

川崎協同病院初期研修プログラム

2021年改訂版

目 次

1. 私たちがめざす医療	2
2. 私たちがめざす医師養成の理念	2
3. 研修病院の特徴	3
4. 初期研修プログラムの基本方針(初期研修 2年間)	5
1) プログラム名称	6
2) 研修プログラムの特徴	6
3) 研修計画・研修教育課程	6
5. プログラム責任者と参加施設	8
1) プログラム責任者	8
2) プログラム参加施設	8-9
6. プログラムの管理運営体制	9
(1) 研修評価会議・研修委員会(月 1 回開催)	9
(2) 研修管理委員会(年 3 回開催)	9
7. 各科研修指導責任者	10
8. 研修目標(一般目標・行動目標)	11-13
9. 研修目標(方策と評価)	14-15
10. X1 研修評価システム	16-17
11. 各科研修プログラム	18-17
12. 各科共通研修方略	18-20
川崎協同病院 共通目標達成に適した診療科一覧	21
『各科共通 研修方略・評価』	22-27
【基本研修 オリエンテーション・導入期(内科)】	28
【基本研修 内科】	29
【基本研修 内科(総合診療科)】	30-31
【選択研修 内科(消化器内科)】	32
【選択研修 内科(循環器内科)】	33-34
【選択研修 内科(腎透析科)】	35
【選択研修 内科(神経内科)】(汐田総合病院)	36
【基本研修 外科】	37-39
【基本研修 小児科】	40-41
【基本研修 産婦人科】(関東労災病院・立川相互病院)	42-43
【基本研修 精神科】(神奈川病院)	44-45
【基本研修 地域医療】(久地診療所・大師診療所・あさお診療所・協同ふじさきクリニック ・川崎セツルメント診療所・戸塚病院)	46
【基本研修 救急】	47
【選択研修 整形外科】(川崎協同病院・汐田総合病院)	48
【選択研修 脳神経外科】(汐田総合病院)	49
【選択研修 麻酔科】	50
【選択研修 耳鼻咽喉科】	51
【選択研修 婦人科】	52
【選択研修 泌尿器科】	53
【選択研修 救急科】(川崎市立川崎病院・救命救急センター)	54-57
【基本研修 一般外来】	58
13. 研修終了後の進路	59
14. 定員・選考基準	59
15. 勤務及び待遇	59-60

1. 私たちがめざす医療

<川崎協同病院の理念と基本方針>

【理念】

私たちは、無差別・平等の医療・福祉を地域の皆さまとともにすすめます。

【基本方針】

- (1) 医療連携により、かかりやすく質の高い医療をおこないます。
- (2) 安全で信頼される医療を行います。
- (3) 職員にとって働き甲斐のある職場をつくり、患者さまが安心して快適に療養できる医療環境を実現します。
- (4) 臨床研修病院として、国民のもとする医師・医療従事者の養成をおこないます。
- (5) 安心してらせるまちづくりをすすめます。

2. 私たちがめざす医師養成の理念

当院では高い医療技術を提供できるだけでなく、患者の立場に立って命と人権を守ることができる医師を育てるために、以下のような目標を持って医師養成にあたっています。「初期研修」の2年間ではすべての医師にとって必要な基本的な力量を身につけることを重視しています。

以下は、初期研修と後期研修を通じて習得すべき5つの基本的な柱です。

- ① 専門性にとらわれることなく、すべての医師に求められる基本的・総合的な診療能力を身につける
- ② 日常の医療活動を常に学術的に検討するとともに、新しい医学の成果を謙虚に学び、日々の実践に結びつける
- ③ 真のチーム医療を理解し、そのリーダーとしての役割を果たす
- ④ 広く社会・医療の情勢に目を向けて医師としての社会的役割を自覚し、患者の受療権や人権を守るための運動に取り組む
- ⑤ 後継者育成のため、医学生や後輩研修医のよき相談相手としての的確な指導や助言を行う

以上を実現するために、別掲のような「研修目標」を掲げています。初期研修2年間(うち開始直後の2ヶ月間を「導入期」研修と位置づけている)で、研修医が習得すべき一般目標を設定。さらに導入期、その後の初期研修、そして後期研修(3~6年目)と、それぞれのステップについて終了までに到達すべき目標を設定してあります。

そして、それらの行動目標を達成するための方略がカリキュラムとして生まれ、さらに到達点を評価するための基準について述べられています。これに基づいて指導医のみならず、研修医自身が自らの到達点を確認しながら研修を進めていけるよう配慮されています。

3. 研修病院の特徴

川崎協同病院（基幹型臨床研修病院）

○地域の特徴

川崎市川崎区は京浜工業地帯の中核に位置しており、労働者の町として発展してきました。同時にコンビナートの排煙や自動車の排気ガスなどの公害をなくす運動が長く取り組まれてきた地域でもあります。病院周辺は、住宅街、商店街となっていますが、最近マンションも増加しています。その一方で、生活困窮者が増加し、生活保護の受給者も増え、また高齢化も進んでいます。

○病院の管理・運営形態

川崎協同病院は、「消費生活協同組合法」という法律にもとづいて設立された「川崎医療生活協同組合」が運営しており、出資と参加によりこれを支える会員が「医療生活協同組合員(以下「組合員」)」です。組合員も、病院・診療所の運営に積極的に参加しています。

川崎医療生活協同組合は1951年に川崎市大師町に職員4名の大師診療所から始まりました。以来、「医療は病院や診療所の中だけではない、地域の中にある」という精神のもとで、地域住民・組合員とともに、小児マヒから子どもを守る運動、公害をなくす運動、災害医療、医療保険改善の運動などに取り組んできました。当院は川崎医療生活協同組合のセンター病院として1976年に開設し、「いつでもどこでも誰もが安心してかかれる」地域住民・組合員に信頼される病院を目指しています。また「命に貧富の差はない」という立場から、室料差額代は徴収していません。

○医療の特徴

私たちは、プライマリーヘルスケア(以下「PHC」)から専門的な入院医療を一貫した流れのなかで行えることを目標にし、更に高度な医療は、近隣の医療機関との連携で解決することを目指しています。そのために当院をPHCの拠点とし、病診連携によって患者の要求に応える体制をつくっています。当院の役割は、PHCの後方機能として専門医療を提供するとともに、医師をはじめその他の医療技術者の育成を行うことにあります。

2019年3月現在、川崎医療生活協同組合は川崎市内に1病院、8診療所、3訪問看護ステーション、4ヘルパーステーション、1老人保健施設、3地域包括支援センター、3ケアプランセンター、1通所介護事業所、1看護小規模多機能ホームの施設を有し、医療生協組合員数は4万4千人になっています。

○所在地 〒210-0833 神奈川県川崎市川崎区桜本2丁目1番5号
電話 (044)299-4781(代表)

○標榜科目

内科、外科、小児科、婦人科、整形外科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、腎透析科、精神科、神経内科、泌尿器科、皮膚科、麻酔科、放射線科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、アレルギー科、リウマチ科、脳神経外科、呼吸器外科

○病床数 276床

○指定医療機関

- ・優性保護法指定医療機関
- ・労災保険指定医療機関
- ・川崎救急告示医療機関
- ・公害指定医療機関
- ・結核指定医療機関
- ・指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)
- ・基幹型臨床研修指定病院
- ・日本医療機能評価機構認定病院
- ・卒後臨床研修評価機構認定病院

○主な医療設備

16列マルチスライス CT、MRI、DSA、X 線テレビ装置、カラードップラー心エコー、トレッドミル、電子内視鏡、シネアンギオ、人工透析 22 台、新生児監視装置、関節顕微鏡手術装置、アルゴンレーザー装置、生化学自動分析装置、自動血液ガス分析

○認定・関連施設

- ・日本内科学会認定教育施設
- ・日本小児科学会専門医研修施設
- ・日本産婦人科学会専門医制度卒後研修指導施設
- ・日本整形外科学会専門医研修施設
- ・日本循環器学会認定循環器専門医研修関連施設
- ・日本乳がん検診精度管理中央機構
マンモグラフィ検診施設
- ・日本麻酔科学会認定病院
- ・日本耳鼻咽喉科学会専門医研修施設
- ・日本外科学会専門医制度修練指定施設
- ・日本プライマリケア学会認定医研修施設
- ・麻酔科学会指導病院

○民主医療機関連合会(民医連)について

私たちの病院は、全日本民主医療機関連合会(以下「民医連」)に加盟しています。川崎協同病院が加盟する神奈川民医連は、1953年に4診療所によって結成され、以来、地域の人々の命と健康を守るため、また社会保障を守り改善するために患者・地域住民と手を結んで努力してきました。1960～70年代には、公害医療、労働災害、職業病などを重点課題として、日常の医療活動とともに、その原因の究明や改善の運動に取り組んできました。さらに感染症中心から成人病中心に疾病構造が変化する中で、脳卒中やがん、心臓病などの慢性疾患管理に全力をあげて取り組んできましたし、近年は全国的に危機にある産科や小児科の医療を守ることに重点をおいています。このように、私たちはその時代の医療・福祉の課題に、自分たちの医療と国民的な運動とを結びつけて取り組んできました。そのことを通して、患者と医療従事者が共同して行う医療、お金のあるなしで生命の重さに差があってはならないという医療観、疾病を生活の場からも見ることでできる医療観を定着させてきました。さらに2002年に公表した川崎協同病院事件への反省をふまえて、安全な医療とチーム医療を実践してきました。現在の私たちの「医師養成の理念」はこのような長年にわたる多くの経験をもとに確立してきたものです。

2020年3月現在、神奈川民医連には4病院、25診療所、1歯科診療所、18保険薬局、12訪問看護ステーション、10ヘルパーステーション、2老人保健施設、5グループホーム、15ケアプラン作成事業所、14通所リハ・介護事業所、3地域包括支援センター、1小規模多機能型居宅介護施設、1看護小規模多機能型居宅介護施設が所属しており、地域になくはない医療機関として存在しています。

*民医連では、それぞれの法人の医療生協組合員・社員・友の会員・互助会員などの組織のことを、「共同組織」と呼んでいます。2020年3月現在、民医連に加盟する事業所は、全国の47都道府県に1700カ所を超え、約6万2千人の職員と、共同組織約318万人の方々が地域で医療・福祉暮らしを守る住民組織として健康なまちづくりや助け合いの運動、平和や社会保障をまもり改善する運動を担い、地域の中でかけがえのない存在になっています。また、民医連の事業と運動に主体的に参加し、医療をともに考え、経営をまもり、医師をはじめとした職員の成長にも大きな力を発揮しています。

4. 初期研修プログラムの基本方針

1) プログラム名称：「川崎協同病院初期研修プログラム」と称する

2) 研修プログラムの特徴

当院と協力型臨床研修病院である汐田総合病院では、1987年から200名を越える初期研修医を受け入れてきました。2000年には厚生労働省から「臨床研修指定病院」に認定され、2001年度には臨床研修必修化を見据え「初期研修プログラム」改訂を行ってきました。

2004年度から始まった臨床研修必修化の実施にあたり、それまでの研修対応に留まることなく、さらに経験を反映させています。2009年度にはプログラムの弾力化が行われましたが、当院ではローテーション研修により、幅広いプライマリ・ケアの経験ができる研修を引き続き行っています。また、2011年には「卒後臨床研修評価機構(JCEP)」を受審し、4年の認定を受けました。2015年の更新調査では、6年という最高の認定を受けています。

当プログラムの特徴は、以下の通りです。

- ① 研修科の選択期間を設けてあり、研修プログラムの自由度をもたせ、研修医が自身でプログラムを作れるようになっています。
- ② 総合医局(ひとつの医局)となっており、各科の医師とのコミュニケーションが容易にとれます。研修上も多くの医師から助言が得られます。
- ③ 地域医療では、異なる規模の診療所が協力施設となっており、病診連携・診診連携を通しての医療が経験できます。また、診療所という家族的な集団の中で、患者やそのご家族とより身近に接することができます。
- ④ 院内の研修医カンファレンスやCPCなどの他に、全国や関東甲信越の関連病院との間の研究会や交流会があり、研修に関わる情報交換の場としても機会があります。
- ⑤ 地域住民向けの医療講演会の講師を行うことなどを通して、地域を知ることや保健予防活動の重要性を学ぶ場を設けています。

3) 研修計画・研修教育課程

《基本原則》研修期間は原則として2年間とする。

【1年目】『オリエンテーション・導入期(内科)』(8週)、『内科』(20週)、『外科』(12週)、
『小児科』(12週)

【2年目】『内科』(6週)、『救急』(4週)、『産婦人科』(4週)、『精神科』(4週)、
『地域医療』(4週)、『選択研修』(30週)《～各必修科目の期間延長も含む》

《川崎協同病院臨床研修の具体的方法》

① 基本研修<74週>

初年度から2年間にかけて以下の科目をローテーションする。

なお、期間については選択研修の期間を利用して延長も可能。

カリキュラム	研修期間	研修先<選択>
オリエンテーション・導入期(内科)	8週	川崎協同病院
内科(総合診療科、循環器内科、消化器内科、腎透析科、神経内科)	26週	川崎協同病院、協同ふじさきクリニック、汐田総合病院
救急	4週	川崎協同病院
外科	12週	川崎協同病院
小児科	12週	川崎協同病院
産婦人科	4週	関東労災病院、立川相互病院
精神科	4週	神奈川病院
地域医療	4週	協同ふじさきクリニック、大師診療所、久地診療所、あさお診療所、川崎セツメント診療所、戸塚病院

② 選択研修<30週>：以下の科から選択研修を選択。

カリキュラム	研修先<選択>
内科（総合診療科）	川崎協同病院
内科（循環器内科）	川崎協同病院
内科（消化器内科）	川崎協同病院
内科（腎透析科）	川崎協同病院
内科（神経内科）	汐田総合病院
外科	川崎協同病院
整形外科	川崎協同病院、汐田総合病院
脳神経外科	汐田総合病院
小児科	川崎協同病院
産婦人科	関東労災病院、立川相互病院
救急	川崎協同病院、市立川崎病院（救命救急センター）
精神科	神奈川病院
麻酔科※	川崎協同病院
耳鼻咽喉科※	川崎協同病院
婦人科	川崎協同病院
泌尿器科※	川崎協同病院
地域医療	協同ふじさきクリニック、大師診療所、久地診療所、あさお診療所、川崎セツメント診療所、戸塚病院

○備考

1. 基幹型である川崎協同病院では、初期研修中12ヶ月（53週）以上の研修を行う。
2. 内科研修は24週行う。
3. 協力施設での研修は原則12週以内とする。
4. 臨床病理検討会（CPC）は、基幹型臨床研修病院である川崎協同病院で実施をする。
5. 初期研修の最初の8週は「オリエンテーション・導入期」研修とし、別掲の行動目標と方略に基づき研修を行う。
6. 救急研修は、4週のブロック研修と、月2～4回の夜間当直を1年次から2年次にかけて通年行うことで、合計12週以上の経験とする。
7. 一般外来研修を内科、外科、小児科の期間で3週間、地域医療の期間で2週間並行研修として行い、合計5週間の経験とする。
8. 選択研修の中で、※の麻酔科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科は他の診療科と組み合わせて研修を行う。
9. 地域医療の研修場所は、大規模・小規模の研修協力施設から研修医が選択できるものとする。在宅医療の研修は、地域医療の診療所研修期間で行う。
10. 選択研修も含め、2年間で研修修了に必要な29症候・26疾病・病態を必ず経験できるような研修スケジュールとなるよう調整する。

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。

ショック、体重減少・るい瘦、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、便秘異常（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

経験すべき疾病・病態－26 疾病・病態－

外来又は病棟において、下記の疾病・病態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・アルコール・薬物・病的賭博）

■研修計画(例)

<研修期間割・一例>

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
1年次	オリエンテーション・導入期 8週		内科(総合診療科) 12週			小児科 12週			外科 12週		内科・選択 (神経内科) 8週	
研修先	基幹型											協力型
並行研修			一般外来 1週			一般外来 1週			一般外来 1週			
月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
2年次	選択(整形外科) 12週		内科・選択 (消化器内科) 12週			産婦人科 4週	精神科 4週	地域医療 4週	内科・選択 (循環器内科) 12週		救急 4週	
研修先	基幹型					協力型	協力施設	協力施設	基幹型		基幹型	
並行研修								一般外来 2週				

