

加古川中央市民病院

臨床研修プログラム

2025年度

目 次

加古川中央市民病院 臨床研修プログラム	2
1. プログラムの名称	2
2. 臨床研修プログラム理念・基本方針	2
3. 特色	2
4. 臨床研修協力施設等	2
5. 研修実施責任者	3
6. 研修プログラム責任者及び副プログラム責任者	3
7. 指導医・評価者	3
8. 臨床研修の到達目標	3
9. 実務研修の方略	4
10. 到達目標の達成度評価	5
11. 研修医が単独で行ってよい処置・処方の基準	6
12. 研修カリキュラム	6
13. 必修科目カリキュラム	8
14. 選択科目カリキュラム	24

加古川中央市民病院 臨床研修プログラム

1. プログラムの名称

加古川中央市民病院臨床研修プログラム
加古川中央市民病院臨床研修産婦人科医育成プログラム
加古川中央市民病院臨床研修小児科医育成プログラム

2. 臨床研修プログラム理念・基本方針

理念

「自ら考え、自ら学び、信頼される医師になる」

医師としての知性を磨き優しさと献身性を示し、自らの社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に係る疾病又は負傷に適切に対応できる基本的診療能力（知識・技能・態度）を習得、そして患者及びその家族・医療スタッフ・地域住民から信頼される医師を育成する。

基本方針

- 1) 医療制度の基本である保険診療の知識を修得する。
- 2) 病院内外の医療従事者（地域医療機関、メディカルスタッフ、保健、福祉など）と良好な人間関係を築き、チーム医療が実践できる。
- 3) 患者及びその家族とのコミュニケーションを大切にし、信頼関係をつくることができる。
- 4) 日常よく遭遇する疾患や外傷の診断と治療ができる。
- 5) 救急の初期治療ができる。
- 6) 医療情報、診察内容などを正しく記録する習慣を身につける（カルテ、診断書、入院サマリーなど）。
- 7) 生涯にわたって学び、自らを高める努力を続ける姿勢を養う。

3. 特色

東播磨医療圏域で地域医療の中核を担い、加古川中央市民病院の各診療科、地域の診療所や離島、精神科病院、および保健所等と連携して、医学・医療全般の知識と技術の習得を図り、プライマリー・ケアに対応できる医師の養成を目指している。本プログラムには以下の7つの特色を有する。

- ① 多彩な診療科で研修が可能
- ② 様々な専門的な救急疾患の研修が可能
- ③ 実践研修・シミュレーション教育が充実
- ④ 個々にオーダーメイド研修プログラムを作成
- ⑤ 豊富な指導医と指導体制の充実
- ⑥ 多くの診療科から将来の専門性を見据えた研修
- ⑦ 地域医療は離島研修を含む

4. 臨床研修協力施設等

- (1) 協力型臨床研修病院
東加古川病院（精神科病棟）
兵庫県立丹波医療センター（選択科目：内科）
兵庫医科大学病院（選択科目：救命救急センター）
神戸大学医学部附属病院（選択科目：救命救急科）
兵庫県災害医療センター（選択科目：救急部）
兵庫県立はりま姫路総合医療センター（選択科目：救急部）
市立加西病院（地域医療）
高砂市民病院（地域医療）
- (2) 臨床研修協力施設
加古川健康福祉事務所（加古川保健所）（地域保健）
兵庫県立健康科学研究所（地域保健）
前田内科医院（地域医療）
友藤内科医院（地域医療）
おりべ内科医院（地域医療）
はり内科クリニック（地域医療）
中田医院（地域医療）
西村医院（地域医療）
いちかわ内科循環器科（地域医療）
かわしま内科クリニック（地域医療）
丹波市ミルネ診療所（地域医療）
医療法人社団 あだちこども診療所（地域医療）
中岡クリニック（地域医療）
くどう内科クリニック（地域医療）
伊江村立診療所（地域医療・離島医療 沖縄県 伊江島）

5. 研修実施責任者

院長 平田 健一

6. 研修プログラム責任者及び副プログラム責任者

総括責任者	理事長	大西 祥男	
研修実施責任者	院長	平田 健一	
プログラム責任者	副院長	金田 邦彦	(基本プログラム、産婦人科医育成プログラム)
	院長補佐	森沢 猛	(小児科医育成プログラム)
副プログラム責任者	副院長	石原 広之	

7. 指導医・評価者

臨床研修指導医一覧 別添1のとおり
臨床研修評価者一覧 別添2のとおり

8. 臨床研修の到達目標

(参考：臨床研修ガイドライン 2023)
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。

9. 実務研修の方略

A. 研修期間

研修期間は原則として 2 年間以上とする。
協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあっては、原則として、1 年以上は基幹型臨床研修病院で研修を行う。なお、地域医療等における研修期間を、12 週を上限として、基幹型臨床研修病院で研修を行ったものとみなすことができる。

B. 臨床研修を行う分野・診療科

<オリエンテーション>

- ① 臨床研修制度・プログラムの説明：理念、到達目標、方略、評価、修了基準、研修管理委員会、メンターの紹介など。
- ② 医療倫理：人間の尊厳、守秘義務、倫理的ジレンマ、利益相反、ハラスメント、不法行為の防止など。
- ③ 医療関連行為の理解と実習：診療録（カルテ）記載、保険診療、診断書作成、採血・注射、皮膚縫合、BLS・ACLS、救急当直、各種医療機器の取り扱いなど。
- ④ 患者とのコミュニケーション：服装、接遇、インフォームドコンセント、困難な患者への対応など。
- ⑤ 医療安全管理：インシデント・アクシデント、医療過誤、院内感染、災害時対応など。
- ⑥ 多職種連携・チーム医療：院内各部門に関する説明や注意喚起、体験研修、多職種合同での演習、救急車同乗体験など。
- ⑦ 地域連携：地域包括ケアや連携システムの説明、近隣施設の見学など。
- ⑧ 自己研鑽：図書館（電子ジャーナル）、学習方法、文献検索、EBM など。

<必修分野>

- ① 内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療を必修分野とする。また、一般外来での研修を含めること。

<分野での研修期間>

- ② 原則として、内科 24 週以上、救急 12 週以上、外科、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療それぞれ 4 週以上の研修を行う。なお、外科、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療については、8 週以上の研修を行うことが望ましい。
- ③ 原則として、各分野では一定のまとまった期間に研修（ブロック研修）を行うことを基本とする。ただし、救急について、4 週以上のまとまった期間に研修を行った上で、週 1 回の研修を通年で実施するなど特定の期間一定の頻度により行う研修（並行研修）を行うことも可能である。

る。なお、特定の必修分野を研修中に、救急の並行研修を行う場合、その日数は当該特定の必修分野の研修期間には含めないこととする。

- ④ 内科については、入院患者の一般的・全身的な診療とケア、及び一般診療で頻繁に関わる症候や内科的疾患に対応するために、幅広い内科的疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑤ 外科については、一般診療において頻繁に関わる外科的疾患への対応、基本的な外科手技の習得、周術期の全身管理などに対応するために、幅広い外科的疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑥ 小児科については、小児の心理・社会的側面に配慮しつつ、新生児期から思春期までの各発達段階に応じた総合的な診療を行うために、幅広い小児科疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑦ 産婦人科については、妊娠・出産、産科疾患や婦人科疾患、思春期や更年期における医学的対応などを含む一般診療において、頻繁に遭遇する女性の健康問題への対応等を習得するために、幅広い産婦人科領域に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑧ 精神科については、精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、精神科専門外来又は精神科リエゾンチームでの研修を含むこと。なお、急性期入院患者の診療を行うことが望ましい。
- ⑨ 救急については、頻度の高い症候と疾患、緊急性の高い病態に対する初期救急対応の研修を含むこと。また、麻酔科における研修期間を、4週を上限として、救急の研修期間とすることができる。麻酔科を研修する場合には、気管挿管を含む気道管理及び呼吸管理、急性期の輸液・輸血療法、並びに血行動態管理法についての研修を含むこと。
- ⑩ 一般外来での研修については、ブロック研修又は、並行研修により、4週以上の研修を行うこと。なお、受け入れ状況に配慮しつつ、8週以上の研修を行うことが望ましい。また、症候・病態については適切な臨床推論プロセスを経て解決に導き、頻度の高い慢性疾患の継続診療を行うために、特定の症候や疾病に偏ることなく、原則として初診患者の診療及び慢性疾患の継続診療を含む研修を行うことが必須事項である。例えば、内科、外科、小児科、地域医療等における研修が想定され、特定の症候や疾病のみを診察する専門外来や、慢性疾患患者の継続診療を行わない救急外来、予防接種や健診・検診などの特定の診療のみを目的とした外来は含まれない。一般外来研修においては、他の必修分野等との同時研修を行うことも可能である。
- ⑪ 地域医療については、原則として、2年次に行うこと。また、へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院又は診療所を適宜選択して研修を行うこと。さらに、研修内容としては以下に留意すること。
 - 1) 一般外来での研修と在宅医療の研修を含めること。ただし、地域医療以外で在宅医療の研修を行う場合に限り、必ずしも在宅医療の研修を行う必要はない。
 - 2) 病棟研修を行う場合は慢性期・回復期病棟での研修を含めること。
 - 3) 医療・介護・保健・福祉に係わる種々の施設や組織との連携を含む、地域包括ケアの実践について学ぶ機会を十分に含めること。
- ⑫ 選択研修として、保健・医療行政の研修を行う場合、研修施設としては、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、健診・検診の実施施設、国際機関、行政機関、矯正機関、産業保健の事業場等が考えられる。
- ⑬ 全研修期間を通じて、感染対策（院内感染や性感染症等）、予防医療（予防接種等）、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング（ACP・人生会議）、臨床病理検討会（CPC）等、基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修を含むこと。また、診療領域・職種横断的なチーム（感染制御、緩和ケア、栄養サポート、認知症ケア、退院支援等）の活動に参加することや、児童・思春期精神科領域（発達障害等）、薬剤耐性、ゲノム医療等、社会的要請の強い分野・領域等に関する研修を含むことが望ましい。

C. 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、便通異常（下痢・便秘）、熱傷・外傷、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋力低下、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、興奮・せん妄、抑うつ、成長・発達の障害、妊娠・出産、終末期の症候

D. 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）

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

E. その他（経験すべき診察法・検査・手技等）

- ① 医療面接
- ② 身体診察
- ③ 臨床推論
- ④ 臨床手技
- ⑤ 検査手技
- ⑥ 地域包括ケア・社会的視点
- ⑦ 診療録

10. 到達目標の達成度評価

1. 臨床研修の目標の達成度評価までの手順

- (1) 研修医が到達目標を達成しているかどうかは、各分野・診療科のローテーション終了時に、医師及び医師以外の医療職が研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを用いて評価し、評価票は研修管理委員会で保

管する。医師以外の医療職には看護師を含むことが望ましい。上記評価の結果を踏まえて、少なくとも年2回、プログラム責任者・研修管理委員会委員が、研修医に対して形成的評価（フィードバック）を行う。2年間の研修終了時に、研修管理委員会において、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。

- (2) 2年次終了時の最終的な達成状況については、臨床研修の目標の達成度判定票を用いて評価（総合的評価）する。

A. 研修医評価票

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）」に関する評価

- A-1. 社会的使命と公衆衛生への寄与
- A-2. 利他的な態度
- A-3. 人間性の尊重
- A-4. 自らを高める姿勢

II. 「B. 資質・能力」に関する評価

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

III. 「C. 基本的診療業務」に関する評価

- C-1. 一般外来診療
- C-2. 病棟診療
- C-3. 初期救急対応
- C-4. 地域医療

B. 評価方法

- ① 研修医の評価は原則 PG-E P O C を使用する。
- ② 研修医は各診療科ローテーション終了時に臨床研修の到達目標（行動目標、経験目標）および当院各診療科の到達目標について自己評価を PG-E P O C へ入力する。
- ③ 指導医は上記①と同様に各診療科のローテーション終了時に研修医の評価を PG-E P O C へ入力する。
- ④ 指導者（看護師・薬剤師）は研修医が各診療科のローテーションを終了した際に、研修医評価票Ⅰ～Ⅲを医師卒後教育センターへ提出し、研修医の評価を行う。
- ⑤ 研修医は半期に1回プログラム責任者との面談を実施し、研修評価のフィードバックを受け、研修内容についての確認や修正を行う。
- ⑥ 2年間の全プログラム終了の際は、研修管理委員会にて目標達成度、指導医・指導者による評価を基にした総括評価を実施する。臨床研修修了が認められた研修医に対して、理事長は臨床研修修了証を交付する。
- ⑦ 研修プログラムが効果的かつ効率的に運用されているかを定期的に研修管理委員会（小委員会）が中心となり点検・評価し、必要に応じて研修プログラムの改善に努める。

11. 研修医が単独で行ってよい処置・処方の基準

別添3のとおり

12. 研修カリキュラム

【加古川中央市民病院 臨床研修プログラム】

一般的な診療において頻繁に係る負傷又は疾病に適切に対応できる基本的な診療能力（知識・技能・態度）の修得のため、1年次に内科6ヵ月、救急部門3ヵ月（救急科2ヵ月、麻酔科1ヵ月）、必修分野3ヵ月を実施し、2年次に救急科1ヵ月、地域医療1ヵ月、必修分野を1ヵ月と将来の志望科により選択科目を9ヵ月履修する。

◎研修ローテーション（例）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
【1年次】	内科 【24週以上】						救急科 【8週以上】	麻酔科 【4週以上】	外科 【4週以上】	小児科 【4週以上】	産婦人科 【4週以上】		
【2年次】	救急科 【4週以上】	精神科 【4週以上】	地域医療 【4週以上】	選択科目 【36週以上】									

- 精神科・・・当院(2週)・東加古川病院(精神科病棟)(2週)で研修
- 地域医療・・・11ヶ所の近隣の開業医や兵庫県内の病院及び診療所、また沖縄の離島研修から選択研修。研修期間は、4週または6週とする。
伊江村立診療所(離島研修)での研修は2週とする。
市立加西病院、兵庫県丹波医療センター病院群、高砂市民病院での研修は4週とし、離島研修を選択する場合は、計6週の研修とする。
兵庫県立丹波医療センター病院群の研修は、丹波市ミルネ診療所の研修を2週以上とし、残りを丹波医療センター内科で行う。
兵庫県立丹波医療センター内科での研修は、地域研修時のみとする。地域医療研修中に在宅診療を2回経験する。
- 選択分野・・・同一診療科の選択は最長24週とする。
既存の診療科及び保健・医療行政(4週)、救急科(3次救急)研修。
救急科(3次救急)研修は、兵庫医科大学病院(救命救急センター)、神戸大学医学部付属病院(救命救急科)、兵庫県災害医療センター(救急部)、兵庫県立はりま姫路総合医療センター(救急科)のいずれかを2週もしくは4週選択可能。
ただし、その場合は、当院の救急科を同期間(2週もしくは4週)選択することとする。
- 一般外来・・・総合内科・小児科・外科・地域医療の研修中に実施する(4週)。
- 研修時期は、研修医の希望や各科の受け入れ状況などにより調整する。

【加古川中央市民病院 臨床研修産婦人科医育成プログラム】

一般的な診療において頻繁に係る負傷又は疾病に適切に対応できる基本的な診療能力(知識・技能・態度)の修得のため、1年次に内科6ヵ月、救急部門3ヵ月(救急科2ヵ月、麻酔科1ヵ月)、必修分野3ヵ月を実施し、2年次に救急部門1ヵ月、地域医療1ヵ月、必修分野を1ヵ月、産婦人科2ヵ月(または3ヶ月)と選択科目を7ヵ月(または6ヵ月)履修する。

◎研修ローテーション(例)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
【1年次】	内科 【24週以上】						救急科 【8週以上】	麻酔科 【4週以上】	外科 【4週以上】	小児科 【4週以上】	産婦人科 【4週以上】		
【2年次】	救急科 【4週以上】	精神科 【4週以上】	地域医療 【4週以上】	産婦人科 【8または12週以上】	選択科目 【28または24週以上】								

- 精神科・・・当院(2週)・東加古川病院(精神科病棟)(2週)で研修
- 地域医療・・・11ヶ所の近隣の開業医や兵庫県内の病院及び診療所、また沖縄の離島研修から選択研修。研修期間は、4週または6週とする。
伊江村立診療所(離島研修)での研修は2週とする。
市立加西病院、兵庫県丹波医療センター病院群、高砂市民病院での研修は4週とし、離島研修を選択する場合は、計6週の研修とする。
兵庫県立丹波医療センター病院群の研修は、丹波市ミルネ診療所の研修を2週以上とし、残りを丹波医療センター内科で行う。
兵庫県立丹波医療センター内科での研修は、地域研修時のみとする。地域医療研修中に在宅診療を2回経験する。
- 選択分野・・・同一診療科の選択は最長24週とする。
既存の診療科及び保健・医療行政(4週)、救急科(3次救急)研修。
救急科(3次救急)研修は、兵庫医科大学病院(救命救急センター)、神戸大学医学部付属病院(救命救急科)、兵庫県災害医療センター(救急部)、兵庫県立はりま姫路総合医療センター(救急科)のいずれかを2週もしくは4週選択可能。
ただし、その場合は、当院の救急科を同期間(2週もしくは4週)選択することとする。
- 一般外来・・・総合内科・小児科・外科・地域医療の研修中に実施する(4週)。
- 研修時期は、研修医の希望や各科の受け入れ状況などにより調整する。

【加古川中央市民病院 臨床研修小児科医育成プログラム】

一般的な診療において頻繁に係る負傷又は疾病に適切に対応できる基本的な診療能力(知識・技能・態度)の修得のため、1年次に内科6ヵ月、救急部門3ヵ月(救急科2ヵ月、麻酔科1ヵ月)、必修分野3ヵ月を実施し、2年次に救急部門1ヵ月、地域医療1ヵ月、必修分野を1ヵ月、小児科4ヵ月と選択科目を5ヵ月履修する。

◎研修ローテーション (例)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
【1年次】	内科 【24週以上】						救急科 【8週以上】	麻酔科 【4週以上】	外科 【4週以上】	小児科 【4週以上】	産婦人科 【4週以上】	
【2年次】	救急科 【4週以上】	精神科 【4週以上】	地域医療 【4週以上】	小児科 【16週以上】				選択科目 【20週以上】				

- 精神科・・・当院(2週)・東加古川病院(精神科病棟)(2週)で研修
- 地域医療・・・1ヶ所の近隣の開業医や兵庫県内の病院及び診療所、また沖縄の離島研修から選択研修。研修期間は、4週または6週とする。伊江村立診療所(離島研修)での研修は2週とする。市立加西病院、兵庫県丹波医療センター病院群、高砂市民病院での研修は4週とし、離島研修を選択する場合は、計6週の研修とする。兵庫県立丹波医療センター病院群の研修は、丹波市ミルネ診療所の研修を2週以上とし、残りを丹波医療センター内科で行う。兵庫県立丹波医療センター内科での研修は、地域研修時のみとする。地域医療研修中に在宅診療を2回経験する。
- 選択分野・・・同一診療科の選択は最長24週とする。既存の診療科及び保健・医療行政(4週)、救急科(3次救急)研修。救急科(3次救急)研修は、兵庫医科大学病院(救命救急センター)、神戸大学医学部付属病院(救命救急科)、兵庫県災害医療センター(救急部)、兵庫県立はりま姫路総合医療センター(救急科)のいずれかを2週もしくは4週選択可能。ただし、その場合は、当院の救急科を同期間(2週もしくは4週)選択することとする。
- 一般外来・・・総合内科・小児科・外科・地域医療の研修中に実施する(4週)。
- 研修時期は、研修医の希望や各科の受け入れ状況などにより調整する。

13. 必修科目カリキュラム

内科

目的・特徴

内科研修では、幅広い内科疾患を総合内科、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、脳神経内科、糖尿代謝内科、リウマチ膠原病内科、腫瘍血液内科、腎臓内科の各専門医の直接指導の下で研修を行う。研修医1年目は、内科全科のローテーション研修(計24週)を行い、研修医として経験すべき症候・病態の知識の学習、基本的な診療技術を習得する。2年目の選択科目研修においては、より専門的で高度な診療技術の取得を目指す。研修期間全体を通して指導医の指導の下で、各科での日中のオンコール業務・救急対応、夜間・休日の当直業務を含め、医師として緊急対応、幅広い経験を積む

到達目標

- ① 医師としての基本的姿勢及び態度を身につける。
- ② 内科的疾患の診断・治療に必要な知識を学び、心電図、胸腹部X線、血液・尿検査などの結果を分析し説明できる。基本的技能を習得する。
- ③ 診察から得た情報・診察結果・診察結果から、日常的に遭遇する疾患、見落としはならない疾患を鑑別、病態を臨床推論し、指導医・上級医とディスカッションを行い、治療を立案できる。
- ④ 患者・家族、指導医・上級医・メディカルスタッフとコミュニケーションをしっかりと取り、良好な人間関係築き、チーム医療を実践できる。
- ⑤ 自らを高める姿勢を持ち、積極的に学会発表、論文作成を行うことができる。
- ⑥ 内科各分野での到達目標については、選択研修の目標の項参照。

研修内容 (方略)、経験できる症例や手技

- ① 指導医の効率的できめの細やかな指導を行うため、研修医1年目の24週の研修期間を8週ずつ3グループに分けて行う。
内科Aグループ：循環器内科4週、リウマチ膠原病内科+腫瘍血液内科二科4週。
内科Bグループ：総合内科4週、呼吸器内科+糖尿病代謝内科二科4週。
内科Cグループ：消化器内科4週、脳神経内科+腎臓内科二科4週。
- ② 研修医2年目は、希望する科を4週間単位(最長1科につき24週まで)で選択する。
- ③ 病棟では、診療チームの中で担当医として患者数名~10名を担当する。指導医・上級医の指導の下で、患者の問診スキル、身体診療スキルを磨く。臨床推論から病態診断をつけ、治療方針の立案を行い、指導医・上級医とディスカッションを行う。各科でのカンファレンスでは担当症例を発表・提示し、科内全体でのディスカッションを行う。
- ④ 経験の必要な症候・疾病・病態、診察法・検査・手技等は以下の項目、内科各分野の選択研修の項参照。エコー下中心静脈穿刺手技はライセンス制となっており、模型実習、実施見学を経て指導医の元で実施訓練を行う。超音波検査は、各診療科において病棟及び救急外来で経験を積む。

<経験可能な症候>

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、腰痛、便秘異常(下痢・便秘)、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、

- 終末期の徴候
- <経験可能な疾病・病態>
- 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、糖尿病、脂質異常症
- <経験可能な診察法・検査・手技等>
- 気道確保、人工呼吸、胸骨圧迫、圧迫止血法、採血法(静脈血、動脈血)、注射法(皮内・皮下・筋肉・点滴・静脈確保・中心静脈確保)、腰椎穿刺、穿刺法(胸腔・腹腔)、導尿法、ドレーン・チューブの管理、胃管の挿入と管理、局所麻酔法、創部消毒とガーゼ交換、皮膚縫合、気管挿管、除細動、血液型判定・交差適合試験(コンピュータークロスマッチ)、動脈血ガス分析、心電図の記録、超音波診断(心・腹部)、診療録の作成、各種診断書(死亡診断書を含む)。
- ⑤ 各科の日中オンコール、夜間・休日の当直業務にて、医師として不可欠な基本的救急対応法を身につける。
- ⑥ 毎週水曜日 PM4:00～内科オープンレクチャーにて、内科各領域の知識を得、超音波検査などの実習を行う。2年目研修医は、10～15分間のミニレクチャーを年2回(内科オープンレクチャー内)担当する。経験した症例を、学会などで症例報告を行う。論文作成にもチャレンジする。

週間スケジュール
内科各分野の選択研修スケジュールを参照

評価方法

- ① 研修医は、自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する。
- ② 内科各科の主任科部長、各科主病棟の看護師長は、指導医・上級医や病棟看護師、病棟薬剤師などからの意見・評価を踏まえて、EPOC II を用いて研修医の多職種評価を行う。
プログラム責任者、副プログラム責任者は、研修医フィードバックで得られた各科の研修状況を評価する。

救急科

目的・特徴

1. 内因性疾患、外傷、熱中症、急性薬物中毒、各種ショック(出血、敗血症、アナフィラキシーなど)、院外心肺機能停止など、軽症から超重症まで診る ER 型救急を行っている。
2. 初療処置、諸検査を行い、診断がついた時点で各科専門医と連携して継続治療を行う。
* 創傷処置(縫合)、骨折固定、超音波検査(腹部、心臓)、救急科初療後の緊急手術、緊急内視鏡処置などには助手とし、時に術者としてかかわる。
3. 傷病、症例によっては、各科専門医と協議のもと救急科で入院させて診る。
4. 集学的濃厚治療(ICU)にも積極的にかかわる。
循環管理、人工呼吸器管理、CV カテーテル留置、血液浄化療法、気管切開などを修得する。
5. DrCar 同乗もする。
6. イベント医療班、災害医療・災害訓練にも参画する。
7. 2年目の選択研修においては、1年目の研修内容からより専門性を重視した研修を行う。また、1年目研修医への教育にも寄与する。

