

独立行政法人地域医療機能推進機構

大 阪 病 院

初期臨床研修プログラム

プログラムA

(令和4年度採用)

I. 独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院の概要

1. 独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）とは

- (1) 地域医療、地域包括ケアの要として、超高齢社会における地域住民の多様なニーズに応え、地域住民の生活を支えます。
- (2) 地域医療の課題の解決・情報発信を通じた全国的な地域医療・介護の向上を図ります。
- (3) 地域医療・地域包括ケアの要となる人材を育成し、地域住民への情報発信を強化します。
- (4) 独立行政法人として、社会的な説明責任を果たしつつ、透明性が高く、財政的に自立した運営を行います。

以上を使命とし、全国ネットワークを有する7厚生年金病院・47社会保険病院・3船員保険病院の合計57病院が機構の使命である「地域住民の健康面におけるQOL向上を目指した地域完結型医療」へのさらなる実践と貢献を目標に掲げ、公的な機関（公設民営から公設公営）に移行し、参入しました。

2. JCHOの理念

地域の住民、行政、関係機関と連携し地域医療の改革を進め、安心して暮らせる地域づくりに貢献します。

3. 大阪病院の理念

1. 高度で安全な医療を目指します。
2. 患者さんの立場に立って、心温まるケアに専念します。
3. 近隣のかかりつけ医と連携し、地域の医療と福祉を推進します。
4. 職員全員が働きやすい職場づくりをすすめます。

4. 地域医療支援病院としての基本方針

1. 小児救急を含む24時間救急医療をおこなっています。
2. 母子医療センターとして妊娠・分娩と新生児・未熟児の医療に24時間体制で迅速かつ確実に対応します。
3. 各部位の癌に対して、内科的・外科的に積極的な集学的治療をおこなっています。
4. 内視鏡、内視鏡下手術などを用いた低侵襲かつ高度な治療とともに外来化学療法や緩和医療チームにも力を入れています。
5. 慢性疾患に対してもリハビリを含む集学的な治療体制を整え、患者教育にも熱心です。
6. 脊椎・四肢・視覚・皮膚などの疾患に対して、専門性の高い手術的治療を麻酔科、ICU、放射線科等とチームを組んでおこなっています。
7. 心筋梗塞・脳卒中などに対して、各診療科が協力して治療にあたります。
8. 生活習慣病の予防や癌の早期発見についても各診療科が協力して診療にあたります。
9. 各診療科での診療は地域や関連する診療所や病院との連携を大切におこなっています。
10. 地域の医療従事者と合同で医療の質の向上を目的とした研修会等をおこなっています。

11. 職員の子育て支援にも積極的に取り組んでいます。

5. 患者さんの権利と責務

1. 患者さんは、誰でも当院でおこないうる最善の医療を平等に受ける権利があります。
2. 病名と治療方法など十分な説明を聞いた上で、患者さんは、自分の意思で治療を受け入れるかどうかを決めることができます。
3. 治療の途中でも、患者さんは、他の医師に意見（セカンドオピニオン）を求めることができます。
4. 患者さんの個人情報保護されます。又、病名や検査結果など必要とする情報は患者さんによる適切な手続き後にはいつでも求めることができます。
5. 全ての患者さんが適切な医療を受けていただく為に、当院の規定・規則を守り他の患者さんや病院職員の診療業務の支障となる迷惑行為を慎み、医療者と協力して療養する責務があります。

6. 病院概要

開 設 者： 独立行政法人 地域医療機能推進機構（JCHO）

理事長 尾身 茂

病 院 名： 独立行政法人 地域医療機能推進機構 大阪病院

病 院 長： 西田 俊朗

所 在 地： 大阪府大阪市福島区福島4丁目2番78号

開設年月日： 平成26年4月1日

許可病床数： 565床（一般病床）

特殊病床： 特定集中治療室（ICU） 12床

脳卒中ケアユニット（SCU） 9床

新生児特定集中治療室（NICU） 9床

継続保育治療室（GCU） 6床

開放型病床 15床を含む

標 榜 科： 整形外科、リウマチ科、形成外科、リハビリテーション科、外科、消化器外科（内視鏡）、呼吸器外科（内視鏡）、肝臓・胆のう・膵臓外科、乳腺・内分泌外科、脳神経外科、内科、消化器内科（内視鏡）、呼吸器内科（内視鏡）、腎臓内科（人工透析）、糖尿病内分泌内科、循環器内科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、頭頸部外科、小児科、新生児内科、神経精神科、脳神経内科、放射線診断科、放射線治療科、歯科・歯科口腔外科、臨床検査科、病理診断科、麻酔科、救急科

チーム医療

感染対策チーム（ICT）	褥瘡対策チーム	栄養サポートチーム（NST）
ブレストチーム緩和ケアチーム	認知症ケアチーム	呼吸ケアチーム
フットケアチーム	虐待対策チーム	腫瘍カンファレンス

中央部門

血液浄化センター	内視鏡センター	脳卒中センター
外来治療センター	母子医療センター	脊椎外科センター
人工関節センター	リウマチセンター	手外科・外傷センター
スポーツ整形センター	循環器センター	ボイスセンター
集中治療部	手術室	