5. プログラム責任者と参加施設

1) プログラム責任者

川崎医療生活協同組合 川崎協同病院
外科部長 和田 浄史

2) プログラム参加施設 (◎は研修実施責任者)

【基幹型臨床研修病院】

川崎医療生活協同組合 川崎協同病院
神奈川県川崎市川崎区桜本2-1-5
◎院長 田中 久善

【協力型臨床研修病院】

財団法人横浜勤労者福祉協会 汐田総合病院
神奈川県横浜市鶴見区矢向1-6-20 研修科目／脳神経外科・神経内科・整形外科
◎院長 小澤 仁

医療法人誠心会 神奈川病院
神奈川県横浜市旭区川井本町122-1 研修科目／精神科
院長 玉澤 彰英 (◎副院長 森 和一)

川崎市立川崎病院
神奈川県川崎市川崎区新川通12-1 研修科目／救命救急センター
院長 金井 歳雄 (◎救命救急センター長 田熊 清継)

社会医療法人社団 健生会 立川相互病院
東京都立川市緑町4-1 研修科目／産婦人科
院長 高橋 雅哉 (◎副院長 山田 秀樹)

独立行政法人労働者健康福祉機構 関東労災病院
神奈川県川崎市中原区木月住吉町1-1 研修科目／産婦人科
院長 根本 繁 (◎副院長 香川 秀之)

【研修協力施設】

川崎医療生活協同組合 久地診療所
神奈川県川崎市川崎区高津区久地4-19-8 研修科目／地域医療
◎所長 喜瀬 守人

川崎医療生活協同組合 大師診療所
神奈川県川崎市川崎区大師町6-8 研修科目／地域医療
◎所長 杉山 靖

川崎医療生活協同組合 あさお診療所
神奈川県川崎市麻生区上麻生2-1-10 研修科目／地域医療
◎所長 清田 実穂

川崎医療生活協同組合 協同ふじさきクリニック
神奈川県川崎市川崎区藤崎2-21-2 研修科目／地域医療
◎所長 桑島 政臣

川崎医療生活協同組合 川崎セツルメント診療所
神奈川県川崎市幸区古市場2-67 研修科目／地域医療
◎所長 西村 真紀

医療生協かながわ生活協同組合 戸塚病院
神奈川県横浜市戸塚区汲沢町 1025-6 研修科目／地域医療
◎所長 端山 雅之

6. プログラムの管理運営体制

プログラムの管理運営は、毎月開催される「研修評価会議・研修委員会」と年に3回開催される「研修管理委員会」で行われます。ここでは、管理運営上の諸問題や研修評価、研修医からの要望などを検討します。また、より良い研修の実施、運営、評価システムの構築へ向けて常に努力し、そのために研修データの管理を行います。

研修管理委員会の構成は以下の通りです。詳細は「研修管理委員会規定」を参照下さい。

- (1) 研修評価会議・研修委員会（月1回開催）
 - a. 研修管理委員会委員長
 - b. 研修プログラム責任者
 - c. 基幹型研修病院院長または副院長
 - d. 医局担当事務次長、看護部長、研修担当事務
 - e. 外部有識者 f. すべての研修医
 - g. ローテーション中の科の上級医
 - h. コメディカルの代表者
 - i. その他研修医の評価に関わる者
 - j. その他必要と認められたもの
- (2) 研修管理委員会（年3回開催・3月は年度末総会として開催）

上記 a.～e.

 - k. 協力型臨床研修病院の研修実施責任者
 - l. 臨床研修協力施設の研修実施責任者
 - m. 各科指導医

7. 各科研修指導責任者

各科研修指導責任者は、以下の通りです。この他に直接指導を行う「指導医」「上級医」がいます。

総合診療科(川崎協同病院)	関川 泰隆
消化器内科(川崎協同病院)	野本 朋宏
循環器内科(川崎協同病院)	石井 愛
腎透析科(川崎協同病院)	櫻井 彰
外科(川崎協同病院)	和田 浄史
小児科(川崎協同病院)	高村 彰夫
婦人科(川崎協同病院)	藤島 淑子
産婦人科(立川相互病院)	長坂 康子
産婦人科(関東労災病院)	香川 秀之
救急(川崎協同病院)	野本 朋宏
整形外科(川崎協同病院)	松井 秀和
麻酔科(川崎協同病院)	小林 正雄
精神科(神奈川病院)	森 一和
脳神経外科(汐田総合病院)	小澤 仁
神経内科(汐田総合病院)	廣瀬 真次
整形外科(汐田総合病院)	長田 徹志
耳鼻咽喉科(川崎協同病院)	佐野 大佑
泌尿器科(川崎協同病院)	上村 博司
病理科(川崎協同病院)	塩川 章
地域医療(協同ふじさきクリニック)	桑島 政臣
地域医療(大師診療所)	杉山 靖
地域医療(あさお診療所)	清田 実穂
地域医療(久地診療所)	喜瀬 守人
地域医療(川崎セツルメント診療所)	西村 真紀
地域医療(戸塚病院)	端山 雅之
救命救急センター(川崎市立川崎病院)	田熊 清継

8. 研修目標（一般目標・行動目標）

一般目標(GIO)	行動目標(SBOs)		
	初期研修（～2年）		後期研修（3～6年）
	導入期研修（～2ヶ月） introductory course【I】	3ヶ月～2年 junior course【J】	senior course【S】
<p>《I》 専門性にとられることなく、すべての医師に求められる基本的・総合的な診療能力を身につけることができる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 患者・家族およびスタッフとの良好な信頼関係を確立することができる <input type="checkbox"/> 得られた情報を簡潔明瞭に記載することができる <input type="checkbox"/> 守秘義務を果たし、プライバシーの配慮ができる <input type="checkbox"/> 的確な問診を行い、系統的に全身の理学的所見をとることができる 《表1・2 基本的診察法》 <input type="checkbox"/> 問診・理学的所見から問題点を広く抽出して初期診療計画を立てることができる <input type="checkbox"/> 疾病のみでなく、心理的・社会的側面についても目を向けることができる <input type="checkbox"/> 基本的な臨床検査を過不足なくオーダー・施行し、結果の解釈ができる 《表3 基本的検査法》 <input type="checkbox"/> 計画に沿って遅滞なく診療を行いその結果を随時評価することができる 《表4・5 基本的治療法・手技》 <input type="checkbox"/> 救命救急処置に際し、バイタルサインを迅速正確に把握し、気道確保・人工呼吸・閉胸心マッサージ等の一次救命措置を的確に行うことができる <input type="checkbox"/> 専門医や他科へのコンサルトを的確に行うことができる <input type="checkbox"/> 医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる <input type="checkbox"/> 医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる <input type="checkbox"/> 医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動できる <input type="checkbox"/> 診療情報提供書・診断書・処方箋・指示箋など各種文書を適切に作成・管理できる <input type="checkbox"/> 病名記載・レセプト点検・症状詳記等を正確に行うことができる <input type="checkbox"/> 診療録（入院病歴抄録を含む）をPOS（Problem Oriented System）に従って記載し管理できる <input type="checkbox"/> 指導医と病状説明に臨むとともに、患者・家族の理解度・受容の程度を把握することができる 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 業務のタイムマネジメントを行い、効率的に業務を遂行することができる <input type="checkbox"/> 疾病の予防から、診断・治療・社会復帰に至るまで、一貫した流れの中で診療を継続することができる <input type="checkbox"/> 初期診療において必要な注意を医療チームメンバーに適切に指示できる <input type="checkbox"/> 患者を、疾病の面のみでなく、生活や労働の場からもとらえた診療計画を立てることができる <input type="checkbox"/> 入院時に患者の予後を予測し、入院期間の凡その見通しを立てることができる <input type="checkbox"/> 診療ガイドラインやクリニカルパスを理解し活用できる <input type="checkbox"/> 入退院の適応を判断できる（ディサージャリー症例を含む） <input type="checkbox"/> 救命救急措置に際し、気管内挿管・気管切開・除細動・対ショック療法等の二次救命措置を適切に行うことができる <input type="checkbox"/> 初期診療を広く正確に行い、その中で高度な治療や緊急性を有する疾患を、遅滞なくしかるべき専門科・高次医療機関に委ねることができる <input type="checkbox"/> レセプトの返戻や減点に、的確に対処することができる <input type="checkbox"/> 患者・家族の理解と受容を配慮し、平易な言葉でわかりやすいインフォームドコンセントを行うことができる <input type="checkbox"/> 主治医不在の際の臨時対応ができ、必要事項を適切に主治医に申し送る 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 自分が深めるべき専門領域を指導医とともに模索し、院外研修を含めた研修計画に効率的に反映させることができる <input type="checkbox"/> 各科部会の定めた要綱にしたがって科に特異的な診療治療を学ぶことができる <input type="checkbox"/> 救命救急措置の際、リーダーとして適切に現場を指揮し、蘇生やその他の治療方針を決定することができる <input type="checkbox"/> 複数の科にまたがる症例に対し、他科と連携・協力して円滑な診療を行うことができる

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>死亡確認ができる <input type="checkbox"/>死後の法的処置を行い、指導医とともに剖検を家族に依頼し、積極的に剖検に参加することができる <input type="checkbox"/>死亡診断書・検案書を記載することができる <input type="checkbox"/>医療費負担および社会資源の概略を知る <input type="checkbox"/>一社会人としての良識・マナーを修得できる 	<p>ことができる</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>外来診療を経験することによって、①多くの問題を同時に扱い、制限された時間内で診断・治療の方略を計画する力、②患者のコンプライアンスの問題に対処する力、③不確実性の下での臨床決断を行う力を養う <input type="checkbox"/>終末期医療に際し、人間的・心理的ケア・家族への配慮を適切に行うことができる <input type="checkbox"/>CPCレポートを作成し、症例呈示できる <input type="checkbox"/>QOL (Quality of Life)を考慮に入れた総合的な管理計画(リハビリテーション、社会復帰、在宅医療、介護を含む。)へ参画する <input type="checkbox"/>在宅・往診医療の実態を知り、生活の場における診療についての理解を深める <input type="checkbox"/>介護にあたる家族の管理ができる <input type="checkbox"/>在宅医療と、訪問看護ステーション・公的福祉サービス・老人ホーム等との医療福祉ネットワークを経験することができる 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>地域の保健活動・組織活動の意義と重要性を理解し、将来必要な場合に診療所を担い得る素養を身につける
<p>《Ⅱ》 日常の医療活動を常に学術的に検討するとともに、新しい医学の成果を謙虚に学び、日々の実践に結びつけることができる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>症例を、与えられた時間内に簡潔にプレゼンテーションすることができる <input type="checkbox"/>国内外の文献を雑誌やインターネットを用いて検索し、診療に役立てることができる 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>症例を簡潔にまとめ、内外の学術発表の場に供することができる <input type="checkbox"/>英語の論文を読み、その内容を簡潔にまとめてわかりやすく提示することができる 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>各科の症例や治療成績をまとめ、しかるべき学術発表の場に提示することができる <input type="checkbox"/>論文を執筆し、投稿することができる
<p>《Ⅲ》 真のチーム医療を理解し、そのリーダーとしての役割を果たすことができる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>他職種の仕事の成り立ちを理解する <input type="checkbox"/>職場の規則を遵守し、他職種と良好な関係を保つことができる <input type="checkbox"/>チーム医療のコーディネーターとしての医師の役割を理解する 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>重症患者の治療やターミナルケアについて、積極的にチーム医療を推進することができる <input type="checkbox"/>患者家族への病状説明・療養指導などを、他職種との連携の下で効率的に行うことができる <input type="checkbox"/>病棟や往診のカンファレンスにおいて、他のスタッフと患者情報を共有し、方針を検討することができる 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>他職種間に生じた問題点を的確に把握し、必要な助言を行うことができる <input type="checkbox"/>看護・業務基準の改善等に対し、教育的視点で取り組むことができる
<p>《Ⅳ》 広く社会・医療の情勢に目を向けて医師としての社会的役割を自覚し、患者の受療権や人権を守るための運動に取り組むことができる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>地域の特徴を理解する <input type="checkbox"/>地域の保健予防活動を経験することができる <input type="checkbox"/>疾病と、環境・社会との関係を理解する姿勢を持つ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>症例を通して、医療制度・社会福祉制度の内容とその問題点を把握することができる <input type="checkbox"/>地協青年医師交流集会等の各種会議を企画・運営することができる 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>地域の患者の生活・社会的背景や労働環境に目を向けて、他職種とともに深く検討し、地域の真の医療要求を把握することができる
<p>《Ⅴ》 後継者育成のため、医学生や後輩研修医のよき相談相手としての的確な指導や助言を行う</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>一日医師体験の対応を行い、医師の社会的役割や仕事の楽しさをわかりやすく伝えることができる <input type="checkbox"/>初期研修医会・青年医師会・医局会議などに積極的に参加し、自分の意見を述べることができる 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>医学生実習の対応を行い、地域医療を含めた医療展開や理念をわかりやすく伝えることができる <input type="checkbox"/>よき先輩として下級研修医の相談相手となり、研修の模範を示すことができる <input type="checkbox"/>研修制度を自ら点検し、改善する視点をもつことができる <input type="checkbox"/>各院所の連携について理解を深め、的確な病診連携を構築することができる 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>各科の診療の、やりがいや楽しさを研修医や医学生に伝えることができる <input type="checkbox"/>青年医師会をまとめ、医療や研修制度の向上に関わる様々な問題を、該部署所に提起することができる <input type="checkbox"/>医師配置や医療展開を積極的に理解し、協力することができる

表 1

基本的診察法	以下の項目を満たす知識、技能、態度を満たす
①	医療面接におけるコミュニケーションの持つ意義を理解し、コミュニケーションスキルを身に付け、患者の解釈モデル、受診動機、受療行動を把握できる。
②	患者の履歴(主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー)の聴取と記録ができる
③	患者・家族への適切な指示、指導ができる。

表 2

基本的診察法	以下の所見を正確に把握し記載できる
①	全身の観察 (バイタルサイン・精神状態・体表の観察・表在リンパ節の診察を含む)
②	頭頸部の診察 (眼底検査・外耳道・鼻腔・口腔・咽喉頭の観察・甲状腺の触診を含む)
③	胸部の診察 (乳腺の視触診を含む)
④	腹部の診察 (直腸診を含む)
⑤	泌尿・生殖器の診察 (産婦人科の診察は指導医が同行)
⑥	骨・関節・筋肉系の診察
⑦	神経学的診察
⑧	小児の診察 (生理的所見と病的所見の鑑別を含む)
⑨	精神面の診察

表 3

基本的検査法(1)	必要に応じて自ら検査を実施し、結果を解釈できる
①	一般尿検査(尿沈渣顕微鏡検査を含む。)
②	便検査(潜血・虫卵)
③	血算・白血球分画
④	出血時間測定
⑤	血液型判定・交差適合試験
⑥	簡易検査(血糖・電解質・血沈等を含む)
⑦	動脈血ガス分析
⑧	心電図(12誘導)、負荷心電図
⑨	簡単な細菌学的検査(グラム染色等)
⑩	髄液検査
⑪	各種超音波検査(心エコーを含む)
基本的検査法(2)	適切に検査を選択・指示し、結果を解釈できる
①	血液生化学検査
②	血液免疫学的検査
③	肝機能検査
④	腎機能検査
⑤	肺機能検査
⑥	内分泌学的検査
⑦	細菌学的検査
⑧	薬剤感受性検査
⑨	単純X線検査
⑩	各種造影X線検査
⑪	X線CT・MRI検査
⑫	核医学検査
基本的検査	適切に検査を選択・指示し、専門家の

検査法(3)	意見に基づいて結果を解釈できる
①	細胞診・病理組織学的検査
②	各種内視鏡検査
③	神経生理学的検査(脳波・筋電図など)

表 4

基本的治療法(1)	適応を決定し、実施できる
①	薬剤の処方
②	輸液
③	輸血・血液製剤の使用
④	抗生物質の使用
⑤	副腎皮質ステロイド薬の使用
⑥	救急薬物の適切な使用
⑦	抗腫瘍化学療法
⑧	呼吸管理
⑨	循環管理(不整脈を含む)
⑩	中心静脈栄養法
⑪	経腸栄養法
⑫	食事療法
⑬	療養指導(安静度・体位・食事・入浴・排泄等)
基本的治療法(2)	必要性を判断し、適応を決定できる
①	外科的治療
②	放射線治療
③	内視鏡的治療
④	医学的リハビリテーション
⑤	精神的・心身医学的治療