I. 研修指導者

別添 1 のとおり

II. 週間スケジュール

臨床研修 1年目の2ヶ月及び2年目の1ヶ月は救急科配属研修医として救急医療にかかわる。初期研修の2年間は救急医療をサポートする(配属科救急傷病者の継続診察、多数傷病者搬入時、救急当番日など)。

2年目には、

- * ER 初期研修医のリーダーとして、1年目初期研修医の指導にもあたる。
 - * 指導医の下、心停止患者の BLS 指揮、ALS 処置(気管挿管、人口呼吸器管理、CV カテーテル留置、気管切開など)の主たる実施者となる。
 - * 指導医の下、CV カテーテル留置、胸腔誘導などのやや侵襲的な処置の術者となる。
- 3次救急医療施設研修(1ヵ月間派遣)の選択も可能である。

	午前8時	午前	午後	午後5時
月～金	ICU/救急科の入院患者回診	救急搬送傷病者の診察 入院患者の診察・処置 フォローアップ傷病者の診察	救急搬送傷病者の診察 入院患者の診察・処置 ベッドサイドレクチャー	救急科入院患者の回診 適時ミニレクチャー と症例検討

院内勉強会、講習会には積極的に出席する。
地域(加古川、姫路、神戸)での勉強会、講習会にも可能な限り出席する。

III. 基本理念

- 救急傷病者に対してはスピーディーに緊急度を判定し、病態を把握する。そして迅速に適切な処置を行う。
入院、転院、帰宅の判断を迅速に行う。
- 重症患者(ICU患者)に対してはスピーディーに最低必要限の賢明な処置・治療を行う。
適切な抗菌薬管理、呼吸管理、循環管理を行う。
- 社会的背景を踏まえた全人的な視点で診療を行う。

IV. 一般目標：救急診療を適切に行うための、必要な基礎的知識、技能、態度を修得する。

1. 医療面接

- 1) 良好な患者・家族－医師関係を構築することができる。
- 2) 患者の人権を尊重することができる。
- 3) 患者、患者家族にタイミングよく、判り易く病状・検査・処置の説明ができる。

2. 診察

■救急外来の救急患者においては

- 1) 共感的に、迅速に問診、身体診察、処置（点滴路確保、各種モニター装着）、検査（超音波検査、心電図検査）をすることができる。
- 2) 問診、救急隊情報、患者家族（付き添ってきた方）から得られた情報をもとに、病歴、現症を系統的に記載することができる。
- 3) 適切かつ効率の良い検査計画を立てることができる。
- 4) 搬入から 25 分以内に CT などの画像検査だしができる。
- 5) 搬入から 1 時間以内に診察・諸検査結果から病態を把握することができる。
- 6) 5)の結果を踏まえ、病態・疾病に該当する専門医、放射線科医師などに適切な情報を提供し、症例検討ができる。
- 7) 帰宅、入院の治療方針を決めることができる。後者では入院治療計画を立てることができる。
- 8) 看護師、地域連携・福祉担当者らと情報交換ができ、適切な治療方針を決めることができる。（チーム医療ができる。）

■入院患者においては

- 1) 問題リストを作成することができる。
- 2) 経過記録を SOAP 形式で記載することができる。
- 3) 適切かつ適時に検査をくむことができる。
- 4) 看護師、理学療法士、地域連携・福祉担当者、薬剤師、栄養士らと情報を交換して、それに基づいて治療方針を決めることができる。（チーム医療ができる。）
- 5) 適切かつ解り易い病状を説明することができる。また退院計画書を作成することができる。
- 6) 診療情報提供書を書くことができる。
- 7) 退院時要約を書くことができる。

3. 手技・処置

- 1) 末梢静脈路確保ができる。
指導医のもとで C V カテーテルの留置ができる。
- 2) 動脈採血ができる。
- 3) 救急時の末梢静脈輸液の処方ができる。
- 4) 12 誘導心電図検査、腹部・心臓超音波検査ができる。
- 5) 膀胱バルーンカテーテルを留置できる。
- 6) 胃管の挿入ができる。
- 7) 小さな創に対する創傷処理（デブリードマン、創洗浄、縫合、止血）、熱傷創、褥瘡創に対する処置（デブリードマン、軟膏処置）ができる。
創感染を判断でき、適切な処置（開放、穿刺、誘導など）ができる。
- 8) 整形外科的外傷（軽症）において、シーネ固定、脱臼整復、湿布療法ができる。
- 9) 輸血：輸血用の血液製剤の種類と輸血の手順を理解し、施行できる。
輸血の副作用と予防に対する理解と説明ができる
- 10) 栄養管理ができる。
末梢静脈栄養管理および中心静脈栄養管理の輸液剤処方ができる。
経腸栄養剤の処方ができる。
- 11) 病態に応じた適切な薬剤（抗菌剤、カテコラミン剤、鎮静剤など）を選択、処方できる。
- 12) 指導医の下で気管内挿管ができ、人工呼吸器管理ができる。
- 13) 指導医の下で胸腔・腹腔・関節穿刺およびドレナージができる。
- 14) 指導医の下で腰椎穿刺ができて髄液圧測定、髄液採取できる。

4. 専門的検査の理解

- 1) 腹部および心臓超音波検査法の適応と手技、診断について理解できる。
- 2) CT、MRI 検査の適応について理解できる。
- 3) 上部・下部消化管内視鏡検査の適応・診断・治療について理解できる。
- 4) 気管支鏡検査の適応について理解できる。
- 5) 造影 X 線検査（血管造影・消化管造影・ERCP など）の適応について理解できる。

5. 処方・食事・安静度

- 1) 保険医療に基づいた処方ができる。
- 2) 基本的な薬剤の適応や禁忌、副作用について理解できる。
- 3) 患者の病状に応じて食事を選択できる（絶食等の指示ができる）
- 4) 患者の病状に応じた薬剤、点滴剤を選択できる。
- 5) 患者の栄養状態を評価でき、NST と協議ができる。それらに基づいた栄養管理ができる。
- 6) 患者の病状について基本的な安静度を選択できる。

6. 救急科でよく診る疾患（感染症、脱水、外傷）を理解し教育・指導が行える。

- 1) 感染症（気道感染症、尿路感染症など）、急性薬物中毒、脱水、外傷などの入院適応を判断できる。
- 2) 症状、病態に応じた点滴、薬剤処方ができる。
- 3) 慢性病（糖尿病、高血圧、慢性腎不全など）患者やアルコール依存症患者、精神科疾患患者、ひとり暮らし患者、ADL が低下している患者、生活保護患者へ適切な生活指導ができる。

7. 指導医、専門医、他の医療スタッフとともに救急患者、入院患者の診察ができる。
 - 1) チーム医療ができる。
 - 2) それに基づいた検査、治療ができる。
 - 3) 地域医療圏の医療施設と連携がとれる。
8. 終末期医療を行うための基本的知識と態度
 - 1) 患者および家族に対する精神的、物的配慮ができる。
 - 2) 患者および家族に指導医とともに病状説明を行い、支持的、共感的態度で支援することができる。
 - 3) 緩和ケアを行うことができる。
9. 病理解剖
 - 1) 剖検の必要性を認識し、遺族に説明し、剖検の承諾を得ることができる。
 - 2) 剖検の結果を遺族に説明できる。

V. 経験目標

A. 経験すべき診察法、検査、手技

1. 基本的な身体診察法

- 1) 全身の観察・診察（バイタルサインと精神状態の把握、皮膚や表在リンパ節の診察を含む）ができ、記載できる。
- 2) 頭頸部・胸部・腹部・四肢の診察ができる。
- 3) 神経学的診察ができる。
- 4) 創傷・熱傷の評価ができる。

2. 臨床検査

自ら実施またはオーダーし、結果を解釈できる。

- 1) 血液・生化学的検査
- 2) 超音波検査（腹部・心臓）検査
- 3) 12誘導心電図検査
- 4) 動脈血血液ガス分析検査
- 4) 一般尿検査
- 5) 血清学的検査
- 6) 血液型判定、交差適合試験
- 7) 単純X線検査
- 8) X線CT検査
- 9) MRI検査
- 10) 便検査
- 11) 細菌学的検査
検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。
- 12) 髄液検査
- 13) 細胞診、病理組織検査
- 14) 内視鏡検査
- 15) 造影X線検査
- 16) 神経生理学的検査（脳波、筋電図など）

3. 基本的手技

- 1) 末梢静脈路確保（点滴注射）
- 2) 採血（静脈血、動脈血）
- 3) 導尿
- 4) 胃管挿入と管理
- 5) 圧迫止血、創傷処理、骨折固定
- 6) 胸骨圧迫心臓マッサージ
- 7) 気道確保（気管内挿管）、気管切開
- 8) 人工呼吸管理
- 9) 穿刺（胸腔、腹腔、脊柱管、関節など）

4. 基本的治療法

- 1) 療養指導（安静度、食事など）
- 2) 薬物の作用、副作用、相互作用の理解に基づいた投薬
- 3) 輸液、栄養管理
- 4) 循環管理、呼吸管理
- 5) 輸血による効果と副作用の理解に基づいた輸血
- 6) 創傷処理（止血、デブリードマン、縫合、軟膏処置、固定）
- 7) 血液浄化療法管理

5. 医療記録

- 1) 診療録の作成（SOAPおよびそれに準じた記載、プロブレムリストの作成）
- 2) 処方箋、指示箋の作成
- 3) 診断書の作成
- 4) 死亡診断書の作成
- 5) CPC（臨床病理カンファランス）レポートの作成、症例呈示
- 6) 紹介状（診療情報提供書）、返書の作成

B. 経験すべき症状、病態、疾患

1. 緊急を要する症状、病態

- 1) 心肺停止

- 2) ショック
- 3) 意識障害
- 4) 脳血管障害
- 5) 急性呼吸不全
- 6) 急性心不全
- 7) 急性冠症候群（急性心筋梗塞、狭心症）
- 8) 急性腹症
- 9) 急性消化管出血
- 10) 重篤な代謝障害（高度脱水、腎不全、肝不全、横紋筋融解など）
- 11) 急性感染症（呼吸器感染症、尿路感染症、胆道感染症、軟部組織感染症など）
- 12) 急性中毒（薬物、アルコール、一酸化炭素、有機リンなど）
- 13) 高エネルギー外傷（重度臓器損傷、多発外傷）
- 14) 軽症～中等度熱傷

2. 経験が求められる疾患、病態

- 1) 感染症
 1. 細菌感染症（呼吸器系、尿路系、胆道系）
 2. 結核
 3. ウイルス感染症（ノロウイルス、インフルエンザ、COVID-19）
 4. 真菌感染症
- 2) 呼吸器系疾患
 1. 呼吸器感染症（肺炎、気管支炎）
 2. 慢性閉塞性肺疾患
 3. 呼吸不全
 4. 肺循環不全（肺梗塞、肺塞栓）
 5. 胸膜、縦隔、横隔膜疾患（自然気胸、胸膜炎）
- 3) 消化器系疾患
 1. 食道、胃、十二指腸疾患（食道静脈瘤、食道癌、胃癌、消化性潰瘍）
 2. 小腸、大腸疾患（イレウス、大腸癌、大腸炎）
 3. 胆道疾患（胆石、胆嚢炎、胆管炎）
 4. 肝疾患（急性肝炎、肝硬変、）
 5. 膵疾患（急性、慢性膵炎）
 6. 横隔膜、腹壁、腹膜疾患（腹膜炎、ヘルニア）
- 4) 腎、尿路系疾患
 1. 腎不全（急性腎不全）
 2. 尿路結石
 3. 尿路感染症
- 5) 循環器系疾患
 1. 冠動脈疾患（狭心症、心筋梗塞）
 2. 心不全
 3. 不整脈
 4. 高血圧
 5. 動脈疾患（閉塞性動脈硬化症、大動脈瘤、大動脈解離）
 6. 深部静脈血栓症、肺動脈血栓塞栓症
- 6) 神経系疾患
 1. 脳血管障害
 2. 痴呆性疾患
 3. 脳炎、髄膜炎
- 7) 外傷
 1. 体表損傷（擦過傷、挫傷など）
 2. 熱傷
 3. 動物咬傷（犬、猫などの咬傷、蜂、蟻、ムカデなどの刺傷、マムシなどの咬傷）
 4. 四肢骨折、脊椎骨折
 5. 重要臓器損傷
 6. 高エネルギー外傷による重篤な臓器損傷
 7. 挫滅症候群
- 8) 物理、化学的因子による疾患
 1. 中毒（アルコール、薬物）
 2. 環境要因による疾患（熱中症、偶発性低体温）
- 9) 精神科疾患
 1. 希死念慮を伴ううつ状態、統合失調症
 2. 精神薬過量服薬によるうつ状態、統合失調症
- 10) 血液・造血器系疾患、内分泌・代謝系疾患、免疫・アレルギー性疾患、皮膚系疾患

VI. 学会活動（発表、出席）

救急医学会、臨床救急医学会、集中治療医学会、外傷学会、蘇生学会の総会あるいは地方会のいずれかに積極的に出席し、発表する。アップデートな情報を収集し、当科に診療に組み込んでいく。

VII. 各種講習会への参加

- ICLS 講習参加、修了は義務とする。
- JPTec 講習、MCLS 講習には機会があれば積極的に参加する。

評価方法

研修医の到達度に関する評価は、研修時に指導にあたった研修指導医や上級医の意見を参考にプログラム責任者により行われる。評価方法として、①研修医による自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC

IIに入力する。②診療場面・カンファレンスの中から評価しうる知識、技能などに加え医師として望ましい診療姿勢や研修に取り組む姿勢について当科部長（主任医長）・看護師長が EPOC II を用いて多職種評価を行う。

外科

目的・特徴

東播磨地域の中核病院として消化器・一般外科疾患を中心とした治療を行っている。一般市中病院であるためヘルニア・虫垂炎から食道切除・膵切除・肝切除まで幅広い症例を経験することが可能である。外科研修時は積極的に手術に参加して、研修終了時には腰椎麻酔手術症例や簡単な全身麻酔症例の執刀も経験してもらう予定。初期研修2年目に選択科目として外科研修を希望する研修医は、3年目以降外科系診療科に進む可能性が高いため1年次と比較してより多くの手術の参加して更なる外科的手技の獲得を目指す。初期研修終了後当科の外科専門医プログラムで後期研修を継続することや神戸大学外科教室への入局も可能である。

I. 研修指導者 別添1のとおり

II. 週間スケジュール

	8:00	8:30	午前	午後
月	ビデオカンファ	ICU・病棟回診	手術	手術
火	抄読会肝カンファ	ICU・病棟回診	手術	手術
水	術後検討会	ICU・病棟回診	手術	手術
木	術後検討会	ICU・病棟回診	手術	手術 総回診
金	術後検討会	ICU・病棟回診	手術	手術
土	ICU・病棟回診	オンコール		オンコール
日	ICU・病棟回診	オンコール		オンコール

III. 基本コンセプト

指導医とマンツーマンで症例を受け持ち、下記のような術前診断・手術・術後管理まで一連の外科治療の流れを経験する。

外科的疾患の理解
手術適応の決定
検査計画
画像診断
手術内容の把握
術前・後の管理
進行癌・末期癌患者の管理

IV. 経験目標

A 経験すべき診察法・検査・手技

(1) 基本的な身体診察法

特に術前術後の病態の正確な把握ができるよう、腹部のみならず全身にわたる身体診察を系統的に実施し、記載する。

- 1) 全身の観察（バイタルサインと精神状態の把握、皮膚や表在リンパ節の診察を含む）ができ、記載できる。
- 2) 胸部（主に乳腺、肺）の診察ができ、記載できる。
- 3) 腹部の診察ができ、記載できる。

(2) 基本的な臨床検査

病態と臨床経過を把握し、医療面接と身体診察から得られた情報をもとに必要な検査を自ら実施し、結果を解釈できる。

(A) 以外：検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。

また、すべてについて受け持ち患者の検査として診療に活用する。

- 1) 一般尿検査（尿沈渣顕微鏡検査を含む）
- 2) 便検査（特に潜血）
- 3) 血算・白血球分画
- 4) 血液型判定・交差適合試験(A)
- 5) 心電図(十二誘導)(A)、負荷心電図
- 6) 動脈血ガス分析
- 7) 血液生化学的検査、免疫血清学的検査
- 8) 細菌学的検査・薬剤感受性検査
- 9) 肺機能検査
- 10) 細胞診・病理組織検査
- 11) 内視鏡検査（上部・下部消化管、気管支、胆道）
- 12) 超音波検査(乳腺、腹部)(A)（心臓）
- 13) 単純X線検査
- 14) 造影X線検査

- 15) X線CT検査
- 16) MRI検査
- 17) 核医学検査

(3) 基本的手技

基本的手技の適応を決定し、実施できる。

- 1) 気道確保
- 2) 人工呼吸 (バッグ・バルブ・マスクによる徒手換気を含む)
- 3) 胸骨圧迫
- 4) 圧迫止血
- 5) 注射 (皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保)
- 6) 採血 (静脈、動脈)
- 7) 経皮的穿刺・ドレナージ (胸腔、腹腔)
- 8) 導尿
- 9) 胃管・イレウスチューブの挿入と管理
- 10) ドレーン・チューブ類の管理
- 11) 局所麻酔
- 12) 創部消毒とガーゼ交換
- 13) 簡単な切開・排膿
- 14) 皮膚縫合
- 15) 軽度の外傷・熱傷の処置
- 16) 気管内挿管
- 17) 除細動

(4) 基本的治療法

基本的治療法の適応を決定し、適切に実施する。

- 1) 療養指導 (安静度、体位、食事、入浴、排泄などについて)
- 2) 薬物の作用、副作用、相互作用について理解した上での薬物治療 (抗菌薬、副腎皮質ステロイド薬、消炎鎮痛薬麻薬、抗癌剤、循環作働薬など)
- 3) 輸液治療 (水分・電解質バランスの調節、中心静脈栄養)
- 4) 輸血 (血液製剤の選択、効果と副作用の理解)
また下記に関してはその概念を理解し、適応が判断できること。
- 5) 全身麻酔
- 6) 硬膜外麻酔
- 7) 脊髄麻酔

(5) 医療記録

チーム医療や法規との関連で重要な医療記録を適切に作成する。

- 1) 診療録の作成 (手術記録を含む)
- 2) 処方箋・指示書の作成
- 3) 診断書の作成
- 4) 死亡診断書の作成
- 5) 紹介状、返信の作成

B 経験すべき症状・病態・疾患

患者の呈する症状と身体所見、簡単な検査所見に基づいた鑑別診断、初期治療を的確に行う能力を獲得する。

(1) 頻度の高い症状

- 1) 全身倦怠感
- 2) 食欲不振
- 3) 体重減少・増加
- 4) リンパ節腫脹
- 5) 黄疸
- 6) 発熱
- 7) 嘔気・嘔吐
- 8) 胸やけ
- 9) 嚥下困難
- 10) 腹痛
- 11) 便通異常 (下痢、便秘)
- 12) 尿量異常

(2) 緊急を要する症状・病態

- 1) 心肺停止
- 2) ショック
- 3) 意識障害
- 4) 急性呼吸不全
- 5) 急性心不全
- 6) 急性腹症
- 7) 急性消化管出血
- 8) 急性腎不全
- 9) 急性感染症
- 10) 外傷

(3) 経験が求められる疾患・病態

※に関しては、周術期管理もしくは進行癌症例において経験されるものである。

※以外の疾患に関しては、腹部所見の理解（特に腹膜刺激症状）、治療法の選択（手術、経内視鏡的治療、薬物治療、他）、手術適応の決定が適切になされるべきである。

1) 循環器系疾患※

- ①心不全
- ②不整脈（主要な頻脈性、徐脈性不整脈）
- ③高血圧症

2) 呼吸器系疾患

- ①呼吸器感染症※
- ②気管支喘息※
- ③肺循環障害（肺塞栓、肺梗塞）※
- ④胸膜疾患（自然気胸、外傷性気胸）
- ⑤転移性肺癌

3) 消化器系疾患

- ①食道・胃・十二指腸疾患（癌およびその他の腫瘍性病変、食道静脈瘤、消化性潰瘍ほか）
- ②小腸・大腸疾患（癌およびその他の腫瘍性病変、イレウス、急性虫垂炎、憩室炎、炎症性腸疾患、痔核・痔瘻）
- ③胆道系疾患（癌およびその他の腫瘍性病変、胆石症、胆嚢炎、胆管炎）
- ④肝疾患（肝硬変、癌およびその他の腫瘍性病変）
- ⑤膵疾患（癌およびその他の腫瘍性病変、急性・慢性膵炎）
- ⑥横隔膜・腹壁・腹膜（腹膜炎、急性腹症、ヘルニア）

4) 腎・尿路系（体液・電解質バランスを含む）疾患※

- ①腎不全（急性・慢性腎不全、透析）
- ②尿路感染症
- ③神経因性膀胱
- ④水腎症

5) 内分泌・栄養・代謝系疾患

- ①糖代謝異常（糖尿病とその合併症、低血統）※

6) 感染症※

- ①細菌感染症
- ②真菌感染症

7) 物理的・化学的因子による疾患

- ①熱傷

8) 加齢と老化※

- ①老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡）

評価方法

研修医の到達度に関する評価は、研修時に指導にあたった研修指導医や上級医の意見を参考にプログラム責任者により行われる。評価方法として、①研修医による自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する。②診療場面・カンファレンスの中から評価しうる知識、技能などに加え医師として望ましい診療姿勢や研修に取り組む姿勢について当科部長（主任医長）・看護師長が EPOC II を用いて多職種評価を行う。

小児科

目的・特徴

小児科は単一臓器にかかわる専門科ではなく子ども全体を対象とする総合診療科である。疾患のみをみるのではなく全人的な観察姿勢が求められる。また当科は新生児から成人に至るまでの世代に関わる医療・保健を担っているため、小児期の成長・発達への理解や成育環境に対する配慮も必要である。当科の研修では、小児の発達と疾患に関する基礎的知識を学び、小児や新生児に対する一般的な診療技能を習得する。感染症や川崎病、けいれん性疾患など小児に特徴的な急性疾患のみならず、アレルギー・免疫疾患、神経疾患、循環器疾患、腎疾患、血液疾患、先天異常など慢性的な疾患の管理についても上級医の指導のもと経験する。当科は地域の小児の二次救急を担っており、研修医は当直医のもと副直医として小児救急医療を経験する。

2年目の選択研修においては、1年目の研修内容からより専門性を重視した研修を行う。また、1年目研修医への教育にも寄与する。

1. 指導体制

指導者は別添1のとおり。主として日本小児科学会専門医の資格を有するスタッフが日々の指導を行う。入院患者については指導医の指導のもとに担当医として診療にあたる。毎日のチームカンファレンスや回診の中で、担当した患者の疾患の領域の専門医が指導を行う。

II. 週間スケジュール (例)
(一般小児科病棟)

	午 前	午 後	夜 間
月	病棟診察・処置※	病棟処置※	
火	8:00~抄読会、心臓カテテル検査 病棟診察・処置※	病棟処置※、病棟カンファレンス	当直補助
水	病棟診察・処置※、10:00~総回診	病棟処置※、ミニレクチャー	
木	病棟診察・処置※	病棟処置※	
金	8:00~症例検討会 病棟診察・処置※	若手勉強会、病棟処置※、病棟カンファレンス	
土日	病棟診察・処置	(当直補助)	

(NICU・GCU)

	午 前	午 後	夜 間
月	病棟診察・処置※※ 8:05~抄読会、入院症例カンファレンス	病棟処置※※	
火	8:35~循環器回診、回診、病棟処置※※、 神経カンファレンス	病棟処置※※、面談 16:00~母子カンファレンス (隔週)	当直補助
水	8:00~マニュアル検討会議 8:35~総回診、病棟処置※※	病棟処置※※、乳児健診、	
木	8:35~回診、病棟処置※※	病棟処置※※、予防接種、面談	
金	8:00~症例検討会 8:35~回診、病棟処置※※	病棟処置※※、面談	
土・日	病棟処置※※	(当直補助)	

