

初期臨床研修 ガイドブック

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪府立急性期・総合医療センター
初期研修管理委員会

2015 年 10 月

病院の基本理念

急性期医療から高度な専門医療まで、総合力を生かして良質な医療を提供するとともに、医療人の育成と府域の医療水準の向上に貢献する。

病院の基本方針

- 安全・安心で、質の高い全人的医療を行います。
- 人の心を大切に、信頼される医療を行います。
- 政策医療・地域医療・先進医療に取り組めます。
- 自己研鑽に励み、かつ人材の育成を行います。
- 誇りの持てる病院づくりをめざします。

平成 26 年度の基本方針

5 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神医療） 4 事業（救急医療、災害医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療）について、さらなる充実を図ります。

臨床研修の理念

臨床研修は、医師としての人格を涵養し、医の倫理に基づいて患者の権利と利益を尊重すると共に、全人的に対応できるプライマリ・ケアの基本的診療能力を修得して、チーム医療を実践することができるものでなければならない。

目次

1.	臨床研修の目的	5
2.	医師としての心構え	6
	◆ ヒポクラテスの誓い	
	◆ リスボン宣言	
	◆ ヘルシンキ宣言	
	◆ 医の倫理綱領	
3.	初期臨床研修要綱	15
4.	初期研修管理委員会	18
5.	初期臨床研修指導システム（停止ルール）	20
6.	初期臨床研修医の服務規程	22
	6-1. 手術室利用規程	24
	6-2. 当直規程	25
	診療情報の管理に関する規程	32
	診療情報の管理に関する細則	43
	診療記録の記載マニュアル	48
	入院診療録の評価	61
7.	初期臨床研修医に対する安全管理体制	64
	◆ 研修医が単独で行いうる医療行為等に関する基準	
	◆ 針刺し事故への対応	
	◆ 医療安全（医療事故の対応／ヒヤリ・ハット／インシデント／アクシデント・レポート）	
	◆ 健康管理・予防接種・精神衛生管理	
8.	初期臨床研修修了判定	82
9.	初期臨床研修修了後の進路について	82
10.	初期臨床研修プログラム	83
	◆ 平成26年度プログラム	
	◆ 平成25年度研修スケジュール（最新ローテート表）	

別添

1. 採用時オリエンテーション
2. レポート提出規約（CPCレのポート含む）
3. 文献入手方法
4. 電子臨床教科書Up To Dateのご案内
5. CPC実績一覧表
6. 時間外救急勉強会
7. モーニングセミナー（平成25年度）
8. 医学教育用シミュレーター・ビデオ
9. 指導医一覧
10. 初期研修管理委員会名簿

1. 臨床研修の目的

臨床研修の目的とするところは、臨床研修の理念と到達目標の達成を念頭に置き、

第1に、適切な指導医のもとで、プライマリ・ケアへの理解を深め、患者の健康上の問題解決に必要な幅広い知識を修得し、患者を全人的に診ることができる臨床能力を培うとともに、医学の進歩に対応して自らの診療能力を開発できる基礎を養うことにあります。

第2に、医療における人間関係、とくに医師と患者との関係についての理解を深め、併せて医の倫理を体得して、医師としての資質の向上を図ることにあります。

2. 医師としての心構え

ヒポクラテスの誓詞 (Oath of Hippocrates)

- 1、医の実践を許された私は、全生涯を人道に捧げる。
- 1、恩師に尊敬と感謝をささげる。
- 1、良心と威厳をもって医を実践する。
- 1、患者の健康と生命を第一とする。
- 1、患者の秘密を厳守する。
- 1、医業の名誉と尊い伝統を保持する。
- 1、同僚は兄弟とみなし、人種、宗教、国籍、社会的地位の如何によって、患者を差別しない。
- 1、人間の生命を受胎のはじめより至上のものとして尊ぶ。
- 1、いかなる強圧にあうとも人道に反した目的のために、我が知識を悪用しない。

以上は自由意志により、また名誉にかけて厳粛に誓うものである。

患者の権利に関するWMAリスボン宣言

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

1995年9月、インドネシア、バリ島における第47回WMA総会で修正

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

序文

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

原則

1. 良質の医療を受ける権利

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

2. 選択の自由の権利

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

3. 自己決定の権利

- a. 患者は、自分自身に関わる自由な決定を行うための自己決定の権利を有する。医師は、患者に対してその決定のもたらす結果を知らせるものとする。
- b. 精神的に判断能力のある成人患者は、いかなる診断上の手続きないし治療に対しても、

同意を与えるかまたは差し控える権利を有する。患者は自分自身の決定を行ううえで必要とされる情報を得る権利を有する。患者は、検査ないし治療の目的、その結果が意味すること、そして同意を差し控えることの意味について明確に理解するべきである。

- c. 患者は医学研究あるいは医学教育に参加することを拒絶する権利を有する。

4. 意識のない患者

- a. 患者が意識不明かその他の理由で意思を表明できない場合は、法律上の権限を有する代理人から、可能な限りインフォームド・コンセントを得なければならない。
- b. 法律上の権限を有する代理人がおらず、患者に対する医学的侵襲が緊急に必要とされる場合は、患者の同意があるものと推定する。ただし、その患者の事前の確固たる意思表示あるいは信念に基づいて、その状況における医学的侵襲に対し同意を拒絶することが明白かつ疑いのない場合を除く。
- c. しかしながら、医師は自殺企図により意識を失っている患者の生命を救うよう常に努力すべきである。

5. 法的無能力の患者

- a. 患者が未成年者あるいは法的無能力者の場合、法域によっては、法律上の権限を有する代理人の同意が必要とされる。それでもなお、患者の能力が許す限り、患者は意思決定に関与しなければならない。
- b. 法的無能力の患者が合理的な判断をしうる場合、その意思決定は尊重されねばならず、かつ患者は法律上の権限を有する代理人に対する情報の開示を禁止する権利を有する。
- c. 患者の代理人で法律上の権限を有する者、あるいは患者から権限を与えられた者が、医師の立場から見て、患者の最善の利益となる治療を禁止する場合、医師はその決定に対して、関係する法的あるいはその他慣例に基づき、異議を申し立てるべきである。救急を要する場合、医師は患者の最善の利益に即して行動することを要する。

6. 患者の意思に反する処置

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

7. 情報に対する権利

- a. 患者は、いかなる医療上の記録であろうと、そこに記載されている自己の情報を受ける権利を有し、また症状についての医学的事実を含む健康状態に関して十分な説明を受ける権利を有する。しかしながら、患者の記録に含まれる第三者についての機密情報は、その者の同意なくしては患者に与えてはならない。
- b. 例外的に、情報が患者自身の生命あるいは健康に著しい危険をもたらす恐れがあると信ずるべき十分な理由がある場合は、その情報を患者に対して与えなくともよい。
- c. 情報は、その患者の文化に適した方法で、かつ患者が理解できる方法で与えられなければならない。
- d. 患者は、他人の生命の保護に必要とされていない場合に限り、その明確な要求に基づき情報を知らされない権利を有する。
- e. 患者は、必要があれば自分に代わって情報を受ける人を選択する権利を有する。

8. 守秘義務に対する権利

- a. 患者の健康状態、症状、診断、予後および治療について個人を特定しうるあらゆる情報、ならびにその他個人のすべての情報は、患者の死後も秘密が守られなければならない。ただし、患者の子孫には、自らの健康上のリスクに関わる情報を得る権利もありうる。
- b. 秘密情報は、患者が明確な同意を与えるか、あるいは法律に明確に規定されている場合に限り開示することができる。情報は、患者が明らかに同意を与えていない場合は、厳密に「知る必要性」に基づいてのみ、他の医療提供者に開示することができる。
- c. 個人を特定しうるあらゆる患者のデータは保護されねばならない。データの保護のために、その保管形態は適切になされなければならない。個人を特定しうるデータが導き出せるようなその人の人体を形成する物質も同様に保護されねばならない。

9. 健康教育を受ける権利

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

10. 尊厳に対する権利

- a. 患者は、その文化および価値観を尊重されるように、その尊厳とプライバシーを守る権利は、医療と医学教育の場において常に尊重されるものとする。
- b. 患者は、最新の医学知識に基づき苦痛を緩和される権利を有する。
- c. 患者は、人間的な終末期ケアを受ける権利を有し、またできる限り尊厳を保ち、かつ安楽に死を迎えるためのあらゆる可能な助力を与えられる権利を有する。

11. 宗教的支援に対する権利

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

日本医師会ホームページ <http://www.med.or.jp/>

Copyright (C) Japan Medical Association.

All rights reserved.



ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則

「ヘルシンキ宣言」

- 1964年6月、フィンランド、ヘルシンキの第18回WMA総会で採択
- 1975年10月、東京の第29回WMA総会で修正
- 1983年10月、イタリア、ベニスの第35回WMA総会で修正
- 1989年9月、香港、九龍の第41回WMA総会で修正
- 1996年10月、南アフリカ共和国、サマーセットウエストの第48回WMA総会で修正
- 2000年10月、英国、エジンバラの第52回WMA総会で修正
- 2002年10月、米国、WMAワシントン総会で第29項目明確化のための注釈が追加
- 2004年10月、WMA東京総会で第30項目明確化のための注釈が追加

A. 序言

1. 世界医師会は、ヒトを対象とする医学研究に関わる医師、その他の関係者に対する指針を示す倫理的原則として、ヘルシンキ宣言を発展させてきた。ヒトを対象とする医学研究には、個人を特定できるヒト由来の材料および個人を特定できるデータの研究を含む。
2. 人類の健康を向上させ、守ることは、医師の責務である。医師の知識と良心は、この責務達成のために捧げられる。
3. 世界医師会のジュネーブ宣言は、「私の患者の健康を私の第一の関心事とする」ことを医師に義務づけ、また医の国際倫理綱領は、「医師は患者の身体的および精神的な状態を弱める影響をもつ可能性のある医療に際しては、患者の利益のためにのみ行動すべきである」と宣言している。
4. 医学の進歩は、最終的にはヒトを対象とする試験に一部依存せざるをえない研究に基づく。
5. ヒトを対象とする医学研究においては、被験者の福利に対する配慮が科学的小および社会的利益よりも優先されなければならない。
6. ヒトを対象とする医学研究の第一の目的は、予防、診断および治療方法の改善ならびに疾病原因および病理の理解の向上にある。最善であると証明された予防、診断および治療方法であっても、その有効性、効果、利用しやすさおよび質に関する研究を通じて、絶えず再検証されなければならない。
7. 現在行われている医療や医学研究においては、ほとんどの予防、診断および治療方法に危険と負担が伴う。
8. 医学研究は、すべての人間に対する尊敬を深め、その健康と権利を擁護する倫理基準に従わなければならない。弱い立場にあり、特別な保護を必要とする研究対象集団もある。経済的小および医学的に不利な立場の人々が有する特別なニーズを認識する必要がある。また、自ら同意することができないかまたは拒否することができない人々、強制下で同意を求められるおそれのある人々、研究からは個人的に利益を得られない人々およびその研究が自分の治療と結びついている人々に対しても、特別な注意が必要である。
9. 研究者は、適用される国際的規制はもとより、ヒトを対象とする研究に関する自国の倫理、法および規制上の要請も知らなければならない。いかなる自国の倫理、法および規制上の要請も、この宣言が示す被験者に対する保護を弱め、無視することが許されてはならない。

B. すべての医学研究のための基本原則

10. 被験者の生命、健康、プライバシーおよび尊厳を守ることは、医学研究に携わる医師の責務である。
11. ヒトを対象とする医学研究は、一般的に受け入れられた科学的原則に従い、科学的文献の十分な知識、他の関連した情報源および十分な実験ならびに適切な場合には動物実験に基づかなければならない。
12. 環境に影響を及ぼすおそれのある研究を実施する際の取扱いには十分な配慮が必要であり、また研究に使用される動物の生活環境も配慮されなければならない。
13. すべてのヒトを対象とする実験手続の計画と作業内容は、実験計画書の中に明示されていなければならない。この計画書は、考察、論評、助言、および適切な場合には、承認を得るために特別に指名された倫理審査委員会に提出されなければならない。この委員会は、研究者、スポンサーおよびそれ以外の不適当な影響を及ぼすすべてのものから独立であることを要する。この独立した委員会は、研究が行われる国の法律および規制に適合していなければならない。委員会は進行中の実験をモニタリングする権利を有する。研究者は委員会に対し、モニタリングによる情報、特にすべての重篤な有害事象について情報を報告する義務がある。研究者は、資金提供、スポンサー、研究関連組織との関わり、その他起こりうる利害の衝突および被験者に対する報奨についても、審査のために委員会に報告しなければならない。
14. 研究計画書は、必ず倫理的配慮に関する言明を含み、またこの宣言が言明する諸原則に従っていることを明示しなければならない。
15. ヒトを対象とする医学研究は、科学的な資格のある人によって、臨床的に有能な医療担当者の監督下においてのみ行われなければならない。被験者に対する責任は、常に医学的に資格のある人に所在し、被験者が同意を与えた場合でも、決してその被験者にはない。
16. ヒトを対象とするすべての医学研究プロジェクトは、被験者または第三者に対する予想しうる危険および負担を、予見可能な利益と比較する注意深い評価が事前に行われていなければならない。このことは医学研究における健康なボランティアの参加を排除しない。すべての研究計画は一般に公開されていなければならない。
17. 医師は、内在する危険が十分に評価され、しかもその危険を適切に管理できることが確信できない場合には、ヒトを対象とする医学研究に従事することを控えるべきである。医師は、利益よりも潜在する危険が高いと判断される場合、または有効かつ利益のある結果の決定的証拠が得られた場合には、すべての実験を中止しなければならない。
18. ヒトを対象とする医学研究は、その目的の重要性が研究に伴う被験者の危険と負担にまさる場合にのみ行われるべきである。これは、被験者が健康なボランティアである場合は特に重要である。
19. 医学研究は、研究が行われる対象集団が、その研究の結果から利益を得られる相当な可能性がある場合にのみ正当とされる。
20. 被験者はボランティアであり、かつ十分説明を受けたうえでその研究プロジェクトに参加するものであることを要する。
21. 被験者の完全無欠性を守る権利は常に尊重されることを要する。被験者のプライバシー、患者情報の機密性に対する注意および被験者の身体的、精神的完全無欠性およびその人格に関する研究の影響を最小限にとどめるために、あらゆる予防手段が講じられなければならない。

22. ヒトを対象とする研究はすべて、それぞれの被験予定者に対して、目的、方法、資金源、起こりうる利害の衝突、研究者の関連組織との関わり、研究に参加することにより期待される利益および起こりうる危険ならびに必然的に伴う不快な状態について十分な説明がなされなければならない。対象者はいつでも報復なしに、この研究への参加を取りやめ、または参加の同意を撤回する権利を有することを知らされなければならない。対象者がこの情報を理解したことを確認したうえで、医師は対象者の自由意志によるインフォームド・コンセントを、望ましくは文書で得なければならない。文書による同意を得ることができない場合には、その同意は正式な文書に記録され、証人によって証明されることを要する。
23. 医師は、研究プロジェクトに関してインフォームド・コンセントを得る場合には、被験者が医師に依存した関係にあるか否か、または強制の下に同意するおそれがあるか否かについて、特に注意を払わなければならない。もしそのようなことがある場合には、インフォームド・コンセントは、よく内容を知り、その研究に従事しておらず、かつそうした関係からまったく独立した医師によって取得されなければならない。
24. 法的無能力者、身体的もしくは精神的に同意ができない者、または法的に無能力な未成年者を研究対象とするときには、研究者は適用法の下で法的な資格のある代理人からインフォームド・コンセントを取得することを要する。これらのグループは、研究がグループ全体の健康を増進させるのに必要であり、かつこの研究が法的能力者では代替して行うことが不可能である場合に限って、研究対象に含めることができる。
25. 未成年者のように法的に無能力であるとみられる被験者が、研究参加についての決定に賛意を表することができる場合には、研究者は、法的な資格のある代理人からの同意のほか、さらに未成年者の賛意を得ることを要する。
26. 代理人の同意または事前の同意を含めて、同意を得ることができない個人被験者を対象とした研究は、インフォームド・コンセントの取得を妨げる身体的／精神的状況がその対象集団の必然的な特徴であるとすれば、その場合に限って行わなければならない。実験計画書の中には、審査委員会の検討と承認を得るために、インフォームド・コンセントを与えることができない状態にある被験者を対象にする明確な理由が述べられていなければならない。その計画書には、本人あるいは法的な資格のある代理人から、引き続き研究に参加する同意をできるだけ早く得ることが明示されていなければならない。
27. 著者および発行者は倫理的な義務を負っている。研究結果の刊行に際し、研究者は結果の正確さを保つよう義務づけられている。ネガティブな結果もポジティブな結果と同様に、刊行または他の方法で公表利用されなければならない。この刊行物中には、資金提供の財源、関連組織との関わりおよび可能性のあるすべての利害関係の衝突が明示されていなければならない。この宣言が策定した原則に沿わない実験報告書は、公刊のために受理されてはならない。

C. メディカル・ケアと結びついた医学研究のための追加原則

28. 医師が医学研究を治療と結びつけることができるのは、その研究が予防、診断または治療上価値がありうるとして正当であるとされる範囲に限られる。医学研究が治療と結びつく場合には、被験者である患者を守るためにさらなる基準が適用される。
29. 新しい方法の利益、危険、負担および有効性は、現在最善とされている予防、診断および治療方法と比較考量されなければならない。ただし、証明された予防、診断および治療方法が存在しない場合の研究において、プラセボまたは治療しないことを選択を排除するものではない。
30. 研究終了後、研究に参加したすべての患者は、その研究によって最善と証明された予

防、診断および治療方法を利用できることが保障されなければならない。

31. 医師は治療のどの部分が研究に関連しているかを患者に十分説明しなければならない。患者の研究参加の拒否が、患者と医師の関係を断じて妨げるべきではない。
32. 患者治療の際に、証明された予防、診断および治療方法が存在しないときまたは効果がないとされているときに、その患者からインフォームド・コンセントを得た医師は、まだ証明されていないかまたは新しい予防、診断および治療方法が、生命を救う、健康を回復する、あるいは苦痛を緩和する望みがあると判断した場合には、それらの方法を利用する自由があるというべきである。可能であれば、これらの方法は、その安全性と有効性を評価するために計画された研究の対象とされるべきである。すべての例において、新しい情報は記録され、また適切な場合には、刊行されなければならない。この宣言の他の関連するガイドラインは、この項においても遵守されなければならない。

*脚注：

WMA ヘルシンキ宣言第 29 項目明確化のための注釈

WMA はここに、プラセボ対照試験を行う際には最大限の注意が必要であり、また一般にこの方法は既存の証明された治療法がないときに限って利用するべきであるという立場を改めて表明する。しかしながら、プラセボ対照試験は、たとえ証明された治療法が存在するときであっても、以下の条件のもとでは倫理的に行ってよいとされる。・やむを得ず、また科学的に正しいという方法論的理由により、それを行うことが予防、診断または治療方法の効率性もしくは安全性を決定するために必要である場合。・予防、診断、または治療方法を軽い症状に対して調査しているときで、プラセボを受ける患者に深刻または非可逆的な損害という追加的リスクが決して生じないであろうと考えられる場合。ヘルシンキ宣言の他のすべての項目、特に適切な倫理、科学審査の必要性は順守されなければならない。

WMA ヘルシンキ宣言第 30 項目明確化のための注釈

WMA はここに次の見解を再確認する。すなわち、研究参加者が研究によって有益と確認された予防、診断および治療方法、または他の適切な治療を試験終了後に利用できることは、研究の計画過程において明確にされていることが必要である。試験後の利用に関する取決めまたはその他の治療については、倫理審査委員会が審査過程でその取決めを検討できるよう、実験計画書に記載されなければならない。

日本医師会ホームページ <http://www.med.or.jp/>

Copyright (C) Japan Medical Association.

All rights reserved.



医の倫理綱領

医学および医療は、病める人の治療はもとより、
人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、
医師は責任の重大性を認識し、
人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

社団法人 日本医師会

3. 初期臨床研修要綱

大阪府立急性期・総合医療センター 初期臨床研修要綱

(総則)

第1条 この要綱は、大阪府立急性期・総合医療センター（以下「センター」という）において初期臨床研修（以下「臨床研修」という）を行う医師（以下「研修医」という）の研修について必要な事項を定める。

(研修の種別)

第2条 センターにおいて行う臨床研修は、医師法第16条の2第1項に規定する研修で、医師免許取得後2年以内のものについて行う研修をいう。なお、医師免許取得後2年以上の者は「後期臨床研修医（レジデント）」として将来専攻しようとする診療に関する知識及び技能の向上を目的として各科ごとに研修を行うものとする。

(組織・運営)

第3条 臨床研修を効果的に実施するため、センター内に初期研修管理委員会（以下「研修委員会」という）を設置する。

2. 研修委員会の組織及び運営に関する事項は、別に定める。

(研修の申込)

第4条 研修を受けようとする者は、研修申込書（別紙様式1）に次に掲げる書類を添えて、所定の期日までに院長に提出しなければならない。

ア. 履歴書（別紙様式2）

イ. 医師免許証の写、又は大学卒業見込証明書

ウ. 大学成績証明書

(研修医の採用)

第5条 研修医の採用は、センターの採用試験の結果を受けて医師臨床研修マッチング協議会の行なう研修医マッチングに参加し、マッチした者に関して院長が決定し、申込者に通知する。

2. 前項の決定を受け、研修医として採用された者は、誓約書（別紙様式3）を院長に提出しなければならない。

(研修計画)

第6条 研修計画は、プログラム責任者の企画立案を受けて研修委員会において定める。

(プログラム責任者・副プログラム責任者)

第7条 センターに臨床研修プログラムの総括者として、プログラム責任者を置く。

2. プログラム責任者は、院長が指名する。

3. プログラム責任者は、研修委員会委員長及び研修実施責任者を兼務する。

4. プログラム責任者は、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. プログラム責任書の業務を補佐する副プログラム責任者を若干名置く。

(研修実施責任者)

第8条 センター、協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設において、当該施設における臨床研修の実施を管理する者をいう。

2. センターの研修実施責任者はプログラム責任者を兼務する。
3. 研修委員会の構成員となる。

(臨床研修指導医)

第9条 研修医の臨床指導を行うため、各診療科に臨床研修指導医（以下「指導医」という）を置く。

2. 指導医は、7年以上の臨床経験を有する者であって、プライマリ・ケアを中心とした指導を行うことのできる経験及び能力を有している者の中から院長が指名する。
3. 各専門学会の専門医または認定医の教育施設として認定されている診療科における臨床研修については、各学会の指定する指導者等をもってこれに充てることができる。
4. 指導医は、担当する分野における研修期間中、研修医ごとに臨床研修の目標の達成状況を把握し、研修医に対する指導を行い、担当する分野における研修期間の終了後に、研修医の評価をプログラム責任者に報告する。
5. 指導医は、プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会を受講していることとする。

(研修の期間)

第10条 臨床研修の期間は2年を限度とする。ただし、研修契約は1年ごとに更新する。

(研修医の服務)

第11条 研修医は、診療に関する知識及び技能の実施に錬磨し、臨床医学の基礎を修めるとともに、医の倫理を体得して、医師としての資質の向上を図るように努めなければならない。

2. 研修医は別に定める「臨床研修医の服務規程」を遵守しなければならない。

(研修医の責任と義務)

第12条 研修医の責任と義務は大阪府立病院機構職員に準ずる。

(研修医の所属)

第13条 研修医は、それぞれの診療科に所属して研修を行うものとする。

(研修医の身分等)

第14条 研修医の身分は、非常勤嘱託員とする。

2. 研修医の報酬は、別に定める。
3. 社会保険は、健康保険、厚生年金保険および労働者災害補償保険を適用する。

(研修医の代表者)

第15条 研修医には、各年次ごとに1名ずつ代表者を置く。

2. 代表者の決定については、研修医に互選させることとし、任期は1年とする。
3. 2年次の代表者は、研修委員会に出席しなければならない。やむを得ず、出席できない

場合は代理人をたてることができる。

4. 代表者はその他の安全管理上の委員会に必要時出席しなければならない。

(研修医の当直勤務)

第 16 条 研修医は別に定める指導医の指示の下での当直勤務に服さなければならない。

(研修医が行える医療行為等)

第 17 条 研修医は、別に定める医療行為・医療記事記載・指示の規定に基づき、診療を行う。

2. 研修医は院内の委員会に委員長の許可を得た後、参加または傍聴することができる。ただし、不適当な行為を認めた場合、委員長は退席を命じることができる。

(研修の修了判定および証明、未修了)

第 18 条 研修医が第 2 条に定める臨床研修を修了した時、研修委員会において評価を行い、修了基準を満たしたと判定された場合、研修修了証明書を交付する。

2. 修了基準を満たしていないと判定された場合、研修委員会は、未修了と判定した研修医に対して臨床研修未修了理由書を交付しなければならない。

3. 未修了とした研修医は、原則として引き続き同一の研修プログラムで研修を継続することとし、研修委員会は、修了基準を満たすための履修計画表を近畿厚生局あてに送付しなければならない。

(研修の中断)

第 19 条 研修委員会が研修医として不適格と認めた場合、あるいは健康上の理由その他で研修継続が困難と認めた場合、院長は、研修期間中といえども研修を中断することを勧告することができる。その場合、当該研修医の求めに応じて、定められた様式で臨床研修中断証を交付する。

(研修修了後の進路)

第 20 条 研修医は、研修修了後の後期臨床研修先を自由に選択する権利がある。

2. 当センターで引き続き研修を希望する場合は、後期臨床研修医採用の院内規定に従う。

(弁償)

第 21 条 研修医は、故意または重大な過失によりセンターに損害を与えた時は、その弁償の責任を負わなければならない。

(その他)

第 22 条 この要綱に定めるものの他、必要な事項は院長が別に定める。

附則：この要綱は、昭和 53 年 4 月 1 日から施行する。

中略

附則：この改正要綱は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

附則：この改正要綱は、平成 20 年 9 月 1 日から施行する。

4. 初期研修管理委員会

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
大阪府立急性期・総合医療センター

初期研修管理委員会設置要綱

(設置)

第1条 当院における臨床研修医制度（医科及び歯科）の充実と合理的かつ効果的な運営を図るとともに、臨床研修医教育の向上と発展に資することを目的として、大阪府立急性期・総合医療センター初期研修管理委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(職務)

第2条 委員会は、院長の諮問に応じて次に掲げる臨床研修医教育に関する基本的事項について調査、審議し、院長に答申を行うほか、必要に応じて意見具申を行うものとする。

- (1) 臨床研修プログラムの運用に関する事項
- (2) 臨床研修プログラムの作成・変更に関する事項
- (3) 臨床研修医の教育指導及び管理体制に関する事項
- (4) プログラム責任者及び指導医の選任に関する事項
- (5) 臨床研修医の募集及び選考に関する事項
- (6) 臨床研修医の服務及び勤務条件に関する事項
- (7) 臨床研修医の研修中断及び修了の評価に関する事項
- (8) その他臨床研修に関する事項

(組織)

第3条 委員会は、以下の者を含む委員をもって構成する。

- (1) 院長又はこれに準ずる者
- (2) 事務局長又はこれに準ずる者
- (3) プログラム責任者：研修プログラムごとに1人配置する
- (4) 内科系診療科長又はこれに準ずる者
- (5) 外科系診療科長又はこれに準ずる者
- (6) 救急診療科長又はこれに準ずる者
- (7) 麻酔科診療科長又はこれに準ずる者
- (8) 小児科診療科長又はこれに準ずる者
- (9) 産婦人科診療科長又はこれに準ずる者
- (10) 精神科診療科長又はこれに準ずる者
- (11) 臨床研修協力施設の研修実施責任者
- (12) 歯科口腔外科診療科長又はこれに準ずる者
- (13) 看護部門の責任者又はこれに準ずる者
- (14) コ・メディカル部門の責任者又はこれに準ずる者
- (15) 臨床研修協力施設以外に所属する医師、地元医師会を代表する者、有識者

(16) 臨床研修医の代表者

(17) その他院長の必要と認める者

2 委員は、医務局、看護部、医療技術部及び事務局の職員のうちから院長が任命する。

3 委員の任期は、1年とする。ただし、再任を妨げない。

4 補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長及び副委員長)

第4条 委員会に委員長及び副委員長を置き、委員のうちから院長が任命する。

2 委員長は、会議の議長となって会務を総括する。

3 副委員長は委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、会務を代行する。

(会議)

第5条 委員会は、委員長が招集する。

2 委員会の会議は、必要のつど開催する。

3 委員会は、委員の2分の1以上が出席しなければ会議を開催することができない。

4 委員会の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

5 委員長が必要があると認めるときは、関係者あるいは研修医の代表の出席を求め、意見を徴することができる。

(庶務)

第6条 会議の庶務は、事務局総務・人事グループにおいて処理する。

(雑則)

第7条 この要綱に定めるもののほか、会議の運営に関し必要な事項は、委員長が別に定める。

附則

1 この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

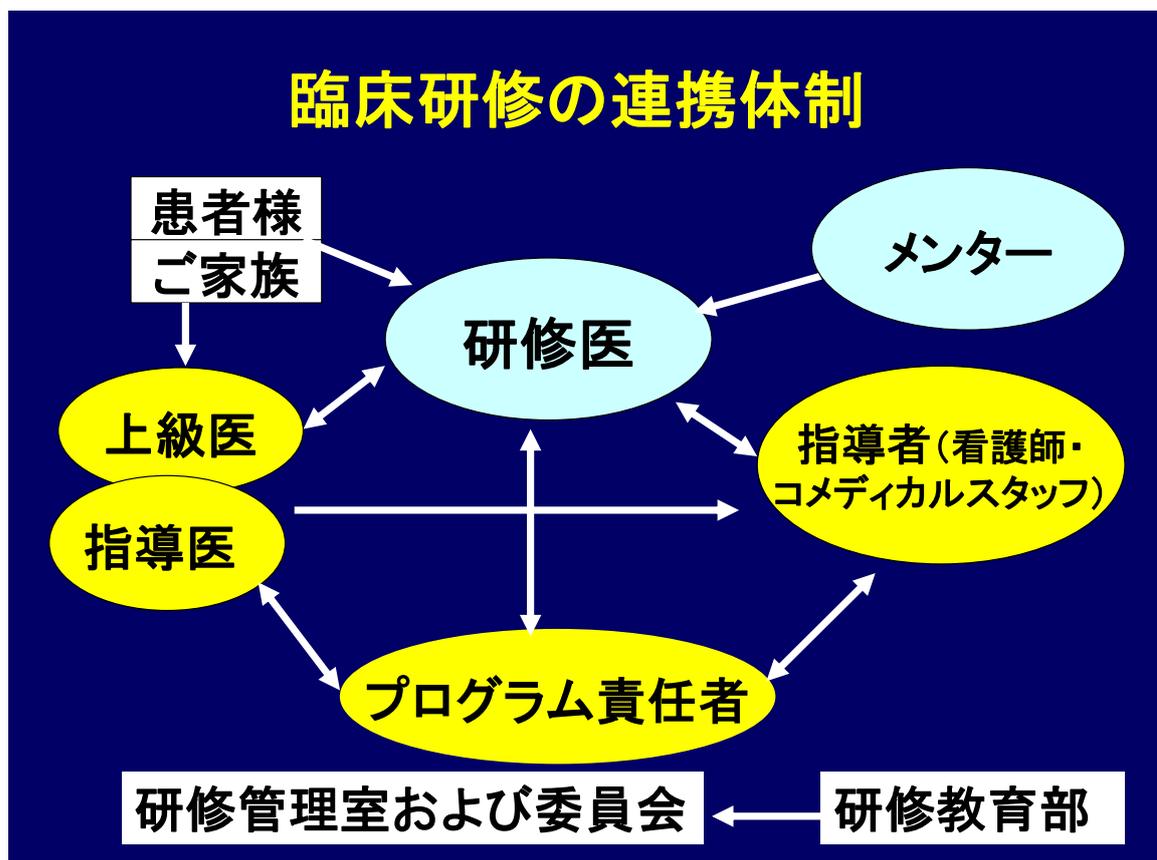
2 大阪府立病院臨床研修医委員会規程、大阪府立病院臨床研修カリキュラム委員会規程は廃止する。

3 この改正要綱は、平成20年4月1日から施行する。

4 この改正要綱は、平成20年9月1日から施行する。

5. 初期臨床研修指導システム

当センターは30診療科の連携プレーによる全人的医療の実践が可能で、臨床経験7年以上の指導医数は平成22年5月現在111名を数え、十分に適切な指導体制を構築している。指導医は研修医を直接指導する一方、「屋根瓦方式」で上級医が研修医を直接指導するのを監督する。指導医あるいは上級医不在時には、各診療科単位でサポートする。研修医には自信を持って、挑戦意欲を高めるための、さまざまなメンタル支援を行う「メンター」が割り当てられていて、プログラム責任者ととも研修生活を支える。



休日・夜間の当直における指導体制については、指導医又は上級医とともに、2人以上で行うことが原則であり、対応困難なケースにおいてはオンコール体制が確保されている。

当センターの基本的な評価システムは、EXCEL で作成された評価表を院内メールでやり取りする方法である。ローテイト科の修了時毎に、評価表を用いて形成的評価を行う。まず研修管理室より研修医へ自己評価表が配布される。自己評価表が返送されると、今度はそれを指導医及び看護師長と臨床検査技師長へメールする。返送された両者の指導者評価表を研修管理室で積み重ねていくと、研修2年目修了時には複数診療科の評価表を積み重ねた一つの最終評価表ができる。

この最終評価表(レポート必須32を含む)、オリエンテーション、モーニングセミナー、時間外救急勉強会、接遇研修会、医療安全講習会、院内感染対策講習会、研修終了時発表会、退院サマリー完成率、および定められた研修期間と医師としての適正を総合判断して、研修管理委員会で修了判定される。

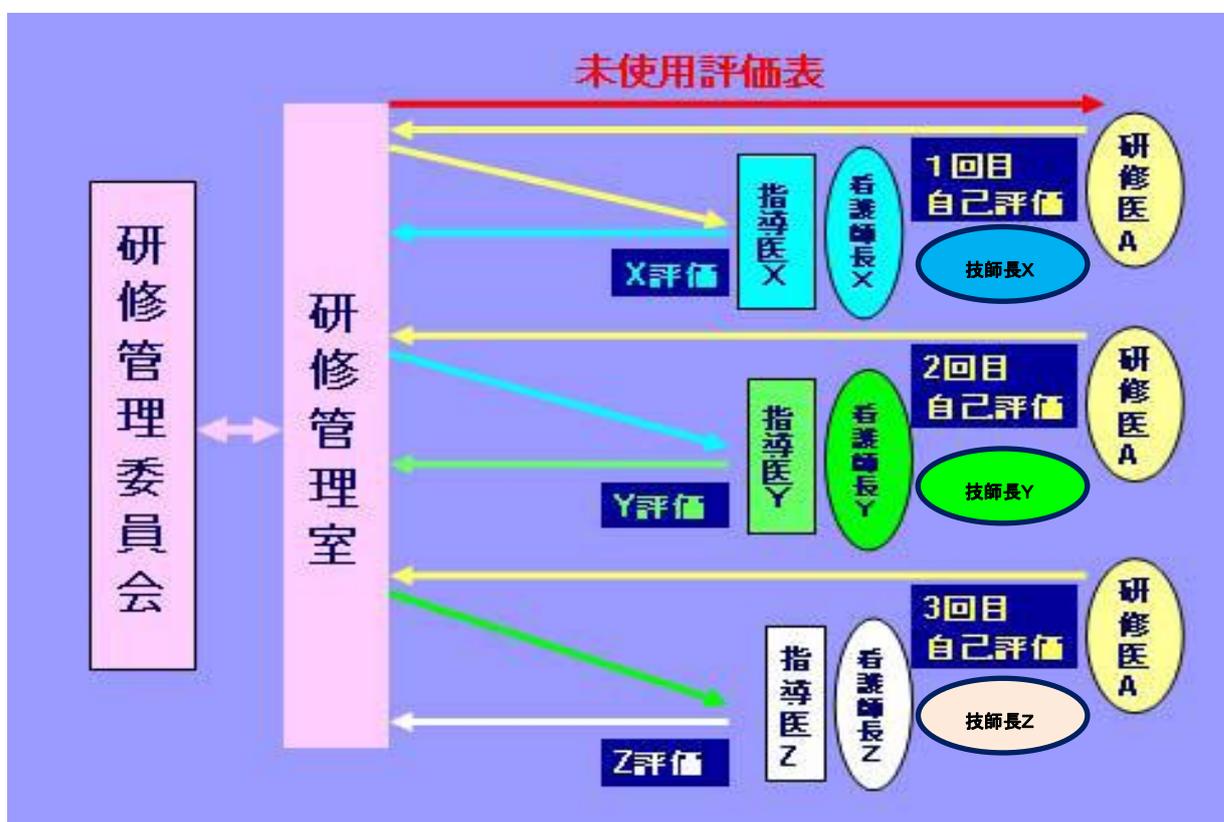
注意:「停止ルール」

1. 患者退院後1カ月以上経過した未整理カルテ所有の医師に対し

- ①一切の学会および研究会/研修会の発表及び出席を認めない。
- ②新入院/再入院患者の主治医/担当医になることを認めない。
- ③研修医は次の診療科へのローテイトを認めない。

2. 既定のレポート・自己評価表未提出の研修医に対し

ローテイト診療科にて経験可能な症例一覧表が各ローテイト毎に、院内メールで送られる。ローテイト毎に該当症例レポートを、2年次は2項目以上、1年次は1項目以上完成し、研修管理室へ提出する。期限は、次期ローテイト移行月の前月平日最終日の前日16時。提出ない場合は次のローテイト先に進めず、提出あるまでその期間は未研修となる。自己評価表も同様である。



6. 初期臨床研修医の服務規程

初期臨床研修医の服務規程

1. 初期臨床研修を行う医師（以下研修医）は医師としての責任と義務のもとに、大阪府立急性期・総合医療センター（以下「センター」という）の行う医療業務に従事し、臨床医に必要な知識と経験を深め、併せて医師としての資質の向上に努めなければならない。
2. 研修医は法令及びセンターの規則を遵守するとともに、研修実施責任者および臨床研修指導医（以下「指導医」という）の指示に従わなければならない。
3. 研修医は指導医の立ち会いあるいは指示の下、担当医として医療行為を行うことができる。
4. 研修医は指導医等との連携を行うことが不可欠で、診療上の責任の一端を担う。
5. 研修医は労働基準法に従う一方、教育を受ける研修医として診療に従事する二面性を有するが、医の倫理を最優先しなければならない。
6. 研修医は自らの健康状態に注意して、特に当直勤務及び当直明け勤務で過重勤務と思われる場合、診療科長及び指導医・上級医に連絡しておく。プログラム責任者は診療科長からの連絡を受けて、過重労働への配慮を行う。
7. 研修医はセンターの信用あるいは名誉を傷つけるような行為をしてはならない。

8. 研修医はセンターの秩序または風紀を乱すような行為をしてはならない。
医師としての品位を保ち、容姿・言動・行動を正さなければならない。
9. 研修医は研修期間中、医師法第 16 条の 3の規定に従い、臨床研修に専念し、
資質の向上に努め、研修期間中はアルバイト診療等の行為を行ってはなら
ない。
10. 研修医は刑法第 134 条の規定に従い、職務上知り得た秘密を漏らしては
ならないし、その職務を退いた後も同様とする（守秘義務）。
11. 研修医は天災地変その他非常災害が発生した時、または発生の恐れがあ
る時においては、研修実施責任者の指揮に従い服務しなければならない。
12. 研修医が上記の服務規程に違反した行為をとった場合、院長は研修医と
しての研修契約を破棄することがある。

附則：この規程は昭和 53 年 4 月 1 日から施行する。

附則：この改正規定は平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

附則：この改正規定は平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

6-1 手術室利用規程

○ 手術患者および医療従事者の安全を最優先にすること。

1 コミュニケーション

- ・外科医、麻酔科医、看護師、コメディカルとのコミュニケーションを大切にすること。
- ・チーム医療の重要な役割を担っていることを自覚すること。
- ・担当症例については上級医と相談すること。
- ・タイムアウト、手術開始終了時間、出血量の報告を受けた際には、必ずレスポンスすること。

2 時間の厳守

- ・麻酔科研修医は麻酔準備後、朝8時からの症例カンファレンスに遅れることなく出席すること。
- ・術後症例カンファレンスに遅れないこと。
- ・所用で遅刻する場合は、あらかじめ麻酔科当直医やその日のライターに連絡すること。
- ・外科担当研修医は、患者入室と同時に手術室に入室すること。
- ・PHS は常時携帯すること。

3 体調管理

- ・日頃から体調管理を心がけ、うがい手洗いを心がけること。
- ・朝食はしっかりとること。
- ・前日の暴飲暴食は慎むこと。
- ・調子の悪いときは、その日のライター（責任者）に伝え無理をしないこと。

4 知識の獲得

- ・問題症例や重症度の高い症例、珍しい症例を担当した場合は、チャンスと心得その病態をさらに深めるために関連書籍を読むこと。
- ・麻酔科領域で使用する薬剤や医療ガスを熟知すること。
- ・何かアクションを起こすときは必ず理由がある、その理由を認識すること。

5 整理・整頓

- ・麻酔器の上や周りのごみの片付け、物品の整理整頓を心がけること。
- ・ごみは分別して捨てること。

6 感染対策

- ・手術室用下着（ブルー着）に着替えて、帽子マスク着用して手術室に入室すること。
- ・患者と己を守るためにものと心得ること。
- ・清潔・不潔のけじめをつけること。
- ・マキシマムバリアプレコーションを実践すること。
- ・手洗いを励行すること。