表 5

基本的手技	適応を決定し、実施できる
	#注射法(皮内・皮下・筋肉・静脈)
	#末梢静脈確保
	#中心静脈確保
	#動脈圧ライン確保
	#SGカテーテル挿入
	#採血法(静脈血・動脈血)
	#穿刺法(腰椎・胸腔・腹腔・骨髄等を含む)
	#導尿法
	#浣腸
	#ガーゼ・包帯交換
	#ドレーン・チューブ類の管理
	#胃管の挿入と管理(胃洗浄を含む)
	#電気的除細動
	#局所麻酔法
	#消毒法
	#圧迫止血法
	#簡単な切開・排膿法
	#皮膚縫合法
	#包帯法
	#軽度の外傷の処置・熱傷の処置
	#気道確保(エアウェイの挿入を含む)
	#マスク換気・気管内挿管・気管切開術
	#閉胸心マッサージ
	#関節可動域測定・徒手筋力テスト
	#標準予防策

<p>《Ⅲ》 真のチーム医療を理解し、そのリーダーとしての役割を果たすことができる</p>	<p>【Strategy】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 必要に応じ、他職種の業務を見学・体験する <input type="checkbox"/> 病棟・外来の他職種とのカンファレンスに指導医とともに出席し指導・援助を受ける <input type="checkbox"/> 往診・訪問看護カンファレンスに指導医と共に出席し、指導・援助を受ける <p>【Evaluation】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 各種カンファレンスで、指導医および他職種からの評価を受け、さらに研修管理委員会で総合評価を行う 	<p>【S】 別紙、後期研修要綱による</p> <p>【E】 別紙、後期研修要綱による</p>
<p>《Ⅳ》 広く社会・医療の情勢に目を向けて医師としての社会的役割を自覚し、患者の受療権や人権を守るための運動に取り組むことができる</p>	<p>【Strategy】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 全職員対象の入職時オリエンテーションに参加する <input type="checkbox"/> 地協・全国の各交流集会に参加し、意見交換を行う <input type="checkbox"/> 班会・保健学校の講師を務め、また企業検診・地域組合員検診・診療所研修等を通じて、地域の保健予防活動を知る <input type="checkbox"/> 各種患者会に積極的に関わる <p>【Evaluation】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 他職種からの情報および自己総括を、研修管理委員会で定期的に集約・総括する 	<p>【S】 別紙、後期研修要綱による</p> <p>【E】 別紙、後期研修要綱による</p>
<p>《Ⅴ》 後継者育成のため、医学生や後輩研修医のよき相談相手としての確かな指導や助言を行う</p>	<p>【Strategy】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 一日医師体験の対応を行う <input type="checkbox"/> 医学生実習の対応を行う <input type="checkbox"/> 青年医師会・医局会議等に積極的に参加する <input type="checkbox"/> 常に研修医同志の意見交換の場を持つ <input type="checkbox"/> 研修制度の改善すべき点を、各研修委員会に提起する <p>【Evaluation】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 医師・医学生担当者をはじめ、他職種からの評価も受けて、研修管理委員会で定期的に集約・総括する 	<p>【S】 別紙、後期研修要綱による</p> <p>【E】 別紙、後期研修要綱による</p>

10. X1 研修評価システム

大きく「研修期間中の評価」と「研修修了時の評価」に分けられる。当院は病院理念として医師をはじめとする医療従事者の育成を掲げている。研修医への評価は医師研修に関わる全職種が行うことを基本とする。

① 研修期間中の評価

1) 研修医の評価

(イ) 形成的評価

下記1、2の評価をもとに、半年に一度、研修管理委員会にて、研修プログラム責任者・研修管理委員会委員が評価を行う。また3ヵ月に一度の個別定期面談を行い、形成的評価を行う。

(1) 自己評価：

- ・ 振り返り会議及び総括会議は2年間を通じて行われ、会議に際してはEPOC2及び研修医手帳の自己評価を記載する。この用紙は、研修ファイルへ綴じ込み、ポートフォリオを兼ねる。

(2) 他者評価

- ・ 指導医からの評価－振り返り会議：全研修先の間接及び終了時に実施する。振り返り会議に際して、指導医はEPOC2にて研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの入力、また研修医手帳の指導医評価を記載する。振り返り会議の評価者は当該科指導医・上級医のみならず、指導者である看護師長を始めとした病棟関係職員も参加して360°評価を行い、研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを記入する。
- ・ 指導医からの評価－手技：別に評価表を用いて適宜行う。
- ・ 指導医からの評価－記録・サマリー：内容は指導医が作成指導・添削・評価し、承認サインを残すものとする。また、作成状況を診療録管理室及び研修委員会が月一回チェックする。
- ・ 指導者からの評価：各部門会議で研修医個別及び研修全体の評価を行う。出された意見は研修委員会で整理し、研修管理委員会に報告・フィードバックする。各部門として看護部・薬局・検査科・放射線科・患者サービス課等を位置付け、「360°評価用紙」、「研修医評価表Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ」を記載し目標達成度、態度・習慣・手技・医療安全・感染対策について評価がされる。

(ロ) 総括的评价

- ・ 総括会議：半年に一度実施し、EPOC2及び研修医手帳の自己評価、指導医による評価を元にEPOC2・研修医手帳の到達・作成状況を確認する。
- ・ 研修報告会：二年次終了時に全職員参加型による研修報告会で360°評価を行う。

(ハ) これらの結果は研修委員会・研修管理委員会に報告・フィードバックされる。

2) 指導医・指導者の評価

- ・ 研修医からの評価：ローテート終了時に研修医が「研修医による研修科評価票」を記載する。その結果はまとめて半年毎に研修評価会議・研修管理委員会で報告されるものとする。
- ・ コメディカルによる評価：研修振り返り会議に際して「研修医評価表」を記載する。

3) 研修施設の環境評価

- ・ 施設の研修環境（福利厚生・設備・人的支援体制等）について、協力型研修病院・施設のローテート終了時と、初期研修修了時に研修医が「研修施設研修環境評価票」を

記載する。これらの結果は、医師研修委員会・研修管理委員会に報告・フィードバックされ改善に活かされる。

4) 研修プログラムの評価

- ・ 研修プログラムの評価について、研修医が研修修了時に「研修医による研修科評価」「研修修了時 研修プログラム研修環境評価票」を記載する。これらの結果は医師研修委員会、研修管理委員会に報告・フィードバックされ、プログラムの検討に活かされる。

② 研修医手帳および病院独自の各種評価用紙の評価基準

研修医手帳および各種評価用紙は別掲とする。評価は自己評価と指導医評価からなる。使用される評価票は全て研修ファイルに入れられ、評価項目を研修医・指導医・指導者は確認することが出来る。

- 自己評価及び指導医評価；
 6. 完全に自立して行うことができる。
 5. 基本的には行うことができる。
 4. 指導医の監督下に行うことができる。
 3. 指導医の部分的援助が必要。
 2. 指導医の全面的援助が必要。
 1. 全く出来ない。
 0. 経験していない。

③ 研修修了時の評価と修了認定基準

研修修了の判定は3つの基準

- ①研修実施期間の評価、
- ②臨床研修の到達目標の達成度の評価（経験目標等の達成度の評価）、
- ③臨床医としての適性の評価

に基づき、研修管理委員会にて、研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを勘案して作成される「臨床研修の目標の達成度判定票」を用いて、到達目標の達成状況について評価する。研修管理委員会ではプログラムに従って研修を修了したかどうかを認定し、病院長より修了証書を発行する。

11. 各科研修プログラム

各科研修プログラムは P.28-59 に示される。各科研修プログラムの方略・評価については『各科共通の研修方略・評価』（P.22-27）に記載されている事項に従う。

《各科研修プログラム総論》

《研修病院・施設の特徴》

病院全体で研修医を育てようという文化やシステムがあり、医局がひとつで専門各科が協力して診療にあたっているため、コンサルトしやすい体制です。

《研修の実際》

初期研修の最初の 8 週をオリエンテーション・導入期（内科）研修として位置付けます。入職後のオリエンテーションで各種規程・電子カルテの操作や病棟診療の基本的なルール、医師として必要な基本的な知識・技術・態度を学んだ後に、患者受持ちを開始します。導入期（内科）研修終了後の各科ローテーションスケジュールは、研修医の希望を取り入れて行うこととします。

《指導体制》

各科とも直接指導医を 1 人配置します。屋根瓦方式の体制できめ細かい指導を行うことを原則とします。研修全般について、その診療科が責任を持ちます。最終責任者は部長が担います。また、看護師をはじめとした医師研修に関わる全ての職員を指導者として位置付けます。

《一般目標並びに行動目標・経験目標》

各科の特徴を踏まえた目標設定をしています。経験目標は、①厚生労働省の定めた「到達目標」を踏襲し作成した『川崎協同病院 共通目標達成に適した診療科』、②各科が主治医能力の獲得の上で、特に経験が望ましいと考えた項目を掲げています。

12. 各科共通 研修方略

OJT (On the job training) LS 1

指導医、シニアレジデントの指導の下に、診療ガイドラインやクリニカルパスを活用しながら基礎知識と技術を習得する。評価は医師だけではなく指導者によっても行われる。トレーニングの場として、病棟、一般外来、救急外来、各種検査室、手術室を位置付ける。

知識技術の習得に必要なクルズスを別に計画し実施する。

1) 医師業務

診察：患者の問診および身体所見をとる。

栄養評価：担当患者の栄養管理計画を作成し、栄養状態を把握する。NST に参加し、栄養評価の仕組みを学ぶ。

診療記録：担当患者の診察記録を作成し毎日記載する。必ず指導医チェックが行われる。

検査：病態から必要な検査の計画並びにその解釈を行う。画像診断についてその読影法を学ぶ。

手技：別紙「研修医の医療行為基準」に基づいて各種手技を、上級医・指導医監督の下で修得する。シミュレーター練習、手技見学を経てから行う。

処方：治療に必要な薬の使い方を学ぶ。薬の作用、副作用について知り、患者の状態に応じて処方

を行う。

回診：日々の回診に加え、病棟カンファレンスに参加する。カンファレンス内容は必ず記録する。

プレゼンテーション：担当患者のプレゼンテーションを的確に行い、指導医と治療方針等討議する。

コンサルテーション：専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができるようにする。他科併診依頼をして相談するレベルのことと、実際に出向いて相談することと色々なレベルがあるので、事前によく相談してから行う。

文書作成：電子カルテ上、研修医は「担当医」、指導医が「主治医」に登録される。診断書・証明書・紹介状・返信・説明同意書などの作成を指導医のチェックの下に行う。

入院患者については、入院から退院にいたるまでに必要な各種文書の作成を行う。

サマリーは退院当日までに完成させる。

レセプト業務：カルテ病名つけ、症状詳記を指導医のチェックの下行う。

2) 良好な患者－医師関係の形成

患者とのコミュニケーション：患者と家族の精神的・身体的苦痛に配慮し、患者と良好なラポールを形成する。

患者マネジメント；患者の抱える健康問題・社会問題・心理問題に対する適切な対応を考え、必要に応じて専門家に援助を求めながら解決する。

3) チーム医療：チーム医療の重要性を理解し、チームの一員であることを意識して診療にあたる。地域の保健、福祉のネットワークの状況をふまえて診療する。

4) 問題対応能力：臨床上の問題を解決する具体的方法を自ら発見し、解決する。

5) 医療安全：施設感染関連・安全管理に関する病院のシステム、基本事項の理解に努め、実施できる（ex, マニュアル・ガイドラインの活用、インシデントレポートの記載提出、医療事故発生時の手順を説明できる 等）インシデントおよび医療事故を起こし、又は発見した場合は、インシデントレポート用紙を記載、報告する。（「川崎協同病院医療安全管理指針 インシデントおよび医療事故の報告要項」、「研修医服務規程」参照）

O J T (On the job training) LS 2 勉強会・カンファレンス

1. 病棟カンファレンス

週1回実施。各科のカンファレンスに参加し、プレゼンテーションを行う。

病棟における他職種とのカンファレンス、退院前カンファレンス、などに担当医として参加し、マネジメント能力を磨く。

2. 研修医カンファレンス

毎週実施。研修医対象のカンファレンス。研修医担当症例のプレゼンテーション。指導医、上級医も参加し、ディスカッションを行う。

3. 全科カンファレンス

月1回実施。全医局員対象のカンファレンス。全科が持ち回りで症例プレゼンテーションを行う。

4. 外部講師によるカンファレンス

近隣大学の専門分野の教授または講師によるカンファレンスを毎月行う。指導医、上級医も参加し、プレゼンテーション、ディスカッションを行う。

5. 医局臨床病理検討会（CPC）

月1回実施。全医局員対象のカンファレンス。剖検症例の検討を行う。臨床経過のプレゼンテーションを主治医が行い、臨床上の問題点をディスカッションで整理する。その後、病理所見の解説が行われ、再度ディスカッションを行う。

6. デスカンファ

各病棟でデスカンファを多職種と行い、死亡症例の振り返りを行う。

7. 論文抄読会

ローテーション科で行われる抄読会に参加する。

8. 経験目標に対するクルズス
年間を通じて計画された研修医向けのクルズス、各科ローテーション中の指導医によるクルズスに参加する。
9. 学習会講師
各病棟でのスタッフ向け学習会、BLS 委員会主催 BLS 講習会の講師をつとめる。
10. 全職種対象学習会
年2回実施の医療安全・感染対策・保険診療・個人情報・医療倫理などの各種学習会に参加する。

O J T (On the job training) LS 3 学会発表

CPC 発表を経験する。青年医師症例検討会、臨床研修交流集会、法人活動交流集会などで必ず演題発表する。上級医、指導医の指導のもと、各科の学会や内科地方会発表を経験する。

《各科共通 研修評価》

LS1 の評価：「12.X I 研修評価システム」(P.16-17) に従う。

LS2 の評価：

- 勉強会・カンファレンスへの出席状況をチェックする。
- 振り返り会議にて他職種より評価をもらう。
- 必要に応じて、口頭試問が実施される。

LS3 の評価：全ての演題発表は医局にて事前に予演会を行い、評価を受ける。

川崎協同病院 共通目標達成に適した診療科一覧

科目の状況(1:必修2:選択)⇒		1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2
		オリエンテーション・導入期(内科)	内科	内科	内科	内科	内科	救急部門	地域医療	外科	外科系	外科系	外科系	外科系	麻酔科	小児科	産婦人科	精神科	婦人科	泌尿器科
			総合診療科	消化器内科	循環器内科	腎透析科	神経内科			整形外科	脳神経外科	皮膚科								
I-A	医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)																			
	社会的使命と公衆衛生への寄与	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	利他的な態度	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	人間性の尊重	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	平和と人権、地域づくり、班会活動	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
I-B	資質・能力																			
	医学・医療における倫理性	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	医学知識と問題対応能力	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	診療技能と患者ケア	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	コミュニケーション能力	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	チーム医療の実践	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	医療の質と安全管理	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	社会における医療の実践	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	科学的探究	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	生涯にわたって共に学ぶ姿勢	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
I-C	基本的診療業務																			
	一般外来診療	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	病棟診療	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	初期救急対応	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	地域医療	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II	経験すべき症候-29症候-																			
II-1	ショック	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-2	体重減少・るい瘦	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-3	発疹	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-4	黄疸	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-5	発熱	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-6	もの忘れ	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-7	頭痛	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-8	めまい	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-9	意識障害・失神	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-10	けいれん発作	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-11	視力障害	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-12	胸痛	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-13	心停止	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-14	呼吸困難	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-15	吐血・喀血	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-16	下血・血便	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-17	嘔気・嘔吐	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-18	腹痛	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-19	便通異常(下痢・便秘)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-20	熱傷・外傷	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-21	腰・背部痛	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-22	関節痛	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-23	運動麻痺・筋力低下	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-24	排尿障害(尿失禁・排尿困難)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-25	興奮・せん妄	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-26	抑うつ	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-27	成長・発達の障害	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-28	妊娠・出産	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-29	終末期の症候	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II	経験すべき疾病・病態-26疾病・病態-																			
II-30	脳血管障害	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-31	認知症	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-32	急性冠症候群	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-33	心不全	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-34	大動脈瘤	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-35	高血圧	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-36	肺癌	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-37	肺炎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-38	急性上気道炎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-39	気管支喘息	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-40	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-41	急性胃腸炎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-42	胃癌	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-43	消化性潰瘍	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-44	肝炎・肝硬変	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-45	胆石症	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-46	大腸癌	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-47	腎盂腎炎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-48	尿路結石	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-49	腎不全	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-50	高エネルギー外傷・骨折	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-51	糖尿病	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-52	脂質異常症	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-53	うつ病	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-54	統合失調症	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
II-55	依存症(ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎

『各科共通 研修方略・評価』

内科系各科・小児科・救急科・精神科

行動目標	研修方法	場所と人数	期間	指導者・協力者	評価方法	測定者	時期	備考
知識領域	OJT	病棟・検査室・救急外来・一般外来	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・MSW・CM(ケアマネージャー)・患者・家族	観察記録 研修医評価表	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
	クルズス	会議室・研修医ルーム	1時間	指導医・上級医	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価
	カンファレンス	病棟・医局・カンファレンス室・会議室	1単位/週	指導医・上級医	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価
	シミュレーター	シミュレーター室	適宜	指導医・上級医	観察記録 口頭試験 実地試験	指導医・指導者	終了時	形成的評価
	OSCE	会議室・研修医ルーム	1日間	指導医・上級医	観察記録 シミュレーター 実地試験	指導医・指導者	6ヶ月毎	総括的評価 形成的評価
態度領域	OJT	病棟・検査室・救急外来・一般外来	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・MSW・CM(ケアマネージャー)・患者・家族	観察記録 研修医評価表	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
技能領域	OJT	病棟・検査室・救急外来・一般外来	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・MSW・CM(ケアマネージャー)・患者・家族	観察記録 研修医評価表	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価

経験目標	研修方法	場所と人数	期間	指導者・協力者	評価方法	測定者	時期	備考
a)								
	OJT	当該病棟	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・MSW・CM(ケアマネージャー)・技師・薬剤師・患者・家族患者	観察記録 口頭試問 研修医評価表	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
	OJT	外来	1単位/週	指導医・上級医・看護	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
	OJT	救急外来	1単位/週	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
	クルズス	会議室・研修医ルーム	1時間	指導医・上級医・MSW・CM(ケアマネージャー)・技師・薬剤師	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価
	カンファレンス	病棟・医局・カンファレンス室・会議室	1単位/週	指導医・上級医	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価
	OSCE	研修医ルーム	1日間	指導医・上級医	観察記録 シミュレーション テスト	指導医・指導者	6ヶ月毎	総括的評価

(b)								
	OJT	当該病棟	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・患者	観察記録 研修医評価表	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
	OJT	各種検査室	2ヶ月	指導医・検査技師・放射線技師・患者	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
	OJT	救急外来	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
	クルズス	会議室・研修医ルーム	1時間	指導医・上級医・薬剤師・MSW・CM(ケアマネージャー)・技師	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価
	シミュレーター	シミュレーター室	適宜	指導医・上級医	観察記録 口頭試験 実地試験	指導医・指導者	終了時	形成的評価
	OSCE	研修医ルーム	1日間	指導医・上級医	観察記録 シミュレーター 実地試験	指導医・指導者	6ヶ月毎	総括的評価 形成的評価

(c)								
OJT 講義 クルズス	病棟	2年間 2時間 1時間	指導医・上級医・看護師・MSW・CM(ケアマネージャー)・技師・薬剤師・患者・家族	観察記録 研修医評価表	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価	
	一般外来	1時間	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・MSW・患者	レポート 観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価	
	救急外来	1時間	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・MSW・患者	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価	
	カンファレンス室	1時間	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・MSW・CM(ケアマネージャー)・患者	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価	
	OJT	当該病棟	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
講義 現場体験 見学	オリエンテーション 先	3時間 3時間 3時間	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・MSW・CM(ケアマネージャー)・患者	レポート	指導医・指導者	終了時	形成的評価	
カンファレンス	病棟、医局、カンファレンス室	2時間	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・MSW・患者	観察記録	指導医・指導者	終了時	総括的評価	
OJT	病棟	2年間	指導医・上級医・看護師・家族	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価	
	救急外来	2年間	指導医・上級医・看護師・家族	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価	
	病理解剖室	2時間	指導医・上級医・技師	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価	
	慰霊祭	2時間	指導医・上級医・家族	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価	
	実習 講義	病理室	2時間 2時間	指導医・上級医・技師 指導医・上級医・技師	観察記録 観察記録	指導医・指導者 指導医・指導者	終了時 終了時	形成的評価 形成的評価
OJT	救急外来	1単位/週	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録 レポート	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価	
OJT		1単位/週	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録		1ヶ月毎	形成的評価	
OJT	病棟	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・MSW・CM(ケアマネージャー)・患者	観察記録 研修医評価表	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価	

	OJT	一般外来 病棟 健診室	1単位/週	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録	指導医・指導者	終了時 1ヶ月毎	形成的評価
	OJT	往診患者宅	1単位/週	指導医・上級医・看護師・患者・家族	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価

外科・整形外科・皮膚科・泌尿器科・脳神経外科・産婦人科・麻酔科

行動目標	研修方法	場所と人数	期間	指導者・協力者	評価方法	測定者	時期	備考
知識領域	OJT	病棟・手術室・検査室・救急外来・一般外来	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・MSW・患者	観察記録 研修医評価表 レポート	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
	クルズス	会議室・研修医ルーム	1時間	指導医・上級医	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価
	カンファレンス	病棟、医局、カンファレンス室	1単位/週	指導医・上級医	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価
	シミュレーター	シミュレーター室	適宜	指導医・上級医	観察記録 口頭試験 実地試験	指導医・指導者	終了時	形成的評価
態度領域	OJT	病棟・手術室・検査室・救急外来・一般外来	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・MSW・患者	観察記録 研修医評価表	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
技能領域	OJT	病棟・手術室・検査室・救急外来・一般外来	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・MSW・患者	観察記録 研修医評価表	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価

経験目標	研修方法	場所と人数	期間	指導者・協力者	評価方法	測定者	時期	備考
a)								
	OJT	当該病棟	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
	OJT	外来	1単位/週	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価

	OJT	救急外来	1単位/週	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
	OJT	手術室	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
	カンファレンス	カンファレンス室	1単位/週	指導医・上級医	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価
	クルズス	カンファレンス室	1時間	指導医・上級医	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価
b)								
	OJT	当該病棟	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
	OJT	各種検査室	2ヶ月	指導医・検査技師・放射線技師・患者	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
	OJT	手術室	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
	OJT	救急外来	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
	クルズス	カンファレンス室	1時間	指導医・上級医・薬剤師	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価
	シミュレーター	シミュレーター室	適宜	指導医・上級医	観察記録 実地試験	指導医・指導者	終了時	形成的評価
c)								
-1	OJT 講義 クルズス	病棟	2年間 2時間 1時間	指導医・上級医・看護師・患者	レポート 観察記録 研修医評価 表	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
		一般外来	2年間 2時間 1時間	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・ MSW・患者	レポート レポート 観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
		救急外来	2年間 2時間 1時間	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・ MSW・患者	レポート レポート 観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
		会議室	2年間 2時間 1時間	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・ MSW・患者	レポート レポート 観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
		カンファレンス室	2年間 2時間 1時間	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・ MSW・患者	レポート レポート 観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
-2	OJT	当該病棟	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価

-3	講義	オリエンテーション先	3時間	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・MSW・患者	レポート 研修医評価表	指導医・指導者	終了時	形成的評価
	現場体験	オリエンテーション先	3時間	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・MSW・患者	レポート 研修医評価表	指導医・指導者	終了時	形成的評価
	見学	オリエンテーション先	3時間	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・MSW・患者	レポート 研修医評価表	指導医・指導者	終了時	形成的評価
-4	カンファレンス	カンファレンス室	2時間	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・MSW・患者	レポート	指導医・指導者	終了時	総括的評価
	OJT	病棟	2年間	指導医・上級医・看護師・家族	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価
		救急外来	2年間	指導医・上級医・看護師・家族	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価
		病理解剖室	2時間	指導医・上級医・技師	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価
		慰霊祭	2時間	指導医・上級医・家族	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価
	実習	病理室	2時間	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価
	講義	会議室	2時間	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録	指導医・指導者	終了時	形成的評価
-5	OJT	救急外来	1単位/週	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録 レポート	指導医・指導者	1ヶ月毎 1ヶ月毎	形成的評価
-6	OJT		1単位/週	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
-7	OJT	病棟	2ヶ月	指導医・上級医・看護師・技師・薬剤師・MSW・患者	観察記録 研修医評価表	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価
-8	OJT	一般外来 病棟 健診室	1単位/週	指導医・上級医・看護師・患者	観察記録 レポート	指導医・指導者	終了時 1ヶ月毎	形成的評価
-9	OJT	往診患者宅	1単位/週	指導医・上級医・看護師・患者・家族	観察記録	指導医・指導者	1ヶ月毎	形成的評価

【基本研修 オリエンテーション・導入期(内科)】(8週間モデル)

1. 一般目標

- ① 社会人・病院職員としての基礎と地域を見る姿勢を養う
- ② 地域の現状との中で果たす川崎協同病院・民医連の役割や存在意義を知る
- ③ 地域医療の担い手としての礎を作る
- ④ 他職種との関わりを通し、初歩的な医師業務（知識・技術・態度）を学ぶ
- ⑤ 各種規程や手順を理解し、遵守しながら勤務になれる

2. 行動目標

- ① 社会人、病院職員としての基礎知識・基本姿勢・態度を身につける
 - ・法人新入職員研修、院内各職場オリエンテーションへ参加する
- ② 地域を知り、患者のために社会に働きかける医療機関の一員であることを意識する
 - ・日々の医療実践の中での意識的な振り返りを行う
 - ・医療活動以外の平和と人権への意識を育む
 - ・医学生対策へ積極的にかかわる（次年度の研修医受け入れに医局の一員として中心的な役割を果たす）
 - ・経営を守る視点を学ぶ
- ③ 他職種の仕事を理解し、医師の役割を自覚する
 - ・医師として必要とされる基本的な立ち振る舞いと診療が行えるようになる
 - ・多職種とお互いに協力し、主治医としての力量をつける
- ④ チーム医療のリーダーとなる。
 - ・診療現場で医師やコメディカルと良好なコミュニケーションがとれる
 - ・コメディカルスタッフの視点を尊重し、情報を共有できる
 - ・一緒に働く病院職員と対等な関係を意識できる

3. 経験目標 『川崎協同病院 共通目標達成に適した診療科』参照

4. 方略 『各科共通 研修方略・評価』参照

5. 評価 『各科共通 研修方略・評価』参照

【基本科目 内科】(26週間モデル)

初期研修における内科研修は、最初の1年間に研修することが推奨され、医師としての第一歩を踏み出した大事な時期に位置付けられています。この時期は臨床医としての基本的素養・技術を身に付ける時期であると同時に、一社会人としての自覚をもつことも求められる重要な時期であり、「私たちのめざす医師養成の理念」の6項目を念頭において、それぞれのステップでの行動目標に到達できるよう努力してください。

また、日常の患者対応、各種カンファレンスへの参加、学会発表などの他、この間には見習い当直、外来研修、在宅診療研修、救急・健康診査などの新たな研修課題も加わってきます。多忙な日常になりますが、医師としての基本的課題であり、頑張っていたいただきたいと思います。

(1) 内科病棟研修

内科初期研修は、総合診療科、専門内科(循環器内科、消化器内科、腎透析科、神経内科)で行われますが、専門内科研修においても必ずしもその領域の疾患には限定されず、内科全般の臨床能力を身に付けることを目標としています。各グループにおける研修目標を以下の各論で述べますが、いずれの病棟においても入院患者の受け持ち医(担当医)として、所属グループとしての研修を行います。

(2) 一般外来研修

内科研修26週において総合診療科12週は必修とし、研修協力施設である協同ふじさきクリニックでの内科一般外来研修を行います。指導医の外来見学後、指導医とマンツーマンで外来を開始します。不明な点、不安な点はいつでも指導を受けられます。更に、診療終了後に、その日診察した患者の総点検を受けます。

(3) 健康診断外来

研修開始後2ヶ月目から、健康診断を受けに来院された受診者の問診・診察を担当します。

(4) 在宅(訪問)診療研修

地域医療部門の診療所研修中に指導医と同行し、在宅(訪問)診療の研修を行います。

(5) 内科系救急外来研修(救急当番)

内科研修開始と同時に、指導医とのペアで内科系救急外来研修(救急当番)が開始されます。ウォークイン、救急車で来院された患者を診療します。心肺停止患者(CPA患者)の来院時には、通常は院内で手の空いている全科の医師が多数救急室に招集され、複数医師とチームで救急救命にあたります。研修中にBLS、ACLSを取得します。

内科医長会と研修管理委員会で評価を受け承認されれば、指導医より先に救急コールがかかり、救急車に対応することになります。

内科系救急外来研修は、初期2年間を通じて行われます。

(6) 内科系当直研修

1年次夏頃から、内科系外来当直の研修が開始されます。週1回程度、指導医とともに外来当直に入り、夜間の救急患者の診療にあたります。原則8回の「見習い当直」後、指導医より先に外来救急コールがかかり、まずファーストタッチを行い、その後に指導医の点検を受けることとなります。「見習い当直」「副当直」として、それぞれ一定回数を経験し、内科医長会と研修管理委員会の評価を受けます。承認されれば、以後は外来当直を担当します。指導医は病棟当直として勤務しているため、いつでも指導を受けることができます。また、診療した全ての患者のカルテチェックを受け、指導を受けます。内科当直研修も救急研修の一環として位置づけます。

【基本研修 内科(総合診療科)】(12週間モデル)

(1) 基本的目標

【一般目標】

- ・内科全般の基本的な総合診療を行えるための知識・技能・態度を修得する
- ・救急医療の特性を理解し、自ら二次救急を実践できる診療能力とトリアージ能力を身につける
- ・日常の医療を学術的に検証し新しい医学の成果に学びながらそれを実践に結びつけることができる
- ・チーム医療の一員としてリーダー的役割を果たすことができる

【行動目標】

- ・内科全般にわたって総合診療を行えるための知識・技能・態度を修得する
 - 1) 必要な患者情報や理学所見を聴取し、医学的・社会的な問題点を抽出し、入院計画を立てられる。
 - 2) 胸部X線、CTの読影を身につける。
 - 3) 心電図の読影を身につける。(循環器医師)
 - 4) 輸液法の知識を習得する。
 - 5) 酸素療法、人工呼吸器について学び、管理できるようになる。
 - 6) 高齢者総合機能評価の知識を習得する。
 - 7) コモンな疾患の入院マネジメントを学ぶ。
 - 8) 症例によって専門医に適切に相談できる。
- ・救急医療の特性を理解し、自ら二次救急を実践できる診療能力とトリアージ能力を身につける。
 - 1) 院内の急変に立ち会い、心肺蘇生法について習得する。
- ・日常の医療を学術的に検証し、新しい医学の成果に学びながら、実践に結びつけることができる。
 - 1) 適切に患者のプレゼンテーションができる。
 - 2) 症例や研究結果をまとめて内外の学術発表の場に供することができる。
 - 3) 国内外の文献を検索して診療に役立てることができる。
- ・チーム医療の一員としてリーダー的役割を果たすことができる。
 - 1) 職場の規則を遵守し、他職種と良好な関係を保つことができる。
 - 2) 診療において必要な情報や指示を医療チームのメンバーに適切に与えられる。
 - 3) 他科の医師や他職種からの意見を率直に受け止め診療に役立てることができる。
 - 4) 業務のタイムマネジメントを行い、効率的に業務を遂行することができる。