※ …外来研修、救急外来研修等を含む

※※ …ハイリスク分娩・帝王切開立ち合い、新生児搬送を含む

III. 一般目標

小児科及び小児科医の役割を理解し、小児医療を適切に行うために必要な基礎知識・技能・態度を修得する。

1. 小児の特性の理解

- 1) 正常小児の成長・発達に関する知識が不可欠
- 2) 母親（保護者）の心理状態の理解、心配の在り方を受け止める対処法を学ぶ

2. 小児診療の特性を学ぶ

- 1) 対象年齢に応じた診療（乳幼児では自分で訴えない）
- 2) 理学所見の取り方の配慮
- 3) 小児薬用量の考え方、輸液量の計算法、検査正常値の違い
- 4) 予防医学—予防注射、マスキングについての知識

3. 小児期の疾患の特性を学ぶ

- 1) 発達段階によって疾患内容が異なる
- 2) 成人とは病態が異なる
- 3) 成人にはない小児特有の疾患（染色体異常症、先天性異常など）
- 4) ウイルス感染の多さ
- 5) 未熟児・新生児医療

IV. 行動目標

1. 病児 — 家族（母親） — 医師関係
2. チーム医療
3. 問題対応能力
4. 安全管理
5. 救急医療

V. 経験目標

1. 医療面接・指導

- 1) 小児ことに乳幼児に不安を与えないように接することができる
- 2) 病児に痛いところ、気分の悪いところを示してもらすることができる
- 3) 保護者より診断に必要な情報、子供の状態、発育歴、予防接種歴などが聴取できる

2. 診察

- 1) 小児の身体計測、検温、血圧測定ができる
- 2) 小児の発達・発育に応じた特徴を理解できる
- 3) 小児の全身を観察し、正常な所見と異常な所見、緊急に対処が必要かどうかを把握して提示できる
- 4) 発疹を正確に観察・記載できる、また日常しばしば遭遇する発疹性疾患（麻疹、風疹、突発性発疹、溶連菌感染など）の特徴を鑑別できる
- 5) 下痢の便の性状、脱水症の有無を説明できる

- 6) 嘔吐や腹痛のある児では、腹部所見を描出し、病態を説明できる
 - 7) 咳の出かた、咳の性質、呼吸困難の有無とその判断を修得
 - 8) 痙攣を診断できる
 - 9) 理学的所見により、胸部所見、腹部所見、頭頸部所見、四肢の所見を的確に行い、記載ができるようになる
 - 10) 小児疾患の理解に必要な症状と所見を正しく捉え、理解するための基本的知識を修得し主症状及び救急の状態に対処できる能力を身につける
3. 臨床検査
- 1) 一般尿検査（尿沈査顕微鏡検査を含む）
 - 2) 便検査（潜血、虫卵検査）
 - 3) 血算・白血球分画
 - 4) 血液型判定・交差適合試験
 - 5) 血液生化学検査
 - 6) 血清免疫学的検査
 - 7) 細菌培養・感受性試験
 - 8) 髄液検査（計算板による髄液算定を含む）
 - 9) 心電図・心臓超音波検査・心臓カテーテル検査
 - 10) 脳波検査・頭部 CT スキャン・頭部 MRI
 - 11) 単純 X 線検査・造影 X 線検査
 - 12) CT スキャン・MRI 検査
 - 13) 呼吸機能検査、気管支ファーパー
4. 基本的手技
- A. 必ず経験すべき項目
- 1) 乳幼児を含む小児の採血、皮下注射ができる
 - 2) 新生児・乳幼児を含む小児の静脈注射・点滴静注ができる
 - 3) 輸液・輸血及びその管理ができる
 - 4) 新生児の光線療法の必要性の判断指示ができる
 - 5) パルスオキシメーターを装着できる
 - 6) 浣腸ができる
 - 7) 胃洗浄ができる
- B. 経験すべきことが望ましい項目
- 1) 指導者のもとで導尿ができる
 - 2) 指導者のもとで注腸・高圧浣腸ができる
 - 3) 指導者のもとで腰椎穿刺ができる
5. 薬物療法
- 小児に用いる薬剤の知識と使用法、小児薬用量の計算方法を身に付ける
- 1) 小児の体重別・体表面積別の薬用量を理解し、それに基づいて一般薬剤の処方箋・指示書の作成ができる
 - 2) 剤型に種類と使用法が理解できる
 - 3) 乳幼児に対する薬剤の服用法、剤型ごとの使用法について、看護師に指示し、保護者に説明できる
 - 4) 年齢・疾患に応じて輸液の適応を確定でき、輸液の種類、必要量を定めることができる
6. 成長発育に関する知識の修得と経験すべき症候・病態・疾患
- A. 成長・発育と小児保健に拘わる項目
- 1) 母乳、調整乳、離乳食と知識と指導
 - 2) 乳幼児期の体重・身長が増加と異常の発見
予防接種の種類と実施方法及び副反応の知識と対処法の理解
 - 4) 発育に伴う体液生理の変化と電解質・酸塩基平衡に関する知識
 - 5) 神経発達の評価と異常の検出
 - 6) 育児に拘わる相談の受け手としての知識の修得
- B. 一般症候
- 1) 体重増加不良、哺乳力低下
 - 2) 発達の遅れ
 - 3) 発熱
 - 4) 脱水、浮腫
 - 5) 発疹、湿疹
 - 6) 黄疸
 - 7) チアノーゼ
 - 8) 貧血
 - 9) 紫斑、出血傾向
 - 10) 痙攣、意識障害
 - 11) 頭痛
 - 12) 耳痛
 - 13) 咽頭痛、口腔内の痛み
 - 14) 咳・喘鳴、呼吸困難
 - 15) 頸部腫瘍、リンパ節腫脹
 - 16) 鼻出血
 - 17) 便秘、下痢、血便
 - 18) 腹痛、嘔吐
 - 19) 四肢の疼痛
 - 20) 夜尿、頻尿
 - 21) 肥満、やせ

C. 頻度の高い、あるいは重要な疾患
(A:必ず経験すべき疾患 B:経験することが望ましい疾患)

- 1) 新生児疾患
 - (1)低出生体重児 (A)
 - (2)新生児黄疸 (A)
 - (3)呼吸窮迫症候群 (B)
- 2) 乳児疾患
 - (1)おむつかぶれ (A)
 - (2)乳児湿疹 (A)
 - (3)染色体異常症 (B)
 - (4)乳児下痢症、白色下痢症 (A)
- 3) 感染症
 - (1)発疹性ウイルス感染症 (A)
麻疹、風疹、水痘、突発性発疹、伝染性紅班、手足口病
 - (2)その他のウイルス疾患 (A)
流行性耳下腺炎、ヘルパンギーナ、インフルエンザ
 - (3)伝染性膿痂疹(とびひ) (A)
 - (4)細菌性胃腸炎 (B)
 - (5)扁桃炎、気管支炎、細気管支炎、肺炎 (A)
- 4) アレルギー性疾患
 - (1)気管支喘息 (A)
 - (2)アトピー性皮膚炎、蕁麻疹 (A)
 - (3)食物アレルギー (A)
- 5) 神経疾患
 - (1)てんかん (A)
 - (2)熱性痙攣 (A)
 - (3)細菌性髄膜炎、脳炎・脳症 (B)
 - (4)ウイルス性髄膜炎 (A)
- 6) 腎疾患
 - (1)尿路感染症 (A)
 - (2)ネフローゼ症候群 (B)
 - (3)急性腎炎 (B)
- 7) 循環器疾患
 - (1)先天性心疾患 (A)
 - (2)心不全 (B)
 - (3)不整脈 (B)
- 8) 膠原病など
 - (1)川崎病 (A)
- 9) 血液・悪性腫瘍
 - (1)貧血 (A)
 - (2)小児ガン、白血病 (B)
 - (3)血小板減少症、紫斑病 (A)
- 10) 内分泌・代謝疾患
 - (1)糖尿病 (B)
 - (2)甲状腺機能低下症 (B)
 - (3)低身長・肥満 (A)
- 11) 発達障害・心身医学
 - (1)精神運動発達遅滞、言葉の遅れ (B)
 - (2)学習障害 (B)

7. 小児の救急医療

小児に多い救急疾患の基本的知識と手技を身につける

(A:必ず経験すべき疾患 B:経験することが望ましい疾患)

- 1)脱水症の程度を判断でき応急処置ができる (A)
- 2)喘息発作の重症度判定、中等症以下の病児の応急処置ができる (A)
- 3)痙攣の鑑別診断と、応急処置ができる (A)
- 4)腸重積を正しく診断して適切な処置ができる (A)
- 5)虫垂炎の診断と外科へのコンサルテーションができる (B)
- 6)気道確保、人工呼吸、胸骨圧迫、静脈確保、骨髄針留置、動脈ラインの確保などの蘇生が行える (B)
- 7)急性喉頭炎、クループ症候群 (A)
- 8)アナフィラキシー・ショック (B)
- 9)異物誤飲、誤嚥 (A)

評価方法

小児科研修時の指導にあたった研修指導医の意見を参考に、統括責任指導医にあたる小児科主任部長により行われる。担当指導医からの報告を通じて、知識の習得、診療技能、検査の実施または解釈、診療態度について評価を行う。

産婦人科

目的・特徴

産科部門では、この地域における地域周産母子医療センターとして、新生児科を中心とした他科と連携して、合併症を持つハイリスク妊娠の管理をより安全におこない、年間約700件の分娩を取り扱っています。さらに救急部、手術部、麻酔科等と共に産科救急疾患への迅速な対応をおこなっています。赤ちゃんにやさ

しい病院（ユニセフ認定）のスタッフがLDR分娩室や院内助産室等を活用して、母乳育児と健やかな親子関係の形成の援助をスムーズにおこなっています。また、婦人科部門では、子宮筋腫、子宮腺筋症、卵巣嚢腫等の開腹手術による治療、卵巣嚢腫や子宮内膜症や子宮外妊娠に対する腹腔鏡手術、子宮粘膜下筋腫、子宮内膜ポリープに対する子宮鏡手術、子宮頸部上皮内病変、子宮脱等に対する膣式手術を行っています。また自己血輸血、子宮動脈塞栓術など、臨床検査室、放射線診断・IVR科、放射線治療科との連携により、より安全、低侵襲な治療を行うように心掛けています。前癌病変、早期癌の治療は行っていますが化学療法などを要する進行がんは専門施設に紹介しています。

2年目の選択研修においては、1年目の研修内容からより専門性を重視した研修を行います。また、1年目研修医への教育にも寄与すべく尽力していただきます。

到達目標

産婦人科診療を適切に行なう上で必要な基礎的知識、技能、態度を習得する。

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

専門医による指導のもと、周産期医療、婦人科腫瘍、さらには内分泌疾患、更年期障害等に対する研修を行い、技術と知識を習得するとともに、患者と医師間における信頼関係を獲得することを目標とします。産科では、胎児エコーや周産期管理を多数、学ぶことができます。婦人科では多くの手術症例の周術期管理を経験することができます。産科手術では、子宮頸管縫縮術、子宮外妊娠手術、早期の帝王切開や前置胎盤や超緊急帝王切開を経験することができます。婦人科では、子宮筋腫、卵巣嚢腫などの良性疾患に対する開腹術や腹腔鏡手術、子宮鏡手術を経験できます。

週間スケジュール

	午前	午後
月	モーニングミーティング グループ回診 病棟処置・分娩・手術	病棟処置・検査・分娩・手術
火	グループ回診 病棟処置・分娩・手術	病棟処置・検査・分娩・手術 母子カンファレンス（隔週）
水	グループ回診 病棟処置・分娩・手術	病棟処置・検査・分娩・手術
木	グループ回診 病棟処置・分娩・手術	病棟処置・検査・分娩・手術 術前術後カンファレンス
金	モーニングミーティング グループ回診 病棟処置・分娩・手術	病棟処置・検査・分娩・手術

評価方法

EPOCによる指導医評価

精神科

目的・特徴

精神科研修プログラムは加古川中央市民病院研修管理委員会の管理下にて実行される。基本的に加古川中央市民病院精神神経科研修を2週間、東加古川病院研修を2週間で実施する。研修期間中に研修目標の達成度を評価し、最終的に全ての必修研修目標が達成できるよう担当患者の割り当てや指導を修正する。また、研修医の要望も取り入れて研修内容に反映させていく。医学の進歩や、社会的要請により、新しく研修内容として取り入れるべき項目についてはその都度追加する。

I. 研修施設

- 1) 加古川中央市民病院精神神経科
主に精神科外来診療と、他科の入院患者のリエゾンコンサルテーションの診療を研修する。入院では、せん妄および認知症BPSDの入院治療を必修とし、その他の疾患についても研修する。
- 2) 東加古川病院（協力型臨床研修病院）
主に精神科の入院治療を研修する。統合失調症の入院治療を必修とし、重症うつ病、重症認知症の入院治療も研修するように努める。デイケアを経験する。

II. 研修指導者

- 1) 加古川中央市民病院

精神神経科主任科部長	大谷 恭平（指導責任者）
精神神経科医長	新藤 良太

- 2) 東加古川病院（協力

型臨床研修病院）

院長 森 隆志
副院長 大西 悠
医局員 玉田 泰明

III. プログラムの管理運営

精神科研修プログラムは加古川中央市民病院研修管理委員会の管理下にて実行される。基本的に加古川中央市民病院精神神経科研修を2週間、東加古川病院研修を2週間で実施する。研修期間中に研修目標の達成度を評価し、最終的に全ての必修研修目標が達成できるよう担当患者の割り当てや指導を修正する。また、研修医の要望も取り入れて研修内容に反映させていく。医学の進歩や、社会的要請により、新しく

研修内容として取り入れるべき項目についてはその都度追加する。

IV. 週間スケジュール

1) 加古川中央市民病院

	午 前	午 後
月	外来予診、リエゾンコンサルテーション 予診	リエゾンコンサルテーション
火	外来予診、リエゾンコンサルテーション 予診	リエゾンコンサルテーション 緩和ケアチーム回診
水	認知症ケア・リエゾンチーム回診	精神科カンファレンス
木	外来予診、リエゾンコンサルテーション 予診	リエゾンコンサルテーション
金	外来予診、リエゾンコンサルテーション 予診	リエゾンコンサルテーション 身体拘束最小化チーム回診

2) 東加古川病院

	午 前	午 後
月	外来診療、病棟診療	クルズス、病棟診療
火	外来診療、病棟診療	病棟診療、クルズス
水	外来診療、病棟診療	病棟診療、クルズス
木	外来診療、病棟診療	病棟診療、クルズス
金	外来診療、病棟診療	クルズス、病棟診療

V. 経験目標

A. 経験すべき診察法・検査・手技

- 1) 基本的な診察法
精神面の診察ができ、記載できる。
- 2) 基本的な臨床検査
神経生理学的検査（脳波）、CT、MRI、SPECT、血液検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。
- 3) 基本的手技
心理検査（MMSE、HDS-R など）ができる
- 4) 基本的治療法
(1) 一般科で遭遇しやすい精神疾患に関する療養指導ができる。
(2) 代表的な向精神薬の作用、副作用、相互作用について理解し、薬物療法ができる。
- 5) 医療記録
(1) 診療録を適切に記載し管理できる。
(2) 処方箋、指示箋を作成し、管理できる。
(3) 診断書、その他の証明書を作成し管理できる。
(4) 紹介状と、紹介状への返信を作成でき、それを管理できる。

B. 経験すべき症状・病態・疾患

- 1) 頻度の高い症状
(1) 不眠（必修）
(2) 不安・抑うつ
- 2) 緊急を要する症状・病態
・精神科領域の救急
- 3) 経験が求められる疾患・病態
・症状精神病
・認知症（入院必修）
・アルコール依存症
・うつ病（入院必修）
・統合失調症（入院必修）
・不安障害、パニック障害
・身体表現性障害、ストレス関連障害（必修）

C. 特定の医療現場の経験

精神保健福祉センターもしくは保健所において、デイケア等の社会復帰や地域支援体制を経験する。
(必修)

IV. 研修目標

A. 経験すべき診察法・検査・手技

- 1) 精神科患者の人権を尊重し、礼節をもって診療にあたる。
- 2) 患者本人及び家族、知人から精神科的病歴の聴取ができる。

- 3) 精神科的現症を把握できる。
- 4) 精神科的病歴と現症を診療録に適切に記載できる。
- 5) 必要に応じて専門医への紹介ができる。紹介状を書ける。
- 6) 必要に応じて、中枢神経の画像検査、脳波検査、血液検査等の検査が選択できる。
- 7) 上記検査結果の基本的な判読ができる。
- 8) 必要に応じて、心理検査が選択できる。
- 9) 心理検査結果を概ね理解できる。
- 10) 身体疾患による続発性の精神疾患と原発性の精神疾患のおおまかな鑑別の見当をつけることができる。
- 11) 基本的な精神療法ができる。
- 12) 代表的な向精神薬（向精神病薬、抗不安薬、抗うつ薬、気分安定剤、睡眠薬）の作用を知っている。
- 13) 代表的な向精神薬の副作用のうち、頻度の高いものと重要性の高いものを知っており、適切な対処ができる。
- 14) 代表的な向精神薬の相互作用を知っている。
- 15) 薬物療法のための基本的な薬剤の選択ができる。
- 16) 経験すべき疾患の病状について、その概略を患者、家族に説明できる。
- 17) 経験すべき疾患の治療について、その概略を患者、家族に説明できる。
- 18) 精神保健法について基本的な事項を知っている。
- 19) 精神疾患で利用できる社会的資源（デイケア、小規模作業所等、公費負担制度等）について基本的な事項を知っている。
- 20) 保健所、精神保健福祉センター、精神病院等でデイケアなどの社会復帰、地域支援体制の現場を経験した。

B. 経験すべき症状・病態・疾患

1) 認知症（入院必修）

- (1) 認知症の入院治療を経験した。
- (2) 認知症の症例レポートを提出した。
- (3) 認知症の診断に必要な問診ができる。
- (4) MMSE、HDS-Rによる簡易な知能評価ができる。
- (5) 診断基準を用いた認知症の診断ができる。
- (6) 認知症の種類を列挙できる。
- (7) 認知症の鑑別診断に必要な検査と特徴的な所見をあげることができる。
- (8) 認知症の病状について、その概略を患者、家族に説明できる。
- (9) 認知症の患者と家族に対して適切な療養の指導ができる。
- (10) 認知症患者と家族に対して介護保険、成年後見制度、デイサービス、ショートステイ等の利用できる社会資源・制度を説明できる。
- (11) 認知症の薬物療法を理解している。
- (12) 認知症の薬物療法を適切に行なえる。
- (14) 専門医への紹介が必要な症例を判別できる。

2) うつ病（入院必修）

- (1) うつ病の入院治療を経験した。
- (2) うつ病の症例レポートを提出した。
- (3) うつ病の診断に必要な問診ができる。
- (4) SDSを用いたうつ状態の評価ができる。
- (5) 診断基準を用いた大うつ病性障害の診断ができる。
- (6) うつ状態の原因疾患を列挙できる。
- (7) うつ病の鑑別診断に必要な検査と特徴的な所見をあげることができる。
- (8) うつ病の病状について、その概略を患者と家族に説明できる。
- (9) うつ病の患者と家族に対して適切な療養の指導ができる。
- (10) 抗うつ薬の種類とその特徴について述べるができる。
- (11) 抗うつ薬の基本的な使用法を修得している。
- (12) 抗うつ薬の副作用・禁忌・使用上の注意について述べるができる。
- (13) 基本的な抗うつ薬を用いたうつ病の治療を理解している。
- (14) 専門医への紹介が必要な症例を判別できる。

3) 統合失調症（入院必修）

- (1) 統合失調症の入院治療を経験した。
- (2) 統合失調症の症例レポートを提出した。
- (3) 統合失調症の診断に必要な問診ができる。
- (4) 診断基準を用いた統合失調症の診断ができる。
- (5) 精神病状態の原因疾患を列挙できる。
- (6) 統合失調症の鑑別診断に必要な検査と特徴的な所見をあげることができる。
- (7) 統合失調症の病状について、その概略を患者と家族に説明できる。
- (8) 統合失調症の患者と家族に対して適切な療養の指導ができる。
- (9) 抗精神病薬の種類とその特徴について述べるができる。
- (10) 抗精神病薬の基本的な使用法を修得している。
- (11) 抗精神病薬の副作用・禁忌・使用上の注意について述べるができる。
- (12) 基本的な抗精神病薬を用いた統合失調症の治療を理解している。
- (13) 専門医への紹介が必要な症例を判別できる。

4) 身体表現性障害、ストレス関連障害（必修）

- (1) 身体表現性障害、ストレス関連障害の入院治療または外来治療を経験した。
- (2) 身体表現性障害、ストレス関連障害の診断に必要な問診ができる。

- (3) 診断基準を用いた身体表現性障害、ストレス関連障害の診断ができる。
- (4) 身体表現性障害の原因疾患を列挙できる。
- (5) 身体表現性障害、ストレス関連障害の病状について、その概略を患者と家族に説明できる。
- (6) 身体表現性障害、ストレス関連障害の患者と家族に対して適切な療養の指導ができる。
- (7) 基本的な身体表現性障害、ストレス関連障害の薬物療法の知識がある。
- (8) 専門医への紹介が必要な症例を判別できる。

5) 不眠（必修）

- (1) 不眠の入院または外来治療を経験した。
- (2) 不眠の鑑別診断に必要な問診ができる。
- (3) 外来、病棟でみられる不眠の原因を列挙できる。
- (4) 不眠を来たす疾患の大まかな診断ができる。
- (5) 不眠の病状について、その概略を患者と家族に説明できる。
- (6) 不眠の患者と家族に対して適切な療養の指導ができる。
- (7) 睡眠薬の種類とその特徴について述べるができる。
- (8) 睡眠薬の基本的な使用法を修得している。
- (9) 睡眠薬の副作用・禁忌・使用上の注意について述べるができる。
- (10) 専門医への紹介が必要な症例を判別できる。

6) 症状精神病

- (1) 症状精神病的入院治療または外来治療を経験した。
- (2) 症状精神病的診断に必要な問診ができる。
- (3) 代表的な症状精神病を列挙できる。
- (4) 症状精神病的鑑別診断に必要な検査と特徴的な所見をあげることができる。
- (5) 症状精神病的病状について、その概略を患者と家族に説明できる。
- (6) 症状精神病的患者と家族に対して適切な療養の指導ができる。
- (7) 基本的な症状精神病的薬物療法ができる。
- (8) 専門医への紹介が必要な症例を判別できる。

7) アルコール依存症

- (1) アルコール依存症の入院または外来治療を経験した。
- (2) アルコール依存症の診断に必要な問診ができる。
- (3) 診断基準を用いたアルコール依存症・乱用の診断ができる。
- (4) アルコール依存症の合併症の評価に必要な検査と特徴的な所見をあげることができる。
- (5) アルコール依存症の病状について、その概略を患者と家族に説明できる。
- (6) アルコール依存症の患者と家族に対して断酒会を含めた適切な療養の指導ができる。
- (7) 抗酒薬の基本的な薬理学的知識がある。
- (8) 専門医への紹介が必要な症例を判別できる。

8) 不安障害（パニック障害）

- (1) 不安障害（パニック障害）の入院または外来治療を経験した。
- (2) 不安障害（パニック障害）の診断に必要な問診ができる。
- (3) 診断基準を用いた不安障害（パニック障害）の診断ができる。
- (4) 不安障害（パニック障害）の病状について、その概略を患者と家族に説明できる。
- (5) 不安障害（パニック障害）の患者と家族に対して適切な療養の指導ができる。
- (6) 基本的な抗不安薬の薬理学的な知識がある。
- (7) 基本的な抗不安薬を用いた不安障害（パニック障害）の治療を理解している。
- (8) 専門医への紹介が必要な症例を判別できる。

9) せん妄

- (1) せん妄の診断に必要な問診ができる。
- (2) 診断基準を用いたせん妄の診断ができる。
- (3) せん妄の原因疾患を列挙できる。
- (4) せん妄の鑑別診断に必要な検査と特徴的な所見をあげることができる。
- (5) せん妄の病状について、その概略を患者と家族に説明できる。
- (6) せん妄の患者と家族に対して適切な療養の指導ができる。
- (7) 基本的なせん妄の薬物療法ができる。
- (8) 専門医への紹介が必要な症例を判別できる。

10) 精神科救急

- (1) 精神科救急を経験した。
- (2) 救急受診する精神状態を列挙できる。
- (3) 精神科入院施設へ適切な紹介ができる。
- (4) 緊急入院の適応が概ね判断できる。
- (5) 精神保健法に基づく入院の種類、要件を知っている。
- (6) 地域の精神科救急システムを知っており、必要に応じて利用できる。

11) 緩和・終末期医療

- (1) 終末期の患者の精神科的援助を経験した。
- (2) 終末期患者の心理プロセスを知っている。
- (3) 終末期患者に出現する頻度が高い精神科的問題を知っている。
- (4) 終末期患者とその家族に受容的に接することができる。
- (5) 専門医への紹介が必要な症例を判別できる。

