

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
大阪急性期・総合医療センター
臨床研修委員会

2024 年 4 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。

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、多職種による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.	研修管理委員会	19
5.	初期臨床研修指導システム（停止ルール）	21
6.	初期臨床研修医の服務規程	23
	6－1. 手術室利用規程	25
	6－2. 当直規程	26
	診療情報の管理に関する規程	34
	診療情報の管理に関する細則	38
	診療記録の記載マニュアル	43
	入院診療録の評価	57
7.	初期臨床研修医に対する安全管理体制	60
	◆ 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・リポート）	
	◆ 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	73
9.	初期臨床研修修了後の進路について	73
10.	初期臨床研修プログラム	74
	◆ 令和6年度プログラム	
	◆ 各診療科における研修目標	

別添

1.	各診療科における研修目標	96
	各診療科における週間スケジュール	131
2.	レポート提出規約	141
3.	文献入手方法	143
4.	電子臨床教科書 Up To Dateのご案内	144
5.	医学教育用シミュレーター・ビデオ	145
6.	指導医一覧	147
7.	時間外上限について	150

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。経済的および医学的に不利な立場の人々が有する特別の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の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。

(組織・運営)

第3条 臨床研修を効果的に実施するため、センター内に研修管理委員会を設置する。
2. 研修管理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、所定の期日までに総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う研修医マッチングに参加し、マッチした者に関して総長が決定し、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）を総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管理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、総長が指名する。

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・指導者)

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総長が指名する。

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医師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。

6. 医師以外の職種については、研修医の臨床指導を行う者を臨床研修指導者とし、その責任者については、研修管理委員会委員を以て任命するものとする。

(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、各年次ごとに男女 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2年とする。
3. 代表者は、研修管理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、総長は、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程に従う。

（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、必要な事項は総長が別に定める。

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。
附則：この改正要綱は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

4. 研修管理委員会

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
大阪急性期・総合医療センター

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、大阪急性期・総合医療センター研修管理委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

(職務)

第2条 委員会は、総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、総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) 総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・新生児科診療科長又はこれに準ずる者
- (9) 産科・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) その他総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総長が任命する。

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、委員のうちから総長が任命する。

2 委員長は、会議の議長となって会務を総括する。

3 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。

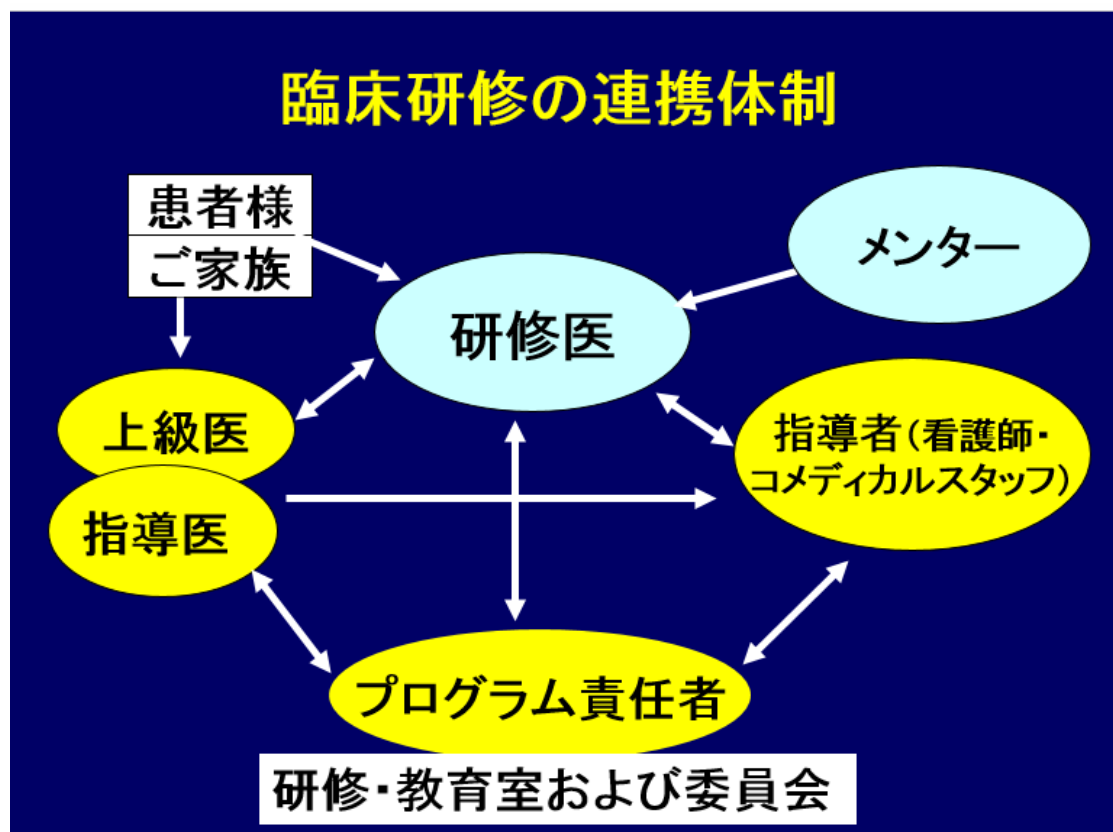
4 この改正要綱は、平成20年9月1日から施行する。

5 この改正要綱は、平成29年4月1日から施行する。(病院名称の変更)

6 この改正要綱は、平成30年4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 35 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令和 6 年 4 月現在 55 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に研修生活を支える。



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。

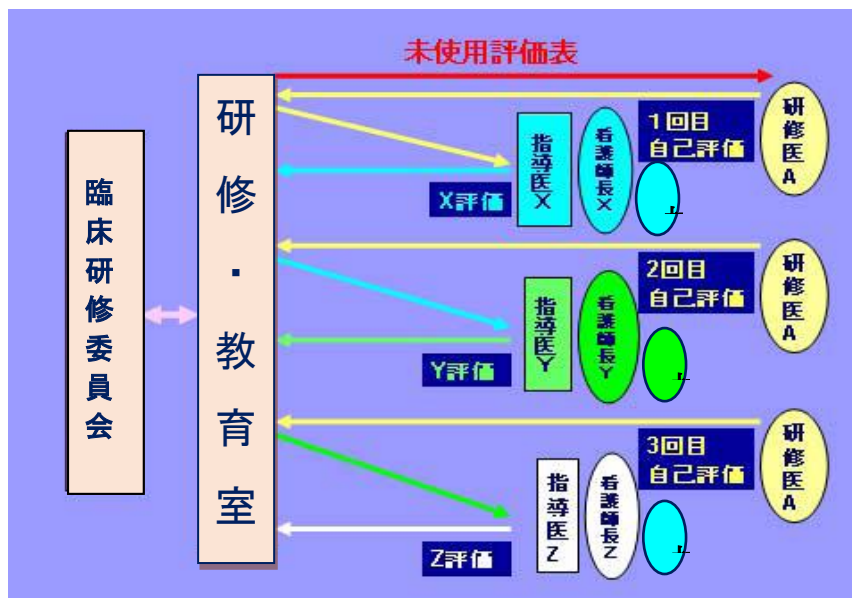
注意:「停止ルール」

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、院内メールで送信される。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・教育室へ提出する。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、総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。

附則：この改正規定は平成 30 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

- ・手術室用ユニフォームに着替えて、帽子マスク着用して手術室に入室すること。
（手術室内業務以外で手術用ユニフォームの着用は禁止）
- ・患者と己を守るためにもものと心得ること。
- ・清潔・不潔のけじめをつけること。
- ・標準予防策、マキシマムバリアプレコーションを実践すること。
- ・マスク換気や挿管、抜管時などエアロゾル発生の危険性がある処置を行う場合は、アイシールド、ガウン、手袋を含めた標準予防策に加えて、N95 マスクを着用すること。
- ・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網掛けで区別した

大阪急性期・総合医療センター時間外診療要領

大阪急性期・総合医療センターにおけ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、オンコール医がこれに加わるものとする。

- (1) 医務当直員

医務当直員は、病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) 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 : 30
宿直	17 : 45 ~ 翌日 9 : 00
日直(研修医)	9 : 00 ~ 当日 17 : 30
宿直(研修医)	17 : 45 ~ 翌日 9 : 00

(注)

宿直業務開始時刻 17:45 については、平日の通常業務終了後 15 分の休憩をとることを前提とした時刻である。ただし、平日の通常外来は 17:00 で終了し、時間外救急外来(ER)が 17:00~となるため、平日の ER 当直医は 17:00~17:45 に患者が ER に受診する場合を想定し、17:00 には ER に出向き、PHS を携帯しなければならない。

また、土日祝日の宿直開始時刻は休憩時間挟まないため 17:30 である。

(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(ER)		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	1
	精神科※		1(火・水・木)	—
	産婦人科		2	2
麻酔科	OP	1	1	
	ICU	1	1	
研修医			小児後送 1 時間外外来 2 救命救急センター(TCU) 1 (CCU) 1(火・木)	小児後送 1 時間外外来 2 救命救急センター(TCU) 1
計			18～21	19

*精神科は、平日は 20 時まで、土・日・祝は 10～15 時まで対応

(医務当直総括医の任命)

5. 医務当直総括医は当直医のうちから 1 名、病院長が任命する。

(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、病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、その従事する

予定日の前日までに総務・人事グループに連絡し、病院長の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服務に支障が生じた時は病院長の承認を受けて勤務しないことができる。この場合、病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
		17:45～22:00	22:00～翌日 9:00	9:00～17:30
内科系、外科系		総合医局(2411) 各科医員室	宿直室 ≪3階≫ 内科系(3553) 外科系(3554)	総合医局(2411) 各科医員室
ER 部当直 (時間外外来)(上級医)		総合医局(2411) 各科医員室	救急外来当直医当直室1(3557) ≪3階≫	総合医局(2411) 各科医員室
時間外外来(研修医)		研修医室	時間外救急当直室(3556) ≪3階≫	研修医室
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)
	CCU	CCU (3311、3312)	CCU宿直室	CCU (3311、3312)
	SCU	SCU (3330、3339)	SCU宿直室(3310)	SCU (3330、3339)
小児医療センター		小児科宿直室 ≪病棟≫	小児科宿直室 ≪病棟≫	小児科宿直室 ≪病棟≫
精神科		精神科宿直室(3555) ≪3階≫	精神科宿直室(3555) ≪3階≫	—
産婦人科		産婦人科宿直室(6529) ≪病棟≫	産婦人科宿直室(6529) ≪病棟≫	産婦人科宿直室(6529) ≪病棟≫
麻酔科 (OP, ICU)		麻酔科医員室(5313) OP 室(5319) ICU(3311)	麻酔科宿直室(OP:5355、5356) 麻酔科宿直室(ICU) 麻酔科医員室(5313)	麻酔科医員室(5313) ICU(3311)

