令和７年度

枚方公済病院臨床研修病院群
臨床研修プログラム

国家公務員共済組合連合会

枚方公済病院

（病院施設番号：137312）

令和６年４月

枚方公済病院臨床研修病院群臨床研修プログラム

目次

	頁
プログラムの目的と特徴	2
プログラムにおける協力型臨床研修病院	5
研修計画	6
到達目標達成に適した研修診療科及び修得チェックリスト	7
研修指導体制	13
臨床研修の評価	14
研修医の処遇	16
内科臨床研修プログラム	19
救急臨床研修プログラム	26
外科臨床研修プログラム	29
産婦人科臨床研修プログラム	31
小児科臨床研修プログラム	33
精神科臨床研修プログラム	35
地域医療臨床研修プログラム	37
麻酔科臨床研修プログラム	39
一般外来研修	41
付録１　卒後臨床研修の目標	43
付録２　枚方公済病院臨床研修管理委員会規程	46
付録３　臨床研修管理委員会	47
付録４　研修医が単独で行って良い処置の基準	48

枚方公済病院臨床研修病院群
臨床研修プログラム

研修プログラムの名称（プログラム番号 137312203）

国家公務員共済組合連合会枚方公済病院 臨床研修病院群臨床研修プログラム

研修プログラムの目的と特徴

最大の特徴は**新潟県立十日町病院で 6 ヶ月**の期間、**広域連携研修**を組み入れていることである。医師としての成長は「臨床決断を迫られる現場を踏んできた場数」にほぼ比例する。大勢の医師の中で金魚のフンのようなことをしていては、いつまでたっても自分で決められる医者になれっこない。上の医者の顔色をうかがう忖度上手になるだけである。カンファレンスにいくら出席しても、うんちくドクターや評論家医師になってしまっては悲しすぎる。大きかろうと小さかろうと一つの現場を任せられることができて采配をとって仕切れることが、一人前の医者に求められる能力である。だから医師不足地域での半年間は医者としての実力を飛躍的に伸ばすチャンスとなる。その中で**課題発見力・問題解決力・コミュニケーション能力**を是非自分のモノとしていただきたい。

特筆すべきことは十日町病院研修に際して整形外科を 8 週間ローテート可能なことである。プライマリー病院での高齢者の二大疾患は誤嚥性肺炎と骨折であり、骨折の診断・初期対応について系統的に学ぶ機会を初期研修中に持つことはきわめて有用である。

十日町病院は日本有数の豪雪地帯にあるが、逆に道路の除雪体制などが完備している。病院内には雪が車につもらない地下駐車場もある。病院徒歩圏内に宿舎があるので、自家用車なしでの研修も可能である。

医師としての基本的価値観を育む地域医療

国家公務員共済組合連合会枚方公済病院は地域に密着した病院であるが、中規模病院の特徴として住民が緊急ないしは準緊急的に健康医療・介護問題の危機に直面した際の、最初の受け入れ窓口として機能している。未診断の疾患の多様な患者の初期対応を通じて、臨床推論を的確に行う修練が日常的におこなわれるのみならず、これらの患者は往々にして未解決の家庭的・社会的健康問題をかかえていることから、このような患者との入院から在宅医療への移行までの密接な関わりを通じて、医師の社会的使命と利他的な態度、公衆衛生の向上への寄与、人間性の尊重、自らを高める姿勢などの医師としての基本的価値観を形成しながら医療・医学における倫理性を身につけることができる。問題対応能力とコミュニケーション能力を磨き、チーム医療によって患者および医療従事者にとって良質かつ安全な医療を提供することを学びながら、社会における医療の実践のなんたるかを体得することができる。また豊富かつ多彩な症例を経験することそのものにより、科学的探究心がインスパイアされ、生涯にわたって学ぶ姿勢が涵養される。

プログラムでは、内科（24 週）外科（8 週）小児科（4 週）産婦人科（4 週）精神科（4 週）救急（12 週）地域医療（4 週）を必修科目とする。初診患者の診療および慢性疾患患者の継続診療を含む、一般外来研修を 4 週以上、ブロック研修または並行研修によって行う。

枚方公済病院初期臨床研修の理念

枚方公済病院の臨床研修の理念は、断らないER救急、惜しみなく与え惜しみなく教える教育風土、地域で学び地域で育つ、の3点である。

ストレスフリーな研修を目指して

臨床手技習得の機会喪失を防ぐため、ホワイトボードに各研修医が現時点でもっとも習得したい手技などを書き込むようにしており、当該手技実施の機会があれば研修医をコールする仕組みを運用している。ローテーションで研修中の部署の人間関係にようやくなれたとおもったら、また次の部署に移動となり孤立感を抱きがちなローテーターストレスを軽減するために、ナースステーション等に研修医の紹介アイテムを掲示して、研修医をお客様扱いせず、「仲間」として受け入れるようにしている。また指導医の他に若手医師をメンターとして研修医に割り当てて、先輩になんでも相談できる体制をとっている。

標準化された形成的評価

PG-EPOC全国共通の研修評価表をもちいた評価をくりかえしおこなう。少なくとも半年に一回この形成的評価を行って、研修医本人にフィードバックする。

客観的なペーパー試験として、NPO法人　日本医療教育プログラム推進機構が施行する、初期研修医(1, 2年次)を対照とした臨床研修の到達度評価試験を、1年次と2年次に受験させる。

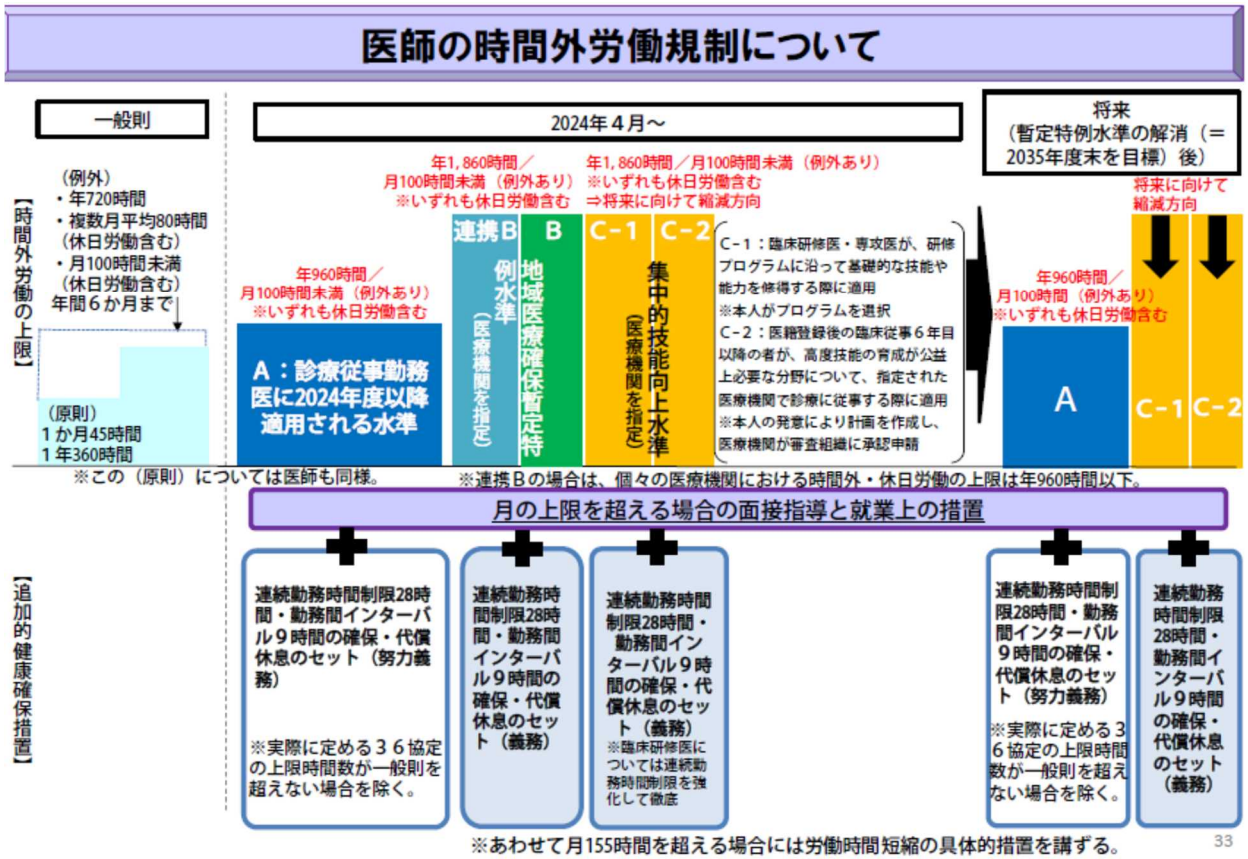
臨床研修へのICTの応用

院内研修をICTプラットフォームのLearnigBOXにアップロードすることで、いつでもどこでもすきま時間に、自学自習できるシステムを導入して、働き方改革と臨床研修の両立を図る。

医師の働き方改革と臨床研修

当院はＡ水準で届け出している。当直については０時から８時の間は宿直として認可をうけているため、この時間帯に患者の診療をおこなった場合には時間外手当を宿直料以外に給付する。準夜帯は時間外労働として時給を給付する。

参考



卒後臨床研修の到達目標

くわしくは厚生労働省の HP を参照のこと。当院研修に当てはめた例文を付録１に記載する。

https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818b.html

プログラムの定員

2名

研修プログラムの管理・運営組織

プログラム責任者、協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設の各研修実施責任者、事務部門の責任者等からなる研修管理委員会（以下「委員会」という）を設置し、臨床研修に関し必要な事項を調査審議する。臨床研修委員会名簿は付録3として添付する。

病院群の構成

基幹型臨床研修病院　　国家公務員共済組合連合会枚方公済病院

広域連携型臨床研修病院　新潟県立十日町病院、新潟県立松代病院

在阪連携型臨床研修病院

関西医科大学附属病院（産婦人科、麻酔科、小児科）

社会医療法人　愛仁会　千船病院附属病院(産婦人科)

市立ひらかた病院（小児科)

方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立精神医療センター（精神科）

研修協力施設　　医療法人みどり会中村記念クリニック（地域医療）

研修計画等

研修目標

経験すべき 29 症候ならびに経験すべき 26 疾病・病態をもれなく研修しつつ、臨床研修到達目標に定められた、ABC の三大項目（A.医師としての基本的価値観、B.資質・能力、C.基本的診察業務）を段階的に修得できるよう、合理的かつ人間的な研修をおこなう。

(2)　研修計画

各科目の研修期間として以下のように設定している。

必修科目　内科　24 週　　救急　12 週　外科　8 週　小児科　4 週　精神科　4 週　、　地域医療　4 週　産婦人科　4 週　一般外来研修　4 週（並行研修しなかった場合）

選択科目　（合計 40 週）

次の科目から選択して当院にて研修する。

麻酔科、総合診療科、内科、消化器外科、眼科

研修ローテート例

一般外来研修は内科もしくは地域医療ローテーション中に並行研修を行い、不足コマ数をブロック研修として独立させて研修する。

※産婦人科は関西医科大学附属病院産婦人科あるいは社会医療法人愛仁会千船病院産婦人科で研修する。精神科は地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪精神医療センターで研修する。地域医療は新潟県立十日町病院の協力医療機関もしくは医療法人みどり会中村記念クリニックで研修する。麻酔科は当院もしくは関西医科大学付属病院麻酔科で研修する。必修科目の小児科は新潟県立十日町病院小児科あるいは市立ひらかた病院小児科で研修する。（選択科目の小児科研修は当院で実施する）

研修医（先攻）4週間ごと目盛

1年次	公済							十日町			
	内科（8W）	救急（8W）	外科（8W）	麻酔	小児	整形（8W）	内科	救急			

2年次		公済									
	地域一般	内科一般	内科一般	内科一般	産婦千船関医	精神精神医C	必須科目不足分／選択科目				

研修医（後攻パターン1）4週間ごと目盛

1年次	公済										
	内科（8W）	救急（8W）	麻酔	外科（8W）	産婦千船関医	精神精神医C	内科一般	内科一般	内科一般		

2年次		十日町									
	選択	小児	整形（8W）	内科	救急	地域一般	必須科目不足分／選択科目				

研修医（後攻パターン2）4週間ごと目盛

1年次	公済										
	内科（8W）	救急（8W）	麻酔	外科（8W）	産婦千船関医	精神精神医C	内科一般	内科一般	内科一般		

2年次	公済						十日町				
	内科	救急	選択	選択	内科	救急	地域一般	小児	整形（8W）	選択	選択

経験すべき症候

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

ショック、体重減少・るい痩、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作、視力障害、胸痛、心停止、呼吸困難、吐血・喀血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便通異常（下痢・便秘）、熱傷・外傷、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋力低下、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、興奮・せん妄、抑うつ、成長・発達の障害、妊娠・出産、終末期の症候（29 症候）

経験すべき疾病

外来又は病棟において、下記の疾病を有する患者の診療にあたる。

脳血管障害、認知症、急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、高血圧、肺癌、肺炎、急性上気道炎、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、急性胃腸炎、胃癌、消化性潰瘍、肝炎・肝硬変、胆石症、大腸癌、腎盂腎炎、尿路結石、腎不全、高エネルギー外傷・骨折、糖尿病、脂質異常症、うつ病、統合失調症、依存症（ニコチン依存症・アルコール依存症・薬物依存症・病的賭博。）（26 疾病）

※ 経験症候及び経験疾病については、日常業務において作成する病歴要約で確認を行うことし、病歴、身体所見、アセスメント/プラン、検査所見、治療方針、当該患者に対する考察等を含むこと。またこれらの研修記録の PG-EPOC へのオンライン入力については事務部門による代行入力も利用可能である。

選択科目を設定する際の参考とするため、以下に到達目標の達成に適した研修診療科及び修得チェックリストを掲載するので参照頂きたい。また、研修医が単独で行って良い処置・処方の基準も、リストに記載している。

経験すべき症候　（29 症候） 外来又は病棟において、下記の症候を呈する患者について、病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と、病態を考慮した初期対応を行う。	経験機会が多い診療科	経験した日付	患者 ID
ショック	救急・内科		
体重減少・るい痩	内科		
発疹	小児科・内科		
黄疸	内科		
発熱	内科・小児科・救急		
もの忘れ	内科		
頭痛	内科・救急		
めまい	内科・救急		
意識障害・失神	内科・救急		
けいれん発作	救急・内科		
視力障害	内科・救急		
胸痛	救急・内科		
心停止	救急・内科		
呼吸困難	救急・内科		
吐血・喀血	救急・内科・外科		
下血・血便	救急・内科・外科		
嘔気・嘔吐	内科・外科・小児科		

腹痛	内科・外科・救急		
便通異常（下痢・便秘）	内科・外科		
熱傷・外傷	外科・救急		
腰・背部痛	内科・救急・外科		
関節痛	内科・外科		
運動麻痺・筋力低下	内科		
排尿障害（尿失禁・排尿困難）	内科		
興奮・せん妄	内科・精神科・地域医療		
抑うつ	内科・精神科		
成長・発達の障害	内科・小児科		
妊娠・出産	産婦人科・救急		
終末期の症候	内科・外科・地域医療		

