

杏林大学医学部付属病院初期臨床研修プログラム

第 26 版 令和 2 年 4 月

杏林大学病院で研修を始める研修医諸君へ

研修医の諸君は、これまで医学部入試、医師国家試験などに合格して、今日の立場に立っているわけです。これまでの努力に対して社会的評価を得てきたと言えます。

これからの教育と教育環境は、これまでとは本質的に異なります。まず、言葉が「教育」ではなく「研修」になっています。研修の大部分は OJT (On-the-Job Training) です。

OJT とは

1. 新人に学習に対する興味を持たせること
2. 作業をして見せ、新人に内容を理解させること
3. 新人自身に仕事をやらせてみること
4. 新人の仕事に対して評価し指導すること

という説明があります。

この説明は、我々研修指導者から見た言葉で表現されています。

では、諸君自身の立場に立って臨床研修をどうとらえるべきでしょうか？

1. 患者に即して学習し、臨床に興味を持つこと
2. 患者の治療などの実際を見て、良く理解すること
3. 積極的に自分で臨床を実践すること
4. 自己の実践・理解を自分で評価し改善すること、また指導者からのフィードバックを受け入れること

すなわち自分で興味を持ち、積極的に臨床に参加をすることが必要です。研修医の 2 年間は人間的にも、能力的にも大きく飛躍する重要な時期です。この期間の 10 の努力は、将来 100 の結果に繋がります。努力、努力そして努力の日々が続く事になると思われませんが、決してそれが無駄にはなりません。どんな小さな努力でも惜しまずに励むことが重要です。また、当院において、その努力は必ず評価され報われます。

研修に求められる基本的な態度は、自分で目標をたて、その目標に向かっておこなったことを自分自身で評価・反省・改善し、受身ではなく能動的に努力することです。そしてこの姿勢が患者の診療に反映していけば、必ずや患者から信頼される医師に成長してくれると確信しています。

当院の組織は大きすぎず小さすぎず、諸君一人一人の努力により、小回りの利く研修が可能です。良き仲間と共に青春をぶつけ合いながら切磋琢磨してお互いを磨き、技術はもとより心が通い人に優しく接することが出来、同僚の医師およびメディカルスタッフから信頼される医師になって頂きたいと思います。

このために我々職員は最大限の助力を致しますので、悩み事があれば一人で抱えずに指導医や総合研修センターの職員に相談してください。

共に努力をして共に良い医療を実践いたしましょう。

令和 2 年 4 月

病院長 市村正一

杏林大学医学部附属病院初期臨床研修プログラムで 充実した臨床研修を

平成 16 年 4 月から実施された新しい臨床研修制度は、その後 5 年ごとに見直しが行われて来た。平成 21 年 4 月と平成 26 年 4 月から施行された「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令」では、必修科目などが変更されたが、この臨床研修制度の基本である、「臨床研修の理念」および「臨床研修の到達目標」には全く変更がなかった。

このたびの見直し(平成 30 年 7 月 3 日「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令」の一部改正)では、「臨床研修の理念」こそ変更がないものの、「臨床研修の到達目標」、必修科目、研修医の評価法、外来研修の必修化など、根本的ともいえる変更が行われた。この変更に対応するために、杏林大学医学部附属病院の初期臨床研修プログラムも、その主要な構成要素である「目標」、「方略」、「評価」をすべて見直した。

この見直しの結果が、ここに提示する「杏林大学医学部附属病院一般コース」および「杏林大学医学部附属病院周産期重点コース」である。

2 年間の初期臨床研修を修了した後の専門研修については、当院は 19 専門領域のすべてにおいて基幹施設として専門研修プログラムを持っており、平成 30 年度から新制度のもとで専門研修を開始した。初期臨床研修は、決して「将来の専門領域を決めるためのモラトリウム期間」と捉えるべきではなく、将来のキャリアパスを念頭に置きつつ、必要な能力の修得に励んでいただきたい。

令和 2 年 4 月

卒後教育委員会委員長
富田泰彦

研修プログラムの見方、使い方

I. 2年間の初期臨床研修の全体を把握しよう

7 ページから 14 ページに、当院の施設の規模の概要、および初期臨床研修プログラムの概要が記載してあるので、一読の上 2 年間の初期臨床研修の全体をまず俯瞰しよう。また、15 ページから 19 ページの「初期臨床研修の目標」〈別表(1)〉は、2 年間で修得すべき目標と経験すべき症候、疾患・病態が記載してある。すなわち、研修修了の認定は主としてこれらの目標が十分達成できたかどうかによって行われるわけであり、常にこの研修目標を意識しつつ研修を行っていただきたい。

II. 各科の研修プログラムの入手法

各科の研修プログラムはこの冊子に印刷されていない(ページ数が膨大になるため)。必要なプログラムや評価表は、以下のいずれかにより入手できる。

1. この冊子の裏表紙に附属している CD-ROM からコピー(評価表等必要なファイルを含む)
2. 病院ホームページの「総合研修センター」のページからダウンロード(プログラムのみ)

III. 研修医も研修指導者も、研修プログラムを意識して研修・研修指導を行おう

研修プログラムは臨床研修の計画書・ガイドであり、研修プログラムを無視して闇雲に研修を行っても、まったく無駄というわけではないかもしれないが、「指導医の教えたことを教えるだけ」、あるいは「ただ研修医を下働きに使っているだけ」ということになりかねない。したがって、研修医も研修指導者も、研修プログラムを意識して研修あるいは研修指導を行うことがきわめて重要である。

まず、この冊子および研修を行う科のプログラムを読んで、概略を頭に入れていただきたい。さらに、研修医は「研修医ガイドブック」、指導医は「指導医ガイドブック」を読み、臨床研修がどのように行われるべきかを理解した上で、研修あるいは研修指導に臨んでいただくことを切に望むものである。

IV. 各科の研修プログラムの内容

〈〇〇科の診療と研修の概要〉

当該診療科の特徴、およびその科の研修の理念や具体的な内容が記載してある。研修医も指導医も必ず眼を通していただきたい。

〈研修期間〉

当該プログラムで研修する場合の研修期間である(記載していない場合は特に制限なし)。なお、以下の診療科では 6 週間の研修を認めている。4 週間だと短すぎるが、8 週間だと選択できる科が少なくなる、という場合に利用していただきたい。

呼吸器内科、腎臓病・リウマチ膠原病内科、神経内科・脳卒中科、循環器内科、血液内科、消化器内科、糖尿病・内分泌・代謝内科、救急総合診療科、精神神経科、小児科、消化器外科部門(上部消化管外科、下部消化管外科、肝胆膵外科)、呼吸器・甲状腺外科、脳神経外科、整形外科、小児外科、皮膚科、形成外科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、産婦人科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科、病理診断科

〈到達目標〉

詳細は「ガイドブック」に譲るが、次頁の図は研修(一般的には「学習」)のプロセスを表したものである。「ニーズ(必要性)」をもとにして研修目標(到達目標)が設定され、研修医がその目標に到達することを、指導医をはじめとする研修指導者が援助する。目標に到達するための方法と必要な資源(人・媒体・予算・時間)を決めたものが方略であり、研修医は方略に従って研修を行う。望ましい研修が行われるように、また目標に到達したかどうかを判断するために、評価が行われる。

まず、適切な目標設定が行われ、それが研修にかかわる人たち(少なくとも研修医自身と指導

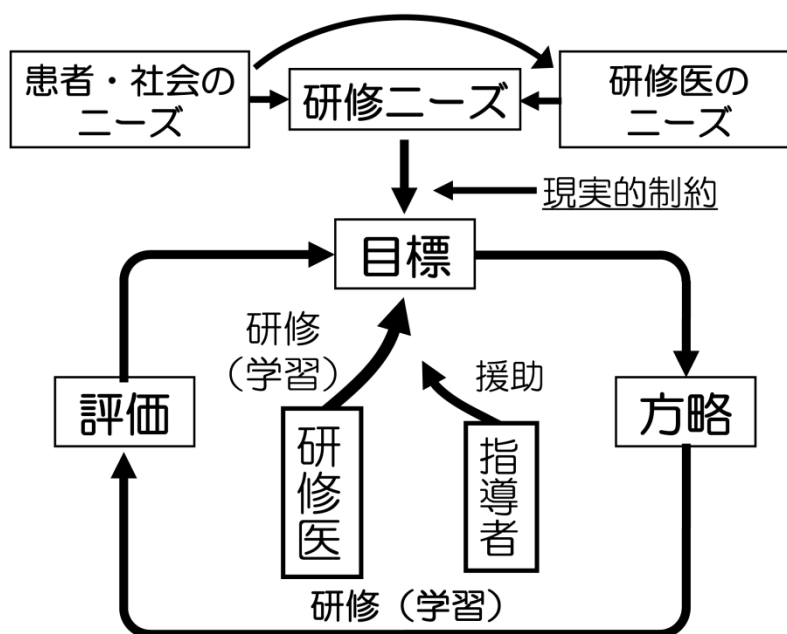
医)に共有されていることが、この「研修のプロセス」を適切に実現するために必須であることは論を俟たない。

到達目標は、大きく3つのカテゴリーに分けて記述されている。すなわち、「A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)」、「B. 資質・能力」および「C. 基本的診療業務」である。それぞれのカテゴリーには、「具体的にどういうことができるようになるべきか」が、具体的に箇条書きされている。

なお、従来の「具体的目標(objectives)」の記載では、修得すべき能力を「知識(想起、解釈、問題解決)」、「技能」、「態度」に分類していたが、この「第26版」からはその分類を記載しない。その理由は、医師が現場で発揮すべき能力は、3者の割合の違いこそあれ、知識・技能・態度が総合されたものだからである。たとえば、「静脈採血ができる」というような能力の修得には、

- ・必要な用具、手技、合併症の予防などについての知識
- ・用具を適切に使用して採血を行う技能
- ・安全や患者の苦痛に配慮する態度

のいずれもが必要である。ただし、方略や評価法を考える際には、知識・技能・態度のどれにウェイトがあるかを考慮する必要がある。



研修のプロセス

〈研修方略〉

研修方略を策定する場合は、研修医が目標に到達するための方法と、その方法を実施するために必要な資源(人・媒体・予算・時間)とが考慮されるべきである。

研修における研修医のトレーニングは、大部分が OJT(on-the-job training)である。すなわち、病棟や外来や手術室などで「新米医師」として指導医の監督の下に医療を行うことが、医師としての能力の向上のための主要な手段である。その他には、CPC への参加、シミュレーション研修、自主的な勉強会など、off-the-job training も適切に併用する必要がある。