(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

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 時までに必要の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、その症状を確認しておかなければならない。

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。

(g) 休日の精神科病棟回診

隔離中ならびに身体拘束中の患者の休日（土・日・祝）1日2回の回診（11時と16時に病棟から連絡あり）土曜日は内科系病棟当直医、日曜日は外科系病棟当直医、祝日は午前が内科系、午後は外科系病棟当直医が担当経時観察記録シートへのサインとカルテ記載

(h) ICU 当直の代行

ICU 当直医師が緊急手術に入った場合、ICU 当直医が ICU に戻るまで、外科系当直医が ICU 当直の代行業務を担当する

b. ER 部当直（時間外外来当直医）

研修医とともに新患及び旧患として来院した患者の診療に専念するものとする。

＊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。
- (d) 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) 入院に際しては、（患者の主病態の重症度、かかりつけの場合は当該診療科の病態などを勘案して）適合する診療科（主科）を決定し、主科の一般病棟もしくは救急病棟に收容し、内科系・外科系・救命センター当直医が診療を担当する。主科の決定が困難な場合（例：かかりつけではない患者の肺炎）、内科系診療科の輪番制により主科を決定する。
- (f) 入院を必要とする患者を原則として転送しない。
- (g) 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. 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、旧患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、旧患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、旧患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、旧患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、旧患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

新患及び旧患（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。

この要領は平成 23 年 4 月 1 日から実施する。

この要領は平成 27 年 4 月 1 日から実施する。

この要領は平成 28 年 4 月 1 日から実施する。

この要領は平成 31 年 4 月 1 日から実施する。

この要領は令和 3 年 4 月 1 日から実施する。

この要領は令和 5 年 12 月 1 日から実施する。

この要領は令和 6 年 4 月 1 日から実施する。

大阪急性期・総合医療センター

診療情報の管理に関する規程

大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター 診療情報の管理に関する規程

（前文）

本規程で定める管理の対象は、法令で作成と保存が義務づけられている診療録及びその他の診療に関する諸記録（以下、「診療録等」という）であるが、紙、フィルム、磁気、光学など、その記録媒体は多様化している。当該記録が電子的な記録媒体にあつては、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（厚生労働省）」（以下、「ガイドライン」という）を遵守しなければならない。

（目的）

第1条 本規程は、大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター（以下、「当センター」という）において、診療録等の取り扱い及び管理に関する事項を明確にし、次の各号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

（管理責任）

第2条 診療録等の管理責任は総長にある。

2 各現場における管理者は別に定める。

（作成責任）

第3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者は完全な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、原則として事象の発生から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が利用者認証を受けたうえで、その識別情報が記録されること。

(真正性)

第4条 電子的な記録媒体に保管される診療録等は、その存在が重複することがある。この場合にあつては、当該重複診療録等のうち、診療記録文書統合管理の対象であるものを当センターにおける正の法定保管対象とする。

(診療情報管理室の設置)

第5条 診療情報の管理を円滑に実施するため、中央病歴管理部門となる診療情報管理室を設置する。当該室の設置目的等は別に定める。

(患者の管理)

第6条 診療情報の、適切な管理に資するため、患者には一元的な患者番号を付与する。
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。

(保管と廃棄)

第7条 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ものとする。
2. 電子媒体に記録する診療録等は、永久保存とする。
3. 紙で作成された診療録等が、スキャン等により電子保存される場合で、当該電子データがガイドライン等の要件を満足する場合は、原本である紙媒体は所定の方法で廃棄することができる。

(記録代行)

第8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）」に基づいて実施するものとする。

(利用対象者)

第9条 紙媒体、電子媒体、マイクロフィルム等、記録媒体に係わらず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つ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つて、所属部署の責任者が認める者。
- (3) その他、総長が認める者。

(利用目的)

第10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、総長が認める目的。

(遵守事項)

第11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) 学術研究等で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、総長および診療情報管理室長の指示に従うこと。

(診療録等の質的評価)

第12条 診療情報の適切な管理のため、医師を含む多職種による診療録等の質的評価を実施する。

(雑則)

第13条 この規程に定めるもののほか必要な事項は、診療情報管理委員会の審議を経て総長がこれを定める。

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。

平成29年04月01日 一部改正

令和02年01月01日 一部改正

規程・要綱

診療情報の管理に関する細則

Ver. 2. 2. 1

最終更新日：2021/10/27

 大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター

大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター
診療情報の管理に関する細則

(前文)

診療情報の管理に関する規程の定めを円滑に実施するため、細則を次のように定める。

(診療録等の管理分類)

第1条 大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター（以下「当センター」という）の診療録等の管理は以下のように分類する。

- (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) 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）。

(診療録の記載事項)

第2条 診療録等の記載事項は、別紙「診療記録の記載マニュアル」に従うこと。

2. 入院診療においては次の各号にかかげる項目を必須とし、当該記載事項について診療情報管理室より指摘があった場合は、担当医師は直ちに完成させなければならない。

- (1) 診断名
- (2) 入院時記録
- (3) 経過記録
- (4) 手術に関する記録
- (5) 他の医療者への指示
- (6) 退院時要約
- (7) インフォームド・コンセントに関する内容

3. 退院時要約においては、患者を退院させた日の翌日から起算して14日以内に完成されていない場合は、副院長等が別に定めるペナルティを課すものとする。

(指示内容の記録)

第3条 医師が他の医療者に医業に関する指示を行う場合に、原則として口頭指示を禁止する。緊急時などに、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ものとする。

(記録者の認証)

第4条 電子診療録が、適切な利用者認証を受けずに作成されている場合は、当該診療録等

は作成されていないものとして取り扱う。

（診察等の前に予め作成しておく診療録等）

第5条 外来診療など、患者を診察することが予定されている場合において、事前に診療録等を書きとして作成してもかまわない。ただし、診察がキャンセルされた場合などは、論理削除などの適切な事後整理を行うこと。

（他者の個人情報に触れる記録内容）

第6条 単一の患者の診療録等においては、異なる患者の個人情報を記載してはならない。

（医学生等が記載する診療録等）

第7条 医学生等の当センターで実習を行う者の記載内容は、その内容のいかんによらず、当センターの診療録等として取扱わないものとする。

（診療録等の管理）

第8条 診療録等の管理総括は、総長からの移譲をもって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とは厚生労働省発「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9条 診療録等の統括的な管理責任者は総長であるが、実際の業務にあつては次の各号に現場管理者を定める。

①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。

②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。

③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。

（入院紙診療録の閲覧）

第10条 入院紙診療録の閲覧は、診療情報管理室内で行う。

(マイクロフィルム化した診療記録の閲覧)

第11条 マイクロフィルム化した診療記録の閲覧は、診療情報管理室内で閲覧が可能だが、当該マイクロフィルムの貸出は認めない。

2. 閲覧を希望する場合は、閲覧希望日前日までに診療情報管理室に依頼を行う。ただし、患者の診療のために、閲覧が緊急に必要な場合に限り、当日申請を認める。

(外来紙診療録の貸出及び返却)

第12条 外来紙診療録の貸出及び返却の管理は、所定の方法で医事グループが行う。

スキャン文書については別掲の「イメージスキャンによる診療録等の電子化及びスキャンセンターの設置に関する要綱」にて定める。

(入院紙診療録の貸出及び返却)

第13条 入院紙診療録の貸出及び返却の管理は、所定の方法で診療情報管理室が行う。

2. 貸出期限は3日間（休日を除く）とし、休日を除く1日以上を超後も返却されない場合は、当該診療科及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。スキャン文書については別掲の「イメージスキャンによる診療録等の電子化及びスキャンセンターの設置に関する要綱」にて定める。

(時間外の閲覧等)

第14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）の入室は原則禁止されている。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、事務当直者の立ち会いのもとで診療情報管理室への時間外入室を認める。

(紙の診療録等の紛失)

第15条 診療録等の紛失、汚損があったときは、インシデントとして医療安全管理室の定める方法により届出るものとする。

(紙の診療録等の廃棄)

第16条 診療情報の管理に関する規程 第7条に基づき、紙の診療録等を廃棄する場合は別添様式1を用いて廃棄業者の作業報告と共に運営会議に報告するものとする。

(診療情報の二次利用)

第17条 診療以外の目的で利用する診療情報の取り扱いについては診療情報管理室の定める方法にて管理する。ただし、医用画像については画像診断科の定める方法にて管理する。

(雑則)

第18条 この細則に定めるもののほか必要な事項は、診療情報管理委員会の審議を経て総長がこれを定める。

附則

(施行期日)

第1条 本細則は、平成25年09月11日から施行する。

平成29年04月01日 一部改正

令和02年01月01日 一部改正

令和02年08月26日 一部改正

令和03年10月27日 一部改正

診療情報の管理に関する細則 別紙

診療記録の記載マニュアル

 大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター

診療情報管理室 2017 年 4 月 1 日版

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.D P C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
第5章 患者等の意思表示に関する記録	11
 附則	12

第1章 診療録等の原則

大阪府立病院機構大阪急性期・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。

◆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 1. 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。 2. 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。	※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。
---	---

※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。 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。 3. 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。 4. 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。 5. 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	※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」
--	--

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、医師は事後オーダー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、μg、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。 6. 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。 7. 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。 8. スキャンして電子カルテで閲覧する記録	※病名のテキスト入力はない。
--	-----------------------

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 9. 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。 10. 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리를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。 11. 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。 12. 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。	※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。
--	--

- 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。

13. 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

14. 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。

15. 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。

16. D P C 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」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。

17. 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。

※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。

18. 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	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	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。 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	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。 次の各項目についてその時期を付けて記録する。 ① 過去の病気 ② 予防接種 ③ アレルギー ④ 輸血 ⑤ 月経および出産歴
家 族 歴	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。 ※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。

現 症 (入院時基本情報)	現症は、患者の入院時に主治医が診察した所見である。 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。 ※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。
経 過 記 録	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 临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。
中間サマリ	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。
手 術	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。
メディカルスタッフ の記録	<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。 <療法士> ① リハビリ計画書はリハビリ部門システムにて作成し、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。 <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。 <看護師> ① 看護記録の記載については別途定める。