医学会認定研修等施設

厚生労働省臨床研修指定病院	日本内科学会認定医教育病院
日本リハビリテーション医学会研修施設	日本腎臓学会認定指導施設
日本小児科学会小児科専門医研修支援施設	日本外科学会外科専門医制度修練施設
日本整形外科学会専門医研修施設	日本形成外科学会認定医研修施設
日本皮膚科学会認定専門医研修施設	日本泌尿器科学会専門医教育施設
日本眼科学会専門医制度研修施設	日本医学放射線学会専門医修練機関
日本麻酔科学会麻酔科認定病院	日本病理学会病理専門医研修認定施設
日本呼吸器学会認定施設	日本循環器学会認定循環器専門医研修施設
日本消化器病学会専門医認定施設	日本肝臓学会認定施設
日本糖尿病学会認定教育施設	日本腎臓学会研修施設（内科・小児科）
日本神経学会専門医教育施設	日本リウマチ学会教育施設
日本消化器外科学会専門医修練施設	日本集中治療医学会専門医研修施設
日本放射線腫瘍学会認定施設	日本手外科学会認定基幹研修施設
脊椎脊髄外科専門医基幹研修施設	日本大腸肛門病学会認定施設
日本消化器内視鏡学会認定指導施設	日本透析医学会専門医認定施設
日本超音波医学会認定超音波専門医研修施設	日本核医学会専門医教育病院
日本臨床細胞学会認定施設	日本臨床細胞学会教育研修施設
日本高血圧学会専門医認定施設	日本脳卒中学会専門医研修教育病院
日本IVR学会専門医修練施設認定施設	日本消化管学会胃腸科指導施設
日本がん治療認定医機構認定研修施設	日本静脈経腸栄養学会NST稼働施設
日本栄養療法推進協議会NST稼働施設	日本食道学会全国登録認定施設
食道外科専門医準認定施設	日本不整脈学会不整脈専門医研修施設
日本産科婦人科内視鏡学会認定研修施設	日本呼吸器内視鏡学会関連認定施設
日本女性医学学会専門医制度認定研修施設	日本病院総合診療医学会認定施設

日本乳癌学会認定医・専門医制度認定施設
日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設
日本婦人科腫瘍学会専門医制度指定修練施設
日本産科婦人科学会専門医制度専攻医指導施設
日本脳神経外科学会専門医研修プログラム 関連施設
日本内分泌学会内分泌代謝科専門医認定教育施設（内科・小児科）
三学会構成心臓血管外科専門医認定機構基幹施設
日本周産期・新生児医学会周産期（母体・胎児） 専門医暫定認定施設
日本周産期・新生児医学会周産期（新生児） 専門医暫定認定施設
日本生殖医学会生殖医療専門医制度研修連携施設
日本心血管インターベンション治療学会研修施設
日本総合病院精神医学会一般病院連携研修施設

初期臨床研修の理念・目標

臨床研修の基本理念

臨床研修は、医師が、医師としての人格を形成し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

I 行動目標

医療人として必要な基本姿勢・態度

- (1) 患者－医師関係 患者を全人的に理解し、患者・家族と良好な人間関係を確立するために、
 - 1) 患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる。
 - 2) 医師、患者・家族がともに納得できる医療を行うためのインフォームドコンセントが実施できる。
 - 3) 守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる。
- (2) チーム医療 医療チームの構成員としての役割を理解し、保健・医療・福祉の幅広い職種からなる他のメンバーと協調するために、
 - 1) 指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。
 - 2) 上級及び同僚医師や他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。
 - 3) 同僚及び後輩へ教育的配慮ができる。
 - 4) 患者の転入・転出に当たり、情報を交換できる。
 - 5) 関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる。
- (3) 問題対応能力 患者の問題を把握し、問題対応型の思考を行い、生涯にわたる自己学習の習慣を身に付けるために、
 - 1) 臨床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への適応を判断できる (EBM =Evidence Based Medicine の実践ができる。)
 - 2) 自己評価及び第三者による評価を踏まえた問題対応能力の改善ができる。
 - 3) 臨床研究や治験の意義を理解し、研究や学会活動に関心を持つ。
 - 4) 自己管理能力を身に付け、生涯にわたり基本的診療能力の向上に努める。
- (4) 安全管理 患者及び医療従事者にとって安全な医療を遂行し、安全管理の方策を身に付け、危機管理に参画するために、
 - 1) 医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる。
 - 2) 医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる。
 - 3) 院内感染対策 (Standard Precautions を含む。)を理解し、実施できる。
- (5) 症例呈示 チーム医療の実践と自己の臨床能力向上に不可欠な、症例呈示と意見交換を行うために、
 - 1) 症例呈示と討論ができる。
 - 2) 臨床症例に関するカンファレンスや学術集会に参加する。
- (6) 医療の社会性 医療の持つ社会的側面の重要性を理解し、社会に貢献するために、
 - 1) 保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる。
 - 2) 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる。
 - 3) 医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動できる。
 - 4) 医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し、適切に行動できる。

独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院における研修医の医療行為に関する基準

基準の運用上の留意点

1. 原則として研修医が行う、あらゆる医療行為を指導医がチェックする。
2. 緊急時にはこの限りではない。
(呼吸停止、心停止患者に最初に対応した場合には直ちに救命処置を開始すると同時に、救急医や上級医に連絡し、その到着後は救急医や上級医の指導に従う。)
3. 各診療科で運用上または患者の状態により、当基準のレベルを上げることはよいが、下げてはいけない。

研修医の医療行為に関する基準

レベル1： 研修医が単独で行ってよい医療行為

- ・ 初回実施時は指導医により指導を受けて実施する。
- ・ 困難な状況があった場合は、指導医に相談する。

レベル2： 指導医の確認を得て行う医療行為

(救急外来では2年次研修医の確認で指導医の確認の代わりとすることができる)

- ・ 損傷の発生率が低い処置、処方。
- ・ 指導医がチェックを行い、指導医のサインがないものは受け付けない。
※指示出しについて、指導医が病院内にいる場合、電話での指示など指導医の確認が何らかの方法で取れていればサインは後ほどでもよい。
 - i) 研修医の指示は氏名を明示し、指導医のサインを受ける。
 - ii) 指導医は確認したことを指示書・電子カルテに記録する。

レベル3： 指導医の立ち会いの下に行う医療行為

(救急外来でも3年次以降の指導医の立ち会いが必要)

- ・ 研修期間の経過に伴う、研修医の技能の向上の判断(熟練度の評価)は症例経験数を踏まえ、指導医が能力評価を行った上で、研修医単独での施行を認める。
※抗精神薬の指示出しが精神科指導医の指導に基づいて行われる場合に限り、電話での指示など精神科指導医の指導が何らかの方法で行われていれば、指導医のサインは後ほどでもよい。