各科のプログラムには、off-the-job training の具体的なスケジュールなどはあまり記載していないが(ポスターなどで周知する)、OJT の実際(診療体制、週間予定、研修医の業務・裁量範囲)について細かく記載してある。

〈研修評価〉

研修評価の目的は、大きく次の2つがある。

1. 個々の研修医の現状を本人にフィードバックすることにより、望ましい方向に研修医を導く。
2. 研修期間が終了したときに、個々の研修医が到達目標に達しているか(修了認定をしてもよいかどうか)を判定する。

研修指導者は特に 1 の重要性を認識し、日々適切なフィードバックを行うことにより研修医を導くことが求められている。評価法には様々なものがあるが、研修の現場では指導者(場合によってはメディカルスタッフや患者)が研修医の言動を観察し、必要に応じて記録する方法(「観察記録」とよばれる)が主体となる。

平成 30 年の制度見直しにより、全研修病院で共通の評価表を用いることになった。各科で用いる評価表は、この共通評価表をカスタマイズしたものである。

研修の進め方

—ローテーションの開始から終了まで—

I. ローテーション開始時(オリエンテーション)

最初にその科の臨床研修係(研修医手帳に記載)または指導医によるオリエンテーションがある。オリエンテーションの時期は、ローテーション開始の少し前のこともあるしローテーション初日のこともある。

1. 臨床研修係または指導医から、診療科の診療体制、研修医の業務と裁量範囲、その他について説明する。
2. 院内・院外の連絡先について確認する(研修医の連絡先は電話交換室に届けてある)。
3. 研修目標について確認する。
 - ・ まず、研修プログラムに記載してある目標について理解する。
 - ・ ローテーションの時期や個々の研修医のそれまでの研修経験によって、研修目標はそれぞれ異なるので、よく話し合って現実的で実のある目標を立てること。
4. 研修医は、「研修医手帳」の 10～11 頁を指導医に見せて、「初期臨床研修で修得すべき臨床手技」(21 項目)のうち、どのような医療行為を修得している(単独でできるようになっている)のかを指導医に確認してもらう(重要)。
 - ・ それまでのローテーションで指導医が「修得」という評価をしていない医療行為については、必ず指導医・上級医の監督の下で行う必要がある。
 - ・ 単独で行える医療行為であっても、指導医への報告を怠らないように。また通常の場合では単独で行える医療行為でも、難しい患者さんの場合や何度か試みてもうまくできなかった場合には、自力で行うことに固執せずに指導医や上級医に相談すること。
 - ・ 詳細は「研修医ガイドブック」あるいは「指導医ガイドブック」を参照のこと。

II. ローテーション中

1. 研修目標を念頭に置き、漫然と日々の業務をこなすだけという研修を避けよう。
2. 研修医は、自分の能力と裁量範囲をわきまえ、患者さんに無用なリスクや苦痛を負わせないように留意すること。また、指導医への「報告・連絡・相談」(特に報告)を怠らないこと。
3. 研修医の業務のすべてが「教育的」とは限らない。どんな職種・職位にもそれなりの「雑用」があるものであり、当然研修医が担うべき雑用もあるわけである。あまり不平不満を言わずにやるべきことをきちんとやるのが肝要である。同じ仕事をしていても、研修医の心構え・態度次第で、何かが学べることもあれば単なる雑用に終わることもある。
4. 研修医には、ローテート先での研修(on-the-job training)以外に、様々な勉強会や講習(off-the-job training)が課せられている。指導医には、研修医がこのような勉強会、講習、あるいは会議に出席できるよう、配慮していただきたい。研修医は、あらかじめ指導医に勉強会などの予定を伝え、その時間はローテート先での duty を免除してもらうこと。

III. ローテーション終了時

ローテーション開始時と同様に、終了時(必ずしも最終日でなくてもよい)に指導医は研修医と面談し、「ふりかえり」の時間を持っていただきたい。ふりかえりにおいては、

1. 指導医と研修医で、研修目標がどの程度達成できたかを検討する。この際、研修医は自己評価表を指導医に見せてもよい。
2. 指導医は、どのような点がよかったか、何を改善すべきかについて、研修医にフィードバックする。なお、指導医の評価表は、原則として研修医には見せずに(見せてもよいが)、直接卒後教育委員会に提出する(診療科長の署名・捺印が必要)。

病院および研修プログラムの概要

1. 臨床研修施設の規模の概要

昭和 45 年 4 月に新設された杏林大学医学部の付属病院として、東京西部地区三多摩随一の強大な医療センターの役割を果たしている。大学病院として臨床医学の教育・研究の場であると共に、地域医療機関との緊密な連携のもとに高度医療を実践している。

当院は平成 6 年 4 月に、高度医療の提供・技術開発・研修を担う特定機能病院の承認を受けている。また、平成 16 年 3 月に財団法人日本医療機能評価機構の認定を受け、その後 5 年ごとに更新されている。最新では令和元年 7 月に 3rdG:Ver.2.0 の認定を受けた。

- 規 模 敷地面積 27,993 m² 延床面積 120,665 m²(診療部門のみ)
免震構造(外来棟、第 1 病棟、第 3 病棟、放射線治療・核医学棟、中央病棟、外科病棟)
SRC 構造(第 2 病棟、高度救命救急センター棟)
- 許可病床数 1,153 床(一般 1,121 床、精神 32 床)
- 患 者 数 外来患者数 2,189 人/日(令和元年)
入院患者数 832 人/日(令和元年)
救急患者数 37,200 人(令和元年)
分娩数 937(令和元年)
- 入院基本料等 特定機能病院入院基本料
一般 7 対 1 入院基本料、精神 7 対 1 入院基本料
- 標榜診療科目 内科、循環器科、小児科、皮膚科、精神科、外科、脳神経外科、整形外科、心臓血管外科、形成外科、小児外科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科、リハビリテーション科、美容外科、リウマチ科、呼吸器科、呼吸器外科、消化器科、神経内科、産科、婦人科、救急科、病理診断科
- 先進医療 【A】泌尿生殖器腫瘍後腹膜リンパ節転移に対する腹腔鏡下リンパ節郭清術、多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術、
【B】コレステロール塞栓症に対する血液浄化療法(コレステロール塞栓)、放射線照射前に大量メトトレキサート療法を行った後のテモゾロミド内服投与及び放射線治療の併用並びにテモゾロミド内服投与の維持療法(初発の中樞神経系原発悪性リンパ腫)、テモゾロミド用量強化療法(膠芽腫)、アルテプラザーゼ静脈内投与による血栓溶解療法(急性脳梗塞)、陽子線治療 根治切除が可能な肝細胞がん、FOLFIRINOX 療法 胆道がん、術後のカペシタビン内服投与及びオキサリプラチン静脈内投与の併用療法 小腸腺がん、マルチプレックス遺伝子パネル検査 進行再発固形がん
- 各種医療機関指定 特定機能病院、高度救命救急センター、総合周産期母子医療センター 東京都災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、東京都エイズ診療拠点病院、臨床研修指定病院、外国医師臨床修練指定病院、臨床修練指定病院、東京都指定二次救急医療機関、東京都認知症疾患医療センター、東京都 DMAT 指定病院、東京都神経難病医療拠点病院、東京都脳卒中急性期医療機関、東京都肝臓専門医療機関、東京都難病診察連携拠点病院、がんゲノム医療連携病院

●病院の理念と基本方針

理念:あたたかい心のかよう、良質な医療を患者さんに提供します

基本方針:

1. 患者さんの安全に最善の努力を払います
2. 患者さんの権利を守ります
3. チームワークによる質の高い医療を実践します
4. 地域医療の推進に貢献します
5. 教育病院として良き医療従事者を育成します
6. 先進的な医療の実践と開発に取り組みます

2. 初期臨床研修の理念

杏林大学医学部附属病院の初期臨床研修は、将来選択する専門領域にかかわらず、その土台となる以下の基本的臨床能力の修得を目標とする。

1. 医師にふさわしい責任感・倫理観を身につける。
2. 患者の立場・気持ちを深く理解し、思いやることができる。
3. 頻度の高い疾患・病態に関する適切な知識を有し、それを個々の患者に応用できる。
4. 患者の病状をよく把握し、適切な検査・治療を計画できる。
5. 患者、家族に対して検査・治療の説明を適切に行い、同意を得ることができる。
6. 医療スタッフとコミュニケーションをよく取り、よい人間関係を築く。
7. ルールを遵守し安全な医療を実践する。
8. 適切な基本的診察・検査・治療技能を身につける。

この理念に基づいて2年間の研修目標が設定されている。

3. 初期臨床研修の管理運営体制・指導体制

初期臨床研修の管理運営は卒後教育委員会(以下「委員会」という)によって行われる。委員会は病院長、卒後教育委員会委員長、および委員長の指名する委員(外部の委員を含む)で構成される。

委員会は原則として月1回および必要時に随時開催され、研修計画の策定、各科への研修医の配置、次年度より研修を希望するものの選考など、研修に関連する具体的事項を決定する。

各プログラム(杏林大学医学部附属病院一般コース、周産期重点コース)にはプログラム責任者1名および研修医の人数に応じて副責任者若干名を定める。プログラム責任者は、プログラムの策定・改訂の責任者であり、また個々の研修医について研修の進行状況を把握し、2年間で無事修了できるように援助・指導する役割を持つ。修了認定においては、個々の研修医の修了の可否を卒後教育委員会に答申する。副プログラム責任者は、研修医の数が多くプログラム責任者だけで担当しきれない場合に、プログラム責任者を補佐する(1名のプログラム責任者・副プログラム責任者が担当できる研修医数の上限は20名である)。

初期臨床研修の運営の実務は、総合研修センターが担当する。組織図上、総合研修センター長が研修医の所属上長となる。

各診療科には、臨床研修係ならびにその補佐を置き、卒後教育委員会との連絡や各科の研修の管理運営に当たる。臨床経験7年以上で研修医の指導に関する講習会を受講した指導医が直接研修医を指導・評価する。また、指導医以外の上級医、および看護師などのメディカルスタッフも積極的に研修医教育に関与している。

指導医の資格を得るためには、厚生労働省医政局の求める基準(「医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針」平成16年3月18日付け医政発第0318008号、平成26年12月10日一部改正)に則ったものであると認定された講習会(当院開催のものは「指導医養成ワークショップ」)を受講する必要がある。「指導医養成ワークショップ」は、令和元年10月までに30回開催

され649名(退職・出向者を含む)の医師が受講している。この他に、医療研修推進財団(P-MET)などの団体が主催する「臨床研修指導医講習会」の受講者もあり、臨床研修において中心的役割を果たしている。