評価方法

- ・精神科リエゾンコンサルテーション担当患者についてレポートを作成し、評価する。研修医は、自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する
- ・回診やカンファレンスでのプレゼンテーション技法について評価する
- ・指導者との実践の中で、知識、技能、態度について評価する
- ・精神神経科主任科部長、リエゾン精神専門看護師は、指導医や病棟スタッフなどからの意見・評価をまとめて、EPOC II を用いて研修医の多職種評価を行う

麻酔科

目的・特徴

麻酔科は当院で行われる全身麻酔の全症例と、リスクを伴う脊髄クモ膜下麻酔や帝王切開の麻酔を担当している。未熟児・新生児から 90 歳を超える高齢者に至るまで幅広い年齢の患者を対象とし、さまざまな診療科の手術に麻酔管理を行っている。2 次から 3 次救急の緊急手術に対応し、救急医療を支えている。硬膜外麻酔や末梢神経ブロック、ivPCA など術後鎮痛を積極的に行っている。手術は日々構成メンバーが変わるチーム医療であり、その核として手術を安全円滑に進めることを学ぶ。2 年目の選択研修においては、1 年目の研修内容からより専門性を重視した研修を行う。麻酔の各論について学び、指導担当医とともに主体的に麻酔を行う。

到達目標

術前診察、麻酔管理、術後診察を通して、患者が安全快適に周術期を過ごせるよう麻酔計画を立案し、指導医と共に実践していく。

- ① 術前診察により患者のリスク評価をし、麻酔・鎮痛計画を立案する
- ② 全身麻酔を通じて患者の循環呼吸生理を理解する
- ③ 術後診察を行い患者の苦痛を理解し対応する
- ④ 鎮静剤、麻酔薬、麻薬、筋弛緩剤の特徴を理解し、適切に投与する

基本的な手技を習得する

- ① 気道確保（マスク換気管内挿管声門上器具挿入）を習得する
- ② 静脈・動脈確保手技を習得する
- ③ 中心静脈確保を習得する
- ④ 選択科として研修する場合はエコーガイド下末梢神経ブロックを経験する

手術室における危機対策を理解する

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

指導医と共に麻酔を担当し、術前診察から計画、麻酔、術後診察を行う
帝王切開の麻酔を担当する
外科手術、小児の手術、分離肺換気、開心術、経カテーテル弁膜症手術を経験する
担当症例は、志望する専門科により柔軟に対応する

週間スケジュール

	午前	午後
月	朝カンファ、麻酔担当	麻酔担当、術前術後診察
火	朝カンファ、麻酔担当	麻酔担当、術前術後診察
水	朝カンファ、麻酔担当	麻酔担当、術前術後診察
木	朝カンファ、麻酔担当	麻酔担当、術前術後診察
金	朝カンファ、麻酔担当	麻酔担当、術前術後診察、症例検討

評価方法

研修医の到達度に関する評価は、研修時に指導にあたった研修指導医や上級医の意見を参考にプログラム責任者により行われる。評価方法として、①研修医による自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する。②診療場面・カンファレンスの中から評価しうる知識、技能などに加え医師として望ましい診療姿勢や研修に取り組む姿勢について当科部長（主任医長）・看護師長が EPOC II を用いて多職種評価を行う。

一般外来研修

別添 4 のとおり

地域医療研修（各診療所）

目的・特徴

当院の地域医療研修では、中小病院・診療所、また、沖縄の離島医療の研修の中から複数の診療所にて研修する。離島医療については、沖縄本島北部の本部半島北西 9 km の洋上に浮かぶ周囲 23 km、人口 5000 人の伊江島で、「伊江村医療保健センター」の 2 階で運営する島内唯一の医療機関「伊江村立診療所」で研修する。夜間診療、救急患者の対応を含め 24 時間体制で住民の医療ニーズに応えるべく離島医療を体験する。

研修施設

市立加西病院、高砂市民病院、前田内科医院、友藤内科医院、おりべ内科医院
はり内科クリニック、中田医院、西村医院、いちかわ内科循環器科、

かわしま内科クリニック、丹波市ミルネ診療所、あだちこども診療所、中岡クリニック、くどう内科クリニック、伊江村立診療所

プログラムの管理運営

地域医療研修プログラムは加古川中央市民病院研修管理委員会の管理下を実施される。医師免許取得後2年目の1カ月間を当プログラムの研修期間とする。

場合により研修期間中に複数の診療所で研修を行うことがある。

研修内容（方略）

各診療所での実地研修（一般外来研修、在宅医療研修含む）
（各診療所への出張による地域医療研修）

一般目標

へき地、離島診療所、中小病院・診療所等の地域医療の現場を経験することにより、地域医療を必要とする患者とその家族に対して全人的に対応できるようになる。

経験目標

- 1) 患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療(在宅医療を含む)について理解し、実践する。
- 2) 診療所の役割（病診連携への理解を含む）について理解し、実践する。
へき地・離島医療について理解し、実践する。

週間スケジュール

各診療所のスケジュールに則る
(例)

	午前	午後
月	外来 レントゲン、採血、診察等	診察、検査、採血 等
火	検査外来、外来診察、採血、診察	訪問診療
水	検査外来	診察、検査、採血 等
木	検査外来	院内全体カンファレンス
金	調剤薬局見学・研修、外来診察等	診察、検査、採血 等

評価方法

EPOCによる指導医評価

14. 選択科目カリキュラム

総合内科

目的・特徴

総合内科での研修の目的は、将来みなさんが専攻する専門分野によらず全ての医師にとって必要な基本的臨床能力についてその基礎を身に付けることにあります。当科の特徴として、臓器別の枠に分類できない症例や複数の臓器障害を有する症例を対象とすることが多く内科疾患全般への対応能力を求められること、単に病気を治療するだけでなく病気を持った患者さんを治療する患者中心の医療を多職種で協働して提供していること、良い医療を提供することが良い医学教育であるという理念に基づいて医師を育成していることが挙げられます。当科ローテーション中には病歴聴取・身体診察といった情報収集方法、諸検査結果から鑑別を考える臨床推論、科学的根拠に基づいた医療の考え方、患者や家族・医療多職種とのコミュニケーションを広く学んでほしいと考えていますので、一緒に学んでいきましょう。

到達目標

当科ローテーション中の到達目標は以下の通りです。

- 患者や家族と良好な関係を築き、基本的な医療面接・身体診察を通して患者に関する情報を心理・社会的側面を含め収集することができる
- 内科的に頻度の高い症候に関して、適切な臨床推論を行うことができる
- 目の前の患者に対する臨床判断を考える上で必要な科学的根拠を検索し、その適用に患者の状況や価値観が重要であることを理解し臨床判断に活かすことができる
- 頻度の高い内科的症候に関して、適切な臨床推論に基づいた診断プラン・治療プランを立案できる患者や家族に関わる院内外の多職種の役割を理解し、情報を共有して全人的医療を提供するチームの一員としての役割を果たすよう努めることができる

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

- モーニングカンファレンス、イブニングカンファレンス（平日毎日朝 830～、夕 1530～）
担当症例について指導医の指導の元で考えたアセスメント、診断・治療・フォローアッププランをプレゼンテーションし、指導医とディスカッションすることから、デジタル資料などを活用した臨床推論、最新のエビデンス、EBM、プレゼンテーションスキルなどを学びます。
- モーニングラウンド、イブニングラウンド（平日毎日朝夕カンファレンス直後）
指導医らと一緒にベッドサイドに行き、担当症例の病歴聴取・身体診察・病状説明などを自ら行うことから、コミュニケーションスキル、診察手技・所見の解釈、それを元にした臨床推論、EBM を、ベッドサイドでデジタル資料を活用しながら学びます。
- 退院プランニングカンファレンス（毎週月曜午後）
主治医団、看護スタッフ、リハビリ、栄養士、ソーシャルワーカーが参加して行われるカンファレンスで、担当症例の治療方針、見通し、本人の価値観や周囲の状況などをプレゼンテーションすることから、多職種とのコミュニケーション、全人的医療提供のためのチーム医療を学びます。
- 継続入院症例、緊急入院症例へのチームとしての診療
病棟、救急外来にて指導医・上級医とともにチームの一員として症例に対応、病歴聴取、身体診察、

超音波検査などを行い、コミュニケーションスキル、診察手技・所見の解釈、それを元にした臨床推論などを、ベッドサイドでデジタル資料を活用しながら学び、チームの一員としての役割を果たすことから患者さんへの全人的アプローチを学びます。

総合内科入院症例は、ほぼ全例が緊急入院ですので、臓器別によらない感染症、敗血症、電解質代謝異常、意識障害といった急性疾患を経験可能と考えます。担当症例によりませんが、超音波検査、胸水・腹水穿刺、髄液検査といった手技を症例に応じて上級医から直接指導を受けて経験します。

週間スケジュール

	午前	午後
月	830- モーニングカンファレンス+ラウンド	1330- 退院プランニングカンファレンス 1530- イブニングカンファレンス+ラウンド
火	830- モーニングカンファレンス+ラウンド	1300- 呼吸器ケアチームラウンド 1530- イブニングカンファレンス+ラウンド
水	830- モーニングカンファレンス+ラウンド	1530- イブニングカンファレンス+ラウンド
木	830- モーニングカンファレンス+ラウンド	1530- イブニングカンファレンス+ラウンド
金	830- モーニングカンファレンス+ラウンド	1530- イブニングカンファレンス+ラウンド

評価方法

形成的評価については、ベッドサイドやカンファレンスにおいて、随時上級医、指導医から行います。EPOCHII による研修医による自己評価、指導医評価、プログラム評価、当科主任科部長・10階東病棟看護師長による多職種評価を行います。当科研修期間終了時に、形成的評価を目的として、評定尺度などを用いた当科独自の評価表を用い、当科上級医・看護師長による評価を行います。

消化器内科

目的・特徴

消化器内科は、消化管、肝臓、膵胆道などの広範な領域に関連する疾患群を扱っています。すなわち、これらの臓器に発生する様々な疾患を担当し、良悪性のいずれもが含まれる多彩な病態が診療の対象となります。また、消化器疾患は日常臨床で遭遇する頻度が高く、救急外来でも急性疾患として診療する機会が多いため、その病態を十分に理解しておく必要があります。このため、消化器疾患の診断および治療について各領域を体系的に学習するとともに、他の内科疾患との関連性を修得する必要があり、さらには外科的診療についても理解することが重要です。

到達目標

- ① 病歴聴取、身体診察などを丹念に行って、十分な医療情報を正確に収集できる。
- ② 病状の把握に必要な血液生化学検査、内視鏡検査、各種の画像検査などの概要を理解できる。
- ③ 緊急、もしくは急変時の初期対応を多職種で協同して行うことができる。
- ④ 腹部臓器の発生、解剖、生理、病理、なども関連づけて病態を考察できる。

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

- ① 消化管、肝臓、胆膵などの各領域の代表的疾患を担当して標準的な診療方法を学習する。
- ② 病態の診断方法、および治療方針について上級医とともに検討する。
- ③ 各種の検査や処置の見学や介助を行い、事前事後に上級医から解説および指導を受ける。
- ④ 日々の病棟回診を確実に行って患者の状態を把握し、上級医に報告の上で診療方針の再検討を行う。
- ⑤ 病棟受け持ち症例の退院サマリーを作成して上級医の指導を受ける。
- ⑥ カンファレンスでの症例提示を行って様々な側面から診療の方向性について討論を行う。
- ⑦ 直腸指診、胃管挿入、腹水穿刺、などの基本手技、および超音波検査や内視鏡の引き抜き観察などを上級医の指導下で行う。
- ⑧ 上下部の消化管モデルを用いて内視鏡機器の操作および観察を実習する。
2年次の選択研修においては、より専門性の高い疾患群を上級医とともに担当してさらに高度な診断治療法を経験する。

週間スケジュール

	午前	午後
月	病棟回診、内視鏡検査、救急外来	内視鏡検査、病棟回診
火	肝胆膵カンファレンス、病棟回診	救急外来、病棟回診
水	病棟回診、内視鏡検査、救急外来	内視鏡検査、病棟回診
木	消化器内科カンファレンス、病棟回診	内視鏡検査、病棟回診
金	消化管カンファレンス、病棟回診	救急外来、病棟回診

評価方法

指導医や上級医を中心に日々の診療態度やカルテ記載を観察して客観的に評価する。また、カンファレンスでの症例呈示の際に適切な討論を行い、消化器疾患の診療について理解の程度を確認する。また、病棟看護師や薬剤師、事務系スタッフなどの多職種から意見を収集して評価を行う。さらに、研修プログラム責任者が上記の評価情報を統合して研修状況を総合的に判定する。

循環器内科

目的・特徴

当科では、東播磨地域の循環器の中核病院として移植を除くすべての循環器疾患の診断と治療に対応しています。中でも治療においては積極的に最新のカテーテル治療を導入しています。24時間365日、心臓血管外科との連携の中で循環器救急を受け入れています。狭心症や心筋梗塞などの虚血性心疾患に対するステント留置、ロータブレードによる血管形成術（冠動脈インターベンション）、心原性ショック患者に対してはIABA（大動脈バルーンポンピング）、PCPS（経皮的補助循環装置）、IMPELLAなどの機械的補助循環装置を用い救命率の向上に挑戦しています。また心肺停止で搬送された患者さんに対し低体温療法を行い社会復帰率の向上に努めています。不整脈の中でも心房細動を含め上室性不整脈に対しては根治目的にてカテーテルアブレーションを実施し、心室頻拍、心室細動の患者さんに対してはカテーテルアブレーション、植え込み型徐細動器（ICD）の植込み術を行い突然死の予防に努めています。慢性心不全に対しては心臓再同期療法により心不全による入院、不整脈による突然死を防ぐ目的でデバイス植込み（CRT-D）を行っています。高齢化に伴い増加している大動脈弁狭窄症に対して手術リスクが高い患者さんにはバルーンによる経皮的な大動脈弁形成術や経カテーテル大動脈弁置換術（TAVI）などの最新の治療を実施しています。また僧帽弁閉鎖不全症に対しては経カテーテル的成人先天性心疾患についても小児循環器や小児心臓血管外科チームと共に治療に当たっています。重症下肢虚血患者に対してはバルーン、ステントによる下肢動脈形成術、形成外科との協力の下に下肢静脈瘤に対しレーザー治療を行っています。また、難治性高血圧に対する精査加療も実施しています。そして、心臓リハビリテーションによる予後の改善にも取り組んでいます。このように、非常に幅の広い疾患に対して正確な診断ならびに初期治療、入院治療を行います。最新の治療を導入し、患者さんの治療に最善を尽くすことを心がけています。

当科は5つある主治医団のどこかに所属しその一員として診療する。基本的に専攻医がいる主治医団に所属し専攻医の受け持ち患者を担当してもらう。おおよそ5~6名の担当患者を持ってもらう。あまり多いと勉強の時間がなくなりまた、対応が不十分になる可能性があるため人数制限をしている。

到達目標

当科では、循環器疾患全般の診断と治療（薬物療法並びに非薬物療法）の基本を習得する。循環器救急疾患に対して適切な初期対応を習得する。

○バイタルサインをまず把握する習慣をつける-意識レベル、血圧、HR(sinus or not)、SpO2(酸素量)

*報告時に、まず最初に言えるようにする

*人工呼吸器、補助循環を使用している場合はその旨記載する

○INOUT管理ができる→次の計画を立案できる

*毎朝 INOUT を計算する。病状によっては時間単位で行う。

*不要な患者でいたずらに尿測を続けないこと。

IN：飲水、食事、補液など OUT：尿、便、廃液、不感蒸泄など

体重管理

○12誘導心電図を自分でとれる、読める-特にACSの診断、徐脈・頻脈性不整脈の診断

*血液検査を待たずにアナムネと心電図でACSは診断できる。速いカテコールや循内コンサルするために必須。

*バイタルサイン変動を伴う不整脈は早急な対応が必要。

○モニタ心電図を読める-基本、効率的な使い方

*モニタ装着患者は毎日確認する。○救急外来で1st touchができる-初動で行うことを覚える、判断を速くする

現場で覚えましょう

○集中治療室で使用する薬剤を使える-カテコラミン、鎮静薬、利尿薬など

・カテコラミンのγ計算、処方できる

○心不全の診断、治療方針決定-CS、Forrester 分類の判定、使用薬剤、管理するべき項目、必要な検査、基礎疾患の検索-特に虚血の有無、弁膜症-手術適応要否-ガイドライン読むこと

○虚血性心疾患の管理：

・ACS：初療対応、急性期合併症、亜急性期に注意すべき点

・安定狭心症：問診、診断について

○Afの管理：抗凝固療法、心機能評価、HR評価、甲状腺機能評価など

○高血圧症への対応：緊急時、慢性期の処方

○人工呼吸器管理を覚える-モード、設定

○PMの基本：適応、基礎疾患、モード、社会的配慮（身障など）について

○ICDの基本：適応、基礎疾患、社会的配慮（身障など）について

<経験すべき症例：優先順位>

・ACS

・心不全-虚血性心疾患、弁膜症、心筋症

・心房細動

・肺塞栓症/DVT

・大動脈解離

・失神

・EAP

・徐脈性不整脈

・PAD

可能であれば

・不整脈発作の除細動、アデホス

・補助循環の理解

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

虚血性心疾患（狭心症、急性冠症候群）、不整脈、弁膜症、心不全、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤）、末梢動脈疾患、成人先天性心疾患、二次性高血圧症などを指導医と共に受け持ち、診断と治療の基本を研修する。24時間365日の循環器救急疾患受け入れを行っており、初期対応を研修する。循環器疾患の適切な問診、心電図や心臓超音波の実施と判読、心臓CTや負荷心筋シンチ、カテーテル検査・治療の適応判断

および実施や評価、心臓血管外科治療の適応判断、心臓リハビリテーションの適応と実践などを通して様々な症例を経験する

週間スケジュール

	午前	午後
月	ICU 回診 (8 時 45 分～) 病棟業務・循環器救急担当 カテーテル検査・治療	病棟業務・循環器救急担当 カテーテル検査・治療 カテーテルカンファレンス (16 時～17 時) 循環器内科カンファレンス (17 時半～)
火	ICU 回診 (8 時 45 分～) 病棟業務・循環器救急担当 カテーテル検査・治療	病棟業務・循環器救急担当 CVC (16 時半～) カテーテル検査・治療
水	ICU 回診 (8 時 45 分～) 病棟業務・循環器救急担当	病棟業務・循環器救急担当 カテーテル検査・治療
木	ICU 回診 (8 時 45 分～) 病棟業務・循環器救急担当 アブレーション・デバイス植え込み TAVI・TEER	病棟業務・循環器救急担当 カテーテルカンファレンス (16 時～17 時)
金	ICU 回診 (8 時 45 分～) 病棟業務・循環器救急担当 カテーテル検査・治療	病棟業務・循環器救急担当 カテーテル検査・治療 先天性心疾患カンファレンス (17 時～)

研修医は自分の受け持ち患者がカテーテル検査・治療、TAVI や TEER、アブレーションやデバイス植え込みが行われる場合は参加する。

- ・研修医は循環器救急当番として上級医とともに週 2 コマ循環器救急に対応する。
- ・研修医は木曜の午前中はアブレーションやデバイスの植え込みに参加する。

評価方法

研修医の到達度に関する評価は、研修時に指導にあたった研修指導医や上級医の意見を参考にプログラム責任者により行われる。評価方法として、①研修医による自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する。②診療場面・カンファレンスの中から評価しうる知識、技能などに加え医師として望ましい診療姿勢や研修に取り組む姿勢について当科部長（主任医長）・看護師長が EPOC II を用いて多職種評価を行う。

呼吸器内科

目的・特徴

当院は加古川・高砂圏域唯一の呼吸器専門施設であり、2023 年より呼吸器センターを標榜し、地域のあらゆる呼吸器の病気に対応している。呼吸器疾患にはいろんな病気があり、咳や痰など一般外来でみられる疾患から喘息や COPD、間質性肺炎に加えて、重症の呼吸不全・肺癌など高度医療が必要なものまで幅広く経験することになる。そのため他科と連携しつつ診療に当たるべき疾患も多く、総合病院の強みでいろんなコンサルテーションができるので、幅広く知識を得ていくことが可能である。また呼吸器感染症を多く経験するため、抗菌薬の適正使用だけでなく、結核や COVID-19 などの感染管理を学ぶことも重要である。呼吸器疾患の救急対応から診断、治療に至るまでを当院でできるようにしていますので、緩和ケア病棟も含めた呼吸器疾患の一連の流れを通して多くを経験していただきたい。

到達目標

当科は呼吸器疾患全般の診断と治療の基本を研修する。救急・重症患者の管理から診断・薬物治療に至るまでの考え方を習得し、呼吸器内科医としての総合的な力を身に付ける。

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

肺悪性腫瘍、呼吸器感染症、喘息、COPD、間質性肺炎、呼吸不全などの幅広い疾患の理解に努め、診断と治療について研修する。気管支鏡検査をはじめとした手技の修得だけでなく、緩和ケアや呼吸リハビリ、地域連携などで他業種との関わりを通して総合的な判断力を養成する。当科に特徴的な取得可能手技としては胸腔穿刺、胸腔ドレナージ、エコーガイド生検、気管支鏡検査、胸腔鏡検査などである。最近では気管支鏡検査の手技が複雑化し、超音波ガイド下での腫瘍やリンパ節の生検が主流となっている。気管支塞栓術（EWS）やステント挿入、異物除去などの処置も行うこともあり、最近導入したクライオ生検など多くの新しい技術に触れることが可能である。また生理検査としては通常肺機能検査に加えて、呼気 NO 検査、気道抵抗測定（モストグラフ）、呼吸筋力、睡眠ポリグラフ検査をおこなっている。

週間スケジュール

	午前	午後
月	病棟業務・救急外来	病棟業務・救急外来
火	気管支鏡検査	PM4:00 気管支鏡カンファレンス
水	AM8:30 病棟カンファレンス 病棟業務・救急外来	気管支鏡検査
木	病棟業務・救急外来 AM11:00 肺癌カンファレンス（隔週）	病棟業務・救急外来
金	病棟業務・救急外来 AM11:00 肺癌カンファレンス（隔週）	気管支鏡検査または 病棟業務・救急外来

評価方法

- ① 研修医は、自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する。
- ② 呼吸器内科主任科部長、9 階西看護師長は、指導医・上級医や病棟看護師、病棟薬剤師などからの意見・評価を踏まえて、EPOC II を用いて研修医の多職種評価を行う。
- ③ プログラム責任者、副プログラム責任者は、研修医フィードバックで得られた各科の研修状況を評価する。

糖尿病・代謝内科

目的・特徴

急性期の糖尿病性昏睡にも対応しており、糖尿病性ケトアシドーシスや高血糖高浸透圧性昏睡（HHS）、重症低血糖などの救急疾患を受け入れており、急性期治療から診療に携わる。また、近隣医療機関との病診連携を背景に多くの糖尿病症例の紹介があり、2 型糖尿病を中心に糖尿病教育入院も実施している。教育入院では多職種と連携し食事・運動・薬物療法につきチーム医療の一員として携わり、問診や身体診察、血液検査・負荷試験を行うことで、病型・病態の把握や合併症を評価し、治療方針を立案できることを目指す。1 型糖尿病患者の治療においては、インスリン強化療法を積極的に施行しており、インスリン頻回注射法やインスリンポンプ療法の導入・管理の実践を経験できる。選択研修では他科入院患者の急性期血糖管理や周術期血糖管理にも携わることで、内科疾患全体の知識の習得や理解を深めることができ、各病態・病状に応じた糖尿病治療を検討し実践する。また、内分泌疾患の診断のための検査入院・治療調整入院も担当し、負荷試験の実践や結果の評価を行い、診断・治療方針の立案ができることを目指す。

到達目標

糖尿病・内分泌疾患の急性期対応・慢性期医療を習得することを目標とする。

- ① 糖尿病・内分泌疾患を念頭に置き病歴を聴取、問診し、身体所見が取れる。
- ② 糖尿病の定義・診断、糖尿病の成因と病態、インスリン分泌能、インスリン抵抗性の意義と検査法につき説明できる。
- ③ 糖尿病における病型診断・病態評価及び合併症診断を行い、それらに基づく治療方針を立案する。
- ④ 糖尿病の病状に即した食事療法や運動療法を指導でき、薬物療法の内容・注意点を理解しその内容を患者に説明できる。
- ⑤ 糖尿病等の生活習慣病において個々の患者に適切な治療目標を設定し指導できる。
- ⑥ 内分泌代謝機能検査や CT・MRI・エコーなどの画像検査を選択し実施できる。
- ⑦ 内分泌疾患の病態と治療法を修得し、上級医・指導医等とともに診断し治療できる。
- ⑧ チーム医療の一員として、多職種と円滑なコミュニケーションをとることができる。

