

国立病院機構相模原病院 初期臨床研修プログラム

国立病院機構相模原病院 教育研修部
2025 年 4 月

I プログラムの名称

独立行政法人国立病院機構相模原病院初期臨床研修プログラム

II プログラムの理念

医師としてすべての診療科に共通な基本的態度を身につけ、医学・医療に対する社会的ニーズを認識し、将来の専門性にかかわらず、臨床医として日常診療で頻繁に遭遇する病気・病態に対応できる技能、知識を習得する。

III 病院の概要

病床数；医療法許可病床 458 床、収容可能病床数 458 床

診療科目；内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、脳神経内科、アレルギー科、リウマチ科、血液内科、総合内科、小児科、精神科、外科、消化器外科、乳腺外科、整形外科、形成外科、美容外科、脳神経外科、呼吸器外科、皮膚科、泌尿器科、産科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、病理診断科、救急科の 30 科でこれに臨床検査科を加えた総合病院である。

IV 診療の特色

政策医療で免疫異常（アレルギー・リウマチ性疾患）の高度専門医療施設（準ナショナルセンター）として位置づけられており、2017 年（H29 年）にはアレルギー疾患対策基本法に基づくアレルギー医療の中心拠点病院として指定された。また、がん、成育、精神の専門施設でもあり、地域医療支援病院、神奈川県がん診療連携指定病院、神奈川県災害協力病院、病院群輪番制病院、救急告示病院、医学的リハビリテーション施設に指定され、臨床研究センターを有する総合医療施設である。

V プログラム指導医

プログラムの管理運営は、臨床研修委員会が行う。研修医は院長直属とし、臨床研修委員会の管理下に置かれる。

プログラム責任者： リウマチ科医長 野木真一（平成 20 年 東海大）

副プログラム責任者： 教育研修部長 井上準人（平成 1 年 北里大）

臨床研修委員会委員長： 教育研修部長 井上準人

各科指導責任者；いずれも各科での研修指導医として認定されている。

内科	森田有紀子（平成 4 年 横浜市大）
呼吸器内科	上出庸介（平成 16 年 群馬大）
循環器内科	森田有紀子（平成 4 年 横浜市大）
消化器内科	菅野聡（平成 1 年 北里大）
脳神経内科	川浪文（平成 9 年 北里大）
アレルギー科	関谷潔史（平成 13 年 東邦大）
リウマチ科	津野宏隆（平成 19 年 旭川医大）
総合内科	吉江浩一郎（平成 2 年 富山医科薬科大）

小児科	柳田紀之	(平成 13 年	東北大)
外科、消化器外科	旗手和彦	(平成 7 年	北里大)
整形外科	内藤昌志	(平成 15 年	東京大)
形成外科	宇賀神叶美	(平成 26 年	北里大)
脳神経外科	清水暁	(平成 4 年	北里大)
呼吸器外科	井上準人	(平成 1 年	北里大)
皮膚科	大松華子	(平成 12 年	日本医大)
泌尿器科	平山貴博	(平成 14 年	北里大)
産科・婦人科	新井努	(平成 9 年	北里大)
眼科	鈴木雅信	(昭和 61 年	東京大)
耳鼻咽喉科	鈴木立俊	(平成 4 年	北里大)
リハビリテーション科	増田公男	(平成 3 年	千葉大)
放射線科 (診断)	瀧川政和	(平成 6 年	北里大)
(治療)	北野雅史	(平成 3 年	北里大)
麻酔科	伊藤壮平	(平成 11 年	北里大)
病理診断科	堀田綾子	(平成 15 年	杏林大)
救急科	細谷智	(平成 12 年	北里大)
臨床研究センター長	海老澤元宏	(昭和 60 年	慈恵医大)

Ⅵ 本院が認定医、および専門医教育施設として認定されている学会

日本内科学会
 日本呼吸器学会
 日本循環器学会
 日本消化器学会
 日本神経学会
 日本アレルギー学会 (内科、小児科、耳鼻咽喉科、皮膚科)
 日本リウマチ学会
 日本肝臓学会
 日本消化器内視鏡学会
 日本老年病学会
 日本外科学会
 日本消化器外科学会
 日本整形外科学会
 日本小児科学会
 日本産婦人科学会
 日本脳神経外科学会
 日本耳鼻咽喉科学会
 日本皮膚科学会
 日本眼科学会
 日本麻酔科学会
 日本泌尿器科学会
 日本医学放射線学会

日本病理学会

Ⅶ 定員

初期臨床研修医 8 名

Ⅷ 募集科

初期臨床研修医：スーパーローテート

Ⅸ プログラム

臨床研修医はスーパーローテートによる 2 年間の初期臨床研修を行う。

1 週間のオリエンテーションの後、内科 24 週、救急 12 週、麻酔科 12 週、外科、小児科、産婦人科、精神科、地域研修は 4 週をローテートする。一般外来研修 4 週は並行研修で行うが、通年で内科初診外来を午後（0.5 日）対応する。なお、特に麻酔科は挿管手技や全身管理で重要と考え、当院では 12 週の研修を行ってもらう。研修の順番は研修医の希望を元に研修委員会で決定する。救急は輪番の二次救急で指導医とともに救急患者の診療にあたり研修を行うが、週 1 回午後には並行研修を行う。精神科は北里大学精神科において行う。地域医療については 2 年次に研修するが、医療法人社団 明世会 成城内科、社団医療法人 啓愛会 井筒医院、医療法人徳洲会 日高德洲会病院、長崎県上対馬病院、日野原記念ピースハウス病院、国立療養所奄美和光園のいずれかから選択する。また、保健・医療行政についての研修を希望する場合は相模原市保健所で 4 週行うことも可能である。

尚、1 週は 38.75 時間、5 日として計算する。

X 協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設

○協力型臨床研修病院

- ・北里大学病院（精神科分野について 4 週の研修）

研修実施責任者及び指導者：精神科学主任教授 稲田 健

○臨床研修協力施設

- ・医療法人社団 明世会 成城内科（地域医療について 4 週の研修）

研修実施責任者及び指導者：院長 野村 明

- ・社団医療法人 啓愛会 井筒医院（地域医療について 4 週の研修）

研修実施責任者及び指導者：院長 井筒 岳

- ・医療法人徳洲会 日高德洲会病院（地域医療について 4 週の研修）

研修実施責任者及び指導者：院長 井齋 偉矢

- ・長崎県上対馬病院（地域医療について 4 週の研修）

研修実施責任者及び指導者：院長 長谷川 泰三

- ・日野原記念 ピースハウス病院（地域医療について 4 週の研修）

研修実施責任者及び指導者：副院長 林 章敏

- ・相模原市保健所（保険・医療行政について 4 週の研修）

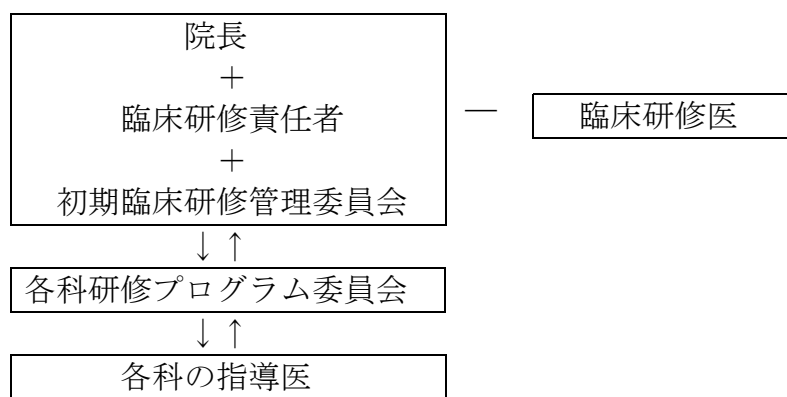
研修実施責任者及び指導者：所長 三森 倫

- ・国立療養所奄美和光園（地域医療について 4 週の研修）

研修実施責任者及び指導者：園長 馬場 まゆみ

X I 研修プログラムの管理運営体制

研修プログラムは初期臨床研修管理委員会が管理運営する。初期臨床研修管理委員会の構成員は相模原病院初期臨床研修管理委員会規程により定める。初期臨床研修管理委員会は毎年4月および10月に、前年度、当該年度の研修の評価を行い、それに基づいてその年度の研修プログラムを協議し、計画を立て、必要な修正を行いその年度の研修プログラムを作成する。プログラムの内容は公表され研修希望者にも配布される。



X II 研修医評価

PG-EPOC システムを用いて、ローテートごとに別に定める一定の書式による各研修医の評価を行う。評価者は各科のプログラム責任者とする。初期臨床研修管理委員会で各科の評価をまとめ、総合評価をする。また研修医からの各科の評価も行い、初期臨床研修管理委員会がまとめ、次期研修プログラム作成の参考とする。

X III プログラム終了の決定

2年間の初期臨床プログラム終了後、初期臨床研修管理委員会の評価を経て、研修責任者から臨床研修修了証を交付する。また何らかの理由で2年間の初期臨床研修が中断したときは中断証明書を交付する。

X IV プログラム終了後のコース

初期臨床研修を終えたものには、新専門医制度の内科プログラムで引き続き研修する機会がある。内科以外は関連大学医局や国立病院機構とのプログラム連携の紹介を考慮する。

X V 募集人員

臨床研修医 8人

X VI 処遇

○処遇

処遇の適用：病院独自の処遇に従う

常勤・非常勤の別：非常勤

○研修手当

一年次 基本手当：約 316,800 円／月

賞 与：なし

※税込

二年次 基本手当：約 316,800 円／月

賞 与：なし

※税込

時間外手当：有

休 日 手当：有

○勤務時間・休暇

勤務時間：08:30～15:00

休憩時間：12:00～12:30

時間外勤務の有無：有

休暇：有給休暇（一年次）12 日（リフレッシュ休暇 2 日含む）

有給休暇（二年次）13 日（リフレッシュ休暇 2 日含む）

夏期休暇：無

年末年始：有

○その他

当直（準夜／深夜交代制）：約 4 回／月

研修医のための宿舎：無 住宅手当（0 円）

※研修医専用宿舎はないが、院内宿舎に空きがあれば入居可

研修医のための個室：2 室

社会保険・労働保険の扱い：公的医療保健 厚生労働省第二共済組合

公的年金保険 厚生年金

労働者災害補償保険法の適用 有

雇用保険 有

健康管理：健康診断 年 2 回

医師賠償責任保険：病院において加入→しない

個人加入→強制

外部研修活動：学会、研究会等への参加 可

学会、研究会等への参加費用支給 条件付きで有

アルバイト：認めない

XVII 出願手続き

応募資格；医師免許取得者もしくは取得見込み者。マッチング参加者。

出願書類；面接希望者は面接願書を提出する。面接願書は当院ホームページ

からダウンロードする。成績証明書及び共用試験（CBT）個人成績表（写）を同封うえ、指定の住所へ郵送する。

選考方法；面接、小論文

選考日；8・9月に計3回を指定。

出願締め切り；7月の指定する日までに必着

内定者；マッチングの結果発表による。

マッチングの結果、当院で研修を行うことになった場合は以下の書類が必要である。

卒業証書または卒業見込み証明書

研修開始日；国家試験発表の翌月の1日

応募、連絡先；〒252-0392 相模原市南区桜台 18-1

国立病院機構相模原病院

事務部管理課職員係長

TEL 042 742 8311 FAX 042 742 5314

XVIII 各科共通研修プログラム

(医師臨床研修指導ガイドライン—2023 年度版—より)

<到達目標>

医師は、病める人の尊厳を守り、医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を深く認識し、医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）及び医師としての使命の遂行に必要な資質・能力を身に付けなくてはならない。医師としての基盤形成の段階にある研修医は、基本的価値観を自らのものとし、基本的診療業務ができるレベルの資質・能力を修得する。

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。

B. 資質・能力

1. 医学・医療における倫理性

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

- 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、不法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対して、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判断を行う。
- 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 チームの構成員と情報を共有し、連携を図る。

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。

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 科学的研究方法を理解し、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を含む。）を把握する。

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、地域医療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。

〈経験すべき症候－29 症候－〉

外来また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（救急）、体重減少・るい痩（一般外来）、発疹（内科、皮膚科）、黄疸（消化器内科、外科）、発熱（一般外来）、もの忘れ、頭痛、めまい（神経内科）、意識障害・失神（救急、神経内科）、けいれん発作、視力障害、胸痛、心停止、呼吸困難（救急）、阻血・喀血（呼吸器内科）、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便通異常（下痢・便秘）（消化器内科、外科）、熱傷・外傷（救急、外科、皮膚科）、腰・背部痛、関節痛（救急、整形外科）、運動麻痺・筋力低下（神経内科）、排尿障害（尿失禁・排尿困難）（救急、泌尿器科）、興奮・せん妄、抑うつ（精神科）、成長・発達の障害（小児科）、妊娠出産（産婦人科）、終末期の症候（内科、外科）

〈経験すべき疾病・病態－26 疾病・病態－〉

外来または病棟において、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（神経内科）、急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、高血圧（循環器内科）、肺癌、肺炎、急性上気道炎、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患（COPD）（呼吸器内科）、急性胃腸炎、胃がん、消化性潰瘍、肝炎・肝硬変、胆石症、大腸癌（消化器内科、外科）、腎盂腎炎、尿路結石、腎不全（一般外来、泌尿器科）、高エネルギー外傷・骨折（救急、整形外科）、糖尿病、脂質異常症（内科）、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）（精神科）

「臨床研修の到達目標、方略及び評価」

＜経験すべき症候－29 症候－＞および＜経験すべき疾病・病態－26 疾病・病態－＞を行ったことの確認は、PG-EPOC を利用し病態経験する度に随時入力する。匿名化された日常診療において作成した病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療、教育）、考察などを含む病歴要約（サマリー）と対応させる。

＜解説＞

① 上記の 29 症候と 26 疾病・病態は、2 年間の研修期間中に全て経験するように求められている必須項目となる。少なくとも半年に 1 回行われる形成的評価時には、その時点で研修医が経験していない症候や疾病・病態があるかどうかを確認し、残りの期間に全て経験できるようにローテーション診療科を調整する必要がある。なお、「体重減少・るい痩」、「高エネルギー外傷・骨折」など、「・」で結ばれている症候はどちらかを経験すればよい。疾病・病態の中には、予防が重要なものも少なくなく、急性期の治療後は地域包括ケアの枠組みでの対応がますます重要になりつつあるものがある。したがって、予防の視点、社会経済的な視点で疾病を理解しておくことも重要である。依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）に関しては、ニコチン、アルコール、薬物、病的賭博依存症のいずれかの患者を経験することとし、経験できなかった疾病については座学で代替することが望ましい。