4. 研修プログラムの概要

【プログラムに共通する特徴】

麻酔科の研修期間を2か月とし、気管挿管・体液管理などの生命予後に直結する知識・技能の修得をはかる。また、救急の研修においては、一・二次救急外来の研修を4週間、三次救急の研修を8週間行うことにより、軽症から最重症まで、様々な救急患者に対する診断能力および初期治療の能力の修得をめざす。

【一般コース】(定員 57 名)

プログラム責任者: 富田泰彦(総合研修センター)

研修制度で定められている必修部門である「内科(24 週間)」、「救急(12 週間)」、「外科(4 週間)」、「産婦人科(4 週間)」、「精神神経科(4 週間)」、「小児科(4 週間)」、「地域医療(4 週間)」の他に、「麻酔科(8 週間)」を必修とした。また、4 週間の内科外来研修を必修として追加したので、必修の内科研修は 28 週間となる。これにより、「経験すべき症候」と「経験すべき疾病・病態」を確実に達成でき、必修の外来研修も行うことができる。これらの必修科目の研修を通じて、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できる基本的な診療能力を修得することができる。

選択研修の期間は 28 週間である。この 28 週間で、将来進みたい領域にマッチする研修ができるように、プログラム責任者・副責任者が支援する。

基本的なローテーションを以下に示す。

週	1～ 2	3～ 6	7～ 10	11～ 14	15～ 18	19～ 23*	24～ 27	28～ 31	32～ 35	36～ 40*	41～ 44	45～ 48	49～ 52
1 年次	オリ	内科(主として病棟研修)						内科 外来	外科	麻酔科	選択		
週	1～ 4	5～ 8	9～ 12	13～ 16	17～ 21*	22～ 25	26～ 30*	31～ 34	35～ 39*	40～ 43	44～ 47	48～ 52 ^s	
2 年次	救急 総合	救急科		産婦 人科	精神 神経科	小児 科	地域 医療	選択					

オリ: オリエンテーション

救急総合: 救急総合診療科における一・二次救急研修、救急科: 三次救急研修

*は 7 日間の休暇、\$ は 7 日間の調整期間を含む。

- ローテーションの順序は各研修医によって異なる。
- 必修の内科部門の期間は 28 週間である。4 週間(1 年次)の外来研修と、臓器別 7 部門 8 診療科(呼吸器、循環器、消化器、糖尿病・内分泌・代謝、血液、腎臓・リウマチ膠原病、神経(神経内科または脳卒中科))に高齢診療科を加えた 9 診療科から 6 診療科(4 週間×6=28 週間)を選択する。将来内科に進む意志を持っている場合は、少なくとも臓器別 7 部門を最低 4 週間ずつ研修することを強く勧めるものである。
- 一般外来の研修は 1 年次に 4 週間行う。日中の外来を受診する初診患者で紹介状を持たない患者あるいは紹介状を持っても臨床問題や診断が特定されていない患者の診療を行う。指導は内科または救急総合診療科に所属する内科専門医の資格を持った医師が担当する。単なる「振り分け外来」ではなく、必要があれば再診し治療を完結する。病院の性質上、内科専門外来に参加することは困難なので、慢性疾患の継続診療については地域医療研修の時に 1 週間以上経験することとする。また、訪問診療については、内科外来研修中に経験できるように手配するが、地域医療研修でも経験できる可能性がある。これらにより、必修である 4 週間の外来研修の条件をクリアできる。
- 必修の救急部門は、原則として救急総合診療科(一次・二次救急)で 4 週間(原則として 2

年次)および救急科(三次救急)で8週間(原則として2年次)の研修を行うこととする。

5. 必修の外科部門は、消化器外科部門(診療科としては、上部消化管外科、下部消化管外科、肝胆膵外科)、呼吸器・甲状腺外科、心臓血管外科の3部門から1部門を選択することとする。
6. ローテーションの時期は、必ずしも上記の表の年次とは限らず弾力的に運用する。平成30年度に開始された新専門医制度では、専攻医(専門研修を受ける、初期臨床研修を修了した医師、通常は医師免許取得後3～5年の医師)の募集・選考・内定のプロセスは、初期臨床研修2年目の夏頃から開始される。この時期までに、2年目に研修する予定の必修科目を早く研修しておきたいという希望がありうるため、2年目の必修科目を1年目の後半(10月以降)にローテートすることを認める。この場合は、1年目の選択期間との「ふりかえ」になる。たとえば、1年目の12月～1月に救急科をローテートする場合は、2か月分の選択期間を2年目に回すので、1年目の選択期間は0か月、2年目の選択期間は7か月となる。ただし、地域医療研修の研修時期は2年次に限る。
7. 個々の研修医のやむを得ない事情によりプログラムに定める必修科目をすべて研修することが不可能な場合は、本人とプログラム責任者とがよく相談し、卒後教育委員会の承認を得た上で、他の研修可能な科に変更することができる。ただし、「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」(厚生労働省)に規定してある必修科目(内科24週間以上、救急部門12週間以上、外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療各4週間以上)の研修および外来研修(4週間以上)は必ず行わなければならない。
8. 選択研修

必修の診療科を含め、以下に示す院内のすべての診療科から選択することができる。

呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、糖尿病・内分泌・代謝内科、血液内科、腎臓・リウマチ膠原病内科、神経内科、腫瘍内科、感染症科、高齢診療科、精神神経科、小児科、消化器外科部門(上部消化管外科、下部消化管外科、肝胆膵外科)、呼吸器・甲状腺外科、乳腺外科、小児外科、脳神経外科、心臓血管外科、整形外科、皮膚科、形成外科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、産婦人科、放射線科、放射線治療科、麻酔科、救急科、救急総合診療科、リハビリテーション科、脳卒中科、病理診断科、臨床検査部、内科外来研修

【周産期重点コース】(定員4名)

プログラム責任者:谷垣伸治(産婦人科)

臨床研修制度の求めるところに従い、「周産期重点コース」も用意した。基本的なコンセプトは「一般コース」と同じであるが、小児科あるいは産婦人科の研修期間を長くとり、この領域の研修が重点的に行えるようにした。

これらの必修科目の研修を通じて、小児科あるいは産婦人科領域のみならず、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できる基本的な診療能力を修得することができる。

基本的なローテーションは以下の通り。

週	1～ 2	3～ 6	7～ 10	11～ 14	15～ 18	19～ 23*	24～ 27	28～ 31	32～ 35	36～ 40*	41～ 44	45～ 48	49～ 52
1 年次	オリ	産婦 人科	小児 科	外科	麻酔科		内科 外来	内科(主として病棟研修)					
週	1～ 4	5～ 8	9～ 12	13～ 16	17～ 21*	22～ 25	26～ 30*	31～ 34	35～ 39*	40～ 43	44～ 47	48～ 52 ^s	
2 年次	救急 総合	救急科		精神 神経科	地域 医療	選択	選択:原則として小児科または産婦人科						

オリ:オリエンテーション

救急総合:救急総合診療科における一・二次救急研修、救急科:三次救急研修

*は7日間の休暇、\$は7日間の調整期間を含む。

1. ローテーションの順序は各研修医によって異なる。
2. 小児科および産婦人科の診療内容を早いうちに理解してもらうために、1 年目に必修の小児科と産婦人科をローテートする。
2 年目の小児科または産婦人科の選択研修の分配は将来進みたい領域によって調整可能である。また、特に希望する場合は小児科、産婦人科以外の領域を選択することも認めている。将来の専門領域を考えて、研修医のうちに学んでおきたい領域があることは十分考えられる。
3. 必修の内科部門の期間は 28 週間である。4 週間(1 年次)の外来研修と、臓器別 7 部門 8 診療科(呼吸器、循環器、消化器、糖尿病・内分泌・代謝、血液、腎臓・リウマチ膠原病、神経(神経内科または脳卒中科))に高齢診療科を加えた 9 診療科から 6 診療科(4 週間×6=24 週間)を選択する。
4. 一般外来の研修は 1 年次に 4 週間行う。日中の外来を受診する初診患者で紹介状を持たない患者あるいは紹介状を持っていても臨床問題や診断が特定されていない患者の診療を行う。指導は内科または救急総合診療科に所属する内科専門医の資格を持った医師が担当する。単なる「振り分け外来」ではなく、必要があれば再診し治療を完結する。病院の性質上、内科専門外来に参加することは困難なので、慢性疾患の継続診療については地域医療研修の時に 1 週間以上経験することとする。また、訪問診療については、内科外来研修中に経験できるように手配するが、地域医療研修でも経験できる可能性がある。これらにより、必修である 4 週間の外来研修の条件をクリアできる。
5. 必修の救急部門は、原則として救急総合診療科(一次・二次救急)で 4 週間(原則として 2 年次)および救急科(三次救急)で 8 週間(原則として 2 年次)の研修を行うこととする。
6. 必修の外科部門は、消化器外科部門(診療科としては、上部消化管外科、下部消化管外科、肝胆膵外科)、呼吸器・甲状腺外科、心臓血管外科の 3 部門から 1 部門を選択することとする。
7. 個々の研修医のやむを得ない事情によりプログラムに定める必修科目をすべて研修することが不可能な場合は、本人とプログラム責任者とがよく相談し、卒後教育委員会の承認を得た上で、他の研修可能な科に変更することができる。ただし、「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」(厚生労働省)に規定してある必修科目(内科 24 週間以上、救急部門 12 週間以上、外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療各 4 週間以上)の研修および外来研修(4 週間以上)は必ず行わなければならない。
8. 選択研修
必修の診療科を含め、以下に示す院内のすべての診療科から選択することができる。
呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、糖尿病・内分泌・代謝内科、血液内科、腎臓・リウマチ膠原病内科、神経内科、腫瘍内科、感染症科、高齢診療科、精神神経科、小児科、消化器外科部門(上部消化管外科、下部消化管外科、肝胆膵外科)、呼吸器・甲状腺外科、乳腺外科、小児外科、脳神経外科、心臓血管外科、整形外科、皮膚科、形成外科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、産婦人科、放射線科、放射線治療科、麻酔科、救急科、救急総合診療科、リハビリテーション科、脳卒中科、病理診断科、臨床検査部、内科外来研修

5. 研修目標

別表(1)に、厚生労働省の示した研修目標に準じて、初期臨床研修プログラム全般(一般コース・周産期重点コース共通)の「到達目標」を示す。各科の研修目標は、各科の研修プログラムに示す。

また、研修修了時には指導医・上級医の指導監督下でなく単独(あるいは看護師の介助下)で実施できる様になるべき診療手技 21 項目の修得を研修目標に追加した〈別表(2)〉。

6. 研修方略

研修の大部分は、診療チームの一員として仕事を行いながら学んでいく on-the-job training であることは当然であるが、それ以外に以下のような研修の機会がある。適切な自己評価や指導医からのフィードバックに基づき、未熟な部分について積極的に研修する態度が重要である。