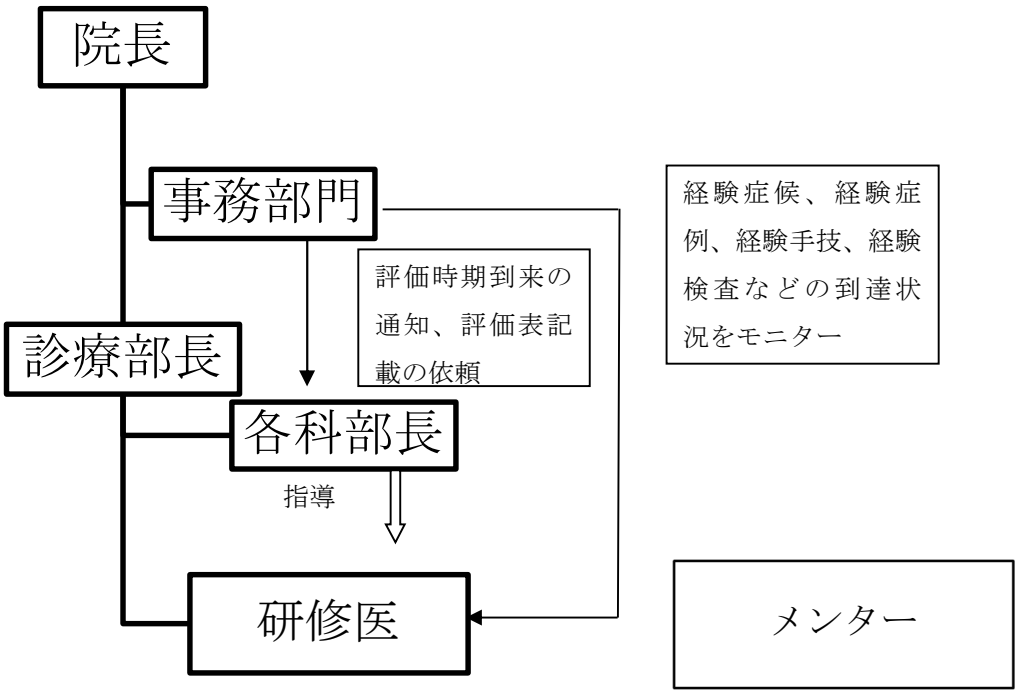
経験すべき疾病　（25 症候） 外来又は病棟において、下記の疾病を有する患者の診療にあたる。	経験機会が多い診療科	経験した日付	患者 ID
脳血管障害	内科・救急		
認知症	内科		
急性冠症候群	救急・内科		
心不全	内科・救急		
大動脈瘤	救急・内科・外科		
高血圧	内科		
肺癌	内科・外科		
肺炎	内科・救急		
急性上気道炎	内科・小児科		
気管支喘息	内科・小児科・救急		
慢性閉塞性肺疾患 COPD	内科・救急		
急性胃腸炎	内科・小児科		
胃癌	外科・内科		
消化性潰瘍	内科		
胆石症	内科・外科・救急		
大腸癌	内科・外科		
腎盂腎炎	内科		
尿路結石	救急・外科		
腎不全	内科		
高エネルギー外傷・骨折	救急		
糖尿病	内科・小児科		
脂質異常症	内科		
うつ病	精神科・内科		
統合失調症	精神科・救急		
依存症（ニコチン依存症・アルコール依存症・薬物依存症・病的賭博等を含む。）	内科・精神科		

基本的手技	習得に適切な科目
気道確保　マスクフィット	救急
胸骨圧迫	救急　内科
圧迫止血	外科　救急
包帯法	外科
注射法　（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保）	各科
注射法　中心静脈確保	内科　外科　救急
採血法　（静脈血、動脈血）	各科
穿刺法　（腰椎穿刺）	内科　救急
穿刺法　（胸腔、腹腔）	内科　外科
導尿法　（バルーンカテーテル挿入）	内科　外科
ドレーン、チューブ類の管理	内科　外科
胃管の挿入と管理	内科　外科
局所麻酔	外科　救急
創部消毒とガーゼ交換	外科　救急
簡単な切開・排膿	外科　救急
皮膚縫合	外科　救急
軽度の外傷・熱傷の処置	外科　救急
気管挿管　鎮静・筋弛緩下挿管	麻酔
気管挿管　非鎮静下挿管	内科
気管挿管　CPR における挿管	救急　内科
除細動	救急　内科

参加すべき院内の研修など		研修に好適な科・部門など	研修日	備考
感染対策	院内感染	内科・外科・集中治療室		
	性感染症	産婦人科		
感染制御チーム	感染制御チームラウンド	病棟		
薬剤耐性	国際的薬剤耐性菌問題など	抗菌剤適性使用支援チーム		
予防医学	予防注射	小児科		
	二次予防のための患者教育	心不全二次予防プログラム		
	一般人に対する BLS 指導	地域への BLS 出張講習		
虐待への対応	被虐待児の発見など	小児科、研修会		
	高齢患者へのネグレクト	内科		
社会復帰支援		精神科		
児童思春期精神科	発達障害対応	精神科		
緩和ケア	末期癌の緩和ケア	内科		
	末期心不全の緩和ケア	内科		
	末期呼吸不全患者の緩和ケア	内科		
	末期神経難病患者の緩和ケア	内科		
	緩和ケアチームラウンド	内科・外科		
アドバンス・ケア・プランニング(ACP)	退院前カンファレンスにおける在宅看取りプラン策定	内科		
退院支援チーム	退院前カンファレンス	内科		
死亡診断書	病棟	各科		
臨床病理検討会(CPC)	剖検症例うけもち	内科・外科		
	剖検立ち会い	内科・外科		
	CPC プレゼンテーション等	内科・外科		
介護保険主治医意見書	病棟	内科		
NST チーム	NST ラウンド	病棟・HCU		
認知症ケアチーム	認知症ケアラウンド	病棟		
ゲノム医療		研修会		
消防訓練				
災害医療訓練				

研修指導体制

研修医は将来の専門診療科の有無によらず各診療科には属さず、診療部付けとして診療部長を直属上司とし、研修生活全般の待遇面やメンタルケアに関する事項は診療部長を相談窓口とする。各科配属中は、該当科の部長が指導に責任をもち、当該科での到達目標の進捗度をチェックする。PG-EPOC への記載事項より、研修期間を通じての研修進捗状況を把握して、研修医や指導医、研修プログラム責任者にフィードバックする。研修医が記載した診療要約を指導医は査読し質を担保したうえで、研修医自身と指導医の署名を行なって、PG-EPOC に提出する。指導医及び研修プログラム責任者は診療要約を研修医が遅滞なく記載提出するようコントロールするとともに、定められた時期に前述の研修医評価表（Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ）に準拠した評価を行い形成的指導に活用する。



プログラム責任者

プログラム責任者は、研修プログラムの作成、管理及び研修医に対する助言、指導を担当する。

加藤　星河　（内分泌代謝内科部長）

(1) 診療部長

診療部長は研修医を含むすべての医師を統括する立場から、研修医の労働条件、勤務環境を整備するとともに、組織図上研修医の直属上司であることより、各診療科ローテート中の研修医の勤務実態について、研修医から直接フィードバックを受け、労働基準の遵守、ハラスメント防止について各診療科の部長に対して指導を行う。

雑賀　良典　（診療部長）

(2) 指導医

指導医は、担当する研修科目における研修期間中、各研修医の経験目標の達成状況を把握し、研修医の評価・指導を行い、研修期間終了後、研修医の評価をプログラム責任者に報告する。

各ローテーションの教育責任者一覧

内科	加藤星河、片岡宏、竹中洋幸、廣田伸之、藤田亮子、山本貴士、北岡修二、野本尚、角道祐一（十日町病院）
救急部門	竹中琴重、山邊裕子、齋藤悠（十日町病院）
地域医療	協力病院・施設研修実施責任者
外科	竹中治、久保田恵子、清﨑浩一（十日町病院）
小児科	北川康作、金山哲也（十日町病院）、岡空圭輔（市立ひらかた病院）
産婦人科	~~小菅直人（十日町病院）、~~岡田十三（愛仁会千船病院）、岡田英孝（関西医科大学付属病院）
精神科	協力病院・施設研修実施責任者
整形外科	倉石達也（十日町病院）
麻酔科	原　りさ

臨床研修の評価

研修の評価は、主として PG-EPOC をもちいるが、一部独自の評価表を併用する。PG-EPOC の入力内容は紙媒体に印刷して枚方公済病院臨床研修委員会としても保存する。

卒後臨床研修医用オンライン臨床教育評価システム

E-POrtfolio of Clinical training for PostGraduates　PG-EPOC

https://epoc2.umin.ac.jp/

研修医は研修プログラムに従って研修を行い、卒後臨床研修評価機構(JCEP)発行の研修医手帳（病院から支給）に記録し、PG-EPOC に入力する。26 疾病・29 症候を経験した場合サマリー提出が必要である。該当患者を退院時まで受け持った場合は退院時サマリーを、退院まで受け持たなかったような場合は、研修医ローテーション引き継ぎサマリー、ないしは経過途中のウィークリーサマリー、外来症例の場合外来サマリーなどを記載して、指導医ならびにプログラム責任医師のチェックを受ける。PG-EPOC への事務部門による代行入力も認める。また指導状況、研修環境の評価入力を行う。各診療科での PG-EPOC 評価入力期間はローテーション開始からローテーション終了後 1 ヶ月までである。また、各診療科で経験した入院症例の退院サマリーは、患者退院後 1 週間以内に記載して指導医の承認を得ること。

指導医は研修医手帳の記入状況、PG-EPOC への入力状況を把握し、研修医ごとの研修内容を改善することを主たる目的として形成的評価を行う。26 疾病・29 症候に関するサマリー記載を研修医に促し、サマリーを査読し必要に応じて改訂させる。指導医は研修医の履修状況をモニターし、当該科の研修期間中に経験すべき症候・疾病・病態を体験できるよう受け持ち患者などの割り当ての調整を行う。事務部門は指導医と研修医の双方をサポートして、履修と評価が遅滞なくおこなわれるようにする。

少なくとも半年に一回、指導医・上級医ならびにコメディカルスタッフは研修医評価表Ⅰ（A　医師としての基本的価値観に関する評価　様式 18)、研修医評価表Ⅱ　（B　資質･能力に関する評価　様式 19)、研修医評価表Ⅲ　（C 基本的診療業務に関する評価　様式 20）に準拠して研修目標達成度を評価し、臨床研修管理委員会に提出する。臨床研修管理委員会はこれらの評価表を保管するとともに、評価対象のコンピテンシー習得の進捗状況を把握し、適切な介入を講じる。また 6 ヶ月ごとにフィードバックシートを用いて形成的評価を行うとともに、次の 6 ヶ月間の研修計画を立案する。

研修期間の修了時には、プログラム責任者から臨床研修の達成状況の報告を受けた臨床研修管理委員会が、臨床研修の目標の達成度判定表（様式 21）に準拠した判定会議を開催し、すべての基準が満たされた場合に研修修了として病院長に報告する。病院長は臨床研修を修了したと認定された研修医に対して、臨床研修修了証を発行する。

臨床研修医の待遇等に関する規定

（目　的）

第１条　この規程は、国家公務員共済組合連合会枚方公済病院における臨床研修医（以下「研修医」という。）の待遇等に関する事項について定める。

（身　分）

第２条　研修医は枚方公済病院　病院採用職員として採用する。

（給与等）

第３条　研修医の基本給与は次の各号により支給する。

⑴１年次　月額基本額　400,000 円

⑵２年次　月額基本額　430,000 円

なお、勤務１時間あたりの給与額の算出に際しては、月額基本額を本俸の扱いとする。

２　研修医の諸手当、賞与等は次の各号により支給する。

⑴宿日直手当　病院職員給与規程額の 1/2 を支給する。

⑵通勤手当、住居手当については病院職員給与規程に準じて支給する。

⑶夏季及び冬季一時金は支給しない。

⑷診療賞与は支給しない。

但し、病院長の判断により支給の必要があると認めた者についてはこの限りではない。

⑸退職金は支給しない。

⑹同項第２号に定める手当について、研修プログラムに定める研修において、外部施設に勤務する必要がある場合、当該研修期間に限り自宅から当該施設までの交通費を病院職員給与規程に準じて支給する。

なお、公共交通機関を使用する場合の定期券の使用期間は、研修期間と同等として６箇月を超えない範囲で支給する。

３　前項第⑵号における手当の支給について、基準日を入職日（外部研修の場合はその初日）とし、１月未満の勤務がある月の支給は、日割りにより算出した額または日額（定額）のいずれか経済的または合理的である額を支給する。

４　この規程に定めのない事項については、病院長の判断により支給の有無及び支給額等を決定するものとする。

（勤務時間）

第４条　勤務時間は 8 時 30 分から 17 時 15 分。ただし、時間外労働および宿日直勤務を命ずる場合もある。

２　休日は枚方公済病院病院採用職員就業規則（以下「就業規則」という）に定める休日とする。

（年次有給休暇）

第５条　研修医の年次有給休暇は就業規則に依らず、次の各号に定める日数を付与するものとする。

⑴研修期間が 7 月以上の場合、入職月から 6 月までは各月に 1 日を付与し、7 月目に 4 日を付与する。

⑵研修期間が 6 月以下の場合、入職月から最終月まで各月に 1 日を付与する。

２　前項⑴の場合、次年の付与日数は法定通りとする。

（特別有給休暇）

第６条　研修医の特別有給休暇は次の各号に定める日数を付与する

⑴就業規則第 39 条第 1 項第 1 号から第 6 号および第 8 号に定める日数。

⑵就業規則第 39 条第 1 号第 7 号に定める期間は研修期間とし、負傷又は疾病の種類を問わず 30 日を限度とする。

２　就業規則第 39 条第 1 項第 9 号から 18 号については付与しない。

（夏季休暇）

第７条　夏季休暇期間に在籍する研修医の付与日数は次の各号に定める

⑴在籍 1 年以上は規定の日数を付与する

⑵在籍 1 年未満は２日を付与する

（その他）

第８条　その他待遇については下記のとおりとする。

⑴健康保険、厚生年金に加入する。保険料は折半とする。

⑵研修プログラムに定められていない病院等で診療に従事することは禁止する。

２　この規程に定めるもの以外は就業規則に定めるものとする

枚方公済病院採用職員就業規定ならびにいわゆる 36 労使協定の全文は、研修医室に常備しいつでも閲覧可能である。

新潟県立十日町病院で研修中は十日町病院の就労規程に準じる。

http://www.tokamachi-hosp-niigata.jp/training/treatment.html

プログラム修了者の扱い

日本内科学会から国家公務員共済組合連合会枚方公済病院内科専門医プログラムの認定を受けており、内科専門医をめざす研修医に関しては、前期研修終了後日本専門医機構ならびに日本内科学会の定める公正な採用手順をへて、引き続き当院で内科専門医研修をうけることが可能である。内科以外の領域での専門医プログラムの認定は受けていないので、内科以外の科目の後期研修を希望する場合は、他施設での後期研修医に応募して頂くことが必要である。もちろん他施設で内科分野の専門研修

を受けることも可能である。専門研修のプログラム選定について、有給休暇を用いて研修医募集フェアや病院見学に参加できる。また当院在籍の各科指導医が、自身の経験や人的ネットワークを活かして進路の相談に乗ることも可能である。

内科 臨床研修プログラム

（枚方公済病院、十日町病院で研修）

内科については、入院患者の一般的・全身的な診療とケア、および一般診療で頻繁に関わる症候や疾患に対応できるようになるために、幅広い疾病に対する診療を行う病棟研修を含んでいる。また内科外来で一般外来研修を並行して行う。

