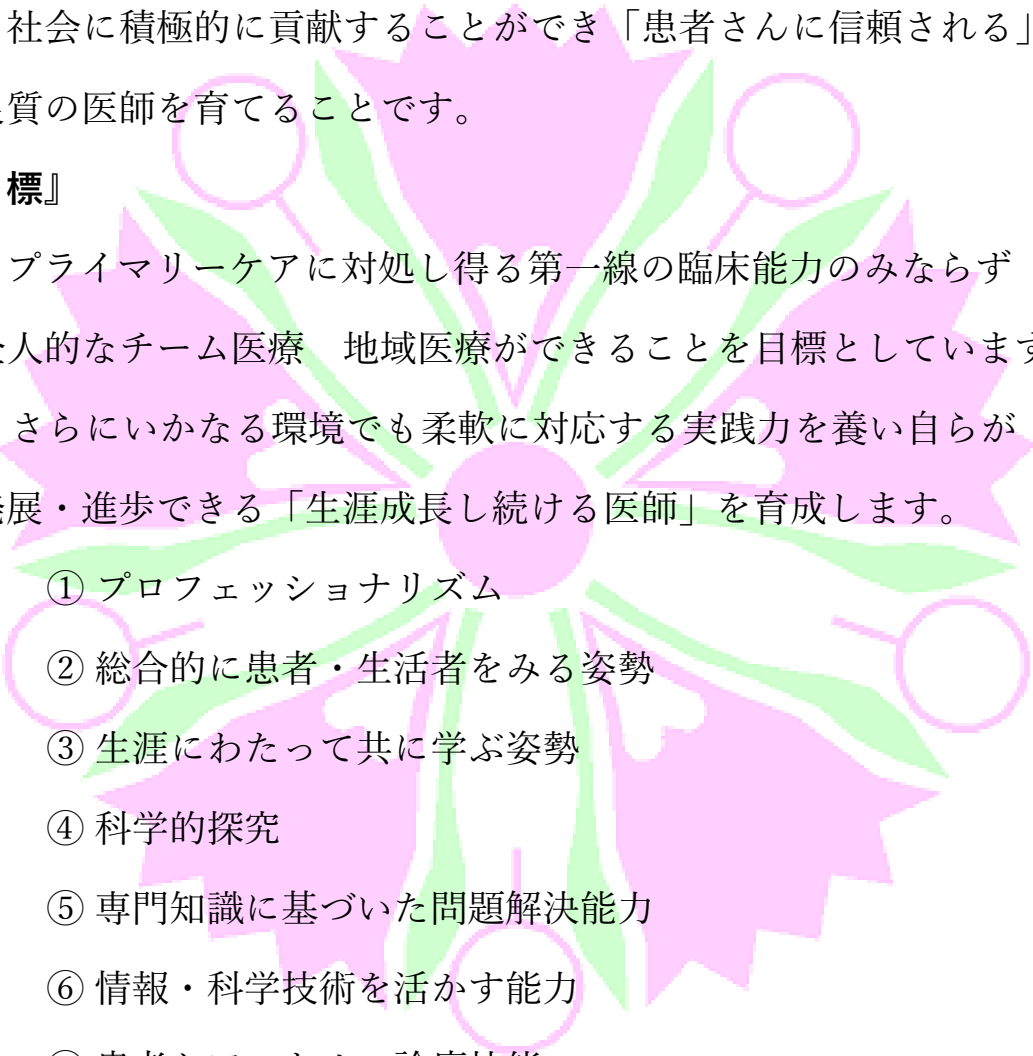
臨床研修病院としての理念・目標

『理念』

社会に積極的に貢献することができ「患者さんに信頼される」
良質の医師を育てることです。

『目標』

プライマリーケアに対処し得る第一線の臨床能力のみならず
全人的なチーム医療 地域医療ができることを目標としています
さらにいかなる環境でも柔軟に対応する実践力を養い自らが
発展・進歩できる「生涯成長し続ける医師」を育成します。

- 
- ① プロフェッショナリズム
 - ② 総合的に患者・生活者をみる姿勢
 - ③ 生涯にわたって共に学ぶ姿勢
 - ④ 科学的探究
 - ⑤ 専門知識に基づいた問題解決能力
 - ⑥ 情報・科学技術を活かす能力
 - ⑦ 患者ケアのための診療技能
 - ⑧ コミュニケーション能力
 - ⑨ 多職種連携能力
 - ⑩ 社会における医療の役割の理解

済生会松阪総合病院

研修管理委員会規程

(趣 旨)

第1条 この規定は、済生会松阪総合病院研修管理委員会(以下「委員会」という)の組織および運営などに関し、必要な事項を定めるものとする。

(目 的)

第2条 委員会は、済生会松阪総合病院における臨床研修の実施計画、研修医の修了認定、指導医の評価等並びに臨床研修システムの円滑な実施を図ることを目的とする。

(構成員)

第3条 委員会は、次の構成をもって組織する。

1. 委員長(病院長)
2. 副委員長
3. 委員

(委員長)

第4条 委員長は、病院長とする。

委員長は、委員会の所掌業務を掌理し、所属委員を指揮監督するとともに、関連する他部署との連絡調整に努めるものとする。

(副委員長)

第5条 副委員長は、委員長が指名する。

副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるときは、その職務を行う。

(委 員)

第6条 委員は、委員長の命を受け、委員会の業務を処理する。

(業 務)

第7条 委員会は、第2条の目的を達成するために、次の業務を行う。

1. 臨床研修の実施計画に関すること
2. 研修プログラムの作成、管理、見直し、相互間の調整等に関すること
3. 研修医の管理及び研修医の採用・中断・修了時の評価等の統括管理に関すること
4. 指導医の評価に関すること
5. 研修医の募集・登録・連絡・照会・教育等に関すること
6. 研修医よりの要望・意見・相談並びに健康・医療事故等に関すること
7. その他臨床研修に係わる業務に関すること

(構成員の責務)

第8条 構成員は、済生会松阪総合病院の診療、教育機関としての使命並びに医師養成の重要性を自覚し、委員長の命の下に業務を遂行しなければならない。

(開 催)

第 9 条 原則として年に 3 回開催する。

委員長が招集する。

(臨床研修委員会)

第 1 0 条 委員会の円滑な運営を図るため、臨床研修委員会を置くものとする。

臨床研修委員会に関する必要事項等は別に、定めるものとする。

附 則

この規定は、平成 16 年 4 月 1 日から施行する。

研修管理委員会委員名簿

2022 年 4 月 1 日

役職名	氏 名	役 割 分 担	役職
委員長	清 水 敦 哉	臨床研修管理委員長	病院長
副委員長	近 藤 昭 信	プログラム責任者 必修科(外科)指導責任者	外科部長
〃	村 田 浩 人	副プログラム責任者 選択科(脳神経外科)指導責任者 必修科(救急・外科系救急)指導責任者	脳神経外科部長
実行委員長	河 俣 浩 之	副プログラム責任者 必修科(内科)指導責任者 臨床研修実行委員長	内科部長
委員	齋 藤 洋 一	協力型臨床研修病院 必修科(精神科)指導責任者	南勢病院 院長
〃	大西 孝宏	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	伊勢赤十字病院 腎臓内科部長兼血液浄化セン ター長
〃	菅 秀	協力型臨床研修病院 必修科(小児科)指導責任者	国立病院機構三重病院 副院長
〃	埜 村 智 之	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	三重北医療センター いなべ総合病院 院長代理兼 副院長
〃	加 藤 弘 幸	協力型臨床研修病院 必修科(地域医療)指導責任者	紀南病院 院長
〃	鈴 木 孝 明	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	三重県地域医療研修センター 紀南支部長
〃	白 石 泰 三	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	桑名総合医療センター 副理事長
〃	中 島 滋 人	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	四日市羽津医療センター 内科診療部長
〃	金 城 昌 明	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	市立四日市病院 院長
〃	古 橋 一 壽	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	三重県立総合医療センター 副院長
〃	村 田 哲 也	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	鈴鹿中央総合病院 副院長
〃	田 野 俊 介	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	鈴鹿回生病院 消化器内科副部長
〃	家 村 順 三	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	岡波総合病院 副院長
〃	山 本 憲 彦	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	三重大学医学部附属病院 臨床キャリア支援部初期研修センター長

委員	田 中 淳 子	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	三重中央医療センター 臨床研修診療部長
〃	小 林 一 彦	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	松阪中央総合病院 副院長
〃	藤 原 研太郎	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	松阪市民病院 呼吸器内科部長
〃	古 橋 健 彦	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	三重県立志摩病院 東洋医学・皮膚科
〃	園 田 茂	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	藤田医科大学 七栗記念病院 院長
〃	矢 田 隆 志	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	榊原温泉病院 院長
〃	井 上 靖 浩	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	遠山病院 院長
〃	宮 田 智 仁	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	津生協病院 副院長
〃	藤 川 裕 之	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	伊賀市立上野総合市民病院 外科部長
〃	平 岡 直 人	外部委員	平岡内科循環器科 院長
〃	岩 田 和 恵	外部委員	楠井法律事務所 弁護士
〃	谷 川 健 次	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	亀山市立医療センター 院長
〃	藤 井 英太郎	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	名張市立病院 院長
〃	中 村 太 一	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	県立一志病院 医長
〃	池 田 健	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	市立伊勢総合病院 副院長
〃	幸 治 隆 文	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	尾鷲総合病院 院長
〃	樋 口 治 之	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	済生会明和病院 副院長
〃	山 添 尚 久	協力型臨床研修病院 臨床研修指導責任者	町立南伊勢病院 院長
〃	星 野 康 三	協力型臨床研修病院 臨床研修管理責任者	医療法人永井病院 院長
〃	上 村 泰 弘	必修科(内科)指導責任者	副院長
〃	近 藤 昌 秀	必修科(脳神経内科)指導責任者	脳神経内科部長
〃	車 武 丸	必修科(麻酔科)指導責任者	麻酔科部長
〃	橋 本 章	必修科(内科)指導責任者	内科部長
〃	垣 本 齊	必修科(内科)指導責任者	〃
〃	脇 田 喜 弘	必修科(内科)指導責任者	〃
〃	石 川 英 二	必修科(内科)指導責任者	腎臓センター長

〃	上 村 泰 弘	必修科(救急科)指導責任者	副院長
〃	田 中 穰	必修科(外科)指導責任者	副院長
〃	菅 谷 健	必修科(産婦人科)指導責任者	ART 生殖医療センター長兼産婦人科部長
〃	辻 誠	必修科(産婦人科)指導責任者	産婦人科医長
〃	金 原 弘 幸	選択科(泌尿器科)指導責任者	泌尿器科部長
〃	森 本 政 司	選択科(整形外科)指導責任者	副院長
〃	西 出 喜 弥	必修科(放射線科)指導責任者	放射線科部長
〃	中 野 洋	選択科(臨床検査科・臨床病理)指導責任者	臨床検査科部長
〃	花 村 典 子	選択科(乳腺外科)指導責任者	乳腺センター長
〃	清 水 美 恵	選択科(緩和医療科)指導責任者	緩和医療科部長
〃	山 本 幸 治	事務部門の責任者	事務部長
〃	鶴 森 立 美	看護部門の責任者	看護部長
〃	佐久間 隆 幸	薬剤部門の責任者	薬剤課長
〃	福 本 義 輝	検査部門の責任者	臨床検査課課長
〃	鈴 木 延	放射線部門の責任者	放射線課課長
〃	平 本 直 司	総務課長	総務課長
〃	松 井 美 貴	副看護部長	副看護部長
〃	村 木 明 美	副看護部長	副看護部長
〃	前 川 利 枝	看護師長	看護師長
〃	祖父江 亜紀子	看護師長	看護師長
〃	大 西 美 紀	看護師長	看護師長
〃	田 中 千 裕	看護師長	看護師長
〃	大 西 順 子	看護師長	看護師長
〃	森 川 泉	看護師長	看護師長
〃	稲 垣 知 子	看護師長	看護師長
〃	中 井 佐 奈	看護師長	看護師長
〃	吉 田 かおり	看護師長	看護師長
〃	谷 真 澄	医療安全管理者	副看護師長
〃	井 上 桂 子	看護師長	看護師長
〃	茂 木 健 人	臨床研修担当者	総務課係長
〃	中 島 朋 子	臨床研修担当者	総務課 臨床研修担当
〃	木 本 洋 子	臨床研修担当者	総務課 臨床研修担当

臨床研修委員会規程

(趣 旨)

第1条 この規定は、済生会松阪総合病院研修管理委員会規定第9条の規定に基づき、臨床研修委員会に関する必要事項を定めるものとする。

(目 的)

第2条 臨床研修委員会は、研修プログラムの作成、研修認定評価、指導医養成等を行う。

(組 織)

第3条 臨床研修委員会に次の委員を置く。

- ① 委員長
- ② 副委員長(委員長が指名)
- ③ 委員(診療科少なくとも各1人以上)
- ④ その他、臨床研修委員会が必要と認めた者

(任 期)

第4条 臨床研修委員会の構成員の任期は、原則として2年とするが、再任を妨げないものとする。
構成員に欠員生じたときの補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(任 務)

第5条 臨床研修委員会は次の号に掲げる事項を審議する。

- ① 臨床研修プログラムに関すること(作成、変更、内容の検討等)
- ② 研修指導体制に関すること
- ③ 研修医のローテーションに関すること
- ④ 研修医の修了認定に関すること
- ⑤ 指導医の評価に関すること
- ⑥ 指導医の養成に関すること
- ⑦ その他、研修プログラム・研修評価・研修医個人に関すること
を済生会松阪総合病院研修管理委員会に上申し、報告、審議する。

(招集および議長)

第6条 委員長は、委員会を招集し、その議長となる。

委員長に事故あるときは、副委員長がその職務を代行する。

(開 催)

第7条 臨床研修委員会は毎月第一火曜日(祝祭日の場合は一週ずれる)とし、必要と認めたとき並びに委員の開催要求にもとづき、委員長が必要と認めたときに開催する。

(記録・保管)

第8条 臨床研修委員会での審議事項は、総務課が記録し保管するものとする。

(電子媒体可)

附 則

この規定は、平成 05 年 07 月 01 日から施行する。

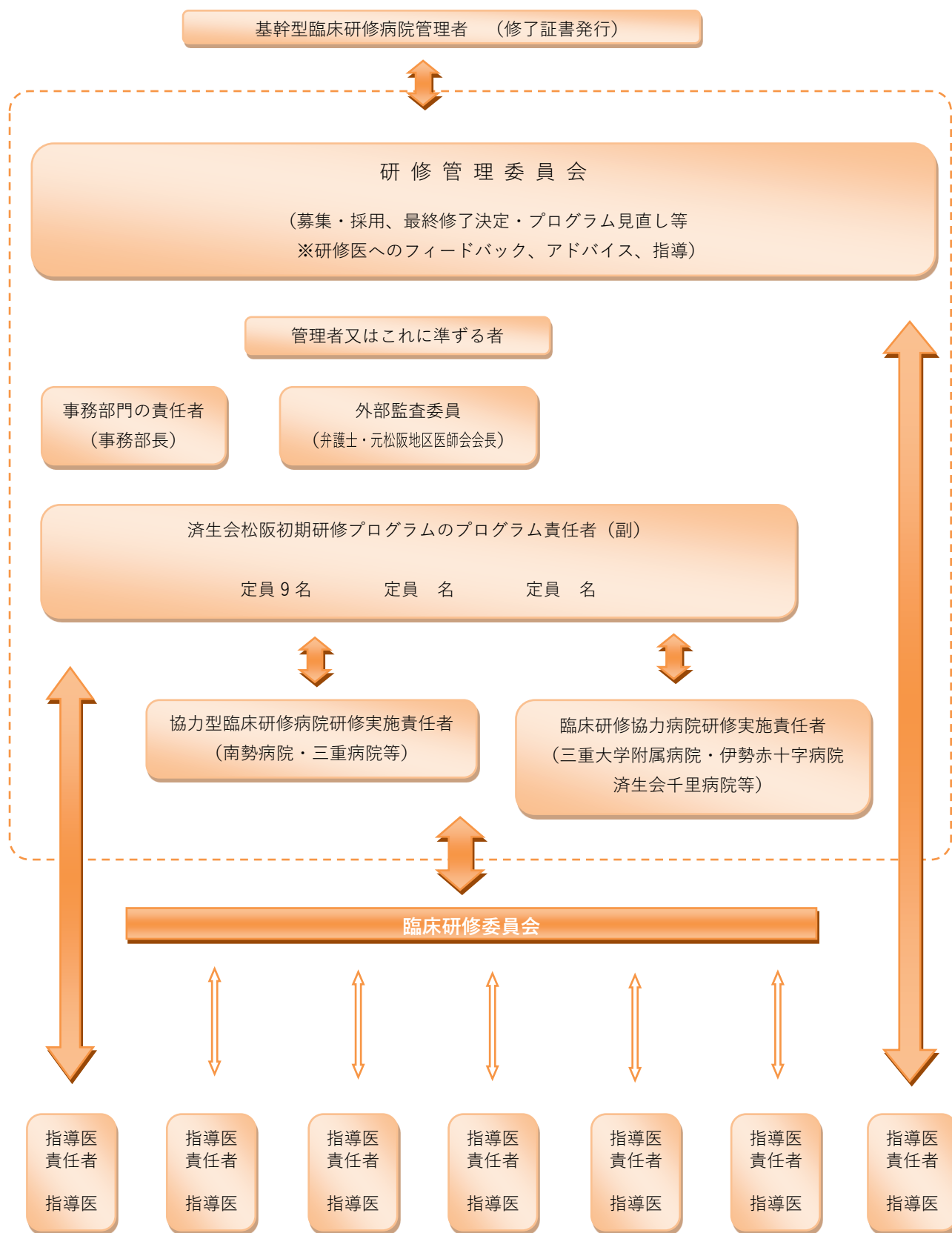
平成 20 年 01 月 01 日改定

臨床研修委員会委員名簿

2022 年 4 月 1 日

委員会 役職名	氏 名	役 割 分 担	院内役職名
実行 委員長	河 俣 浩 之	臨床研修実行委員長 済生会松阪初期研修プログラム副プログラム責任者 必修科（内科）指導責任者 研修医へのメンターリング	内科部長
副委員長	近 藤 昭 信	済生会松阪初期研修プログラムプログラム責任者 研修医共通研修（月例研修）会担当責任者	外科部長
副委員長	上 村 泰 弘	必修科(内科)指導責任者	副院長
委 員	清 水 敦 哉	地域医療 MMC 部会 必修科(内科)指導責任者	病院長
〃	村 田 浩 人	済生会松阪初期研修プログラム副プログラム責任者 選択科(脳神経外科)指導責任者 必修科(救急・外科系救急)指導責任者	脳神経外科部長
〃	近 藤 昌 秀	選択科(脳神経内科)指導責任者	脳神経内科部長
〃	車 武 丸	必修科(麻酔科)指導責任者	麻酔科部長
〃	脇 田 喜 弘	診療記録指導委員 必修科(内科)指導責任者	内科部長
〃	南 川 光 三	必修科(内科)指導責任者	〃
〃	石 川 英 二	必修科(内科)指導責任者	腎臓センター長
〃	橋 本 章	必修科(内科)指導責任者	内科部長
〃	垣 本 齊	必修科(内科)指導責任者	〃
〃	福 井 義 尚	必修科(内科)指導責任者	〃
〃	山 脇 弘 二	必修科(内科)指導責任者	〃
〃	加 藤 慎 也	必修科(内科)指導責任者	〃
〃	福 家 洋 之	必修科(内科)指導責任者	〃
〃	青 木 雅 俊	必修科(内科)指導責任者	〃
〃	宮 田 恵 里	必修科(内科)指導責任者	〃
〃	上 村 泰 弘	必修科(救急科)指導責任者	副院長
〃	田 中 穰	研修プログラム・カリキュラム見直し 必修科(外科)指導責任者	副院長
〃	菅 谷 健	必修科(産婦人科)指導責任者	産婦人科部長
〃	竹 内 茂 人	必修科(産婦人科)指導責任者	〃
〃	辻 誠	必修科(産婦人科)指導責任者	産婦人科医長
〃	金 原 弘 幸	選択科(泌尿器科)指導責任者	泌尿器科部長
〃	森 本 政 司	選択科(整形外科)指導責任者 外科系救急指導医	副院長
〃	竹 上 謙 次	選択科(整形外科)指導責任者	整形外科部長
〃	友 田 良 太	選択科(整形外科)指導責任者	〃
〃	川喜田 英司	選択科(整形外科)指導責任者	〃
〃	朝 倉 文 夫	選択科(脳神経外科)指導責任者	脳神経外科部長
〃	中 川 俊 男	必修科(放射線科)指導責任者	放射線科部長
〃	西 出 喜 弥	必修科(放射線科)指導責任者	〃
〃	中 野 洋	選択科(検査科・臨床病理)指導責任者 研修評価	臨床検査科部長
〃	清 水 美 恵	選択科(緩和医療科)指導責任者	緩和医療科部長
〃	花 村 典 子	選択科(乳腺外科)指導責任者	乳腺外科部長
〃	欠 田 成 人	選択科(皮膚科)指導責任者	皮膚科部長

研修医の指導体制と採用・修了並びに組織的位置付け



【各種委員会、講習会、学会への出席】

研修管理委員会、臨床研修委員会、クリニカルパス委員会、救急部門運営委員会、
危機管理委員会、医療安全管理委員会、ICT・感染委員会、診療情報管理医療連携委員会、
倫理委員会、接遇推進委員会、保険査定対策委員会、NST 対策委員会、
褥創委員会、情報システム委員会、Advanced OSCE 大会・ACLS 講習会出席
医療連携講演会、病理検討会

【支援体制】

心的支援体制 → 産業医(内科部長)

オリエンテーション → 病院全体、当院研修医、MMC

事務的支援 → 図書検索、保険診療の情報提供、研修歓送迎会開催、
シュミレーション機器の提供、書類管理、健康管理、
研修医住宅の提供と維持管理、病院見学の対応、一般的な悩み事の相談

【参考】

○ 研修管理委員会 73 名

○ 臨床研修委員会 34 名

○ プログラム責任者(副) 済生会松阪初期研修 MMC プログラム 1 名(2 名)

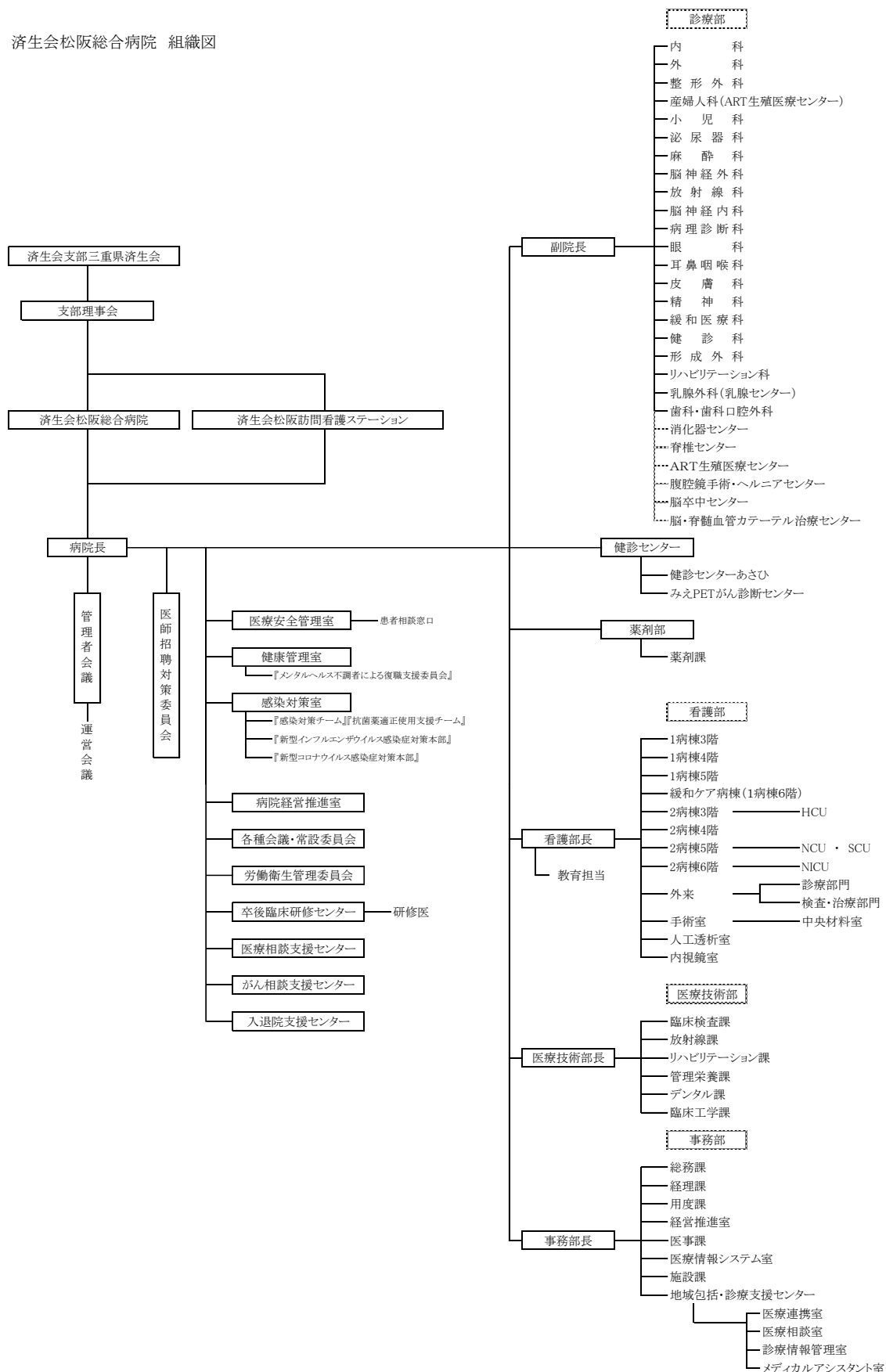
終了後の進路：

終了後の進路は、研修医が各診療科の臨床研修責任者などと相談して決定する。
他施設への就職などで、必要ならば研修管理委員会は推薦状などを発行する。

病院の組織図

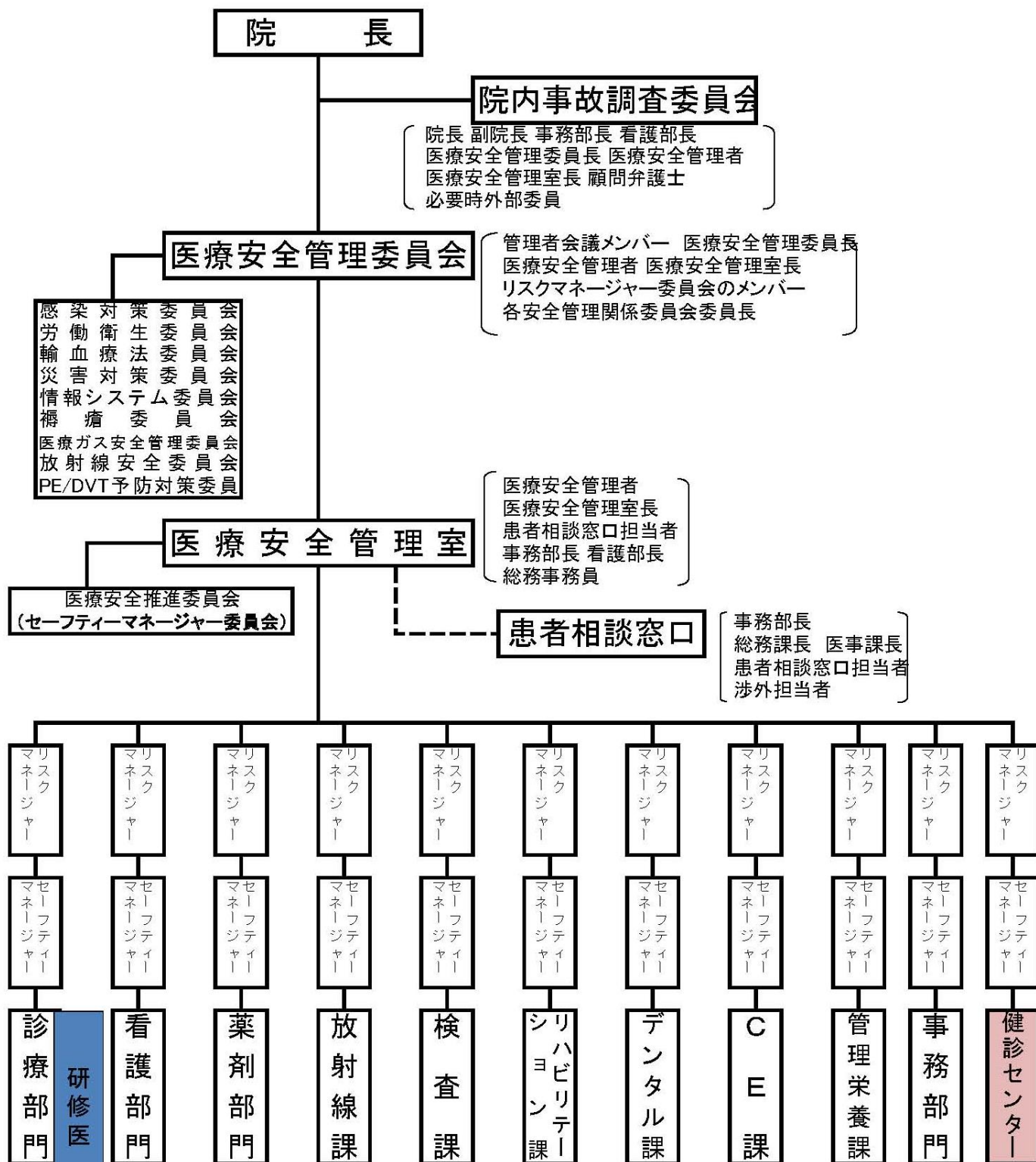
2021(令和3)年1月1

済生会松阪総合病院 組織図



1- 2) 済生会松阪総合病院 医療安全管理組織図

H24年1月25日見直し



各部門から「セーフティマネージャー」を選出し、医療安全推進委員会を開催して、院内の周知徹底をはかる。

医療安全管理体制図

・臨床研修医規程

第1条（目的）

この規程は、済生会松阪総合病院において、医師法第16条の2で規程する臨床研修の適正かつ円滑な実施をはかることを目的とする。

第2条（研修医の採用）

1. 昭和43年法律47号による改訂後の医師法の規程により、医師免許を取得した者に限定する。
2. 済生会松阪総合病院は厚生労働省のマッチングシステムに参加し、採用手続きを実施する。
3. 研修医は別に定める募集要項により、応募者の中から選考の上、最終的には院長が採用を決定する。

第3条（研修医の資格）

1. 研修医の身分は、病院の常勤職員とする。
2. 研修医の勤務時間は、常勤職員に準じ、平日午前8時30分～午後5時とする。
3. 研修医の報酬は、当院の職員給与規程に基づき、月額で支給される。日当直料は別途支給することとし、各種保険（健康保険、厚生年金保険、雇用保険等）への加入が義務づけられる。
4. 研修医の福利厚生は、他の常勤医職員と同様の取扱いとする。

第4条（研修医の診療と役割）

1. 外来診療は、指導医または上級医の指導のもとにこれを行う。
2. 入院患者の診療は、主治医とともに受持ち医として患者を受け持つことよりこれを行う。
3. 検査及び治療計画は主治医とともに作成し、診察、検査及び治療の指示は、主治医の指導のもとこれを行う。
4. 診療の責任は主治医にある。
5. 宿日直時の診療は、当該担当指導医または上級医の指導のもとこれを行う。
6. 診療に関しての問題は、速やかに指導医に報告、連絡、相談を行うことを義務づけるものとする

研修医は指導医とともに受け持ち患者の診療に直接参加し、病棟、手術室、救急室、外来、当直での診療場面や検査、手術、カンファレンスなどで指導医と積極的に行動をともにする。研修医は受け持ち医として診療チームに加わり、いわゆるファーストコールとしての役割を担えるよう積極的に研修を行う。

またすべての診療行為に対して研修医業務基準に準じるが検査のオーダーとその評価、診療録の記載、投薬、注射オーダー、侵襲的な手技、入院・退院、手術室や集中治療室、入院時指示などへの入退室の判断などにおいては指導医や上級医、看護責任者などの指導者の指導を受ける必要があり、さらに行った検査・処置・指示や手術などが安全・確実に実施され、実施中・実施後に患者の状態・反応を観察して、指導医や上級医、看護責任者などの指導者に報告して確認を得る必要がある。

また指導医に対しては直接的な指導を依頼して受ける権利をもつ。一方、個々の手技については、たとえ単独で行ってよいと考えられるものであっても、施行が困難な場合は無理をせずに上級医・指導医に任せることとする。

第 5 条（研修医の診療記録）

1. 診療録は研修医が記録することができるが、主治医の確認を必要とする。
2. 診療録について、原則として 2 週間以内に提出しなければならない。
3. 診断書や紹介状などを作成した際は、必ず主治医または指導医の確認を必要とする。
4. 症例レポートの提出期限は毎年 2 年次の 2 月末日までとする。
5. 症例レポートの経験が求められる疾患、病態については、提出する前に指導医に確認してもらい、コメントをもらう事とする。

第 6 条（評価）

1. 研修医手帳を用いて、定期的に自己評価を行い、指導医の評価も受ける。
2. 経験目標シートにおいて研修項目の評価を行う。
3. 経験目標シートは各科ローテーション終了後 2 週間以内に、指導医に確認、捺印済みのものを提出することとする。
4. 研修医手帳や経験目標シートは、提出毎にプログラム責任者がチェック、定期的に feedback する。最終の修了判定においては、臨床研修管理委員会での承認を得、病院長が判断するものとする。

第 7 条（委員会）

1. 研修医はいずれかの委員会に所属することとする。
 - 1) 臨床研修管理委員会
 - 2) 医療安全対策委員会
 - 3) 感染対策委員会
 - 4) N S T 委員会
 - 5) 院内 A C L S 委員会
 - 6) 褥瘡対策委員会
2. 院内の研修会や講習会には積極的に参加するものとする。
3. C P C は原則として、出席することとする。

第 8 条（臨床研修指導責任者の任命）

病院長は研修医を採用したときに、プログラム責任者及び研修管理委員会との協議により、当該研修医に対する臨床研修責任者（指導医）を任命する。

第 9 条（災害補償）

研修医の公務上の災害（通勤災害も含む）に対する保障については、労働者災害補償保険法（昭和 22 年法第 50 号）の定めるところによる。

第 10 条（研修の取消し）

研修医が次の各号の 1 に該当する場合は、臨床研修管理委員会の議に基づき、病院長は、臨床研修の取消しをすることができる。

- (1) 臨床研修医辞退手続きの完了
- (2) 医師免許の取消し若しくは停止、又は医業の停止処分を受けたとき
- (3) 法令・条例及び規程に違反したとき

- (4) 臨床研修プログラムに基づいて研修を行わなかったとき
- (5) 研修中にアルバイトを行ったとき（例、他病院での当直、診療等）
- (6) 死亡したとき

第 11 条（就業に関する事項）

研修医の就業に関する事項については、「済生会松阪総合病院 就業規則」並びに「医師に関する規程」によるものとする。

※（兼業制限） 研修医は病院長の許可を受けなければ、他の職務を兼ねることはできない

第 12 条(報酬) 報酬については、別に「給与規程」「医師に関する規程」で定める。

第 13 条(休職) 休職については、別に休職規程で定める。

第 14 条（退職給与金） 退職給与金の支給に関しては、別に給与規程（退職金支給率表）で定める。

第 15 条(出張旅費) 出張旅費に関しては、別に定める旅費支給規則による。

第 16 条（その他） 日直、当直時の日当直料（¥10,000）を支給する。

附則 この規程は、平成 15 年 7 月 1 日から施行する。

平成 29 年 8 月 1 日 改訂

臨床研修に関連する諸規定

① 理念・基本方針の見直しについて

見直しの原案については、臨床研修委員会にて検討し、研修管理委員会並びに月一回の運営協議会にて再度検討し、最終管理職会議にかけて決定するものとする。

病院機能評価における理念・基本方針の決定と同様の方法をとる。

② 地域からの評価について

現時点では、松阪地区医師会会長経験者が加わった研修管理委員会や、地域支援運営委員会など行政の代表者や自治会の代表者の方などからご意見を頂き、臨床研修の充実を図る。

③ 急変時の連絡体制

(昼間) 研修医



指導医・指導責任者又はその現場に存する医師（病棟看護師や看護師に指導医の連絡も依頼）



後にプログラム責任者に報告

(夜間) 研修医



指導医・指導責任者又はその現場に存する医師（病棟看護師や看護師に指導医の連絡も依頼）または当直医



関係科の宅直医、研修科の指導医・指導責任者



後にプログラム責任者に報告

④ 臨終立会いについて

患者さんのご臨終については、ご遺族の心情をよく察し、最後のお見送りまで、指導医の指導のもと心落ち着く時間が持てるような配慮・援助を行う。亡くなられた後、1時間後に死後の処置がなされるが、その後死亡診断書の記載を研修する。最後までご遺族への配慮に気を配る。

⑤ セカンドオピニオンの保証について

診断や治療方針で悩まれている患者さん、いくつかの治療方針を提示され迷っている患者さん、他に治療法はないかと悩まれている患者さん等に他院の医師の意見を聞きたい旨の要望あるときは、基本的には紹介状や必要な資料を提供して納得した治療を受けていただく。

⑥ 夜間、指導医不在時の研修医指導体制

研修医



代行医・看護師等コメディカル支援



宅直医(on call)、連絡つけば指導医の指示確認

⑦ 研修医の当直規定(通常当直との相違、治療責任、指導体制、他業務との関連調整)

救急当直業務は当直医の監督指導のもとに診療を行い、週1回程度とする。

1人での当直はなく副直というかたちでの勤務となる。当直規定参照とする

済生会松阪初期研修MMCプログラムの紹介

- 1年目：内科（24週以上 Primary8-12週/Advanced8-12週に分ける）
脳神経内科（4週以上）
放射線科（4週以上）
外科（4週以上）
- 2年目：産婦人科（4週以上）
地域医療（4週以上）
選択科（32週）
- 1 or 2年目：救急科、麻酔科および大阪府済生会千里病院での救急研修（12週以上）
※麻酔科は必ず4週
一般外来（4週以上）

☆院外での選択科

- ・選択救急研修（8週～12週）：大阪府済生会千里病院で研修（2年次）
- ・小児科研修（4週以上）：三重病院・伊勢赤十字病院・
松阪中央総合病院・三重中央医療センター
- ・精神科研修（4週以上）：南勢病院・松阪厚生病院
- ・地域医療（4週以上）：紀南病院・尾鷲総合病院・県立一志病院・町立南伊勢病院
- ・保健・医療行政：松阪保健所・三重県赤十字血液センター

※上記のプログラムでは、研修医一人当たりの担当患者数、疾患数を確保する為、研修2年目と研修1年目が同時に研修をうける「屋根瓦方式」での教育システムを構築する為、1年目ローテート研修が2年目に移動することがある。

※1年目研修医の最初の1ヶ月は初期オリエンテーションを含めて研修を行う。また、最初の1ヶ月は基本的に2年目研修医がプリセプターとなり研修に協力する。

《MMCプログラム関連病院（以下29施設）》

桑名市総合医療センター	循環器内科、消化器内科、腎臓内科、脳神経内科、糖尿病内分泌内科、膠原病リウマチ内科、外科、整形外科、麻酔科、泌尿器科、放射線科、産婦人科、小児科、病理診断科、救急科、脳神経外科、臨床検査、眼科、心臓血管外科
三重県立総合医療センター	消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、脳神経内科、救急、小児科、産婦人科、外科、整形外科、心臓血管外科・呼吸器外科、脳神経外科、泌尿器科、麻酔科、皮膚科、耳鼻いんこう科、眼科
市立四日市病院	循環器内科、消化器内科、脳神経内科、血液内科、呼吸器内科、腎臓内科、糖尿病・内分泌内科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、消化器外科、乳腺外科、呼吸器外科、形成外科、産婦人科、麻酔科、泌尿器科、眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科、放射線科、病理、救命救急センター
鈴鹿中央総合病院	内科、循環器内科、消化器内科、血液・腫瘍内科、腎臓内科、呼吸器内科、神経内科、外科、呼吸器外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、小児科、耳鼻咽喉科、眼科、麻酔科、病理・中央検査科
三重中央医療センター	消化器内科、産婦人科（産科・婦人科）、内科（内分泌・糖尿病科）、循環器内科、外科、呼吸器内科、脳神経外科、心臓血管外科、呼吸器外科、麻酔科、整形外科、脳神経内科、小児・新生児科、泌尿器科、病理診断科、救急

三重大学医学部附属病院	内科（循環器・腎臓・総合内科,血液・腫瘍内科,消化器・肝臓内科,呼吸器内科,糖尿病内分泌内科,神経内科）、外科（肝胆膵・移植外科,消化管外科,小児外科,心臓血管・呼吸器外科）、選択科目（乳腺外科,整形外科,泌尿器科,脳神経外科,耳鼻咽喉科,眼科,皮膚科,放射線科,リウマチ・膠原病内科,形成外科,病理,検査医学）、救急、小児科、産婦人科、精神科、麻酔科
松阪市民病院	外科、整形外科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、泌尿器科、麻酔科、放射線科
松阪中央総合病院	循環器内科、血液・腫瘍科内科、脳神経内科、消化器内科、小児科、外科、脳神経外科、胸部外科、整形外科、麻酔科、泌尿器科、眼科、救急科、病理診断科
伊勢赤十字病院	耳鼻咽喉科、泌尿器科、眼科、緩和ケア内科、病理診断科、消化器内科、糖尿病・代謝内科、外科、呼吸器・心臓血管外科、整形外科、循環器内科、肝臓内科、血液内科、感染症内科、産婦人科、呼吸器内科、小児科、腎臓内科、脳神経外科、腫瘍内科、救急部、麻酔科、脳神経内科、放射線科
津生協病院	内科、外科、整形外科、地域医療
三重県立志摩病院	外科、整形外科、精神科、内科、皮膚科
鈴鹿回生病院	内科、外科、整形外科、呼吸器外科、耳鼻咽喉科、脳神経外科、神経内科
四日市羽津医療センター	内科、外科、麻酔科、整形外科、産婦人科、小児科、泌尿器科
伊賀市立上野総合市民病院	内科、消化器内科、神経内科、外科、整形外科
三重県北医療センター いなべ総合病院	内科、外科、整形外科、脳神経外科
岡波総合病院	内科、循環器科、外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、麻酔科、泌尿器科、眼科、放射線科
藤田医科大学七栗記念病院	外科、リハビリテーション科、内科
遠山病院	内科、外科、救急
亀山市立医療センター	内科（総合診療科）
名張市立病院	内科、循環器内科、総合診療科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科
紀南病院	内科、外科
県立一志病院	内科（地域医療）
市立伊勢総合病院	内科、外科、神経内科、整形外科、皮膚科、眼科、放射線科、麻酔科、泌尿器科
尾鷲総合病院	内科、外科
永井病院	内科、循環器内科、外科、整形外科
菰野厚生病院	脳神経内科
榑原温泉病院	地域医療（内科）
松阪厚生病院	精神科
志摩市民病院	地域医療（総合診療）

プログラム責任者の資格

- ① 研修プログラムの企画立案及び実施の管理並びに研修医に対する助言、指導その他の円援助を行う。
- ② プログラム責任者は、常勤の医師であって、指導医及び研修医に対する指導を行うために経験及び能力を有しているものでなければならない。
- ③ プログラム責任者は、研修プログラムごとに一人配置されることが必要であるが、研修実地責任者及び指導医と兼務することは差し支えない。
プログラム責任者は、プログラム養成責任者講習会を必ず受講している事。また管理者及び臨床研修管理委員会はプログラム責任者の指導医講習会参加への支援を行う。
- ④ プログラム責任者は次に掲げる事項など研修プログラムの企画立案及び実施の管理並びに研修医に対する助言、指導その他の援助を行う。
- ⑤ プログラム責任者は、研修医ごとに臨床研修の到達目標の達成状況を把握し、研修プログラムに予め定められた研修期間の終了時まで、全て研修医が臨床研修目標を達成できるよう、全研修期間を通じて研修医の指導を行うとともに、その研修期間の終了の際には、研修管理委員会に対して、研修医ごとに臨床研修の到達目標の達成状況を報告する。
- ⑥ プログラム責任者は、定期的に、さらに必要に応じて随時各研修医の研修の進行状況を把握、評価し、終了基準に不足している部分についての研修が行えるよう指導医に情報提供するなど、有効な研修が行えるように配慮する。
- ⑦ プログラム責任者は、研修休止の理由の正当性を判定し、履修期間の把握を行う。研修医が修了基準を満たさなくなる恐れがある場合には、事前に研修管理委員会に報告、相談するなどして、対策を講じ、当該研修医があらかじめ定められた臨床研修期間内に研修を修了できるように努める。

・研修医の指導医の資格と評価者の資格

A. 臨床研修指導医

1. 研修医に対する指導を行う医師をいう。担当する科、診療科での研修期間中、個々の研修医について診療行為も含めて指導を行い、適宜目標到達状況を把握する。
2. 指導医は原則として常勤の医師であって、研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有している卒後7年以上の医師とする。
3. 指導医は厚生労働省が示す「医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針について」による指導医講習会を受講していることが望ましい。また研修管理委員会は指導医の指導医講習会参加への支援を行う。
4. 卒後7年未満であってもすべての上級医は研修医に対して指導医を行う必要がある。また研修開始1か月間は後期研修医や初期研修2年目などの若手研修医がプリセプターとなり、オリエンテーションプログラムの補完を行う。

B. 研修医の指導における医師以外の医療スタッフ

医療現場では様々な職種から構成される医療チームによって医療が行われているため、医療スタッフは全員、研修医の指導者であり評価者であるという意識を共有する。

特に看護部、薬剤部、検査部などの課長などは業務上のみならず、態度や技能、知識領域においても問題があれば、研修医に対して直接的な指導などを行うことを心がける。

C. 評価者

研修の評価及び認定において、指導医、あるいは研修医とともに業務を行った医師、看護師、その他の子メディカルスタッフと十分に情報を共有し、それぞれの保善化を把握した上で、責任を持って行うべきである。このため、研修医の指導を行った指導医のみならず、看護課長、検査課長を評価者として評価を行う。なお、看護課長、検査課長などからの評価については各年次2回程度の評価を行う。

D. プリセプター

- ① 初期研修の1ヶ月のオリエンテーション期間を2年目研修医や研修修了者によるプレセプター方式で行う（オリエンテーションプログラムの補完も行う）。最初の内科研修の1か月間も同様にプリセプター方式で行う。
- ② プリセプターの選任：プリセプターは、2年目研修医や若手医師の中から「プリセプターをやりたい」という希望者を募り、臨床研修委員会の承認を得た上で、1年目研修医を受け持つことになる。
- ③ プリセプターの役割：プリセプターは指導者ではなく、先輩であり、アドバイザーとしての役割や、1年目研修医が初めて体験する業務上での戸惑いや患者との人間関係での悩みなどについて、プリセプターは自分の経験を踏まえて新人研修医を励ましたり、悩みの相談に応じたりすることで、1年目研修医の成長を支えることが役割。このシステムは新人研修医の育成に効果があるとともに、プリセプター医師（2年目研修医や専攻医）のさらなる成長を促す相乗効果が期待できる人材システムです。

研修医の指導法に関する規定

基本的には研修医は診療グループの一員となり、OJT(On the job training)による研修を行う。研修方略は指導医・上級医が直接指導する方法を取るが、以下に研修医の指導に関する責任範囲を規定する。