1. オリエンテーション

入職時に約 2 週間のオリエンテーションがあり、診療のために必要な知識、院内のルールおよび医療安全に関する講義、基本的な診療技能や接遇の実習などが行われる。

2. 「経験すべき症候」、「経験すべき疾病・病態」

従来の「経験目標」は、今回の制度改正に伴い、「経験すべき症候(29 項目)」および「経験すべき疾病・病態(26 項目)」として、研修目標を達成するための方略に組み込まれた(別表(3))。

これらを 2 年間のうちに経験することは研修修了のための必須項目である。

3. さまざまな勉強会・講習会

CPC、医療安全に関する講習会、研修医あるいは全医師を対象とした勉強会などが数多く開催されている。「研修医の参加必須(または研修医必修と表示)」の指定のあるものには必ず出席しなければならない。

また、各科ローテーション中にもミニレクチャーやクルーズが行われる。

4. クリニカル・シミュレーション・ラボラトリーでの技能研修

採血・気管挿管・救急蘇生・皮膚縫合・中心静脈カテーテル挿入などの侵襲的な手技で、シミュレーターのあるものについては、患者に施行する前に、クリニカル・シミュレーション・ラボラトリーにおいて十分に練習することが求められる。

5. 自習

キャンパス内に充実した医学図書館があるが、研修医が勤務中に図書館に出向いて学習することは難しいので、研修医室内にミニライブラリーを設置している。研修医室から個人のパソコンで学内 LAN にアクセスすることができるので、オンライン図書館や様々なデータベースを利用することができる。

7. 研修評価

各科で、研修プログラムに示した方法で到達目標の達成度を評価し、また経験すべき症候、経験すべき疾病・病態の経験状況を確認して、委員会に報告する。

委員会のプログラム責任者・副責任者は、各科から提出された評価表を検討し、毎年最低 2 回は研修医と面談し、フィードバックを行う。

また、各科の研修終了時には必ず自己の研修成果をふりかえり、「自己評価表」を記載して速やかに委員会に提出すること。これは、その後の研修をより充実させるためにも必要であるが、「生涯学習」への布石でもある。いつまでも指導医が導いてくれるわけではない。自己のできているところ、足りないところを客観的に評価できる能力は生涯学習に必須である。

修了認定のための評価表は、全国共通の評価表(様式 18、19、20)をカスタマイズしたものをを用いる。

8. 研修修了の認定

委員会は、各科の研修評価に基づいて、別表(1)の「到達目標」の達成度、別表(2)の「初期臨床研修で修得すべき臨床手技」の修得状況、および別表(3)の「経験すべき症候」、「経験すべき疾病・病態」の経験状況をもとに、研修の修了を審査する。また、修了認定には各科における目標達成度だけでなく、研修態度も重要視している。社会人として、また人の命をあずかるプロフェSSIONナルとして責任ある行動がとれない人を認定することはできない。また、各種の勉強会・講習会への出席状況も考慮する。特に、医療安全に係わる講習会への出席状況を重視する。

修了の審査は、「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行につい

て」(医政発 0612004 号 平成 30 年 7 月 3 日一部改正)の「第 2-18-(1)臨床研修の修了基準」に則って行われる(詳細は「指導医ガイドブック」あるいは「研修医ガイドブック」を参照)。基準に達していると認められる場合には、研修修了を認定し、修了証書を授与する。基準に達していると認められない場合には、その内容を委員会が協議の上、「未修了」、「中断」など適切な処置を講ずる。

9. 初期臨床研修終了後のコース

杏林大学医学部付属病院および関連教育病院において引き続き研修を希望する者のために、平成 30 年度から実施されている新専門医制度に則って、19 専門領域のすべてにおいて基幹施設として専門研修プログラムを持っている。

専門研修プログラムで研修中の 3 年間(領域により 4~5 年間)は、「専攻医」として希望する領域の専門研修を受けることができる。その後は、各診療科の状況に応じて、医員、助教などの職位でさらに研修を続け、同時に後進の指導や研究なども行うことになる。また、大学院医学研究科に入学することは大いに歓迎される。研修医(2 年目)、医員、助教などの職に就いたままで大学院に進学することが可能である。指導教授と十分相談されたい。

詳細は、下記の総合研修センターのホームページを参照のこと。

http://www.kyorin-u.ac.jp/hospital/edcenter/index.php/lt_training

10. 研修医の処遇(令和 2 年 4 月現在)

身分	: 研修医(常勤)
手当	: 月額基本額 200,000 円(1 年目)、210,000 円(2 年目)
施設	: 研修医専用の部屋、机、ロッカー、シャワー室、講義室あり
住居	: 研修医専用寮あり(約 106 室) 宿舎の利用は研修医の 2 年間に限る。独身者のみ利用可 1 か月の寮費は 53,136 円(共益費、保険料を含む)
健康保険・年金	: 日本私立学校振興・共済事業団加入
労働災害保険	: 加入
その他の手当	: 時間外勤務手当、等
勤務時間	: 労働基準法および労使間協定で定められた勤務時間におさまるようにシフト勤務としている。例えば、日勤 A の勤務時間は 8:30~17:10 で、これは 1 時間の休憩時間を含む。他のシフトもこれに準ずる。
休日、休暇	: 杏林学園就業規則で定める休日、休暇を付与する。
健康管理	: 年 2 回の健康診断の受診を義務付けている。入職時には感染症(B 型肝炎、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎)の血中抗体価を測定し、低値のものについてはワクチン接種を勧奨している。また、秋にはインフルエンザワクチンの接種も勧めている。
医師賠償責任保険	: 加入を勧めている。
院外研修	: 「研修医の学会参加に関する内規」に則り、学会に参加することを認めている。

11. 研修医の募集

令和 2 年度から研修を開始する研修医の募集は以下の通り行う。

杏林大学医学部付属病院のホームページ上で、公募する。

<http://www.kyorin-u.ac.jp/hospital/edcenter/>

また、杏林大学医学部の 6 年生に対しては、適当な時期に研修プログラムおよびマッチングについての説明会を実施する。他大学の学生を対象とした病院見学・臨床研修説明会を実施するほか、病院見学は常時受け付けている(総合研修センターホームページから申し込む)。

研修希望者は、ホームページから応募用紙をダウンロードし、必要事項を記入の上、杏林大学

医学部附属病院総合研修センター宛に郵送または持参するものとする。

12. 研修医の採用

採用プロセスは以下の通りである。

1. 当院は、医師臨床研修マッチング協議会の実施するマッチングに参加する。

2. 選考試験は以下の通り実施する予定である。

日時： 令和2年8月12日(水)、8月19日(水) いずれも9:00～16:00(頃)

場所： 杏林大学 三鷹キャンパス

東京都三鷹市新川 6-20-2

選考方法： 学科試験(医師国家試験の臨床実地問題に相当する選択式客観試験)と面接試験

★受験日は当院で指定するが、特にどちらかを希望する場合は考慮する。

★一般コース、周産期重点コースに共通の試験であり、マッチングの登録の際には、どちらかあるいは両方を登録することができる。

3. マッチングの組み合わせ結果発表後に、マッチ者については採用の仮契約を結ぶ。医師国家試験に合格したマッチ者は4月1日付けで正式採用となる。

4. マッチングの結果によっては、二次募集を行うことがある。

13. その他

アルバイトの禁止

臨床研修中は、研修に専念することが求められており、「研修プログラムに登録された医療機関において、研修の一環として指導医・上級医の監督・指導のもとに行われる業務」以外で診療を行うことは厳禁である。収入の有無を問わない。

また、診療以外のアルバイトも、長時間にわたるものは、「研修に専念する」という観点から原則として禁止する。ごく短時間の臨時のアルバイトについては、あらかじめプログラム責任者に相談すること。

臨床研修の到達目標

【A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)】

1. 社会的使命と 公衆衛生への寄与

社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。

2. 利他的な態度

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

3. 人間性の尊重

患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。

4. 自らを高める姿勢

自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

厚生労働省令ではここまでの 4 項目の「医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)」を定めているが、当院ではさらに以下の項目を追加する。

5. 社会人としての常識と真摯な研修態度

社会人としての常識を身につけ、指導者の指示に従って積極的に研修を行うことにより、院内での自らの責任を果たす。

【B. 医師としての資質・能力】

1. 医学・医療における倫理性

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

- ① 人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。
- ② 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。
- ③ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。
- ④ 利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。
- ⑤ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。

2. 医学知識と問題対応能力

最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題について、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。

- ① 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。
- ② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。
- ③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。

3. 診療技能と患者ケア

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

- ① 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
- ② 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。
- ③ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

4. コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

- ① 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。
- ② 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。
- ③ 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

5. チーム医療の実践

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

- ① 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。
- ② チームの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。

- ① 医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。
- ② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。
- ③ 医療事故等の予防と事後の対応を行う。
- ④ 医療従事者の健康管理(予防接種や針刺し事故への対応を含む)を理解し、自らの健康管理に努める。

7. 社会における医療の実践

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

- ① 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。
- ② 医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。
- ③ 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。
- ④ 予防医療・保健・健康増進に努める。
- ⑤ 地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。
- ⑥ 災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。

8. 科学的探究

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

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

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

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

- ① 急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。
- ② 同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。
- ③ 国内外の政策や医学及び医療の最新動向(薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む)を把握する。

厚生労働省令ではここまでの9項目の「資質・能力」を定めているが、当院ではさらに以下の項目を追加する。

10. 各研修分野(診療科)に特有の目標

各科の研修プログラムに記載する。研修修了後の進路を念頭に置き、選択科目を決めるときの参考にしていただきたい。

【C. 基本的診療業務】

コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療ができる。

1. 一般外来診療

頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。

2. 病棟診療

急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全身的な診療とケアを行い、地域連携に配慮した退院調整ができる。

3. 初期救急対応

緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。

4. 地域医療

地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる。

初期臨床研修で修得すべき臨床手技

「修得」とは、「指導医・上級医の指導・監督を仰ぐことなく、単独または看護師等の介助下で、正しく安全に行うことができる」ということである。

ただし、対象患者は同意と協力が得られる年長児および成人の患者に限る。それ以外の患者については、必ず指導医・上級医の指導・監督のもとで実施か、見学にとどめること。

1. 医療面接(病歴聴取)
2. 基本的な身体診察(婦人科の内診、眼球に直接触れる診察を除く)
3. 心電図(12誘導)
4. 動脈血ガス分析
5. 細菌培養の検体採取(耳漏、咽頭スワブ、体表の分泌液、血液、尿)
6. 超音波検査(心臓、腹部)
7. 気道確保と人工呼吸(バッグ・バルブ・マスクによる徒手換気を含む)
8. 胸骨圧迫
9. 圧迫止血法
10. 包帯法
11. 注射法(皮内、皮下、筋肉、静脈確保)
12. 採血法(静脈血、動脈血)
13. 穿刺法(腰椎)(薬剤の注入は除く)
14. 導尿法
15. 胃管の挿入と管理(注入を除く)
16. 局所麻酔法
17. 創部消毒とガーゼ交換
18. 簡単な切開・排膿
19. 皮膚縫合法
20. 軽度の外傷・熱傷の処置
21. 除細動(AEDの操作を含む)