第3章 インフォームド・コンセントと記録

	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
--	--

説明書 修正、追記について	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。 【説明書の種類】 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 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 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。 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。 ※同意書および説明書のスキャニングについて ・ 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

1. 退院時サマリ 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。 ② 赤字で表示している全ての項目を入力する。 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。 ④ 《診断名》 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。 ※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。 ※DPC オーダから病名を取り込みした場合は、分類の選択は必要ない。 ⑤ 《手術情報》 入院期間中に手術を実施した場合は、手術情報取り込む。 ※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。 ⑥ 転帰は定義に基づき入力する。	※転帰定義は厚生労働省
--	--------------------

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】
- 9 平成 29 年 04 月 01 日 一部改訂

入院診療録の評価票 1

患者ID:

患者名:

審査対象研修医:

0

審査者:

0

点数:

0

／83点 総合評価:

入院期間: ~ 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			
※ 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			
+2 点			
+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。

研 修 医 の 評 価 項 目	退院時要約			
	◆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			
	◆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

診療録全体の評価項目	上級医指導記録など			
	◆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

7. 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く。	
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る、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に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
令和 4 年 5 月 27 日改訂

針刺し事故 発生時の基本的対応手順

- ① 創部・粘膜ケア
- ② 曝露発生の報告
- ③ 感染リスクのアセスメント
 - ー曝露の種類と程度
 - ー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
 - ・消毒剤外用しない、創部絞り出しをしない
 - ・漂白剤を消毒として使用しない

2. 曝露発生の報告

- まず作業を中止し、上司に報告し受診をできるようにする
- 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ー日時
 - ー処置内容：何を、どこで、どのように、どの器材で
 - ー曝露詳細：針刺し、創部/粘膜曝露、体液種類（血液、体液 etc.）
 - ー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（HCV 抗体陽性の時は治療履歴と結果〔SVR であったかどうか〕も確認する）

- (HIV 抗体陽性の時は、治療履歴とウイルス量の経過も確認する)
- 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
患者の血液検査実施は口頭同意でよいが(同意文書不要)、同意の旨をカルテに記載する

- 受診時に労務災害認定用の書類を得る
総務・人事グループの窓口で、時間内に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医事グループに提出する
(時間外受診の場合の事後の書類手続きは、時間内に ICT 医師に連絡して実施する)

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
 - 曝露源に HBV, HCV, HIV 感染者がいる可能性を考慮する場合に曝露後対応を行う
 - 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

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?) + 検診時検査結果: HBs 抗原、HBs 抗体
 - 平時より HBV ステータスを記載したカードを携行すること
→ どうしても不明な場合は必ず採血確認
- 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 (感染制御室: 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 (ヘプスブリン) 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
- 曝露後予防投与 PEP ……推奨なし
- 適切な経過フォローとカウンセリング (感染制御室：大場へ依頼)
1 ヶ月後、3 ヶ月後、6 ヶ月後 HCV 抗体+ALT 測定
- HCV 感染が起きた場合は労災扱いで消化器内科を受診し抗ウイルス治療を行う

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 陽性かつ血中ウイルス量高値 →**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 1 錠 1 日 1 回内服+アイセントレス錠 1 錠 1 日 2 回内服
※妊婦の場合でも同様
※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 以下の組み合わせのうち 1 つを 28 日間投与

A ツルバダ(TDF/FTC)1 錠 1 日 1 回+アイセントレス(RAL)400mg1 錠 1 日 2 回

B デシコビ(TAF/FTC)1 錠 1 日 1 回+アイセントレス(RAL)400mg1 錠 1 日 2 回

C ツルバダ(TDF/FTC)1 錠 1 日 1 回+デビケイ(DTG)1 錠 1 日 1 回

(妊娠が確実に否定できる場合は B または C を選択可能)

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

◆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. “事象のレベル” 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ため、事故・合併症報告書を入力する。）
2. “事例の内容（タイトル）” は分かり易く入力する。
3. “事例の概要” は事実に沿って分かり易く正確に入力する。
4. “改善策” は事象に対してどのように対応したか、又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。
5. 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。
6. 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	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）
医療事故	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）
		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）
	4	患者に永続的な傷害が残った事例
		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、採用前健康診断で抗体値基準を満たさない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	四十歳以上の職員及び自動車の運転の業務に常時従事する職員で必要があると認められた職員
	婦人科検診	三十歳以上の女子職員で必要があると認められた職員
	大腸検診	四十歳以上の職員で必要が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、臨床研修委員会において、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。総長以下、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。内科専門医を希望する場合、プログラム統括責任者と相談の上、日本専門医機構の定める諸手続きを行う。

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程に従う。

初期臨床研修 (2年間) 臨床研修委員会	後期臨床研修 (3～6年間) 各診療科責任者または 内科専門研修プログラム統括責任者	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

【令和6年度プログラム】

＜基幹型プログラムA＞

＜産婦人科重点プログラム＞

＜小児科重点プログラム＞

＜阪大プログラムC＞1年目 当センター／2年目 阪大病院

【各診療科における研修目標】

【各診療科における週間スケジュール】

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

大阪急性期・総合医療センター

(2024 年 4 月施行)

目 次

1. はじめに
2. 研修の理念と目的
3. 研修の方法
4. 研修評価の方法
5. 研修の到達目標

1. はじめに

当センターは、高度専門医療を担うとともに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涵養することのできる臨床研修を行っている。

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・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。

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の提供をしてきた。

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 60 週（2 年目の地域医療 4 週を含む）と選択研修 44 週の計 104 週にわたって行う。
2. ローテートする診療科の順番は原則 1 年目に内科＋救急部門を回り、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ートすることも可能である。
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適切な理由があるときのみ許可をする。選択例を次に示す（但し順番は示していない）。

必修科：60 週	診 療 科	選 択 例
内科系：24 週 12 週単位で 2 科を選択する。	心臓内科、消化器内科、脳神経内科、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、血液・腫瘍内科	腎内／糖内：12 週 呼吸器内科：12 週
救急部門：12 週	救急診療科	救急診療科：12 週 ※麻酔科は最大 4 週を含めてよい
必修分野：4 週以上で右記 5 科 全て 20 週	外科（消化器外科、乳腺外科、小児外科）、小児科、産婦人科、精神科、総合内科（一般外来）	すべてを 4 週ずつ
必修分野（地域医療）：4 週	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：4 週
選 択 科：44 週		
4 から 12 週単位で、28 科より選択する。 (★)がついている診療科については、原則 8 週以上の期間で選択	1)麻酔科、2)心臓血管外科、3)脳神経外科、4)整形外科、5)泌尿器科(★)、6)耳鼻咽喉・頭頸部外科、7)眼科、8)皮膚科、9)形成外科、10)画像診断科、11)病理科、12)リハビリ科 13)心臓内科(★)、14)消化器内科、15)脳神経内科、16)免疫リウマチ科、17)呼吸器内科(★)、18)腎臓高血圧内科、19)糖尿病代謝内科、20)総合内科、21)救急診療科、22)外科（消化器外科、小児外科）、23)乳腺外科(★)、24)呼吸器外科(★)、25)小児科、26)産婦人科、27)精神科、28)救急初期診療センター（E R 部）、29)血液・腫瘍内科	<u>例 1（外科系）</u> 外科：12 週 麻酔科：12 週 泌尿器科：8 週 耳鼻科：4 週 心外科：8 週 <u>例 2（産婦人科）</u> 産婦人科：24 週 麻酔科：12 週 画診科：8 週
		計 104 週

4. 研修期間中は救急外来時間外勤務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・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年間を、指導者（指導医及び看護師長等）と研修・教育室が行い、研修管理委員会で修了判定を行う。
7. 「がん診療連携拠点病院」として、初期臨床研修2年目より初期臨床研修終了後3年目までに、すべての研修医が緩和ケア研修を受講することを義務付ける。

4. 研修評価の方法

1. 研修医

《 自己評価 》

研修医は臨床研修目標の達成度や経験した症例、手技等の研修状況を把握しなければならない。研修診療科ごとに研修期間終了時、研修教育室に自己評価を提出する。

《 研修診療科および指導医の評価 》

研修診療科ごとに研修期間終了時、研修診療科の指導体制と当該診療科指導医の指導内容の評価を行う。

2. 指導医および臨床研修指導者

《 指導医 》

研修診療科ごとに研修期間終了時、研修医の評価表の各項目に関する目標達成度の評価を行う。

《 臨床研修指導医 》

研修診療科ごとに研修期間終了時、診療および業務についての態度評価を行う。

3. プログラム責任者

年度末に研修プログラム責任者は研修医の経験目標の到達度、指導医・臨床研修指導者の評価を参考にして包括的評価を行う。（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。

4. 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（毎週1回）、米国医学教育塾（月1回）、CPC（全職員対象年4回、小規模CPCは症例毎施行され年40回程度）、接遇研修会、医療安全講習会、院内感染対策講習会、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。

5. 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。
6. 臨床研修修了判定会議では、上記の#4,#5 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。

5. 研修の到達目標

EPOC2 に準じ、各診療科別の到達目標は後述する。

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

大阪急性期・総合医療センター

(2024 年 4 月施行)

目 次

1. はじめに
2. 研修の理念と目的
3. 研修の方法
4. 研修評価の方法
5. 研修の到達目標

1. はじめに

当センターは、高度専門医療を担うとともに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涵養することのできる臨床研修を行っている。

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・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。

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の提供をしてきた。

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

4. 研修は必修科期間 76 週（2 年目の地域医療 4 週を含む）と選択研修 28 週の計 104 週にわたって行う。
5. ローテートする診療科の順番は原則 1 年目に内科＋救急部門＋産科・婦人科を回り、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ートすることも可能である。
6. 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ション科の変更は適切な理由があるときのみ許可をする。選択例を次に示す（但し順番は示していない）。