7 麻薬管理

- ・麻薬管理マニュアルを熟知すること。

6-2 当直規程

※研修医に関する事項は斜字体で区別した

大阪府立急性期・総合医療センター時間外診療要領

大阪府立急性期・総合医療センター当直規定（以下「当直規定」という。）に規定する医務当直員の診療業務等については、次のとおりとする。

(時間外診療医の構成)

1. 時間外診療に従事する医師の構成は次のとおりとする。

時間外診療は原則として当直規定による医務当直員が他部門当直員との協力の下におこなうものとするが、必要がある場合は、臨時医務当直員及びオン・コール医がこれに加わるものとする。

(1) 医務当直員

当直規定による医務当直員は、院長が指定した診療科に所属する医師（非常勤医師を含む）が診療にあたり、大阪府立急性期・総合医療センター臨床研修要綱による担当研修医を指導する。

(2) 臨時医務当直員

臨時医務当直員は入院患者の診療のため、診療科部長が必要と判断した場合、臨時に当直するもので、原則として患者の主治医がこれにあたる。また臨時医務当直員は氏名及び所属診療科名を医務当直総括医に連絡するものとする。

(3) オン・コール医

当直医を設けていない診療科は科ごとにオン・コール体制を定め、当直医から協力依頼があった場合は直ちにこれに応じるものとする。

(当直の種類および勤務時間)

2. 当直は宿直および日直とし、その勤務時間は原則次のとおりとする。

当直の種類	勤務時間
日直	9 : 00 ~ 当日 17 : 00
宿直	17 : 00 ~ 翌日 9 : 00
日直(研修医)	9 : 00 ~ 当日 17 : 00
宿直(研修医)	17 : 00 ~ 翌日 9 : 00

但し、救急外来当直は17:00より救急外来業務につくものとする。

(医務当直員の区分)

3. 医務当直員を医務当直総括医、当直診療医（以下「当直医」という。）**当直研修医**（以下「**研修医**」という。）に区分し、更に当直医にあたっては、内科系当直医、外科系当直医、時間外外来当直医、救命救急センター当直医（TCU、CCU、SCU）、小児医療センター（NICU及び小児後送）当直医、精神科当直医、産婦人科当直医及び麻酔科当直医（OP、ICU）とする。

(医務当直員の人員)

4. 医務当直員の人員は次のとおりとする。

当直員の区分/当直の種類		宿直	日直(土日祝)	
当直医	内科系	1	1	
	外科系	1	1	
	時間外外来	1	1	
	救命救急センター	TCU	3(平日)、4(土日祝)	4
		CCU	1	1
		SCU	1	1
	小児医療センター	NICU	1	1
		小児後送	1(月・木・土)	1(土)
	精神科	1(火・木)	—	
	産婦人科	1	1	
麻酔科	OP	1	1	
	ICU	1	1	
研修医(平日)		小児後送(月・木) 1 時間外外来 1 救命救急センター(TCU) 1 (CCU) 1(火・木)		
研修医(土日祝日)		時間外外来 2 救命救急センター(TCU) 1	時間外外来 2 救命救急センター(TCU) 1	
計		14~18	16~17	

(医務当直総括医の任命)

5. 医務当直総括医は医師のうちから院長が任命する。

(医務当直員の決定と通知)

6. 医務当直員の決定と通知は次のとおりとする。

- (1) 当直予定表は次の要領により作成するものとする。
 - a. 内科系、外科系及び時間外外来当直予定表は、それぞれに所属する医師の互選による当直予定表作成者各1名が作成する。
 - b. 救命救急センター(TCU、CCU、SCU)、小児医療センター(NICU及び小児後送)、精神科、産婦人科及び麻酔科当直(OP、ICU)予定表は当該診療科部長が作成する。
 - c. 作成した当直予定表を互いに照合し、医務局長、診療局長及び当直予定表作成者の合議の上、医務当直総括医不在の当直日がないよう調整しなければならない。
 - d. 研修医の当直予定表は研修医の互選により、担当者が作成する。
- (2) 当直予定表は前月の20日までに、事務局総務・人事グループへ提出するものとする。
- (3) 提出された当直予定表により、院長は翌月の当直予定一覧表を作成し、毎月25日までに通知するものとする。

(4) 予定された医務当直員が病気その他やむを得ない事情により勤務することができないと予想される場合は、本人又はその代理人が代理医を決め、代理承認願(別添様式1)を院長に提出し、承認を得なければならない。

また、それ以外で病気その他やむを得ない事情により勤務に支障が生じた時は院長の承認を受けて勤務しないことができる。この場合、院長は代直者を定める等適当な処置をとらなければならない。

(医務当直員の待機場所)

7. 医務当直員の待機場所は次のとおりとする。

当直の種類(時間帯) ＼ 医務当直員の区分		宿直		日直	PHS
		17:00～22:00	22:00～翌日 9:00	9:00～17:00	当直時常に携帯
内科系、外科系		総合医局(2411) 各科医員室	宿直室 内科系(3553) 外科系(3554)	総合医局(2411) 各科医員室	内科系(7751) 外科系(7752)
時間外外来(上級医)		総合医局(2411) 各科医員室	当直室1(3557)	総合医局(2411) 各科医員室	上級医(7356)
時間外外来(研修医)		研修医室(2406、2407)	時間外救急当直室1(3555) 時間外救急当直室2(3556)	研修医室(2406、2407)	1年次(7358) 2年次(7357)
救命救急センター	TCU	TCU (3111、3112)	男子当直室(3122) 女子当直室(3125)	TCU (3111、3112)	TCU(7755)
	CCU	CCU (3311、3312)	CCU宿直室(3316)	CCU (3311、3312)	CCU(7391)
	SCU	SCU (3330、3339)	SCU宿直室(3310)	SCU (3330、3339)	SCU(7481)
小児医療センター		小児科宿直室	小児科宿直室	小児科宿直室	小児科(7223)
精神科		精神科宿直室(3555)	精神科宿直室(3555)	—	担当医 PHS
産婦人科		産婦人科宿直室(6529)	産婦人科宿直室(6529)	産婦人科宿直室(6529)	産婦人科(7753)
麻酔科 (OP, ICU)		麻酔科医員室(5313) OP室(5319) ICU(3311)	麻酔科宿直室(3310) 麻酔科医員室(5313)	麻酔科医員室(5313) ICU(3311)	麻酔科(7757)

(医務当直員の職務)

8. 医務当直員の職務は次のとおりとする。

医務当直員は医師としての診療責任を十分に認識し、協力して時間外診療を行うとともに、患者および家族に対して医療上、誤解を与えることのないようその言動に留意しなければならない。

また、看護師より往診の要請、あるいは他科医師より協力依頼があった場合は、直ちに、これに応じなければならない。

更に必要な場合は、オン・コール医の協力を求めることとする。

(1) 医務当直総括医（以下「総括医」という。）

総括医は院内における診療上おこった全ての事項を円滑に処理するとともに、特に次の事項に留意し対処しなければならない。

- a. 病床の円滑な運用を図るため、病床の実状について当直看護師長から報告を受け把握するとともに、患者を一般病棟へ入院させる必要がある時は、当直看護師長と協議の上、入院病棟を決定する。
- b. **時間外外来当直医及び研修医より助言を求められた場合は、積極的に対処し、一般病棟入院患者の臨時主治医を決定するものとする。**
- c. 医務当直員及び在院医師の氏名と診療科名を把握するものとする。
- d. 医務当直員と患者及び家族との間で問題が生じた場合は、慎重に対処するものとする。
- e. 勤務中に処理した全ての事項を当直日誌に記載するものとする。

(2) 当直医

a. 内科系及び外科系当直医

内科系もしくは外科系の入院患者の診療に専念するとともに、特に次の事項について留意し対処しなければならない。

(a) 病棟の回診

端末の看護業務から入って管理日誌の日当直管理日誌を確認し、宿直においては19時30分から21時までの間、日直においては11時までに必要なある患者に対しては回診しなければならない。

(b) 当直日誌への記載

勤務終了後、直ちに勤務中の診療内容を当直日誌に記載しなければならない。

(c) 主治医との連絡

重症患者については主治医より直接あるいは重症患者連絡用紙で、その症状を確認しておかななければならない。

また必要に応じて主治医に連絡するものとする。

(d) 入院患者の臨時主治医

救急患者が一般病棟に入院した場合は、総括医の決定に従い、当直勤務時間内において臨時にその患者の主治医となるものとする。

(e) 救命救急センター当直医への協力

救命救急センター当直医より、診療について協力の要請があった場合は積極的に応じるものとする。

(f) **研修医の教育と指導**

診療に関し、時間外外来当直医及び研修医より助言あるいは指導を求められた場合は、積極的に対応するものとする。

b. 時間外外来当直医

研修医とともに新患及び再来患者として来院した患者の診療に専念するものとする。

*宿直は17時から、日直は9時から始まるので、当該時刻には時間外救急外来に向いてPHSを携帯しなければならない。

*時間外外来担当事務は、患者が搬送されるあるいは来院する度に、研修医に続いて上級医に事務的にPHS連絡をする。

特に次の事項について留意し対処しなければならない。

(a) **研修医の教育と指導**

必ず研修医の初療に立ち会い、その教育及び指導にあたらなければならない。

電子カルテ上の研修医記載はその都度確認して承認入力する。

(b) 時間外外来当直医は、診療上必要のある場合、内科系あるいは外科系当直医の対診を求め処理するものとするが、更に必要のある場合は、総括医あるいは救命救急センター(TCU)当直医の応援を求め、処理するものとする。

(c) 心臓疾患、脳卒中、産婦人科的な症状を呈する患者については、時間外外来当直医は救命救急センター(CCU、SCU)当直医あるいは産婦人科当直医の指導の下に、診療にあたるものとする。

(b) 入院を要すると判断したときは総括医あるいは救急救命センター(TCU)当直医に連絡し、臨時主治医を決定して患者を引き継ぐものとする。

(e) 入院に際して、適合する診療科を勧告し、当該診療科の一般病棟(専用病床、専用外空床)、もしくは救急病棟に収容し、内科系、外科系、もしくは救命救急センター当直医が診療を担当する。ただし、産婦人科的な症状を呈する患者については、産婦人科当直医が診療を担当する。

(f) 入院を必要とする患者を原則として転送しない。

c. 救命救急センター(TCU)当直医

救急情報センター・医療機関などからの連絡により来院した患者及びTCU入院患者の診療にあたりるとともに、特に次の事項について留意し対処しなければならない。

(a) 新患及び時間外外来当直医が救急病棟への入院を必要と判断した重症患者は救急病棟に収容し、その患者の主治医となるものとする。

(b) 入院患者に対しては内科系及び外科系当直医に準じてその職務を行なうものとする。

(c) **研修医の教育と指導**

研修医に対しては積極的に協力するとともに、教育及び指導にあたらなければならない。

(d) 当直日誌への記載

勤務終了後、直ちに勤務中の診療内容を当直日誌に記載しなければならない。

d. 救命救急センター（CCU）当直医

心臓内科の入院患者及び CCU 収容患者の診療に専念するとともに、特に次の事項について留意し、対処しなければならない。

- (a) 時間外の来院患者のうち、再来患者に対しては処置を行ない、必要があれば入院させるものとする。また、新患に対しては原則として時間外外来当直医が研修医を指導しつつ初療にあたるが、要請があれば診療にあたるものとする。
- (b) 入院患者に対しては、内科系及び外科系当直医に準じて、その職務を行うものとする。
- (c) 研修医の教育と指導
研修医に対しては積極的に協力するとともに、教育及び指導にあたらなければならない。
- (d) 当直日誌への記載
勤務終了後、直ちに勤務中の診療内容を当直日誌に記載しなければならない。

e. 救命救急センター（SCU）当直医

SCU 関連病棟入院患者及び SCU 収容患者の診療に専念するとともに、特に次の事項について留意し、対処しなければならない。

- (a) 時間外の来院患者のうち、再来患者に対しては処置を行ない、必要があれば入院させるものとする。また、新患に対しては原則として時間外外来当直医が研修医を指導しつつ初療にあたるが、要請があれば診療にあたるものとする。
- (b) 入院患者に対しては、内科系及び外科系当直医に準じて、その職務を行うものとする。
- (c) 当直日誌への記載
勤務終了後、直ちに勤務中の診療内容を当直日誌に記載しなければならない。

f. 小児医療センター（NICU 及び小児後送）当直医

小児科の NICU 又は一般病棟入院患者及び小児後送患者の診療に専念するとともに、特に次の事項について留意し、対処しなければならない。

- (a) 時間外の来院患者のうち、再来患者に対しては処置を行ない、必要があれば入院させるものとする。また、新患に対しては原則として時間外外来当直医が研修医を指導しつつ初療にあたるが、要請があれば診療にあたるものとする。
- (b) 入院患者に対しては、内科系及び外科系当直医に準じて、その職務を行うものとする。
- (c) 当直日誌への記載
勤務終了後、直ちに勤務中の診療内容を当直日誌に記載しなければならない。

g. 精神科当直医

精神科の入院患者及び後送患者の診療に専念するとともに、特に次の事項について留意し、対処しなければならない。

- (a) 時間外の来院患者のうち、再来患者に対しては処置を行ない、必要があれば入院させるものとする。また、新患に対しては原則として時間外外来当直医が研修医を指導しつつ初療にあたるが、要請があれば診療にあたるものとする。
- (b) 入院患者に対しては、内科系及び外科系当直医に準じて、その職務を行うものとする。
- (c) 当直日誌への記載
勤務終了後、直ちに勤務中の診療内容を当直日誌に記載しなければならない。

h. 産婦人科当直医

産婦人科の入院患者の診療に専念するとともに、特に次の事項について留意し対処しなければならない。

- (a) 時間外の来院患者のうち、再来患者に対しては処置を行ない、必要があれば入院させるものとする。
また、新患に対しては原則として時間外外来当直医が研修医を指導しつつ初療にあたるが、産婦人科的な症状を呈する患者については、要請があれば診療にあたるものとする。
- (b) 入院患者に対しては、内科系及び外科系当直医に準じて、その職務を行うものとする。
- (c) 当直日誌への記載
勤務終了後、直ちに勤務中の診療内容を当直日誌に記載しなければならない。

i. 麻酔科当直医 (OP、ICU)

外来及び入院患者に対する救急手術時の麻酔およびI.C.U入室患者の診療に協力するものとし、研修医に対しては教育及び指導にあたらなければならない。

(3) 研修医

新患及び再来患者(通院または入院歴のある患者)として来院した患者の診療は、必ず時間外外来当直医の指導に基づいて初療を担当する。

(附 則)

この要領は昭和 53 年 10 月 1 日から実施する。

この要領は平成 12 年 16 月 1 日から実施する。

この要領は平成 15 年 10 月 1 日から実施する。

この要領は平成 19 年 4 月 1 日から実施する。

この要領は平成 21 年 4 月 1 日から実施する。

この要領は平成 22 年 4 月 1 日から実施する。

大阪府立急性期・総合医療センター

診療情報の管理に関する規程

[目次]

- 第 1 条 目的
- 第 2 条 診療録等の作成責任
- 第 3 条 診療情報管理室及び診療情報管理室長の設置
- 第 4 条 診療録等の管理
- 第 5 条 診療録等の管理責任者
- 第 6 条 診療録等の記録代行
- 第 7 条 診療録の利用対象者
- 第 8 条 診療録等の利用目的
- 第 9 条 診療録等の利用に関する遵守事項
- 第 10 条 診療記録の審査
- 第 11 条 守秘義務
- 第 12 条 雑則

附則 施行期日

[別紙 1] 診療録の記載と保存に関する法令

[別紙 2] 診療録等の電子保存

[別紙 3] 医師事務作業補助者における診療録等の代行記載について

大阪府立急性期・総合医療センター診療情報の管理に関する規程

(目的)

第1条 本規程は、大阪府立急性期・総合医療センター（以下、「当センター」という）において、法令で作成と保存が義務づけられている診療録及び診療に関する諸記録（以下「診療録等」という）の取り扱い及び管理に関する事項を明確にし、次の要件が満たされるよう適正かつ円滑な管理運用を行うことを目的とする。

- (1) 最も効果的な患者診療
- (2) 臨床、教育、研究及び統計的資料
- (3) 病院管理上の計画、評価のための資料
- (4) 法律上の証拠資料
- (5) 診療記録の紛失、散逸、破損の防止
- (6) 本人及び関係第三者への情報提供

(診療録等の作成責任)

第2条 前条の目的を果たす診療情報管理を遂行するため、当センターに所属する全ての医療専門職は完全な診療の記録を作成するよう心がけ、積極的に診療情報の管理運用に協力しなければならない。また、その職務の遂行にあたって、法令で作成が義務づけられた記録を遅滞なく作成しなければならない。

2. 前項の「遅滞なく」とは、事象の発生から原則として24時間以内とする。
3. 診療録等を作成する上で使用する言語は、原則として日本語とする。
4. 作成した記録は、記録者が特定できるように記録者本人が署名をする。記録を電子保存する場合は、当該記録の作成責任者の識別情報を記録する。

(診療情報管理室及び診療情報管理室長の設置)

第3条 診療情報の管理を円滑に実施するため、診療情報管理室と診療情報管理室長を設置する。

2. 診療情報管理室は診療情報の管理に関する業務を行い、その統括は診療情報管理室長が行うものとする。

(診療録等の管理)

第4条 診療情報の適切な管理のため、当センターを受診する患者に一元的な患者番号を付与する。入院診療に関する記録には、単一の入院診療につき固有の病歴番号を登録して併行管理する。

2. 紙で作成された診療録等の原本は、その作成と保管を定める法令において、保存義務の対象として扱うことが可能な手法による電子的な保管をする場合を除き、当該患者の最終来院日から起算して5年間保管の後、廃棄する。ただし、入院診療に関する診療録等はマイクロフィルム又は電子媒体に複写して、それを永久保存する。

3. 電子媒体に記録する診療録等の取扱いは、その作成と保管を定める法令及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン(厚生労働省)」に基づくものとする。

(診療録等の管理責任者)

第5条 診療録等の管理責任者は院長とする。

(診療録等の記録代行)

第6条 医師が作成すべき記録における医師事務作業補助者による記録代行は、指示医、代行記録者並びに承認医を明確にし、それが電子媒体で記録される診療録等の場合には「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について(厚生労働省)」に基づいて実施し、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン(厚生労働省)」を遵守する。

(診療録の利用対象者)

第7条 紙媒体もしくはマイクロフィルム等の媒体で保管されている診療録等を利用することが出来る者は次に該当する者とする。入院診療にかかる診療録等は診療情報管理室での閲覧のみを許可し、貸出しは認めない。ただし、業務を遂行する目的で必要な場合であって診療情報管理室長が許可した場合はその限りではない。

- (1) 当センターに勤務する医療技術職員。
- (2) 当センターの職員であって、所属部署の責任者が認める者。
- (3) その他、院長が認める者。

(診療録等の利用目的)

第8条 診療録等の閲覧もしくは貸出しが認められる者は、次の目的でのみ利用する。

- (1) 診療に関する目的。
- (2) 教育および研究に関する目的。
- (3) 診断書等の文書発行に関する目的。
- (4) 正当な事由による診療情報の提供に関する目的。
- (5) 病院管理、経営に関する資料作成に関する目的。
- (6) その他、院長が認める目的。

(診療録等の利用に関する遵守事項)

第9条 診療録等を利用する者は、管理担当者の指示に従う他、次の事項を遵守しなければならない。

- (1) 個人情報の保護。
- (2) センター外への持ち出し及び借用した診療録等の転貸は禁止する。
- (3) 学術研究のために診療録等の内容を公表する場合は、当該診療科部長等の承認を得ること。
- (4) 診療録等の記録内容の改ざんをしないこと。

- (5) 診療録等を紛失、汚損しないこと。
- (6) その他、院長および診療情報管理室長の指示に従うこと。

(診療記録の審査)

第10条 診療情報の適切な管理のため、診療録審査委員会を設置し診療に関する記録等の審査を行う。

(守秘義務)

第11条 当センターの業務従事者は、在職中のみならず、退職後においても業務中に知った個人情報に関する守秘義務を負う。

(雑則)

第12条 この規程に定めるもののほか必要な事項は、医療情報部運営委員会の審議を経て院長がこれを定める。

附則

(施行期日)

第1条 本規程は、平成25年9月27日から施行する。診療録（情報）管理規定（平成8年2月1日施行、平成20年5月30日最終改正）は廃止する。

附則

(施行期日)

第1条 本規程は、平成25年10月18日から施行する。

[別紙1]

診療録等の記載と保存に関する法令

● 1 診療録

医師法及び歯科医師法で次のように規定されている。

【医師法】

第24条（診療録の記載及び保存）

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

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

（同旨：歯科医師法第23条）

5年間の法定保存期間の起算開始日は、当該患者に対する一連の診療が完結した日と解され、診療録の記載事項については、医師法施行規則及び歯科医師法施行規則で次のように規定されている。

【医師法施行規則】

第23条（診療録の記載事項）

診療録の記載事項は、左の通りである。

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

（同旨：歯科医師法施行規則第22条）

また、保険医療機関及び保険医療費担当規則（以下「療養担当規則」という）では、医師法施行規則で定める記載事項に加え、健康保険法の規定に基づく保険診療として必要とされる事項を次のように定めている。

【療養担当規則】

第8条（診療録の記載及び整備、診療録の記載）

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

第9条（帳簿等の保存）

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

第22条（診療録の記載）

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

●2 看護記録並びに、その他の診療に関する諸記録

診療録以外の診療に関する諸記録については医療法、療法施行規則並びに各医療資格に関する法令で規定されている。

【医療法】

第21条：病院の法定人員及び施設等、罰則の委任

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

9 診療に関する諸記録

【医療法施行規則】

第20条：病院の施設等の基準

法第21条第1項第2号から第6号まで、第8号、第9号及び第11号の規定による施設及び記録は次の各号による。

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

看護師が行う記録は、厚生労働省発の通知文書において、診療報酬算定の要件および施設基準として次のように作成が義務づけられている。

【基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて】

（平成24年3月5日保医発0305第2号）

〈別紙6 入院基本料に係る看護記録〉

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

1 患者の個人記録

(1) 経過記録

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

(2) 看護計画に関する記録

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

2 看護業務の計画に関する記録

(1) 看護業務の管理に関する記録

患者の移動、特別な問題を持つ患者の状態及び特に行われた診療等に関する概要、看護要員の勤務状況並びに勤務交代に際して申し送る必要のある事項等を各勤務帯ごとに記録するもの。

(2) 看護業務の計画に関する記録

看護要員の勤務計画及び業務分担並びに看護師、准看護師の受け持ち患者割当等について看護チームごとに掲げておくもの。看護職員を適正に配置するための患者の状態に関する評価の記録。

また、看護師が行う記録のうち、助産師が記載する助産録については保健師助産師看護師法で次のように義務づけられている。

【保健師助産師看護師法】

第42条：助産録の記載及び保存

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

2. 前項の助産録であって病院、診療所又は助産所に勤務する助産師が行った助産に関するものは、その病院、診療所又は助産所の管理者において、その他の助産に関するものは、その助産師において5年間これを保存しなければならない。

3. 第1項の規定による助産録の記載事項に関しては、厚生労働省令でこれを定める。

【保健師助産師看護師法施行規則】

第34条：助産録の記載事項

助産録には、次の事項を記載しなければならない。

- 1 妊産婦の住所、氏名、年令及び職業
- 2 分娩回数及び生死産別

- 3 妊産婦の既往疾患の有無及びその経過
- 4 今回妊婦の経過、所見及び保健指導の要領
- 5 妊娠中医師による健康診断受診の有無（結核、性病に関する検査を含む）
- 6 分娩の場所及び年月日時分
- 7 分娩の経過及び処置

薬剤師の行う記録は薬剤師法で次のように規定されている。

【薬剤師法】

第 27 条：処方せんの保存

薬局開設者は、当該薬局で調剤済みとなった処方せんを、調剤済みとなった日から 3 年間、保存しなければならない。

第 28 条：調剤録

薬局開設者は、薬局に調剤録を備えなければならない。

2 薬剤師は、薬局で調剤したときは、調剤録に厚生労働省令で定める事項を記入しなければならない。ただし、その調剤により当該処方せんが調剤済みとなったときは、この限りでない。

3 薬局開設者は、第 1 項の調剤録を、最終の記入の日から 3 年間、保存しなければならない。

【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】

第 10 条：調剤録の記載

保険薬剤師は、患者の調剤を行った場合には、遅滞なく、調剤録に当該調剤に関する必要な事項を記載しなければならない。

診療放射線技師の行う記録は診療放射線技師法で次のように規定されている。

【診療放射線技師法】

第 28 条：照射録

診療放射線技師は、放射線を人体に対して照射したときは、遅滞なく厚生労働省令で定める事項を記載した照射録を作成し、その照射について指示をした医師又は歯科医師の署名を受けなければならない。

歯科衛生士の行う記録は歯科衛生士法施行規則で次のように規定されている。

【歯科衛生士法施行規則】

第 18 条：記録の作成及び保存

歯科衛生士は、その業務を行った場合には、その記録を作成して三年間これを保存するものとする。

[別紙2]

診療録等の電子保存

厚生労働省が定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」にて、法的に保存義務のある文書等の電子保存の要件として、真正性、見読性及び保存性の確保の3つの原則が示されている。また、紙及びフィルム媒体のスキャンによる電子保存にかかる要件も、同ガイドラインで示されている。

● 電子保存3原則

- 1 真正性とは、正当な人が記録し確認された情報に関し第三者から見て作成の責任と所在が明確であり、かつ、故意又は過失による、虚偽入力、書き換え、消去、及び混同が防止されていることである。
- 2 見読性とは、電子媒体に保存された内容を必要に応じて肉眼で見読可能な状態に容易にできることである。
- 3 保存性とは、記録された情報が、法令等で定められた期間にわたって、真正性を保ち、見読可能にできる状態で保存されていることである。

● 情報の入力確定手順及び利用責任者の識別情報の記録

- 1 情報入力・更新に際して、確定操作を行ない、入力情報に対する責任を明示する。
- 2 複数の医療従事者にて共同による診療記録を作成する場合や、代行入力の際には、入力に際し、利用者の各人のIDで個々にログインする。代行入力の適用範囲は事前に明確にしておかなければならない。また、速やかに作成責任者が最終の確定操作を行ない、入力情報に対する責任を明示する。

[別紙3]

医師事務作業補助者における診療録等の代行記載について

事務職員による医師の事務作業補助に関しては、次の文書で規定されている。

【医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について】

(平成19年12月28日医政発1228001号)

医師事務作業補助者による記録代行は、それを指示する医師を明示し、医師が最終的に確認し署名することを条件に、法的に作成が義務づけられて医師が作成すべき書類の記載を代行する。なお、電磁的記録により作成する場合は、電子署名及び認証業務に関する法律(平成12年法律第102号)第2条第1項に規定する電子署名をもって当該署名に代える。この場合、作成者の識別や認証が確実に行えるよう、運用においては「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守する。

なお、当センターにおける具体的な補助業務および病院情報システム等への代行入力の許可範囲は「医師事務作業補助者業務規程」にて定める。

大阪府立急性期・総合医療センター 診療情報の管理に関する細則

(診療録等の管理分類)

第1条 大阪府立急性期・総合医療センター（以下「当センター」という）の診療記録等は以下のように大分し、共通の患者番号で管理する。

- (1) 外来診療にかかる記録がなされる紙の診療録等（以下「外来紙診療録」という）。
 - (2) 入院診療にかかる記録がなされる紙の診療録等（以下「入院紙診療録」という）。
 - (3) 総合情報システムに電子的に記録される外来診療及び入院診療にかかる診療録等（以下、「電子診療録」という）。
 - (4) マイクロフィルムに媒体を移した入院紙診療録等（以下「マイクロ化診療記録」という）。
 - (5) 他施設からの紹介状や同意書等を保管するファイル（以下「書類ファイル」という）。
2. 入院診療にかかる診療情報は、一入院診療単位固有の病歴番号で前項と併せて管理する。

(診療録の記載事項)

第2条 外来診療に関する診療録の記載事項は、患者受診日、担当医師の署名、診断名（症状名）対診年月日、その結果などを記載する。

2. 入院診療録の記載事項は以下の通り。

- (1) 診断名…入院の原因となった病名もしくは問題、並びにその他の重要と考えられる病名を記載する。
- (2) 入院時記録…患者の入院の際には次に挙げる事項について遅滞なく記録する。一号用紙、現病歴、既往歴、家族歴、現症、入院時所見、入院時診断、治療計画
- (3) 経過記録…診療経過の記載は診療等を行った日には一日一回以上を原則として、下記の事項について記録する。患者の状態、疾病の経過、診断名、合併症、経過の変化、主治療とその効果、患者本人及び家族への説明内容、電子診療録においては認証を受けた利用者の識別情報
- (4) 指示…すべての指示は一指示行為に対して責任医師の署名が必要である。やむを得ず口頭での指示が発生した場合は、実施後には速やかに記録する。
- (5) 退院時要約…退院日から起算して2週間以内に記録する。
- (6) 診療録の完成…退院時要約の未記入、手術記録の未記入、入院時記録の未記入等の未完成診療記録の担当医師には整理依頼箇所を明示した「未整理一覧表」が診療情報管理室より送付されるので、担当医師は直ちに診療録を完成させなければならない。

(診療録等の管理)

第3条 診療録等の管理総括は、診療情報管理室長が行う。

2. 外来紙診療録及び書類ファイルの管理は医事グループで行う。ただし電子媒体での記録及び死亡等の理由で診療情報管理室に保管を移行したものについては、診療情報管理室で管理する。

3. 入院紙診療録の管理は診療情報管理室で行う。ただし、入院中または退院後に診療情報管理室に納められるまでの入院紙診療録等は入院病棟で管理する。

4. 電子媒体で記録された診療情報の管理は診療情報管理室で行う。

5. スキャンにより電子媒体に記録した診療録等の原本は、前項までの規定に準じて管理を行う。スキャンによる電子化にかかる取り扱いは厚生労働省発「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守する。

(診療録等の管理責任者)

第4条 診療録等の管理責任者は院長とする。

2. 外来紙診療録の管理者は医事グループリーダーとし、カルテ室で収納保管する。

3. 各病棟が管理する診療録等の管理者は、当該診療科部長及び当該病棟師長とする。

4. 診療情報管理室で保管される入院紙診療録等及び電子診療録の管理者は診療情報管理室長とする。

(診療情報管理室の業務)

第5条 診療情報管理室の業務は以下の通り。

(1) 診療記録の点検

(2) 医療に関する統計、資料の作成

(3) 診療記録の検索・集計依頼の報告

(4) 入院紙診療録の利用（閲覧、貸出、回収）の支援

(5) 傷病名のコーディング

(6) 入院紙診療録の管理

(7) 診療録審査委員会の事務局

(8) 院内がん登録

(9) D P C病名の確認

(10) 診療情報の提供に関する業務

(11) その他、診療情報の管理に関する業務

(外来紙診療録の貸出及び返却)

第6条 外来紙診療録の貸出は外来カルテ室の勤務日の8時30分から16時30分の間に、外来カルテ室に依頼する。貸出手続時に外来カルテ室の担当者は管理システムに貸出

登録を行う。貸出中の外来紙診療録は、目的が終了したら速やかに外来カルテ室に返却する。

(入院紙診療録の閲覧)

第7条 入院紙診療録の閲覧は、診療情報管理室の勤務日の9時から17時30分までの間に診療情報管理室の閲覧室で行う。時間外の閲覧は事前に診療情報管理室で手続きを行い、討議室3で行う。

- (1) 診療情報管理室で利用者名簿に記入する。
- (2) 入院診療録の閲覧を希望する者は、患者一覧を作成し診療情報管理室に提出する。
- (3) 当センターの業務従事者以外の者が閲覧を希望する場合は、診療情報管理室の「入院診療録閲覧許可願」に必要事項を記入し、当該診療科部長と医務局長、診療情報管理室長の承認を受け診療情報管理室に申し出る。この際、個人情報の保護に関する法令及び条例、規程に抵触しないよう特に注意を要する。
- (4) 診療情報管理室では、「患者リスト」、「入院診療録閲覧許可願」に基づいて、閲覧室内に入院診療録を準備する。
- (5) 閲覧者は、準備された入院診療録の他は閲覧してはならない。
- (6) 閲覧を終了した閲覧者は、入院診療録を使用前の状態に戻し、入室台帳に必要事項を記入する。

(マイクロ化診療記録の閲覧)

第8条 マイクロ化診療記録の閲覧方法は次のとおり。

- (1) 閲覧したいマイクロ化診療記録の取出しを、診療情報管理室の受付に申し出る。
- (2) 閲覧は診療情報管理室内で行い、フィルムの貸出しは認めない。
- (3) 閲覧手続きは前条の規定に準ずる。

(入院紙診療録の貸出及び返却)

第9条 診療情報管理室の勤務日の9時から17時30分までの間に、「入院診療録貸出票」に必要事項を記入して、診療情報管理室に提出する。貸出期限は3日間（休日を除く）とする。

2. 借用者は返却期限を厳守し、借用した入院診療録は貸出期間内の診療情報管理室の勤

務日の9時から17時30分までの間に返却する。延長して貸出しを受ける場合は、改めて手続きを行う。

3. 貸出期間を過ぎた未返却診療録については、貸出期限最終日の翌日（休日を除く）に診療情報管理室から借用者又は所属部署の責任者に督促する。

4. 前項の督促にもかかわらず、貸出期限最終日から1日を（休日を除く）経過した後も返却されなかった場合、当該診療科および所属部署への新規貸出しは当該診療録が返却されるまで停止とする。

（時間外の閲覧等）

第10条 診療情報管理室への時間外（診療情報管理室職員が不在の時間帯）入室は原則禁止とする。ただし、患者の診療のために診療情報管理室に保管する診療録等の閲覧が緊急に必要な場合に限り、診療情報管理室への時間外入室を認める。

2. 前項によって時間外に診療情報管理室へ入室及び診療録等の閲覧をする場合は、以下の規定及び手順を遵守して行う。

(1)入室者は当センターの業務従事者に限る。

(2)診療情報管理室の鍵は事務当直室で管理しているので、事務当直者に時間外入室（時間外閲覧）が必要な旨を連絡する。

(3)事務当直者と共に診療情報管理室に入室する（鍵は事務当直者が保管する）。

(4)診療情報管理室で「時間外利用者票」に記入する。

(5)閲覧した診療録等は収納棚には戻さずに、診療情報管理室のカウンターの上に時間外利用者票と共に揃えて返却する。

(6)やむを得ず診療録等を診療情報管理室外に持ち出す場合は、持ち出した診療録を翌朝（休日を除く）診療情報管理室に返却する。

（雑則）

第11条 この細則に定めるもののほか必要な事項は、医療情報部運営委員会の審議を経て院長がこれを定める。

附則

（施行期日）

第1条 本細則は、平成25年9月11日から施行する。

附則

(施行期日)

第 1 条 本細則は、平成25年10月18日から施行する。

診療記録の記載マニュアル

大阪府立急性期・総合医療センター

診療情報管理室 2014年2月改訂版

目次

第1章 診療録の原則	1
1. 記録の原則	1
2. 紙帳票を使用した場合の記載の原則.....	2
3. 記録における一般的留意事項	2
4. 禁忌に関する記録	3
5. 入院診療計画書・退院療養計画書に関する記録	3
6. 指示に関する記録	4
7. 病名の入力	4
8. 対診に関する記録	4
9. スキャンして電子カルテで閲覧する記録	5
10. 医療事故が発生した時の記録	5
11. 研修医の記録・オーダ指示.....	5
12. 血液製剤使用時の記録	6
13. 身体抑制時の記録	6
14. カンファレンス記録	6
15. 死亡時の記録.....	6
16. クリニカルパス	6
17. DPCの入力.....	6
18. 付箋の使用について.....	7
19. 外来診療録について	7
第2章 入院診療録の記録方法	8
第3章 インフォームド・コンセントと記録	10
第4章 退院時サマリ・診断書などについて	10
附則.....	11

第1章 診療録等の原則

大阪府立急性期・総合医療センターの診療録は、2007年9月18日以降入院患者より電子カルテシステムを稼働し、2008年5月1日より外来における電子カルテシステムを導入した。

診療録は医師法第24条で作成が義務づけられている公的な記録である。診療経過と医学的な診断の根拠となるべきものであり、自らの診療内容の点検、チーム医療の推進や情報開示などあらゆる事項の基本となるものである。記録のないものは、事実がどうであれ、診療していないか、または医学的な判断をしていないと判断される。診療の都度、速やかに記録する。

また、電子カルテでは厚生省通知「診療録等の電子媒体による保存について」（平成11年4月22日付）に基づき「真正性」「見読性」「保存性」が確保されなければならない。

- 真正性：故意または過失による虚偽入力、書換え、消去及び混同を防止し、作成の責任の所在を明確にすること。
- 見読性：情報の内容を必要に応じて肉眼で見読可能な状態に容易にでき、直ちに書面に表示できること。
- 保存性：法令に定める保存期間内、復元可能な状態で保存すること。

1. 記録の原則

- ① 診察・検査・治療・診断のあと24時間以内に記録する。
- ② 記録は電子カルテに記録する。
- ③ 診療録はPOMRに基づいて、SOAP形式で記載する。
- ④ 電子カルテのツールを使用して作成し、出力した文書には手書きで追記をしない。
- ⑤ 患者、家族への説明に使用する文書は電子カルテで作成をする。説明時に追記をした場合は、複写をとりスキャンする。
- ⑥ 治療・処置とそれを行った理由を記録する。
- ⑦ 電子カルテの記録の修正・追記は、修正履歴をのこすため、実施日にさかのぼって修正し、記録の版数をあげる。
- ⑧ 簡潔、明瞭に記録し略語は多用しない。
- ⑨ 患者の発言や行動に関する批判、論評は記録しない。
- ⑩ 他の医師の行った治療や判断に関する批判を記録しない。
- ⑪ 外国語はできる限り使用せず、病名や人名に限定する。
- ⑫ あいまいな文書表現は使用しない。
- ⑬ 医学用語は学会用語集に、略語は医学辞典に準拠して用いる。
- ⑭ 意味不明な俗語、仲間内だけの隠語などは使用しない。
- ⑮ 別紙参照と記録しない。
- ⑯ 電子カルテに記録できない他院紹介状等の紙の記録はスキャンによる電子化を行う。
- ⑰ 電子カルテに記録する際の文字フォントは、11.5ポイント黒色を原則とする。
- ⑱ 電子カルテの記載時、取り消し線は使用しない。

※①診療録に記録されていないことは、医療行為を行っていないと判断される場合がある。

※③電子カルテのツールを使用して作成し、出力した文書に手書きで追記を行うと、電子カルテに保存されている情報と異なる文書になるため、追記した文書は、スキャンし電子カルテに保存しなければならない。

※⑭退院後に記録を見たとき、その別紙がどの用紙なのか特定できない。第三者にわかるように。⇒「〇〇日付の説明書により〇〇に対して説明した」と記録する。

- ◆当センターの診療録は、2008年5月1日以降全面電子カルテ化を行っているが、以下の場合に限り紙運用を認める。なお、紙に記載した診療録はスキャンによる電子化を行う。
- ・電子カルテシステムダウン時
 - ・超緊急状態であり電子カルテシステムで記録できない時
 - ・医療情報管理委員会が特に認めた時

2. 紙帳票を使用した場合の記載の原則

- ① 短時間の電子カルテシステムダウン時には、原則として電子カルテに事後入力をする。
- ② 長時間の電子カルテシステムダウン時には、院内共有フォルダより所定の書式「緊急時診療経過記録」を出力して記載する。
- ③ 超緊急時で、電子カルテシステムで対応できない場合は、電子カルテと紙カルテ（重症記録など）を併用し、スキャンをする。
- ④ 出力した帳票には日付（年月日）・署名を必ず記入する。
- ⑤ 年は、その帳票の最低1か所に西暦で記入する。
- ⑥ 行間はあけない。カルテの空白部分は「以下余白」と記入する。
- ⑦ 訂正は二本線で行い、追記は「追記」と記載し日付、署名を忘れない。
- ⑧ 修正液、砂消しゴム、張付は一切禁止。訂正前の文字が判読できるように訂正する。
- ⑨ 第三者も読みやすいように丁寧に読みやすい字で記載する。
- ⑩ 記載は、原則として黒インクまたは黒ボールペンをうい鉛筆による記載はしない。ただし、図示などのための色鉛筆は許可する。

※紙カルテには、必ず記録開始日時と終了日時を記載し、記録の最後には「以後、電子カルテに記録する」と記載する。

3. 記録における一般的留意事項

- ① 診療録は、公的な記録であることを十分に認識し、事実を正確かつ客観的に記録する。
- ② デジタル画像として電子カルテに取り込みのできない創部の写真、エコーの写真などは必要なものをスキャンにより電子化する。
- ③ 症状・所見・治療計画などは簡潔で明瞭に記録する。
- ④ 記録者以外の人が見ても診療内容が妥当であると納得できるような記録を心がける。
- ⑤ 患者の訴えや不満な内容を正確に記録し、その対応についても記録する。
- ⑥ 以前の記録と矛盾が生じた場合、その理由を明らかにする。
- ⑦ 診療録の記録内容は第三者（チーム医療の仲間・専門家）にも理解できるように客観性を持たせることを前提に、必要な事項の記録を行うとともに、症状、所見記録の充実を図る。医療行為や検査を行う場合は、その必要性を記録するよう励行する。
- ⑧ 患者や家族に対する説明内容は正確に記録する。

※患者や家族に対する説明内容は、記録にタイトル（インフォームドコンセント）を付与し電子カルテに記載する。説明者、説明日時、患者および同席者、説明内容、質問と回答、理解度等を記録しておく。