ここに列挙している項目以外の臨床手技を研修医が実施するのを禁止するものではない。手技に関する十分な理解があり、患者のインフォームドコンセントが得られ、指導医・上級医の指導・監督の下で行うという条件で実施することは可能である。

別表(3)

【経験すべき症候】

外来又は病棟において、以下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。

- | | | |
|--------------|------------|-----------------|
| ①ショック | ②体重減少・るい瘦 | ③発疹 |
| ④黄疸 | ⑤発熱 | ⑥もの忘れ |
| ⑦頭痛 | ⑧めまい | ⑨意識障害・失神 |
| ⑩けいれん発作 | ⑪視力障害 | ⑫胸痛 |
| ⑬心停止 | ⑭呼吸困難 | ⑮吐血・喀血 |
| ⑯下血・血便 | ⑰嘔気・嘔吐 | ⑱腹痛 |
| ⑲便通異常(下痢・便秘) | ⑳熱傷・外傷 | ㉑腰・背部痛 |
| ㉒関節痛 | ㉓運動麻痺・筋力低下 | ㉔排尿障害(尿失禁・排尿困難) |
| ㉕興奮・せん妄 | ㉖抑うつ | ㉗成長・発達の障害 |
| ㉘妊娠・出産 | ㉙終末期の症候 | |

【経験すべき疾病・病態】

外来又は病棟において、以下の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。

- | | | |
|--------|--------------------------|--------------|
| ①脳血管障害 | ②認知症 | ③急性冠症候群 |
| ④心不全 | ⑤大動脈瘤 | ⑥高血圧 |
| ⑦肺癌 | ⑧肺炎 | ⑨急性上気道炎 |
| ⑩気管支喘息 | ⑪慢性閉塞性肺疾患(COPD) | ⑫急性胃腸炎 |
| ⑬胃癌 | ⑭消化性潰瘍 | ⑮肝炎・肝硬変 |
| ⑯胆石症 | ⑰大腸癌 | ⑱腎盂腎炎 |
| ⑲尿路結石 | ⑳腎不全 | ㉑高エネルギー外傷・骨折 |
| ㉒糖尿病 | ㉓脂質異常症 | ㉔うつ病 |
| ㉕統合失調症 | ㉖依存症(ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博) | |

※経験すべき症候及び経験すべき疾病・病態の研修を行ったことの確認は、日常業務において作成する病歴要約に基づくこととし、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン(診断、治療、教育)、考察等を含むこと。

「経験すべき症候」の経験が可能な研修部門一覧

外来または病棟において、29 の「経験すべき症候」をすべて経験（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）することが求められている。個々の症候について、経験できる可能性が高い研修部門の一覧を示す。当然ながら、リストアップされていない部門でも経験できる可能性はある。選択研修を考えるとときの参考にされたい。*は必修科目以外の診療科である。

① ショック	救急科、循環器内科、心臓血管外科、血液内科、消化器外科部門など
② 体重減少・るい痩	糖尿病・内分泌・代謝内科、高齢診療科、腫瘍内科*など
③ 発疹	皮膚科*、救急総合診療科、小児科、腎臓・リウマチ膠原病内科など
④ 黄疸	消化器内科、消化器外科部門、小児科(NICU)など
⑤ 発熱	ほぼすべての研修部門
⑥ もの忘れ	高齢診療科、神経内科など
⑦ 頭痛	救急科、救急総合診療科、神経内科など
⑧ めまい	耳鼻咽喉科*、救急総合診療科、神経内科など
⑨ 意識障害・失神	救急科、救急総合診療科、循環器内科など
⑩ けいれん発作	救急科、救急総合診療科、神経内科、脳卒中科、小児科など
⑪ 視力障害	眼科*、神経内科、脳卒中科、糖尿病・内分泌・代謝内科など
⑫ 胸痛	循環器内科、救急科、救急総合診療科、呼吸器・甲状腺外科など
⑬ 心停止	救急科、循環器内科、高齢診療科など
⑭ 呼吸困難	呼吸器内科、呼吸器・甲状腺外科、救急科、救急総合診療科など
⑮ 吐血・喀血	消化器内科、消化器外科部門、呼吸器内科、呼吸器・甲状腺外科など
⑯ 下血・血便	消化器内科、消化器外科部門、救急総合診療科など
⑰ 嘔気・嘔吐	消化器内科、救急総合診療科、小児科、腫瘍内科*など
⑱ 腹痛	消化器内科、消化器外科部門、救急総合診療科、小児科など
⑲ 便通異常	消化器内科、救急総合診療科、小児科など
⑳ 熱傷・外傷	救急科、救急総合診療科、整形外科*、脳神経外科*など
㉑ 腰・背部痛	整形外科*、救急総合診療科、高齢診療科など
㉒ 関節痛	整形外科*、腎臓・リウマチ膠原病内科など
㉓ 運動麻痺・筋力低下	神経内科、脳卒中科、高齢診療科、整形外科*など
㉔ 排尿障害	泌尿器科*、救急総合診療科、高齢診療科など
㉕ 興奮・せん妄	精神神経科、高齢診療科、集中治療部門など
㉖ 抑うつ	精神神経科、高齢診療科など
㉗ 成長・発達の障害	小児科、精神神経科など
㉘ 妊娠・出産	産婦人科
㉙ 終末期の症候	高齢診療科、呼吸器内科、消化器内科、腫瘍内科*など

「経験すべき疾病・病態」の経験が可能な研修部門一覧

外来または病棟において、26 の「経験すべき疾病・病態」をすべて経験することが求められている。個々の疾病・病態について、経験できる可能性が高い研修部門の一覧を示す。当然ながら、リストアップされていない部門でも経験できる可能性はある。選択研修を考えるとときの参考にされたい。
*は必修科目以外の診療科である。

① 脳血管障害	脳卒中科、神経内科、救急科、救急総合診療科、脳神経外科*など
② 認知症	高齢診療科、神経内科など
③ 急性冠症候群	循環器内科、心臓血管外科、救急科、救急総合診療科など
④ 心不全	循環器内科、心臓血管外科、救急科、腎臓・リウマチ膠原病内科など
⑤ 大動脈瘤	心臓血管外科、循環器内科、救急科、救急総合診療科など
⑥ 高血圧	循環器内科、腎臓・リウマチ膠原病内科、腫瘍内科など
⑦ 肺癌	呼吸器内科、呼吸器・甲状腺外科など
⑧ 肺炎	呼吸器内科、高齢診療科、小児科など
⑨ 急性上気道炎	救急総合診療科、小児科など
⑩ 気管支喘息	呼吸器内科、救急総合診療科、小児科など
⑪ 慢性閉塞性肺疾患	呼吸器内科、高齢診療科など
⑫ 急性胃腸炎	消化器内科、救急総合診療科、小児科など
⑬ 胃癌	消化器内科、消化器外科部門、高齢診療科、腫瘍内科*など
⑭ 消化性潰瘍	消化器内科、高齢診療科、救急総合診療科など
⑮ 肝炎・肝硬変	消化器内科、高齢診療科、救急総合診療科など
⑯ 胆石症	消化器内科、消化器外科部門、救急総合診療科など
⑰ 大腸癌	消化器内科、消化器外科部門、腫瘍内科*など
⑱ 腎盂腎炎	腎臓・リウマチ膠原病内科、救急総合診療科、小児科など
⑲ 尿路結石	泌尿器科*、救急総合診療科など
⑳ 腎不全	腎臓・リウマチ膠原病内科、心臓血管外科、高齢診療科など
㉑ 高エネルギー外傷・骨折	整形外科*、救急科、脳神経外科など
㉒ 糖尿病	糖尿病・内分泌・代謝内科、高齢診療科など
㉓ 脂質異常症	循環器内科、高齢診療科など
㉔ うつ病	精神神経科、高齢診療科など
㉕ 統合失調症	精神神経科
㉖ 依存症	精神神経科、呼吸器内科、救急科、救急総合診療科など

研修医評価票(各科共通部分)

研修医氏名				
観察者氏名	印	区分	□指導医 □医師以外(職種)	
診療科長	印	指導医の評価表には診療科長が署名・捺印して下さい		
観察期間	年 月 日	～	年 月 日	
記載日	年 月 日 (観察期間終了後 2 週間以内に記載して下さい)			

「A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)」に関する評価

	レベル 1	レベル 2	レベル 3	レベル 4	観察 機会 なし
	期待を 大きく 下回る	期待を 下回る	期待 通り	期待を 大きく 上回る	
A-1. 社会的使命と公衆衛生への寄与 社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。	☐	☐	☐	☐	☐
社会から求められている医師の使命についての理解に立脚して自らの責任を果たそうとしているかを評価する(→追加説明参照)					
A-2. 利他的な態度 患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。	☐	☐	☐	☐	☐
自らの行動や診療の方針を決定する場合に、自らの信念、利益、都合よりも患者の利益を優先しているかを評価する。					
A-3. 人間性の尊重 患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。	☐	☐	☐	☐	☐
患者や家族の多様な価値観に敬意を払い、苦痛や不安などに共感と思いやりの心をもって誠実に接しているかを評価する。					
A-4. 自らを高める姿勢 自らの言動及び医療の内容を省察し、常に能力の向上に努める。	☐	☐	☐	☐	☐
機会あるごとに自らの言動や行った医療について、「あるべき姿」を意識しながらふり返り(reflection)、改善点を把握して能力の向上のために努力しているかを評価する。					
A-5. 社会人としての常識と真摯な研修態度 社会人としての常識を身につけ、指導者の指示に従って積極的に研修を行うことにより、院内での自らの責任を果たす。	☐	☐	☐	☐	☐
医師にふさわしい身だしなみ、挨拶の励行、時間厳守、業務上の責任感を評価する。また、社会人としての常識や職業倫理に反する問題行動がないかどうかを評価する。					

※「期待」とは、「研修修了時に期待される状態」とします。

追加説明:

医師の社会的使命:「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。」(医師法第一条)とあります。個々の患者の診療だけでなく、医療制度の中での公正性や公衆衛生の視点をも持つことが求められています。

説明責任: Accountability の訳語です。これは「インフォームド Consent のために病状や治療計画について説明する責任」ではなく、「権力・権限を付託された側(医療プロフェッショナル)が、付託した側(患者、社会)に対して、課された責任をどのような経過で処理し、どのような成果をあげたかについて説明する義務」と定義されています。もう一つの「責任」の responsibility は、これから発生する業務に対する役割責任(respond=対応する)であるのに対して、accountability は結果についての責任であるとも解説されています。

印象に残るエピソードがあれば記述して下さい。特に、「期待を大きく下回る」とした場合は必ず記入をお願いします。

「B. 医師としての資質・能力」に関する評価

レベルの説明

レベル 1	レベル 2	レベル 3	レベル 4
臨床研修の開始時点で 期待されるレベル (モデル・コア・カリキュラム相当)	臨床研修の中間時点で 期待されるレベル	臨床研修の終了時点で 期待されるレベル (到達目標相当)	上級医として 期待されるレベル

評価のつけ方:

- まず、1～9の大項目の内容を説明した数個の中項目について、解説を見ながら、該当するレベル2～4の()に○をつけて下さい。レベル2に達していない項目については、レベル2の()内に×をつけて下さい。
- 観察する機会がなく、評価ができない中項目については、一番右の列の「観察機会なし」の欄に○をつけて下さい。
- 中項目の評価を総合(各項目の単純な平均ではなく総合的な判断)して、大項目全体の評価を太枠の該当する□にチェック(✓)を入れて下さい。
- 優れていた点や改善を要する点などについて、できるだけコメントをお書き下さい。

1. 医学・医療における倫理性 診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。								
レベル 1	レベル 2	レベル 3	レベル 4	観察機会 なし				
■ 医学・医療の歴史的な流れ、臨床倫理や生と死に係る倫理的問題、各種倫理に関する規範を概説できる。 ■ 患者の基本的権利、自己決定権の意義、患者の価値観、インフォームドコンセントとインフォームドアセントなどの意義と必要性を説明できる。 ■ 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務の重要性を理解した上で適切な取り扱いができる。	()人間の尊厳と生命の不可侵性に関して尊重の念を示す。	()人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。	()モデルとなる行動を他者に示す。					
	一人一人の人間がかけがえのない存在であることを理解し、大切に扱っているかを評価する。							
	()患者のプライバシーに最低限配慮し、守秘義務を果たす。	()患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。	()モデルとなる行動を他者に示す。					
	医行為を実施する上で、患者のプライバシーや羞恥心などに配慮しているか、また患者の個人情報などが漏洩しないように文書や記録メディアなどを適切に扱っているかを評価する。							
	()倫理的ジレンマの存在を認識する。	()倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。	()倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づいて多面的に判断し、対応する。					
	医療現場における意志決定の倫理的妥当性を論じる際、判断の根拠となる倫理原則の違いによって意見が対立するのが倫理的ジレンマである。患者・家族の診療拒否あるいは要求、真実の告知、終末期医療、医療資源の適切な配分などの場面で倫理的ジレンマが生じやすいとされている。倫理的ジレンマに直面したときに、問題点を正しく把握し、関係者の意見を尊重しつつ、解決に向かって努力しているかを評価する。							
	()利益相反の存在を認識する。	()利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。	()モデルとなる行動を他者に示す。					
	利益相反とは、「職務を遂行するにあたって、本来の利益が副次的な利益によって不当に毀損される危険性が 懸念される一連の状況」と定義されている。医学研究だけでなく、臨床の現場においても、患者の利益よりも企業や自らの利益(金銭的なものだけとは限らない)を優先する状況がありうることを認識し、慎重に利益相反を避ける姿勢があるかどうかを評価する。							
()診療、研究、教育に必要な透明性確保と不正行為の防止を認識する。	()診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。	()モデルとなる行動を他者に示す。						
透明性は個人や組織が説明責任を果たすために重要な要素である。診療、研究、教育における計画、実行、評価のプロセスにおいて、その妥当性や質を判定できるための情報を、個人情報の保護に配慮しつつ関係者に公表し、自らや自らが所属する組織にとって不都合な情報であっても秘匿したり歪曲したりしていないかを評価する。								
レベル 1 ☐	1と2の間 ☐	レベル 2 ☐	2と3の間 ☐	レベル 3 ☐	3と4の間 ☐	レベル 4 ☐	観察する機会がなかった ☐	
コメント								

2. 医学知識と問題対応能力 最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題について、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。							
レベル 1	レベル 2		レベル 3		レベル 4		観察機会なし
■ 必要な課題を発見し、重要性・必要性に照らし、順位付けをし、解決にあたり、他の学習者や教員と協力してより良い具体的な方法を見出すことができる。適切な自己評価と改善のための方策を立てることができる。 ■ 講義、教科書、検索情報などを統合し、自らの考えを示すことができる。	() 頻度の高い症候について、基本的な鑑別診断を挙げ、初期対応を計画する。		() 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。		() 主な症候について、十分な鑑別診断と初期対応をする。		
	経験すべき症候 (29 症候) について、研修医のプレゼンテーション、診療録の記載 (特に A: assessment)、一般外来や救急外来での診療の状況から、臨床推論、鑑別診断、初期対応の適切性を評価する。						
	() 基本的な情報を収集し、医学的知見に基づいて臨床決断を検討する。		() 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。		() 患者に関する詳細な情報を収集し、最新の医学的知見と患者の意向や生活の質への配慮を統合した臨床決断をする。		
	患者のバックグラウンドや診療に関する意向に配慮しつつ、最新の医学的知見 (ガイドライン等) に基づいて方針を策定することができるかを評価する。						
	() 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案する。		() 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。		() 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、患者背景、多職種連携も勘案して実行する。		
疾患の治療だけでなく、患者の生活全般とそれを支える福祉制度をも考慮して診療計画を立案し、研修医の行える範囲でその計画を実行できるかを評価する。							
レベル 1 ☐	1 と 2 の間 ☐	レベル 2 ☐	2 と 3 の間 ☐	レベル 3 ☐	3 と 4 の間 ☐	レベル 4 ☐	
☐ 観察する機会がなかった							
コメント							
3. 診療技能と患者ケア 臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。							
レベル 1	レベル 2		レベル 3		レベル 4		観察機会なし
し、網羅的に系統立てて、身体診察を行うことができる。 ■ 基本的な臨床技能を理解し、適切な態度で診断治療を行うことができる。 ■ 問題志向型医療記録形式で診療録を作成し、必要に応じて医療文書を作成できる。 ■ 緊急を要する病態、慢性疾患、に関して説明ができる。	() 必要最低限の患者の健康状態に関する情報を心理・社会的側面を含めて、安全に収集する。		() 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。		() 複雑な症例において、患者の健康に関する情報を心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。		
	適切な医療面接を通じて、患者の健康状態に関する情報 (主訴、現病歴、心理・社会的情報、既往歴、家族歴、アレルギー、患者の解釈モデルや希望など) を収集できているか、身体診察や検査により得られる情報については、患者の身体的・心理的・経済的負担などに留意して、必要性を吟味した上で収集できているかを評価する。						
	() 基本的な疾患の最適な治療を安全に実施する。		() 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。		() 複雑な疾患の最適な治療を患者の状態に合わせて安全に実施する。		
	患者の身体的・心理的・社会的状態と患者の希望を考慮した上で最適な治療方針を決定し、医療安全に留意して実施できるかを評価する。						
	() 最低限必要な情報を含んだ診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切に作成する。		() 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。		() 必要かつ十分な診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成でき、記載の模範を示せる。		
診療内容とその根拠について、適切な用語を用いて、正しくかつ遅滞なく診療録に記載できているかを評価する。特に SOAP 形式の記載においては、A (assessment) を重視する。							
レベル 1 ☐	1 と 2 の間 ☐	レベル 2 ☐	2 と 3 の間 ☐	レベル 3 ☐	3 と 4 の間 ☐	レベル 4 ☐	
☐ 観察する機会がなかった							
コメント							

4. コミュニケーション能力							
患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。							
レベル 1	レベル 2		レベル 3		レベル 4		観察機会なし
■コミュニケーションの方法と技能、及ぼす影響を概説できる。 ■良好な人間関係を築くことができ、患者・家族に共感できる。 ■患者・家族の苦痛に配慮し、分かりやすい言葉で心理的社会的課題を把握し、整理できる。 ■患者の要望への対処の仕方を説明できる。	() 最低限の言葉遣い、態度、身だしなみで患者や家族に接する。		() 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。		() 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで、状況や患者家族の思いに合わせた態度で患者や家族に接する。		
	「杏林大学医学部付属病院 医師身だしなみ内規」に則ったふさわしい身だしなみ、適切な言葉遣い(用語、表現、敬語)、礼儀正しい態度で患者や家族に接しているかを評価する。						
	() 患者や家族にとって必要最低限の情報を整理し、説明できる。指導医とともに患者の主体的な意思決定を支援する。		() 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。		() 患者や家族にとって必要かつ十分な情報を適切に整理し、分かりやすい言葉で説明し、医学的判断を加味した上で患者の主体的な意思決定を支援する。		
	患者・家族に説明する場面で、収集した情報の取捨選択が適切かどうか、説明がわかりやすく、患者・家族の理解が十分得られているか、意志決定における患者の主体性を尊重しているかを評価する。						
	() 患者や家族の主要なニーズを把握する。		() 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。		() 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握し、統合する。		
患者・家族を有効に支援できるように、収集した情報から患者・家族の身体的・心理的・社会的ニーズを同定することができているかを評価する。							
レベル 1 ☐	1と2の間 ☐	レベル 2 ☐	2と3の間 ☐	レベル 3 ☐	3と4の間 ☐	レベル 4 ☐	
☐ 観察する機会がなかった							
コメント							

5. チーム医療の実践							
医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図る。							
レベル 1	レベル 2		レベル 3		レベル 4		観察機会なし
■チーム医療の意義を説明でき、(学生として)チームの一員として診療に参加できる。 ■自分の限界を認識し、他の医療従事者の援助を求めることができる。 ■チーム医療における医師の役割を説明できる。	() 単純な事例において、医療を提供する組織やチームの目的等を理解する。		() 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。		() 複雑な事例において、医療を提供する組織やチームの目的とチームの目的等を理解したうえで実践する。		
	担当の患者の診療に携わるチームの目的と、自らを含めた個々の構成員の役割を、具体的な行動に繋がる形で理解しているかを評価する。医療スタッフの役割の一般的な理解ではない。						
	() 単純な事例において、チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。		() チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。		() チームの各構成員と情報を積極的に共有し、連携して最善のチーム医療を実践する。		
	診療録、カンファレンス、対話などを通じてチームの各構成員と情報の共有ができているか、各構成員の意見、役割、立場を尊重して依頼、相談、協働など適切な連携が図れているかを評価する。						
レベル 1 ☐	1と2の間 ☐	レベル 2 ☐	2と3の間 ☐	レベル 3 ☐	3と4の間 ☐	レベル 4 ☐	
☐ 観察する機会がなかった							
コメント							