必修科：76週	診療科	選択例
内科系：24週 12週単位で2科を選択する。	心臓内科、消化器内科、脳神経内科、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、血液・腫瘍内科	腎内／糖内：12週 呼吸器内科：12週
救急部門：12週	救急診療科	救急診療科：12週 ※麻酔科は最大4週を含めてよい
産婦人科重点コース：16週	産科・婦人科8週 麻酔科8週	産科・婦人科：8週 麻酔科：8週
必修分野：4週以上で右記5科 全て 20週	外科（消化器外科、乳腺外科、小児外科）、小児科、産婦人科、精神科、総合内科（一般外来）	すべてを4週ずつ
必修分野（地域医療）：4週	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：4週
選択科：28週		
4から12週単位で、28科より選択する。 (★)がついている診療科については、原則8週以上の期間で選択	1)麻酔科、2)心臓血管外科、3)脳神経外科、4)整形外科、5)泌尿器科(★)、6)耳鼻咽喉・頭頸部外科、7)眼科、8)皮膚科、9)形成外科、10)画像診断科、11)病理科、12)リハビリ科 13)心臓内科(★)、14)消化器内科、15)脳神経内科、16)免疫リウマチ科、17)呼吸器内科(★)、18)腎臓高血圧内科、19)糖尿病代謝内科、20)総合内科、21)救急診療科、22)外科（消化器外科、小児外科）、23)乳腺外科(★)、24)呼吸器外科(★)、25)小児科、26)産婦人科、27)精神科、28)救急初期診療センター（ER部）、29)血液・腫瘍内科	例1 内科系：8週 麻酔科：12週 泌尿器科：8週 小児：4週 例2 内科系：4週 外科：4週 画診科：8週 皮膚科：4週 形成：4週 病理：4週 産婦人科：4週
		計 104週

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・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 年間を、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。
7. 「がん診療連携拠点病院」として、初期臨床研修 2 年目より初期臨床研修終了後 3 年目までに、すべての研修医が緩和ケア研修を受講することを義務付ける。

4. 研修評価の方法

6. 研修医

《 自己評価 》

研修医は臨床研修目標の達成度や経験した症例、手技等の研修状況を把握しなければならない。研修診療科ごとに研修期間終了時、研修教育室に自己評価を提出する。

《 研修診療科および指導医の評価 》

研修診療科ごとに研修期間終了時、研修診療科の指導体制と当該診療科指導医の指導内容の評価を行う。

7. 指導医および臨床研修指導者

《 指導医 》

研修診療科ごとに研修期間終了時、研修医の評価表の各項目に関する目標達成度の評価を行う。

《 臨床研修指導医 》

研修診療科ごとに研修期間終了時、診療および業務についての態度評価を行う。

8. プログラム責任者

年度末に研修プログラム責任者は研修医の経験目標の到達度、指導医・臨床研修指導者の評価を参考にして包括的評価を行う。（指導医及び看護師長）および研修医は各ローテーション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。

9. 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（毎週 1 回）、米国医学教育塾（月 1 回）、CPC（全職員対象年 4 回、小規模 CPC は症例毎施行され年 40 回程度）、接遇研修会、医療安全講習会、院内感染対策講習会、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。

10. 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。
6. 臨床研修修了判定会議では、上記の#4,#5 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。

5. 研修の到達目標

EPOC2 に準じ、各診療科別の到達目標は後述する。

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

大阪急性期・総合医療センター

(2024 年 4 月施行)

目 次

1. はじめに
2. 研修の理念と目的
3. 研修の方法
4. 研修評価の方法
5. 研修の到達目標

1. はじめに

当センターは、高度専門医療を担うとともに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涵養することのできる臨床研修を行っている。

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・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。

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の提供をしてきた。

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

7. 研修は必修科期間 68 週（2 年目の地域医療 4 週を含む）と選択研修 36 週の計 104 週にわたって行う。
8. ローテートする診療科の順番は原則 1 年目に内科＋救急部門＋小児科・新生児科を回り、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ートすることも可能である。
9. 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適切な理由があるときのみ許可をする。選択例を次に示す（但し順番は示していない）。

必修科：68 週	診 療 科	選 択 例
内科系：24 週 12 週単位で 2 科を選択する。	心臓内科、消化器内科、脳神経内科、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、血液・腫瘍内科	腎内／糖内：12 週 呼吸器内科：12 週
救急部門：12 週	救急診療科	救急診療科：12 週 ※麻酔科は最大 4 週を含めてよい
小児科重点コース：8 週	小児科・新生児科	小児科・新生児科：8 週
必修分野：4 週以上で右記 5 科 全て 20 週	外科（消化器外科、乳腺外科、小児外科）、小児科、産婦人科、精神科、総合内科（一般外来）	すべてを 4 週ずつ
必修分野（地域医療）：4 週	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：4 週
選 択 科：36 週		
4 から 12 週単位で、28 科より選択する。 (★)がついている診療科については、原則 8 週以上の期間で選択	1)麻酔科、2)心臓血管外科、3)脳神経外科、4)整形外科、5)泌尿器科(★)、6)耳鼻咽喉・頭頸部外科、7)眼科、8)皮膚科、9)形成外科、10)画像診断科、11)病理科、12)リハビリ科 13)心臓内科(★)、14)消化器内科、15)脳神経内科、16)免疫リウマチ科、17)呼吸器内科(★)、18)腎臓高血圧内科、19)糖尿病代謝内科、20)総合内科、21)救急診療科、22)外科（消化器外科、小児外科）、23)乳腺外科(★)、24)呼吸器外科(★)、25)小児科、26)産婦人科、27)精神科、28)救急初期診療センター（E R 部）、29)血液・腫瘍内科	例 1 内科系：12 週 麻酔科：8 週 画像診断科：4 週 心外：4 週 産婦人科：4 週 例 2 内科系：12 週 内科系：12 週 皮膚科：4 週 耳鼻科：4 週
		計 104 週

- 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・ケアの能力を習得する。
- 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。
- 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）と研修管理室が行い、研修管理委員会で修了判定を行う。

7. 「がん診療連携拠点病院」として、初期臨床研修 2 年目より初期臨床研修終了後 3 年目までに、すべての研修医が緩和ケア研修を受講することを義務付ける。

4. 研修評価の方法

11. 研修医

《 自己評価 》

研修医は臨床研修目標の達成度や経験した症例、手技等の研修状況を把握しなければならない。研修診療科ごとに研修期間終了時、研修教育室に自己評価を提出する。

《 研修診療科および指導医の評価 》

研修診療科ごとに研修期間終了時、研修診療科の指導体制と当該診療科指導医の指導内容の評価を行う。

12. 指導医および臨床研修指導者

《 指導医 》

研修診療科ごとに研修期間終了時、研修医の評価表の各項目に関する目標達成度の評価を行う。

《 臨床研修指導医 》

研修診療科ごとに研修期間終了時、診療および業務についての態度評価を行う。

13. プログラム責任者

年度末に研修プログラム責任者は研修医の経験目標の到達度、指導医・臨床研修指導者の評価を参考にし、包括的評価を行う。(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。

14. 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(毎週 1 回)、米国医学教育塾(月 1 回)、CPC(全職員対象年 4 回、小規模 CPC は症例毎施行され年 40 回程度)、接遇研修会、医療安全講習会、院内感染対策講習会、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。

6. 臨床研修修了判定会議では、上記の#4,#5 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。

5.研修の到達目標

EPOC2 に準じ、各診療科別の到達目標は後述する。

臨床研修プログラム

協力型研修病院・大阪大学コース

地方独立行政法人 大阪府立病院機構

大阪急性期・総合医療センター

(2024 年 4 月施行)

1. はじめに

当センターは、高度専門医療を担うとともに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涵養することのできる臨床研修を行っている。

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・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。

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の提供をしてきた。

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

・協力型研修病院・大阪大学コース　：1 年目協力型研修病院／2 年目阪大病院
2 年目阪大病院での研修：地域医療（4 週）、選択科目（48 週）を研修する。

1. 当センターにおいて内科 12 週ずつ 2 診療科＋救急部門と、必修分野である精神科医、小児科、外科、産婦人科をローテートすること。2 年目に阪大病院において地域医療（4 週）と当センター在籍時に選択していない必修分野 1 科と選択科を回る。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・教育室にて作成する。1 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：52 週	診 療 科	選 択 例
内科系：24 週 12 週単位で 2 科を選択する。	心臓内科、消化器内科、脳神経内科、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、血液・腫瘍内科	腎内／糖内：12 週 呼吸器内科：12 週
救急部門：12 週	救急診療科、ER 部、麻酔科（麻酔科は最大で 4 週）	例 1：救急診療科：12 週 例 2：救急診療科 8 週、麻酔科 4 週
必修分野：4 週以上で 5 科 (1 科は阪大にて)	外科（消化器外科、乳腺外科、小児外科）、小児科、産婦人科、精神科、総合内科（一般外来）	例：外科 4 週、小児科 4 週、 産婦人科 4 週、 精神科 4 週
(以下 2 年目阪大にて)		
地域医療：4 週		地域連携病院：4 週
阪大選択科：44 週 必修分野：4 週		必修分野は当センターで選択していない科
		計 104 週

- 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・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・教育室が行い、研修管理委員会で修了判定を行う。
- ＊ 協力型研修病院・大阪大学コースの場合は、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

- ＊ 協力型研修病院・大阪大学コースの場合は、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. 研修医

《 自己評価 》

研修医は臨床研修目標の達成度や経験した症例、手技等の研修状況を把握しなければならない。研修診療科ごとに研修期間終了時、研修教育室に自己評価を提出する。

《 研修診療科および指導医の評価 》

研修診療科ごとに研修期間終了時、研修診療科の指導体制と当該診療科指導医の指導内容の評価を行う。

2. 指導医および臨床研修指導者

《 指導医 》

研修診療科ごとに研修期間終了時、研修医の評価表の各項目に関する目標達成度の評価を行う。

《 臨床研修指導医 》

研修診療科ごとに研修期間終了時、診療および業務についての態度評価を行う。

3. プログラム責任者

年度末に研修プログラム責任者は研修医の経験目標の到達度、指導医・臨床研修指導者の評価を参考に、
て包括的評価を行う。(指導医及び看護師長) および研修医は各ローテーション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。

4. 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(毎週1回)、米国医学教育塾(月1回)、CPC(全職員対象年4回、小規模CPCは症例毎施行され年40回程度)、接遇研修会、医療安全講習会、院内感染対策講習会、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。
5. 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。
6. 臨床研修修了判定会議では、上記の#4,#5 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。

研修到達目標詳細 別添1

基本的研修目標はEPOC2様式に準じ、各診療科におけるやや専門的な研修目標などがあり、以下記載する。

各診療科における研修目標

1. 呼吸器内科

1(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)動脈血が迅速に採取でき、結果を治療に応用できる。	()	
16)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。	()	
17)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。	()	
18)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。	()	
19)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える。	()	
20)在宅酸素療法の導入が正しくできる。	()	
21)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。	()	
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。	()	