レベル4： 指導医の立ち会いを必須とする医療行為

- ・ 2年間の研修期間において、研修医単独での施行を認めない。

独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院における研修医の医療行為に関する基準

	処方	注射	診察・その他
レベル1	定期処方の継続 臨時処方の継続	皮内注射 抗生剤テスト等 皮下注射 筋肉注射 静脈注射 末梢点滴 血管確保	医療面接 全身の視診、打診、触診基本 的な身体診察法 (内診を除く) 直腸診 診療録の作成
レベル2	定期処方の変更 新たな処方 (定期・臨時等) 高カロリー輸液処方 酸素療法の処方 経腸栄養新規処方	輸血 麻薬注射: 法律により、麻 薬使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	耳鏡、鼻鏡、検眼鏡による 診察 インスリン自己注射指導血 糖値自己測定指導 紹介状の作成 診断書の作成 治療食の指示
レベル3	危険性の高い薬剤の処方 (危険性の高い薬剤として リスト化されている処方) ・抗精神薬 ・抗悪性腫瘍剤 ・心血管作動薬 ・抗不整脈薬 ・抗凝固薬 ・インスリン	危険性の高い薬剤の注射 (危険性の高い薬剤とし てリスト化されている注 射) ・抗精神薬 ・抗悪性腫瘍剤 ・心血管作動薬 ・抗不整脈薬 ・抗凝固薬 ・関節内注射動脈注射 ・穿刺	内診 死亡診断書の作成
レベル4	麻薬処方: 法律により、麻薬 使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		重要な病状説明 Informed consent 取得

検査処置

	検査	処置
レベル1	正常範囲の明確な検査の指示・判断 一般尿検査、便検査、血液型判定、 血液・生化学的検査、血液免疫血清学的検査、 髄液検査、細胞学的検査・薬剤感受性検査など 他部門依頼検査指示・判断 心電図、単純X線検査指示・判断、単純CT指示、 肺機能検査指示、脳波指示など 超音波検査の実施 動脈圧測定、中心静脈圧測定 MMSE 聴力、平衡、味覚、嗅覚、知覚検査、視野、視力 検査内視鏡検査：咽頭鏡 アレルギー検査（貼付）長谷川式痴呆テスト	静脈採血 皮膚消毒、包帯交換 外用薬貼付・塗布 気道内吸引、ネブライザー 局所浸潤麻酔 抜糸 皮下の止血 包帯法
レベル2	検査の指示・判読・判断 ホルター心電図指示・判読、肺機能検査判読、 脳波判読、超音波検査判読、交差適合試験指示・ 判断など 単純CT判断、単純MRI指示・判断、核医学検査指示・ 判断 ICの必要な検査指示・判断 造影CT指示・判断・造影MRI指示・判断 筋電図、神経伝達速度 内分泌負荷試験、運動負荷検査 造影剤急速注入CT・MRI実施 発達・知能・心理テストの解釈 気管カニューレ交換	動脈血採血 小児の静脈採血 創傷処置、軽度の外傷・熱傷の処置皮下の膿瘍切開・ 排膿 皮膚縫合（顔、頸部は除く）導尿、洗腸尿カテーテル挿入 新生児・未熟児は除く 胃管挿入と管理 ドレーン・チューブ類の管理、ドレーン抜去
レベル3	侵襲的検査 負荷心電図検査 負荷心エコー検査 直腸鏡検査、肛門鏡 消化管造影、脊椎造影など	侵襲的処置 皮膚縫合（顔、頸部） 動脈ライン留置 骨髄穿刺、胸腔穿刺、腹腔穿刺、腰椎穿刺、 皮膚生検など、 髄腔内抗癌剤注入 エアウェイの使用（経口、経鼻） 中心静脈カテーテル挿入・留置 人工呼吸器の管理
レベル4	危険性の高い侵襲的な検査 胸腔・腹腔鏡検査 気管支鏡、膀胱鏡 気管支造影 消化管内視鏡検査・治療 経食道心エコー 肝生検、筋生検、神経生検 心・血管カテーテル検査	危険性の高い侵襲的な処置・救急処置 バッグバルブマスクを用いた人工呼吸、ラリンジアルマスクの挿入、 気管挿管、心マッサージ、除細動、IABP、PCPSなど 小児の動脈穿刺 透析の管理 針生検 脊髄麻酔、硬膜外麻酔（穿刺を伴う場合） 各種神経ブロック 全身麻酔（吸入麻酔、静脈麻酔含む） 深部の止血 深部の膿瘍切開・排膿、深部の嚢胞穿刺 深部の縫合

初期臨床研修プログラム

名称：独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院初期臨床研修プログラム
「プログラムA」

臨床研修の目標の概要：プライマリケアの医療技術の習得のみならず、患者さんに対する全人的対応の重要性を理解し、チーム医療に欠かせない医療人としてのコミュニケーションのあり方を学ぶ。

1. 研修の目標

臨床研修の目的は、将来プライマリケアあるいは各分野における専門医を志す医師が、社会から求められている基本的な診療能力（態度・習慣、技能、知識）を修得し医療人としての人格を養うことにある。

2. 臨床研修プログラムの特色

独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院の臨床研修プログラムの特徴としては、次のとおりである。

- (1) 全身管理・life support は全ての医師に必須である認識のもとに、手技修得に必要な麻酔科及びプライマリケア診療部（救急部）を必修とする。
- (2) 救急診療は研修の全期間を通して実施するため、プライマリケア診療部の指導医や他科上級医の下でより広範囲で高い診療能力が習得できる。
- (3) 研修期間中に基本的診療能力の習得のみならず専門的高度医療の現場においても研修できる機会を持てるよう、自由選択研修期間を30週以上可能とする。
- (4) 地域医療と神経精神科閉鎖病棟での研修を除けば、2年間の自院研修により厚労省が掲げる研修目標の全てが到達可能である。

さらに研修初期における救急診療のための集中講義やACLS（2次救命処置）実習、定期的なCPC（臨床病理カンファレンス）、医療の質の評価委員会、医療安全対策・感染対策・在宅医療などに関する講習会の開催、infection control team、nutrition support teamへの参加など各診療部門の垣根を越えた横断的な研修内容を有するプログラムである。

また各診療部門に多くの優秀な指導医を有し、内科・外科・整形外科・脳神経外科・循環器科・小児科・産婦人科・ICUでは専従医師が24時間勤務しており、常時指導を受けることが可能な体制をとっている。