6. 医療の質と安全管理								
患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。								
レベル 1	レベル 2		レベル 3		レベル 4		観察機会 なし	
■医療事故の防止において個人の注意、組織的なリスク管理の重要性を説明できる。 ■医療現場における報告・連絡・相談の重要性、医療文書の改ざんの違法性を説明できる。 ■医療安全管理体制の在り方、医療関連感染症の原因と防止に関して概説できる。	()医療の質と患者安全の重要性を理解する。		()医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。		()医療の質と患者安全について、日常的に認識・評価し、改善を提言する。			
	医療の質を測る指標と患者安全の重要性への理解に基づいて、自らの行った医療、さらにチーム、診療科、病院全体の医療について評価し、改善に努める姿勢があるかを評価する。							
	()日常業務において、適切な頻度で報告、連絡、相談ができる。		()日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。		()報告・連絡・相談を実践するとともに、報告・連絡・相談に対応する。			
	日常の業務の中で、個別の状況に応じて適切な報告・連絡・相談を実践しているかを評価する。							
	()一般的な医療事故等の予防と事後対応の必要性を理解する。		()医療事故等の予防と事後の対応を行う。		()非典型的な医療事故等を個別に分析し、予防と事後対応を行う。			
	院内のルールに則って、患者確認や医行為を実施し、医療事故を予防しているか、またインシデントやアクシデントの際に適切な対応と報告を行っているかを評価する。							
	()医療従事者の健康管理と自らの健康管理の必要性を理解する。		()医療従事者の健康管理(予防接種や針刺し事故への対応を含む。)を理解し、自らの健康管理に努める。		()自らの健康管理、他の医療従事者の健康管理に努める。			
精神的健康を含めて自らの体調管理に気を配っているか、必要な健康診断や予防接種を受けているか、針刺し事故の防止や事故後の対応を行っているかを評価する。また、体調が思わしくないときに、休業、上司への相談、受診など適切な行動をとっているかを評価する。								
レベル 1 ☐	1と2の間 ☐		レベル 2 ☐	2と3の間 ☐	レベル 3 ☐	3と4の間 ☐	レベル 4 ☐	
☐ 観察する機会がなかった								
コメント								

7. 社会における医療の実践										
医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する。										
レベル 1	レベル 2		レベル 3		レベル 4		観察機会なし			
■ 離島・へき地を含む地域社会における医療の状況、医師偏在の現状を概説できる。 ■ 医療計画及び地域医療構想、地域包括ケア、地域保健などを説明できる。 ■ 災害医療を説明できる。 ■ (学生として) 地域医療に積極的に参加・貢献する。	() 保健医療に関する法規・制度を理解する。		() 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。		() 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解し、実臨床に適用する。					
	医師法、医療法をはじめとする保健医療関係法規および健康保険制度、介護保険制度の概要について理解しているかを評価する。									
	() 健康保険、公費負担医療の制度を理解する。		() 医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。		() 健康保険、公費負担医療の適用の可否を判断し、適切に活用する。					
	担当の患者について、コスト意識をもって診療にあたり、健康保険制度に則って診療(診療録の記載も含む)しているか、また公費負担制度を適切に活用しているかを評価する。									
	() 地域の健康問題やニーズを把握する重要性を理解する。		() 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。		() 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案・実行する。					
	研修中の医療機関の存在する地域の、人口特性、環境特性、疾病特性、医療体制などから地域の健康問題やニーズを把握しているか、また担当患者の診療を通して必要な対策を提案できるかを評価する。									
	() 予防医療・保健・健康増進の必要性を理解する。		() 予防医療・保健・健康増進に努める。		() 予防医療・保健・健康増進について具体的な改善案などを提示する。					
	健康診断や予防接種に積極的に参加しているか、また機会があれば地域の健康増進のための啓発活動に参加しているかを評価する。									
	() 地域包括ケアシステムを理解する。		() 地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。		() 地域包括ケアシステムを理解し、その推進に積極的に参画する。					
	この項目は主として地域医療研修で評価されますが、退院支援などの場面で地域包括ケアについての理解度が観察できる場合は評価をつけて下さい。									
() 災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要が起こりうることを理解する。		() 災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。		() 災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要を想定し、組織的な対応を主導する実際に対応する。						
災害や感染症パンデミックなどに当院が担う役割について理解しているか、災害や感染症パンデミックについての講習会や訓練などに積極的に参加しているかどうかを評価する。										
レベル 1	1 と 2 の間		レベル 2	2 と 3 の間		レベル 3	3 と 4 の間		レベル 4	
☐	☐		☐	☐		☐	☐		☐	
☐ 観察する機会がなかった										
コメント										

8. 科学的探究								
医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。								
レベル 1	レベル 2		レベル 3		レベル 4		観察機会 なし	
■ 研究は医学・医療の発展や患者の利益の増進のために行われることを説明できる。 ■ 生命科学の講義、実習、患者や疾患の分析から得られた情報や知識を基に疾患の理解・診断・治療の深化につなげることができる。	() 医療上の疑問点を認識する。		() 医療上の疑問点を研究課題に変換する。		() 医療上の疑問点を研究課題に変換し、研究計画を立案する。			
	患者の診療を通して疑問に思ったことを明確化し、その解答を模索(既存の研究の調査、研究計画の策定)する姿勢があるかどうかを評価する。							
	() 科学的研究方法を理解する。		() 科学的研究方法を理解し、活用する。		() 科学的研究方法を目的に合わせて活用実践する。			
	医療上の疑問に対する解答を得るために、既存の研究を調査し、その研究方法について批判的に吟味することができるか、また研究活動において適切な研究方法を用いて行うことができるかを評価する。							
	() 臨床研究や治験の意義を理解する。		() 臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。		() 臨床研究や治験の意義を理解し、実臨床で協力・実施する。			
医療上の疑問に答えるための活動を通して、臨床研究の意義を理解できているか、また担当患者が治験の対象となった場合に、その意義を理解した上で協力できるかを評価する。								
レベル 1 ☐	1と2の間 ☐		レベル 2 ☐	2と3の間 ☐		レベル 3 ☐	3と4の間 ☐	レベル 4 ☐
☐ 観察する機会がなかった								
コメント								
9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢								
医療の質の向上のために省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。								
レベル 1	レベル 2		レベル 3		レベル 4		観察機会 なし	
■ 生涯学習の重要性を説明でき、継続的な学習に必要な情報を収集できる。	() 急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収の必要性を認識する。		() 急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。		() 急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収のために、常に自己省察し、自己研鑽のために努力する。			
	診療上の意志決定や医行為の実施において、最新の知識・技術に基づいて行う姿勢があるかを評価する。							
	() 同僚、後輩、医師以外の医療職から学ぶ姿勢を維持する。		() 同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。		() 同僚、後輩、医師以外の医療職と共に研鑽しながら、後進を育成する。			
	職種、職位を問わず、自らの足りない点について謙虚に学ぶ姿勢、また自らが教える立場になったときに相手の立場を尊重しながら教える姿勢など、互いに切磋琢磨する姿勢があるかどうかを評価する。							
	() 国内外の政策や医学及び医療の最新動向(薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。)の重要性を認識する。		() 国内外の政策や医学及び医療の最新動向(薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。)を把握する。		() 国内外の政策や医学及び医療の最新動向(薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。)を把握し、実臨床に活用する。			
担当患者の診療だけに眼を奪われるのではなく、適切な情報源(院内の回覧文書、講習会、学会、論文、新聞、ニュースなど)から国内外の医療政策、医学・医療の最新動向について学んでいるかを評価する。								
レベル 1 ☐	1と2の間 ☐		レベル 2 ☐	2と3の間 ☐		レベル 3 ☐	3と4の間 ☐	レベル 4 ☐
☐ 観察する機会がなかった								
コメント								

10. 当科独自の目標							
レベル 1	レベル 2		レベル 3		レベル 4		観察機会なし
■(モデル・コア・カリキュラムの内容)	()もう少しでレベル 3 に到達できそうである。		()		()優れている(上級医のレベル)。		
	()もう少しでレベル 3 に到達できそうである。		()		()優れている(上級医のレベル)。		
	()もう少しでレベル 3 に到達できそうである。		()		()優れている(上級医のレベル)。		
	()もう少しでレベル 3 に到達できそうである。		()		()優れている(上級医のレベル)。		
	()もう少しでレベル 3 に到達できそうである。		()		()優れている(上級医のレベル)。		
レベル 1 ☐	1と2の間 ☐	レベル 2 ☐	2と3の間 ☐	レベル 3 ☐	3と4の間 ☐	レベル 4 ☐	
□観察する機会がなかった							
コメント							

全体を通してのコメント

「B-2. 初期臨床研修で修得すべき臨床手技」に関する評価

以下の 21 項目は、当院の 2 年間の研修で身につけるべき臨床手技で、研修修了の要件となっています。指導医は、ローテーション中に修得の状況を観察して評価して下さい。

「修得」とは、「指導医・上級医の指導・監督を仰ぐことなく、単独または看護師等の介助下で、正しく安全に行うことができる」ということです。ただし、対象患者は同意と協力が得られる年長児および成人の患者に限ります。

それぞれの手技について、該当する欄に○をつけて下さい。

修得すべき手技	未修得	修得	観察 できず
医療面接(病歴聴取)			
基本的な身体診察(婦人科の内診、眼球に直接触れる診察を除く)			
導尿法			
採血法(静脈血、動脈血)			
動脈血ガス分析(採血、計測)			
細菌培養の検体採取(耳漏、咽頭スワブ、体表の分泌液、血液、尿)			
穿刺法(腰椎、ただし薬剤の注入は除く)			
心電図(12 誘導)			
超音波検査(心臓、腹部)			
人工呼吸(バッグ・バルブ・マスクによる徒手換気を含む)			
胸骨圧迫			
除細動(AED の操作を含む)			
圧迫止血法			
創部消毒とガーゼ交換			
包帯法			
簡単な切開・排膿			
軽度の外傷・熱傷の処置			
皮膚縫合法			
局所麻酔法			
注射法(皮内、皮下、筋肉、静脈確保)			
胃管の挿入と管理(注入を除く)			