1. 指導医及び上級医の役割と責任

1) 研修医が外来診療を行う場合

指導医または上級医は指導を行わなければならない。

2) 研修医が入院患者の診療を行う場合

研修医は主治医（指導医または上級医）とともに担当医（受け持ち医）として患者を受け持つ。主治医は、検査及び治療計画を研修医とともに作成し、診察、検査及び治療の指示について指導を行わなければならない。主治医は診療の全責任を負う。

3) 研修医が救急外来での診療を行う場合

① 当直：「研修医の当直時の診療について」に基づき、指導医・上級医の監督の下に、救急外来で宿日直を行う。

② 平日日勤帯：指導医・上級医の監督の下に救急医療を行う。

③ 研修医は特に以下の行為について、自らの判断のみでこれを実施してはならないとしているので指導医は適切な指導を行うこと。

- a. 患者の帰宅、もしくは入院の決定をし、これを実施すること。
- b. 状態の極めて不安定な患者に対する処置または検査を実施すること。
- c. メディカルコントロールに関わる業務を行うこと。

（メディカルコントロールに関する業務とは、救命救急士の行う特定行為などに対する具体的な指示、その他救急隊の要請に基づく指示行為および救急活動表への署名などを指す）

4) 研修医が実施する核検査・治療手技については、指導医・研修協力医が指導を行わなければならない。その際、研修医の実施できる内容については基本手技の水準（**研修医業務基準**）に基づくものとする。

2. その他指導者の役割と責任

各専門分野の指導者は、その専門領域に関する内容について研修医へ指導・助言を行わなければならない。

3. 医療安全

医療事故発生時の対応は「医療安全マニュアル第V版」「ポケットマニュアル」「研修医の医療事故発生時の対応」に基づき速やかに対応する。

4. 諸記録

- 1) 主治医や上級医は研修医が記載した診療録の確認を行い、承認や助言をしなければならない。
- 2) 主治医は研修医がオーダーリングシステムに入力した処方箋、指示書の確認を行わなければならない。難易度の高いもつ患者の処方箋・指示の診療録への入力またはオーダーリングシステムへの入力は、主治医が直接指導を行わなければならない。
- 3) 研修医が記載した診断書、死亡診断書、紹介状、返信などについては、必ず主治医や上級医がチェックし、署名を行わなければならない。

臨床研修委員会における役割分担並びに担当者

臨床研修委員会の役割分担

臨床研修委員会の役割分担	担 当 医 等
委員長、外科MMC 部会	河俣内科部長、近藤外科部長
副委員長	上村副院長、村田脳神経外科部長
厚生労働省担当	近藤外科部長、総務課
インターネット、広報委員	河俣内科部長
診療記録指導委員	脇田内科部長
産婦人科MMC 部会	竹内産婦人科部長
小児科MMC 部会	老谷医師
地域医療MMC 部会	清水病院長、垣本内科部長
精神科MMC 部会	齋藤南勢病院長
事務局	平本総務課長、茂木総務課係長、 中島総務課員、木本総務課員
研修プログラム、カリキュラム見直し	近藤外科部長、河俣内科部長
研修の評価	近藤外科部長、河俣内科部長
研修医へのメンターリング	河俣内科部長、谷医療安全管理者、前田臨床心理士
共通研修（月例勉強会）、院内講演会	近藤脳神経内科部長、近藤外科部長
研修医のスケジュール	総務課
学生の勧誘	河俣内科部長
研修医における医療安全	森本副院長、谷医療安全管理者

研修医指導担当者（○指導責任者）

研修医指導担当者	氏名・役職
内 科（必須科）	○上村副院長
〃	○清水病院長
〃	○脇田内科部長
〃	○橋本内科部長
〃	○垣本内科部長
〃	○南川内科部長
〃	○石川内科部長
外 科（必須科）	○近藤外科部長（プログラム責任者）
〃	○田中副院長
麻酔科（必須科）	○車麻酔科部長
救 急（必須科）	○上村副院長
産婦人科（必須科）	○菅谷産婦人科部長、竹内産婦人科部長
外来（必須）	○近藤外科部長、河俣内科部長
小児科（必須科）	○老谷小児科医師、 ○菅秀三重病院副院長、一見伊勢赤十字病院部長
外科系救急（必須科）	○村田脳神経外科部長、森本副院長

地域医療（必須科）	○紀南病院院長 加藤弘幸
精神科（必須科）	○齋藤南勢病院院長、齋藤厚生病院院長、平野（南勢）、佐原（南勢）
放射線科	○西出喜弥放射線科部長、中川放射線科部長
整形外科	○森本副院長、竹上整形外科部長
脳神経外科	○村田脳神経外科部長、諸岡名誉院長
乳腺外科	○花村乳腺外科部長
脳神経内科	○近藤脳神経内科部長
泌尿器科	○金原泌尿器科部長
眼 科	
耳鼻咽喉科	
皮膚科	○欠田皮膚科部長
検査科、臨床病理	○中野臨床検査科部長
歯科・歯科口腔外科	○大倉歯科口腔外科部長

Subspeciality

Subspeciality	責 任 者
内視鏡指導責任者	河俣内科部長、脇田内科部長
生理検査指導責任者	中野検査科部長 福本臨床検査課課長
腎透析指導責任者	上村副院長
放射線科検査指導責任者	西出放射線科部長
内科的診察指導責任者	河俣内科部長

研修医も参加が必要な委員会

研修医も参加が必要な委員会	責 任 者	参加形式
医局会	近藤外科部長	全員
研修管理委員会	清水病院長	全員
臨床研修委員会	清水病院長、河俣内科部長、近藤外科部長	全員
院内 ACLS（ICLS）委員会	澤井俊樹内科部長	担当
医療安全推進委員会	森本副院長、谷医療安全管理者	担当
I C T、感染対策委員会	脇田内科部長	担当
N S T 委員会	福家内科部長	担当
褥瘡委員会	欠田皮膚科部長	担当
災害対策委員会	清水病院長、近藤外科部長	担当
研修医対象連絡会議（毎週金早朝）	近藤外科部長、指導者	全員

講習会

講習会（講演も含む）	責 任 者	参加形式
医療安全講習会（3回／年）	森本副院長、谷医療安全管理者	全員
接遇講習会（2回／年）	井上看護師長	全員
I C T講習会（2回／年）	脇田内科部長	全員

講習会

講習会（講演も含む）	責 任 者	参加形式
合同新人研修会（1回／年）	河俣内科部長	全員
院内 ACLS 講習会（2回／月）	吉田看護師長	担当
外傷初療講習会（2回／年）	近藤外科部長	全員
済生会フォーラム（2回／年）	医局持ち回り	全員
病診連携座談会（4回／年）	諸岡名誉院長	全員
松阪医師会臨床懇話会（1回／年）	管理職	全員
松阪地区医師会外科系連合会	田中副院長	外科系研修医
松阪地区医師会内科医会	清水病院長	内科系研修医
N S T講習会（6回／年）	清水病院長	全員
消化器病理検討会（1回／月）	中野臨床検査科部長、清水病院長	全員

勉強会

講習会（講演も含む）	責 任 者	参加形式
早朝勉強会（週1回）	研修医（2年目）	全員
グランドカンファレンス（月1回）	医局長	全員
1年目共通研修（月例勉強会）	近藤脳神経内科部長 近藤外科部長、総務課	全員
2年目共通研修（月例勉強会）	河俣内科部長 近藤外科部長、総務課	全員

研修医の当直時の診療について

1. 研修医の当直業務に関しては研修日の割り振りは研修医代表が希望を考慮して研修医どうしで決める。救急部長の許可を得る。
2. 研修開始 1 か月をめどに当直の救急外来研修を開始する：必ず上級当直医（指導医）とともに診療にあたり、当直医の判断の下で処置などを行う。
3. 上級当直医による研修当直能力の判断を踏まえた上で、おおむね研修開始後 3-6 か月から当直 first touch を開始する。研修医の first touch とはおもに問診、身体所見、基本検査（血液検査、尿検査、胸部腹部検査など）であり、それ以上の治療行為が必要な場合は、上級当直医とともに一時対応にあたる。救急外来での入院、帰宅の判断は必ず上級指導医の許可の下で行う、また処置、注射、投薬などの治療行為について常勤当直医の指導の下で行う。

当直時の診療と指導医による支援

当院研修制度初期研修における救急研修は 1 次-2 次+ α の救急疾患に対するプライマリケアや急変時の対応、専門医への紹介のタイミング、advanced triage の修得などの学問的な意義に加えて、多種多様な患者群や異なった職種との出会いを通じてコミュニケーション訓練を行う場と捉えている。中でも当直では、計画的に行われる通常診療とは違った医療の不確実さや緊急性を経験することにより医師としての柔軟性やタフさ、忍耐を養うことができる、プロ意識を目覚めさせる重要な経験の場であると考えている。

救急科専門医指定施設ではあるが、専属の救急医が不在のため、3 ヶ月間の外科系救急研修に加えて、2 年通年で輪番日（3 日に 1 回）での日、当直を利用した救急研修を行っている。ローテート研修よりも救急当直を優先して、他科での当直はない。

当直業務でも研修医 4 人に対して内科上級医 2 人、外科上級医 1 人による指導体制をとっている。また 4 年前より電子カルテを救急外来でも利用しており、バイタルや病状の記載漏れの防止や指導医のチェックなどに役立てている。

研修医による救急外来での当直回数は平均 4 回/月である。1 年次すぐから当直があたり、2 年間後には自立した上級医になることを目標としている。内科系外科系当直ともに約 3 ヶ月間の見習い経験後には first touch や軽症者への単独診療も許可されているが、上級医への報告や事後承諾を徹底している。また研修医が単独で侵襲的な医療手技を行わないこととしているが、医療安全には研修医と指導医との対話が 1 番大切である。

研修医の 1 回当りの連続勤務時間については制限を設けていないが、当直は時間外勤務と扱い、研修医に対しては 1 万円の当直料と、時間外手当も支給している。さらに 1 回の当直に対して翌日は、朝からの休暇体制を確保している。

日当直規定

1. 勤務時間

日直 午前 8:30～午後 6:00

当直 午後 6:00～午前 8:30

2. 当直体制

平日・・・・・・・・・・当直医 1 名以上

平日救急当番日・・・内科系外科系 区別なし 4 名

休日・・・・・・・・・・日直、当直それぞれ 1 名以上

休日救急当番日・・・内科系外科系 区別なし 4 名

※ 研修医(1 年目、2 年目)は平日、休日の救急当番日に一人当直ではなく、副直としての当直を行う。

当直明け翌日は朝より勤務免除とする

3. 救急当番日の業務

救急日の来院患者は原則として紹介患者及び救急車で来院した患者に限るものとする。

救急日以外の平日は、原則として診察はしない。また、研修医も副直につくことはない。

当直医の判断で、必要とする場合は、関連の科の宅直医を呼ぶことがある。(オンコ-ル体制)宅直医は当直医の負担軽減のため然るべき対処をするものとする。

来院の患者さん及び電話への対応はまず事務員が対応し専門的な事項については看護師並びに医師が対応するものとする。

副直の研修医の診療行為については必ず当直医又は指導医の指導検閲をし研修医の不安の軽減に努めるとともに、診療行為並びに医療技術の練磨に結びつけるよう努めること。

万一、研修医の医療行為に事故ある場合には、当直医は勿論看護師をはじめとするコメディカルは迅速かつ的確な判断と行動のもとに対処すること。(研修医の態度についても同様)

4. 当直室

医師当直室については別表のとりの配置とするが、研修医としての当直室は 6 室用意している。

5. 日当直料

研修医には一人 10,000 円の日当直料を出している。

6. 診療行為：診療記録、処方など

当院の電子カルテシステムを利用。

すべての診療行為に対して研修医業務基準に準じるが検査のオーダーとその評価、診療録の記載、投薬、注射オーダー、入院、退院、手術室や集中治療室などへの入室の判断などにおいては上級医、指導医や看護師などの責任者や指導者の指導を受ける必要がある。また上級医や指導医に対して直接的な指導を依頼する権利を持ち、個々の手技については、たとえ単独で行ってよいと考えられるものであっても、施行が困難な場合は無理をせずに上級医、指導医に任せる。

7. 病理解剖

原則として、来院時死亡患者及び来院後まもなく死亡された死因不明の患者さんについては、病理解剖を勧めていただく。ご遺族には病理解剖の必要性を説明し、解剖承諾を得ること。(解剖に関する遺族の承諾書)

8. 当直医の変更

当直の出来ない日、検討会や学会で定期的に当直できない日があれば事前に総務課まで連絡のこと。当直決定後の変更は原則として個人同士で交代し、この場合は交換室に連絡し、当直室の当直表の氏名を訂正しておくこと。

研修プログラムの理念と特徴

当院での臨床研修の理念は、病院の基本理念である「救療済生の精神に基づいたところからの医療と福祉」を提供することである。このため 21 世紀に向けて「患者さんに信頼される」良質の医師を育成することである。

また、「今、地域に求められている」プライマリーケアに対処し得る第一線の臨床医としての臨床能力のみならず、全人的なチーム医療、地域医療ができることを目標としている。

このため、当院では「研修の質、医療の質」に関連して実践的に研修を行うために、

1. 標準的な医療の提供として、レベルアップ：

どこの、どの研修病院でも行われなくてはならない標準的な必修研修項目、カリキュラムについて、Mie Medical Complex(MMC、三重大と教育関連病院を中心とした病院群)との連携によるコアカリキュラムを必要最低なものとして、さらに済生会精神に基づいた「心のこもった医療」の実践、救急科専門医指定施設としての「救急初療、ACLS、JATEC」等の教育など独自のプログラムを通して標準的な医療の提供とレベルアップを目指す。

2. 研修の目標：

- ① 患者、家族と良好な人間関係を確立する
- ② 医療チームの中で、他のメンバーと協調する
- ③ 生涯にわたり、問題対応型の学習を行う習慣を身につける
- ④ 患者ならびに医療従事者にとって安全な医療、危機管理を遂行する
- ⑤ 診断、治療に必要な情報が得られるような医療面接が実施できる
- ⑥ チーム内での情報共有と意見交換を適切に行う
- ⑦ 電子カルテにおける医療記録を適切に作成、管理できる
- ⑧ 患者の病態や家族、社会的背景に配慮しつつ、診療を実行する
- ⑨ 保険、医療、福祉の各方面に配慮しつつ、診療を計画する
- ⑩ 医療のもつ社会性を考慮して適切な医療を実践する
- ⑪ 基本的身体診察が迅速かつ正確にできる
- ⑫ 各種の基本的検査を自ら実施あるいは指示し、結果を解釈できる
- ⑬ 各種の基本的手技の適応を決定し、実施できる
- ⑭ 救急疾患に対する初期診療を適切に行うことができる
- ⑮ 疾患に対する処方薬を適切に行うことができる
- ⑯ 予防医療の理念のもとで、地域や臨床の場での実践に参画する

3. プログラムの特徴：

救急の研修では、救急科プログラム以外にも研修の2年間を通して救急当番日での救急外来を用いる。

充実したスタッフと PET-CT の最新機器を要している放射線科でのローテーション（1ヶ月）を必須とする。

4. 安心、安全な医療の提供：

医師として必要最低の知識、技術、態度さらに社会人としての倫理、ルールを学び、それを習慣化して、医療事故防止に努め、安心、安全な医療を提供する。

5. 高度先進医療への対応：

全国に先がけて導入された電子カルテなどの IT 技術や鏡視下手術、PET-CT 等の特殊検査などの習得を行い、専門性や高度先進医療に対応することができるものとする。

グローバルズムへの対応：

将来、世界でも活躍してもらうために英会話教室を開催する。

これらの目標を達成するために当院では、

A. 個々の研修医にあった継続性、柔軟性のあるプログラムを作成している。

- 1) 各種勉強会への参加。講習会や院内の各種委員会、
- 2) 院内 ACLS 講習会運営等による積極的なチーム医療への参加
- 3) EBM の実践：evidence に基づいた診療、勉強会、学会発表、論文作成の推奨
- 4) 県の教育モデル病院でもある看護部の教育システム「癒しの看護」との連携
- 5) 電子カルテなどを利用した教育用ソフト、MALS などの質の高い e-Learning、iPOD touch などの積極的な利用を行っている。

尚、研修中に研修医からの意見も参考にして問題点があれば積極的かつ柔軟に改良することも重視したい。

B. 研修の質をあげる指導医の熱意と協力的な環境：

これらのプログラムを継続的に実りのあるものとするために良質な指導医の育成の為に指導医研修会への参加推奨（平成 24 年現在での医療推進財団公認：指導医取得者 8 割）に努めている。尚、指導医、上級医らの熱意と他の看護部や comedical staff による協力的な環境にめぐまれている事も強調したい。

尚、病院に近接した賃貸マンションを宿舎として用意しており、待遇面でも安心して研修が出来るようになっている。

全人的な教育としては、

- 1) 医師として希望に満ちた「高い志」を共有する。
- 2) プロ意識を徹底する。
- 3) また良質な心のこもった医療、済生会精神が引き継がれた当院の一員として医の倫理に基づいた良質な態度と習慣を習得することが可能である。

形式的評価と指導医、他のスタッフのみならず、患者さん、ご家族などからの評価も参考にして、柔軟に対応して問題提起、解決能力を養い、自らが発展、進歩できる「生涯成長し続ける医師」を目指す。

研修教育、指導の柱は、On the Job Training (OJT) とする。

すなわち、

1. ローテート先診療科での研修：プライマリーケア対応の基本的知識、技能、態度の修得。
2. 内科研修を初期 1 年目の 4 か月間、後期 1 年目の 2 か月間に分けることによって 1 年目と 2 年目の研修医との屋根瓦方式をとる（2 年目の内科研修では 1 年目研修とを比較してより積極的で専門的な研修が可能となる）
3. 初期研修の 1 ヶ月のオリエンテーション期間を 2 年目研修医や専攻医によるプレセプター方式で行う（オリエンテーションプログラムの補完も行う）。
4. 2 年間を通して継続的に必須検査の習得。
5. 救急外来などでの ACLS、JATEC（外傷初療）を含めた救急疾患への対応技能、態度の習得（院内 ACLS 講習会支援や、Off JT での研修も希望があれば）各種勉強会や講演会への参加。
6. 後輩への指導などで指導力、リーダーシップの養成などである。

一方、研修後の保証については、

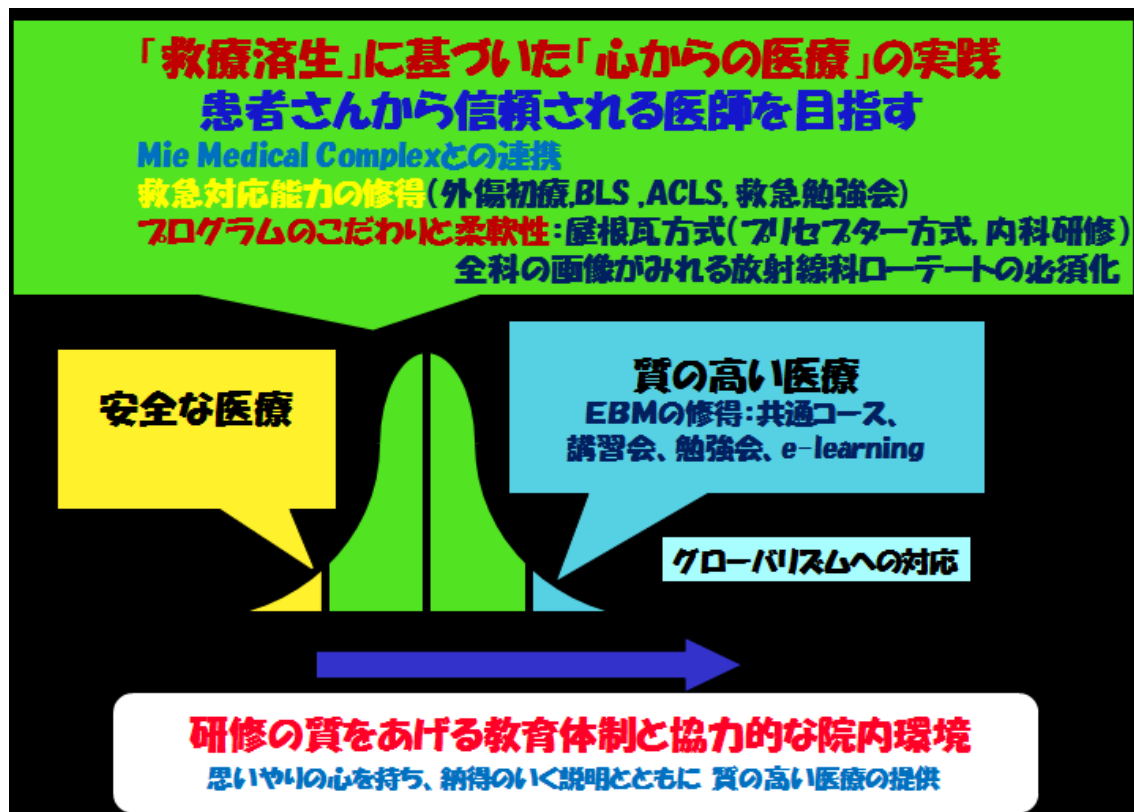
1. MMC の教育関連病院として、2 年間の研修修了後に三重大大学の希望の医局に優先的に入局できることを強調したい(MMC 後期研修プログラム参照)。
2. 2 年間の研修修了後の 3 年間を三重大大学と連携し、より専門性の高い専攻医研修として募集を行っており、専門性を高めるとともに、身分を保証する。

研修修了後の入局、専門医化をスムーズに進めるために、2 年間の研修 8 ヶ月間の研修を希望選択科とする（原則的には全科を対象として、希望があれば三重大大学を含めた三重大大学協力型病院での研修も考慮する）。また各科専門医制度にも対応した資格認定取得手続やスムーズな三重大大学各医局への入局の指導を行う。

尚、地元出身者のみならず、最終的に当院のスタッフになる事を希望されている方は是非、当院での研修を希望、選択していただきたい。

臨床研修の理念：社会に積極的に貢献し 「患者さんに信頼される」良質な医師の育成

目標：プライマリーケアのみならず全人的なチーム医療や地域医療ができる。



個々の研修医にあった継続性のあるプログラム

1. 研修医を対象とした各種勉強会への参加
2. 講習会や、院内各種委員会への参加
3. EBM の推奨：学会発表や論文作成の積極的な指導
4. ナラティブの養成

研修の質をあげる指導医の熱意と協力的な環境

- 全人的教育：高い志、プロ意識、済生会精神
- 形成的評価：問題提起解決能力、自浄能力、自己成長力の醸成

研修プログラムの紹介

臨床研修プログラム

プログラム責任者：近藤 外科部長

副プログラム責任者：村田 脳神経外科部長

済生会松阪初期研修プログラム

【GIO】

「救療済生」に根ざした済生会精神の下に、地域の人々の健康と幸せのために、豊かな保健、医療、福祉と急性期医療の充実をめざす。

《済生会松阪総合病院臨床研修》

研修目標

【GIO】

医師として将来どのような分野にすすむにせよ、電子カルテ、ITなどを含めた新しいシステムに対応する能力を身につけるとともに、医学、医療における社会的ニーズを十分に理解したうえで、日常診療で頻繁に遭遇する病気や病態に適切に対応する幅広い基本的な能力（態度、技能、知識）、習慣を身につける。

【SBOs】

後述する研修到達度・目標の項を参照（P54～）

研修方式

□期 間：

2年間を基本とするが、他病院の研修医が特別に、ある診療科の一定期間の短期研修を希望する場合にはこれを考慮する。

□ローテーション：

厚生労働省の定める、「基本研修」、「選択研修」のいずれも研修医が希望する期間内でローテーションを行うが、その順序や時期は研修医と指導医の数を考慮して臨床研修委員会が決定する。

□ローテーションの構成：済生会松阪初期研修プログラム

内科、外科、整形外科、脳神経外科、小児科、精神科、産婦人科、救急、麻酔、地域保健、医療、放射線科のコアローテーション以外に泌尿器科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、脳神経内科、乳腺外科、緩和医療科等の選択科を置くものとする。

□初期研修（オリエンテーション）について

初期研修は研修1年目において、研修のはじめに1～2週間をかけて行う。なお、病院全体の職員研修（合宿）が行われる際にはこれに参加することを義務づける。

□各科研修について

各科研修では研修医が指導医とともに受け持ち患者の診療に直接参加し、診療場面やカンファレンスなどで指導医と行動をともにする。研修医は受け持ち医として診療チームに加わり、いわゆるファーストコールとしての役割を担えるよう積極的に研修を行う。この場合、「当然の事ながら、診療の最終責任者は指導医にある」。また病棟での研修に加えて、できるだけ外来での研修期間も設けることを原則とする。この際、電子カルテでの診療録と研修

医手帳で、研修の記録と評価を行う。研修の際、基本的には、1日の研修のうち数時間以上を指導医とともに行動すること。

研修医に対して指導医コメントとしてわかりやすく記載すること（できれば1日1回以上）。

尚、指導医不在時には患者担当の代行医が研修指導や研修医の診療行為の責任について代行する。

研修医が担当医となった患者についての入院診療計画書、術前 preoperative note、退院療養計画書、退院総括などについて、継続的に観察し、チェックや指導を行うこと。

またレポート（厚生労働省規定のレポート）が義務付けられている行動目標や経験目標については簡単な記載でも構わないが、指導医が研修医に対してディスカッションやフィードバックを十分にとることが重要である。

研修委員会並びにプログラム責任者は個々の研修医の行動目標の確認については研修医手帳から確認して（各年次2回ずつ）。到達状況を把握して、研修終了認定のための指導を行う。

またレポートの内容などに問題があった場合などには研修医および指導医に対して指導する。

□一般外来研修について

研修医は一般外来研修を内科、外科、地域医療研修で行う際には指導医・上級医の指導の下に診療を行う。各種検査及び処方オーダーの際は上級医に確認の上オーダーし診療録（電子カルテ）に記載する。

また内科研修中においてはリウマチ膠原病内科での外来研修を必ず行う事とする。

□月次研修について

月次研修は2年間の研修期間を通じて定期的に行われるもので、研修医は原則として他のどの業務よりもこれを優先させるものとする。内容としては、全研修医を対象として、カンファレンス、抄読会、講演、CPC、講習会（例：ACLS、救急初療など）その他の実習を含むものとする。

□研修終了

上記の研修期間中に行われた研修プログラムを修了した場合、各ローテーション毎に中間評価を行い、全てのプログラム修了時に研修管理委員会で検討した上で最終的な評価を行う。これにより合格と判定されたものを研修修了とみなし、修了証を授与する。研修期間を修了しても合格と見なされない場合には、研修医の希望をふまえた上で研修の延長、或いは中止を判断する。また、場合によっては研修不適当と考えられた研修医に対しては、研修中断の決定を下すこともあり得る。

□研修施設

研修は基本的には済生会松阪総合病院で行うが、地域医療における研修の一部を紀南病院で行うなど、他施設での研修も含められる。また、小児科では、国立病院機構三重病院を含む協力型病院で研修する。

□定 員

研修の定員は、各学年7～9名を基本とするが、各ローテーション毎に研修の余地がある場合には、院長の許可をもって定員以上の研修医を受け入れるものとする。

□指導体制

指導医は、研修医の質問に答えるだけでなく、研修医が受け持つ患者の診療に直接参加す

る。そのためには、毎日、数時間程度は、診療場面やカンファレンスなどで研修医と行動をともにする。

本院におけるプログラム責任者、指導責任者、指導医を次のように定める。

- プログラム責任者は2年の研修期間を通じて個々の研修医の指導、管理を行い、各研修医の目標到達状況を把握すると同時に到達目標達成できるよう、調節を行うとともに研修管理委員会にてその状況を報告する。
- 指導医は担当する科、診療科での研修期間中、個々の研修医について診療行為も含めて指導を行い、適宜目標到達状況を把握すること。
- 責任者：河俣 浩之（臨床研修委員会委員長）

1) 済生会松阪初期研修 MMC プログラム：

プログラム責任者：近藤外科部長

副プログラム責任者：村田脳神経外科部長

指導医：（下線は各科指導責任者）

内 科：上村、垣本、中島、清水、橋本、脇田、南川、河俣、福家、青木、加藤慎、山脇、宮田、澤井俊、須川（非常勤医員）

外 科：田中、近藤、奥田

小 児 科：老谷、井口（三重病院）、東川（伊勢赤十字病院）

産婦人科：菅谷、竹内、

精 神 科：齋藤（南勢病院）、平野（南勢病院）、佐原（南勢病院）

救 急：上村、村田

麻 酔：車、

地域医療：加藤（紀南病院）、小藪（尾鷲総合病院）、

保健医療行政：林（松阪保健所所長）

外科系救急：村田（脳神経外科）、森本（整形外科）

整形外科：森本、竹上、友田、川喜田

脳神経外科：村田、朝倉

乳腺外科：花村

泌尿器科：金原

皮 膚 科：欠田

眼 科：非常勤

耳鼻咽喉科：非常勤

脳神経内科：近藤、加藤奈

放射線科：西出、中川

検査科、臨床病理：中野

初期研修（オリエンテーション）：河俣

臨床研修月例研修：近藤

歯科・歯科口腔外科：大倉

指導助手：上記以外の医師スタッフが指導助手として、研修医の指導を補助する。

研修管理委員会（年3回開催）：

構成：院長、副院長、臨床研修委員会委員長、臨床研修委員会副委員長、プログラム責任者、副プログラム責任者及び研修医のローテートしている研修各科指導責任者

研修管理委員会は、プログラム責任者、院外者からの報告と各ローテート科の指導責任者の意見をもとに研修状況を把握し、問題があればこれを指導していくとともに、定められた研修目標の達成状況とを勘案し研修の終了認定を行う。

□ 臨床研修委員会（毎月1回：第一火曜日と必要時に開催）：

臨床研修委員会は、研修医、各指導責任者、上級医からなり、現在の研修システムや研修状況における問題点をあげ、その改善、合理化に努める事を目的とする。

□ 処 遇：

給与、勤務時間および休暇：

- 給与 国家公務員俸給表 医療職（一）2級2号3号
- 勤務時間 8:30-17:00 休暇 完全週休二日制 国民の祝祭日
- 時間外勤務、当直：約3回/月

□ 宿 舎：当院指定の住宅（家賃は病院負担）

□ 社会保険：政府管掌保険

□ 健康管理：年2回実施、就職時実施

□ 安全保障：保険加入

□ 臨床研修カリキュラム：

初期研修（オリエンテーション）：別紙参照

共通研修（月例研修会）：別紙参照

内 科 研 修：別紙参照

外 科 研 修：別紙参照

小児科研修：別紙参照

精神科研修：別紙参照

産婦人科研修：別紙参照

救急・麻酔研修：別紙参照

地域医療研修：別紙参照

選択科（整形外科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、神経内科、放射線科）研修：別紙参照

□ 臨床研修に必要な整備、施設：

1. 病歴管理（病歴室）カルテチェック指導：責任者：金原、カルテ室担当事務；牧野
2. インターネット環境の充実：責任者：森本、医局図書担当事務
3. 文献データベースと図書の充実：責任者：近藤、医局図書室担当
 - DB候補（up to date, Medine resource）・ケアネット・e-learning
 - 書籍、VIDEO、DVDの充実
4. 医学教育用シミュレーター：縫合、切開（直腸診、乳房診、心音、呼吸音）
 - 研修医室への設置

□ 研修医の安全管理：医療安全推進委員会：森本、谷医療安全管理者

□ 研修医の評価：

各ローテーション中、研修修了後に自己評価と他己評価による形成的評価を行い、最終的には研修管理委員会による総括的評価を受ける。（プログラムの最後に詳述）さらに、適宜フィードバックする。

□ 指導医の評価：

指導医の評価は、研修医、看護師長、プログラム責任者、管理者により行われ、形成的な評価を行う。管理者またはプログラム責任者から指導医に適宜フィードバックする。

・オリエンテーションプログラム

指導責任者：河俣 内科部長

[臨床研修オリエンテーション]

《オリエンテーションの特徴》

〔済生会松阪総合病院の臨床研修に参加するにあたり、必要最低限の臨床能力を知識、態度の3領域にわたって身につけ、円滑な臨床研修を受けられるように以下に示す9つのユニットからなるオリエンテーションコースを設定しました。当然ここでの内容は、各専門科においても引き続き修得していく必要があると考えられ、オリエンテーションプログラムで不十分な部分について2年間の研修を通じて補っていく意識が必要と考えられる。しかし、ここでの評価が不合格の場合には、各科臨床研修に移行できず、指導責任者が妥当と判断するまで補習を受けるものとする。〕

【GIO】研修医は2年間の臨床研修を円滑に行うために、いずれのローテート科で研修するにせよ、最低限必要になると考えられる。(知識、態度、技能の3領域にわたっての)基本的な臨床能力を身につける。

【Units (指導担当)】

1. 医療面接 (近藤)
2. 感染対策 (脇田、西川)
3. 医療安全,インフォームドコンセント (森本、谷)
4. 保険査定対策 (細、三浦)
5. 診療録や退院サマリの記載 (診療情報管理室：牧野)
6. チーム医療 (清水病院長、看護部、検査課、手術室、医療連携室)
7. 電子カルテ、オーダーリング、クリニカルパス (細、松本、薬剤部、臨床検査課)
8. EBM、文献検索法 (近藤、図書担当事務)
9. 救命救急処置 (近藤、BLS 委員会)
10. NST(福家)

【研修法および評価】

【研修方法】

2年間の臨床研修の始めに、各科のローテイトに入る前に、別紙のカリキュラムに沿って集中的な初期研修を行う。

【実習評価法】

1. 各研修開始時にアンケートと自己評価を行い、各プログラム終了時の評価表をもとに研修終了後に指導責任者の総括的評価を受ける。
2. 評価表は各研修内容により異なるが、それぞれに関して最終的にA～Dの評価を受けるものとする。
3. この結果で問題なしと判断された場合には、各科ローテーション開始の許可を得るものとする。
4. 問題ありと判断された場合には最終的に研修管理委員会により可否の判定を受ける。

5. 問題点に対する補習後の再評価は指導責任者の判断にゆだねられる。

【達成度評価】

研修内容について

- A ☐：十分に理解し、確実に実践できる。
- B ☐：まずまず、理解し、十分に実践できる。
- C ☐：あまり理解できていないが、問題ない程度には実践できる。
- D ☐：理解、実践するには不十分と考えられる。

共通コース（月例勉強会）

指導責任者：近藤 外科部長

〔臨床研修共通研修〕

《共通研修の特徴》

（各専門科においては研修が困難と思われる内容と、さらに将来において臨床医として必要不可欠と考えられるが、2年間のローテイトでは選択科の偏りによって十分に身に付ける事ができないと考えられる項目について、レクチャー、実習、SGDなどを通して修得が可能となるように、以下の如く共通研修を設定した。なお、共通研修は、臨床医として極めて essential な項目を含んでいることより、各科ローテイトによる研修よりもこれを優先するものとする。）

【GIO】

研修医は医師である以前に一人の人間として必要な社会的適応能力を身に付けると同時に、いずれの専門科にすすむにせよ、最低限必要になると考えられる。（知識、態度、技能の3領域にわたっての）基本的な臨床能力を身につける。

【SBOs】

1. 社会的道徳、一般常識を身に付け実践する。（態度）
2. 医療事故防止および安全対策の重要性を認識し、実践する。（態度）
3. 感染症に対する知識を持ち、院内感染対策に参加する。（態度）
4. 電子カルテにより診療記録の記載法、オーダーリングシステムを知り、病院全体の医療システムに対する理解を深める。（知識）
5. 投薬の方法と注意すべき副作用を知る。（知識）
6. 医事法についての知識を持つ。（知識）
7. 各科別救急疾患の治療のポイントを知る。（知識）
8. 各種検査法の実際と診断のポイントを知る。（知識）
9. 医療倫理についての知識を持ち、臨床の場で実践する。（態度）
10. 医療機器のしくみを理解し、適切に使用できる。（技能）
11. 各種リハビリテーションの理論を知り、実践する。（技能）
12. 病診療連携の重要性を認識し、実践する。

【研修法および評価】

【研修方法】

1. 臨床研修中、隔週1回金曜日4時～5時の1時間を共通研修にあてることとし、この中でレクチャーや実習、SGDなどの研修を通じて、各科に共通する横断的な基本的臨床能力を修得する。
2. レクチャーなどは、原則として各科指導医により行われるが、他部門のスタッフや院外講師を呼ぶ場合もある。
3. 病院全体のフォーラムや講演会、一般市民の公開講座などもこの共通研修の一部として取り入れるものとする。
4. 研修医からの希望があれば、それに対応できるように内容を変更、追加する場合もあり得るものとする。

【実習評価法】

1. 各回毎に研修内容と自己に対する評価を行い、指導責任者のチェックを受ける。
2. 以下の評価表に従ってチェック項目をチェックする。

【達成度評価表：項目1～3】

- A□：十分できた。
B□：なんとなくできた。
C□：あまりできなかった。
D□：できなかった。

《研修内容》

1. 研修内容を理解する。
2. 研修内容に対する興味を持つ。
3. （講師に対して共感できた。）
4. その他：意見、質問事項など

【実習内容】

例)

SGD: 脳死移植について
松阪市の救急医療における問題点

Lecture:医療と法律（院外講師）
顔面外傷治療のポイント（院内講師）
電子機器の医療機器に与える影響について（院内講師）

実習：レスピレーターのセッティング、使用法（院内講師）

講習：院内感染対策の実際、手術室手洗い法

等々

※これらの研修内容については約1カ月前よりスケジュールを組み、臨床研修委員会の了承を得た上で掲示する事とする。

(別紙)

オリエンテーションプログラム

研修第 1 日 4 月初旬 済生会 各課について 院内感染対策 病院諸規則等について

研修第 2 日 4 月初旬 電子カルテの講習 看護部関係 文献検索等について

指導医の紹介と研修委員会からの助言

4 月初旬 MMC 合同オリエンテーションが三重大学で行われる

研修第 3 日 4 月中旬 研修コース、プログラム紹介と説明 研修教育システム、委員会、研修評価についての説明

研修第 4 日 4 月中旬 指導医の紹介と説明（内科、外科、麻酔科、小児科、脳外科、整形外科、放射線科、産婦人科）

研修第 5 日 //

研修第 8 日 //

研修第 9 日 //

研修合宿 6 月（新人野外研修）：全職員を対象としており、別途案内がある

。

各科共通の臨床研修カリキュラム

済生会松阪総合病院

当院での臨床研修の理念は、病院の基本理念である「救療済生の精神に基づいたところからの医療と福祉」を提供することである。このため 21 世紀に向けて「患者さんに信頼される」良質の医師を育成することである。

また、「今、地域に求められている」プライマリーケアに対処し得る第一線の臨床医としての臨床能力のみならず、全人的なチーム医療、地域医療ができることを目標としている。

【GIO】

「救療済生」に根ざした済生会精神の下に、地域の人々の健康と幸せのために、豊かな保健、医療、福祉と急性期医療の充実を目指す。

《済生会松阪総合病院臨床研修》

【GIO】

医師として将来どのような分野に進むにせよ、電子カルテ、IT などを含めた新しいシステムに対応する能力を身につけるとともに、医学、医療における社会的ニーズを十分に理解したうえで、日常診療で頻繁に遭遇する病気や病態に適切に対応する幅広い基本的な能力（態度、技能、知識）、習慣を身につける。

【SBOs】

①患者－医師関係

- a) 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。
- b) 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。
- c) 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

- a) 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。
- b) 医師を含めた他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。
- c) 同僚及び後輩へ教育的配慮ができる。
- d) 患者の転入、転出にあたり情報を交換できる。
- e) 関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる。

③問題対応能力

- a) 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 の実践ができる。）
- b) 自己評価および第三者による評価をふまえた問題対応能力の改善ができる。
- c) 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。
- d) 自己管理能力を身に付け、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

- a) 医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる。
- b) 医療事故防止及び事故後の対処（インシデントレポートの提出）についてマニュアルなどに沿って行動できる。

c) 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

a) 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付け、患者の解釈モデル、受診動機、受療行動を把握できる。

b) 患者の病歴（主訴、現病歴、既往症、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。

c) インフォームドコンセントのもとに、患者、家族への適切な指示、指導ができる。

⑥症例呈示：

a) 症例呈示と討論ができる。

b) 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。

⑦医療記録：

a) 診療録を正確に遅滞なく記載できる。

b) 処方箋、食事箋、指示箋を的確に記載できる。

c) 各種診断書、証明書や意見書の記載を正確に遅滞なくできる。

d) 死亡診断書、検案書を正確に記載することができる。

e) 保険診療に対する診療経過説明書を遅滞なく記載することができる。

⑧診療計画：

a) 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。

b) 診療ガイドラインやクリニカルパスを理解し、活用できる。

c) 入退院の適応を判断できる。（デイサージャリー症例を含む）

d) QOL を考慮にい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。

⑨予防医療：

a) 各種予防接種を理解し、実際の活動に参加する。

b) 地域社会への広報活動に積極的に参画する。

c) 健康などの教育活動に参加する。

⑩医療の社会性：

a) 保健医療法規、制度を理解し、適切に行動できる。

b) 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる。

c) 医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動する。

⑪身体診察、各種検査：

a) 各種身体診察が迅速かつ正確にできる。

b) 各種検査をオーダーし、簡便な検査を自ら実施できる。

≪研修方式≫

【期間】

厚生労働省の定める「基本研修」、「選択研修」のいずれも研修医が希望する期間内でのローテーションを行うが、その順序や時期は、研修医と指導医の数を考慮して臨床研修委員会が決定する。

【ローテーション構成】

済生会総合コース：内科、外科、整形外科、脳神経外科、小児科、精神科、産婦人科、救急科、麻酔、地域保健、医療、放射線科のコアローテーション以外に泌尿器科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科、歯科口腔外科、脳神経内科等の選択科を置くものとする。

【初期研修（オリエンテーション）】

初期研修は、研修1年目において、研修のはじめに1～2週間をかけて行う。なお、病院全体の職員研修（1泊2日）が行われる際には、これに参加することを義務づける。また最初の1ヶ月のオリエンテーション期間を上級の研修医や研修修了者によるプレセプター方式で行い、オリエンテーションプログラムの補完を行う。

【各科研修について】

各科研修では研修医が指導医とともに受け持ち患者の診療に直接参加し、診療場面やカンファレンスなどで指導医と行動をともにする。研修医は受け持ち医として診療チームに加わり、いわゆるファーストコールとしての役割を担えるよう積極的に研修を行う。この場合、「当然の事ながら、診療の最終責任者は指導医にある」。また病棟での研修に加えて、できるだけ外来での研修期間も設けることを原則とする。

この際、電子カルテでの診療録と研修医手帳で、研修の記録と評価を行う。研修の際、基本的には、1日の研修のうち数時間以上を指導医とともに行動すること。

研修医に対して指導医コメントとしてわかりやすく記載すること（できれば1日1回以上）

尚、指導医不在時には患者担当の代行医が研修指導や研修医の診療行為の責任について代行する。

研修医が担当医となった患者についての入院診療計画書、術前 preoperative note、退院療養計画書、退院総括などについて、継続的に観察し、チェックや指導を行うこと。

またレポート（厚生労働省規定のレポート）が義務付けられている行動目標や経験目標については簡単な記載でも構わないが、指導医が研修医に対してディスカッションやフィードバックを十分にとることが重要である。

研修委員会並びにプログラム責任者は個々の研修医の行動目標の確認については研修医手帳から確認して（各年次2回づつ）。到達状況を把握して、研修終了認定のための指導を行う。

またレポートの内容などに問題があった場合などには研修医および指導医に対して指導する。

【共通研修】

2年間の研修期間を通じて定期的に行われるもので、研修医は原則として他のどの業務よりもこれを優先させるものとする。内容としては、全研修医を対象として、カンファレンス、抄読会、講演、C P C、講習会（例：ACLS、JATEC、救急初療など）その他の実習を含むものとする。

【研修終了】

上記研修期間中に行われた研修プログラムを終了した場合、各ローテーション毎に中間評価を行い、全てのプログラム終了時に研修管理委員会で検討した上で最終的な評価を行う。これにより合格と判定されたものを研修終了とみなし、修了証を授与する。研修期間を終了しても合格と見なされない場合には研修医の希望をふまえた上で研修の延長、或いは中止を判断する。また、場合によっては研修不適当と考えられた研修医に対しては、研修中断の決定を下すこともあり得る。

【研修医評価方法】

各 SBOs に対して各ローテーション中及び終了後にそれぞれのカリキュラムに沿って形成的評価を行う。評価の方法は自己評価、他己評価からなり、それぞれの経験（見学、助手、術者）と各項目の達成度を評価する。また、全てのプログラム終了後、最終的に（別紙 1）の項目に関して、研修管理委員会で総括的評価をうける。コース終了に際しては、院長より修了証書を授与される。ただし、研修中になんらかの問題が発生し、研修に支障を来すと思われる際には、臨時で総括的評価を行う事がある。なお、上記の SBOs、経験項目は研修手帳に掲載し、各ローテーション毎に逐次、研修医自身がその経験項目をチェックして、指導医の検閲を受ける。

臨床研修カリキュラム

初期研修（オリエンテーション）：研修プログラム参照

共通研修（月例勉強会）：研修プログラム参照

各科研修：研修プログラム参照

経験項目

MMC プログラム：初期研修到達度・目標

2020年度より新たに作成された到達目標について

今回新たに作成された到達目標は、医師としてのあらゆる行動を決定づける基本的価値観（プロフェッショナリズム）、医師に求められる具体的な資質・能力、そして研修修了時にほぼ独立して遂行できる基本的診療業務という3つの領域からなる。

主として知識、技術、態度・習慣などが個別に列挙されていた従来の到達目標とは異なり、医師としての行動の背後にある考えや価値観、知識、技術、態度・習慣などを包括した構成となっている。

到達目標が達成されているか否かの評価は、従前以上に医師やその他の医療スタッフのたゆまない観察とその記録が必要となる。

I 到達目標

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

（解説）

医師は眼前の病める人への責務を果たすだけでなく公衆衛生的視点をも有さなくてはならない。臨床研修は医師としての基盤形成を行う期間であり、医師の行動を決定づける基本的価値観（プロフェッショナリズム）、業務遂行に必要な資質・能力、そして最終的にほぼ独立して行うことが求められる基本的診療業務という3つの領域から到達目標が構成されていることを述べている。

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。

(解説)

医師としての行動を決定づける基本的価値観（プロフェッショナリズム）として、社会的枠組みでの公平性・公正性と公衆衛生的視点の確保、病める人の福利優先、他者への思いやり・優しさ、絶え間ない自己向上心という4つの価値観が挙げられている

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。

(解説)

診療面や研究面、教育面において、倫理原則や関連する法律を理解した上で個人情報に配慮する。さまざまな意思決定の場面で、倫理に関わる用語を用いて理由づけができなくてはならない。

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。

(解説)

医学知識を臨床現場で適切に活用する（患者アウトカムの最大化を最優先した論理的な推論プロセスを経る）ためには、根拠に基づく医療（EBM）の考え方と手順を身に付け、できるだけ多くの臨床経験を積み、省察を繰り返す必要がある

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。

(解説)

患者に対面し、主として言語を介したコミュニケーションにより病歴を把握したうえで、身体診察、検査を行う。そうして得られたさまざまな情報に基づいて病態を把握し、診断を下し、治療を行う。患者に危害を加えることのないよう最大限の注意を払いつつ、この一連のプロセスを繰り返し、安全かつ効率的な診療行為を身に付けなくてはならない。

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。

(解説)

他者への思いやり・優しさを患者からの信頼感獲得につなげるためには、社会人としてのエチケット・マナーを身に付け、思いやり・優しさを適切に表出できなくてはならない。患者アウトカム（症状の軽減・消失、QOLの改善、疾病の治癒、生存期間の延長など）は、患者が医師を信頼しているかどうかによっても左右されると考えられている

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。

(解説)