⑨ 第三者に対して説明する場合は、原則として患者または保護者の同席が望ましいが同席しない場合は、当該患者あるいは保護者から同意を得ていることを確認のうえ情報提供を行う。その際、同意の確認をしたことを電子カルテに記録する。

※記録例)

「両親の同意を得て、小学校の担任の〇〇氏に・・・について、・・・と説明した」

⑩ 診療録等は開示の対象である。

- ・ 患者のプライバシーに関することで、臨床的に必要でない事は記録しない。
- ・ 臨床的に必要でない患者の性格や態度についての意見は記録しない。
- ・ 患者の発言や行動に関しても、主観的に記述したり、レッテルを貼るような表現を用いない。
- ・ 他の医療関係者とのトラブルや他のスタッフに対する非難や批判は記録しない。
- ・ 自分の診療不備を他人に転嫁するような記録はしない。

4. 禁忌に関する記録

- ① 禁忌に関する記録は、患者基本情報に記録する。
- ② アレルギー薬剤、造影剤の記録は、医師または看護師が行う。薬剤・造影剤のフリー記録はしない。記録されている薬剤と同一効能薬処方時にワーニング表示される。
- ③ その他アレルギーの記録は、情報を得たものが記録する。
- ④ アレルギーなしの場合は、アレルギー薬剤に「なし」と入力する。

5. 入院診療計画書・退院療養計画書に関する記録

- ① 主治医は、患者の入院後、7日以内に入院診療計画書（診療科により独自様式あり）を 文書入力 で作成する。
- ② 患者が入院後、看護師は医師の作成した入院診療計画書に、看護計画、担当看護師名を入力後印刷して患者に渡す。
- ③ 患者から確認の署名を得た後に コピーを行い患者に渡す。
- ④ 退院時には（死亡を除く全退院患者）退院療養計画書を文書入力にて作成し、一部印刷し患者に渡す。
- ⑤ 転科時や入院中に診療計画の変更があった場合は新たに作成する。
- ⑥ 救急で搬入されて短時間に死亡した場合など、入院診療計画書の策定・説明ができなかった場合は、やむを得ない理由を診療録に記載する。

6. 指示に関する記録

① 「処置」「検査」「処方」「注射」等のオーダ入力のみでは指示が不十分もしくは不可能な場合は、指示簿指示に入力する。

② 指示は分かりやすく、明確に記録する。

・伝達ミス防止のために、指示は理解しやすい言葉で記録する。指示が変更になった場合は、不要な指示の中止入力をする。

③ 原則として口頭指示はしない。

※口頭指示があった場合は、口頭指示を受けた看護師等は経過表の記事欄に「口頭指示」ありと記録する。口頭指示の内容は、プログレスノートに以下の通り記録する。

「口頭指示 ○○医師より○○について指示があり実施した。」

また、医師は事後オーダ入力し看護師が事後実施入力し医師がその内容を確認して、口頭指示内容を診療録に記載する。

④ 処方薬の用量・用法及び指示等を正確に入力する。

- 内服薬の容量は 1 日量を入力し、1 日 3 回朝・昼・夕食後などの用法を選択する。処方日数を入力し、服用開始日を選択する(初期値は「当日」が選択される)。
- 頓服薬の用量は 1 回量を入力する。疼痛時・不眠時等の服用方法を選択する。用法コメントの「時間・回数指示」にて 1 日における最大許容服用回数を指示する。
- 散剤については、成分量 (mg) で入力する。ただし、配合剤や製剤量での記載を申し合わせている薬剤については、製剤量 (g) で入力する。

⑤ 注射薬の用量・手技・実施日・点滴速度・交換サイクル等を正確に入力する。

- 用量の単位は g、mg、 μ g、ml、IU、KE などを用いるが、用量を薬剤単位で示す場合は、原則としてアンプル、バイアル、ボトル、本、袋などを選択する。
- 滴下指示にて点滴速度等を入力する。
- 注射部位やルート of 指示をコメントとして入力する。

※病名のテキスト入力は出来ない。

7. 病名の入力

① 病名は電子カルテの病名一覧より入力する。

② 病名は初診時より入力する。

③ 疑い病名は、診断がついた時点で確定病名に変更する。または、当該病名に相当しないと判断した段階で「中止」とする。

④ 病名は、部位と性状などに留意し正しい ICD コードの病名を選択する。

8. 対診に関する記録

① 対診依頼する場合は、他科紹介入力を記入する。

- ② 対診依頼された診療科医師は、他科紹介一覧で依頼内容の確認・返信をする。
- ③ 依頼元診療科は、他科紹介一覧で返信コメントを確認する。

9. スキャンして電子カルテで閲覧する記録

- ① 診療の運用上、電子カルテに記録できない他院紹介状等の紙の記録はスキャンにより電子化する。
- ② 記録用紙の原本は、患者ファイルに保管する。

スキャナー取込基準

- ・ 他施設で発生した文書
- ・ 法的に保存が義務づけられている文書
- ※ 診療録及び検査所見用紙、X線照射記録等療養の給付に関する帳簿及び書類
- ・ 電子カルテ上で記録が困難で、かつ後日診療に必要な文書

10. 医療事故が発生した時の記録

- ① 事故が発生したら、以下の内容を記録する。

患者の状況
処置の方法
患者及び家族への説明内容等

- ② 記録に当たっては、具体的に以下の事項に留意する。
 - (1) 初期対応が終了次第、速やかに記録すること。
 - (2) 事故の種類、患者の状況に応じ、出来る限り経時的に記録を行うこと。
 - (3) 事実を客観的に記録すること（想像や憶測に基づく記録を行わない）。
 - (4) 記録は、関係職員全員により確認し、追加・訂正の必要がある場合には、適正に行うこと。

11. 研修医の記録・オーダ指示

- ① 研修医の記録とオーダ指示に対して、指導医は内容を確認し承認をしなければならない。
- ② 退院時サマリを研修医が作成する場合は、自分のIDで作成して「研修医記録済」とし、指導医がその内容を確認のうえ記録を「済」にする。

※医療事故発生時の基本的スタンス

過失の有無に関わらず、患者及び家族等に対して誠実な対応を行うことを第一に心掛けなければならない。透明性のある対応を行わなければならない。

特に医療過誤の可能性がある場合は、事実の隠蔽・秘匿に繋がる行為を絶対に行わないよう注意する。

※事故発生時には、直ちに上司に報告し「インシデント・アクシデント報告書」「医療問題報告書」を作成し提出する。

③退院時サマリの承認を部長が行っている診療科は、部長が行っても構わない。

12. 血液製剤使用時の記録

- ① 入院患者は、電子カルテの「看護業務」→「らくらく実施」→「輸血実施」の画面にて実施入力する。
- ② 輸血実施者は、「オーダ入力Ⅱ」→「輸血実施」の画面にて副作用入力を行う。

13. 身体抑制時の記録

- ① 行動制限の必要性、根拠と指示を医師が記録する。
- ② 身体抑制の必要性についての説明内容を記録する。
- ③ 身体抑制実施時の経過を医師記録、看護記録に記録する。
- ④ 文書ツールを使用し、「身体抑制についての説明・同意書」を出力し、患者の署名を得る。患者が署名した同意書をスキャンする。

14. カンファレンス記録

- ① 担当者間の日常の協議内容は、経過記録に記録する。
- ② 会議が行われた際には、会議録とは別に「カンファレンス」のタイトルを付与し経過記録に要約を記録する。

記録事項

1. 検討内容（治療方針・診断・病態・ケア・対応・病理・他）
2. 検討形式（回診・定例・個別・他）
3. 検討者
4. 検討結果

15. 死亡時の記録

- ① 医師は死亡日時を記録する。
- ② 死亡診断書を記載し、スキャンと1部コピーしたうえで原本を遺族に渡し、控えを書類ファイルに綴じる。
- ③ 剖検を実施する場合は、電子カルテの共通文書から「病理解剖に関する説明および遺族の同意書」に署名を得る。遺族が署名した同意書をスキャンし書類ファイルに綴じる。

16. クリニカルパス

- ① 医師または看護師は、パス適用患者のアウトカムの達成評価をする。未達成の場合はバリエーション入力をする。
- ② パス適用患者は、パスの最終評価で「終了」の入力をする。

17. DPCの入力

- ① 入院後3日目までに、医療資源病名・入院の契機となった病名・主病名を登録する。
- ② 考えられる病名は、すべて電子カルテ上に疑い病名も含め「病名登録」

※支払証明書は総務Gに届ける。総務Gで供花料を受け取り、遺族に渡す。夜間は事務当直が対応する。

※クリニカルパスは、アウトカム評価や、バリエーションの分析を行うことで、医療の質の向上につながる。

する。

- ③ 退院時点で調査項目を入力し、画面下部の登録ボタンから「医師チェックボックス」にチェックを入れる。

18. 付箋の使用について

- ① 電子カルテ掲示板は、医療スタッフ間で、患者に関して情報の共有が必要な場合、またはスタッフ間の連絡を取る場合に使用する。
- ② 診療録に保存されないので、公的な記録として保存すべき記録は電子カルテに記載する。

19. 外来診療録について

- ① 初診時は、問診票に基づき「患者基本情報」を入力する。
- ② 医師は、電子カルテの「初診時記録」に主訴、現病歴等を記録する。

※主訴、現病歴については、8 ページ参照

第2章 入院診療録の記録方法

入院診療録の主要な事項は下記を留意の上記録する。

主訴と入院目的	<ul style="list-style-type: none">① 入院目的は必ず記録する。 【治療、診断・検査のみ、教育、分娩、社会的入院】② 主訴は、今回入院の原因となった患者が最も悩んでいるものをあげる。患者の主に訴える症状を具体的かつ個別的に記録する。できれば患者自身の表現する言葉で記録する。③ 症状の有無を確かめ、いくつかの症状の中から代表的なものを選んで主訴とする。④ 症状の無い場合は、例えば「肝生検のため」等と入院目的を記録する。
現病歴	<p>現病歴は主訴についての説明であり、主訴を中心とした経過が時系列に記録されなければならない。その内容は、発病年月日、発病時の症状または所見、入院にいたるまでの症状又は所見の経過、入院時の状態について記録する。</p> <ul style="list-style-type: none">① 現在の病気を中心に記録する。② 主訴に関連した病状については年代順に追って、正確な日付を入れながら記録する。③ 過去に診察を受けている場合、その内容（診察場所、病名、治療内容、期間、治療効果など）を記録する。
既往歴	<p>過去の健康状態を記録する。新生児、小児の場合は母体の妊娠中の状態を記録することが望ましい。</p> <p>次の各項目についてその時期を付けて記録する。</p> <ul style="list-style-type: none">① 過去の病気② 予防接種③ アレルギー④ 輸血⑤ 月経および出産歴
家族歴	<ul style="list-style-type: none">① 患者家族の健康状態、病気、死因などを記録する。② 病気としては、がん、結核、糖尿病、心臓病、高血圧、脳卒中、神経性疾患、精神病、痛風、腎臓病、アレルギー、喘息などに注意する。 <p>※入院時点の主訴、入院目的、現病歴、既往歴、家族歴は、「入院時記録」のテンプレートを使用して記録する。</p>

<p>現 症 (入院時基本情報)</p>	<p>現症は、患者の入院時に主治医が診察した所見である。</p> <p>① 身長、体重、血圧、脈拍、呼吸、体温及び全身状態を記録する。 ② 特記すべき局所所見も記録する。</p> <p>※患者の全身をチェックすることにより、患者自身が特に問題と認識していない些細な症状の見落としを防ぐ効果がある。もしチェックがなければ、その項目を医師が診察しなかったことになるので注意しなければならない。また、以上の記録をしておきながら原因究明をしなかった場合は、訴訟の原因となるので注意が必要である。</p>
<p>経 過 記 録</p>	<p>① 診察の都度、遅滞なく記録する。※24 時間以内 ② 診察または観察所見（症状）、主要な計測値、画像診断所見、検査所見やデータの分析、評価、解釈などを記録し、患者の訴え、看護師や家族によって観察された訴えなども記録する。 ③ 治療計画等の見直し、変更、追加が必要となる場合は、その方針と根拠を記録する。 ④ 臨床上必要のない患者に関する個人的な印象等の記録は避けること。（診療情報の提供や開示に際して、医師と患者との信頼関係を損なうおそれがある。） ⑤ 指示が実施されたあとの患者の状態を記録する。</p>
<p>中間サマリ</p>	<p>① 2 週間以上入院している患者においては作成が望ましい。 ② 中間サマリを記載する時は、タイトルを「中間サマリ」に変更する。</p>
<p>手 術</p>	<p>① 手術を施行した場合は、術後 24 時間以内に手術記録を作成する。 ② 手術記録は、電子カルテの文書作成（Word）機能を使用する。 ③ 手書き手術記録は、患者退院後にスキャンする。</p>
<p>コ・メディカルの記録</p>	<p><栄養士> ① 栄養指導は、医師の指示に基づいて行い、電子カルテの栄養管理システムに指導記録を作成する。</p> <p><療法士> ① リハビリ計画書はリハビリ部門システムにてを作成し、電子カルテにデータを送る。 ② リハビリは、医師の指示に基づいて行い、部門システムから電子カルテに実施記録を送る。</p> <p><薬剤師> ① 服薬指導は医師の指示に基づいて行い、実施記録を入力するとともに、薬剤管理指導記録を作成する。</p> <p><看護師> ①看護記録の記載については別途定める。</p>

第3章 インフォームド・コンセントと記録

<p>説明書</p> <p>修正、追記について</p>	<p>侵襲を伴う医療行為（投薬・手術・検査など）や治験などの対象者（患者や被験者）に対しては、文書で手術、治療や臨床試験・治験の内容について説明し同意を得る。同意書は院内共通の様式を用い、1. 説明者、2. 本人・家族、3. 再確認者、それぞれが署名を行う。</p> <p>【説明書の種類】</p> <p>① 電子カルテから出力する診療科別の定型的な内容の説明書</p> <p>② 電子カルテの共通書式に説明内容を手入力する説明書</p> <p>③ 2枚複写の用紙に説明内容を手書きした説明書 →スキャンして電子カルテで閲覧可能にする。</p> <p>説明書ならびに同意書を出力後に内容を修正、追記する場合は、電子カルテ上で行う。手書きで修正、追記せざるを得ない場合は、これをスキャンにより電子化する。</p> <p>※同意書および説明書のスキャンニングについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 電子カルテで作成した文書は、原則としてスキャンしないが、一部手書きで追記があり、電子カルテに保存されている内容と異なる場合は、スキャンにより電子化する。 ・ 手書き説明書は、すべてスキャンにより電子化する。
-----------------------------	--

第4章 退院時サマリ・診断書などについて

<p>1. 退院時サマリ</p> <p>① 退院時サマリは、<u>退院後 2 週間以内</u>に退院科の主治医が責任をもって作成する。</p> <p>② 赤字で表示している全ての項目を入力する。</p> <p>③ 「その他チェック」「その他コメント」のタブには入力しない。</p> <p>④ 《診断名》</p> <p>必要な病名を取り込み又は追加登録し、分類を選択する。分類選択時には、必ず主病名（今回の入院で主に治療を行ったもの）をひとつだけ選択する。</p> <p>※すべての病名に対し分類を選択していないと承認できない。</p> <p>※DPC オータから病名を取り込みした場合は、分類の選択は必要ない。</p> <p>⑤ 《手術情報》</p> <p>入院期間中に手術を実施した場合は、手術情報取り込む。</p> <p>※その際、術式が誤っている場合は、術式をダブルクリックし修正入力をする。</p>	
---	--

<p>⑥ 転帰は定義に基づき入力する。</p> <p>【転帰定義】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 治癒：退院時に退院後に外来通院治療の必要が全くない。 • 軽快：疾患に対して治療行為を行い改善がみられたもの。 • 不変：当該疾患に対して、治療行為を施したが、改善がみられなかったもの。検査入院は適用しない。 • 増悪：治療行為を施したが、改善がみられず悪化したもの。 • 死亡：死亡したもの <p>⑦ 退院サマリ完成後、記録を「済」にする。退院科の部長は「承認」を行う。</p> <p>⑧ 研修医の作成したサマリは主治医がチェックして記録を済みにする。</p> <p>⑨ 承認後は、サマリへの書き込み、修正は不可となる。もし、間違えて承認した場合は、診療情報管理室で解除処理をする。</p> <p>⑩ 共観や転科した場合も、1入院1サマリとし、各科が共同して作成するが、最終責任は退院科の主治医とする。</p>	<p>※転帰定義は厚生労働省提示</p>
<p>2. 診断書</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 診療録の内容と異なる診断書を作成しない。 ② 文書入力または、メディパピルスで作成し書類受付に提出する。 ③ 種類受付で公印を押し、患者に渡す。 ④ 電子カルテ端末で作成した診断書に、手書きで追記をしない。 ⑤ 追記防止のため、記入しない項目には斜線を引く。 	<p>診断書の虚偽記載は刑事罰の対象となる。</p> <p>刑法 160 条 虚偽診断書等作成 (医師が公務員である場合)</p> <p>刑法 156 条 虚偽公文書作成等</p>

付則

- 1 このマニュアルは、平成 26 年 2 月 1 日より実施する。
- 2 昭和 59 年 04 月 01 日 初版【診療録取扱い要領】
- 3 平成 08 年 05 月 01 日 一部改訂
- 4 平成 11 年 08 月 01 日 一部改訂
- 5 平成 12 年 08 月 25 日 一部改訂
- 6 平成 14 年 03 月 01 日 一部改訂
- 7 平成 20 年 05 月 01 日 一部改訂【診療録（情報）管理規定】
- 8 平成 26 年 02 月 01 日 一部改訂【診療記録の記載マニュアル】

入院診療録の評価票 1

患者ID: _____ 入院期間: ~ _____
 患者名: _____ 審査対象研修医: 0 審査者: 0 点数: 0 / 83点 総合評価: 不可

入院時記録、プロブレムリスト、初期計画			
◆患者背景、主訴、現病歴、入院目的、既往歴、家族歴の要点がまとめて記載されているか			
	十分記載されている	5 点	0
	最低限記載されている	3 点	
	記載不十分	0 点	
◆理学的所見が記載されているか			
	十分記載されている	5 点	0
	最低限記載されている	3 点	
	記載不十分	0 点	
◆検査所見・画像所見が記載されているか			
	検査所見が記載され、評価されている	5 点	0
	検査所見は記載されているが、評価されていない	3 点	
	記載不十分	0 点	
◆プロブレムリストがもれなく記載されているか			
	十分記載されている	5 点	0
	最低限記載されている	3 点	
	記載不十分	0 点	
◆初期計画(診断、治療、教育)が記載されているか			
	十分記載されている	5 点	0
	最低限記載されている	3 点	
	記載不十分	0 点	
入院診療計画書			
◆受持医の氏名が記載され、上級医、研修医が区別されているか			
	受持医の氏名がすべて記載され、上級医、研修医が区別されている	3 点	0
	受持医の氏名がすべて記載されていない。または、上級医と研修医が区別されていない	2 点	
	未作成	0 点	
◆設定された項目すべてに記載があるか			
	すべての項目に記載がある	3 点	0
	最低限の項目に記載がある	2 点	
	未作成	0 点	
	※ 未作成の場合、作成できない正当な理由が診察記事に記載されている	+2 点	
	※ 患者本人が署名不能な状態である場合、その理由が記載されている	+1 点	
医師経過記録			
◆SOAP形式で適切に記載されているか			
	診察記事の8割以上がSOAP形式で適切に記載されている	5 点	0
	診察記事の6割以上、8割未満がSOAP形式で適切に記載されている	3 点	
	SOAP形式での適切な記載が6割未満	0 点	
◆平日は毎日記載があり、休日も診察を行ったら診察記事を記載しているか			
	在院期間の平日の総日数に対して、8割以上の記載がある	5 点	
	在院期間の平日の総日数に対して、6割以上、8割未満の記載がある	3 点	
	在院期間の平日の総日数に対して、記載が6割未満	★ 点	
◆治療経過に関係する身体所見を評価して記載しているか			
	身体所見が記載され、評価されている	5 点	0
	身体所見は記載されているが、評価されていない	3 点	
	身体所見が記載されていない	0 点	
◆実施された検査結果または処置が記載され、適切に評価されているか			
	検査結果が記載され、評価されている	5 点	0
	検査結果は記載されているが、評価されていない	3 点	
	行われた検査結果が記載されていない	0 点	
	※ 手術または検査などが行われた場合、手術または検査後に診察記事に評価を記載している	+1 点	

※ 印がついた項目は該当する場合のみ評価してください。

★ 印がついた場合、評価は"不可"としてください。

退院時要約			
研 修 医 の 評 価 項 目	◆記載内容は過不足なく要約できているか		
	過不足なく要約できている	5 点	0
	最低限の記載はあるが、要約できていない	3 点	
	記載不十分	0 点	
◆考察は医学的、文献的な観点から、適切に記載できているか			
医学的、文献的観点から、十分な記載がある	5 点	0	
医学的または文献的観点到に欠ける部分はあるが、概ね記載できている	3 点		
症例タイトルのみ。または記載がない	0 点		
※ プロブレムごとに要約できている	+1 点		
※ 行われた主な検査はもれなく記載されている	+1 点		
※ 退院後1週間以内に"研修医済"にしている	+1 点		
その他			
研 修 医 の 評 価 項 目	◆文字の誤字・脱字がないか		
	誤字・脱字がない	3 点	0
	1、2カ所程度の誤字・脱字がある	2 点	
	誤字・脱字が多い	0 点	
◆略語や外国語の使用頻度は必要最小限であるか			
略語や外国語は必要最小限である	2 点	0	
略語や外国語が多い	0 点		
◆使用されている略語や外国語は誰が見ても分かるものであるか			
適切な略語や外国語が使用されている	2 点		0
不適切な略語や外国語が使用されている	0 点		

研修医の評価の目安: 優[68点以上かつ、専門医試験や学会発表等に耐えるもの]、良[67~60点]、可[59~40点]、不可[39点以下、または評価に★がついた場合]

研修医の総合得点: 0 / 68点

研修医単独での評価: 不可

診療録			
診 療 録 全 体 の 評 価 項 目	◆アレルギー、禁忌情報が記載されているか		
	アレルギー、禁忌情報が診察記事と患者基本情報に登録されている	5 点	0
	アレルギー、禁忌情報が診察記事のみに記載されている	3 点	
	アレルギー、禁忌情報が記載されていない	0 点	
◆研修医が記載した診察記事等を上級医が承認しているか			
すべて承認している	5 点	0	
6割以上承認している	3 点		
記事承認が6割未満	0 点		
◆インフォームド・コンセント記録を上級医または研修医が適切に記載しているか			
ICの記載があり、説明者、同席者、説明内容、患者の反応などが適切に記載されている	3 点	0	
ICの記載はあるが、内容が不十分	2 点		
ICの記載がない	0 点		
◆退院後2週間以内に退院サマリーを"記録済"にしているか			
退院後2週間以内に"記録済"にしている	2 点	0	
退院後2週間以内に"記録済"にできていない	0 点		

診療録の評価の目安: 優[83点以上かつ、専門医試験や学会発表等に耐えるもの]、良[82~70点]、可[69~50点]、不可[49点以下、または評価に★がついた場合]

◆良い点

◆改善点

2015 年 月 の審査結果まとめ

審査対象医師名: _____ 審査者 _____

総合評価:

◆ 1例目	研修医 の評価	0 点 不可	診療録 の評価	0 点 不可	各項目別得点
良 い 点	0				◆入院時記録 0 点
					◆入院診療計画書 0 点
					◆医師経過記録 0 点
					◆退院時要約 0 点
改 善 点	0				◆その他 0 点
					◆上級医指導記録 0 点
					◆致命的な不備 なし

◆ 2例目	研修医 の評価	0 点 不可	診療録 の評価	0 点 不可	各項目別得点
良 い 点	0				◆入院時記録 0 点
					◆入院診療計画書 0 点
					◆医師経過記録 0 点
					◆退院時要約 0 点
改 善 点	0				◆その他 0 点
					◆上級医指導記録 0 点
					◆致命的な不備 なし

1. 初期臨床研修医に対する安全管理体制

◆ 研修医が単独で行いうる医療行為等に関する基準

A：研修医が単独で行ってよい

C：研修医が単独で行ってはいけない。

I 診察

1)全身の視診、打診、触診	A
2)簡単な器具(聴診器・打鍵器・血圧計などを用いる全身の診察)	A
3)直腸診	A
女性の場合は可能な限り看護師または上級医あるいは指導医の同席の元に行う。	
4)耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察	A
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。	
1)内診	C

II 検査

1. 生理学的検査

1)心電図	A
2)聴力、平衡、味覚、嗅覚、知覚	A
3)視野、視力	A
4)眼球に直接触れる検査	A
眼球を損傷しないように注意する必要がある。	
5)呼吸機能(肺活量など)	A
1)脳波	C
2)筋電図、神経伝導速度	C

2. 内視鏡検査など

1)喉頭ファイバー	A
1)食道鏡	C
2)胃内視鏡	C
3)大腸内視鏡	C

4)直腸鏡	C
5)肛門鏡	C
6)膀胱鏡 尿管鏡 腎盂鏡	C
7)喉頭鏡	C
8)気管支鏡	C

3. 画像検査生理学的検査

1)超音波	A
1)単純 X 線撮影	C
2)CT	C
3)MRI	C
4)血管造影	C
5)核医学検査	C
6)消化管造影	C
7)気管支造影	C
8)脊髄造影	C
9)尿路造影	C
10)瘻孔造影	C
*その他:造影検査	C

4. 血管穿刺と採血

1)末梢静脈穿刺・静脈ライン留置	A
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り、穿刺が困難な場合は無理をせずに上級医あるいは指導医に任せる。	
2)動脈穿刺	A
肘窩部では上腕動脈は正中神経に伴走しており、神経損傷には十分に注意する。動脈ラインの留置は、研修医単独で行ってはならない。困難な場合は無理をせずに上級医あるいは指導医に任せる。	
1)中心静脈穿刺(鎖骨上、鎖骨下・内頸、大腿)	C
2)動脈ライン留置	C
3)小児の採血	C
特に上級医あるいは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。	
4)小児の動脈穿刺	C
年長の小児はこの限りではない。	

5. 穿刺

1)皮下の嚢胞	A
2)皮下の膿瘍	A
1)深部の嚢胞	C
2)深部の膿瘍	C

3) 関節	C
4) 胸腔	C
5) 腹腔	C
6) 膀胱	C
7) 腰部硬膜外穿刺	C
8) 腰部くも膜下穿刺	C
9) 針生検	C
10) 骨髄穿刺、骨髄生検	C

6. 産婦人科

1) 膣内容採取	C
2) コルポスコピー	C
3) 子宮内操作	C

7. その他

1) アレルギー検査(貼付)	A
2) 長谷川式認知テスト	A
3) MMSE	A
4) 上級医あるいは指導医の許可を得た自己記入式心理テスト	A
1) 発達テストの解釈	C
2) 知能テストの解釈	C
3) 心理テストの解釈	C

Ⅲ 治療

1. 処置

1) 皮膚消毒、包帯交換	A
2) 創傷処置	A
3) 外用薬貼付・塗布	A
4) 気道内吸引、ネブライザー	A
5) 導尿	A
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上級医あるいは指導医に任せる。	
6) 浣腸	A
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上級医あるいは指導医に任せる。	
7) 胃管挿入(経管栄養目的以外のもの)	A
胃管の位置を X 線で確認する。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上級医あるいは指導医に任せる。	

8) 気管カニューレ交換	A
研修医が単独で行ってよいのは特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、上級医あるいは指導医の同席が必要である。	
9) 気道確保	A
気管挿管は研修医単独でやってはいけない。	
1) ギブス巻き	C
2) ギブスカット	C
3) 胃管挿入(経管栄養目的のもの)	C
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。	

2. 注射

1) 皮内	A
2) 皮下	A
3) 筋肉	A
4) 末梢静脈	A
5) 輸血	A
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上級医あるいは指導医に任せる。	
1) 中心静脈(穿刺を伴う場合)	C
2) 動脈(穿刺を伴う場合)	C
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) 関節内	C
髄腔内	
4) 髄注	C

3. 麻酔

1) 局所浸潤麻酔	A
局所麻酔薬のアレルギーの既往を問診し、説明・同意書を作成する。	
1) 脊髄くも膜下麻酔	C
2) 硬膜外麻酔	C
3) 全身麻酔	C

4. 外科的処置

1) 抜糸	A
2) ドレーン抜去	A
時期、方法については指導医と協議する。	
3) 皮下の止血	A
4) 皮下の膿瘍切開・排膿	A
5) 皮膚の縫合	A

1) 深部の止血	C
応急処置を行うのは差し支えない。	
2) 深部の膿瘍切開・排膿	C
3) 深部の縫合	C

5. 処方

1) 一般の内服薬	A
処方箋の作成の前に、処方内容(薬品名、投与量、投与方法など)を上級医あるいは指導医と協議する。	
2) 注射処方(一般)	A
処方箋の作成の前に、処方内容(薬品名、投与量、投与方法など)を上級医あるいは指導医と協議する。	
3) 理学療法	A
処方箋の作成の前に、処方内容を上級医あるいは指導医と協議する。	
1) 内服薬(向精神薬)	C
※特に下記、第一種向精神薬 塩酸メチルフェニデート(コンサータ錠) モダフィニル(モディオダール錠)	
2) 内服薬(麻薬)	C
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。	
3) 内服薬(抗悪性腫瘍剤)	C
4) 注射薬(麻薬)	C
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。	
5) 注射薬(抗悪性腫瘍剤、インスリン製剤)	C
6) 麻酔薬・筋弛緩薬	C
※これらの薬剤を研修医が処方できるのは、主治医や指導医の同席の場合のみとなります。この際、「承認」の時刻は研修医による登録と同時刻となります。上記薬剤の処方を研修医が単独で登録し、主治医や指導医が後追いで承認することが禁止されています。	

IV その他

1) インスリン自己注射指導	A
インスリンの種類、投与量、投与時刻はあらかじめ上級医あるいは指導医のチェックをうける。	
2) 血糖値自己測定指導	A
1) 病状説明	C

正式な場での病状説明は研修医単独で行ってはないが、ベッドサイドでの病状に対しての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。	
2) 病理解剖	C
3) 病理診断報告	C
4) 診断書・証明書作成	C
5) 警察署・検察庁からの病状照会への回答	C
6) 生命保険会社等からの病状照会への回答	C

針刺し事故 対応マニュアル

大阪府立急性期・総合医療センター
安全衛生委員会
院内感染防止対策委員会
平成 15 年 12 月 16 日作成
平成 20 年 6 月 23 日改訂
平成 24 年 12 月 21 日改訂

針刺し事故 発生時 対応手順

- ① 創部・粘膜ケア
- ② 曝露発生への報告
- ③ 感染リスクのアセスメント
 - －曝露の種類と程度
 - －曝露源の血液感染症のステータス
- ④ 適切な治療、経過観察、カウンセリング

1. 創部ケア

- すぐに作業を中止し、創部を石鹼＋流水で洗浄
- 粘膜曝露の場合は、多量の流水でしっかり洗浄
 - ・消毒剤外用、創部絞り出しにはエビデンスない
 - ・漂白剤などを消毒として使用することを避ける

2. 曝露発生への報告

- まず作業を中止し、上司に報告し、事故報告書を作成する
- 責任医師に連絡し、診察を要請する
 - 時間内（平日 9 時～17 時） すべて ICT 医師：総合内科（大場：7319）
 - 時間外 時間外救急外来担当医師（ICT への相談時は 8W 病棟から大場連絡先確認）
- 曝露関連情報の把握
 - ・日時
 - ・処置内容 ー 何を、どこで、どのように、どの器材で
 - ・曝露詳細 ー 曝露経路（針刺し、創部、粘膜）、体液種類（血液、体液 etc.）
接触した量と時間の長さ

- 感染ステータスの確認
 - ・曝露源（患者・ID）およびその感染ステータス HBs 抗原、HCV 抗体、HIV 抗体
 - ・曝露者情報（本人） HBs 抗原、HBs 抗体、HCV 抗体、HIV 抗体
B 型肝炎ワクチン接種歴
 - ・曝露源が不明の場合はその旨も報告する
 - ・採血での感染ステータスが未確認の場合は、随時採血検査を実施する
 - ・患者採血においては、主治医から患者に採血および検査の説明をし同意を得る

- 受診時に労務災害認定用の書類を得る（常勤医師のみ）
総務・人事グループに連絡し、所定の書類を受け取る
受診終了後、責任医師（ICT 医師）が簡易診断書を発行する
書類を記入し揃えて人事グループに提出する
（時間外受診の場合は、平日日中に人事グループと ICT 医師に連絡し手続きをする）

3. 感染のリスクアセスメント

- 曝露の経路 一経皮、粘膜、皮膚病変、傷、咬傷
- 体液種類 一血液、血性体液、精液、腔分泌液、髄液、胸水、腹水、心嚢液、羊水
- 曝露源不明時の考慮ポイント
 - ・ソース不明の針 一落ちていた針、ゴミ箱の中の針、コンテナ内の針
 - ・曝露源に関する情報精査 一どこで、どのような環境で発生したか
一曝露源候補グループの HBV, HCV, HIV 頻度推測
 - ・曝露源候補に HBV, HCV, HIV 感染者がいる可能性が相応に考慮される場合
各々の曝露後対応を行うことを検討する
 - ・針、鋭利器材の付着物検査は推奨しない 一検査結果の信頼性、解釈法が不明
一鋭利器材を扱うこと自体の危険性あり

4. 曝露源ステータス別 曝露後予防

①HBV 曝露後対応

- 曝露者本人の HBV ステータス 確認
 - ・HBV ワクチン接種歴(3 回接種済み?)、HBs 抗原、HBs 抗体
→ 不明なら必ず採血確認
- 曝露後予防：PEP (Post Exposure Prophylaxis)適否を決める
- 適切な経過フォローとカウンセリング（総合内科：大場へ依頼）
- 曝露者本人が B 型肝炎ワクチン未接種のケース
 - ・HBs 抗原陰性 かつ HBs 抗体陰性 → PEP 適応
抗 HBV ヒト免疫グロブリン（ヘブスブリン）1000 単位/5ml 1 回点滴静注
+ HBV ワクチン（ビームゲン）0.5ml 筋注 1 回目接種
（1 ヶ月後に 2 回目、6 ヶ月後に 3 回目接種）
 - ・HBs 抗原陽性 →すでに HBV キャリア、消化器内科コンサルト
 - ・HBs 抗体陽性かつ HBs 抗原陰性 →B 型肝炎の既往、PEP 適応なし

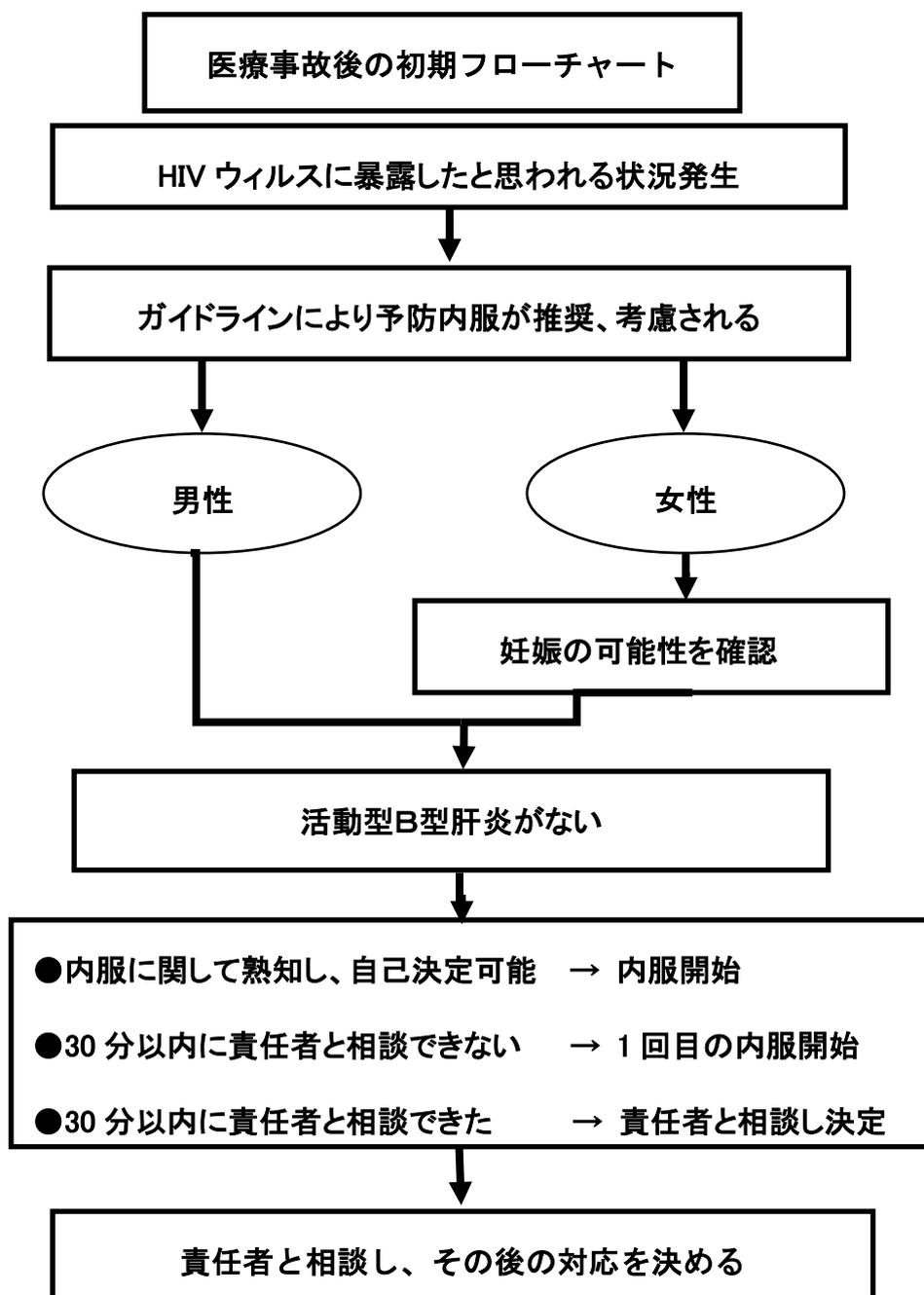
- 曝露者本人が B 型肝炎ワクチン接種済のケース
 - ・HB s 抗体上昇あり ($\geq 10\text{IU/ml}$) →HBV 検査不要、PEP 不要
 - ・HB s 抗体価不明 →曝露者本人採血で HB s 抗体価確認
 - HB s 抗体低値陽性 ($< 10\text{IU/ml}$) →PEP 必要
 - 抗 HBV ヒト免疫グロブリン (ヘブスブリン) 1000 単位/5ml 1 回点滴静注
 - + HBV ワクチン (ビームゲン) 0.5ml 筋注 1 回接種 (1 回のみ)
- HBV 曝露後予防の経過フォロー: HBs 抗原 HBs 抗体のフォロー採血 1 ヶ月後, 3 ヶ月後, 6 ヶ月後 (+ワクチン最終接種後 2 カ月後)

②HCV 曝露後対応

- 曝露者本人 抗体ステータス確認 不明の場合 → HCV 抗体+ALT 測定
- 曝露後予防策 PEP ……推奨なし
- 適切な経過フォローとカウンセリング (総合内科: 大場へ依頼)
 - 1 ヶ月後、3 ヶ月後、6 ヶ月後 HCV 抗体+ALT 測定

③HIV 曝露後対応

- 曝露者本人 抗体ステータス確認 HIV 抗体-EIA 法 (ELISA)
- リスクアセスメント ーいつ、何を投与するか、妊娠の可能性有無を必ず確認する
- 適切な経過フォローとカウンセリング
- 曝露源患者が HIV 陽性 →**医学的緊急対応**として行動する
 - PEP 適応あり、2 時間以内に可及的速やかに開始
 - 責任医師にすぐ連絡がとれない場合**、PEP1 回目内服をする
 - ツルバダ錠 (TDF/FTC) 1 錠 1 日 1 回内服
 - (妊婦の場合 コンビビル錠 (AZT/3TC) 1 錠 1 日 2 回内服を考慮)
 - 開始が遅れても、PEP は開始する
- 曝露者本人が**妊婦でも PEP は禁忌ではない**
 - リスクベネフィットの説明と同意のもとに、PEP 開始をしてもよい
- 時間外責任医師が初回 PEP 対応した場合
 - 事後でも平日日中に ICT に連絡し、PEP 継続対応を引き継ぐ
- HIV 曝露後予防の経過フォロー
 - HIV 抗体検査: EIA (ELISA) + 検血+AST/ALT+BUN/Cre
 - 1 ヶ月後、3 か月後、6 か月後
 - 曝露後でも、就労制限は必要ない
- HIV 曝露後予防投与のレジメン 以下を 28 日間投与
 - バックボーン薬 : 1 組 必ず投与
 - ①テノフォビル+エムトリシタビン (ツルバダ) 1T 分 1
 - ②アバカビル+ラミブジン (エブジコム) 1T 分 1
 - ③ジドブジン+ラミブジン (コンビビル) 1T 分 1
 - *妊婦・妊娠可能性 → コンビビルを選択
 - キードラッグ薬 : 感染ハイリスク時 いずれか併用
 - ・ロピナビル+リトナビル (カレトラ) 2T 分 2
 - *妊婦・妊娠可能性でも投与可能
 - ・ダルナビル(ブリジスタ)2T+リトナビル(ノービア)1T 分 1
 - ・アタザナビル(レイアタツ)2T+リトナビル(ノービア)1T 分 1
 - ・ラルテグラビル(アイセントレス) 2T 分 2