GIO（一般目標）

1. 各内科領域の比較的典型例を主治医として受け持ち、疾患の症候・経過・治癒過程を、患者に寄り添う治療者として深く体験し、正確なカルテ記載、端的なカンファレンス発表を行うことで、医師としての基礎的内科修練を積む。
2. コモンな症候ならびに疾患について、できるだけたくさん経験して、日常診療のノウハウを身につけるとともに、ピットフォールに関するセンスを磨く。
3. 患者背景によって、診断の事後確率はダイナミックに変化するので、患者情報をできるだけ多面的に把握した上で、臨床推論が行える。また頻度の多い（確率の高い）疾患、鑑別すべき主な疾患、希少であり（確率は低いが）見落とすと重大な事態をおこしうる疾患の 3 群に整理して、診断と治療が行える。
4. 医療記録（診療録・処方箋・指示書・診断書・証明書・CPC レポート・紹介状と返信・死亡診断書など）を適切かつ遅滞なく記載する習慣を身につける。
5. 医療安全はすべてに優先することを理解し、明確な指示出しと指示が通っていることのコメディカルスタッフへの確認、本人確認、指さし確認などの習慣づけを行う。特に中心静脈カテーテル留置などに際しては、日本医療安全評価機構の報告書を精読しその勧告に従う。

SBO（行動目標）

（循環器）

1. 虚血性心疾患の身体所見・検査所見を判定し、方針を決定できる。（解釈、問題解決）
2. 弁膜症の身体所見・検査所見を判定し、方針を決定できる。（解釈、問題解決）
3. 心筋症の身体所見・検査所見を判定し、方針を決定できる。（解釈、問題解決）
4. 不整脈の検査結果を解釈し、薬物療法・電気的除細動が行える。（解釈、問題解決）
5. 急性心不全の病態を把握し、治療法を選択できる。（解釈、問題解決）
6. 心不全患者における中心静脈カテーテル、スワン・ガンツカテーテルの適応、禁忌、安全な挿入留置手技ならびに方法を述べることができ、施行できる。（知識、解釈、技能）
7. 肺水腫ならびに CPR における気管内挿管の適応、禁忌、安全な挿入留置手技ならびに方法を述べることができ、施行できる。（知識、解釈、技能）
8. 慢性心不全の病態を把握し、原因診断と治療法の選択ができる。（解釈、問題解決）
9. 高血圧症の病態を把握し、原因診断と治療法の選択ができる。（解釈、問題解決）
10. 脈管疾患の身体所見・検査所見を判定し、方針を決定できる。（解釈、問題解決）

11. 北河内心不全二次予防プログラム（レインボープログラム）の意義を理解し、患者にレインボー手帳を利用した自己管理方法を指導できる。（解釈、問題解決）
12. 地域の学校や企業や自治会での BLS についての啓蒙活動に参加し、一般人に対して BLS の意義や手技を説明し教育することができる。また心疾患で入院した患者の家族に対しても同様の教育ができる。（問題解決、技術）
13. 末期心不全患者における緩和ケアの適応を判断し倫理的に緩和ケアへの移行プロセスを実施することができる。（知識、解釈、問題解決）

（内分泌代謝）

1. 糖尿病の病態に応じて、インスリン/経口糖尿病薬を適切に使用できる。（知識、技能）
2. レギュラーインスリンの静脈内シリンジポンプ投与法、血糖スケールによる管理など、急性期対応ができる。（知識、技能）
3. 視床下部・下垂体疾患に対する各種内分泌負荷試験を実施し、その解釈ができる。（知識、解釈、技能）
4. 甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症の病態を把握し、原因診断と治療法の選択ができる。（解釈、問題解決）
5. 副腎不全の診断と救急対応、慢性期の補充療法ができる（解釈、技能）
6. 高脂血症（脂質異常症）の診断と治療ができる（解釈、技能）

（腎臓）

1. 尿検査、血液検査、超音波検査などの解釈ができ、泌尿器科的腎・尿路疾患の鑑別診断と治療ができる。（解釈、技能）
2. 急性腎前性腎不全の病態を理解し、患者管理ができる。（知識、技能）
3. 腎性腎不全（急性・慢性）の病態を理解し、患者管理ができる。（知識、技能）
4. 腎後性腎不全（急性・慢性）、尿閉の病態を理解し、バルーンカテーテル挿入の適応、禁忌、予想されうる挿入困難と対処法を述べることができ実行できる。（知識、問題解決、技能）
5. 糖尿病や膠原病など全身性疾患による腎障害の病態を理解し、患者管理ができる。（知識、技能）
6. 末期腎不全状態での透析導入プロセスを設定できる。（知識、技能）
7. 原発性糸球体疾患（急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群）の診断と治療ができる。（知識、解釈、技能）

（消化器）

1. 急性腹症の鑑別診断をおこない、適切に対処できる。（解釈、問題解決）
2. 腹部超音波検査を施行し、結果を診療に活かすことができる。（技能、解釈、問題解決）
3. 上下部消化管疾患の鑑別診断と治療ができる。（知識、解釈、問題解決）
4. 肝胆膵疾患の鑑別診断と治療ができる。（知識、解釈、問題解決）
5. 消化器癌の化学療法ならびに緩和ケアができる。（知識、問題解決）

6. 急性胃腸炎の鑑別診断を行いノロウイルスなどにたいする接触感染防御策を適応することができる。（知識、解釈、技能）
8. 経鼻胃管挿入の適応、禁忌、安全な挿入留置手技ならびに方法、胃管管理法を述べることができ、施行できる。（知識、解釈、技能）
9. 腹水貯留患者における腹腔穿刺の適応、禁忌、安全な穿刺手技ならびに方法を述べることができ、施行できる。（知識、解釈、技能）

（血液）

1. 末梢血液像、骨髄像、リンパ節生検病理像の解釈ができる。（知識、解釈）
2. 白血病、リンパ増殖性疾患の診断基準を理解し適応できる。（知識、解釈）
3. 出血傾向・紫斑病・DIC の診断と治療ができる。（解釈、技能）
4. 免疫不全状態の患者の無菌室への隔離と感染予防を行うことができる。（解釈、問題解決）
5. 血液型判定、クロスマッチができる。輸血の適応、禁忌、安全な輸血方法を述べることができ、施行できる。輸血副作用の早期発見と対処ができる。（知識、解釈、問題解決、技能）

（呼吸器）

1. 呼吸不全の診断、治療、在宅医療が行える。（知識、技能、問題解決）
2. 呼吸器系感染症の診断と治療ができる。（技能、解釈）
3. 気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患、間質性肺炎の適切な患者管理が行える。（知識、問題解決）
4. 肺癌の診断、ステージ分類、治療法の選択ができる。（知識、問題解決）
5. 睡眠時無呼吸症候群の検査、CPAP の適切な処方ができる。（解釈、問題解決）
6. 肺塞栓・肺梗塞の診断と治療ができる。（知識、解釈、技能）
7. 自然気胸、胸膜炎の診断と治療ができる。（解釈、技能）
8. 末期呼吸不全患者における緩和ケアが行える。（問題解決、技能）
9. 結核症の早期診断と届け出、結核が疑われる患者の陰圧室への隔離、N95 マスク対応などの空気感染防御策が行える。接触者検診などの手順を理解する。（知識、問題解決、技能）
10. 呼吸不全患者に対する NPVV もしくは気管挿管、気管切開カニューレによる補助呼吸、人工呼吸の適応、禁忌、安全な換気方法を述べることができ、施行できる。（知識、解釈、技能）
11. 気胸、胸水貯留患者における胸腔穿刺の適応、禁忌、安全な手技ならびに方法を述べることができ、施行できる。（知識、解釈、技能）
12. 動脈血採血ならびに動脈血ガス分析結果の判定と解釈ができる。（知識、解釈、技能）

（総合内科）

1. 虚弱（フレイル）、認知症などを合併した超高齢患者に個別的対応した治療枠組みを提供できる。（知識、問題解決）
2. 嚥下機能を評価し誤嚥を防止しつつ適切に高齢者の栄養管理ができる。（解釈、技能、問題解決）

3. 地域医療機関、介護サービスと提携して問題点を共有しつつ在宅移行を行うことができる。（問題解決）
4. 身体徴候や病歴から高齢者ネグレクトを見抜き、対応ができる。（知識、解釈、問題解決）
5. 認知症患者への暴力、認知症患者からの配偶者への暴力などの虐待事例を見抜き、対応ができる。（知識、解釈、問題解決）
6. 末期癌患者における緩和ケアが行える。（問題解決、技能）
7. 入退院を繰り返す高齢患者において、本人・家族ならびに関係者によるアドバンス・ケア・プランニング(ACP)を入院中に行い、自己決定権と人権と本人の幸福に配慮した、医療設計をおこない明文化することができる。（知識、問題解決、技能）
8. インフルエンザ流行期における発熱外来での診療を、飛沫感染防止策を適応して行うことができる。（知識、技能）
9. 入職時におこなっている研修医自身の麻疹に対する抗体価を把握しておき、感染防御力が不足する懸念がある場合は、ワクチン接種を受けるほか、麻疹が疑われる患者に万一接する場合は、N95 マスク装用などの空気感染防御策を行う。（知識、解釈、問題解決）

（神経内科）

1. 脳血管障害の神経学的診察、画像検査、治療が行える。（技能、解釈、問題解決）
2. 認知症の神経学的診察、画像検査、治療が行える。（技能、解釈、問題解決）
3. 神経変性疾患の神経学的診察、画像検査、治療が行える。（技能、解釈、問題解決）
4. 自己免疫性神経筋疾患の神経学的診察、血清抗体検査、髄液検査、画像検査、治療が行える。（知識、技能、解釈、問題解決）
5. 脳炎、髄膜炎の診断と治療を行える。腰椎穿刺の適応、禁忌、安全な挿入留置手技ならびに方法を述べることができ、施行できる。（知識、技能、解釈、問題解決）
6. 脳・脊髄外傷への初期対応、ならびに慢性期後遺症管理が行える。（知識、技能、解釈、問題解決）
7. 末期神経難病患者における緩和ケアが行える。（問題解決、技能）
8. 意思疎通が比較的困難な神経難病進行症例において、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を入院中に行い、自己決定権と人権と本人の幸福に配慮した、医療設計をおこない明文化することができる。（知識、問題解決、技能）

LS（方略）

（全般）

入院主治医として患者の治療を担当し、まず研修医自らが患者診察ならびに非侵襲的検査を行い、結果を解釈する。必要であれば侵襲的検査適応についても、なぜその検査が必要で、その検査から得られる情報によって今後の治療がどのように代わりうるかを、明確にカルテ記載した上でオーダーする。指導医は、研修医のオーダーした検査が過不足ないか、また患者にとって有害でないかどうかを常にチェ

ックする。カルテ記載について指導医はチェックし、内容が適切であれば承認し、指導的コメントを記載する。

処方もまず研修医が立案し指導医の承認を得るが、その際各処方薬の処方目的、適応症、想定される副作用、主な薬物相互作用、投与によってもたらされうる変化、投与終了の目処などについて、指導医に上申する。

研修医は各種カンファレンスで症例呈示を行なうこと。また部長回診には同行して、自分の受け持ち以外の患者についても学習すること。さらに、救急外来で初期対応を自分が担当し、その後入院になっている患者については、入院主治医が別のドクターであった場合でも、その患者の入院経過に関心をもち、救急外来での自分の見立てがあたっていたかどうか、初期対応は必要十分であったかどうか、現主治医からの教示を受けること。

（循環器）

平日朝の新入院患者紹介、ならびに夕の症例検討会で症例報告をし、ディスカッションに参加する。ベッドサイドでの検査や手技に習熟する。研修医が主治医をしている患者の心臓カテーテル検査や、研修医が当直しているときに行われる緊急カテーテル検査では助手を務める。CV カテーテル挿入やスワン・ガンツカテーテル挿入、気管挿管を指導医のもとで行う。

（内分泌代謝）

糖尿病患者の血糖管理を通じて、インスリンの使用法について習熟する。負荷試験を施行する。

（腎臓）

透析カンファレンスに出席する。緊急透析や維持透析を臨床工学技士とともに行う。

（消化器）

消化器・外科合同カンファレンスに出席する。ベッドサイドでの検査や手技に習熟する。内視鏡室で術者の助手を務める。

（血液）

血液カンファレンスに出席する。化学療法やその後療法を担当する。

（呼吸器）

毎日、部長と回診する。CT 画像と肺病理とを連携させて読影する。気管支鏡検査の助手を務める。

（総合内科）

嚥下機能評価、嚥下訓練、嚥下内視鏡検査をおこなう。介護職との退院前カンファレンスの司会を務める。長谷川式簡易知能スケールを行う。褥瘡評価を行う。

（神経内科）

ベッドサイドで神経学的所見をとり、指導医のとった所見との相違から、神経学的診察のチューニングをおこなう。神経学的所見と画像などから、診断に至る神経学的思考を実践する。神経内科外来でのSchreiber（速記者）を務め、外来通院中の希少神経難病患者診療に立ち会う（任意）。

EV（評価）

1. 自己評価　PG-EPOC の各内科領域該当項目について研修医が入力する。
2. 指導医は自己評価表を点検する。研修医の自己評価と周囲からの客観的評価との乖離がある項目については、特にその理由を考察し、丁寧なアドバイスを研修医に与える。ローテーション終了時の面談で、指導医としての評価を評価表のチェック項目にしたがって採点するのみならず、自由記載欄に形成的コメントを記入する。研修すべき内容に不履修がおきないよう、指導医は研修医に適切な症例を当てて経験させ、当該ローテート期間中にかならず履修できるようにする。
3. 面談を通じて指導医としての評価を研修医にフィードバックする。フィードバックの度に形成的指導を行い、研修医が自己の問題点に気づきと自己目標設定が出来るように促し、自己効力感を保ちつつモチベーション向上につなげられるようにする。

研修医の週間スケジュール表（例）

循環器内科、呼吸器内科、腎臓内科ローテーション期間

	午前	午後
月	8:35-9:05　新患カンファレンス 病棟回診	心臓カテーテル検査
火	8:35-9:05　新患カンファレンス　　一般外来研修	一般外来研修 16:45　循環器科症例検討会
水	8:35-9:05　新患カンファレンス 11:00　心臓超音波	気管支鏡 16:30 呼吸器カンファレンス
木	8:35-9:05　新患カンファレンス 病棟回診	頚動脈脈管超音波 16:45　循環器科症例検討会
金	8:35-9:05　新患カンファレンス 11:00　心臓超音波	透析 16:45　文献抄読会

消化器内科、総合内科、内分泌代謝内科ローテーション期間

	午前	午後
月	上部消化管内視鏡　病棟回診	甲状腺超音波検査　病棟業務
火	腹部超音波検査	下部消化管内視鏡
水	上部消化管内視鏡	アンギオ、ERCCP、ENBD、PTCD、ラジオ波焼却術など
木	病棟業務	一般外来研修
金	8:00　消化器内科外科合同カンファレンス 腹部超音波検査	一般外来研修 16:45　文献抄読会

血液内科、神経内科ローテーション期間

	午前	午後
月	一般外来研修	一般内科研修
火	9:00-10:00　血液内科標本検鏡カンファレンス　血液内科回診	嚥下機能評価回診　神経内科回診
水	血液内科化学療法	血液内科化学療法
木	NST 回診	神経内科外来
金	血液内科化学療法	16:45　文献抄読会

救急臨床研修プログラム

（枚方公済病院、十日町病院で研修）

救急研修は 12 週間とする。12 週間のブロック研修をおこなうことが原則であるが、4 週以上のまとまった期間に救急研修を行った上で、週 1 回の研修を通年で実施するなど特定の期間一定の頻度により行う研修（並行研修）を行うことも可能である。また救急研修のブロックを前期と後期というふうに分割することも可能である。なお、特定の必修分野を研修中に、救急での並行研修を行う場合、並行研修を行う日数は当該特定の必修分野の研修期間に含めないこととする。

GIO（一般目標）

重症患者に対する初期治療とトリアージ及び心肺蘇生法の知識と技術を習得する。頻繁に発生する内因性および外因性救急疾患を経験し、初期治療に必要な知識と技術を習得する。