今や、医師一人で完結させることのできる医療はほとんどなくなったといえよう。したがって、医師にはない知識や技術を有するさまざまな医療職と協働する必要がある、そのような他職種との役割を理解しコミュニケーションをとり、連携を図らなくてはならない。また、慢性疾患のマネジメントでは、とりわけ患者や家族の役割が重要となる。

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。

（解説）

最新医療は高い有効性をもたらす一方、わずかなミスが重大な健康傷害を引き起こす場面も目立つようになってきた。そのため、提供する医療の質を知り改善すること、そして患者および医療従事者の安全性確保の重要性はますます高まってきており、質の向上と安全性確保のための知識と技術が必須である。

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。

（解説）

提供される医療へのアクセスやその内容は、どのような社会体制（医療提供体制や保険制度など）のもとでの医療なのかによって大きく左右される。疾病への罹患（その裏返しである疾病の予防）を決定する重要な因子の一つが社会経済的要因であることを理解し、社会という広がりをもった全体の中での効果的・効率的な医療の提供を意識して行動する必要がある。

8. 科学的探究

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

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

（解説）

眼前の患者への標準的な診療を提供するだけでなく、医学の発展に寄与することも求められる。根拠に基づく医療（EBM）は、すでに確立されたエビデンスを診療現場で用いる手順であるが、エビデンスを作る過程にも可能な範囲で貢献できるよう臨床研究に関する基本的知識や方法を身に付ける。

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。

（解説）

医学の発展速度は早く、提供する医療は複雑化し、複数の医療者が関わらざるを得ない場面がますます多くなっている。新しい知識や技術を滞りなく身に付けるためには、診療現場で同僚や他の多くの医療職と共に学ぶこと（ピア・ラーニング）が必須とされる。場面によっては、患者と共に、あるいは患者から学ぶ姿勢も望まれるところである。

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。

（解説）

指導医がそばにいらなくても、必要時には連絡が取れる状況下であれば、一般外来、病棟、初期救急、地域医療などの診療現場で、一人で診療しても対応可能なレベルまで診療能力を高めることが研修修了の要件である。

内科研修カリキュラム

指導責任者：上村 副院長

〔内科〕

《内科研修医の特徴》

〔内科研修は、一人の医師として必要な一般的内科疾患を診断治療するための基本的な内科領域、関連領域の知識を習得し、事実を探究する態度を身に付ける事を基本とし、その上で患者さんの心的要因や家族背景などを考慮した全人的な医療を提供するための基礎を築くお手伝いをする。まず、患者さんに接し、耳を傾け、触れてから対処することを学ぶこと。〕

GIO：いずれの専門科にすすむにせよ、現代社会のニーズに応えるべく良質な医療を提供する臨床医となる為に、循環器、消化器のみならず、血液、呼吸器、腎、代謝などの各種領域を含む内科研修の中で救急初療、プライマリケアを含む内科的治療に精通し、他の医療スタッフとの連携を密にして患者さん、ご家族の期待する治療を提供するための内科的臨床技能を修得し、これを実践、研究するための基本的態度を身につける。

SBOs：

1. 患者さん、ご家族に配慮した医療面接（問診、理学診断、Informed consent）ができる。（態度）
2. 視触診、打診、聴診などの理学的所見を的確にかつ迅速にとることができる。（技能）
3. パラメディカルスタッフや他の医師と良好なコミュニケーションをとり、協調性をもって対処することができる。（態度）
4. 患者さんの精神状態を理解し、状況に応じた的確な対応をすることができる。（態度）
5. 告知の問題点を熟知し、患者さん及びご家族の心理状態に共感、配慮する。（態度）
6. 各種注射、採血、導尿などの基本的な処置を確実に施行できる。（技能）
7. 重症度や緊急度を的確に判断し、ACLS、救急処置（循環、呼吸管理ほか）などの基本的な手技を行う事が出来る。（技能）
8. Laboratory data、心電図、呼吸機能検査、画像診断その他の検査 order や採血を的確に行い、その結果を適切に評価できる。（技能）
9. 上下部内視鏡検査を施行（介助）することができる。（技能）
10. 超音波検査（心臓、腹部、表在）を行い、評価することができる。（技能）
11. 神経生理学的検査を order し、結果を評価することができる。（技能）
12. 内科領域における各種疾患、病態に対する治療として必要な薬剤の種類をあげ、その使用方法、作用機序、副作用について説明できる。（知識）
13. 内視鏡的治療法の種類をあげ、内視鏡的治療の適応疾患、注意すべき合併症をあげることができる。（知識）
14. 各種ガイド下穿刺（ドレナージ）治療（診断）の適応をあげ、実際に行うことができる。（技能）
15. 各種病態に応じた食事、輸液などの栄養管理、治療について理解し、実行することができる。（技能）
16. 各種輸血療法の適応、副作用およびその対策について述べる事ができる。（知識）
17. 透析療法を含めた血液浄化法について理解し、適応や治療計画を立てることができる。（技能）
18. QOL を考慮にいれた総合的な管理計画に参画できる（緩和ケアを含む）。（技能）

19. 診療録を POS に沿って記載し、管理できる。(技能)
20. 遅滞なく診療録を記載することができる。(態度)
21. カンファレンスや学術集会で症例提示や意見交換を行う事が出来る。(技能)

【研修方法】

1. 知識、態度、技能の 3 分野での総合研修を on the job training(OJT)の TPIR(Teach、Practice、Instruct、Repeat)によるスタイルで行う。特に、上級研修医は、1 年目の研修医に対して指導的な立場にあることを理解し、実践すること。
2. 研修の心得（清潔な白衣、名札の着用、プライバシーの保護）を厳守。
3. 時間厳守。朝は、各ローテーション担当の指導医と打ち合わせをする前に自ら患者さん回診を行い、患者さんの状態変化を把握しておき、その後にその日或いはそれ以降の検査、治療計画について相談する。
4. 週間スケジュール（別表）に沿った OJT による実地臨床研修を行う。
5. EBM に基づいた医療の実施に心がける。（文献検索により医療行為や治療の裏付けを確実に）
6. 疑問点はできうる限りその場で解決をする事。

【評価】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また看護師・薬剤師、技師などのコメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

1. 回診、各カンファレンスを通じてその都度評価を受ける。
 2. 診察法・処置・検査・手技について指導医より OJT でその都度評価を受ける。
 3. 自己評価：研修医手帳に記載する。
 4. 指導医による評価：研修医手帳に評価をうける。研修医・指導医相互評価を行う。
 5. 指導者による評価：研修医・指導者相互評価を行う。研修医手帳評価を行う。
 6. ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
 7. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。
- すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

(別表) 内科研修スケジュール

時間	月	火	水	木	金
8:00	(救急当番日翌日は救急外来にてモーニングカンファレンス)				
8:15	患 者 回 診				
	治 療 計 画 検 討				

AM					
(循環器)	トレッドミル	CAG	心エコー	CAG	心筋シンチ
(消化器)	GIF (検討会)	GIF (検討会)	腹部エコー	GIF (検討会)	GIF (検討会)
(腎 臓)	透析回診				シャント手術
(血 液)	適宜マルクなど				
(呼吸器)	気管支鏡		気管支鏡		
(一般外来)	週 2～3 回	一般外来研修			
	その他の空きスペースで研修医の希望に沿って臨床 (画像、生理) 検査を選択				

昼食、休憩					

PM					
(循環器)	心筋シンチ	PTCA、PM		PTCA、PM	
(消化器)		CF、肝胆膵検査			シャント手術
(腎 臓)	透析回診				
(血 液)	適宜マルクなど				
(呼吸器)	気管支鏡		気管支鏡		
	その他、空きスペースで希望の研修とともに、日勤帯救急対応と外来診療に携わる				
18:00	内科検討会			循環器カンファレンス	

外科研修カリキュラム

指導責任者：近藤 外科部長

〔外 科〕

《外科研修の特徴》

〔外科研修は compassionate（共感）、considerable（熟考）、cooperation（協調）の3本柱からなっている。患者、家族と compassionate し、considerable に行動し、皆と cooperation する。これにより、研修医がより良い外科研修をし、生涯成長し続ける事ができるような基礎を築く事ができるようお手伝いする。〕

【GIO】研修医はいずれの専門科にすすむにせよ、現代社会のニーズに応えるべく良質な医療を提供する臨床医となる為に、消化器外科を中心とした一般外科研修の中で救急初療、プライマリケアを含む外科的治療に精通し、スタッフとの連携を密にして患者、家族の期待する compassionate care を提供する外科的臨床能力（外科基本手技、術前後の管理、手術適応など）を修得、実践する。

【SBOs】

1. 患者、家族に配慮した医療面接（問診、理学診療、Informed consent）ができる。（技能）
2. コメディカルスタッフや他の医師と良好なコミュニケーションをとり、協調性をもって対処することができる。（態度）
3. 外科疾患や救急についての基本的な知識を身につける。（知識）
4. Laboratory data の order や採血が適切に行える。（技能）
5. 腹部画像診断などの臨床検査を order、実施できる。（技能）
6. 術前検査、処置などの管理を行える。（中心静脈ルートの挿入、術前処置など）（技能）
7. 手術の展開を理解し、助手および簡単な手術の術者が適確に行える。（技能）
8. 術後管理における輸液管理や異常時の対応が適確に行える。（技能）
9. 告知の問題点を熟知し、患者および家族の心理状態に共感、配慮する事ができる。（態度）
10. 遅滞なく診療録（電子カルテ）を記載する事ができる。（手術記事、サマリーなど）
11. カンファレンスや学術集会で症例提示や意見交換を行う事ができる。（技能）

【研修方法】

1. 知識、態度、技能の3分野での総合研修を on the job training (OJT) の TPIR (Teach、Practice、Instruct、Repeat) によるスタイルで行う。
2. 研修の心得（清潔な白衣、名札の着用、プライバシーの保護）を厳守。
3. 時間厳守。朝は、8:15 より一病棟三階のナースステーションに待機し、回復室の回診から開始。
4. 週間スケジュール（別表）に沿った OJT による実施臨床研修を行う。
5. EBM に基づいた医療の実施に心がける。（文献検索により医療行為や治療の裏付けを確実に）
6. 疑問点は出来る限りその場で解決する事。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また看護師・薬剤師、技師などのコメディ

カルスタッフによる形成的評価を行う。

1. 一般目標、到達目標に沿った研修が行えている。
 2. 到達目標にある項目がクリアできている。
 3. 適切な判断・処置・手術症例のレポートができている。
 4. ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
 5. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。
- すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

(別表) 外科研修スケジュール (週間予定)

項目	月	火	水	木	金
(救急) 検討会			午前 8 時		救急検討会
術前検討会	午前 8 時			午前 8 時	
Short meeting	術前検討会後	午前 8 時	午前 8 時	術前検討会後	消化器合同検討会後
午前	手術	外来研修	手術	手術	術前術後検査
午後	手術	外来研修	手術	手術	術前術後検査
術式検討会		午前 8 時		午前 8 時	午前 8 時
消化管合同検討会					午前 8 時
※合併症検討会			午前 8 時		午前 8 時
N s との合同検討会					午後 1 時
外科合同検討会			第 3 水 8 時		

・ 一般外来研修 カリキュラム（内科・外科）

研修中の目標

- ①一般外科外来ならではの患者像、疾患群、診療内容を経験する。
- ②初診外来の問診、身体診察を行い、指導医に適切にプレゼンテーションができる。

研修方法

1) 日々の振り返りシートの記入

その日その日で学んだことを記入し、業務終了後指導と振り返りをする。

2) 研修後半の発表(1 か月間の 1 回)

テーマは自由、ただ、何らかの形で一般外科外来で担当した患者さんに関係していること。

発表は 15-30 分を目安でプレゼンテーションする。

形式は問わない。

3) 外来業務

スケジュールにより、指導医、レジデントの外来で初診を担当する。問診から身体診察、プロブレムリストの列挙とアセスメントまでを自分で立てられるようにする。

必ず指導医からのチェックを受け、一人では判断しないこと。外来でも効率良いプレゼンテーションを意識すること。

医療面接

一般目標

良好な患者医療関係の確率と、健康状態に関する適切な情報収集を目的とした医療面接法を習得する。

行動目標

1. 医療面接の目的、意義を述べることができる。
2. 医療面接における基本的コミュニケーション技法を説明できる。
3. 症状に関して明確にすべき項目を列挙できる。
4. 患者と良好なコミュニケーションをとることができる。
5. 医療者として望ましい態度で医療面接ができる。
6. 医療面接を適切な順序で行うことができる。
7. 適切な質問形式を用いて医療面接ができる。
8. 必要な情報を適切な収集できる。

診察導入場面

- ・ 適切な呼び、礼をする。(失礼でない声掛け、明確な発音。「次の方どうぞ」などではなく名前で呼び入れる。)
- ・ 患者さんが入室しやすいように配慮する。(ドアをあける、導く、荷物置き場を示すなど)

- ・ 患者さんに椅子をすすめる。(必要があれば介助する)
- ・ 同じ目の高さで患者さんに対して挨拶をする。
- ・ 患者さんに対して自己紹介をする。(フルネームないしは姓のみ、明確な発音、難しい漢字は名札を示す)
- ・ 患者さんの名前をフルネームで確認する。患者さんに名乗ってもらう場合は、確認のためにという目的を告げる。
- ・ 面接を行うことのできることを患者さんから得る。
- ・ ※(症状の強い場合) 面接を行うことが可能かどうかを患者さんに確認する。
- ・ ※(症状の強い場合) 患者さんが楽な姿勢で面接を行えるように配慮する。
- ・ 適切な座り方をする。(患者さんとの距離、体の向き、姿勢、メモの位置)
- ・ 面接の冒頭で患者さんの訴えを十分に聴く。

患者さんと良好な(共感的)コミュニケーション

- ・ 患者さんにわかりやすい言葉で会話する。
- ・ 患者さんと適切なアイコンタクトを保つ。(質問する時だけではなく、患者さんの話を聴く時にも適切なアイコンタクトを保つ)
- ・ 患者さんに対して適切な姿勢・態度で接する。
- ・ 聴いている時に、相手にとって気になる動作をしない。(時計を見る、ペンを回す、頬杖をつく、など)
- ・ 患者さんの状態にあった適切な声の大きさ、話のスピード、声の音調を保つ。
- ・ 積極的な傾聴を心がける。(冒頭以外でもできるだけ開放型質問を用いて患者さんが言いたいことを自由に話せるように配慮する)
- ・ コミュニケーションを促進させるような言葉がけ・うなずき・あいづちを適切に使う。
- ・ 相手が話しをしやすい聴き方をする。(さえぎらない、過剰なあいづちをしないなど)
- ・ 患者さんの言葉を適切にパラフレーズ(繰り返す)する。
- ・ 聴きながら、必要があれば適宜メモをとる。
- ・ 患者さんの気持ちや患者さんのおかれた状況に共感していることを、言葉ないし態度で患者さんに伝える。(態度と一致しない言葉がけだけでは不適切)
- ・ 患者さんの訴えやこの間の経過について、患者さんの言葉を使って適切に要約する。
- ・ 患者さんの訴えやこの間の経過についての要約に間違いがないかどうかを確認する。

患者さんに聞く(話を聴く): 医学的情報

- ・ 症状のある部位を聞く。
- ・ 症状の性状を聞く。(症状の性質、頻度、持続時間など)
- ・ 症状の程度を聞く。(症状の性質、頻度、持続時間など)
- ・ 症状の経過を聞く。(症状の発症時期、持続期間、頻度や程度の変化など)
- ・ 症状の起る状況を聞く。
- ・ 症状を増悪、寛解させる因子を聞く。
- ・ 症状に随伴する他の症状を聞く。
- ・ 症状に対する患者さんの対応を聞く。(受診行動を含む)

- ・ 睡眠の状況を聞く。
- ・ 排便の状況を聞く。
- ・ 食欲（食思）の状況を聞く。
- ・ 体重変化を聞く。
- ・ （女性の場合）月経歴を聞く。
- ・ 症状が患者さんの日常生活に及ぼす程度を聞く。
- ・ 既往歴を聞く。
- ・ 常用薬を聞く。
- ・ 家族歴を聞く。
- ・ アレルギーを聞く。
- ・ 嗜好（飲酒、喫煙など）を聞く。
- ・ 生活習慣（1日の過ごし方）を聞く。
- ・ 社会歴（職歴、職場環境など）を聞く。
- ・ 生活環境（衛生環境、人間関係など）・家族環境（ペット、家族構成など）を聞く。
- ・ 海外渡航歴を聞く。

患者さんに聞く（話を聴く）：心理・社会的情報

- ・ 患者さんの生活や仕事などの社会的状況を聞く。
- ・ 患者さんの思いや不安などの心理的状況を聞く。
- ・ 患者さんの病気や医療に関する考えや理解（「解釈モデル」）を聞く。
- ・ 患者さんの検査や治療に関する希望や期待、好みなどを聞く。
- ・ 患者さんの過去の「受療行動」を聞く。
- ・ 患者さんの過去の「対処行動」を聞く。
- ・ 患者さんの特に気になっていること心配していることを、詳しく聞く。
- ・ 他医受診（代替医療も含む）の有無と処方内容を聞く。

患者さんに話を伝える

- ・ 患者さんにわかりやすい言葉で話をする。
 - ・ 患者さんが話を理解できているかどうか確認する。
 - ・ 話の途中でも患者さんにここまで質問がないかどうかを確認する。
 - ・ 患者さんが質問や意見を話せるように配慮する。（雰囲気、会話の間など）
- （患者さんとの診療計画の相談のプロセスは省略）

締めくくり部分：診察への移行/クロージング

- ・ 聞き漏らしや質問がないか尋ねる。（まだお聞きしていないことや、ご質問はございますか？）
- ・ 面接終了後、患者さんが次にどうしたら良いかを適切に伝える。
 - （身体診察への移行する場合）
 - ・ 身体診察を始めることの同意を得る。
 - （クロージングする場合）
 - ・ 何かあればいつでもコンタクトできることを患者さんに伝える。
 - ・ 患者さんが退室する際に配慮する。（必要があれば介助する）

- ・挨拶をする。(おだいじに、お気をつけて、など)

全体を通して

- ・ 順序立った面接：主訴の聞きとり、現病歴、その他医学的情報、心理・社会的情報の聴取などが系統的で、あまり前後しすぎずに順序立って進められている。
- ・ 流れに沿った円滑な面接：患者さんの話の流れに沿って面接が進められ、話題が変わる時（特に家族歴・既往・心理社会的情報などの聴取に移る時）唐突でなく適切な言葉がけが行なわれている。(例えば「症状と関連することもあるので、ご家族のことについて伺わせてください」など)

外科手技法

患者さんへの配慮

- ・ 処置について患者さんに説明し承諾を得る。

手袋装着前の配慮

- ・ 爪を短く切っていることを確認する。
- ・ 余計な装飾品や腕時計をはずす。
- ・ 袖が邪魔にならないように配慮する。(例えば、袖まくり両前腕を十分に露出する)

手袋の装着

- ・ 以下の項目は状況により省略可とする。
 1. 手術用帽子を頭髮が露出しないように着用する。
 2. 手術用マスクを口・鼻を完全に覆うように着用する。
 3. 手指、前腕を流水で洗い流す。
 4. 滅菌タオルで指先から中枢側へ肘部まで拭く。
 5. アルコール含有速乾性擦式消毒剤を手指に擦り込む。
- ・ 右手で左手袋の折り返し部分（裏面に当たる部分）を持って取り上げる。
- ・ 左手に清潔かつスムーズに、手袋を装着する。(手袋の表側が手・指、白衣などに触れてはならない)
- ・ 左手の4本の指を反対側手袋の折り返しの部分（表面に当たる部分）に入れて取り上げる。
- ・ 右手に清潔かつスムーズに手袋を装着する。
- ・ 手袋の折り返しを延ばし、指のねじれをとり手袋を手十分にフィットさせる。

消毒

- ・ 消毒することを患者さんに告げる。
- ・ 清潔なピンセットで消毒薬のついた綿球などを介助者から受け取る。
- ・ 創周囲の皮膚を中心から外側に向かい同心円状に、必要十分な範囲で2-3回以上消毒する。
- ・ 穴開きシーツ（ドレープ）で創周囲を覆い、清潔術野を作る。

局所麻酔

創の観察（汚染、異物、出血、無痛域）

縫合

- ・ 持針器を選択し、針の先端から 3/4 程度の部分を針先が向かって左に位置するように持針器の先端近くで把持する。(右利きの場合)
- ・ 針の糸を折り返し適切な長さで装着する。
- ・ ピンセットを選択し、鉛筆を持つように左手の第 1 指と第 2 指、第 3 指で、その基軸を手背に向かわせるように把持する。
- ・ 持針器を器種にあわせて適切に把持する。
- ・ 患者さんに声を掛けながら手技をすすめる。
- ・ 創縁から針の半径よりやや短い長さに針を皮膚および創縁に対して直角に挿入する。
- ・ 針の湾曲にそって、針先を進める。
- ・ 創縁を軽く持ち上げるなどピンセットを補助的に使用する。
- ・ 刺入部と対称になるように反対側に針先を出す。
- ・ 反対側に出た針を、針先を損傷しないように持針器で把持する。
- ・ 針の湾曲にそって、針を皮膚から抜く。

結紮

- ・ 結紮を適切に行う。(外科結紮など)
- ・ 剪刀のリングに第 1 指と第 4 指を挿入し、第 2 指で軽く曲げてその柄にそえて把持する。
- ・ 余分な糸を結び目から 5 mm～1 cm 程度残して切る。

ドレッシング

- ・ 創部を消毒する。
- ・ 清潔操作によりガーゼなどでドレッシングする。
- ・ 患者さんに処置が終了したことを告げる。

抜糸

- ・ 抜糸することを患者さんに告げ、了承を得る。
- ・ 創に張力が加わらないようにドレッシングを除去する。
- ・ 創部を消毒する。
- ・ ピンセットと剪刀を正しく把持する。
- ・ ピンセットで糸の断端を把持し皮下に埋没していた糸を露出させる。
- ・ 糸を露出部で切る。
- ・ 創部を消毒しドレッシングする。
- ・ 患者さんに処置が終了したことを告げる。

処置後

- ・ 血液などで汚染されたゴミ(感染性医療廃棄物)を専用のごみ箱などへ処分する。
(例:消毒に使用した綿球、縫合に使用した手袋、抜糸した糸)
- ・ 手袋を外した後は流水で手を洗う。

他科の医者の失敗はどう指摘すべきか

1. 他科の医師は自分の子分ではない。
2. 相手の人格を否定するような怒り方はしない。
3. 専門外のことに關しては、相手に逃げ道を作っておいて注意してあげる。
4. 行動変容させるには「サンドイッチ法」でほめ殺し

こんな上級医いらない

1. 患者さんを診察せずに指示を出すような上級医、コンサルトしても来てくれない上級医
2. 患者さんを頭ごなしに叱る上級医
3. 研修医の人格を否定して怒る上級医
4. 看護師に嫌われている上級医
5. Brown Nose(鼻が茶色)
6. 質問すると怒る上級医、オープンな議論ができず反論を許さない上級医
7. 研修医に対する責任と保身を勘違いしている上級医
8. 技は盗めと研修医に教えようとししない上級医
9. 特定の看護師が夜勤の時に病棟に現われる上級医
10. 挨拶しても返事を返してこない上級医、人間的に問題あり
11. 研修医への指導がネチネチしている上級医。
12. 研修医の面倒をみないで陰口を言う上級医
13. トラブル症例を研修医に押し付ける上級医
14. 研修医のミスに責任をもたない上級医、むしろ研修医を追求し突き放す上級医
15. 臨床能力のない上級医

こんな研修医いらない

1. 文献ばかり読んで、実際の診察をあまりしない、患者さんがきたら逃げる
2. いろんな科で学ぶ姿勢がない、自分の専門科を決め付けて他の科でさぼる
3. 患者さんの顔色が読めない
4. 患者さんとコミュニケーションが取れない
5. 患者さんに対する配慮に欠ける、痛みに共感しない。
6. 看護師やコメディカルと協調性がない。
7. 「報告・連絡・相談」の基本ができていない。
8. 言葉遣いがなっていない。
9. 先輩医師のプライドをコケにする「そんなの時代遅れですよ」
10. 雑用をさせると文句を言う
11. 手技をやらせてくれないと文句を言う割に事前勉強をしていない。
12. 手技をやった後、後片付けしない(CVライン、胸腔ドレナージ)
13. 病院で誰かまわらずナンパする。
14. 学生気分飲み歩いて、二日酔いで仕事に来る
15. 身だしなみと個人のファッションセンスを吐き違える
16. コンサルトした医師に患者さんを丸投げする

17. 元気がない。
18. ルールが守れない、遅刻、無断欠席など

引用元 「研修医御法度 第6版」寺沢秀一、島田耕文、林 寛之(著)

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また研修病院のある地域特性に応じた看護師・薬剤師、技師などのコメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

1. 一般目標、到達目標に沿った研修が行えている。
 2. 到達目標にある項目がクリアできている。
 3. 適切な判断・処置・手術症例のレポートができている。
 4. ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
 5. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。
- すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

麻酔科研修カリキュラム

指導責任者：車 麻酔科部長

〔麻酔科〕

《麻酔科研修の特徴》

全身麻酔を施行すると、生体の調和は乱れ、呼吸抑制や循環動態変動が様々な程度で惹起される。眼前での急激な変化に対応し、生体の恒常性を保つために、自分は何をすればよいのか、自分には何ができるのか。医師としての人生を歩み始める初期研修期に、それらに対しての各々の能力を定めておくことは無駄にはならないだろう。

【GIO】 一般目標、即ち学習者がその学習の結果期待される成果としては、呼吸抑制をきたした患者に対して的確な気道確保と人工呼吸を提供できること、循環動態変動をきたした患者に対し的確な循環動態補助ができること、である。また、疼痛を訴える患者に適切な対応ができることも期待される。

【SBOs】

到達目標、即ち 知識・技能・態度の各領域においてできるようになるべき内容は、以下の通り。

1. 患者に最大限の利益を提供すべく、周囲の医療従事者と協調できる。(態度)
2. 自分の考えを明確に述べ、相手に伝えることができる。(態度)
3. 用手的気道確保（必要時経口エアウェイ併用）によるマスク換気ができる。(技能)
4. 気管挿管ができる。(技能)
5. 末梢静脈路確保ができる。(技能)
6. 観血的動脈圧路確保ができる。(技能)
7. 簡単な人工呼吸設定ができる。(知識)
8. 各種麻酔薬を適切に投与できる。(知識)
9. 血行動態変動を把握し、的確に介入できる。(知識)
10. 疼痛を訴える患者に対し、適切に対応できる。(知識)

【研修方法】

1. 手術室で手術の麻酔をする。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また看護師・薬剤師、技師などのメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

1. 一般目標、到達目標に沿った研修が行えている。
2. 到達目標にある項目がクリアできている。
3. 適切な判断・処置・レポートができている。
4. ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
5. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。

すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

（別表）麻酔科研修スケジュール

時間	月	火	水	木	金
9:00～17:00	手術麻酔	手術麻酔	手術麻酔	手術麻酔	手術麻酔

○研修医への要望：前向きに考えること。患者さんの安全を最優先とすること。

救急科研修カリキュラム

指導責任者：上村 副院長

〔救急科〕

《救急研修の特徴》

救急医療においては患者の生命や予後を左右する重要な診断、処置に対して的確に対応することが重要である。ACLS や JATEC を身につけ、実践するとともに、様々な患者の家族、社会的背景を考慮した救急医療を実践できるような知識、技能を体得できるよう、救急外来を中心に救急研修を行います。

【GIO】 研修医はいずれの専門科にすすむにせよ、患者の生命を左右する救急的状況に対応できる臨床医となる為に、救急初療における対応の順次性や重要性を認識し、そのうえでの的確な処置を行うことができるよう、救急初療の基本的な臨床能力を身につける。

【SBOs】

1. 院内救急システム、マニュアルを熟知する。(知識)
2. プライマリケアに迅速に対応するための診察（検査を含む）技術を習得する。(技能)
3. 救急疾患の原因検索に加え、重症度、緊急度を知るための検査法を習得する。(技能)
4. 医師として最低限必要な救命救急を実践するために、基本的な救命処置を習得する。(技能)
5. 救急患者に対して状況に応じた臨機応変な対応を行うための協力的態度をとることができる。(態度)
6. 救急来院した特殊な患者の家族的、社会的背景に配慮することができる。(態度)
7. 内科系救急疾患についての基本的な知識を身につける。(知識)
8. 外科系救急疾患についての基本的な知識を身につける。(知識)

【研修方法】

1. 救急外来で担当指導医（指導助手）のもとに知識、態度、技能の3分野での総合研修を行うと同時に、院内救急にも対応できるよう待機する。なお、各研修医毎に、指導責任者が、“救急外来の基本的診療、処置が可能である”と判断した場合は、担当指導医のもと、First callとして救急にあたること
2. 研修の心得（清潔な白衣またはユニフォーム、名札の着用、プライバシーの保護）を厳守。
3. 救急スケジュール（別表）に沿った on the job training (OJT) による実地臨床研修を行う。
4. EBM を実践した医療の実施に心がける。（文献検索により医療行為や治療の裏付けを確実に）
5. 疑問点はできうる限りその場で解決をする事。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また看護師・薬剤師、技師などのコメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

1. 一般目標、到達目標に沿った研修が行えている。
2. 到達目標にある項目がクリアできている。
3. 適切な判断・処置・レポートができている。
4. ローテーション前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。

5. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。
すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

(別表) 救急科研修スケジュール

時間	月	火	水	木	金
8:30	救急担当医への報告				
9:00 ～ 12:00	(救急外来 院内救急対応)				
	昼食、休憩				
13:00 ～ 17:00	(救急外来 院内救急対応)				

産婦人科研修カリキュラム

指導責任者：竹内産婦人科部長

〔産婦人科〕

《産婦人科研修の特徴》

三重県では数少ない高度生殖医療（体外受精）を行っており、その研修と共に、一般的な産婦人科の診療（外来、手術、分娩等）の研修を行う。産婦人科の特殊性を理解する。

【GIO】基本的な婦人科疾患や周術期の管理にに対処できる知識とスキルを習得し、患者・家族の心に配慮した治療を行うための基礎を身につける。

【GIO】患者の全人的ケアをチーム医療の一員として実践するために、産科・婦人科の基本的診療報、正常およびハイリスク妊娠・分娩の鑑別診断やその管理や取扱いができる。

【SBO】

1. 産科・婦人科患者の医療面接、身体診察を適切に行うことができる。
2. 正常妊娠および分娩経過を列挙できる。
3. 異常妊娠および分娩の鑑別的を挙げることができる。
4. 検査を経験し、その内容とその適応について説明できる。
5. 検査結果を自分で判断（読影）できる。
6. 患者に検査内容・検査結果をわかりやすく説明できる。
7. 治療方針を立てることができる。

【研修方法】

週間スケジュール（別表）に沿った臨床研修を行う。休日、夜間については別の予定とする。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また看護師・助産師、薬剤師、技師などのコメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

1. 回診、各カンファレンスを通じてその都度評価を受ける。
 2. 診察法・処置・検査・手技について指導医より OJT でその都度評価を受ける。
 3. 自己評価：研修医手帳に記載する。
 4. 指導医による評価：研修医手帳に評価をうける。研修医・指導医相互評価を行う。
 5. 指導者による評価：研修医・指導者相互評価を行う。研修医手帳評価を行う。
 6. ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
 7. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。
- すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

(別表) 産婦人科研修スケジュール

時間	月	火	水	木	金
8:00 9:00～	病棟検討会 病棟回診 外来研修	病棟検討会 病棟回診 手術	病棟検討会 病棟回診 外来研修	病棟検討会 病棟回診 手術	病棟検討会 病棟回診 外来研修
13:00	症例検討	手術	外来研修	手術	手術

小児科研修カリキュラム

指導：国立病院機構三重病院、伊勢赤十字病院、
松阪中央総合病院、三重中央医療センター

〔小児科〕

《小児科研修の特徴》

〔小児科は、子供をみることができなくてはいけない。医療の社会的ニーズを把握し、乳児検診や正常児をみることで、子供の発達を実感し、そのうえで日常遭遇する各種疾患を治療できるようになっていただきたい。〕

【GIO】 いずれの専門科に進むにせよ、必要に応じて小児を診る事ができるために、小児の発達、生理を理解し、小児をとりまく家族、社会的背景を配慮して、小児特有の疾患や病態に対処できる臨床的技能を身につける。

【SBOs】

- 1.小児医療面接の特殊性に対応しつつ、患児の問題点を抽出することができる。(技能)
- 2.家族のニーズを理解し、診察において配慮する。(態度)
- 3.診察において小児を取り巻く環境や社会的背景を配慮する。(態度)
- 4.帝王切開後の新生児の健康を維持できる。(技能)
- 5.新生児疾患の特殊性が理解できる。(知識)
- 6.乳児検診を行うことができる。(技能)
- 7.小児予防医療の重要性を理解できる。(知識)
- 8.小児に特有な疾患を理解する。(知識)
- 9.小児における薬剤投与法に精通する。(知識)
- 10.小児救急疾患における初期治療を行うことができる。(技能)
- 11.小児における各種検査の特殊性や鎮静剤投与の合併症について理解する。(技能)

【研修方法】

- 1.知識、態度、技能の3分野での総合研修を on the job training (OJT) の TPIR (Teach、Practice、Instruct、Repeat) によるスタイルで行う。特に、上級研修医は、1年目の研修医に対して指導的な立場にあることを理解し、実践すること。
- 2.研修の心得（清潔な白衣、名札の着用、プライバシーの保護）を厳守。
- 3.時間厳守。
- 4.週間スケジュール（別表）に沿った OJT による実地臨床研修を行う。午前中は、一般外来診察、心エコー、腹部エコーの研修も行う。午後は、予防接種外来、乳児検診、慢性疾患外来について研修する。また、救急外来では、指導医のもと、一次、二次救急の患児診察にあたる。
- 5.EBM に基づいた医療の実施に心がける。（文献検索により医療行為や治療の裏付けを確実に）
- 6.疑問点は、できうる限りその場で解決をすること。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。

さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また看護師・薬剤師、技師などのメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

- 1.回診、各カンファレンスを通じてその都度評価を受ける。
 - 2.診察法・処置・検査・手技について指導医より OJT でその都度評価を受ける。
 - 3.自己評価：研修医手帳に記載する。
 - 4.指導医による評価：研修医手帳に評価をうける。研修医・指導医相互評価を行う。
 - 5.指導者による評価：研修医・指導者相互評価を行う。研修医手帳評価を行う。
 - 6.ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
 7. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。
- すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

(別表) 小児科研修スケジュール

時間	月	火	水	木	金
8:00	入院患児回診 検査	入院患児回診 検査	入院患児回診 検査	入院患児回診 検査	入院患児回診 検査
9:00～	外来診察	外来診察	外来診察	外来診察	外来診察
	昼食、休憩				
13:00		予防接種 症例検討	乳児検診 抄読会	慢性疾患外来	

研修医への要望：急性期病院としてより良い医療を目指している。特に救急日には、患者さんが多くて多忙であるが、やりがいはあると思う。検査の研修などやりたいことがあれば申し出て頂きたい。

地域医療研修カリキュラム

【研修実施病院】

・紀南病院 ・尾鷲総合病院 ・県立一志病院 ・町立南伊勢病院

【GIO】

「Ⅰ地域を知る。Ⅱ地域に生きる人を知る。Ⅲ地域の医療を知る。」

病院で患者さんを診ることはもっとも重要な研修であるが、その地域独特の、地域の人達に育てられた 地域医療を知るためには、意識をして「地域を知る」「地域に生きる人を知る」という姿勢が必要であると考え、「地域を知る」「地域に生きる人を知る」を「地域の医療を知る」ことより上位の目的として位置づけた。具体的には「地域を知る」ことは、実際にこの地域の色々な場所に出掛けて五感で地域を知ることにある。「地域に生きる人を知る」というのは、まずは地域の住民である病院職員達と患者さんと仲良くなり、話をたくさんすることにある。職員達とは、仕事を通じてプラスアルファの話をするのもよいし、一緒に遊びに行くのもよい。患者さんとは、診察を通じて地域のことや生活のことを聞くのもよい。さらにできうるならば、病院を飛び出して地域の皆さんと話をできればなおのことよい。

【SBOs】

- (1)外来診療 初診外来・再診外来ができる。
- (2)救急外来 ACLS、トリアージ、救急車での転院搬送ができる。
- (3)入院診療 入院診療ができる。
- (4)検査 頸部・乳腺・心・腹部超音波検査ができる。
- (5)地域特性を理解し、それを踏まえた医療が実践できる。
- (6)病院と地域医療との連携を理解する。
- (7)地域に密着した診療所での活動を体験し、理解する。
- (8)生活保護、医療費の公的支援などにつき理解できる。
- (9)社会福祉協議会、ボランティアの活動を理解し、患者さんやご家族に紹介できる。
- (10)ケアマネージャーに連絡・指導することで患者さん・ご家族を支援できる。

【研修方法】

それぞれの研修病院の地域特性に応じた研修内容を実施する。その中で、

外来診療 週1回以上実施。巡回診療、往診などにも随行する。

救急外来 救急車の受け入れ、救急車での転院搬送を実施。

入院診療 病棟カンファレンスなどに参加。

その他 消防署研修、保健所訪問なども実施。

それぞれ指導医の元、学んだことの振り返りを行い、学んだこと、学ぶべきことの確認を行う。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。
さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。

- 1.回診、各カンファレンスを通じてその都度評価を受ける。
 - 2.診察法・処置・検査・手技について指導医より OJT でその都度評価を受ける。
 - 3.自己評価：研修医手帳に記載する。
 - 4.指導医による評価：研修医手帳に評価をうける。研修医・指導医相互評価を行う。
 - 5.指導者による評価：研修医・指導者相互評価を行う。研修医手帳評価を行う。
 - 6.ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
 7. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。
- すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

【研修スケジュール】

◎スケジュール（研修病院からの指定がない場合は、本スケジュールを基本とする）

	月	火	水	木	金	土・日
午前	外来・救急	外来・救急	外来・救急	外来・救急	外来・救急	—
午後	入院・検査	入院・検査	入院・検査	入院・検査	入院・検査	
随時	往診・訪問診療・病棟カンファレンス・検討会・振り返り会など					

○紀南病院

	月	火	水	木	金	土・日
朝	カンファレンス（新入院患者・退院患者紹介）					地域を知る ために 自由行動
午前	院内研修 (入院・救急)	院内研修	院内研修	僻地診療所	院内研修	
昼	—	—	振り返り		—	
午後	院内研修	ミニ・タリミーティング	院内研修		院内研修	
夕	—	内科総合 カンファレンス	—	—	—	

○尾鷲総合病院

週 \ 曜日	月	火	水	木	金	土・日
第 1 週	外科を中心とした外来、病棟、手術等					—
第 2 週	内科関係の診療所・外科関係の診療所 MSW とともに病診連携・福祉事務所との連携業務					
第 3・4 週	内科を中心とした外来、病棟、処置、透析等					
その他	—	(最終週) 検討会	(第 2 週) 医局会と紀北指導医会 カンファレンス	(第 2 週) 紀北紀南外科症例検討会 (第 3 週) 講演会	—	
	月 4 回程度の宿直業務（平日：宿直 2 回、休日：日・宿直 1 回）					

○県立一志病院

	月	火	水	木	金	土・日
午前	初診外来・救急	病棟	初診外来・救急	再診外来	初診外来・救急	—
昼	学生指導	入院カンファレンス	学生指導	学生指導	入院カンファレンス	
午後	訪問診療	初診外来・救急	訪問診療	病棟	病棟	
夕		勉強会			勉強会	

精神科研修南勢病院・厚生病院カリキュラム

指導責任者：齋藤 洋一 南勢病院院長

齋藤 純一 松阪厚生病院院長

〔精神科〕

【一般目標】

1. プライマリー・ケアに求められる、精神症状の診断と治療技術を身につける。
2. 医療コミュニケーション技術を身につける。
3. チーム医療に必要な知識を身につける。
4. 精神科リハビリテーションや地域支援体制を経験する。
5. 精神保健福祉法及び他の関連法規の知識を身につける。

【行動目標】

1. 典型的な症例を担当し、診断（操作的診断法を含む）、状態像の把握と重症度の客観的評価法を修得する。
2. 向精神薬（抗精神病薬、抗不安薬、抗うつ薬、抗躁薬、睡眠薬など）を適切に選択できるように臨床精神薬理学的な基礎知識を学び、臨床場面でその効果を評価する。
3. 基本的な精神療法や心理社会的療法（生活療法）の知識を身につけ、実践する。
4. 精神科的病歴聴取の技術を修得すると共に、精神医学的面接における基本的態度（共感的態度など）を身につける。
5. コメディカル・スタッフ（薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士など）と協調、連携し包括的治療（チーム医療）を計画実践する。
6. デイケアなどの社会復帰活動への参加や関連の社会復帰施設の見学を通じて、社会資源の活用や適応、地域支援体制について理解する。
7. 任意入院、医療保護入院、措置入院などの入院形態を理解するとともに、精神障害者の人権に配慮し、隔離、拘束などの行動制限の適応を理解する。

【具体的な研修方法】

1. 研修施設：南勢病院、厚生病院
2. 研修期間：1ヶ月
3. 研修方法
 - 1) 副主治医として症例を担当する。

多軸評価法による診断、状態像の把握と重症度の客観的評価法、重症度は操作的な症状評価尺度による評価を、また社会生活機能の重症度は全体的機能評価尺度（GAF・DSM-IV）による評価を習得する。
 - 2) 向精神薬を合理的に選択できるように臨床精神薬理学的な基礎知識を学び、臨床場面で自ら実践できるようにする。同時に適切な心理社会的な療法を身につけて実践する。
 - 3) 心理教育（病名告知、疾患・治療法の患者家族への説明）を実践する。
 - 4) 病気に応じて薬物療法と心理社会的療法をバランスよく組み合わせ、ノーマライゼーションを目指した包括的治療計画を立案する。
 - 5) 患者家族とコメディカル・スタッフと協調し、インフォームド・コンセントに基づいて包括的治療計画を実践する。
 - 6) 社会参加のための生活支援体制を理解するために、訪問看護や外来デイケアなど参加する。

7) 総合病院の一般科において精神症状を呈する症例を担当し、基礎的なリエゾン精神医学や緩和ケアを実践する。

8) 研修の進め方

①第1週目

初日のオリエンテーションでは、研修の目標と研修の実施日程の説明を行う。

精神保健福祉法に基づいた入院形態と処遇の問題、医療法や保険診療など精神医療に必要な基本的事項についてオリエンテーション・レクチャーを行う。また、研修の場やスタッフについてのオリエンテーションも行う。

2日目から午前中は看護師の朝の申し送りへ参加し、入院患者の回診の後、外来診療に従事する。また少数の外来通院者を担当し、第4週まで継続して診療する。午後からは心理検査、脳波検査などの検査技術を実習した後、病棟で入院患者を担当する。受け持つ患者は任意入院と医療保護入院の患者を各々1名以上とし、人権に配慮した入院治療を行う。また統合失調症（2002年に精神分裂症から名称が変更された）、躁うつ病、うつ病、老年期の認知症疾患、不安障害（神経症）、薬物依存（アルコール症など）、児童・思春期の障害などについて、できるだけ新規受診患者を担当する。

②第2週目

月曜日には、担当患者の多軸評価、精神状態像、重症度判定の結果を整理し、指導医による指導を受ける。その多軸診断評価をもとに、病期に応じた包括的治療計画を作成する。次いで担当患者と家族に心理教育（病名告知、疾患・治療計画、治療目標と治療戦略など）の説明を行い、指導医やコメディカル・スタッフ（看護師、薬剤師、心理士、作業療法士、精神保健福祉士など）とともに包括的治療計画を決定し、これを実践する。火曜日以降は、基本的には第1週の研修を継続する。午前中は外来診療を、午後は入院患者の診療を担当する。担当患者の心理検査、脳波検査、神経画像検査などに立会い、検査技術や結果の解析を学ぶ。

③第3週目

基本的には第2週までの研修内容を継続する。ただし、月曜日には担当患者の精神状態像と重症度を再判定し、治療過程について指導医から指導を受ける。また、包括的治療計画の実施状況と見直しの必要性について、指導医とコメディカル・スタッフ（看護師、薬剤師、心理士、作業療法士、精神保健福祉士など）が加わって検討する。患者と家族による治療経過の評価についても検討する。

④第4週目

月曜日と火曜日の午後は担当患者の診療経過を総括し、レポートにまとめる。火曜日には他科往診を見学し、リエゾン精神医学を研修する。金曜日には担当患者について、デイケアや各種社会復帰施設（福祉ホーム、グループホーム、作業所、福祉工場、援護寮など）への適応力を指導医とともに検討し、併せてノーマライゼーションのための地域支援システムへの理解を深める。最終日には全体的な総括と評価を行う。1週目から4週目まで、院内症例検討会、入退院カンファレンス、コメディカル・スタッフのミーティングなどには積極的に参加して、理解を深める。

9) その他

研修時間：9：00～17：00

初日は9：00までに事務所に行き、研修についての手続き上の説明を受ける。

【実習評価法】

1. 研修開始時及び1ヶ月毎に自己評価及び指導医（指導責任者）、看護師長、担当指導医からの評価を受ける。
2. OJTの中で、日々研修内容をチェックし、未経験事項や経験不足がないかどうかをチェックする。
3. 以下の評価表に従ってチェック項目をチェックする。

【達成度評価表：項目1～18】

- ☐ A：確実に適確にできる。
☐ B：何とかする事が出来る。
☐ C：できるが不確実である。
☐ D：できない。

【基本的態度】

- 1.患者さん（ご家族）との良い人間関係により信頼が得られる。☐ A、☐ B、☐ C、☐ D
- 2.患者さんやご家族の苦痛を感じ取れる感性とそれらを和らげる知識、技能をもつ。☐ A、☐ B、☐ C、☐ D
- 3.患者のみならずスタッフ間のコミュニケーションがとれる。☐ A、☐ B、☐ C、☐ D

【医療面接】

- 4.系統的インタビューを含む、初回面接の技術を身につけている。☐ A、☐ B、☐ C、☐ D
- 5.メンタルヘルスケアの技術を身につけている。☐ A、☐ B、☐ C、☐ D
- 6.コンサルテーション、リエゾン精神医学の技術を身につけている。☐ A、☐ B、☐ C、☐ D
- 7..緩和ケア技術を身につけている。☐ A、☐ B、☐ C、☐ D

【精神症状】

- 8.日常診療の中でみられる精神症状を正しく診断できる。☐ A、☐ B、☐ C、☐ D
- 9.精神症状の評価と鑑別診断技術を身につけている。☐ A、☐ B、☐ C、☐ D
- 10.薬物療法、精神療法、心理社会療法、心理的介入法などを身につけている。☐ A、☐ B、☐ C、☐ D

【精神科疾患】

- 11.主な精神科疾患に関する知識を身につけ、その診断と治療計画を立てる事ができる。☐ A、☐ B、☐ C、☐ D
- 12.向精神療法やその他の身体療法の適応を決定し、指示できる。☐ A、☐ B、☐ C、☐ D
- 13.向精神薬を合理的に選択できる臨床精神薬理学の知識を身につけている。☐ A、☐ B、☐ C、☐ D

【精神科的地域医療】

- 14.精神科デイケア（ナイトケア、デйнаイトケア）の意義を理解する。☐ A、☐ B、☐ C、☐ D
- 15.訪問看護、訪問診療や社会復帰施設、居宅生活支援の状況を理解する。☐ A、☐ B、☐ C、☐ D
- 16.地域リハビリテーション（共同作業所、小規模授産施設）の現況を理解する。☐ A、☐ B、☐ C、☐ D
- 17.任意入院、同意入院、措置入院などの精神保健福祉法を理解している。☐ A、☐ B、☐ C、☐ D