医療事故後の HIV 感染防止のための予防服用マニュアル(2007 年 7 月:改訂版)
 国立国際医療センター病院 エイズ治療・研究開発センターより

④梅毒の曝露後対応

- 曝露源が TP 抗体陽性、RPR（脂質抗原法）陽性でも、針刺し・血液曝露での感染事例はない
- 曝露源が 1 期・2 期梅毒（活動性、有症状、皮膚病変あり）は例外で、内容により曝露後予防投与を考慮する→平日日中に ICT 連絡でよい

公務災害事故報告書

平成 年 月 日

氏名		職員番号	
		所 属	
職種		生年月日	昭和 年 月 日(歳)
被災日時	平成 年 月 日 ()	午前・午後 時 分頃	
被災場所			
事故の経過			
感染症	患者は HBs抗原()・HBs抗体()・HCV()・WR()・HIV() 未検査		
	私は HBs抗原()・HBs抗体()・HCV()・WR()・HIV() 未検査		
応急処置 又は 診断指示 事項			
	科		医師名
	HIV 時間外の場合	薬局担当者	
所属上司署名 _____			

採血および感染症検査に関する同意書

患者氏名 _____ 様

この度、患者様の血液が付着した針が誤って職員に刺さっていしまう事故が発生いたしました。普段からこのような事故が起きないように十分気をつけて参りましたが、誠に残念なことに事故が起きてしまいました。

つきましては、職員への感染予防のため、患者様の血液検査を行わせていただきたいと思います。

なお、検査の費用は当方で負担させていただきますので、何卒ご協力をお願いいたたく存じます。検査結果の報告につきましては希望される検査を○で囲んで下さい。

<検査項目>

- HBs抗原.....B型肝炎ウイルスの検査
- HCV抗体.....C型肝炎ウイルスの検査
- HIV抗体.....後天性免疫不全ウイルスの検査
- 梅毒反応.....梅毒の検査

以上を予定しております。

平成 年 月 日

担当者氏名 _____

◎ 上記の説明を受け、採血・検査を受けることに同意します。

◎ 検査結果の報告を(希望します・希望しません)

平成 年 月 日

患者氏名(自書) _____

又は患者家族氏名(自書) _____

- ◎ 患者さんから感染症検査の採血の承諾が得られない場合⇒責任医師の判断による
 - ※ HB感染のリスクが高いと判断した場合
被感染者と相談し、抗HBグロブリンを注射
 - ※ HIV 感染のリスクが高いと判断した場合
被感染者と相談し、抗HIV薬の1回目の服用
 - ※ 梅毒感染のリスクが高いと判断した場合
被感染者と相談し、パセトシンの内服を開始

本人用服用のための説明文書とチェックリスト

以下のチェックリストに従い、感染予防のための服薬について説明文書をよく読み、服用の意義・注意点等について確認して下さい。(=チェック欄)

□服用の意義

針刺し事故などでHIV汚染血液に暴露された場合の感染のリスクは、最も高い場合でも0.5~0.3%とされており、B型肝炎やC型肝炎の同じ様な事故の場合の感染リスクに比べ、それぞれ1/100~1/10と低いことが知られています。しかし、低いとはいえ感染リスクは0%ではなく、1000回の事故について3~5人は感染するということを意味しています。しかも、今のところ感染が成立してしまった場合、治療できるような治療法は確立されていません。しかし一方、感染直後にAZTを服用することで感染のリスクを約80%低下させることが示されています。今回奨めている組み合わせであれば、さらに効果的であろうと考えられます。予防服用により100%感染を防げるわけではありませんが、予防服用を強くすすめる理由はこのためです。服用の意義を理解し、次に進んで下さい。

□服用に当たっての注意点

感染予防の効果をあげるためには、事故後できるだけ早く、できれば1~2時間以内に予防薬を服用する必要があります。このため、専門家に相談できる前に、自己判断で服用を開始せざるを得ない場合もあります。どうしていいかわからない場合、妊娠の可能性がなければ、とりあえず第1回目の服用を推奨します。

□妊娠の可能性のある場合

大至急妊娠の有無を調べて下さい。予防内服する薬について、妊娠初期の胎児に対する安全性は確立されていません。妊婦の場合、責任医師と大至急服薬について相談して下さい。

□予防服用される抗HIV薬の注意点及び副作用

★コンビル錠(COM) 1回1錠、1日2回

ヌクレオシド系逆転写酵素阻害剤、ジドブジン(AZT)・ラミブジン(3TC)の配合剤です。

以下のような副作用があります。

副作用

- ① 最も多い副作用は、服用したその日に起こる吐気・食欲不振等の消化器症状です。消化器症状は服用を続けているうちに、だんだん軽くなってきます。大体40~50%位の患者さんが飲み始めに消化器症状がでますが、ほとんどの方が問題なく飲めるようになります。また、まれに頭痛の現れること心ありますが、多くの場合、服用開始数日後に消失します。
- ② 1ヶ月程度の予防服用心であればまず問題にはなりません。長期服用の副作用としてMCV上昇を伴う貧血がよく知られています。頻度の高い副作用ですが、中止しなければならぬほどの貧血が出現する可能性はそれほど高くありません。

注意点

コンビルに含まれるラミブジン(3TC)は慢性B型肝炎の治療薬としても承認されています。B型肝炎患者がこの薬剤を半年以上服用した後の中止後、肝炎が悪化することもあり、その中で激症化し死亡した例も報告されています。従って、この薬剤を服用する前には、必ずB型肝炎の有無を調べる必要があります。B型肝炎患者の場合、3TC中止に注意が必要です。主治医と十分相談してください。なお、1ヶ月程度の服用では、今のところこのような副作用はあまりみられないと思われます。

★カレトラ錠(LPV/RTV) 1回2錠、1日2回

プロテアーゼ阻害剤、ロピナビル・リトナビルの配合剤です。以下のような副作用があります。

副作用

主な副作用は、下痢、嘔気、腹痛などの消化器症状です。止痢剤、制吐剤などの対処薬で軽減することもあります。責任医師に相談してください。

□チェックリストに従い感染予防のための服薬について説明文書を読みました。

□予防服用の重要性を理解し、予防服用フローチャートに従い服薬を開始します。

□はい □いいえ

平成 年 月 日

名前 (匿名可)

H I V抗体陽性もしくは非常に強く陽性が疑われる患者の医療行為時に針刺し等をした場合の責任者用チェックリスト（コンビビル／カレトラ）

1. 可能な限り早期にH I V抗体、HBs抗体のチェックをしてください。
同時に血清を1mL保管してください。
以後は、H I V抗体について1ヵ月後、3ヵ月後、6ヵ月後に検査してください。
2. 標準的な薬剤の服用方法は以下のとおりです。
 - ・コンビビル（AZT:300mg+3TC:150mg）2錠 分2
 - ・カレトラ（LPV:200mg+RTV:50mg）4錠 分2

針刺し後の有効な予防のためには第一回目の服用が最も大事と考えられます。できるだけ速やかに第一回目（少なくとも1～2時間以内）を服用させてください。服用する場合の投与期間は1ヵ月間です。以下のような変更も参考にしてください。

- (1) コンビビル：半年以上3TCの投与された慢性B型肝炎患者において中止後に肝炎の悪化した報告があります。
1ヵ月以内の短期服用における肝炎悪化の報告はありませんが注意は必要です。
- (2) カレトラ：下痢を起こすことがあります。必要時はロペラミド（ロペミン）1日1～4capを併用することで内服継続が可能となります。

3. 対象者が女性の場合は、妊娠に注意してください。
妊婦に投与した場合の安全性、特に妊娠初期での胎児への安全性は確認されていません。従って、妊婦が服用を決意する場合には十分な自己決定が不可欠です。
また、対象者が妊娠していなかった場合には、予防薬を服用する対象者に対しては、少なくとも4週間は避妊するよう勧告してください。

◆医療安全（医療事故の対応／ヒヤリ・ハット／インシデント／アクシデント・リポート）医療安全について

初期臨床研修医は、医療従事者として医療事故防止に努めなければならない。また一旦事故が発生した場合には、医療上の最善の処置を講じ、有害事象や不利益が悪化しないよう、対策を講じなければならない。

【初期臨床研修医の医療事故への対応】

大阪府立病院機構では、医療事故を患者の影響レベルによって 5 段階（表）に分類し、その対応を規定している。インシデント報告書の報告者は、「最初に問題発生を発見した人または当事者」と規定されているが、初期臨床研修医は患者の診療に対する責任を負う「主治医」ではなく、主治医を補佐する「担当医」であるので、①レベル 3 a 以下では、当該診療科責任者に報告し、3 日以内にインシデント報告書を作成する、②レベル 3 b 以上では即座に当該診療科責任者と上級医または主治医に報告し、患者状態の原状回復につとめる。家族への説明や対応は、必ず上級医が行い、研修医は同席する。（「事故報告書」は主治医または上級医が作成する）。

【インシデント報告書作成要領】

報告書は院内 OA システムを活用して、「インシデント報告書」を作成し、印刷して速やかに直接監督者に報告する。

注意事項

1. “患者への影響レベル” は事象の該当するレベルを選択する。レベル 3 b 以上は医療事故の取り扱いになるので、医療事故・合併症報告書へ入力する。
2. “事象の内容” は事実に沿って分かり易く正確に入力する。
3. “対応および予防策” は事象に対してどのように対応したか、また今後同じことを起こさないためにはどうすべきかを具体的に入力する。
4. 報告内容を入力し登録したら印刷し直接監督者に事象内容を報告する。
5. 内容に不備等があり、差し戻されたら、すみやかに修正し再登録を行い、承認を得る。

。。。院内医療安全推進マニュアルより抜粋

報告書	レベル	内容
インシデント報告書	0	間違いが実施前に発見された事例
		a 仮に実施されていても患者への影響は小さかった（処置不要）と考えられる
		b 仮に実施されていた場合、身体への影響は大きい（生命に影響しうる）と考えられる
	1	患者へは実害がなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
	2	処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）
	3	患者に影響があった事例
		a 簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
医療事故・合併症報告書	b	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）
		患者に永続的な傷害が残った事例
	4	a [軽度～中等度の傷害] 永続的な障害や後遺症が残ったが、 有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
		b [中等度～高度の傷害] 永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う
	5	死亡 （原疾患の自然経過によるものを除く）

◆健康管理・予防接種・精神衛生管理

研修医を含めた当センター職員の健康管理については、下記の規程に基づいて定期的に健康診断を実施している。

予防接種については、下記の規程のほか、大阪府急性期・総合医療センター院内感染対策委員会等の見解により、感染の危険性を防止するために実施している。

風疹、麻疹、水痘、ムンプスについては、研修医の採用時オリエンテーションの採血研修で陰性となった者には予防接種を実施している。また、B型肝炎ワクチン及びインフルエンザについても、希望する職員を対象に実施している。

○地方独立行政法人大阪府立病院機構職員安全衛生管理規程（抜粋）

（健康診断の種類）

第24条

健康診断の種類及びその対象職員は、大阪府職員の取扱いの例によるものとする。

（健康診断の実施）

第25条

安全衛生管理者は、各事業場の該当職員に対し、大阪府職員の取扱いの例により、健康診断を実施するものとする。

2 統括安全衛生管理者は、安全衛生管理者が健康診断を実施することが困難であり、又は適当でないとき認めるときは、協議により、当該健康診断を実施することができる。

（健康診断の受診義務）

第26条

職員は、所定の健康診断を受けなければならない。

○大阪府職員安全衛生管理規程

（健康診断の種類）

第30条 健康診断の種類及びその対象職員は、別表第3に掲げるとおりとする。

別表第3(抜粋)		
健康診断の種類		対象職員
一般定期健康診断	一般定期健康診断	全職員
特別健康診断	放射線業務従事職員健康診断	令第二十二條第一項第二号に掲げる業務に常時従事する職員又は放射性同位元素等による放射線障害の防止に関する法律施行規則(昭和三十五年総理府令第五十六号)第一条第一号若しくは第二号に該当する職員
	特定化学物質等取扱業務従事職員健康診断	令第二十二條第一項第三号及び第三項の業務に常時従事する職員又は第二項の業務に常時従事したことのある職員
	有機溶剤業務従事職員健康診断	令第二十二條第一項第六号に掲げる業務に常時従事する職員
	手指作業従事職員健康診断	金銭登録、筆耕、タイプライター、カードせん孔等手指作業に常時従事する職員
	重度心身障害者介護業務等従事職員健康診断	重度心身障害者(児)等を介護する業務に常時従事する職員
	VDT作業従事職員健康診断	VDT作業に常時従事する職員
	その他の健康診断	胃集団検診
婦人科検診		三十歳以上の女子職員が必要であると認められた職員
大腸検診		四十歳以上の職員が必要であると認められた職員
臨時健康診断		必要があると認められた職員

8. 初期臨床研修修了判定

例年3月下旬、研修管理委員会において、臨床研修修了判定会議を開催。

- ・ 臨床研修期間（定められた臨床研修期間の研修を行うこと）
- ・ 到達目標（研修プログラムに則った研修を行い、臨床研修の到達目標を達成すること）
- ・ 医師としての適正評価
上記の3点について評価し修了判定を行う。

- ・ 未修了の場合
初期臨床研修要綱18条に従う。
- ・ 中断の場合
初期臨床研修要綱19条に従う。

9. 初期臨床研修修了後の進路について

研修医は自由意志により初期臨床研修修了後の進路を決定することができる。院長以下、幹部職員が後期臨床研修の進路相談を行っており、随時対応可能である。

当センターでは3年間の後期臨床研修を実施している。引き続き、専攻する診療科で後期研修を希望する場合、各診療科責任者と相談の上、採用の規定に従い採用申請を行う。

常勤職員としての採用は、初期および後期研修を修了した卒業6年目以降の者が対象であり、地方独立行政法人大阪府立病院機構の規定に従う。以上の情報は他施設、他分野への就職を含め、個人情報の扱いで研修管理室にて一括管理する。

初期臨床研修 (2年間) 初期研修管理委員会	後期臨床研修 (3年間) 各診療科責任者と後期研修管理委員会	常勤職員採用 各診療科責任者
------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

10. 初期臨床研修プログラム

○臨床研修プログラム(平成23年度より一部を除き変更なし)

【平成27年度プログラム】

<基幹型プログラムA>	50
<産婦人科重点プログラム>	56
<小児科重点プログラム>	62
<阪大プログラムB>1年目 阪大病院/2年目 当センター	68
<阪大プログラムC>1年目 当センター/2年目 阪大病院	74

【各プログラム共通項目】

基本的研修目標(厚生労働省の到達目標)	80
---------------------	----

【各診療科における研修目標】

- ◆ 精神科をローテイトしない場合の研修と評価 111
- ◆ 産婦人科をローテイトしない場合の研修と評価 113

【2014年度研修スケジュール(最新ローテート表)】

134

臨床研修プログラム

基幹型プログラム A

地方独立行政法人 大阪府立病院機構

大阪府立急性期・総合医療センター

(平成 27 年 4 月施行)

目 次

1. はじめに	1
2. 研修の理念と目的	
3. 研修の方法	
4. 研修評価の方法	3
5. 研修の到達目標	5
(1)基本的研修目標	
I. 行動目標	
<u>医療人として必要な基本姿勢・態度</u>	
II. 経験目標	
<u>A 経験すべき診察法・検査・手技</u>	7
<u>B 経験すべき症状・病態・疾患</u>	9
<u>C 特定の医療現場の経験</u>	14
(2)各診療科における研修目標	16

1. はじめに

当センターは、厚生労働省の指定する臨床研修病院として、医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する、医師としての人格をかん養することのできる臨床研修を行う一方、大阪府立の急性期・総合医療センターとして高度専門医療を担っている。

平成 16 年 4 月 1 日からは臨床研修必修化等の医師法改正を受けて、当センターでは、社会のニーズに答えるべく、プライマリーケア・全人的医療を重視した新しい研修プログラムを提供してきた。

今回平成 21 年 4 月 28 日交付の改正省令及び平成 21 年 5 月 11 日付の改正省令施行通知に則り、さらなる臨床研修の質の向上を目指して、基幹型臨床研修病院として新しい臨床研修プログラムを提供する。当センターで卒後 2 年間の臨床研修を行えば、必修科（内科・救急部門・地域医療）および選択必修科をすべてローテートできるとともに、残り 12 ヶ月を希望に添った形で選択して、更に専門性を高めることができる。

2. 研修の理念と目的

臨床研修は、医師としての人格を涵養し、医の倫理に基づいて患者の権利と利益を尊重すると共に、全人的に対応できるプライマリ・ケアの基本的診療能力を修得して、チーム医療を実践することができるものでなければならない。

臨床研修の目的とするところは、臨床研修の理念と到達目標の達成を念頭に置き、

第 1 に、適切な指導医のもとで、プライマリ・ケアへの理解を深め、患者の健康上の問題解決に必要な幅広い知識を修得し、患者を全人的に診ることができる臨床能力を培うとともに、医学の進歩に対応して自らの診療能力を開発できる基礎を養うことにある。

第 2 に、医療における人間関係、とくに医師と患者との関係についての理解を深め、併せて医の倫理を体得して、医師としての資質の向上を図ることにある。

3. 研修の方法

1. 研修は必修科期間 10 ヶ月（2 年目の地域医療 1 ヶ月を含む）、選択必修科期間 2 ヶ月と選択研修 1 2 ヶ月の計 2 4 ヶ月にわたって行う。

2. ローテートする診療科の順番は原則1年目に内科+救急診療科を回り、2年目に地域医療と選択科を回る。しかし、将来専門としたい診療科を先にローテイトすることも可能である。なお、将来外科系を選択する場合、麻酔科を3ヶ月自動的にローテイトすることとする。
3. 具体的なローテーション表は研修医の希望と各診療科の受入体制をマッチさせるべく研修管理室にて作成する。2年間の研修途中でのローテート科の変更は原則許可しない。選択例を次に示す（但し順番は示していない）。

必修科：9ヶ月	診療科	選択例
内科：6ヶ月 3ヶ月単位で2科を選択する。	心臓内科、消化器内科、神経内科、免疫リウマチ科、呼吸器内科、腎臓高血圧/糖尿病代謝内科、総合内科	腎内/糖内：3ヶ月 内科・呼吸器：3ヶ月
救急部門：3ヶ月	救急診療科	救急診療科：3ヶ月
選択必修科：2ヶ月		
選択研修科：1ヶ月単位で5科より2科を選択する。	外科（消化器外科、乳腺外科、小児外科）、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科	産婦人科：1ヶ月 小児科：1ヶ月
選択科：12ヶ月		
2あるいは3ヶ月単位で、必修科・選択必修科を含めた24科より選択する。	麻酔科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、泌尿器科、耳鼻咽喉・頭頸部外科、眼科、皮膚科、形成外科、画像診断科、病理科、リハビリ科 心臓内科、消化器内科、神経内科、免疫リウマチ科、呼吸器内科、腎臓高血圧/糖尿病代謝内科、総合内科、救急診療科、外科（消化器外科、乳腺外科、小児外科）、呼吸器外科、小児科、産婦人科、精神科	<u>例1（外科系）</u> 外科：3ヶ月 麻酔科：3ヶ月 泌尿器科：2ヶ月 耳鼻科：2ヶ月 心外科：2ヶ月 <u>例2（産婦人科）</u> 産婦人科：6ヶ月 麻酔科：3ヶ月 画診科：3ヶ月
地域医療：1ヶ月 あびこ病院、南港病院、阪和記念病院、緑風会病院の4病院より一つを割当てる。		地域連携病院：1ヶ月
		計 24ヶ月

4. 研修期間中は救急当直が義務付けられており、上級医・指導医のもとで救急患者に対するプライマリーケアの能力を習得する。
5. 研修到達目標は、全病院的な基本的研修目標と、各診療科におけるやや専門的な研修目標の2つに区分される。前者は厚生労働省のコアカリキュラムを改変したものである。
6. 研修評価は、オリエンテーションから研修終了時の発表会までの2年間で、指導者（指導医及び看護師長）と研修管理室が行い、研修管理委員会で修了判定を行う。

4. 研修評価の方法

1. 指導者（指導医及び看護師長）および研修医は各ローテートでの研修が終わるごとに1回、それぞれ「基本的研修目標」指導者評価表、自己評価表を用いて形成的評価を行う。評価表の各項目に関して到達度を a: とりわけ優れている、b: 平均を上回っている、c: 平均レベルに到達している、d: 不十分なレベルに留まっている の4段階で評価し、チェックを入れる（コンピューターで数字1を入力する）。
続けて6ヶ月間同一科に所属する場合は、6ヶ月後に1回評価する。
レポート提出時には評価表のID欄に患者IDを入力して、「提出済み」の確認に用いる。
2. 形成的評価法にてd判定は研修2年目の終了までにc, b, aと向上するよう研修医と指導者の努力が必要である。
3. 未経験で評価不能な場合は空欄のままとして良いが、研修終了時までには以下の条件を満たす必要がある。その際、当該研修医はそれまでにローテートした科の評価表をすべて積み重ねた過去の評価表を参考にして、不備のない研修を行う努力をする。
 - 1) 行動目標はすべての項目で評価する。
 - 2) 経験目標の内「A 経験すべき診察法・検査・手技」: 必修項目と CPC レポートあり。
 - 3) 経験目標の内「B 経験すべき症状・病態・疾患」の(1)頻度の高い症状: 必修項目 (20項目) はレポート提出。
 - 4) 経験目標の内「B 経験すべき症状・病態・疾患」の(2)緊急を要する症状・病態: 必修項目は初期治療に参加する必要あり。

- 5) 経験目標の内「B 経験すべき症状・病態・疾患」の(3)経験が求められる疾患・病態：必修項目を含む合計 88 項目のうち 70%以上の経験が望ましい。[A] 疾患 (10 項目) と [外科手術症例] はレポート提出。
- 6) 経験目標の内「C 特定の医療現場の経験」：(1)~(6)の医療現場における到達目標項目の一つ以上を経験する。
4. 評価表である上記「基本的研修目標」は自己評価表として、まず研修管理室より各研修医へ院内メールにて配布される。
5. 診療科の異動時、研修医は自己評価表を研修管理室へ院内メールで返送する。
6. 研修管理室では、自己評価表とそれまでにローテートした科の指導者評価表をすべて積み重ねて指導者（指導医及び看護師長）へメールする（初回であれば自己評価表を転送することになる）。
7. 指導者は過去の評価表を参考にして評価を行い、研修管理室へ返送する。
8. 以上を繰り返すと、研修 2 年目終了時には複数診療科の評価表を積み重ねた一つの最終評価表ができる。この最終評価表とオリエンテーション、モーニングセミナー（毎週 1 回）、時間外救急勉強会（2 週間毎 1 回）、CPC（全職員対象年 4 回、小規模 CPC は症例毎施行され年 30 回程度）、医療事故防止研修会（年 1 回）、安全衛生研修会（年 1 回）、医療安全推進委員会主催の講演会（年 4 回）、研修終了時発表会および退院サマリー完成率が、年度末に開催される臨床研修修了判定会議の基礎資料となる。
9. 2 年間の研修中に止むを得ない事情で休んだ場合、①厚生労働省の定めた休止期間の上限である 90 日を超えないこと、②当該研修科部長の許可と 75%以上の診療期間を充足すること、が必要である。
10. 臨床研修修了判定会議では、上記の#8,#9 および医師としての適正が総合評価され、「修了認定証」が交付される。これが満たされない場合、研修期間が延長されるか、中断証が交付される。

臨床研修プログラム

産婦人科重点プログラム

地方独立行政法人 大阪府立病院機構

大阪府立急性期・総合医療センター

(平成 27 年 4 月施行)

目 次

1. はじめに	1
2. 研修の理念と目的	
3. 研修の方法	
4. 研修評価の方法	3
5. 研修の到達目標	5
(1)基本的研修目標	
I. 行動目標	
<u>医療人として必要な基本姿勢・態度</u>	
II. 経験目標	
<u>A 経験すべき診察法・検査・手技</u>	7
<u>B 経験すべき症状・病態・疾患</u>	9
<u>C 特定の医療現場の経験</u>	14
(2)各診療科における研修目標	16

1. はじめに

当センターは、厚生労働省の指定する臨床研修病院として、医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する、医師としての人格をかん養することのできる臨床研修を行う一方、大阪府立の急性期・総合医療センターとして高度専門医療を担っている。

平成 16 年 4 月 1 日からは臨床研修必修化等の医師法改正を受けて、当センターでは、社会のニーズに答えるべく、プライマリーケア・全人的医療を重視した新しい研修プログラムを提供してきた。

今回平成 22 年 4 月 14 日付の改正省令施行通知に則り、さらなる臨床研修の質の向上を目指して、一定基準を満たす基幹型臨床研修病院として、医師不足診療科である産婦人科を希望する研修医を対象に、重点プログラムを提供する。当プログラムで卒後 2 年間の臨床研修を行えば、必修科（内科・救急部門・地域医療）および選択必修科をすべてローテートできるとともに、産婦人科を 1 年目に 3 ヶ月ローテートすることが可能であり、残り 7 ヶ月を希望に添った形で選択して、更に専門性を高めることができる。

2. 研修の理念と目的

臨床研修は、医師としての人格を涵養し、医の倫理に基づいて患者の権利と利益を尊重すると共に、全人的に対応できるプライマリ・ケアの基本的診療能力を修得して、チーム医療を実践することができるものでなければならない。

臨床研修の目的とするところは、臨床研修の理念と到達目標の達成を念頭に置き、

第 1 に、適切な指導医のもとで、プライマリ・ケアへの理解を深め、患者の健康上の問題解決に必要な幅広い知識を修得し、患者を全人的に診ることができる臨床能力を培うとともに、医学の進歩に対応して自らの診療能力を開発できる基礎を養うことにある。

第 2 に、医療における人間関係、とくに医師と患者との関係についての理解を深め、併せて医の倫理を体得して、医師としての資質の向上を図ることにある。

3. 研修の方法

1. 研修は必修科期間 10 ヶ月（2 年目の地域医療 1 ヶ月を含む）、産婦人科コース 3 ヶ月、選択必修科期間 4 ヶ月と選択研修 7 ヶ月の計 24 ヶ月にわたって行う。

2. ローテートする診療科の順番は原則1年目に内科、産婦人科、救急診療科を回り、2年目に地域医療を含む選択科を回る。なお、将来外科系を選択する場合、麻酔科を自動的にローテートすることとしているが、産婦人科は外科系に含まれるため2ヶ月の麻酔科ローテートが義務付けられている。従って、このプログラムにおいては、産婦人科、麻酔科、選択必修科（5科より選択）がすでに割り当てられているため、残り7ヶ月を選択科とする。
3. 具体的なローテーション表は研修医の希望と各診療科の受入体制をマッチさせるべく研修管理室にて作成する。2年間の研修途中でのローテート科の変更は原則許可しない。

選択例を次に示す（但し順番は示していない）。

必修科：9ヶ月	診療科	選択例
内科：6ヶ月 3ヶ月単位で2科を選択する。	心臓内科、消化器内科、神経内科、免疫リウマチ科、内科・呼吸器、腎臓高血圧／糖尿病代謝内科、総合内科	腎内／糖内：3ヶ月 内科・呼吸器：3ヶ月
救急部門：3ヶ月	救急診療科	救急診療科：3ヶ月
産婦人科コース：3ヶ月	産婦人科	産婦人科：3ヶ月
選択必修科：4ヶ月		
麻酔科を2ヶ月、残り2ヶ月を1ヶ月単位で5科より選択する。	外科（消化器外科、乳腺外科、小児外科）、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科	麻酔科：2ヶ月 小児科：2ヶ月
選択科：7ヶ月		
2あるいは3ヶ月単位で必修科・選択必修科を含めた24科より選択する。	麻酔科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、泌尿器科、耳鼻咽喉・頭頸部外科、眼科、皮膚科、形成外科、画像診断科、病理科、リハビリ科、心臓内科、消化器内科、神経内科、免疫リウマチ科、呼吸器内科、腎臓高血圧／糖尿病代謝内科、総合内科、救急診療科、外科（消化器外科、乳腺外科、小児外科）、呼吸器外科、小児科、産婦人科、精神科	外科：2ヶ月 小児科：2ヶ月 産婦人科：3ヶ月
地域医療：1ヶ月 あびこ病院、南港病院、阪和記念病院、緑風会病院の4病院より一つを割当てる。		地域連携病院：1ヶ月
		計 24ヶ月

4. 研修期間中は救急当直が義務付けられており、上級医・指導医のもとで救急患者に対するプライマリーケアの能力を習得する。
5. 研修到達目標は、全病院的な基本的研修目標と、各診療科におけるやや専門的な研修目標の2つに区分される。前者は厚生労働省のコアカリキュラムを改変したものである。
6. 研修評価は、オリエンテーションから研修終了時の発表会までの2年間で、指導者（指導医及び看護師長）と研修管理室が行い、研修管理委員会で修了判定を行う。

4. 研修評価の方法

10. 指導者（指導医及び看護師長）および研修医は各ローテートでの研修が終わるごとに1回、それぞれ「基本的研修目標」指導者評価表、自己評価表を用いて形成的評価を行う。評価表の各項目に関して到達度を a: とりわけ優れている、b: 平均を上回っている、c: 平均レベルに到達している、d: 不十分なレベルに留まっている の4段階で評価し、チェックを入れる（コンピューターで数字1を入力する）。
続けて6ヶ月間同一科に所属する場合は、6ヶ月後に1回評価する。
レポート提出時には評価表のID欄に患者IDを入力して、「提出済み」の確認に用いる。
11. 形成的評価法にてd判定は研修2年目の終了までにc, b, aと向上するよう研修医と指導者の努力が必要である。
12. 未経験で評価不能な場合は空欄のままとして良いが、研修終了時までには以下の条件を満たす必要がある。その際、当該研修医はそれまでにローテートした科の評価表をすべて積み重ねた過去の評価表を参考にして、不備のない研修を行う努力をする。
 - 1) 行動目標はすべての項目で評価する。
 - 2) 経験目標の内「A 経験すべき診察法・検査・手技」: 必修項目と CPC レポート あり。
 - 3) 経験目標の内「B 経験すべき症状・病態・疾患」の(1)頻度の高い症状: 必修項目 (20項目) はレポート提出。
 - 4) 経験目標の内「B 経験すべき症状・病態・疾患」の(2)緊急を要する症状・病態: 必修項目は初期治療に参加する必要あり。
 - 5) 経験目標の内「B 経験すべき症状・病態・疾患」の(3)経験が求められる疾患・病態: 必修項目を含む合計 88 項目のうち 70%以上の経験が望ましい。[A] 疾患 (10項目) と [外科手術症例] はレポート提出。

- 6) 経験目標の内「C 特定の医療現場の経験」: (1)~(6)の医療現場における到達目標項目の一つ以上を経験する。
13. 評価表である上記「基本的研修目標」は自己評価表として、まず研修管理室より各研修医へ院内メールにて配布される。
 14. 診療科の異動時、研修医は自己評価表を研修管理室へ院内メールで返送する。
 15. 研修管理室では、自己評価表とそれまでにローテートした科の指導医評価表をすべて積み重ねて指導者（指導医及び看護師長）へメールする（初回であれば自己評価表を転送することになる）。
 16. 指導者は過去の評価表を参考にして評価を行い、研修管理室へ返送する。
 17. 以上を繰り返すと、研修2年目終了時には複数診療科の評価表を積み重ねた一つの最終評価表ができる。この最終評価表とオリエンテーション、モーニングセミナー（毎週1回）、時間外救急勉強会（2週間毎1回）、CPC（全職員対象年4回、小規模CPCは症例毎施行され年30回程度）、医療事故防止研修会（年1回）、安全衛生研修会（年1回）、医療安全推進委員会主催の講演会（年4回）、研修終了時発表会および退院サマリー完成率が、年度末に開催される臨床研修修了判定会議の基礎資料となる。
 18. 2年間の研修中に止むを得ない事情で休んだ場合、①厚生労働省の定めた休止期間の上限である90日を超えないこと、②当該研修科部長の許可と75%以上の診療期間を充足すること、が必要である。
 10. 臨床研修修了判定会議では、上記の#8,#9 および医師としての適正が総合評価され、「修了認定証」が交付される。これが満たされない場合、研修期間が延長されるか、中断証が交付される。

臨床研修プログラム

小児科重点プログラム

地方独立行政法人 大阪府立病院機構

大阪府立急性期・総合医療センター

(平成 27 年 4 月施行)

目 次

1. はじめに	1
2. 研修の理念と目的	
3. 研修の方法	
4. 研修評価の方法	3
5. 研修の到達目標	5
(1)基本的研修目標	
I. 行動目標	
<u>医療人として必要な基本姿勢・態度</u>	
II. 経験目標	
<u>A 経験すべき診察法・検査・手技</u>	7
<u>B 経験すべき症状・病態・疾患</u>	9
<u>C 特定の医療現場の経験</u>	14
(2)各診療科における研修目標	16

1. はじめに

当センターは、厚生労働省の指定する臨床研修病院として、医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する、医師としての人格をかん養することのできる臨床研修を行う一方、大阪府立の急性期・総合医療センターとして高度専門医療を担っている。

平成 16 年 4 月 1 日からは臨床研修必修化等の医師法改正を受けて、当センターでは、社会のニーズに答えるべく、プライマリーケア・全人的医療を重視した新しい研修プログラムを提供してきた。

今回平成 22 年 4 月 14 日付の改正省令施行通知に則り、さらなる臨床研修の質の向上を目指して、一定基準を満たす基幹型臨床研修病院として、医師不足診療科である小児科を希望する研修医を対象に、重点プログラムを提供する。当プログラムで卒後 2 年間の臨床研修を行えば、必修科（内科・救急部門・地域医療）および選択必修科をすべてローテートできるとともに、小児科を 1 年目から 3 ヶ月、2 年目にも 3 ヶ月以上ローテートすることが可能であり、更に専門性を高めることができる。

2. 研修の理念と目的

臨床研修は、医師としての人格を涵養し、医の倫理に基づいて患者の権利と利益を尊重すると共に、全人的に対応できるプライマリ・ケアの基本的診療能力を修得して、チーム医療を実践することができるものでなければならない。

臨床研修の目的とするところは、臨床研修の理念と到達目標の達成を念頭に置き、

第 1 に、適切な指導医のもとで、プライマリ・ケアへの理解を深め、患者の健康上の問題解決に必要な幅広い知識を修得し、患者を全人的に診ることができる臨床能力を培うとともに、医学の進歩に対応して自らの診療能力を開発できる基礎を養うことにある。

第 2 に、医療における人間関係、とくに医師と患者との関係についての理解を深め、併せて医の倫理を体得して、医師としての資質の向上を図ることにある。

3. 研修の方法

1. 研修は必修科期間 10 ヶ月（2年目の地域医療 1 ヶ月を含む）、小児科コース 3 ヶ月、選択必修科期間 2 ヶ月と選択研修 9 ヶ月の計 24 ヶ月にわたって行う。
2. ローテートする診療科の順番は原則 1 年目に内科、救急診療科を回り、2 年目に地域医療を含む選択科を回るが、小児科重点プログラムでは 1 年目に小児科を 3 ヶ月ローテートする。従って、このプログラムにおいては、小児科と選択必修科（5 科より選択）がすでに割り当てられているため、残り 9 ヶ月を選択科とする。
3. 具体的なローテーション表は研修医の希望と各診療科の受入体制をマッチさせるべく研修管理室にて作成する。2 年間の研修途中でのローテート科の変更は原則許可しない。選択例を次に示す（但し順番は示していない）。

必修科：9 ヶ月	診療科	選択例
内科：6 ヶ月 3 ヶ月単位で 2 科を選択する。	心臓内科、消化器内科、神経内科、免疫リウマチ科、呼吸器内科、腎臓高血圧／糖尿病代謝内科、総合内科	腎内／糖内：3 ヶ月 内科・呼吸器：3 ヶ月
救急部門：3 ヶ月	救急診療科	救急診療科：3 ヶ月
小児科コース：3 ヶ月	小児科	小児科：3 ヶ月
選択必修科：2 ヶ月		
1 ヶ月単位で 5 科より 2 科を選択する。	外科（消化器外科、乳腺外科、小児外科）、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科	小児科：1 ヶ月 産婦人科：1 ヶ月
選択科：9 ヶ月		
2 ヶ月あるいは 3 ヶ月単位で必修科・選択必修科を含めた 24 科より選択する。	麻酔科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、泌尿器科、耳鼻咽喉・頭頸部外科、眼科、皮膚科、形成外科、画像診断科、病理科、リハビリ科、心臓内科、消化器内科、神経内科、免疫リウマチ科、呼吸器内科、腎臓高血圧／糖尿病代謝内科、総合内科、救急診療科、外科（消化器外科、乳腺外科、小児外科）、呼吸器外科、小児科、産婦人科、精神科	外科：2 ヶ月 小児科：2 ヶ月 産婦人科：2 ヶ月
地域医療：1 ヶ月 あびこ病院、南港病院、阪和記念病院、緑風会病院の 4 病院より一つを割当てる。		地域連携病院：1 ヶ月
		計 24 ヶ月

4. 研修期間中は救急当直が義務付けられており、上級医・指導医のもとで救急患者に対するプライマリーケアの能力を習得する。
5. 研修到達目標は、全病院的な基本的研修目標と、各診療科におけるやや専門的な研修目標の2つに区分される。前者は厚生労働省のコアカリキュラムを改変したものである。
6. 研修評価は、オリエンテーションから研修終了時の発表会までの2年間で、指導者（指導医及び看護師長）と研修管理室が行い、研修管理委員会で修了判定を行う。

4. 研修評価の方法

7. 指導者（指導医及び看護師長）および研修医は各ローテートでの研修が終わるごとに1回、それぞれ「基本的研修目標」指導者評価表、自己評価表を用いて形成的評価を行う。評価表の各項目に関して到達度を a：とりわけ優れている、b：平均を上回っている、c：平均レベルに到達している、d：不十分なレベルに留まっている の4段階で評価し、チェックを入れる（コンピューターで数字1を入力する）。
 続けて6ヶ月間同一科に所属する場合は、6ヶ月後に1回評価する。
 レポート提出時には評価表のID欄に患者IDを入力して、「提出済み」の確認に用いる。
 8. 形成的評価法にてd判定は研修2年目の終了までにc, b, aと向上するよう研修医と指導者の努力が必要である。
 9. 未経験で評価不能な場合は空欄のままとして良いが、研修終了時までには以下の条件を満たす必要がある。その際、当該研修医はそれまでにローテートした科の評価表をすべて積み重ねた過去の評価表を参考にして、不備のない研修を行う努力をする。
 - (ア) 行動目標はすべての項目で評価する。
 - (イ) 経験目標の内「A 経験すべき診察法・検査・手技」：必修項目と CPC レポートあり。
 - (ウ) 経験目標の内「B 経験すべき症状・病態・疾患」の(1)頻度の高い症状：必修項目 (20項目) はレポート提出。
 - (エ) 経験目標の内「B 経験すべき症状・病態・疾患」の(2)緊急を要する症状・病態：必修項目は初期治療に参加する必要あり。
- 経験目標の内「B 経験すべき症状・病態・疾患」の(3)経験が求められる疾患・病態：必修項目を含む合計 88 項目のうち 70%以上の経験が望ましい。[A] 疾患 (10 項目) と [外科手術症例] はレポート提出

(オ)

(カ) 経験目標の内「C 特定の医療現場の経験」：(1)~(6)の医療現場における到達目標項目の一つ以上を経験する。

10. 評価表である上記「基本的研修目標」は自己評価表として、まず研修管理室より各研修医へ院内メールにて配布される。
11. 診療科の異動時、研修医は自己評価表を研修管理室へ院内メールで返送する。
12. 研修管理室では、自己評価表とそれまでにローテートした科の指導医評価表をすべて積み重ねて指導者（指導医及び看護師長）へメールする（初回であれば自己評価表を転送することになる）。
13. 指導者は過去の評価表を参考にして評価を行い、研修管理室へ返送する。
14. 以上を繰り返すと、研修2年目終了時には複数診療科の評価表を積み重ねた一つの最終評価表ができる。この最終評価表とオリエンテーション、モーニングセミナー（毎週1回）、時間外救急勉強会（2週間毎1回）、CPC（全職員対象年4回、小規模CPCは症例毎施行され年30回程度）、医療事故防止研修会（年1回）、安全衛生研修会（年1回）、医療安全推進委員会主催の講演会（年4回）、研修終了時発表会および退院サマリー完成率が、年度末に開催される臨床研修修了判定会議の基礎資料となる。
15. 2年間の研修中に止むを得ない事情で休んだ場合、①厚生労働省の定めた休止期間の上限である90日を超えないこと、②当該研修科部長の許可と75%以上の診療期間を充足すること、が必要である。
10. 臨床研修修了判定会議では、上記の#8,#9 および医師としての適正が総合評価され、「修了認定証」が交付される。これが満たされない場合、研修期間が延長されるか、中断証が交付される。

臨床研修プログラム

阪大プログラム B

地方独立行政法人 大阪府立病院機構

大阪府立急性期・総合医療センター

(平成 27 年 4 月施行)

目 次

1. はじめに	1
2. 研修の理念と目的	
3. 研修の方法	
4. 研修評価の方法	3
5. 研修の到達目標	5
基本的研修目標	
I. 行動目標	
<u>医療人として必要な基本姿勢・態度</u> ...	6
II. 経験目標	
<u>A 経験すべき診察法・検査・手技</u>	8
<u>B 経験すべき症状・病態・疾患</u>	10
<u>C 特定の医療現場の経験</u>	16