(2) 具体的目標・研修の実際

- ・病棟担当医としての研修を中心に行います。
- ・指導医-上級医-研修医の屋根瓦方式を採用しています。
- ・チーム医療の実践としてカンファレンスを重視します。
 - 1) 病棟担当医体制について
指導医のバックアップのもと、常時5～8例程度の患者さんの担当医として研修をします。
 - a. ほとんどすべての内科疾患を対象とし、診断・検査・治療、カルテ記載、病状説明、レセプト、入院病歴抄録、症例に関連した文献検索について学びます。
 - b. グループで診療を行い、定期的カンファレンスを行います。
 - 2) 診療業務について
診療業務はすべて指導医による点検を受けます。
 - 3) ベットサイド基本手技について
適宜、指導医とともに行います。血管確保(末梢および中心静脈)、静脈血および動脈血採血、骨髄/胸腔/腹腔/腰椎穿刺等は一人で行えることを目標とします。
 - 4) 希望があれば、腹部エコーやモデルを使用した内視鏡検査を研修します。
 - 5) 救急診療について
救急疾患について、内科救急当番の上級医の指導を受けます。
 - 6) 胸部Xp・心電図読影について
受け持ち患者の読影をしてください。後に指導医と一緒に読影し、点検します。
 - 7) 週1単位、研修協力施設の協同ふじさきクリニックで指導医の指導のもと一般外来研修を行い

ます。

(3) 方略 『各科共通 研修方略・評価』 参照

(4) 評価 『各科共通 研修方略・評価』 参照

【選択研修 内科(消化器内科)】(12週間モデル)

(1) 基本的目標

一般内科研修に加え、消化器内科の専門研修を行います。

- 1) 基本的な腹部診察を理解・習得します。
- 2) 基本的な消化器疾患の診断・治療について理解・習得します。
- 3) 消化器緊急疾患(消化管出血、胆道感染症など)の適切なマネージメントを理解・習得します。
- 4) 消化器画像検査の読影を理解・習得します。
- 5) 腹部エコーの基本操作を理解・習得します。
- 6) 内視鏡検査や処置の見学、介助、実技を行います。

(2) 具体的目標・研修の実際

病棟研修および検査、処置研修を行います。

- 1) 指導医・上級医と共に入院患者を5～10名程度受け持ち、病棟管理を行います。
- 2) 回診、病棟カンファレンスにおいて受け持ち患者のプレゼンテーションを行います。
- 3) 消化器緊急疾患が疑われる症例の初期対応を指導医と共にを行います。
- 4) 週1回腹部エコー研修を行います。
- 5) 上下部内視鏡検査、治療内視鏡、各種処置の見学および一部介助、実技を行います。

(3) 方略 『各科共通 研修方略・評価』 参照

(4) 評価 『各科共通 研修方略・評価』 参照

【選択研修 内科(循環器内科)】(12週間モデル)

(1) 基本的目標

【一般目標】

- 1) 循環器医療の基本的な疾患を経験する中で、基本的な診察技術・診療計画を修得する。
- 2) チーム医療の理解を深め、実践する。

【行動目標】

- 1) 心音の聴診法を修得する。
- 2) 心電図読影を修得する。
- 3) 心エコーから得られる情報を理解する。
- 4) 運動負荷心電図の判定、禁忌事項を理解する。
- 5) 心臓カテーテル検査の適応と手技を理解する。
- 6) 一時的及び永久ペースメーカー植込みの適応を理解する。
- 7) 不整脈の診断・治療を理解する。
- 8) 抗不整脈剤の特徴・使用法・副作用を理解する。
- 9) DC ショックの適応と手順を理解する。
- 10) 心不全の診断・治療を理解し、検査計画・治療計画を立案できる。
- 11) 急性冠症候群を含む虚血性心疾患の診断・治療を理解し、検査計画・治療計画を立案できる。
- 12) 高血圧の診断・治療を理解する。
- 13) 高脂血症の診断・治療を理解する。
- 14) 文献検索を行い、治療に生かす。
- 15) 集中治療に関する循環管理・呼吸管理を経験する。
人工呼吸器管理・動脈ライン
昇圧剤・利尿剤
- 16) 「循環器マニュアル」を読破する。
- 17) ご家族やコメディカルとも良好で円滑なコミュニケーションを体得する。
- 18) チーム医療を理解し実践する。

(2) 具体的目標(方略)・研修の実際

- 1) 研修開始に当たって、指導医と1ヶ月の研修目標を確認する。
1ヶ月の研修のまとめを研修委員会で報告する。
- 2) 病棟研修を中心に研修をすすめる。
病棟では、担当医として位置付けられ、主治医たる指導医の指導のもとに患者対応を行う。
早朝に病棟回診を行い、午前中に指導医に病状を報告。検査計画・治療計画を相談する。
夕方には指導医と病棟回診を行う。
カルテは毎日記載し、指導医の点検を受ける。カルテ記載はPOSに準ずる。
カルテは、他医師・看護師・薬剤師・リハ等スタッフが見ても理解できる字で、英語表記はなるべく避け、また一般的でない略語は避ける。
- 3) 処方箋・注射箋・各種文書・診療録・退院抄録は指導医の確認を得る。
サマリー作成は、退院後2週間以内に完成を目指し、100%提出すること。
- 4) 週1回、循環器回診を行う。
カルテ回診・病棟回診を行うが、担当医としてプレゼンテーションをし、診察所見・検査計画・治療方針等のチェックを行う。
- 5) 週1回抄読会・学習会を行う。
抄読会では、国外の最近の文献を紹介し、また学習会では循環器に関する学習を深める。
- 6) 週1回の他職種との病棟カンファレンスに指導医とともに参加し、指導・援助を受ける。

(3) 研修に当たって

- 1) 時間厳守。
やむをえず遅れる場合には、必ず事前連絡を行う。

- 2) 無断欠勤は厳禁だが、体調不良の場合には、遠慮なく指導医に申し出ること。
体調の自己管理にも努めること。
当直明け保障に関しては、上級医と相談の上取得すること。
- 3) ご家族・スタッフとの良好なコミュニケーションに努める。
- 4) 病状の悪化・トラブル発生の際には、一人で抱えず、速やかに指導医に相談し、対応すること。
- 5) 病状が悪いときには、日祭日でも出勤し対応する気構えをもつ。

(4) 方略 『各科共通 研修方略・評価』 参照

(5) 評価 『各科共通 研修方略・評価』 参照

【選択研修 内科(腎透析科)】 (8週間モデル)

(1) 基本的目標

腎疾患は大きく救急疾患と慢性疾患、腎固有の一次性腎疾患と他の疾患に伴って生じる二次性腎疾患に分けられる。いずれの疾患であっても末期腎不全では透析療法もしくは腎移植が必要になる。日本においては多くが透析療法で加療されているが、透析患者は毎年およそ1万人ずつ増えていて、末期腎不全患者を一人でも少なくする対応が求められている。透析療法以外の血液浄化法も含め腎臓内科(透析を含む)では下記の内容で研修していく。

- 1) 急性腎疾患に対する診断・治療の基本を身につける。
- 2) 慢性期腎症の初期から腎不全期の各期における基本的な対応を身につける。
- 3) 透析導入の適応・血液透析と腹膜透析の利点・欠点を身につける。
- 4) 各種血液浄化法の種類と適応を身につける。
- 5) 透析合併症の予防と治療を身につける。

(2) 具体的目標・研修の実際

1) 病棟主治医体制

当面、指導医と2人主治医体制とし、受け持ち患者は指導医が指定する。この場合、看護師への指示、薬の処方、検査計画などは研修医が行う。はじめは、指導医に聞きながら行う。直接の指導医が不在の時、または、専門的な知識についてはおおいに他分野の指導医に相談する。行った行為についてはカルテに必ず記載する。研修医の出し忘れの指示、変更したほうが良いと思うことについては、できる限り伝えて研修医より指示や変更をしてもらおうが、緊急の場合には直接指導医の方で行う。指導医はカルテに必ず記載する。

2) 検査計画表の使用について

全ての検査を検査計画表に記載すること。施行した検査、今後予定している検査を指導医が見ても解るようにしておく。

3) 新入院患者を受け持ったときに必要なこと

看護師への必要な指示 ; 安静度、バイタル回数、蓄尿の要・不要、飲水制限の有無
出しておくといふ指示 ; 不眠時・疼痛時・発熱時の指示
入院時確認しておくこと ; これまでの薬の内容と持参しているか否か、持参していない場合には必要であれば処方する。

入院時検査計画表の記載 ;

* 病棟の約束事

処置などの指示は 15:30 までが基本

検査伝票は 16:30 くらいまで

処方 は 16:00 まで

毎週火曜日が定期処方日→水曜日の夜以降の処方をする

造影剤問診表;造影剤を使う検査で必要。

内視鏡同意書;内視鏡オーダー時に必要。

4) 一般検査の習得について

- ・ 尿沈渣、細菌培養、心電図のとり方、尿浸透圧……検査室で早めに覚えること。
- ・ 心カテ、トレッドミル、心エコー、胃内視鏡、大腸内視鏡、ERCP、腹部エコー、腹部アンギオ、シャントPTA、内シャント造設術……自分の関与する患者の検査のときに一度は見ておく

5) 読んでおくべき基本図書

高血圧、高脂血症、糖尿病、感染症と抗生物質、輸液についての本を一冊ずつ、および「CKD 診療ガイド」を読破する。

(3) 方略 『各科共通 研修方略・評価』 参照

(4) 評価 『各科共通 研修方略・評価』 参照

【選択研修 内科(神経内科)】 (汐田総合病院) (8週間モデル)

(1) 基本的目標

初期研修における神経内科研修はまず、社会人としての自覚を持ち、次に一般臨床医としての基本的素養と技術を身につけることに主眼を置く。実地臨床の場では患者対応、見習い当直、病棟・外来研修、救急当番等の院内業務のほかに在宅医療研修などの課題も含まれる。老人保健施設「やすらぎ」ほか介護保険施設との連携を理解し、さらに各種カンファレンス、学会発表などによって医師としてのライフスタイルを身につけて欲しい。

汐田総合病院における神経内科研修は4階急性期病棟、7階回復期病棟で行われるが、神経内科の専門性にとらわれず、幅広い臨床能力を身につけることを目標としている。いずれの病棟においても基本的には入院患者の受け持ち医として指導医の所属グループとしての研修を行う。

(2) 具体的目標・研修の実際

【病棟の特徴】

4階病棟(急性期病棟):急性期脳梗塞などのほか緊急に搬送された患者を対象とする。

7階病棟(回復期病棟):脳梗塞の回復期、緊急性を持たない予約入院などの患者を対象とする。

【対象となる疾患群および研修目標】

- ・脳血管障害:神経学的所見の取り方、高次大脳機能障害を含め、ベットサイドにおける基本的診察法を学び、脳血管障害の診断から、治療、リハビリにいたるまでを習得する。
- ・髄膜炎:髄液穿刺の技術をマスターし、病型診断から治療まで基本的な知識を身につける。
- ・神経難病疾患:比較的臨床の場で多く遭遇することの多いパーキンソン病について診断法、薬剤の使用法などを習得する。ALS、重症筋無力症などまれな神経疾患についても基本的なマネジメントについての知識を身につける。
- ・変形性痴呆疾患:基本的病変診断をマスターし痴呆患者の管理法についても学ぶ。

(3) 方略 『各科共通 研修方略・評価』 参照

(4) 評価 『各科共通 研修方略・評価』 参照

【基本研修 外科】(12 週間モデル)

(1) 基本的目標

外科というと「手術や処置をする科」というイメージが大きいと思いますが、外科の業務は手術だけではなく、術前診断に必要な諸検査や術後の外来フォローアップ、終末期の在宅緩和医療など多岐にわたっており、外科での研修が始まれば、外科に対するイメージも少し変わるかもしれません。外科スタッフは、外科の初期研修を「外科に進まない研修医のための外科研修」と位置づけている。いくら虫垂炎やヘルニアの手術ができるようになって、外科医にならない人にとってみれば単なる‘思い出’以外には何の意味もなく、‘思い出’が外科研修の最終目標ではいけないと思うからです。もちろん指導医が必要と判断すれば、この研修中にいろいろな処置や手術をしてもらう場面もたくさんありますが、手術手技の習得よりも前に、初期研修医として習得してほしいことは、以下の 5 点です。

- 1) 正確な全身管理および救急初療の知識と技術を習得する
- 2) 臨床医としてのよいフットワークと、プライマリ・ケアの視点を身につける
- 3) 「診断」と「診断のフィードバック」の重要性をしっかりと認識する
- 4) 清潔操作や外来処置を含む、外科的手技を習得する
- 5) 外科診療を通して地域の真のニーズを知り、かかりつけ医として適切に対応することができる

(2) 具体的目標・研修の実際

A. 病棟業務

- 1) 受け持ち症例は、入院時に病歴・現症をとりカルテに記載する。受け持ち症例ごとに必ず指導医が決定されるので、各指導医と相談して診療にあたる。
- 2) 術前の患者は、諸検査終了後に術前のサマリーを簡単に記載する。また悪性疾患の場合は、各種取り扱い規約に則り、進行度や病期分類を決定する。
- 3) 術前検査のチェックを行い、必要な検査があれば追加する。特に、循環器・呼吸器系疾患の精査、糖尿病や腎機能障害の精査は入念に行なう。ただし、併診の際は指導医にもひとこと声をかけること。
- 4) 受け持ち症例の温度板は毎日チェックし、異常があればすぐに指導医に報告する。
朝会前に、ひととおり患者の状態を把握できればベスト。
- 5) 検査結果はその日のうちに必ず確認し、必要に応じて指導医と相談する。
ただし指示簿のメ切時間を過ぎて翌日の指示を出す時は、必ず看護師に一声かけること。
- 6) 腹部単純 Xp はまず研修医が読影し、定期的に校閲を受ける。
- 7) 本人や家族との面談にはできる限り同席する。術前術後の病状説明や、ターミナルケア・告知に関する面談などいろいろな Informed consent の実際を知る重要な機会である。
- 8) 包交には積極的に参加し、清潔操作・創傷管理の基礎を習得する。
- 9) 受け持ち症例以外でも積極的に指導医の各種検査に同行し、検査の助手を努める。
- 10) 指示簿や入院病歴抄録の記入等のきまりは他科と同様。退院後は、入院病歴抄録を速やかに作成して提出し、校閲を受ける。

B. 手術

- 1) 定時手術は原則として、月・火・水・木曜日の午後に行われる。ただし緊急手術については、この限りではない。
- 2) 決められた症例については、助手または術者として手術に参加する。その他、結紮、切離、垂直マットレス縫合、皮下埋没縫合は完全に習得する。
- 3) 手術の患者は 20G 以上の静脈留置針でルート確保を行う。
- 4) 麻酔導入前に手術室に入室し、硬麻および吸麻の導入について麻酔科医の指導を受ける。
- 5) 導入時、胸部 Xp と心電図、手術に必要なキーフィルムを掲示する。
- 6) 導入後、指導医とともに剃毛・尿道カテーテル留置・体位固定・洗腸等の準備を行う。
- 7) 手術終了後は執刀医・麻酔科医とともに、病室まで患者に同行する。
- 8) 手術検体の整理を指導医とともにを行い、検体の所見を簡潔に記録する。必要に応じてデジタルカメラに記録する。

9) 手術の概要をカルテに記載する。

① 術後診断 ② 術式・麻酔法 ③ 手術時間 ④ IN-OUT Balance ⑤ その他

10) 術者となった症例は、当日中に手術記録を記載し 3 日以内に指導医に提出する。

記載方法等がわからない時は遠慮なく指導医に聞くこと。

C. 各種カンファレンス・POC

1) POC は、毎週金曜日 8 時 15 分より 3 階病棟ナースステーションで行われる。病理標本をカルテや Xp とともに用意する。

2) POC では、術後の症例については標本の肉眼所見を提示する。特に肉眼型や深達度については、正確に提示すること。執刀した症例は、術中所見も含めて提示する。

3) チャートカンファレンスを、毎週金曜日 13 時 45 分より 3 階病棟ナースステーションで行う。主治医は温度板をもとに、各担当患者の状態を簡潔に(10 秒以内で)プレゼンテーションし、以後の方針を病棟スタッフ全員で検討する。

4) 外科カンファレンスは毎週金曜日 16 時 30 分より行われる。

術前カンファ・問題症例検討・抄読会等を行っている。

5) 術前カンファの準備は、各指導医とともに行う。術前診断および予定術式については特に十分検討すること。消化管の疾患については予想展開図を必ず記載し、指導医に確認してもらうこと。これらは術前サマリーとしてカルテに記載する。