【経験項目評価表：1～16】

以下の処置、疾患につき見学（A）、助手（B）、術者或いは主治医（C）としての経験を有するものとする。（但し、※印の症例は、症例数の関係から必須とはしない。）

《処置または検査》

- | | | | |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 1.精神科的医療面接 | ☐ A、 | ☐ B、 | ☐ C |
| 2.脳波 | ☐ A、 | ☐ B、 | ☐ C |
| 3.心理検査 | ☐ A、 | ☐ B、 | ☐ C |
| 4.精神療法 | ☐ A、 | ☐ B、 | ☐ C |
| 5.作業療法 | ☐ A、 | ☐ B、 | ☐ C |

《症状》

- | | | | |
|---------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 6.不眠 | ☐ A、 | ☐ B、 | ☐ C |
| 7.痙攣発作 | ☐ A、 | ☐ B、 | ☐ C |
| 8.不安、抑鬱 | ☐ A、 | ☐ B、 | ☐ C |
| 9.意識障害 | ☐ A、 | ☐ B、 | ☐ C |

《疾患》

- | | | | |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 10.症状精神病（せん妄） | ☐ A、 | ☐ B、 | ☐ C |
| 11.痴呆（血管性痴呆を含む） | ☐ A、 | ☐ B、 | ☐ C |
| 12.アルコール依存症 | ☐ A、 | ☐ B、 | ☐ C |
| 13.気分障害（鬱病、躁鬱病） | ☐ A、 | ☐ B、 | ☐ C |
| 14.統合失調症（精神分裂病） | ☐ A、 | ☐ B、 | ☐ C |
| 15.不安障害（パニック症候群） | ☐ A、 | ☐ B、 | ☐ C |
| 16.身体表現性障害、ストレス関連障害 | ☐ A、 | ☐ B、 | ☐ C |

脳神経内科研修カリキュラム

指導責任者：近藤 脳神経内科部長

〔脳神経内科〕

《脳神経内科研修の特徴》

〔脳神経内科研修では、研修医の皆さんが代表的な脳神経内科疾患を理解し、そのうえでプライマリーケアができるようになることを目標としている。まずは、基本的な手技、診察から始まり、診断、治療に至る過程が大事であると考える。〕

【GIO】 様々な臨床の場で経験、遭遇する各種神経筋疾患の緊急性や重要性を判断して、適確な対応ができる為に、神経筋疾患発症の機序を理解し、脳神経内科研修の中で、患者、家族の心理に共感し、スタッフと連携して、神経疾患の治療を行い、基本的な脳神経内科診療技能を習得する。

【SBOs】

- 1.患者、家族に配慮した医療面接（問診、Informed consent）を行う。（態度）
- 2.コメディカルスタッフや他の医師と良好なコミュニケーションをとり、協調性をもって対処する。（態度）
- 3.医療面接において必要な情報を聴取できる。（技能）
- 4.脳、脊髄、末梢神経、筋などの解剖と機能に関する基本的知識を持つ。（知識）
- 5.神経筋疾患に関する基本的な病理を理解する。（知識）
- 6.ベッドサイドでの基本的な神経学的診察法を正確に行える。（技能）
- 7.神経学的な診察所見をもとに患者を適確に評価できる。（知識）
- 8.診断に必要な神経学的補助検査を適切に選択し、その結果を解釈できる。（知識）
- 9.脳神経内科指導医のもとで、神経筋疾患の治療方針をたてることができる。（知識）
- 10.意識障害や脳血管障害の初期診療を適確に行う事が出来る。（技能）
- 11.当院（松阪病院）では神経筋疾患の急性期医療を中心とした入院・外来診療での経験・知識を得るが、済生会明和病院で追加の研修を行うことにより、認知症を中心に神経筋疾患患者を取り巻く、非薬物療法や社会資源の利活用までを含めた、より広い周辺環境に関して理解を深め、そのマネジメントに関する経験・知識を得ることが可能である（知識）

【研修方法】

- 1.知識、態度、技能の3分野での総合臨床研修を on the job training(OJT)の TPIR(Teach、Practice、Instruct、Repeat) によるスタイルで行う。
- 2.研修の心得（清潔な診療衣と名札の着用、プライバシーの保護）を厳守。
- 3.時間厳守。朝は 8:05 より SCU カンファレンスから開始。
- 4.週間スケジュール（別表）に沿った OJT による実地臨床研修を行う。
- 5.EBM に基づいた医療の実施に心がける。（文献検索により医療行為や治療の裏付けを確実に）
- 6.疑問点はできうる限りその場で解決すること。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。

さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また看護師・薬剤師、技師などのコメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

1. 回診、各カンファレンスを通じてその都度評価を受ける。
 2. 診察法・処置・検査・手技について指導医より OJT でその都度評価を受ける。
 3. 自己評価：研修医手帳に記載する。
 4. 指導医による評価：研修医手帳に評価をうける。研修医・指導医相互評価を行う。
 5. 指導者による評価：研修医・指導者相互評価を行う。研修医手帳評価を行う。
 6. ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
 7. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。
- すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

(別表) 脳神経内科研修スケジュール

時間	月	火	水	木	金
8:05	SCU 新規症例提示	SCU 新規症例提示	SCU 新規症例提示	SCU 新規症例提示	SCU 新規症例提示
9:30	病棟回診 新患外来 救急外来 (適宜)	病棟回診 新患外来 救急外来 (適宜)	病棟回診 新患外来 救急外来 (適宜)	病棟回診 もの忘れ外来	病棟回診 新患外来 救急外来 (適宜)
	昼食、休憩				
13:00	救急外来 (適宜) 病棟回診	救急外来 (適宜) 病棟回診	救急外来 (適宜) 病棟回診	救急外来 (適宜) 病棟回診	救急外来 (適宜) 病棟回診

神経生理検査・脳波判読、症例検討は適宜施行する。

※主に第3週目の月曜→水曜の3日間と木曜午後は、済生会明和病院にて研修を行う。

(担当：済生会明和病院富本院長/脳神経内科)

(別表) 済生会明和病院脳神経内科研修スケジュール

時間	月	火	水	木	金
9:00	外来見学	脳血管障害患者のリハビリテーション	もの忘れ外来	松阪病院にて	松阪病院にて
	昼食、休憩				
13:00	脳血管障害患者のリハビリテーション	14:30～オレンジ相談会 15:30～DCT カンファレンス	脳血管障害患者のリハビリテーション	DCT ラウンド	松阪病院にて

※オレンジ相談会：地域のケアマネージャーに来院頂き事例相談を行います。

※DCT：認知症ケアチーム

○研修医への要望 積極的に研修することを希望する。

脳神経内科研修カリキュラム

指導責任者：済生会明和病院富本院長

〔脳神経内科〕

済生会明和病院 4 週間：選択科としての研修

【GIO】 認知症を中心に神経筋疾患患者を取り巻く、非薬物療法や社会資源の利活用までを含めた、より広い周辺環境に関して理解を深め、そのマネジメントに関する経験・知識を習得する。

【SBOs】

- 1.患者、家族に配慮した医療面接（問診、Informed consent）を行う。（態度）
- 2.コメディカルスタッフや他の医師と良好なコミュニケーションをとり、協調性をもって対処する。（態度）
- 3.医療面接において必要な情報を聴取できる。（技能）
- 4.脳、脊髄、末梢神経、筋などの解剖と機能に関する基本的知識を持つ。（知識）
- 5.神経筋疾患に関する基本的な病理を理解する。（知識）
- 6.ベッドサイドでの基本的な神経学的診察法を正確に行える。（技能）
- 7.神経学的な診察所見をもとに患者を適確に評価できる。（知識）
- 8.診断に必要な神経学的補助検査を適切に選択し、その結果を解釈できる。（知識）
- 9.脳神経内科指導医のもとで、神経筋疾患の治療方針をたてることができる。（知識）

【研修方法】

- 1.知識、態度、技能の3分野での総合臨床研修を on the job training(OJT)の TPIR(Teach、Practice、Instruct、Repeat) によるスタイルで行う。
- 2.研修の心得（清潔な診療衣と名札の着用、プライバシーの保護）を厳守。
- 3.週間スケジュール（別表）に沿った OJT による実地臨床研修を行う。
- 4.EBM に基づいた医療の実施に心がける。（文献検索により医療行為や治療の裏付けを確実に）
- 5.疑問点はできうる限りその場で解決すること。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。
さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また看護師・薬剤師、技師などのコメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

- 1.回診、各カンファレンスを通じてその都度評価を受ける。
- 2.診察法・処置・検査・手技について指導医より OJT でその都度評価を受ける。
- 3.自己評価：研修医手帳に記載する。
- 4.指導医による評価：研修医手帳に評価をうける。研修医・指導医相互評価を行う。
- 5.指導者による評価：研修医・指導者相互評価を行う。研修医手帳評価を行う。
- 6.ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
- 7.これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。
すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

(別表) 済生会明和病院脳神経内科研修スケジュール

時間	月	火	水	木	金
9:00	外来	脳血管障害患者のリハビリテーション	もの忘れ外来	松阪病院にてもの忘れ外来	松阪病院にて 8:05～SCU 新規 症例提示 病棟回診 新患外来 救急外来 (適宜)
	昼食、休憩				
13:00	脳血管障害患者のリハビリテーション	14:30～オレンジ相談会 15:30～DCTカンファレンス	脳血管障害患者のリハビリテーション	DCT ラウンド	松阪病院にて 救急外来 (適宜) 病棟回診

※オレンジ相談会：地域のケアマネージャーに来院頂き事例相談を行います。

※DCT：認知症ケアチーム

○研修医への要望 積極的に研修することを希望する。

泌尿器科研修カリキュラム

指導責任者：金原 泌尿器科部長

〔泌尿器科〕

《泌尿器科研修の特徴》

〔高齢化社会に伴い泌尿器科疾患は増加しつつある。これらの病態を理解し、診断、治療における根本的な考え方を身につけ、基本的な処置、技能を習得して正しいインフォームド、コンセントによる QOL 等を考えた最善の治療を行えるよう研修していただく。〕

【GIO】 患者の立場に立って、基本的な泌尿器科疾患の治療を行うと共に、泌尿器科救急の初期治療に対応できる臨床医となる為に、泌尿器科研修において基本的泌尿器科疾患の病態を理解し、診断治療を行うとともに正しいインフォームド、コンセントにより患者さん、ご家族の QOL を尊重する姿勢を身につける。

【SBOs】

- 1.患者さんが、わだかまりなく話せる雰囲気をつくることができる。(態度)
- 2.主訴、現病歴に応じて適切な問診ができる。(知識)
- 3.泌尿性器の理学的診察ができる。(技能)
- 4.下垂体、副腎、副甲状腺などの内分泌疾患を理解する。(知識)
- 5.尿路における画像診断（内視鏡を含む）を理解し、オーダーできる。(知識)
- 6.泌尿生殖器疾患の鑑別診断が系統的にできる。(知識)
- 7.基本的な泌尿器科疾患を理解し、その治療方針を立案できる。(知識)
- 8.泌尿器科救急における初期治療を行うことができる。(技能)
- 9.泌尿器科手術の原理と術式を理解し、介助（実施）できる。(技能)
- 10.長期透析患者の心理的社会的側面を理解できる。(態度)

【研修方法】

- 1.知識、態度、技能の3分野での総合臨床研修を on the job training(OJT)の TPIR(Teach、Practice、Instruct、Repeat) によるスタイルで行う。
- 2.研修の心得（清潔な白衣、名札の着用、プライバシーの保護）を厳守。
- 3.時間厳守。朝は 8:30 より病棟回診から開始。
- 4.週間スケジュール（別表）に沿った OJT による実地臨床研修を行う。
- 5.EBM に基づいた医療の実施に心がける。（文献検索により医療行為や治療の裏付けを確実に）
- 6.疑問点は、できうる限りその場で解決をすること。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また看護師・薬剤師、技師などのコメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

- 1.回診、各カンファレンスを通じてその都度評価を受ける。
- 2.診察法・処置・検査・手技について指導医より OJT でその都度評価を受ける。
- 3.自己評価：研修医手帳に記載する。
- 4.指導医による評価：研修医手帳に評価をうける。研修医・指導医相互評価を行う。
- 5.指導者による評価：研修医・指導者相互評価を行う。研修医手帳評価を行う。
- 6.ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
7. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。

すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

(別表) 泌尿器科研修スケジュール

時間	月	火	水	木	金
8:15	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
9:00～		外 来		外 来	カンファレンス
	昼食、休憩				
13:00	手 術		手 術		術前検討会
17:00					手 術
18:00					

眼科研修カリキュラム

指導責任者：非常勤

〔眼科〕

《眼科研修の特徴》

〔他科との境界領域があまりないため、眼科でしか研修できないことが多々ある。糖尿病、高血圧等全身疾患を管理していく上での必要な知識が研修可能である〕

【GIO】 日常的に遭遇しうる眼科疾患に対する初期治療と必要に応じた専門医へのコンサルトを行う事が出来る為に、眼科研修を行う中で、基本的な眼科疾患を理解し、社会的背景を考慮しつつ、スタッフと協力して、眼科診察、検査を行い、救急対応ができる臨床的技能を習得する。

【SBOs】

- 1.簡潔かつポイントをはずさずに病歴をとり、記録できる。
- 2.前眼部の異常を診断できる。
- 3.流行性角結膜炎の診断、治療ができ、防疫対策ができる。
- 4.フルオレンスペーパーの使用ができる。視力測定及び記録が正確にできる。
- 5.自覚的屈折検査ができる。
- 6.圧入式眼圧測定ができる。(シェットツトノメーター)
- 7.眼科外来で用いる点眼液の適応および禁忌について述べる事が出来る。
- 8.細隙灯顕微鏡を用いて、前眼部、中間透光体の観察ができる。
- 9.直像眼底鏡を使用し、倒像眼底鏡により眼底の観察ができる。
- 10.動的、量的視野検査ができる。
- 11.眼底写真撮影を指導下にできる。

【研修方法】

- 1.知識、態度、技能の3分野での総合臨床研修を on the job training(OJT)の TPIR(Teach、Practice、Instruct、Repeat) によるスタイルで行う。
- 2.研修の心得(清潔な白衣、名札の着用、プライバシーの保護)を厳守。
- 3.時間厳守。朝は 8:00 より病棟回診から開始。
- 4.週間スケジュール(別表)に沿った OJT による実地臨床研修を行う。
- 5.EBM に基づいた医療の実施に心がける。(文献検索により医療行為や治療の裏付けを確実に)
- 6.疑問点はできうる限りその場で解決をすること。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また看護師・薬剤師、技師などのコメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

- 1.回診、各カンファレンスを通じてその都度評価を受ける。
 - 2.診察法・処置・検査・手技について指導医より OJT でその都度評価を受ける。
 - 3.自己評価：研修医手帳に記載する。
 - 4.指導医による評価：研修医手帳に評価をうける。研修医・指導医相互評価を行う。
 - 5.指導者による評価：研修医・指導者相互評価を行う。研修医手帳評価を行う。
 - 6.ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
 - 7.これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。
- すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

(別表) 眼科研修スケジュール

時間	月	火	水	木	金
8:30	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
9:00～	外 来		外 来	外 来	外 来
13:00	検 査	手 術	外来処置	手 術	外来処置
17:00	検 討 会		検 査		検 査
18:00					

研修医への要望

眼科の特殊性を良く理解して欲しいと思う。積極的な実習を望む。

耳鼻咽喉科研修カリキュラム

指導責任者：非常勤

〔耳鼻咽喉科〕

《耳鼻咽喉科研修の特徴》

〔耳鼻咽喉科一般について、基本的な診療器具を用いての診察、診断、処置、治療の実践を担当医とのマンツーマン指導にて習得する。〕

【GIO】一般臨床で経験しうる耳鼻咽喉科疾患において、患者が安心できるような初期治療、処置を行い、専門医へのコンサルトの適応を適切に判断するとともに、その救急に適切に対応できる臨床医となる為に、患者、家族の心理に配慮し耳鼻咽喉科適疾患に対する基礎知識を身につけ、その診断能力や技能を習得する。

【SBOs】

- 1.患者さん、ご家族の心理状態に十分配慮する。(態度)
- 2.医療面接とともに、耳鏡、喉頭鏡などを用いた基本的な耳鼻咽喉科診察技法を習得する。(技能)
- 3.基本的な各種聴力検査法を知る。(知識)
- 4.平衡感覚の異常を検査し、治療方針を立てることができる。(知識)
- 5.顔面の神経反射異常を診断できる。(技能)
- 6.耳鼻咽喉科的アレルギー疾患の診断と初期治療が行える。(技能)
- 7.唾液腺疾患の基本的知識を持つ。(知識)
- 8.甲状腺疾患の鑑別診断と治療方針を決定できる。(知識)
- 9.扁桃周囲膿瘍の初期治療を行う事が出来る。(技能)
- 10.各種耳鼻咽喉科手術の原理と術式を理解し、手術の介助を行うことができる。(技能)

【研修方法】

- 1.知識、態度、技能の3分野での総合臨床研修を on the job training(OJT)の TPIR(Teach、Practice、Instruct、Repeat) によるスタイルで行う。
- 2.研修の心得(清潔な白衣、名札の着用、プライバシーの保護)を厳守。
- 3.週間スケジュール(別表)に沿った OJT による実地臨床研修を行う。
- 4.EBM に基づいた医療の実施に心がける。(文献検索により、医療行為や治療の裏付けを確実に)
- 5.疑問点はできうる限り、その場で解決をする事。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また看護師・薬剤師、技師などのコメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

- 1.回診、各カンファレンスを通じてその都度評価を受ける。
- 2.診察法・処置・検査・手技について指導医より OJT でその都度評価を受ける。
- 3.自己評価：研修医手帳に記載する。
- 4.指導医による評価：研修医手帳に評価をうける。研修医・指導医相互評価を行う。
- 5.指導者による評価：研修医・指導者相互評価を行う。研修医手帳評価を行う。
- 6.ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
7. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。
すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

(別表) 耳鼻咽喉科研修スケジュール

時 間	月	火	水	木	金
8:30	外 来		外 来		外 来
9:00～					
	昼食、休憩				
13:00					
17:00					
18:00					

研修医への要望：

何事にも常に積極的に追求し、不明な点はためらわずに担当医に質問し、自らも文献検索するなど前向きに取り組む姿勢が大切である。患者さんにたいして丁寧に接し、訴えをよく聴くよう常に心掛ける事。

皮膚科研修カリキュラム

指導責任者：欠田 皮膚科部長

〔皮膚科〕

《皮膚科研修の特徴》

皮膚科は、全身に生じるあらゆる皮疹に対応する必要性がある。非常に多彩でしかもよく似た症状や形態を示すものが多いため、実際に臨床の場で経験する数多くの皮疹において何をやってはいけないか、どのような症例を専門医に送るべきかを判断できることを目標にしたい。また、褥瘡などの一般的な疾患の現在の治療指針について理解していただきたい。

【GIO】皮膚疾患を有する患者さんに対して、専門的な治療が必要であるかどうかを判断し一般的な皮膚疾患に対しては自ら適切な処置ができるように、皮膚科研修において様々な皮膚疾患を経験して、患者家族の心理面に配慮しつつ、理学的所見を中心とした皮膚科的診断とその治療を行うことのできる臨床能力を習得する。

【SBOs】

- 1.皮膚病変を観察し、発疹の形態、部位、大きさなどを客観的に記載することができる。
- 2.一般的皮膚疾患を診断するために、病歴をとり肉眼的診断を行い、基本的皮膚科検査を選択することができる。
- 3.皮膚生検の手技に習熟し、応用することができる。
- 4.真菌検査、Tzank 試験を習熟し白癬等の真菌性疾患や帯状疱疹等の診断を行うことができる。
- 5.外用療法としてステロイド外用療法や一般的外用剤の作用機序を理解し、接触性皮膚炎、アトピー性皮膚炎、虫刺傷、熱傷、慢性湿疹、褥瘡、疣贅などの治療を行うことができる。
- 6.皮膚の外科療法としての形成外科的手技を実施することができる。
- 7.ダーモスコピーを用いて、皮膚悪性腫瘍と良性腫瘍の鑑別を行う。

【研修方法】

- 1.知識、態度、技能の3分野での総合臨床研修を on the job training (OJT) のスタイルで行う。
- 2.研修の心得（清潔なスクラブ、名札の着用、プライバシーの保護）を厳守。
- 3.時間厳守。朝は 8:30 より病棟回診から開始。
- 4.週間スケジュール（別表）に沿った実地臨床研修を行う。
- 5.EBM に基づいた医療の実施に心がける。（文献検索により医療行為や治療の裏付けを確実に）
- 6.疑問点はできうる限りその場で解決をする事。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また看護師・薬剤師、技師などのコメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

- 1.回診、各カンファレンスを通じてその都度評価を受ける。
- 2.診察法・処置・検査・手技について指導医より OJT でその都度評価を受ける。
- 3.自己評価：研修医手帳に記載する。
- 4.指導医による評価：研修医手帳に評価をうける。研修医・指導医相互評価を行う。
- 5.指導者による評価：研修医・指導者相互評価を行う。研修医手帳評価を行う。
- 6.ローテーション前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
- 7.これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。

すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

(別表) 皮膚科研修スケジュール

時間	月	火	水	木	金
8:30	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
9:00～	手術室手術	外 来	外 来	外 来	外 来
	昼食、休憩				
13:00	往診 病棟	往診 病棟	往診 外来手術	褥瘡回診 往診	入院患者説明 往診
17:00	各種検査			病棟	病棟

整形外科研修カリキュラム

指導責任者：森本 副院長

〔整形外科〕

《整形外科研修の特徴》

〔整形外科研修では研修医の皆さんが代表的な整形外科疾患を理解し、対処できるようになっていただく事は勿論ですが、それとともに「体の自由が利かない」とは、どんな事なのかという Primitive な問題について考えていただき、人が生きていく上での「健康」というものの重要性を認識していただきたい。〕

【GIO】 様々な臨床の場で経験、遭遇する骨折、脱臼、捻挫などの基本的整形外科疾患に適切に対処するばかりでなく、生きていく上での健康の在り方に意識を持って個々の患者に接する事ができるようになるために、整形外科研修において肢体不自由な環境で社会復帰を目指している患者の気持ちに強く共感して、初期診療に必要と考えられる基本的整形外科診断法、治療法を習得する。

【SBOs】

- 1.患者さん、ご家族に配慮した医療面接（問診、理学診断、Informed consent）を行う。（態度）
- 2.コメディカルスタッフや他の医師と良好なコミュニケーションをとり、協調性をもって対処する。（態度）
- 3.医療面接において必要な情報を聴取できる。（知識）
- 4.整形外科的診察法ができる。（技術）
- 5.外傷患者における、整形外科コンサルトの適応を判断できる。（知識）
- 6.（徒手筋力テスト、関節穿刺、関節造影、腰椎穿刺、後頭窩穿刺、脊髄造影、筋電図）などの整形外科的検査法を施行できる。（技能）
- 7.日常遭遇する事の多い骨折、脱臼、捻挫について適切な処置ができる。（技能）
- 8.各々の骨折、脱臼について必要な外固定の範囲を知り、緊急に転送する場合の一時的固定を施す事ができる。（技能）
- 9.創傷の全身に及ぼす影響に対して適切に治療を行う事ができる。（知識）
- 10.血管、神経、腱の損傷についての治療法について述べる事ができる。（知識）
- 11.身体各部、特に頭頸部、胸部、腹部および脊椎の損傷の診断と治療について述べる事ができる。（知識）
- 12.脊椎、脊髄損傷の患者さんに適確な処置と応急処置ができるための基本的知識を身につける。（知識）
- 13.外傷の治療上必要な包帯、副木、ギプス固定法の基本的技能を身につける。（技能）
- 14.整形外科的疼痛の原因疾患に対して適切に治療ができる。（技能）
- 15.社会復帰に際しては、患者さん、ご家族の社会的背景を考慮したうえで、その精神的な配慮に十分心がける。（態度）

【研修方法】

- 1.知識、態度、技能の3分野での総合臨床研修を on the job training (OJT) の TPIR (Teach, Practice, Instruct, Repeat) によるスタイルで行う。
- 2.研修の心得（清潔なユニフォーム、名札の着用、プライバシーの保護）を厳守。

- 3.時間厳守。朝は 8:30 より受け持ち患者の病棟回診から開始。
- 4.週間スケジュール（別表）に沿った OJT による実地臨床研修を行う。
- 5.EBM に基づいた医療の実施に心がける。（文献検索により、医療行為や治療の裏付けを確実に）
- 6.疑問点は、できうる限りその場で解決をする事。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また看護師・薬剤師、技師などのコメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

- 1.回診、各カンファレンスを通じてその都度評価を受ける。
 - 2.診察法・処置・検査・手技について指導医より OJT でその都度評価を受ける。
 - 3.自己評価：研修医手帳に記載する。
 - 4.指導医による評価：研修医手帳に評価をうける。研修医・指導医相互評価を行う。
 - 5.指導者による評価：研修医・指導者相互評価を行う。研修医手帳評価を行う。
 - 6.ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
 7. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。
- すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

（別表）整形外科研修スケジュール

時間	月	火	水	木	金
8:30	病棟回診※	病棟回診※	病棟回診※	病棟回診※	病棟回診※
9:00～	手術実習	手術実習	手術実習	手術実習	手術実習
	昼食、休憩				
13:00	手術実習	手術実習	手術実習	病棟回診☆ または 手術実習	手術実習

※受け持ち患者のみ、☆整形外科入院患者全体

※救急外来実習：救急患者が来院したとき

備考：当院救急日（翌朝 8:30 まで）

救急日以外の日でも開院時間中は可能な限り救急患者さんを受ける。

研修医への要望：「命を助ける」医師になることが一番大切ですが、この整形外科研修を通じて「歩けない、字が書けない、仕事ができない」などの身体障害による患者さんの苦しみが分かるような医師になっていただきたい。

放射線科研修カリキュラム

指導責任者：西出 放射線科部長

〔放射線科〕

《放射線科研修の特徴》

〔このプログラムを修了することにより、放射線医としての基盤が形成されるとともに各科診療科へのローテーションによって、医師に求められている厚生労働省の臨床研修到達目標が達成されるものとする。〕

【GIO】 各種疾患を総合的に診断、治療できる高い資質をもった臨床医となるために、検査治療における患者さんの苦痛を知りこれを緩和するとともに、放射線治療の適応や造影剤、放射線などの人体に及ぼす影響を十分に理解した上で、各種画像検査における診断能力を身につける。

【SBOs】

- 1.各種放射線診断機器の原理に関する基礎的な知識を持ち、各画像、疾患に応じた読影ができる。(技能)
- 2.各種放射線検査の適応について述べるができる。(知識)
- 3.画像診断に必要な基礎的解剖を熟知している。(知識)
- 4.造影剤使用の禁忌を知り、副作用への適切な対応ができる。(知識)
- 5.放射線治療の適応と限界を理解し、副作用に対応できる。(知識)
- 6.各種インターベンション治療法を理解し、自ら行い、或いは介助することができる。(技能)
- 7.検査、治療を受ける患者さんの心理に配慮できる。(態度)
- 8.侵襲を伴う検査や治療におけるインフォームドコンセントを患者さん、ご家族の心状態に配慮して行う。(態度)

【研修方法】

- 1.知識、態度、技能の3分野での総合臨床研修を on the job training(OJT)の TPIR(Teach、Practice、Instruct、Repeat) によるスタイルで行う。
- 2.研修の心得(清潔な白衣、名札の着用、プライバシーの保護)を厳守。
- 3.時間厳守。朝は 8:30 より病棟回診から開始。
- 4.週間スケジュールに沿った OJT による実施臨床研修を行う。
- 5.EBM に基づいた医療の実施に心がける。(文献検索により医療行為や治療の裏付けを確実に)
- 6.疑問点はできる限りその場で解決をする事。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック、さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また看護師・薬剤師、レントゲン技師などのコメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

- 1.回診、各カンファレンスを通じてその都度評価を受ける。
- 2.診察法・処置・検査・手技について指導医より OJT でその都度評価を受ける。
- 3.自己評価：研修医手帳に記載する。
- 4.指導医による評価：研修医手帳に評価をうける。研修医・指導医相互評価を行う。
- 5.指導者による評価：研修医・指導者相互評価を行う。研修医手帳評価を行う。
- 6.ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
7. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。
すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

(別表) 放射線科研修スケジュール

曜 日 時 間	月	火	水	木	金
8:30～	読影	放射線治療	PET	読影	読影
昼食、休憩					
13:00～ 16:00～	読影 講義	読影 講義	PET	アング オ 講義	読影

脳神経外科研修カリキュラム

指導責任者：村田 脳神経外科部長

〔脳神経外科〕

《脳神経外科研修の特徴》

〔一般的な脳神経外科疾患及び脳神経外科がかかわる救急の疾患を理解し、適切な診断、処置の習得を目標とします。これらの目標を達成した上で脳神経外科専門医への土台づくり、基礎付けとして、脳神経外科学、検査、手術等の臨床体験を積み重ねていただき、知識、技術の習得をしていただきます。〕

〔研修内容〕

1. 基礎的能力：

- ・脳神経外科で取り扱う一般的な疾患の診断、治療の習得。
- ・救急医療の場での脳卒中、頭部外傷患者への対応、診断、プライマリーケア、手術適応の決定能力の習得。
- ・救急医療を含め、術前、術後の患者全身管理の研修。

2. 上級能力：

- ・副主治医によって、個々の症例に対して見識を深める。
- ・脳血管撮影検査、手術などの助手として、基本手技を習得する。

3. 高頻度の症状

- ・頭痛
- ・めまい
- ・運動、感覚障害
- ・脳神経障害（視力障害、視野狭窄、複視、顔面神経麻痺、聴力障害、嚥下障害等）

4. 緊急を要する症状、病態

- ・脳圧亢進による意識、呼吸障害
- ・脳血管障害急性期の運動、感覚障害や構語障害
- ・けいれん発作

5. 経験が求められる疾患、病態

- ・脳、脊髄血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血等）
- ・脳腫瘍
- ・脊髄疾患

6. 研修医への要望：

脳神経外科研修において、研修医生活は多忙であるが、各自目標を持って積極的に研修をしていただきたい。研修における一般的態度としては、受け身ではなく、常に自主的、積極的であることが望まれます。さらにチーム医療としての協調性のある常識的な態度で医師としての自覚、責任を持って研修に望んでいただきたいと思います。

【研修方法】

1. 知識、態度、技能の3分野での総合臨床研修を on the job training(OJT)の TPIR (Teach, Practice, Instruct, Repeat)によるスタイルで行う。

2. 研修の心得（清潔なユニフォーム、名札の着用、プライバシーの保護）を厳守。
3. 時間厳守。朝は SCU カンファレンスから開始。
4. 週間スケジュール(別表)に沿った OJT による実地臨床研修を行う。
5. EBM に基づいた医療の実施に心がける。（文献検索により医療行為や治療の裏付けを確実に）
6. 疑問点はできうる限りその場で解決をする事。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また看護師・薬剤師、技師などのコメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

1. 回診、各カンファレンスを通じてその都度評価を受ける。
2. 診察法・処置・検査・手技について指導医より OJT でその都度評価を受ける。
3. 自己評価：研修医手帳に記載する。
4. 指導医による評価：研修医手帳に評価をうける。研修医・指導医相互評価を行う。
5. 指導者による評価：研修医・指導者相互評価を行う。研修医手帳評価を行う。
6. 目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
7. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。
すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

(別表) 脳神経外科研修スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	SCU カンファ 病棟 救急外来	SCU カンファ 病棟 救急外来	SCU カンファ 病棟 救急外来	SCU カンファ 病棟 救急外来	SCU カンファ 病棟 救急外来
昼食、休憩					
午後	脊髄撮影	血管撮影	血管撮影	手術 検討会	手術

病理診断科研修カリキュラム

指導責任者：中野 臨床検査科部長

〔病理診断科〕

《病理診断科研修の特徴》

このプログラムを修了することにより、病理医としての基盤が形成されるとともに各科診療科へのローテーションによって、医師に求められている厚生労働省の臨床研修到達目標が達成されるものとする。また他科に進む場合でも基礎的な病理診断についての技能を有することで、病理診断科への適切な依頼が出来るようになるものとする。

【GIO】手術材料、固定標本の取り扱い、切り出し、病理標本の見方、迅速診断、細胞診、病理解剖等の病理診断業務全般を経験し病理診断の役割を理解すること、および検討会で症例呈示を行い、CPC レポートの作成をし、病理診断と臨床診断の対比を学ぶことにより、臨床的技能の向上を目指す。

【SBOs】

- 1.病理組織標本の作製の過程を理解する。(知識)
- 2.基本的な組織診断が行える。(技能)
- 3.術中迅速標本の作製の過程を理解する。(知識)
- 4.基礎的な術中迅速診断が行える。(技能)
- 5.細胞診断標本の作製の過程を理解する。(知識)
- 6.基礎的な細胞診断が行える。(技能)
- 7.病理医の指導の下、病理解剖が行える。(技能)
- 8.CPC を含む臨床との各種検討会で、症例提示が行える。(態度)
- 9.臨床各科との適切なコミュニケーションがもてる。(態度)

【研修方法】

- 1.知識、態度、技能の3分野での総合臨床研修を on the job training (OJT) の TPIR (Teach、Practice、Instruct、Repeat) によるスタイルで行う。
- 2.研修の心得（清潔な白衣、名札の着用、プライバシーの保護）を厳守。
- 3.時間厳守。朝は 8:30 より開始。
- 4.週間スケジュールに沿った OJT による実施臨床研修を行う。
- 5.EBM に基づいた医療の実施に心がける。(文献検索により医療行為や治療の裏付けを確実に)
- 6.疑問点はできうる限りその場で解決をする事。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また看護師・薬剤師、検査技師などのメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

- 1.回診、各カンファレンスを通じてその都度評価を受ける。
- 2.診察法・処置・検査・手技について指導医より OJT でその都度評価を受ける。
- 3.自己評価：研修医手帳に記載する。
- 4.指導医による評価：研修医手帳に評価をうける。研修医・指導医相互評価を行う。
- 5.指導者による評価：研修医・指導者相互評価を行う。研修医手帳評価を行う。
- 6.ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
7. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。

すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

(別表) 病理診断科研修スケジュール

曜 日 時 間	月	火	水	木	金
8:30～	標本切り 出し	標本切り 出し	標本切り 出し	標本切り 出し	標本切り出 し
昼食、休憩					
13:00～ 16:00～	病理診断	病理診断	病理診断	病理診断	病理診断

病理解剖、戦士吸引細胞新、術中迅速診断は随時行われる

CPC（臨床病理検討会は毎月第四木曜 5 時から

臨床検査科研修カリキュラム

指導責任者：中野 臨床検査科部長

〔臨床絵検査科〕

《臨床検査科研修の特徴》

このプログラムを修了することにより、臨床検査医としての基盤が形成されるとともに各科診療科へのローテーションによって、医師に求められている厚生労働省の臨床研修到達目標が達成されるものとする。また臨床検査医学科以外の診療科の研修医として必要な臨床検査医学の基本を修得するための研修科目である。

【GIO】 基本的な臨床検査法の選択、結果を解釈でき、緊急検査としての検体検査、生理機能検査が行え、総合診療の実施による円滑な医療の推進に然るべき役割を果たすことができる。

【SBOs】

1. 検体の採取を適切に行える（技能）
2. 検査材料の取り扱いおよび保存、輸送を適切に行える（知識）
3. 制度管理、異常値、基準値の意味を理解する。（知識）
4. 基本的な検体検査を実施でき、その結果を評価し診断、コメントは必要な検査報告書を発行できる。（技能、知識）
5. 基礎的な生理検査を実施でき、その結果を評価し診断、コメントは必要な検査報告書を発行できる。（技能、知識）
6. 輸血の意義、管理体制、輸血療法の種類、実施方法を理解する。（知識）
7. 検査を受ける患者さんの心理に配慮できる。（態度）
8. 侵襲を伴う検査や治療におけるインフォームドコンセントを患者さん、ご家族の心状態に配慮して行う。（態度）

【研修方法】

1. 知識、態度、技能の3分野での総合臨床研修を on the job training(OJT)の TPIR(Teach、Practice、Instruct、Repeat) によるスタイルで行う。
2. 研修の心得（清潔な白衣、名札の着用、プライバシーの保護）を厳守。
3. 時間厳守。朝は 8:30 より開始。
4. 週間スケジュールに沿った OJT による実施臨床研修を行う。
5. EBM に基づいた医療の実施に心がける。（文献検索により医療行為や治療の裏付けを確実に）
6. 疑問点はできうる限りその場で解決をする事。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また検査技師などのコメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

1. 回診、各カンファレンスを通じてその都度評価を受ける。
2. 診察法・処置・検査・手技について指導医より OJT でその都度評価を受ける。
3. 自己評価：研修医手帳に記載する。
4. 指導医による評価：研修医手帳に評価をうける。研修医・指導医相互評価を行う。
5. 指導者による評価：研修医・指導者相互評価を行う。研修医手帳評価を行う。
6. ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
7. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。

すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

(別表) 臨床検査科研修スケジュール

曜 日 時 間	月	火	水	木	金
8:30～	生化学	血液	微生物	輸血	一般
昼食、休憩					
13:00～ 16:00～	生理 講義	生理 講義	生理	生理 講義	生理

スケジュールは状況および希望により変更されることがあります。

乳腺外科研修カリキュラム

指導責任者：花村 乳腺外科部長

〔乳腺外科〕

《乳腺外科研修の特徴》

〔乳癌は日本人女性にとって、最も罹患率の高い癌であり、死亡率も上昇しています。一般的な乳腺疾患も含め、これらの病態を理解し、診断、治療における根本的な考え方を身につけ、検査、手術等も体験して頂き、薬物療法の知識も習得できるように研修して頂きます。〕

【GIO】乳腺外科研修において基本的乳腺疾患の病態を理解し、診断治療が行えるようになる。また、治療を行っていくうえで、他科(病理、放射線等)、コメディカルとの連携も重要であり、各職種と良好な関係を構築し、患者、ご家族の QOL を考えた最善の治療が行えるような能力を修得する。

【SBOs】

1. 患者、家族に配慮した医療面接（問診、理学診療、Informed consent）ができる。（技能）
2. コメディカルスタッフや他の医師と良好なコミュニケーションをとり、協調性をもって対処することができる。（態度）
3. 超音波検査・マンモグラフィなどの読影ができる。（知識）
4. 検査の適応を決定し、画像評価ができる。また、検査計画を作り、総合判断ができる。（知識）
5. 良性、悪性の乳腺疾患の病理を理解し、画像診断と対比ができる。（知識）
6. 手術の展開を理解し、助手および簡単な手術の術者が適確に行える。（技能）。
7. 乳癌に対する外科治療・放射線治療・薬物治療の役割を理解し、それぞれの適応を決定することができる。（知識）
8. 術後管理が適確に行える。（技能）
9. 告知の問題点を熟知し、患者および家族の心理状態に共感、配慮する事ができる。（態度）
10. 遅滞なく診療録（電子カルテ）を記載する事ができる。（手術記事、サマリーなど）
11. カンファレンスや学術集会で症例提示や意見交換を行う事ができる。（技能）

【研修方法】

1. 知識、態度、技能の3分野での総合研修を on the job training (OJT) の TPIR (Teach、Practice、Instruct、Repeat) によるスタイルで行う。
2. 研修の心得（清潔な白衣、名札の着用、プライバシーの保護）を厳守。
3. 時間厳守。朝は、8:30 より病棟回診から開始。
4. 週間スケジュール（別表）に沿った OJT による実施臨床研修を行う。
5. EBM に基づいた医療の実施に心がける。（文献検索により医療行為や治療の裏付けを確実に）
6. 疑問点は出来る限りその場で解決する事。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また看護師・薬剤師、技師などのコメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

1. 一般目標、到達目標に沿った研修が行えている。

2. 到達目標にある項目がクリアできている。
 3. 適切な判断・処置・手術症例のレポートができています。
 4. ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
 5. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。
- すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

(別表) 乳腺外科研修スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	病棟回診 外来	病棟回診 外来	手術	病棟回診 外来	病棟回診 外来
午後	外来	手術 検討会	手術 検討会	外来	検査

緩和医療科研修カリキュラム

指導責任者：清水 緩和医療科部長

〔緩和医療科〕

《緩和医療科研修の特徴》

〔緩和ケアは、生命を脅かすような疾患、特に治癒することが困難な疾患を持つ患者及び家族の QOL の向上のために、療養の場にかかわらず病気の全経過にわたり医療や福祉及びその他の様々な職種が協力して行なわれるケアを意味する。基本的緩和ケアの知識を身につけ、実践することができることを目標とする。〕

【GIO】生命を脅かす疾患に罹患している患者・家族の QOL の向上のために、緩和ケアを実践する能力を身につける。

【SBOs】

1.疼痛マネジメント

- (1)痛みを全人的苦痛として理解し、把握できる。
- (2)病歴聴取、身体所見を行い、痛みを適切に評価することができる。
- (3)鎮痛薬（オピオイド、非オピオイド）や鎮痛補助薬について正しく理解し、処方することができる。
- (4)オピオイドの副作用に対して、適切に予防、処置を行うことができる。
- (5)薬物療法以外の鎮痛方法を検討することができる。

2.症状マネジメント

- (1)症状のマネジメント及び日常生活動作の維持、改善が QOL の向上につながることを理解することができる。
- (2)症状マネジメントは患者・家族と医療チームによる共同作業であることを理解することができる。
- (3)消化器系、呼吸器系、皮膚、腎・泌尿器系、中枢神経系、精神などの症状や状態に適切に対処できる。
- (4)非薬物療法の適応を判断でき、専門家に紹介することができる。

3.心理社会的側面

- (1)患者の人格を尊重し、傾聴することができる。
- (2)喪失体験や悪い知らせを聞いた後の心理的反応を認識し、適切に対応できる。
- (3)困難な質問や感情の表出に対応できる。
- (4)患者や家族のおかれた社会的、経済的問題に配慮することができる。
- (5)家族の構成員がそれぞれ異なる考えや見通しを持っているということを理解し、それに対応することができる。

4.倫理的側面

- (1)患者や家族の治療に対する考えや意志を尊重できる。
- (2)患者・家族と治療方法について話し合い、治療計画を共に作成することができる。

5.チームワーク

- (1)チーム医療の重要性和難しさを理解し、チームの一員として働くことができる。
- (2)他職種のスタッフについて理解し、お互いに尊重することができる。

【研修方法】

週間スケジュール（別表）に沿った OJT による臨床研修を行う。

【評価法】

OJT による観察記録や研修医手帳への記載に基づいた経験症例・手技・態度のチェック。さらに基本的な共通項目について形成的評価を行う。また検査技師などのコメディカルスタッフによる形成的評価を行う。

1. 回診、各カンファレンスを通じてその都度評価を受ける。
 2. 診察法・処置・検査・手技について指導医より OJT でその都度評価を受ける。
 3. 自己評価：研修医手帳に記載する。
 4. 指導医による評価：研修医手帳に評価をうける。研修医・指導医相互評価を行う。
 5. 指導者による評価：研修医・指導者相互評価を行う。研修医手帳評価を行う。
 6. ローテート前での目標の達成度について自己評価と指導医による評価を行い、振り返る。
 7. これらを総合的に指導医が判断・評価し、研修管理委員会にて提出する。
- すべてを総合して研修管理委員会で総括的評価を行う。

松阪保健所研修カリキュラム

指導責任者：松阪保健所長

1. 保健所の概要

保健所は、疾病予防、健康増進、生活環境衛生等を担う公衆衛生の第一線の行政機関です。保健所の業務は地域保健法で規定されており、関連する各種法令に基づいて業務を遂行しています。業務の内容を大別すると対人保健サービスと対物保健サービスに分けられます。また、市町が行う保健サービスに対し、必要な技術的援助を行う機関でもあります。

対人保健サービスとは住民に対するサービス全般のことを言います。感染症等の対策として、医療機関から患者発生報告を受け、必要に応じて感染症法に基づき疫学調査を行うことで原因の究明や感染の拡大を予防します。また、結核患者及び接触者の管理も保健所ならではの業務です。精神保健対策として精神保健福祉相談の受付や訪問指導、精神保健福祉法に基づく保護に関する業務等があります。その他エイズ・難病対策、母子保健対策も対人保健サービスの一部です。

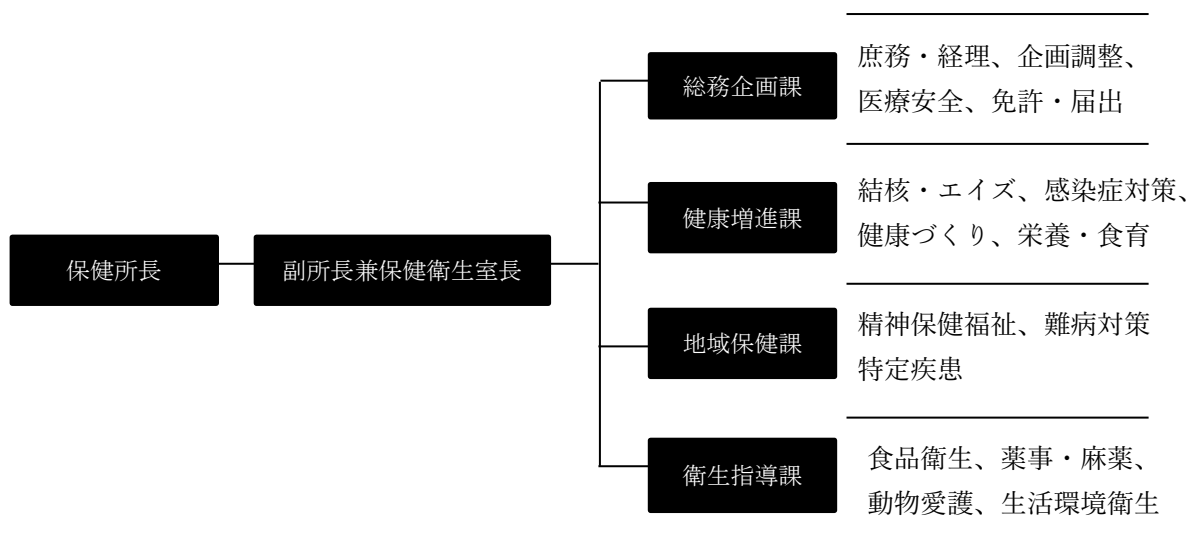
対物保健サービスは直接住民に対するサービスではなく、施設等の許可や立ち入り検査を通じて間接的に住民の衛生や保健福祉の向上を目指します。食品衛生関係では食品衛生法に基づき飲食店営業の許可や監視を実施しています。生活衛生関係では理容・美容、クリーニングなど幅広く生活衛生に関する営業の許可や届出、立ち入りなどを行っています。また、病院や診療所の立入検査も保健所の業務です。

近年は、管内の市町や関係機関（医療機関、医師会、歯科医師会等）と協力し、災害医療、健康危機管理体制の整備、地域包括ケアシステムの推進等に関する調整を行うなど、地域における健康や医療の課題解決に向けた総合的な連携に関する重要な役割が求められています。このように、保健所では幅広い業務を扱っていますので、保健所の研修では多様な経験をしていただけます。

対人保健サービス	対物保健サービス
（住民に対するサービス全般のこと）	（施設等の許可や立入検査を通じて間接的に住民の衛生や保健福祉の向上を目指すサービス全般のこと）
（１）感染症等の対策	（１）食品衛生関係
・医療機関から患者発生報告を受け、必要に応じて感染症法に基づき疫学調査を行うことで原因の究明や感染の拡大を予防する。	・食品衛生法に基づき飲食店営業の許可や監視を実施する。
・結核患者及び接触者を管理する。	（２）生活衛生関係
（２）精神保健対策	・理容・美容、クリーニングなど幅広く生活衛生に関する営業の許可や届出、立入などを行う。