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

- ① 入院患者を担当医として受け持ち、各疾患の病態を理解し診断及び治療に携わる。
- ② 入院患者の問診及び診察を行い、ガイドラインや文献等のエビデンスに基づく診断及び治療計画を立案し、上級医・指導医と共にカンファレンスで討議し、治療を実践する。
- ③ 糖尿病患者の合併症の有無と重症度を把握し、上級医・指導医と共に患者に指導を行う。
- ④ 救急外来で上級医・指導医と共に病歴聴取及び診察に関わり、各種検査の理解と結果の解釈に基づく診断や治療方針を立案し、診療を行う。
- ⑤ 他科入院している糖尿病合併患者の周術期・周産期の糖代謝管理を上級医・指導医と共に担当し、治療につき協議し実践する。
- ⑥ 下垂体・副腎を中心とした内分泌疾患について、診断のため適切な試験を立案し、上級医・指導医と共に検査を施行し結果を評価、治療を実践する。
- ⑦ 多職種カンファレンスなどで医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士・検査技師などと各症例を通し治療方針を協議し、チーム医療を実践する。

週間スケジュール

	午前	午後
月	病棟、救急外来	病棟、レクチャー、研修医カンファ
火	病棟、救急外来	病棟、救急外来、教育入院講義参加
水	病棟回診、糖尿病教室（月 1 回）	病棟、救急外来、内科レクチャー
木	病棟、救急外来	病棟、救急外来
金	病棟、救急外来	病棟、レクチャー、多職種カンファ

評価方法

研修医の到達度に関する評価は、研修時に指導にあたった研修指導医や上級医の意見を参考にプログラム責任者により行われる。評価方法として、①研修医による自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する。②診療場面・カンファレンスの中から評価しうる知識、技能などに加え医師として望ましい診療姿勢や研修に取り組む姿勢について当科部長（主任医長）・看護師長が EPOC II を用いて多職種評価を行う

腫瘍・血液内科

目的・特徴

腫瘍・血液内科では、白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫などの血液悪性腫瘍のみならず、希少癌や肉腫などの固形がんに対しても、幅広く診療を行っている。また当院の医療圏には、稀な貧血や先天性の止血・凝固異常などの血液良性疾病も多く、特に血液内科領域で経験できる症例は多彩である。

当科の研修では、診断に至るまでのプロセスや数多くの薬物治療、輸血療法の適応などについて学べるのみならず、骨髄穿刺・生検、腰椎穿刺・髄注など獲得できる特殊な診療手技は多く、また症例によっては造血幹細胞移植を経験することも可能である。しかし当科の診療では、高い専門性に加えて、臓器横断的な視

点やアプローチも必要である。従って、当院で実施可能な医療全般に対する初期臨床研修を行いながら、同時に総合内科医としての知識・技量も高めなければならない。さらに当科で診療を行う全ての患者に対して、治療開始時より多職種によるチーム医療が実践される。医師・看護師のみならず、理学療法士・作業療法士・管理栄養士などが日々患者と関わりながら、単なる予後や症状の改善のみならず、早期の社会復帰を目指した診療を行っている。

当科の研修では、チーム全体で治療目標に対する vision を共有し、以下に挙げる到達目標を意識しながら、迅速に診断・治療を行っていくプロセスを学ぶ。

到達目標

- ① がんの組織型や病期分類の意義を理解する
がんの組織型や病期により治療の目的が異なること、目的が異なれば治療方法も変わることを理解する。
- ② がん薬物療法の原理、適応および限界を理解し、副作用管理の仕方を学ぶ
通常の薬物療法に加え、造血幹細胞移植についても学ぶ。また標準(的)治療の概念を理解し、新治療実施のためには臨床試験が必要であることも理解する。
- ③ 血液良性疾患やがんの診断および治療に必要な検査や処置の意義を理解し、それらの技術を習得する
《検査》：末梢血・骨髓塗抹標本像、モノクローナル抗体による免疫染色とフローサイトメトリー解析、染色体・遺伝子検査、凝固および線溶系検査、血小板機能検査、溶血に関する検査、免疫電気泳動など
《処置》：骨髓穿刺・生検、髄液検査、腹水・胸水穿刺、抗がん薬の腔内投与、中心静脈カテーテル・PICカテーテルの留置など
- ④ 輸血療法について学ぶ
輸血に必要な検査、実施の際の注意点、副作用およびその対策、輸血の適応について理解する。
- ⑤ がん診療における多職種チーム医療の必要性を理解する

研修内容(方略)、経験できる症例や手技

先天性凝固異常や再生不良性貧血などの血液良性疾患から、白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫などの血液悪性腫瘍、神経内分泌癌や肉腫などの固形がんに至るまで、血液・腫瘍内科領域の患者に対する診療を、指導医と共に幅広く経験する。

その間、診断および治療に必要な骨髓検査や腰椎穿刺、PICカテーテル挿入などの基本的手技を学ぶ他(到達目標③参照)、末梢血幹細胞採取や同種造血幹細胞移植など、血液内科領域におけるより高度な医療技術の見学も行う。

週間スケジュール

	午前	午後
月	ケースカンファレンス(8:30-9:00) 病棟/骨髓検査など	病棟
火	病棟/骨髓検査など/(PBSCH)	病棟/(PBSCH)
水	ケースカンファレンス(8:30-9:00) 病棟/骨髓検査など	病棟 総合内科カンファレンス(16:00-17:00)
木	病棟/骨髓検査など	病棟
金	ケースカンファレンス(8:30-9:00) 病棟/骨髓検査など	病棟 多職種カンファレンス(16:00-16:30)

評価方法

- ① 研修医は、自己評価、指導医評価、プログラム評価をEPOCⅡに入力する。
- ② 腫瘍・血液内科主任科部長、9階東看護師長は、診療場面・カルテ記載・カンファレンスなどの中から評価する知識、技能などの評価に加え、医師として望ましい診療姿勢や研修に取り組む姿勢について、指導医・上級医や病棟看護師、病棟薬剤師などからの意見・評価を踏まえて、EPOCⅡを用いて研修医の多職種評価を行う。

リウマチ・膠原病内科

目的・特徴

多彩なリウマチ膠原病疾患の診察、最新の治療薬剤による治療の経験と、慢性疾患ならではの再燃時・合併症併発時の診療を経験することで、眼で見えない免疫の異常と全人的視点で患者全体をケアする能力を習得する

到達目標

- ① 専門分野の知識だけではなく、医師としての基本的な価値観を日々の診療の中で養う
- ② 多職種のかかわる疾患や長期入院を要する疾患が多いため、患者さんの身体・精神のケアとともにチーム医療などの場面で必要なコミュニケーション能力を習得する
- ③ 膠原病の疾患そのもの、合併症や薬剤の副作用の診療のなかで、全人的に患者さんをみることのできるような診察能力を身に着ける

研修内容(方略)、経験できる症例や手技

- ① 研修内容(方略)：1年目では1か月間入院患者の一般的・全身的な診療とケアを中心に経験を積み、2年目では希望に応じた期間、より専門的な診察や薬剤選択・副作用マネージメントを習得する。主に2年目では学会や研究会での発表も経験できる。
- ② 経験できる症候
29症候のうちショック、体重減少、発熱、視力障害、呼吸困難、関節痛、筋力低下など。その他皮膚と整形外科的症候を多く経験できる。
- ③ 経験できる疾病
26疾病のうち高血圧、肺炎、腎不全、糖尿病など。その他関節リウマチ、全身性エリテマトーデスと

いった自己免疫疾患や敗血症や日和見感染などの合併症を経験できる。

④ 経験できる手技

一般内科・整形外科的な診察能力、皮膚や関節などの表在の観察を含む超音波検査、感染リスクの少ない中心静脈ルート確保としての PICC 挿入、関節穿刺・関節注射、胸腹水・髄液穿刺

週間スケジュール

	午前	午後
月	入院患者カンファ、病棟・救急外来診療	病棟（検査・処置を含む）・救急外来診療
火	入院患者カンファ、病棟・救急外来診療	病棟（検査・処置を含む）・救急外来診療
水	入院患者カンファ、病棟・救急外来診療	病棟（検査・処置を含む）・救急外来診療
木	入院患者カンファ、病棟・救急外来診療	病棟（検査・処置を含む）・救急外来診療
金	入院患者回診、病棟・救急外来診療	病棟（検査・処置を含む）・救急外来診療

カンファレンスと回診で担当患者の症例提示を行う

評価方法

指導医を中心に、多職種、ご家族などが観察者となり、診療の場面を評価する。また提出されたレポートやカルテ記録などもあわせて到達目標の達成の程度を評価しフィードバックを行う。

腎臓内科

目的・特徴

検尿異常や腎機能低下の症例においては、問診と身体診察、血液検査や尿検査の解釈を通じて正確に病歴を把握し、最初に挙げた鑑別を一つずつ除外しながら確定診断に至るプロセスを学ぶことができる。鑑別疾患としては腎病変をきたしうる疾患を広く挙げ、膠原病、血液疾患、代謝疾患、循環器疾患など診療科をまたいで全身疾患の病態を学ぶことで総合内科的な素養を培うことができる。

CKD 患者の症例では腎保護的な治療や教育入院を通じた心血管合併症の精査、血圧・血糖値のコントロール、体液管理や薬剤調整のポイントなどについて学び、腎保護や心血管疾患予防のための管理を経験する。教育入院症例では、主体的に患者教育を担当することで自身の理解を深め、臨床に応用することができる。また、CKD チームのカンファレンスを通じて、実践的な生活管理の方法を学び、多職種医療の重要性を体感する機会を提供している。

腎代替療法としては、血液透析や腹膜透析の症例を通じ、それぞれの治療の特徴や違いを知り、管理のポイントについて学ぶことができる。

救急症例や院内コンサルト症例では急性腎不全の精査と初期対応、血液浄化療法の要否の判断などを養う。また、高カリウム血症を中心とした電解質異常の原因精査と対応について学び、知識と理解を深めることができる。

到達目標

- ① 急性腎不全の原因を鑑別することができる。
- ② 血液浄化療法の目的や理解し、血液透析と腹膜透析の違いを説明できる。
- ③ 電解質異常の考え方を理解し、対応ができる。
- ④ 輸液や体液管理の考え方について適切な選択ができる。

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

- ・腎炎、急性腎障害、CKD、電解質異常、血液透析、腹膜透析などの症例
- ・透析用カテーテル留置

週間スケジュール

	午前	午後
月	透析申し送り	シャントオペ見学 PD カテーテル留置術見学
火		透析カンファレンス
水	透析申し送り	
木	透析申し送り	病棟、症例カンファレンス
金	透析申し送り	病棟、多職種カンファ

そのほか、適宜症例に準じたレクチャーをおこなうことがある。

評価方法

研修医の到達度に関する評価は、研修時に指導にあたった研修指導医や上級医の意見を参考にプログラム責任者により行われる。評価方法として、①研修医による自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する。②診療場面・カンファレンスの中から評価しうる知識、技能などに加え医師として望ましい診療姿勢や研修に取り組む姿勢について当科部長（主任医長）・看護師長が EPOC II を用いて多職種評価を行う。

脳神経内科

目的・特徴

脳神経内科は、脳・脊髄・末梢神経・筋肉といった神経系臓器の障害により起こる疾患の診断・治療を担う。神経疾患における病態、診断、治療について深く学ぶと共に、他の内科疾患においても神経症状の出現・合併は多くみられることから、内科疾患全体の知識の習得・理解も重要である。また、正確な病歴聴取と神経

学的診察により局在診断、病態診断を行うことが可能な領域であり、問診や診察スキルを養う。臨床研修では、病歴聴取、神経学的診察、画像診断・読影、神経生理学的検査・判読、髄液検査手技の習得を通して、神経疾患の局在診断、病態診断、治療方針の立案ができることを目指す。

到達目標

- ①病歴聴取、神経学的診察などから神経局在診断をつけることができる。
- ②画像検査、神経生理学的検査など補助診断検査を理解する。
- ③腰椎穿刺・髄液検査を安全に施行することができる。
- ④脳卒中を含む神経救急疾患への初期対応を行うことができる。
- ⑤診断・治療を立案し、指導医・上級医とディスカッションを行う。
- ⑥チーム医療を実践できる。

研修内容(方略)、経験できる症例や手技

- ① 病棟では、指導医によるマンツーマンの指導により、診療チームの一員(担当医)として患者 5-10 名を受け持ち、脳神経疾患の基本的知識と神経診察手技を学ぶ。
- ② 毎日の指導医・上級医とのディスカッション、脳神経カンファレンスでの症例提示を通して脳神経疾患に対する理解を深め、指導医の指導の下に検査計画、治療計画を立案する。
- ③ 腰椎穿刺による髄液検査を習得し、安全に行えるようにする。
- ④ 指導医・上級医と共に救急外来で神経救急疾患の初期対応を経験する。特に脳卒中の初期対応、NIHSS の記載方法を習得する。超急性期脳梗塞に対する tPA 治療を経験することが望ましい。
- ⑤ 臨床倫理コンサルテーションチームの活動に参加し、医療倫理への理解を深める。
- ⑥ 指導医・上級医のみならず、看護師、病棟薬剤師、リハビリ士、栄養士、MSW とよくコミュニケーションを取り、患者を中心とした医療チームの一員としての役割を果たす。

週間スケジュール

	午前	午後
月	病棟、救急外来	病棟、救急外来
火	脳神経内科カンファレンス、総回診	筋生検、神経生検
水	筋電図検査、脳波判読	病棟、救急外来、内科レクチャー
木	病棟、救急外来	病棟、救急外来
金	筋電図検査、脳波判読	病棟、救急外来

評価方法

- ① 研修医は、自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する。
- ② 脳神経内科主任科部長、10 階西看護師長は、指導医・上級医や病棟看護師、病棟薬剤師などからの意見・評価を踏まえて、EPOC II を用いて研修医の多職種評価を行う。
- ③ プログラム責任者、副プログラム責任者は、研修医フィードバックで得られた各科の研修状況の評価する。

精神神経科

目的・特徴

精神神経科は、適応障害やストレス障害といったストレス因の病気から、うつ病や双極性障害、統合失調症といった内因性精神病、外傷や変性疾患など脳の変化からおこる器質性精神障害、認知症などを扱う。またせん妄や肝性脳症など軽度の意識障害の対応も対象となる。まず器質因の除外を含めた鑑別疾患を理解し実践できるようになる。対象年齢は出生前の周産期から小児期、児童思春期、成人期、老年期と幅広いため、骨折やがん、妊娠などで入院したとき、主治医からのコンサルテーションに対応するスキルを習得する

到達目標

- ・せん妄や認知症 BPSD 患者の診察を行い、評価・対応ができる
- ・不安や抑うつ、不穏を認める入院患者の診察を行い、評価・対応ができる
- ・精神科身体合併症患者の入院中のサポートができる
- ・簡便な心理検査を行えるようになる
- ・リサーチマインドを養う

研修内容(方略)、経験できる症例や手技

- ・精神神経科外来で予診をとり、外来に陪席することで精神神経科の実践を学ぶ
- ・入院患者さんの抑うつやせん妄といった精神症状に対する他科からのコンサルテーション依頼に対応する
- ・週 1 回のリエゾンチーム回診、認知症ケアチーム回診、身体拘束最小化チーム回診、緩和ケアチーム回診(精神症状担当)、可能であれば月 1 周産期メンタルヘルスカンファレンスに参加し、多職種チーム医療を理解する
- ・精神科カンファレンスに参加し、症例検討を行う
- ・希望する科と精神科との関連が深い英語論文を読み抄読会でパワーポイントを用いてプレゼンテーションを行う

週間スケジュール

	午前	午後
月	外来予診、リエゾンコンサルテーション予診	リエゾンコンサルテーション
火	外来予診、リエゾンコンサルテーション予診	リエゾンコンサルテーション 緩和ケアチーム回診
水	認知症ケア・リエゾンチーム回診 リエゾンコンサルテーション予診	精神科カンファレンス 周産期メンタルヘルスカンファレンス
木	外来予診、リエゾンコンサルテーション予診	リエゾンコンサルテーション
金	外来予診、リエゾンコンサルテーション予診	リエゾンコンサルテーション 身体拘束最小化チーム回診

評価方法

- ・精神科リエゾンコンサルテーション担当患者についてレポートを作成し、評価する。研修医は、自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する
- ・回診やカンファレンスでのプレゼンテーション技法について評価する
- ・指導者との実践の中で、知識、技能、態度について評価する
- ・精神神経科主任科部長、リエゾン精神専門看護師は、指導医や病棟スタッフなどからの意見・評価をまとめて、EPOC II を用いて研修医の多職種評価を行う

小児科/小児循環器内科

必須科目（小児科）参照。

外科/消化器外科

必修科目（外科）参照。

乳腺外科

目的・特徴

疾患としては乳癌だけでなく乳腺炎、乳腺症などの良性疾患など、乳腺疾患全般に対応しています。診療は、ガイドラインに沿った標準治療を提供する事を基本にしています。加えて、乳癌で亡くなる人が限りなく0に近づけるよう、検診やドックの精度を上げる一方、残念ながら進行癌であっても、化学療法や放射線療法も駆使し一人一人の病状、背景に応じたよりよい医療を提供するのが私たちの役割と考えています。充実のスタッフと共にプロフェッショナル集団としての誇りを忘れず、本来の”患者さんに寄り添う乳腺診療”を目標に診療しています。

到達目標

乳腺疾患について理解を深め、その診断と治療について学ぶ。また、手術に参加し、基礎的な手術手技、内容を学ぶ。

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

入院患者さんの診察のみならず、指導医の外来診察について初診時から診断にいたるまでの検査や、乳癌と診断してから手術までの準備について学び、また手術後の補助療法（ホルモン療法・化学療法・放射線療法等）についてもその適応から治療までの過程についても学ぶ。また、外科的治療では、乳腺腫瘍摘出術、乳房切除術・乳房部分切除術（センチネルリンパ節生検、腋窩リンパ節廓清）、乳房再建術を指導医と共に経験し、手術手技や内容および術後管理についても理解を深める

週間スケジュール

	午前	午後
月	外来	検査
火	手術	術前カンファレンス
水	手術	薬剤カンファレンス
木	外来	検査
金	外来	検査

評価方法

研修医の到達度に関する評価は、研修時に指導にあたった研修指導医や上級医の意見を参考にプログラム責任者により行われる。評価方法として、①研修医による自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する。②診療場面・カンファレンスの中から評価しうる知識、技能などに加え医師として望ましい診療姿勢や研修に取り組む姿勢について当科部長（主任医長）・看護師長が EPOC II を用いて多職種評価を行う。

心臓血管外科

目的・特徴

心臓血管外科における術前評価、検査、基本的な手術を学び、周術期の全身管理をとおして循環・呼吸管理を習得する。また、心臓血管外科の治療は循環器内科医、麻酔科医、看護師、臨床工学士、理学療法士、放射線科、薬剤師、栄養士など多職種でのチーム医療で成り立っている。チーム医療を通して医師として望ましい診療姿勢を身につける。

術前・術後のカンファレンスを行い症例の把握・振り返りを行い、カルテ回診を毎朝行い情報の共有を図るようになっている。手術、病棟回診で基本的な外科的手技の習得を目指す。

到達目標

①心臓血管外科疾患の診断

- 1 病歴聴取と診療録への記載ができる。
- 2.理学所見の取り方を学び、所見を正しく記載できる。
- 3.画像診断（レントゲン、CT、血管造影、超音波検査、MRI、核医学など）の評価ができる。
- 4.生理学的検査（心電図、心エコー、頸動脈エコー、呼吸機能検査、脈波検査など）の評価ができる。

②心臓血管外科疾患の治療

- 1.治療方針（ガイドライン）を理解し、説明ができる。
- 2.病歴、理学所見、検査結果、患者背景を総合的に検討して、治療方針を決めることができる。
- 3.循環・呼吸管理ができる。
 - スワングアンツ カテーテルを理解し治療に活かせる。
 - 人工呼吸器を理解し離脱ができる。
 - 血液ガスデータを理解し治療に活かせる。
- 4.基本的な手術を理解し説明ができる。
 - 冠動脈バイパス術
 - 大動脈弁置換術
 - 僧帽弁形成術
 - 僧帽弁置換術
 - 胸部大動脈瘤人工血管置換術
 - 腹部大動脈瘤人工血管置換術
 - ステントグラフト 治療
 - 末梢血管バイパス術
 - 基本的な先天性心疾患
- 5.基本的な外科的手技ができる。
 - 皮膚切開 縫合
 - 血管止血 縫合
 - 胸水穿刺
 - CV ラインの確保
 - 橈骨動脈ラインの確保
 - 静脈グラフト採取

③学術活動
研究会や学会で症例報告ができる。

週間予定・教育活動

週間スケジュール

	日中業務				
	朝 カンファレンス(7西)	手術	外来診察	病棟係/コンサルト	夕 カンファレンス
月曜日	8:00 入院患者カルテ回診	A:開心術、B:TAVI/末梢血管(EVAR)	○	○	
火曜日	7:40 術後報告	開心術、あるいは末梢血管手術	大保/(山口)	○	CVC(16:30~@みなもH)
水曜日	8:00 抄読会/予演会など	開心術(先天性)	陽川	○	
木曜日	7:40 翌週の術前カンファ	(-)	1.脳山/ 2.田中	○	TAVIカンファ(17:30~@食堂)
金曜日	8:00 入院患者カルテ回診	開心術、あるいは末梢血管手術	日限	○	CHC(17:00~アンギオカンファ室)

評価方法

研修医の到達度に関する評価は、研修時に指導にあたった研修指導医や上級医の意見を参考にプログラム責任者により行われる。評価方法として、①研修医による自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する。②診療場面・カンファレンスの中から評価しうる知識、技能などに加え医師として望ましい診療姿勢や研修に取り組む姿勢について当科部長（主任医長）・看護師長が EPOC II を用いて多職種評価を行う。

脳神経外科

目的・特徴

脳神経外科は脳、脊髄、末梢神経を含めた神経系疾患全般の中で、主に外科的治療の対象となりうる疾患について診断、治療を行う分野です。神経系に対する手術だけを行っているわけではなく、一般的な救急対応、CT、MRI、脳血管撮影などの画像診断、治療方針の決定、外科的および非外科的治療、術前術後管理、長期予後管理等一貫して担っています。幸い当院では救急医による初期対応や脳神経内科医による診断など他科の協力・連携が得られておりますので、当科ではそれも含めた初療から診断、治療、術前術後管理、退院までの一連の流れや考え方、基礎的な手術手技や脳血管撮影を主とした検査手技を学ぶ事を目的とします。

到達目標

脳神経外科疾患全般の診断と手術適応、手術法の基本的考え方、指導医のもとでの基本的な手術手技、脳血管撮影の検査手技、術前術後管理における適切な初期対応を習得することを目標とします。

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

脳血管障害（脳内出血、くも膜下出血、血管狭窄・閉塞に伴う脳梗塞など）、脳腫瘍（神経膠腫、転移性脳腫瘍、髄膜腫など）、頭部外傷（慢性硬膜下血腫が主）、小児脳神経外科疾患（先天奇形、出血、外傷など）皮膚切開、縫合、穿頭、開頭の基本手技。習得の程度により顕微鏡操作・手技。脳血管撮影の実践や評価。

週間スケジュール

	午前	午後
月	カンファレンス・回診・病棟	病棟・脳血管撮影（治療）・回診
火	カンファレンス・回診・病棟	病棟・回診
水	カンファレンス・手術	手術
木	カンファレンス・回診・病棟	病棟・脳血管撮影（治療）・回診
金	カンファレンス・回診・病棟	病棟・回診

評価方法

①研修医は、自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する。

②脳神経外科主任科部長、10 階西看護師長は、指導医・上級医や病棟看護師、病棟薬剤師などからの意見・評価を踏まえて、EPOC II を用いて研修医の多職種評価を行う。

呼吸器外科

目的・特徴

加古川市をはじめとした東播磨地区の中核病院として、呼吸器疾患の治療をより厚くするため平成 28 年 4 月より加古川西市民病院に呼吸器外科が開設された。当院はスタッフの豊富な呼吸器科の専門施設であり診断・治療内容が充実している。毎週呼吸器グループによるカンファレンスによって、患者様に応じた治療方針を決定している。放射線診断・IVR 科、放射線治療科や病理診断科とも連携し診療にあたっている。当科の手術は胸腔鏡を用いた低侵襲手術を第 1 選択としている。原発性肺癌に対しても適応症例には可能な限り完全鏡視下手術を行い、適応外症例に対しては胸腔鏡補助下の開胸手術を行っている。最近ではロボット支援下手術、単孔式胸腔鏡手術も導入している。令和 5 年度から 3 名体制となり、今後もさらなる充実した治療を行っていく。