② 病歴要約とは、日常業務において作成する外来または入院患者の医療記録を要約したものであり、具体的には退院時要約、診療情報提供書、患者申し送りサマリー、転科サマリー、週間サマリー等の利用を想定しており、改めて提出用レポートを書く必要はない。

症例レポートの提出は必須ではなくなったが、経験すべき症候（29 症候）、および経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）について、研修を行った事実の確認を行うため日常業務において作成する病歴要約を確認する必要がある。

病歴要約には、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）、考察等を含むことが必要である。

病歴要約に記載された患者氏名、患者 ID 番号等は同定不可能とした上で記録

を残す。

「経験すべき疾病・病態」の中の少なくとも1症例は、外科手術に至った症例を選択し、病歴要約には必ず手術要約を含めることが必要である。

〈その他—経験すべき診察法・検査・手技等〉

- ① 医療面接—病歴（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー等）を聴取し、診療録に記載する。

望ましいコミュニケーションのあり方を不断に追及する心構えと習慣を身に付ける。また家族を含む心理社会的側面、プライバシーへの配慮も学ぶ。

- ② 身体診察—病歴聴取に基づいて、適切な診察手技（指針、触診、打診、聴診等）を用いて、全身と局所の診察を速やかに行う。

診察に際しては倫理面にも十分な配慮を学ぶ。

- ③ 臨床推論—病歴情報と身体所見に基づいて、行うべき検査や治療を決定する。検査や治療にあたって必須となるインフォームドコンセントを受ける手順を身に付ける。

- ④ 臨床手技—基本的手技の適応を決定し実施する

- 1) 気道確保：内科系各科、外科系各科、小児科、麻酔科、救急科
- 2) 人工呼吸（バッグマスクによる徒手換気を含む）：内科系各科、外科系各科、麻酔科、救急科
- 3) 胸骨圧迫：内科系各科、外科系各科、小児科、救急科
- 4) 圧迫止血法：内科系各科、外科系各科、小児科、麻酔科、救急科
- 5) 包帯法：外科系各科、小児科、救急科
- 6) 採血法（静脈血、動脈血）：内科系各科、外科系各科、小児科、麻酔科、救急科
- 7) 注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）：内科系各科、外科系各科、小児科、麻酔科、救急科
- 8) 腰椎穿刺：神経内科、小児科、脳神経外科、整形外科、麻酔科、救急科
- 9) 穿刺法（胸腔、腹腔）：内科系各科、外科系各科、小児科、麻酔科、救急科
- 10) 導尿法：内科系各科、外科系各科、小児科、麻酔科、救急科
- 11) ドレーン・チューブ類の管理：内科系各科、外科系各科、麻酔科、救急科
- 12) 胃管の挿入と管理：内科系各科、外科系各科、小児科、麻酔科、救急科
- 13) 局所麻酔法：内科系各科、外科系各科、小児科、麻酔科、救急科
- 14) 創部消毒とガーゼ交換：外科系各科、小児科、救急科
- 15) 簡単な切開・排膿：外科系各科、麻酔科、救急科
- 16) 皮膚縫合：外科系各科、救急科

- 17)軽度の外傷・熱傷の処置：小児科、外科系各科、救急科
- 18)気管内挿管：麻酔科、救急科、内科系各科、外科系各科
- 19)除細動：麻酔科、救急科、内科系各科、外科系各科

- ⑤ 検査手技—血液型判定・交差適合試験、動脈血ガス分析（動脈採血を含む）、心電図の記録、超音波検査等を経験する。
- ⑥ 地域包括ケア・社会的視点—社会的な枠組みでの治療や予防の重要性を理解する
- ⑦ 診療録—日々の診療録を速やかに記載し、指導医・上級医の指導を受ける。入院患者の退院時要約を作成する（病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン、考察など）。各種診断書（死亡診断書を含む）の作成を必ず経験する。

（国立大学医学部付属病院長会議などより）

【研修医が単独で行なってよい処置・処方基準】

国立病院機構相模原病院における診療行為のうち、研修医が、指導医の同席なしに単独で行なってよい処置と処方内容の基準を示す。実際の運用に当たっては、個々の研修医の技量はもとより、各診療科・診療部門における実状を踏まえて検討する必要がある。各々の手技については、例え研修医が単独で行ってよいと一般的に考えられるものであっても、施行が困難な場合は無理をせずに上級医・指導医に任せる必要がある。なお、ここに示す基準は通常の診療における基準であって、緊急時はこの限りではない。

I. 診察

研修医が単独で行なってよいこと

- A. 全身の視診、打診、触診
- B. 簡単な器具（聴診器、打腱器、血圧計などを用いる全身の診察）
- C. 直腸診
- D. 耳鏡、鼻鏡、検眼鏡による診察

診察に際しては、組織を損傷しないように十分に注意する必要がある

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A. 内診

II. 検査

1. 生理学的検査

研修医が単独で行なってよいこと

- A. 心電図
- B. 聴力、平衡、味覚、嗅覚、知覚
- C. 視野、視力
- D. 眼球に直接触れる検査

眼球を損傷しないように注意する必要がある

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A. 脳波
- B. 呼吸機能（肺活量など）
- C. 筋電図、神経伝導速度

2. 内視鏡検査など

研修医が単独で行なってよいこと

- A. 喉頭鏡

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A. 直腸鏡
- B. 肛門鏡
- C. 食道鏡
- D. 胃内視鏡
- E. 大腸内視鏡
- F. 気管支鏡
- G. 膀胱鏡

3. 画像検査

研修医が単独で行なってよいこと

- A. 超音波

内容によっては誤診に繋がる恐れがあるため、検査結果の解釈・判断は指導医と協議する必要がある

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A. 単純X線撮影
- B. CT
- C. MRI
- D. 血管造影
- E. 核医学検査
- F. 消化管造影
- G. 気管支造影
- H. 脊髄造影

4. 血管穿刺と採血

研修医が単独で行なってよいこと

- A. 末梢静脈穿刺と静脈ライン留置

血管穿刺の際に神経を損傷した事例もあるので、確実に血管を穿刺する必要がある

困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

- B. 動脈穿刺

肘窩部では上腕動脈は正中神経に伴走しており、神経損傷には十分に注意する
動脈ラインの留置は、研修医単独で行なってはならない

困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A. 中心静脈穿刺（鎖骨下、内頸、大腿）
- B. 動脈ライン留置
- C. 小児の採血

とくに指導医の許可を得た場合はこの限りではない
年長の小児はこの限りではない

- D. 小児の動脈穿刺

年長の小児はこの限りではない

5. 穿刺

研修医が単独で行なってよいこと

- A. 皮下の嚢胞
- B. 皮下の膿瘍
- C. 関節

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A. 深部の嚢胞
- B. 深部の膿瘍
- C. 胸腔
- D. 腹腔
- E. 膀胱
- F. 腰部硬膜外穿刺
- G. 腰部くも膜下穿刺
- H. 針生検

6. 産婦人科

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A. 膣内容採取
- B. コルポスコピー
- C. 子宮内操作

7. その他

研修医が単独で行なってよいこと

- A. アレルギー検査（貼付）
- B. 長谷川式痴呆テスト
- C. MMSE

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A. 発達テストの解釈
- B. 知能テストの解釈
- C. 心理テストの解釈

Ⅲ. 治療

1. 処置

研修医が単独で行なってよいこと

- A. 皮膚消毒、包帯交換

- B. 創傷処置
- C. 外用薬貼付・塗布
- D. 気道内吸引、ネブライザー
- E. 導尿

前立腺肥大などのためにカテーテルの挿入が困難なときは無理をせずに指導医に任せる

新生児や未熟児では、研修医が単独で行なってはならない

- F. 浣腸

新生児や未熟児では、研修医が単独で行なってはならない

潰瘍性大腸炎や老人、その他、困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

- G. 胃管挿入（経管栄養目的以外のもの）

反射が低下している患者や意識のない患者では、胃管の位置を X 線などで確認する

新生児や未熟児では、研修医が単独で行なってはならない

困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

- H. 気管カニューレ交換

研修医が単独で行なってもよいのはとくに習熟している場合である

技量にわずかでも不安がある場合は、上級医師の同席が必要である

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A. ギプス巻き
- B. ギプスカット
- C. 胃管挿入（経管栄養目的のもの）

反射が低下している患者や意識のない患者では、胃管の位置を X 線などで確認する

2. 注射

研修医が単独で行なってもよいこと

- A. 皮内
- B. 皮下
- C. 筋肉
- D. 末梢静脈
- E. 輸血

輸血によりアレルギー歴が疑われる場合には無理をせずに指導医に任せる

- F. 関節内

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A. 中心静脈（穿刺を伴う場合）
- B. 動脈（穿刺を伴う場合）

目的が採血ではなく、薬剤注入の場合は、研修医が単独で動脈穿刺をしてはならない。

3. 麻酔

研修医が単独で行なってもよいこと

A. 局所浸潤麻酔

局所麻酔薬のアレルギーの既往を問診し、説明・同意書を作成する
研修医が単独で行なってはいけないこと

A. 脊髄麻酔

B. 硬膜外麻酔（穿刺を伴う場合）

4. 外科的処置

研修医が単独で行なってよいこと

A. 抜糸

B. ドレーン抜去

時期、方法については指導医と協議する

C. 皮下の止血

D. 皮下の膿瘍切開・排膿

E. 皮膚の縫合

研修医が単独で行なってはいけないこと

A. 深部の止血

応急処置を行なうのは差し支えない

B. 深部の膿瘍切開・排膿

C. 深部の縫合

5. 処方

研修医が単独で行なってよいこと

A. 一般の内服薬

処方箋の作成の前に、処方内容を指導医と協議する

B. 注射処方（一般）

処方箋の作成の前に、処方内容を指導医と協議する

C. 理学療法

処方箋の作成の前に、処方内容を指導医と協議する

研修医が単独で行なってはいけないこと

A. 内服薬（抗精神薬）

B. 内服薬（麻薬）

法律により、麻薬施用者免許を受けている医師以外は麻薬を処方してはいけない

C. 内服薬（抗悪性腫瘍剤）

D. 注射薬（抗精神薬）

E. 注射薬（麻薬）

法律により、麻薬施用者免許を受けている医師以外は麻薬を処方してはいけない

F. 注射薬（抗悪性腫瘍剤）

IV. その他

研修医が単独で行なってよいこと

A. インスリン自己注射指導

インスリンの種類、投与量、投与時刻はあらかじめ指導医のチェックを受ける。

B. 血糖値自己測定指導

C. 診断書・証明書作成

診断書・証明書の内容は指導医のチェックを受ける

研修医が単独で行なってはいけないこと

A. 病状説明

正式な場での病状説明は研修医単独で行なってはならないが、ベッドサイドでの病状に対する簡単な質問に答えるのは研修医が単独で行なって差し支えない

B. 病理解剖

C. 病理診断報告

XIX 年間スケジュール予定

【教育行事・講習会への参加】

新採用オリエンテーション、研修医会、院内C P C（年4回以上）、感染対策・医療安全講習会（各々年2回以上）、内科症例検討会などへの出席は必須である。

【1年次スケジュール（2年次と重複あり）】

- ・4月初頭：全体オリエンテーション（倫理観、病院システム、GX使用方法など）
- ・4月より各科ローテーション開始
- ・午前・午後救急当番あり（上級医とともに救急外来研修）
- ・二次救急当番あり（当直あり、上級医・2年次研修医との屋根瓦方式にて指導）
- *4月は保険医登録完了後に処方可、医師賠償責任保険加入後より採血など含めた手技可

- ・採血、点滴留置の講習・研修（4月予定）
- ・点滴ポンプ説明：点滴速度など
- ・動脈採血、胃管チューブ挿入研修
- ・保険医登録後）処方の方法など；添付文書の読み方、処方上の注意点、処方箋の書き方

- ・カルテの書き方、死亡診断書の書き方
- ・医療過誤・インシデント防止のための講義、インシデントレポートの考え方・記入方法

- ・4月：採血、点滴留置の講習
- ・点滴ポンプ説明：点滴速度など
- ・電子ジャーナル、検索システムの勉強
- ・CV講習
- ・FASTエコー講習
- ・胃管チューブ挿入
- ・エコー（生理検査室）；腹部や心臓など
- ・挿管：麻酔科で、人口呼吸器管理：麻酔科+MEより説明
- ・縫合
- ・ICT；COVID19、抗菌薬耐性など（薬剤師、医師）、NST（カンファ参加）、緩和（カンファ参加）、褥瘡（回診に参加）などチーム医療講習会

座学（症例に学ぶ）・会議など

- ・内科症例検討会（各科の症例を交えた座学）：毎月
- ・研修医会議毎月月曜日

【2年次スケジュール】

上記に加え、進路指導

3月院内研修医修了発表会

XX 研修医の心得

<基本的な心得>

- ・挨拶をしっかりと行うこと。コミュニケーションの基本である。
- ・勤務時間中は常に院内 PHS を携帯すること。
- ・受持患者さんは1日少なくとも2回は回診すること。
- ・常に真摯な態度で患者さんに接し、その訴えに十分に耳を傾けること。
- ・勤務中は報告・連絡・相談“ホウレンソウ”をしっかりと行うこと。
- ・時間外の指示（オーダーは15:30以降）や緊急の指示は指示簿や掲示板だけではなく必ず口頭でも伝達を行うこと。
- ・曖昧な知識で医療行為を行ったり、患者さんに説明したりせず、必ず知識や手技を確認して指導医の指示を仰ぐこと。上級医・指導医の了解なしに単独で医療行為を行わないこと。
- ・患者さんの訴え、症状については、絶えず上級医・指導医に連絡すること。
- ・些細な異常でも上級医・指導医に報告すること。
- ・チーム医療を意識し、同僚医師、上級医師、コメディカルスタッフとも良好な人間関係を築くように努力すること。
- ・自身の健康管理（休息する時はしっかり休む）・各種感染予防についても十分留意すること。
- ・異性の診察を行う際は（特に若い女性など）最大限の配慮で、相手を気遣い、こまめに声掛けをして、必ず複数人（上級医や看護師と一緒に）で診察を行うこと。
- ・日々勉強である。手技と共に学術的知識習得に励むこと。
- ・勉強会、研究会、学会などに積極的に参加すること。
- ・日本語のみならず医学英語の勉強と共に、海外の論文なども積極的に検索や読むことも大事である。
- ・学術的に興味深い症例などは常に意識して学会発表などを積極的に行えるように心がけること。
- ・コンピュータの技術や知識も習得し、今後の学会や論文発表の技術も磨くこと。
- ・悩みや不安がある時はどんなに些細なことでも自身で抱え込まずに上級医に相談すること。