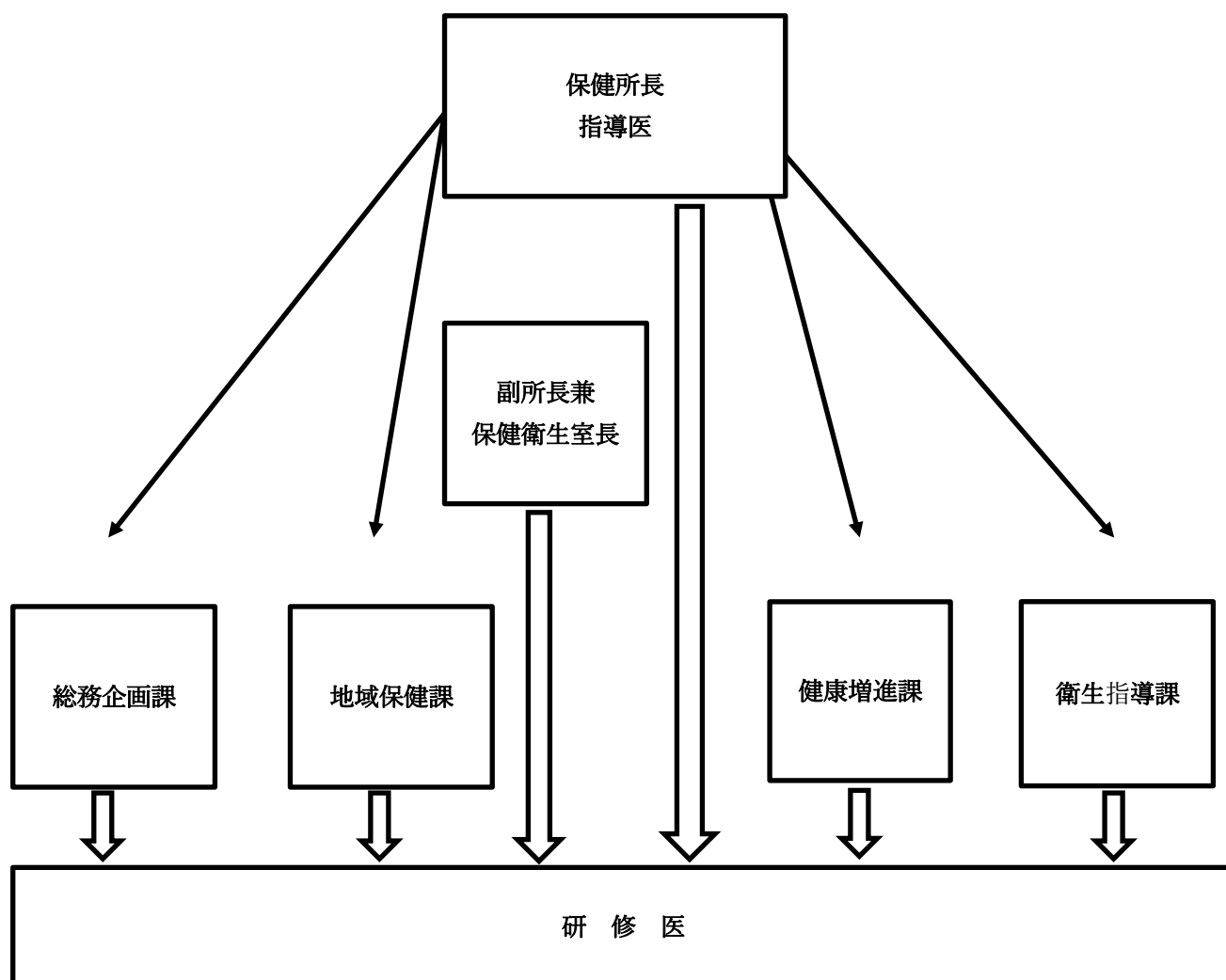
・精神保健福祉相談の受付や訪問指導をする。	(3) 病院や診療所の立入検査
・精神保健福祉法に基づき保護する。	
(3) エイズ・難病対策	
(4) 母子保健対策	

2. 松阪保健所の体制



3. 臨床研修医の指導体制

保健所研修では、保健所長が指導医となります。なお、保健所の各業務については、室長をはじめ、総務企画課、地域保健課、健康増進課、衛生指導課が担当業務について説明等を行います。



4. 臨床研修計画

松阪保健所での研修医研修では、座学や現場研修等を通して、保健所が行っている幅広い業務を経験し、理解していただくことを目的としています。

実際の研修では、保健所の業務や関係法令についての研修を行います。座学だけでなく、家庭訪問など実際の現場にも同行していただきます。

また、ご希望を伺いながら、前期研修終了後に進まれる専門分野に考慮したカリキュラムを個別に計画します。

なお、三重県保健環境研究所、三重県庁（医療保健部、子ども・福祉部）等の見学も研修計画に入れることも可能です。

（カリキュラム例１）

松阪保健所臨床研修医研修カリキュラム				
月日	内容（午前）	担当	内容（午後）	担当
	オリエンテーション 保健所業務について		感染症診査協議会 感染症について 結核対策について	
	医療安全対策について 管内の災害医療の取り組みについて		<u>感染症の発生動向調査（保健環境研究所）</u>	
	公費について（難病、精神、肝炎等）		難病対策と取り組みについて <u>家庭訪問（難病）</u>	
	管内の健康づくりの取り組みについて		精神保健の取り組みについて	
	食中毒について 薬事について		振り返り（最終カンファレンス）	

(カリキュラム例2)

松阪保健所臨床研修医研修カリキュラム				
月日	内容（午前）	担当	内容（午後）	担当
	オリエンテーション 保健所業務について		感染症診査協議会 感染症について 結核対策について	
	保健所での骨髄バンク、献血の取組 について		食中毒について 薬事について	
	精神保健の取り組みについて		結核訪問 DOTSカンファレンス	
	管内の災害医療の取り組みにつ いて		松阪災害医療の対策会議（訓練）	
	健康教育準備		健康教育 中間カンファレンス	
	三重県保健環境研究所			
	管内の健康づくりの取り組みにつ いて		三重県庁（医療保健部、子ども・福 祉部）	
	医療安全対策について		立入検査（医院）	
	公費について（難病、精神、肝炎等）		家庭訪問（難病）	
	家庭訪問（精神）		研修のまとめ、レポート作成 振り返り（最終カンファレンス）	

5. 臨床研修医の評価方法

自己評価表により、5段階で自己評価をおこなっていただき、それに基づき、指導医が評価します。また、指導医は、研修医に対しアドバイスやフィードバックを行います。

松阪保健所臨床研修医研修 自己評価表			
5段階評価	A:達成できた B:おおむね達成できた C:あまり達成できなかった		
	D:達成できなかった E:研修の機会がなかった		
項目	内容	自己評価	指導医評価
地域医療・医療 保健所	保健所の業務を説明できる	A B C D E	A B C D E
	地域保健と医療との関連について説明できる	A B C D E	A B C D E
精神保健対策	精神保健福祉法における保健所の役割を説明できる	A B C D E	A B C D E
	公費負担制度について説明できる	A B C D E	A B C D E
感染症	感染症法に基づく届出ができる	A B C D E	A B C D E
エイズ対策	保健所の法に基づく対応ができる	A B C D E	A B C D E
結核対策	感染症法に基づく届出、公費負担申請書の記入ができる	A B C D E	A B C D E
	結核患者の長期服薬継続の困難性が理解できる	A B C D E	A B C D E
	感染症診査協議会の役割が理解できる	A B C D E	A B C D E
	接触者検診の目的や内容が理解できる	A B C D E	A B C D E
難病対策	公費負担制度について説明できる	A B C D E	A B C D E
	公費負担申請診断書・意見書が作成できる	A B C D E	A B C D E
健康づくり	地域における健康づくり活動を理解できる	A B C D E	A B C D E
	保健統計を利用して地域の健康課題を述べることができる	A B C D E	A B C D E
医療安全対策	麻薬等の適正な管理等医療安全対策について説明できる	A B C D E	A B C D E
食中毒防止対策	食中毒が疑われる場合に、医師として適切な対応ができる	A B C D E	A B C D E
研修医名：	指導医名：		
自己評価記載日：	指導医評価記載日：		

成人教育法

成人教育の 12 原則

- 1) 教育的態度を一切放棄せよ
- 2) 参加者を中心にせよ
- 3) 事実を伝えよ
- 4) 共通の雰囲気をつくれ
- 5) 参加者に質問させて
- 6) 講師とともに学べ
- 7) 弁じても、論争するな
- 8) 事実を簡単に明確に語れ
- 9) 疑問を啓発せよ
- 10) 学ぶことを教えよ
- 11) 生活を援助せよ
- 12) 最良の時間をえらべ

臨床教育技法の 7 つのポイント

- 1) 教育の雰囲気
- 2) 時間の配分
- 3) 目標の明確化
- 4) 理解の定着化と促進
- 5) 評価
- 6) feedback
- 7) 自己学習の促進

教育目標の持つべき性格(RUMBA)

- 1) **R**ead, **e**asy to
- 2) **U**nderstandable,
- 3) **M**easurable,
- 4) **B**ehavioral,
- 5) **A**chievable

臨床教育の 7 つのポイント

1. 症例を提示させる

ポイント：話の途中でさえぎらない。情報不足でも途中で質問せず我慢する

- ①視線を合わせる
- ②促進：「うなずき」、「相槌」

2. 研修医の考えを述べさせる

ポイント：研修医が考えを述べることができない場合、その理由？

- ①状況が把握できていない。
- ②自分の弱点を晒すのを恐れている。
- ③人に教えてもらおうとする依存的態度過剰

3. 根拠を述べさせる

「どのような所見があるからその診断を考えたの？」、「何故その薬を選んだの？」

4. 不足している情報についての追加の質問

5. 一般的、基本的事項の説明

ポイント：知識で不足していることは、できるだけ自分で調べさせる。

①推論の謝り

②心理、社会的配慮

6. できていることを褒める

ポイント：教育の雰囲気をよくする

①何が良かったのか具体的に明らかにする。

②褒め控えしない

7. 改善すべきことのアドバイス

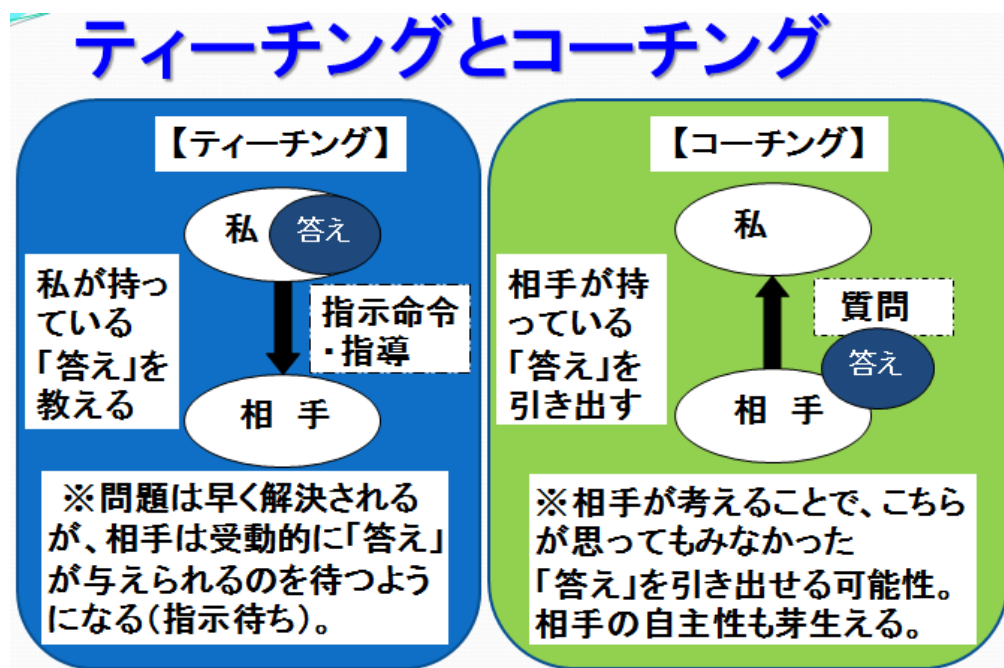
謝りはそのまましておくことは学習者のためにならない。

ポイント：不必要な学習者に恥をかかせない！！

コーチング（メディカルコーチング）

教育とは学習者の知識・技能・態度に価値ある行動の変化（行動変容）を起コースこと

コーチングとは個人及び組織が急成長し、さらに満足できる成果を創り上げることを手助けする対話型のプロセスである。



GROWモデル: コーチングの基本フレーム

G	Goal	目標設定	「どんなことをやり遂げたら、達成感がありますか？」 「どういう状況になれば、目標が達成できたと感じられますか？」
R	Reality	現実把握	「そのことについては今、どういう状況ですか？」 「目標達成のために具体的には何をしていますか？」
	Resource	資源発見	「これを成し遂げるために、あなたの何を使ったらうまくいくと思いますか？」 「あなたの過去の経験で、今回にもできることは何ですか？」
O	Options	選択肢創造	「他にどんなやり方が考えられますか？」 「他の人がやっている方法で、取り入れられることはありますか？」
W	Will	意思確認	「最も効果的だと思うものはどれですか？」 「まず何をいつから始めますか？」 「うまくいく可能性はどの程度ですか？」 「関係者のだれにとってもうまくいく方法ですか？」

傾聴のスキル

相づち	同意	「はい」、「なるほど」、「ええ」、うなづき
	感嘆	「すごいね」、目を丸くする
	疑問	「本当?」、眉をひそめて首を傾げる
	促し	「それで?」、テンポの速いうなづき
	自分の意見を表す 短い表現	「私もそう思う」
積極的 傾聴法	オウム返し	「なるほど、～ですね」
	バックトラック 要約して確認する	「つまり、～ということですね。」
反響的 傾聴法	気持ちや感情を 反映し、共感を示す	「それは辛かったですよね」

質問のスキル

種類と使い分け

オープン型	自由回答を求める質問
閉鎖型	はい、いいえで答えられる質問
選択の質問	選択肢から答える

◆質問したら黙る

◆「否定質問」と「肯定質問」

【例】「なぜ、できないんだ?」(否定)

→「どうすればできると思う?」(肯定)

◆「過去質問」と「未来質問」

【例】「なぜ、あんな失敗したんだ?」(過去)

→「うまくいくためには、どうすればいいかな?」(未来)

承認のスキル

承認の種類

結果承認	相手の行動の結果や成果を認める
事実承認	結果ではなく過程や、貢献や協力などを認める
存在承認	相手の存在そのものを認める

◆肯定的な意図に焦点を当てる

基本スキル

- 1 聴く（傾聴する） **ゼロポジション**
- 2 訊く（質問する） **オープンな質問**
未来 & 肯定型質問
- 3 伝える（フィードバック） **Iメッセージ**

実践的コアスキル

- 第1段階 マイゴールの具体化**
↓ **ポイント モチベーションの強化**
- 第2段階 アクションプランの設定**
↓ **ポイント 現実把握する**
- 第3段階 サポート**
ポイント 進捗状況確認システムをつくる
ポイント Iメッセージで承認する

コーチングの有用性と意義

- ・これから進む道や目標が見えてくる
- ・現状、問題や課題が明確になる
- ・モチベーションが上がる
- ・目標に至るプロセスが変わる
- ・リソース・能力が分かる
- ・可能性が広がる、深まる
- ・変化や成果に気づく
- ・成長する。成長が実感できる
- ・自信がつく
- ・客観的にみる力がつく
- ・感情や意識、行動をコントロールできる
- ・効果的な学びができる
- ・悪習慣を改善できる
- ・コミュニケーションがよくなる
- ・リーダーシップ機能を発揮する
- ・仕事、プレゼンテーション、教育、子育て、スポーツ、組織・チームなど様々な活用できる。
- ・ミッションに気づき、あり方が変わる
- ・自己肯定の状態になる
- ・ビジョンが見えてくる
- ・大切にしている価値観に気づく
- ・人生が豊かになる、自分が変わる、周囲が変わる

臨床研修の評価方法について

各研修目標に対して各ローテーション中及び終了後にそれぞれのカリキュラムに沿って形成的評価を行う。評価の方法は自己評価、他己評価からなり、それぞれの経験（見学、助手、術者）と各項目の達成度を研修医手帳を用いて評価する。また、全てのプログラム終了後、最終的に（別紙1）の項目に関して、研修管理委員会で総括的評価をうける。コース終了に際しては、院長より修了証書を授与される。ただし、研修中になんらかの問題が発生し、研修に支障を来すと思われる際には、臨時で総括的評価を行う事がある。なお、上記の研修目標、経験項目は研修手帳に掲載し、各ローテーション毎に逐次、研修医自身がその経験項目をチェックして、指導医の検閲を受ける。

具体的な研修の評価方法ですが、これは①担当指導医が適宜(最低2ヶ月に1回)、研修医を評価する場合と②各科ローテイトの終了時に各科の指導責任者が評価を行う場合とを別に考えて行って下さい。

- ① の場合には研修医手帳での経験項目を用いて研修医がチェックしたものを、指導医もチェックして下さい。これを一定期間ごとに記入提出していくことで研修医の評価点の推移が分かるようにしたいと思います。
- ② の場合には一応各科での最終評価になりますので、各科の指導責任者(または代理)がそのローテイト科を通じての評価を、研修医手帳の評価表を用いて行って下さい。
- ③ また研修医はその研修期間に御世話になった各科の指導医と担当指導医についての評価表を記入して提出してください。これはできる限り記入者がわからないように後から指導医へのフィードバックを行いたいと思います。また、その時点でどうしても指導医の対応や指導体制に問題があり、速やかな対応が必要と思われた場合にはその旨を記入してください。出来る限り速やかな対応ができるように配慮させていただきたいと思います。(指導医評価表は各科終了時や担当指導医による check の際に研修医が指導していただいた指導医(複数可)を評価表で check してください。)

研修医への評価、指導医への評価が適切に行われているかについて各年次2-3回、研修委員会及び、プログラム責任者が達成状況や問題などを研修管理委員会に報告して、個々の研修医や指導医にフィードバックする。また研修医への評価表で各指導者からのコメント欄も作成して、研修医にフィードバックしやすいようにする。

なお、個々の研修医への指導医、指導者からの評価についてはコピーを渡すともに、面談（各年次2回）を行って、問題点の解決策や対応なども指導する。

※これらの評価とは別に orientation や共通コースにおいては独自の評価表を作って評価を行います。

研修医手帳の利用と効果について

◎研修医にとって

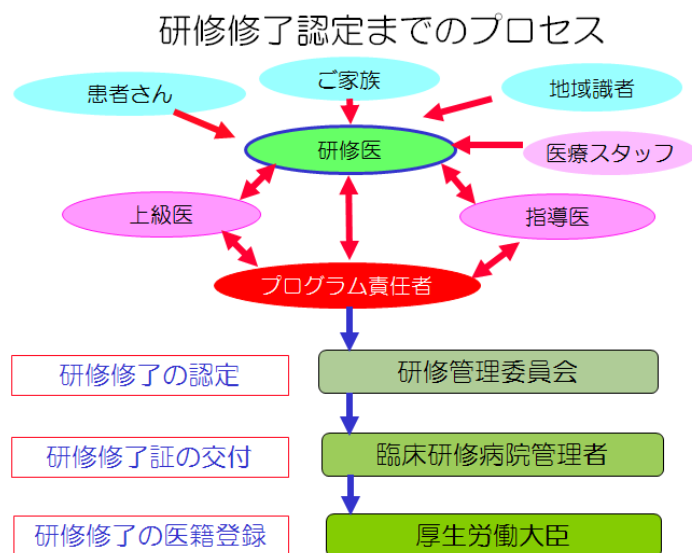
1. 2年間の初期研修での行動目標や到達目標を理解することができる
2. 研修の到達度や経験数などを把握することができる
3. 研修ゴールに向かって計画的に研修することができる
4. 自己評価することにより自らが成長することができる
5. 指導医からの評価を受けることにより成長することができる
⇒ 研修を円滑に Navigate してくれる。

◎指導医にとって

1. 研修医の2年間の初期研修での行動目標や到達目標を理解して指導することができる
2. 研修医の研修の到達度、経験数などを把握することができる
3. 指導のポイントがわかりやすい
4. 偏りがない指導ができる
5. 指導することにより指導医も自らが成長することができる

◎研修病院にとって

1. 計画的でかつ効率的な研修ができる
2. 研修医、指導医がレベルアップできる
3. 研修の質がレベルアップできる



教育評価・フィードバック

教育評価は、教育を効果的に遂行するために、必要な情報を得て、それを解析し、意志決定を行う作業であると定義できる。教育評価は、情報収集（測定）、測定結果の価値判断（解析）、意志決定（合否・フィードバック、カリキュラム改善）の3段階により、進められる。

実際の評価の手順は、評価計画立案の際のポイント（1.目的、2.対象、3.被評価者、4.評価者、5.方法）とプランを実施するプロセス（6.情報収集、7.評価基準、8.解析、9.結果報告、10.意志決定）に分けることができる。

[評価の手順]

1. 目的：何のために評価するのかを決定する
2. 対象：何を評価するのかを決定する
3. 被評価者：評価されるのは誰かを明らかにする
4. 評価者：評価するのは誰かを定める
5. 方法：どのように測定するか、立案・作問する
6. 情報収集：測定を実施して、情報を収集する
7. 評価基準：許容できる成績の基準を決定する
8. 解析：測定結果を点数（採点）・記号（順位・段階）に変換する
9. 結果報告：結果をまとめて報告する
10. 意志決定：最終的な決定（合否・フィードバック）をする
（フィードバックには、点数・記号の他にコメントが付記されていると効果的）

教育評価の原則

評価計画の立案は、「なぜ、何を、どのように、いつ、誰が」という **4W1H** を決めることから始まる。前項の評価の手順の1-5の内容について説明する。



臨床研修において到達目標に向けた研修医の成長・向上を評価する場合の具体例でいえば、行動目標の1つ1つについて、なぜ（フィードバックのため又は修了認定の判断のため?）、何を（評

価するのは知識、技能又は態度？）、いつ（病棟研修中、救急外来研修中又は2年終了時など）、どのように（観察記録、診療録の点検又はOSCE＝客観的臨床能力試験など）、誰が（上級医、指導医又は看護師など）を明確にプラン・記載して、研修医と指導にかかわるすべての人々で共有することが必要である。

目 的

1. なぜ評価するのか Why

A 形成的評価 formative evaluation

過程に対する意志決定 = フィードバックが目的

B 総括的評価 summative evaluation

成果に対する意志決定 = 修了を認定するか否か（すべて初期臨床研修の文脈の中で書かれるべきである）

対 象

2. 何を評価するのか What

A 学習成果

1) 教育目標 修得された行動領域 a 認知領域 b 情意領域 c 精神運動領域

2) 学習内容

B カリキュラム

1) ニード、2) 目 標 3) 方 略 4) 評価方法

被評価者

3. 誰を評価するのか Whom

A 研修医（自己、同僚を含む） B 指導医（自己、同僚を含む） C 管理者

評価者

4. 誰が評価するのか Who

A 指導医（自己、同僚を含む）

B 研修医（自己、同僚を含む）

C 管理者、プログラム責任者、研修管理委員会

D 評価の専門家

E 市民、患者、医療スタッフ(Health professionals)

時 期

5. いつ評価するのか When

A 学習前（プリテスト）

B 学習中（中間テスト）

C 学習後（ポストテスト）

D フォローアップテスト

方 法

6. いかに評価するか How

- A 論述試験 essay test
- B 口頭試験 oral test
- C 客観試験 objective test
- D シミュレーションテスト simulation test
- E 実地試験 practical test
- F 観察記録 observation record
- G 論文又は研究課題 these s & research project

測定しようとする行動と評価方法

方法 Taxonomy		論述試験	口頭試験	客観試験	Simulation test			実地試験	観察記録	レポート
					筆記型	標準模擬患者	モデル	コンピュータ		
認知領域	想起	■	■	■	■	■		■	■	■
	解釈	■	■	■	■	■		■	■	■
	問題解決	■	■	■	■	■		■	■	■
精神運動領域 (技能)						■	■	■	■	
情意領域 (態度・習慣)						■		■	■	■
測定範囲/時間		狭	狭	広	狭	狭	狭	中	中	狭

フィードバックのエッセンス：環境づくり FAST

Frequent

Accurate . . . 「客観的事実」に基づいて、「確認」

Specific . . . 「何が良かったか（どうすれば良くなるか）」

Timely . . . 「すぐに」でなくてもよい。

★普段からの人間関係 信頼関係、ともに目標に向かっていく姿勢

サンドイッチ法

- まず承認 ●Positive feedback(strength first)
 - 改善点を指摘する ●Negative feedback
 - 励ましの後押しをする ●Positive feedback
- (PNP の法則：feedback sandwich)

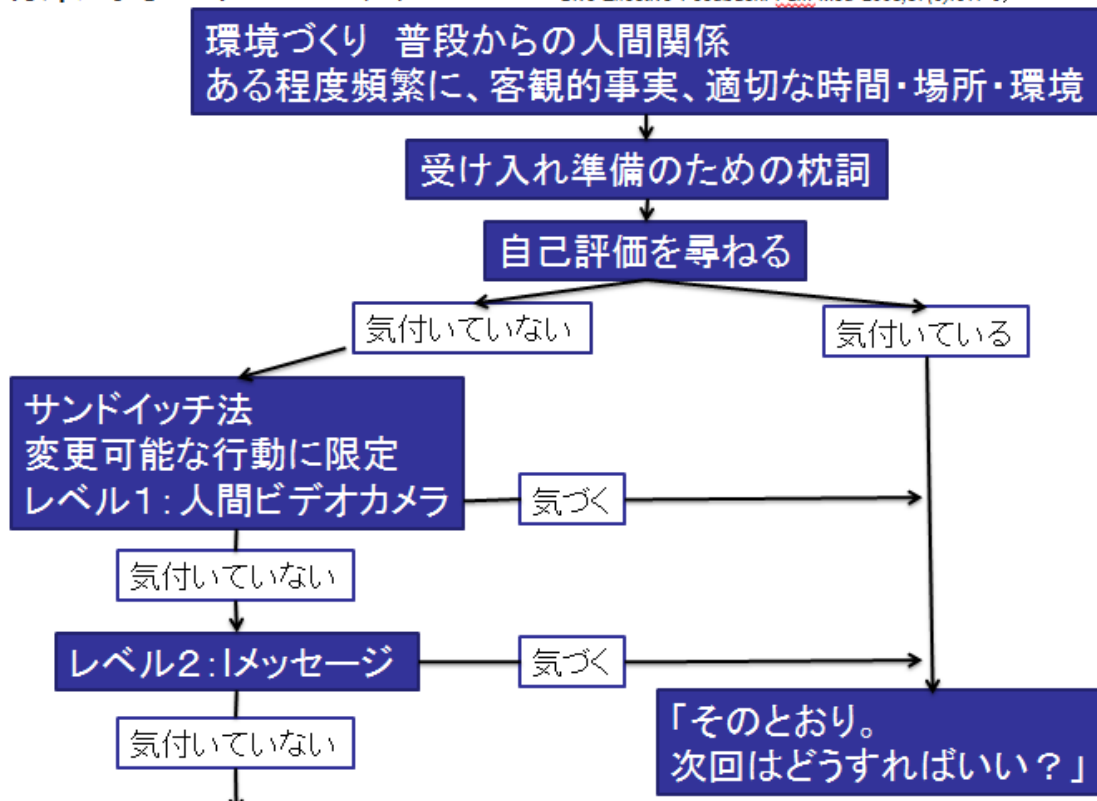
研修医自身が話を聴く気持ちにならなければいくら指導しても「馬の耳に念仏」

最小限に絞って

×今の採血は改善するところが7か所あったね。一つ目は〇〇、2つ目は△△、3つ目は・・・
(全部どれも覚えられない)

効果的なフィードバック

(Dobbie A et al. Evidence-based Strategies That Help Office-based Teachers Give Effective Feedback. Fam Med 2005;37(9):617-9)



臨床教育1分間指導法

Neher JO et al: A five-step "microskills" model of clinical teaching. J Am Board Fam Pract 5:419-424, 1992.
Irby D: How attending physicians make instructional decisions when conducting teaching rounds. Acad Med 67:630-638, 1992.

成功のための環境づくり 研修医の安全の確保



普段の関係づくり、ローテーションの初日／1日のはじめ(オリエンテーション)
指導の行われる場所、時間、雰囲気など

患者の診断 症例提示(研修医による)



患者の診断に必要な情報収集のための質問

研修医の診断(評価) 研修医のニーズ評価



1. 研修医の考えを聴く 「先生はどう考えるの？」
2. 研修医から根拠を聴く 「なぜそう考えたのかな？」

研修医への介入(教育) ミニ講義とフィードバック

3. 一般論を示す 「一般的に・・・」
4. できたことを承認する 「特に、・・・は良かったね」
5. 間違いを正す 「・・・するとさらに良くなるね」
6. さらなる学習を勧める 「もっと勉強するとしたら・・・」

・研修医評価表（コメディカルから）

コメディカルによる研修医評価

評価日		23年	月	日
評価者 氏名				
部署	研修医名			
職種 看護師				

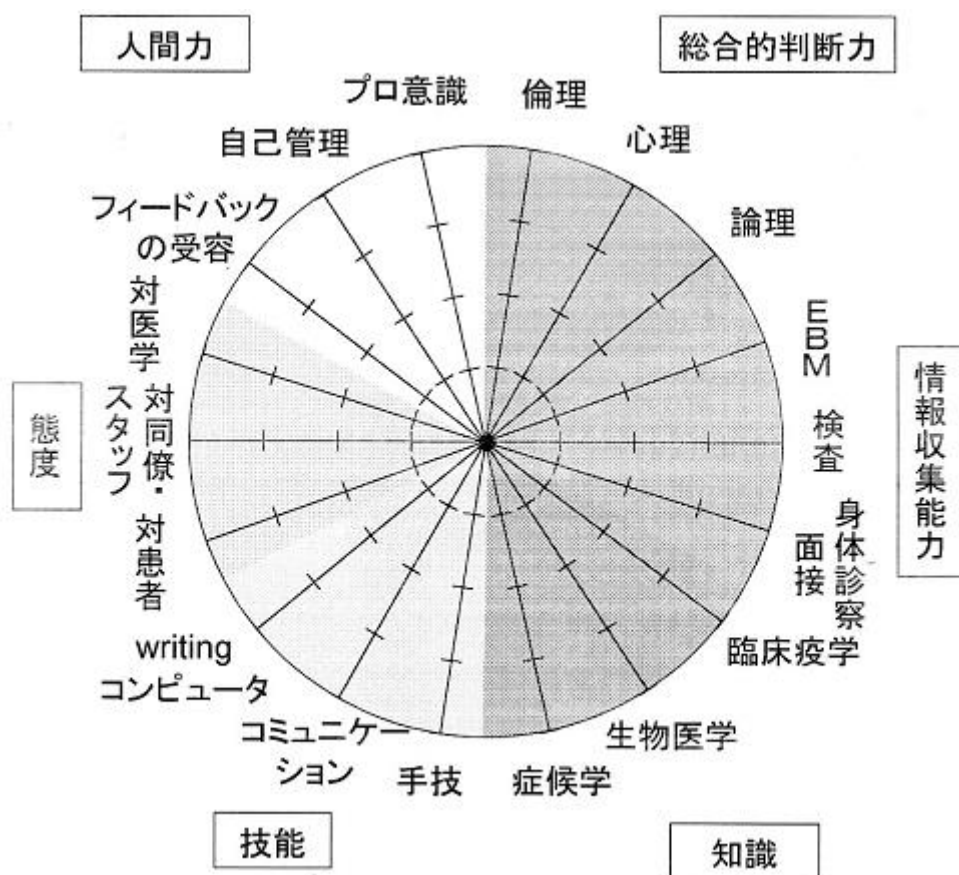
5:きわめて優れている 4:比較的優れている 3:合格水準にある 2:やや問題がある 1:問題が多い

項目	目標	指導者チェック
服装・身だしなみ	清潔で好感度がもてる	5・4・3・2・1
挨拶・報告・連絡・相談	適切に行うことができる	5・4・3・2・1
時間やルールの遵守	守ることができる	5・4・3・2・1
協調・親切・思いやり	周囲に配慮し行動できる	5・4・3・2・1
学習意欲・向上心	意欲的に取り組むことができる	5・4・3・2・1
責任感	責任感をもって行動することができる	5・4・3・2・1
節度・謙虚・慎重・忍耐	適切に行動できる	5・4・3・2・1
事務処理・記録	遅滞なく行うことができる	5・4・3・2・1
医療安全対策	間違ったことが起きた場合、すぐ上級医や当談看護師に報告できる	5・4・3・2・1
	医療安全報告書を提出できる	5・4・3・2・1
院内感染対策	院内基準に沿って適切に行うことができる	5・4・3・2・1
病棟処置	適切な手順で実施できる	5・4・3・2・1
患者とのコミュニケーション	丁寧に分かりやすい言葉で話すことができる	5・4・3・2・1
	相手の言葉に耳を傾けることができる	5・4・3・2・1
コメディカルとのコミュニケーション	わからないところは率直に質問できる	5・4・3・2・1
	コメディカルの意見に耳を傾けることができる	5・4・3・2・1

自由コメント

MMDを基に作成
平成23年7月末改訂

・研修医のスキルマップ



・指導医の評価

指導医の評価は、研修医、管理者、看護部から行われ、形成的な評価を各年次1回行う。
なお、管理者又はプログラム責任者から指導医に適宜フィードバックする。

・研修医からの指導医評価

令和 年 月 日

済生会松阪総合病院 指導医評価表

評価対象指導医: _____

評価者; 初期臨床研修医 _____

氏名; _____

以下の指導医到達目標について

A□;十分に到達し、施行できている

B□;なんとかしている

C□;やや不十分である

D□;できない

の4段階にわけて評価を行う。

指導医到達目標

【研修医のロールモデルとして】

① 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している。

A□ B□ C□ D□

② 医療チームの中での役割を理解し、他のスタッフと適切な協力関係を築いている。

A□ B□ C□ D□

③ 高い臨床能力を持っており、問題対応型の思考を身につけている。

A□ B□ C□ D□

④ 生涯にわたる自己学習の習慣を身につけ、自己の分析、反省を行っている。

A□ B□ C□ D□

⑤ 患者ならびに医療従事者にとって安全な医療、管理を行っている。

A□ B□ C□ D□

⑥ 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、管理している。

A□ B□ C□ D□

⑦ 保険・医療・福祉の各方面に配慮しつつ、適切な診療計画を立案し、評価している。

A□ B□ C□ D□

⑧ 医療のもつ社会的側面の重要性を理解し、貢献するよう心がけている。

A□ B□ C□ D□

⑨ 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できる。

A□ B□ C□ D□

⑩ 患者の病態や家族、社会的背景に配慮しつつ、治療を計画、実行している。

(特に終末期・緩和医療など)

A□ B□ C□ D□

【研修医の指導技術、態度】

① 指導の目的を理解し、個々の研修医にあった目標を示している。

A□ B□ C□ D□

② 高い臨床技能を有し、それを適切に教授している。

A□ B□ C□ D□

③ 研修医の意向や価値観を理解して、適切な指導、助言ができる。

A□ B□ C□ D□

④ 研修医のウィークポイントをうまく見つけ出し、改善するよう指導できる。

A□ B□ C□ D□

⑤ 意見や助言について明瞭な説明、理由を述べる。

A□ B□ C□ D□

⑥ 院内におけるルールを明確に示し、指導している。

A□ B□ C□ D□

⑦ 教育に適した雰囲気を作り出している。

A□ B□ C□ D□

⑧ 診療と教育のバランスに配慮している。

A□ B□ C□ D□

⑨ 研修医がおこしたミスに対して適切な対応ができる。

A□ B□ C□ D□

⑩ 適切な形成的評価を行うことにより研修に対する意欲を促している。

A□ B□ C□ D□

⑪ 研修医の学習を妨げるような態度をとらないよう配慮している。

A□ B□ C□ D□

⑫ 研修医の生活、健康に配慮している。

A□ B□ C□ D□

⑬ 指導に対して熱意をもっている。

A□ B□ C□ D□

その他

[]

・指導者からの指導医評価

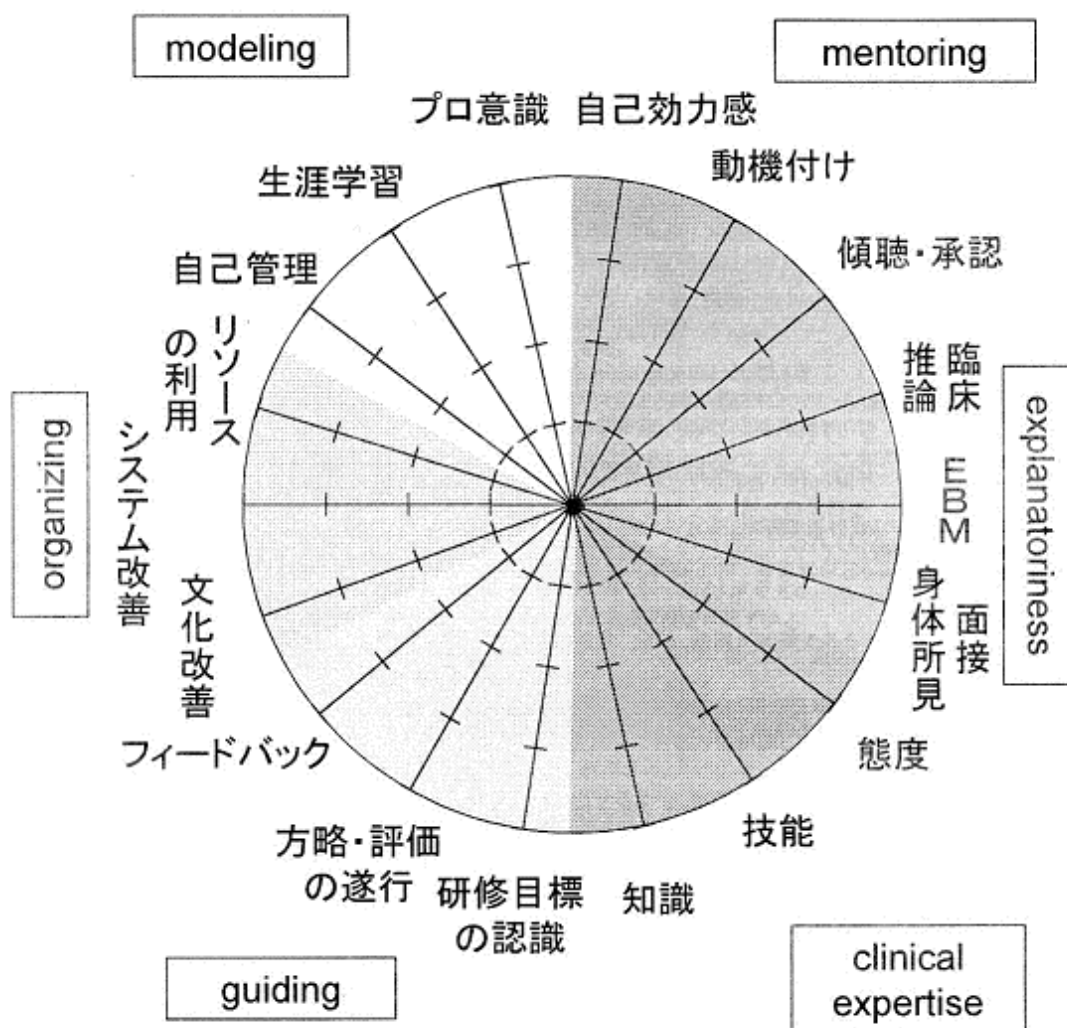
【医師以外のメディカルスタッフによる指導医評価 令和 年度前期】

(看護部・薬剤部・医療技術部・事務部)
※該当する番号にチェックを入れてください。

氏名: _____

	診療科	氏 名	評価				ND 評価できず
			① 指導医として大きな問題がある	② 指導医として部分的に問題がある	③ 指導医として適切な指導が出来ている	④ 指導医として優れている	
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			☐	☐	☐	☐	☐
31			☐	☐	☐	☐	☐
32			☐	☐	☐	☐	☐
33			☐	☐	☐	☐	☐
34			☐	☐	☐	☐	☐
35			☐	☐	☐	☐	☐
36			☐	☐	☐	☐	☐
37			☐	☐	☐	☐	☐
38			☐	☐	☐	☐	☐
39			☐	☐	☐	☐	☐
40			☐	☐	☐	☐	☐
41			☐	☐	☐	☐	☐
42			☐	☐	☐	☐	☐
43			☐	☐	☐	☐	☐
44			☐	☐	☐	☐	☐
45			☐	☐	☐	☐	☐
46			☐	☐	☐	☐	☐
47			☐	☐	☐	☐	☐
48			☐	☐	☐	☐	☐
49			☐	☐	☐	☐	☐
50			☐	☐	☐	☐	☐

・指導医のスキルマップ



・研修プログラムの評価

研修医による研修プログラムの評価

氏名 研修病院

選択科 研修期間

下記評価表に上記ローテート機関中の指導状況の評価を記入し、下部を切り取って研修担当事務に提出してください。今後の研修プログラムの改善に役立てるため、コメント記入もお願いします。

<u>福利厚生</u>	— — — — —
1) 休暇、休養 休養できる時間や日数、取得しやすさ、当直明けへの配慮などをともに評価します。	A B C D 評価不能
<u>研修内容</u>	
2) 経験症例数 研修時期や期間から見て適切な経験症例数を考え、それと比較して自分が経験した症例の数を評価します。	A B C D 評価不能
3) 経験症例の種類 研修時期や期間から見て適切な経験症例の種類を考え、それと比較して自分が経験した手技、検査の数を評価します。	A B C D 評価不能
4) 経験手技、検査の数 研修時期や期間からみて適切な経験手技、検査の種類を考え、それと比較して自分が経験した手技、検査の数を評価します。	A B C D 評価不能
5) 経験手技、検査の種類 研修時期や期間からみて適切な経験手技、検査の種類を考え、それと比較して自分が経験した手技、検査の種類を評価します。	A B C D 評価不能
6) 研修の時期 2年間のどの時期にこの科を研修するのが適切か考え、それと比較して自分の研修時期を評価します。	A B C D 評価不能
7) 研修期間 2年間の中でどの程度の研修期間をこの科を研修にあてるのが適切か考え、それと比較して自分の研修期間を評価します。	A B C D 評価不能
8) 症例検討会、講習会などの教育システム 研修目的を達成するために必要な症例検討会、講習会が開かれていたかどうかを評価します。	A B C D 評価不能
<u>人的支援体制</u>	

9) 研修医間の連携 研修医同士の面接の程度、情報交換や意見集約のしやすさなどをもとに評価します。	A B C D 評価不能
10) 指導医間の連携 指導医間で診療方針が統一されているか、責任の所在が明確か、他科からの指導が容易に受けられる、などをもとに評価します。	A B C D 評価不能
11) コメディカルからの支援 コメディカルとの採血、注射、患者移送などの業務分担、コメディカルの指示受け体制などをもとに評価します。	A B C D 評価不能
総合評価	A B C D 評価不能

評価基準：A:とても満足、B：満足、C：やや不満足、D：不満

特に良いと思われた点

改善してほしい点

★この評価表は記入者が特定されないよう処理し、研修指導改善のために役立てますので、素直なご意見と評価をお願いいたします。

・研修医からの研修プログラム評価について

(令和 年 3 月)

研修医のみなさんへ アンケートにご協力をお願いします。

下記の項目について○で回答してください。問題点や改善してほしいことがあればフリーコメントは大歓迎です。

記入者が特定されないよう処理し、研修指導改善のために役立てますので、素直なご意見と評価をお願いします。

1. 経験できる症例の種類について

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

2. 経験できる症例の数について

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

3. 技術や知識の習得状況について

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

4. 食事ができる環境について満足していますか？

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

5. 給料（時間外も含めて）について満足していますか？

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

6. 宿舎について満足していますか？

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

7. 勉強会及び共通コースなどについて

① 早朝勉強会について： 参加しています。参加していません。

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

②救急症例検討会について： 参加しています。参加していません。

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

③共通コースについて： 参加しています。参加していません。

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

④その他：各科勉強会や症例検討会について：参加しています。参加していません。

満足しています。 どちらでもない。満足していない。

コメント：

⑤振り返りの会について： 参加しています。参加していません。

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

⑥院長ミーティングについて

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

8. 各科ローテーションについて

積極的に参加しています。どちらもいえない。積極的に参加していません。

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

- ① 研修の時期について：2年間のどの時期にこの科を研修するのが適切かを考え、それと比較し自分の研修時期を評価します。

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

- ② 研修期間について：2年間の中でどの程度の研修黄化をこの科にあてるのが適切と考え、それと比較して自分の研修期間を評価する。

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

- ③ MMC プログラム・院外研修について：参加しています。参加していません。

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

9. 休暇や休息時間について

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

10. 人的支援について

- ①研修医間の連携について

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

- ②指導医間の連携について

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

- ③ 看護師、コメディカルからの支援

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

1 1. 現評価システムについて：

あなたは評価されていると思いますか？

はい。 どちらでもない。 いいえ。

コメント：

① 研修医への評価について

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

② 指導医への評価について

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

③ 研修環境・研修プログラムの評価について

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

④ 研修医手帳について：

満足しています。 どちらでもない。 満足していない。

コメント：

1 2. 貴院での臨床研修を後輩に勧めますか？

はい。 どちらでもない。 いいえ。

1 3. 当院研修について

①特に良いと思われた点について

① 改善してほしい点について

・レポートの提出手順

レポート（厚生労働省規定のレポート）が義務付けられている行動目標や経験目標については簡単な記載でも構わないが、指導医が研修医に対してディスカッションやフィードバックを十分にとることが重要である。

研修委員会並びにプログラム責任者は個々の研修医の行動目標の確認については研修医手帳から確認して（各年次2回ずつ）。到達状況を把握して、研修終了認定のための指導を行う。

またレポートの内容などに問題があった場合などには研修医および指導医に対して指導する。

レポートに関して退院時要約に考察をつける形式でも提出も可とする。

レポート項目の1例：

患者情報(ID,患者名,年齢,性別,入院日)

主訴：①性格 ②部位 ③強さ ④時間的経過 ⑤症状が起こった状況

⑥増悪因子 ⑦関連症状 ⑧同様症状の既往および検査 ⑨重症度

現病歴

既往歴及びそのときに受けた医療内容

家族歴

社会歴

患者の解釈モデル

身体所見（身長、体重、血圧、脈拍、呼吸数、体温）

検査所見

重要な陽性所見と重要な陰性所見のまとめ

現時点での診断または確定診断

鑑別疾患リスト

診断計画（確定のための検査、除外のための検査、その他）

患者の予後の見積もり

治療計画

治療効果のモニタリング方法

コメント（本人、指導医より）、コメント

・プログラム責任者とのレポート提出についての面談

令和 年度初期臨床研修医 評価

臨床研修医名：済生 太郎

確認月	コメント欄	提出済項目数	指導医確認印
2023年8月		／55	
2023年8月		／55	
2024年2月		／55	
2024年2月		／55	
2024年8月		／55	
2024年8月		／55	
2025年度 2回目		／55	
2025年度 2回目		／55	

・経験すべき疾病・病態について

令和 年度初期臨床研修医 レポート項目チェック表

臨床研修医名：済生 太郎

1. 経験すべき症候

No	項目	患者ID	患者氏名	指導医確認日
1	ショック			
2	体重減少・るい瘦			
3	発疹			
4	黄疸			
5	発熱			
6	もの忘れ			
7	頭痛			
8	めまい			
9	意識障害・失神			
10	けいれん発作			
11	視力障害			
12	胸痛			
13	心停止			
14	呼吸困難			
15	吐血・喀血			
16	下血・血便			
17	嘔気・嘔吐			
18	腹痛			
19	便通異常（下痢・便秘）			
20	熱傷・外傷			
21	腰・背部痛			
22	関節痛			
23	運動麻痺・筋力低下			
24	排尿障害（尿失禁・排尿困難）			
25	興奮・せん妄			
26	抑うつ			
27	成長・発達の障害			
28	妊娠・出産			
29	終末期の症候			