1. はじめに

当センターは、厚生労働省の指定する臨床研修病院として、医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する、医師としての人格をかん養することのできる臨床研修を行う一方、大阪府立の急性期・総合医療センターとして高度専門医療を担っている。平成 16 年 4 月 1 日からは臨床研修必修化等の医師法改正を受けて、当センターでは、社会のニーズに答えるべく、プライマリーケア・全人的医療を重視した新しい研修プログラムを提供してきた。今回平成 21 年 4 月 28 日交付の改正省令及び平成 21 年 5 月 11 日付の改正省令施行通知に則り、さらなる臨床研修の質の向上を目指して、基幹型臨床研修病院として新しい臨床研修プログラムを提供する。大阪大学医学部附属病院と当センターで卒後 2 年間の臨床研修を行えば、必修科（内科・救急部門・地域医療）および選択必修科をすべてローテイトできるとともに、残り 12 ヶ月を希望に添った形で選択して、更に専門性を高めることができる。

2. 研修の理念と目的

臨床研修は、医師としての人格を涵養し、医の倫理に基づいて患者の権利と利益を尊重すると共に、全人的に対応できるプライマリ・ケアの基本的診療能力を修得して、チーム医療を実践することができるものでなければならない。

臨床研修の目的とするところは、臨床研修の理念と到達目標の達成を念頭に置き、

第 1 に、適切な指導医のもとで、プライマリ・ケアへの理解を深め、患者の健康上の問題解決に必要な幅広い知識を修得し、患者を全人的に診ることができる臨床能力を培うとともに、医学の進歩に対応して自らの診療能力を開発できる基礎を養うことにある。

第 2 に、医療における人間関係、とくに医師と患者との関係についての理解を深め、併せて医の倫理を体得して、医師としての資質の向上を図ることにある。

3. 研修の方法：阪大襷掛けプログラム

- ・プログラム B : 1 年目阪大病院／2 年目協力型研修病院
- ・プログラム C : 1 年目協力型研修病院／2 年目阪大病院

1年目阪大病院での研修：内科（6ヶ月）、救急（3ヶ月）、選択必修科（3ヶ月）を研修する。

2年目阪大病院での研修：地域医療（1ヶ月）、選択科目（11ヶ月）を研修する。

【阪大プログラムB】

1.阪大病院において1年目の必修科、内科+救急診療科と、選択必修科2科を回り、2年目に当センターにおいて地域医療を含む選択科を回る。なお、将来外科系を選択する場合、麻酔科を3ヶ月自動的にローテイトすることとする。具体的なローテーション表は研修医の希望と各診療科の受入体制をマッチさせるべく研修管理室にて作成する。2年間の研修途中でのローテイト科の変更は原則許可しない。

	診療科	選択例
阪大必修科：9ヶ月		
阪大選択必修科：3ヶ月		
地域医療：1ヶ月 あびこ病院、南港病院、阪和記念病院、緑風会病院の4病院より一つを割当てて。		地域連携病院：1ヶ月
選択科：11ヶ月		
2あるいは3ヶ月単位で、必修科・選択必修科を含めた24科より選択する。	麻酔科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、泌尿器科、耳鼻咽喉・頭頸部外科、眼科、皮膚科、形成外科、画像診断科、病理科、リハビリ科 心臓内科、消化器内科、神経内科、免疫リウマチ科、呼吸器内科、腎臓高血圧／糖尿病代謝内科、救急診療科、外科（消化器外科、乳腺外科、小児外科）、呼吸器外科、小児科、産婦人科、精神科、総合内科	<u>例1（外科系）</u> 外科：3ヶ月 麻酔科：2ヶ月 泌尿器科：2ヶ月 耳鼻科：2ヶ月 心外科：2ヶ月 <u>例2（産婦人科）</u> 産婦人科：5ヶ月 麻酔科：3ヶ月 画診科：3ヶ月
		計 24ヶ月

2. 研修期間中は救急当直が義務付けられており、上級医・指導医のもとで救急患者に対するプライマリーケアの能力を習得する。
3. 研修到達目標は、全病院的な基本的研修目標と、各診療科におけるやや専門的な研修目標の2つに区分される。前者は厚生労働省のコアカリキュラムを改変したものである。

4. 研修評価は、オリエンテーションから研修終了時の発表会までの2年間を、指導者（指導医及び看護師長、臨床検査技師長）と研修管理室が行い、研修管理委員会で修了判定を行う。 * プログラムBの場合は、当センターで修了判定がなされるが、プログラムCの場合は、阪大病院において修了判定が行われる。

4. 研修評価の方法

* 阪大病院においてはEPOCで評価されるが、厚労省の到達目標は同じであり重複するものではない。

* プログラムBの場合は、阪大病院での1年間に経験した到達目標を、当センターのプログラム責任者へ報告する必要がある一方、プログラムCの場合は逆に、当センターで経験した到達目標を阪大病院のプログラム責任者へ報告する義務がある。

- 1.指導者（指導医及び看護師長、臨床検査技師長）および研修医は各ローテイトでの研修が終わるごとに1回、それぞれ「基本的研修目標」指導者評価表、自己評価表を用いて形成的評価を行う。

評価表の各項目に関して到達度を a:とりわけ優れている、b:平均を上回っている、c:平均レベルに到達している、d:不十分なレベルに留まっている の4段階で評価し、チェックを入れる（コンピューターで数字1を入力する）。続けて6ヶ月間同一科に所属する場合は、6ヶ月後に1回評価する。* レポート提出時には評価表のID欄に患者IDを入力して、「提出済み」の確認に用いる。

- 2.形成的評価法にてd判定は研修2年目の終了までにc,b,aと向上するよう研修医と指導者の努力が必要である。

- 3.未経験で評価不能な場合は空欄のままとして良いが、研修終了時までには以下の条件を満たす必要がある。その際、当該研修医はそれまでにローテイトした科の評価表をすべて積み重ねた過去の評価表を参考にして、不備のない研修を行う努力をする。

1)行動目標はすべての項目で評価する。

2)経験目標の内「A 経験すべき診察法・検査・手技」：必修項目と CPC レポートあり。

3)経験目標の内「B 経験すべき症状・病態・疾患」の(1)頻度の高い症状：必修項目 (20項目) はレポート提出。

- 4) 経験目標の内「B 経験すべき症状・病態・疾患」の(2)緊急を要する症状・病態：必修項目 11 は初期治療に参加する必要あり。
 - 5) 経験目標の内「B 経験すべき症状・病態・疾患」の(3)経験が求められる疾患・病態：必修項目を含む合計 88 項目のうち 70%以上の経験が望ましい。[A] 疾患 (10 項目) と [外科手術症例] はレポート提出。
 - 6) 経験目標の内「C 特定の医療現場の経験」：(1)~(6)の医療現場における到達目標項目の一つ以上を経験する。
4. 評価表である上記「基本的研修目標」は自己評価表として、まず研修管理室より各研修医へ院内メールにて配布される。
 5. 診療科の異動時、研修医は自己評価表を研修管理室へ院内メールで返送する。
 6. 研修管理室では、自己評価表とそれまでにローテイトした科の指導者評価表をすべて積み重ねて指導者（指導医及び看護師長、臨床検査技師長）へメールする（初回であれば自己評価表を転送することになる）。
 7. 指導者は過去の評価表を参考にして評価を行い、研修管理室へ返送する。
 8. 以上を繰り返すと、研修 2 年目終了時には複数診療科の評価表を積み重ねた一つの最終評価表ができる。この最終評価表とオリエンテーション、モーニングセミナー（毎週 1 回）、時間外救急勉強会（2 週間毎 1 回）、CPC（全職員対象年 4 回、小規模 CPC は症例毎施行され年 30 回程度）、医療事故防止研修会（年 1 回）、安全衛生研修会（年 1 回）、医療安全推進委員会主催の講演会（年 4 回）、研修終了時発表会および退院サマリー完成率が、年度末に開催される臨床研修修了判定会議の基礎資料となる。
- 9.2 年間の研修中に止むを得ない事情で休んだ場合、①厚生労働省の定めた休止期間の上限である 90 日を超えないこと、②当該研修科部長の許可と 75%以上の診療期間を充足すること、が必要である。
10. 臨床研修修了判定会議では、上記の#8,#9 および医師としての適正が総合評価され、「修了認定証」が交付される。これが満たされない場合、研修期間が延長されるか、中断証が交付される。

臨床研修プログラム

阪大プログラム C

地方独立行政法人 大阪府立病院機構

大阪府立急性期・総合医療センター

(平成 27 年 4 月施行)

目 次

1. はじめに	1
2. 研修の理念と目的	
3. 研修の方法	
4. 研修評価の方法	3
5. 研修の到達目標	5
基本的研修目標	
I. 行動目標	
<u>医療人として必要な基本姿勢・態度</u> ...	6
II. 経験目標	
<u>A 経験すべき診察法・検査・手技</u>	8
<u>B 経験すべき症状・病態・疾患</u>	10
<u>C 特定の医療現場の経験</u>	16

1. はじめに

当センターは、厚生労働省の指定する臨床研修病院として、医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する、医師としての人格をかん養することのできる臨床研修を行う一方、大阪府立の急性期・総合医療センターとして高度専門医療を担っている。

平成 16 年 4 月 1 日からは臨床研修必修化等の医師法改正を受けて、当センターでは、社会のニーズに答えるべく、プライマリーケア・全人的医療を重視した新しい研修プログラムを提供してきた。

今回平成 21 年 4 月 28 日交付の改正省令及び平成 21 年 5 月 11 日付の改正省令施行通知に則り、さらなる臨床研修の質の向上を目指して、基幹型臨床研修病院として新しい臨床研修プログラムを提供する。大阪大学医学部附属病院と当センターで卒後 2 年間の臨床研修を行えば、必修科（内科・救急部門・地域医療）および選択必修科をすべてローテイトできるとともに、残り 12 ヶ月を希望に添った形で選択して、更に専門性を高めることができる。

2. 研修の理念と目的

臨床研修は、医師としての人格を涵養し、医の倫理に基づいて患者の権利と利益を尊重すると共に、全人的に対応できるプライマリ・ケアの基本的診療能力を修得して、チーム医療を実践することができるものでなければならない。

臨床研修の目的とするところは、臨床研修の理念と到達目標の達成を念頭に置き、

第 1 に、適切な指導医のもとで、プライマリ・ケアへの理解を深め、患者の健康上の問題解決に必要な幅広い知識を修得し、患者を全人的に診ることができる臨床能力を培うとともに、医学の進歩に対応して自らの診療能力を開発できる基礎を養うことにある。

第 2 に、医療における人間関係、とくに医師と患者との関係についての理解を深め、併せて医の倫理を体得して、医師としての資質の向上を図ることにある。

3. 研修の方法：阪大襷掛けプログラム

- ・プログラム B : 1 年目阪大病院／2 年目協力型研修病院
- ・プログラム C : 1 年目協力型研修病院／2 年目阪大病院

1年目阪大病院での研修：内科（6ヶ月）、救急（3ヶ月）、選択必修科（3ヶ月）を研修する。

2年目阪大病院での研修：地域医療（1ヶ月）、選択科目（11ヶ月）を研修する。

【阪大プログラムC】

1.当センターにおいて1年目の必修科、内科+救急診療科と、選択必修科2科（1科を2ヶ月、他の1科を1ヶ月の計3ヶ月）を回り、2年目に阪大病院において地域医療を含む選択科を回る。具体的なローテーション表は研修医の希望と各診療科の受入体制をマッチさせるべく研修管理室にて作成する。2年間の研修途中でのローテイト科の変更は原則許可しない。選択例を次に示す（但し順番は示していない）。

必修科：9ヶ月	診療科	選択例
内科：6ヶ月 3ヶ月単位で2コースを選択する。	心臓内科、消化器内科、神経内科、免疫リウマチ科、呼吸器内科、腎臓高血圧／糖尿病代謝内科、総合内科	腎内／糖内：3ヶ月 呼吸器内科：3ヶ月
救急部門：3ヶ月	救急診療科	救急診療科：3ヶ月
選択必修科：3ヶ月		
その他の選択研修科：2科を選択。1つを2ヶ月単位、他を1ヶ月単位でローテートする。	外科（消化器外科、乳腺外科、小児外科） 麻酔科 小児科 産婦人科 精神科	産婦人科：2ヶ月 小児科：1ヶ月
地域医療：1ヶ月		地域連携病院：1ヶ月
阪大選択科：11ヶ月		
		計 24ヶ月

- 2 研修期間中は救急当直が義務付けられており、上級医・指導医のもとで救急患者に対するプライマリーケアの能力を習得する。
- 3 研修到達目標は、全病院的な基本的研修目標と、各診療科におけるやや専門的な研修目標の2つに区分される。前者は厚生労働省のコアカリキュラムを改変したものである。
- 4 研修評価は、オリエンテーションから研修終了時の発表会までの2年間を、指導者（指導医及び看護師長、臨床検査技師長）と研修管理室が行い、研修管理委員会で修了判定を行う。

- * プログラムBの場合は、当センターで修了判定がなされるが、プログラムCの場合は、阪大病院において修了判定が行われる。

4. 研修評価の方法

- * 阪大病院においては EPOC で評価されるが、厚労省の到達目標は同じであり重複するものではない。

- * プログラムBの場合は、阪大病院での1年間に経験した到達目標を、当センターのプログラム責任者へ報告する必要がある一方、プログラムCの場合は逆に、当センターで経験した到達目標を阪大病院のプログラム責任者へ報告する義務がある。

- 1.指導者（指導医及び看護師長、臨床検査技師長）および研修医は各ローテイトでの研修が終わるごとに1回、それぞれ「基本的研修目標」指導者評価表、自己評価表を用いて形成的評価を行う。

評価表の各項目に関して到達度を a: とりわけ優れている、b: 平均を上回っている、c: 平均レベルに到達している、d: 不十分なレベルに留まっている の4段階で評価し、チェックを入れる（コンピューターで数字1を入力する）。

続けて6ヶ月間同一科に所属する場合は、6ヶ月後に1回評価する。

- * レポート提出時には評価表の ID 欄に患者 ID を入力して、「提出済み」の確認に用いる。

- 2.形成的評価法にて d 判定は研修2年目の終了までに c, b, a と向上するよう研修医と指導者の努力が必要である。

- 3.未経験で評価不能な場合は空欄のままとして良いが、研修終了時までには以下の条件を満たす必要がある。その際、当該研修医はそれまでにローテイトした科の評価表をすべて積み重ねた過去の評価表を参考にして、不備のない研修を行う努力をする。

1)行動目標はすべての項目で評価する。

2)経験目標の内「A 経験すべき診察法・検査・手技」：必修項目と CPC レポートあり。

3)経験目標の内「B 経験すべき症状・病態・疾患」の(1)頻度の高い症状：必修項目 (20項目)はレポート提出。

- 4) 経験目標の内「B 経験すべき症状・病態・疾患」の(2)緊急を要する症状・病態：必修項目 11 は初期治療に参加する必要あり。
 - 5) 経験目標の内「B 経験すべき症状・病態・疾患」の(3)経験が求められる疾患・病態：必修項目を含む合計 88 項目のうち 70%以上の経験が望ましい。[A] 疾患 (10 項目) と [外科手術症例] はレポート提出。
 - 6) 経験目標の内「C 特定の医療現場の経験」：(1)~(6)の医療現場における到達目標項目の一つ以上を経験する。
4. 評価表である上記「基本的研修目標」は自己評価表として、まず研修管理室より各研修医へ院内メールにて配布される。
 5. 診療科の異動時、研修医は自己評価表を研修管理室へ院内メールで返送する。
 6. 研修管理室では、自己評価表とそれまでにローテイトした科の指導者評価表をすべて積み重ねて指導者（指導医及び看護師長、臨床検査技師長）へメールする（初回であれば自己評価表を転送することになる）。
 7. 指導者は過去の評価表を参考にして評価を行い、研修管理室へ返送する。
 8. 以上を繰り返すと、研修 2 年目終了時には複数診療科の評価表を積み重ねた一つの最終評価表ができる。この最終評価表とオリエンテーション、モーニングセミナー（毎週 1 回）、時間外救急勉強会（2 週間毎 1 回）、CPC（全職員対象年 4 回、小規模 CPC は症例毎施行され年 30 回程度）、医療事故防止研修会（年 1 回）、安全衛生研修会（年 1 回）、医療安全推進委員会主催の講演会（年 4 回）、研修終了時発表会および退院サマリー完成率が、年度末に開催される臨床研修修了判定会議の基礎資料となる。
- 9.2 年間の研修中に止むを得ない事情で休んだ場合、①厚生労働省の定めた休止期間の上限である 90 日を超えないこと、②当該研修科部長の許可と 75%以上の診療期間を充足すること、が必要である。
10. 臨床研修修了判定会議では、上記の#8,#9 および医師としての適正が総合評価され、「修了認定証」が交付される。これが満たされない場合、研修期間が延長されるか、中断証が交付される。

大阪府立急性期・総合医療センター 臨床研修プログラム(基本的研修目標)

指 導 者 評 価

平成25年4月1日～平成26年3月31日

<内容>

- シート① 表紙(注意事項)
- シート② I 行動目標 必要な姿勢・態度
- シート③ II 経験目標 基本的な 診察法・検査・手技 (CPCLレポート)
- シート④ II 経験目標 高頻度の症状 (レポート)
- シート⑤ II 経験目標 緊急を要する症状・病態
- シート⑥ II 経験目標 各疾患 (レポート)(外科症例レポート)
- シート⑦ II 経験目標 特定の医療現場での経験

前回までの指導者(上級医・指導医及び看護師長、臨床検査技師長)評価と、今回の研修医自己評価を

参考に に色塗りされた箇所を入力をお願い致します。

個人写真

研 修 医 氏 名 _____

	研 修 期 間	指導医氏名	看護師長氏名	臨床検査技師長	所属科名
①	平成__年__月__日～平成__年__月__日	_____	_____	_____	_____
②	平成__年__月__日～平成__年__月__日	_____	_____	_____	_____
③	平成__年__月__日～平成__年__月__日	_____	_____	_____	_____
④	平成__年__月__日～平成__年__月__日	_____	_____	_____	_____
⑤	平成__年__月__日～平成__年__月__日	_____	_____	_____	_____
⑥	平成__年__月__日～平成__年__月__日	_____	_____	_____	_____
⑦	平成__年__月__日～平成__年__月__日	_____	_____	_____	_____
⑧	平成__年__月__日～平成__年__月__日	_____	_____	_____	_____
⑨	平成__年__月__日～平成__年__月__日	_____	_____	_____	_____
⑩	平成__年__月__日～平成__年__月__日	_____	_____	_____	_____
⑪	平成__年__月__日～平成__年__月__日	_____	_____	_____	_____
⑫	平成__年__月__日～平成__年__月__日	_____	_____	_____	_____

基本的研修目標

各項目の評価で、a～dの4つのうち適切なものに「1」を記入すること
 a:とりわけ優れている b:平均を上回っている
 c:平均レベルに到達している d:不十分なレベルに留まっている

I 行動目標 医療人として必要な姿勢・態度

(1) 患者－医師関係

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

(2) チーム医療

	a	b	c	d
1) 指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。				
2) 上級および同僚医師、他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。				
3) 同僚及び後輩へ教育的配慮ができる。				
4) 患者の転入、転出にあたり情報を交換できる。				
5) 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	b	c	d
1) 臨床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への適応を判断できる。 (EBM: Evidence Based Medicineの実践ができる。)				
2) 自己評価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。				
3) 臨床研究や治験の意義を理解し、研究や学会活動に関心を持つ。				
4) 自己管理能力を身につけ、生涯にわたり基本的臨床能力の向上に努める。				

(4) 安全管理

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

(5) 医療面接

	a	b	c	d
1) 医療面接におけるコミュニケーションのもつ意義を理解し、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。				
2) 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。				
3) 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	b	c	d
1) 症例呈示と討論ができる。				
2) 臨床症例に関するカンファレンスや学術集会に参加する。				

(7) 診療計画

	a	b	c	d
1) 診療計画(診断、治療、患者・家族への説明を含む)を作成できる。				
2) 診療ガイドラインやクリニカルパスを理解し活用できる。				
3) 入退院の適応を判断できる(デイサージャリー症例を含む)。				
4) QOL(Quality of Life)を考慮に入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。				

(8) 医療の社会性

	a	b	c	d
1) 保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる。				
2) 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる。				
3) 医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動できる。				

II 経験目標 A 経験すべき診察法・検査・手技

(1) 基本的な身体診察法

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

(2) 基本的な臨床検査

病態と臨床経過を把握し、医療面接と身体診察から得られた情報をもとに必要な検査を、
 [A]……自ら実施し、結果を解釈できる。
 その他…検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。

必修項目 * のついた検査について経験があること
 「経験」とは受け持ち患者の検査として診療に活用すること
 [A]の検査で自ら実施する部分については、受け持ち症例でなくてもよい

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

(3) 基本的手技

必修項目 * のついた手技を自ら行った経験があること

	症例数	a	b	c	d
1) 気道確保 * を実施できる。					
2) 人工呼吸 * を実施できる。(バッグマスクによる徒手換気を含む)					
3) 心マッサージ * を実施できる。					
4) 圧迫止血法 * を実施できる。					
5) 包帯法 * を実施できる。					
6) 注射法(皮内 * 、皮下 * 、筋肉 * 、点滴 * 、 静脈確保 * 、中心静脈確保)を実施できる。					
7) 採血法(静脈血 * 、動脈血 *)を実施できる。					
8) 穿刺法(腰椎 * 、胸腔、腹腔)を実施できる。					
9) 導尿法 * を実施できる。					
10) ドレーン・チューブ類の管理 * ができる。					
11) 胃管の挿入と管理 * ができる。					
12) 局所麻酔法 * を実施できる。					
13) 創部消毒とガーゼ交換 * を実施できる。					
14) 簡単な切開・排膿 * を実施できる。					
15) 皮膚縫合法 * を実施できる。					
16) 軽度の外傷・熱傷の処置 * を実施できる。					
17) 気管挿管 * を実施できる。					
18) 除細動 * を実施できる。					

(4) 基本的治療法

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

(5) 医療記録

必修項目 * を自ら行った経験があること

	症例数	a	b	c	d	(CPCLレポート用) 患者ID欄
1) 診療録(退院時サマリーを含む)を POS(Problem Oriented System)に従って記載し * 、管理できる。						
2) 処方箋、指示箋を作成し * 、管理できる。						
3) 診断書、その他の証明書を作成し * 、管理できる。						
4) 死亡診断書(死体検案書を含む)を作成し * 、管理できる。						
5) 注) CPC(臨床病理カンファランス)レポートを作成し、症例呈示 * できる。						
6) 紹介状と、紹介状への返信を作成でき * 、それを管理できる。						

注) 本来のCPCLレポートは、病理科の剖検報告を受けてから様式に従ってまとめ、各診療科でのカンファランスあるいはCPCや院外で発表し提出すること。剖検症例を受け持たなかった場合は、急性期・総合医療センターCPC(年4回開催)と院内CPC(不定期に開催)に出席して、合計3回分のCPCLレポートをまとめて、指導者の評価を受けた後研修管理室に提出し、本来のCPCLレポートの代替とする。いずれも臨床指導者と病理指導者の両者の評価が必要である。本評価表の患者ID欄に患者IDを入力する。

Ⅱ 経験目標 B 経験すべき症状・病態・疾患

(1) 頻度の高い症状

必修項目 * のついた症状を経験し、レポートを提出する。
 「経験」とは、自ら診療し、鑑別診断を行うこと
 レポートは「症状レポート」の様式に従ってまとめ、上級医・指導医の
 評価を受けた後研修管理室に提出する。
 入院患者では経験できない症状も、時間外救急外来当直の際に経験可能である。
 本評価表の患者ID欄に患者IDを入力する。

	症例数	a	b	c	d	患者ID欄
1) 全身倦怠感						
2) 不眠 *	レポート					
3) 食欲不振						
4) 体重減少、体重増加						
5) 浮腫 *	レポート					
6) リンパ節腫脹 *	レポート					
7) 発疹 *	レポート					
8) 黄疸						
9) 発熱 *	レポート					
10) 頭痛 *	レポート					
11) めまい *	レポート					
12) 失神						
13) けいれん発作						
14) 視力障害 *、視野狭窄 *	レポート					
15) 結膜の充血 *	レポート					
16) 聴覚障害						
17) 鼻出血						
18) 嘔声						
19) 胸痛 *	レポート					
20) 動悸 *	レポート					
21) 呼吸困難 *	レポート					
22) 咳・痰 *	レポート					
23) 嘔気・嘔吐 *	レポート					
24) 胸やけ						
25) 嚥下困難						
26) 腹痛 *	レポート					
27) 便通異常(下痢・便秘) *	レポート					
28) 腰痛 *	レポート					
29) 関節痛						
30) 歩行障害						
31) 四肢のしびれ *	レポート					
32) 血尿 *	レポート					
33) 排尿障害(尿失禁・排尿困難) *	レポート					
34) 尿量異常						
35) 不安・抑うつ						

Ⅱ 経験目標 B 経験すべき症状・病態・疾患

(2) 緊急を要する症状・病態

必修項目 * のついで病態を経験すること
 「経験」とは、初期治療に参加すること

	症例数	a	b	c	d
1) 心肺停止 *					
2) ショック *					
3) 意識障害 *					
4) 脳血管障害 *					
5) 急性呼吸不全					
6) 急性心不全 *					
7) 急性冠症候群 *					
8) 急性腹症 *					
9) 急性消化管出血 *					
10) 急性腎不全					
11) 流・早産および満期産					
12) 急性感染症					
13) 外傷 *					
14) 急性中毒 *					
15) 消化管異物、気道異物					
16) 熱傷 *					
17) 精神科領域の救急					

II 経験目標 B 経験すべき症状・病態・疾患

(3) 経験が求められる疾患・病態

必修項目

1. [A]疾患については入院患者を受け持ち、様式に従って「疾患・病態レポート」をまとめ、上級医・指導医の評価を受けた後研修管理室に提出すること。
2. [B]疾患については、外来診察または受け持ち入院患者(合併症含む)で自ら経験すること。
3. 外科手術症例を1例以上受け持ち、様式に従って「外科手術レポート」をまとめ、上級医・指導医の評価を受けた後研修管理室に提出すること。

※レポート提出項目については、本評価表の患者ID欄に患者IDを記入すること
 ※全疾患(88項目)のうち70%以上を経験することが望ましい

<1>血液・造血器・リンパ網内系疾患

	症例数	a	b	c	d
B ①貧血(鉄欠乏貧血、二次性貧血)					
②白血病					
③悪性リンパ腫					
④出血傾向・紫斑病(播種性血管内凝固症候群: DIC)					

<2>神経系疾患

	症例数	a	b	c	d	患者ID欄
A ①脳・脊髄血管障害(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血)		レポート				
②認知症性疾患						
③脳・脊髄外傷(頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫)						
④変性疾患(パーキンソン病)						
⑤脳炎・髄膜炎						

<3>皮膚系疾患

	症例数	a	b	c	d
B ①湿疹・皮膚炎群(接触性皮膚炎、アトピー性皮膚炎)					
B ②蕁麻疹					
③薬疹					
B ④皮膚感染症					

<4>運動器(筋骨格)系疾患

	症例数	a	b	c	d
B ①骨折					
B ②関節の脱臼、亜脱臼、捻挫、靭帯損傷					
B ③骨粗鬆症					
B ④脊柱障害(腰椎間板ヘルニア)					

<5>循環器系疾患

	症例数	a	b	c	d	患者ID欄
A	①心不全	レポート				
B	②狭心症、心筋梗塞					
	③心筋症					
B	④不整脈(主要な頻脈性、徐脈性不整脈)					
	⑤弁膜症(僧帽弁膜症、大動脈弁膜症)					
B	⑥動脈疾患(動脈硬化症、大動脈瘤)					
	⑦静脈・リンパ管疾患(深部静脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ浮腫)					
A	⑧高血圧症(本態性、二次性高血圧症)	レポート				

<6>呼吸器系疾患

	症例数	a	b	c	d	患者ID欄
B	①呼吸不全					
A	②呼吸器感染症(急性上気道炎、気管支炎、肺炎)	レポート				
B	③閉塞性・拘束性肺疾患(気管支喘息、気管支拡張症)					
	④肺循環障害(肺塞栓・肺梗塞)					
	⑤異常呼吸(過換気症候群)					
	⑥胸膜、縦隔、横隔膜疾患(自然気胸、胸膜炎)					
	⑦肺癌					

<7>消化器系疾患

	症例数	a	b	c	d	患者ID欄
A	①食道・胃・十二指腸疾患(食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎)	レポート				
B	②小腸・大腸疾患(イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻)					
	③胆嚢・胆管疾患(胆石、胆嚢炎、胆管炎)					
B	④肝疾患(ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害)					
	⑤膵臓疾患(急性・慢性膵炎)					
B	⑥横隔膜・腹壁・腹膜(腹膜炎、急性腹症、ヘルニア)					

<8>腎・尿路系(体液・電解質バランスを含む)疾患

	症例数	a	b	c	d	患者ID欄
A	①腎不全(急性・慢性腎不全、透析)	レポート				
	②原発性糸球体疾患(急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群)					
	③全身性疾患による腎障害(糖尿病性腎症)					
B	④泌尿器科的腎・尿路疾患(尿路結石、尿路感染症)					

<9>妊娠分娩と生殖器疾患

	症例数	a	b	c	d
B	①妊娠分娩(正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥)				
	②女性生殖器およびその関連疾患(無月経、思春期・更年期障害、外陰・膣・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍)				
B	③男性生殖器疾患(前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍)				

<10>内分泌・栄養・代謝系疾患

	症例数		a	b	c	d	患者ID欄
	①視床下部・下垂体疾患（下垂体機能障害）						
	②甲状腺疾患（甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症）						
	③副腎不全						
A	④糖代謝異常（糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖）	レポート					
B	⑤高脂血症						
	⑥蛋白および核酸代謝異常（高尿酸血症）						

<11>眼・視覚系疾患

	症例数		a	b	c	d
B	①屈折異常（近視、遠視、乱視）					
B	②角結膜炎					
B	③白内障					
B	④緑内障					
	⑤糖尿病、高血圧・動脈硬化による眼底変化					

<12>耳鼻・咽喉・口腔系疾患

	症例数		a	b	c	d
B	①中耳炎					
	②急性・慢性副鼻腔炎					
B	③アレルギー性鼻炎					
	④扁桃の急性・慢性炎症性疾患					
	⑤外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物					

<13>精神・神経系疾患

	症例数		a	b	c	d	患者ID欄
	①症状精神病						
A	②認知症（血管性認知症を含む）	レポート					
	③アルコール依存症						
A	④うつ病	レポート					
A	⑤統合失調症	レポート					
	⑥不安障害（パニック症候群）						
B	⑦身体表現性障害、ストレス関連障害						

<14>感染症

	症例数		a	b	c	d
B	①ウイルス感染症（インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎）					
B	②細菌感染症（ブドウ球菌、MRSA、A群レンサ球菌、クラミジア）					
B	③結核					
	④真菌感染症（カンジダ症）					
	⑤性感染症					
	⑥寄生虫疾患					

<15>免疫・アレルギー疾患

		症例数	a	b	c	d
	①全身性エリテマトーデスとその合併症					
B	②慢性関節リウマチ					
B	③アレルギー疾患					

<16>物理・化学的因子による疾患

		症例数	a	b	c	d
	①中毒（アルコール、薬物）					
	②アナフィラキシー					
	③環境要因による疾患（熱中症、寒冷による障害）					
B	④熱傷					

<17>小児疾患

		症例数	a	b	c	d
B	①小児けいれん性疾患					
B	②小児ウイルス感染症（麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ）					
	③小児細菌感染症					
B	④小児喘息					
	⑤先天性心疾患					

<18>加齢と老化

		症例数	a	b	c	d
B	①高齢者の栄養摂取障害					
B	②老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡）					

☆外科手術例

						患者ID欄
		a	b	c	d	
A	症例レポート	レポート				

II 経験目標 C 特定の医療現場の経験

☆(1)～(6)の必修項目にある「現場の経験」とは、各現場における到達目標の項目のうち一つ以上経験すること

(1) 救急医療

必修項目 救急医療の現場を経験すること

	症例数	a	b	c	d
1) 重症度および緊急度の把握ができる。					
2) ショックの診断と治療ができる。					
3) 二次救命処置(ACLS:Advanced Cardiovascular Life Support、呼吸・循環管理を含む)ができ、一次救命処置(BLS:Basic Life Support)を指導できる。					
4) 頻度の高い救急疾患の初期治療ができる。					
5) 専門医への適切なコンサルテーションができる。					
6) 大災害時の救急医療体制を理解し、自己の役割を把握できる。					

注)ACLSは、バッグ・バルブ・マスク等を使う心肺蘇生法や除細動、気管挿管、薬剤投与等の一定のガイドラインに基づく救命措置を含み、BLSには、気道確保、心臓マッサージ、人工呼吸等の、機器を使用しない処置が含まれる。

(2) 予防医療

必修項目 予防医療の現場を経験すること

	a	b	c	d
1) 食事・運動・禁煙指導とストレスマネジメントができる。				
2) 性感染症予防、家族計画指導に参画できる。				
3) 地域・職場・学校検診に参画できる。				
4) 予防接種に参画できる。				

(3) 地域保健・医療

必修項目 保健所、診療所、社会福祉施設、介護老人保健施設、へき地・離島診療所等の地域保健・医療の現場を経験すること

	a	b	c	d
1) 保健所の役割(地域保健・健康増進への理解を含む)について理解し、実践する。				
2) 社会福祉施設等の役割について理解し、実践する。				
3) 診療所の役割(病診連携への理解を含む)について理解し、実践する。				
4) へき地・離島医療について理解し、実践する。				

(4)小児・成育医療

必修項目 小児・成育医療の現場を経験すること

	a	b	c	d
1)周産期や小児の各発達段階に応じて適切な医療が提供できる。				
2)周産期や小児の各発達段階に応じて心理社会的側面への配慮ができる。				
3)虐待について説明できる。				
4)学校、家庭、職場環境に配慮し、地域との連携に参画できる。				
5)母子健康手帳を理解し活用できる。				

(5)精神保健・医療

必修項目 精神保健福祉センター、精神病院等の精神保健・医療の現場を経験すること

	a	b	c	d
1)精神症状の捉え方の基本を身につける。				
2)精神疾患に対する初期的対応と治療の実際を学ぶ。				
3)デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。				

(6)緩和・終末期医療

必修項目 臨終の立ち会いを経験すること

	a	b	c	d
1)心理社会的側面への配慮ができる。				
2)緩和ケア(WHO方式がん疼痛治療を含む)に参加できる。				
3)告知をめぐる諸問題への配慮ができる。				
4)死生観・宗教観などへの配慮ができる。				

各診療科における研修目標

〔医科〕

(救急診療科)

1. 病歴と診察

GIO: 初診時に病歴と診察により問題点を明らかにできる。

SBO:

- 1) 的確に病歴をとることができる。
- 2) 意識、呼吸、循環の状態を大まかに判断できる。
- 3) 緊急を要する状態(ショック、心不全、呼吸不全、心停止、出血等)を判断できる。
- 4) 緊急的処置に必要な胸部、腹部の異常状態を判断できる。
- 5) 主訴、主症状を明らかにできる。

2. 検査と診断

GIO: 各種の検査法により初期診断に着手できる。

SBO:

- 1) 必要なX線撮影を指示できる。
- 2) 単純X線像で頭部、胸部、腹部、骨盤、四肢の重大な異常を発見できる。
- 3) 腹部エコーを行い、腹腔内出血を判断できる。
- 4) 意識障害の程度、瞳孔異常、マヒを判定し、脳病変によるものを代謝性のものから鑑別できる。
- 5) 吐血時の胃内視鏡検査ができる。
- 6) 急性腹症の鑑別診断ができる。
- 7) 外傷の出血源を判断し、手術適応を決定できる。

3. 各種救急処置

GIO: 各種の救急処置を確実にできる。

SBO:

- 1) 中心静脈ルートを確保できる。
- 2) 動脈ラインをとり、動脈圧モニターができる。
- 3) 緊急気管内挿管ができる。
- 4) 胸腔穿刺と胸腔ドレナージができる。
- 5) 創の消毒、止血と縫合ができる。
- 6) 応急的止血(圧迫、止血帯、止血鉗子の使用、血管結紮、SBチューブの使用)を行える。

4. その他の処置と治療手技

GIO: 救急的状態・疾患に対して基本的な治療を開始できる。

SBO:

- 1) 心肺停止に対して、一次救命処置を的確に行うとともに、気管内挿管、レスピレーターによる人工呼吸、ハートモニターを開始できる。
- 2) ショックを早期に発見し、とくにhypovolemic shock に対して輸液を開始できる。
- 3) 重症不整脈を判断し、応急的対応ができる。
- 4) 出血性ショックに対して、急速輸血を開始できる。
- 5) 急性中毒に対して、胃洗浄と中毒物質の除去療法を行える。
- 6) 熱傷の重症度を判定し、輸液療法を開始できる。
- 7) 感染症に対する抗生物質の選択と投与ができる。
- 8) 栄養の必要な状態を判断し、栄養管理の方法を述べることができる。

5. 社会的問題

GIO: 救急医療に付随する社会的問題を認識し、法的な手続きを理解する。

SBO:

- 1) 各種診断書の目的を理解し、記載できる。
- 2) 医師に必要な届け出義務を述べるができる。
- 3) 監察医と検視、検案の制度を述べることができ、患者の死亡に際して対応することができる。

		氏名	
チェックリスト(1ヶ月後)			
		自己	指導医
1	患者依頼の電話内容をナースに伝達できる	()	()
2	外来台帳に記入できる	()	()
3	初診時の状態を記載できる	()	()
4	Air Way Scopeで気管挿管ができる	()	()
5	喉頭鏡で気管挿管ができる	()	()
6	静脈路がとれる	()	()
7	動脈血採取ができる	()	()
8	動脈ラインが取れる	()	()
9	圧モニターが使用できる	()	()
10	除細動器を使用できる	()	()
11	創の縫合ができる	()	()
12	圧迫止血, コツヘルによる止血ができる	()	()
13	意識レベルの判断ができる	()	()
14	腰椎穿刺ができる	()	()
15	頭部CTの適応を判断できる	()	()
16	ショックの診断ができる	()	()
17	大量輸液・輸血の適応と判断できる	()	()
18	熱傷の面積計算と初期の輸液の指示ができる	()	()
19	レスピレーターへの適応がわかる	()	()
20	心電図の計測ができ, 狭心症・心筋梗塞が診断できる	()	()
21	危険な不整脈がわかる	()	()
22	心エコーが使える	()	()
23	腹部エコーで腹腔内出血が診断できる	()	()
24	血糖, 浸透圧の測定ができる	()	()
25	水分・電解質のバランスシートが作成できる	()	()
26	昇圧剤を使用することができる	()	()
27	胸腔ドレーンを挿入できる	()	()
28	腹腔穿刺ができる	()	()
29	入院カルテの記入ができる	()	()
30	検査データを解釈できる	()	()
31	手術の手続きができる	()	()
32	上級医・応援医を呼ぶ判断ができる	()	()
33	要領よく症例を提示できる	()	()
指導医による評価			
A: GOOD			
B: FAIR			
C: POOR			

チェックリスト(3ヶ月後)

氏名 _____

	自己	指導医
1 意識レベルの判定ができる	()	
2 神経学的異常を指摘できる	()	
3 頭部CTscanで異常を指摘できる	()	
4 EEG/ABRの所見を述べるができる	()	
5 皮下気腫が判断できる	()	
6 緊張性気胸の可能性を指摘できる	()	
7 心エコーで壁運動の異常を指摘できる	()	
8 心エコーで計測ができる	()	
9 腹部エコーで腹腔内出血と臓器損傷の有無を指摘できる	()	
10 腹部CTで腹腔内出血と臓器損傷の有無を指摘できる	()	
11 腹部CTで腫瘍や感染症などの異常所見を指摘できる	()	
12 腎機能の判断ができる	()	
13 透析の適応を判断できる	()	
14 脱臼・骨折の治療法を選択できる	()	
15 牽引療法を適切に行える	()	
16 脊髄損傷のレベルを診断できる	()	
17 熱傷の深度を判断できる	()	
18 熱傷面積を計算できる	()	
19 熱傷の治療方法を選択できる	()	
20 重症中毒の治療法を選択できる	()	
21 ACLSの手順に従ってCPRを実施できる	()	
22 適切な抗菌薬を選択できる	()	
23 適切な栄養管理ができる	()	
24 死亡診断書が記入できる	()	
25 事故死・不審死に対応できる	()	
26 カルテや入院要約を簡潔に記載できる	()	
27 メディカルコントロールを説明できる	()	
28 トリアージを説明できる	()	
29 トリアージを実施できる	()	
30 災害時の自己の役割を想定できる	()	
31 学会形式の症例発表ができる	()	
32 手術に参加した		
・ 頭部		
・ 胸部		
・ 腹部		
・ 四肢・骨盤		
・ 熱傷		
・ その他 ()		

33 処置を行った・参加した

- ・ 中心静脈留置
- ・ 気管切開
- ・ 胸腔ドレナージ挿入
- ・ 胸腔ドレナージ抜き
- ・ 心嚢切開・ドレナージ
- ・ 開胸心臓マッサージ
- ・ 腹腔穿刺
- ・ 血管造影・TAE
- ・ エコーガイド下穿刺・ドレナージ
- ・ 低体温療法
- ・ 脳圧コントロール
- ・ 肺理学療法
- ・ 緊急内視鏡
- ・ S-Bチューブ挿入
- ・ 褥瘡防止対策
- ・ 鎮静剤投与
- ・ 不穏状態への投薬
- ・ 直達牽引・介達牽引
- ・ シーネ固定・ギブス固定
- ・ 熱傷処置
- ・ 褥瘡処置

34 症例を経験した

- ・ 出血性ショック
- ・ 頭部外傷
- ・ 多発外傷
- ・ 熱傷
- ・ 重症中毒
- ・ ガス壊疽
- ・ 深部真菌症
- ・ 重症肺炎
- ・ 重症呼吸不全
- ・ 急性腎不全
- ・ 急性肝不全
- ・ DIC
- ・ 多臓器不全
- ・ 自殺念慮の強い患者

35 症例発表

テーマ

- ・ 銃創について
- ・ CPA蘇生後に対する低体温療法の生命学的および神経学的予
- ・ 外傷性遅発性鼻出血
- ・
- ・

発表日 指導医評価

/	/	
/	/	
/	/	
/	/	
/	/	

36 病理解剖

- ・ 症例ID

救急診療科における初期研修評価表

初期研修の目標	
第1週	救急隊から安全に患者を引き継ぐことができる
	バイタルサインが取れる
	患者の重症度が判定できる
	静脈路確保・静脈採血・動脈採血ができる
第2週	救急隊や家族から患者の情報をとることができる
	必要な検査をオーダーできる
	検査結果を説明できる
第3～4	画像診断で異常を指摘できる
	週診断を下すことができる
	治療法を述べることができる
	患者・家族に病状を説明できる
	気管挿管、動脈路確保、電気ショック、創の縫合処置、胸腔ドレナージを1例以上経験した
第5～8週	要領よく症例呈示ができる
	CPA症例の蘇生時においてリーダーとして指揮をとる
	入院患者の治療計画を自ら計画することができる
	輸液、検査、治療指針の計画することができる
第9～	患者のQOLを考慮した退院後の計画を立てることができる
	最終週診断手順を述べるすることができる
	検査計画をたてることができる
	検査値の意味を理解することができる
	画像診断ができる
	診断を下すことができる
	病態を説明できる
	治療計画を立てることができる
	基本的な処置ができる
	異常死を指摘できる
学会形式の症例発表ができる	
指導医による評価 A: GOOD B: FAIR C: POOR 初期研修の目標	

研修終了時評価

提出日 _____

研修医氏名 _____

研修期間 _____ から _____ まで

1 何を学べたか
枠内改行はALTとEnterで可能.