なお、大阪大学医学部附属病院・大阪市立大学医学部附属病院・奈良県立医科大学附属病院とのたすきがけ方式の研修内容についても概ね同一とする。

3. プログラムの概要

研修責任者	プログラム責任者	島田 幸造（統括診療部長 兼 整形外科診療部長）
	副プログラム責任者	畑中 信良（副院長 兼 外科診療部長）、
	副プログラム責任者	伊藤 敏文（副院長 兼 消化器内科診療部長）

研修期間及び定員

プログラムA 令和4年度4月開始（当院で2年間） 募集定員 9名（令和3年度実績）

プログラムB 大阪大学医学部附属病院とのたすきがけ（大学病院と当院でそれぞれ1年間）

プログラムC 大阪市立大学医学部附属病院とのたすきがけ（大学病院と当院でそれぞれ1年間）

プログラムD 奈良県立医大附属病院とのたすきがけ（大学病院と当院でそれぞれ1年間）

（※プログラムB、C、Dについては基幹型病院である各大学病院で募集する。）

臨床研修協力型病院

吉村病院、七山病院、ためなが温泉病院、ねや川サナトリウム、大阪大学医学部附属病院精神

臨床研修協力型施設

梶本クリニック、森内科、松下医院、JCHO 若狭高浜病院

臨床研修管理委員会

委員長：島田 幸造（統括診療部長/整形外科部長）

副委員長：畑中 信良（副院長）、伊藤 敏文（副院長）

外部委員：坂井 慶

協力病院：精神科…医療法人敬寿会吉村病院（実施責任者及び指導医：高橋 清武）
医療法人爽神堂七山病院（実施責任者及び指導医：本多 秀治）
医療法人清順堂ためなが温泉病院（実施責任者及び指導医：八田 直己）
大阪大学医学部附属病院（実施責任者及び指導医：森 康治）
医療法人長尾会ねや川サナトリウム（実施責任者及び指導医：松本 均彦）
協力施設：地域医療…医療法人好輝会 梶本クリニック（実施責任者及び指導医：岡田 倫之）
松下医院（実施責任者及び指導医：松下 正幸）
医療法人 森内科（実施責任者及び指導医：森 滋喜）
地域医療機能推進機構若狭高浜病院（実施責任者及び指導医：秋野裕信）
医療部門：西田 俊朗（院長）、大脇 肇（副院長）、
塚本 文音（乳腺・内分泌外科診療部長）、鈴木 朗（内科診療部長）、
鴨井 博（呼吸器内科診療部長）、馬屋原 豊（糖尿病内分泌内科診療部長）、
長谷川 新治（循環器内科診療部長）、上田 周一（脳神経内科診療部長）、
筒井 建紀（産婦人科診療部長）、山田 寛之（小児科診療部長）、
山森 英長（神経精神科診療部長）、臼杵 則朗（放射線診断科診療部長）、
中谷 桂治（麻酔科診療部長）、吉田 康之（病理診断科診療部長）、
小笠原 延行（救急部診療部長）、荒川 裕昭（プライマリケア診療部救急担当部長）、
五十嵐 渉（プライマリケア診療部教育担当部長）、長田 学（感染症内科担当部長）
看護部責任者：谷岡 美佐枝（看護部長）、堀 美和子（医療安全管理室長）
事務部門責任者：新田 晴久（事務部長）
臨床研修事務局：藤宮 仁郎（総務企画課長）、賀來 国博（総務企画課）

指導体制

- ・臨床研修管理委員会を設置。年3回開催し、プログラムの内容の確認や変更に伴う協議・決定、研修医の自己評価、指導医の研修医評価、研修医の指導医評価を踏まえ、履修状況の集計・報告を行い目標達成度と課題を討議し、結果を研修医本人へフィードバックする。
- ・臨床研修管理委員会の規定は、別に定める。
- ・拡大研修委員会の設置 上記委員会の他に、研修医を交えた拡大研修委員会が年2回程度開催。指導医、各セクションの責任者を交え意見交換の場を設けている。

研修体制

- ・研修医は、主治医になれない。指導医・上級医の管理・指導のもとに担当医として患者を受け持つ。
- ・臨床研修医は、指導医の監督の下に、別に定める医療行為の基準について診療を行う。
（※当プログラム『臨床研修医が単独で行ってよい医療行為基準』参照）
- ・臨床研修医は、院内感染ならびに医療安全が主催する院内講習会に出席する。
- ・臨床研修医は、研修期間中アルバイト診療を行ってはならない。
- ・臨床研修医は、職務上知り得た個人情報等を漏らしてはならない。
また、その職を退いた後も同様である。

指導医

- ・指導医は、7年以上の臨床経験を有し、厚生労働省認定の臨床研修指導医養成講習会を受講している者もしくは診療部長とする。
- ・指導医は、担当する分野の研修終了後に研修医の評価表をプログラム責任者に提出する。
- ・指導医が不在になる場合は、指導医の臨床経験に相当する医師を代理として指名する。

指導者

- ・指導者は、診療部長を除く7年以上の臨床経験を有し、厚生労働省認定の臨床研修指導医養成講習会未受講の者（上級医）および看護部、医療技術職、薬剤部など医師以外の職種から選任された臨床研修管理委員会の委員を充てる。指導医の管理の下で臨床現場において研修医を指導する。