※未経験の症例は、レポートを提出して下さい。

2.経験すべき疾病・病態

No	項目	患者ID	患者氏名	指導医確認日
1	脳血管障害			
2	認知症			
3	急性冠症候群			
4	心不全			
5	大動脈瘤			
6	高血圧			
7	肺癌			
8	肺炎			
9	急性上気道炎			
10	気管支喘息			
11	慢性閉塞性肺疾患（COPD）			
12	急性胃腸炎			
13	胃癌			
14	消化性潰瘍			
15	肝炎・肝硬変			
16	胆石症			
17	大腸癌			
18	腎盂腎炎			
19	尿路結石			
20	腎不全			
21	高エネルギー外傷・骨折			
22	糖尿病			
23	脂質異常症			
24	うつ病			
25	統合失調症			
26	依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）			

※未経験の症例は、レポートを提出して下さい。

3.MMC事務局で設定した経験

No	項目	実施（参加）年月日	備考	指導医確認日
1	CPC発表または参加			
2	学会・研修会受講登録			
3	一般外来研修総日数（内科・外科・小児科の一般外来OJT経験、午前午後の各1例目のみチェック）			
4	チーム医療活動（CPT, ACP, ICTなど）			
5	血液交差試験			
6	グラム染色			
7	心電図			
8	腹部エコー			
9	心エコー検査			
10	気道確保			
11	人工呼吸・バグマスク換気			
12	胸骨圧迫			
13	圧迫止血			
14	皮内注射			
15	皮下注射			
16	筋肉注射			
17	静脈確保			
18	動脈穿刺・動脈ライン			
19	導尿・Foley挿入			
20	腰椎穿刺			
21	気管挿管			
22	皮膚縫合			
23	皮膚切開・排膿			
24	除細動			
25	胃管挿入・管理			
26	ドレーン管理			
27	胸腔穿刺・チェストチューブ挿入			
28	腹腔穿刺・ドレーン留置			
29	エコーガイド下内頸静脈中心静脈カテーテル			
30	PICC挿入法			
31	BLS			
32	ACLSまたはICLS			
33	PALS			
34	BEAMS Stage 1			
35	BEAMS Stage 2			
36	緩和ケア講習会			
37	JPTEC			
38	JATEC			

※備考欄には、経験症等、自由に記載して下さい。

・研修医業務基準

研修医は受け持ち医として診療チームに加わり、いわゆるファーストコールとしての役割を担えるよう積極的に研修を行う。この場合、「当然の事ながら、診療の最終責任者は指導医にある」。ただし、下記の研修医の業務基準に則って行なわれた場合には病院、研修管理委員会に責任があるが、それ以外の場合には研修医、指導医が個別で責任をとる必要がある。

基本原則

1. 緊急時を除いて、インフォームドコンセントを実施した上で診察に当たること。
2. ここに示す基準については、当該診療科の責任者、指導医の指示に従うこと。
3. 指導医は個々の研修医の技量を考慮して指導し、研修医が実施した行為に関しては指導医が責任をとること
4. 個々の手技については、たとえ単独で行ってよいと考えられるものであっても、施行が困難な場合は無理をせずに上級医、指導医に任せること。
5. ここに示す基準は通常の診療における基準であって、緊急時にはこの限りではない。

研修医の業務基準

I. 診察

研修医が単独行ってよいこと

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

診察に際しては、組織を損傷しないように十分に注意する必要がある。

研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 内診

II. 検査

1. 生理学的検査

研修医が単独で行ってよいこと

- A. 心電図
- B. 聴力、平衡、味覚、嗅覚、知覚
- C. 視野、視力
- D. 眼球に直接触れる検査

眼球を損傷しないように注意する必要がある。

研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 脳波
- B. 呼吸機能（肺活量など）
- C. 筋電図、神経伝達速度

2.内視鏡検査など

研修医が単独で行ってよいこと

- A. 喉頭鏡

研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 直腸鏡
- B. 肛門鏡
- C. 食道鏡
- D. 胃内視鏡
- E. 大腸内視鏡
- F. 気管支鏡
- G. 膀胱鏡

3.画像検査

研修医が単独で行ってよいこと

- A. 超音波

内容によっては誤診につながる恐れがあるため、検査結果の解釈、判断は指導医と協議する必要がある。

研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 単純 X 線撮影
- B. CT
- C. MRI
- D. 血管造影
- E. 核医学検査
- F. 消化管造影
- G. 気管支造影
- H. 脊髄造影

4.血管穿刺と採血

研修医が単独で行ってよいこと

- A. 末梢静脈穿刺と静脈ライン留置

血管穿刺の際に神経を損傷した事例もあるので、確実に血管を穿刺する必要がある困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

- B. 動脈穿刺

肘窩部では上腕動脈は正中神経に並走しており、神経損傷には十分に注意する。

動脈ラインの留置は、研修医単独では行ってはならない。

困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 中心静脈穿刺（鎖骨下、内頸、大腿）
- B. 動脈留置
- C. 小児の採血

特に指導医の許可を得た場合はこの限りではない。

年長の小児はこの限りではない。

- D. 小児の動脈採血
年長の小児はこの限りではない。

5. 穿刺

研修医が単独で行ってよいこと

- A. 皮下の嚢胞
- B. 皮下の膿瘍
- C. 関節

研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 深部の嚢胞
- B. 深部の膿瘍
- C. 胸腔穿刺
- D. 腹腔穿刺
- E. 膀胱穿刺
- F. 腰部硬膜外穿刺
- G. 腰部くも膜下穿刺
- H. 針生検

6. 産婦人科

研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 腔内容採取
- B. コルポスキー
- C. 子宮内操作

7. その他

研修医が単独で行ってよいこと

- A. アレルギー検査（貼付）
- B. 長谷川痴呆テスト
- C. MMSE

研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 発達のテストの解釈
- B. 知能テストの解釈
- C. 心理テストの解釈

III. 治療

1. 処置

研修医が単独で行ってよいこと

- A. 皮膚消毒、包帯交換
- B. 創傷処置
- C. 外用薬貼付、塗布
- D. 気道内吸引、ネブライザー
- E. 導尿

前立腺肥大などのためにカテーテルの挿入が困難なときは無理をせずに指導医に任せる。
新生児や未熟児では、研修医が単独で行ってはならない
困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

F. 浣腸

新生児や未熟児では、研修医が単独で行ってはならない。
潰瘍性大腸炎や老人、その他、困難な場合は無理をせずに指導医に任せる。

G. 胃管挿入（経管栄養目的以外のもの）

反射が低下している患者や意識のない患者では、胃管の位置をX線などで確認する。
新生児や未熟児では、研修医が単独で行ってはならない。
困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

H. 気管カニューレ交換

研修医が単独で行なってよいのはとくに習熟している場合である。
技量にわずかでも不安がある場合は、上級医師の同席が必要である。

研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. ギプス巻き
- B. ギプスカット
- C. 胃管挿入（経管栄養目的のもの）

反射が低下している患者や意識のない患者では、胃管の位置をX線などを確認する。

2. 注射

研修医が単独で行ってよいこと

- A. 皮内
- B. 皮下
- C. 筋肉
- D. 末梢静脈
- E. 輸血

輸血によりアレルギー歴が疑われる場合には無理をせずに指導医に任せる。

F. 関節内

研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 中心静脈（穿刺を伴う場合）
- B. 動脈（穿刺を伴う場合）

目的が採血ではなく、薬剤注入の場合は、研修医が単独で動脈穿刺をしてはならない。

3. 麻酔

研修医が単独で行ってよいこと

- A. 局所浸潤麻酔

局所麻酔薬のアレルギーの既往を問診、説明、同意書を作成する。

研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 脊椎麻酔
- B. 硬膜外麻酔（穿刺を伴う場合）

4.外科的処置

研修医が単独で行ってよいこと

- A. 抜糸
- B. ドレーン法
時期、方法については指導医と協議する。
- C. 皮下の出血
- D. 皮下の膿瘍切開、排膿
- E. 皮膚の縫合

研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 深部の止血
応急処置を行うのは差し支えない
- B. 深部の膿瘍切開、排膿
- C. 深部の縫合

5. 処方

研修医が単独で行ってよいこと

- A. 一般の内服薬
処方箋の作成の前に、処方内容を指導医と協議する
- B. 注射処方(一般)
処方箋の作成の前に、処方内容を指導医と協議する
- C. 理学療法
処方箋の作成の前に、処方内容を指導医と協議する。

研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 内服薬（抗精神薬）
- B. 内服薬（麻薬）
法律により、麻薬施用者免許を受けている医師以外は麻薬を処方してはいけない。
- C. 内服薬（抗悪性腫瘍剤）
- D. 注射薬（抗精神薬）
- E. 注射薬（麻薬）
法律により、麻薬施用者免許を受けている医師以外は麻薬を処方してはいけない。
- F. 注射薬（抗悪性腫瘍剤）

IV.その他

研修医が単独で行ってよいこと

- A. インスリン自己注射指導
インスリンの種類、投与量、投与時期は予め指導医のチェックを受ける。
- B. 血糖値自己測定指導
- C. 診断書、証明書作成
診断書、証明書の内容は指導医のチェックを受ける。

研修医が単独で行ってはいけないこと

A. 病状説明

正式な場での病状説明は研修医単独で行ってはならないが、ベッドサイドでの病状に対する簡単な質問に答えるのは研修医が単独で行って差し支えない。

B. 病理解剖

C. 病理診断報告

・インフォームド、コンセントの記録について

1. IC の記録基準

- ① 現在の病状
- ② これから行おうとしている医療の目的、内容、必要性、有効性と、それに伴う危険性、その発生の可能性（その施設の発生率）
- ③ 実施予定の医療の代わりとして考えられる医療とそれに付随する危険性とその発生
- ④ なにもしなかった場合の結果

2. IC での同意を得るということは

- ① 患者本人の同意能力があるか
中学後半から高校ぐらいなら、同意能力があるとみなし親の同意がなくても医療行為が可能。ただし、その人が理解できる説明、書き方であること。
- ② 適切な説明であるか（上記の 1 から 4 までの項目をみたしているか）
- ③ 理解
(ア) 理解度をきいてはいない、理解できるレベルで合理的に説明したかどうか
(イ) 最終学歴－3 年ぐらいのレベルで説明し IC の文章もそれにあわすこと
- ④ 同意
(ウ) 危険性を患者がひきうけるという意味である
(エ) IC の内容が書いてなければ意味がない；ex 病状と合併症について説明したと 1 行のみかいであるには全く言語道断
(オ) 利害を説明したうえでの同意をいう
(カ) 説得して同意させるのも有効
- ⑤ IC を得ることが免除される場合
(キ) 病気の告知を 100%していない場合
(ク) 緊急状態
(ケ) 患者自身による拒否、必ず記録を残す事、もし亡くなったとき裁判をおコースのは家族である
(コ) 法が定める場合（精神科、隔離）
(サ) 同意能力がない場合、家族にはする
(シ) 説明することによって患者に悪い結果を及ぼす時
 @警察、保健所の問い合わせ
 @救急隊の問い合わせ
 @検体、検査（尿、血など）を警察が要求しても本人の同意がなくわたしてはならない
 @内服の問い合わせも本人の同意がいる
 @症例報告

3. インフォームドコンセントの方法

患者と医師との医療における信頼関係を深めるために行う、医師を中心とする医療従事者が行う診療情報の提供で、内容として、患者の病状および検査、治療に関して、自己の意思決定に基づき納得して診療を受けられる様に説明し、患者の納得に基づく医療を行う。

注意すべき事項

患者が「知らないでいたい希望」を表明した場合には、これを尊重しなければならない。

(特に末期がんなど本人が苦痛と感ずる内容)

患者が未成年者等で判断能力がない場合には、診療中の診療情報の提供は親権者等に対してなされなければならない。

診療情報の内容として含む内容

- ・ 現在の症状及び診断病名
- ・ 予後
- ・ 処置及び治療の方針
- ・ 処方する薬剤について、薬剤名、服用方法、効能及び特に注意を要する副作用以上は主治医（担当医）が行える診療行為についての説明である。
- ・ 手術や侵襲的な検査を行う場合には、その概要（執刀者及び助手の氏名を含む）危険性、実施しない場合の危険性及び合併症の有無
手術及び侵襲的な検査を行う場合は、実際に担当する執刀医、施行医が説明する必要がある
- ・ 代替的治療法の有無、実施予定の治療との優劣
- ・ 治療目的以外に臨床試験や研究などの他の目的も有する場合には、その旨及び目的の内容
- ・ 他の治療方法についての説明義務が認められる要件
 - 少ない医療機関において実施されており、相当数の実施例がある。
 - 実施した医師間で積極的な評価がされている。
 - 患者が当該治療法の適応である可能性がある。
 - 患者が当該治療法の自己への適応の有無、実施可能性について強い関心を有している。
 - 転院の必要があるときにはその旨を説明する。

診療情報の提供の方法は、①口頭による説明、②説明文書の交付、③診療記録等の開示等具体的な状況に促した適切な方法がある。通常の診療中における面談もインフォームドコンセントとして重要である。情報提供するときには、患者のプライバシーを重んじる環境、言葉づかい、態度などに注意する。

説明文書：定型的な説明文書、患者向けのクリニカルパス、など定型的な文書を用意する。特に、同意書を得る必要があるものは定型的な説明文書を用意する。臓器の図などを用いて図示しながら説明する。

カルテに記入しそれを患者にコピーあるいは明示する。

質問票（問診表、予約票）：検査等で予想される偶発症を最小限に迎えるために、患者からあらかじめ情報を得る診療行為で、患者のアレルギー歴、薬剤の服薬内容など。

造影剤を使用する検査、内視鏡検査、外科的処置を必要とする場合などで使用する。

同意書を必要とする診療行為は、日々増加してきており、患者側のニーズに益々増えるものと予想され、順次追加していくものとする。その基準として、下記のものがあげられている。

術者が説明し同意書を得るのが原則であるが、上部消化管内視鏡検査などの安全度が高く例数の

多い場合は、担当医（主治医）が説明文書で行い同意書を得ることは可能である。

インフォームドコンセントの中で、特に文書での同意書が必要あるいは望まれるのは

- 侵襲的処置を伴うもの
- 医療行為中に合併症の発生が危惧されるもの
- 薬物の強い副作用が予想されるもの
- 経済的負担を伴うもの
- 先進的治療あるいは治験的治療
- 生命倫理に関する医療行為
- 法律として同意書を必要とされるもの（輸血、血液製剤：所定の様式で20年保管義務あり）

H19年11月1日改定

・同意文書見本

(電子カルテ(文書作成内)に作成してある手技、検査、治療の説明)

1. 化学療法説明書
2. 行動制限の同意書
3. 急性腎不全透析導入同意書
4. 麻酔説明書
5. 筋生検に関する説明書および承諾書
6. 髄液検査(腰椎穿刺手技)
7. 静脈リザーバー留置
8. 大腸内視鏡的ポリープ切除術、粘膜切除術
9. 大腸内視鏡検査
10. ERCP, ENBD
11. PTGBD
12. 手術説明書: 結腸癌、腫瘍切除、ソケイヘルニア根治術、胆のう結石、乳がん、直腸癌、子宮外妊娠、不妊術、帝王切開術、胎児娩出術、人工妊娠中絶術、子宮内容除去術、前回帝王切開術後の経膈分娩、子宮筋腫(腹式子宮全摘術、腹腔鏡下子宮筋腫核出術、膣式子宮全摘術)、膣式子宮全摘術、子宮頸癌、卵巣腫瘍、卵巣腫瘍茎念転疑い、子宮体癌、
13. 腹部血管造影検査
14. PTCD
15. 乳幼児の鎮静について説明書、
16. Rt-PA 静注療法
17. 経皮的胆管ステント留置術
18. ラジオ波焼却術(RFA)
19. 胃内視鏡および内視鏡的止血術
20. 上部消化管内視鏡的ポリープ切除術、粘膜切除術
21. PTCD
22. PEIT
23. PEG
24. EST,内視鏡的破石および結石除去術
25. ERCP
26. EBD,ENBD
27. EVL
28. CT 下肺生検
29. ダブルルーメン挿入および血液透析療法
30. 気管切開術
31. 下大静脈フィルター挿入術
32. 心臓カテーテル検査
33. 永久的ペースメーカー植え込み術。
34. 胸腔穿刺、ドレナージ
35. 腹腔穿刺、ドレナージ
36. 病理解剖の承諾書

(必ず患者さんの状況、状態を把握して、分かりやすく内容をチェックして利用してください)

- 医療事故が起きても、しかもそれが医療機関側に過失のある医療過誤であっても、紛争にならないようにする予防策があります。それはインフォームド、コンセント（ＩＣ）です。このＩＣが不十分だったために、クレームがきて、訴訟になっている事例が当院でもあります。
- 診療の過程で、その都度十分に説明し、メリットとデメリットを説明し十分にＩＣをとることが重要です。リスクを十分に説明し、記録しておくことが大切です。万が一不可避の合併症が起きても、それが説明されていれば予期されていたわけです。患者、家族はそれを「予期されていた合併症」と考え、過誤と考えず、紛争化しないことがあります。実際にそのような事例があるのです。しかし、中には「結果責任」を求めてくる患者、家族もいます。
- ＩＣでは、「死亡率△％。麻痺が生じることもある。痛みが残ることもある」と具体的に説明すること。
- コミュニケーションに問題があり、トラブルになっている事例が多発しています。
- コミュニケーションの基本原則は次の３つです。
 - １）目を見る：「相手の存在認めている」というサイン
 - ２）微笑む：「相手を受け入れている」というサイン
 - ３）頷いて相槌を打つ：「あなたの話をしっかり聞いていますよ、理解していますよ」というサイン。
- コミュニケーションとは、単なる情報の伝達ではありません。意思と感情をやりとりすることによって、共感し感動し信頼関係を築くことです。

・研修医の医療事故発生時の対応

(医療安全マニュアル第Ⅴ版、重大医療事故発生時の対応に関する指針を遵守すること)

1. 救命措置の最優先

【大原則】 いついかなる事故であっても、患者の生命及び健康と安全を最優先に考え行動する。

医療側の過失によるか否かを問わず、患者さんに望ましくない事象が生じた場合には、可能な限り、まず、院内の総力を結集して、患者さんの救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。また、院内のみでの対応が不可能と判断された場合には、遅滞なく他の医療機関の応援を求め、必要なあらゆる情報、資材、人材を提供する。

このような重大事故の発生に備え、ショックや心停止に直ちに対応できる体制や院内 ACLS 講習会の協力を得る。

「Dr ハート」789 番は日頃から、その際の行動について職員全員に周知しておき、訓練をしておくことが必要。

(1) 状況の把握と対処

① 患者の安全の確保と救命処置

- A. 第一発見者は声を上げて他の医療スタッフ（看護側、医師）に知らせる。
- B. 人員を確保する。現場に居合わせた医師、上級医、指導医、主治医に知らせる。救急カートと除細動機を用意する。
- C. 同時に直ちに必要な一次救命処置を開始する。
- D. 到着した上級医などの医師の指示のもとに二次救命処置を行う。
- E. 患者に救命処置を行う際には、必ず説明する。絶えず言葉をかけ、患者を一人にしない。

※ 日頃から緊急用コールの方法：789 番：「ドクターハート」での医師応援、その際の行動について、スタッフ全員に周知しておく。

※ 除細動器、AED（自動カウンスターショック）の配置場所を周知、徹底する。

※ 救急カートの内容を院内統一として整備する。

② 報告：事故が発生した事実を所属長に速やかに報告する。

報告を受けた所属長は、必ず直ちに現場に出向く。

緊急の対応：各職種の責任者、管理者が到達するまでは持ち場のリーダーが指揮する。

A. 事故当事者への配慮：

できるだけ現場から離す、その際は必ず誰か付き添わせて一人にしない。

B. スタッフの業務割当変更：

患者の救急処置を最優先に、スタッフの業務を割り当てる。

①救急処置の担当 ②記録の担当 ③事故対応以外の業務

④当事者へのサポート

C. 証拠保全

後に警察が介入するような事例では、証拠物件として提出する必要がある。破棄してしまうと証拠隠滅と取られる可能性もある。使用した薬剤、ディスポ類、材料、

材料の包装、注射器の中の薬剤なども捨てずに一つにまとめておく。現場をデジカメで撮影しておく。現場のすべての人員の時計を確認する。(時間あわせ)

(2) 各職種の責任者、管理者の現場到着以後

責任者、管理者到着時に報告に際しては、伝達ミスが生じない様に注意する。まだ行えていないこと、手配できていないことを明確に伝える。

① 各職種の責任者、管理者の姿勢と対応

A.患者の状態の把握

B.当該部署の他の患者やスタッフへの配慮

C.事故当事者への言葉かけ、叱責や安易な慰めはしないで、冷静な態度で指示する。

② 役割分担の確認

③ 証拠、現場保全

(3) 指導医、上級医への連絡

指導医へのファーストコールより、すぐに処置が始められる上級医などの医師を呼ぶことを優先する。指導医への連絡に時間を費やすことによって、患者を救うための救急処置が遅れない様にする。

現場に参集した医師の中で上席の医師が、現場の指揮に当たる。

①追加救急処置の手配

②各職種責任者と連携し、家族への連絡の手配

2. 病院長への報告

- (1) 前項の目的を達成するため、指導医、所属長（リスクマネージャー）及び医療安全管理室や医療安全推進委員会の委員（セーフティーマネージャー）は、自部署内で発生した事故の状況、患者の現在の状態等を、医療安全管理室に迅速かつ正確に報告する。医療安全管理室は、直ちに病院長に報告をする。ただし、緊急を要する場合は当事者や所属長（リスクマネージャー）が直接、病院長に報告する。
- (2) 病院長は、必要に応じて医療安全管理委員会委員長や医療安全管理室に委員会を緊急開催させ、対応を検討する。
- (3) 報告を行った職員は、その事実及び報告の内容を、時系列に診療録、看護記録に記載する。自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。記載に関しては事実のみを正確に記載する。

3. 患者、家族、遺族等への説明

- (1) 医療事故等発生後、救命措置の遂行に支障を来さない限り可及的速やかに、事故の状況、現在実施している回復措置、その見通し等について、患者本人、家族等に誠意をもって指導医とともに説明する。患者が事故により死亡した場合には、指導医とともにその客観的状況を速やかに、遺族等に説明する。
- (2) 説明を行った職員は同席した家族全員と参加した職員の氏名を記載して、その事実及び説明の内容を、診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録をカルテに入力する。

4. 警察への届出

明らかに医療事故が原因で患者が死亡するなど重大な事態が発生した場合、病院長は速やかに所轄の警察署へ届出を行う。過失がはっきりしないような事例では管理者会議を開催し、届出の必要性の有無を検討する。ただし、届出にあたっては事前に患者、家族等の承諾を得るものとする。

A.事故発生部署での対応

【大原則】いついかなる事故であっても、患者様の生命及び健康と安全を最優先に考え行動する。

1. 状況の把握と対処

a. 患者様の安全の確保と救命処置

- ① 第一発見者は声を上げて他の医療スタッフに知らせる。
- ② 人員を確保する。
- ③ 同時に直ちに必要な一次救命処置を開始する。
- ④ 到着した医師の指示のもとに二次救命処置を行う。
- ⑤ 患者に救命処置を行う際には、必ず説明する。絶えず言葉をかけ、患者を一人にしない。

b. 報告;事故が発生した事実を所属長に速やかに報告する。

報告を受けた所属長は、必ず直ちに現場に出向く。

ポイント→日頃からドクターハート(177)の方法、その際の行動について、スタッフ全員に周知しておく

2. 緊急の対応

各職種の責任者、管理者が到達するまでは持ち場のリーダーが指揮する。

a. 事故当事者への配慮;できるだけ現場から離す、その際は必ず誰か付き添わせて一人にしないこと。

b. スタッフの業務割当変更;患者様の救急処置を最優先に、スタッフの業務を割り当てる。

- ① 救急処置の担当、
- ② 記録の担当、
- ③ 事故対応以外の業務、
- ④ 当事者へのサポート

c. 証拠保全

後に警察が介入するような事例では、証拠物件として提出する必要がある。破棄してしまうと証拠隠滅と取られる可能性もある。使用した薬剤・ディスポ類、材料、材料の包装、注射器の中の薬剤なども捨てずに一つにまとめておく。現場をデジカメで撮影しておく。現場のすべての人員の時計を確認する。(時間あわせ)

3.各職種の責任者、管理者の現場到着以後



4. 主治医、上級医への連絡

a. 各職種の責任者、管理者の姿勢と対応

- ① 患者の状態の把握、
- ② 当該部署の他の患者やスタッフへの配慮
- ③ 事故当事者への言葉かけ、叱責や安易な慰めはしないで、冷静な態度で指示する。

b. 役割分担の確認

c. 証拠・現場保全

ポイント→責任者、管理者到着時に報告に際しては、伝達ミスが生じないように注意。まだ行えていないこと、手配できていないことを明確に伝える。

現場に参集した医師の中で上席の医師が、現場の指揮に当たる。

- ① 追加救急処置の手配
- ② 次席者の氏名
- ③ 各職種責任者と連携し、家族への連絡、上司(組織管理者)への連絡の手配

ポイント→主治医へのファーストコールより、すぐに処置が始められる医師を呼ぶことを優先する。指導者や主治医への連絡に時間を費やすことによって、患者を救うための救急処置が遅れてはならない。

近くに医師がない時

緊急全館放送777で
「ドクターハート」
緊急招集する。



5. 患者・家族への対応、説明



a. 患者様への説明

意識がない場合:発生時(発見時)に呼名しても反応がなく、意識がない場合には直ちにACLSに準じた救命処置を開始する。

意識がある場合:発止時(発見時)、呼名に対して反応がある場合、患者に絶えず言葉をかけ、必要な処置などを説明を行い、患者様に同意を得て実施する。

b. 家族の方への連絡

主治医または現場にいる当該科の医師、もしくは看護師のうちできるだけ上席者が連絡をする。患者の意識がある場合は、家族に連絡することと、誰に連絡するのか、患者の意志を確認する。

c. 家族の方への説明

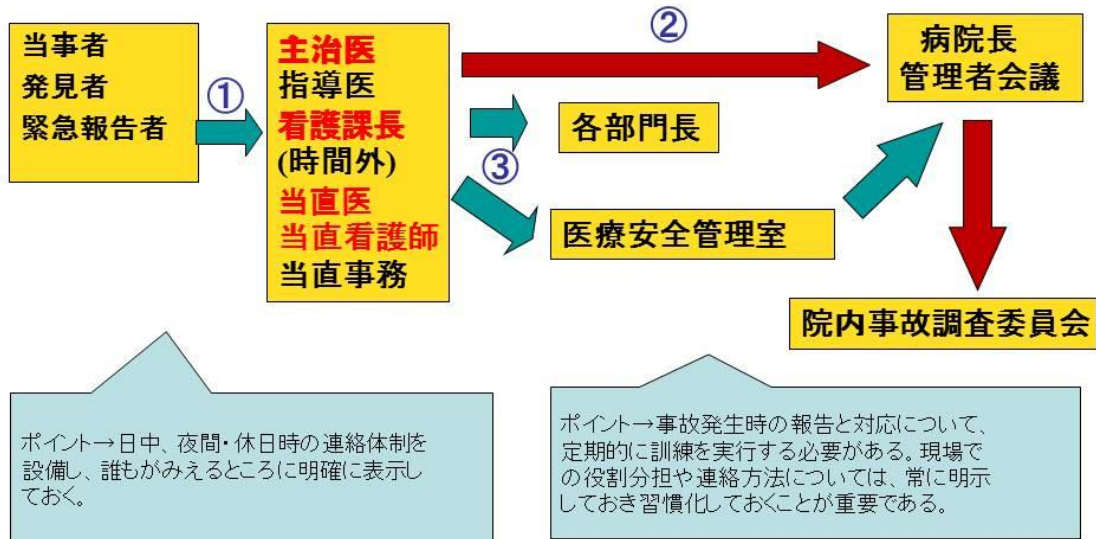
主治医もしくは当該科の上席医師により、事故の事実関係を説明する。説明は率直に事実を説明する。言い訳や憶測は厳に慎む。その時点で医療過誤(過失)が明らかである場合は、率直にお詫びするとともに、患者様の健康回復に全力を尽くす旨を説明する。説明は複数の医療従事者同席のもとで行い、看護管理者も必ず同席する。説明終了後直ちに時刻、説明内容、説明者をカルテに詳しく記載する。

ポイント→**日中:主治医(代行医)**
夜間・休日:当直、日直医
誰もが分かるところに連絡表を置いておく。

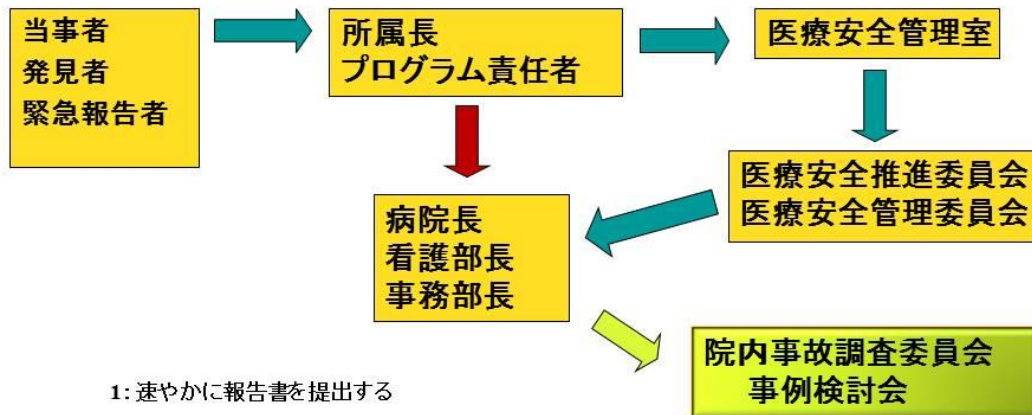
ポイント→最も必要なことは、事実を速やかに家族の方に伝えることである。

6. 重大事故報告ルート

【大原則】患者の生死や、健康に重大な影響を及ぼす可能性のある重大医療事故については、直ちに施設の組織管理者へ手順に従って報告する。



医療安全報告書、報告ルート



- 1: 速やかに報告書を提出する
- 2: Level 0-3以上は24時間以内に安全管理室へ提出あるいは連絡する。
- 3: Level 4,5では所属長が判断して病院長に速やかに報告する。
- 4: Level 3以上での事故分析結果を病院長に報告する。

事故の報告・集計方法に関する取り決め

1. ヒヤリハット、事故があれば積極的にかつ迅速に所属長に「医療安全報告書」を提出する。**レベル3**以上の事故では当事者と所属長などがSHELモデルなどを用いて分析した結果を医療安全推進委員会で報告する。
2. **レベル3**以上は24時間以内に安全管理室に提出あるいは連絡する。
3. 正確にヒヤリハット、事故の頻度を把握するために、各病棟、外来(救急外来も含む)、検査部、薬剤部、診療部などの・所属長や所属責任者などが、ヒヤリハット、医療安全報告書の提出の啓蒙をする。
4. **レベル3**以上の事故で、「医療安全報告書」の提出がない場合には院長の指示により、医療安全管理室で調査を行う。

◆医療安全報告書の内容、プライバシーは守秘し、人事や評価のポイントには使用しない。
◆医療安全管理室では報告された**レベル 3**以上の「事故報告書」についてSHEL解析などを用いて業務基準の改善・マニュアル化などを行い、院内で公表、feed backする。

患者さんへの影響レベル

- ヒヤリ・ハット:** 間違ったことが発生したが、患者には実施されなかった(実施されていたら、何らかの影響を与えた可能性があった)
- レベル1:** 間違ったことを実施したが、患者に影響が生じなかった場合
- レベル2:** 事故により患者に何らかの影響を与えた可能性があり、観察強化または検査の必要性が生じた場合
-
- レベル3:** 事故により患者に変化が生じ、治療、処置が必要となった場合や入院日数の増加が生じた場合、軽・中度の後遺症が残った場合。
- レベル4:** 事故により、生活に影響する高度の後遺症が残る可能性が生じた場合
- レベル5:** 事故が死因となった場合

B.【医療事故の記録及び医療安全報告書】

【大原則】重大医療事故発生時には、記録方式を経時的記録
に変える。

1. 初期対応時の記録

初期対応時の記録は担当の看護師、主治医が行う(研修医が主治医の場合
指導医が行う)

2. 初期対応終了後の記録

関わった医師・看護師などが全員で相互に事実と時間を確認する

1. 客観的かつ正確に書く(想像や憶測、自己弁護的反省文、他者の批判、感情的表現はさける)
2. 誤解のない表現を用いる
3. 自分の意見は書かない
4. 患者・家族の方への説明や、やりとりも必ず記録する。
5. 説明時の参加者のすべての氏名を記載する。
6. 記録の適切な保管(電子カルテのsecurity systemを順守する)
7. 後日記載もれが判明した場合には出来るだけ速やかに追記する

・研修医医療安全手引き

1) 当院での医療安全に関連した臨床研修の理念：

当院での臨床研修の理念は 21 世紀に向けて「患者さんに信頼される」良質の医師を育成することです。また「今、地域に求められている」プライマリーケアに対処し得る第一線の臨床医としての臨床能力のみならず、全人的なチーム医療、地域医療ができることを目標としている。

このため、当院では「研修の質、医療の質」に関連して実践的に研修を行うために、安心、安全な医療の提供として：医師として必要最低の知識、技術、態度さらに社会人として倫理、ルールを学び、それを習慣化して、医療事故防止に努め、安心、安全な医療を提供する事が求められている。

2) 研修医の医療事故のパターン分析と理解

01. 研修医未熟＝独断型

研修医が医師として非常に未熟であるが、そのなかでも研修医が独断で判断して他の指導医らに指導を仰がなかったために、事故につながったケース。

02. 研修医未熟＝バックアップ欠如型

研修医が未熟であり、かつ研修医が相談しようと思っても相談できない場面に置かれたというケース。救急時や手術時に発生しやすい。

03. 研修医未熟＝手技ミス型

研修医の手技が下手である事例。01 や 02 は、判断そのものが過っていたケースに比し、03 は判断は合っているが、技術的に問題があったケース。

04. 指導医資質問題型

研修医の問題というより、指導体制、指導医の資質に問題があると思われるケース。

05. その他＝責任欠如型

その他としか分類できないケース。そもそも医師としての責任感が欠如しているのではと考えられるようなケースも見受けられる。

3) 研修医が起こしやすい医療ミスと防止対策マニュアル

■薬剤投与（与薬、注射）に関するもの

●薬液の種類を誤る

- ・意図したものとまったく別の種類の薬液を選択する
- ・薬液名は間違っていないが、濃度（％）や用法の異なるものを選択する

●薬液の注入量を誤る

- ・注入量の設定を誤る（計算ミス、思い違い、知識不足などによる）
- ・うっかりミス（よそ見、集中力不足、点滴速度変更等による）

●薬液の注入速度を誤る（計算ミス、思い違い、知識不足などによる）

- ・注入速度の設定を誤る（計算ミス、思い違い、知識不足などによる）
- ・機器（自動注入器、シリンジポンプなど）の故障や操作ミス

●薬液の注入経路を誤る

- ・静注すべき薬液を動脈内、筋肉内、硬膜腔などに注入する
（うっかりミスなどによる）
- ・静注してはならない薬液を静注する（うっかりミス、思い違いなどによる）

- 不適切な薬液を選択する
 - ・禁忌、適応外の薬液を選択する
 - ・混合禁の薬液を混合する
 - ・十分な効果が得られない薬液を選択する
 - ・その他不適切な薬液、輸液剤などを選択する
- 点滴漏れ
 - ・局所の腫れ、循環障害、壊死などを起コース
 - ・注入した薬液の効果、効力が発現しない
- 接続チューブ、三方活栓の外れ、操作ミス
 - ・意図した薬液が注入されない
 - ・意図しない薬液が注入される
 - ・出血、空気塞栓などを起コース
 - ・薬液の注入量、注入速度を誤る
- 加温ミス
 - ・設定温度を誤る
 - ・機器の故障、操作ミス（加温不足、加温過剰）
 - ・長時間加温による溶血
- 空気塞栓
 - ・加圧注入による空気注入
 - ・点滴セット、加温用コイルなど接続ミス、操作ミスによる空気注入
 - ・中心静脈穿刺時の空気吸引
- 中心静脈穿刺にかかわるミス、事故
 - ・動脈穿刺による出血、血腫形成
 - ・神経損傷
 - ・気胸、血胸
 - ・胸腔内輸液
 - ・カテーテルの走行異常
 - ・カテーテルによる血管、心臓損傷、不整脈
 - ・感染
- 機器操作、使用に関するもの
 - 人工呼吸器、全身麻酔器、シリンジポンプ、自動注入器、加圧式急速輸血器、その他
- 操作、処置に関するもの
 - カテーテル、チューブ類の挿入、留置：バルンカテーテル、胃管、静脈内留置針、動脈内留置針、中心静脈カテーテル、気管チューブ、硬膜外カテーテル、その他
 - 採血にかかわるミス：採血する部位の誤り、抜針時の不適切な処置、動脈と静脈を間違えて穿刺してしまう、点滴の漏れに気がつかない、など
- 指示出しミス

例 1：内視鏡検査を予定していた患者に対して禁食の指示を出しておかなければならなかったのに忘れてしまい、患者が食事を摂ってしまった。

例 2：インシュリンの注射を開始する患者は前日には経口糖尿病薬を切っておかなければならぬのに服用させてしまい、翌日インシュリンを注射したら血糖値が下がり過ぎてしまった。

■上司、同僚、看護師など周囲の人との連携がうまくとれない

- 連携、連絡ミス、チーム医療がうまくできない

■全体が見れない

- 一方に関心が向くと、他方に関心、注意力が向けられない

■注意されたことをよく聞いていない

- 同じことを何回も注意される。

■その他

- 自分から進んで仕事をしない。
- 他の人の仕事を手伝わない。
- 他の人がやっているのを見学しようとししない。
- 医学書を読まない。

■防止、改善策

●個人での防止

- ・資質を向上させる。知識、技術、気力、対人関係、情報収集。
 - ・無関心、無反省、無責任、無理、無茶を少しでも減らす。
- エラー防止の基本の実施。

●チームでの防止

●組織、システムでの防止

- ・組織内に「安全分化」を構築。バーコードシステムの導入。

●教育

- ・危機管理教育、研修カリキュラム改善、事故報告初の提出（ミスであることの意識づけ）、接遇教育。

・研修医のためのリスクマネジメントの鉄則

日常臨床でトラブルをどう防ぐか

田中まゆみ

第1章：医師に求められるリスクマネジメント

「100%治癒を期待する患者と「生命の限界を知る医師」との認識の違いがある。

医療裁判は「危険性や他の選択枝の説明が公平になされていたか?」、「起こりうる危険な事態を予見し、回避義務を果たしたか?」を巡って争われる。

医療紛争の多くは患者－医師間の小さな行き違いや不信感に起因し、裏切られた恨みが患者とその家族に強く残るためである。

●受診は「危険を承知で検査や治療を受けること」でもあることを患者に説明しよう。

なぜ患者は「裏切られた」と感じるのか?

医療側・ジャーナリズム・患者による楽観主義の醸成

医療側は医療の現実を等身大に伝えず誇大宣伝し、ジャーナリズムは無批判的に提灯記事を書き、患者は医療の不確実性を受容しようとししない

医療技術の進歩が、患者に過大な期待を抱かせている。

「先生にお任せします」という患者がいる⇒「お任せします」という言葉を鵜呑みにせず、一人の例外もなく危険性を詳細に説明し、記録してその証拠を残すこと。

●医師にとっては「医療事故」でも患者にとっては「医療過誤」

結果がわるければ、それが一定の確率で起こる合併症であろうが、初歩的な処ミスであろうが、みんな医療行為のもたらしたのものには違いなく、悪いのは医療行為」ということになる。裁判においても結果の重大さだけが問題となる傾向が明らか。

●医療紛争の伏線は小さな行き違いや不信感の積み重ねにある。

リスクマネジメントの最も困難なことは「医療事故・医療過誤が起こったあとの医療被害者の感情を受け止め、共感しつつ、やり場のない怒りを解いていくこと」である。

医療過誤であれば、まず、謝る。誠心誠意、謝るしかない。一方医療事故であれば「このようなことが起こったことが残念でなりません。誠にお気の毒に思います」ところから述べて哀悼の念と誠意をもって伝える。間違っても「われわれのせいではない」というような態度を表してはならない。病気やけがという不条理と戦おうとしたが敗れてしまった無念さ、非力さは当然表現すべきであろう。

被害者の気持ちを傷つけないように細心の配慮をすることが最も大切である。避けようのない事故であったと判断したときに「最初に謝罪があった」ことは不利にはならない。

★最初から良い患者－医師関係を築いておくことこそが、最もリスクマネジメントなのである。

●医療は準委任契約である。

●医療に求められるのは「説明責任」、「予見義務」「結果回避義務」

第2章'リスクマネジメントの基本としてのインフォームドコンセントの手順'

●いつ、何を、どう説明するか?