<カルテ記載の心得>

- ・基本は SOAP で記入すること。
- ・出勤日は毎日記入すること。
- ・カルテはコピペせず、自分自身の診察の結果を記入すること。
- ・上級医のカルテを意識しすぎずに自分の言葉で記入すること。
- ・検査結果は必ず自ら確認して結果を記入すること。
- ・考察は自身で結果を吟味して自分の言葉で記入すること。
- ・略語はできるだけ用いないことが望ましい（医師以外のスタッフでも分かる

ように)。

- ・PG-EPOC の対象となる症例を意識して、該当する症例はすぐに PG-EPOC に記録を残すこと。

- ・ローテーション中に担当の疾患は積極的に勉強すること。その情報をカルテの考察などに記入してもよい。

<当直の心得>

- ・二次救急：平日は準夜帯 17:15～24:00、深夜帯 24:00～8:30、土曜日は日直帯 13:00～20:30、夜間帯 20:30～8:30、日曜日・祝日は日直帯 8:30～20:30、夜間帯 20:30～8:30 の二交代制で行う。

- ・当直は救急研修の一環として行う。

- ・診療は当直指導医の指導の下に行い、単独診療は行わないこと。

- ・急患室においてもチーム医療を心がけること。

- ・救急外来は外来診療を研修する主たる医療現場であり、多くのプライマリーケアを学ぶ研修の場であることを理解し、積極的に診療に関与すること。

- ・忙しい時、深夜の眠い時ほど、針刺しなどの医療事故に注意すること。

- ・COVID19 感染のみならず、結核など注意すべき感染症を意識し感染防御を怠らないこと。

- ・当直後はしっかり休息することを心がけること。

XXI 各科研修プログラム

内科

プログラム責任者 森田有紀子

指導医 消化器内科：安達献 菅野聡 迎美幸 川岸加奈 和田尚久

齋藤公哉 眞部優作 伊藤隆士

リウマチ科：松井利浩 津野宏隆 野木真一 矢野裕介

循環器内科：森田有紀子 福岡雅浩 山本明日香 高橋広軌

岡島裕一

アレルギー・呼吸器内科：関谷潔史 福富友馬 上出庸介

濱田祐斗 中村祐人 勝野貴史 佐藤亮

河崎裕一郎

脳神経内科：川浪文 富樫尚彦 宮城雄一

総合内科：吉江浩一郎

〈一般目標〉

日常一般診療において遭遇する内科的疾患について、医師として必要な知識、技能を身につける。またその重篤度、緊急度を理解し、適切な処置、治療ができ、あるいはコンサルトの必要性を判断できるようになる。そのために一定の診察法、検査、手技を習得し、症状、病態、疾患について理解する。

〈個別目標〉

A 経験すべき診察法・検査・手技

- (1) 全身の観察・診察ができ、記載できる。

バイタルサインの把握、頭頸部、顔面、胸・腹部、背部、四肢の診察（視診、触診、聴診、打診）、関節・筋肉系の診察、神経学的診察

- (2) 精神面への配慮ができる。インフォームド・コンセント、プライバシーの保護、的確な病状の説明ができ、記載できる。

- (3) 基本的な臨床検査

以下の検査について、その適応が判断でき、結果の解釈ができる。また※のついた検査については自ら実施できる。

- 1) 尿・便検査
- 2) 血算・白血球分画
- 3) 血液型判定、交差試験※
- 4) 心電図検査※、負荷心電図
- 5) 動脈血ガス分析※
- 6) 血液生化学
- 7) 免疫血清学的検査
- 8) 細菌学的検査
- 9) 呼吸機能検査※
- 10) 髄液検査
- 11) 細胞診、病理学的検査（生検）

12) 内視鏡（上部消化管※、その他の消化管、気管支鏡）

13) 超音波検査（腹部、心臓）

14) X線検査（単純、造影）

15) X線CT検査

16) MRI検査

17) 核医学検査

18) 神経生理学的検査（筋電図、脳波）

19) 皮膚テスト

20) 心臓カテーテル検査

21) 徒手筋力測定、関節可動域測定

(4) 基本的手技

1) 気道確保、人工呼吸

2) 心マッサージ

3) 圧迫止血法

4) 包帯法

5) 注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）

6) 採血法（静脈、動脈）

7) 穿刺法（腰椎、胸腔、腹腔、関節）

8) 導尿法

9) ドレーン・チューブ類の管理

10) 胃管の挿入と管理

11) 局所麻酔法

12) 気管内挿管

(5) 基本的治療法

1) 療養指導（安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備）

2) 薬物療法—作用、副作用、相互作用を理解する。

抗菌薬、副腎皮質ステロイド薬、気管支拡張薬、抗リウマチ薬、解熱鎮痛薬、降圧薬、抗不整脈薬、抗ガン薬、生物学的製剤など

経路：内服、注射、局所投与、吸入、貼付、塗布

3) 輸液療法、IVH

4) 輸血（成分輸血を含む）

5) リハビリテーション

B 経験すべき症状・病態・疾患

(1) 頻度の高い症状

全身倦怠、不眠、食欲不振、体重変動、浮腫、リンパ節腫脹、発疹、黄疸、発熱、頭痛、めまい、失神、けいれん発作、嘔声、胸痛、動悸、呼吸困難、咳・痰、嘔気・嘔吐、胸やけ、嚥下困難、腹痛、便秘異常、腰痛、関節痛、歩行障害、しびれ、血尿、排尿障害、尿量異常、不安・抑うつ

(2) 緊急を要する症状・病態

心肺停止、ショック、意識障害、急性呼吸不全、急性心不全、急性冠症候群、

急性腹症、急性消化管出血、急性腎不全、急性感染症、急性中毒

(3) 経験が求められる疾患・病態（★は当院では経験することが難しい疾患）

1) 血液・造血器・リンパ網内系疾患

貧血、白血病★、悪性リンパ腫、出血傾向・紫斑病

2) 神経系疾患

脳・脊髄血管障害、痴呆性疾患、変成疾患、脳炎、髄膜炎

3) 循環器系疾患

心不全、狭心症・心筋梗塞、心筋症、不整脈、弁膜症、動脈疾患（動脈硬化症、大動脈瘤）、静脈・リンパ管疾患、高血圧症

4) 呼吸器系疾患

呼吸不全、呼吸器感染症、閉塞性肺疾患、拘束性肺疾患、肺循環障害、異常呼吸、胸膜、縦隔、横隔膜疾患、肺ガン

5) 消化器系疾患

食道・胃・十二指腸疾患、小腸・大腸疾患、胆嚢・胆管疾患、肝疾患、膵臓疾患、横隔膜・腹壁・腹膜疾患

6) 腎・泌尿器系疾患

腎不全、原発性糸球体疾患、全身性疾患による腎障害

7) 内分泌・栄養・代謝系疾患

甲状腺疾患、副腎疾患、糖代謝異常、高脂血症、タンパクおよび核酸代謝異常

8) 感染症

ウィルス性感染症、細菌性感染症、真菌性感染症、結核★、性感染症、寄生虫感染症★

9) 免疫・アレルギー疾患

膠原病、関節リウマチ、気管支喘息、アナフィラキシー

10) 加齢と老化

高齢者の栄養摂取傷害、老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥創）

C 学習方略

指導医と組んで入院患者の診療に当たる。検査計画、治療計画については指導医と相談して決定する。診療録の記載については必ず署名をし、指導医のカウンターサインを必要とする。各病棟のカンファランスには必ず出席し、研修医の受け持ち患者のプレゼンテーションを行う。また内科全体のケース・カンファランス、抄読会にも可能な限り出席する。

D 評価方法

病棟の研修が終了するときに、病棟長、指導医が研修医の評価を行う。また研修医からも評価を行う。

消化器内科（3階北病棟）

プログラム責任者 菅野聡

指導医 安達献 菅野聡 迎美幸 川岸加奈 和田尚久 齋藤公哉
眞部優作 伊藤隆士

1. 消化器、肝臓病を中心として、研修医、レジデント、常勤医と共に問題点を出し合い、互いに対話のある医療を目標とする。

2. 病棟の特徴：主として消化器病、肝臓病の臨床

病棟スケジュールを消化器病学会、肝臓病学会認定マニュアルを目標とする。

消化器内科スケジュール

月曜日：午前 消化器内視鏡検査

午後 大腸鏡、ERCP

16：30 病棟医長回診

17：30 消化器術前、術後カンファレンス（外科、放射線科、病理と合同）

18：30 内視鏡読影会

火曜日：午前 消化管レントゲン検査

午後 肝生検

17：00 肝疾患、新患チャートカンファレンス

水曜日：午前 腹部超音波検査

木曜日：午前 消化器内視鏡検査、腹部超音波検査

午後 大腸鏡、ERCP、肝生検

16：00 チャートカンファレンス

17：00 肝病理カンファレンス（病理と合同）

金曜日：午前 消化器内視鏡検査

3. 研修医の到達目標

スーパーローテーションの場合

（1）患者の病歴聴取法、記録法、消化器疾患の診断と診療計画のたてかた、症例呈示方法の習得。

（2）治療前、検査前のインフォームドコンセントの実践。

（3）全身の観察法、腹部の診察法と記録法の習得。

（4）採血法、注射法、腹水穿刺法、胃管の挿入管理の習得と、鎖骨下静脈カテーテル挿入、S-B チューブ挿入等の基本的手技の理解。

（5）急性腹症、急性消化管出血症例の診断方法と治療法の経験。

（6）上部内視鏡検査、上部消化管造影検査、注腸造影検査、腹部超音波検査、腹部CT検査、腹部MRI検査のルーチン検査方法の理解と各検査法の合併症の把握とその対処法の理解。

（7）腹部X線検査、内視鏡検査、消化管造影検査、腹部超音波検査、腹部CT検査の基本的読影力の養成

6 ヶ月ローテーションの場合

上記に加えて

(8) 上部内視鏡検査、注腸造影検査、腹部超音波検査のルーチン検査の実践。

4. レジデントの到達目標

レジデント 1 年目の場合

- (1) 各種消化管ルーチン検査の実践と読影の習熟。
- (2) 注腸造影検査、経口小腸造影検査、大腸鏡検査のルーチン検査の実践と習得。
- (3) 消化管出血等の緊急検査の介助。
- (4) 肝癌エタノール注入療法、PTCD,EST,ERBD の介助。

レジデント 2 年目の場合

- (1) 上部内視鏡検査、大腸鏡検査、腹部超音波検査の精密検査法の習得。
- (2) 経管小腸造影検査の実践並びに、各種消化管造影精密検査法の習得。
- (3) 肝腫瘍生検、肝生検の実践
- (4) 肝病理組織、各種内視鏡検査、各種造影検査の精密読影法の習得。
- (5) 大腸ポリペクトミーと出血時のクリップの手技の習得

レジデント 3 年目の場合

- (1) 緊急内視鏡検査、ERCP の実践
- (2) 上部消化管出血に対する、ヒータープローブ法、エタノール注入法、クリップ、EVL 法による内視鏡的止血療法の習得。
- (3) 肝癌エタノール注入療法の実践

アレルギー・呼吸器内科（5階北病棟）

プログラム責任者 関谷潔史

指導医 関谷潔史 福富友馬 上出庸介 濱田祐斗 中村祐人
勝野貴史 佐藤亮 河崎裕一郎

1. 一般目標

アレルギー・呼吸器疾患における基本診療技術を習得する。

2. 行動目標および評価項目

2-1 アレルギー

- 1) アトピー素因の理解をする。
- 2) アレルゲンとアレルギー疾患の関連性の理解をする。
- 3) アレルギーの主要症状について理解する。
- 4) アレルギー検査（RAST, skin test）を理解し、その結果を説明できる。
- 5) 気管支喘息の発症機序を理解する。
- 6) 気道過敏性の測定方法とその意味の理解をする。
- 7) アスピリン喘息の理解をする。
- 8) ガイドラインにしたがった気管支喘息の治療をする。

2-2 呼吸器

1) 基本的な診察技術の習得

聴診（正常呼吸音、連続性、断続性ラ音、胸膜摩擦音）を主体に視診（呼吸リズムと異常、胸郭の異常、頸静脈怒張）、打診（清音、鼓音、濁音、左右差）を行うことができる。

- 2) 呼吸器の主要症候の理解（咳、痰、血痰、喀血、呼吸困難、喘鳴、胸痛、嘔声、チアノーゼ、ばち指、異常呼吸）
- 3) 呼吸不全（急性、慢性、急性増悪）とCO₂ナルコーシスを理解し酸素投与の方法を理解できる。
- 4) 慢性呼吸不全を通じ肺高血圧、右心不全の病態を理解する。
- 5) 簡単な呼吸機能検査（ピークフローメーター、スパイロメトリー）が施行でき、拘束性障害、閉塞性障害などの解釈ができる。
- 6) 気管支鏡検査のもつ診断的意義を理解できる。
- 7) 気管支拡張薬、鎮咳薬、去痰薬、副腎皮質ステロイド、抗菌薬などの薬効、副作用を理解し治療が行える。
- 8) 吸入療法が施行できる。
- 9) 結核患者発生時の法的手続き、院内感染対策マニュアルに沿った院内感染への理解。
- 10) 肺癌の診断ができ治療方針を理解する。

3. 学習方法

3-1 アレルギー

喘息患者を指導医と共に担当する。喘息のアレルゲン診断を通じ上記の検査（皮膚試験、RAST、抗原吸入誘発試験など）の持つ意味を理解する。

3-2 呼吸器

呼吸不全患者を指導医と共に担当する。急性（喘息発作）および慢性呼吸不全（肺気腫、各種疾患後遺症肺）の治療を通じ酸素投与、基本的呼吸器疾患治療薬の使用法を学ぶ。

4. 教育評価と評価基準および最低限の獲得目標

1) 上記の行動目標と評価項目を次の基準で個別評価する

a=優れている、 b=平均、 c=不十分

2) 最低限の獲得目標

- ① アレルギー・呼吸器領域において遭遇することの多い疾患（気管支炎、肺炎、気管支喘息）の標準治療ができる。
- ② 肺がんを含め他の専門医に送るべき疾患の鑑別（過敏性肺臓炎、間質性肺炎など）ができる。