上記を達するための方略

1 呼吸器内科主科の入院中の患者さんを指導医・上級医とともに診療チームの一員として担当する
2 ERからのコンサルトに対して指導医・上級医とともに診療に応じる
3 回診時やカンファレンスでプレゼンテーションを行う
4 指導医・上級医の指導のもと、各処置や検査の見学、介助と実践を行う

2. 消化器内科

2(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:

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低を把握する。

SBO:

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:

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。	()	

上記を達するための方略

1 消化器内科主科の入院中の患者さんを指導医・上級医とともに診療チームの一員として担当する
2 ERからのコンサルトに対して指導医・上級医とともに診療に応じる
3 回診時やカンファレンスでプレゼンテーションを行う
4 指導医・上級医の指導のもと、各処置や検査の見学、介助と実践を行う

3. 心臓内科

3(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ことができる。	()	
5) 主な心血管作動薬の適応、投与方法、用量を述べることができる。	()	
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。	()	

★上記を達するための方略

1. CCUホットラインで救急搬送された循環器救急疾患患者さんに対して、ER部/初期治療室でファーストタッチから上級医とともに診療にあたる。
2. 旧記患者が入院になった場合は受持ち患者として担当する。
3. CCUにて集中治療中の患者さんの心電図を日々記録し、心電図を読むことができるようになる。
4. 日々のCCUでの集中治療管理をとおして、各種検査の解釈ができるようになる。
5. 日々のCCUでの集中治療管理をとおして、循環管理に必要な薬剤の使用方法に習熟する。
6. ER部/初期治療室やCCUにおいて、急変・心停止になった患者さんの蘇生治療に参加する。
7. CCUにおいて気管挿管や動脈圧ラインの挿入を経験する。
8. 朝のCCUカンファレンスにおいて受持ち症例のプレゼンテーションをする。
9. 受持ち患者の心臓カテーテル検査に助手として参加し、スワン・ガンツカテーテルの挿入を経験する。
10. 病棟や心エコー室での心エコー検査をとおして、心エコー検査手技に習熟する。
11. トレッドミル負荷検査やCPX検査を実施できるようになる。
12. 心臓リハビリテーションに参加する。
13. 部長回診や心臓内科週間カンファレンスで症例提示をする。
14. 研修期間に受け持った症例を地方会で発表する。

4. 糖尿病代謝内科

4(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。	()	

上記を達するための方略

- 1 糖尿病代謝内科主科の入院中者さんを指導医・上級医とともに診療チームの一員として担当する
- 2 ERからのコンサルトに対して指導医・上級医とともに診療に応じる
- 3 回診時やカンファレンスでプレゼンテーションを行う
- 4 指導医・上級医の指導のもと、各処置や検査の見学、介助と実践を行う

5. 腎臓高血圧内科

5(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:

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:

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:

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事ができる。	()	
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。	()	

★上記を達するための方略

- 1 腎臓高血圧内科主科の入院中者さんを指導医・上級医と共に診療チームの一員として担当する
- 2 ERからのコンサルトに対して指導医・上級医とともに診療に応じる
- 3 回診時やカンファレンスでプレゼンテーションを行う
- 4 指導医・上級医の指導のもと、各処置や検査の見学、介助と実践を行う
- 5 透析患者さんを受け持つ

6. 脳神経内科

6(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:

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:

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・抗凝血薬を選択し、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	()	

★上記を達するための方略

- 1 脳神経内科主科の入院中者さんを指導医・上級医と共に診療チームの一員として担当する
- 2 ERからのコンサルトに対して指導医・上級医とともに診療に応じる
- 3 回診時やカンファレンスでプレゼンテーションを行う
- 4 指導医・上級医の指導のもと、各処置や検査の見学、介助と実践を行う

7. 免疫リウマチ科

7(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:

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:

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:

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。	()	

★上記を達するための方略

- 1 免疫リウマチ科主科の入院中者さんを指導医・上級医と共に診療チームの一員として担当する
- 2 ERからのコンサルトに対して指導医・上級医とともに診療に応じる
- 3 回診時やカンファレンスでプレゼンテーションを行う
- 4 指導医・上級医の指導のもと、各処置や検査の見学、介助と実践を行う

8. 血液・腫瘍内科

8(血液・腫瘍内科)

1. 問診と診察

GIO: 血液疾患、特に各種貧血、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫、出血性疾患に関する 自己 指導医
初期診察ができる。

SBO:

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、貧血、リンパ節腫大、胸水貯留、肝脾腫大、腹水貯留、下腿浮腫 などの理学的所見をとることができる。	()	
3) 各種病態における重症度と緊急性が判断できる。	()	

2. 検査と診断

GIO: 各種検査法の意義と適応を理解し適切に依頼できるとともに、結果を解釈し診断に至れる。

SBO:

1) 末梢血や骨髄の塗抹標本が作成でき、形態学的診断のポイントが理解できる。	()	
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) 造血幹細胞および造血因子に関する知識を持ち、基礎レベルから病態が理解でき	()	
4) 表面マーカー解析結果が解釈でき、腫瘍細胞を同定し詳細な情報が得られる。	()	
5) 染色体分析およびFISH・PCR・サザンブロットなどの遺伝子診断が解釈できる。	()	
6) 画像診断(CT、エコー、FDG-PETなど)が読影でき、悪性リンパ腫の病期診断や 国際的予後因子判定が行える。	()	
7) 悪性リンパ腫の病理組織結果が理解でき、詳細なsubtype診断が実施できる。	()	
8) ITPやTTP、DICなどの血小板減少性疾患の診断プロセスが理解でき、必要な 検査が行える。	()	

3. 治療と処置

GIO: 血液疾患の治療法を計画し開始するとともに、治療上必要な基本的処置が施行できる。

SBO:

1) 成分輸血(赤血球、血小板)の適応と副作用が理解でき、実施できる。	()	
2) 感染症に対して適切に抗生物質が選択でき、実施できる	()	
3) サイトカイン(G-CSF、エリスロポエチンなど)の適応が理解でき、実施できる。	()	
4) 悪性リンパ腫、多発性骨髄腫に対する化学療法が選択ができ、実施できる。	()	
5) 化学療法の副作用が理解でき、無菌室の使用法含め必要な支持療法が実施でき	()	
6) ステロイド療法(パルス療法も含む)の適応と副作用が理解でき、実施できる。	()	
7) DICの適切な治療法が選択でき、実施できる	()	

★上記を達するための方略

- 1 血液内科主科の入院中者さんを指導医・上級医と共に診療チームの一員として担当する
- 2 ERからのコンサルトに対して指導医・上級医とともに診療に応じる
- 3 回診時やカンファレンスでプレゼンテーションを行う
- 4 指導医・上級医の指導のもと、各処置や検査の見学、介助と実践を行う

9. 総合内科

9 (総合内科)

一般目標：GIO

コモンな一般内科疾患および感染症全般に対し、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。

評価尺度 A:十分達成した B:ほぼ達成した C:やや不十分 D:全く不十分 *:経験なし/評価不能

1. 病歴聴取

行動目標：SBO

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。

達成の方略：LS

研修医は聴取すべき病歴情報の項目を把握し、外来受診時または入院時の問診で系統だて聞き取りと情報収集を行い、項目見出し毎に整理して病歴情報を書き出し、上級医にプレゼンテーションを行う。上級医の病歴情報収集にも立ち会い、ハンズオンで病歴情報収集の技術を習得する。

	自己評価	指導医評価
1) 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、妥当な病歴構成ができる。	()	

2. 身体診察

行動目標：SBO

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ができる。

達成の方略：LS

研修医はすべての受け持ち症例毎に把握すべき身体所見の項目とその意味を把握し、上級医とともに系統的な身体診察を行いフィードバックを受ける。

	自己評価	指導医評価
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) 頭頸部（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) 胸部（心音、呼吸音）の聴診を行い、適切に所見を描写できる。	()	
8) 腹部の聴診触診および打診を行い、適切に所見を描写できる。	()	
9) 腰背部の聴診触診および打診を行い、適切に所見を描写できる。	()	
10) 外陰部・泌尿生殖器の診察を行い、適切に所見を描写できる。	()	
11) 四肢皮膚筋骨格系の診察を行い、適切に所見を描写できる。	()	
12) 神経系のスクリーニング身体診察を行い、適切に所見を描写できる。	()	

3. 臨床検査

行動目標：SBO

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、これを患者に説明するとともに実施することができる。

達成の方略：LS

研修医は診断に用いられる各臨床検査の意味と検査精度について教科書的に学習する。

研修医は病歴と身体所見による疾患病態のアセスメントの段階で診断に有用な臨床検査の選択について、上級医にプレゼンテーションレフィード

	自己評価	指導医評価
1) 末梢血の血球数および血球分画の要否を判断し、結果の評価解釈ができる。	()	
2) 血液ガス分析の要否を判断し、結果の評価解釈ができる。	()	
3) 止血凝固線溶系の検査各項目の要否を判断し、結果の評価解釈ができる。	()	
4) 生化学スクリーニングの検査各項目の要否を判断し、結果の評価解釈ができる。	()	
5) 血清抗体の検査各項目の要否を判断し、結果の評価解釈ができる。	()	
6) 尿・便の一般検査各項目の要否を判断し、結果の評価解釈ができる。	()	
7) 髄液穿刺の検査適応有無を判断し、結果の評価解釈ができる。	()	
8) 胸水穿刺の検査適応有無を判断し、結果の評価解釈ができる。	()	
9) 腹水穿刺の検査適応有無を判断し、結果の評価解釈ができる。	()	
10) 骨髄穿刺の検査適応有無を判断し、結果の評価解釈ができる。	()	
11) 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。	()	
12) 血液を除く各種培養検体のグラム染色と検鏡を実施し、結果の評価解釈ができる。	()	
13) 各種検体の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

行動目標：SBO

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、これを患者に説明するとともに実施することができる。

達成の方略：LS

研修医は診断に用いられる生理機能検査・画像検査の評価方法と検査精度について教科書的に学習する。

研修医は病歴と身体所見による疾患病態のアセスメントの段階で診断に有用な生理機能検査・画像検査の選択について、上級医にプレゼンテーションレフィードバックを受ける。

研修医は生理機能検査・画像検査の結果を自ら確認し、検査結果の解釈について上級医にプレゼンテーションを行いフィードバックを受ける。

	自己評価	指導医評価
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ト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・造影剤使用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・造影剤使用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