SBO（行動目標）

1. 胸骨圧迫、電気的除細動、気道確保、バッグ・バルブ・マスクによる用手換気、緊急静脈路確保ができる。（技能）
2. 初期輸液の選択、バイタルサインの安定化、適切な酸素化ができ、意識状態や臓器不全症状の把握と対処ができる。（技能、解釈、問題解決）
3. 緊急カテーテル、緊急内視鏡、緊急手術などが必要な状態をいち早く鑑別し、遅滞なく各専門領域のドクターに引き継ぎができる。（解釈、問題解決）
4. 患者本人はもちろん、家族や救急隊に対して礼儀正しい態度をとることができ、必要な情報をすばやく収集することができる。また、的確で誤解をまねかない情報開示により本人や家族の不安をやわらげ、コミュニケーション力によって信頼を勝ち取ることができる。（態度）
5. ER 室での医療事故発生を未然に防ぐため、スタッフ間で声だしコミュニケーションを図れること。また能力を上回る緊急事態である場合は、躊躇せず三次救急医療機関への転送依頼ができること。（態度、問題解決）
6. 鑑別診断を、救急処置と並行して行い、限られた医療資源を有効利用して、危機管理的臨床を行わなければならないという救急医療の特殊性を理解し、そのなかで医師としてのやりがいを感じることができる。また時間軸を意識した診療、記録ができる。（知識、解釈、問題解決）
7. 研修医自身がストレスコーピング能力を増進できる。上質なユーモアセンスを身につけることができる（態度、問題解決）

LS（方略）

1. 一週間あたりの重症疾患の搬送件数は、急性冠症候群 7 件、心肺停止 1 件、急性大動脈解離 1 件、脳梗塞 3 件、重症感染症 10 件、脱水症ならびに熱中症など 3 件、急性腹症 3 件、呼吸不全 4 件程度であり、まんべんなく救急疾患の経験を積ませる。
2. 気管内挿管、CV カテーテル挿入などの手技の訓練を行い、実地施行させる。
3. 公式な BLS、ACLS を院内で年間数次開催しており、初期研修医のためにも、研修開始後なるべく早く講習会を開催し受講させる。心肺蘇生法については国際的に標準化されているので、研修医がその

手順を暗記して、現場で指揮をとる。

4. 救急医薬品の標準的使用法について習熟する。
5. Walk in 症例のなかのハイリスク患者を見抜けるよう、安易に帰宅させず経過観察入院させて、鑑別診断を十分行う。

EV（評価）

1. 自己評価　PG-EPOC の救急領域該当項目について、研修医が入力する。
2. 指導医は自己評価表を点検して、指導医としての評価を行い自由記載欄に追記する。研修すべき内容に不履修がおきないよう、研修期間中の面談でチェックをすることで、不履修がおきうることが想定される場合は、適切な症例を当てて経験させ、当該ローテート期間中に必ず履修出来るようにする。さらに総論で述べたように、救急科目の研修終了時点において、研修医と指導医がペアで診療を実際におこない、指導医は研修医のパーフォーマンスを観察し、情報収集・問題発見・臨床推論・処方、ならびに指示・インフォームドコンセント・危機管理、ならびに安全対策などの各方面の能力から構成される問題解決力を総合的に評価する。また、段取りや申し送り、引き継ぎなどの協調性とコミュニケーション力を評価する。

臨床研修の到達目標に定められた基本的手技、基本的治療法についての評価とフィードバックを救急部門 3 ヶ月間のローテーション中に行う。2 週間ごと 6 回の面接で、以下のテーマをそれぞれ取り扱う。

①気道確保・人工呼吸・胸骨圧迫　②注射法・採血法　③腰椎穿刺・胸腔穿刺・腹腔穿刺　④導尿法・胃管挿入・ドレーン、チューブ類の管理　⑤気管内挿管・除細動　⑥基本的輸液・薬物の作用、副作用、相互作用を理解した上での薬物療法（抗菌剤、副腎皮質ステロイド薬、解熱薬、麻薬、血液製剤を含む）

研修医の週間スケジュール

当院の ER 対応は、平日は夜 20 時まで、土日休日は終日対応である。救急部門ローテート中の研修医はシフト勤務で、ER 勤務する。すなわち平日は 8:00-16:00　13:00-20:00 の二通りの勤務があるほか、土曜、日曜、祝日には日勤・夜勤のどちらかの勤務に従事する。

研修医の週間スケジュール表（例）

<table>
<tr><td></td><td>8:30-16:00</td><td>16:00-24:00</td><td>24:00-翌 8:30</td></tr>
<tr><td>月</td><td rowspan="5">申し送り
救急車、walk in 患者、通常外来受診したが重症感があり、ER 対応の方がふさわしいと判断された患者への対応。通常外来受診中に急変した患者への対応など。これらの救急部門での一般外来研修を行う。</td><td rowspan="5">申し送り
救急車、walk in 患者、開業医の夕診受診したが重症感があり、ER 対応の方がふさわしいと判断された紹介患者への対応。介護施設などに入所中の高齢者が、準夜帯に入ってからバイタルサインの悪化がみとめられた場合などの、転院依頼への対応など。</td><td rowspan="5">申し送り
救急車、walk in 患者への対応。（通常この時間帯は初期研修医は勤務しない）</td></tr>
<tr><td>火</td></tr>
<tr><td>水</td></tr>
<tr><td>木</td></tr>
<tr><td>金</td></tr>
<tr><td>土</td><td>申し送り
救急車、walk in 患者への対応</td><td>申し送り
救急車、walk in 患者への対応</td><td>申し送り
救急車、walk in 患者への対応</td></tr>
<tr><td>日
祝日</td><td>申し送り
救急車、walk in 患者への対応</td><td>申し送り
救急車、walk in 患者への対応</td><td>申し送り
救急車、walk in 患者への対応</td></tr>
</table>

外科 臨床研修プログラム

（枚方公済病院で研修）

外科については、一般診療において頻繁に関わる外科的疾患への対応、基本的な外科手技の習得、周術期の全身管理などに対応できるようになるために、幅広い外科的疾患に対する診療を行う病棟研修を行う。外科研修は8週間行う。

GIO（一般目標）

1. 手洗い、手術室の出入り、清潔処置、縫合、手術助手としての介助法などの、外科系診療の基本を習得する。
2. 創傷の治癒機転を理解し、創傷の状態によって縫合すべきか開放創にすべきか、デブリッドメントや排膿をすべきか、外科総論的判断力を身につける。
3. 外科手術の絶対適応と相対適応を理解し、手術合併症回避のための全身管理の重要性を理解する。
4. 外科的処置は患者との信頼関係の上にしか成り立たないことを理解し、信頼を勝ち得るために外科的病態（悪性腫瘍、器械的閉塞、血行障害、ドレナージを要する感染症、穿孔など）についての、活きた知識を得る。

SBO（行動目標）

1. 消毒法、局所麻酔、切開、結紮、縫合、止血、ドレナージ、デブリッドメントなどの一般外科手術の基本手技ができる。（技能）
2. 小外傷の処置ができる。破傷風トキソイドならびに破傷風グロブリンを適切に投与できる。（知識、解釈、技能）
3. 手術時の手洗い、清潔介助ができる。（技能）
4. 創部やドレナージの管理ができる。（技能）
5. 手術侵襲に対する生体の反応と代謝の変化を理解し、適切な輸液、栄養管理ができる。（知識、解釈、問題解決）
6. 腹部救急疾患を理解し、緊急性を要する状況であるかどうか判断できる。（知識、解釈、問題解決）
7. 輸血や成分輸血を安全かつ適正に行うことができる。（知識、解釈、問題解決）
8. 抗生剤の適正な使用が行える。（知識、問題解決）
9. 術後合併症を列記し、その予防策を全ての術後患者に適応でき、合併症の早期発見のための検査スケジュールを組むことができ、早期に対応ができる。（知識、解釈、問題解決）
10. 各術式の適応、要件、禁忌を述べることができる。（知識）
11. 各術式に必要な局所解剖を理解し、術式スケッチを含む手術記録が正しく記載できる。（知識、技能）
12. 消化器癌、肺癌のステージ分類を理解し、術前術後の補助療法の適応を延べ、適正に実施できる。（知識、解釈、技能）
13. 個々の周術期患者における感染予防を徹底することができるのみならず、外科病棟全体で

客観的指標をもちいた科学的な感染予防法を実践することができる。（知識、解釈、技能）

LS（方略）

1. 病棟回診を毎朝行っているので、ガーゼ交換、創部観察、術後診察を指導医とともに、すべての術後回復期患者について行う。
2. 外科ローテーション開始時に縫合シミュレーターを用いて実習する。
3. 腹部外科の手術に助手またはスコピストとして参加し、術者の清潔介助を担当する。
4. 主治医の方針を確認したうえで、病棟当番においては周術期患者への輸液等の処方を行い、周術期管理を担当する。
5. カンファレンスでプレゼンテーションする。

EV（研修評価）

1. 自己評価　PG-EPOC の外科領域該当項目について、研修医が入力する。
2. 指導医は自己評価表を点検して、指導医としての評価を行い追記する。外科症例のレポート提出は必須であるため、手術術式や手術記録が正しく記載されたレポートを研修医が書けるまで繰り返し査読をおこなう。
3. 週間スケジュール表（例）

	午前	午後
月	8:40 外科カンファレンス 9:15 包交回診　手術	手術、術後患者回診　救急外来患者 13 時～外科病棟多職種カンファレンス
火	8:30　外科・消化器内科・放射線科合同カンファレンス 9:15 包交回診　手術	手術、術後患者管理、救急対応
水	8:40　外科カンファレンス 9:15 包交回診　手術	手術、術後患者管理、救急対応
木	8:40 外科カンファレンス 9:15 包交回診	術後患者管理、救急対応
金	8:20-9:00 外科：消化器内科・放射線科合同カンファレンス、抄読会 9:15 包交回診　手術	13 時～全体回診
土	9:00 包交回診	
日 祝日	9:00 包交回診	

土曜、日曜、祝日の包交回診に研修医は参加しない。

産婦人科研修プログラム

（千船病院　産婦人科、関西医科大学　産婦人科で研修）

産婦人科については、妊娠・出産、産科疾患や婦人科疾患、思春期や更年期における医学的対応などを含む一般診療において頻繁に遭遇する女性の健康問題への対応等を習得するために、幅広い産婦人科領域に対する診療を行う病棟研修を行う。

GIO（一般目標）

産科

正常妊娠経過の生理学を理解し、妊婦健康診査に関する診察手技の習得を目指す。また、正常分娩の進行を理解し、分娩中の母児のRe Assuring Stateのモニター法、さらには分娩介助方法や産褥管理の方法を理解し体験する。特に近年増加傾向にあっても社会のニーズの高まっている、ハイリスク妊娠・ハイリスク分娩への対応についても研鑽を積む。

婦人科

婦人科学特有の内診や経膣超音波断層検査などの診察手技を習得する。基本的に必要となる診断方法や検査法や手技を理解し、その実践を学ぶ。さらに、手術実践に加わり、外科的一般手技ならびに婦人科解剖と連携した手術手技の特徴を習得する。

SBO (行動目標)

産科：

1. 産科患者と家族からの病歴など問診による情報聴取ができる　（知識、解釈）
2. 産科的一般診察と所見の把握ができる（技能、解釈）
3. 流早産の応急処置ができる　（知識、技能、問題解決）
4. 正常分娩の介助ができる　（知識、技能、問題解決）
5. 初歩的な会陰裂傷縫合、会陰切開術ができる　（技能、問題解決）
6. 分娩直後の新生児の評価と処置ができる　（知識、解釈、技能、問題解決）
7. 産科検査法の原理と適応が理解できる　（知識、解釈）
   (a) 妊娠の診断法
   (b) 周産期の検査法
8. 産科手術の見学と介助ができる　（知識、解釈、技能、問題解決）
   (a) 子宮内容除去術
   (b) 吸引分娩
   (c) 骨盤位娩出術

(d) 帝王切開術

9. 母児双方への安全性を考慮した薬物投与ができる　（知識、解釈、問題解決）

婦人科：

1. 婦人科患者と家族への問診ができる　（知識、態度、解釈）
2. 婦人科的一般診察と所見の把握ができる　（解釈、技能）
3. 性器出血への応急処置ができる　（知識、解釈、問題解決、技能）
4. 婦人科的急性腹症と他の疾患を鑑別できる　（知識、解釈、問題解決、技能）
5. 上記疾患への応急処置と専門医への引き継ぎができる　（知識、解釈、態度、問題解決）

LS　（方略）

特に手術、分娩においては産婦人科病棟で入院患者の受け持ち医として指導医の管理を受けるとともに手術手技の補助を行う。外来は指導医の外来補助を間接、直接に行い、また当直に関しては産婦人科当直医とともに分娩、産婦人科の救急医療にあたり、実践における当直業務を学ぶ。

EV　（評価）

PG-EPOC 評価を中心として、当院ならびに院外研修施設の指導者による定期的な評価を行い、また当院研修中に協働するコメディカルの管理職者からの評価も参考にしつつ総合評価を形成し、他方同評価項目に対する自己評価をこれら評価と比較しつつ、研修成果達成のための啓蒙的総合的フィードバックを行う。

	午前	午後
月	カンファレンス、手術(助手)	手術(助手)、病棟診療、縫合練習
火	回診・カルテ記載 手術(助手)	産婦人科病理ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ、診察
水	回診・カルテ記載 手術(手術)	分娩、研修カンファレンス
木	回診・カルテ記載 手術(手術)	検査、病棟診療
金	回診・カルテ記載 手術(手術)	手術(助手)

小児科臨床研修プログラム

（十日町病院、市立ひらかた病院、関西医大で研修）

一般目標（GIO）

1）一般臨床医としての全人的医療を実践するために、将来小児科を専門としなくても、小児疾患の特性を把

握し、必要な基本姿勢・態度を身につけ、適切に対処できる基本的な診療能力（知識・技能）を身につける。

2）経験した症例の提示と討論する能力を身につける。

行動目標（SBO）

Ａ．修得すべき基本姿勢・態度

1）常に真摯で積極的な態度で診療できる。

2）患者・家族と良好な人間関係を確立し、指導医とともに病状説明とその後の精神的ケアができる。

3）検査や治療にあたり、指導医の指導のもとに保護者に配慮したインフォームドコンセントができる。

4）医療上の守秘義務を果たし、患者さんおよび保護者のプライバシー（個人情報）に配慮できる。

5）医療チームの一員として、協調的な診療ができる。

6）指導医と協調して診療できる。

7）医療安全に配慮した診療ができる。

8）万一、医療事故に遭遇した場合、適切に対処できる。

Ｂ．実践できる診療と経験すべき検査・手技・治療

1）正常児の発育・発達を理解する。

2）平易な小児科疾患を診断でき、プライマリ・ケアできる。

3）小児救急疾患を理解でき、初期対応ができる。

4）疾患の重症度が判定できる。

5）的確に速やかに指導医、専門医にコンサルトを求められる。

6）母子保健の意義が理解できる。

7）指導医のもとに予防接種・乳幼児健診ができる。

8）外来で遭遇しやすい感染症の診断ができる。

9）小児慢性疾患（喘息、てんかん、尿所見異常）の対応がわかる。

10）乳幼児の診察ができる。

11）耳鏡検査ができる。

12）救急外来において小児科診察が行える。

13）周産期の新生児管理が理解できる。

LS

研修の方法

1）指導医とともに入院症例の主治医となる。
2）担当患者さんを毎朝回診し、指導医とカンファレンスを行う。
3）担当患者さんの処置・検査に参加する。
4）時間外の緊急検査や処置・手術にすすんで参加し、プライマリ・ケアに習熟する。
5）検討会やＣＰＣに必ず参加する。
6）研究会や学会に（症例報告あるいは臨床研究の形式で）発表する。
7）可能であれば、帝王切開出産時の新生児介助を体験する。