6) 術前の症例は、外科カンファ(場合によっては POC)で、提示を行う。主訴・現病歴・既往歴・家族歴・入院時現症・検査所見等のうち必要な事項を、できるだけカルテを見ないでプレゼンテーションする。

D. 病理

1) 病理標本の切り出しは、毎週金曜日 13 時 30 分より行われる。かならず出席し、臨床経過や術中所見などについて簡潔にプレゼンテーションする。

2) 術後病理報告が届いたら指導医に報告する。以後の治療方針について検討するとともに、カルテにも記載しておく。

E. 外来・当直

1) 外傷等外来急患の際はできる限り指導医に同行し、その対応・処置を学ぶ。

2) 緊急手術時は原則として登院し、手術の助手あるいは術者をつとめる。ただし休日・時間外で来られないことがわかっている場合(当然私用も含む)はできれば事前に報告しておく。

3) 内科外来当直担当日に、定時手術が延長したり緊急手術が生じたりした時は、その研修内容は他の当直医で保証することになっている。手術が延長しそうな時は、内科病棟当直医に一声かけること。

4) 外来診察は診療所等で遭遇する各種外科的疾患も多いので、時間を作って外来診察に同行する。

(4) その他

1) 適当な症例があれば、しかるべき学会に演題を発表する。予演会は、学会発表の前週の金曜日に外科カンファレンスで行う。

2) 病棟の歓送迎会・部内の親睦会などには積極的に参加し、交流をはかる。

3) 困ったこと・要望などがあれば、いつでも指導医に相談すること。

4) やってみろと言われたことは、どんなに自信がなくてもやること。指導医が必ず責任を持ってフォローする。

5) 体調不良や休みの希望などはどうぞ遠慮なく申し出る。ただし、どんなに急でもよいので休む時には必ず連絡をいれる。

6) 習得すべき項目は別紙参照のこと。

7) 研修開始時および終了時に、外科研修アンケートと Clinical Performance Sheet を記入する。

*このほかにも研修内容は多岐にわたっています。特に習得したい項目があれば、その都度指導医に相談して下さい。場合によっては集中的に強化週間を設けるなどし、効果的に習得してもらう

ように配慮します。でも私たちが最も身につけてほしいのは、各種の技術ではなくて、「generalistに必要な外科的思考能力と問題解決能力」です。これを日々の診療の中で、実際に肌で感じて、知らず知らずのうちに身につけてもらえれば、これに勝る喜びはありません。

(5) 方略 『各科共通 研修方略・評価』 参照

(6) 評価 『各科共通 研修方略・評価』 参照

【基本研修 小児科】(12 週間モデル)

(1)川崎協同病院小児科初期研修の特徴

- 1) 科学的な患者の見方、治療方針の立て方を身につけることができる。
- 2) 患者を中心にした多職種によるチーム医療を実践できる。
- 3) プライマリ・ケアの視点を明確にもった外来医療・小児保健活動を実践できる。
- 4) 入院時から退院後の外来診療までを継続的に担当することができる。
- 5) 新生児から思春期まで、小児の成長・発育を系統的に学ぶことができる。
- 6) 地域の子供たちの生活が見えるようになる。
- 7) 希望者には耳鼻科、皮膚科など関連科の研修をあわせておこなうことができる。

(2)基本的目標

将来小児科を専攻しない医師にとっても必要な、「小児医療における基礎的な知識・技能・態度」を習得する。

- 1) 「患者から問題を抽出し、それを解決するために情報を収集、解析・評価して当初の検査・治療計画を導き出す」という診療の基本を身に付ける。
- 2) 年・月齢相当の正常小児の発育・発達を理解し評価ができる。
- 3) 小児の病態評価に必要な診察所見を確実にとることができる。
- 4) いわゆる **common disease** について単独で診断と治療ができる。
- 5) 病児の重症度の評価ができ、適切に上級医または専門医にコンサルトできる。
- 6) 代表的な慢性疾患の病態と治療について理解している。
- 7) 母子保健の意義を理解し、予防接種・乳幼児健診等が実施できる。
- 8) 患者家族の心情を理解し、良好なコミュニケーションがとれる。

(3)具体的目標(方略)・研修の実際

- 1) 病棟で入院患者の担当医として指導医とチームで患者を受け持つ。
- 2) 週 2-3 単位の外来(一般、専門、健診等)を指導医の監督下で行う。
- 3) 基本的な指導は、病棟や外来でのカンファランスを通じて行う。
- 4) 修了までに症例または課題をまとめて発表する。
- 5) 病棟や外来のコメディカルスタッフを対象に疾患についての講義を行う。
- 6) 1 か月毎に研修管理委員会で到達点の評価を行い次の方針に反映させる。
- 7) 希望者には週 1 単位関連科外来で研修することができる。
- 8) 機会があれば周辺地域の学校健診や医療講演会などに参加する。

*空いている時間には適宜外来での研修を組み合わせる。

*新入院があった時には、その対応を優先する。

(4)研修を開始するにあたって

- 1) 小児科での研修は入院患者の担当医として指導医・上級医とのグループ体制で行い、患者の訴えや症状の変化に対する対応、コメディカルとの協力等も第一義的には研修医が対応します。毎朝のカンファと回診時に十分な討議がされている筈ですが、ひとりで判断できない場合にはいつでも指導医や上級医に相談してください。また「受け持ち医は 24 時間受け持ち医」であるという気持ちを忘れないように。
初期研修中は原則として単独での医療はしませんが、ひとりひとりの到達点を評価しながら、その発展段階に応じて外来研修を含め徐々に「ひとり立ち」の方向へシフトして行きます。
- 2) 診療録は必ず毎日記載してください。特に入院時は他人がみても考え方の道筋と診療方針が分かるように、POS に基いて正確に記載してください。
- 3) 時間厳守。やむをえず遅れる場合は必ず事前に連絡を。
- 4) その日に生じた問題はその日のうちに解決しましょう。文献等の取り寄せが必要な場合でも、1 週間以内に結論を出し未解決のまま放置しないでください。
- 5) 入院サマリーは退院後 1 週間以内に仕上げてください。

- 6) 患者・家族とのコミュニケーションを容易にするよう、なるべく病棟で患児と遊ぶ時間をもつようにしましょう。
- 7) 患者側にどんなに問題がある場合でも、常に患者や家族との良好な関係を維持し、「どのように指導するのが患者のためになるのか」という気持ちで対応するようにしてください。
- 8) コメディカルスタッフに対しては仕事のパートナー として丁寧に接しましょう。また、コメディカルから学ぶ姿勢を忘れないように。
- 9) 研修を良くする責任の半分は研修医にあります。どんな些細なことでも自分ひとりで処理せず、みんなの問題として提起し解決していく姿勢を忘れないでください。そのためにも研修医会や研修管理委員会をおおいに活用しましょう。

(5) 方略 『各科共通 研修方略・評価』 参照

(6) 評価 『各科共通 研修方略・評価』 参照

【基本研修 産婦人科】（立川相互病院または関東労災病院で行う）

産婦人科 研修カリキュラム

（4週間モデル）

立川相互病院

1. 一般目標

- ① 基本的・代表的な産科、婦人科疾患について理解する
- ② 産婦人科専門医に移管する適切な時期を判断し、その間の応急処置を行うことができる

2. 行動目標

- ① 女性の立場に配慮した問診の聴取と診察を行い、信頼関係を築くことができる
- ② 診断に必要な病歴を的確に記録することができる
- ③ 産科、婦人科に特有の身体所見をとることができる
- ④ 産科・婦人科的身体所見を評価し、産科・婦人科救急疾患については一時対応ができる
- ⑤ 周産期における正常経過を理解することができる

3. 経験目標

- ① 『立川相互病院 共通目標達成に適した診療科』参照
- ② 切迫流産・切迫早産、正常分娩、産科異常性器出血、婦人科異常性器出血、急性腹症
- ③ 内診、双合診、膣鏡診、子宮膣分泌物の採取、経腹エコー、骨盤内CT・MRI読影結果の理解、正常分娩介助、新生児処置

4. 方略 『各科共通 研修方略・評価』参照

5. 評価 『各科共通 研修方略・評価』参照

産婦人科 研修カリキュラム

(4 週間モデル)

関東労災病院

【一般目標】

- ①女性特有の疾患の診療に必要な基礎的知識・技術・態度を習得する。
- ②妊産褥婦の診療に必要な基礎的知識・技術・態度を習得する。

【行動目標】

- ①産婦人科疾患患者および妊産褥婦の問診・病歴の記載および適切なプレゼンテーションができる。
- ②産婦人科的診察法のうち、視診・触診・内診ができる。
- ③基本的臨床検査法として、免疫学的妊娠反応、超音波検査（経腹法、経膈法）、骨盤CT、骨盤MRI検査の所見が理解できる。（超音波検査に関しては、実施ができる。）
- ④催奇形性についての知識を有し、妊産褥婦に適切な処方箋の発行、注射の施行ができる。
- ⑤産婦人科的急性腹症の診断・治療を上級医とともに診療できる。
- ⑥正常な妊娠・分娩・産褥の知識を有し、上級医とともに管理ができる。
- ⑦帝王切開、婦人科良性疾患手術に助手として参加し、知識・技術を身につける。
- ⑧女性患者のプライバシーに配慮した診療態度を身につける。

【方略】

- ① 入院診療
 - (1) 上級の主治医とともに、担当医として患者を受け持ち、診療録の記載を行う。
 - (2) 術前評価、手術、術後管理の実際を体験する。
 - (3) 妊娠、分娩、産褥管理を上級医とともに行う。
- ② 手術
 - (1) 第2手術助手として、手術に立ち会う。
 - (2) 糸結び、分娩時の会陰縫合等を体験する。
 - (3) 婦人科手術において、皮膚縫合処置を体験する。
- ③ カンファレンス
 - (1) 毎週月曜日午後の病棟カンファレンスに参加し、症例のプレゼンテーションを行う。
 - (2) 毎月第1金曜日朝の病理カンファレンスに参加し、症例のプレゼンテーションを行う。

【評価】

『各科共通 研修方略・評価』参照

【基本研修 精神科】(神奈川病院)(4週間モデル)

(1) 基本的目標

「単なる疾患の治療だけにとどまらない心理的・社会的アプローチをする力量をもち、全人的な医療を一人ひとりの医師が展開できること」を初期研修の目標に掲げている。これは、精神医学・医療に対する経験・素養なしに実現できるものではない。総合的医療力量を持った医師(診療所を担える医師など)の要件については、英国においてGP(General Practitioner)資格取得のために、1年間の精神科または心身医学の臨床経験が義務づけられている事からも、精神医学・医療が全人的医療の中で大きな位置を占めている事が明らかである。一例をあげれば、患者個人の人権を尊重し、病院内外のスタッフとの民主的な連携を進めつつ、地域・社会に働きかけていく手法は、主に統合失調症をもつ人の社会復帰、地域生活支援で日常的に行われている活動である。CLP(コンサルテーション・リエゾン精神医学)活動をあわせて、初期研修医が精神医療の実際を知る事は、大きな意義がある。

換言すれば、精神科での短期研修は、身体各科研修の重要な前提になるのみならず、全人的医療・民主的チーム医療の基礎をなすものであり、特に「精神科以外を進路に選択する医師」にこそ体験が必要とされる分野である。民医連の医師研修において、最低限必須と考えられる精神科医療の考え方と実際を、初期研修中に学んでいただくことが望ましい。

(2) 具体的目標・研修の実際

精神科初期研修の minimum requirements(総論的事項)を整理してみる。

- ・ 当面の問題点はどのようなことか見当をつけられること

問題の発見と特定が意外に難しい。問題はひとつではなく、異なるレベルの階層で存在することが多いが、治療のきっかけが得られるような問題を特定できればよい。

自分が観察したことや得られた情報を他の医師・スタッフに的確に説明できること。

「なにかおかしい。精神障害がありそうだ」と感じたら、その『なにか』を言語化・明確化して自分以外の人に伝達できることが望ましい。

- ・ 上記の2点が前提となるが、プライマリ・ケアレベルでの診断と治療ができること
- ・ 精神科専門外来、病棟にて、高頻度に遭遇する精神症状やその対応について学ぶ。
基本的な精神障害については自ら下記の診療(専門家への依頼を含む)ができること。
面接：良好な治療関係を形成しながら情報を収集することができること。
鑑別診断ができること
患者・家族への説明：疾患の性質や原因などの一般情報の提供ができること
患者・家族への助言・指導：専門家への受診を上手に勧めることができること
薬物治療：薬物の説明ができること。コンプライアンスを高めるための工夫ができること
専門家への相談：どのような段階で専門家に依頼するか判断できること
- ・ 身体的な問題で診療を要する精神障害患者の身体症状を適切に把握できること
- ・ 精神医療の機能・役割・意義・思考法の特徴を理解すること
- ・ 全人的な医療、民主的集団医療の実践に有用な考え方・知識・技術を獲得すること

プライマリ・ケアのレベルで特に重要な各論的事項のリストを下に示す。

リストの順番は習熟していただきたい項目の優先順位でもある。

- * 統合失調症
- * 気分障害
- * 高齢者の心理特性と精神障害：認知症・せん妄

- * 救急: 自殺企図・精神運動興奮状態
- * 物質関連障害: アルコール依存症・離脱症状、断酒指導
- * 不眠
- * 心気症
- * 不安障害
- * 神経症
- * パーソナリティー障害

- * ことぶき協同診療所および寿町見学を実施する
- * 集団精神療法や断酒プログラムに参加する
(統合失調症の教育プログラム)

(3) 方略 『各科共通 研修方略・評価』 参照

(4) 評価 『各科共通 研修方略・評価』 参照

【基本研修 地域医療】(4週間モデル)

(久地診療所・大師診療所・あさお診療所・協同ふじさきクリニック・川崎セツルメント診療所・戸塚病院)

(1) 基本的目標

当院関連の診療所では、その多くは1人の常勤医師で日常診療を行っています。また、専門スタッフも病院のように配置されてはいません。そのなかで、地域住民・市民の要求に応え、慢性疾患医療、患者会活動、保健予防活動(健診)、在宅医療などの幅広い活動を行い、各スタッフが様々な役割を果たしています。研修医は診療所の機能と特徴を学ぶとともに、チームの一員として診療所のあらゆる活動に積極的に参加をしてください(診療時間外、日祭日に及ぶ場合もある)。

診療所研修の目的は、初期に適切な診断を行い、患者・家族に正確な説明を行い、必要な場合には病院・専門医療につなげる等の、プライマリ・ケアの臨床能力を育てることにあります。

また、病診連携のあり方についての理解を深める。患者さんの多くは診療所・開業医を受診し、その内ごく一部の方が紹介され病院・大学病院で治療を行う。病院での療養を経て、ふたたび地域での療養(場合によっては在宅医療)になることが多い。こうしたつながりの中で患者さんの療養生活を理解し、患者さんの紹介・照会の事項を含めた適切な対応を行う。診療所から病院の役割とその連携の重要性を理解し経験することが、今後後期研修、専門研修に進み、病棟医療を担ううえでも有意義と考える。

また、診療所の医師の仕事を理解する。日本の医療はその多くが地域の診療所・開業医に支えられている。診療所では、患者の社会背景・家族背景を知り、地域の中での生活する姿に直接ふれる機会が多くある。そのため、患者さんを多面的にとらえ治療を行うことが可能となる。訪問看護ステーション、在宅支援センター、ヘルパーステーションなどの地域の医療機関、行政、ボランティアと連携しながら、地域医療が実践されている。様々な医療スタッフと協力のなかで、地域の社会的資源の活用と日常的なネットワークづくりを医師の立場から行う。

短い研修期間ではあるが、スタッフの一員として積極的に地域に入り、共同組織、地域住民からの要望や医療に対する期待に直接ふれる機会として頂きたい。

- 1) 診療所が地域で果たしている役割を学ぶ。
- 2) プライマリ・ケアを中心とした診療所医療の機能と特徴を学ぶ
- 3) スタッフとの良好な関係を築き、チーム医療の実践を学び、その重要性を確信する。
- 4) 地域の基幹病院、一般病院との医療連携を学ぶ。
- 5) 在宅医療を重視して、訪問看護ステーションや公的福祉サービス、老人介護施設等との医療・福祉ネットワークを学ぶ。
- 6) 院所の民主的運営および経営活動に参加する中で、医師として果たす役割を学ぶ。
- 7) 地域の保険予防活動、組織活動の意義と重要性を学ぶ。