リウマチ科（1 階北病棟他）

プログラム責任者 津野宏隆

指導医 松井利浩 津野宏隆 野木真一 矢野裕介

1. 研修目標

- ① 関節リウマチ・膠原病は全身性疾患であり、諸器官・臓器障害を惹起する疾患であることを理解すること。
- ② 関節リウマチ・膠原病・腎臓病が疑われる症例に関して、適切な問診・診察・検査により鑑別診断ができるようになる。
- ③ 関節リウマチ・膠原病等の自己免疫疾患や腎疾患患者を対象とした臨床研修を通して、診断法・治療法・治療効果の判定・合併症の対策などを学ぶ。
- ④ 関節リウマチ・膠原病に対する抗リウマチ薬・免疫抑制薬・生物学的製剤ステロイド剤等の使用法について熟知する。
- ⑤ 免疫吸着法あるいは末梢静脈血単核球除去療法など血液浄化療法を経験。
- ⑥ 糖尿病、高脂血症の診断と治療法を習得する。
- ⑦ 患者の一番の悩み、望みを聞きだせるようになること。悩みや不満がどこにあるかを聞きだせるようになること。あなた（研修医）の人間としての本分が試されるよい機会である。患者予後として医師側の目標設定と一致しないことも多いはず。その時、どうすべきかを考える能力を身につけていただけるように共に考えていく（指導側も大変である）。

2. 病棟週間スケジュール

(月)	毎週	14:00～	病棟回診
		16:00～	病棟カンファランス
(火)	第1	17:00～	内科症例検討会（内科合同）
	第3	17:00～	内科抄読会（内科合同）
(木)	第3	16:00～	C P C（内科合同）
	第4	16:30～	リウマチカンファランス（内科・整形外科）

3. 経験目標

A 経験すべき診察法・検査・手技

関節所見のとりかた、関節可動域測定、徒手筋力測定
免疫学的検査、不明熱精査
関節リウマチ・膠原病における画像検査
(X-p、CT、MRI、各種シンチグラム)
関節穿刺、関節内注射
骨髄穿刺、腎生検、筋生検

B 経験すべき（あるいは経験が求められている）疾患・病態

（有病率の低い疾患は経験できない場合もある）

関節リウマチ（RA）

全身性エリテマトーデス (SLE)
多発性筋炎 (PM)
皮膚筋炎 (DM)
強皮症 (SSc) および CREST 症候群
多発性動脈炎 (PN)
ANCA 関連血管炎
混合性結合組織病 (MCTD)
シェーグレン症候群 (Sjs)
ベーチェット病
その他の結合組織病
急性腎炎
慢性腎炎
IgA 腎症
ネフローゼ症候群
半月体形成性腎炎
その他の腎実質性疾患

4. 治療

[リウマチ・膠原病]

薬物療法

- ① 遅効性抗リウマチ薬 (DMARDs) の使い方
- ② 非ステロイド消炎薬 (NSAIDs) の使い方
- ③ 副腎皮質ステロイド薬の使い方
ステロイド経口投与の量と副作用
ステロイド・パルス療法の適応
ステロイド薬関節腔内注射・腱鞘内注射
- ④ 免疫抑制剤の使い方
シクロフォスファミド・パルス療法の適応
その他の免疫抑制剤の投与方法について
- ⑤ 生物学的製剤、JAK 阻害剤等の使い方
適応、副作用に関する知識

手術療法に関する知識（整形外科との連携に関する知識である。リウマチカンファの場で学ぶことができる）

- ① 人工関節置換術（膝・股・肘関節）の適応
- ② 滑膜切除術の適応と限界
- ③ 足趾形成術、手指腱再建術・関節固定術の適応
- ④ 頸椎病変に対する外科的治療の適応

体外循環（免疫吸着療法・白血球除去療法等）による悪性関節リウマチ
全身性エリテマトーデス、多発性筋炎、皮膚筋炎等の治療

リハビリテーションに関する知識

関節リウマチ・膠原病のリハビリテーションについて

- ① 関節リウマチの理学療法、作業療法
- ② 関節リウマチにおける水治療法の適応について
- ③ 装具、自助具

[腎・代謝性疾患]

- ① 腎疾患・糖尿病の食事療法
- ② 血液透析導入のタイミング
- ③ 経口糖尿病薬の使用と限界インスリン療法の適応と実際
- ④ インスリン療法の適応と実際

循環器内科（2階南病棟）

プログラム責任者 森田有紀子

指導医 森田有紀子 福岡雅浩 山本明日香 高橋広軌 岡島裕一

1. 一般目標

当循環器科における初期研修においては、医師として、ひとりの社会人として、周りの人と良好な人間関係を保ち、最善の医療を提供する能力と身に付ける努力を続けること、目の前にある心疾患にとらわれることなく全身から見た循環器病学の基礎を理解修得することを目標とする。

2. 行動目標

- 1) 患者・家族と十分なコミュニケーションがとれるように努力を続ける。
- 2) 緊急を要する疾患を鑑別でき、緊急処置が施せる。
- 3) 心電図の基礎を修得し、病態を推測できる。
- 4) 心不全の病態を理解し、患者・家族に説明できる。
- 5) 負荷心電図検査が行え、判断ができる。
- 6) 心臓超音波検査の所見を解釈でき、患者・家族に説明できる。
- 7) 心臓カテーテル検査の概略が理解でき、外回りの仕事ができる。

3. 学習方略

指導医1人について、2名までの研修医がついて指導をうける方法をとる。疾患の理解を深めるために、週2回のカンファランスにおいて検討を行う。また、興味のある症例については、学会での症例報告を行い、その疾患のより深い理解を求める。

- 1) 患者・家族への病状説明には担当患者以外にも積極的に立会い、いろいろな事柄を学び自らを高める努力を続ける。
- 2) 緊急疾患に対しては、可能な限り初療から加わり、上級医師の指示を経験することにより自ら判断を下し緊急処置を施せるように訓練する。
- 3) 特に急性冠症候群での心電図変化と頻脈性不整脈を中心に指導する。
- 4) 最近の心不全治療について、**Evidenced-based Medicine** を理解し、症例をとおして治療法の考え方を深める。
- 5)、6)、7) ほぼ毎日、いずれかの検査を行っている。検査手技を見学し、検査上の変化・結果を“おかしい”と思う感覚を身に付けてもらう。さらに、患者・家族に対して結果説明できるように指導する。

4. 教育評価および評価項目

以下、各項目において臨床研修の熟練程度を評価する。

1) 態度

- ①挨拶・自己紹介をする。
- ②患者の訴えや話をよく聞く。
- ③上級医師の指導や助言を謙虚に聞く。

- ④自ら勉強する。
- ⑤検査・処置・勉強会に積極的に参加する。
- 2) 緊急疾患
 - ①短時間で必要最低限の病歴を聴取する。
 - ②適切な検査と処置を行う。
 - ③検査結果を理解できる。
 - ④起こりうる変化を予測できる。
- 3) 心電図・超音波・各検査読影
 - ①急性心筋梗塞、肺梗塞などの緊急を要する疾患を見落とさない。
 - ②各検査から病状を推測できる。
 - ③患者・家族に対して結果説明できるようになる。
 - ④心臓カテーテル検査では、外回りの仕事ができる。
 - ⑤検査のもつ臨床的意味・限界をしる。
- 4) 心不全
 - ①患者の精神状態をわかってあげられる。
 - ②病状の適切な判断ができる。
 - ③適切な処置・治療が行える。
- ⑤ ACE 阻害薬や、 β 遮断薬の使用経験を積む。

脳神経内科（1 階北病棟）

プログラム責任者 川浪文

指導医 川浪文 富樫尚彦 宮城雄一

1. 21 世紀に於ける脳神経内科の位置づけ

1) 医療の現場における脳神経内科医の位置づけ：

21 世紀に於けるわが国の社会一般の趨勢は低成長と高齢化社会とされる。神経疾患の多くは加齢に伴って有病率が増す傾向にある。現時点で予防医学の発達により一般の成人病による死亡が減少し、平均寿命が延長することによって、むしろ神経疾患の有病率は増してきている。このため、脳神経疾患を正確に診断し、長期に亘って治療を行う脳神経内科医の需要は、社会的に観点からも増大してきている。

これらの需要に対し、脳神経内科医に要求されることは診断、治療の能力のみならず、治療と介護とが脳神経疾患患者においては連続、もしくは共存していることに対する理解が挙げられる。脳神経疾患の多くは緩徐に増悪する疾患、もしくは再発を繰り返すことにより不自由度が増す特徴がある。脳神経疾患でもたらされる disable とは心身共に障害が増大することが多く、結果として患者のみならず、介護者の負担を増す。このため、脳神経内科医には治療のみならず、福祉行政や保健行政の実情を把握し、これら行政各省庁との連携を密にし、患者と介護者の生活にあわせた治療環境を設定する能力も要求される。これらの一環として、現行の厚生労働省特定疾患対策事業、および介護保険制度においても、脳神経疾患は対象疾患としての比率が高いことを理解しておくことも必要である。現行では介護保険認定に脳神経内科医の参加は特に求められていないが、脳神経疾患の理解は必須条件とも考えられ、現状では数少ない脳神経内科医のみではカバーしきれない状況を打破する必要もある。

また、移植医療に於いても脳神経内科医に対する需要が増している。脳死者からの臓器移植が平成 9 年の法施行後、実施されてきているが、脳死判定者の要件として神経内科専門医が挙げられている（厚生労働省法的脳死判定マニュアル）。現在の脳死判定は神経内科専門医、脳神経外科専門医、麻酔科などによるチーム判定であるが、脳波判定や、神経所見判定には脳神経外科専門医とともに中心となる立場にあり、冷静沈着な判断能力が望まれる。

日常臨床の場においてもコンサルタントとしての脳神経内科医に対する需要は増してきている。関連分野としては整形外科、脳神経外科、精神科、リハビリテーション科などはオーバーラップした疾患が多く特に脳神経内科との関連が密であるが、その他にも耳鼻咽喉科、眼科、膠原病アレルギー科、救急医学などの様々な疾患に伴う脳神経症状の判定や治療へのコンサルタントとしての脳神経内科への需要である。また、各科の疾患に伴う脳神経疾患のほかにも合併症としての脳血管障害や、意識障害も少なくないため、現状でも脳神経内科外来初診に占める各科からのコンサルテーションは 50%を超える。さらに、脊髄脊椎疾患治療、機能神経外科を展開していく上で、脳神経内科医の存在は必要条件の一つである。このような状況にあることより、病院内チーム医療を行

ううえでも脳神経内科医への需要はさらに増すことが予想される。

2) 高度先端医療実施下における脳神経内科医：

前述した移植医療のみならず，遺伝子診断，遺伝子治療，幹細胞移植などの高度先端医療技術が開発されつつあり，21 世紀中には実施されることが予測される．かかる状況に於ける脳神経内科医の立場はどのようなものであろうか？

研究者としての脳神経内科医の立場では疾患原因遺伝子の探索と，疾患原因遺伝子の機能解析とこれに基づいた疾患の増悪阻止，および遺伝子治療の推進が先ず挙げられる．遺伝子治療や幹細胞移植に当たっては，機能発現や行動解析実験などが必要であり，神経生理学的な知識や病態への理解に脳神経内科医の能力が必要とされる．一方では，患者と直接かかわる医師としての立場からは，これらの先端医療を受ける患者の病態を把握し，心理的側面に対してもサポートできる能力が求められる．

2. 卒後初期研修における一般目標

- 1) 医療の現場におけるコミュニケーションの重要性を理解し，信頼関係の確立に役立つ能力を身につける．
- 2) 神経学的所見のとり方を理解する．
- 3) 主な神経症候から補助診断を選定でき，診断に至るプロセスを身につける．
- 4) 脳神経疾患での緊急時であるけれども，意識障害，急性呼吸不全，クリーゼが診断でき，対処のあらましを説明できる．
- 5) 頻度の高い神経疾患である脳血管障害，頭痛，パーキンソン病，アルツハイマー病などの診断ができ，治療法の概要を理解する．
- 6) 患者の基本的権利を熟知し，遺伝子診断や神経難病の診断の際に必要な対話能力，考え方を身につける．
- 7) チーム医療の重要性を理解し，コメディカルとの連携を図る能力を身につける．
- 8) 地域医療との連携の必要性を理解する．
- 9) 移植医療における脳神経内科医の立場を理解する．

3. 卒後初期研修における到達目標

1) 一般医学的事項

- (1) コミュニケーションを通して良好な人間関係を築くことができる．
- (2) 患者および家族の心理的および社会的背景を把握し，問題点を抽出，分析できる．
- (3) カウンセリングの重要性を理解できる．
- (4) 地域の保健，医療，福祉，介護施設の活動内容を理解し，ネットワークに参加できる．
- (5) 自分の能力の限界を知り，他職種や他科医師に必要な応じた援助を求められる．
- (6) 自分の考えを論理的に整理し，表現できる．
- (7) 一般内科的診察ができる．
- (8) 一般検査の内容と異常値の意義が説明できる．

- (9) 胸腹部，骨格系のX線像の正常像と異常像を理解する。
- (10) 一日栄養必要摂取量など栄養管理について説明できる。
- (11) 脳死判定に必要な項目について説明できる。

2) 神経学的診察法，および内科的処置

- (1) 神経学的所見をとることができる。
- (2) 意識障害を来す疾患の鑑別診断ができる。
- (3) リハビリテーションの意義と方法のあらましを説明できる。
- (4) 腰椎穿刺ができ，髄液所見から診断が推定できる。
- (5) 画像検査
 - a. MRI 像やCT 画像での正常像と病変像を理解できる。
 - b. くも膜下出血や慢性硬膜下血腫，水頭症，脳腫瘍などが疑われた場合に，脳神経外科へ速やかにコンサルトできる。
 - c. SPECT 像の概要を理解し，説明することができる。
- (6) 生理学的検査
 - a. 筋電図検査，神経伝導速度，各種誘発検査の概要を理解し，補助検査として選択できる。同時に検査
 - b. 脳波検査の意義を理解し，補助検査として選択できる。
 - c. 平衡機能検査の概要を理解し，補助検査として選択できる。
 - d. 聴力検査平衡機能検査の概要を理解し，補助検査として選択できる。
- (7) 病理学的検査
 - a. 神経生検，筋生検が必要な病態を理解する。
 - b. 神経生検，筋生検の方法を理解する。
 - c. 神経生検像，筋生検像が説明できる。
 - d. 神経疾患に於ける病理解剖の意義を理解し，家族から同意を得るためのコミュニケーション方法を身につける。
- (8) 脳神経疾患で日常的に行われる手技の習得
胃チューブ挿入や胃ろう増設，バルーンカテーテル挿入，エアウェイ挿入の意義を知り，適応症状を理解する。また，胃チューブ挿入，バルーンカテーテル挿入，経鼻エアウェイ挿入が一人で行える。
人工呼吸器の仕組みを理解でき，配管を自分で行える。また，呼吸生理を理解し，人工呼吸器の使用法の概略がわかる。

3) 脳神経疾患に於ける common disease

- (1) 脳血管障害
 - (2) 髄膜炎および脳炎
 - (3) 頭痛
 - (4) 痴呆
 - (5) パーキンソン病
 - (6) てんかん
- これらの疾患群について以下について習得する。
- a. 病態生理の理解，主要徴候から診断へのプロセスを理解する。

- b. 補助診断法の選択と確定診断のための総合判断ができる.
- c. 治療法のあらましを説明できる.
- d. 脳神経外科へのコンサルトが必要な病態を理解し, 速やかに判断が下せる.
- (e. 具体的治療は上級医と相談し, 自己判断では行わない)

4) 比較的頻度の高い脳神経疾患

- (1) 脊髄小脳変性症
- (2) 脱髄疾患
- (3) ニューロパチー
- (4) 運動ニューロン病
- (5) 筋疾患
- (6) 神経筋接合部疾患

これらの疾患群について以下について習得する.