指導医・指導者の一覧

所属：独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院			
氏名	職名	委員会	備考
西田 俊朗	院長（外科）	研修管理委員	指導医
畑中 信良	副院長 外科診療部長	研修管理副委員 長	プログラム副責任者 指導医
伊藤 敏文	副院長 消化器内科診療部長	研修管理副委員 長	プログラム副責任者 指導医
大脇 肇	副院長	研修管理委員	指導医
島田 幸造	統括診療部長 整形外科診療部長	研修管理委員長	プログラム責任者 指導医
小笠原 延行	救急部診療部長 兼 循環器内科担当部長	研修管理委員	指導医
中田 活也	人工関節診療部長		指導医
西川 昌孝	リウマチ科診療部長		指導者
坂浦 博伸	脊椎外科診療部長		指導者
中谷 宏幸	整形外科担当部長		指導者
北 圭介	整形外科担当部長		指導者
轉法輪 光	整形外科担当部長		指導者
西本 竜史	整形外科医師		指導者
池上 大督	整形外科医師		指導者
岡本 恭典	整形外科医師		指導者
杉浦 剛	整形外科医師		指導者
草野 雅司	整形外科医師		指導者
宮村 聡	整形外科医師		指導者
中矢 亮太	整形外科医師		指導者
山田 修太郎	整形外科医師		指導者
波多 祐紀	形成外科診療部長		指導医
北原 和子	形成外科医師		指導者
寺川 晴彦	リハビリテーション科診療部長 兼 脳神経内科担当部長		指導医
岩崎 輝夫	外科担当部長		指導医
井出 義人	外科担当部長		指導医
出村 公一	外科担当部長		指導医
森本 修邦	外科担当部長		指導者
村上 剛平	外科医師		指導者
大澤 日出樹	外科医師		指導者
大橋 朋史	外科医師		指導者
塚本 文音	乳腺・内分泌外科診療部長	研修管理委員	指導医
大谷 陽子	乳腺・内分泌外科医師		指導者
岩本 文徳	脳神経外科診療部長		指導医
山際 啓典	脳神経外科担当部長		指導医
呉村 有紀	脳神経外科医師		指導者
北林 克清	心臓血管外科診療部長		指導医
丸本 明彬	心臓血管外科担当部長 兼 リハビリテーション科担当部長		指導医
鈴木 朗	内科診療部長	研修管理委員	指導医
青木 克憲	腎臓内科医師		指導者
岩橋 恵理子	腎臓内科医師		指導者

所属：独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院

氏名	職名	委員会	備考
山口 慧	腎臓内科医師		指導者
長田 学	感染症内科担当部長	研修管理委員	指導医
鴨井 博	呼吸器内科診療部長		指導医
田中 陽子	呼吸器内科担当部長		指導医
田子 謙太郎	呼吸器内科医師		指導者
馬場 希一郎	呼吸器内科医師		指導者
馬屋原 豊	糖尿病内分泌内科診療科部長		指導医
桂 央士	糖尿病内分泌内科医師		指導者
三田 梓	糖尿病内分泌内科医師		指導者
外川 有里	糖尿病・内分泌内科医師		指導者
巽 信之	消化器内科担当部長		指導医
山本 克己	消化器内科内視鏡センター長		指導者
日山 智史	消化器内科医師		指導者
石見 亜矢	消化器内科医師		指導医
徳田 有記	消化器内科医師		指導者
澤村 真理子	消化器内科医師		指導者
武田 梨里	消化器内科医師		指導者
長谷川 新治	循環器内科診療部長	研修管理委員	指導医
三好 美和	循環器内科担当部長		指導者
佐伯 一	循環器内科医師		指導者
有田 陽	循環器内科医師		指導者
竹原 友貴	皮膚科診療部長		指導医
藤本 宜正	泌尿器科診療部長		指導医
山口 唯一郎	泌尿器科医師		指導者
伊藤 拓也	泌尿器科医師		指導者
筒井 建紀	産婦人科診療部長	研修管理委員	指導医
大八木 知史	産婦人科担当部長		指導医
繁田 直哉	産婦人科医師		指導者
若井 裕美子	産婦人科医師		指導者
中尾 恵津子	産婦人科医師		指導者
田中 稔恵	産婦人科医師		指導者
谷口 茉莉子	産婦人科医師		指導者
大黒 伸行	眼科診療部長		指導医
眞下 永	眼科担当部長		指導者
南 高正	眼科医師		指導者
春田 真実	眼科医師		指導者
小川 真	耳鼻いんこう科診療部長		指導医
増村 千佐子	耳鼻いんこう科医師		指導者
山田 寛之	小児科診療部長	研修管理委員	指導医
石浦 嘉人	小児科担当部長		指導医
柏木 博子	小児科担当部長		指導者
谷口 明	小児科医師		指導医
長松 有衣子	小児科医師		指導者
原田 大輔	小児科医師		指導者
近藤 可愛	小児科医師		指導者
岸本 加奈子	小児科医師		指導者
山森 英長	神経精神科診療部長	研修管理委員	指導医

所属：独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院			
氏名	職名	委員会	備考
上田 周一	脳神経内科診療部長	研修管理委員	指導医
山下 和哉	脳神経内科医師		指導者
明浦 公彦	脳神経内科医師		指導者
臼杵 則朗	放射線診断科診療部長	研修管理委員	指導医
北山 聡明	放射線診断科担当部長		指導医
崔 朝理	放射線診断科医師		指導者
大倉 隆介	放射線診断科医師		指導者
西多 俊幸	放射線治療診療部長		指導医
前角 智子	放射線治療科医師		指導者
岡田 昌子	臨床検査科担当部長		指導者
吉田 康之	病理診断科診療部長	研修管理委員	指導医
中井 千晶	病理診断科医師		指導者
中谷 桂治	麻酔科診療部長	研修管理委員	指導医
八木 真実	麻酔科担当部長		指導者
山間 義弘	麻酔科医師		指導者
濱田 拓	麻酔科医師		指導者
村田 久仁子	麻酔科医師		指導者
佐藤 八江	麻酔科医師		指導者
佐藤 善一	集中治療部診療部長		指導医
荒川 裕昭	プライマリケア診療部担当部長	研修管理委員	指導医
五十嵐 渉	プライマリケア診療部担当部長	研修管理委員	指導医
永田 慎平	救急部		指導者
谷岡 美佐枝	看護部長	研修管理委員	
堀 美和子	医療安全管理室長	研修管理委員	
新田 晴久	事務部長	研修管理委員	
藤宮 仁郎	総務企画課長	研修管理委員	
賀來 国博	総務企画課係長	研修管理委員	
外部委員			
氏名	所属・職名	委員会	備考
坂井 慶	至誠法律事務所 弁護士	研修管理委員	
松下 正幸	松下医院 院長	研修管理委員	指導者
森 滋喜	医療法人森内科 院長	研修管理委員	指導者
岡田 倫之	医療法人好輝会 梶本クリニック院長	研修管理委員	指導者
秋野 裕信	独立行政法人地域医療機能推進 機構若狭高浜病院 院長	研修管理委員	指導
高橋 清武	医療法人敬寿会吉村病院 院長	研修管理委員	指導医
本多 秀治	医療法人爽神堂七山病院 院長	研修管理委員	指導医
森 康治	大阪大学大学院医学系研究科 精神医学分野助教	研修管理委員	指導医
八田 直己	医療法人清順堂 ためなが温泉病院 病院長	研修管理委員	指導者
長尾 喜一郎	医療法人長尾会 ねや川サナトリウム 院長	研修管理委員	指導者