週間予定表（例）

月曜日：（午前）予診・外来（午後）病棟
火曜日：（午前）予診・外来（午後）カンファレンス
水曜日：（午前）予診・外来（午後）病棟
木曜日：（午前）予診・外来（午後）特殊外来
金曜日：（午前）予診・外来（午後）病棟

精神科臨床研修プログラム

（地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪精神医療センターで研修）

精神科については、精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応できるようになるために、精神科専門外来又は精神科リエゾンチームでの研修を含む。なお、急性期入院患者の診療を行うことが望ましい。

GIO（**一般目標**）

医師として医師－患者関係に対する注意深い認識を持ち、患者の生物学的･心理的･社会的背景を踏まえた精神医学診断及び治療を行えるための、基本的知識と診療技能を修得する。

大阪精神医療センターにおける研修によって、頻度が高い主要な精神科疾患について精神科面接法、現症の把握、治療、精神保健福祉の基本的知識と技術を習得する。

SBO（**行動目標**）

1) 心の病をもつ人とのラポールを、不安感や恐怖感をあたえず、不要な刺激をすることなく、確立することができる。（解釈、技能）
   心理的に過度に接近しすぎたり、感情的に巻き込まれすぎたりせずに、共感的に接し、傾聴することの意味を理解できる。（知識）。
   統合失調症圏の患者に接する時は、心理的に侵襲的なアプローチにならないように配慮しながら、患者の絶望感や孤立感・恐怖感を察することができる。（態度）
2) 言語レベルならびに非言語レベルでの、患者からのメッセージを理解するとともに、両者の discrepancy に留意することができる。また自分が発するメッセージについても、言語レベルと非言語レベルでの discrepancy が生じてダブルメッセージにならないよう、混乱を生じさせないように留意することができる。（解釈、技能）
3) 非指示的な態度で、支持的カウンセリングを行える。（態度、技能、問題解決）
4) 総合失調症、気分障害、認知症、心身症･身体表現性障害、ストレス関連性障害、不安障害、器質性精神障害、物質依存などの主要疾患を DSM-5 に準拠して分類できる。（知識、解釈）
5) 不安、不穏、不眠、幻覚、幻聴、妄想、せん妄などの、精神神経症状に対する薬物療法ができるようになる。（知識、技能、問題解決）
6) 向精神薬の副作用（口渇、便秘、過食、傾眠、パーキンソン症状、麻痺性イレウス、静座不能症、QT 間隔延長、躁転、性欲昂進、興奮）などを理解し、それらへの対処ができる。また向精神薬の過量服用に対する危機管理ができる。さらに依存性薬剤の退薬症状への対処ができる。（知識、解釈、技能、問題解決）
7) 社会復帰支援のために必要な多職種連携ならびに、社会復帰支援のために利用可能な社会資源をアレンジする方法を述べることができる。（知識、問題解決）
8) 児童・思春期外来などにおいて、発達障害の患者の診療を見学し、障害スペクトラムの違いを知ると共に、発達障害患者特有のコミュニケーション障害を増悪させず軽減させるような、面接技法、診療技法について述べることができる。また発達障害の治療薬の薬理作用と副作用についてのべることが

できる。発達障害患者が利用しうる支援学校や就労支援施設について述べることができる。（知識、解釈、技能）

LS（**方略**）

1) 精神科外来において診療担当医について外来診療にあたり、一般的な精神医学的面接法、現症の評価と記載、治療計画とその実際について習得する。
2) 専門外来(児童思春期･依存症など)において診療担当医について外来診療に当たり、それぞれにおける精神医学的面接法、現症の評価と記載、治療計画とその実際について習得する。
3) 精神科病棟において指導医と共に入院診療にあたり、精神医学的面接法、現症の評価と記載、治療計画とその実際について習得する。
4) 医療福祉相談室、デイケア、作業療法センターなどにおいて、社会復帰支援をめざした精神保健福祉相談及び精神科リハビリテーションの実際について習得する。

EV（**研修評価**）

1. 自己評価　PG-EPOC の精神科領域該当項目について、研修医が入力する。初期研修中に、自ら診療し鑑別診断を行いレポート提出が必要な疾患のうち、気分障害、統合失調症に関しては精神科ローテーション中にしか経験出来ないので、レポート記載し指導医の査読を受ける。認知症は身体科でも接する機会は多いが、認知症患者の精神症状についての系統的な評価と治療は、精神科医にしか行い得ない部分も多いので、できるだけ精神科ローテーション中に認知症も経験してレポート提出する
2. 指導医は自己評価表を点検して、指導医としての評価を行う。上記の理由で気分障害、統合失調症、認知症に関する研修医のレポートを吟味し、査読の上内容が適切であれば、署名捺印のうえ提出させる。

研修医の週間スケジュール表（例）

	午前	午後
月	外来研修　（新患　予診担当）	病棟診療（スーパー救急病棟）
火	外来研修　（Schreiber）	病棟診療（慢性期病棟）
水	外来研修　（Schreiber）	病棟診療　（急性期治療病棟）
木	デイケア　（精神科リハビリテーション）	医局ケースカンファレンス
金	外来研修　（新患　予診担当）	病棟診療　（スーパー救急病棟）

地域医療・一般外来

（中村記念クリニック、松代病院などで研修）

一般目標（GIO）

1）地域社会のニーズを理解し、地域の医療機関と役割分担・連携した医療のあり方を理解する。

2）巡回診療などの在宅患者の診療を通して、患者から見た医療機関や社会のあり様を理解する。

3）保健所や自治体と医療の関係を知り、介護・福祉についても理解する。

4）医療ボランティアの活動を理解する。

5）コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、単独で一般外来診療を行える能力を身につける。

行動目標（SBO）

Ａ．修得すべき基本姿勢・態度

1）常に真摯で積極的な態度で診療できる。

2）地域における患者・家族の存在を尊重し、良好な人間関係を確立して診療できる。

3）介護・福祉サービスと医療の関係を知り、患者さんに配慮した対応ができる。

4）医療上の守秘義務を果たし、患者さんのプライバシー（個人情報）保護に配慮できる。

5）医療チームの一員として、協調的な診療ができる。

6）指導医と協調して巡回診療ができる。

7）在宅における医療安全に配慮した診療ができる。

8）万一、医療事故に遭遇した場合、適切に対処できる。

9）一般外来において、適切な臨床推論プロセスを経て臨床問題を解決できる。

Ｂ．実践できる診療と経験すべき検査・手技・治療

1）僻地医療支援病院の活動を理解する。

2）毎週巡回診療に同行する。

3）医療連携室の活動を把握し、地域との連携を理解する。

4）救急車に同乗し、救急活動を把握する。

5）病院前救急処置の講師を務める。

6）生活指導・保健指導が行える。

7）保健行政を理解する。

8）職場の労働安全管理、衛生管理が理解できる。

9）一般外来における医療面接、身体診察、検査や治療のオーダー、患者への説明、関連する医療行為、他科へのコンサルテーション依頼、検査結果説明、処方、次回外来予約などが適切に行える。

LS

研修の方法

1）指導医とともに入院症例の主治医となる。

2）指導医と毎週巡回診療し、カンファレンスを行う。
3）保健所の活動に参加する。
4）住民健康診断や予防接種に参加する。
5）検討会やＣＰＣに必ず参加する。
6）研究会や学会に（症例報告あるいは臨床研究の形式で）発表する。
7）一般外来において、指導医の監督下に初診患者および慢性疾患を有する再来通院患者の診療を行う。

週間予定表（例）
月曜日：(午前)地域連携室(午後)病棟
火曜日：(午前)外来（新患・再来）(午後)回診
水曜日：(午前)外来（新患・再来）(午後)僻地巡回診療・回診
木曜日：(午前)外来（新患・再来）(午後)回診
金曜日：(午前)外来（新患・再来）(午後)カンファレンス

麻酔科臨床研修プログラム

GIO(一般目標)

全身麻酔は①沈痛、②鎮静、③筋弛緩を介して手術を可能とさせる医療であるが、その本質は外科的侵襲から患者を守ることである。

呼吸、循環、反射など手術中の患者の安全にかかわる全ての基本原理、知識、技術の習得を行う。

また、チーム医療の一員として患者中心の診療に従事する能力を身につける。

SBO（行動目標）

1) 患者の合併症について把握し、ASA クラス分類を決定できる。（解釈）
2) 現病歴・既往歴・家族歴・麻酔歴の確認・把握ができる。（解釈）
3) バイタルサイン・術前検査結果の評価ができる。（解釈）
4) 気道確保の難易度について評価し（解釈）、挿管困難症例の予測・対処計画の立案ができる。（問題解決）。
5) 患者状態や術式に従い、麻酔計画をたてることができる。（技能）
6) 麻酔計画にのっとった麻酔準備ができ、麻酔使用薬剤の準備、麻酔機の始業点検が正しく行える。（技能）
7) 用手的気道確保、マスク換気ができる。（技能）
8) 喉頭鏡を用いて喉頭展開ができ、気管挿管をおこなうことができる。（技能）
9) エアウェイスコープを用いて気管挿管ができる。（技能）
10) 基本的なモニタリングを正しくできる。（解釈、技能）
11) 低酸素血症時の原因判断と対応ができる。（解釈、技能）
12) 高炭酸ガス血症時の原因判断と対応ができる。（解釈、技能）
13) 高気道内圧変動時の原因判断と対応ができる。（解釈、技能）
14) 適切な輸液選択と輸液量決定ができる。（知識、解釈、技能、問題解決）
15) 輸血の適応を判断し、輸血に必要な検査・準備ができる。（解釈、問題解決）
16) 麻酔で用いる薬剤（吸入麻酔薬、静脈麻酔薬、麻薬、神経筋遮断薬、神経筋遮断薬拮抗薬、血管作動薬、局所麻酔剤）について、作用と使用法を理解し適切な量を判断できる。（知識、解釈、技能）
17) 抜管の判断基準を理解し、安全に抜管でき、抜管後の呼吸評価ができて、帰室可能かどうかの判断ができる。（知識、解釈、技能、問題解決）
18) 内頚静脈カニュレーションができる。（技能）

LS（方略）

1)麻酔前のシミュレーション

1)　シミュレーターを用いた手技のトレーニング。

2)　朝のカンファレンスで上級医の麻酔計画を学ぶ。

3)　上級医の実際の麻酔を見学する。

2)術前の麻酔計画立案

1)　手術当日までに患者のカルテを確認し、合併症や術式などを確認する。

2)　手術当日までに術前訪問を行い、患者の診察と外来での麻酔説明を確認する。

3)　手術当日までに指導医と相談の上、麻酔計画を確認する。

3)手術麻酔の実施

1)　手術麻酔を指導医とともに行う。

4)術後回診の実施

1)　術後に訪床し患者を診察する。

2)　術後の問題点を上級医に報告し対処を考える。

5)カンファレンスなど

1)　朝の症例カンファレンス（当日の麻酔計画の確認）

2)　症例検討会（過去の麻酔症例の問題点の復習・質疑応答）

EV（研修評価）

1. 各担当症例において上級医の口頭質問、手技の安全性、確実性、起こった事象への対応能力を評価される。
2. 自分が経験した症例を振り返り、症例検討会で発表する。

研修医の週間スケジュール表（例）

	8：15～8：45	8：45～17：15
月	カンファレンス	麻酔管理、術前・術後回診
火	カンファレンス	麻酔管理、術前・術後回診
水	カンファレンス	麻酔管理、術前・術後回診
木	カンファレンス	麻酔管理、術前・術後回診
金	カンファレンス	麻酔管理、術前・術後回診

一般外来研修

一般外来研修は、国家公務員共済組合連合会枚方公済病院（内科）等において並行研修として行うが、不足する日数については、別途ブロック研修を行う。

GIO

1. 頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療をおこなう。
2. 未診断患者について、診療のはじめから最後までの全プロセスにわたって診療主体として関わる。
3. 患者の来院動機(needs and/or wants)を察知ないしは聞き出し、診療のアウトカムが患者のneeds/wants と大きな齟齬をきたすことのないよう、診療過程の方向感を養う。
4. 受付、クラーク、看護師、検査技師、レントゲン技師、薬剤師などのスタッフの作業が、電子カルテ上でのオーダーに依拠していることを理解し、適切かつ迅速なオーダー入力を行う。
5. 療養担当規則に準拠した外来診療を行う。正しい病名入力を行う。

SBO

1. 救急でない初診患者について、問診・身体診察・検査の必要性の判定ならびに検査項目の取捨選択を行い、鑑別診断を列挙することができる。（知識、解釈、問題解決、技能）
2. 検査結果を踏まえた上で、診断を絞り込み、適切な処方を行うことができる。（知識、解釈、問題解決、技能）
3. 身体診察所見、検査所見などについて、患者に対してわかりやすく説明し、患者の不安感を軽減することができる。（知識、解釈、問題解決、技能）
4. 入院か帰宅かの判断を行うことができ、帰宅させる場合患者に療養上の注意点や再度受診すべき状況の説明、次回予約などについて、適切に説明し納得と理解を得ることができる。（知識、解釈、問題解決、技能）
5. 慢性疾患の継続診療について、前医の診療との継続性を担保しつつ、症候などの変化について見逃さず、適切な介入と処方の変更などをおこなうことができる。（知識、解釈、問題解決、技能）

LS

1. OSCE にならい職員が模擬患者となって、外来での患者の動線や、各職種のスタッフの役割、電子カルテオーダーの飛び方、紙伝票の動き、会計と処方箋発行（時間内）あるいは預かり金対応（時間外）などの一連の手順について学習する。
2. 一般初診外来に回す患者を、総合的な難易度からレベル 1 とレベル 2 にトリアージして、初期研修医の外来診療に対する習熟度に応じて、最初はレベル 1 の患者を当て、手順に習熟できたらレベル 2 の患者を割り当てることで、研修医の混乱を避け患者への負担も減らす。

3. レベル 1 では外来の手順になれること、レベル 2 では臨床推論を限りある資源と時間の中で適切に行うことを目標にする。
4. 日勤帯受付(8:30-15:00)患者の、主として紹介状なしで walk-in した初診患者について、診療のはじめから最後まで担当し、問診、診察、検査、処方、カルテ入力、病名記入などのすべての外来診療ステップを行い、上級医の承認を得る。1 日分の一般外来研修としてカウントする。
5. 準夜帯にかかる受付(15:00-22:00)患者について、紹介状・診療情報提供書のあるなしにかかわらず、救急でない患者について、上記と同様に診療のはじめから最後までを担当し、上級医の承認を得る。1 日分の一般外来研修としてカウントする。当院では深夜帯にかかる初診患者については初期研修医に対応させない。

【付録 1】卒後臨床研修の目標（当院の研修に当てはめて解説を加えた）

A.　医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

1. 社会的使命と公衆衛生の寄与

医師としての社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、変化する社会と限りある資源に配慮した公正な医療の提供と公衆衛生の向上に努める

利他的な態度

患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。

3. 人間性の尊重

個々人の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って、患者や家族に接する。患者との共同作業であるところのインフォームドチョイスにおいて、「賢い選択　choose wisely」の視点を大切にする。

4. 自らを高める姿勢

健康管理・ストレスコーピングを心がけること、メンターをもつこと、当直明けの午後は宣言して帰宅休養をすること。最新のガイドラインなどの知識技能のアップデートにこころがけること。

以上の医師としての基本的価値観に関する評価は、後述する研修医評価表Ⅰ（様式 18）をもちいて概ね 6 ヶ月に一回、プログラム責任者が行い、研修医の形成的指導に活用するとともに、臨床研修管理委員会に評価表を提出する。