- a. それぞれの疾患の主要徴候を理解する. また, 脊髄小脳変性症については遺伝群と非遺伝群とがあることを理解し, 頻度の高い病型について特徴を説明できる.
- b. 病態生理の理解, 主要徴候から診断へのプロセスを理解する.
- c. 補助診断法の選択と確定診断のための総合判断ができる.
- d. 治療法のあらましを説明できる.

5) 全身疾患に伴う神経筋症状

- (1) 悪性腫瘍
- (2) 内分泌代謝疾患
- (3) 血液疾患
- (4) 膠原病、アレルギー疾患

4. 学習方略

- 1) 実習：学習は主として入院患者を受け持つことにより, 指導者の下に実地経験をつむ. その際, 上記に列举した一般目標, 到達目標を達成するべく少数の患者について疾病および障害の受容に配慮できるコミュニケーション技法を習得する. その際, コメディカルや地域医療との連携についても同時に習得する. 地域医療との連携については現行の保険制度, 介護保険制度を踏まえ, 連絡会議に出席し, あらましを理解する.

一方, 神経学的知識を深め, 経験を積むために指導医の診療の補助を行い多くの症例について神経症候, 補助検査の組み立て方およびそれらの禁忌について習得する. なお, 脳神経外科, 眼科, 耳鼻咽喉科, 整形外科, リウマチ・アレルギー科, 泌尿器科との境界領域の症状を示す症例が多いため, これら関連科との連絡を密にとり, 経験症例数の増加を図る. また, 脳神経疾患の急性期症例や緊急時に対面した場合には指導医と共に対処を行うことにより, 対処法を実地で学ぶ.

なお, 補助検査法として当施設で現在検査不能である検査法は上記のうち平衡検査および, 精密聴力検査法である.

実習については具体的には毎日の個々の症例に対する症状変化, 治療法に

について指導医に報告する。また、週 1 回の症例検討会、抄読会を行い知識の整理を行う。この際、EBM についての知識を得るとともに最新の治療法についても理解する。さらに、地域医療との関連を得るために地域主催の症例検討会にも出席する。これらによりプレゼンテーション技法、症例報告の仕方、論文作成法を身につける。

2) 自習

実習で経験した事象について自習する。疑問点については指導医に相談する。指導医は適切な示唆を与えると共に、関連した文献その他について提示する。

3) 医療全般にわたる実習

保健制度のあらましを理解するためにレセプト表記、症状表記について学ぶ。また、個々の症例を通して終末期医療についての考えを深める。さらに特定疾患認定診断書、身体障害認定診断書、障害年金診断書、商社手帳・通院医療費公費負担申請書（精神保健法 32 条）、介護保険主治医意見書については記載方法を身につける。さらに、入院証明書、診断書、保険請求診断書についても記載方法を身につける。

5. 教育評価（到達度評価）

1) 形成的評価

努力目標、技能、知識については到達目標に掲げた個々の項目について 4 段階評価を行う。初期研修に於いては神経学的診察手技について特に重視した評価を行う。

また、患者や介護者、コメディカルとのコミュニケーション能力については指導医が観察記録を作製する。

2) 総括的評価

総括的評価により初期研修の習得状況は施設として責任を持って行う。これには指導医などの形成的評価を参考とする。

総合内科（2 階南病棟）

プログラム責任者 吉江浩一郎

指導医 吉江浩一郎

1. 目標

総合内科での初期研修においては、専門領域での研修前に医師として基本的な知識、パラメディカルとの関わり、患者様との人間関係の構築について指導を行う

とくに、診断に関しては、病歴聴取、病態の理解を重要とし、生理学、解剖学的に疾患の理解を深めていく

また、患者様に対する応対に関しては、ユマニチュード、BATHE 法などを行い、日々の診療、病棟での管理に役立てるように指導を行っていききたい

2. 学習方略

患者様と指導医と一緒に診察、治療、応対を行い、患者ごとに関連する疾患の鑑別診断、病態生理について調べたり、説明を行って理解を深める

必要であれば、研修医との勉強会も今後、考えていきたい

NEJM, lancet などの major journal のレビューをワールドスタンダードとして理解を深めていきたい

外科・乳腺外科・呼吸器外科（3階南病棟）

プログラム責任者 旗手和彦

指導医 金澤秀紀 旗手和彦 二渡信江 坂本友見子 森谷宏光
大越悠史 桑野紘治 鶴丸裕司 飯塚美香 井上準人
山崎宏継 大泉陽介

1) プログラムの名称

独) 国立病院機構相模原病院外科臨床研修プログラム

2) プログラムの目的と特徴

外科をローテーションする研修医のための2ヶ月間の研修プログラム。

本プログラムの特徴は、外科の基本的手技の習得を目的とし、さらに術前・術後の患者の全身管理の経験・習得を目指すという点である。

3) 後期研修プログラム責任者と施設

- ・プログラム責任者 旗手和彦手術部長・外科部長
- ・基幹施設 独) 国立病院機構相模原病院外科

相模原病院は神奈川県最大の国立病院機構病院で地域医療とリウマチ・アレルギーの準ナショナルセンター（高度専門医療施設）で病床数458床、うち外科病床63床である。最近の外科への年間入院患者は900名、年間入院手術650件、外来手術50件程度である。

その他、日本外科学会、日本消化器外科学会、日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会、日本乳癌学会などの研修指定病院である。

研修医スタッフを含めて北里大学病院との人的交流もあり、研修の実を上げている。

4) プログラムの管理運営

毎年4月および10月にプログラム委員会を開催する。前年度およびその年度の研修の評価を行い、それに基づいて、その年度の研修プログラムを協議、計画をたて、必要な修正を行う。研修医の配置や評価など、臨床研修に関連する事項につき協議し、決定する。プログラム指導者はこれらの件に関して、国立相模原病院研修委員会連絡をとり調整と評価を行い、承認を得る。

5) 定員

2名（収容定員4名）

定員を越える希望者がある場合は、プログラム指導者が面接して決定する。

6) 教育課程

- ・期間割と研修医配置予定

3ヶ月間の研修期間と非常に限られた短期であるため、各研修医に1名の外科スタッフが指導医としてあたり、実際の臨床の場で指導に当たる。

・研修目標と到達内容

I) 研修目標

- ①医師としての社会的責任を認識し、保険医療制度のもとでの、必要な外科的基礎的知識、技能を会得する。
- ②日本外科学会認定医修練カリキュラムに準拠して医師として必要な基本的診断の知識および技能を広く身につける。
- ③チーム医療における他の医師および医療メンバーと協調する習慣を身につける。
- ④診療における正しい判断力と理論的な思考課程を組み立てられる能力を育てる。

II) 研修内容

①勤務要領

A.基本的任務

研修医は病院長の直属する医師として、1年目に2ヶ月外科をローテートし、2年目後半に希望があればさらに外科を研修することができる。いずれの場合も外科医長の指導のもとに受持医となり、主治医の指導を受けて診療を行う。

B.職務

研修医は外科の医療上の行為に関しては、次に掲げるような職務を遂行しなければならない。

i) 診療について

主治医が決定した診療計画に基づき医学的に正しい診療を行う。

- a. 新入院患者を受け持つ場合は直ちに現病歴、既往歴を聴取し、診療を行う。
- b. 医療文書の重要性を認識し、受持患者の病歴を作成し、検査所見を整理し記録、保存する。
- c. 新入院患者を受け持った場合、あるいは受持患者の症状に急変が生じた場合は直ちに主治医に連絡する。
- d. 受持患者の特殊な検査および処置は主治医の指導の下に自ら行う。
- e. 科長の回診時には、病状、検査、鑑別診断、処置等の報告をする。
- f. 受持患者の退院時には、予定される退院後の処置について主治医の指示を受け、退院サマリーを作成する。
- g. 原則として退院サマリーは退院時に作成しておくべきであり、部長の検印を受けて完成する。
- h. 受持患者の病理解剖に立ち会う。患者の退院サマリーを解剖開始前に作成し、主治医の検閲を受けた後、病理医に提出する。
- i. 病棟では次の各項に関する業務を行う場合には事前に部長または主治医と協議の上指示を受ける。
 - イ. 治療方針の決定。

- ロ. 患者およびその関係者と治療方針について説明の上協議し、必要に応じて予後についての見解を明らかにする場合。
- ハ. 特に重要な処置、検査、手術、その他。
- ニ. 退院の決定。
- ホ. 診断書、各種証明書、紹介状、死亡診断書などの作成は主治医の許可、承認を受けること。
- ヘ. 緊急時に以上の手続きを経ず実施した場合には、事後でできる限り速やかに科長または主治医に報告し、その承認を得る。
- ト. 受持患者の剖検の実施。
- ジ. 外来では部長または主治医の指示の下に診療を行う。

ii) 研究について

- a 外科でのカンファランス、抄読会、CPC、クルズスなどの公式の集会に出席する
- b. 病院での総合的研究会に出席する。
- iii) 勤務時間内は上記 i) ii) に掲げた業務に専念することとし、その他の詳細については別に定めた外科における義務を守る。

C、患者・家族に対する責任

- i) 疾病に関して、十分な説明を行い診療行為に対する理解と協力を得るようにする。
- ii) 患者の訴えを誠意をもって聞き、患者に対して不必要な、肉体的、精神的苦痛を与えることを避ける。
- iii) 個人の秘密に属することを発表してはならない。もしその必要があれば主治医に連絡する。

②基本的知識、技能の修得

- A、基本的診療法
- B、各種臨床検査法の選択と解釈
緊急時の検査の実施も含む
- C、病歴の聴取と記載
- D、採血、採液、穿刺、注射などの基本と実技
- E、輸血、輸液の基本と実際
- F、外科的処置に関する基本と実際
消毒法、滅菌法、創傷処置、止血法、包帯法、静脈確保、気管切開、穿刺法、胃洗浄、洗腸、その他
- G、手術基本手技の習得と習熟
- H、各種手術療法の基本と実際
- I、手術以外の治療法
抗生物質、抗癌剤、免疫療法、放射線療法、ホルモン療法、その他
- J、外科的栄養法

治療食、術後栄養管理、小児栄養管理、経管栄養、経腸栄養、高カロリー輸液、その他

③各種外科疾患に関する臨床経験の集積

④各種疾患にたいする手術経験の集積

指導医のもと、外来手術や局所麻酔下の小手術の術者になることができる。また、緊急例では虫垂炎程度の術者になる場合もある。

⑤救急医療の知識と技能の習得

救急蘇生法、ショックの処置、外傷の処置、各種救急処置、その他、

⑦各種検査の基本と解釈について習得する。

各種消化管造影、胆道系造影、血管系造影検査、各種内視鏡、核医学検査、超音波検査、CT、MRI、その他

・勤務時間など

勤務時間：原則として8:00-17:00

アルバイト：認められない。

・教育に関する行事

オリエンテーション：研修最初に、院内規定、施設設備の概要と利用法、病歴検索方法などの一連の講義がある。

部長回診：週1回（木曜9:30-）

消化器カンファランス：週1回（月曜17:30-）

消化器内科・放射線科との症例検討

チャートカンファランス：週2回（月、木曜8:00-）

術前検討会および手術報告：週2回（火、金曜16:30-）

抄読会：週1回（火曜術前検討会および手術報告終了後）

内視鏡読影会：週1回（火曜16:30-）

病理ミニレクチュア：毎週月曜。隔週火曜日

CPC：月1回

・指導体制

研修医1名に対し、指導医1名が指導にあたる。10名程度の患者の受け持ちとなり、診療の実践に当たりつつ、指導を受ける。この際、専門医の意見も聞いて方針を立てる。

週間スケジュール

	8:00	9:00~	17:30
月	チャートカンファランス	手術	消化器カンファランス
火		手術・内視鏡	内視鏡読影・術前カンファランス
水		内視鏡・放射線科検査（消化管造影・ERCPなど）	
木	チャートカンファランス	院長・部長回診	1・3・5週手術
金		手術	抄読会・術前検討

麻酔科

プログラム責任者 伊藤壮平

指導医 伊藤壮平 仁木有理子 不聞一貴 永可奈子

1. 一般目標：臨床生理学、臨床薬理学の基礎の上にたった麻酔、疼痛管理、救急・集中治療並びに関連分野の知識およびその活用の実際を習得する。

2. 行動目標：

麻酔管理

- 1) 術前診察を行い、麻酔管理上の問題を指摘できる。
- 2) 手術の内容や侵襲の程度が理解できる。
- 3) 麻酔器の始業点検を漏れなく行える。
- 4) 麻酔中は絶え間なく監視し、患者が危険な状態にあることを察知できる。
- 5) 酸素化が十分であるか評価できる。
- 6) 換気が適正か否か評価できる。
- 7) 血圧上昇・低下、除脈にとりあえず対処できる。
- 8) 呼吸、循環の変動に対して、その原因を考え対処方法を学ぶ。
- 9) 気管チューブの抜管が可能か判断できる。
- 10) 術後疼痛対策について学ぶ。

技術

- 1) 気道を確保できる。
- 2) マスクを正しく保持できる。
- 3) マスクとバックで用手換気ができる。
- 4) 喉頭鏡を用いた経口気管内挿管ができる。
- 5) 気管チューブ抜管ができる。
- 6) 脊椎麻酔ができる。
- 7) 硬膜外麻酔ができる。
- 8) 動脈圧カテーテル、中心静脈カテーテルの挿入ができる。