必修科目：内科、救急医療、外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療を基本科目とする
内 科…内科（糖尿病・内分泌内科、腎臓、呼吸器、感染症）、消化器内科、
循環器内科、脳神経内科からなる。

救急医療…プライマリケア診療部、麻酔科（救急部門として4週を上限）

外 科…外科（消化器、呼吸器）、整形外科、乳腺・内分泌外科が基本であるが、
心臓血管外科、脳神経外科、泌尿器科の選択も可能である。

産婦人科および小児科

精 神 科…当院及び研修協力病院である大阪府内の5病院にて研修を行う。

地域医療…研修協力施設である近隣の3診療所または福井県の独立行政法人地域
医療機能推進機構若狭高浜病院のいずれかにて研修を行う。

病院必修科目：全身管理・life support は全ての医師に必須である認識のもとに、手技修得に必要な
麻酔科の研修を病院必修科目とする。

研修時期と期間（※ たすき掛け方式は基幹型病院と調整する。）

(1) 当初の1年間は以下の診療科と救急外来副直・当直を研修する。（表1）

内 科 24週以上

救急医療 8週以上（プライマリケア診療部4週以上、麻酔科4週以内）

外 科 8週以上 必修4週以上+病院必修4週以上

精 神 科 4週以上

麻 酔 科 病院必修4週以上

救急外来副直・日当直 副直平均月2回程度、当直は希望者のみ平日に実施

(2) 次の1年間は以下の診療科・必修科、地域医療、自由選択科目、救急外来日当直、を研修する。

自由選択期間では、将来専門としたい診療科を中心に関連の複数診療科の選択も可能。

救急医療 4週以上（プライマリケア診療部）

小 児 科 6週以上 必修4週以上+病院必修2週以上

産婦人科 4週以上

地域医療 4週以上

自由選択科目 30週以上（各診療科の研修期間は表2の通り。）

救急外来日当直 平均月6回程度を1年間実施

臨床研修評価

臨床研修医ならびに指導医はインターネットを用いた評価システム（EPOC2）を活用し、履修する診療科ごとに臨床研修評価を行う。指導医は複数の観察機会を見出し、評価の妥当性を高めながら、レベル3以上に到達できるよう研修医に指導を行う。

これらをもとに、プログラム責任者は年に二回形成的評価を実施し、臨床研修医にフィードバックを行う。

・研修医と指導医ともに評価する項目

臨床研修評価 (1) 行動目標

臨床研修評価 (2) 経験すべき症候 29 症候

臨床研修評価 (3) 経験すべき疾病・病態 26 疾病・病態

臨床研修評価 (4) 経験すべき診療法・検査・手技等

臨床研修評価 (5) レポート

※CPC レポート及び神経精神科の症候以外はサマリ・要約等の記録を持ってこれに変えることができる。

・研修医が評価する項目

臨床研修評価 (6) 指導に対する評価

臨床研修評価 (7) 研修環境に対する評価

臨床研修評価 (8) プログラム全体に対する評価

CPC レポート作成・提出

病理解剖症例に関し、研修期間中に1例以上CPCレポートを作成し、提出すること。

CPCレポートの作成に際しては臨床指導医のみならず病理診断医とも密に連絡を取ることが必要である。

・記載事項・

研修医氏名

患者情報：剖検番号、患者ID、年齢、性別、死亡年月日時刻と剖検開始年月日時刻
(患者氏名やイニシャルは記載しない)

臨床診断、家族歴、既往歴、現病歴、検査所見、臨床上の問題点など

病理診断(直接死因も)

まとめ(できればフローチャートも作成すること)

プログラムの修了

研修期間内で研修カリキュラムを修了した者は、臨床研修管理委員会において履修状況の確認ならび到達度合いの判定を協議し、最終的な修了認定を行う。

初期臨床研修修了証は、独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院院長名ならびにプログラム責任者名併記し発行・授与される。

(表1) 研修時期と期間

[1年目]

1) 内 科：24週以上(一般外来研修を含む)

内科、消化器内科：それぞれ8週以上を必修とする

残りの8週については内科、消化器内科、脳神経内科、循環器内科から8週以上で選択

2) 救急医療：8週以上(ただし、麻酔科は4週以内)

プライマリケア診療部(救急部)、麻酔科(救急分野)

3) 外 科：8週以上(一般外来研修を含む)

外科(消化器、呼吸器)、整形外科、乳腺・内分泌外科が基本であるが、心臓血管外科、脳神経外科、泌尿器科の選択も可能

4) 精 神 科：4週以上

【協力病院】敬寿会吉村病院、爽神堂七山病院、清順堂ためなが温泉病院、

大阪大学医学部附属病院、長尾会ねや川サナトリウム

5) 病院必修科 麻酔科：4週以上

[2年目]

1) 救急医療：4週以上(プライマリケア診療部)

2) 小 児 科：6週以上(一般外来研修を含む)

3) 産婦人科：4週以上

4) 地域医療：4週以上(一般外来研修を含む)

【研修協力施設】松下医院、医療法人森内科、

医療法人好輝会梶本クリニック、地域医療機構若狭高浜病院

5) 選 択 科 : 30 週以上 (自由選択科の研修期間は表 2 参照)

上記診療科の他

心臓血管外科、脳神経外科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科、形成外科、放射線科、病理診断科を含む全科から選択する