(2) 具体的目標・研修の実際

外来診療、在宅医療、デイケア、健診にと留まらず、保健活動、共同組織の活動への参加、診療所運営会議(管理会議、主任会議、職員会議等)等、診療所のあらゆる活動を経験する。

診療所医師(指導医)と週・日単位で研修予定を確認する。気になる患者については常に報告し、カンファレンスなどの場で対応を検討する。また、毎月、研修内容の評価を指導医、看護師長、事務長など多職種を含めた会議で行う。

(3) 方略 『各科共通 研修方略・評価』 参照

(4) 評価 『各科共通 研修方略・評価』 参照

【基本研修 救急】(12週モデル)

(1) 特徴

- ①救急研修は2年間を通じて行う。初年度は内科系救急の研修を行う。導入期研修終了後、内科指導医とともに週1回半日の「救急外来当番医」を担当する。初期は、指導医とともに救急外来に出動するが、おおよそ3ヶ月後に、内科医長会と研修管理委員会で到達点の評価を受け、承認されれば指導医のバックアップのもと、first call 医を担当する。処置後必ず指導医の点検を受ける。
 - ②内科系休日・夜間外来当直も、救急研修として位置づける。1年目夏頃から「見習い当直」研修が開始される。原則8回の見習い当直後、約8回の「副当直」として当直を実施し、内科医長会と研修管理委員会の評価を受ける。ここで独り立ち可能と確認されれば、その後内科系外来当直を一人で行う。ただし、病棟当直医が指導医としてバックアップする。また診療した全ての患者は、指導医の点検を受ける。
 - ③外科系の救急研修については、外科または整形外科、脳神経外科の研修ローテーション中に、各科指導医とともに担当する。
- *4週のプロック研修と共に上記の休日・夜間当直等の経験を合計し、12週を超える研修内容となっている。

(2) 基本的目標

一次・二次救急の内因性あるいは外因性の区別なく、各科の多様な救急患者の初期治療を経験することにより、その緊急性・重症度を判断できる知識と技術を習得する。救急研修では、入院の要否の判断、そのための診療科との症例検討およびコンサルテーションを容易に行うことができる。入院の適応と判断し各科に入院した患者については、各科指導医より初期診療の質についてフィードバックを得ることが可能である。その結果、鑑別診断能力の向上が期待されるとともに、その後の継続治療の内容を理解することができる。

(3) 具体的目標・研修の実際

- ①各科の多様な救急患者の受け入れを行い、初期治療を行うことができる
- ②入院の適否を判断し、各診療科に適切にコンサルテーションを行うことができる

(4) 方略 『各科共通 研修方略・評価』 に加えて、別紙「救急研修規程」に従う。

(5) 評価 『各科共通 研修方略・評価』 参照

*別に定める「救急研修規程」に基づき、「見習い当直」、「副当直」それぞれ終了時には、「到達点」について内科医長会と研修管理委員会において評価を行う。また「初期研修医 当直研修基準」により、研修医は「見習い当直」、「副当直」時ともに、別紙「評価表」を毎回記入し、指導医の点検を受ける。

【選択研修 整形外科】（川崎協同病院・汐田総合病院）（12週モデル）

（1）基本的目標

第一線医療機関における整形外科診療はかなり幅広い内容が要求されますが、初期研修の目的は肩痛・腰痛・膝痛などの日常よくみられる整形外科疾患や外傷に対応できる能力を身につけて、当直や診療所の日常診療に役立つようにすることにあります。

整形外科は治療学であり、何よりも患者の立場に立って早期の社会復帰を目指すものでなければなりません。診断の遅れが治療の遅れにつながってはなりません。リハビリテーションを含めた治療計画は患者が入院したときから組み立てられるべきであり、検査や診断と平行して行われます。

一般的に、保存的治療と手術的治療の選択が問題になります。これには、疾患や損傷の程度、患者の年齢・全身状態や合併症の有無、日常生活や職業、治療に対する積極性、治療上の技術的な問題などの種々の要素を総合的に判断するためにはかなり難しいものです。カンファレンスでディスカッションの上、決めていきます。教科書や文献で学習するとともに指導医に相談し、カンファレンスでプレゼンテーションできるようにして下さい。

整形外科では一般診断書のほかに交通事故・労災・傷病手当・休業補償・身体障害・介護保険・医師の意見書などの各種の書類の提出を求められます。必要事項を過不足無く簡潔に記載することが肝要ですが、不明な点は指導医に聞いてください。

入院病歴抄録については、受け持った症例をまとめるとともに引き続いての外来治療をスムーズにする意味があります。退院時に仕上げで指導医のチェックを受けて下さい。

（2）具体的目標・研修の実際

以下の8項目を目標に設定する。

- 1) 整形外科医療の概要・流れを理解すること。
- 2) 外傷の創処置ができること。
- 3) 骨折に対する外固定（ギプス・ギプスシーネ・アルフェンスシーネ・三角巾・デゾー固定など）が適切にできること。
- 4) Xp 検査のオーダーと基本的読影ができること。
- 5) 脊髄造影（ミエログラフィー）検査ができること。 * 汐田総合病院では未実施
- 6) 肩痛・腰痛・膝痛に対する初期対応ができること。
- 7) 膝関節穿刺ができること。
- 8) 開放骨折や脱臼などにおいて緊急処置が必要かどうかの判断ができること。

（3） 方略 『各科共通 研修方略・評価』 参照

（4） 評価 『各科共通 研修方略・評価』 参照

【選択研修 脳神経外科】（汐田総合病院）

(1) 基本的目標

汐田総合病院では、脳血管障害を中心とした脳神経系疾患を、救急から慢性管理まで一貫して専門的に管理することを目的として設立され、その内容はプライマリ・ケアから現在の第一線レベルでの専門管理まで、幅広い高度な医療内容を目指しています。脳神経外科・神経内科の夫々の特徴を分化・発展させつつ、相互の特色を生かし、「患者をチーム医療体制の中で治療してゆく」という方針のもと、今後活躍する若い研修医の諸君もチーム医療の中心としてスタッフに加わり、基本的医療技術の習得とともに、医療の原点である「患者の立場に立った医療」のあり方を学びましょう。

脳神経外科においては、脳神経外科学会専門医研修施設であることを鑑み、研修医諸君にもオールラウンドな研修を目標にしながら、特に第一線病院において要求の高い脳血管障害、頭部外傷の診断・検査・治療の基本を身に付けるとともに、頭部、痺れ、眩暈、痲呆、内分泌異常、精神知能障害、身体障害者のリハビリ等の一般脳神経疾患の治療に習熟することにも力点を置きます。

(2) 具体的目標・研修の実際

1) 一般目標

① 診断学、脳神経各種検査の実施と判断能力の修得

神経学的所見の取り方と、頭部単純XP・頭部CTの基本的読影の習得による、頭蓋内主病変の鑑別を学ぶ。

② 救急医学、脳神経系各疾患に対する基本的治療学の習得

脳血管障害・頭部外傷の急性期治療を理解すべく、特に意識障害患者・片麻痺患者などの発症時からの救急対応を体得する。

2) 技術的目標

神経学的診察法、高次機能検査法(WAIS知能テスト、WAB失語症テスト)、腰椎穿刺検査、脳血管撮影、気管内挿管、気管切開、人工呼吸器管理、各種麻酔技術、手術助手に入ることによる縫合・結紮などの外科的手技などを習得する。

更に、脳槽造影、脊髄造影、脳波、誘発脳波・誘発筋電図、硬膜下穿刺、各種神経ブロック、頭蓋内圧測定、各種内分泌検査法、穿頭・開頭・閉頭、硬膜外血腫除去術、脳内血腫除去術、CT誘導定位脳手術、各種短絡・ドレナージ術、円蓋部腫瘍摘出術、直達頭蓋牽引、術前後管理、脳の病理解剖、基本的リハビリテーション技術など、能力に応じて習得してゆく。

- * 受け持ち主治医制で患者さんを担当しますが、チームでの総合チェックを生かします。
- * 救急医療重視の立場から、救急呼び出しに応じます。
- * 臨床研修上、抄読、症例検討などの集団学習の場を重視します。
- * 初期研修修了後、引き続き4年以上研修を行うことで、専門医認定の取得が可能です。

(3) 方略 『各科共通 研修方略・評価』 参照

(4) 評価 『各科共通 研修方略・評価』 参照

【選択研修 麻酔科】

* 麻酔科研修は他科の研修と合わせて行う

(1) 基本的目標

- ①手術患者の全身状態の評価および管理ができる
- ②各種麻酔法について理解し、指導医とともに適応を決定できる
(吸入麻酔・脊椎麻酔・硬膜外麻酔・静脈麻酔・局所麻酔)
- ③各科麻酔の特殊性を理解し、全身状態のよい患者に各種麻酔を施行できる
- ④各種神経ブロックの適応を理解する

(2) 具体的目標・研修の実際

基本的には手術麻酔を中心に全身管理について学ぶ。具体的には、術前診察・患者へのインフォームドコンセント・全身状態の評価・麻酔計画の立案・麻酔管理・術後評価というプロセスの中で、診察、面接、静脈ルート確保、気道確保、気管内挿管、人工呼吸管理、観血的動脈圧測定ライン確保、中心静脈ルート確保、くも膜下脊髄麻酔穿刺などの手技、麻酔薬・循環作動薬の使用法、輸液・体液バランスの維持、酸塩基平衡などについて習得する。また、ペインクリニックにおける疼痛治療・管理の実際を学ぶ。

☆基本的に午前中は救急診療を中心に行動する。緊急手術や術前術後回診については、麻酔科指導医の指示に従う。午後は麻酔科指導医につき、各科麻酔を中心に全身管理について学ぶ。夜間・時間外の緊急手術についても、指導医とともに登院し麻酔対応を行う。

(3) 方略 『各科共通 研修方略・評価』 参照

(4) 評価 『各科共通 研修方略・評価』 参照

【選択研修 耳鼻咽喉科】 *耳鼻咽喉科研修は他科の研修と合わせて行う

(1) 基本的目標

A. 一般目標

- 1) 耳、鼻、口腔、咽頭喉頭、頸部の構造と機能を理解する。
- 2) 耳、鼻、口腔、咽頭喉頭、頸部疾患の症候、病態、診断と治療を理解する。

B. 行動目標

1) 構造と機能

1. 外耳、中耳、内耳、口腔、咽頭、鼻、副鼻腔、喉頭の構造を図示できる。
2. 外耳、中耳、内耳、口腔、咽頭、鼻、副鼻腔、喉頭の機能を説明できる。
3. 頸部の血管、神経の走行、筋、骨、軟骨、唾液腺、甲状腺の位置を説明できる。

2) 外来診療

4. 主訴、現病歴に応じて適切な問診ができる。
5. 問診の結果から疾患群の想定ができる。
6. 外耳、中耳、内耳、口腔、咽頭、鼻、副鼻腔、喉頭を観察し所見がとれる。
7. 検査を指示し、必要に応じて自ら実施し所見を判定評価することができる。
8. 患者への適切な説明ができ、インフォームド・コンセントが得られる。

3) 疾患

9. 伝音性難聴と感音性難聴の病態を鑑別し、治療を説明できる。
10. 急性中耳炎、慢性中耳炎、滲出性中耳炎の病因、診断と治療を説明できる。
11. 末梢性めまいと中枢性めまいを鑑別し、治療を説明できる。
12. 副鼻腔炎の病態と治療を説明できる。
13. アレルギー性鼻炎の病態と治療を説明できる。
14. 鼻出血の好発部位と止血法を説明できる。
15. 扁桃の炎症性疾患の病態と治療を説明できる。
16. 喉頭の炎症性疾患の病態と治療を説明できる。

(2) 方略 『各科共通 研修方略・評価』 参照

(3) 評価 『各科共通 研修方略・評価』 参照

【選択研修 婦人科】

(1)-1 一般目標

全ての医師にとり、人口の半数を占める女性の診察を行なう上で女性の生理的、身体的特徴あるいは特有の病態を把握しておくことは重要であり、他領域の疾病に罹患した女性に適切に対応するためにも産婦人科研修で学ぶ基本的知識や技能は非常に役立つと思われます。当科では地域に根ざした女性のプライマリ・ケアを根幹に診療にあたります。また、今日の診療はチーム医療を基本としており、他職種との連携なしにはあり得ません。このような観点から以下の3項目を獲得目標とします。

- 1)女性を対象にしたプライマリ・ケアと救急医療の初期対応ができる。
- 2)チーム医療の一員として、他科・他職種と密に連携を取り共に学び地域に根ざした医提供する環境作りができる。

(1)-2 行動目標

- 1) 女性を対象にしたプライマリ・ケアと救急医療の初期対応ができる
 - ・適切な問診と一般的理学所見聴取、上級医の指導のもとで産婦人科の基本的診察を行い、適切にカルテ記載ができる
 - ・問診と診察内容から、ProblemList を作成し入院計画を立てられる
 - ・緊急性のある病状かどうか適切に判断し上級医に相談することができる
 - ・産婦人科特有の診察法(内診、クスコ診、経膈超音波など)について基本を理解し上級医の指導のもとで行うことができる
- 2) チーム医療の一員として、他科・他職種と密に連携を取り共に学び地域に根ざした医療を提供する環境作りができる
 - ・上級医への報告・連絡・相談が適切にできる
 - ・朝のミニカンファランスや多職種カンファランス、他科へのコンサルタントで適切にプレゼンテーションすることができる
 - ・他職種カンファランスにおいてミニ学習会の講師を務めることができる

(2) 研修の実際

- 1)病棟で上級医と共に担当医として入院患者を受け持つとともに、外来研修で多様な疾患を経験する。
- 2)産婦人科の基本的診察法、所見の取り方(経膈超音波等)を学び、カルテの書き方を身に付ける。状況に応じて患者のプレゼンテーションを行う。
- 3)上級医の指導のもとに急性腹症の診察・検査を適切に行い、治療方針を立てる。
- 4)上級医の指導のもとに婦人科疾患(良性悪性腫瘍・性感染症・不妊症・子宮脱など)の診察・検査・治療計画を学ぶ。
- 5)婦人科疾患(良性腫瘍・子宮脱など)の手術で助手を務め、周術期管理を適切に行う。
- 6)多職種カンファランスにおいて学習会の講師を務める。
- 7)成書通読を行う。診療上疑問点があった場合に、文献検索や論文読解を適切に行う。
- 8)上級医の指導のもとに書類を適切に作成する。

(3) 方略 『各科共通 研修方略・評価』 参照

(4) 評価 『各科共通 研修方略・評価』 参照

【選択研修 泌尿器科】 *泌尿器科研修は他科の研修と合わせて行う
(4週間モデル)

- (1) 一般目標
 - ① 尿路系、男性生殖器系疾患の基本的な診察法、診断法、治療法を理解する
 - ② 代表的な疾患については、適切な初期診療とコンサルテーション・紹介が出来るようになる

- (2) 行動目標
 - ① 尿路系、男性生殖器系の解剖・生理を正確に説明できる
 - ② 的確な医療面接ができ、正確な病歴を聴取できる
 - ③ 泌尿器科的触診を正しく行い、記載できる
 - ④ 一般検尿の採取法を習得し、検査所見を評価できる
 - ⑤ 導尿を正しくできる
 - ⑥ 尿路系の経腹エコー検査ができる
 - ⑦ 血尿、尿路感染症、結石の初期対応ができる
 - ⑧ 前立腺疾患のスクリーニング法を説明できる

- (3) 経験目標
 - ① 別紙『共通目標達成に適した診療科』参照
 - ② 尿路感染症、結石、前立腺疾患

- (4) 方略 『各科共通 研修方略・評価』 参照

- (5) 評価 『各科共通 研修方略・評価』 参照

【選択研修 救急科】（川崎市立川崎病院・救命救急センター）

（12週間モデル）

- ◎ 研修カリキュラム責任者：田熊清継（救命救急センター室長・救急科部長、慶應義塾大学客員准教授、厚生労働省臨床研修指導医、日本救急医学会指導医）
- ◎ 研修カリキュラム担当者：大城健一（救急科副医長、日本救急医学会専門医、厚生労働省臨床研修指導医、日本 DMAT instructor）