3. 学習方法：

1) 麻酔科としての患者術前評価および管理

現病歴、既往歴、家族歴、の確認

検査結果の理解：血液、生化学、尿、心電図、胸部X-P、心エコー、動脈血ガス、呼吸機能

術前診：①理学所見や身体機能をはじめとする身体所見、リスクファクターの有無の確認、患者評価

②常用薬と術前状態の把握

③麻酔の説明とインフォームドコンセント

必要時に追加検査や他科受診の依頼

前投薬や術前管理の指示

2) 麻酔の施行

- ① 麻酔計画を指導医と立て準備をする
- ② 手術室安全対策の理解
 - 汚染対策、ME機器や設備の安全対策、麻酔器の理解（原理、安全装置）
 - 始業点検、回路の正確な取り扱いと接続、各種パイピングシステム、麻酔ガス排除装置、など）
- ③ 術中モニタリングシステムの理解
 - 循環器系（心電図、観血・非観血的血圧測定など）
 - 呼吸器系（呼気ガス分析、パルスオキシメーター、換気力学モニター、など）
 - 神経系（意識レベル、反射、脳波、筋弛緩モニター、など）
- ④ 全身麻酔の実技と術中管理
 - 末梢静脈路の確保とマスクによる気道確保の習得
 - 人口換気、エアーウェイの使用法の取得
 - 急速導入、緩徐導入の習得
 - 気管内挿管の習得
 - 全身麻酔薬、筋弛緩薬の理解
 - 術中併用薬剤の理解
 - 麻酔記録の目的、意義の理解
 - 観血的動脈圧測定用カテーテルや中心静脈圧測定用カテーテルの挿入と、トランスデューサー・フラッシュディバイス回路の取り扱い
 - 経鼻挿管の習得
- ⑤ 硬膜外麻酔、脊椎麻酔の手技と術中管理
 - 硬膜麻酔と脊椎麻酔の原理の理解
 - 局所麻酔薬の理解
 - 硬膜外麻酔と脊椎麻酔の実技と術中管理
 - 合併症の理解と対策
 - 術後疼痛対策の理解と方法
 - 使用麻酔薬、鎮痛薬の理解

産婦人科（2階北病棟他）

プログラム責任者 新井努

指導医 新井努 善平沙弥香 林彩世 大西賢人 阿部翠
大西庸子

1. プログラムの名称

独）国立病院機構相模原病院産婦人科スーパーローテート方式研修プログラム

2. プログラムの目的

将来臨床医として、将来目指す診療科に捉われず、産科および婦人科疾患の基本的な知識、技能、態度を習得し、全人的にプライマリーケアが出来る事を目的とする。

3. プログラムの指導

相模原病院 産科医長（指導責任者）	新井努
婦人科医長	大西賢人

4. プログラムの管理運営

研修プログラムの内容は、相模原病院臨床研修委員会の承認のもと、研修希望者に配布され、プログラムに沿った研修が行われる。

5. 定員と期間

期間内定員は4名以内とする。

期間：4週、6週、8週（未だ決定していない）

6. 研修課程

① 研修内容：

従来の日本産科婦人科学会認定医卒後研修プログラム（2年）を凝縮した内容になる。効果を上げるため、クルズスも加える。

② 勤務時間：

原則として午前8：30より午後5時とする。当直（副当直）もある。

③ 研修に関する行事：

カルテ回診（平日毎日、夕方）、クルズス（月、水、金午後、1時間）
日本産科婦人科学会、神奈川地方会、相模原医会などへ参加

③ 指導体制：

原則として医師1名が研修医1-2名を指導する。

④ 研修評価、認定：

研修カリキュラムで自己評価を行わせ、指導責任者が随時点検、臨床研修委員会が審査、終了認定する。

7. 研修カリキュラム

A. 産科

- ① 妊娠の診断、妊娠週数の算定ができる。
- ② 正常妊娠か異常妊娠かの推定診断ができる。
- ③ ②を診断するための補助検査とそれらの結果の評価ができる。
- ④ 分娩開始後、正常分娩の評価ができ、正常分娩の介助ができる。
- ⑤ 分娩経過観察のため、胎児心拍数図、産科内診評価ができる。
- ⑥ 分娩時異常の初期対応が理解できる。
- ⑦ 会陰切開ができ、その縫合および会陰裂傷の縫合ができる。
- ⑧ 産褥早期、後期の異常を理解し、初期対応ができる。
- ⑨ 新生児の生理を理解でき、異常の早期発見と初期対応ができる。
- ⑩ 帝王切開の適応、方法が理解でき、第一助手ができる。
- ⑪ 流産手術の麻酔手術が術者としてできる。
- ⑫ 妊産褥婦の疾患に沿った薬物療法が理解でき実践できる。
- ⑬ 産科救急疾患の初期対応ができる。

B. 婦人科

- ① 骨盤内婦人科臓器の解剖、生理が理解できる。
- ② 婦人の性周期が理解できる。
- ③ 婦人科診察の手技、判断（双合診、経膈超音波）ができる。
- ④ 腹部超音波検査、CT、MRI による婦人科臓器の正常、異常が理解できる。
- ⑤ 婦人科感染症の特徴（鑑別）と診断治療の方法を理解できる。
- ⑥ 不妊症の基本概念が理解できる。
- ⑦ 老年婦人科疾患の診断、治療方法が理解できる。
- ⑧ 子宮ガン検診（細胞診）ができる。
- ⑨ 子宮悪性疾患の精密検査、診断方法、治療方針が理解できる。
- ⑩ 卵巣悪性、良性の鑑別方法、精密検査、治療方針が理解できる。
- ⑪ 婦人科良性疾患の助手（第2、第1）ができる。
- ⑫ 婦人科救急疾患の診断過程が理解でき初期対応ができる。

C. その他

- ① 産婦人科診療記録、サマリーなどが、適切な内容で記載できる。
- ② 社会保険制度が理解でき、それに沿った診療ができる。
- ③ 母体保護法などの関連法規が理解できる。
- ④ 婦人科診察の特殊性について理解できる。

8. 週間予定表

- ① 研修医は下記週間予定に沿って、診療活動を行う。
(研修医1名のときはAshift、2名のときはAとBのshiftというように)
- ② 初回研修時は、その前の週の金曜日夜方に各自に説明を行う。
- ③ 外来はその担当医の診療補助をしながら診療技術を習得する。

- ④ 病棟ではその日の病棟担当医の診療補助をしながら、技術を習得する。
 ⑤ 手術では第2助手をしながら、技術習得し、第1助手をめざす。
 ⑥ 内服、注射、処置の指示は主治医と相談の上行う。
 ⑦ 不明なこと、あやふやな事は主治医に相談する。

			A shift	B shift	C shift	D shift
1 週目	MON	am	産科外来	病棟処置	病棟処置	婦人科外来
		pm	クルズス	クルズス	クルズス	クルズス
	TUE	am	病棟処置	産科外来	婦人科外来	病棟処置
		pm	手術日	手術日	手術日	手術日
	WED	am	婦人科外来	病棟処置	産科外来	病棟処置
		pm	クルズス	クルズス	クルズス	クルズス
	TUR	am	手術、病棟	手術、病棟	手術、病棟	手術、病棟
		pm	手術、病棟	手術、病棟	手術、病棟	手術、病棟
	FRI	am	病棟処置	婦人科外来	病棟処置	産科外来
		pm	クルズス	クルズス	クルズス	クルズス
2 週目	月一金		B shift	A shift	D shift	C shift
3 週目	月一金		C shift	D shift	A shift	B shift
4 週目	月一金		D shift	C shift	B shift	A shift
5 週目	月一金		A shift	B shift	C shift	D shift
6 週目	月一金		B shift	A shift	D shift	C shift
7 週目	月一金		C shift	D shift	A shift	B shift
8 週目	月一金		D shift	C shift	B shift	A shift

表 1 スーパーローテーション研修医、週間配置表

IX. 産婦人科臨床研修クルズス内容

	講義	理解	実践	備考
1. 産婦人科診察法、婦人科解剖	☐	☐	☐	
2. 産婦人科、超音波検査、画像診断	☐	☐	☐	
3. 分娩の生理と介助	☐	☐	☐	
4. 異常妊娠の管理	☐	☐	☐	

5. 産科手術、麻酔	☐	☐	☐
6. 産科救急疾患	☐	☐	☐
7. 婦人科救急疾患	☐	☐	☐
8. 産婦人科感染症	☐	☐	☐
9. 婦人科癌の治療（子宮）	☐	☐	☐
10. 婦人科癌の治療（卵巣）	☐	☐	☐
11. 不妊症の検査、治療	☐	☐	☐
12. 老年医療（更年期、性器脱、他）	☐	☐	☐

時間の関係で1日2こまの場合もありえる。

参考書として産婦人科研修医ノート（順大：三橋直樹編著）診断と治療社を推奨。

小児科（2 階北病棟）

プログラム責任者 柳田紀之

指導医 海老澤元宏 柳田紀之 佐藤さくら 小倉聖剛 高橋亨平
江尻勇樹 永倉顕一 河合慧 大関塁

スーパーローテートの2年目の1～3ヶ月間を小児科において研修する。
小児の特性、小児疾患の特性、患児・保護者（母）・医師関係の理解が小児科研修において最も重要な学習・経験目標である。小児科研修のすべてのことはその理解の上に成り立つことである。また、小児の疾患は季節性があるので3ヶ月間にすべてを経験できない場合もある。

1. 一般目標

- 1) 小児（新生児・乳児・幼児・学童）の特性の理解
- 2) 小児（新生児・乳児・幼児・学童）の診療の特性の理解
- 3) 小児疾患特性の理解
- 4) 患者および保護者とのコミュニケーションスキルの習得

2. 行動目標

- 1) 患児・保護者（母）・医師関係
- 2) チーム医療
- 3) 問題対応能力
- 4) 安全管理
- 5) 外来診療
- 6) 救急診療

3. 経験目標

- 1) 小児（新生児・乳児・幼児・学童）の医療面接・指導
- 2) 小児（新生児・乳児・幼児・学童）の診察
- 3) 臨床情報に基づいた検査計画の立案と実行
- 4) 小児に対する基本的手技（採血・注射・静脈路確保など）の習得
- 5) 小児（新生児・乳児・幼児・学童）に対する薬物療法の習得
- 6) 小児科における医療記録の作成

4. 経験すべき症状・病態・疾患

- 1) 成長・発育と小児保健に関連する項目
精神身体発育・予防接種・育児相談など
- 2) 一般症候
体重増加不良、発達遅延、発熱、脱水、発疹・湿疹、黄疸、チアノーゼ、貧血、紫斑・出血傾向、痙攣・意識障害、頭痛、耳痛、咽頭痛など、咳・喘鳴・呼吸困難、頸部腫瘤・リンパ節腫脹、鼻出血、夜尿・頻尿、肥満・やせ

3) 頻度の高い経験すべき疾患（＊必ず経験すべき疾患）

新生児疾患

1. 低出生体重児＊
2. 新生児黄疸＊
3. 呼吸窮迫症候群

乳児疾患

1. おむつかぶれ
2. 乳児湿疹＊
3. 染色体異常症（ダウン症候群など）
4. 乳児下痢症＊

感染症

1. 発疹性ウイルス疾患（麻疹・風疹・突発性発疹・水痘・伝染性紅斑・手足口病）＊いずれかを経験する
2. その他のウイルス疾患（流行性耳下腺炎・ヘルパンギーナ・インフルエンザ）＊いずれかを経験する
3. 伝染性膿痂疹
4. 細菌性胃腸炎
5. 呼吸器感染症

アレルギー性疾患

1. 小児気管支喘息＊
2. アトピー性皮膚炎＊
3. 食物アレルギー＊

神経疾患

1. 熱性痙攣＊
2. てんかん＊
3. 髄膜炎・脳炎・脳症

腎疾患

1. 尿路感染症＊
2. ネフローゼ症候群
3. 急性腎炎、慢性腎炎

先天性心疾患

1. 心不全
2. 先天性心疾患

リウマチ性疾患

1. 川崎病＊
2. 若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス

血液・悪性腫瘍

1. 貧血＊
2. 小児ガン・白血病
3. 血小板減少症・紫斑病

内分泌・代謝疾患

1. 糖尿病

- 2. クレチン症
 - 3. 低身長、肥満＊
- 発達障害・心身医学

5. 研修プログラム

1) 研修期間は原則 3 ヶ月（12 週間）

外来研修と病室研修と救急医療により構成される。

また、選択により北里大学病院において NICU に係る研修も実施する。

2) 研修プログラムの構成

- ・ 外来研修・乳児検診・予防接種
- ・ 病室研修

総合医療・チーム医療・安全管理・基本的診療手技（診断・検査・治療）
薬物療法・補液療法・新生児医・マスキングなど

- ・ 救急医療（土曜・日曜・祭日）

小児救急医療の体験

- ・ NICU に係る診療体験

精神神経科（北里大学）

1．研修プログラムの特色

本プログラムは、あらゆる精神神経系疾患および精神症状について一通りの経験を積むことができる充実した研修内容となっている。神奈川県精神疾患救急医療システムの基幹病院であり措置入院等を受け入れていることから、自傷他害のおそれのあるような患者が主な対象となる精神科救急を経験することができる。一方、いわゆる精神科以外のプライマリ・ケアで出会うような軽症うつ病や不安障害などの精神疾患、せん妄や不眠といった頻度の高い症状への対応も多く行っているため、精神科医以外を志す研修医にとっても多くの学習が行える。また、精神疾患患者の身体合併症治療、精神科アウトリーチチーム、精神科作業療法を実施していることも特徴である。

このように精神疾患の急性期から慢性期まで幅広く学べるようなプログラムとなっている。そして、治療においては薬物療法のみならず、面接やコミュニケーション技術、生活習慣への助言、社会資源の活用など心理社会的治療の研鑽にも力を入れているため、バランスの取れた治療方針を学ぶことができる。スタッフも各分野の専門家（<https://kitasato-psychiatry.com/about/staff.html>）がそろっており、専門外来としてはアルコール、薬物依存症・ギャンブル障害外来、認知症鑑別外来、てんかん外来、睡眠障害外来、口腔心身症外来、クロザピン外来などを置いている。専門家と気軽に相談が行える環境にあることから、研修医の疑問への対応は極めて早いと思われる。また、指導医になりうる医師も豊富であり、研修医1名に1名の指導医という体制で研修が行われる。

2020年4月に北里大学東病院は北里大学病院へ移転・統合したが、現在も入院病棟は精神科救急入院料病棟（いわゆるスーパー救急病棟）を有し、外来診療についてもほぼそのままの規模で移転した。診療実績としては、年間の入院患者数は378人。その内訳はうつ病、躁うつ病などの気分障害圏114人、統合失調症圏135人、神経症圏59人、認知症などの器質性精神障害は18人。外来においては初診・再診を含めた1日平均外来患者数は300人を超えている。