(例 1) 脳神経外科 30 週以上

(例 2) 形成外科 12 週以上 & 乳腺・内分泌外科 14 週以上 & 病理診断科 4 週以上

(例 3) 形成外科 8 週以上 & 心臓血管外科 12 週以上 & 放射線科 8 週以上

(例 4) 外科 8 週以上 & 整形外科 8 週以上 & 病理診断科 4 週以上 & 内科 6 週以上
& リハビリテーション科 4 週以上

(表 2) 自由選択科の研修期間

【12 週以上】 眼科

【8 週以上】 内科、消化器内科、循環器内科、脳神経内科、外科、心臓血管外科、耳鼻咽喉科

【4 週以上】 整形外科、形成外科、泌尿器科、小児科 (ただし、必修科研修後に限る)、皮膚科、乳腺内分泌外科、脳神経外科、産婦人科、放射線科、神経精神科、病理診断科、プライマリケア診療部 (救急部)、麻酔科、ICU

<令和 4 年度 臨床研修プログラムの基本ローテーション例>

1 年次 (令和 4 年度)

必修：内科 24 週以上	必修：救急医療 8 週以上 【プライマリケア、麻酔科 (4 週以内)】	病院必修： 麻酔科 4 週以上	必修： 外科 8 週以上	必修： 精神科 4 週以上
-----------------	--	-----------------------	--------------------	---------------------

2 年次 (令和 5 年度)

必修： 救急医療 【プライマリケア】 4 週以上	必修： 小児科 6 週以上	必修： 産婦人科 4 週以上	必修： 地域医療 4 週以上	自由選択科 30 週以上
-----------------------------------	---------------------	----------------------	----------------------	--------------

3. 到達目標と評価表

1) 基本的研修目標と評価表 (当院ホームページ参照)

2) 各診療部門における研修目標と評価表 (当院ホームページ参照)

4. 評価の方法

1) 形成的評価

(1) 指導医及び研修医は、大学病院医療情報ネットワーク (UMIN) を利用したオンライン卒後臨床研修評価システム (EPOC 2) により基本的研修目標の到達度を評価し、その結果を研修管理委員会に提出する。

(2) 評価の実施時期は、診療部門の研修期間が終了後1ヵ月以内とする。

2) 選択診療部門における評価基本的研修目標と各診療部門の研修目標について到達度を評価する。但し、各診療部門の研修評価結果は、総括的評価においては参考資料に留める。

3) 研修会、検討会などへの参加オリエンテーション、救急診療のための集中講義、ACLS の実習、CPC、症例検討会、その他院内研修会への出席は必須である。

4) 総括的評価2年間の研修終了時に、基本的研修目標に対する最終到達度に加え選択診療部門の目標に対する評価、研修会や検討会等への参加状況を総合的に判断して総括的評価がなされ一定レベルに達したと認定された場合に、病院長から研修修了書が交付される。

注1：研修の中断について

研修医に何らかの問題が生じ、研修管理委員会で研修継続が困難と判断した場合、又は、研修医からの正当な申出があった場合には研修を中断させることがある。

注2：研修終了後の進路について

2年間の臨床研修修了後、各人の希望を重視して、専門医を目指す後期研修を引き続き当院で行うか大学病院をはじめとする他の病院で行うか選択することが可能である。

なお、当院の後期専門研修プログラムは、当院ホームページに掲載している。

5. 研修医の身分および処遇

- | | |
|-------------|--|
| 1) 身 分 | 期限の定められた任期付職員 |
| 2) 研修期間 | 令和4年4月1日から原則2年間 |
| 3) 月額給与 | 平均見込額 (手当含む) 1年次 約330,000円、2年次 約440,000円 |
| 4) 当直・時間外手当 | 勤務実績により、規程に従い支給 |
| 5) 社会保険 | 健康保険、厚生年金、雇用保険あり |
| 6) 医療過誤保険 | 病院で加入(但し、院外研修も踏まえ原則個人でも加入の事) |
| 7) 宿 舎 | 有り (病院より徒歩3分の完全個室。寮費、光熱水費自己負担) |

6. 令和4年度臨床研修医募集要項

1) 応募資格

(1) 令和4年3月医学部卒業見込み者で、同年2月の医師国家試験を受験する者

(2) 医学部卒業者で、臨床研修を行っていない者

(3) 上記(1)若しくは(2)の者で、マッチングシステムに参加登録する者

2) 採用時期：令和4年4月1日付けで採用予定

3) 募集期間：令和3年7月16日(金)までに書類提出(消印有効)

4) 募集人員：9名

注) 大阪大学医学部附属病院・大阪市立大学医学部附属病院・奈良県立医科大学附属病院との
たすきがけ(プログラムB、C、D)については各大学附属病院にて募集する。

5) 応募手続

(1) 提出書類

- ① 臨床研修願(自筆・写真貼付)
当院ホームページの「PDF データ」より、ダウンロードしてください。
- ② 卒業(見込)証明書
- ③ 成績証明書
- ④ 医師免許証(写)(免許取得者のみ)
- ⑤ 受験票 当院ホームページの「PDF データ」より、ダウンロードしてください。
- ⑥ 返信用封筒 角2(A4)封筒に出願者本人の宛名を記入し、140円切手を貼ること

(2) 提出先

〒553-0003

大阪市福島区福島4-2-78

独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院 臨床研修事務局宛

- (3) その他 提出書類受領後、受験票は、受験番号を付番のうえ、選考試験の詳細通知とあわせて
本人あて返送いたします。

6) 選考日程・方法

- (1) 選考日：令和3年7月31日(土)(詳細は当院ホームページに掲載)
- (2) 会 場：独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院
- (3) 方 法：筆記試験(必須研修科目を対象)・面接
- (4) 採 用：マッチングシステムによる

7) 病院説明会

当院の説明会を次のとおり開催します。(詳細は当院ホームページに掲載)

参加希望者は学生証などの身分証明書の写しを添付し事前に申し込みをしてください。

- ・説明会実施日程 1回目：令和3年6月5日(土)、2回目：令和3年7月3日(土)
- ・参加申込及び連絡先

〒553-0003

大阪市福島区福島4-2-78

独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院 臨床研修事務局宛

TEL 06-6441-5451 FAX 06-6445-8900

e-mail：soumu-syokuin@osaka.jcho.go.jp

■当院の初期臨床研修プログラムに関する各種項目の詳細については、厚生労働省が示す『医師臨床研修指導ガイドライン -2020年度版-』に準じるものとする。

第1章 到達目標

I 到達目標

A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与

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

2. 利他的な態度

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

3. 人間性の尊重

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

4. 自らを高める姿勢

自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

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。

第2章 実務研修の方略

II 実務研修の方略

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つては、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。