2 上級医に対する評価
上級医氏名 _____

評価
枠内改行はALTとEnterで可能.

3 救急診療科に対する要望
枠内改行はALTとEnterで可能.

- | | | |
|--|--------|----|
| 1) 気管挿管 | _____回 | |
| (AWS _____回, 経口 _____回, 経鼻 _____回, その他 _____回) | | |
| 2) 中心静脈路確保 | _____回 | |
| (鎖骨下穿刺 _____回, 内頸静脈 _____回, 大腿静脈 _____回) | | |
| 3) CPR | _____回 | 症例 |
| 4) 除細動 | _____回 | 回 |
| 5) 大量輸血 | _____回 | 症例 |
| 6) レスピレータ条件設定 | _____回 | 回 |
| 7) 動脈ライン・動脈圧モニター | _____回 | 回 |
| 8) EEG/ABR | _____回 | 回 |
| 9) 創縫合(大きな傷) | _____回 | 回 |
| 10) 胸腔穿刺・ドレナージ | _____回 | 回 |
| 11) 気管切開 | _____回 | 症例 |
| 12) SBチューブ | _____回 | 回 |
| 13) 胃洗浄 | _____回 | 回 |
| 14) 骨折牽引 | _____回 | 症例 |
| 15) 心エコー | _____回 | 症例 |
| 16) 腹部エコー | _____回 | 症例 |
| 17) 血液浄化法 | _____回 | 症例 |
| 18) 緊急内視鏡(消化管・気管支) | _____回 | 回 |
| 19) 手術室入室(手洗い) | _____回 | 回 |
| 20) 受け持ち患者数 | _____回 | 症例 |
| 21) 死亡診断書 | _____回 | 通 |
| 22) 病理解剖 | _____回 | 症例 |
| 23) 症例発表 | _____回 | 回 |

(総合内科)

コモンな一般内科疾患病態および大半の感染症に対して、適切な病歴聴取・身体診察・臨床検査・生理機能検査・画像検査による情報収集を行い、臨床推論に基づくアセスメントを行い、プライマリケアとして基本的な診療プランを想起できるレベルになることを目指す。

1. 病歴聴取

GIO: 問診により、患者やその周囲人物からの言語的な診療情報を、系統的に必要な十分に聴取し、臨床推論に必要なで妥当な、疾患のストーリーとしての病歴を構築することができる。

SBO:

	自己	指導医
1) 患者の主訴を適切に同定することができる。	()	
2) 現病歴を時系列にそって、必要な情報を取捨選択しつつ聴取し、構成できる。	()	
3) 既往歴を過不足なく聴取し、臨床経過での位置づけを解釈できる。	()	
4) 家族歴を過不足なく聴取し、臨床経過での位置づけを解釈できる。	()	
5) 職業歴および生活歴について聴取し、臨床経過での位置づけを解釈できる。	()	
6) 人物、職業、環境、食事、動物、渡航などの曝露歴を聴取し解釈できる。	()	
7) ROS (Review of System) を聴取し、臨床経過での位置づけを解釈できる。	()	
8) 入院患者のベッドサイドで日々の症状訴えを聴取し、解釈できる。	()	
9) 過去の診療情報から有意な情報を抽出し解釈できる。	()	
10) 他の医療者からの診療情報から有意な情報を抽出し解釈できる。	()	
11) 入手した言語情報を有機的に構成し、妥当な病歴を構成できる。	()	

2. 身体診察

GIO: 系統的な身体診察を効率よく行い、臨床推論に必要な身体所見を収集し、病歴と照合してアセスメントすることができる。

SBO:

	自己	指導医
1) バイタルサインから循環動態を迅速的確に評価できる。	()	
2) バイタルサインから呼吸状態を迅速的確に評価できる。	()	
3) 意識レベルについて迅速的確に評価できる。	()	
4) 全身状態を外観の観察から迅速的確に評価できる。	()	
5) 皮膚の状態や病変の有無について観察し、所見を描写できる。	()	
6) 頭部、眼、耳、鼻、口、頸部のベッドサイド診察を行い、所見を描写できる。	()	
7) 心音、呼吸音の聴診を行い、適切に所見を描写できる。	()	
8) 腹部の聴診触診を行い、適切に所見を描写できる。	()	
9) 腰背部の聴診触診を行い、適切に所見を描写できる。	()	
10) 外陰部の診察を行い、適切に所見を描写できる。	()	
11) 四肢の皮膚筋骨格の診察を行い、適切に所見を描写できる。	()	
12) 神経学的なスクリーニング診察を行い、適切に所見を描写できる。	()	

3. 臨床検査

GIO: 臨床経過、病歴、身体所見から予想される疾患病態および鑑別診断の評価に必要な臨床検査を取捨選択し、これを患者説明とともに実施することができる。

SBO:	自己	指導医
1) 末梢血球数および血球分画の要否を判断し、評価解釈ができる。	()	
2) 血液ガス分析の要否を判断し、評価解釈ができる。	()	
3) 止血凝固系検査各項目の要否を判断し、評価解釈ができる。	()	
4) 生化学スクリーニング検査各項目の要否を判断し、評価解釈ができる。	()	
5) 血清抗体検査各項目の要否を判断し、評価解釈ができる。	()	
6) 尿および便の検査各項目の要否を判断し、評価解釈ができる。	()	
7) 髄液穿刺検査の適応有無を判断し、評価解釈ができる。	()	
8) 胸水および腹水穿刺検査の適応有無を判断し、評価解釈ができる。	()	
9) 骨髄穿刺検査の適応有無を判断し、評価解釈ができる。	()	
10) 血液、痰、尿、便、髄液、体腔液の培養検査の要否を判断し提出できる。	()	
11) 血液を除く各種培養検体のグラム染色と検鏡を実施し、評価解釈ができる。	()	
12) 各種培養検査結果を確認し、評価解釈ができる。	()	

4. 生理機能検査、画像検査

GIO: 臨床経過、病歴、身体所見から予想される疾患病態および鑑別診断の評価に必要な生理機能検査や画像検査を取捨選択し、これを患者説明とともに実施することができる。

SBO:	自己	指導医
1) 心電図 12 誘導、負荷心電図の要否を判断し、評価解釈ができる。	()	
2) 呼吸機能スパイロメリーの要否を判断し、依頼および評価解釈ができる。	()	
3) 胸、腹、頭、脊椎、四肢の各部レントゲン撮影の要否を判断し依頼できる。	()	
4) 頭頸部、胸部、腹部、骨盤部の CT 撮影、造影の要否を判断し依頼できる。	()	
5) 頭頸部、腹部骨盤部、脊椎の MRI 撮影、造影の要否を判断し依頼できる。	()	
6) 頭頸部、体幹、四肢の各部位各臓器エコー検査の要否を判断し依頼できる。	()	
7) 血管造影検査の要否を判断し、必要時に検査依頼ができる。	()	
8) 上下部消化管内視鏡の要否を判断し、必要時に検査依頼ができる。	()	

5. 臨床推論

GIO: 病歴、身体所見、各種検査結果から、臨床推論に必要な臨床上的の問題点を抽出したプロブレムリストを挙げアセスメントを行い、必要に応じて鑑別診断または鑑別病態を考え、それらを検証するのに必要な追加診察や追加検査および治療プランを想起立案できる。

SBO:	自己	指導医
1) 臨床的に検証可能な問題リスト (semantic qualifier) を挙げることができる。	()	
2) 問題リストから患者の現状評価を行い、アセスメントを行うことができる。	()	
3) 疾患病態が未確定の場合、仮説演繹法的に鑑別診断を挙げて検証できる。	()	
4) 鑑別診断の likelihood および検査前確率をおおよそ見積もることができる。	()	
5) 鑑別診断を検証可能な追加診察や追加検査を挙げ実施できる。	()	

6)検査の感度特異度、検査前後確率、Bayes 定理を用いてアセスメントできる。	()	
7)評価後に次の検査または治療の実施域値に達しているか検討できる。	()	

6. 主要症候の初期診療

GIO:頻度の高い症候病態に対して、臨床推論を行い、想定される臨床的問題および疾患病態を解決するのに、内科プライマリケアレベルに必要な初期診療を行うことができる。

SBO:

自己 指導医

	自己	指導医
1)発熱、炎症反応に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
2)意識混濁、意識障害に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
3)血圧低下、循環不全に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
4)呼吸苦、低酸素血症に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
5)経口摂取不良、脱水に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
6)頭痛に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
7)咽頭痛、上気道炎症状に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
8)咳症状に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
9)胸痛、胸部圧迫感に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
10)背部痛に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
11)腹痛、心窩部痛に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
12)嘔吐に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
13)下痢ないし便秘に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
14)頻尿、排尿困難に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
15)筋痛、関節痛に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
16)振戦、不随意運動に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
17)浮腫に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
18)皮疹に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
19)末梢血球数異常に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
20)肝障害、腎障害に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
21)血清 Na、K の異常に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
22)高血糖、低血糖に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
23)血培陽性、血流感染に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
24)下気道感染症に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
25)尿路感染症に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
26)消化管感染症に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
27)皮膚軟部組織感染症に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	

(呼吸器内科)

GIO: 呼吸器疾患の病態を理解して、緊急性に応じた診療ができることを目標とする。

SBO:

	自己	指導医
1) 胸部単純X線写真を読影することができ、重大な疾患を見落とさない。	()	()
2) 胸部CTその他の画像により、肺癌の病期分類ができる。	()	()
3) 胸部単純X線や高分解能CT(HRCT)により、びまん性肺疾患の鑑別ができる。	()	()
4) 骨シンチ、Gaシンチ、肺血流シンチの有用性を理解して、診断に用いることができる。	()	()
5) 縦隔腫瘍の画像診断ができる。	()	()
6) 胸膜疾患の超音波診断ができる。	()	()
7) 内視鏡検査(観察、BAL、生検)の介助ができる。	()	()
8) 内視鏡検査において術前局所麻酔ができる。	()	()
9) 内視鏡検査においてファイバーの気管内挿入ができる。	()	()
10) 呼吸器感染症の診断ができる。	()	()
11) 抗菌剤の使用が適切に行える。	()	()
12) ワクチンの適応と感染予防対策が実践できる。	()	()
13) 結核、MRSA等の院内感染の予防ができる。	()	()
14) 結核、MRSA等の患者発生に迅速に対応することができる。	()	()
15) 呼吸機能検査の結果を正しく評価できる。	()	()
16) 動脈血が迅速に採取でき、結果を治療に応用できる。	()	()
17) 6分間歩行時、睡眠時のSpO2モニターを実践し、患者に説明できる。	()	()
18) COPD(慢性閉塞性肺疾患)及び肺性心の病態を理解し、患者に説明できる。	()	()
19) 特発性肺線維症の病態を理解し、患者に適切な指導ができる。	()	()
20) I型とII型呼吸不全の違いを理解し、CO2ナルコーシスの予防と治療が適切に行なえる。	()	()
21) 在宅酸素療法の導入が正しくできる。	()	()
22) 急性呼吸不全患者及び慢性呼吸不全患者の急性増悪のプライマリーケアができる。	()	()
23) レスピレーター管理ができる。	()	()
24) 非侵襲的陽圧換気法の適応を理解し、使用することができる。	()	()
25) 患者及び家族に適切な説明ができ、文書によるInformed Consentを得ることができる。	()	()
26) 肺癌の手術適応を理解している。	()	()
27) 肺癌の化学療法の適応と限界および副作用を理解している。	()	()
28) 肺癌の分子標的治療の適応と限界および副作用を理解している。	()	()
29) 肺癌の放射線治療の適応と限界および副作用を理解している。	()	()
30) オピオイド製剤を用いて肺癌患者の疼痛コントロールができる。	()	()
31) 肺癌患者のターミナルケアと家族の精神的ケアが行える。	()	()
32) 気胸の診断と手術適応を理解している。	()	()
33) 気胸患者の胸腔穿刺あるいは胸腔ドレナージができる。	()	()
34) 胸水の鑑別診断ができる。	()	()
35) 胸水貯留患者の胸腔穿刺あるいは胸腔ドレナージができる。	()	()
36) 貧血の鑑別ができる。	()	()
37) 血小板減少症の鑑別ができる。	()	()
38) 輸血の適応と副作用を理解し、患者の承諾を得ることができる。	()	()
39) 白血球減少時の対応が適切に行える。	()	()
40) 呼吸器疾患におけるステロイドの適応と副作用を理解して、使用することができる。	()	()

(消化器内科)

1. 腹部急性疾患

GIO: 急性腹症患者を救命するため、腹痛、急性腹症などの初期診断ができる。

SBO:	自己	指導医
1) 腹痛、黄疸などに対して、鑑別診断のための初期検査計画ができる。()	()	
2) 手術適応について大まかな判断を行い、適切に外科医に紹介できる。()	()	
3) 胃チューブの挿入、胃洗浄ができる。()	()	
4) 浣腸、観便ができる。()	()	

2. 胃十二指腸疾患

GIO: 消化管出血や胃癌の早期発見のため、胃十二指腸疾患の診断と治療計画ができる。

SBO:	自己	指導医
1) 上部消化管内視鏡の基本的な手技を習得する。()	()	
2) 上部消化管潰瘍に対する薬物療法を開始できる。()	()	
3) 胃癌のタイプと重症度を判断することができる。()	()	
4) 消化管出血の診断と治療計画が立てられる。()	()	

3. 肝疾患

GIO: 急性肝炎、慢性肝疾患、肝癌の治療のため、肝機能障害および肝疾患の秒底を把握する。

SBO:	自己	指導医
1) 肝機能検査の意義を理解し、検査結果を解釈できる。()	()	
2) 急性肝炎の診断ができる。()	()	
3) 肝硬変の進行度を把握できる。()	()	
4) 腹部超音波検査の基本的な手技を習得する。()	()	
5) 慢性肝炎の診断および治療計画が立てられる。()	()	

4. 悪性腫瘍

GIO: 腹腔内悪性腫瘍の治療のため、癌性病変の発見と、進展度を把握ができる。

SBO:	自己	指導医
1) 画像診断や腫瘍マーカーの意義と検査結果の解釈ができる。()	()	
2) 手術的療法について外科医と適切な相談ができる。()	()	
3) 化学療法の開始ができる。()	()	
4) 進行癌に対する治療方針と患者や家族に対するインフォームドコンセントが行える。()	()	

(免疫リウマチ科)

1. 診察と初期診断

GIO: 各種アレルギー疾患、自己免疫疾患の診察と検査を通じて初期診断を行える。

SBO:	自己	指導医
1) 問診と病歴によりアレルギー疾患を疑うことができる。	()	
2) 皮内テストを行って結果を判定できる。	()	
3) 自己免疫疾患を疑って診断計画に着手できる。	()	
4) 免疫不全疾患について述べるができる。	()	
5) 各種自己抗体の臨床的意義を述べるができる。	()	
6) 不明熱の鑑別診断に着手できる。	()	
7) 関節症状を呈する疾患の鑑別診断に着手できる。	()	

2. 重要疾患の診断

GIO: 重要な疾患について診断を進めることができる。

SBO:	自己	指導医
1) 気管支喘息の病型を分類し、重症度を判断できる。	()	
2) 慢性関節リウマチの病態を把握できる。	()	
3) その他次のような疾患の診断に着手することができる。 全身性エリテマトーデス、皮膚筋炎、強皮症、ITP、骨粗鬆症	()	

3. 治療

GIO: 急性増悪状態に対応できるとともに、頻度の多い疾患については初期治療計画を立てることができる。

SBO:	自己	指導医
1) 気管支喘息の薬物療法を行い、また発作時に対応できる。	()	
2) 慢性関節リウマチの治療計画を立てることができる。	()	
3) 骨粗鬆症の治療計画を立てることができる。	()	
4) 各種免疫不全状態に対する治療計画を立てることができる。	()	

4. 患者指導

GIO: 患者の生活指導等を通じて長期的治療に寄与することができる。

SBO:	自己	指導医
1) 各種アレルギーに対する生活指導ができる。	()	
2) 気管支喘息の予防と抵抗力の増強方法を説明できる。	()	
3) 慢性関節リウマチの日常生活における留意点を指導し、 また、リハビリテーションを指示できる。	()	

(神経内科)

1. 神経学的診察・検査法

GIO: 神経学的診察手段に習熟するとともに、特殊検査の意義を理解できる。

SBO:	自己	指導医
1) 精神状態、脳神経・脊髄神経・自律神経系、錐体路・錐体外路系の神経学的所見をとり、異常を判断できる。	()	
2) 眼底検査・腰椎穿刺を行なって、異常を発見できる。	()	
3) 画像診断検査(単純X線検査、CT・MRI検査、SPECT、脳槽シンチグラフィ)の適応を選択し、依頼することができる。	()	
4) 筋電図・誘発筋電図・神経伝導検査・脳波検査の適応を選択し、依頼することができる。	()	
5) 神経・筋生検の適応を選択し、依頼することができる。	()	

2. 診断

GIO: 頻度の高い疾患群について初期診断ができ、診療計画を立てることができる。

SBO:	自己	指導医
1) 意識障害について、頭蓋内疾患か代謝性疾患かの鑑別ができる。	()	
2) 脳出血・脳梗塞・くも膜下出血・脳炎・髄膜炎の鑑別ができる。	()	
3) 運動ニューロン疾患・脊髄炎・脊髄腫瘍・脊髄小脳変性症・パーキンソン病・多発神経炎・重症筋無力症・多発筋炎・進行性筋ジストロフィーなどの初期診断計画を立てることができる。	()	
4) 神経症状の背景にある全身性疾患(変性疾患・内分泌代謝疾患・ビタミン欠乏症・自己免疫疾患・中毒・感染症・腫瘍など)を理解できる。	()	

3. 治療

GIO: 基本的な治療法の適応を選択し、実施できる。

SBO:	自己	指導医
1) 脳浮腫に対して、高浸透圧溶液や副腎皮質ホルモンを適切に使用することができる。	()	
2) 痙攣・不穏に対して、適切な鎮静ができる。	()	
3) 頭痛・神経痛などに対して、鎮痛薬を選択し、使用できる。	()	
4) 脳梗塞に対して、抗血小板薬・血栓溶解薬・抗凝薬を選択し、使用できる。	()	
5) 脳循環・代謝改善薬の選択、使用ができる。	()	
6) 抗パーキンソン病薬の種類や用法を理解できる。	()	
7) 抗てんかん薬の適切な使用ができる。	()	
8) リハビリテーションの適応を理解し、依頼することができる。	()	
9) 放射線治療の適応を理解し、依頼することができる。	()	
10) 脳外科的・整形外科的手術の適応を理解し、依頼することができる。	()	
11) 精神科的・心身医学的治療の適応を理解し、依頼することができる。	()	

(外科(消化器外科、乳腺外科、小児外科))

1. 基本的診断法

GIO: 外科的患者の基本的診察・検査法を習得する。

SBO:	自己	指導医
1) 腹部、乳腺、肛門部その他表在性病変に対する触診ができる。	()	
2) 直腸指診ができる。	()	
3) 胸・腹部単純X線像の解読ができる。	()	
4) 超音波を用いて胸腹腔内病変の検査ができる。	()	
5) 消化管造影(胃十二指腸、大腸)の指示をして、異常の有無を指摘できる。	()	
6) 体幹CT像又はMRI像(特に腹部、後腹膜腔、胸腔内)の正常解剖を理解したうえで、異常の有無を指摘できる。	()	
7) 術前検査をオーダーし、異常に対応できる。	()	
8) 手術のリスクを理解できる。	()	
9) 急性腹症の開腹適応を判断できる。	()	

2. 基本的処置・手段

GIO: 頻度の高い比較的軽症の傷病に対して共通の処置を行える。

SBO:	自己	指導医
1) 無菌的処置を行う場合を理解し、滅菌、消毒に関する知識を身につける。	()	
2) 術野と術者手指の消毒ができる。	()	
3) 繁用される手術器具(メス、鉗、鉗子、縫合器材など)を扱える。	()	
4) 局所浸潤麻酔ができる。	()	
5) 膿瘍の切開と創の縫合ができる。	()	
6) 簡単な表在性腫瘍の摘出ができる。	()	
7) 胃チューブおよびイレウスチューブの挿入と管理ができる。	()	
8) 救急・救命処置及び蘇生法ができる。	()	

3. 手術・治療

GIO: 簡単な手術について援助下に行うことができる。手術を通して疾患の病理解剖を学ぶ。

SBO:	自己	指導医
1) 虫垂切除、ヘルニア根治術、痔核手術、胆嚢摘除、などの基本を習得する。	()	
2) 食道・胃・肝・膵・結腸・直腸ならびに肺や乳腺等における癌性病変の根治手術を理解する。	()	
3) 手術前後の準備と患者・家族への説明ができる。	()	
4) 術後管理とくに縫合不全や肺炎等の合併症を発見し、その管理ができる。	()	
5) 栄養チューブ(経腸栄養およびIVH)の挿入ができ、栄養管理の基本を習得する。	()	
6) 手術創の処置とドレナージの管理ができる。	()	

(呼吸器外科)

1. 基本的診断法

GIO:呼吸器外科の患者の基本的診察・検査法を習得している

SBO:

	自己	指導医
1)胸部理学的所見(視診、触診 打診 聴診)をとることができる。	()	
2)胸部単純X線の読影ができる	()	
3)超音波を用いて胸水、胸壁腫瘍の検査ができる	()	
4)気管支鏡検査の所見を理解できている	()	
5)胸部CT像の正常解剖を理解したうえで異常の有無を指摘できる	()	
6)術前検査をオーダーし、異常に対応できる	()	

2. 基本的処置・手段

GIO:胸腔ドレナージ、開胸閉胸など基本的な処置を行える

SBO:

1)無菌的処置を行う場合を理解し、滅菌、消毒に関する知識を身につける。	()	
2)術野と術者手指の消毒ができる。	()	
3)繁用される手術器具(メス、鋏、鉗子、縫合器材など)を扱える。	()	
4)局所浸潤麻酔ができる。	()	
5)胸腔の解剖と特性を理解する	()	
6)胸腔ドレーンの挿入と管理ができる	()	
7)開胸閉胸について援助下に行うことができる	()	

3. 手術・治療

GIO:呼吸器外科手術の手術適応と周術期管理を理解している

SBO:

1)呼吸機能からみた肺切除の適応について述べるができる	()	
2)肺切除手術のリスクを理解できる	()	
3)気胸に対する肺切除術の適応を理解している	()	
4)肺癌取り扱い規約に沿った肺癌手術記載を行うことができる	()	
5)術後管理を理解し、術後合併症の早期発見ができる	()	
6)手術前後の準備と患者・家族への説明ができる	()	

(脳神経外科)

1. 神経学的診察法

GIO: 患者の訴えと同時に神経系の他覚的所見を適切に把握できる。

SBO:	自己	指導医
1) 意識障害を判定し、3-3-9度方式(JCS)およびGCSIによる表現ができる。	()	
2) 第1-12 脳神経のチェックができる。	()	
3) 運動および知覚障害の判断ができる。	()	
4) 腱反射、病的反射の検査と判定ができる。	()	
5) 知能、言語等に関する高次大脳機能の判断ができる。	()	
6) 髄膜刺激症状、筋の緊張度、萎縮に関する判断ができる。	()	

2. 補助的診断法(検査)

GIO: 各種検査法の意義を理解し、比較的容易なものについては自分で行うとともに、その所見を判断できる。

SBO:	自己	指導医
1) 眼底検査を行い、眼底出血、鬱血乳頭、視神経萎縮などの重要な異常を指摘	()	
2) 腰椎穿刺による髄液検査を、副作用をわきまえた上で、適応を選んで実施でき	()	
3) 頭蓋・脊椎の単純X線像を読影できる。(とくに骨破壊像、骨折線、石灰化、先天異常、 脳圧亢進などの異常所見について)	()	
4) 頭部及び脊椎のCT、MRI像について正常解剖を理解したうえでその異常を指 摘できる。	()	
5) セルジンガー法による脳血管撮影法やDSAを理解し、正常の脳血管構造とその 異常を学ぶ。	()	
6) 下垂体前葉機能検査などの神経内分泌検査の指示を行える。	()	
7) 脳波、ABR、平衡機能検査、SPECT、超音波検査などについてその意義を理解し、 検査をオーダーすることができる。	()	

3. 診断

GIO: 主要で頻度の多い疾患の初期診断を学ぶ。

SBO:	自己	指導医
1) 患者の症状と神経学的所見から必要な検査計画を進めることができる。	()	
2) 必要な補助検査を選択できる。	()	
3) 上記の検査結果を総合して、大まかな疾患の性質や病巣部位を判断できる。	()	
4) とくに緊急を要する状態—急性閉塞性水頭症やその他の頭蓋内亢進、脳ヘルニアの 状態を判断できる。	()	
5) 病理解剖を通じて脳の解剖と病巣診断を学ぶ。	()	

4. 基本的治療

GIO: 基本的な脳外科治療について適応を選んで行うことができる。

SBO:	自己	指導医
1) 痙攣の鎮静ができる。	()	
2) 頭痛薬を選択できる。	()	
3) 頭蓋内圧亢進に対して応急的に圧下降薬を静脈内投与できる。	()	
4) 意識障害の遷延している患者に対する栄養管理と合併症管理ができる。	()	

5. 脳外科手術

GIO: 各種の脳外科的手術を通じて疾患の理解を深める。

SBO:	自己	指導医
1) 術野の観察を通じて脳の病変を理解する(顕微鏡手術にはAV機器を応用する)。	()	
2) 指導医のもとに、脳室ドレナージ、慢性硬膜下血腫除去などの穿頭術を行える。	()	
3) 手術前の準備と患者・家族への説明ができる。	()	
4) 手術後の管理、とくに重大な合併症の診断ができる。	()	
5) 動物を用いてmicrosurgery の基礎技術を練習する。	()	

(整形外科)

研修期間 1~3 か月の到達目標:◎ 研修期間 4~6 か月の到達目標:○

1. 救急医療

GIO:運動器救急疾患・外傷に対応できる基本的診療能力を修得する。

SBO:	自己	指導医
1)◎多発外傷における重要臓器損傷とその症状を述べるができる。	()	
2)◎骨折に伴う全身的・局所的症状を述べるができる。	()	
3)◎神経・血管・筋腱損傷の症状を述べるができる。	()	
4)◎脊髄損傷の症状を述べるができる。	()	
5)◎多発外傷において優先検査順位を判断できる。	()	
6)◎開放骨折を診断でき、その重症度を判断できる。	()	
7)◎神経・血管・筋腱の損傷を診断できる。	()	
8)◎神経学的観察によって麻痺の高位を判断できる。	()	
9)◎骨・関節感染症の急性期の症状を述べるができる。	()	

2. 慢性疾患

GIO:適正な診断を行うために必要な運動器慢性疾患の重要性について理解・修得する。

SBO:	自己	指導医
1)◎変性疾患を列挙してその自然経過、病態を理解する。	()	
2)◎関節リウマチ、変形性関節症、脊椎変性疾患、骨粗鬆症、腫瘍のX線、MRI、造影像の解釈ができる。	()	
3)◎上記疾患の検査、鑑別診断、初期治療方針を立てることができる。	()	
4)◎腰痛、関節痛、歩行障害、四肢のしびれの症状、病態を理解できる。	()	
5)○神経ブロック、硬膜外ブロックを指導医のもとで行うことができる。	()	
6)○関節造影、脊髄造影を指導医のもとで行うことができる。	()	
7)◎理学療法の処方が理解できる。		
8)○一本杖、コルセット処方が適切にできる。	()	
9)◎病歴聴取に際して患者の社会的背景やQOLについて配慮できる。	()	
10)○リハビリテーション・在宅医療・社会復帰などの諸問題を他の専門家、コメディカル・社会福祉士と検討できる。	()	

3. 基本手技

GIO:運動器疾患の正確な診断と安全な治療を行うためにその基本的手技を修得する。

SBO:	自己	指導医
1)◎主な身体計測(ROM、MMT、四肢長、四肢周囲径)ができる。	()	
2)◎疾患に適切なX線写真の撮影部位と方向を指示できる。	()	
3)◎骨・関節の身体所見がとれ、評価できる。	()	
4)◎神経学的所見がとれ、評価できる。	()	
5)○一般的な外傷の診断、応急処置ができる。	()	
①成人の四肢の骨折、脱臼	()	
②小児の外傷、骨折、肘内障、若木骨折、骨端離開、上腕骨々折など	()	
③靭帯損傷(膝、足関節)	()	
④神経・血管・筋腱損傷	()	
⑤脊椎・脊髄外傷の治療上の基本的知識の修得	()	
⑥開放骨折の治療原則の理解	()	

4. 医療記録

GIO:運動器疾患に対して理解を深め、必要事項を医療記録に正確に記載できる。

SBO:	自己	指導医
1)◎運動器疾患について正確に病歴が記載できる。 主訴、現病歴、家族歴、職業歴、スポーツ歴、外傷歴、アレルギー、内服歴、治療歴	()	
2)◎運動器疾患の身体所見が記載できる。 脚長、筋萎縮、変形、ROM、MMT、反射、感覚、歩容、ADL	()	
3)◎検査結果が記載できる。 画像(X線像、MRI、CT、シンチグラム、ミエログラム)、血液生化学、尿、関節液、病理組織	()	
4)◎症状、経過の記載ができる。	()	
5)○紹介状、依頼状を適切に書くことができる。	()	
6)○リハビリテーション、義肢、装具の処方、記録ができる。	()	
7)◎診断書の種類と内容が理解できる。	()	

(精神科)

1. 基本的姿勢

GIO:精神障害を持つ患者に接するための基本的姿勢を習得する。

SBO:	自己	指導医
1)患者の悩みに共感的に接することができる。	()	
2)精神的、社会的問題の解決に積極的に援助する姿勢を養う。	()	
3)患者の人権を尊重し、拘束の必要性を判断できるとともにプライバシー保護に注意を払うことができる。	()	
4)人間心理、家族力動、社会病理を視野に入れて患者を理解する能力を養う。	()	
5)精神保護法の理念を理解する。	()	

2. 面接技法

GIO:精神科臨床の基本となる面接を行うことができる。

SBO:	自己	指導医
1)患者および家族と良好な人間関係を作ることができる。	()	
2)患者および家族の訴えを十分に引き出し、これを的確に把握できる。	()	
3)患者のおかれている立場を評価できる。	()	
4)治療への方向性を持った診断面接に習熟する。	()	
5)治療者側の態度が患者に与える影響を理解できる。	()	

3. 診断・評価

GIO:精神医学的問題についての基本的な検査、診断、評価ができる。

SBO:	自己	指導医
1)患者の精神状態像を把握し、これを精神医学用語で記述することができる。	()	
2)患者の家族的・社会的背景を評価できる。	()	
3)おもな精神疾患および精神的不健康(不登校、家庭内暴力など)を識別することができる。	()	
4)おもな心理テストの特徴を理解できる。	()	
5)器質的精神病をそうでないものと鑑別できる。	()	

4. 治療

GIO:精神科の治療の基本的な知識・技術を習得する。

SBO:	自己	指導医
1)向精神薬および関連薬剤のおもなものについて薬理学的知識を習得し、初期治療に用いることができる。	()	
2)患者と家族に十分な説明と指導を行い、協力を得ることができる。	()	
3)個人精神療法、家族療法、集団療法に関する基本的知識を習得する。	()	
4)入院とくに緊急入院の場合の制度的体制を理解している。	()	
5)興奮、昏迷、痙攣、意識障害や緊急対応を必要とする問題行動(自傷、他害)に対して、的確な対応ができる。	()	
6)身体的疾患に併発した精神医学的問題に対して、他科スタッフと連携して診療計画を立てることができる。	()	

精神科をローテイトしない場合の研修と評価

精神科での研修が必修ではなく、選択必修に変更となったことを受けて、下記の内規を定める精神科をローテイトしない研修医に関しては、1年次で救急診療科に3ヶ月いる間のうち1ヶ月を指定して、その間に救急診療科と共観の統合失調症・うつ病・認知症の患者を受け持ち、レポートを作成する。

精神科の到達目標					
経験すべき診察 法・検査・手技	基本的な身体診察法	10) 精神面の診察ができ、記載できる。	△		
経験すべき症状・ 病態・疾患	頻度の高い症状	35) 不安・抑うつ	◎	○	
	緊急を要する症状・病態	17) 精神科領域の救急（*印なし）	◎	○	
	経験が求められる疾患・病態 <13>精神神経疾患	①症状精神病	◎		
		②認知症(血管性認知症を含む) (A、レポート)	◎		
		③アルコール依存症	◎		
		④うつ病 (A、レポート)	◎		
		⑤統合失調症 (A、レポート)	◎		
		⑥不安傷害(パニック症候群)	◎	○	
		⑦身体表現性障害、ストレス関連傷害 (B)	◎		
特定の医療現場	精神保健・医療	1)精神症状の捉え方の基本を身につける	×		
		2)精神疾患に対する初期的対応と利用の実際を学ぶ	×		
		3)デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する	×		

専用のファイルに経験した症例を記録し、同一疾患で複数症例経験した場合もすべて記録に残す。指導医評価は、3ヵ月ごとに、上記ファイルをもとに、上記の項目のみに関して行う。

◎印：他の科を研修中に◎の精神疾患をもつ入院患者を受け持ち、共観で精神科医がついて、精神疾患についても精神科的医とともに検討し治療をした場合に、評価の対象とする。共観の精神科医がその経験を認めた場合、経験したこととその評価を記録に残す。入院患者の担当医(受け持ち)としてかかわらなければ、経験したものとみなさない。

○印：入院患者として受け持つ以外に、時間外外来で該当患者を診た場合も経験したとみなし、評価する。

×印：経験していないため、d評価とする。(研修を終了するのに差し支えはない。)

△印：◎または○の経験症例数が3例まではd、4例以上の場合に達成度に応じて評価を行う。経験していない疾患が残った場合、それらの疾患に関しては評価なし、すなわちd評価で研修を終了する。レポートを提出すべき症例を経験できなかった場合も、経験なしとしてd評価。(研修を終了するのに差し支えはない。)

(精神科を選択する場合：上記の評価に加えて、研修期間中の経験を評価する。)

(産婦人科)

1. 妊娠の診断

GIO: 妊娠に関する知識を習得し、妊娠の早期診断ができる。

SBO:	自己	指導医
1) 基礎体温の解釈ができる。	()	
2) 内分泌検査による妊娠診断ができる。	()	
3) 超音波検査による妊娠の補助診断ができる。	()	

2. 妊娠の管理

GIO: 正常妊娠の管理ができるとともに異常妊娠を判断できる。

SBO:	自己	指導医
1) 妊娠中の血液検査・超音波検査における異常を判定し、対処できる。	()	
2) 異常妊娠(児頭骨盤不適合、胎児発育遅延、胎児死亡など)の判断ができる。	()	
3) その他分娩のリスクを予想できる。	()	
4) 妊娠中の出血、腹痛に対する診断、対処ができる。	()	
5) 超音波検査の習熟。	()	
6) 妊娠中の各種薬剤投与の影響(副作用を含む)を理解する。	()	

3. 分娩の介助と管理

GIO: 正常分娩の過程を会得し介助することができる。

SBO:	自己	指導医
1) 分娩の生理(産道、娩出力、分娩機転、経過、母・児への影響)について述べるができる。	()	
2) 分娩に必要な器具、薬品、設備、消毒法を理解している。	()	
3) 分娩第1期、第2期、第3期の介助を適切に行うことができる。	()	
4) 会陰切開を適応を選んで行える。	()	
5) 分娩監視装置を使用できる。	()	
6) 異常分娩(大出血、分娩遷延など)をできるだけ早く発見することができる。	()	
7) 分娩直後の新生児について異常を判断できる。とくに新生児仮死を判断して蘇生処置ができる。	()	

4. 婦人科的診察法と婦人科疾患の診断

GIO: 婦人科疾患の患者を診察して初期診断を行い、専門的検査・治療に移ることができる。

SBO:	自己	指導医
1) 婦人科の一般的診察技法を習得し行える。	()	
2) 内分泌的診断法の意義と適応を述べるができる。	()	
3) 不妊症に対する診断法を述べるができる。	()	
4) 性器出血や骨盤内腫瘍の鑑別診断ができる。	()	
5) 子宮癌の検診ができる(細胞診、組織診)。	()	
6) 急性腹症(骨盤腹膜炎、子宮外妊娠、骨盤内腫瘍茎捻転等)の診断ができる。	()	
7) 細胞診断、染色体検査の適応と意義を理解する。	()	
8) 婦人科治療(ホルモン治療、抗癌剤治療、放射線治療等)の理解及びそれを実施できる。	()	
9) 婦人科検査(腫瘍マーカー、CT、MRI、超音波)の理解及び選択ができる。	()	

5. 産婦人科手術

GIO: 産婦人科で行われる手術を通じて産婦人科疾患を理解する。

SBO:	自己	指導医
1) 子宮内容除去術、子宮筋腫摘除、子宮癌手術、帝王切開等の手術の適応と方法を理解する。	()	
2) これらの手術を術前準備をすることができる。	()	
3) これらの手術の術後管理を習得し、とくに合併症の早期発見ができる。	()	

産婦人科をローテイトしない場合の研修と評価

産婦人科での研修が必修ではなく、選択必修に変更となったことを受けて、下記の内規を定める

婦人科、産科の診察行為や、分娩への立会いについては、他科の診察以上に、患者の診察に対する羞恥心が強い場合が多く、多数の医師が診察に関与することについては、強い抵抗を感じられる患者が多いことも十分理解すべきである。

産婦人科にローテイトすることなく、産婦人科医療に立ち会う場合には、研修医自身の身だしなみ、自己紹介を初めとして、十分な自覚を持つ必要があると同時に、患者に不快感を与えることの無い様に十分に配慮すべきである。

分娩立ち会い手順

1. 分娩立ち会いは、原則として救急診療科ローテーションの期間の間に行う。
2. 研修医は分娩立ち会いを希望する日の当日に分娩担当指導医（病棟担当医）と分娩担当助産師に連絡を取り、分娩時に呼び出しを希望する旨を連絡し、連絡先を通知する。当直時間帯については、当直医と連絡をとる。
3. 分娩進行中の症例が入院しているかどうかについては、研修医が 5w 病棟を訪れて確認し、立ち会いを希望する症例については、分娩時だけでなく、可能なかぎり分娩の進行を主治医（または分娩担当医師）とともに診療する。
4. 分娩立ち会い研修医は原則として1症例について1名とする。最大2名までは認める。
5. 研修医は、分娩取り扱い担当の産科医とともに患者に対して、自己紹介を行うこと。入院後直ちに分娩になるなどのやむをえない場合以外は、分娩台や手術台に上がるまでに行うこと。（担当医とともに診療すること、内診は行わないことを説明。“見学”であれば、患者は拒否する権利がある。）
6. 立ち会った分娩については、診療にかかわったことがわかるように、必ずカルテ記載を行う。
7. 分娩のリストを作成して（10例を目標とする）、書面で産婦人科秘書まで提出する。
8. 分娩リストは、産婦人科で管理・保管される一方、初期研修管理室に提出される。（産婦人科に配属された研修医は、その間の分娩取り扱い症例についてリストを提出する。）

(小児科)

GIO: 頻度の多い小児疾患に対応できるように、小児科の知識を身につけ、適切な態度をもって診察・治療できる技能を習得する。

1. 病歴と問診

GIO: 的確な診断ができるために、問診の重要性を理解し、患者および家族との信頼関係を構築し、その技能を身につける。

SBO:	自己	指導医
1) 家族または本人の訴えを的確にとらえ、必要事項を聴取することができる。	()	
2) 発育発達歴から、成長発達を評価できる。	()	
3) 既往歴、予防接種歴、現病歴を適切にとることができる。	()	
4) 栄養方法についての必要な情報を得、その評価をすることができる。	()	
5) 家族歴から遺伝的疾患を疑うことができる。	()	
6) アレルギー歴を聴取できる。	()	
7) 疾患・検査を想起し、必要事項を聴取できる。	()	