行動目標：SBO

病歴、身体所見、各種検査結果から、臨床推論に必要なプロブレムリストを挙げるとともに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立案できる。

達成の方略：LS

研修医は臨床推論のプロブレムリストの立案、鑑別診断の提示、検証に必要な診察と検査方法について系統的に書き出すとともに上級医にプレゼンテーションし、

	自己評価	指導医評価
1) 臨床推論で検証可能な診断キーワード (semantic qualifier) を挙げることができる。	()	
2) semantic qualifierを適切に統合して、プロブレムリストを挙げることができる。	()	
3) プロブレムリストから患者の現状評価を行い、診断アセスメントを行うことができる。	()	
4) 疾患病態が未確定の場合、仮説演繹法的に鑑別診断リストを挙げて検証できる。	()	
5) 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。	()	
6) 鑑別診断を検証するために必要な追加診察や追加検査を挙げ実施できる。	()	
7) 検査の感度特異度とBayes定理を用いて検査後確率をアセスメントできる。	()	
8) 一次評価後に次の検査が必要かまたは治療の実施域値に達しているかを検討できる。	()	

6. 主要症候と疾病病態の初期診療

行動目標：SBO

頻度の高い症候と疾病病態に対して、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。

達成の方略：LS

研修医は自ら経験した頻度の高い症候と疾病病態について、その診断プロセスと初期対応を振り返り記述するとともに、上級医へのプレゼンテーションとディスカッションを経て、診療技術について理解を深める。

	自己評価	指導医評価
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。 [必須]	()	
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。 [必須]	()	
3) 血圧低下、循環不全、ショック状態に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。 [必須]	()	
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。 [必須]	()	
5) めまい・ふらつきに対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。 [必須]	()	
6) 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。	()	
7) 体重減少に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。 [必須]	()	
8) 頭痛に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。 [必須]	()	
9) 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。	()	
10) 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。	()	
11) 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。 [必須]	()	
12) 腰痛、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。 [必須]	()	
13) 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。 [必須]	()	
14) 悪心、嘔吐に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。 [必須]	()	
15) 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。 [必須]	()	
16) 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。	()	
17) 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。 [必須]	()	
18) 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。	()	
19) せん妄に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。 [必須]	()	
20) 浮腫に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
21) 皮疹に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。 [必須]	()	
22) 1)～21)を含む終末期の症候に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。 [必須]	()	
23) 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。	()	
24) 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。	()	
25) 電解質異常に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	
26) 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。	()	
27) 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。	()	
28) 急性上気道炎（インフルエンザ）に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。 [必須]	()	
29) 下気道感染症・肺炎に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。 [必須]	()	
30) 尿路感染症・腎盂腎炎に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。 [必須]	()	
31) 消化管感染症・胃腸炎に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。 [必須]	()	
32) 皮膚軟部組織感染症・蜂窩織炎に対してアセスメントし、適切に初期診療ができる。	()	

10. 小児科

10(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。	()	

★上記を達するための方略

- 救急外来及び受け持ち患児入院時に指導医とともに病歴聴取、診察を行う。
- ファーストコールとして診察した患児に冠する診療情報をアセスメントを加え上級医にコンサルトする。
- 入院時処置、一般外来(外来処置室)、救急外来受診の患児に対する処置を指導医の管理下で行う。
- 指導医とcommon disease入院患児を受け持ち、診療計画のディスカッションと入院管理の指示出しを行う。

11. 精神科

11(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:		
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:		
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:		
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。	()	

★上記を達するための方略

- 1 精神科主科の入院中者さんを指導医・上級医と共に診療チームの一員として担当する
- 2 ERからのコンサルトに対して指導医・上級医とともに診療に応じる
- 3 回診時やカンファレンスでプレゼンテーションを行う
- 4 指導医・上級医の指導のもと、各処置や検査の見学、介助と実践を行う

12. 皮膚科

12(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) 薬疹の疑診ができる。	()	

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。	()	

★上記を達するための方略

- 1 皮膚科主科の入院中者さんを指導医・上級医と共に診療チームの一員として担当する
- 2 チームの上級医とディスカッションを行い、毎週行われる術前カンファレンスで症例呈示を行う。
- 3 ERからのコンサルトに対して指導医・上級医とともに診療に応じる

13. 外科（消化器外科、乳腺外科、小児外科）

13(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線像の読解ができる。	()	
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) 常用される手術器具(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・脾・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	()	
6) 手術創の処置とドレナージの管理ができる。	()	

★上記を達するための方略

- 1 外科主科の入院中者さんを指導医・上級医と共に診療チームの一員として担当する
- 2 チームの上級医とディスカッションを行い、毎週行われる術前カンファレンスで症例提示を行う。
- 3 ERからのコンサルトに対して指導医・上級医とともに診療に応じる
- 4 チームの上級医が中心となり指導する。Levelに応じて皮膚結紮などを実際に修練する。

13-1.外科（心臓血管外科）

13-1(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・目的を述べることができる。	()	
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。	()	

14.脳神経外科

14(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:

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できる。	()	()
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る。	()	()
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:

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:

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:

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。	()	()

★上記を達するための方略

- 1 脳神経外科主科の入院中者さんを指導医・上級医と共に診療チームの一員として担当する
- 2 チームの上級医とディスカッションを行い、毎週行われる術前カンファレンスで症例呈示を行う。
- 3 ERからのコンサルトに対して指導医・上級医とともに診療に応じる
- 4 チームの上級医が中心となり指導する。Levelにに応じて皮膚不縫合などを実際に修練する。

15.整形外科

15(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ことができる。	()	
2)◎骨折に伴う全身的・局所的症状を述べることができる。	()	
3)◎神経・血管・筋腱損傷の症状を述べることができる。	()	
4)◎脊髄損傷の症状を述べることができる。	()	
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ことができる。	()	

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:

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:

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:

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。	()	

★上記を達するための方略

- 1 整形外科主科の入院中者さんを指導医・上級医と共に診療チームの一員として担当する
- 2 チームの上級医とディスカッションを行い、毎週行われる術前カンファレンスで症例呈示を行う。
- 3 ERからのコンサルトに対して指導医・上級医とともに診療に応じる
- 4 チームの上級医が中心となり指導する。Levelに応じて皮膚不縫合などを実際に修練する。

16.産婦人科

16(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:

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:

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、分娩遅延など)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:

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:

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。	()	

★上記を達するための方略

- 産婦人科主科の入院中者さんを指導医・上級医と共に診療チームの一員として担当する
- チームの上級医とディスカッションを行い、毎週行われる術前カンファレンスで症例呈示を行う。
- ERからのコンサルトに対して指導医・上級医とともに診療に応じる
- チームの上級医が中心となり指導する。Levelに応じて皮膚不縫合などを実際に修練する。
- 上級医とともに手術の患者の指示・術後管理を担当する。

17.泌尿器科

17(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:		
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、内視鏡的尿路結石碎石術	()	
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: 体外衝撃波碎石術および腎移植について理解する。

SBO:		
1) 体外衝撃波碎石装置の原理を理解し、指導医のもとに本装置による碎石術ができる。	()	
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ことができる。	()	
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ことができる。	()	

★上記を達するための方略

- 1 泌尿器外科主科の入院中者さんを指導医・上級医と共に診療チームの一員として担当する
- 2 チームの上級医とディスカッションを行い、毎週行われる術前カンファレンスで症例呈示を行う。
- 3 ERからのコンサルトに対して指導医・上級医とともに診療に応じる
- 4 チームの上級医が中心となり指導する。Levelに応じて皮膚不縫合などを実際に修練する。

18.眼科

18(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:

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:

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ことができる。	()	

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:

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:

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。	()	

19.耳鼻咽喉科・頭頸部外科

19(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:

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。	()	

★上記を達するための方略

- 1 当科主科の入院中者さんを指導医・上級医と共に診療チームの一員として担当する
- 2 チームの上級医とディスカッションを行い、毎週行われる術前カンファレンスで症例呈示を行う。
- 3 ERからのコンサルトに対して指導医・上級医とともに診療に応じる
- 4 チームの上級医が中心となり指導する。Levelに依りて皮膚不縫合などを実際に修練する。
- 5 指導医・上級医の指導のもと、各処置や検査の見学、介助と実践を行う

20.形成外科

20(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、形成外科の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。	()	

★上記を達するための方略

- 1 形成外科主科の入院中者さんを指導医・上級医と共に診療チームの一員として担当する
- 2 チームの上級医とディスカッションを行い、毎週行われる術前カンファレンスで症例呈示を行う。
- 3 ERからのコンサルトに対して指導医・上級医とともに診療に応じる

21.救急診療科

21(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) 緊急的処置の必要な胸部、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行える。

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: 救急的状态・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。

上記を達するための方略

- 1 TCU入院中の患者さんを指導医とともに診療チームの一員として担当する
- 2 ホットラインに入院依頼があった患者さんの初期診療をハイブリッドERIにて診療チームの一員として参加する
- 3 重症患者さんの移送や体位管理を行い安全管理について学ぶ
- 4 心肺停止患者さんの治療に参加する
- 5 入院中患者さんの血液ガスを解釈し、人工呼吸器設定を指導医の下変更する
- 6 気管挿管、動脈圧ライン挿入、中心静脈路確保などの手技を指導医の下経験する。
- 7 毎日開催されるTCU、週1回開催される一版病棟カンファレンスで担当患者のプレゼンをする

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, コッ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の所見を述べることができる	()	
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	()	
	()	
101 手術に参加した	()	
・ 頭部	()	
・ 胸部	()	
・ 腹部	()	
・ 四肢・骨盤	()	
・ 熱傷	()	
・ その他 ()	()	
102 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	(	)
・ 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	(	)
103 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	(	)
104 症例発表		
テーマ	発表日	指導医評価
・	/ /	
・	/ /	
・	/ /	
・	/ /	
・	/ /	
106 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
	画像診断で異常を指摘できる
第3～4	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
	要領よく症例呈示ができる
第5～8週	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
	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
第9～	最終週診断手順を述べることができる
	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 | _____ 症例 |
| 4) 除細動 | _____ 回 |
| 5) 大量輸血 | _____ 症例 |
| 6) レスピレータ条件設定 | _____ 回 |
| 7) 動脈ライン・動脈圧モニター | _____ 回 |
| 8) EEG/ABR | _____ 回 |
| 9) 創縫合(大きな傷) | _____ 回 |
| 10) 胸腔穿刺・ドレナージ | _____ 回 |
| 11) 気管切開 | _____ 症例 |
| 12) SBチューブ | _____ 回 |
| 13) 胃洗浄 | _____ 回 |
| 14) 骨折牽引 | _____ 症例 |
| 15) 心エコー | _____ 症例 |
| 16) 腹部エコー | _____ 症例 |
| 17) 血液浄化法 | _____ 症例 |
| 18) 緊急内視鏡(消化管・気管支) | _____ 回 |
| 19) 手術室入室(手洗い) | _____ 回 |
| 20) 受け持ち患者数 | _____ 症例 |
| 21) 死亡診断書 | _____ 通 |
| 22) 病理解剖 | _____ 症例 |
| 23) 症例発表 | _____ 回 |