B.　資質・能力

１．医学・医療における倫理性
診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。
B-1-① 人間の尊厳と生命の不可侵性を尊重する。
B-1-② 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。
B-1-③ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。
B-1-④ 利益相反を認識し、管理方針に準拠する。
B-1-⑤ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。

２．医学知識と問題対応能力
発展し続ける医学の中で必要な知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題について、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。
B-2-① 主な症候について、鑑別診断と初期対応ができる。
B-2-② 患者に関する情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮して臨床決断を行う。
B-2-③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。

３．診療技能と患者ケア
臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、意向に配慮した診療を行う。
B-3-① 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
B-3-② 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。
B-3-③ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

４．コミュニケーション能力
患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。
B-4-① 適切な身だしなみ、言葉遣い、礼儀正しい態度で患者や家族に接する。
B-4-② 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。

B-4-③ 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

５．チーム医療の実践

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

B-5-① 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。

B-5-② チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。

６．医療の質と安全の管理

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

B-6-① 医療の質と患者安全の重要性を理解し、評価・改善に努める。

B-6-② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。

B-6-③ 医療事故等の予防と事後の対応ができる。

B-6-④ 医療従事者の健康管理（予防接種や針刺し事故への対応を含む。）を理解し、自らの健康管理に努める。

７．社会における医療の実践

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

B-7-① 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。

B-7-② 健康保険、公費負担医療を適切に活用する。

B-7-③ 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。

B-7-④ 予防医療・保健・健康増進に努める。

B-7-⑤ 地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。

B-7-⑥ 災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。

８．科学的探究

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

B-8-① 医療上湧きがってきた疑問点を研究課題に変換する。

B-8-② 科学的研究方法を理解し、活用する。

B-8-③ 臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。

９．生涯にわたって共に学ぶ姿勢

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

B-9-① 早い速度で変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。

B-9-② 同僚、後輩、医師以外の医療職を教え、共に学ぶ。

B-9-③ 国内外の政策や医療上の最新の動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。）を把握する。

これらの項目については後述する研修医評価表Ⅱ　（B　資質・能力に関する評価　様式 19）に準拠して、各ブロック研修の終了時に指導医が行い、研修医の形成的指導に活用するとともに、臨床研修管理委員会に評価表を提出する。

C. 基本的診療業務

Workplace-based Assessment や事例報告、チェックリストなどを用いて、総合的に評価する。

１．適切な認知行動プロセスを経た臨床問題の解決

C-1-①適切な病歴聴取ができる。

C-1-②病歴を踏まえて、必要な身体診察ができる。

C-1-③優先度に配慮して臨床検査を施行できる。

C-1-④病歴、身体所見、検査の結果を踏まえて、鑑別すべき疾患を列挙できる。

C-1-⑤専門医に紹介すべき病態・疾患を判断し、実行できる。

C-1-⑥自ら継続管理してよい病態・疾患を判断できる。

C-1-⑦エビデンスに基づいた標準的な疾患マネージメントができる。

２．一般外来および病棟における患者ケア

C-2 一般外来及び病棟において、患者の一般的な管理ができる。

３．初期救急への対応

C-3 緊急性の高い病態、頻度の高い症候と疾患に関する初期対応ができる

４．地域医療連携

C-4 地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健に関わる種々の施設や組織を 4 活用できる。

以上の基本的診療業務に関する評価は、研修医評価表Ⅲ（様式 20）をもちいて概ね 6 ヶ月に一回、プログラム責任者が行い、研修医の形成的指導に活用するとともに、臨床研修管理委員会に評価表を提出する。

【付録 2】枚方公済病院臨床研修管理委員会規程

（目的）

第１条　枚方公済病院（以下「病院」という）の臨床研修体制を適正且つ円滑に行うため、　枚方公済病院臨床研修管理委員会（以下「委員会」という）を置く。

（役割）

第２条　委員会は、必要に応じてプログラム責任者や指導医から研修医ごとの研修進捗状況について情報提供を受ける等により、研修医ごとの研修進捗状況を把握・評価し、修了基準に不足している部分についての研修が行えるようプログラム責任者や指導医に指導・助言する等、有効な研修が行えるよう配慮する。

（委員会の構成）

第３条　委員会は、次の各号に掲げる委員をもって組織する。

(1)　枚方公済病院長

(2)　臨床研修プログラムの管理責任者

(3)　臨床研修指導医及び上級医

(4)　事務部の代表

(5)　コメディカルの代表

(6)　協力型臨床研修病院及び臨床協力施設の研修実施責任者

(7)　上記以外に所属する医師、有識者

(8)　その他病院長が必要と定めた者

委員会には委員長と副委員長を置き、委員長は病院長が副院長は委員長が指名する。

（任期）

第４条　委員の任期は１年とし再任を妨げない。ただし、欠員により補充された委員の期は、前任者の残余期間とする。

（協議事項）

第５条　委員会は次の各号に掲げる事項について協議する。

(1)　臨床研修プログラムの作成に関すること。

(2)　臨床研修プログラム相互間調整に関すること。

(3)　研修医の管理に関すること。

(4)　研修医の採用、中断、修了についての評価に関すること。

(5)　その他臨床研修実施に関する統括管理に関すること。

（その他）

第６条　委員会の庶務は、事務部総務課にて行う。

【付録 3】臨床研修管理委員会名簿

委員長　加藤　星河　　（内分泌代謝内科科長　臨床研修センターセンター長 ※プログラム責任者）
副委員長　山邊　裕子　　（循環器内科副部長兼臨床研修センター副センター長）

委員
木村　剛　　（院長）
渡部　則彦　　（診療部次長・消化器内科科長）
北川　康作　　（小児科科長）
廣田　伸之　　（脳神経内科科長）
竹中　洋幸　　（循環器内科科長）
竹中　琴重　　（救急科科長兼循環器内科部長）
片岡　　宏　　（総合診療科科長）
久保田　恵子　（外科副部長　※プログラム副責任者）
原　　りさ　　（麻酔科科長）
高林　健介　　（循環器内科副部長）
河野　修治　　（薬局長）
藪　　圭介　　（検査科主任）
村上　千亜紀　（看護部次長）
西田　清美　　（事務部長）
堀口　美華　　（臨床研修センター）
角道　祐一　　（新潟県立十日町病院副院長）
岡田　英孝　　（関西医科大学附属病院卒後臨床研修センター長）
岡空　圭輔　　（市立ひらかた病院　小児科　主任部長）
岡田　十三　　（社会医療法人愛仁会千船病院産婦人科主任部長）
西倉　秀哉　　（地方独立行政法人大阪府立精神医療センター研修部部長）
高橋　輝子　　（医療法人みどり会中村記念クリニック院長）
藤本　良知　　（枚方市医師会 ※外部有識者）
宮原　保子　　（枚方市地域民生委員長 ※外部有識者）
研修医代表

【付録 4】研修医が単独で行って良い医療行為や処方

研修医が単独で行って良い処置の基準

原則：身体損傷のリスクがあり事前に同意書の取得が義務づけられている処置については、研修医が単独で行うことはしない。

1. 看護師が単独で行う処置のすべて（採血、皮下注射、筋肉注射、静脈注射、点滴、静脈確保、導尿、口腔内吸引、鼻腔吸引、浣腸、坐薬挿入、ガーゼ交換、創処置、BLS など。）ただし、女性患者の導尿や坐薬挿入、直腸指診を男性研修医が行う場合は、患者本人の了承ならびに女性看護師の立ち会いを要する。また女性患者の乳房の診察を男性研修医が行う場合は、上級医並びに女性看護師の立ち会いを要する。
2. 非侵襲的検査（心電図、腹部超音波検査、心臓超音波検査）は、指導医の許可のもと自ら施行してよい。単純レントゲン撮影、単純ＣＴ・単純ＭＲＩについても、適応と必要があり、禁忌でなければ、研修医の判断でオーダーし、事後に指導医の承認を得れば良い。一方核医学的検査については、事前に上級医にコンサルトすること。各種造影検査は指導医とともに行う。
3. 胃管挿入については、手技習熟後は研修医単独で施行してよいが、レントゲンなどでの先端迷入の有無のチェックについては上級医と行うこと。
4. 中心静脈カテーテル留置、髄液検査、骨髄検査、胸腔ドレナージ、イレウス管挿入については、手技に習熟後も上級医とともに行うこと。
5. 上部消化管内視鏡検査、気管支内視鏡検査についても上級医とともに行い、単独施行はしない。
6. 心臓カテーテル検査、手術などで上級医の介助を助手として行うことがあるが、この場合は全面的に指導医の指導のもとで行う。
7. 気管内挿管は上級医とともに行う。ただし、心肺停止時において救命のための気管内挿管については、研修医単独施行してもよい（食道挿管除外のためのカプノグラムが整備されている）

研修医が単独で行って良い処方の基準

1. 入院患者が外来で服用していた、生活習慣病や慢性疾患に関する内服を入院処方箋で切り直しする場合（他院で処方されていた薬剤の類薬を処方する場合も含む）。
2. 入院時異常時指示、対症指示として院内セットされている薬剤の処方。
3. クリニカルパスで規定されている処方。
4. 輸液・電解質製剤、抗生剤、NSAIDs、非麻薬性中枢性鎮痛剤、抗ヒスタミン剤、パルス以外の量の副腎皮質ステロイドホルモン、胃潰瘍治療薬、制吐剤、下剤、止痢剤、降圧剤、脂質異常治療薬、糖尿病薬、利尿薬、気管支喘息治療薬・気管支拡張薬、甲状腺治療剤、骨粗鬆症治療剤、ビタミン類、痛風治療剤、鎮咳去痰薬、泌尿器薬、抗コリン剤、催不整脈作用の少ない抗不整脈薬、ジギタリス製剤、抗凝固剤、カテコラミン類、頻用外用薬などは、単独処方可能とする。

5. 催不整脈作用の強い抗不整脈薬、免疫抑制剤、抗リウマチ薬、生物学的製剤、分子標的薬、依存性の強い向精神薬、ステロイドパルスについては、単独処方不可とする。ただし、すでに上級医が当該患者において処方をしており、処方継続する場合は、研修医が電子カルテでオーダー可能とする。
6. 輸血については研修医の単独処方不可とする。
7. 麻薬処方については、初回投与並びに投与薬剤変更、投与量増量の際には上級医とともに行い単独処方しない。維持量を継続処方する場合は研修医による単独処方可能である。
8. 蘇生に用いる薬剤は、ACLS 講習を受講してから単独処方可能とする。
9. 抗悪性腫瘍薬は研修医の単独処方不可とする。化学療法はパスに準拠して、投与量、投与時間などを厳密に守り、上級医とともに処方して、かつ薬剤師による監査を受ける。

国家公務員共済組合連合会枚方公済病院

ー臨床のバイブスと現場のグルーヴー

研修医手帳

国家公務員共済組合連合会枚方公済病院で利用可能な医学データベースについて

国家公務員組合連合会では傘下の病院が共通で利用できる医学データベースを契約しており、IP アドレスならびにパスワード入力することで、職員は常時利用可能です。以下に主なデータベースとその特徴を記載するので、EBM の実践のために利用してください。また虎の門病院に設置している中央図書館には多数の文献が所蔵されており、複写の依頼も可能です。
国家公務員共済組合連合会中央図書館 HP
https://central-library.kkr.or.jp/

当院で利用可能なデータベースなど

【EBM 医学情報】
　Up ToDAte
病院の PC で一度ログイン登録すると、自宅 PC でも参照できるようになります。

これらのデータベースは日々の診療における疑問の解決に有用であるばかりでなく、臨床的決断を行う局面において必要不可欠なものです。また症例要約（サマリー）を記載する場合に、どのような根拠で治療方針を決定したかを、診療ガイドラインや文献を引用して記載し、考察においては EBM でターニングポイントになった重要な臨床研究と対比しながら論理を展開することが、大切です。

枚方公済病院で利用可能なシミュレーター
レサシアン　シミュレーター　（レルダル社製）　CPR 練習用（気管内挿管、DC 除細動対応）
腰椎・硬膜外穿刺シミュレーター　ルンバールくんⅡ　（京都科学製）
縫合手技トレーニングフルセット　（京都科学製）

枚方公済病院で利用可能な ICT プラットフォーム

LearnigBOX

https://learningbox.online/

招待メールを送りますのでログインして教材を閲覧、学習してください。

インターネットで ER を学べるサイト

聖マリアンナ医科大学西部病院救命救急センター　５分間レクチャーシリーズ　北野夕佳先生

https://www.youtube.com/@user-lx1jb7ir4i

Antaa Slide 医師・医学生のためのスライド共有

https://slide.antaa.jp/

HOKUTO　医師向け臨床支援アプリ

https://hokuto.app/

国家公務員共済組合連合会枚方公済病院
研修医手帳

初期臨床研修は、病院が医学教育の仕上げの部分を、on job training の形で担当させていただくものであり、医学公教育の一環であるとの使命感をもって、研修医の先生方に接してゆきます。2020 年度からの医師臨床研修制度が見直しに準拠しつつ、研修医の先生方が着実に、また無駄なストレスを感じることなく、研修を進めていただく上の一助になるよう、研修医手帳を作成しました。経験すべき症候（29 項目）ならびに経験すべき疾患・病態（26 項目）については、ご自身の経験履歴を手帳でチェックして、初期研修中にもれなく履修できるように心がける必要があります。

【メンタルをまもるために大切なこと】

・よく寝る

・人とくらべない

・がんばり過ぎない

・完璧な自分をやめる

・好きな人を大切にする

・人と比べて落ち込まない

・全員に好かれようとしない

・他人の視線を気にしない

・心の逃げ場を持つこと

・人は人、自分は自分

・どんな自分も許す

・幸せは心に宿る

・よく笑う

最近笑っていますか？

【自分への質問リスト(Johnson & Johnson 社　Credo より)】

・私は何を望んでいる？

・他にどんな選択ができる？

・思い込みしすぎている事はなんだろう？

・何に責任をもって考えれば良い？

・他にどんな考え方ができるだろう？

・あの人は、何を考え、何をかんじているのだろう？

・あの人は、何を必要とし、何を望んでいるのだろう？

・見落としている可能性があるとしたら何だろう？

・私は何をさけているのだろう？

・この人から、何を学べるのだろう？

・この状況から、どんな学びがあるのだろう？

・あの人に、どんな事を聞けばよいのだろう？

・どんな行動ができると、より良いのだろう？

・どうすれば、Win-Winになるのだろう？

・少しでも、可能性を上げるには、何ができるだろう？

・私は、どんな事を感じているのだろう？

医師の応召義務

厚生労働省医政局発令通達（医政発1225第４号令和元年12月25日）により医師法上の応召義務は以下のように解釈されています。

(A)診療の求めに対する医師個人の義務（応招義務）と医療機関の責務

医師法第19条第１項及び歯科医師法第19条第１項に規定する応招義務は、**医師又は歯科医師が国に対して負担する公法上の義務であり、医師又は歯科医師の患者に対する私法上の義務ではない**こと。

(B)労使協定・労働契約の範囲を超えた診療指示等について

労使協定・労働契約の範囲を超えた診療指示等については、使用者と勤務医の労働関係法令上の問題であり、医師法第19条第１項及び歯科医師法第19条第１項に規定する応招義務の問題ではないこと。
（勤務医が、医療機関の使用者から労使協定・労働契約の範囲を超えた診療指示等を受けた場合に、結果として労働基準法等に違反することとなることを理由に医療機関に対して診療等の労務提供を拒否したとしても、医師法第19条第１項及び歯科医師法第19条第１項に規定する応招義務違反にはあたらない。）