到達目標

呼吸器外科外来、病棟にて基礎的診察、処置を学ぶ。特に胸腔ドレナージは基礎から始まり、その道のエキスパートになるレベルまで指導する。手術に参加し、基礎的な手術手技、内容を学ぶ。さらに悪性腫瘍・急性疾患の病態を理解し、腫瘍学を含めた呼吸器疾患の専門知識について理解を深める。

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

市中病院において経験することの多い呼吸器外科の疾患に対しては助手あるいは術者として経験する。また悪性腫瘍については術前の画像診断、治療計画、手術および術後管理まで指導医とともに主治医の一人として主体性を持って経験してもらう。

週間スケジュール

	午前	午後
月	手術	手術
火	外来、病棟	外来、病棟(16 時カンファレンス)
水	手術	手術
木	外来、病棟	外来、病棟
金	外来、病棟	病棟

評価方法

EPOC により指導医評価を受ける

小児外科

目的・特徴

兵庫県東播磨地域の中核病院として新生児・小児医療に取り組んでいる小児科と協力して、小児外科は小児の外科的な病気の診療にあたっています。日本小児外科学会では「こどもを安心して預けることができる外科医」の育成をめざして専門医制度を設けており、小児外科専門医・指導医・認定施設が学会の厳正な審査を受けて認定されており、当院小児外科は、専門医育成のための小児外科学会認定施設となっています。

到達目標

新生児、乳児、小児の外科的疾患について理解を深め、その診断、治療について学ぶ。

新生児外科疾患の術前術後管理(呼吸管理、輸液管理等)および手術を経験する。

疾患：食道(食道閉鎖症、食道裂孔ヘルニア) 胃・十二指腸(胃破裂、十二指腸閉鎖症) 小腸・結腸(腸閉鎖症、腸回転異常症、ヒルシュスプルング病) 肛門・尿道(直腸肛門奇形) 腹壁(臍帯ヘルニア、腹壁破裂)など

乳幼児・小児外科疾患について理解を深め、その診断、治療について学ぶ。

疾患：外疝径ヘルニア、急性虫垂炎、停留精巣、肥厚性幽門狭窄症、腸重積症、総胆管拡張症など

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

8:00NICU、小児センターの入院患者の回診で、治療方針等を理解する。

8:45 から外来、特に火曜、金曜は手術入院患者の診察を行い、手術部位の確認、同意書なども確認する。月、水、木曜日は、入院患者の処置等が終われば、午前および午後の外来診察室で、多様な疾患のフォローを経験し、外来処置についても指導の下に実践する。

予定手術患者に対しては、前もってパス等術前指示を入力し、疾患、手術ごとの術前管理を経験する。

手術は可能な限り、助手として参加し、手術の進行を理解し、手術助手の役割を経験する。術中に結紮・縫合手技

を経験する。そのためにも、手術以外の時間に、結紮縫合の練習(練習機の貸出あり)、腹腔鏡下の縫合の練習などトレーニングを各自で行う。

緊急手術についても、手術適応の判断、緊急手術の運用手順などを体験し、可能な限り手術に参加する。

診断については、特に定期的消化管造影検査において小児放射線科医の助手を行い、不定期のエコー検査や CT、MRI 検査の診断について、検査に参加して診断法を学ぶ。

週間スケジュール

	午前	午後
月	回診・透視検査	外来・病棟
火	回診・外来入院診察	手術
水	回診	外来
木	カンファレンス・回診	外来
金	入院診察	手術

評価方法

EPOCにより指導医評価を受ける

整形外科

目的・特徴

整形外科は、スタッフ7人と整形外科専攻後期研修医3人の計10人で東播磨地域の基幹病院として整形外科診療を行っております。

当科の特徴としては、変形性関節症をはじめとする関節疾患に力を入れていることが挙げられます。当科では、『関節センター』を開設し、関節疾患の専門的治療をより充実させるように努めています。様々な関節疾患に対してMRIやCTをはじめとした各種画像を用いた正確な診断、投薬や筋力訓練等の保存的治療の指導、そして最先端の手術的治療を行っています。特に、人工関節手術ではナビゲーションシステムを導入する事により、安全で確実な手術を心がけています。一方、人工関節手術が適応にならない若年者に対しては、骨切り術や関節鏡手術などの関節温存手術を積極的に行っています。このように、個々の患者さんにとってより良い治療法を、患者さんと相談しながら行うように心がけています。

関節疾患以外では、外傷などの救急疾患にもしっかり対応できるように、毎日、オンコール体制をとっており、その数も年々増えてきています。

また、その他スポーツ障害などの治療をはじめ整形外科疾患一般を幅広く対応しています。

手術に際しては、整形外科的な問題だけではなく、循環器、呼吸器、消化器に重大な合併症がある方、癌などの悪性疾患を治療中の方、認知症のある方など、他科の医師や理学、作業、言語療法士および管理栄養士などのスタッフと総合的に連携しての治療を実施しています。

到達目標

様々な整形外科疾患の診断と治療の基本を学ぶ。

特に、整形外科的な救急疾患（主に外傷）に対しての適切な初期対応も習得する。

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

外傷疾患（骨折や筋腱損傷など）や関節疾患（変形性関節症など）を指導医と共に受け持ち、診断と治療の一連の流れを経験してもらう。

また、外傷などの整形外科的な救急疾患に対する初期対応も、指導医と共に経験してもらいながら学んでもらう。関節疾患に関しては、ナビゲーションなどの最新の技術を駆使した治療を経験してもらう。

週間スケジュール

	午前	午後
月	外来、抄読会	回診
火	手術	手術
水	外来	外来
木	手術	手術
金	手術	手術、カンファレンス

評価方法

研修医の到達度に関する評価は、研修時に指導にあたった研修指導医や上級医の意見を参考にプログラム責任者により行われる。評価方法として、①研修医による自己評価、指導医評価、プログラム評価をEPOC IIに入力する。②診療場面・カンファレンスの中から評価しうる知識、技能などに加え医師として望ましい診療姿勢や研修に取り組む姿勢について当科部長（主任医長）・看護師長がEPOC IIを用いて多職種評価を行う。

形成外科

目的・特徴

形成外科の対象範囲と疾患は多岐にわたっており、代表的な疾患としては熱傷、顔面外傷（顔面骨骨折を含む）、口唇口蓋裂・合指症・多指症・内反症・折れ耳や埋没耳・臍突出症などの先天奇形、皮膚・皮下腫瘍、傷跡・ケロイド、褥瘡・足壊疽などの難治性潰瘍、といったものがあります。その他、当院では静脈瘤、リンパ浮腫といった治療も行っております。患者さんにわかりやすい説明を行い、その上でしっかりした治療を行うこと心がけております。

到達目標

様々な形成外科疾患の診断と治療の基本を習得する。形成外科救急疾患に対して適切な初期対応を習得する。

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

形成外科的診察法・診療録記載法

- 1) 手術前・後の管理
 - 2) 創処理
 - 3) 難治性潰瘍の創傷管理
 - 4) 形成外科的諸手術における助手
 - 5) 皮膚腫瘍切除など簡単な手術の部分執刀
- といった内容を行う。

週間スケジュール

	午前	午後
月	外来	手術
火	手術	外来
水	手術	手術・カンファレンス
木	外来	手術
金	外来	手術

評価方法

研修医の到達度に関する評価は、研修時に指導にあたった研修指導医や上級医の意見を参考にプログラム責任者により行われる。評価方法として、①研修医による自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する。②診療場面・カンファレンスの中から評価しうる知識、技能などに加え医師として望ましい診療姿勢や研修に取り組む姿勢について当科部長（主任医長）・看護師長が EPOC II を用いて多職種評価を行う。

眼科

目的・特徴

眼科では乳幼児・小児から高齢者と年齢により対象疾患が異なり、それぞれの疾患に対し適切な検査、診断、治療が必要です。未熟児に対しては未熟児網膜症の精査並びに治療を行います。小児に対しては先天鼻涙管閉塞症や眼瞼内反症・斜視など小児特有の疾患に対応し、保存的治療から全身麻酔下での手術を行います。成人に対しては白内障をはじめ網膜硝子体疾患、緑内障、加齢黄斑変性症などを扱います。また、視神経炎や甲状腺眼症に対してはステロイドパルス療法、ぶどう膜炎や強膜炎、自己免疫性疾患に関連した疾患については免疫抑制剤・生物学的製剤などを使用した治療も行います。このように対象疾患は多岐にわたり、外科的および内科的両方の治療法に習熟することを目指します。また、高度な視機能障害に至った low vision 患者に対する対応なども経験し、視力維持の重要性について考えられる医師の育成を目指します。

到達目標

眼科全般について、基本的な診断および治療法を修得することを目標とする。また、眼科領域の救急疾患に対する迅速な初期対応を修練する。

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

- ① 眼科一般的な診療手技の習得
- ② 各種眼科検査結果の理解
- ③ 外眼部手術（眼瞼手術・涙道内視鏡手術など）における基本手技の習得と部分執刀
- ④ 白内障手術の基本手技の習得と部分執刀（豚眼での wet labo による指導）
- ⑤ 緊急疾患に対する基本的対応

週間スケジュール

	午前	午後
月	小児手術	小児診察
火	未熟児診察・手術	手術 硝子体注射
水	手術	手術 硝子体注射
木	外来	外来
金	外来	外来

評価方法

研修医の到達度に関する評価は、研修時に指導にあたった研修指導医や上級医の意見を参考にプログラム責任者により行われる。評価方法として、①研修医による自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する。②診療場面・カンファレンスの中から評価しうる知識、技能などに加え医師として望ましい診療姿勢や研修に取り組む姿勢について当科部長（主任医長）・看護師長が EPOC II を用いて多職種評価を行う。

耳鼻咽喉科

目的・特徴

当院では耳鼻咽喉科の一般的な診察を行います。急性疾患から慢性疾患、腫瘍まで、また年齢も新生児から高齢者まで多岐にわたる患者さんを対象としています。

顕微鏡下の鼓室形成術、乳突削開術や最近では細径内視鏡を用いた中耳手術を行っています。好酸球性副鼻腔炎を中心とした内視鏡下副鼻腔手術が増加し、乳頭種など良性腫瘍も鼻内手術で摘出しています。従来からの口蓋扁桃摘出術やアデノイド切除術は幼児期から成人まで幅広い年齢層の症例があります。耳下腺、顎下腺、甲状腺などの頸部良性腫瘍の手術も当院で行っていますが、頭頸部悪性腫瘍は希少癌であるため、神戸大学や県立がんセンターなどに紹介して集学的治療をお勧めしています。外来では新生児聴覚スクリーニング後の精密医療機関になっているため各聴覚支援学校とも連携して新生

児期からの聴力管理にも対応しています。形成外科で口蓋裂症例が多いため、同時に鼓膜チューブ留置を行うこともあります。

到達目標

一般的な耳鼻咽喉科疾患を理解し、初期対応ができる。
当直時の鼻出血の対応、気道緊急性の評価、眼振所見の確認などができる。

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

外来や手術室での主として見学。
外来では予診で問診をとることや、ヘッドライトを使用して鼻咽頭の観察、簡易耳鏡やファイバーでの鼓膜所見の観察、鼻咽腔ファイバーでの気道観察、エコー検査など。また手術前のインフォームドコンセントの見学。夕方に初診症例の振り返り検討。
手術は頸部手術での助手や耳科鼻科手術の見学。

週間スケジュール

	午前	午後
月	手術/外来	手術
火	外来	外来、術前カンファレンス
水	外来	手術
木	手術/外来	手術
金	外来	外来

評価方法

研修医の到達度に関する評価は、研修時に指導にあたった研修指導医や上級医の意見を参考にプログラム責任者により行われる。評価方法として、①研修医による自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する。②診療場面・カンファレンスの中から評価しうる知識、技能などに加え医師として望ましい診療姿勢や研修に取り組む姿勢について当科部長（主任医長）・看護師長が EPOC II を用いて多職種評価を行う

皮膚科

目的・特徴

アトピー性皮膚炎、蕁麻疹、食物や薬剤によるアレルギー疾患の検査・治療、自己免疫性水疱症の診断・治療、膠原病の診断、円形脱毛症に対する SADBE 療法、帯状疱疹や蜂巣織炎などの皮膚感染症、皮膚腫瘍（良性・悪性）の診断・治療（ただし、当科では手術加療できない皮膚腫瘍もあります）など、多岐にわたる皮膚疾患に対応しています。

到達目標

皮膚科独自の疾患や内臓疾患との関連がある皮膚疾患など皮膚科にはいろんな疾患があるので、その全体像だけでもいいので習得できるようになる。

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

- ・真菌鏡検
- ・問診、的確な皮疹の表現
- ・皮膚生検、皮膚腫瘍切除術時の助手（例 糸切）
- ・糸の縫合の仕方

週間スケジュール

	午前	午後
月	外来診察	検査、病棟回診、病理カンファレンス（適時）
火	外来診察	検査、病棟回診、病理カンファレンス（適時）
水	外来診察	手術（適時）、病棟回診、病理カンファレンス（適時）
木	外来診察	検査、病棟回診、病理カンファレンス（適時）
金	外来診察	手術（適時）、病棟回診、病理カンファレンス（適時）

評価方法

研修医の到達度に関する評価は、研修時に指導にあたった研修指導医や上級医の意見を参考にプログラム責任者により行われる。評価方法として、①研修医による自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する。②診療場面・カンファレンスの中から評価しうる知識、技能などに加え医師として望ましい診療姿勢や研修に取り組む姿勢について当科部長（主任医長）・看護師長が EPOC II を用いて多職種評価を行う

産婦人科

必須科目（産婦人科）参照。

泌尿器科

目的・特徴

当科は旧加古川市民病院時代の平成12年4月より常勤医師2名体制で開設いたしました。平成17年6月に新外来棟が竣工、平成18年3月より尿路結石破碎装置の導入、平成21年4月よりホルミウムレーザー治療機器が導入され、上部尿路結石に対する内視鏡手術（f-TUL）、前立腺肥大症に対する治療である経尿道的レーザー前立腺核出術（HoLEP手術）も可能となりました。ハイリスク前立腺癌の患者さんを中心に放射線診断・IVR科、放射線治療科と共同して治療を行っています。さらに新病院開設時には手術支援ロボット（ダビンチ）を導入し、前立腺全摘（RARP）、腎部分切除術（RAPN）に積極的に取り組んでいます。悪性腫瘍患者さんにつきましては、なるべく正確な臨床病期の把握を行い、各病期に応じた標準的治療・評価を行っております。平成28年4月より常勤医3名、令和5年4月より常勤医4名体制となり一層の診療の充実が図れております。

到達目標

泌尿器科外来、病棟にて基礎的診察、処置を学ぶ。手術に参加し、基礎的な手術手技、内容を学ぶ。

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

病棟患者を指導医と共に担当。外来では主に検査・処置係を担当。基礎的な泌尿器科的診察、画像診断（KUB、CT、MRI）、検査（US、膀胱鏡検査など）、泌尿器科的処置（導尿、バルンカテ留置、尿管ステント留置術）を学ぶ。手術では指導医と共にTURBT、HoLEP、TUL、ESWL、腹腔鏡下手術、開放手術などを学ぶ。

週間スケジュール

	午前	午後
月	外来、検査	手術
火	外来、検査	外来、検査
水	手術	手術
木	外来、検査	外来・検査(午後3時より腰麻手術)
金	手術	手術

評価方法

EPOCにより指導医評価を受ける

放射線診断・IVR科

目的・特徴

単純X線写真、胃・大腸等の透視検査、CT、MRI、マンモグラフィー、血管造影等のX線を用いた各種の検査をはじめ、核医学検査においても通常のSPECTに加え、最近では癌診療に必須の検査であるPET-CTなどの多様な検査の実施と画像診断を行っています。SPECT検査は循環器疾患が中心ですが、骨シンチ、脳血流シンチ等にも対応しています。またMRIについては、3テスラMRI装置に加え静音タイプのMRI装置を導入し、3台体制となりました。さらに診断能の向上を目指すとともに、患者に優しい検査を目指しています。

IVRについては、肝細胞癌や転移性肝癌に対し肝動脈塞栓療法や、ラジオ波焼灼療法などを施行しています。他にも子宮筋腫の治療として子宮動脈塞栓術や、各種の出血に対する緊急止血術、中心静脈ポート留置術、さらにCTガイド下での生検や膿瘍ドレナージなど幅広いIVRを行っています。また、閉塞性動脈硬化症に対する血管形成術や大動脈瘤や大動脈解離に対するステントグラフト治療を循環器内科や心臓血管外科と協同しながら取り組んでいます。

到達目標

画像診断学、IVR、放射線治療等の基礎的な知識と技術を取得し、その知識に裏打ちされた適切な検査及び治療計画を立案することを目的とする。

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

CT、MRI、PET-CT、SPECTを中心とした画像診断、単純X線写真、胃・大腸等の透視検査。IVRについては、肝動脈塞栓術、RFA、UAE、緊急止血術、CVポート留置術、EVT、ステントグラフト治療やCTガイド下での生検や各種穿刺術。

週間スケジュール

	月	火	水	木	金
朝 (8:30~)		症例カンファレンス			
午前	オリエンテーション 治療外来	腹部血管造影 CT/MRI 読影	消化管透視検査	病棟回診 CT/MRI 読影	消化管透視検査
午後	下肢血管造影 CT/MRI 読影	症例検討会 CT/MRI 読影	腹部血管造影 治療外来	下肢血管造影 CT/MRI 読影	腹部血管造影 CT/MRI 読影
夕 (16:00~)		呼吸器カンファ	消化器カンファ		

評価方法

研修医の到達度に関する評価は、研修時に指導にあたった研修指導医や上級医の意見を参考にプログラム責任者により行われる。評価方法として、①研修医による自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する。②診療場面・カンファレンスの中から評価しうる知識、技能などに加え医師として望ましい診療姿勢や研修に取り組む姿勢について当科部長（主任医長）・看護師長が EPOC II を用いて多職種評価を行う。

放射線治療科

目的・特徴

放射線治療科は、主に悪性腫瘍に対する放射線治療の適応判断、治療計画作成、適切に照射が行われているかの確認、照射中および照射後の患者管理、有害事象の確認と対応、治療効果判定、再発の有無の確認などを行っている。基本的に患者は他科からの紹介となるため、他科との連携が必須となる。対象疾患は肺癌、乳癌、前立腺癌、食道癌、転移性脳腫瘍、転移性骨腫瘍、悪性リンパ腫など多岐に渡り、治療の目的も、根治照射から緩和照射、術前照射や術後照射など、患者の状況に応じて様々で、疾患と目的に則した最適な照射方法を選択する必要がある。機械的な制約もあるため、自施設で治療困難な場合は、適切な治療が可能な他施設に紹介することもあり、近隣施設の放射線治療機の特徴についても把握しておくことが要求される。放射線治療には放射線治療専門医、放射線治療専門技師、医学物理士、放射線治療品質管理士、がん放射線療法看護認定看護師など複数の職種が関わっており、職種間の連携も重要となる。

到達目標

- ① 放射線治療の準備から実際の治療、治療後の経過観察まで一連の流れを理解する。
- ② 放射線治療の特徴と役割を理解し、治療適応を判断することができる。
- ③ 基礎的な治療計画を作成することができる。
- ④ 放射線治療に伴う一般的な有害事象の予測と管理ができる。
- ⑤ チーム医療を実践できる。

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

- ① 治療計画 CT 撮影および実際の照射に立ち会う。
- ② 治療適応や予想される有害事象について、指導医・上級医と検討し、診察に立ち会う。
- ③ 放射線治療計画装置を用いて治療計画を作成する。
- ④ 強度変調放射線治療および定位放射線治療の治療計画を医学物理士と連携して作成する。
- ⑤ 治療後の経過観察の診察にも立ち会い、治療後の病変の変化や症状の推移、有害事象の経過を確認する。
- ⑥ 他科とのカンファレンスに参加し、手術や化学療法も含めた最適な治療法について検討する。

週間スケジュール

	午前	午後
月	外来（初診・再診）	治療計画
火	外来（初診）	治療計画、呼吸器カンファレンス
水	治療計画 CT・照射業務立ち会い	治療計画
木	治療計画	外来（初診・再診）
金	放射線治療カンファレンス、治療計画	治療計画

評価方法

- ① 研修医による自己評価、指導医評価、プログラム評価を EPOC II に入力する。
- ② 放射線治療科主任部長・看護師長が、放射線治療専門技師、医学物理士、がん放射線療法看護認定看護師などからの意見・評価を踏まえて EPOC II を用いて研修医の多職種評価を行う。

麻酔科

必須科目（麻酔科）参照。

病理診断科

目的・特徴

現状でも、AI が病理診断に導入される近い将来においても、病理医の不足が見込まれています。病理医にある程度の適性がある研修医がいれば、進路として真面目に考えて欲しいと思っています。

一方で、病理診断科の業務は医師の業務のうちでは特殊で、我々が行っている業務のうちで、すべての医師が身に付けておく必要のある技術はほとんどありません。しかし、多くの医師、臨床科が、常勤の病理医が居ることを、診療・学術に十分に活用できていません。対人関係に長けていない病理医とうまく情報をやりとりする術を知ることは、若い臨床医自身にとって、大きな力になっていきます。具体的には、検体提出の方法（ホルマリン固定のやり方）、病理診断依頼書にどのような情報が必要か、また、どのように病理報告書から必要な情報を得るかをまなんでいただきます。

到達目標

病院における病理医の役割と、およその業務内容を知り、自分が病理医に向いているかどうか、自分なりの考えを持つ。

病理組織診断の検体提出に必要なこと（ホルマリン固定・依頼情報）を理解する

病理医が臨床医に提供しうる情報の可能性を理解し、病理医の存在を臨床に役立てるすべを知る。

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

- ・主に手術症例の切り出しと、自分で切り出した標本の検鏡に参加していただきます。
- ・初日は、技師が組織標本作製するのを見学してください。
- ・期間中に病理解剖があれば参加していただきます。
- ・解剖の翌日（か翌々日）午後に切り出しを行いますので、あれば参加してください。
- ・期間中にCPCがあれば、剖検診断、病理プレゼンテーション作成に参加してください。
- ・術中迅速診断は随時行いますので、参加してください。
- ・火曜朝8時から消化器外科カンファ 1回/月、火曜夕6時半まで乳腺画像カンファ 2回/月 があります。都合がつけば参加してください。
- ・期間中に、地方学会（日本病理学会近畿支部学術集会 4回/年）があつて、適当な演題がある場合に、本人に希望があれば、学生・研修医セッションで症例報告をしていただきます。

週間スケジュール

	午前	午後
月	8:30～ 手術標本切り出し 初日のみ 組織標本作成見学	手術標本顕鏡、スタッフと討論～1700 初日のみ 組織標本作成見学
火	8:30～ 手術標本切り出し 第4火曜 8:00～消化器カンファ	手術標本顕鏡、スタッフと討論～1700 隔週 16:30～乳腺画像カンファ
水	8:30～ 手術標本切り出し	手術標本顕鏡、スタッフと討論～1700
木	8:30～ 手術標本切り出し	手術標本顕鏡、スタッフと討論～1700
金	8:30～ 手術標本切り出し	手術標本顕鏡、スタッフと討論～1700

評価方法

評価は、通常の初期研修評価項目に従って、担当指導医と技師が行います。

救急科

必須科目（救急科）参照

緩和ケア科

目的・特徴

がんなどの生命にかかわる重篤な疾患に罹患した患者における全人的苦痛を理解する。その苦痛を緩和するための医学的・社会的・心理的な知識を身に付け、治療法やケアの方法について理解し、実践できるようになる。緩和ケア医療の実践には、基礎的な医学的知識が重要であり、緩和ケア科の研修を通してその知識もできるだけ習得できるように問題意識をもって取り組んでもらう。

到達目標

- ・アドバンスケアプランニングについて学ぶ
- ・全人的苦痛（身体的、社会的、精神的、スピリチュアルな苦痛）について理解する
- ・苦痛を緩和する治療法や、ケアの方法について知識や技術を習得し、実践できるようになる。
- ・療養場所の決定について支援ができる。
- ・遺族ケアについて理解を深める

研修内容（方略）、経験できる症例や手技

- ・緩和ケア外来に同席し、外来における緩和ケアの実践について学ぶ
- ・週一回の緩和ケアチーム（PCT）カンファレンス・回診に参加する。
- ・毎日行われる緩和ケアチーム回診（一般病棟）に参加する
- ・緩和ケア病棟（PCU）患者の担当医となり、終末期患者の緩和ケア的トータルマネジメントを実践する。
- ・毎日行われる PCU 会議に参加してチーム医療について理解を深める。