2. 診察および初期治療計画

GIO: 小児に特有で比較的頻度の高い各種疾患についての診断及び初期治療計画をたてるために、患者からの情報収集に努め、疾患の特徴を知ったうえで、鑑別診断・重症度判断できる技能を習得する。

SBO:	自己	指導医
1) 子どもの一般状態を評価することができる。	()	
2) 栄養・発育・発達の評価および鑑別診断ができる。	()	
3) 外表奇形の判断ができる。	()	
4) 急性発熱性疾患の鑑別診断ができる。	()	
5) 脱水の程度を評価できる。	()	
6) 呼吸器疾患の鑑別診断ができ、重症度判断ができる。	()	
7) 熱性けいれん、髄膜炎、脳炎、急性脳症の初期診断ができる。	()	
8) 消化器疾患、急性腹症の鑑別診断ができる。	()	
9) 急性発疹性疾患の鑑別診断ができる。	()	
10) 各種アレルギー疾患の初期診断と初期治療ができる。	()	
11) アプガー指数等により、出生時の新生児の状態を評価できる。	()	
12) 正常新生児の検診、異常の指摘ができる。	()	
13) 低出生体重児の保育法の基本を述べるることができる。	()	

3. 検査

GIO: 鑑別診断や状態判断のための必要な検査を的確にするために、検査についての正しい知識をもち、患者の負担も考慮したうえで検査を実施し、検査結果を解釈できる技能を習得する。

SBO:	自己	指導医
1) 小児科として基本的な処置(採尿採血、静脈路の確保、腰椎穿刺など)ができる。	()	
2) 検査の必要性を説明できる。	()	
3) 適切な検査オーダーが出せる。	()	
4) 検査結果の解釈ができる。	()	

4. 治療・処置

GIO: 診断に基づいた治療・処置を適切に行うために、治療法についての情報を集め、患者・家族の納得了解のもとに、治療・処置の技術を習得する。

SBO:	自己	指導医
1) 適切な薬物治療ができ、副作用について述べるることができる。	()	
2) 適切な輸液療法ができる。	()	
3) 外科的適応を理解し依頼することができる。	()	
4) けいれん発作・喘息発作に対し緊急対応ができる。	()	
5) 患児・両親に対して適切な説明と指導が指導医と相談してできる。	()	

(耳鼻咽喉・頭頸部外科)

1. 診断と検査

GIO: 耳鼻咽喉科に特有の診断検査法のうち基礎的なものを習得する。

SBO:	自己	指導医
1) 現病歴と主訴などから、初期診断計画に着手できる。	()	
2) 外耳、鼓膜、鼻咽頭腔、口腔、咽喉頭を観察し、異常を指摘できる。	()	
3) 額帯鏡、内視鏡の使用法に習熟する。	()	
4) 種々の聴力検査を理解し、適応を選んで指示ができる。	()	
5) 種々の平衡機能検査法を理解し、適応を選んで指示ができる。	()	
6) 副鼻腔、耳、咽頭、喉頭病変の診断に必要な画像診断法を理解し、適応を選んでその選択指示ができる。	()	
7) 単純X線像、CT、MRI像からそれらの異常を指摘できる。	()	
8) 炎症、感染症、腫瘍の診断に血液学的、免疫学的検査、細菌検査、および細胞診の指示ができる。	()	

2. 治療と処置

GIO: 耳鼻咽喉科で頻度の高い基本的な治療法・治療手技を習得する。

SBO:	自己	指導医
1) 鼻出血、鼻腔・外耳道・咽頭異物など救急疾患の初期治療ができる。	()	
2) エソアロゾール療法、点耳・点鼻、内服薬・注射薬の処方、基本的な処置(洗浄、消毒など)ができる。	()	
3) 手術適応を判断できる。	()	
4) 術前準備(検査、感染予防、患者への説明)ができる。	()	
5) 局所麻酔ができる。	()	
6) 基本的な耳鼻科手術(切開、剥離、縫合)ができる。	()	
7) 比較的簡単な手術法(扁桃摘出、鼻ポリープ切除、副鼻腔穿刺、鼓膜穿刺・切開)を習得する。	()	
8) 顕微鏡手術を学ぶ。	()	
9) 術後管理(経過の観察と合併症の発見)ができる。	()	

(臨床検査科)

1. 臨床検査の基礎

GIO:検査の意義を理解し、検体を採取して提出することができる。また、結果を解釈し、診断治療に役立てる。

自己 指導医

SBO:

1)患者の症状や治療計画にあわせて検査をオーダーすることができる。	()	
2)血液、尿、体液、穿刺液などを検査目的にあわせて採取できる。	()	
3)検査結果を総合的に解釈し、以後の検査計画や治療に役立てることができる。	()	

2. 一般尿検査

GIO:一般尿検査の意義を理解し、診断治療に役立てる。

SBO:

1)尿を肉眼的に観察して血尿やビリルビン尿を判断できる。	()	
2)尿定性検査(試験紙法)を適切に行える。	()	
3)尿潜血陽性の場合の鑑別疾患を挙げることができる。	()	
4)尿蛋白陽性の場合の鑑別疾患を挙げることができる。	()	
5)尿沈渣標本を作製することができる。	()	
6)弱拡大で尿沈渣の円柱の有無を判断できる。	()	
7)強拡大で尿沈渣の赤血球数、白血球数を数えることができ、赤血球数の変形の有無を判断できる。	()	

3. 便検査(潜血、虫卵)

GIO:便検査の意義を理解し、診断治療に役立てる。

SBO:

1)大便の肉眼的な観察を行う習慣を身につける。	()	
2)肉眼でタール便を判断できる。	()	
3)化学的便潜血検査と免疫学的便潜血検査の違いを述べるができる。	()	
4)虫卵検査の結果を解釈できる。	()	

4. 髄液検査

GIO:髄液検査の意義を理解し、診断治療に役立てる。

SBO:

1)髄液検査の適応と禁忌を述べるができる。	()	
2)髄液を採取することができる。	()	
3)三法活栓と検圧用のガラス管を用いて、初圧と終圧を測定できる。	()	
4)髄液検査の結果を解釈できる。	()	
5)検査後の低髄圧性頭痛の特徴や対処法を述べるができる。	()	

5. 血算・白血球分画、凝固検査

GIO:血球および凝固に関する検査の意義を理解し、診断治療に役立てる。

SBO:

1)白血球減少と増多の鑑別疾患を挙げることができる。	()	
2)白血球分画の結果(異常細胞の存在を含む)を解釈することができる。	()	
3)赤血球数減少と増多の鑑別疾患を挙げることができる。	()	
4)平均赤血球数容積(MCV)などを基に貧血を分類できる。	()	
5)血小板減少と増多の鑑別疾患を挙げることができる。	()	
6)偽性血小板減少症の機序を鑑別方法について述べるができる。	()	
7)凝固線溶検査の結果を解釈できる。	()	

6. 血液型判定・交差適合試験

GIO:輸血に必要な血液型判定と交差適合試験の意義を理解し、診断治療に役立てる。

SBO:

1)おもて(抗血清試薬)試験とうら(血球試薬)試験を実施し、ABO血液型を判定できる。	()	
2)抗血清試薬を用いてRho(D)血液型を判定できる。	()	
3)交差適合試験(生理食塩水法)を実施し、ABO血液型適合血を判定できる。	()	
4)不規則抗体スクリーニング検査の意義を説明できる。	()	
5)交差適合試験(37℃、間接抗グロブリン法)の必要性を説明できる。	()	

7. 動脈血ガス分析

GIO:動脈血ガス分析の意義を理解し、診断治療に役立てる。

SBO:

1)動脈血ガス分析の適応を述べるができる。	()	
2)単独で動脈血の採血ができる。	()	
3)採血時の呼吸条件、呼吸数を動脈血ガス分析の結果とともに記載する習慣を身につける。	()	
4)動脈血ガス分析の結果から代謝性アシドーシス、代謝性アルカローシス、呼吸性アシドーシス、呼吸性アルカローシスの異常を把握できる。	()	
5)酸素飽和度と酸素分圧の乖離を指摘し、その原因を推測できる。	()	

8. 血液生化学検査

GIO: 血液生化学検査の意義を理解し、診断治療に役立てる。

SBO:

1) 適切な検査項目を選択してオーダーすることができる。	()	
2) 検査項目に適した条件で採血できる(脂質、ホルモンなど)	()	
3) 血清酵素検査の種類と意義を述べることができる。	()	
4) 蛋白、糖、電解質、胆汁色素、脂質代謝に関する検査の種類と意義を述べる とができる。	()	
5) 適切な間隔で検査をオーダーすることができる。	()	
6) 簡易血糖測定が単独で行える。	()	

9. 血液免疫血清学検査

GIO: 各種免疫学的検査の意義を理解し、診断治療に役立てる。

SBO:

1) 肝炎ウイルス関連検査の意義を説明できる。	()	
2) ウイルス抗体価の解釈ができる。	()	
3) 梅毒血清反応検査結果の解釈ができる。	()	
4) 主要な自己免疫疾患とその診断に有用な自己抗体検査を述べる ことができる。	()	
5) 主要な自己抗体検査の感度と特異度を把握し、検査結果を 解釈できる。	()	

10. 微生物検査

GIO: 微生物および寄生虫検査の意義を理解し、診断治療に役立てる。

SBO:

1) 適切な検体採取ができる。(血液培養、喀痰検査、中間尿など)	()	
2) グラム染色が単独で行える。	()	
3) 検査結果を参考に感染に関係している菌と常在もしくは定着している菌を 区別できる。	()	
4) 薬剤感受性の結果から適切な抗菌薬を選択できる。	()	
5) 迅速検査を適切にオーダーできる。	()	
6) 院内感染予防対策を考慮することができる。	()	

11. 心電図 (12誘導)

GIO: 各種心電図検査の意義を理解し、診断治療に役立てる。

SBO:

1) 心電図(12誘導)検査を単独で実施できる。	()	
2) 心電図(12誘導)検査結果について一定の手順で所見を述べる ことができる。	()	
3) 心電図(12誘導)検査結果にて明らかな異常所見を指摘 できる。	()	
4) 負荷心電図、ホルター心電図検査の適応を判断し、結果を 解釈できる。	()	

12. 肺機能検査

GIO: 肺機能検査の意義を理解し、診断治療に役立てることができる。

SBO:

1) スパイロメトリー、フローボリューム曲線について適応と禁忌を 述べられる。	()	
2) 最大吸気位・安静吸気位・安静呼気位・最大呼気位全肺気量、 肺活量、最大吸気量機能的残気量、予備吸気量、努力肺活量、一秒量最大呼気流量 などについて説明し適切な検査指示を出す ことができる。	()	
3) 閉塞性換気障害、拘束性換気障害、混合性換気障害の分類と 該当する疾患を列挙できる。	()	
4) 慢性閉塞性肺疾患(COPD)、気管支喘息、間質性肺炎、肺結核 後遺症などの疾患の肺機能検査を評価できる。	()	

13. 超音波検査

GIO: 超音波検査の意義を理解し、診断治療に役立てることができる。

SBO:

1) 患者の病態や臨床症状、臨床所見、臨床検査結果に基づいた 超音波検査適応の判断、および適切な検査部位・臓器の 選択ができる。	()	
2) 目的に応じた基本的な超音波検査ができる。	()	
3) 超音波検査結果に基づいて鑑別診断をあげ、次の検査計画が 立てられる。	()	
4) 超音波検査と他の画像検査(X線CT、MRI、核医学、血管造影)の 長所・短所を説明できる。	()	

14. 神経生理学的検査

GIO: 神経生理学的検査の意義を理解し、診断治療に役立てることができる。

SBO:

1) 筋電図検査、脳波検査、誘発電位検査の意義を理解し、検査計画を 立てることができる。	()	
2) 筋電図検査、脳波検査、誘発電位検査で神経専門医の補助が できる。	()	
3) 神経専門医の指導を受けながら筋電図検査、脳波検査、誘発電位 検査の報告書を作成できる。	()	

(病理科)

1. 病理検査と病理診断の基礎

GIO: 提出された病理材料の検査の目的を理解し、正確な病理診断を行うことができる。

SBO:	自己	指導医
1) 病理検査依頼用紙上の事項をよく理解し、検査目的を把握できる。	()	
2) 手術標本の写真撮影を適切に行える。	()	
3) 固定(固定液の種類、量、時間)について熟知する。	()	
4) 標本の肉眼的観察を十分に行え、適切な切り出しをすることができる。	()	
5) 顕微鏡標本の作製過程を理解し、できれば作製することができる。	()	
6) 正確な診断に到達するための最適な染色を選択できる。	()	
7) 生物顕微鏡の操作と標本の見方を習熟する。	()	
8) 要領を得た組織学的所見の作成ができる。	()	
9) 電子顕微鏡写真を必要最低限読むことができる。	()	
10) 細胞診検査の重要性と意義を理解し、細胞診標本の観察の機会を持つ。	()	
11) 主治医と臨床病理学的検討を円滑に行うことができる。	()	

2. 生検病理組織検査

GIO: 種々の部位より採取された生検材料に対して正確な病理組織診断をすることができる。

SBO:	自己	指導医
1) 臓器ごとの生検方法とその生検材料の在り方を理解する。	()	
2) 頻度の高い生検材料(消化管等)の標準的診断ができる。	()	
3) 子宮頸部・体部、乳腺の生検の標準的診断ができる。	()	
4) 腎生検は特殊染色・蛍光染色・電子顕微鏡所見をも理解して、標準的診断ができる。	()	
5) 肝生検・気管支生検の標準的診断ができる。	()	
6) 泌尿器系生検の標準的診断ができる。	()	
7) 皮膚生検の標準的診断ができる。	()	
8) 病理医の行う術中迅速診断に参加する。	()	

3. 手術材料病理組織診断

GIO: 提出された手術材料に対して正確な病理組織診断をすることができる。

SBO:	自己	指導医
1) 新鮮あるいは固定後の摘出標本の肉眼的観察により病変を把握できる。	()	
2) 正確な病理診断を行うための必要にして十分な切り出しをすることができる。	()	
3) 種々の癌を「癌取扱い規約」にもとづいて切り出しをすることができる。	()	
4) 「癌取扱い規約」にもとづいて標準的病理診断をすることができる。	()	
5) 癌以外の摘出標本の病変に対して標準的診断をすることができる。	()	
6) 診断をうるための特殊染色・免疫染色を適切に選択することができる。	()	

4. 病理解剖

GIO: 病理解剖の意義を理解し、解剖の手技を会得し、病理診断をすることができる。

SBO:	自己	指導医
1) 死体解剖保存法の規定を理解し、本院の剖検前の諸手続きを知る。	()	
2) 主治医から臨床診断等の臨床事項の説明を受け、疑問点を把握する。	()	
3) 解剖の標準的手技を会得する。	()	
4) 肉眼的観察により大体の病変を診断し、主治医に疾病を説明できる。	()	
5) 固定後の各臓器からの切り出しを適切に行うことができる。	()	
6) 肉眼的所見と組織学的所見とを合わせ、臨床的事項を十分に吟味して、論理的な病理解剖報告を完成することができる。	()	

(麻酔科)

1. 術前評価と麻酔計画

GIO: 麻酔・手術を安全かつ効果的に行うための情報を集め、適切な麻酔計画をたてることができる。

SBO:

	自己	指導医
1) 麻酔計画に影響する主な術前合併症とそれらへの対策を述べるができる。()		
2) 術前の全身の観察および頭頸部・胸部の観察ができ、記載できる。()		
3) 術前の臨床検査の結果を解釈できる。()		
4) 麻酔前に、麻酔に関する正しい情報を提供し、術前不安を和らげる説明が実施できる。()		

2. 基本手技

GIO: 麻酔に必要な基本的な手技を実施できる。

SBO:

1) 麻酔に必要な皮膚消毒を実施できる。()		
2) 麻酔器および麻酔回路の準備と始業点検を実施できる。()		
3) 麻酔に必要な生体情報モニターの装着が実施できる。()		
4) 四肢の静脈確保を実施できる。()		
5) 中心静脈確保を実施できる。()		
6) 動脈ラインの留置が実施できる。()		
7) 麻酔器、麻酔回路およびマスクによる、気道確保と用手人工呼吸が実施できる。()		
8) 経口気管挿管が実施できる。()		
9) 気管支ファイバースコープあるいは喉頭ファイバースコープを用いた気管挿管や気道管理が実施できる。()		
10) ランジアルマスクエアウェイの挿入が実施できる。()		
11) 胃管の挿入と管理ができる。()		
12) 脊髄くも膜下麻酔が実施できる。()		
13) 腰部硬膜外麻酔が実施できる。()		
14) 胸部硬膜外麻酔のための体位設定と介助が実施できる。()		
15) 全身麻酔からの覚醒を確認し、気管チューブの抜管を実施できる。()		
16) 全身麻酔からの覚醒を確認し、ランジアルマスクエアウェイの抜去を実施できる。()		

3. 麻酔中管理

GIO: 臓器機能を保存しつつ、適切な意識水準で侵害刺激と生体との調和を保った麻酔管理を行うことができる。

SBO:

1) 吸入麻酔薬による全身麻酔の術中維持が実施できる。()		
2) 全静脈麻酔の術中維持が実施できる。()		
3) 硬膜外麻酔を併用した全身麻酔の術中維持が実施できる。()		
4) 生体情報モニターを用いて、術中の生体の状態や反応を総合的に把握できる。()		
5) 術中の血液ガス分析をはじめとする臨床検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。()		
6) 麻酔中の輸液療法および適正な水分管理が実施できる。()		
7) 麻酔中に筋弛緩薬を適切に投与することができる。()		
8) 麻酔中に血液製剤を適切に投与することができる。()		
9) 麻酔中に心血管作動薬を適切に投与することができる。()		
10) 麻酔中の体温管理を実施できる。()		

4. 心肺蘇生

GIO: 心肺停止状態に対する有効な蘇生法が実施できる。

SBO:

1) BLS(一次救命処置)を指導できる。()		
2) ACLS(二次救命処置)を実施できる。()		

5. 集中治療

GIO: 集中治療の概要が理解でき、基本的な人工呼吸管理ができる。

SBO:

1) 人工呼吸器の装着が実施できる。()		
2) 長期人工呼吸からの離脱の方法を理解できる。()		
3) 重症感染症の際に生ずる臓器機能の障害を把握できる。()		
4) 集中治療中の臨床検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。()		

(画像診断科)

1. 画像診断総論

GIO: 各種画像診断法の実際とそれぞれの長所と短所を理解し、その組み合わせを計画できる。

SBO:

自己	指導医
----	-----

	自己	指導医
1) 超音波検査、単純X線撮影、消化管(バリウム)検査、血管撮影、CT、MRI、IVRの各々の特徴を理解する。	()	()
2) 診断目的に応じた画像検査を選択できる。	()	()
3) 各種検査の前処置と合併症を理解する。	()	()
4) 診療放射線技師や看護師等のコーメディカルスタッフと協調して業務を行える。	()	()

2. 単純X線撮影

GIO: 各部位の単純X線撮影像の異常を指摘できる。

SBO:

1) 胸部、腹部、頭蓋、脊椎、四肢等の単純X線撮影像(フィルム)の良否を判断できる。	()	()
2) 上記撮影像について異常を指摘できる。	()	()

3. 消化管造影

GIO: 消化管造影検査を行い、異常を指摘できる。

SBO:

1) 食道、胃・十二指腸造影および注腸造影(透視)を行える。	()	()
2) 正常像を理解し、異常を指摘できる。	()	()

4. 血管撮影

GIO: 各種部位の血管撮影の意義を理解し、手技の概略を把握する。

SBO:

1) 脳、心肺、腹部臓器、四肢等の血管解剖を理解する。	()	()
2) 血管撮影の適応を述べるができる。	()	()
3) 血管撮影の手技とその副作用・合併症を理解する。	()	()

5. CTスキャン

GIO: CTスキャンの原理と意義を理解する。

SBO:

1) CTスキャンの原理と適応を理解する。	()	()
2) 脳、縦隔、後腹膜腔などのCT解剖を理解する。	()	()
3) CTスキャン像の異常を指摘できる。	()	()

6. MRI

GIO: MRIの原理と意義を理解する。

SBO:

1) MRIの原理と適応を理解する。	()	()
2) 脳、縦隔、後腹膜腔などのMRI正常像を理解する。	()	()
3) MRI像の異常を指摘できる。	()	()

7. 超音波検査

GIO: 超音波検査の原理と意義を理解する。

SBO:

1) 超音波検査機器を操作できる。	()	()
2) 主な臓器の正常像を理解し、異常を指摘できる。	()	()

GIO: RI検査(in vivo)の原理と意義を理解する。

SBO:

1) RI検査(in vivo)の種類と使用する核種を理解し、適応が判断できる。	()	()
2) 各RI画像の異常を指摘できる。	()	()

9. 放射線障害

GIO: 各種放射線の危険性を理解し予防することができる。

SBO:

1) 放射線被爆と障害の関係を理解する。	()	()
2) 検査にあたって可能な防禦を行うことができる。	()	()

(心臓血管外科)

1. 診断・検査

GIO: 心循環器疾患の基本的な診断法を習得し、とくに手術適応のある状態を判断できる。

SBO:

	自己	指導医
1) 心臓血管系の疾患に関する症状・問題点を明らかにできる。	()	
2) 先天性心疾患および各種弁膜疾患における理学的所見を把握できる。	()	
3) 解離性大動脈瘤、大動脈瘤破裂の初期診断ができる。	()	
4) 末梢動静脈閉塞の初期診断ができる。	()	
5) 心カテ検査の意義・目的を述べるができる。	()	
6) 冠動脈撮影の意義を理解し、その異常を指摘できる。	()	
7) その他血管撮影法を理解する。	()	
8) 手術適応の判断ができ、とくに緊急手術の必要な状態を指摘できる。	()	
	()	

2. 術前管理

GIO: 手術前に必要な検査を行い患者管理を行うとともに、患者・家族に手術の必要性和そのリスクについて説明できる。

SBO:

1) 開心術前に必要な検査を指示して評価できる。	()	
2) 大動脈疾患・末梢動静脈疾患の術前検査を指示して評価できる。	()	
3) 上記検査により合併症を把握し、手術侵襲に伴う各患者に応じた手術のRiskを判断し、説明できる。	()	
4) 合併症に対してそれを補正すべき状態であるか否かを判断でき、かつ適切な処置・治療ができる。	()	

3. 手術

GIO: 開心手術を理解する。

SBO:

1) モニター類を設置できる。	()	
2) 開胸、閉胸の手術操作を習得する。	()	
3) 開心術及び胸部大動脈瘤の手順を理解し、説明できる。	()	
4) 人工心肺装置を理解し、操作を補助できる。	()	
5) 末梢動脈吻合術の基本的手術操作を習得する。	()	
6) 末梢動脈に対するカテーテルインターベンション(血栓除去、血管拡張術)の基本的操作を習得する。	()	
7) 腹部大動脈瘤の基本的手術操作を習得する。	()	
8) 腹部大動脈瘤に対するステント治療の手術・手技を理解する。	()	

4. 術後管理

GIO: 手術後の患者管理を理解する。

SBO:

1) 術後の各種合併症を早期に発見できる。	()	
2) 術後の感染予防ができる。	()	
3) 緊急薬剤の使用について適応を判断できる。	()	
4) 補助循環の必要な状態を判断できる。	()	
5) 長期的患者指導、リハビリテーションと薬物療法ができる。	()	

(心臓内科)

1. 問診と診察

GIO: 心循環器疾患の診断を進めるに必要な問診と、理学的診察を行って診察過程に入ることができる。

SBO:	自己	指導医
1) 心循環器疾患に関する症状・問題点を明らかにできる。	()	
2) NYHA心機能評価法にもとづいた評価と記載ができる。	()	
3) 心音(S1, S2, S3, S4,)および過剰心音心雑音の聴取と判断ができる。	()	
4) 呼吸音の異常を判断できる。	()	
5) 末梢循環の異常を理学的に判断できる。	()	

2. 各種検査

GIO: 各種検査法の意義を理解し、緊急のベッドサイド検査は自分で実施できる。

SBO:	自己	指導医
1) 心電図検査を実施でき、重要な異常を指摘できる。とくに重要な不整脈や心筋梗塞の心電図を判断できる。	()	
2) 心エコーを実施し、心のう内液貯留、弁膜異常、心室壁運動障害を指摘できる。	()	
3) トレッドミル・エルゴ運動負荷試験、SAEの意義を理解できる。	()	
4) CVP、SGカテーテルによるPAとPCWPの意義を理解し、血行動態を判断する指標にできる。	()	
5) 心筋酵素、血液ガス、血清電解質、血液凝固などの検査を適応を選んで指示し、結果を解釈できる。	()	
6) 冠動脈撮影心カテ検査の意義・目的を述べ、適応の決定ができる。	()	

3. 診断

GIO: 重要で頻度の高い、また緊急を要する疾患について初期診断ができる。

SBO:	自己	指導医
1) 緊急の不整脈を診断できる。	()	
2) 緊急手術の必要な状態を診断できる。	()	
3) 各種弁膜疾患、心筋梗塞・狭心症、心不全の初期診断ができる。	()	

4. 処置・治療

GIO: 基本的処置および治療手技を習得して、これを行える。

SBO:	自己	指導医
1) SGカテを的確に挿入できる。	()	
2) 除細動器を適応を選んで使用できる。	()	
3) 応急的ペースメーカーを装着できる。	()	
4) IABP、PCPSの適応と意義を述べるができる。	()	
5) 主な心血管作動薬の適応、投与方法、用量を述べるができる。	()	
6) 急性期以後の患者について、安静度、リハビリテーション、後療法のメニューを作成できる。	()	

(腎臓・高血圧内科)

1. 問診と診察

GIO: 腎疾患ならびに高血圧、水・電解質異常に関する初期診察ができる。

SBO:	自己	指導医
1) 問診によって病歴をとり問題点を明らかにできる。	()	
2) 全身状態、浮腫、脱水、心音、呼吸音、貧血、血圧などの理学的所見をとることができる。	()	
3) 高血圧の程度と緊急性を判断できる。	()	
4) 水・電解質異常に関連した理学的所見をとることができる。	()	

2. 検査

GIO: 各種検査法の意義と適応を理解し、とくに緊急を要する検査を実施することができる。

SBO:	自己	指導医
1) 尿検査(尿沈渣を含む)を実施し、結果を判断できる。	()	
2) 腎機能検査(糸球体・尿細管機能検査)を適応を選んで指示できる。	()	
3) 腎疾患や高血圧に関連した血液生化学、免疫学的検査、内分泌検査の適応を理解し、検査結果を判断できる。	()	
4) 水・電解質異常と酸塩基平衡異常に関する検査データを判読できる。	()	
5) 各種画像診断法(KUB、腎盂造影、IV—DSA、腎血管撮影、レノグラム、レノシンチグラム、腎エコー、CTなど)の適応が分かり、選択して指示することができる。	()	
6) 腎生検の意義と適応を理解出来る。	()	

3. 疾病診断

GIO: 重要で頻度の高い腎疾患および水電解質異常の初期診断に着手できる。

SBO:	自己	指導医
1) 各種検査結果を総合して腎疾患の種類とその進行度を推定できる。	()	
2) 高血圧とくに二次性高血圧や悪性高血圧の原因診断、重症度診断ができる。	()	
3) 血液浄化法の必要な状態を判断できる。	()	

4. 処置・治療

GIO: 基本的処置または治療法を計画し、また開始することができる。

SBO:	自己	指導医
1) 脱水や電解質異常に対する応急輸液ができる。	()	
2) 高血圧に対し、降圧薬の適応を判断して投薬ができる。	()	
3) 溢水に対して利尿薬、ECUM、透析療法の適応を判断できる。	()	
4) 緊急透析用のblood access ができる。	()	
5) 単身用HD装置の操作が可能で、透析条件を設定できる。	()	
6) 腎不全時の投薬、輸液の方法を述べることができる。	()	
7) 透析中の患者管理ができる。	()	
8) 慢性腎疾患に対する薬物療法の適応を判断し投薬ができる。	()	
9) 慢性腎疾患患者の自己管理法を教育し、食事・生活指導ができる。	()	

(糖尿病代謝内科)

1. 糖尿病

GIO: 血管合併症の発症進展防止のための糖尿病管理に対する基本方針を学ぶ。

SBO:

	自己	指導医
1) 糖尿病の診断基準が言える。	()	
2) 糖尿病治療の目標を言える。	()	
3) 糖負荷試験、HbA1C値等の持つ意味が分かる。	()	
4) 1型及び2型糖尿病の区別がつけられる。	()	
5) 患者のインスリン依存度、インスリン抵抗性の程度を臨床データから推定できる。	()	
6) 合併症(心、脳、腎、眼、神経、末梢動脈)の存在診断とその重症度を評価できる。	()	
7) 経口血糖降下剤(4種類)の適応、禁忌を言える。	()	
8) 各種インスリン製剤の薬理学的特徴を言える。	()	
9) 糖尿病における各種緊急症の鑑別と初期治療ができる。	()	

(泌尿器科)

1. 診断と検査

GIO: 頻度の高い泌尿器科疾患について問診のうえ、理学的所見をとり、さらに必要な検査を進めることができる。

SBO:	自己	指導医
1) 問診や症状から泌尿器科的問題点を明らかにすることができる。	()	
2) 陰のう内容の触診と直腸診ができる。	()	
3) 尿沈渣の作成と検鏡ができる。	()	
4) X線検査、超音波検査、膀胱・尿道鏡、膀胱機能検査、一般血液検査の適応を選んで指示ができる。	()	
5) 膀胱尿道鏡検査を行って所見を記載できる。	()	
6) X線検査(KUB)で腎尿路の異常を指摘できる。	()	
7) 腎・膀胱・前立腺・陰のう内容の超音波検査ができ、異常を指摘できる。	()	
8) 膀胱機能検査(チストメトリー)を施行できる。	()	

2. 治療

GIO: 一般的な泌尿器疾患に対する基本的治療法を理解し、その計画を立てることができる。

SBO:	自己	指導医
1) 尿路・生殖器感染症に対する薬剤療法ができる。	()	
2) 泌尿器科手術の術前術後管理ができる。	()	
3) 次の手術を理解し、指導者のもとでその手術ができる。 陰のう内容手術、尿路結石の切石術、内シャント手術、超音波ガイドによる 経皮的腎瘻術、内視鏡的尿路結石砕石術	()	
4) 次の手術の意義、適応を理解する。 腎摘除、前立腺摘除、経尿道手術(TUR)、膀胱全摘術、各種形成術	()	

3. 特殊治療

GIO: 体外衝撃波砕石術および腎移植について理解する。

SBO:	自己	指導医
1) 体外衝撃波砕石装置の原理を理解し、指導者のもとに本装置による砕石術ができる。	()	
2) 腎移植(生体、死体)の適応を判断できる。	()	
3) 死体腎臓移植のシステムを述べるができる。	()	
4) 移植腎の機能など腎移植術後の経過を経験し、免疫抑制法の意義と方法を述べるができる。	()	

(形成外科)

1. 診断

GIO: 形成外科において頻度の高い疾患について、問診及び理学的所見を通じ、必要な検査を選択し、基本的治療を決定できる。

SBO:

	自己	指導医
1) 問診や理学的所見より、形成外科的問題点を明らかにする事ができる。	()	
2) 頻度の高い外表奇形を、問視診により診断し、基本的治療を述べる事ができる。	()	
3) 顔面や四肢の外傷に対し、基本的な初期治療を判断できる。	()	
4) 顔面骨折について、問診、理学的所見よりX線、CT、MRIなど必要な検査を選択できる。	()	
5) 熱傷について、問視診にて大まかな深達度を診断し、機能、整容的予後を判断できる。	()	
6) 頻度の高い皮膚、軟部腫瘍の診断を行い、治療を判断できる。	()	
7) 外傷や手術後の変形や欠損の診断を行い、治療の適応や治療法を説明する事ができる。	()	
8) 形成外科治療による、機能、整容面だけでなく、精神的な影響を理解する。	()	

2. 治療

GIO: 形成外科における基本的な処置と小手術ができる。

SBO:

1) 形成外科的な切開(ブロードベント法)、縫合法を学習する。	()	
2) 顔面及び四肢外傷に対する形成外科的な初期治療ができる。	()	
3) 簡単な皮膚、軟部腫瘍の摘出術ができる。	()	
4) 皮膚、軟骨、骨などの組織移植の適応、手技を理解する。	()	
5) 皮膚移植のための、全層皮膚の採取、採取部の処置、デルマトームを用いた分層皮膚の採取ができる。	()	
6) スキン・アブレーション、レーザー治療の手技を経験できる。	()	
7) マイクロサージャリーを用いた組織移植術の適応、手技を学習し、術後管理を経験できる。	()	
8) 顔面骨折の治療や、顔面骨骨切り術の適応、手技を学習する。	()	
9) 形成外科的再建法と機能、整容的予後の関係を理解する。	()	

(皮膚科)

1. 問診

GIO: 皮膚疾患の診断・治療に必要な病歴の問診ができる。

SBO:

	自己	指導医
1) 問診により発疹の分布および個疹の時間的経過を明らかにできる。	()	
2) 皮膚疾患に対する今までの治療歴を明らかにできる。	()	
3) アレルギー歴をとることができる。	()	
4) 環境における接触物質を明らかにできる。	()	

2. 診察・検査

GIO: 発疹等の皮膚疾患を診察し、必要な検査を選択して指示できる。

SBO:

1) 発疹の区別ができ、所見を正しく記載できる。	()	
2) KOH検査を実施し結果を判断することができる。	()	
3) 貼付試験を実施して陽性アレルゲンを説明できる。	()	
4) 光線および光貼付試験の意義を理解し実施できる。	()	
5) 簡単な皮膚生検ができる。	()	

3. 診断

GIO: 一般的な皮膚疾患について診断ができる。

SBO:

1) 湿疹の診断ができる。	()	
2) 蕁麻疹の診断ができる。	()	
3) せつ・蜂巣炎、伝染性膿痂疹、白癬菌症、カンジダ症、ヘルペスなどの感染症の診断ができる。	()	
4) 葉疹の疑診ができる。	()	

4. 治療

GIO: 基本的な処置と治療(および手術)ができる。

SBO:

1) ステロイド外用剤の適応を選び使い分けができる。	()	
2) 光線治療と凍結療法、電気焼灼療法について適応を選ぶことができる。	()	
3) 穿刺および切開排膿、摘出等、皮膚外科的手技を行える。	()	

5. 患者指導

GIO: 治療上必要な患者の生活指導ができる。

SBO:

1) 日常生活における衣服、入浴、遮光、接触原の回避について指導できる。	()	
2) 伝染性皮膚疾患において注意事項を指示できる。	()	

(眼科)

1. 診察と基本的検査

GIO: 眼科的問題点を把握し検査計画に移行することができる。

SBO:	自己	指導医
1) 問診により現病歴、家族歴、主訴から問題点を明らかにすることができる。()	()	()
2) 関連性のある全身疾患を明らかにすることができる。()	()	()
3) 斜照法、徹照法、細隙灯顕微鏡検査により眼瞼、結膜、角膜、前房、虹彩、瞳孔、水晶体、硝子体の異常を指摘できる。()	()	()

2. 診断と治療計画

GIO: 各種検査の意義を理解し、必要な検査を選択できる。

SBO:	自己	指導医
1) 鑑別・確定診断に必要な視機能検査(後述)、画像検査、一般臨床検査を選択し、オーダーできる。()	()	()
2) 単純X線像およびCT像で眼窩およびその周辺構造の異常を指摘できる。()	()	()
3) 超音波検査で眼球内・眼窩内病変を指摘できる。()	()	()
4) 眼病変に関連した代謝内分泌系異常あるいは血液心血管系異常の診断に必要な各種検査を選択することができる。()	()	()

3. 視機能検査

GIO: 種々の視機能検査の意義を理解し、選択して指示することができる。
かつ一定の検査技術を習得して行える。

SBO:	自己	指導医
1) 屈折・調節力の測定と評価、矯正を、検影法、レフラクトメーター、レンズ交換法等によって行える。()	()	()
2) 視野計測、フリッカー検査の結果から視覚伝導路の病巣部位を指摘できる。()	()	()
3) 色覚検査表によりまた色相配列検査を行って色覚異常を検出できる。()	()	()
4) 眼圧計により眼圧を測定し評価できる。()	()	()
5) 前眼部、眼底の写真撮影、蛍光眼底撮影ができる。()	()	()
6) その他各種の視機能検査の意義を述べる。()	()	()

4. 基本的治療法

GIO: 眼科で基本となる治療法を習得し、実施できる。

SBO:	自己	指導医
1) 屈折・調節の異常に対してこれを矯正する眼鏡処方の意味が理解できる。()	()	()
2) 斜視・弱視に対する視能矯正訓練を選択指示できる。()	()	()
3) 抗菌点眼剤の適応選択と処方ができる。()	()	()
4) 洗眼、点眼ができる。()	()	()
5) 乱生睫毛の抜去、結膜、角膜異物の除去ができる。()	()	()
6) 眼外傷、急性緑内障など救急疾患の応急処置ができる。()	()	()

5. 手術

GIO: 基本的手術についてはその技術を習得し、特殊手術については手術の意義を理解する。

SBO:	自己	指導医
1) 術野の消毒、点眼麻酔ができる。()	()	()
2) 表粒腫、霰粒腫の切開、掻破ができる。()	()	()
3) 内反症・翼状片・斜視・白内障・緑内障およびレーザー手術装置により行う網膜光凝固や虹彩切開の適応と意味が理解できる。()	()	()
4) 白内障術後経過の観察と基本的な術後処置・管理ができる。()	()	()

(放射線治療科)

1. 放射線治療総論

GIO: 放射線治療の基礎的原理を理解する。

SBO:

- 1) 放射線物理学、放射線生物学に基づく放射線の原理を理解する。
- 2) 線量の単位、線量分布、線量計算の原理が理解できる。
- 3) 重粒子線物理が理解できる。
- 4) 組織内照射、腔内照射の原理が理解できる。
- 5) 放射線治療計画(外部照射の線量計算法、密封小線源の線量計算法、計算結果の表示)を遂行できる。
- 6) ファントムを使って放射線の測定ができる。

2. 放射線治療の臨床

GIO: 悪性腫瘍に対する放射線治療の適応を考え、実行することができる。

SBO:

- 1) 放射線治療の適応の選択(根治的、姑息的、対症的)ができる。
- 2) 手術や化学療法などと放射線治療との集学的治療が理解でき、実行することができる。
- 3) 患者のQOLが何かを理解し、それを求めることができる。
- 4) 放射線治療患者の全身管理ができる。
- 5) 放射線治療に伴う障害発生を予測し、その治療ができる。
- 6) 各疾患の解剖学的位置が理解でき、領域リンパ節の有無が確認できる。
- 7) 各疾患に必要な検査法を選んで指示ができる。
- 8) TNM分類、Staging の決定ができ、照射野の設定、投与線量をきめることができる。
- 9) 病理組織学的分類により、放射線治療効果が予測できる。
- 10) シミュレータを操作して照射野を設定できる。
- 11) 治療計画装置を使って線量分布を描くことができ、三次元表示で決定臓器への線量が確認できる。
- 12) 腔内照射の実技ができ、その線量計算ができる。
- 13) 放射線治療終了後の経過観察に際し、再発、転移の部位を予測し、それに必要な検査を実施その有無を確認し、治療の対策をたてることができる。

(リハビリテーション科)

1. リハビリテーションの概念

GIO: 障害の概念とリハビリテーションの考え方を学ぶ

自己 指導医

SBO:

1) リハビリテーション医療は疾病ではなく障害を治療の対象とする事を理解する ()	
2) 障害の三層構造の意味を理解し、ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)の概念を理解する ()	
3) 医療と福祉の接点を理解する(具体的には当センターリハ科と隣接の障害者自立センター及び障害者自立相談支援センターとの連携を経験する) ()	

2. 評価

GIO: Impairment(機能障害)とDisability(能力低下)＝「活動の制約」、Handicap(社会的不利)＝「参加の制限」の意味を理解し、障害を評価する

SBO:

Impairment の評価: 姿勢・運動の障害や感覚異常の構成要素を分析する ()	
1) 運動麻痺や感覚障害について診断できる ()	
2) 上下肢主要筋のMMT(筋力テスト)やROM(関節可動域)の評価が出来る ()	
3) 脊髄障害症例のASIA Scale が作成できる ()	
4) 嚥下造影検査で嚥下機能を評価できる ()	
5) 高次脳機能検査(WAISⅢ、WMS-R)の検査結果が理解できる ()	
Disability(ADL)の評価: 日常生活の活動制限の構成要素を分析する ()	
6) FIM、Barthel index の評価が出来る ()	

3. 治療

GIO: 回復期リハ病棟や障害者施設等一般病棟での医療保険制度に沿ったリハビリ診療を行ない、治療法のみならずリハビリの保険制度も学ぶ

SBO:

1) 脳血管障害、頭部外傷(高次脳機能障害)、脊髄疾患、骨関節疾患、心・末梢血管疾患、下肢切断、廃用症候群の症例の主治医として、その病因や行なわれた検査の結果や治療を把握する ()	
2) 必要なリハ治療を計画し、理学療法、作業療法、言語・嚥下療法のうち必要なものを選択し治療内容の処方を出す ()	
3) リハ処方に基づいて療法士が行なう手技の目的や生理学的根拠を理解する ()	
4) 下肢麻痺や筋力低下の症例の移乗・起立の介助が出来る ()	
5) 装具・杖・車椅子等の補助具の使い方を指導できる ()	
6) 原疾患の増悪や合併症が生じた場合、原疾患の主治医と共観体制を築き治療に当たる ()	
7) 毎週開催されるカンファレンスに参加しチーム医療を体験する ()	

4. 予後予測とゴール設定や退院に向けての準備

GIO: 初診時に入院期間や退院後の生活を予測し、患者及び介護者に説明できる

SBO:

1) 受持ち症例の入院時のリハ総合計画書の作成を行なう(推定入院期間やゴールADLの記入が必要) ()	
2) 自分の推定した改善推移と真の推移と異なる場合、カンファレンスやセラピストの意見を参考にその原因を自己検討する ()	
3) 設定したゴール達成に近づけば、Handicap(社会的不利)＝「参加の制限」の評価に基づき、可能な限り自宅退院へ向け介護体制等社会資源利用の準備を進める ()	

[歯 科] (歯 科 口 腔 外 科)

1. 診察

GIO: 歯牙、顎部、口腔軟部組織に生じる病変の診察を行い、診断過程に移行できる。

SBO:

- 1) 歯牙由来の病変を鑑別できる。
- 2) 顎部病変に伴う諸症状を把握できる。
- 3) 咬合、および顎関節の異常がわかる。
- 4) 軟部組織病変(とくに悪性腫瘍の初期)を指摘できる。

2. 検査

GIO: 適切な画像診断法を選択して指示し、一定の判断を行える。

SBO:

- 1) 歯牙、顎骨および口腔軟組織の病変の診断に必要な画像診断法を選択し指示できる。
- 2) 得られた画像について異常を指摘できる。

3. 診断

GIO: 治療を急ぐ疾患についての初期診断ができる。

SBO:

- 1) 悪性腫瘍の可能性を判断できる。
- 2) 外傷や炎症について早期治療の必要な状態を診断できる。

4. 処置・治療

GIO: 応急処置や基本的処置を行える。

SBO:

- 1) 口腔内出血に対して応急止血ができる。
- 2) 切開排膿ができる。
- 3) 脱臼歯牙の保存(整復と固定)ができる。
- 4) 口腔・顎・顔面外傷に伴う咬合異常に対して顎間固定ができる。

(障害者歯科)

1. 診察

GIO: 障害者の歯科治療に必要な診察を行い、診断過程に移行できる。

SBO:

- 1) 様々な障害についての概略を理解する。
- 2) 障害別の対応や注意点を理解する。
- 3) 障害の評価(発達障害、全身疾患)ができる。
- 4) 障害者歯科における初診時の対応および全体の診療の流れを説明できる。

2. 検査

GIO: 適切な画像診断法を選択して指示し、一定の判断を行える。

SBO:

- 1) 障害者用の臥位パノラマX線装置を使用できる。
- 2) 口腔疾患の診断に必要な画像診断法を選択し指示できる。
- 3) 得られた画像の診断ができる。

3. 診断

GIO: 口腔疾患を診断し、治療のリスクを判定できる。

SBO:

- 1) 障害者の口腔内診査をする際の対応法を修得する。
- 2) 合併症による治療時のリスクを判定する。
- 3) 基本的な患者分析と治療計画の立案ができる。
- 4) 救急処置を要する外傷や炎症を診断できる。

4. 処置・治療

GIO: 障害者の歯科治療をするための基本的な対応法を習得する。

SBO:

- 1) 障害者に応じたさまざまな行動管理や固定法を修得する。
- 2) 痛みのコントロール法を修得する。
- 3) 合併症にたいする患者管理法とモニターの方法を習得する。

[地域医療]

患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療について理解し、実践するために、適切な指導体制を有している次の医療機関と連携をとり、研修の質を高める。
医療法人慈会あびこ病院、医療法人三宝会南港病院、医療法人錦秀会阪和記念病院、医療法人緑風会病院の四施設は、いずれも大阪市内の地域に密着した病床数100-200床の病院である。研修期間は1ヶ月とする。

1. 地域密着型病院の役割

GIO: 地域医療の重要性を理解する。

SBO:

	自己	指導医
1) 地域住民の健康を守るための工夫を説明できる。	()	
2) 地域住民の長年の信頼を得る秘訣を説明できる。	()	
3) 地域の中核病院との病病連携の重要性を説明できる。	()	

2. プライマリーケアと全人的医療

GIO: 地域の中でプライマリーケアと全人的医療の必要性が説明できる。

SBO:

1) 地域医療の中のプライマリーケアについて説明できる。	()	
2) 地域リハビリテーションについて説明できる。	()	
3) 在宅医療を説明できる。	()	
4) 生活習慣病予防、禁煙指導とストレスマネジメントの必要性が説明できる。	()	

3. 各施設の特徴を生かした医療

A) 医療法人慈会 あびこ病院

救急指定病院として24時間救急患者を受け入れることができる一方、ペインクリニックやリハビリテーション科を擁し、住民の健康・福祉を守っている。

B) 医療法人三宝会 南港病院

プライマリーケアを実践する一方、運動器・呼吸器・脳血管疾患のリハビリテーション科や検診部を擁し、住民の健康・福祉を守っている。

C) 医療法人錦秀会 阪和記念病院

第三次救急指定病院として、脳神経外科・心臓血管外科を擁し、プライマリーケアから人工透析、人間ドックまで扱う範囲は広い。

D) 医療法人 緑風会病院

日本救急医学会指導医指定施設として、高度な救急医療を推進する一方、リハビリテーションや人間ドックも実践している。

平成 26 年度新規採用研修医オリエンテーション

H26/4/1

今年度は 4 月 1 日 (火) ~ 7 日 (月) の 5 日間とします。この間に当センターで研修を開始するための最低限必要な知識を習得していただきます。ただし、4/4 (金) は夕方より当センター (大阪府医療人キャリアセンター) 主催の懇親会、4/5 (土) は大阪府医師会主催の Welcome Party (シェラトン都ホテル大阪 17:30-)、4/8 (火) は午前中トレーニングラボのハンズオン、午後は ICLS の認定コースを予定しています。従って、各科への配属、及び研修科医は当直業務も含め実質 4/9 (水) 朝から始まります。

4 月 1 日 (Tue) :

- 8:45 集合 (第 5, 6 会議室)
- 8:45-9:00 事務連絡
- 9:00-9:15 院長全体挨拶 : 吉岡院長 (3 階講堂)
- 9:15-9:30 院長の研修医向けオリエンテーション : 吉岡院長 (第 5, 6 会議室)
- 9:30-10:15 病院案内 (図書室、当直室、医局等)、事務連絡
- 10:15-12:15 総合情報システムとコンピューター実習
- 12:15-13:00 昼食
- 13:00-15:00 総合情報システムとコンピューター実習
- 15:00-15:10
- 15:10-15:50 当センターの研修システム : 谷尾初期研修管理委員会委員長
- 15:50-16:00
- 16:00-16:40 院内感染問題 : 大場院内感染防止対策委員会副委員長
- 16:40-16:50
- 16:50-17:20 研修医の服務規程 (申請手続き) : 谷尾初期研修管理委員会委員長
- 17:20-17:50 医師会入会手続きと事務連絡

4 月 2 日 (Wed) :

- 9:00-11:00 カルテの書き方と管理 : 白澤診療情報管理士/橋本脳神経外科主任部長
- 11:00-12:00 昼食
- 12:00-14:10 外科的手技 (縫合と静脈採血) と清潔操作 :
研修医同士の採血 (T-SPOT 検査を含む採用時検診) 青野外科部長
- 14:10-14:15
- 14:15-17:45 臨床検査実習 : 岡田臨床検査科主任部長

4 月 3 日 (Thu) :

- 9:00-9:50 大動脈解離の一次救急 : 高野 (弘) 心臓血管外科主任部長
- 9:50-10:00
- 10:00-10:40 SCU : 藤本 (憲) 脳神経外科部長
- 10:40-10:50
- 10:50-11:30 消化器疾患の一次救急 : 井上 (敦) 消化器内科主任部長
- 11:30-11:40
- 11:40-11:50 大阪府医療人キャリアセンター : 勝二センター長
- 11:50-12:50 昼食

- 12:50-13:30 リウマチ性疾患と成人喘息の一次救急：藤原(弘)免疫リウマチ科主任部長
13:30-17:00 臨床検査実習：岡田臨床検査科主任部長
17:00-18:30 骨折の一次救急(第 5, 6 会議室)：藤原(達)四肢外傷治療センター長

4 月 4 日 (Fri) :

- 9:00-9:20 医事保険：久保医事主事
9:20-9:30
9:30-10:20 救急体制：藤見救急診療科部長
10:20-10:30
10:30-11:00 救急外来当直：2 年次研修医 (光井先生)
11:00-11:10
11:10-11:50 神経疾患の一次救急：狭間(敬)神経内科科主任部長
11:50-12:50 昼食
12:50-13:30 糖代謝疾患の一次救急：馬屋原糖尿病代謝内科科主任部長
13:30-13:40
13:40-14:20 当センターのリスクマネジメント：落合医療安全管理者
14:20-14:30
14:30-15:10 循環器疾患の一次救急と CCU：森田心臓内科部長
15:10-15:20
15:20-16:00 薬局業務と医薬品安全 : 室井薬局長/坂上副薬局長
16:00-16:10
16:10-16:40 医事紛争：田中(康) 副院長/辻本総務・人事リーダー
16:40-16:50
16:50-17:30 腎・泌尿器疾患の一次救急：谷川診療主任 (泌尿器科)

*17:30-19:00 メンター紹介 (岩瀬、田尻、竹村、松永、藤見、大場 Drs) と懇親会
：大阪府医療人キャリアセンター 勝二センター長 (3F 講堂)

4 月 7 日 (Mon) :

- 9:00-9:20 最終日にあたって：福並副院長
9:20-9:30
9:30-9:50 看護体制：猪原看護部長
9:50-10:10 接遇 (医療面接)：妹尾看護師長
10:10-10:20
10:20-11:00 画像診断 (PET-CT も含む)：駒田医師 (画像診断科)
11:00-11:10
11:10-12:20 病理オーダの依頼法：伏見病理科主任部長
図書室利用法 (UP-TO-DATE 等)：伏見病理科主任部長
12:20-13:20 昼食
13:20-14:00 精神科疾患の一次救急と心理テスト：松永精神科主任部長
14:00-14:10
14:10-14:50 呼吸器疾患の一次救急：上野呼吸器内科科主任部長

14:50-15:00

15:00-15:40 小児科の一次救急：高野（智）小児救急科部長

15:40-15:50

15:50-16:30 障害者医療とリハビリテーション：渡邊リハビリテーション科主任部長

16:30-16:40

16:40-17:20 産婦人科の一次救急と分娩：竹村産婦人科主任部長

17:20-17:30

17:30-17:40 ローテーション表の最終調整：谷尾初期研修管理委員会委員長

注意：赤字は2時間以上の実習ですので、休憩は臨機応変取って下さい。

青字は1時間の昼休憩ですが、曜日によって時間帯が変わっています。

途中変更がないように（異動前の半年間に変更できません）、先輩や各科部長に実情を良く聞いて2年間のローテーションを組んでください。

ただし、各科にはキャパシティがあり、一つの科に固まりすぎると充実した研修が行えない可能性がありますので、仲間同士での話し合いが必要となる場合もあります。

ローテーション表は期間中に作成し配布予定で、最終日(4/7)までは変更自由です。

研修医の所属は、勤態システム上その時々をローテイト診療科ですが、最初の1ヶ月は医務局とします。従って時間外勤務等の承認は医務局でいたします。

4月8日(Tue)：

9:00-11:00 トレーニングラボ（保健教室）：京都科学

11:00-12:00 昼食

12:00-19:00 ICLS（3階講堂）：森田心臓内科部長／平尾集中治療部部長

レポート提出規約

新臨床研修制度では、2年間で学ばなければならない最低基準が決められています。その中でもレポート作成は32項目が細かく定められており、到達目標の重要な部分を占めています。そこで、100%完璧にレポート提出を行なうために新たな規約を設けましたので、これに従ってレポートを作成し、指導医（7年以上の臨床経験を有する上級医）による評価を受けてください。

注意点として、従来はペーパーレスを推進していましたが、厚生労働省の指導により紙ベースでレポートを保存することになりましたので、ワープロ入力が必要ですが、必ずプリントして指導医評価を受けてください。従ってメールでのやりとりは当面中止いたします。

手順

1. 患者様の担当医になる。
2. テンプレートを参照しながらレポートを作成し（同時に評価表のレポートID欄に患者IDを入力）、指導医の評価を受ける。指導医としては各診療科指導医あるいは時間外救急外来の場合は救急診療科指導医に依頼する。
3. 指導医は指導医評価表と同様に a:とりわけ優れている、b:平均を上回っている、c:平均レベルに到達している、d:不十分なレベルに留まっている、の4段階で評価し、講評と評価日・氏名を記載して、研修医自身を介してあるいは直接研修管理室へ返送する。

禁止事項

1. 他人のレポートを丸写しすること：発覚すれば修了認定をしない場合もありうる。
2. 実際には経験していないことをレポートにすること：虚偽報告は一切認められない。
例外はCPC症例の担当医になれなかった場合のCPCレポートのみである。
3. 個人情報やレポートに記入すること：患者氏名、生年月日等。
4. 前医や患者への中傷等を記載すること。

1. CPC レポート

1) 本来のCPCレポート：担当患者様が亡くなられた場合、剖検に立ち会うことになるが、その際臨床経過用紙には必ず主治医とともに担当医として氏名を記載してもらうこと。後日剖検報告が主治医になされ、CPCが開催されるが、担当医であった研修医はそれをまとめてCPCレポートにすることができる。

2) 担当医になれなかった場合：年4回開催される急性期・総合医療センターCPC（出席義務あり）と剖検症例が報告されるたびに開かれる院内CPC（不定期にアナウンスされる）に出席して、合計3回分のCPCレポートをまとめて提出して、CPCレポートの代替とすることができる。

注意：CPCレポートのみ指導医の外に病理医の評価とサインが必要。

2. 外科手術レポート：担当医となった研修医は、診断・検査・術後管理等についてレポートにまとめて提出する。外科ローテイト中に複数まとめても良いが、提出は一つで良い。

3. 症状レポート：自ら診療し鑑別診断を行なった症例についてまとめる。これらの多くは時間外救急外来当直を行なった際に経験可能である。

- 1) 不眠
- 2) 浮腫
- 3) リンパ節腫脹
- 4) 発疹
- 5) 発熱
- 6) 頭痛
- 7) めまい
- 8) 視力障害・視野狭窄
- 9) 結膜の充血
- 10) 胸痛
- 11) 動悸
- 12) 呼吸困難
- 13) 咳・痰
- 14) 嘔気・嘔吐
- 15) 腹痛
- 16) 便通異常（下痢・便秘）
- 17) 腰痛
- 18) 四肢のしびれ
- 19) 血尿
- 20) 排尿障害

4. 疾患・病態レポート：入院患者を受け持ち、診断、検査、治療方針についてまとめる。主病名として経験することが望ましいが、これらの多くは合併症として経験可能である。

- 1) 脳・脊髄血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）
- 2) 心不全
- 3) 高血圧症（本態性、二次性高血圧症）
- 4) 呼吸器感染症（急性上気道炎、気管支炎、肺炎）
- 5) 食道・胃・十二指腸疾患（食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎）
- 6) 腎不全（急性・慢性腎不全、透析）
- 7) 糖代謝異常（糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖）
- 8) 認知症（血管性認知症を含む）
- 9) うつ病
- 10) 統合失調症

大阪府立急性期・総合医療センター

CPC (臨床病理検討会) レポート 提出日 _____ 研修医名 _____

患者 I.D. : _____ 性別: 男性、女性 年齢 _____

病理解剖施行日: _____ 病理解剖番号: _____

I. 臨床経過および検査所見

- [主訴]
- [家族歴]
- [既往歴]
- [現病歴]
- [入院時検査所見]
- [入院後経過]

II. 病理解剖所見

肉眼的主要所見:
顕微鏡的主要所見:

III. 病理解剖診断

主診断:
副診断:

IV. 臨床上の問題点及びそれに対する考察 (病理解剖により明らかにしたい点)

V. 総括

講評: a:とりわけ優れている、b:平均を上回っている、c:平均レベルに到達、d:不十分なレベル

評価日 _____ 臨床指導医名 _____

講評: a:とりわけ優れている、b:平均を上回っている、c:平均レベルに到達、d:不十分なレベル

評価日 _____ 病理指導医名 _____

大阪府立急性期・総合医療センター

外科症例レポート

提出日 _____ 研修医名 _____

患者 I.D. : _____ 性別 : 男性、女性 年齢 _____

疾患名 : _____

手術手技名 : _____ 手術施行日 : _____

術者、助手 : _____

コメント

術前診断、術前合併症について :

術前検査について :

術前の治療方針について :

実際の手術手技の内容について :

術後管理、術後経過について :

講評 : a:とりわけ優れている、b:平均を上回っている、c:平均レベルに到達、d:不十分なレベル

評価日 _____ 指導医名 _____

大阪府立急性期・総合医療センター

症状レポート

提出日 _____ 研修医名 _____

患者 I.D. : _____ 性別 : 男性、女性 年齢 _____

症状 : _____

I. 臨床経過および検査所見

II. 鑑別診断および考察

講評 : a:とりわけ優れている、b:平均を上回っている、c:平均レベルに到達、d:不十分なレベル

評価日 _____ 指導医名 _____

大阪府立急性期・総合医療センター

疾患・病態レポート

提出日 _____ 研修医名 _____

患者 I. D. : _____ 性別 : 男性、女性 年齢 _____

疾患・病態 : _____

[主訴]

[家族歴]

[既往歴]

[現病歴]

[入院時検査所見]

[入院時主病名]

[入院後経過]

[考察]

講評 : a:とりわけ優れている、b:平均を上回っている、c:平均レベルに到達、d:不十分なレベル

評価日 _____ 指導医名 _____

院内医療従事者の皆様へ

図書室長 伏見 博彰

文献の入手方法について

ドキュメント・デリバリー・サービスについてお知らせいたします。(平成20年9月からはカラー対応が可能となりました。カラー対応の場合の個人負担額は、利用1件当たり600円です。)

1. 和雑誌について

従前どおり一覧表のとおり継続購入しますので、図書室で閲覧できます。
(一覧表については院内ウェブの「フォーラム」をご覧ください。)

2. 洋雑誌について

次の5雑誌は、院内の全てのインターネット系端末からオンライン閲覧が可能です。
(人事勤態端末、電子カルテ端末では利用できません。)

- ・ American Journal of Medicine
- ・ British Medical Journal
- ・ Journal of American Medical Association (JAMA)
- ・ Lancet
- ・ New England Journal of Medicine

3. 上記以外の論文(和雑誌、洋雑誌とも)の入手方法

(1) 入手方法

㈱サンメディアのWebサイト(ドキュメント・デリバリー・サービス)を利用して、入手することが可能です。なお、手続きは、院内ウェブの「フォーラム」をご覧ください。

<http://neoplanets.sunmedia.jp/neoplanets/>

お客様コード 99780670100

パスワード kyuseisogo

※1. 申し込み時に所属の記入がない例が、多く見られます。必ず、入力してください。

※2. FAXでの取り寄せは、割高となりますので、使用しないで下さい。

※3. 利用対象者は、院内医療従事者で常勤職員および週5日以上勤務の非常勤職員です。
(応援医師等は除く。)

(2) 個人負担額及び注文方法

財源を有効活用するため、下記の通りに個人負担をお願いします。個人負担分につきましては、文献受取り時に事務局にお支払い下さい。

① 白黒対応の場合

- ・個人負担額 1件当たり100円。
- ・注文方法 上記(1)のとおり。

② カラー対応の場合

- ・個人負担額 1件当たり600円(100円+500円(カラー印刷分))。
- ・注文方法 上記(1)において、『ご注文内容確認画面』中『サンメディアへのご連絡・ご要望』欄に『カラーコピー希望』と明記して下さい。(下記資料参照)
- ・特記事項 カラーを希望した場合でも、業者において対応できない場合があります。この場合は、業者側で白黒の対応をするので個人負担額は100円となります。

③入手時の注意事項

- ・購入済みの和雑誌・洋雑誌(一覧表については院内ウェブの「フォーラム」をご覧ください。)は図書室に配置しているので、ドキュメント・デリバリー・サービスで入手することがないようにご注意ください。

(参考資料)

Neoplanets ●ご注文内容確認

お客様コード: 99780670100
 大阪府立急性期総合医療センター 様
 〒558-8558 大阪府大阪市住吉区万代東3-1-56
 Tel: 06-6692-1201 Fax: 06-6606-7000

▼納品に関する指定をご記入ください。

納期指定 希望納期 [××××] 「yyyy/mm/dd」形式で入力
 [指定なし]
 「至急」または「FAX納品」をご希望の場合
 送付先ファクス番号 [××××××]
 送付先宛名 [××××××] お申込者宛ての場合は不要

病院・ドクター名 [××××××] 添付伝票に記載されます

別送希望 [希望しない(登録住所へ送付)]

別送先宛名 社名・機関・所属など []
 お名前 []

別送先住所 〒 []
 []

別送先電話番号 []

サンメディアへのご連絡・ご要望 カラーコピー希望

▼ご注文内容をご確認ください。

ご注文番号: 82079811 ご注文日時: 2008/08/25 14:19:23

平成25年7月25日

各位

学術広報委員長 (図書室長)
伏見 博彰

電子臨床教科書 Up To Date のご案内

電子臨床教科書 Up To Date については、多くの方(特に、臨床研修医)から導入の要望が強く、臨床研修指定病院審査の際にもこれの導入の有無についての質問がありました。これらの状況をふまえ、平成21年4月1日から正式に導入しております。

以下に製品の内容と当センター内における利用方法を記載いたします。

電子臨床教科書 Up To Date はオンライン版の医学教科書で、その内容が随時更新されているものです。診療の基礎的知識を学んだり、最新の医学情報のレファレンスとして世界中の臨床の現場で広く活用されているものです。

図書室のパソコン端末からアクセスが可能なのはいうまでもありませんが、個人所有のパソコンでも情報企画室において使用許可されているものであればアクセス可能です(院内の全てのインターネット系端末からアクセス可能です。人事勤態端末、電子カルテ端末では利用できません。)。個人で所有しているパソコンからアクセスすることを希望する方で、まだインターネット系端末の使用許可を得ていない場合は情報企画室に申し出てください。www.uptodate.com/online にアクセスすれば自動的にサービスに繋がります。ご利用方法はwww.uptodate.com/demo をご覧ください。また、同様のご案内を掲載および掲示いたしました(①院内OAの「フォーラム」⇒「各科からのお知らせ」⇒「電子臨床教科書 Up To Date について」の欄に掲載、②図書室のパソコン端末に「電子臨床教科書 Up To Date について」のフォルダを作成、③図書室のパソコン端末の前に掲示)。併せてご活用ください。

急性期・総合医療センター臨床病理カンファレンス(CPC)開催実績一覧表

急性期・総合医療センターCPCは年4回定期開催され、院内CPCは随時開催される。

平成13年7月より3ヶ月毎開催され、平成25年10月新医師臨床研修制度下で第50回目のCPCが開かれた。

CPCはオープンで病診連携の一環として行われ、研修医は出席義務を課せられる。特に、研修医の教育に重点をおいて過去の剖検例の中から適切な症例が選択され、当該科の了解の上で準備し実施される。担当医の症例呈示、質疑応答、後期臨床研修医(レジデント)の鑑別診断が行われた後、病理解剖所見が明らかにされる。専門家のコメントも入れ、当該科部長がまとめる。会場は院内の講堂で、主催科の都合で日程が調整されるが多くは月末の木曜日午後5時半～7時半に開催される。

急性期・総合医療センターCPC以外の剖検症例は、すべて小規模な院内CPCで公開される。随時当該科と病理科の日時調整を行って、多くは平日夕方5時半より約30分病理科において開催される。研修医は自ら剖検報告の担当医になれなかった場合、この院内CPC3回分をレポートにまとめて提出すればCPCレポートの代替とすることができる。

1)急性期・総合医療センターCPC

第44回	H24年4月19日	不明熱と急激な腎機能低下を呈し、呼吸不全に至った一例	腎臓・高血圧内科 光本 憲祐
第45回	H24年7月12日	下半身麻痺をきたした異時性両側乳癌の一例	外科 野村 昌哉
第46回	H24年10月25日	発熱と炎症所見が持続し進行する黄疸を呈した Cronkheit-canada 症候群の一例	消化器科 大西 幸作
第47回	H25年1月24日	冠動脈バイパス術後に腎機能低下と食思不振をきたした一例	心臓血管外科 前田 修作
第48回	H25年4月25日	肺癌治療経過中に発熱・血圧低下・腹部膨満をきたし、急激に状態が悪化した一例	呼吸器内科 高島 純平
第49回	H25年7月18日	慢性心不全、慢性腎不全で加療中に頻脈、血圧低下をきたした一例	心臓内科 近藤 匠巳
第50回	H25年10月10日	食道出血の治療経過中にショックをきたした症例	救急診療科 梅村 穰

2)院内 CPC

H24 年 7 月 20 日	黄色ブドウ球菌による中心静脈カテーテル感染から化膿性心外膜炎／心タンポナーデ、全身膿瘍をきたした1例	腎臓・高血圧内科
H24 年 8 月 2 日	内腸骨動脈瘤破裂に対してEVAR施行した2日後に腸管壊死をきたした1例	心臓血管外科
H24 年 8 月 6 日	下気道感染を契機に意識障害を来した血液透析症例	総合内科
H24 年 8 月 17 日	脳梗塞に対し順調にリハビリを進めていたところ突然出現した呼吸不全が急速に進行した症例	リハビリテーション科
H24 年 9 月 26 日	多発筋炎精査中に出現し、原因診断にいたらなかった難治性下痢症の一例	免疫リウマチ科
H24 年 10 月 15 日	原因不明の急性呼吸不全の一例	呼吸器内科
H24 年 10 月 29 日	入院後、まもなく心停止に至った肺炎球菌肺血症の一例	呼吸器内科
H24 年 11 月 1 日	脳梗塞発症後、急速に呼吸不全が進行した肺腺癌の一例	呼吸器内科
H24 年 11 月 2 日	顕微鏡的多発血管炎の経過中に脳卒中をきたし、肺炎も合併した1例	神経内科 免疫リウマチ科
H24 年 11 月 26 日	蜂巣織炎の治療中に2度心肺停止となった肺腺癌患者の1例	呼吸器内科
H24 年 12 月 6 日	脳梗塞のため転院となり、複数の疾患の合併とともに、肺血症から急激な転帰をたどった、統合失調症の1例	精神科 腎臓・高血圧内科
H24 年 12 月 18 日	胃癌術後早期に呼吸不全となった1例	外科
H25 年 3 月 13 日	入院後、急速に低酸素血症が進行した肺気腫患者の1例	呼吸器内科
H25 年 3 月 27 日	急速に進行した腎腫瘍の1例	泌尿器科
H25 年 5 月 15 日	成人スティル病治療中に原因不明の敗血症性ショックを来した77歳女性例	免疫リウマチ科
H25 年 5 月 28 日	原因不明のイレウスにより生じた嘔吐で誤嚥性肺炎をきたした1例	消化器内科
H25 年 6 月 19 日	薬剤性間質性肺炎加療後の慢性経過中に、発熱と急激な呼吸状態の悪化を来した症例	呼吸器内科
H25 年 6 月 25 日	腹膜透析の経過中に、低栄養、乳酸アシドーシスを来した1症例	腎臓・高血圧内科

H25 年 7 月 3 日	顕著な低酸素血症と意識消失で救急搬送された COPD 患者の症例	呼吸器内科
H25 年 9 月 2 日	肺癌治療導入前に自宅で心肺停止となり救急搬送された症例	呼吸器内科
H25 年 9 月 12 日	心臓破裂を来した、たこつぼ型心筋症の一例	心臓内科
H25 年 10 月 24 日	VF 蘇生後・蘇生後脳症に不明熱を合併し、心停止に至った一例	心臓内科
H25 年 10 月 30 日	急速に進行した感染病巣不明の敗血症性ショックの一例	呼吸器内科

時間外救急勉強会

2週間毎、月曜日午前7時半より開催(約30分)

場所: 第5・6会議室

指定指導医: 救急診療科指導医、総合内科指導医及びプログラム責任者

要請指導医: 問題症例に応じて各科から招聘

平成24年度

回数	日付	タイトル	担当者名
第1回	H24.4.16	溶連菌の感染症	大草
第2回	H24.5.7	腹痛と診断	岡田
第3回	H24.5.21	心不全と鑑別を要した肺塞栓症の一例	小中
第4回	H24.6.4	頭痛	更家
第5回	H24.6.18	気分不良・意識障害を主訴に搬送された症例	滋野
第6回	H24.7.2	感染源特定困難であった敗血症の症例	中嶋
第7回	H24.7.23	若年女性の急性腹症	谷口
第8回	H24.8.6	小脳梗塞	下川
第9回	H24.8.20	下痢	中西
第10回	H24.9.3	髄膜炎	西村 恵里子
第11回	H24.9.24	大動脈解離を疑わせた尿路結石の一例	西村 正成
第12回	H24.10.1	全身脱力感	野本
第13回	H24.10.15	動悸	橋村
第14回	H24.10.29	呼吸困難	橋本
第15回	H24.11.12	尿路結石	林
第16回	H24.11.26	20代女性のめまい	森田
第17回	H24.12.10	水痘・風疹	松岡
第18回	H25.1.7	統合失調症の一例	八重垣
第19回	H25.1.21	ドロッカー・マネジメント理論から時間外救急での対応を再考する	高田
第20回	H25.2.4	急性胆のう炎	田中
第21回	H25.2.18	胸痛について	石見
第22回	H25.3.4	熱・咳	石垣
第23回	H25.3.18	腹痛を主訴に2次救急を受診された一例について	田代

平成 25 年度

回数	日付	タイトル	担当者名
第 1 回	H25.4.15	急性虫垂炎に関して	大菌
第 2 回	H25.5.13	創傷処理	大峯
第 3 回	H25.5.27	発熱と頭痛	阪上
第 4 回	H25.6.10	血尿	佐藤
第 5 回	H25.6.24	めまい	島田
第 6 回	H25.7.8	胸痛	瀬尾
第 7 回	H25.7.22	気胸	田中(庸)
第 8 回	H25.8.5	吐血・頭痛で救急外来へ搬送された一例	田中(雄)
第 9 回	H25.8.19	結核	馬場
第 10 回	H25.9.2	気管支喘息	福井
第 11 回	H25.9.30	ふらつき	松浦
第 12 回	H25.10.21	下血のピットフォール	松浪

モーニングセミナー H25年度版

日 時： 原則として毎週木曜日、午前8:00-8:30

場 所： 第5・6会議室

	年月日	タイトル	担当科
1	H25.4.11	意識障害のみかた	神経内科
2	H25.4.18	災害医療①（災害医療総論と1次トリアージ中心に）	救急診療科
3	H25.4.25	四肢外傷のみかた	整形外科
4	H25.5.2	顔面外傷のみかた	形成外科
5	H25.5.9	尿路系のQQ(導尿を含む)	泌尿器科
6	H25.5.16	小児のくすりの使い方・2013	小児科
7	H25.5.23	MRI・CTに潜むリスクファクター	画像診断科
8	H25.5.30	婦人科疾患のQQ	産婦人科
9	H25.6.6	関節リウマチのみかた	免疫リウマチ科
10	H25.6.13	心電図のみかた	心臓内科
11	H25.6.20	肝胆膵の画像診断	画像診断科
12	H25.6.27	大動脈疾患緊急症例のみかた	心臓血管外科
13	H25.7.4	病理検体提出から診断に至るまで	病理科
14	H25.7.11	腎不全の治療薬/腎不全での薬の使い方	腎臓・高血圧内科
15	H25.7.18	胸痛の鑑別	心臓内科
16	H25.7.25	急性腹症	外科
17	H25.8.1	小児科疾患のQQ	小児科
18	H25.8.8	妊産婦の投薬	産婦人科
19	H25.8.15	災害医療②（院内災害訓練と2次トリアージ中心に）	救急診療科
20	H25.8.22	消化管出血の病態とその治療	消化器内科
21	H25.8.29	血尿のみかた	泌尿器科
22	H25.9.5	移植の話	泌尿器科
23	H25.9.12	抗菌薬の話	総合内科
24	H25.9.19	自然気胸	呼吸器外科
25	H25.9.26	結核	呼吸器内科
26	H25.10.3	頭部のCT・MRI	画像診断科
27	H25.10.10	一次救急に役立つ腹部超音波検査	消化器内科
28	H25.10.17	脳梗塞	神経内科
29	H25.10.24	脳血管障害の実際	脳神経外科
30	H25.10.31	輸血療法について	臨床検査科
31	H25.11.7	気道緊急と気管切開孔管理	耳鼻咽喉・頭頸部外科

	年月日	タイトル	担当科
32	H25.11.14	人工呼吸の話	麻酔科
33	H25.11.21	Sick day と低血糖	糖尿病代謝内科
34	H25.11.28	急性呼吸不全	呼吸器内科
35	H25.12.5	脊髄損傷	整形外科
36	H25.12.12	気管支喘息のみかた	免疫リウマチ科
37	H25.12.19	皮疹のみかた	皮膚科
38	H25.12.26	PEG と経腸栄養	消化器内科
39	H26.1.9	精神障害のみかた	精神科
40	H26.1.16	内科・外科病棟でみられる精神障害	精神科
41	H26.1.23	鏡視下手術	外科
42	H26.1.30	診療報酬について	医事グループ
43	H26.2.6	放射線治療について	放射線治療科
44	H26.2.13	眼科救急疾患について	眼科
45	H26.2.20	口腔外科疾患について	歯科口腔外科
46	H26.2.27	膠原病患者診療上の注意点	免疫リウマチ科

スキルアップのために

縫合手技トレーニングセット並びに各種シミュレーターはトレーニングラボその他に保管し随時使用できる。ビデオ教材は図書室で24時間自由に見ることができる。

企画者は目的・受講対象・指導者・指導方法を管理者に連絡し、許可を得ること。

トレーニング備品

ACLS・BLS	蘇生人形（レサシ アン/リトル アン/リトル ジュニア/ベビー アン）	心肺蘇生委員会
	AED トレーナー	心肺蘇生委員会
	挿管シミュレーター	心肺蘇生委員会
	送気時間測定器	救急診療科
気管挿管	挿管シミュレーター	救急診療科
	ビデオスコープ・液晶モニター	救急診療科
	呼気炭酸ガスモニター	救急診療科
静脈路確保	CVC 穿刺シミュレーター	救急診療科
	末梢静脈穿刺シミュレーター	救急診療科
フィジカルアセスメントモデル	フィジコ	トレーニング・ラボ 1
	採血・静注シミュレーター	トレーニング・ラボ 1
	動脈採血シミュレーター	トレーニング・ラボ 1
	CVC 穿刺挿入シミュレーターⅡ	トレーニング・ラボ 1
	腰椎・硬膜外穿刺シミュレーター	トレーニング・ラボ 1
万能型成人実習モデル	さくらⅡ	トレーニング・ラボ 1
	手背の静脈注射シミュレーター	トレーニング・ラボ 1
	眼科用シミュレーター	トレーニング・ラボ 2
	耳の診察シミュレーター	トレーニング・ラボ 2
	気道管理トレーナー	トレーニング・ラボ 2
	新生児蘇生マネキン	トレーニング・ラボ 2
	分娩介助教育トレーナー	トレーニング・ラボ 2
	内視鏡外科手術用トレーニングボックス	トレーニング・ラボ 2

H26年4月1日改訂

トレーニングラボ1シミュレータ備品一覧



CVC 穿刺挿入シミュレータ



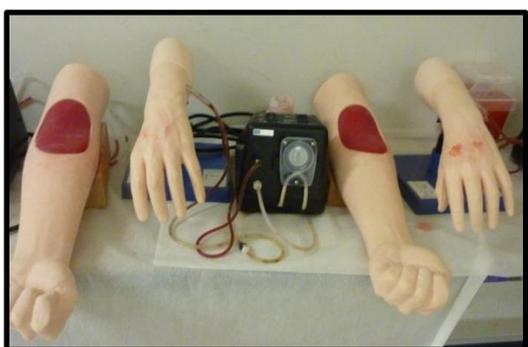
腰椎・硬膜外穿刺シミュレータ



フィジコ・心電図



さくらⅡ (万能成人実習モデル)



採血・静脈注射シミュレータ



動脈採血シミュレータ

平成26年2月28日改訂

トレーニングラボ2シミュレータ備品一覧



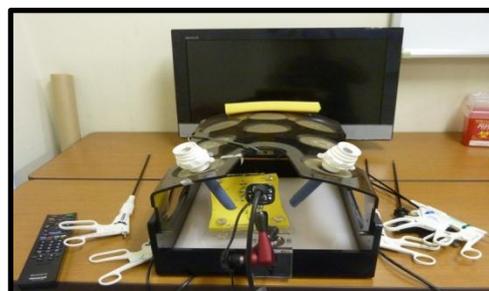
新生児蘇生マネキン



眼科用・耳の診察用シミュレーター



気道管理トレーナー



内視鏡外科手術トレーニングボックス



分娩介助教育トレーナー



ALS シミュレータ

平成26年2月28日改訂

平成25年度 指導医名簿

(H25.8.1 現在 臨床研修指導医養成講習会受講済)

	氏名	補職	所属
	吉岡 敏治	院長	病院
●	谷尾 吉郎	医務局長	医務局
●	岩瀬 和裕	診療局長	医務局
●	藤見 聡	部長	救急診療科
	稲留 直樹	副部長	救急診療科
	大場 雄一郎	医長	総合内科
	上野 清伸	主任部長	呼吸器内科
	元根 正晴	医長	呼吸器内科
	井上 敦雄	主任部長	消化器内科
	春名 能通	副部長	消化器内科
	葛下 典由	副部長	消化器内科
	山田 貴久	主任部長	心臓内科
	森田 孝	副部長	心臓内科
	古川 善郎	副部長	心臓内科
●	馬屋原 豊	主任部長	糖尿病代謝内科
	畑崎 聖弘	副部長	糖尿病代謝内科
●	林 晃正	主任部長	腎臓・高血圧内科
	勝二 達也	副部長	腎臓・高血圧内科
	鈴木 朗	副部長	腎臓・高血圧内科
	狭間 敬憲	主任部長	神経内科
	深田 慶	副部長	神経内科
	藤原 弘士	主任部長	免疫リウマチ科
	小林 久美子	副部長	免疫リウマチ科
●	田尻 仁	主任部長	小児科
	高野 智子	副部長	小児科
	松永 秀典	主任部長	精神科
	柳田 誠	診療主任	精神科
	藤谷 和正	主任部長	外科
	吉田 洋	副部長	外科
	野村 昌哉	副部長	外科
	大森 謙一	部長	呼吸器外科
	高野 弘志	主任部長	心臓血管外科
	橋本 宏之	主任部長	脳神経外科
	藤原 桂樹	主任部長	整形外科
●	竹村 昌彦	主任部長	産婦人科
	山口 誓司	主任部長	泌尿器科

	氏名	補職	所属
	今村 亮一	副部長	泌尿器科
	内堀 恭孝	主任部長	眼科
	坂田 義治	主任部長	耳鼻咽喉・頭頸部外科
	長井 美樹	医長	耳鼻咽喉・頭頸部外科
	藤川 昌和	主任部長	形成外科
	西村 信哉	主任部長	麻酔科
	山下 健次	副部長	麻酔科
	平尾 収	副部長	麻酔科
	川本 誠一	主任部長	画像診断科
	伏見 博彰	主任部長	病理科
	渡邊 学	主任部長	リハビリテーション科
	武田 伸一	センター長	臨床研究センター

●印はプログラム責任者養成講習会受講済

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪府立急性期・総合医療センター初期研修管理委員会

委員等	氏名	所属	役職名	職業
委員長	谷尾 吉郎	医務局兼総合内科	医務局長兼部長	医師
副委員長	岩瀬 和裕	医務局	診療局長	医師
委員	吉岡 敏治	病院	院長	医師
委員	藤見 聡	救急診療科	部長	医師
委員	馬屋原 豊	糖尿病代謝内科	主任部長	医師
委員	松永 秀典	精神科	主任部長	医師
委員	竹村 昌彦	産婦人科	主任部長	医師
委員	田尻 仁	小児科	主任部長	医師
委員	坂田 義治	耳鼻咽喉・頭頸部外科	主任部長	医師
委員	山口 誓司	泌尿器科	主任部長	医師
委員	林 晃正	腎臓・高血圧内科	主任部長	医師
委員	石原 修	歯科口腔外科	主任部長	医師
委員	勝二 達也	腎臓・高血圧内科 大阪府医療人キャリアセンター	部長 大阪府医療人キャリアセンター長	医師
委員	稲場 文隆	画像診断科	副部長	医師
委員	平尾 収	麻酔科	副部長	医師
委員	大場 雄一郎	総合内科	部長代理	医師
委員	今西 啓子	検査部門	技師長	臨床検査技師
委員	嶋路 紀子	看護部	副看護部長	看護師
委員	田中 進	事務局	事務局長	一般行政
委員	中村 恭之	事務局	人事総括	一般行政
委員	三木 康彰	臨床研修協力施設 研修実施責任者	医療法人三宝会 院長	医師
委員	湯口 貴導	臨床研修協力施設 研修実施責任者	医療法人錦秀会阪和記念病院 院長補佐	医師
委員	小林 久	臨床研修協力施設 研修実施責任者	医療法人緑風会病院 院長	医師
委員	武田 雅一	臨床研修協力施設 研修実施責任者	医療法人慈心会あびこ病院 副院長	医師
委員	畑 直成	外部委員	大阪市住吉区医師会 会長	医師

※ 臨床研修医代表者（4名）

【2年次生】福井 潤、渡邊 裕堯 【1年次生】佐々木 陽一、光井 雄一
地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪府立急性期・総合医療センター初期研修管理委員会委員に任命する

委員の任期は、平成26年3月31日までとする

平成25年4月1日

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪府立急性期・総合医療センター
院長 吉岡 敏治