(C)患者を診療しないことが正当化される事例の整理

（１）緊急対応が必要な場合と緊急対応が不要な場合の整理

１① 緊急対応が必要な場合（病状の深刻な救急患者等）

ア 診療を求められたのが診療時間内・勤務時間内である場合

医療機関・医師・歯科医師の専門性・診察能力、当該状況下での医療提供の可能性・設備状況、他の医療機関等による医療提供の可能性（医療の代替可能性）を総合的に勘案しつつ、事実上診療が不可能といえる場合にのみ、診療しないことが正当化される。

イ 診療を求められたのが診療時間外・勤務時間外である場合

応急的に必要な処置をとることが望ましいが、原則、公法上・私法上の責任に問われることはない（※）。

※ 必要な処置をとった場合においても、医療設備が不十分なことが想定されるため、求められる対応の程度は低い。（例えば、心肺蘇生法等の応急処置の実施等）

※ 診療所等の医療機関へ直接患者が来院した場合、必要な処置を行った上で、救急対応の可能な病院等の医療機関に対応を依頼するのが望ましい。

② 緊急対応が不要な場合（病状の安定している患者等）

ア 診療を求められたのが診療時間内・勤務時間内である場合

原則として、患者の求めに応じて必要な医療を提供する必要がある。ただし、緊急対応の必要がある場合に比べて、正当化される場合は、医療機関・医師・歯科医師の専門性・診察能力、当該状況下での医療提供の可能性・設備状況、他の医療機関等による医療提供の可能性（医療の代替可能性）のほか、患者と医療機関・医師・歯科医師の信頼関係等も考慮して緩やかに解釈される。

イ 診療を求められたのが診療時間外・勤務時間外である場合

即座に対応する必要はなく、診療しないことは正当化される。ただし、時間内の受診依頼、他の診察可能な医療機関の紹介等の対応をとることが望ましい。

（２）個別事例ごとの整理

① 患者の迷惑行為

診療・療養等において生じた又は生じている迷惑行為の態様に照らし、診療の基礎となる信頼関係が喪失している場合（※）には、新たな診療を行わないことが正当化される。

※ 診療内容そのものと関係ないクレーム等を繰り返し続ける等。

② 医療費不払い

以前に医療費の不払いがあったとしても、そのことのみをもって診療しないことは正当化されない。しかし、支払能力があるにもかかわらず悪意を持ってあえて支払わない場合等には、診療しないことが正当化される。具体的には、保険未加入等医療費の支払い能力が不確定であることのみをもって診療しないことは正当化されないが、医学的な治療を要さない自由診療において支払い能力を有さない患者を診

療しないこと等は正当化される。また、特段の理由なく保険診療において自己負担分の未払いが重なっている場合には、悪意のある未払いであることが推定される場合もある。

③ 入院患者の退院や他の医療機関の紹介・転院等

医学的に入院の継続が必要ない場合には、通院治療等で対応すれば足りるため、退院させることは正当化される。医療機関相互の機能分化・連携を踏まえ、地域全体で患者ごとに適正な医療を提供する観点から、病状に応じて大学病院等の高度な医療機関から地域の医療機関を紹介、転院を依頼・実施すること等も原則として正当化される。

④ 差別的な取扱い

患者の年齢、性別、人種・国籍、宗教等のみを理由に診療しないことは正当化されない。ただし、言語が通じない、宗教上の理由等により結果として診療行為そのものが著しく困難であるといった事情が認められる場合にはこの限りではない。

このほか、特定の感染症へのり患等合理性の認められない理由のみに基づき診療しないことは正当化されない。ただし、１類・２類感染症等、制度上、特定の医療機関で対応すべきとされている感染症にり患している又はその疑いのある患者等についてはこの限りではない。

⑤ 訪日外国人観光客をはじめとした外国人患者への対応

外国人患者についても、診療しないことの正当化事由は、日本人患者の場合と同様に判断するのが原則である。外国人患者については、文化の違い（宗教的な問題で肌を見せられない等）、言語の違い（意思疎通の問題）、（特に外国人観光客について）本国に帰国することで医療を受けることが可能であること等、日本人患者とは異なる点があるが、これらの点のみをもって診療しないことは正当化されない。ただし、文化や言語の違い等により、結果として診療行為そのものが著しく困難であるといった事情が認められる場合にはこの限りではない。

民法に規定される医師の義務

患者と医師の関係は民法においては「**準委任**」とされており、診療が開始となった瞬間から、医師は患者に対して善良なる管理者としての注意義務（**善管注意義務**）を負う、というきわめて医師側に厳しいものとなっています。医師が患者に対して負う債務には２種類あって、一つ目は結果債務（ようするに病気をうまく治せということ）であり、二つ目は手続債務（医学的に妥当な検査・治療・説明同意を適時に行うこと）です。結果債務は必ずしもいつも果たすことはできないことの裏返しとして、手続債務だけはいつでもどんな状況でも果たすことが善管注意義務の遂行のために必要です。この場合のキーワードは**説明義務**　Accoutability です。説明内容のカルテ記載はきわめて重要です。重大な IC の記録などの場合は、同席他職者の署名もカルテに残すことが、説明内容記載の客観性を高めるために有用です。

医師の服装についてのマニュアル

清潔な白衣もしくは制服を着用し、名札を装着すること。感染対策マニュアルの規定をまもること。肩につく髪は後ろに一つにまとめる（ポニーテール不可）。前髪は目にかからない。派手なヘアマニキュアは禁止。自然で健康的メークを心がける。香りのつよすぎる化粧品などの使用は禁止。爪は手入れがされ、短く切りそろえておくこと。マニキュア不可。サンダル履き不可で靴を履くこと。

講習会などへの出席

各種講習会（医療安全講習会、院内感染対策講習会、認知症ケア講習会など）ならびに消防訓練・災害医療訓練に研修医は出席する義務があります。

保険診療について

初期研修医は保険医登録がまだないので、上級医とともに診療にあたり、上級医によるカウンターサインを得ないと医療行為について保険請求ができません。また診療にあたっては療養担当規則を遵守しましょう。

病棟指示について

口答指示は禁止、電子カルテで指示、オーダー入力を上級医のアドバイスの元におこなってください。指示の締め切り時間、処方の締め切り時間、食事変更の締め切り時間などを遵守してください。

各種締め切り

給食　朝食締め切り　6 時 30 分　昼食締め切り 10 時 30 分　夕食締め切り　16 時

定期処方

金曜日始まりの病棟（3 号館　2 階東　2 階西）　水曜日

木曜日始まりの病棟（3 階東　3 階西）　火曜日

水曜日始まりの病棟（4 階東　4 階西）　月曜日

カルテ記載について

診察行為、診療行為、説明内容などについては遅滞なく電子カルテ入力するようにしてください。また記載内容について上級医の承認をうけてください。

サマリー記載について

26 疾病・29 症候を経験した場合サマリー提出が必要です。該当患者を退院時まで受け持った場合は退院時サマリーを、退院まで受け持たなかったような場合は、研修医ローテーション引き継ぎサマリー、ないしは経過途中のウィークリーサマリー、外来症例の場合外来サマリーなどを記載して、指導医ならびにプログラム責任医師のチェックを受けてください。またこれらのサマリーは電子カルテ内に記載しますが、紙媒体などにも出力して、自分の研修記録ファイルに保管するようにしてください。

PG-EPOC 入力について

経験症例や症状についての臨床要約はすみやかに PG-EPOC に入力してください。なお、一部の入力作業については事務による代行入力が認められる予定です。

インシデントレポート

日本ではまだまだ「始末書」「反省書」というような誤ったイメージがのこっていますが、初期臨床研修課程ではインシデントレポートの提出そのものを、非常にポジティブにとらえています。研修医の先生方に早くからインシデントレポートの記載になれて、かつ合理的なリスクマネージメントの仕組みを理解していただきたいと思います。研修医は、一ヶ月に一枚程度インシデントレポート提出すべき場面に遭遇することが統計上指摘されているそうなので、これを参考にして積極的なインシデントレポート提出をお願いします。

医療安全への格段の配慮

医療安全はすべてに優先することを理解してください。明確な指示出しと指示が通っていることのコメディカルスタッフへの確認、本人確認、指さし確認などの習慣づけを意識して行ってください。特に中心静脈カテーテル留置などに際しては、日本医療安全評価機構の報告書を精読しその勧告に従ってください。(https://www.medsafe.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=1)　枚方公済病院医療安全管理指針は電子カルテサーバーY ドライブで、Y:¥院内マニュアル¥一時保管場所¥医療安全管理指針（第 8 版）.pdf で、またインフォームドコンセント運用規定は Y ドライブで、Y:¥院内マニュアル¥一時保管場所¥インフォームドコンセント運用規定（第 4 版）.pdf で閲覧可能です。

感染予防：患者を護り、自分を守る

ご自身の各種感染症に対する抗体力価を知っておいてください。近年はしか、風疹の流行がおきています。各種感染症に対する抗体価からみてワクチンの追加接種が望ましいと思われる方に対しては、感染対策委員会からご連絡します。標準感染防御策の徹底はもちろんですが、空気感染しうる疾患（結核、はしか、水痘）に対する警戒も怠らないようにしてください。

言ったことが伝えたこと　×
伝わったことだけが伝えたこと　○

良好なコミュニケーションは患者のアウトカムを改善します。逆にバベルの塔のような医療は最悪です。患者や患者家族に対しては、業界用語・専門用語をつかわず平易な日本語で説明してください。スタッフに対して自分の指示がきちんと理解されているかどうか、常に確認する習慣を身につけてください。電子カルテの指示欄に医師が指示を記載しても、指示受けするナースが患者担当ナースに伝えるあいだに、ラグタイムが発生するのみならず、伝言ゲームのような誤認が発生するリスクがあることを認識してください。できるだけ、当日患者担当ナースと直接会話して、自分の指示が理解されており準備万端整っているか、自分で確かめる癖を身につけてください。指示や処方を急に変更したときは、必ず担当ナースに直接連絡確認するようにしてください。たとえば、朝の血液データをみて点滴を変更するような場合ですが、すでに病棟には元来の処方による注射薬が届いていますから、当日注射処方を電子カルテ上で変更しても、病棟にある注射薬の現物は前の処方のまま残っています。ですから、患者に新しい処方による注

射薬を投与するためには、水際で前の処方注射薬をストップして新しい処方注射薬に差し替える作業が必要です。インシデントが発生するか未然に止められるかの瀬戸際の勝負は、常に現場でのビビッドなコミュニケーションの善し悪しにかかっていることを、肝に銘じてください。

もうひとつ医師がわすれがちなことは主治医制の医師と異なり、病棟ナースは３交替で受け持ちが毎日変わってしまうということです。前日までの治療の文脈を当日受け持ちナースが必ずしも全部把握しているわけではないので、場合によっては当日受け持ちナースに対するブリーフィングが望ましい場合もあり得ます。また前日に指示を電子カルテで行い、指示受けされていたとしても、当日のナースは「前日ナースからの申し送り」で情報を得ていますので、ここでも伝言ゲームが発生しているリスクが潜在します。とにかく、ナースに対する「お願い事」は、かならず**名指しで**「〇〇看護師さん、××のことは△△なので今日よろしくお願いします」、というようにするとよいです。

最後に、医師用電子カルテメニュー（赤チューリップ）と看護師用電子カルテメニュー（白チューリップ）では、情報の見え方が全く異なります。医師の ID で看護師のカルテを参照することは可能ですので、ときどき自分の受け持ち患者のカルテを看護師メニューから開いて、看護師ワークシート上でどのように見えているかをチェックするとよいでしょう。

シャイにならずに看護師にはなにくれ相談事をもちかけ、物事を頼むようにしましょう。逆説的ですが、日ごろから小さな頼み事を何度もしておくことが、いざというときに大きな頼み事をしたときに、聞き入れてもらって動いてもらうための、よい準備になります。

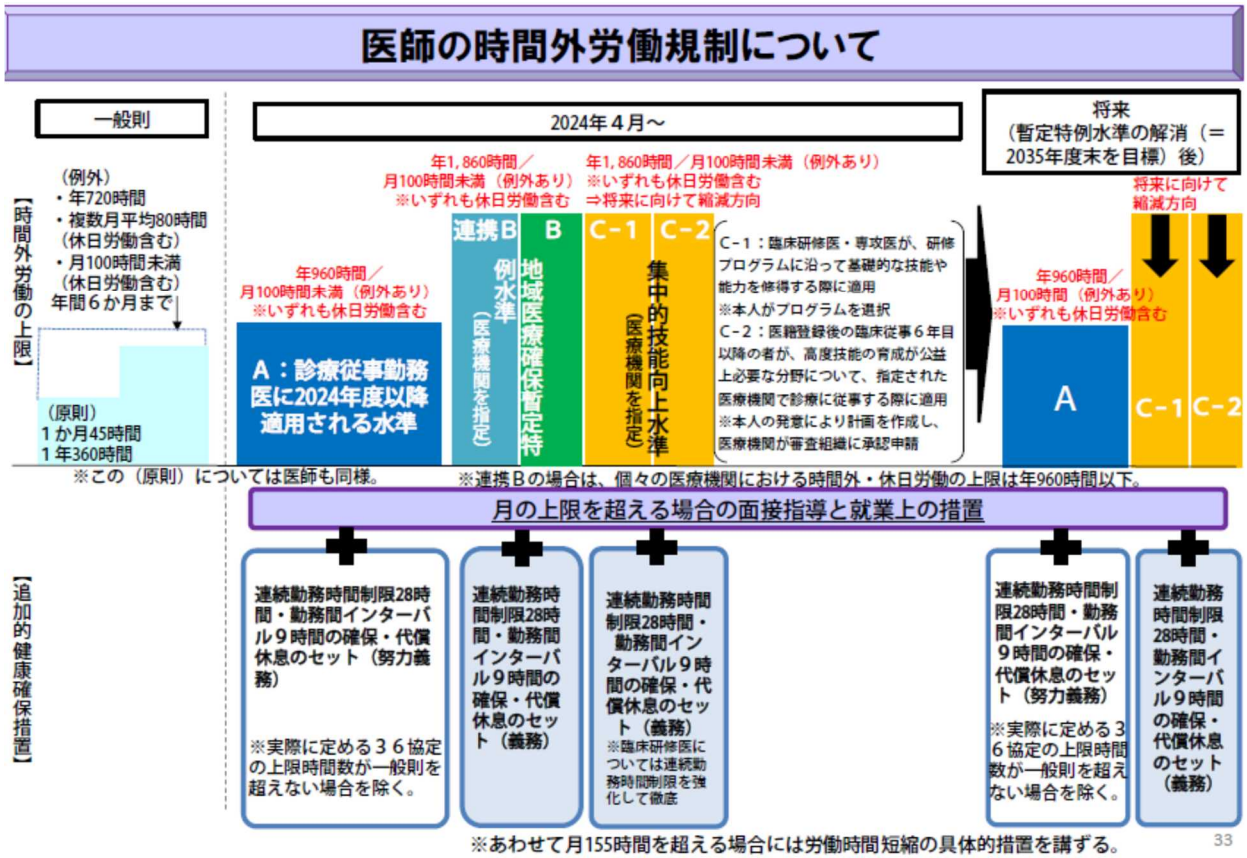
ラグビーの試合でよいパスを回すようなコミュニケーションがとれれば、最高です。

勤務時間管理

上司からの指示によって時間外に業務を行った場合は、医局にある時間外勤務届に時間を記載し、ローテート中の科の部長の印をもらって、提出してください。当直においてウォークイン患者を診察した場合患者 1 名あたり 20 分、救急搬送患者もしくは入院を要する患者を診察した場合は患者 1 名あたり 1 時間の時間外勤務を届け出るものとします。なお協力型臨床研修病院での研修において 1 日 8 時間をこえる研修を行った場合は、通常自己研鑽と解釈します。当直については宿直として認可をうけているため、患者の診療をおこなった場合には時間外手当を宿直料以外に給付します。