週間スケジュール

	午前	午後
月	PCU 患者診察	PCU 会議、PCU・一般病棟回診
火	PCU 患者診察	PCU 会議、PCT 回診、PCU・一般病棟回診
水	緩和ケア外来	PCU 会議、PCU・一般病棟回診
木	緩和ケア外来	PCU 会議、PCU・一般病棟回診
金	PCU・一般病棟回診	PCU 会議、PCU・一般病棟回診

評価方法

- ・PCU担当患者または一般病棟患者についてレポートを作成し、評価する
- ・日々の指導者との実践の中で、知識、技能、態度について評価する。

保健・医療行政研修

1. 研修実施責任者

研修実施責任者は、健康福祉事務所で実施する場合には健康福祉事務所長、健康科学研究所で実施する場合には健康科学研究所長及び精神保健福祉センターで実施する場合には精神保健福祉センター所長とする。

II. 研修スケジュール

(1) 健康福祉事務所（保健所）研修

※健康福祉事務所へ出張による保健・医療行政

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
第1週 (特定)	リエンテーション、健康危機管理論	歯科保健対策、訪問歯科事業	薬事監視、水道施設立入検査	精神病院実地（審査）指導	毒物・劇物検出研修
	地域の概況、業務の概要、保健医療計画	医療監視	動物衛生、生活衛生営業監視	食中毒防止対策、食品衛生監視	介護保険事業、介護保険施設指導監査
第2週 (特定) (一般)	人口動態統計、死体検案	精神保健福祉対策、精神ケア	感染症対策、一般健康相談	成人・老人対策、食生活改善事業	母子保健対策、療育事業
	健康づくり対策	精神障害者家庭訪問、社会復帰施設	結核対策、結核審査協議会	難病対策、難病患者家庭訪問	発達相談、地域療育施設

(2) 兵庫県立健康科学研究所研修

※兵庫県立健康科学研究所へ出張による地域保健研修

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
	リエンテーション 疫学概論	感染症概論、細菌検査実習	小児感染症、その他感染症	感染症発生動向調査実習	感染症発生動向調査の疫学
	疫学実習、感染症発生動向調査（結核）	ウイルス検査実習、安全実験室研修	感染性胃腸炎、発生動向調査		食中毒の疫学総括

評価方法

EPOCにより指導医評価を受ける

臨床研修指導医一覧

2024.4

	氏名	診療科	役職名	指導医講習会 受講済み
1	大西 祥男	循環器内科	理事長	○
2	平田 健一	循環器内科	副理事長	○
3	大保 英文	心臓血管外科	理事	○
4	金田 邦彦	外科	理事	○
5	潤井 誠司郎	脳神経外科	理事	○
6	切田 学	救急科	院長補佐	○
7	石原 広之	脳神経内科	院長補佐	○
8	中村 徹	放射線診断・IVR科	院長補佐	○
9	森沢 猛	小児科	院長補佐	○
10	末松 正邦	健康増進・ヘルスケアセンター	科特任部長	○
11	寺尾 秀一	内科	科特任部長	○
12	名村 宏之	内科	科特任部長	○
13	鈴木 志保	内科	科部長	○
14	金澤 健司	総合内科	主任科部長	○
15	田中 千尋	総合内科	科部長	○
16	岡部 純弘	消化器内科	主任科部長	○
17	山城 研三	消化器内科	科部長	○
18	上田 佳秀	消化器内科	科部長	○
19	西澤 昭彦	消化器内科	科部長	○
20	三村 卓也	消化器内科	科副部長	○
21	孝橋 道敬	消化器内科	科副部長	○
22	平田 祐一	消化器内科	医長	○
23	角谷 誠	循環器内科	主任科部長	○
24	岡嶋 克則	循環器内科	科部長	○
25	白井 丈晶	循環器内科	科部長	○
26	澤田 隆弘	循環器内科	科部長	○
27	伊藤 達郎	循環器内科	科副部長	○
28	寺尾 侑也	循環器内科	科副部長	○
29	下浦 広之	循環器内科	医長	○
30	西馬 照明	呼吸器内科	主任科部長	○
31	堀 朱矢	呼吸器内科	科副部長	○
32	徳永 俊太郎	呼吸器内科	科副部長	○
33	多木 誠人	呼吸器内科	医長	○
34	高橋 陸	糖尿病・代謝内科	主任医長	○
35	岡村 篤夫	腫瘍・血液内科	主任科部長	○
36	西川 真一郎	腫瘍・血液内科	科部長	○
37	山根 隆志	リウマチ・膠原病内科	主任科部長	○
38	葉 乃彰	リウマチ・膠原病内科	科副部長	○
39	島谷 佳光	脳神経内科	科副部長	○
40	永田 格也	脳神経内科	医長	○
41	大谷 恭平	精神神経科	主任科部長	○
42	西山 敦史	小児科	科部長	○
43	高寺 明弘	小児科	科部長	○
44	豊嶋 大作	小児科	科副部長	○
45	沖田 空	小児科	科副部長	○
46	二階堂 量子	小児科	医長	○
47	西田 浩輔	小児科	医長	○
48	藤村 順也	小児科	医長	○

	氏名	診療科	役職名	指導医講習会 受講済み
49	藤田 秀樹	小児循環器内科	主任科部長	○
50	上村 和也	小児循環器内科	医長	○
51	田中 智浩	外科	科部長	○
52	上月 章史	外科	科副部長	○
53	阿部 紘一郎	外科	科副部長	○
54	西村 透	外科	科副部長	○
55	森川 達也	外科	科副部長	○
56	荻野 充利	乳腺外科	主任科部長	○
57	脇山 英丘	心臓血管外科	主任科部長	○
58	吉田 和則	心臓血管外科	科部長	○
59	田中 陽介	心臓血管外科	科部長	○
60	山元 一樹	脳神経外科	主任科部長	○
61	木戸口 慶司	脳神経外科	科部長	○
62	岩永 幸一郎	呼吸器外科	主任科部長	○
63	安福 正男	小児外科	主任科部長	○
64	中尾 真	小児外科	科部長	○
65	西山 隆之	整形外科	主任科部長	○
66	織邊 隆	整形外科	科部長	○
67	奥町 悦子	整形外科	科副部長	○
68	岩谷 博篤	形成外科	主任科部長	○
69	原 ルミ子	眼科	主任科部長	○
70	安井 理絵	耳鼻咽喉科	主任科部長	○
71	井之口 豪	耳鼻咽喉科	科部長	○
72	繁治 純	耳鼻咽喉科	医長	○
73	山田 陽三	皮膚科	主任科部長	○
74	太田 岳人	産婦人科	科部長	○
75	宮本 岳雄	産婦人科	主任科部長	○
76	市橋 さなえ	産婦人科	医長	○
77	岡 泰彦	泌尿器科	主任科部長	○
78	酒井 豊	泌尿器科	科部長	○
79	松本 祥一	放射線診断・IVR科	科部長	○
80	坂本 憲昭	放射線診断・IVR科	科部長	○
81	延原 正英	放射線診断・IVR科	科副部長	○
82	橋本 直樹	放射線治療科	主任科部長	○
83	久次米 依子	麻酔科	主任科部長	○
84	豊嶋 恭子	麻酔科	科副部長	○
85	今井 幸弘	病理診断科	主任科部長	○
86	佐藤 圭路	救急科	科部長	○
87	多木 未央	消化器内科	医長	
88	吉田 竜太郎	消化器内科	医長	
89	織田 大介	消化器内科	医長	
90	織邊 貴大	消化器内科		
91	米澤 瑞華	消化器内科		
92	中西 智之	循環器内科	科副部長	
93	今田 宙志	循環器内科	医長	
94	永松 裕一	循環器内科	医長	
95	向井 淳	循環器内科	医長	
96	松岡 庸一郎	循環器内科	医長	
97	宮崎 恭子	循環器内科	医長	
98	中村 公一	循環器内科	医長	
99	藤井 真央	呼吸器内科	医長	

	氏名	診療科	役職名	指導医講習会 受講済み
100	大幡 真也	腫瘍・血液内科	医長	
101	東目 亜湖	腫瘍・血液内科	医長	
102	大西 貴久	リウマチ・膠原病内科	医長	
103	井上 綾華	リウマチ・膠原病内科		
104	齊藤 慶	腎臓内科	主任医長	
105	向江 翔太	腎臓内科	医長	
106	高木 泰尚	腎臓内科		
107	新藤 良太	精神神経科	医長	
108	小寺 孝幸	小児科	医長	
109	松本 和徳	小児科	医長	
110	近藤 淳	小児科	医長	
111	呉 東祐	小児科	医長	
112	河南 幸乃	小児科		
113	近藤 亜耶	小児循環器内科	医長	
114	渋谷 尚樹	外科	医長	
115	吉岡 佑太	外科	医長	
116	日隈 智憲	心臓血管外科	科部長	
117	陽川 孝樹	心臓血管外科	医長	
118	三浦 賢仁	呼吸器外科	医長	
119	竹内 一裕	整形外科	医長	
120	柴田 洋作	整形外科	医長	
121	茨木 一行	整形外科	医長	
122	佐竹 徹	整形外科	医長	
123	山城 憲二郎	形成外科	医長	
124	大西 健	眼科	医長	
125	安田 絵里子	眼科	医長	
126	厚見 知甫	眼科	医長	
127	井上 紗季	眼科		
128	竹内 千尋	皮膚科	医長	
129	岩平 紘佳	皮膚科	医長	
130	西田 友美	産婦人科	医長	
131	佐藤 沙貴	産婦人科	医長	
132	中山 慎太郎	泌尿器科		
133	杉岡 勇典	放射線診断・IVR科	科副部長	
134	立花 美保	放射線診断・IVR科		
135	仲泊 峻	放射線診断・IVR科		
136	島田 知加子	放射線治療科		
137	篠崎 裕美	麻酔科	医長	
138	柘植 江里香	麻酔科	医長	
139	山崎 遼	麻酔科	医長	
140	横尾 知樹	麻酔科	医長	
141	大西 三千代	麻酔科	医長	
142	川上 将和	麻酔科		
143	梅宮 彰子	救急科	医長	

臨床研修評価者一覽

所属	職種	職位	氏名
総合内科	医師	主任科部長	金澤 健司
消化器内科	医師	主任科部長	岡部 純弘
循環器内科	医師	主任科部長	角谷 誠
呼吸器内科	医師	主任科部長	西馬 照明
糖尿病・代謝内科	医師	主任医長	高橋 陸
腫瘍・血液内科	医師	主任科部長	岡村 篤夫
リウマチ・膠原病内科	医師	主任科部長	山根 隆志
腎臓内科	医師	主任医長	齊藤 慶
脳神経内科	医師	主任科部長	石原 広之
精神神経科	医師	主任科部長	大谷 恭平
小児科	医師	主任科部長	森沢 猛
小児循環器内科	医師	主任科部長	藤田 秀樹
外科/消化器外科	医師	主任科部長	金田 邦彦
乳腺外科	医師	主任科部長	荻野 充利
心臓血管外科	医師	主任科部長	脇山 英丘
脳神経外科	医師	主任科部長	山元 一樹
呼吸器外科	医師	主任科部長	岩永 幸一郎
小児外科	医師	主任科部長	安福 正男
整形外科	医師	主任科部長	西山 隆之
形成外科	医師	主任科部長	岩谷 博篤
眼科	医師	主任科部長	原 ルミ子
耳鼻咽喉科	医師	主任科部長	安井 理絵
皮膚科	医師	主任科部長	山田 陽三
産婦人科	医師	主任科部長	宮本 岳雄
泌尿器科	医師	主任科部長	岡 泰彦
放射線診断・IVR科	医師	主任科部長	中村 徹
放射線治療科	医師	主任科部長	橋本 直樹
麻酔科	医師	主任科部長	久次米 依子
病理診断科	医師	主任科部長	今井 幸弘
救急科	医師	主任科部長	切田 学

所属	職種	職位	氏名
10階東病棟看護	看護師	師長	赤尾 史門
10階西病棟看護	看護師	師長	葉田 真美子
9階東病棟看護	看護師	師長	上西 美和
9階西病棟看護	看護師	師長	柳沢 咲子
8階東病棟看護	看護師	師長	北野 由紀恵
8階西病棟看護	看護師	師長	山家 美佐子
7階東病棟看護	看護師	師長	國末 彰子
7階西病棟看護	看護師	師長	森宅 直美
6階東病棟看護	看護師	師長	上谷 佐智子
5階産科病棟看護・産科外来・一般	助産師	師長	藤後 朝美
5階こどもセンター看護	看護師	師長	山田 瑠美
5階NICU看護/5階GCU看護	看護師	師長	高橋 由佳
4階ICU看護	看護師	師長	吉野 加奈子
4階HCU1看護/4階HCU2看護	看護師	師長	飯田 洋未
4階手術部看護	看護師	師長	大庭 由希子
外来1	看護師	師長	伊藤 美喜
外来2（通院治療・放射線）	看護師	師長	平沼 早苗
外来3（救急・光学・カテ）	看護師	師長	長永 京子
精神看護専門看護師	看護師	師長	森脇 光信
放射線部	放射線技師	主任科部長	千古 孝
臨床検査部	臨床検査技師		栗山 敏範
薬剤部	薬剤師	部長	石坂 忠博
栄養管理室	事務職	室長	増田 嘉文

<院外>

所属	職種	職位	氏名	研修分野
医療法人連磨会 東加古川病院	医師	院長	森 隆志	精神科
兵庫医科大学 救命救急センター 神戸大学医学部附属病院 救命救急科	医師	主任教授	平田 淳一	救急科
救命救急科	医師	教授	小谷 穰治	救急科
兵庫県災害医療センター	医師	救急部長	松山 重成	救急科
兵庫県立はりま姫路総合医療センター	医師	救命救急センター長	高岡 諒	救急科
加古川健康福祉事務所	医師	所長	藤田 伸輔	保健・医療行政
県立健康科学研究所	医師	所長	今井 雅尚	保健・医療行政
兵庫県立丹波医療センター	医師	院長	西崎 朗	内科
市立加西病院	医師	名誉院長	北嶋 直人	地域医療
高砂市民病院	医師	管理者	渡部 宜久	地域医療
前田内科医院	医師	院長	前田裕一郎	地域医療
友藤内科医院	医師	院長	友藤 喜信	地域医療
おりべ内科医院	医師	院長	織辺 敏也	地域医療
はり内科クリニック	医師	院長	播 悠介	地域医療
中田医院	医師	院長	中田 一弥	地域医療
西村内科医院	医師	院長	西村 正二	地域医療
いちかわ内科循環器科	医師	院長	市川 靖典	地域医療
かわしま内科クリニック	医師	院長	河島 哲也	地域医療
丹波市ミルネ診療所	医師	所長	見坂 恒明	地域医療
あだちこども診療所	医師	理事長	足立 昌夫	地域医療
くどう内科クリニック	医師	院長	工藤 順弘	地域医療
中岡クリニック	医師	院長	中岡 創	地域医療
伊江村立診療所	医師	所長	阿部 好弘	地域医療

※評価者：上記所属管理者

研修医が単独で行ってよい処置・処方の基準

加古川中央市民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ってよい処置と処方の内容の基準を示します。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・診察部門における実情を踏まえて検討する必要があります。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で考えられるものであっても、施行が困難な場合には無理をせずに上級医・指導医に任せる必要があります。なお、ここに示す基準は通常の診療における基準であり、緊急時はこの限りではありません。*印は上級医・指導医の許可を得た上で、単独で行って良いことですが、記載していない検査はすべて上級医・指導医と行ってください。それ以外にも不安に思う時や困難な時はどんな時でも必ず、上級医・指導医に連絡して下さい。

I. 診察

研修医が単独で行ってよいこと

- A. 全身の視診、打診、触診
- B. 簡単な器具（聴診器・打鍵器・血圧計などを用いる全身の診察）
- C. 直腸診
小児科では、研修医単独でおこなってはならない
- D. 耳鏡・鼻鏡・検眼鏡による診察
診察に際しては、組織を破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

研修医が単独で行ってよいこと

- A. 心電図
- B. 脳波
- C. 呼吸機能（肺活量など）
- D. 聴力・平衡・味覚・嗅覚・知覚
- E. 視野・視力
- F. 眼球に直接接触れる検査
眼球を破傷しないように注意する必要がある。
小児科では、研修医単独でおこなってはならない

研修が単独で行ってはいけないこと

- A. 筋電図・神経伝達速度

2. 内視鏡検査など

研修医が単独で行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
- H. 喉頭鏡

3. 画像検査

研修医が単独で行ってよいこと

- A. 超音波
内容によっては誤診につな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。

研修が単独で行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、研修医単独で行ってはならない。
困難な場合は無理をせず指導医に任せる。
- C. 小児の採血
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. 動脈のライン留置
- C. 小児の動脈穿刺

5.穿刺

研修医が単独で行ってよいこと

- A. 皮下の嚢胞
- B. 皮下の膿瘍

研修医が単独で行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
- I. 関節
- J. *骨髄穿刺

6.産婦人科

研修医が単独で行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
- D. 羊水穿刺
- E. 分娩管理、分娩誘発
外計測モニター装着はこの限りではない

7.その他

研修医が単独で行ってよいこと

- 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. 酸素投与
- F. *導尿・尿道カテーテル留置
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、研修医が単独で行ってはならない。
- G. *浣腸
新生児や未熟児では、研修医が単独で行ってはならない。
潰瘍性大腸炎や老人、その他、困難な場合は無理をせずに指導医に任せる。
- H. *胃管挿入（経管栄養目的以外のもの）
全例、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。
- I. 胸骨圧迫
- J. 電氣的除細動
- K. 蘇生処置

ただし、CPR コール等応援を求めること

研修医が単独で行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）
- D. 気管内挿管
- E. 気管カニューレ交換

2.注射

研修医が単独で行ってよいこと

- 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。

研修医が単独で行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。
- C. 関節内

3.麻酔

研修医が単独で行ってよいこと

- A. 局所浸潤麻酔
局所麻酔薬のアレルギーの既往を問診すること

研修医が単独で行ってはいけないこと

局所浸潤麻酔を除く全ての麻酔

4.外科的処置

研修医が単独で行ってよいこと

- A. 抜糸
- B. *ドレーン抜去（胸腔・縦隔ドレーン抜去は除く）
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

研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. *皮膚の縫合

- B. 深部の止血
応急処置を行うのは差し支えない。
- C. 深部の膿瘍切開・排膿
- D. 深部の縫合
- E. 胸腔・縦隔ドレーン抜去

5.処方

研修医が単独で行ってよいこと

- 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）

6.精神科専門療法

研修医が単独で行ってはいけないこと

- A. 精神療法、電気痙攣療法

IV.その他

研修医が単独で行ってよいこと

- 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って差し支えない。
- B. 病理解剖
- C. 病理診断報告
- D. 同意書・承諾書の作成、退院（外出）許可
- E. 特定行為看護師への指示
- F. 救急救命士に対する救急救命処置実施の指示

2024年4月1日

Revised, Apr. 2024 by 金澤@加古川中央市民病院 総合内科

OPD Program Orientation

一般内科外来研修オリエンテーション

ハイライト

- 最終目標は、サポート下で単独で一般内科外来ができること！
- 内科外来研修での重点ポイントは、「良好な医師患者関係を構築する」「病歴・診察から鑑別診断を考える」「適切に症例プレゼンテーションをする」ことです。

目次

はじめに	1
1. 医師臨床研修、一般内科外来研修での目標	1
2. 具体的なスケジュール、進行方法、内容について	2
2.1. 年間スケジュール	2
2.2. 実際の進行方法	3
2.3. 学んでほしいポイント	3
3. 評価について	8
4. おわりに	8

はじめに

矢 医師臨床研修において入院病棟診療と共に一般外来診療が必修化されており、非常に重要な部分を占めています。当院プログラムでは一般内科外来研修は、総合内科外来にて行います。一般内科研修を少しでも有意義にするための情報をまとめましたので、必ず1度は目を通してください。

ここでは

1. 医師臨床研修及び一般内科外来研修での目標(Goal)
 2. 具体的なスケジュール、内容、学習項目について
 3. 評価の方法について
- をまとめています。

1. 医師臨床研修及び一般内科外来研修での目標(Goal)

効 果的な学習には、①目標を決めて学習すること、②学習を終えたときに、何を学んだのか、③何を学ばなかったのかを明らかにすることが非常に大切です。

<「よい医師になる」ための到達目標とは>

皆さんの最終的なGoalは「よい医師」になることです。では、「よい医師」とはなんでしょうか。「患者さんによりよい医療を提供できる」医師がよい医師である、と考えますが、その「よりよい医療を提供するため」に、医師臨床研修の期間中に身につけるべきものは何でしょうか。

臨床研修の到達目標は、厚生労働省の医師臨床研修制度HP (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000081052_00004.html) に、平成32年度より実施の「臨床研修の到達目標、方略及び評価」という別添文章 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000341137.pdf>) の中に記載されています。

臨床研修の基本理念はこれまでと変わりませんが、到達目標は、A. 医師としてのあらゆる行動を決定づける基本的価値観（プロフェッショナリズム）、B. 医師に求められる具体的な資質・能力、C. 研修修了時にほぼ独立して遂行できる基本的診療業務という3つの領域からなると明示されています。それぞれの内容は下記の通りです。

- | |
|------------------------------|
| 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 |
| 2. 利他的な態度 |
| 3. 人間性の尊重 |
| 4. 自らを高める姿勢 |
| B. 資質・能力 |
| 1. 医学・医療における倫理性 |
| 2. 医学知識と問題対応能力 |
| 3. 診療技能と患者ケア |

4. コミュニケーション能力
 5. チーム医療の実践
 6. 医療の質と安全の管理
 7. 社会における医療の実践
 8. 科学的探究
 9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢
- C. 基本的診療業務
1. 一般外来診療
 2. 病棟診療
 3. 初期救急対応

これらのうち、Cの基本的診療業務では「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」ことが、C-1.一般外来診療では「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」ことがそれぞれ具体的な到達目標として掲げられており、この一般内科研修の目指す目標となります。

上記のA、Bに関しては、教科書や文献といった座学から学ぶ事ができるものはごく一部であり、ほとんどはCに挙げられた外来、病棟、救急といったベッドサイドから学ばなければいけない内容です。外来研修期間中には、一般内科外来でしか経験できない実際の患者さんや先輩医師、コメディカルとの相互関係の中から学んでください。

2. 具体的なスケジュール、進行方法、内容について

では、この目標を達成するために何をすればよいのでしょうか？ここでは、外来研修のスケジュール、研修当日の流れ、外来研修を通じて学習して頂きたい項目についてまとめています。

2-1. 一般内科外来研修の年間スケジュール

本プログラムでは内科研修は合計6ヶ月あり行いますが、各内科研修期間中に一般内科外来研修を行います。午前、午後をそれぞれ1回とカウントした年間スケジュールを作成しており、オリエンテーション時に配布しますので確認ください。変更があった場合には、ガルーン内の院内メールにて「臨床研修事務担当」から連絡がありますので、毎日確認をお願いします。

皆さんの外来研修については各内科診療科長も了解されていますが、皆さんは入院症例、検査等も担当されますので、事前に外来研修予定について各研修科の上司に必ず連絡をお願いいたします。又、この内科外来研修スケジュールは年間を通じて他のスケジュールと調整した上で作成されておりますので、原則として変更不可としております。皆さんの年次休暇や夏休み等、事前に研修スケジュールを確認の上で日程調整をお願い致します。学会出席や病欠など、どうしても変更が必要な場合にはその旨「臨床研修事務担当」に院内メールでご連絡下さい。スケジュール調整含め相談致します。

年間を通じて、内科研修中の外来研修は基幹型研修の先生方は全部で6コマ、たすき掛け研修の先生方は22-40コマを予定しています。最初の1回目はオリエンテーションと指導医外来の見学、2回目以降、実際に患者さんを診察頂く予定です。



スケジュールの連絡、変更については医療端末のインターネット接続内にあるガルーンで院内メールをチェックください。

2-2. 一般内科外来研修の実際の進行方法

実際には、どのように外来研修を進めていけばよいのか、研修当日の流れ、外来での進め方について、簡単に示します。

内科外来研修	研修日時	年齢	性別	病期
1	R / / () (午前・午後・1日)	歳	男・女	期
2	R / / () (午前・午後・1日)	歳	男・女	期
3	R / / () (午前・午後・1日)	歳	男・女	期
4	R / / () (午前・午後・1日)	歳	男・女	期