「C. 基本的診療業務」に関する評価

初期臨床研修の修了時には、適切なコンサルテーションや援助が得られる状況において、頻度の高い一般的な傷病に対して、下記 C-1～C-4 の場面ではほぼ単独で診療ができる臨床能力を身につけていることが求められます。

評価票 A、B、B-2 の評価を踏まえて、現時点での研修医のレベルを評価して下さい。研修の時期によっては、レベル 1 やレベル 2 でも何ら問題ありませんので、甘すぎることなく適切に評価して下さい。逆に、研修期間の終わりの方になってもレベル 3 に達していない場合は問題です。レベル 2 以下の評価をつけた場合は、コメント欄にその理由を記載して下さい。

該当するレベルの□に✓を記入して下さい。レベル 1 に達していない場合は、レベル 1 の□に×を記入して下さい。科の特性によっていくつかの項目が「観察機会なし」となるのはやむを得ません。

	レベル 1 指導医の 直接の監 督の下で できる	レベル 2 指導医が すぐに対 応できる 状況下で できる	レベル 3 ほぼ単独 でできる (研修修了 レベル)	レベル 4 後進を指 導できる	観察 機会 なし
C-1. 一般外来診療 頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。	☐	☐	☐	☐	☐
C-2. 病棟診療 急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全身的な診療とケアを行い、地域連携に配慮した退院調整ができる。	☐	☐	☐	☐	☐
C-3. 初期救急対応 緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。	☐	☐	☐	☐	☐
C-4. 地域医療 地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる。	☐	☐	☐	☐	☐

印象に残るエピソードがあれば記述して下さい。

ローテーション終了時に指導医は必ず研修医と面談を行い、フィードバックの内容を以下に記入して下さい。

面談日：令和 年 月 日
フィードバックの内容

指導医のサイン

臨床研修の目標の達成度判定票

研修医氏名： _____

A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)

到達目標	達成状況： 既達／未達	備 考
1. 社会的使命と公衆衛生への寄与	☐ 既 ☐ 未	
2. 利他的な態度	☐ 既 ☐ 未	
3. 人間性の尊重	☐ 既 ☐ 未	
4. 自らを高める姿勢	☐ 既 ☐ 未	

B. 資質・能力

到達目標	達成状況： 既達／未達	備 考
1. 医学・医療における倫理性	☐ 既 ☐ 未	
2. 医学知識と問題対応能力	☐ 既 ☐ 未	
3. 診療技能と患者ケア	☐ 既 ☐ 未	
4. コミュニケーション能力	☐ 既 ☐ 未	
5. チーム医療の実践	☐ 既 ☐ 未	
6. 医療の質と安全の管理	☐ 既 ☐ 未	
7. 社会における医療の実践	☐ 既 ☐ 未	
8. 科学的探究	☐ 既 ☐ 未	
9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢	☐ 既 ☐ 未	

C. 基本的診療業務

到達目標	達成状況： 既達／未達	備 考
1. 一般外来診療	☐ 既 ☐ 未	
2. 病棟診療	☐ 既 ☐ 未	
3. 初期救急対応	☐ 既 ☐ 未	
4. 地域医療	☐ 既 ☐ 未	

臨床研修の目標の達成状況	☐ 既達 ☐ 未達
(臨床研修の目標の達成に必要な条件等)	

年 月 日

杏林大学医学部附属病院一般コース・プログラム責任者 _____

(周産期重点コース)

令和 2 年度卒後教育委員会名簿

役職・所属	氏名	連絡先	E メールアドレス
病院長	市村正一	5131 / 7901	incho@ks.kyorin-u.ac.jp
副院長、総合研修センター長	要 伸也	5820 / 7715	kaname@ks.kyorin-u.ac.jp
委員長(副総合研修センター長)	富田泰彦	2345 / 7741	tomy007@ks.kyorin-u.ac.jp
副委員長(産婦人科)	谷垣伸治	5828 / 7879	tanigaki@ks.kyorin-u.ac.jp
委員(救急総合診療科)	松田剛明	3005 / 7203	tmatsuda@ks.kyorin-u.ac.jp
委員(精神神経科)	渡邊衡一郎	5823 / 7889	koichiro@tke.att.ne.jp
委員(皮膚科)	水川良子	2881 / 7059	ymizu@ks.kyorin-u.ac.jp
委員(総合研修センター)	矢島知治	2345 / 6393	yajimat@ks.kyorin-u.ac.jp
委員(循環器内科)	河野隆志	3632 / 7220	kohno-ta@ks.kyorin-u.ac.jp
委員(呼吸器・甲状腺外科)	田中良太	2943 / 6396	ryota@ks.kyorin-u.ac.jp
委員(麻酔科)	鵜澤康二	2410 / 7581	kohji-uzawa @ks.kyorin-u.ac.jp
委員(小児科)	細井健一郎	3621 / 7818	hosoi-k@ks.kyorin-u.ac.jp
委員(総合研修センター)	関口進一郎	2346 / 7942	ssekiguchi@ks.kyorin-u.ac.jp
委員(副看護部長)	林 啓子	2691 / 7304	masunaga@ks.kyorin-u.ac.jp
委員(事務部長)	野尻一之	5133 / 7930	nojiri@ks.kyorin-u.ac.jp
委員(庶務課長)	小山俊也	2601 / 7060	koyama@ks.kyorin-u.ac.jp
委員(三鷹市医師会長)	内原正勝		
委員(調布市医師会理事)	山内照夫		
委員(池下クリニック)	赤木美智男		meducat@ks.kyorin-u.ac.jp
委員(研修医代表・副代表)	1・2 年目		
委員(協力施設の研修担当責任者)(別紙)			

プログラム責任者・副責任者名簿(2019 年度入職の研修医担当)

	責任者	副責任者
一般コース	富田泰彦	渡邊衡一郎、谷垣伸治、水川良子、河野隆志、 田中良太、鵜澤康二、細井健一郎
周産期重点コース	富田泰彦	谷垣伸治

プログラム責任者・副責任者名簿(2020 年度入職の研修医担当)

	責任者	副責任者
一般コース	富田泰彦	渡邊衡一郎、水川良子、田中良太、河野隆志、 鵜澤康二、細井健一郎
周産期重点コース	谷垣伸治	

指導医リスト(令和 2 年 4 月現在)

診療科	各科指導責任者	指導医数
呼吸器内科	石井晴之	8
循環器内科	副島京子	11
消化器内科	久松理一	17
糖尿病・内分泌・代謝内科	安田和基	5
血液内科	高山信之	3
腎臓内科、リウマチ膠原病内科	要 伸也	9
神経内科	千葉厚郎	9
腫瘍内科	古瀬純司	3
感染症科	倉井大輔	3
高齢診療科	神崎恒一	10
精神神経科	渡邊衡一郎	7
小児科	楊 國昌	19
消化器外科部門	阿部展次	18
呼吸器・甲状腺外科	近藤晴彦	9
乳腺外科	井本 滋	2
小児外科	浮山越史	2
脳神経外科	塩川芳昭	8
心臓血管外科	窪田 博	6
整形外科	細金直文	15
皮膚科	大山 学	7
形成外科	多久嶋亮彦	9
泌尿器科	福原 浩	10
眼科	井上 真	12
耳鼻咽喉科	齋藤康一郎	11
産婦人科	小林陽一	14
放射線科	横山健一	10
放射線治療科	江原 威	2
麻酔科	萬 知子	11
救急科(TCC)	山口芳裕	14
救急総合診療科	長谷川 浩	2
リハビリテーション科	山田 深	2
脳卒中科	平野照之	3
病理診断科	柴原純二	8
臨床検査部	大西宏明	4

臨床研修協力施設一覧

施設名	診療科	指導責任者	研修分野
(三鷹市医師会)			
あきやま子どもクリニック	小児科	秋山千枝子	地域医療
かえでこどもクリニック	小児科	小口 薫	地域医療
新川クリニック	小児科	新後閑周二	地域医療
新川すみれクリニック	内科、在宅診療	松田朝子	在宅診療
第一医院	内科	谷口亮一	地域医療
高山医院	内科、外科	高山俊政	地域医療
TOWN 訪問診療所三鷹	内科、在宅診療	登坂 淳	地域医療
つちや小児科	小児科	土屋正己	地域医療
天神前クリニック	内科	浅見泰宏	地域医療
三鷹第一クリニック	内科、外科	宇井義典	地域医療
三鷹中央病院	内科、外科	吉田正一	地域医療
八幡診療所	内科、小児科	齊藤一典	地域医療
渡辺こどもクリニック	小児科	渡邊直幸	地域医療
(武蔵野医師会)			
かみやま内科クリニック	内科	神山俊典	地域医療
吉祥寺・藤田クリニック	内科	藤田進彦	地域医療
吉祥寺メディカルクリニック	内科	高橋正彦	地域医療
境橋クリニック	内科、小児科、外科	鈴木省悟	地域医療
湯川リウマチ内科クリニック	内科	湯川宗之介	地域医療
(調布市医師会)			
多摩川病院	内科	鮎澤慶一	地域医療
にしほりこどもクリニック	小児科	西堀由紀野	地域医療
しおり小児科	小児科	根本しおり	地域医療
仙川脳神経外科クリニック	内科、脳神経外科	山口竜一	地域医療
(世田谷区医師会)			
ちとせクリニック	内科、在宅診療	金井文彦	地域医療 外来研修 (在宅診療)
(その他)			
三宅村国民健康保険直営中央診療所	内科	長岡正悟	地域医療 (僻地医療)
奥多摩町国民健康保険奥多摩病院	内科	井上大輔	地域医療 (僻地医療)
小値賀町国民健康保険診療所	内科	田中敏己	地域医療 (僻地医療)
長崎県五島中央病院附属診療所 奈留医療センター	内科	村瀬邦彦	地域医療 (僻地医療)
長崎県富江病院	内科	小原則博	地域医療 (僻地医療)
長崎県上五島病院	内科	八坂貴宏	地域医療 (僻地医療)

施設名	診療科	指導責任者	研修分野
長崎県壱岐病院	内科	向原茂明	地域医療 (僻地医療)
富良野病院	内科	小山内裕昭	地域医療 (僻地医療)
滝川市立病院	内科	堤 明人	地域医療 (僻地医療)
遠軽厚生病院	内科	稲葉 聡	地域医療 (僻地医療)
大井田病院	内科	田中公章	地域医療 (僻地医療)
渭南病院	内科	溝渕敏水	地域医療 (僻地医療)
栲原町立国保栲原病院	内科	池田幹彦	地域医療 (僻地医療)
本山町立国保嶺北中央病院	内科	佐野正幸	地域医療 (僻地医療)