当院 は A 水準で届け出しております。当直については宿直として認可をうけているため、患者の診療をおこなった場合には時間外手当を宿直料以外に給付します。なおいわゆる 36（サブロク）労使協定文書のファイルは研修医室に常備します。

参考



よい段取りは働き方改革に効く

たとえば、急に退院が決定した患者に①退院時処方を行い、②家族と本人に IC を行い、③退院療養計画書を作成し、④紹介元の医院に診療情報提供書を作成し、⑤DPC 病名を決定して会計を締めて請求額を確定することなどを、3 時間ほどの間にしてしまわないといけないとします。

作業には、(A)時間はかかるが最初にセッティングしておけば他の人や部署がしてくれる作業と、(B)時間は短いが自分がかかりっきりになる必要のある作業に分けることができます。上記の例では①と⑤が(A)で②③④が(B)に相当します。そうすると、たとえすでに家族が病棟に到着していたとしても、5 分待ってもらってまず①をして、ついで会計に電話して診療情報提供書をこれから作成するから退院時診療情報提供料も算定するよう伝えた上で、⑤のスタートをしておいて、それから②③④を行うのが、時短のために有効であることがわかります。

おなじように、高齢患者が入院したらまず介護保険の申請や区分変更などの役所がからんで時間がかかることに着手しておくと、入院治療で病状が安定したころに介護認定の結果が判明して、すぐに退院支援に移行することができます。このように、仕事には「(A)長い（寝かしておく）仕事」と「(B)短い仕事」があり、コンポジットにして順序を考えて仕込みをしておくことで仕事の効率化がはかれるのです。治療介入による患者の病状の変化の速度から数日後を予測して、自分が検査結果を確認して処方行動を速やかに行いうる日時で検査オーダーをいれておき、そのときに処方薬の微調整をおこなえるようにしてお

くことも、段取りといえます。

医師は病院の仕事の流れからすると、最も川上に存在しますので、医師が段取りよく仕事をできれば、病院全体の働き方改革につながります。

（参考にすべきサイト等）

厚生労働省　がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会（e-learning; https//peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html）、日本緩和医療学会　教育セミナー（https//www.jspm.ne.jp/seminar_m/index.html）

虐待に関する研修（BEAMS　虐待対応プログラム　https://beams.childfirst.or.jp/event/

ACP（アドバンス・ケア・プランニング　人生会議）に関わる活動に参画する。人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyaoku/0000197721.pdf）（直接開けないので、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/saisyu_iryou/AA10K-index.html　から上記の PDF ファイルを開くと閲覧できます）

臨床研修の評価

研修医はサマリーをすみやかに作成してください。また、サマリーは紙ベースでも印刷保管し各人の研修ポートフォリアとしてファイリングすることを推奨します。各診療科で経験した入院症例の退院サマリーは患者退院後 1 週間以内に記載して、指導医の承認を得るようつとめてください。

指導医は研修医手帳の記入状況、EPOC への入力状況を把握し、研修医ごとの研修内容を改善することを主たる目的として形成的評価を行います。日常的な研修のふりかえりは、Mini-Clinical Evaluation exercise (CEX)を通じておこないます。

研修分野・診療科のローテーションの終了時ごとに、臨床研修評価表（Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　様式 18, 19, 20）を用いて到達目標の達成程度を評価します。またすくなくとも半年に一回研修責任者から、評価内容を研修医にフィードバックします。研修期間の終了時には、プログラム責任者から臨床研修の達成状況の報告を受けた研修管理委員会が臨床研修の目標の達成度判定票(様式 21)を用いて判定しコメディカルによる 360°評価を参照した上で、要件が満たされた場合、研修終了として病院長に申告します。病院長は臨床研修を修了したと認定された研修医に対して、臨床研修修了証を授与します。

・研修医が単独で行って良い処置の基準

原則：身体損傷のリスクがあり事前に同意書の取得が義務づけられている処置については、研修医が単独で行うことはしない。

1. 看護師が単独で行う処置のすべて（採血、皮下注射、筋肉注射、静脈注射、点滴、静脈確保、導尿、口腔内吸引、鼻腔吸引、浣腸、坐薬挿入、ガーゼ交換、創処置、BLS など。）ただし、女性患者の導尿や坐薬挿入、直腸指診を男性研修医が行う場合は、患者本人の了承ならびに女性看護師の立ち会いを要する。また女性患者の乳房の診察を男性研修医が行う場合は、上級医並びに女性看護師の立ち会いを要する。
2. 非侵襲的検査（心電図、腹部超音波検査、心臓超音波検査）は、指導医の許可のもと自ら施行してよい。単純レントゲン撮影、単純ＣＴ・単純ＭＲＩについても、適応と必要があり、禁忌でなければ、研修医の判断でオーダーし、事後に指導医の承認を得れば良い。一方核医学的検査については、事前に上級医にコンサルトすること。各種造影検査は指導医とともに行う。
3. 胃管挿入については、手技習熟後は研修医単独で施行してよいが、レントゲンなどでの先端迷入の有無のチェックについては上級医と行うこと。
4. 中心静脈カテーテル留置、髄液検査、骨髄検査、胸腔ドレナージ、イレウス管挿入については、手技に習熟後も上級医とともに行うこと。
5. 上部消化管内視鏡検査、気管支内視鏡検査についても上級医とともに行い、単独施行はしない。
6. 心臓カテーテル検査、手術などで上級医の介助を助手として行うことがあるが、この場合は全面的に指導医の指導のもとで行う。
7. 気管内挿管は上級医とともに行う。ただし、心肺停止時において救命のための気管内挿管については、研修医単独施行してもよい（食道挿管除外のためのカプノグラムが整備されている）

・研修医が単独で行って良い処方の基準

1. 入院患者が外来で服用していた、生活習慣病や慢性疾患に関する内服を入院処方箋で切り直しする場合（他院で処方されていた薬剤の類薬を処方する場合も含む）。
2. 入院時異常時指示、対症指示として院内セットされている薬剤の処方。
3. クリニカルパスで規定されている処方。
4. 輸液・電解質製剤、抗生剤、NSAIDs、非麻薬性中枢性鎮痛剤、抗ヒスタミン剤、パルス以外の量の副腎皮質ステロイドホルモン、胃潰瘍治療薬、制吐剤、下剤、止痢剤、降圧剤、脂質異常治療薬、糖尿病薬、利尿薬、気管支喘息治療薬・気管支拡張薬、甲状腺治療剤、骨粗鬆症治療剤、ビタミン類、痛風治療剤、鎮咳去痰薬、泌尿器薬、抗コリン剤、催不整脈作用の少ない抗不整脈薬、ジギタリス製剤、抗凝固剤、カテコラミン類、頻用外用薬などは、単独処方可能とする。

5. 催不整脈作用の強い抗不整脈薬、免疫抑制剤、抗リウマチ薬、生物学的製剤、分子標的薬、依存性の強い向精神薬、ステロイドパルスについては、単独処方不可とする。ただし、すでに上級医が当該患者において処方をしており、処方継続する場合は、研修医が電子カルテでオーダー可能とする。
6. 輸血については研修医の単独処方不可とする。
7. 麻薬処方については、初回投与並びに投与薬剤変更、投与量増量の際には上級医とともに行い単独処方しない。維持量を継続処方する場合は研修医による単独処方可能である。
8. 蘇生に用いる薬剤は、ACLS 講習を受講してから単独処方可能とする。
9. 抗悪性腫瘍薬は研修医の単独処方不可とする。化学療法はパスに準拠して、投与量、投与時間などを厳密に守り、上級医とともに処方して、かつ薬剤師による監査を受ける。

（後付 1）
一般社団法人　日本医療安全調査機構
医療事故の再発予防に向けた提言　第 1 号　中心静脈穿刺合併症に係わる死亡の分析－第 1 報－
(https://www.medsafe.or.jp/uploads/uploads/files/publication/teigen-01.pdf)

【適　応】
中心静脈穿刺は、致死的合併症が生じ得るリスクの高い医療行為（危険手技）であるとの認識を持つことが最も重要である。血液凝固障害、血管内脱水のある患者は、特に致命的となるリスクが高く、中心静脈カテーテル挿入の適応については、末梢挿入型中心静脈カテーテル（PICC）による代替を含め、合議で慎重に決定する。
【説明と納得】
中心静脈カテーテル挿入時には、その必要性及び患者個別のリスクを書面で説明する。特にハイリスク患者で、死亡する危険を考慮しても挿入が必要と判断される場合は、その旨を十分に説明し、患者あるいは家族の納得を得ることが重要である。
【穿刺手技】「穿刺手技のポイント」の動画(http://fa.kyorin.co.jp/medsafe/movie/teigen01.mp4)
内頚静脈穿刺前に、超音波で静脈の性状（太さ、虚脱の有無)、深さ、動脈との位置関係を確認するためのプレスキャンを行うことを推奨する。
リアルタイム超音波ガイド下穿刺は、超音波の特性とピットフォール（盲点）を理解した上で使用しなければ誤穿刺となり得る。術者はあらかじめシミュレーショントレーニングを受けることを推奨する。
中心静脈カテーテルセットの穿刺針は、内頚静脈の深さに比較し長いことが多いため、内頚静脈穿刺の場合、特にるい痩患者では、深く刺しすぎないことに留意する。
穿刺手技時、ガイドワイヤーが目的とする静脈内にあることを超音波や X 線透視で確認する。特に内頚静脈穿刺の場合、ガイドワイヤーによる不整脈や静脈壁損傷を減らすために、ガイドワイヤーは 20cm 以上挿入しない。
【カテーテルの位置確認】
留置したカテーテルから十分な逆血を確認することができない場合は、そのカテーテルは原則使用しない。特に透析用留置カテーテルの場合は、致死的合併症となる可能性が高いため、カテーテルの位置確認を確実に行う必要がある。
【患者管理】
中心静脈カテーテル挿入後の管理においては、致死的合併症の発生も念頭において注意深い観察が必要である。血圧低下や息苦しさ、不穏症状などの患者の変化や、輸液ラインの不自然な逆流を認めた場合は、血胸・気胸・気道狭窄、カテーテル先端の位置異常を積極的に疑い、迅速に検査し診断する必要がある。また、穿刺時にトラブルがあった場合などを含め、医師と看護師はこれらの情報を共有し、患者の状態を観察する。
中心静脈穿刺合併症出現時に迅速に対応できるよう、他科との連携や、他院への転院を含めたマニュアルを整備しておく。
再発防止委員会・中心静脈穿刺合併症 専門分析部会／医療事故調査・支援センター 平成 29 年 3 月

（後付 2）
一般社団法人　日本医療安全調査機構
医療事故の再発予防に向けた提言　第 6 号　栄養剤投与目的に行われた胃管挿入に係る死亡事例の分析
(https://www.medsafe.or.jp/uploads/uploads/files/teigen-06.pdf)

【胃管挿入のリスク】
胃管挿入において、嚥下障害、意思疎通困難、身体変形、挿入困難歴などがある患者は誤挿入のリスクが高いことを認識する。
【胃管挿入手技】
誤挿入のリスクが高い患者や挿入に難渋する患者では、可能な限り X 線透視や喉頭鏡、喉頭内視鏡で観察しながら実施する。
【胃管挿入時の位置確認】
気泡音の聴取は胃内に挿入されていることを確認する確実な方法ではない。胃管挿入時の位置確認は、X 線や pH 測定を含めた複数の方法で行う。特にスタイレット付きの胃管を使用するなど穿孔リスクの高い手技を行った場合は、X 線造影で胃管の先端位置を確認することが望ましい。
【胃管挿入後の初回投与】
胃管挿入後は重篤な合併症を回避するため、初回は日中に水（50 ～ 100mL 程度）を投与する。
【水の投与以降の観察】
投与開始以降は誤挿入を早期発見するため、頻呼吸・咳嗽など呼吸状態の変化、分泌物の増加、呼吸音の変化、SpO2 低下などを観察する。特に誤挿入のリスクが高い患者は SpO2 のモニタリングを行うことが望まし
い。
【院内体制・教育】
胃管挿入は重篤な合併症を起こしうる手技であるということを周知し、栄養状態や胃管の適応に関する定期的評価、胃管挿入に関する具体的な方法について、院内の取り決めを策定する。

専門分析部会・再発防止委員会／医療事故調査・支援センター　2018 年 9 月

動画
(http://fa.kyorin.co.jp/medsafe/movie/teigen06.mp4)

（後付 3）
一般社団法人　日本医療安全調査機構
医療事故の再発防止に向けた提言 第 3 号　注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析
(https://www.medsafe.or.jp/uploads/uploads/files/teigen-03.pdf)

【アナフィラキシーの認識】
アナフィラキシーはあらゆる薬剤で発症の可能性があり、複数回、安全に使用できた薬剤でも発症し得ることを認識する。
【薬剤使用時の観察】
造影剤、抗菌薬、筋弛緩薬等のアナフィラキシー発症の危険性が高い薬剤を静脈内注射で使用する際は、少なくとも薬剤投与開始時より 5 分間は注意深く患者を観察する。
【症状の把握とアドレナリンの準備】
薬剤投与後に皮膚症状に限らず患者の容態が変化した場合は、確定診断を待たずにアナフィラキシーを疑い、直ちに薬剤投与を中止し、アドレナリン 0.3 mg（成人）を準備する。
【アドレナリンの筋肉内注射】
アナフィラキシーを疑った場合は、ためらわずにアドレナリン標準量 0.3 mg（成人）を大腿前外側部に筋肉内注射する。
【アドレナリンの配備、指示・連絡体制】
アナフィラキシー発症の危険性が高い薬剤を使用する場所には、アドレナリンを配備し、速やかに筋肉内注射できるように指示・連絡体制を整備する。
【アレルギー情報の把握・共有】
薬剤アレルギー情報を把握し、その情報を多職種間で共有できるようなシステムの構築・運用に努める。

アナフィラキシー 専門分析部会・再発防止委員会／医療事故調査 ・ 支援センター 平成 30 年 1 月

（後付 4）
一般社団法人　日本医療安全調査機構
医療事故の再発防止に向けた提言 第 7 号
一般・療養病棟における非侵襲的陽圧換気（NPPV）及び気管切開下陽圧換気（TPPV）に係る死亡事例の分析
(https://www.medsafe.or.jp/uploads/uploads/files/teigen-07.pdf)

【リスクの認識】
意識があり自発呼吸のある呼吸不全患者に NPPV/TPPV 療法を選択することは、マスクと回路の接続外れなどにより致命的な状況に陥るリスクが伴うことを認識する。さらに、一般・療養病棟で管理する場合にはそのリスクが高まる。
【観　察】
人工呼吸器装着中の患者の観察においては、人工呼吸器の作動確認に併せて呼吸状態の観察（胸郭の動き、呼吸音、SpO2 など）を行う。さらに、異常を早期に察知するため、パルスオキシメータなどによるモニタリングを行い、アラーム機能を活用した観察を行う。
【緊急対応】
緊急時は直ちに用手換気に切り替える。NPPV/TPPV 使用中の患者のベッドサイドには、バッグバルブマスクと酸素流量計を常備する。
【教　育】
NPPV/TPPV に関するマニュアルの整備や周知による基本的な技術の習得に加え、リスクの予測や緊急時の対応など、実践力の維持・向上に向けた教育体制を整備する。
【安全管理体制と機器管理】
人工呼吸管理を安全に行うための多職種連携を推進する。可能であればチームを設置し、人工呼吸器の使用状況を定期的に確認する。さらに、問題点を共有し迅速に対応する。

専門分析部会・再発防止委員会／医療事故調査・支援センター　2019 年 2 月