外来研修記録表を、当日必ず持参下さい。

1. 外来研修当日は、9時（午後は13時）に、各自事前配布されている「外来研修記録表」を持って1階の総合内科外来3診（あるいは4診）に集合。
2. 外来診察室にて、当日担当となる患者さんが記入した「質問表」や紹介状を元に指導医と簡単に打ち合わせ（どのような患者さんか、時間をどれくらいかけるか等）
3. MAさんに案内してもらった患者さんを単独で診察（事前に決めた時間内、内容で行う。医療面接〇分＋診察〇分等）。
4. 事前に決めた時間が来れば、MAさんから皆さんのPHSに終了を示すコールあり。一旦そこで終了し、患者さんには診察室前で待つ旨説明の上、患者さんに退出頂く
5. 退出後、皆さんが医療面接・診察の結果、アセスメント＋診断（あるいは治療）のためのプランを5分程度でまとめ、カルテ記載＋プレゼンテーションを準備。
6. まとめたものを指導医にプレゼンテーション（2分以内）＋質疑応答（全体で5分程度）
7. 必要に応じて指導医が面接、診察を追加し、指導医によるアセスメント＋診断・治療プラン＋検査提出、研修医あるいは指導医から患者さんに説明
8. 可能であれば、時間内で検査結果を元に指導医と一緒に再アセスメントし、診断・治療プラン修正。結果が後日であれば、その旨患者さんに説明、必要に応じて指導医の元、他科へのコンサルテーション、処方等を行う
9. 研修時間の最後約30分程度で、その日に診察症例に関して、主訴や病歴からプロブレム抽出、アセスメント、鑑別診断に至るプロセスを振り返り、面接・診察・アセスメントのポイント、カルテ記載のポイント等のフィードバックを受ける
10. フィードバック内容を含めて、カルテ修正
11. 皆さんが持参した「内科外来研修表」に症例の年齢、性別、主訴、初回診断などを記載し、指導医確認欄にサイン（あるいは捺印）をもらう
12. 「内科外来研修表」は各自自分で保管

という流れになります。「内科外来研修表」は定期的な提出が必要になりますので、紛失のないように注意してください。

2-3. 一般内科外来研修において学んでほしいポイント

特に学んでほしいポイントは、上記の3、5、6に当たる下記の項目になります。

- 患者さんと良好な医師患者関係を築けるか
- 患者さんの病歴・診察結果から、鑑別を考えられるか
- 症例プレゼンテーションが適切にできるか

それぞれポイントを簡単に説明します。

2-3-1. 患者さんと良好な医師患者関係を築けるか

初診患者さんにとって、医療面接は医師と患者さんが初めて出会う場面であり、次ページの表2に示す「医療面接において信頼関係を構築する4つの習慣」を意識して診察することが重要です。

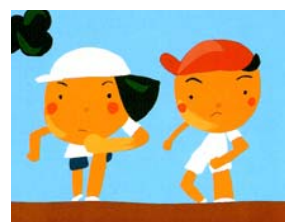
この4つの習慣は、一般外来だけでなく、病棟、救急外来等色々な場面で有用とされます

ので、常に意識しておきましょう。最初のうちは、意図的に「4つの習慣」を実践することから始めるのがよいでしょう。



良好な医師—患者関係を築くには、「ポイント」があります。

4つの習慣	技法	具体的方法	会話例	利点	
1. 面接の最初の部分に力を注ぐ	ラポールを早く形成する	全員に自己紹介 関係が構築されるまでは敬語で 安心させるために、非医学的話題から これまでの問題に言及することで、病歴 を知っていることを伝える 文化的背景を考慮し適切なアイコンタクト、ボディランゲージを使う	「〇〇さん・・・」	<ul style="list-style-type: none"> ・良い雰囲気づくり ・診察の真の目的を早く知る ・診断の精度を向上 ・診察の最後になって「ところで・・・」ということ減らす ・検討すべき議題を取り決める ・潜在的対立を減少 	
	患者の心配を引き出す	開放型質問で始める、患者さんと直接話す、アイコンタクトと笑顔 患者さんの心配を繰り返す	「今日どのようなことで来られましたか?」「〇〇について詳しく教えてください」		
	面談の流れを作る	診察の流れを患者さんに知らせる(身体診察、検査、治療等) 必要であれば、複数の問題に優先順位をつける	「お話を伺った後、体を診察し、必要と思われる検査をしてどのように治療していくかを考えていきます。それでよろしいでしょうか?」 「今日はまず、AとBについて診察しますが、Cは時間がないかもしれません」		
2. 患者の解釈モデルを引き出す	患者さんの考えを訊く	患者さんの解釈モデルを明らかにする 家族から考えを訊く	「なにか原因として思い当たるものがありますか」「今回のことで何が心配ですか」	<ul style="list-style-type: none"> ・考えの違いを尊重する ・重要な診断のヒントを患者さんに提供してもらう ・隠れた心配を明らかに ・代替療法や検査の希望を明らかに ・抑うつや不安障害の診断を改善 	
	特定の要望を引き出す	患者さんの最終目標を明らかにする	「私にどのようにしてほしいですか」		
	患者さんの人生への影響を明らかにする	文脈を明らかにする	「病気が貴方を最も困らせている問題はなんですか」		
3. 共感を示す	患者さんの感情に反応する	アイコンタクト、ボディランゲージの変化に文化的背景を考慮し反応する		<ul style="list-style-type: none"> ・診断に深みと意味を加える ・より良い診断へつながる信頼の構築 ・限界を設定しやすい、Noと言いやすい関係を作る 	
	共感を言葉で表す	簡潔な共感的言葉を使うタイミングを探す 感情に適切な名称をつける 患者さんの問題解決への努力を称賛する	「それならすごく心配になりますよね」		
	非言語的に共感を伝える	沈黙、触れること、表情をうまく使う			
	自分自身の感情を自覚する	自分の感情を、患者さんが何を感じているか、を理解する手がかりとして使う			
4. 面接の最後の部分に力を注ぐ	診断に関する情報を提供する	診断を患者さんの心配とつながる言葉で伝える		<ul style="list-style-type: none"> ・協働可能な関係を築く ・健康上の転帰に影響する ・アドヒアランス向上 ・再診を減らす ・自己ケアを促進する 	
	教育を提供する	検査、治療の理論的意味を説明する 考えられる副作用、期待される回復の過程を説明する 患者さんの今の生活様式、文化的価値に 応じた今後の生活様式変化を議論			
	意思決定に患者さんに参加してもらう	治療目標を議論する；代替療法を尊重する	今後の計画を遂行できる患者の能力や動機付けを評価する		
		障壁を明らかにする			「この治療を行う上で問題点を克服するためには、私達はどうすればよいでしょうか?」
		患者さんの理解を確認する			「私がキチンと説明できたかどうか確認したいので、次にあなたがどうすればよいのかを教えてください」 「あなたにとって、この検査が重要なのはわかりました。ただこの検査の結果では治療や診断のためにはあまり役に立たないと思われるので、代わりにこの検査を行うのはどうかと考えています。」
診察を終了する	敬意を表しつつ制限する				
	診察を要約し、次の段階を述べる 追加の質問がないか尋ねる 家族にも追加の質問が無いかな尋ねる 満足したかを評価する 前向きに診察を終了する		「では、〇〇にまたお会いしましょう」		



共感を伝える言葉は、使えるタイミングを積極的に探しましょう。

表2 「医療面接において信頼関係を構築する4つの習慣」 (Frankel RM, Perm J. 1999.3(3);79-)

2-3-2. 患者さんの病歴・診察結果から、鑑別を考えられるか

医療の目的は「患者さんを幸せにすること」です。そのためには、症状に対する対症療法は常に必要ですが、正しい診断の元に行われる症状や異常の原因に対する治療が重要です。

患者さんの困っている訴えや診察上の異常など、患者さんで起こっている「問題」について、その原因はなにか、原因となる疾病はなにか、を考えていく過程を「臨床推論：Clinical Reasoning」と呼びます。

この臨床推論は、患者さんの問題を考えるすべての場面で行われている過程です。この時、医師の脳内では、患者さんの全体像や第一印象から自分の経験と照らし合わせて直感的

に判断するSystem1と、いろいろな情報から分析的に考えていくSystem2が用いられています。一般外来研修では特に一般的な症候に対するSystem1をトレーニングするには最適の場です。名著「Symptom to Diagnosis」にある、臨床推論の道のりを大まかに表したものが下の図1になります。

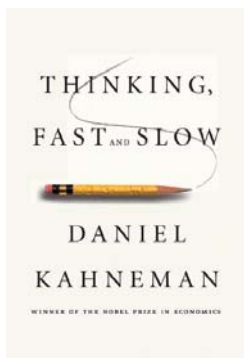
図1では全体を大きく9つのステップに分けています。臨床診断に優れた上級医とトレーニング中の研修医、医学生の違いは、図1のサイクルをいかに早く回せるか、前述の「Insight、Intuition＝直感」がうまく使えるか、によると言われます。これらの9つ

Judgmental Heuristics (経験則に基づく判断)

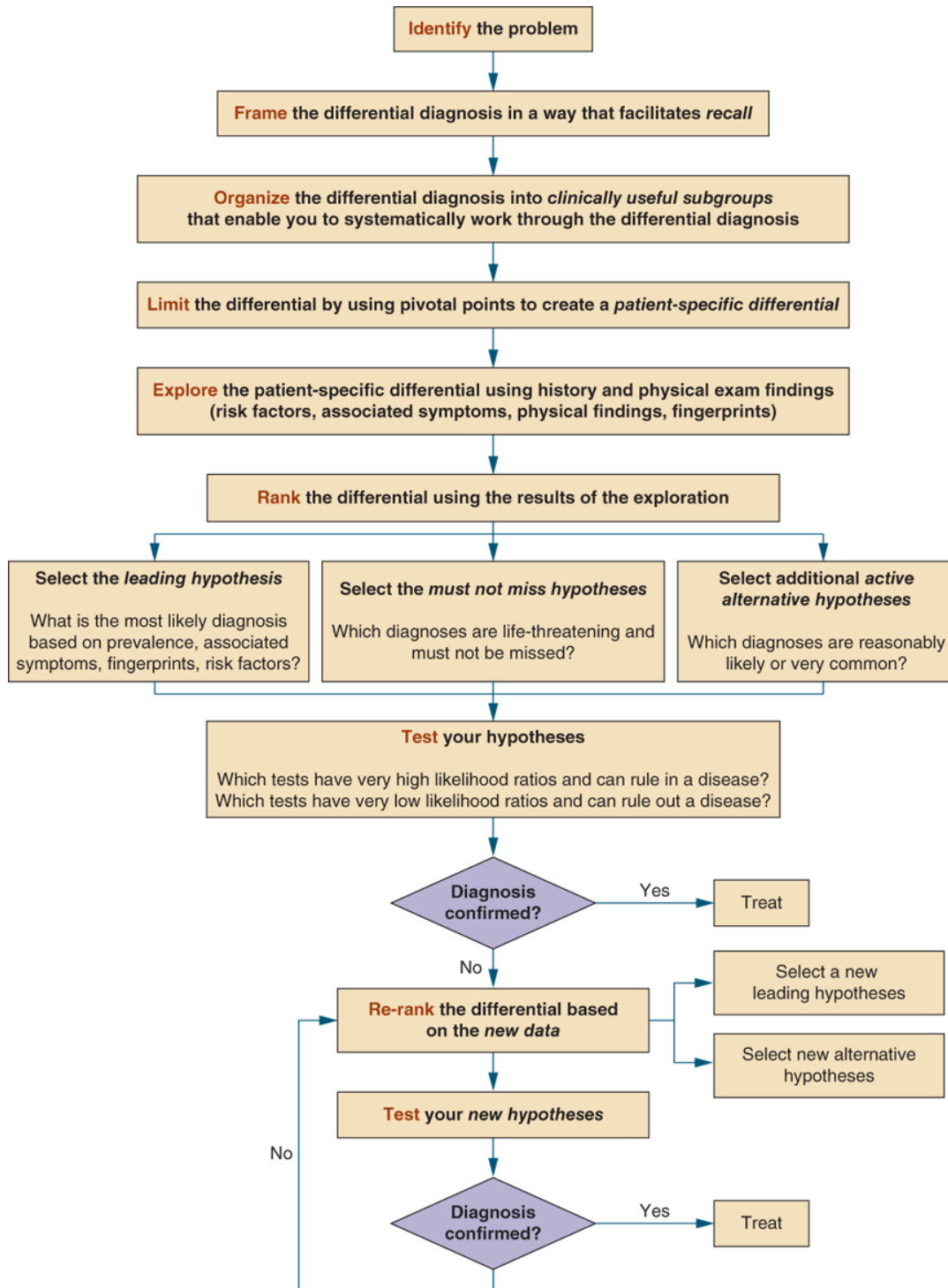
	System1 直感 Intuition	System2 推論 Reasoning
知覚	高速 並列 自動的・連想的 学習が遅い	低速 逐次的 コントロール・意識的 柔軟
過程	知覚 現在の刺激 刺激に制約	概念的な表現 過去・現在・未来 言語に依存
内容		

D. Kahneman "Thinking, Fast and Slow"

経験に基づく判断では、直感と言われるSystem1と推論と言われるSystem2が用いられています。



ノーベル経済学賞を受賞したD.Kahnemanの有名な本です。System1、System2に興味があれば読んでみましょう



Source: Scott D.C. Stern, Adam S. Cifu, Diane Altkorn
Symptom to Diagnosis: An Evidence-Based Guide, Fourth Edition
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

図1 臨床推論モデル (Symptom to Diagnosis: An Evidence-Based Guide, Fourth Ed. Stern SDC et al. McGraw-Hill Education Chapter 1, Fig 1-1)

Judgmental Heuristics (経験則に基づく判断)

	知覚	System1 直感 Intuition	System2 推論 Reasoning
過程		高速並列 自動的・連想的 学習が速い	低速 逐次的 批判的・意識的 柔軟
内容	知覚 現在の刺激 刺激に制約	概念的な表現 過去・現在・未来 言語に依存	

© Kahneman "Thinking, Fast and Slow"

脳内では、直感と言われるSystem1と推論と言われるSystem2を用いて臨床推論が行われています。

のステップを簡単に説明します。

臨床推論の9つのステップ (Sternら)

1. 目の前の患者さんの問題を明らかにする
2. 枠組みを使って問題から鑑別を挙げる
3. 挙げた鑑別診断を整理する
4. 目の前の患者さんの情報を元に鑑別を絞る
5. 診断に有用な病歴、診察所見を見出す
6. 鑑別診断の中から順位づけ (可能性が高い、見落としとしてはいけない診断)
7. 鑑別診断仮説を検証
8. 新たなデータを元に鑑別診断の順位を再び吟味
9. 診断が確定するまで新たな仮説を検証

1. 目の前の患者さんのProblem=問題を明らかにする

患者さんの主訴、症状、身体所見、既に指摘されている疾病 (高血圧、糖尿病等)、重要な既往歴 (がんや手術の既往等) が「Problem=問題」となりえますが、特に患者さんの主訴・症状を、私達が適切な医学用語に正確に変換できているかが非常に重要です。例えば「しんどい」という患者さんの訴えが、「労作性呼吸困難」であるのか、「下肢筋力低下」なのか、あるいは「食欲低下」なのか、「気分の落ち込み」なのかによって、全く鑑別は異なって来るからです。ここで「適切な=検索可能な」医学用語に変換することで、皆さんの頭の中のデータベースだけでなく、UpToDateといったデータベースを検索することが可能となります。



院内コンピュータ端末からアクセス可能な様々なサービスを利用しましょう。

2. 枠組みを使って問題から鑑別を挙げる

枠組みには、解剖学的、臓器別、生理学、時間経過別などがあり、それらを用いることで系統立てて鑑別を考えることが可能となります。例えば浮腫であれば解剖学的枠組みを使うと右下肢か、両下肢か、全身性かによって異なる鑑別が挙げられますし、呼吸困難に臓器別枠組みを用いれば呼吸器系 (感染、喘息等)、心血管系 (心不全、肺梗塞等)、血液系 (貧血等) と分けられるかも知れません。前記の浮腫に生理学的枠組みを用いると、静水圧上昇、透過性亢進、膠質浸透圧低下、リンパドレナージ低下と原因から分けられます。非常にたくさんの鑑別がありますが、枠組みを用いて整理することにより系統立てて考えることが可能となり、後述する鑑別を絞る時に役立ちます。

3. 挙げた鑑別診断を整理する

2.の枠組みを用いることと同様ですが、鑑別診断を臨床的に有用なグループに整理することで4.で行う鑑別の絞りこみが容易になります。例えば腹痛であれば、時間経過から急性発症と慢性経過の腹痛、その部位から、上腹部、左上腹部、右上腹部、右下腹部、左下腹部の腹痛という風に分類整理することを指します。

4. 目の前の患者さんの情報を元に鑑別を絞る

目の前の患者さんのこれまでの病歴や診察所見を元に、2、3で挙げた枠組み、グループのうちで、どの鑑別診断のグループに当てはまるかを考えて、それらしい鑑別はどのグループかを絞り込みます。臨床推論における重要なポイントとして、早い段階で「問題表象: Problem representation」を形作ることがあります。「問題表象」とは、「患者さんの問題の全般的・抽象的理解のためのイメージ」のことであり、ここまでで患者さんから収集した情報を元に「患者さんや状況の特徴」と「自分の持っている知識」を関連付けて生まれてくるものです。言葉を変えると、「問題表象」とは患者を診察する際に「恐らくこの患者さんの問題はこのあたりだろう」と大まかに設定すること、及び設定の内容のこととされます。1-4の時点でこの「問題表象」を形成できなければ、その後の医療面接や

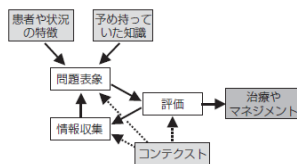


図. 臨床推論プロセスの最新モデル

「問題表象」とは、臨床推論の初期に生じるイメージであり、その後の情報収集や診断の重要な役割を果たします。(日内会誌 97;1930-,2008)



この絵が「うさぎ」にも「鳥」にも見えるのは、System1のBias(偏り)によるものです。Availability Bias (思い出しやすい＝頻度が高いと思う)、Representativeness Bias (仮説に合致しない状況を見逃しがち)、Confirmation Bias (仮説に合致する情報を探しがち)、Premature Closure (推論過程終了が早すぎる)等があります。

Performance ↑
= Insight ↑ + Error ↓

Insight = System 1, 直感、思いつき
Error = System 2, 推論、確認

Gary Klein "Seeing What Others Don't"

臨床推論をより確実にするには、直感を向上させると同時に、エラーを減少させることが重要です。外来では直感を向上させるよう、患者さんの全体像を意識しましょう。

診察では的を絞ることができずありとあらゆる情報をただ収集することになってしまいます。この「問題表象」を早く形成できることは、正しい診断に到達する上で非常に重要であり、診断能力と関連すると言われていいますので、意識して「目の前の患者さんの本質的な問題に当たりをつける」訓練をしましょう。実際に指導医の先生がどのように考えておられるかを、振り返りの時に確認することや、臨床推論の教科書等の資料を確認することにより、どのようにして「問題表象」を形成していけばよいか整理しておきましょう。

5. 診断に有用な病歴、診察所見を見出す

頭の中にある「問題表象」や、絞り込んだ鑑別診断をさらに考えるために、今度はそれらしい診断を裏付けるような病歴、診察所見がないか、確かめてみましょう。

6. 鑑別診断の中から順位づけ(可能性が高い、見落としとしてはいけない診断)

今までの過程を通じて、可能性の高い疾患順、最も重篤な疾患順、治療への反応が良好な順、といった順位づけを考えます。まずは、疾患の頻度(よくある病気にはよく遭遇するというルールがあります)、見逃してそのまま帰宅させてはいけない疾患、を念頭に置きましょう。ここで考えた順位は、次にどのような検査から行うかの順番を考える上で重要です。

7. 鑑別診断仮説を検証

鑑別診断に関する仮説を確かめるために、診断のために必要な検査を行います。その検査結果によって、診断の確からしさがどれくらい上がるのか(Pretest probabilityとPosttest probabilityの考え方です)を考慮して検査を提出する必要があります。検査結果を予測し、もし陽性なら何が言えるか、陰性なら何が言えるかを(検査前確率、陽性尤度比、陰性尤度比等を)考えておきましょう。

8. 新たなデータを元に鑑別診断の順位を再び吟味

検査により得られた新たなデータによって診断が確定すれば治療に進みますが、そうでなければ新たな鑑別診断を、あるいは新たな診断プランを考える必要があります。重篤な疾病が除外された場合でも、目の前の患者さんの症状を説明する病態を明らかにする必要があります。新たなデータが仮説と合致しなければ、「問題表象」や「鑑別診断リスト」が誤っているのではないかと、最初の「問題」の抽出が誤っているのではないかと、といった所を検証する必要があるかも知れません。その時には特に「直感=System1」に必ず存在するBias(欄外解説参照)がないか、を念頭に置いて考えましょう。診断が確定した、と思った場合にも必ず、本当にその診断でよいか、Biasがないか、他の鑑別診断も含めて全体を吟味することを忘れないようにしましょう。このような検証を行ってErrorを減らすことは、臨床推論において非常に重要です。

9. 診断が確定するまで新たな仮説を検証

診断が確定するまでは、これらの過程を繰り返していきます。

2-3-3. 症例プレゼンテーションが適切にできるか

症例プレゼンテーションを皆さんに作成頂く目的は

1. 得られた情報を一旦まとめる過程を通じて、臨床推論の理解を深める
2. 指導医が患者さんの診療方針を確認すると同時に、研修医の理解度を確認する

の2つにあります。

症例プレゼンテーションを成功させるポイントとして、鑑別診断を考えておくこと、前項の2-3-2.のステップ4で述べた「問題表象」を念頭に置くこと、が重要とされています。もしこれらがなければ、医療面接や診察で闇雲にありとあらゆる情報を収集してしまうだけでなく、プレゼンテーションでも症状や所見をただ羅列しただけになってしまいます。それを避けるためには、2-3-2.の中のステップ1-4の過程において、鑑別診断につながるよ



学習者のステージとしてO-RIMEモデルがあります。少しでも上のステージを目指しましょう。

Observer（観察する）
Reporter（報告する）
Interpreter（解釈する）
Manager（処理する）
Educator（教育する）

うに症状や所見を収集、整理し（例えば、「約1日前から、徐々に増悪する右下腹部痛」や「突然発症し、体動時のみに出現する腰部痛」、「3日前からの発赤と熱感、圧痛を伴った、左下腿腫脹」等）、それらをプレゼンテーションに組み込んでいきましょう。この作業を継続していくことにより、プレゼンテーションは単に収集した情報の羅列ではなく、症例を症状や診察から診断に至る流れが見えるような、いわば完成されたストーリーに変わっていきます。限られた時間内での優れたプレゼンテーションを作成するプロセスを通じて、冗長な情報をより抽象的な概念にまとめ、正しい診断へと至るプロセス＝臨床推論そのものを学ぶことがこの症例プレゼンテーションの目標ですので、意識して頑張ってください。

3. 評価について

経験をただ繰り返すだけでは、学習とは言えません。経験を元にした学習とは、自らの経験を振り返ってみて、「何を学んだか」、「何が問題だったのか」を明らかにすることが重要です。そのことが「今後何を学ぶべきか」「改善すべき点はなにか」を自分で知ることになります。次のステップは、それらを先人の知恵で整理することが重要です。教科書や参考書、先輩指導医からの「知恵」を使って、「次に自分はどうすればよいのか」を明らかにすること、それを実践することを「学習」と呼びます。

経験を元にした学習では、私達は自分の体験を振り返る時に、自分では気付かない重要な点もあります。内科外来研修での指導医の役割は、皆さんが気付かなかった点や先人の知恵とはどんなものか、を「気付ける」ようにサポートすることにあります。是非、疑問に感じた点やどうすれば良かったのか等、積極的に意見交換して下さい。ここでの自分で気付かなかった点とは、決して「うまくできなかった部分」だけではなく「うまくできた部分」も含まれます。「うまくできた部分」に気付くことは、その後も継続してうまくできる上で非常に重要です。

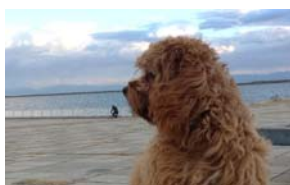
評価とは単に点数を付けて皆さんの目標が達成したかの判定ではなく、皆さんの学習過程を改善することが目的です。評価とは、「個人の中の価値を見つけること」ですので、是非自分自身で自分の「価値」を見つけてください。

4. おわりに

上記内容は現時点での内容であり、皆さんからのご意見等によって、改善すべき点は改善していきますので、もし、不明の点があれば、いつでも連絡してください。



経験を振り返り、次の場面で使えるように整理しておくことが重要です。



Department of General
Internal Medicine
加古川中央市民病院
総合内科

文責：金澤 健司

連絡先：

TEL 079(451)5500

FAX 079(451)5548

PHS 5020

E-mail:

kkgw.knjknzw@gmail.com