2．研修プログラムの目標

(1) 一般目標

精神症状を把握し、精神科診断を行い、自ら治療する能力を身につけるか、専門家にコンサルトするためにスクリーニングする能力を身につける。対象となる精神症状は精神科受診患者以外でもみられやすいものとする。

①行動目標

- ・医療面接
- ・医療の社会性
- 保健関係法規、医療保険、公費負担
- 医の倫理、生命倫理

②経験目標

- A. 経験すべき診察法・検査・手技
- ・基本的な診察方法

精神面の診察ができ、記載できる

- ・ 基本的な臨床検査
神経生理学的検査法（脳波）
- ・ 医療記録

B. 経験すべき症状・病態・疾患

- ・ 頻度の高い症状
不眠（レポート提出要）、不安・抑うつ
- ・ 緊急を要する症状・病態
精神科領域の救急
- ・ 経験が求められる疾患・病態
症状精神病
認知症（血管性認知症を含む）（レポート提出要）
アルコール依存症
気分障害（うつ病、躁うつ病を含む）（レポート提出要）
統合失調症（レポート提出要）
不安障害（パニック症候群）
身体表現性障害、ストレス関連障害（経験要）

C. 特定の医療現場の経験

- ・ 予防医療の場において
ストレスマネジメントができる
- ・ 精神保健・医療の場において
精神症状の捉え方の基本を身につける
精神疾患に対する初期対応と治療の実際を学ぶ
デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する
- ・ 緩和・終末期医療
心理社会的側面への配慮ができる
告知をめぐる諸問題、死生観・宗教観などへの配慮ができる

(2) 項目別目標と学習方略

A. 診断のための技法

- ・ 医療面接
中等度の難易度の医療面接ができるようになる
講義を受ける、ロールプレイを行う
病棟実習および外来実習
- ・ 精神症状を把握するための面接
主な精神症状を把握するための面接ができるようになる
講義、入院受け持ち患者における面接見学と指導を受ける
病棟実習および外来実習
- ・ 精神症状の理解と記載
基本的な精神症状の分類を理解する
各症例について精神症状の記載ができるようになる
講義、入院受け持ち患者における記載の添削指導を受ける
病棟実習および外来実習

- ・脳波（神経生理学的検査法）
異常脳波を見出せるようになる
講義、入院受け持ち症例の脳波判読指導を受ける
病棟実習および外来実習
- ・医療記録の記載
医療記録を適切に記載できるようになる
講義、入院受け持ち患者における記載の添削指導を受ける
病棟実習および外来実習

B. 症状や疾患

- ・不眠
不眠の原因疾患の鑑別、睡眠衛生指導を行うことができる
睡眠薬の適正使用について理解し、実践できる
専門医に紹介すべき基準を修得する、講義を受ける
受け持ち患者のレポートを作成する
外来および病棟実習
- ・不安、不安障害
不安の原因疾患の鑑別ができる
抗不安薬の適正使用を理解し、実践できる
専門医に紹介すべき基準を修得する、講義を受ける
外来および病棟実習
- ・抑うつ、うつ病
抑うつの原因疾患の鑑別ができる
抗うつ薬の適正使用を理解できる
専門医に紹介すべき基準を修得する
講義を受ける
受け持ち患者のレポートを作成する外来および病棟実習
- ・せん妄、症状精神病
せん妄の原因疾患の鑑別ができる
せん妄の治療方法を策定ができる
対症療法としての向精神薬療法の実際を理解できる
講義を受ける
身体合併症病棟およびリエゾン実習
- ・認知症、変性疾患
認知症の原因疾患の鑑別ができる
認知症の治療・支援方法の策定ができる
抗認知症薬について理解する
講義を受ける
受け持ち患者のレポートを作成する
病棟実習および認知症鑑別外来実習
- ・統合失調症
統合失調症の診断方法を修得する
講義を受ける

受け持ち患者のレポートを作成する

病棟実習および外来実習

- ・アルコール依存症

講義を受ける

アルコール外来実習

- ・心身症、心療内科疾患、身体表現性障害、ストレス関連障害

身体表現性障害、ストレス関連障害、心身症の概要と主な対応を修得する

講義を受ける

外来実習および病棟実習

C. 特殊な医療現場の経験

- ・精神疾患の緊急、救急医療

緊急性を要する精神症状の鑑別と医療および法律面の対応を修得する

講義を受ける

病棟実習および当直業務実習

- ・身体救急の現場における精神医療

身体救急の現場でみられやすい精神症状と対応の概要を理解する

講義を受ける

救命救急・災害医療センター実習およびリエゾン実習

- ・緩和・終末期医療

終末期医療における告知、心理社会面への配慮などを経験し修得する

講義を受ける

緩和ケアグループ実習およびリエゾン実習

- ・統合失調症における社会復帰や社会支援体制

統合失調症の社会復帰サポートシステムの概要を修得する

講義を受ける

精神科作業療法実習

- ・公的な精神保健センター

公的な精神保健センターの主な業務を理解する

講義を受ける

相模原市精神保健福祉センター、横浜市こころの相談センター実習

D. その他

- ・臨床現場で求められる規則や法律

臨床現場で求められる規則や法律（精神保健福祉法、医療保険等）を理解する

講義を受ける

病棟実習

- ・産業メンタルヘルスとストレスマネジメント

産業メンタルヘルスとストレスマネジメントの概要を理解する

講義を受ける

- ・向精神薬の副作用

向精神薬の代表的、あるいは重篤な副作用を理解する

講義を受ける

- ・小児児童精神医学

小児児童精神医学の基礎を学ぶ講義を受ける

3．主な研修プログラム

(1) 講義

精神医学入門

精神症状を把握するための面接

精神症状の理解と記載

医療面接（Ⅰ）

医療面接（Ⅱ）

医療記録の記載

脳波（Ⅰ）

脳波（Ⅱ）

心理テストの使い方

不眠、不安、不安障害

抑うつ、うつ病

せん妄、症状精神病

認知症、変性疾患

統合失調症

統合失調症における社会復帰や社会支援体制

アルコール依存

心身症、心療内科疾患、身体表現性障害、ストレス関連障害

小児児童精神医学

向精神薬の副作用

精神疾患の緊急、救急医療

身体救急の現場における精神医療

緩和・終末期医療（Ⅰ）

緩和・終末期医療（Ⅱ）

公的な精神保健センターの業務

産業メンタルヘルスとストレスマネジメント

臨床現場で求められる規則や法律

(2) 実習とその日程（研修は下記の①、②、③を適宜組み合わせて行う）

①精神神経科研修

入院患者を担当し、さらに初診外来・各専門外来、精神科作業療法部門でも研修を行う

②リエゾン精神医学研修

③精神科病院研修

教育関連病院である外部の精神科病院で研修する

(3) 指導体制

①精神神経科病棟

研究員、診療講師、講師（合計 15 名）が指導医となり、各 1 名の研修医を指導医のもとに配属する

②外来

当日の外来担当医が担当する

③当直

当日担当の精神保健指定医が担当する

④リエゾン精神医学研修

担当の大学病院勤務の研究員以上のスタッフが担当する

⑤精神科病院研修

各病院の指導医が担当

4．評価方法

(1) 経験症例のレポート

(2) 到達目標に関する口頭試問

5．プログラム修了後の進路（コース）

研修医として 2 年間の研修終了後、引き続き精神科での研修を希望する者は、さらに病棟医として後期研修を行う。この研修は北里大学病院を中心として行うが、その一部期間を教育関連病院で実施する場合もある。

6．連絡先（担当医師名）

〒 252 - 0375 神奈川県相模原市南区北里 1 - 15 - 1 電 話 042 - 778 - 8111

（北里大学病院代表） F A X 042 - 778 - 9371

北里大学医学部精神科学

齋藤正範 7n2ecx-msaito@umin.ac.jp

耳鼻咽喉科（4階南病棟）

プログラム責任者 鈴木立俊

指導医 鈴木立俊 宮下圭一 村尾秀彰

研修内容

1. 耳疾患

急性中耳炎の診断ができる。

めまいのプライマリーケアができる（中枢性めまいを診断できる）

2. 鼻疾患

鼻出血の応急処置ができる

3. 口腔・咽頭疾患

急性扁桃炎の鑑別診断ができる（細菌性、ウイルス性など）

4. 喉頭疾患

上気道狭窄による呼吸困難の診断ができる

5. 頭頸部悪性腫瘍

リンパ節腫脹の鑑別診断ができる

6. その他

脳神経症状、全身の神経学的検査ができる

これらの研修内容を研修期間に習得する。

整形外科（1階南病棟）

プログラム責任者 岩澤三康

指導医 岩澤三康 徳山直人 内藤昌志 田平敬彦 平井志馬
吉田祐一 林厚邦

1. 整形外科は一般外傷、骨折、スポーツ外傷から関節疾患、リウマチ性疾患、脊椎疾患、小児整形疾患まできわめて幅広い分野を持つ科である。生活の質の向上、高齢化社会とともにその必要性が強まっている。整形外科専門医が数多く求められている一方、一般医師にとっても整形外科の素養もより求められている。整形外科研修は幅広い臨床力を身につけることを目標とするスーパーローテーション研修の一環として、他科専門医を目指す医師の整形外科の素養を習得するための研修、または整形外科専門医を目指す研修医の初期研修である。また、整形外科の基本知識と技術の習得のみならず、医師としての望ましい態度を身につけることを研修目標とする。

2. 整形外科研修内容（3ヶ月）

原則として病棟において入院患者さんの診断、検査、治療に関わる。整形外科の症例検討会、回診および勉強会に参加する。整形外科疾患の診断、治療の進み方、手術適応の考え方、手術手技、周術期管理、リハビリテーションなどを習得する。

① 整形外科における診察法の習得

理学所見のとり方

関節可動域の測定法

神経学的所見のとり方

② 整形外科分野画像診断の習得

画像診断の進み方

骨関節のレントゲンの読み方

脊椎造影などの検査手技

③ 整形外科疾患治療の進み方、整形外科的処置の習得

整形外科疾患の薬物療法、基本的な処方。

整形外科手術における術前術後管理、点滴、輸血、自己血採血などの習得。

助手として手術に参加し、消毒法、清潔操作、駆血帯の使用法と止血や縫合など

の手術手技を習得。

四肢の外傷に対する応急処置、脱臼、骨折の整復、ギプス、副子、牽引の習得。

④ 整形外科疾患におけるリハビリテーションの習得

リハビリテーションの進み方、装具療法などの習得。

泌尿器科（4 南病棟）

プログラム責任者 平山貴博

指導医 平山貴博 勝又洋樹

【研修期間】

4 週～

【一般目標】 General Instructional Objective(GIO)

外来診療、時間外診療、病棟診療の際に初期対応できる為に、泌尿器科疾患に関する知識を基に診断、検査、処置出来る能力を修得する。

【行動目標】 Specific behavioral Objectives(SBOs)

1. 尿検査、血液検査の結果を説明できる。(解釈)
2. 直腸診で前立腺を触知し説明できる。(解釈)
3. 尿流測定や排尿記録で排尿状態を説明できる。(解釈)
4. 急性腹症と尿管結石の鑑別ができる。(解釈)
5. 急性陰嚢症の診断と鑑別ができる。(解釈)
6. エコーで腎、膀胱、前立腺、睪丸を検査できる。(技能)
7. 臨床所見および検査結果に基づき治療方針を決定できる。(問題解決)
8. 尿道カテーテルを挿入できる。(技能)
9. 腎瘻、膀胱瘻カテーテルの交換ができる。(技能)
10. 膀胱鏡で膀胱、尿道を観察できる。(技能)
11. 逆行性腎盂造影や尿管ステント交換が実施できる。(技能)
12. 前立腺生検が実施できる。(技能)
13. 包茎、陰嚢などの小手術ができる。(技能)
14. 泌尿器科カンファレンスで討議できる。(態度・習慣)
15. 泌尿器科研究会、学会に参加する。(態度・習慣)

【研修方略】 Learning Strategy(LS)

LS	OffJT/OJT/SD	方法	SBO	人数	時間	場所	媒体	協力者
1	OJT	研修	1-6	1	全期間	病棟、外来	専門書、ガイドライン	上級医、指導医、看護師
2	OJT	検査研修	7-10	1	火、木、金: 午前/午後	外来、病棟、放射線科	専門書	上級医、指導医、看護師、放射線技師、生理検査技師
3	OJT	実習	13	1	月、水(全日)	手術室	手術書	上級医、指導医、看護師

4	OffJT	カンファレンス、SG	14	1	1Hr/W	外来、CR	PC	上級医、指導医
5	OffJT	研究会、学会	15	1	期間中	他施設		上級医、指導医
6	SD	課題学習	1-13	1	期間中	CR	専門書、ガイドライン、PC	上級医
6	OffJT/SD	フィードバックカンファ	1-15	1	研修終了時	CR	PC	上級医、指導医

- OJT : On the Job Training, OffJT : Off the Job Training, SD : Self Development

【研修評価】

SBO	目的	対象領域	時期	方法	測定者
1-5	形成的	解釈	研修中	OMP/6MS	上級医
6,8-13	形成的	技能	研修中	観察記録、実地試験	上級医、指導医
7	形成的	問題解決	研修中	OMP/6MS	上級医、指導医
14	形成的	態度、習慣	研修中、LS4	観察記録、OMP/6MS	上級医、指導医
15	形成的	態度、習慣	研修中、LS5	観察記録	上級医、指導医
1-15	総括的	態度、習慣	研修期間終了時、LS6	Report, 観察記録	上級医、指導医

- OMP/6MS : One minute preceptor / Six micro-skills

皮膚科（5階北病棟）

プログラム責任者 大松華子

指導医 大松華子 高岡真梨子 永野知佳

皮膚疾患はアレルギー性疾患や感染症、腫瘍、先天性疾患など多岐にわたって存在し、将来いずれの専門分野に進んでも皮膚疾患に遭遇する機会は非常に多い。本研修プログラムでは皮膚病変から全身性疾患なのか皮膚に局限したものか、悪性なのか良性なのか、感染性か非感染性か、遺伝性か否かなど最低限の皮膚科的診断学を習得し、また外用療法、内服療法、光線療法など皮膚科的な基本的治療学を身につけることを目的とする。また皮膚科専門医、あるいは他科の医師に速やかに相談すべき疾患の見極めとその時期についても習得し、専門各科との有効な連携を取れるように研修する。将来皮膚科を志望するものはもちろん、他科を志望していても皮膚科学に興味のある研修医を歓迎する。当院はアレルギーリウマチ性疾患の高度専門医療施設であり、他施設に比較してアトピー性皮膚炎などのアレルギー性疾患や関節リウマチ、SLE などのリウマチ性疾患患者が多いのが特徴である。また当科は日本皮膚科学会の認定研修施設となっている。