<救急科の主な業務>

- 1) 救命救急処置、重症症例の安定化（→BLS、ACLS に準じる）
- 2) 救急・内科領域における臨床推論・診断
- 3) 診断困難症例の対応：原因不明のショック、診療科の選定不明例など
- 4) 複数の診療科が関与する領域への対応：多発外傷（→JATEC に準じる）や全身熱傷・電撃傷（→ABLS に準じる）、化学損傷への救急対応、など
- 5) 現場救急医療活動：救急隊との連携（→JPTEC、PSLS に準じる）、集団災害対応・災害派遣医療（DMAT など）、ドクターカー（ピックアップ方式）など
- 6) ER マネージメント：ER におけるスタッフ及び患者管理、ER 受診患者トリアージ、重症患者における診療科調整
- 7) ほかに：①要人警護医療サービス（=Medical/Surgical Contingency Plans）、患者国際間移送医療サービス、②院内救急、③地域の医療：救急隊メディカルコントロール、地域の救急システムの構築（→地域の病院との救急協力連絡体制の構築）、④市立井田病院における二次救急体制の指南・支援

I 一般目標（GIOs：General Instructional Objectives）

1. 生命や機能的予後に係わる、緊急を要する病態や疾病、外傷、熱傷に対する適切な診断・初期対応能力を身につける。
2. 救急医療システムを理解する。
3. 災害医療の基本を理解する。

II 行動目標（SB0s：Specific Behavioral Objectives）

1. 救急診療の基本的事項
 - (1) バイタルサインの把握ができる。血圧、脈拍、呼吸、尿量、意識の把握ができる。特に意識に関しては、Japan Coma Scale と Glasgow Coma Scale を理解し、カルテへの記載ができるようにする。
 - (2) 身体所見を迅速かつ的確にとれる。
 - (3) 重症度と緊急度が判断できる。ショックの概念、分類が理解できる。外傷に関しては、AIS や ISS、TRISS といった指標、集中治療を要する患者では、APACHE や SOFA といった指標を理解し、カルテへの記載ができるようにする。
 - (4) 二次救命処置（ACLS）ができ、一次救命処置（BLS）を指導できる。
研修期間中に BLS、ACLS、ICLS、JPTEC コースのいずれかを受講する。
 - (5) 頻度の高い救急疾患・外傷・熱傷の初期治療ができる。
 - (6) 専門医への適切なコンサルテーションができる。
 - (7) 大災害時の救急医療体制を理解し、自己の役割を把握できる。

2. 救急診療に必要な検査

- (1) 必要な検査（検体、画像、心電図）が指示できる。
- (2) 緊急性の高い異常検査所見を指摘できる。各種検査の必要性、所見を理解する。特に頸椎・胸部・腹部・骨盤レントゲン所見と頭部・胸部・腹部 CT 所見のとり方はカンファレンスで学習する。毎日2回おこなっている朝と夕のカンファレンスで、救急専任医と共に診療に加わった症例のプレゼンテーションを実際に行ってもらおう。

3. 経験しなければならない手技

*必修項目：下線の手技を自ら行った経験があること。

- (1) 気道確保を実施できる。
- (2) 気管挿管を実施できる。
- (3) 人工呼吸を実施できる。
- (4) 心マッサージを実施できる。
- (5) 除細動を実施できる。
- (6) 注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈路確保、中心静脈路確保）を実施できる。中心静脈路確保については、大腿、内頸静脈のアプローチを習得する。
- (7) 緊急薬剤（心血管作動薬、抗不整脈薬、抗痙攣薬など）が使用できる。ER、救急病棟での診療および小講義、あるいは ICLS コースで学習する。
- (8) 採血法（静脈血、動脈血）を実施できる。橈骨動脈、大腿動脈からの採血を実施する。
- (9) 導尿法を実施できる。
- (10) 穿刺法（腰椎、胸腔、腹腔）を実施できる。各穿刺法の適応、実施方法を理解する。腰椎穿刺、胸腔穿刺については、ポイントを小講義で学習する。実際の穿刺は救急専任医の判断で実施することは可能である。
- (11) 胃管の適応、挿入、管理ができる。
- (12) 圧迫止血法および結紮止血を実施できる。
- (13) 局所麻酔法を実施できる。
- (14) 簡単な切開・排膿を実施できる。
- (15) 皮膚縫合法を実施できる。
- (16) 創部消毒とガーゼ交換を実施できる。
- (17) 軽度の外傷・熱傷の処置を実施できる。
- (18) 包帯法を実施できる。
- (19) ドレーン・チューブ類の管理ができる。気胸や緊張性気胸などに対する胸腔ドレーンの留置について救急専任医の指導の下で実施する。

*上記（1）－（19）に関しては、ER、救急病棟での診療において、救急専任医の判断で実施する。

- (20) 緊急輸血が実施できる。血液型、クロスマッチ判定法について理解する

4. 経験しなければならない症状・病態・疾患

A 頻度の高い症状

*必修項目：下線の症状を経験（自ら診療し鑑別診断を行うこと）し、レポートを提出する。

- (1) 発疹の種類（膨隆疹、膿痂疹など）を識別し、客観的な記載ができる。救急に関連するアナフィラキシーショックの初期症状としての蕁麻疹などの所見を見落とさず、救急対応も含めて行うことができるようになる。
- (2) 発熱の種類（稽留熱、間欠熱など）を理解し、発熱の原因となる疾患を論理的思考により考察できるようにする。
- (3) 頭痛を来す疾患（片頭痛、脳出血など）を理解し、鑑別ができるようになる。
- (4) めまいの種類（dizziness, vertigo）を理解し、原因疾患の鑑別ができるようになる。

- (5) 失神を来す疾患の鑑別ができるようになる。失神は自動車運転中や駅のホームなどで発症すると極めて危険であり、周囲にも多大な影響を及ぼす可能性が高い病態であり、救急での重要性も高い。
- (6) けいれん発作への緊急対応・鑑別
- (7) 視力障害、視野狭窄：視力障害や視野狭窄の原因の一つである緑内障や視束管・視神経の外傷の早期診断は、救急科においても重要である。他にも原因があるため、神経内科医、脳神経外科医、眼科医の指導を含め、研修医の教育をおこなう。
- (8) 鼻出血の緊急止血は救急科においても重要である。耳鼻科医の指導を含め、研修医の教育をおこなう。
- (9) 胸痛・背部痛：急性心筋梗塞や解離性大動脈瘤の患者は当院では少なからず来院する。正確な診断技術と初期治療を施行できるようにする。
- (10) 動悸：致死的不整脈の診断と鑑別は極めて重要である。
- (11) 呼吸困難：気管支喘息や心不全などの生命に影響する疾患を診断し、専門医につなげる間、適切な初期治療を行う。
- (12) 咳・痰：気管支拡張症、気管支炎、あるいは肺結核などの対処方法を修得する。
- (13) 嘔気・嘔吐：極めて頻度が高い症状である。急性胃炎を始めとし、イレウスや急性心筋梗塞、あるいは中毒など多くの重要疾患が含まれる。
- (14) 吐血・下血：診断手順から緊急内視鏡まで修得することは多い。
- (15) 腹痛：急性腹症の判断。診断手順、応急処置と緊急手術の必要性の判断などを修得する。
- (16) 便通異常（下痢、便秘）
- (17) 腰痛：救急領域では、椎間板ヘルニアや腰部筋膜炎、あるいは尿路結石、腎梗塞以外にも、腹部大動脈の切迫破裂などの致命的病態を念頭に置く。
- (18) 歩行障害：脳梗塞、神経変性疾患などの中枢性疾患、脊柱管狭窄症などの脊髄疾患など原因は数多い。
- (19) 四肢のしびれ：腓骨神経麻痺や電解質異常など重要病態も含まれる。
- (20) 血尿：血尿と判断した場合、どのように診断し、重症度を評価するか。応急処置の基準はどうか、などを学習する。
- (21) 排尿障害（尿失禁・排尿困難）

*上記（1）－（21）に関して、ERや病棟の患者の診療において、救急専任医の指導と診療の過程で対応できるようになることを目標とする。小講義で適宜内容を追加する。また、ERで担当した患者が他の診療科へ依頼される場合は、患者に付き添い、診療の手伝いを行いながら、専門的な知識も深めることができる。

緊急手術や緊急アンギオに関しても同様に、患者と共に移動し診療過程をみて手伝うことにより、常に患者サイドで医療をみることができ、専門診療科への足がかりを築くことができる。すなわち、専門的な治療に興味を持ち将来の方向性を決める機会を得ることになる。

B 緊急を要する症状・病態

*必修項目：下線の病態を経験（初期治療に協力）すること。

- (1) 心肺停止：BLS, ACLS など
- (2) ショック：輸液療法から薬物用法など
- (3) 意識障害：脳血管障害、内分泌疾患、感染、中毒、など幅広い診断能力を要する。実際の患者を前に緊急で種々の考察を行うことは、医師として最低限必要な訓練である。
- (4) 脳血管障害：
 - *脳神経外科の協力の元、緊急性の高い脳血管疾患への対応方法を学習する。
- (5) 急性呼吸不全：緊急挿管、人工呼吸などの初期救急処置を学ぶ。
- (6) 急性心不全：診断と応急処置を学ぶ。
- (7) 急性冠症候群：診断と応急処置から緊急アンギオなどの救急処置を経験する。

- (8) 急性腹症：診断手順、応急処置と緊急手術の必要性の判断などを修得する。
- (9) 急性消化管出血：全身状態の管理と緊急内視鏡まで修得することは多い。
- (10) 急性腎不全：病態と緊急透析、CHDF を始めとする対応技術を習得する。
- (11) 急性感染症：敗血症から新興感染症まで多くの知識を必要とする。ここでは、ER における感染対策と敗血症患者に対する診断と初期治療（抗菌化学療法、血液浄化療法、Surviving Sepsis Campaign）を学ぶ。
- (12) 外傷：生命に関係する多発外傷の状態の評価や初期診療手順を学習する。
 - * 外傷救急の頻度が高い整形外科領域の外傷は、整形外科医の協力により学習する（2 週間を予定）。また、重症となる頻度が高い頭部外傷は、初期診療を中心に脳外科医から教育してもらおう（2 週間を予定）。
 - * 重症外傷や多発外傷→JATEC（Japan Advanced Trauma Evaluation and Care）の研修コースの受講を希望する場合は教育的な支援を行う。
- (13) 急性中毒：眠剤中毒から、致死的なパラコート中毒、有機リン中毒、サリン中毒、硫化水素中毒と多くの知識が必要である。この領域では、中毒の初期治療の原則を修得する。
- (14) 誤飲、誤嚥：タバコの誤嚥から、酸アルカリの摂取による自殺企図まで多くの「誤飲と誤嚥」がある。
- (15) 重症熱傷（現在のところ 30～50%TBSA まで）
- (16) 精神科領域の救急

*上記（1）－（16）に関して、ER や病棟の患者の診療において、救急専任医の指導と診療の過程で対応できるようになることを目標とする。小講義で適宜内容を追加する。また、ER で担当した患者が他の診療科へ依頼される場合は、患者に付き添い、診療の手伝いを行いながら、専門的な知識も深めることができる。緊急手術や緊急アンギオに関しても同様に、患者と伴に移動し診療過程をみて手伝えることにより、常に患者サイドで医療をみることができ、専門診療科への足がかりを築くことができる。すなわち、専門的な治療に興味を持ち将来の方向性を決める機会を得ることになる。

- (17) 流・早産および満期産

5. 救急医療システム

- (1) 救急医療体制を説明できる。
- (2) 地域のメディカルコントロール体制を把握している。
救急コーディネータあるいは救急専任医師から実際の事例を通して修得していく。

6. 災害時医療

- (1) トリアージの概念を説明できる。
- (2) 災害時の救急医療体制を理解し、自己の役割を把握している。

救急科や総合診療科に所属する DMAT 有資格者の指導の下、講義に加え災害訓練（机上訓練、実地訓練）にて学習する。

【参照】 日本救急医学会 HP「卒後医師臨床研修における必修救急研修カリキュラム」

7. 方略 『各科共通 研修方略・評価』 参照

8. 評価 『各科共通 研修方略・評価』 参照

【基本研修 一般外来】

1. 概略

一般外来研修では、プライマリ・ケアの実践上、第一線の医療機関に求められる総合的な臨床能力の獲得を目指します。

指導医とともに外来に入り、経験すべき頻度の多い症候・common diseaseの対応に当たり、トータル・マネジメント能力の習得を目指します。

2. 一般目標

外来診療上必要な医療面接・診療技術・治療技術の習得を目指します。

3. 行動目標

- ① 患者の病体験に心を寄せ、受診動機の把握を含めた問診ができる。
- ② 経験すべき頻度の高い症候・common diseaseの対応が出来る。
- ③ 必要な療養指導、服薬指導、次回受診の案内など、受診後の患者の行動を患者とともに確認できる。
- ④ 比較的軽症例の慢性疾患の治療・管理ができる。
- ⑤ カンファレンスを大切にして、良好なコミュニケーションのもとでチーム医療を実践できる。

4. 方略

- ① 内科（総合診療科）、外科、小児科研修中に1週ずつ一般外来研修（3週）を行う。また地域医療研修中にも研修先にて一般外来研修（2週）を実施する。
- ② 当初は研修指導にあたる常勤医の同席のもとで新患を診療し、その場でフィードバックを受ける。全患者診察後に症例提示や特徴・治療方針を挙げ、外来診療に必要な多角的な視野を育む。

5. 評価 『各科共通 研修方略・評価』参照。

13. 研修終了後の進路

当院で引き続き後期研修を希望する医師は、新専門医制度基幹型 PG (総合診療科)、連携 PG (内科、外科、小児科、リハ科、病理科) での研修が可能です。また、一定の後期研修を積んだ時点で、別途に定める出向研修規定に基づいて外部専門研修が認められており、後期研修委員会と相談し研修医が選択作成することができます。

14. 定員・選考基準

【定員】 [1年次] 4名 [2年次] 4名

【募集期間】 第一次募集：2019年6月～9月

【募集方法】 公募(マッチング利用有)

【応募必要書類】 (事前提出)

①初期研修医採用試験申込書(病院ホームページより印刷可)

②履歴書

③卒業(見込み)証明書

【試験内容】

①面接

②小論文(試験当日に与えられたテーマに基づき、時間内で完成させる)

③学力総合試験(SOAPに基づくカルテ記載と英文症例の口頭要約)

【試験日程】 7月～8月中の数回を予定

15. 勤務及び待遇 ※前年度実績

【身分】 常勤職員(医員)

【勤務時間】 9:00～17:00 【休憩時間】 12:00～13:00

【処遇】 1. 固定給

[基本給] 1年目 345,000円(月額) + 住宅手当 16,000円(世帯主)

2年目 365,000円(月額) + 住宅手当 16,000円(世帯主)

※非世帯主は8,000円

[その他] 家族手当、勤続手当(2年目より支給)、通勤費

[賞与] 年2回

2. 変動給 当直手当

※2年間の初期研修中において、アルバイトは一切認めない。

【時間外勤務及び当直に関する事項】

・時間外勤務の有無:有

・時間外手当の有無:有

・当直:2回～4回/月(当直手当:有・休日手当:有)(別に定める内規による)

【外部の研修活動に関する事項】

・学会、研究会等への参加:可

・費用負担:有(別に定める内規による)

【研修医宿舎】 無(住宅手当を支給)

【病院内の個室の有無】 有(研修医室、女性医師室あり)

【休暇】 日曜日・祭日、月2回土曜日、オールシーズン休暇5日、年末年始6日、

有給休暇(1年次:10日、2年次:14日)

その他(結婚休暇、慶弔休暇、生理休暇、出産休暇、育児休暇等あり)

【社会保険】 健康保険、厚生年金、労災保険、雇用保険、
(医師賠償責任保険共済は病院として加入。個人加入は任意。)

【共 済】 民医連共済(全日本・神奈川)、各法人共済

【健康管理に関する事項】 労働安全衛生法による健診