22.麻酔科

22(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:	自己	指導医
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) ラリンジアルマスクエアウェイの挿入が実施できる。	()	
11) 脊髄くも膜下麻酔が実施できる。	()	
12) 腰部硬膜外麻酔が実施できる。	()	
13) 胸部硬膜外麻酔のための体位設定と介助が実施できる。	()	
14) 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。	()	
15) 全身麻酔からの覚醒を確認し、ラリ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:	自己	指導医
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:	自己	指導医
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:	自己	指導医
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。	()	

★上記を達するための方略

- 1 麻酔科指導医の下に、自己にて、全身麻酔の麻酔導入時、抜管時の気道評価を行う。
- 2 麻酔科指導医の下、全身麻酔導入時に、マスク換気、エアウェイ挿入、気管挿管、ラリンジアルマスク挿入などの手技を、数多く実践する。
- 3 術前のカルテ所見の評価、患者さんの術前診察より、患者さんの状態を評価し、麻酔科指導医とともに麻酔計画を立案する。
- 4 麻酔科指導医の下、多くの手術症例の麻酔管理を経験し、呼吸循環管理について学ぶ。
- 5 自己にて経験した麻酔患者さんの術後回診を通して、麻酔手技、術後管理を評価する。

23.画像診断科

23(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

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事ができる。	()	
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) 放射線被曝と障害の関係を理解する。	()	
2) 検査にあたって可能な防護を行うことができる。	()	

24.病理科

24(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の染色を選択できる。	()	
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和意義を理解し、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:		
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:		
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:		
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。	()	

25.リハビリテーション科

25(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	()	

★上記を達するための方略

- 1) リハ科主科の入院中者さんを指導医・上級医と共に診療チームの一員として担当する
- 2) ERからのコンサルトに対して指導医・上級医とともに診療に応じる
- 3) 回診時やカンファレンスでプレゼンテーションを行う
- 4) 指導医・上級医の指導のもと、各処置や検査の見学、介助と実践を行う

26.地域医療

26[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2週間を一単位として二単位、合計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。

各診療科における週間スケジュール

1.呼吸器内科

呼吸器内科					
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00					
9:00					
10:00	病棟診察	病棟診察	病棟診察	病棟診察	病棟診察
11:00					
12:00	休憩	休憩	休憩	休憩	休憩
13:00					
14:00		気管支鏡検査			
15:00	病棟診察		病棟診察	病棟診察	気管支鏡検査
16:00					
17:00		カンファレンス			
18:00					

2.消化器内科

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00					
9:00					
10:00	病棟/内視鏡検査	病棟/内視鏡検査/超音波検査	病棟/内視鏡検査/超音波検査	病棟/内視鏡検査/超音波検査	病棟/内視鏡検査/超音波検査
11:00					
12:00	休憩	休憩	休憩	時間外勉強会 セミナー	休憩
13:00				休憩	
14:00					
15:00	病棟/内視鏡検査・治療	病棟/内視鏡検査・治療/肝穿刺治療	病棟/内視鏡検査・治療	部長回診	病棟/内視鏡検査・治療
16:00					
17:00				カンファレンス	
18:00		合同カンファレンス			

5.腎臓高血圧内科

腎臓・高血圧内科					
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00					
9:00	透析業務	透析業務	透析業務	透析業務	透析業務
10:00					
11:00	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務	手術/病棟業務
12:00	休憩	休憩	休憩	休憩	休憩
13:00					
14:00	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務	手術/病棟業務
15:00					
16:00	初診 カンファレンス	抄読会	新入院 カンファレンス	透析 カンファレンス	
17:00					
18:00					

6. 脳神経内科

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00	SCU申し送り	SCU申し送り	SCU申し送り	SCU申し送り	SCU申し送り
9:00				回診	
10:00	病棟診察・ 救急患者対応	病棟診察・ 救急患者対応	病棟診察・ 救急患者対応	病棟診察・ 救急患者対応	病棟診察・ 救急患者対応
11:00					
12:00	休憩	休憩	休憩	休憩	休憩
13:00					
14:00	筋電図検査・	脳血管造影・	筋電図検査・	脳血管造影・	外来頸動脈エコー・
15:00	病棟診察・	病棟診察・	病棟診察・	病棟診察・	病棟診察・
16:00	救急患者対応	救急患者対応	救急患者対応	救急患者対応	救急患者対応
17:00	SCUカンファ		入院患者カン		
18:00			ファ		

9.総合内科

総合内科 タイムスケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00					
9:00	ERカンファ 入院病棟回診	ERカンファ 入院病棟回診	ERカンファ 入院病棟回診	ERカンファ 入院病棟回診	ERカンファ 入院病棟回診
10:00					
11:00	病棟診療 または 内科総合診療外来	病棟診療 または 内科総合診療外来	病棟診療 または 内科総合診療外来	病棟診療 または 内科総合診療外来	病棟診療 または 内科総合診療外来
12:00					
13:00	休憩	休憩	休憩	時間外勉強会 セミナー	休憩
14:00					
15:00	病棟診療 または コンサルト診療	病棟診療 または コンサルト診療	病棟診療 または コンサルト診療	病棟診療 または コンサルト診療	病棟診療 または コンサルト診療
16:00					
17:00	ミーティング 勉強会 振り返りカンファレンス	ミーティング 勉強会 振り返りカンファレンス	ミーティング 勉強会 振り返りカンファレンス	ミーティング 勉強会 振り返りカンファレンス	ミーティング 勉強会 振り返りカンファレンス
18:00					

10.小児科

小児科

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00					
9:00	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンス
10:00					
11:00	入院患者診療	入院患者診療	入院患者診療	経口食物負荷試験	入院患者診療
12:00					
13:00	休憩	休憩	休憩	時間外勉強会 セミナー	休憩
14:00				休憩	
15:00	入院患者診療	入院患者診療	入院患者診療	入院患者診療	入院患者診療
16:00					
17:00	症例検討会	カンファレンス 入院患者診療	カンファレンス 入院患者診療	カンファレンス 入院患者診療	症例検討会 抄読会
18:00					

12.皮膚科

皮膚科

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00					
9:00					
10:00					
11:00	外来診察/病棟 診察	外来診察/病棟 診察	外来診察/病棟 診察	外来診察/病棟 診察	外来診察/病棟 診察
12:00					
13:00	休憩	休憩	休憩	休憩	休憩
14:00					
15:00	回診・カン ファレンス	検査/外来診察 /病棟診察	検査/外来診察 /病棟診察	検査/外来診察 /病棟診察	検査/外来診察 /病棟診察
16:00					
17:00					
18:00					

13.外科（消化器外科）

消化器外科

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00		術前カンファ		術後カンファ	
9:00					
10:00	手術/病棟診察	病棟診察/手術	手術/病棟診察	病棟診察	手術/病棟診察
11:00					
12:00	休憩	休憩	休憩	休憩	休憩
13:00					
14:00					
15:00	手術/病棟診察	病棟診察/手術	手術/病棟診察	病棟診察	手術/病棟診察
16:00					
17:00				抄読会	
18:00					

13-1.外科（心臓血管外科）

心臓血管外科

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00	ICUカンファ	ICUカンファ	ICUカンファ	ICUカンファ	ICUカンファ
9:00					
10:00	手術/病棟診察	手術 外来診察 病棟診察	手術/病棟診察	手術/病棟診察	手術/病棟診察
11:00					
12:00					
13:00	休憩	休憩	休憩	休憩	休憩
14:00					
15:00	手術	手術/外来診察	手術	手術	手術
16:00					
17:00		症例検討会			
18:00					

15.整形外科

整形外科

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
7:30					
8:00		勉強会		症例カンファ	
9:00	外来診療 病棟診療 手術	外来診療 病棟診療 手術	外来診療 病棟診療 手術	外来診療 病棟診療 手術	外来診療 病棟診療 手術
10:00					
11:00					
12:00	休憩	休憩	休憩	休憩	休憩
13:00					
14:00	外来診療 病棟診療 手術	外来診療 病棟診療 手術	外来診療 病棟診療 手術	外来診療 病棟診療 手術	外来診療 病棟診療 手術
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					

16.産婦人科

Weekly Schedule

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
8:00	病棟回診	ICU申し送り 病棟回診	病棟回診	病棟回診	ICU申し送り 病棟回診		
9:00			外来	手術(9:00)	外来	病棟処置	病棟処置
10:00	手術(10:30)	術前術後カンファ (4F討議室3)					
11:00							
12:00				手術			
13:00							
14:00							
15:00							
16:00					外科カンファ 抄読会(8F)		
17:00	病棟回診	腫瘍カンファ (5F小セミナー室)	病棟回診	病棟回診	病棟回診		
18:00		病棟回診					
19:00							
20:00							
21:00							

17.泌尿器科

泌尿器科

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00					
9:00					
10:00	病棟診察/レントゲン検査	病棟診察/手術	病棟診察/手術/レントゲン検査	病棟診察/手術	病棟診察/手術/レントゲン検査
11:00					
12:00	休憩	休憩	休憩	時間外勉強会 セミナー	休憩
13:00				休憩	
14:00	病棟診察/	病棟診察/手術	病棟診察/手術	病棟診察/手術	病棟診察/手術
15:00					
16:00	泌尿器科 カンファ		泌尿器科/画診 合同カンファ		泌尿器科 カンファ
17:00					
18:00					

18.眼科

眼科

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00					
9:00	病棟診察	病棟診察	病棟診察	病棟診察	病棟診察
10:00					
11:00	手術	手術	手術/外来診療	手術	外来診療
12:00	休憩	休憩	休憩	時間外勉強会 セミナー	休憩
13:00				休憩	
14:00	外来診療	手術/外来診療	手術	手術	手術/外来診療
15:00				手術	
16:00				カンファ	
17:00					
18:00					