スケジュール

	月	火	水	木	金
AM	外来	外来	外来	外来	外来
PM	検査/手術	検査/手術	中央手術	検査/手術	褥瘡回診

毎朝 8:30 より病棟を回診してから外来を開始する。外来では初診再診患者の診療を通じて、発疹の記載、診断に至る論理、治療法の選択と実践、治療経過について理解する。現在皮膚科医は医長、医員、レジデントで構成されており、不明な点はいつでも何でも相談できる体制となっている。

午後の外来小手術（年間約 200 例）や中央手術では、手術法の選択、皮膚の縫合手技や植皮、皮弁形成などの再建法を習得する。またパッチテストについても、その適応、実践について理論、手技を習得する。

入院加療が必要な患者については、グループ診療の 1 員として診療に加わる。その中で全身管理、術前術後管理、急性発疹症の治療、全身の外用処置などについて習得する。

我々は様々な学会や研究会に属しており、興味ある症例については発表の機会が多数ある。

現在所属している学会など

日本皮膚科学会（認定研修施設）、日本研究皮膚科学会、日本皮膚悪性腫瘍学会、神奈川県皮膚科医会

眼科（4階南病棟）

プログラム責任者 鈴木雅信

指導医 鈴木雅信 春木崇宏

1. はじめに： 眼球は直径わずか 24mm の小さな器官であるが、我々の日常生活は視覚情報に 80%以上が依存しているといわれ、視覚の障害またその喪失は日常生活にとって重大である。また、眼疾患は高血圧や糖尿病をはじめとする全身疾患に合併することも多く、他科専門医を目指す医師が知識として習得すべき項目も多い。
2. 眼科研修内容： 短期間に眼科の専門的検査技術の習得は困難であるので、病棟や外来における患者さんの診断、検査、治療（特に全身疾患と合併する疾患を中心として）に主治医と一緒に携わる。また急性緑内障発作のように、眼痛のみならず頭痛や腹痛を訴えるため、頭蓋内圧亢進や消化器疾患に類似し、眼科以外の科を受診することが多い疾患などを習得する。

対象疾患：①屈折異常（近視、遠視、乱視）

②角膜炎、結膜炎（院内感染の予防を含め）

③白内障（老人性、外傷性、ステロイド性、全身疾患に合併するものなど）

④緑内障（急性緑内障発作や緑内障の患者に禁忌の薬について）

⑤糖尿病、高血圧、動脈硬化やリウマチなどの全身疾患に合併する眼疾患

3. 評価： 指導責任者が研修の評価を行う。

救急科（1 北病棟・2 南病棟・HCU）

プログラム責任者 細谷智

指導医 細谷智 朝隈禎隆 井上裕路

1. 一般目標：救急医学とは何か、そしてそこから何を学んで欲しいか

救急科専門研修プログラムにおいて、「患者が手遅れとなる前に診療を開始すること」の重要性が述べられているように、救急医学／医療は、時々刻々と変化する時間性を基本に据えることに大きな特徴がある。

救急以外の一般診療では、臓器別の専門科に振り分けられた後に“診断→治療計画→説明と同意→治療実施”という診療過程が基本である。

この診療過程では、各ステップがその順序を含め厳密に区分され、前段の完了なしには、次に進むことはない。

診療の全プロセスを俯瞰する場所からの眺めとして知識が整理されている。

原理的には、診療過程で起こったことすべてを視野に入れることが可能である。

例）悪性腫瘍の診療

しかし、救急医療では、「患者が手遅れとなる」までの時間的な余裕がないことが多い。

“診断→治療”の時間軸上を患者とともに移動することになる。

しかも、多様な診断または治療の知識や技能を、各時点での必要性に応じて選ぶ必要があり、診断や治療にかかわる判断・行為が時間軸上の前後で混在する。

「正しい判断」を下すのに必要な主観的、客観的事実が出そろった時間的猶予がなく、診療の渦中では、医師・患者ともに「正しい判断」を得ることが出来ないという事実がより顕在化しやすい状況といえる。

そこで、「正しいと確信する判断」へと発想を転換する必要がある。

「正しいと確信する判断」を得るためには医師の直観体験に加え、これを支持する医学的裏付けが必要となる。

直観体験はあくまでも個々の医師により異なり、相対的で、主観的なものであるが、『外傷初期診療ガイドライン JATEC』では、「第一印象の把握」の重要性が強調されている。

同じく JATEC では、「第一印象」はチームリーダーが得るべきとされている。

すなわち、直観体験には臨床経験の蓄積が必要なことが示唆されている。

同時にチームリーダーの直観体験をチームで共有すべきことも指摘されている。

この直観体験の現場での共有姿勢が、研修医の将来の「第一印象」を育むことになる。

従って、当院の救急外来で診療に従事する皆さんには、必ず先輩医師と一緒に患者さんを診ることで、直観体験を共有する体制を敷いている。

正しいと確信する条件が満たされない場合、直観体験を欠くのか、医学知識による支持を欠くのかは、担当医には明らかなはずである。

この事実は、医学知識の脆弱部を明らかにする端緒となり得る。

すなわち、今後、解明されるべき救急医学の課題は、日々の診療で「正しいと確信する判断」が成立しない状況の丁寧な解説から始めることが可能である。

“後ろ向き”臨床研究の力量とは、このような解読力が関わってくる。
大規模な前向き多施設協同無作為比較対照試験の推進は、今後の救急医学の学術的水準を上げるうえで極めて重要であるが、同時に救急医療の現場で質の高い“後ろ向き”臨床研究を構想する力量は、救急医学の先進性・独創性の維持・向上に必要である。

この救急医学／医療は、いまだ現代医学／医療のなかでは周辺性をもつ領域と捉えられがちであるが、「正しい判断」の不可能性が顕在化した状況において、診療における「正しいと確信する判断」の必要性が確かな経験と確かな知識から明確に把握できるという意味において、先進的領域であるといえる。

当院は二次救急医療機関であり、救急搬送される患者さんには、これまで説明して来たような“診断→治療計画→説明と同意→治療実施”と順を追って考える時間的余裕のある患者さんから、時間的余裕がなく、医師の直観体験と医学的裏付けを駆使して「正しいと確信する判断」を時間軸に沿って積み重ねてゆく必要のある患者さんまで幅広い患者さんが搬送されて来る。

その両者を体験し、その患者さんの緊急性を判断する選球眼を是非身に着けて欲しい。

又、救急医には重症患者への集中治療を遂行する能力も求められる。
搬送された重症患者さんや、院内で重症化した入院患者さんの診療にも積極的に関与し、High Care Unit での治療にあたっている。

それと同時に、重症化予防の側面から Rapid Response Team/Respiratory Support Team の運営にあたり、院内心停止に迅速かつ適切に対応するため、院内 BLS 講習会や院内 ICLS の運営にもあたっている。
重症患者さんの診療や RRT/RST 活動、BLS/ICLS 講習会を是非一緒に体験してみたい。

最後に、当院は“断らない救急外来”を目標に掲げて日々の診療に当たっているが、これは到底救急科のみで成しえるものではなく、様々な科や部門・職種・老若男女が協力し合い、同じ方向を向いてはじめて達成に近づくことが出来るとても困難な目標である。

“なぜ断ってはいけないのか”について、病院経営上の理由以外の理由を言語化するには至っていないが、当院で医師としてのスタートを切る皆さんには、断るための処世術を教えるよりも、断らないことで直面する多くの困難を共有する方が、その後の医師としての人生にはプラスになるのではないかと考えている。

2. 病棟患者の特徴：主として重症患者、専門科に振り分けられない患者の診療

【救急科週間スケジュール】

月曜日：午前

8：15、新入院患者振り分け（研修医は参加不要）

8：40、HCU カンファレンス（HCU に担当患者がいる場合参加）

～11 時、病棟入院患者診察・救急患者対応（救急科スタッフ）

11 時～、入院患者カンファレンス・入院患者ラウンド

午後

13 時～19 時、救急患者受け入れ（北里大学救命救急・災害医療
センタースタッフ指導）

火曜日：午前

8：15、新入院患者振り分け（研修医は参加不要）
8：40、HCU カンファレンス（HCU に担当患者がいる場合参加）
～11 時、病棟入院患者診察・救急患者対応（救急科スタッフ）
11 時～、入院患者カンファレンス・入院患者ラウンド

午後

13 時～19 時、救急患者受け入れ（北里大学救命救急・災害医療
センタースタッフ指導）

水曜日：午前

8：15、新入院患者振り分け（研修医は参加不要）
8：40、HCU カンファレンス（HCU に担当患者がいる場合参加）
～11 時、病棟入院患者診察・救急患者対応
11 時～、入院患者カンファレンス・入院患者ラウンド

午後

13 時～19 時、救急患者受け入れ（指導；北里大学救命救急・災
害医療センタースタッフ指導）
14 時～15 時、RST（Respiratory support team；呼吸ケアチー
ム）回診
入退院支援チームラウンド

木曜日：午前

8：15、新入院患者振り分け（研修医は参加不要）
8：40、HCU カンファレンス（HCU に担当患者がいる場合参加）
～11 時、病棟入院患者診察・救急患者対応（救急科スタッフ）
11 時～、入院患者カンファレンス・入院患者ラウンド

午後

13 時～19 時、救急患者受け入れ（北里大学救命救急・災害医療
センタースタッフ指導）
14 時～15 時、院内 BLS 研修会

金曜日：午前

8：15、新入院患者振り分け（研修医は参加不要）

8:40、HCU カンファレンス (HCU に担当患者がいる場合参加)
～11 時、病棟入院患者診察・救急患者対応 (救急科スタッフ)
11 時～、入院患者カンファレンス・入院患者ラウンド

午後

13 時～19 時、救急患者受け入れ (北里大学救命救急・災害医療
センタースタッフ指導)

【救急科年間スケジュール】

- ・月曜から金曜、9:00～17:00、Rapid Response System に対応
- ・ICLS コース開催：年 4 回程度
- ・ICLS ワークショップ開催：年 1 回を予定
- ・市災害訓練、Medical Control 協議会行事への参加
- ・ローテーションレジデント歓迎会、送別会：毎月開催

3.研修医の到達目標

- 一、多くの救急搬送患者を診察し、上級医と直観体験を現場で共有し、「第一印象」を診る目を育む
- 一、「第一印象」から適切に緊急性を判断し、時間を意識した診療を行うことが出来る
- 一、時には、一度に複数の患者さんに対しても上記を遂行し、トリアージに沿って優先順位を考え診療することができる
- 一、重症患者の集中治療に触れ、参加することで、時間的余裕のない重症患者がどのような転機を辿るかを経験する
- 一、救急科と各診療科、各部署とが日頃から良好な協力関係を築くことで、結果として患者さんが迅速かつ最適な集学的治療介入の恩恵を受けられることを理解する

具体的項目)

- 現行の救急医療体制について学び、理解する
 - ・初期、第二次、第三次救急医療体制について知る
 - ・循環器、脳卒中、周産期、小児、精神科にそれぞれ救急医療体制があることを知る
- 病院前救急医療体制について知る
 - ・メディカルコントロール (MC) 体制について知る
 - ・救急救命士が行う救命救急処置について知る
 - ・病院救命士について知る
- 心肺蘇生法について学ぶ
 - ・救命の連鎖を知り、心肺停止の予防、Rapid Response Team (RRT) について知る

- ・ BLS (Basic Life Support) を習得し、教えられるようになる
- ・ 機会があれば ICLS (Immediate Life Support) を受講する
- ・ 二次救命処置後の集中治療について知る

➤ 診療すべき救急症候と診療

- ・ 取り扱う症候：ショック、発熱、意識障害、失神、脱力、頭痛、めまい、痙攣、麻痺、感覚障害、胸痛、動悸、高血圧緊急症、呼吸困難、咳嗽、喀血、吐血、急性腹症、嘔吐、下痢、腰痛、背部痛、乏（無）尿、皮疹、精神症状など
- ・ 救急科に特徴的な診療：上記症候から想起する種々の内科・外科疾患の取扱いはもちろんのこと、外傷、熱傷、中毒、環境障害（熱中症や低体温など）、体内異物、アナフィラキシーなども扱う

➤ 救急手技・処置について学ぶ

※数が少ないものも含めますが、当科で実際に行っている手技もしくは他科の協力を得て行っている手技になります

- ・ 救急外来での手技：気管挿管、電気ショック（同期・非同期）、胸腔挿入、胃管挿入、胃洗浄、腰椎穿刺、創傷処置、超音波検査、腹腔穿刺、緊急 IVR（放射線科が対応）
- ・ HCU での手技：気管挿管、電気ショック（同期・非同期）、胸腔ドレーン挿入、中心静脈カテーテル挿入、動脈穿刺、観血的動脈圧測定、動脈シース挿入、超音波検査、気管支鏡検査、人工呼吸管理、急性血液浄化法（CRRT）、気管切開、イレウス管挿入、腹腔穿刺、緊急 IVR（放射線科が対応）

➤ 重症患者と集中治療について学ぶ

- ・ 敗血症診療について学ぶ
- ・ 集中治療で使用する各種モニターについて知る（カプノモニター、A-line、CVP、フロートラックセンサー、スワンガンツカテーテルなど）
- ・ 集中治療で使用する各種機械について知る（人工呼吸器、NPPV、ハイフローセラピー、持続的腎代替療法 CRRT、大動脈バルーンポンピングなど）
- ・ 集中治療で使用する薬剤について知る（抗生物質、昇圧剤、鎮静薬、鎮痛薬、抗不整脈薬など）

- 災害医療について知る
 - ・ 国立病院機構の災害医療派遣について知る（能登半島地震の被災地にも出動）
 - ・ 大規模事故、災害への体系的な対応に必要な、CSCATTT について知る
 - ・ 災害医療派遣チーム（DMAT）について知る
- 暴力や虐待症例への対応、各種医師の届け出義務について知る
 - ・ 虐待症例への対応と届け出について知る
 - ・ 麻薬や覚せい剤患者の対応と届け出について知る
 - ・ 異状死の届け出について知る
- 終末期医療について知る
- POCUS 研究会の立ち上げ（今後）
 - ・ 救急診療においてエコーは益々重要な位置を占める検査であり、生理検査室と連携して、救急研修中のエコー研修の実施を計画しており、救急外来での POCUS の実践を後押しして行きます