「目的と適応」、「具体的にどのような検査、手術をするのか」、「危険性・合併症」「代替選択肢」からなる。図を用い、具体的な数字をあげながら、わかりやすい言葉で説明する。「質問ありませんか?」と最後に必ず自由に質問してもらう。

医療の裁量権より患者の自己決定権が優先されねばならない。

判断力を疑ったら HDS-R か MMSE を思考する。

★患者に判断力がない場合'HDR-R20 点未満、MMSE24 点未満の場合または、精神科医の判断で判断力がないと判断された場合'医療代理人を選定する。患者本人の指名を優先。＊医療代理人の指名について尋ね、カルテに記載するように医療機関内でルーチン化しておけば、いざという時に困らない。複数の代理人が対立する場合は、早期に医療機関内の倫理委員会などしかるべき部門に諮問できる体制を整えておきトラブルに備える。

★患者の意思の最善を推量するのが医療代理人である。

●癌の告知を行う際のポイント' 検査前に告知の意向を尋ねること。

患者の許可なく家族に病状を説明してはならない。

第3章'リスクマネジメントの ABCD

A : Anticipate (予見する)

B : Behave (態度を慎む)

C : Communicate (何でも言い合い、話し合う)

D : Document (記録する)

A : Anticipate (予見する)

医療事故防止で最も大切なことは「医療事故が起こることを予見し、起こらないように手を打つ」ことである。医療紛争防止で最も大切なことは、「患者の権利を尊重し、患者・家族の感情的な反応を予見し、誠実な対応をする」ことである

「予見能力」は個人的には知識と経験と知恵から身につくものであり、組織的には医療安全委員会の適切な活動により組織的の意識・慣習を改革することで共感しつつできる。

★医療事故防止の見地から医師に求められること

●知識 1) 疾病について、2) 法律について、3) 世間の風潮について

1) 疾病について：教科書的知識から最新の診療ガイドラインまで、常に自分の知識を更新する。

2) 法律について：個人情報保護法、児童虐待防止法、高齢者虐待防止法など、医療者に法的義務を課した新法には必ずしも目を通し、順守する。

「カルテに記載がなければ実施しなかったとみなさざるをえない」

3) 世間の風潮について

新聞報道は投書欄も含めて必ず目を通し、社会人としての常識を養う。医療は人間相手の産業である。患者像が変化しているのに医療側が対応できなければ、医療に対する要求に応えていないことになり、医療事故・紛争のもとである。

鉄則'知識は身を守る。医療職は、他の職業と同じように、いや他の職業にもまして「生涯これ学習」の職業である患者にも正しい知識を共有してもらおう。「インフォームドコンセント」を正しく理解することが患者との知識の共有に不可欠である。

●経験 知識だけでは危険は予知できない。上級医の豊富な経験に基づいた指導である。危ない目にあった経験は最も学習効果があり、人を謙虚に慎重にさせる。

鉄則'知識は人間を傲慢にするが、経験は人間を謙虚にする。負の経験こそ公開・共有しよう。良い学

習経験のできる病院を選ぼう。

自分に正直にミスが認めることが予見力につながる。

人の意見をよく聞く素直な性格は柔軟性に富み予見性も有利であろう。ただあまりにも人を信じやすく、物事をうまくいくものと思う楽観的せいかくは用心が足りないために事故を招きやすい。

★自己責任という大人の自覚をもち、隠し事をしない公明正大さ、石橋を叩いてわたるような慎重さと記録魔であることが望ましい。

批判的精神も医療安全に役立つ。

鉄則' 1) 人格の滋養に努めよう。2) 規則は素直に守ろう、3) インシデントレポートをすすんで書く。4) 周囲と協調しながら間違いは遠慮なく指摘し、自分の間違いを指摘されたら感謝しよう。5) 疲労から自分自身を守ろう。6) 個人として自立し、自分の身は自分で守る覚悟を持とう。fail safe

鉄則' 同じ事故が繰り返させたら、システムの不備を疑おう。系統立った根本原因解析はシステムの改善に役立つ。再発を防ぐには根元を絶つ。

no-blame (個人の責任を問わない)

ミスを責めるより、なぜそのミスが起こったかを、当事者からの情報を生かして解明することが事故防止につながる。

鉄則' 事故を起こした個人を責めても、解決にも再発防止にもつながらない。当事者から事故の背景をよく聞き出して、なぜその事故が起こったのか、根本原因分析を行おう。当事者責任(リピーターを含めて)を協調しすぎる世論を変えよう。

●チームワーク: 個人の努力に限界がある以上、助け合ってチームで事故防止に取り組むことが重要である。感情的にならずに改善点を指摘しある環境も重要である。集団の中で個人が孤立している場合、その個人はストレスから事故を起こしやすいばかりでなく、その個人の指摘を周囲が無視する傾向がある。異分子を受け入れる、異質の存在に寛容な職場環境が、事故防止に役立つ。

鉄則' 互いのミスを注意し合い、カバーし合う「ダブルチェック」システムを、非公式な「雰囲気」として、また制度としても確立しよう。異分子を受け入れ、生かすようにしよう。

鉄則; 社会が医師に期待している「予見能力」の水準を維持する努力をしよう。

★訴訟防止の見地からから'訴訟における「予見性」の重要性'

都会の大病院ほど期待される予見能力は高くなる。

鉄則' 社会が医師に期待している「予見能力」の水準を維持する努力をしよう。

●患者・家族の訴訟動機を理解する。医療者の言葉・態度に対する患者・家族の感情的反応を予見する。

禁句集などのマニュアルも必要

疲労は思いやりのところからを摩耗させる。医療者、特に医師の過重労働はこの面からも現に紛糾されなければならない。

鉄則' 、患者や家族は非常に過敏になっていることを常に肝に銘じ、文字通り「腫れ物に触るように」思いやりをもって丁寧に接遇しよう。他人に優しくなれるように自身の健康管理を行おう。

★医師には特に規則軽視の傾向がある。医学部教育・研修医教育などで早期から遵法精神を徹底するほか、職場でも医師を特別扱いしない毅然とした規律が望ましい。

鉄則' 遵法精神を養う。一医療者であるまえに一市民であることを自覚する。人間的に成長するために教養を身につけ、他人の考え方に寛容になるように心がける。

鉄則' 規則破りの常習犯は再教育しよう。職場の風通しを良くし、互いに気づいたことを指摘しあえる(間違いを指摘しあう) 平等な雰囲気を作ろう。

B Behave'態度を慎む

医療事故防止法の見地から'

初対面の挨拶からマナーが大切。患者や家族に親身に誠実に対応する。隠し事をせず、公明正大に振る舞い、無理強い、あるいは急がすようなことはしてはならない。

看護師などのメディカルスタッフと風通しの良い関係を築く。

鉄則' 人間はミスを犯す存在であることを自覚しし、医療の限界を常に意識し、誠実に振る舞う。患者に対してもメディカルスタッフ、同僚医師に対してもミスを指摘し、歓迎し、感謝しよう。インシデントレポートを真面目に提出する習慣をつけよう。

鉄則' 職場全体の雰囲気が丁寧であれば、そうでない職員もおのずとマナーが改善する。失礼な態度の同僚がいたら注意し合おう。

偽善的ジョークは厳に慎む。

相性が悪い患者には主治医交代も。

鉄則' ふだんから患者に親身に誠実に診察する。隠し事をせず、公明正大に、わかりやすく説明する。

★事故が起こった時にはリスクマネジメント委員会が24時間対応できるようにしておく。

事故が起こったことは職員にも速やかに周知徹底する。噂で現場が混乱しないように明確な声明を出して、患者家族のプライバシー尊重や原因解明の重要性を強調し、職員全員に冷静に適切に対応するように要請する。事故の当事者の公正な取り扱い、必要なら再教育にまで責任をもつことが前職員の動揺を防ぎ、組織の安全への貢献をさらに動機つけることにつながる。

鉄則' 事故発生時の組織的対応がその後の医療紛争の命運を決める。患者家族の感情を受け止めて誠実に対象する。日頃か、患者の権利と安全を尊重した接遇を徹底する。

C.Communicate（よく 話し合う）

患者との信頼関係を築くには、まず傾聴

治療の主体は患者であり、選択権は患者にある。患者の声に耳を傾け、専門用語は使わずに説明し、質問を歓迎すること、危険性や医療の限界への理解を求めておく、

医療チーム内で情報を共有して治療方針を徹底する。不幸にして事故が起こった際は医療側の対応を一本化する。

①共感しながら患者の話を聴こう

共感しながら、相槌をうちながら、熱心に聴く（傾聴）

患者が症状をどのようにとらえ、何を心配しているのか（解釈モデル）、他の医療機関でうけた検査や受けた説明（受診歴）、そのどこに納得したのか（受診動機）、ドクターショッピングをする患者を批判するまえに、なぜそうせざるをえなかったの患者の言い分もきくべきである。

②患者にわかる言葉で説明しよう。

③質問を歓迎しよう。

診察の最後に「何か質問はありませんか？」で締めくくる。

④医療チーム内部でのコミュニケーションを徹底しよう。

同僚やメディカルスタッフとの意思疎通の良い医師は、研修医も相談しやすく、同僚からも助言を得やすいし、放射線科技師や薬剤師や検査技師や看護師が指示に疑問を抱いたときに気軽にチェックしやすいので、事故は起こりにくくなる。

研修医と指導医の間の遠慮のないコミュニケーションは特に重要である。

鉄則：患者の声に耳を傾けよう。患者の「会食モデル」を理解し、患者の問題の解決を優先しよう。説

明は患者のわかる言葉で、質問しやすい雰囲気を作ろう。

医療者間の「報告・連絡・相談」を盛んにしよう。わらなければ何でも聞ける。オープンな雰囲気を組織全体で構築しよう。権威主義はコミュニケーションの敵、安全を脅かす。

★病院組織に求められること

①患者に名前を名乗ってもらう。

②患者に検査や薬の内容を尋ねても、理解しているかのチェックをする。

③患者の要望を取り入れる仕組みをもつ

「クレーマー」と決めつけるのは危険ではあるが、理不尽な要求をする患者にははっきりできることを限界を示して、どうしても満足してもらえないなら他院を紹介したほうがよい。

鉄則：患者の声に耳を傾ける。患者に事故防止の第一関門になってもらう。組織として患者満足度の向上に取り組む、医療絶対ではなく、職員間で何でも聞きあえる。オープンな雰囲気を。

○訴訟防止の見地から：

個人的な観点からの説明は避け、医療安全委員会の指示に従う。

原因については、これから調査が行われる旨を説明し、現時点ではなぜ起こったのかを詳しいことはわからないと素直に述べる。

日ごろから医療の不確実性を説明しておく

食事・療養の指導やどのようなときに救急受診・救急車要請が必要かなどは出来るだけ具体的に細かく指示する。

鉄則：コミュニケーションに齟齬があれば紛争のもとになる。事故が起こったときの最初の対応から、患者家族に心情に配慮して、細心の注意を払う。ふだんから、患者の横暴をよく聞き、納得するまでよく説明しよう。服薬や療養や緊急時の指示は具体的に行なう。インフォームドコンセントでは医療の不確実性・危険性をよく説明しよう。治療の主体は患者であり、選択権は患者にあることを肝に銘じて、よく話し合おう。患者の健康観・死生観を理解し、それに沿った医療を提供しよう。

鉄則：受診時や入院時に、患者の健康観や死生観に関する情報を一律に得られるような質問票を記入してもらう。

D. Document（記録する）

医療記録がなければ医療行為はなされなかったとみなされる。医療医記録は自分の医療行為は正当化してくれる唯一の証拠であり、味方である。医療記録は絶対に改竄してはならない。

医療事故防止の見地から：どんなに時間がなくても、定型的で漏れのない記録を効率よく書く習慣をつける。

鉄則：医療記録は、医療行為の公的文書である。自分の行った医療の正当性を証明できる唯一の証拠である。自分の診た患者が直後に急変しても困らないように、記録に粗漏がないようにする。

★医療記録の質を向上させることは組織のリスクマネジメント方略として最も効果的なものの一つである。

鉄則： 医療記録の質の底上げのために組織的な努力が必要。電子カルテでの最低限記入強制プログラム・アレルギー情報の共有、用量投与法の指示方式の統一は焦眉の急である。
--

鉄則： 事故が起こってからのカルテ改竄は禁忌中の禁忌。訂正するのではなく、書き足す。事故後の対応は医療チームとして統一した記録を残す。
不信や疑念を引きおこさないように、公明正大な記録を残す。

検証：リスクマネジメントの ABCD でケースをみる。

1. 刑事訴訟への対応：「業務上過失致死」の事実認定

事故は避けられない合併症だったのか？不備があったとすればどこが悪かったのか？

2. 民事訴訟への対応「不法行為（過失責任）」を問いたいと家族が考えた理由

患者家族への説明は適切であったか？

たとえば：1) 事故の言い訳に患者側の要因を挙げた。→被害者の感情を逆なでするだけである。

2) 家族は、研修医の過労や指導体制の不備を原因の一つとして感じていたのに、その責任の一端を担うはずの指導医からの謝罪の言葉がなかった。⇒被害者は、責任者の謝罪の言葉を欲している。

3. 根本原因分析

4. 再発防止策

・研修医の質向上の為の心得

- 01.常に誠実であること
- 02.常に努力すること
- 03.常に未知の世界に興味をもち、新しいことに挑戦すること

・研修医の勤務心得

01. 業務遂行のためには標準語を用いること
02. 歩行は静粛に敏速に。職員同士の廊下での立ち話ほど見苦しいものはない。
03. 姿勢は正しく、服装は清潔に。ユニフォーム以外の着用は禁止。許可なき限り、私服で病室に入ってはならない。
04. 可能な限り立って仕事をする、物に寄り掛からないこと。字を書くときも
05. 挨拶は月給に含まれていると思うこと。職員同士であっても、それは必要な職務行為である。
06. 病院の玄関を入った瞬間から、患者は弱者である。その応援に強者のおごりがあってはならない。
07. 言葉や文章での表現は簡潔かつ明瞭に、必要条件と十分条件を満たすように心がけ、常にそのために自己研修を怠らない事。
08. 命令は必ず復唱する。かつ復命を怠らないこと。
09. あらゆる情報は時間に反比例してその価値が減ずることを肝に銘じておくこと。知りえた情報で業務上有用なものは、すみやかにその伝達手段を高ずること。
10. 業務上知りえた秘密を漏らしてはならない。医療法により、罪を受けることになるが、それ以前に、モラルの問題として守る事。
11. 時間を大切にすること、会議開始は一分も遅れてはならないし、その時間を越す会議は役に立たない会議であると思うこと。
12. 一人二役以上に徹すること。廊下を歩く時は清掃担当員の心得でいること、破損を発見した場合は、工作人員の心得でいること、輸送の必要があれば運転業務を行うこと。
13. 常に創意工夫をこらすこと、古いものを取り替える時は必ず、何が新しい試みを取り入れられていないか。
14. 水や電気の資源をはじめ、物品を大切に扱うこと。使い捨て器具の増加に惑わされないこと。
15. 長電話は表現力の貧しさ、金と時間に対する感覚の欠如を示すものである。勤務中の私用電話は職場放棄とみなされる。
16. 院内における掲示物はすべて許可を要する。これは広報と装飾を兼ねたものでなければならぬ。
17. 患者のニーズをすべて満足させることが、完全な医療であると勘違いしてはならない。時には苦痛や我慢を強いることも必要となる。この場合、胸を張って憎まれ役に徹するのが良い病院人である。
18. 権利と義務は相伴うものである。職務上の地位や権限は、その人の能力に対して与えられるものである。

19. 医療の世界では、結果が主で手段は従である。責任の所在や手順の正当性を論ずるあまり、より結果を損なうことがあってはならない。
20. 患者さんの重要なデータは絶対に覚えておけ
21. 大事なことは上の庇護がなくてもやらなくてはならない
22. 若い頃から専門家ではいけない

・病院職員としての心得

●医療とは何か：医療とは医学の社会的適応である。医療は社会性、すなわち、他の分野との関係をもつということ。社会性：安全と便益（自由と権利）を供す代わりに、個人としても組織としても社会の一員である自覚をもち、役割（責任と義務）を果たすということである。良い事をしている。診てやっているのだから、独りよがりの医療行為はすることは認められない。

医療とは狭義には診療(MeDical Care)であり、健康に係るお世話のすべて（Health Care）:和訳で療養となり、保健、医療、福祉も含む広い意味となる。

医療行為とは：医の行為である。

●医療の特性： 1.科学性：科学技術の進歩した現在は、安全性、有効性などを科学的に説明できなければならない。

2.個別性：サービス業ではサービスの提供と利用が同時に行われる。

3.緊急性：急性疾患や慢性疾患の急性増悪の場合には、緊急の対応が必要になる場合がある。

4.地域性：医療は極めて地域性が高い。

5.不確実性：元来、苦痛や生涯などの不具合がある。加齢と終局的な死はまぬがれない。不確実性と変化への対応こそ、医療の特徴。

6.侵襲性：医療行為とは生体に侵襲を与えること。ストレス。医療は安全ではなく、元来、不安全行為である。



7.物語性：医療をうける患者には、それぞれ、家族及び個人として生きてきた経過（家族歴、既往歴あるいは生活歴）があり、受診の動機となった不具合に関しても経過がある。その経過すなわち患者が置かれた環境や背景、さらには患者の要望や考え方すなわち価値観を考慮に入れなければ適切な医療を提供することができない。それを物語性という。

●チーム医療における医師の役割：チーム医療において、医師は診断と治療方針を決定し、自ら治療を行なうだけでなく、チーム全体を視野に入れ、各部門間で「報告、連絡、相談」によるコミュニケーションを計り、専門的な知識や技術を患者に提供できるように指示をださなければならない。



●良質な医療とは：外部顧客である患者の要求事項を満たすものであり、患者が満足する医療。それに加えて、内部顧客である医療従事者が満足できることも重要。

●医療はサービス業と位置付けられる：①患者に支持され、②良質で、③効率的な医療が求められる。



XI. 職業人としての心得

01:社会人とは：未成年としての受けていた様々な制約からは解放されるが、反面、未成年者としての法的な保護もなくなる。自分のあらゆる行為に責任をもって行動しなければならない。自由には責任、権利には義務がついてくる。自分に都合よく、一方だけを享受する事は許されない。

02:相互の考え方を理解する努力：社会生活とは、関係する人々と交流すること。従って相手を分かろうとする努力と、自分を分かってもらおうとする努力の両方が必要である。



03:職業とは何か。職業とは生業(なりわい)としての仕事をいう。職業分類にいう職業とは、個人が継続的に行い、かつ、収入を伴う仕事を言います。

04:働くことの意義：働くとは、仕事をする、勤務する、精を出す。活動する。ものに力を及ぼすという意味がある。まさしく働くとは、自分の問題であると同時に社会的な意義がある。自分

の役割を果たし、持ち場をしっかりと守ることによって、病院、企業や社会が発展し、その労働の対価として給与が支給され、自らの生活も維持できる。

常に社会の変化に目をむけて、研修会などに積極的に参加して、自己の資質向上に努め、自己変革しなければならない。そのためには目標を持つことが大切。

社会活動は個々の分業が結集して成り立っている。仕事を通じて、組織や社会に貢献できたと実感することを自己実現という。私たちは社会の一員であるということを忘れてはいけない。

05:業務の繋がりと責任：それぞれの職種の専門的な技術や知識向上をはかる努力をするとともに、部門間の役割分断、連携の認識が不可欠。

06:自分を大切に：他人を思いやる気持ちは大切。しかし、自分を大切にすることもそれ以上に重要。自己犠牲や検診を強制されては、あるいは求められては継続することはできない。★自分の仕事だから、自分のために働いているからこそ、耐え、頑張ることができる。医療人としての誇り、職業倫理があるからこそ、継続できる。

07: 自分自身が満足すること： 自己実現がマズローの最高の欲求としてあげられている。自己実現とは生きていてよかった。働いていてよかった。ここにいてよかったと感ずることです。自分が満足できなければ、相手に満足していただける医療は提供することが困難。

08:感動が感動を呼ぶ：自分が自分自身に感動しなければ、相手に感動を与えることはできない。

○ディズニーの7つの法則：

①顧客が比べるすべての企業が競争相手、②細部にこだわる。③すべての人が、語りかけ、歩みよる。④耳が多いほど、顧客の声をよく聞こえる。⑤報い、認め、讃える。⑥誰もがキーパーソン、⑦全員がゴミをひろう。

09:常識を大切にしよう。専門職は専門技術の習得には熱心だが、常識があるのかをうたがわざるをえないことがある。自分の専門の殻に閉じこもりがちになる。常に目を専門外へもむけるよう心がけてください。

10: 言葉を大切にしよう。専門用語は、同じ職種間では通じてても、他職種や患者さんには理解できない場合がある。5W1H がわかるように話すことが重要。(Why, What, Who, When, Where, How)

11:勤務態度：①始業時：ゆとりをもって出勤し、更衣をすませて始業時間には仕事を開始できる体制をとる。

●**勤務中：**動作や会話は静かに簡潔に、大声や笑い声は慎みましょう。返事は「はい」とはっきりと、声をかけるときは、相手の仕事に指標をきたさないよう。名前を呼び「仕事を中断して、失礼ですが」と断りをいれましょう。私語や私用電話はやめましょう。時間や物を大切にしましょう。とくに会議には必ず定刻の5分間に集合するようにして、他人の時間を大量にしましょう。

1.終業時：業務が終了してから机の上を整理し、翌日の予定を立ててから帰りましょう。「さようなら」「お先に失礼します」の挨拶を忘れずに、最後の人は必ず火の元、戸締りを確認してから帰りましょう

2.5s: 整理、整頓、清掃、清掃、躰を 5S

12:指示の受け方：①呼ばれたら直ぐに「はい」と返事をしてその方向を向きましょう。②支持は最後まで聞きましょう。③メモは 5W1H で取りましょう。④疑問点は質問して説明を求めましょう。⑤意見は率直の述べ、支持を受けましょう。⑥必ず復唱しましょう。

13:報告の仕方：①仕事の報告は結果、状況、経過、感想、意見の准に要点をわかりやすく伝えましょう。②長期にわたる仕事は必ず中間報告をしましょう。③悪い情報や結果ほど、より早く報告をし、対応策の指示を受けよう。④報告書は簡潔に A4,1 枚にまとめて、必ず控えをとりましょう。

14:患者志向：患者志向の意識：誰のための病院か

15:規律意識：規範を重んじる。

16:原価意識—無駄をなくす。：物の節約は容易に気付くが、時間の節約には無頓着な人が多い。

17: 意思疎通(コミュニケーション)

①自分を相手によく理解してもらうこと。②相手をよく知ること、③相手と話しあう機会を多くもつこと。④相手の仕事をよく理解すること。

○コミュニケーションの円滑化：①挨拶から始まり挨拶で終わる。

○挨拶は 1.明るく軽快に、2.自分から、3.分け隔てなく、

②報告、連絡、相談

- 報告：どんな小さなことでも報告しましょう。
- 連絡：即座に、こまめに、関係部署へ連絡しましょう。
- 相談：自分の殻に閉じこもらず相談しましょう。
- ③相手の立場を理解する。：歩み寄りの姿勢を大切にすること。同僚に対しても他の部署に対しても同じ。
 - 1.信頼関係を大切にする。
 - 2.聞き手上手になろう。



- 18:対応の基本的な心構え：★患者の気持ちを理解し、誠意を持って接することが必要。**
- 19:電話の対応：**①電話がなったら待たせないですぐに出ましょう。②はっきり、分かりやすく、丁寧に名乗りましょう。③正しい言葉で、ゆっくりと話しましょう。④対面会話の気持ちで応対しましょう。⑤言葉に表情をつけ、事務的な言い回しをやめましょう。⑥受けた内容を復唱し、確認しましょう。
- 20:見出しなみ：**①髪をきちんとまとめましょう。②化粧は薄めに、強い香水やマニキュアをやめましょう。③アクセサリーは外しましょう。④名札は必ずつけましょう。⑤靴はきちんと磨きましょう。⑥胸ポケットにたくさん入れるのはやめましょう。⑦常に清潔な衣服を身につけましょう。
- 21:同僚や部下、上司を信頼しよう。**：信頼は相手に求めるものではない。自分が信頼してこそ信頼は得られるものです。相手から嫌われていると思うことがある。それは自分が相手を嫌っているからではないか？、これを鏡の原理という。「一緒に苦労しよう」「一緒に努力して成功しよう」「一段と高いところを目指そう」「相手の立場から自分をみつめよう」と考えることが必要である。
- 22:性格改善の努力をしよう（短期は損気）**
- 「これは性分だから直らない」という人がいます。本当に性格を変えることはできないの持ちを忘れなければ、他人からの忠告も素直に受け入れられます。魅力のある人とは、唯我独尊の自己完結型の人間ではない。どんな人の意見も尊重し、その人のもつよい部分や発想を吸収して、自分の栄養部にしてしまう、そんな柔軟な人が交換をもたれる。常に誠意を持って相手に接しましょう。
- 性格を変える**：行動を変えることによって、考え方も変わり、性格の変容が起こる。
 - 誠意**：誠実に接すること。一生懸命になること。他人ではなく、自分に正直であること。自分を正確に表現すること。
- 23:答えは現場に広がっている。**不満は問題解決の第一歩である。不満を解決する答えは現場にある。自分が問題の当事者である。自分が解決できる。解決する。解決しなければならないという意識が大切。退職などの「逃げ」の姿勢はやめて、不満から正面からぶつかって解決し、好ましい環境をつくりましょう。
- 24.自己啓発の第一歩は自己評価：**自己啓発の第一歩として1日の自分の業務の流れを見直しましょう：以外と無断な時間が多いことに気付く、時間を主体的に管理し有効に使って、充実した人生を送りたい。
- 25:業務は自分中心の意識が重要：**患者志向と患者中心とは全く異なるもの。誤解を恐れずに言えば、患者中心は良いが、患者中止ではなく、自分中心でなければならない。仕事、業務に責任

を持つということ問題が発生すれば責任は自分にあるという意識をもつことが必要。

26.常に好奇心を持って仕事に臨もう：どんな業務でも、問題意識をもって積極的に取り組む姿勢をもっていれば改善すべき事項は無限にある。それを知っているのは現場の職員自身である。医師以外の人がリーダーになって解決すべき課題も多くある。自分が現場にいるという自負と自覚をもっていれば、多くのやるべき仕事があることに気付くであろう。

27:創造的思考のためのトレーニング：

○**創造的思考のためのトレーニング：**最近、一番困っている問題や悩みを思い出す。その問題や悩みを具体的に記述する。その問題や悩みの背景にある「何か」に想像力を働かします。

○**現実的な思考のトレーニング：**まず目標を明確にする。そして、目標に沿って情報を集める。

○**論理的思考トレーニング：**①もっと安い費用でできないか。②もっと効率のよい方法はないか。③どの程度の効果が見込めるか。

(病院早わかり読本第4版 編著：飯田脩平から参照)

・医師のプロフェッショナリズムと医療倫理

Professionalism

プロフェッショナリズムについて考えることは、まさに立ち位置、構え方について考えることに他ならない。

崩壊があるなら、再構築をするのがプロの役目である。再構築には医師の絶対数もちろん必要だし、立法や行政による行動の変化も必要であろう。ただその中で、再構築に最も必要なものは、医療を受ける型と提供する側が、健康利益を目指すことを共有しながら、お互いの義務や責任、そして役割について理解しある文化を再構築することである。

医師には①ノブレス、オブリュージュ：一般的に財産、権力、社会的地位には責任が伴うことが自覚して、医師という仕事に就けることを誇りに思い、感謝して精進していくこと。

②こうありたいと思う先輩の背中を見て、在り方を学べ。

一般にプロフェッショナルは「高度な知識と技術によってクライアントの依頼事項をかなえるインディペンデントな職業」「高度な技能をもって個々の要求に応じられるような、自由な立場にいる自己完結できる職業人」

プロフェッション：「複雑な知識体系への精通、および熟練した技能の上に成り立つ労働を各とする職業、複数の科学領域の知識あるいはその修得、ないしその科学を基盤とする実務が自分以外の他者への奉仕に用いられる天職、その構成員は、自らの力量、誠実さ、道徳、利他的奉仕、および自らの関与する分野における公益増進に対して全力で貢献する意思(commitment)を公約(profess)する。この意思とその実践は、プロフェッションと社会の間の社会契約の基礎となり、その見返りにプロフェッションに対して実物における自律性(autonomy)と自己規制(self regulation)の特権が与えられる。」

●一般にプロフェッションとは特殊な知識と技術を支配している者、大衆に保障されていない特権が与えられている者、大衆に期待されていない特殊な責任を持つ者とされる。

●米国外科学会：プロフェッションは①専門的な一連の知識を持つ、②自由裁量に基づいて実践し自己規制する。③個人や社会に対して利他的に奉仕する。④専門的な知識やスキルを維持、拡大する責任がある。

●米欧内科3学会、組織合同による MeDical Professionalism Project:

3つの原則：

- ① 患者の福利優先の原則（患者の利益への奉仕に身を捧げることを基本としている）、
- ② 患者の自律性(autonomy)に関する原則、
- ③ 社会正義（social justice: 公正性の原則）

10の責務：

- ① プロフェッショナルとしての能力に関する責務：医師は生涯にわたり学習し続けなければならない。
- ② 患者に対して正直である責務：医師は患者が治療に対して同意する前におよび治療が行われた

後にも、完全かつ正直に十分な説明が行われたことを確かめなければならない。医療の結果として患者が傷つけられた場合はいつでも、患者は直ちにそのことについて説明されるべきであり、さまなくば患者と社会から信頼はひどく傷つけられよう。

- ③ 患者情報を守秘する責務：この守秘の責務よりも公益に対する配慮が時としてより優先されねばならないことを医師は認識すべきである。
- ④ 患者との適切な関係を維持する責務、
- ⑤ 医療の質を向上させる責務：臨床能力を維持することを課するのみならず、医療過誤現象、患者の安全性向上、医療資源の過剰利用（過剰診療）の最小化、そして治療成果を最も高めるために、コ、メディカルと協力する。
- ⑥ 医療へのアクセスを向上させる責務：医師は教育、法律、財政、地理、そして社会的差別に基づく医療アクセスへの障壁を取り除くように努めなければならない。
- ⑦ 財源の医療資源の適正配置に関する責務：医療資源の適正配置のために、医師は余分な検査や処置を慎重に避ける必要がる。
- ⑧ 科学的な知識に関する責務(EBM)、
- ⑨ 利害衝突(利益相反)に適切に対処して信頼を維持する責務：医療専門職およびその組織が私利私欲に走ると危うくなりうる機会が多く、特に医療機器メーカー、保険会社、製薬会社を含む営利企業との私的または組織的關係において危機にひんする。
- ⑩ プロフェッショナルの責任を果たす責務：プロフェッショナルの一員として医師は患者の治療を最善とするために協力し、互いに敬意を払い、専門職としての基準に合致しなかったメンバーの矯正や懲戒も含めて自己規制の過程に参加することが期待される。

●Arnoldと Stern: 臨床能力、コミュニケーション技術、倫理的および法的理解の土台の上に立つ、卓越性、人間性、説明責任、利他主義の4つの柱でプロフェッショナリズムを支えている

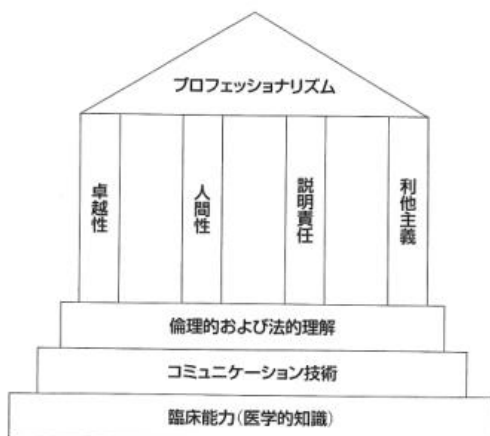


図 1-1 プロフェッショナリズムの定義
Stern DT (ed) : Measuring medical professionalism, p19, Oxford University Press, 2006 より許諾を得て引用

プロフェッショナリズムの教育：プロフェッショナリズムというような、技術や知識ではない、態度についての教育には、ロールモデルが大変重要であり、教育の過程でいかによりお手本（あるいは反面教師に）に出会うかがキーポイントになる。

●指導医に思いやりを持って教育されて研修医は患者にも思いやりをもって接することができる。

●評価：学生でも指導者でも評価があれば学習が促進されることはよく知られている。

●新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム：

プロフェッショナリズムは医師の利益よりも患者の利益に重きを置くこと、高い水準の能力と誠実さを有し続けること、健康に関して社会に専門的助言を与えること。

医のプロフェッショナリズムの原則と責任は、医師と社会の双方から明瞭に理解されるものでなくてはならない。この契約にとって根底をなすものは、個々の医師及び医師全体としての誠実さ次第で決まる公衆の医師への信頼である。

●現在医師はテクノロジーの爆発的發展、市場原理に基づく圧力、ヘルスケア供給の問題点、バイオテロリズム、そしてグローバル化に直面している。

●医師であるからには少なくともある程度の利他主義者、社会あるいは人類に対してのミッションをもって業務を遂行すべきことは言をまたない。

●プロフェッション：中世・西欧社会では聖職者、医師、弁護士を指して用いられた。

●Millerson は①理論的知識に基づく技能、②訓練と教育、③試験による資格付与、④倫理綱領により保たれるプロフェッションへの忠誠、⑤利他的サービスや公共善の達成を目的とし、⑥組織づけられていること。

●法社会学の重鎮：石村善助：プロフェッション：「学識に裏付けられ、それ自身一定の基礎理論を持った特殊な技能を、特殊な教育または訓練によって修得し、それに基づいて、不特定多数の市民の中から任意に提示された個々の依頼者の具体的要求に応じて、具体的奉仕活動を行い、よって社会全体の利益のために尽くす職業」

●Mayo Clinic の Charles H Mayo は「医師は他に自分を捧げようとする者のみによって提供されるべきであって、身を捧げて働く者への見返りはお金に勝るものです」

★プロフェッショナルリズムに関する哲学的、倫理的議論は無論重要だが、現実の医療の場においては、理論と実践との乖離に生じる健全な葛藤(conflict)の積み重ねがより大切。医学教育においても指導医自身が悩みながらもプロフェッショナルになろうと努力し続ける態度を見せること（ロールモデル、モデリング）、研修医が悩みに突き当たったタイミングを逃がさずにアドバイスをすること（メンタリング）、それをオーガナイズして教えることが何よりも重要です。

●自戒、自浄の姿勢とその実践をアピールしながら、医師の葛藤やあるべき医療の姿をできるだけわかりやすく示すという社会への働きかけも本質的に重要。

●武士道プロフェッショナルリズム：



1. 義：道理であり条理であり、人間の行うべきすじ道。
2. 勇：義を見てせざるは勇なきなり、
3. 仁：武士の情けに内在する。「医は仁術」
4. 礼：他人に対する思いやりを表現すること
5. 誠：「武士に二言はない」
6. 名誉：自己の役割をまっとうに努めることによって得られる最高の善、「ならぬ堪忍、するが堪忍」に代表される忍耐力。
7. 忠義：封建道徳。
8. 武士道の教育：損得勘定をとらず、むしろ

ろ足らざることを誇りにする「武士は食わねど高楊枝」、市場原理を排除してきた倫理感、社会正義

★臨床倫理とプロフェッショナリズム：

臨床倫理とはどちらかといえば原則的見解や倫理ジレンマに対処することを重視し、医師のプロフェッショナリズムは医師の自己意識や基本的態度に焦点を当てている。

大切なことが、医師自身のパーソナリティーとプロフェッショナルライフ、さらに社会的責任のバランスが重要。

（白衣のポケットの中：医師のプロフェッショナリズムを考える 著者：宮崎仁、尾藤誠司、大生定義から参照

・リーダーシップ

職場のリーダーシップとは

自分と自分に関わる集団、部下、システム、仲間のパフォーマンス(P)をあげるメンテナンス(M)に配慮する

自主性を発揮して、仕事を指揮し(P) かかわる人を大切にする(M)

4つのリーダーシップ・スタイル

PM型 ……目標達成を強調しながら人間関係にも気を配るリーダー

M型 ……目標達成よりも、集団内の人間関係に気を配るリーダー

P型 ……目標達成に重点を置き、人間関係にはあまり配慮しないリーダー

p m型 ……目標達成にも人間関係の調整にも消極的なリーダー

仕事量

PM型、P型、M型、p m型の順

(長期的にはP型とM型の順が入れ替わる)

メンバーのモラル、満足感

PM型、M型、P型、p m型の順

PM型リーダーが最も優れたリーダーのスタイルである

M 型	PM型
p m型	P型

タイプ別モチベーションマネジメント&コミュニケーション



「こういうタイプの人と接するときは、こんな事に気を付ければ、お互いに嫌な思いをせず、気持ちよいコミュニケーションが取れる」というポイントがある。これを応用することで、相性がいい人とはますます良い人間関係を築くことができる。

楽しい人「フロモーター」



■プロモーターってどんな人？

アイデアが豊富で、自分のオリジナリティを大切にする。エネルギーで自発的。社交的で人と一緒にプロジェクトを組んだりするのが好き。

ただし計画性はいまいち。

明るくサービス精神旺盛で、人からは好かれやすい。

飽きっぽいのが玉にキズ。せっかく新しい事を始めても、その事の進捗管理や達成するまでの努力を持続できない傾向あり。すぐにもう次の事を始めたくなくなってしまう。

◎プロモーターが嫌がること、苦手なこと

- ・自分のアイデアを頭から否定されること。批判。(結構落ち込みやすいのです)
- ・計画を立てること
- ・孤独。
- ・一つの事をやり続けたり、こつこつ努力をすること。
- ・マニュアルに沿ったの仕事

◎プロモーターのコミュニケーション上の特徴。

- ・自分はたくさん話すが、人の話はあまり聞いてない。
- ・細かい事を気にしない、気付かない(良くも悪くも・・・)
- ・話の流れが早すぎて、相手はついていけない時もある。
- ・規則や常識にとらわれない → それゆえ周りとは衝突する事もある。
- ・批判されると耳を貸さなくなる。

●プロモーターと接するときは・・・！

- ・まずはほめる。ほめまくる。(どんな「ベタ」なほめ方でもOK)
- ・彼らのアイデアをむげに否定したり、批判的したりしない。一度は肯定した上で、新しい視点などを提示するようにする。
- ・こちらのやり方を押し付けない。
- ・一度に多くの事に取り組もうとして、重要なポイントを忘れてしまうので、時々思い出させる必要がある。
- ・自由な環境を与え、のびのび実力を発揮してもらう。

◎効果的なほめ方

- ・どんなほめ方でもOK。「すばらしい」「すごい」「ステキ」などでも十分効果あり。

和を大切にする「サポーター」



■サポーターってどんな人？

・人を援助するのが好き。周りの人の気持ちに敏感に気づき、気配り上手。
ビジネスよりも人を優先。感情や直感をベースに物事を判断する。人と親密な人間関係を築くの

が得意。

人に期待に応えたいという気持ちが強い為、ノーと言えず、自分の感情や気持を押える傾向がある。
また、自分がした事や、注いだ愛情に対して、無意識に代償（承認、評価、愛情）を求めている。

◎サポーターが嫌がること、苦手な事

- ・自分の努力や愛情に対して、相手から評価、感謝、愛情などが無い。
- ・決断を急がされる事。
- ・人と対立したり衝突したりする事。

◎サポーターのコミュニケーション上の特徴。

- ・穏やかで暖かい印象。親切。気配りがある。
- ・人の話に深く耳を傾けてくれる。
- ・ノーと言えない。
- ・人との対立や衝突を極力避ける。拒絶されると深く傷つく。

●サポーターと接するときは・・・！

- ・コントローラーチックな威嚇的な態度はダメ。彼らはデリケート。
- ・彼らの言葉に出さないメッセージ（態度、そぶり、目線など）に意識を向ける。
- ・彼らの行動に対しての感謝の気持や評価をマメに伝える。
- ・時には「ノー」と断ることも必要だという事を時々提案する。
- ・こちらの期待に応えようとして無理をしたり、自分の気持を押さえ込む傾向があるので「あなたははどうしたい？」など、本人が話し出せる機会を持つようにする。

◎効果的なほめ方

ほめられたい、人の役に立ちたいという気持ちが強いので、
「あなたが〇〇してくれたおかげで△△です。ありがとう」
のように評価や感謝を添えると深く伝わります。

親分肌の「コントローラー」



■コントローラーってどんな人？

特徴 （中小企業の社長や起業家に多いタイプ）

- ・支配的で、一見恐そう。決断力と行動力がある、人の輪より仕事優先。
- ・自分は強く、他人は弱いと思っているので、面倒見は良く兄貴、姉御肌。
人に弱みを見せない分だけ、本当は寂し思いもしている。
自分の弱みを隠すために、相手を攻める傾向がある。優しい気持ちを態度に出すのが下手。

◎コントローラーが嫌がること

- ・まわりくどい話し方。気弱な態度の相手。「いいから結論から話してくれよ！」なんて言われてしまうことも・・・。

◎コントローラーと接する時のコツ

- ・見た目の恐さに惑わされないこと。(彼らは怖い人ではありません)
イライラさせないように率直に結論から話す。無駄なおしゃべりを控える。
下手な遠慮をしない。自信なさげなそぶりを見せない。
相手をコントロールしようとしめないこと。
物事を運ぶときにはスピーディーに。

◎コントローラーをほめるときは・・・

- 率直に短く、
「あなたの〇〇なところが素晴らしい」
「あなたの〇〇な面を尊敬しますよ」
と本当に感じたことをダイレクトに伝えましょう。

冷静沈着「アナライザー」



■アナライザーとは？

特徴 (専門家系に多い)

- ・自分で納得しないと動かないが、自分でやると決めるとねばり強く実行する。冷静、慎重、勉強家。洞察力が深く、傍観者に徹する傾向あり。
一見クールだが、自分のこだわることには情熱的な面もある。頑固。孤独を気にしないため常に我が道を行く。
計画を立てるのが得意。

◎彼らが嫌がること

- ・自分のペースを崩される事。理由もなくほめられるのは大嫌い。
人と同じに思われる事。外見で判断されるのが事。
急激な変化や大きな変化が苦手。

◎接するコツ

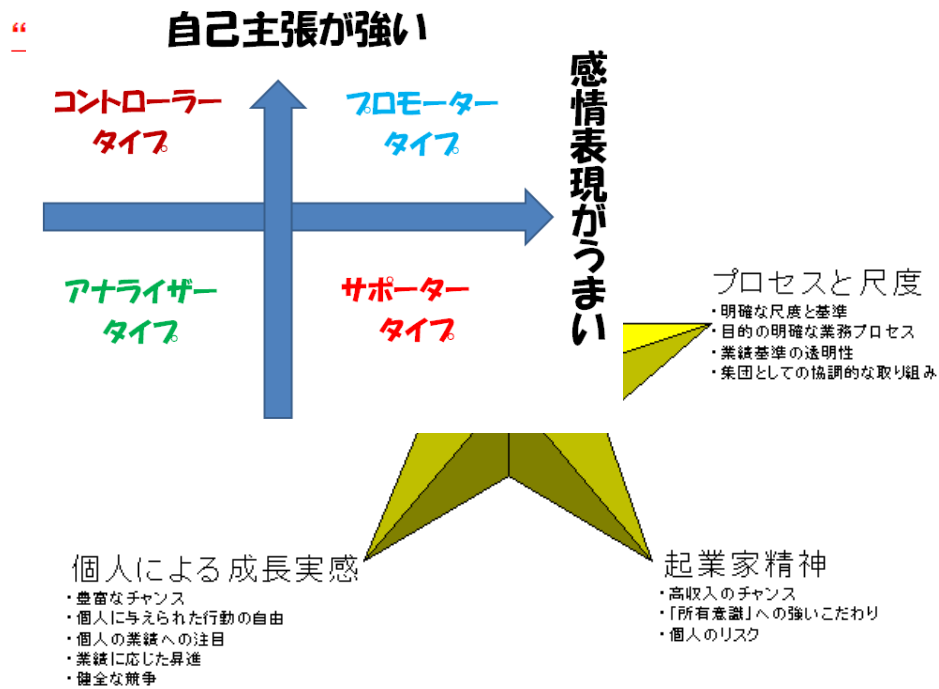
- ・性急に決断させるなど、相手のペースを崩さないこと。いきなり大きな変化を要求しない。(段階を減る必要がある)
考える時間を十分に与え、相手の意図をよく聴くようにする。
何かを頼むときは、必ず理論的な理由を付け加える。

◎ほめるときには・・・

- やたらにほめない。彼らはクールです。根拠のハッキリしないことを「

素晴らしいですね」「すごい」「すてき」などと言われたら、相手を信用しなくなります。

「あなたの〇〇な行動があったから△になったんですね。」
のようなほめ方そするとこちらの思いが伝わりやすいです。



(出所)「コミットメント経営」,(ジョン・R. カッツェンバグ,2001年,ダイヤモンド社)

リーダーに求められる資質

- ・ 明るさ
- ・ 謙虚さ
- ・ 収穫を分け与える
- ・ 自己犠牲ができる。
- ・ 汗を流している。

・ 職場を壊す 20 の悪い癖

1. 極度の負けず嫌い
2. 何か一言価値を付け加えようとする。
3. 良し悪しの判断をくだす
4. 人を傷つける破壊的コメントをする。
5. 「いや」「しかし」「でも」で文章を始める。
6. 自分がいかに賢いかを話す
7. 腹を立てているときに話す（怒りまき散らす）
8. 否定、もしくは「うまくいかないわけないよ。その理由はね。」と言う。
9. 情報を与えない。
10. きちんと他人を認めない。
11. 他人の手柄を横取りする。
12. 言い訳をする。
13. 過去にしがみつく。
14. えこひいきする。
15. すまなかったという気持ちを表さない。
16. 人の話を聞かない。
17. 感謝の気持ちを表さない。
18. 八つ当たりをする。
19. 責任回避をする。
20. 「私はこうなんだ」と言いすぎる。

(マーシャル・ゴールドスミス 2007)

・救急外来での対応手引き

当院の救急外来には救急車で搬入される患者さんだけでなく、直接来院する患者さんもいます。それぞれの患者の疾患、重症度、待ち時間は様々であり、救急受付担当者は患者、家族に対して、適切かつ柔軟な対応を行う必要がある。救急受付担当者は患者さんと家族に最初に接する「救急の顔」です。救急の顔として以下の対応を心がける。

- 1) 接遇：「研修医の○です」と挨拶する。心配で救急に来院している患者さん、家族の身になって、懇切、丁寧に対応する。勤務時間中は、常に制服または白衣を着用し、名札をつける。
- 2) 確認作業：患者さん、家族の中には気が動転している方もいます。身元不明者もいます。受付情報に何らかの誤りがあるかもしれません。十分に注意し、「おや？」と思うようなことがあれば、そのままにしないで必ず確認作業を行う（例：氏名、年齢、性別、住所の誤り、患者誤認など）。
- 3) 救急外来看護師への連絡：待ち時間が長くなっている、患者、家族がいらいらしているなどの情報も看護師に伝える。
- 4) 患者さん、家族への説明：心配している患者さん、家族が何らかの説明を求めてくることもある。このようなときはできるかぎり丁寧に対応する。患者さん、家族が長く待たされていらしているように見受けられたら、こちらから進んで説明して声をかける（例：待ち時間はだいたい〇〇分ぐらいになると思われます。お待ちいただき申しわけありません。再度救急外来ナースに伝えてまいりますなど）。
- 5) トラブル発生時の対応：何らかのトラブル発生時には、速やかに看護師や上級医、指導医に連絡する。（後にプログラム責任者にも連絡する）
- 6) 研修医救急外来手順（別資料、共有フォルダ、救急外来）を必ず順守すること。

・研修医基本的臨床技能指導要項

救急外来における目標

一般目標

患者（一般および救急）の診療に必要な、バイタルサインの観察と基本的な救急蘇生法を行うことができる。

行動目標

1. 診察時、患者への配慮ができる。
2. 正しい方法でバイタルサインを観察できる。
3. 所見を正しく述べ、記載できる。
4. 一次救命処置を説明し、正しく実施できる。
5. 救急蘇生法に用いる器具について、その名称と使用法を述べることができる。
6. 二次救命処置について説明できる。

医療面接

一般目標

良好な患者医療関係の確率と、健康状態に関する適切な情報収集を目的とした医療面接法を習得する。

行動目標

9. 医療面接の目的、意義を述べることができる。
10. 医療面接における基本的コミュニケーション技法を説明できる。
11. 症状に関して明確にすべき項目を列挙できる。
12. 患者と良好なコミュニケーションをとることができる。
13. 医療者として望ましい態度で医療面接ができる。
14. 医療面接を適切な順序で行うことができる。
15. 適切な質問形式を用いて医療面接ができる。
16. 必要な情報を適切な収集できる。

診察導入場面

- ・ 適切な呼び、礼をする。（失礼でない声掛け、明確な発音。「次の方どうぞ」などではなく名前呼び入れる。）
- ・ 患者さんが入室しやすいように配慮する。（ドアをあける、導く、荷物置き場を示すなど）
- ・ 患者さんに椅子をすすめる。（必要があれば介助する）
- ・ 同じ目の高さで患者さんに対して挨拶をする。
- ・ 患者さんに対して自己紹介をする。（フルネームないしは姓のみ、明確な発音、難しい漢字は名札を示す）

- ・ 患者さんの名前をフルネームで確認する。患者さんに名乗ってもらう場合は、確認のためにという目的を告げる。
- ・ 面接を行うことのできることを患者さんから得る。
- ・ ※（症状の強い場合）面接を行うことが可能かどうかを患者さんに確認する。
- ・ ※（症状の強い場合）患者さんが楽な姿勢で面接を行えるように配慮する。
- ・ 適切な座り方をする。（患者さんとの距離、体の向き、姿勢、メモの位置）
- ・ 面接の冒頭で患者さんの訴えを十分に聴く。

患者さんと良好な（共感的）コミュニケーション

- ・ 患者さんにわかりやすい言葉で会話する。
- ・ 患者さんと適切なアイコンタクトを保つ。（質問する時だけでなく、患者さんの話を聴く時にも適切なアイコンタクトを保つ）
- ・ 患者さんに対して適切な姿勢・態度で接する。
- ・ 聴いている時に、相手にとって気になる動作をしない。（時計を見る、ペンを回す、頬杖をつく、など）
- ・ 患者さんの状態にあった適切な声の大きさ、話のスピード、声の音調を保つ。
- ・ 積極的な傾聴を心がける。（冒頭以外でもできるだけ開放型質問を用いて患者さんが言いたいことを自由に話せるように配慮する）
- ・ コミュニケーションを促進させるような言葉がけ・うなずき・あいづちを適切に使う。
- ・ 相手が話しをしやすい聴き方をする。（さえぎらない、過剰なあいづちをしないなど）
- ・ 患者さんの言葉を適切にパラフレーズ（繰り返す）する。
- ・ 聴きながら、必要があれば適宜メモをとる。
- ・ 患者さんの気持ちや患者さんのおかれた状況に共感していることを、言葉ないし態度で患者さんに伝える。（態度と一致しない言葉がけだけでは不適切）
- ・ 患者さんの訴えやこの間の経過について、患者さんの言葉を使って適切に要約する。
- ・ 患者さんの訴えやこの間の経過についての要約に間違いがないかどうかを確認する。

患者さんに聞く（話を聴く）：医学的情報

- ・ 症状のある部位を聞く。
- ・ 症状の性状を聞く。（症状の性質、頻度、持続時間など）
- ・ 症状の程度を聞く。（症状の性質、頻度、持続時間など）
- ・ 症状の経過を聞く。（症状の発症時期、持続期間、頻度や程度の変化など）
- ・ 症状の起きる状況を聞く。
- ・ 症状を増悪、寛解させる因子を聞く。
- ・ 症状に随伴する他の症状を聞く。
- ・ 症状に対する患者さんの対応を聞く。（受診行動を含む）
- ・ 睡眠の状況を聞く。
- ・ 排便の状況を聞く。
- ・ 食欲（食思）の状況を聞く。
- ・ 体重変化を聞く。
- ・ （女性の場合）月経歴を聞く。
- ・ 症状が患者さんの日常生活に及ぼす程度を聞く。

- ・ 既往歴を聞く。
- ・ 常用薬を聞く。
- ・ 家族歴を聞く。
- ・ アレルギーを聞く。
- ・ 嗜好（飲酒、喫煙など）を聞く。
- ・ 生活習慣（1日の過ごし方）を聞く。
- ・ 社会歴（職歴、職場環境など）を聞く。
- ・ 生活環境（衛生環境、人間関係など）・家族環境（ペット、家族構成など）を聞く。
- ・ 海外渡航歴を聞く。

患者さんに聞く（話を聴く）：心理・社会的情報

- ・ 患者さんの生活や仕事などの社会的状況を聞く。
- ・ 患者さんの思いや不安などの心理的状況を聞く。
- ・ 患者さんの病気や医療に関する考えや理解（「解釈モデル」）を聞く。
- ・ 患者さんの検査や治療に関する希望や期待、好みなどを聞く。
- ・ 患者さんの過去の「受療行動」を聞く。
- ・ 患者さんの過去の「対処行動」を聞く。
- ・ 患者さんの特に気になっていること心配していることを、詳しく聞く。
- ・ 他医受診（代替医療も含む）の有無と処方内容を聞く。

患者さんに話を伝える

- ・ 患者さんにわかりやすい言葉で話をする。
 - ・ 患者さんが話を理解できているかどうか確認する。
 - ・ 話の途中でも患者さんにここまで質問がないかどうかを確認する。
 - ・ 患者さんが質問や意見を話せるように配慮する。（雰囲気、会話の間など）
- （患者さんとの診療計画の相談のプロセスは省略）

締めくくり部分：診察への移行/クロージング

- ・ 聞き漏らしや質問がないか尋ねる。（まだお聞きしていないことや、ご質問はございますか？）
- ・ 面接終了後、患者さんが次にどうしたら良いかを適切に伝える。
 - （身体診察への移行する場合）
 - ・ 身体診察を始めることの同意を得る。
 - （クロージングする場合）
 - ・ 何かあればいつでもコンタクトできることを患者さんに伝える。
 - ・ 患者さんが退室する際に配慮する。（必要があれば介助する）
 - ・ 挨拶をする。（おだいじに、お気をつけて、など）