19.耳鼻咽喉科・頭頸部外科

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00					
9:00					
10:00	病棟診察	手術	病棟診察 /手術（局麻）	手術	病棟診察
11:00					
12:00	休憩	休憩	休憩	休憩	休憩
13:00					
14:00	外来検査 （超音波）	手術	外来検査 （超音波）	手術	外来検査 （超音波）
15:00					
16:00	診療科カン ファ	術後回診	頭頸部がんカ ンファ	術後回診	
17:00					
18:00					

21.救急診療科

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00					
9:00					
10:00	TCUカンファ	TCUカンファ	TCUカンファ	TCUカンファ	TCUカンファ
11:00	病棟診察/ER	一般病棟 カンファ	病棟診察/ER	病棟診察/ER	病棟診察/ER
12:00		病棟診察/ER			
13:00	休憩	休憩	休憩	時間外勉強会 セミナー	休憩
14:00				休憩	
15:00	病棟診察/ER	病棟診察/ER	病棟診察/ER	病棟診察/ER	病棟診察/ER
16:00					
17:00					
18:00					
	TCU当直（1/W） 翌9時まで	TCU当直（1/W） 翌9時まで	TCU当直（1/W） 翌9時まで	TCU当直（1/W） 翌9時まで	TCU当直（1/W） 翌9時まで

22.麻酔科

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00	麻酔/ICUカンファ	麻酔/ICUカンファ	麻酔/ICUカンファ	麻酔/ICUカンファ	麻酔/ICUカンファ
9:00	麻酔/ICU	麻酔/ICU	麻酔/ICU	抄読会	麻酔/ICU
10:00				麻酔/ICU	
11:00				麻酔/ICU	
12:00	休憩	休憩	休憩	休憩	休憩
13:00	麻酔/ICU	麻酔/ICU	麻酔/ICU	麻酔/ICU	麻酔/ICU
14:00					
15:00					
16:00				症例カンファ	
17:00					
18:00					

24.病理科

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00	ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング
9:00					
10:00	切出し	切出し	切出し	切出し	切出し
11:00					
12:00					
13:00	休憩	休憩	休憩	休憩	休憩
14:00	検鏡	検鏡	検鏡	検鏡	検鏡
15:00					
16:00					
17:00		呼吸器がんサ ード (1/M)	細胞診検討会 (1/M)	CPC (随時)	泌尿器科検討会 (1/2M)、産婦人科検討 会 (1/2M)
18:00					

25.リハビリテーション科

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:00					
9:00					
10:00	入院診療・外来診療・多職種カンファ				
11:00					
12:00					
13:00	昼休み				
14:00					
15:00					
16:00	入院診療・外来診療・多職種カンファ				
17:00					
18:00					

レポート提出規約

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. 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。EPOC2 に準じる。

3. 疾患・病態レポート：自ら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。EPOC2 に準じる。

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. 臨床上的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_____

文献の入手方法について

1. 和雑誌について

一覧表のとおり購入していますので、図書室で閲覧できます。（一覧表については院内OAの「キャビネット」または、図書室PCデスクトップ、図書室カウンターをご覧ください。）

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。）。

閲覧方法は院内OAの「キャビネット」をご覧ください。

- ・ 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

（株）サンメディアの文献Webオーダーシステム（ARROW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、利用方法は、院内OAの「キャビネット」をご覧ください。

※1. 申し込み時に所属の記入を必ず、入力してください。無記入の場合、キャンセルとなります。

※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。

*白黒対応の場合

- ・ 個人負担額 1 件当たり 2 0 0 円。

*カラー対応の場合

- ・ 個人負担額 1 件当たり 7 0 0 円（2 0 0 円＋5 0 0 円（カラー印刷分））。
- ・ 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 2 0 0 円となります。

*入手時の注意事項

①購入済みの和雑誌・洋雑誌（一覧表については院内OAの「キャビネット」または、図書室PCデスクトップ、図書室カウンターをご覧ください。）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。

②重複して発注しないように留意してください。発注時には、必ずARROWトップ画面の『文献ご注文状況確認』で確認し、他の職員が入手していればその人からコピーをさせてもらって下さい。

最近、論文が無料で公開されているものも多くなっています。発注画面の『OPEN ACSESS FINDER』ボタンをクリックして確認し、無料の文献は発注しないようにして下さい。

④『代行検索』は、ご利用できません。有料で個人負担となります。

平成26年7月15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 内OAの「キャビネット」⇒「マニュアル・ルール」⇒「共通」⇒「電子臨床教科書Up To Date」の欄に掲載、

http://172.16.208.78:8000/mpw/modules/cabinet/index.php?id=388762&show=cabinet_list.html&orderby=DATEDESC&attr=1

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。

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
総合シミュレーション	SIMM マン	大阪府立大学 看護学部急性看護学
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
	眼科用シミュレーター	トレーニング・ラボ
	耳の診察シミュレーター	トレーニング・ラボ
	採血・静注シミュレーター	トレーニング・ラボ
	動脈採血シミュレーター	トレーニング・ラボ
	CVC 穿刺挿入シミュレーターⅡ	トレーニング・ラボ
	腰椎・硬膜外穿刺シミュレーター	トレーニング・ラボ
	気道管理トレーナー	トレーニング・ラボ
	新生児蘇生マネキン	トレーニング・ラボ
	分娩介助教育トレーナー	トレーニング・ラボ
	手背の静脈注射シミュレーター	トレーニング・ラボ
万能型成人実習モデル	さくらⅡ	トレーニング・ラボ



挿管シミュレーター



ビデオスコープ，モニター，
呼気炭酸ガス測定装置



送気時間測定器



CVC 挿入シミュレーター



高機能患者シミュレータ（大阪府立大学）

臨床研修指導医講習会受講済者一覧（令和6年4月時点）55名

研修 科	氏名	所属
内科	上野 清伸	呼吸器内科
	薬師神 崇行	消化器内科
	藤原 弘士	免疫リウマチ科
	行木 紳一郎	免疫リウマチ科
	坂口 学	神経内科
	星 拓	神経内科
	林 晃正	腎臓・高血圧内科
	畑崎 聖弘	糖尿病内分泌内科
	石河 純	血液・腫瘍内科
	松浦 愛	血液・腫瘍内科
	山田 貴久	心臓内科
	渡部 徹也	心臓内科
	浅井 光俊	心臓内科
	森田 孝	心臓内科
	川崎 真佐登	心臓内科
	大場 雄一郎	総合内科・感染症 科

	大池 実衣子	総合内科・感染症科
	牛場 彩	総合内科・感染症科
救急部門	藤見 聡	救急診療科
	吉村 旬平	救急診療科
	目黒 直仁	救急診療科
選択必修科	岩瀬 和裕	外科(消化器外科)
	藤谷 和正	外科(消化器外科)
	本告 正明	外科(消化器外科)
	賀川 義規	外科(消化器外科)
	井上 彬	外科(消化器外科)
	船越 康信	外科(呼吸器外科)
	西井 孝	整形外科
	吉田 洋	緩和ケア科(小児外科)
	平尾 収	麻酔科
	山下 健次	麻酔科
	松本 充弘	麻酔科
	田中 成和	麻酔科
	小垣 滋豊	小児科・新生児科
	西浦 博史	小児科・新生児科

竹村 昌彦	産科・婦人科
森重 健一郎	産科・婦人科
岩宮 正	産科・婦人科
加々良 尚文	乳腺外科
松田 康裕	精神科
大畑 千佳	皮膚科
白川 幸俊	心臓血管外科
飯田 淳一	脳神経外科
高尾 徹也	泌尿器科
阪本 吉広	眼科
宇野 敦彦	耳鼻咽喉・頭頸部 外科
山本 佳史	耳鼻咽喉・頭頸部 外科
福田 健児	形成外科
島本 茂利	放射線治療科
細見 尚弘	画像診断科
山川 美帆	画像診断科
島津 宏樹	病理科
松岡 圭子	病理科
辻 洋美	病理科
春名 能通	臨床検査科

時間外勤務の上限について

当センターでは、時間外労働及び休日労働に関する協定書（労働基準法第36条に基づく労使協定書）により、1日6時間、1ヶ月45時間（歯科医師は年6か月の範囲で80時間以内、医師は155時間以内まで特別延長可）、1年間360時間（歯科医師は720時間、医師は1860時間まで特別延長可）が時間外勤務の上限時間となっていることから、これを順守されたい。

【36協定の要旨】

（原則）

延長することができる時間	
1ヶ月	1年間
45時間	360時間

（特別延長の限度時間、適用限度回数）

区分	延長できる時間・限度回数		備考
	1ヶ月	1年間	
医師	—	1860時間	左記は、当直従事の時間も含めた上限時間数
歯科医師	80時間 ※年6か月まで	720時間	

※労働安全衛生法第66条の8により、時間外勤務が月80時間を超えた職員については、産業医による面接指導を実施することが義務となっているため、いわゆる当直勤務以外での時間外勤務時間数が80時間を超過した場合は、面接指導を実施する対象とする。

※初期研修医については、上級医、指導医からの指示、指導のもと時間外勤務を行うものである。健康管理面の観点からも、いわゆる当直勤務以外での時間外勤務は60時間を超えない範囲で指示するものであり、研修医自身も時間管理、健康管理に留意すること。

○代償休息について

通常の日勤の場合：始業から24時間以内に連続した休息时间(15時間の連続勤務時間制限)を確保する。

※臨床研修における必要性から、指導医の勤務に合わせた24時間の連続勤務を必要とする場合、始業から48時間以内に24時間の連続した休息时间（24時間の連続勤務時間制限）を確保。

※予定された9時間又は24時間の連続した休息时间中にやむを得ない理由により発生した労働に従事した場合は、当該労働時間に相当する時間の代償休息を事後的に付与。（原則として付与の必要性が生じた診療科の研修期間内に付与するものとし、それが困難な場合に限り、翌月末までに付与予定）

※2024年から開始される医師働き方改革に向けての対策

- ・面接指導・・・時間外ならびに当直を含む休日労働が100時間以上となる前に面接指導を実施。
- ・連続勤務28時間制限・・・当直明けの勤務は13時まで許可。ただし研修医については、当直明けの勤務は不可。
- ・勤務間インターバル確保・・・当直及び当直明けの日を除き、通常の日勤後の次の勤務までに9時間以上のインターバルを確保。当直明けの日については、28時間までの連続勤務時間制限を導入した上で、次の勤務までに18時間以上のインターバルを確保。