全体を通して

- ・ 順序立った面接：主訴の聞きとり、現病歴、その他医学的情報、心理・社会的情報の聴取などが系統的で、あまり前後しすぎずに順序立って進められている。
- ・ 流れに沿った円滑な面接：患者さんの話の流れに沿って面接が進められ、話題が変わる時（特に家族歴・既往・心理社会的情報などの聴取に移る時）唐突でなく適切な言葉がけが行なわれている。

(例えば「症状と関連することもあるので、ご家族のことについて伺わせてください」など)

心肺蘇生法

- ・ 安全を確認する。
 - ・ 周囲を見渡し危険や汚染（車、鋭利な物、体液など）がないことを口に出して確認する。
 - ・ 手袋などを装着する。（スタンダードプリコーションに配慮する）
- ・ 意識を確認する。
 - ・ 患者さんの耳元で大きく声をかけながら、頸椎が動揺しない程度に肩を軽く叩くか、揺すって意識を確認する。
- ・ 応援・器材を依頼する。
 - ・ 反応がなければ、助けを求める。（病室内ではナースコールを使う）
 - ・ 連絡がついたら、「意識のない人が倒れています！」など状況を手短かに報告する。
 - ・ 沢山の人（医師、看護師）を集めること。（院内救急コールでも可）
 - ・ 除細動器（または AED）、救急カートなどを持ってくるよう依頼する。

※蘇生チームによる心肺蘇生法

蘇生チームリーダーの指示のもとに以下の処置を迅速に行う。

- ・ 心臓マッサージと人工呼吸（バグバルブマスク）を途切れないように継続する。
- ・ 心電図モニターで心電図波形の評価を行う。
- ・ VF/Pulseless VT であれば、迅速な除細動を安全に行う。
- ・ 気管挿管を行う。
- ・ 鑑別診断を考える。
- ・ BLS、ICLS、ACLS 講習会への参加が望ましい。また日頃から院内 ACLS 講習会にも積極的に参加すること。

外科手技法

患者さんへの配慮

- ・ 処置について患者さんに説明し承諾を得る。

手袋装着前の配慮

- ・ 爪を短く切ってあることを確認する。
- ・ 余計な装飾品や腕時計をはずす。
- ・ 袖が邪魔にならないように配慮する。（例えば、袖まくり両前腕を十分に露出する）

手袋の装着

- ・ 以下の項目は状況により省略可とする。
 6. 手術用帽子を頭髮が露出しないように着用する。
 7. 手術用マスクを口・鼻を完全に覆うように着用する。
 8. 手指、前腕を流水で洗い流す。
 9. 滅菌タオルで指先から中枢側へ肘部まで拭く。
 10. アルコール含有速乾性擦式消毒剤を手指に擦り込む。
- ・ 右手で左手袋の折り返し部分（裏面に当たる部分）を持って取り上げる。

- ・ 左手に清潔かつスムーズに、手袋を装着する。（手袋の表側が手・指、白衣などに触れてはならない）
- ・ 左手の4本の指を反対側手袋の折り返しの部分（表面に当たる部分）に入れて取り上げる。
- ・ 右手に清潔かつスムーズに手袋を装着する。
- ・ 手袋の折り返しを延ばし、指のねじれをとり手袋を手十分にフィットさせる。

消毒

- ・ 消毒することを患者さんに告げる。
- ・ 清潔なピンセットで消毒薬のついた綿球などを介助者から受け取る。
- ・ 創周囲の皮膚を中心から外側に向かい同心円状に、必要十分な範囲で2-3回以上消毒する。
- ・ 穴開きシート（ドレープ）で創周囲を覆い、清潔術野を作る。

局所麻酔

創の観察（汚染、異物、出血、無痛域）

縫合

- ・ 持針器を選択し、針の先端から3/4程度の部分を針先が向かって左に位置するように持針器の先端近くで把持する。（右利きの場合）
- ・ 針の糸を折り返し適切な長さで装着する。
- ・ ピンセットを選択し、鉛筆を持つように左手の第1指と第2指、第3指で、その基軸を手背に向かわせるように把持する。
- ・ 持針器を器種にあわせて適切に把持する。
- ・ 患者さんに声を掛けながら手技をすすめる。
- ・ 創縁から針の半径よりやや短い長さに針を皮膚および創縁に対して直角に挿入する。
- ・ 針の湾曲にそって、針先を進める。
- ・ 創縁を軽く持ち上げるなどピンセットを補助的に使用する。
- ・ 刺入部と対称になるように反対側に針先を出す。
- ・ 反対側に出た針を、針先を損傷しないように持針器で把持する。
- ・ 針の湾曲にそって、針を皮膚から抜く。

結紮

- ・ 結紮を適切に行う。（外科結紮など）
- ・ 剪刀のリングに第1指と第4指を挿入し、第2指で軽く曲げてその柄にそえて把持する。
- ・ 余分な糸を結び目から5mm～1cm程度残して切る。

ドレッシング

- ・ 創部を消毒する。
- ・ 清潔操作によりガーゼなどでドレッシングする。
- ・ 患者さんに処置が終了したことを告げる。

抜糸

- ・ 抜糸することを患者さんに告げ、了承を得る。

- ・ 創に張力が加わらないようにドレッシングを除去する。
- ・ 創部を消毒する。
- ・ ピンセットと剪刀を正しく把持する。
- ・ ピンセットで糸の断端を把持し皮下に埋没していた糸を露出させる。
- ・ 糸を露出部で切る。
- ・ 創部を消毒しドレッシングする。
- ・ 患者さんに処置が終了したことを告げる。

処置後

- ・ 血液などで汚染されたゴミ（感染性医療廃棄物）を専用のごみ箱などへ処分する。
（例：消毒に使用した綿球、縫合に使用した手袋、抜糸した糸）
- ・ 手袋を外した後は流水で手を洗う。

研修医静脈注射指導

1. 物品の準備ができる。
 - ① 駆血帯、アルコール綿、固定用テープ（サージット、フィクソムル）、針捨て容器、肘枕
 - ② 患者様の状態に応じたサーフローと点滴セットの準備をする。
2. 点滴静脈注射の薬剤を準備できる。
 - ① 注射処方箋の患者氏名、薬剤名、注射方法の確認を必ずダブルチェックし二人のサインをする。
 - ② 薬剤を注射器でボトルに詰める。
 - ③ 患者氏名をボトルに記入する。
 - ④ 点滴時間の記入をする。「〇〇ペース」「〇時～〇時」
 - ⑤ 点滴ボトルとセットの接続をする。
 - ⑥ ルート内のエア抜きをする。
3. 患者様に氏名の確認と点滴施行の説明をする。
4. 注射処方箋より再度患者氏名と薬剤、注射方法の確認をする。
5. 穿刺（点滴）しやすい体勢を整える。
6. 穿刺部位を露出し、駆血帯を装着、母指を中に入れて握っていただく。
7. 穿刺の実際
 - ① 部位を消毒し、乾燥させてから穿刺する。
 - ② サーフローを利き手に持ち、反対側の指で皮膚を軽く進展させる。
 - ③ サーフロー先端の切皮面を上にして穿刺する。
 - ④ 皮膚とサーフローの角度は 15 度～20 度程度に保つ。
 - ⑤ 穿刺血管の手前より穿刺する。
 - ⑥ 血液の逆流を確認したら、患者様の握った手を開かせ、駆血帯を緩める。
8. 点滴セットのクレンメを緩め、薬液の滴下を確認後に腫脹、疼痛の有無を確認し全身状態の観察を行う。
9. テープ固定を行う。空気が注入しないように注意し、自然抜去予防の為にループを作り固定する。
10. 指示された滴下数に調節する。
11. ナースコールを患者様が押せる所に置き、気分不良時や痛みがある場合は報告していただく事を説明する。

研修当直心得(当直御法度より)

1. 軽症患者に「何でこんなことくらいで夜にきたの？」は禁句!
2. 忙しく、眠く、空腹で、トイレにいけず、腹が立ても患者には八つ当たりするな! (Ns, コメディカルに対しても)
3. 他の医療施設での治療を患者や家族の前では非難するな。
4. 自分の電話での対応がその病院としての対応として評価される。(いつも病院の顔であるつもりで)

骨折は臨床診断 (Dr.林の当直裏御法度より)

1. X線で診断できない骨折なんて山ほどある。(骨挫傷など)
2. どの部位の骨折が見逃されやすいかを知るべし。
3. あくまでも骨折の診断は臨床診断、フォローアップを明確に

どうして骨折を見逃すだろう? (Dr.林の当直裏御法度より)

X線は撮られたものの、若い当直医は39%の重要な所見をみのがしていたとの報告がある。

1. 骨折診断はX線に頼らない! 臨床診断!
2. X線で治すな!, 患者さんを診て治療方針を決定せよ。
3. 受傷機転から受傷部位を予想せよ!
4. 骨折を一つ見つけて喜ぶな!, 2つめを探せ!
5. 診察しないでX線とはオーダーするな!
6. 見逃しやすい骨折とは何かを知れ!
7. X線撮影は軟部組織もしっかりと!
8. 追加注文を要する骨折とは何かを知れ!
9. 放射線技師さんと仲良しになれ! 教えてもらえ!
10. 無駄なX線をオーダーしすぎるな!
11. 人の診断を信じるな!, 自分で読影する癖をつけろ!

他科の医者へのドジはどう指摘すべきか (Dr.林の当直裏御法度より)

5. 他科の医師は自分の子分ではない。
6. 相手の人格を否定するような怒り方はしない。
7. 専門外のことに關しては、相手に逃げ道を作っておいて注意してあげる。
8. 行動変容させるには「サンドイッチ法」でほめ殺し

こんな上級医いない (Dr.林の当直裏御法度より)

16. 患者さんを診察せずに指示を出すような上級医、コンサルトしても来てくれない上級医
17. 患者さんを頭ごなしに叱る上級医
18. 研修医の人格を否定して怒る上級医
19. 看護師に嫌われている上級医
20. Brown Nose(鼻が茶色)
21. 質問すると怒る上級医、オープンな議論ができず反論を許さない上級医
22. 研修医に対する責任と保身を勘違いしている上級医
23. 技は盗めと研修医に教えようとしらない上級医
24. 特定の看護師が夜勤の時に病棟に現われる上級医

- 25.挨拶しても返事を返してこない上級医、人間的に問題あり
- 26.研修医への指導がネチネチしている上級医。
- 27.研修医の面倒をみないで陰口を言う上級医
- 28.トラブル症例を研修医に押し付ける上級医
- 29.研修医のミスに責任をもたない上級医、むしろ研修医を追求し突き放す上級医
- 30.臨床能力のない上級医

こんな研修医いない (Dr.林の当直裏御法度より)

- 19. 文献ばかり読んで、実際の診察をあまりしない、患者さんがきたら逃げる
- 20. いろんな科で学ぶ姿勢がない、自分の専門科を決め付けて他の科でさぼる
- 21. 患者さんの顔色が読めない
- 22. 患者さんとコミュニケーションが取れない
- 23. 患者さんに対する配慮に欠ける、痛みに共感しない。
- 24. 看護師やコメディカルと協調性がない。
- 25. 「報告・連絡・相談」の基本ができていない。
- 26. 言葉遣いがなっていない。
- 27. 先輩医師のプライドをコケにする「そんな時代遅れですよ」
- 28. 雑用をさせると文句を言う
- 29. 手技をやらせてくれないと文句を言う割に事前勉強をしていない。
- 30. 手技をやった後、後片付けしない(CVライン、胸腔ドレナージ)
- 31. 病院で誰かまわらずナンパする。
- 32. 学生気分で飲み歩いて、二日酔で仕事に来る
- 33. 身だしなみと個人のファッションセンスを吐き違える
- 34. コンサルトした医師に患者さんを丸投げする
- 35. 元気がない。
- 36. ルールが守れない、遅刻、無断欠席など

・臨床研修の中断及び未修了に関する規定

臨床研修の中断とは、現に臨床研修を受けている研修医について研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の途中で臨床研修を中止することをいうものであり、原則として病院を変更して研修を再開することを前提としたものである。

中断には「研修医が臨床研修を継続することが困難であると研修管理委員会が評価、監督した場合」と「研修医から管理者に申し出た場合」の2とおりがある。

管理者及び研修管理委員会は、あらかじめ定められた期間中に研修医に臨床研修を修了させる責任があり、安易に中断の扱いを行わない。

やむを得ず臨床研修の中断の検討を行う際には、管理者及び研修管理委員会は当該研修医および研修指導関係者と十分話し合い、当該研修医の臨床研修に関する正確な情報を十分に把握する。さらに研修医が臨床研修を継続できる方法がないか検討し、研修医に対し必要な支援を行う。

しかしこれらを通じてもなお中断という判断に至る場合であっても、当該研修医が納得するように努めなければならない、その際の経緯や状況などの記録を残しておく必要がある。

管理者は、研修医の臨床研修を中断した場合には、当該研修医の求めに応じて、速やかに、当該研修医に対して、当該研修医に関する臨床研修中断証を交付しなければならない。また管理者は研修医の求めに応じて、他の臨床研修病院を紹介するなどの臨床研修の再開のための支援を行うことを含めて、適切な進路指導を行う必要がある。

研修実施期間の評価

研修医は2年間の研修期間において、以下に定める休止期間の上限を減じた日数以上の研修を実施しなければ終了と認められるべきではない。

1. 休止の理由

研修休止の理由として認めるものは、傷病、妊娠、出産、育児、その他正当な理由（研修プログラムで定められた年次休暇を含む）とするべきである。

2. 必要履修期間などについての基準

研修期間（2年間）を通じた休止期間の上限は90日（研修機関（施設）において定める休日は含めない）とするべきである。

各研修に求められている必要履修期間を満たしていない場合は、選択科目の期間を利用するなどにより、あらかじめ定められた臨床期間内に各研修分野の必要履修期間を満たすように努めるべきである。

3. 休止期間の上限を超える場合の取扱い

研修期間終了時に当該研修医の研修の休止期間が90日を超える場合には未修了とするべきである。この場合、原則として引き続き同一の研修プログラムで研修を行い、90日を超えた日数分以上の日数の研修を行うことが必要である。

また、基本研修科目または必須科目で必要履修期間を満たしていない場合にも未修了として取扱い、原則として引き続き同一の研修プログラムで当該研修医の研修を行い、不足する期間以上の期間の研修を行うことが必要である。

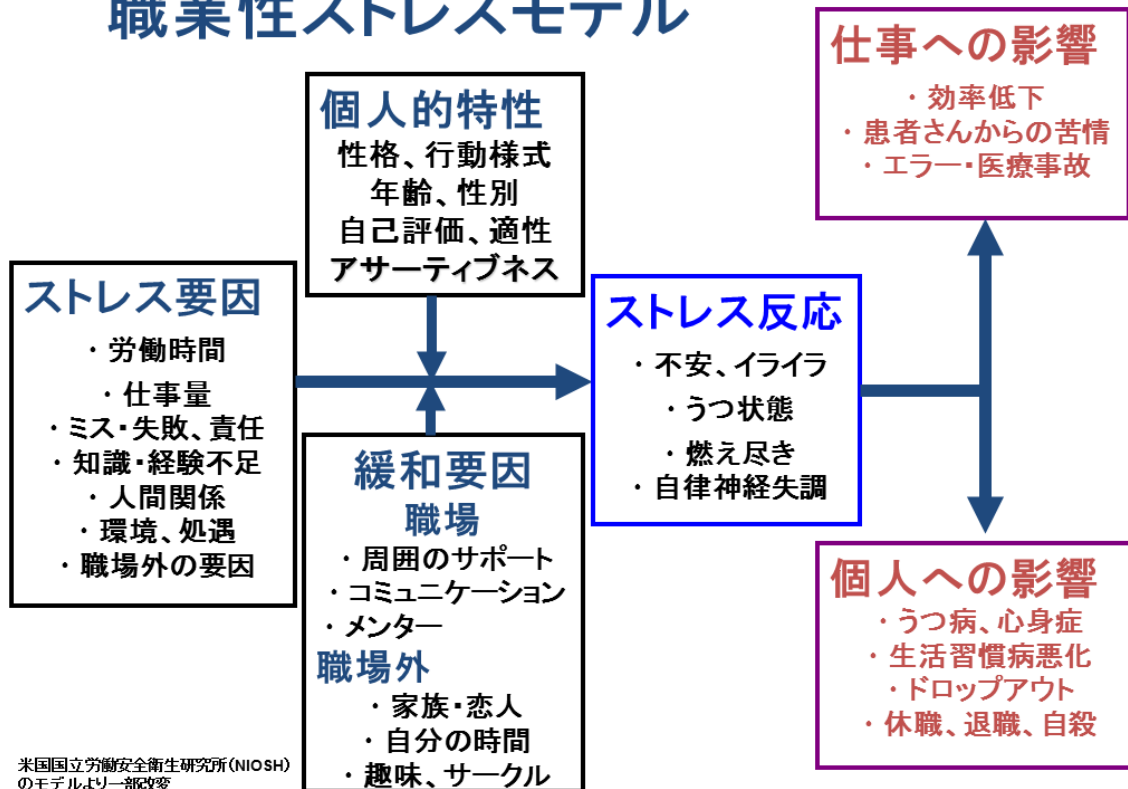
4. その他

プログラム責任者は、研修休止の理由の正当性を判定し、履修期間の把握を行うべきである。研修医が終了基準を満たさなくなる恐れがある場合には、事前に研修管理委員会に報告・相談するなどして、対策を講じ、当該研修医があらかじめ定められた臨床研修期間内に研修を修了できるように努めるべきである。

・研修医へのメンタルケアについて

1. **セルフケア**：指導医は研修医が理解し実践できるように配慮する必要がある。
 - 1) ストレスへの気づき：研修医が心の健康について理解するとともに、自らのストレスや心の健康状態について適切に認識できるように心がける。
 - 2) ストレスへの対処：研修時間が長ければ長いほど充実した研修を意味するというものではない。ある程度時間を区切って効率よく研修をし、人としての生活を維持していくために必要な時間を確保するように心がける。また情緒的な支援者としてのパートナーシップや友人とよい関係を継続するように努力することも重要である。
 - 3) 自発的な相談：自らのメンタルヘルスに関する相談や研修のペースダウンについて、一人で抱え込まずに指導者をはじめとする周囲の人々にすぐに相談することが重要である。
 - 4) セルフケアを促進する環境整備：ストレスマネジメントについての講義を行うなど、研修医が心の健康について気付いたり、ストレスに対処するための教育研修の機会を提供する。
2. **指導医によるケア**：指導医は抑うつ状態などのストレス反応の概要・予防・早期発見・対応などについて十分な知識を持つとともに、良好な労働環境の維持と、研修医一人ひとりのコンディションを把握するように心がける必要がある。そのためには同僚研修医、看護師、コメディカルからの情報を集める努力をすること、CES-D 評価表などを用いて、危険な兆候を見逃さないことが重要である。指導医がストレスになることがあるので、メンター制も利用する。
3. **病院管理者によるケア**：病院側は研修医のコンディションを常に把握し、ストレス反応を早期に発見して適切に対応できるシステムを整備するとともに、研修医が十分なメンタリングが受けられるように配慮する必要がある。また研修医がうつ病などのストレス反応を呈した場合には、多忙を極める特定の指導医に負担が集中しないよう、研修管理委員会や研修委員会による全体的な視点からコーディネーターが必要である。
4. **その他のケア**：適応があれば、すみやかに精神科医・心療内科などの専門家への受診を勧める。また研修管理委員会や研修委員会、本人・主治医・指導医が緊密な連携を取り、求職及び業務の削減、段階的な職場復帰など、治療上必要な業務上の配慮が円滑に行えるようにきめ細かな配慮を心がける必要がある。

職業性ストレスモデル



研修ストレスの特徴

1. 人間としてのストレス：

- 生活面でのギャップ
- プライベートな時間の減少
- 膨大な労働時間（一日、一週間の時間配分が難しい）
- 曖昧な私生活と仕事の境界

2. 未熟な医師としてのストレス

- 周囲の信頼を得よう振舞う必要性
- 知識や技術の圧倒的な不足を再認識
- 過剰に期待される役割や責任

3. 新米社会人としてのストレス

- 新たに生まれた複雑な人間関係
- 見知らぬ人と次々にコミュニケーションをとり適応する必要性
- 叱られる、注意される、相手にされない

うつ病を疑うサイン（本人）

1. 悲しい、憂うつな気分、沈んだ気分
2. 何事にも興味がわかず、楽しくない
3. 疲れやすく、元気がない（だるい）
4. 気力、意欲、集中力の低下（おっくう）
5. 寝つきが悪くて、朝早く目がさめる

6. 食欲がなくなる
7. 人に会いたくない
8. 夕方より朝方の方が気分、体調が悪い
9. 心配事が頭から離れず、考えが堂々めぐりする
10. 失敗や悲しみ、失望から立ち直れない
11. 自分を責め、自分は価値がないと感じる

うつ病を疑うサイン（周囲）

1. 以前と比べて表情が暗く、元気がない
2. 体調不良の訴え（身体の痛みや倦怠感）が多くなる
3. 仕事や家事の能率が低下、ミスが増える
4. 周囲との交流を避けるようになる
5. 遅刻、早退、欠勤（欠席）が増加する
6. 趣味やスポーツ、外出をしなくなる
7. 飲酒量が増える
8. 将来を悲観する言動が増える
9. 自殺をほのめかす

メンタルヘルス教育（個人）

- 現実的なゴールを決めよう
（必要以上に他人と自分を比べない）
- 「うつ病」について知ろう
- 「危険信号」を察知したらすぐに SOS を！
- 自分が自分であるための時間を大切に！
- 自分を支えてくれる人を大切にしよう
- メンターを見つけよう

メンタルヘルス教育（病院）

- メンタルヘルスケア教育
（研修医、指導医とも）
- トリガーを見逃さない
（たくさんのチャンネルから情報を集める）
- 過重な負荷をかけない
（負荷かかる場合は慎重な観察）
- 部下の達成感を高める指導技法の修得
- メンター制度の活用

指導医としての心構えは？

夢を語れる指導医になろう！

- ・ 人は組織に憧れるのではなくて人に憧れる
- ・ 我々もそういう先輩を目指して進路を選択

- 医師としての将来像（ビジョン）を語れること
- 研修医のモチベーションを高めることに役立つ

指導医としてうつ病患者への対応のポイント

- まず休養！・・・励まし、気晴らしは逆効果
- 研修医の個別性を十分考慮
- 自分と比べない！・・・「武勇伝」は逆効果
- 重症度は外見ではわからない
（疑えば専門医などへ相談し治療が必要か検討）
- ローテーションの変わり目に注意！！
- 研修委員会、主治医と相談しながら組織的対応を行う

ストレスの予防に何ができるか？

- まず休養！・・・励まし、気晴らしは逆効果
- 研修医の個別性を十分考慮
- 自分と比べない！・・・「武勇伝」は逆効果
- 重症度は外見ではわからない
（疑えば専門医などへ相談し治療が必要か検討）
- ローテーションの変わり目に注意！！
- 研修委員会、主治医と相談しながら組織的対応を行う

・ CES-D

(The Ceter for Epidemiologic Studies-depression Scale)

この1週間について、もっとも当てはまるものをチェックして下さい。

		ない	週に 1-2 日	週に 3-4 日	週に 5 日 以上
1	普段は何でもないことがわずらわしい。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2	食べたくない。食欲が落ちた。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
3	家族や友達から励ましてもらっても、気分が晴れない。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
4	他の人の同じ程度には、能力があると思う。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5	物事に集中できない。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
6	憂うつだ。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
7	何をするのも面倒だ。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
8	これから先のことについて積極的に考えることができる。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
9	過去のことにについてくよくよ考える。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
10	何か恐ろしい気持ちがする。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
11	なかなか眠れない。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
12	生活について不満なくすごせる。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
13	普段より口数が少ない。口が重い。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
14	ひとりぼっちで寂しい。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
15	皆がよそよそしい。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
16	毎日が楽しい。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
17	急に泣き出すことがある。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
18	悲しいと感じる。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
19	皆が自分を嫌っていると感じる。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
20	仕事が手に付かない。	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

* 月1回程度、CES-D判定を行い、16点以上の研修医に対しては精神科：斎藤医師（南勢病院院長）との面談や診察を依頼する。

・ストレス反応を起こした研修医への対応

1. まず休養：研修医がコンディションを崩している場合、本人の話をよく聞いて、十分な休養を取らせる。
2. サポートシステム：産業保健スタッフ（内科上村医師）に情報を提供してサポートシステムを起動させ、その指示に従う。プログラム責任者にも報告する。
3. 研修医との接し方：うつ病などのストレス反応を起こす研修医の多くは真面目で几帳面、常に全力を尽くす性格の持ち主であることが多い。コンディションを崩してから、元のペースに戻そうと努力をすることでさらに精神的に消耗してしまい、よけいに病状を悪化させるという悪循環に陥っていることが多い。この悪循環を断ち切るためにもこのような状態の研修医を叱咤激励することは好ましくない。また気晴らし（趣味、外出など）によるストレスは発散はうつ病の場合に、主症状である興味の喪失、喜びの減退があるためにプラスに動かないことが多く、本人が望まない限り周囲から勧めるべきではない。
4. 休養から復帰するときの対応：
 - ① 症状の変動がある：うつ病は、症状が変動するのが特徴である。昨日はできていたことが今日はできなくなることがあることを念頭に置いて、できなかったときに否定的な反応を取らないように心がける。
 - ② 復帰は段階的に：復帰する場合にはいきなり 100%での研修に従事させるのではなく、最初はカンファレンスへの出席や半日勤務などの負担の小さいことから始めて、状態を見ながら主治医と相談して段階的に元のペースに戻していく。研修医が遅れた分を取り戻そうと焦ることが多いが、どんなコンディションが良くても決められた時間には病棟を離れるように指導するとともに、周囲から否定的な対応がされることがないように、看護師、コメディカルを含めて周知徹底する。
 - ③ 研修内容：復帰期間中は加重な負担をかけない配慮が必要であるが、だからといって腫れものに触るような対応では本人の疎外感を強め、よけい、追い込むことになりかねない。具体的な診療範囲は主治医と相談しながら個別に決めていくことになるが、精神症状として決断力が低下していることが多いことから、一般的に本人の責任において判断を求める仕事よりも予め決まってルーチンの仕事や高度な判断を求めない仕事から始めるのが原則である。

・研修医の問題行動への対応

1. 研修医の問題行動：研修医が、職業人として、また社会人としての問題となる行動を起コースことがある。
 - 患者への対応に問題がある場合（コミュニケーションが取れない、患者への暴言）
 - 研修医のモチベーションに問題がある場合（遅刻、欠勤、やる気がなく行うべき診療をやらないなど）
 - 自らの臨床能力に対する認識に問題がある場合（指導医の承認なしに自己判断で診療行為などを行うなど）、
 - チーム医療の実践に問題がある場合（看護師、コメディカルへの暴言、暴力、スタッフとのコミュニケーションが取れないなど）
 - 社会人として問題がある場合（セクシャルハラスメント、犯罪行為など）がある
2. 問題行動への現場での対応
 - ①問題行動についての事実を把握する。
 - ②問題行動についての記録を作成する。
 - ③本人の言い分を聞く。
 - ④問題行動の改善を図る。
 - ⑤介入後のモニタリングを行う。
3. 研修管理委員会、研修委員会、プログラム責任者、指導医の役割：指導医は、研修医の問題行動が認められた場合、必ず臨床研修委員会や臨床研修管理委員会及びプログラム責任者と情報を共有して、共同で問題解決にあたるべきである。

研修医の個別性に配慮した継続的な指導が行われるように十分な配慮を行う必要がある。

研修医の問題行動に関する情報は、研修評価の一つとして最終的に研修管理委員会が判断を行う。その際、問題のある研修医を単に排除しようとしてはならない。医師としての研修を始めたばかりの発展途上の研修医について、臨床医としての適性を判断するためには十分な観察と評価、そして「今は不十分であるが、2年間の研修期間終了時にはできるようになるのではないか」という視点が必要で、研修管理委員会や研修委員会としては議論を尽くした上で結論を出す必要がある。逆に2年間の研修を行ってもなお臨床医として問題がある場合には安易に終了認定を行わない。

指導医の役割：指導医は研修医の問題行動の改善に努めなければならない、特に、問題行動の把握、介入後の定期的な指導及びモニタリングを行う。また問題のある研修医への対応を研修委員会や研修管理委員会に丸投げしたり、単に受け持ち患者を減らして問題を表面化させないようにして、そのまま次のローテーションに回すようなことがあってはならない。

・臨床研修の修了基準（済生会松阪総合病院）

① 研修実施期間の評価

研修期間（2年間）を通じた休止期間は90日以内であること

② 臨床研修の到達目標の達成度の評価

- 1) 経験すべき症状・病態・疾患についてのレポート提出 55項目の全てのレポート提出を行う
(指導医のサインが必要、退院サマリに考察をつける形式でも可)
- 2) MMCE研修手帳で経験項目について80%以上を経験する

③ 医師としての適性評価

各科ローテーション科毎の指導医評価（MMCE研修手帳）にて評価を行う。

医師以外のメディカルスタッフからの評価（メディカルスタッフ評価表を用いる）を行う

で評価表にて合格水準以上である

- ①、②、③を2年次最終の臨床研修管理委員会で審査・評価して合格判定を行う

2020 年度より新たに作成された到達目標の達成度評価について

臨床研修に係る研修医の評価は、従前と同様に、(1) 研修期間中の評価(形成的評価)と (2) 研修期間終了時の評価(総括的评价)から構成されるが、今回の制度見直しで、(1) では「研修医評価票 (I~III)」を、(2) では「臨床研修の目標の達成度判定票」を用いて、また、インターネットを用いた評価システム等を活用した電子的記録により、実施することとなった。そこで、本章では、上記の(1)および(2)の臨床研修の目標の達成度評価までの手順等について1. と2. で、そして現在開発中の評価システムの一例について3. で概説する。なお、研修医の臨床研修の修了認定は、今回の制度見直し後も、従前と同様に、3つの評価(①研修実施期間の評価、②臨床研修の目標の達成度評価、③臨床医としての適性の評価)から構成されることになったが、修了認定については第4章を参照いただきたい。

III 到達目標の達成度評価

1. 臨床研修の目標の達成度評価までの手順

(1) 到達目標の達成度については、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を用いて評価を行い、それらを用いて、さらに、少なくとも半年に1回は研修医に形成的評価(フィードバック)を行う。

(2) 2年次終了時の最終的な達成状況については、臨床研修の目標の達成度判定票を用いて評価(総括的评价)する。

形成的評価(フィードバック)とは、目標と現状との関係を知り、目標達成のために方略を微調整する目的で、研修医が自らの到達度(できていること、できていないこと)を客観的に把握できるように、指導医・指導者からの評価や具体的なアドバイスを研修医に提供することをいう。フィードバックが効果的に機能するためには、指導医・指導者と研修医との間に適切な信頼関係が構築され、一貫性を持った評価基準のもとで、必要な情報が十分に収集された上で、明示された到達目標と研修評価票の内容を基に適切な頻度で行う必要がある。研修分野・診療科のローテーション終了時には、評価票による評価を行うだけでなく、省察の時間を持ち、次のローテーション先で何を学ぶべきかなど、具体的に目標達成の方向性を見出せるよう、十分な話し合いの時間を持つことが望ましい。

2. 研修医評価票の各項目の意味、解釈

今回の制度見直しで、2020年度から実施される臨床研修の到達目標は、研修終了時に修得していることが求められる A.基本的価値観(プロフェッショナリズム)、B.資質・能力、C. 基本的診療業務から構成されるが、実務を通じた学習を中心とする臨床研修においては「実務評価」が中心となり、深いレベルの知識についてはプレゼンテーションを通じた評価が、技能については直接観察による評価が、価値観や態度については360度の直接観察による評価が適している。そのような考え方にそって、到達目標ごとに研修医評価票が作成された。

各研修分野・診療科ローテーション終了時に研修医評価票 I、II、IIIを用いて評価を行い、少なくとも半年に1回はそれらの評価結果に基づいた形成的評価(フィードバック)を行い、到

達目標未達成の項目に関しては残りの研修期間で到達できるよう話し合い、計画する。研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲは、特に、研修1年次はレベル3に達していない評価が少なくないと思われるが、研修医の研修の改善を目的とする形成的評価であるので、研修終了時には各評価レベル3に達するよう研修医を指導することが肝要である。

研修終了時にはこれらすべての評価を総合的に判断し、達成度判定票を記載し、臨床研修の目標の達成度に係る総括的評価を行う（達成度評価の構造図参照）。プログラム責任者は、研修管理委員会に対して研修医ごとの臨床研修の目標の達成状況を、達成度判定票を用いて報告し、その報告に基づき、研修管理委員会は研修修了の可否について評価する。研修管理委員会は、管理者に対し、研修医の評価を報告しなければならないが、もし、未達の項目が残っている場合は、管理者及び研修管理委員会が当該研修医及び指導関係者と十分話し合った上で、管理者の責任で未修了と判定し、管理者が当該研修医の研修期間を延長する。臨床現場での評価は主として指導医が行うが、複数の評価者による複数回の評価によって信頼性と妥当性を高めることができることから、指導医以外の上級医、医師以外の医療職種である指導者にも積極的に評価票を記載してもらうことが望ましい。なお、これまで研修医の評価に広く用いられてきているEPOCは、3.で後述するように今回の研修医の評価制度見直しに合わせて、システム開発されているところである。

研修医評価票

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

1) 何を評価するのか

到達目標における医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）4項目について評価する。研修医の日々の診療実践を観察して、医師としての行動基盤となる価値観などを評価する。具体的には医師の社会的使命を理解した上で医療提供をしているのか（A-1）、患者の価値観に十分配慮して診療を行っているのか（A-2、A-3）、医療の専門家として生涯にわたって自己研鑽していく能力を身につけているのか（A-4）などについて多角的に評価する。

2) 評価のタイミング

研修分野・診療科のローテーション終了時ごとに評価する。必修診療科だけでなく、選択診療科でも行う。指導医が立ち会うとは限らない場面で観察される行動や能力も評価対象となっていることから、指導医のみならず、研修医を取り巻く他の医師、さまざまな医療スタッフが評価者となることが望ましい。結果は研修管理委員会で共有されなくてはならない。また、ある研修分野・診療科から次の研修分野・診療科へ移る際には、指導医間、指導者間で評価結果を共有し、改善につなげる。

3) 記載の実際

観察期間は評価者が当該研修医に関与し始めた日から関与を終えた日までとし、記載日は実際に評価票を記載した日付とする。観察期間の最終日からできるだけ短期間で評価票を記載することが望ましい。指導医あるいは指導者としての関与の仕方によっては研修医を観察する機会がない項目もあり、そのような場合には観察機会なしのボックスにチェックする。

期待されるレベルとは、当該研修医の評価を行った時点で期待されるレベルではなく、研修を修了した研修医に到達してほしいレベルを意味している。そのため、研修途中の診療科では期待通りのレベルに到達していないことが少なくないと思われるが、研修修了時点で期待

通りのレベルにまで到達するよう指導する必要がある。評価者によって期待される到達度の解釈が少々異なる可能性もあるが、個々の評価者の判断に任せてよい。そのような場合でも、評価者が多ければ全体としての評価の信頼性、妥当性を確保できるので、可能な限り多くの評価者に記載してもらおう。また、評価の参考となった印象的なエピソードがあれば、その良し悪しにかかわらず、自由記載欄に記載する。特に「期待を大きく下回る」と評価した場合には、その評価の根拠となったエピソードを必ず記載する。

研修医評価票 Ⅰ

「A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)」に関する評価

研修医名 _____

研修分野・診療科 _____

観察者 氏名 _____ 区分 ☐医師 ☐医師以外（職種名 _____）

観察期間 _____年____月____日 ～ _____年____月____日

記載日 _____年____月____日

	レベル 1	レベル 2	レベル 3	レベル 4	観察 機会 なし
	期待を 大きく 下回る	期待を 下回る	期待 通り	期待を 大きく 上回る	
A-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。	☐	☐	☐	☐	☐
A-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。	☐	☐	☐	☐	☐
A-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。	☐	☐	☐	☐	☐
A-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。	☐	☐	☐	☐	☐

※「期待」とは、「研修修了時に期待される状態」とする。

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

II：到達目標の「B. 資質・能力」に関する評価

1) 何を評価するのか

研修医が研修修了時に修得すべき包括的な資質・能力 9 項目（32 下位項目）について評価する。研修医は日々の診療実践を通して、段階的に医師としての資質・能力を修得していく。また、項目の内容によっては、それまでにローテーションした分野・診療科が異なれば、到達度が異なる可能性が高い。また、分野・診療科の特性上、評価しやすい項目とそうでない項目があることも予測される。研修医の日々の診療活動をできる限り注意深く観察して、臨床研修中に身に付けるべき医師としての包括的な資質・能力の達成度を継続的に評価する。

2) 評価のタイミング

研修分野・診療科のローテーション終了時ごとに、指導医だけでなく、研修医に関わる様々な医療スタッフが異なった観点で評価し、分野・診療科毎の最終評価の材料として用いる。結果は研修管理委員会で共有されなくてはならない。また、現研修診療科から次の研修診療科へ移る際に指導医間、指導者間で評価結果が共有され、改善を目指して有効活用されることが望ましい。

3) 記載の実際

観察期間は評価者が関与し始めた日から関与を終えた日を記載し、記載日は実際に評価票を記載した日付とする。観察期間の最終日からできるだけ短期間で評価票を記載することが望ましい。

評価票のレベルは4段階に分かれており、

レベル1：医学部卒業時に修得しているレベル（医学教育モデル・コア・カリキュラムに規定され

ているレベル）

レベル2：研修の中途時点（1年間終了時点で習得されているべきレベル）

レベル3：研修終了時点で到達すべきレベル

レベル4：他者のモデルになり得るレベル

9つの項目について包括的にレベルをチェックする構成となっているが、項目によっては2つのレベルの中間という評価もありうるため、隣接するレベルの中間にチェックボックスが設けられている。また、評価にあたって、複数の下位項目間で評価レベルが異なる可能性がある場合は、それらを包括した評価としてチェックボックスのいずれかをチェックし、研修医にはどの下位項目がどのレベルに到達しているのかを具体的にフィードバックする。研修終了時には、すべての大項目でレベル3以上に到達できるように指導する。また、研修分野・診療科によっては観察する機会がない項目もあると考えられ、その場合にはチェックボックス「観察する機会が無かった」にチェックする。また、研修医へのフィードバックに有用と考えられるエピソードやレベル判定に強く影響を与えたエピソードがあれば、その内容をコメント欄に記載する。

図 3-2 評価表の記載例

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

研修医評価票 II

様式 19

「B. 資質・能力」に関する評価

研修医名： _____

研修分野・診療科： _____

観察者 氏名 _____ 区分 ☐医師 ☐医師以外（職種
名 _____）

観察期間 _____年____月____日 ～ _____年____月____日

記載日 _____年____月____日

レベルの説明

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

1. 医学・医療における倫理性：

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

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

2. 医学知識と問題対応能力：

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

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

3. 診療技能と患者ケア：

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

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

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

4. コミュニケーション能力：

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

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

5. チーム医療の実践：

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

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時に期待されるレベル	レベル 4
■ チーム医療の意義を説明でき、（学生として）チームの一員として診療に参加できる。 ■ 自分の限界を認識し、他の医療従事者の援助を求めることができる。 ■ チーム医療における医師の役割を説明できる。	単純な事例において、医療を提供する組織やチームの目的等を理解する。	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。	複雑な事例において、医療を提供する組織やチームの目的とチームの目的等を理解したうえで実践する。
	単純な事例において、チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。	チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。	チームの各構成員と情報を積極的に共有し、連携して最善のチーム医療を実践する。
☐	☐	☐	☐

☐ 観察する機会が無かった

コメント

6. 医療の質と安全の管理：

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

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

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

7. 社会における医療の実践：

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

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

8. 科学的探究：

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

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

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢：

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

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

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

Ⅲ：到達目標の「C. 基本的診療業務」に関する評価

1) 何を評価するのか

研修修了時に身に付けておくべき 4 つの診療場面（一般外来診療、病棟診療、初期救急 対応、地域医療）における診療能力の有無について、研修医の日々の診療行動を観察して評価する。

2) 評価のタイミング

基本的診療業務として規定されている一般外来研修、病棟研修、救急研修、地域医療研修について、それぞれの当該診療現場での評価は当然として、その他の研修分野・診療科のローテーションにおいても、本評価票（研修評価票Ⅲ）を用いて評価する。指導医に加えて、さまざまな医療スタッフが異なった観点から評価し、最終評価の評価材料として用いる。結果は研修管理委員会で共有されなくてはならない。また、研修分野・診療科を移動する際、指導医間、指導者間で評価結果が共有され、継続性をもって改善につながるよう有効活用されることが望ましい。

3) 記載の実際

観察期間は、評価者が関与し始めた日から関与を終えた日までとし、記載日は実際に評価票を記載した日付とする。観察期間の最終日からできるだけ短期間で評価票を記載することが望ましい。

評価票のレベルは 4 段階に分かれており、各基本的診療業務について、各レベルは下記のように想定しています。

レベル 1：指導医の直接監督下で遂行可能

レベル 2：指導医がすぐに対応できる状況下で遂行可能

レベル 3：ほぼ単独で遂行可能

レベル 4：後進を指導できる

研修修了時には 4 診療場面すべてについて、レベル 3 以上に到達できるよう指導を行う。

実際には診療場面の様々な要因（患者背景、疾患など）によって達成の難易度が変わるため、一様に判定することは必ずしも容易ではない。できる限り、複数の観察機会を見出し、評価を行い、評価に影響したエピソードがあれば自由記載欄に記載する。そうすることによって、評価の妥当性を高めることができる。

研修医評価票 III

「C. 基本的診療業務」に関する評価

研修医名 _____

研修分野・診療科 _____

観察者 氏名 _____ 区分 ☐ 医師 ☐ 医師以外（職種名 _____）

観察期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

レベル	レベル 1 指導医の 直接の監 督の下で できる	レベル 2 指導医が すぐに対 応できる 状況下で できる	レベル 3 ほぼ単独 でできる	レベル 4 後進を指 導できる	観察 機会 なし
C-1. 一般外来診療 頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。	☐	☐	☐	☐	☐
C-2. 病棟診療 急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全身的な診療とケアを行い、地域連携に配慮した退院調整ができる。	☐	☐	☐	☐	☐
C-3. 初期救急対応 緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。	☐	☐	☐	☐	☐
C-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。	☐	☐	☐	☐	☐

印象に残るエピソードがあれば記述して下さい。

IV：臨床研修の目標の達成度判定票

1) 目的

研修医評価票Ⅰ～Ⅲが研修医の研修の改善を目的とする形成的評価であるのに対して、この臨床研修の目標の達成度判定票は、研修医が臨床研修を終えるにあたって、臨床研修の目標を達成したかどうか（既達あるいは未達）を、プログラム責任者が記載し、各研修医の達成状況を研修管理委員会に報告することを目的とする総括的評価となる。なお、臨床研修管理委員会は、当該達成状況の報告に加え、研修を実際に行った期間や医師としての適性（安全な医療および法令・規則の遵守ができること）をも考慮して、研修修了認定の可否を評価し、管理者に報告する。第4章で後述するように研修医の修了認定は管理者が最終判断する。

2) 記載の実際

研修中、各研修分野・診療科での研修終了時に、研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲが記載され、研修管理委員会に提出されている。かなりの数に上るであろうそれらの評価票を分析し、到達目標のA.医師としての基本的価値観、B.資質・能力、C.基本的診療業務それぞれの各項目の評価がレベル3以上に到達していること（既達）を確認し、臨床研修の到達目標の達成状況を判定（既達あるいは未達）する。各項目の備考欄には、とりわけ未達の場合、その理由などを記載する。

3) 判定

全項目中1つでも未達の項目があれば最終判定は未達となり、研修修了は認められない。その場合、どの項目がどのような理由で未達となっているのか、既達になるためにはどのような条件を満たす必要があるのかを具体的に記載し、判定を行った日付を記載して、研修プログラム責任者が署名する。研修終了時に未達項目が残る可能性があると考えられた場合には、研修期間中に既達になるよう研修プログラム責任者、臨床研修管理委員会は最大限の努力をしなくてはならない。研修期間終了時に未達項目が残った場合には、管理者の最終判断により、当該研修医の研修は未修了となり、研修の延長・継続を要する。

臨床研修の目標の達成度判定票

研修医氏名： _____

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

年 月 日

〇〇プログラム・プログラム責任者 _____

外来研修における評価表は以下の評価表を使用する

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

済生会松阪総合病院

研修医 年目 研修医氏名

科別： 日時： 年 月 日

(評価)

1. 病歴聴取	U/C	1	2	3	4	5	6
2. 身体診察	U/C	1	2	3	4	5	6
3. コミュニケーション能力	U/C	1	2	3	4	5	6
4. 臨床診断	U/C	1	2	3	4	5	6
5. プロフェッショナリズム	U/C	1	2	3	4	5	6
6. マネジメント	U/C	1	2	3	4	5	6
7. 総合	U/C	1	2	3	4	5	6

※評価基準

独り立ちの段階で望まれる能力のある段階を 4 として、ボーダーラインが 3、能力が明らかにそれ以下のとき 2, 1、それ以上あるとき 5, 6 をつける

U/C は観察していなくて、コメントできない時につける (Unable to comment)

(良かった点)

.....

.....

.....

.....

.....

(改善すべき点)

.....

.....

.....

.....

.....

・臨床研修医の募集・採用・処遇について

1) 募集定員

済生会松阪初期研修 MMC プログラム 10 名（予定）

2) 募集方法

公募

3) 採用方法

個別面接会、MMC 合同面接会等（医師臨床研修マッチングを利用）

4) 処遇

・給与（支給見込）

年額：1 年次 7,200,000 円（うち賞与 1,110,364 円） 基本給 311,900 円/月

2 年次 8,200,000 円（うち賞与 1,608,180 円） 基本給 328,200 円/月

※諸手当：調整手当 70,000 円、通勤手当、時間外手当、当直手当、

危険手当、電話基本料

・住居：当院規定により住宅手当支給

・勤務時間：8:30～17:00

・休暇：年末年始休暇（12/30～1/3）、リフレッシュ休暇（1 年次：4 日、2 年次：6 日）

有給休暇（最大 20 日/年）、特別休暇（結婚、忌引等）

・健康診断：年 2 回

附 則

初 版	平成 16 年 5 月 1 日～平成 17 年 1 月 31 日（改訂）
第二版	平成 17 年 2 月 1 日～平成 19 年 1 月 31 日（改訂）
第三版	平成 19 年 2 月 1 日～平成 20 年 2 月 04 日（改訂）
第四版	平成 20 年 2 月 5 日～平成 20 年 3 月 31 日（改訂）
第五版	平成 20 年 4 月 1 日～平成 22 年 3 月 31 日（改訂）
第六版	平成 22 年 4 月 1 日～平成 24 年 3 月 31 日（改訂）
第七版	平成 24 年 4 月 1 日～平成 25 年 3 月 31 日（改定）
第八版	平成 25 年 4 月 1 日～平成 27 年 3 月 31 日（改訂）
第九版	平成 27 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日（改訂）
第十版	平成 29 年 4 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日（改訂）
第十一版	平成 30 年 4 月 1 日～平成 31 年 4 月 30 日（改訂）
第十二版	令和元年 5 月 1 日～ 令和元年 11 月 1 日～（一部改訂）
第十三版	令和元年 11 月 1 日～2021 年 4 月 30 日
第十四版	2021 年 5 月 1 日（改訂）
第十五版	2022 年 4 月 1 日（改訂）
第十六版	2022 年 9 月 28 日（改訂）
第十七版	2023 年 12 月 25 日（改訂）