臨床研修を行う分野・診療科

<オリエンテーション>

<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。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、総合診療、一般内科、一般外科、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。

一般外来研修の方法（例）

1) 準備

- ・外来研修について、指導医が看護師や事務職など関係スタッフに説明しておく。
- ・研修医が外来診療を担当することがある旨を病院の適切な場所に掲示する。
- ・外来診察室の近くに文献検索などが可能な場があることが望ましい。

2) 導入（初回）

- ・病棟診療と外来診療の違いについて研修医に説明する。
- ・受付、呼び入れ、診察用具、検査、処置、処方、予約、会計などの手順を説明する。

3) 見学（初回～数回：初診患者および慢性疾患の再来通院患者）

- ・研修医は指導医の外来を見学する。
- ・呼び入れ、診療録作成補助、各種オーダー作成補助などを研修医が担当する。

4) 初診患者の医療面接と身体診察（患者 1～2 人/半日）

- ・指導医やスタッフが適切な患者を選択（頻度の高い症候、軽症、緊急性が低いなど）する。
- ・予診票などの情報をもとに、診療上の留意点（把握すべき情報、診療にかかる時間の目安など）を指導医と研修医で確認する。
- ・指導医が研修医を患者に紹介し、研修医が診療の一部を担当することについて承諾を得る。
- ・時間を決めて（10～30 分間）研修医が医療面接と身体診察を行う。
- ・医療面接と身体診察終了後に、研修医は得られた情報を指導医に報告（プレゼンテーション）し、指導医は報告に基づき指導する。
- ・指導医が診療を交代し、研修医は見学や診療補助を行う。

5) 初診患者の全診療過程（患者 1～2 人/半日）

- ・上記4) の医療面接と身体診察の終了後、その後に行う検査、治療、患者への説明、関連する医療行為、他科へのコンサルテーションなどについて指導医から指導を受ける。
- ・指導医の監督下に、検査や治療のオーダー、患者への説明、関連する医療行為、他科へのコンサルテーション依頼などを行う。
- ・前記の診療行為のうち、結果が当日判明するものについては、その結果を患者に説明する。
- ・必要な処方薬を指導医の指導のもとに処方する。
- ・次回の外来受診日を決め、それまでの注意事項などについて指導する。

6) 慢性疾患を有する再来通院患者の全診療過程（上記4）、5）と並行して患者1~2人/半日）

- ・指導医やスタッフが適切な患者を選択（頻度の高い疾患、病状が安定している、診療時間が長くなることを了承してくれるなど）する。
- ・過去の診療記録をもとに、診療上の留意点（把握すべき情報、診療にかかる時間の目安など）を指導医とともに確認する。
- ・指導医が研修医を患者に紹介し、研修医が診療の一部を担当することについて承諾を得る。
- ・時間を決めて（10~20分間）研修医が医療面接と身体診察を行う。
- ・医療面接と身体診察の終了後に、研修医は得られた情報を指導医に報告（プレゼンテーション）し、報告内容をもとに、その後の検査、治療、患者への説明、関連する医療行為、他科へのコンサルテーションなどについて指導医から指導を受ける。
- ・指導を踏まえて、研修医が検査や治療のオーダー、患者への説明、関連する医療行為、他科へのコンサルテーション依頼などを行う。
- ・前記の診療行為のうち、結果が当日判明するものについては、その結果を患者に説明する。
- ・必要な処方薬を指導医の指導のもとに処方する。
- ・次回の外来受診日を決め、それまでの注意事項などについて指導する。

7) 単独での外来診療

- ・指導医が問診票などの情報に基づいて、研修医に診療能力に応じて適切な患者を選択する。
- ・研修医は上記5）、6）の診療過程を単独で行うこととするが、必要に応じて指導医にすぐに相談できる体制をとる。
- ・原則として、研修医は診察した全ての患者について指導医に報告（プレゼンテーション）し、指導医は報告に基づき指導する。

※一般外来研修では、研修医にどのレベルまでの診療を許容するのかについては、指導医が一人ひとりの研修医の能力を見極めて個別に判断する必要がある。

※どのような能力レベルの研修医であっても、診療終了後には必ず共に振り返りを行い、指導内容を診療録に記載する。

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、赤十字社血液センター、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。

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

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。

その他（経験すべき診察法・検査・手技等）

基本的診療能力を身に付けるためには、患者の診療に直接携わることにより、医療面接と身体診察の方法、必要な臨床検査や治療の決定方法、検査目的あるいは治療目的で行われる臨床手技（緊急処置を含む）等を経験し、各疾病・病態について、最新の標準治療の提供にチームの一員として貢献する経験が必要である。

以下の項目については、研修期間全体を通じて経験し、特に以下の手技等の診療能力の獲得状況については、EPOC 等に記録し指導医等と共有し、研修医の診療能力の評価を行う。

① 医療面接

医療面接では、患者と対面した瞬間に緊急処置が必要な状態かどうかの判断が求められる場合があること、診断のための情報収集だけでなく、互いに信頼できる人間関係の樹立、患者への情報伝達や推奨される健康行動の説明等、複数の目的があること、そして診療の全プロセス中最も重要な情報が得られることなどを理解し、望ましいコミュニケーションのあり方を不断に追求する心構えと習慣を身に付ける必要がある。患者の身体に関わる情報だけでなく、患者自身の考え方、意向、解釈モデル等について傾聴し、家族をも含む心理社会的側面、プライバシーにも配慮する。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。

② 身体診察

病歴情報に基づいて、適切な診察手技（視診、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。このプロセスで、患者に苦痛を強いたり傷害をもたらしたりすることのないよう、そして倫理面にも十分な配慮をする必要がある。とくに、乳房の診察や泌尿・生殖器の診察（産婦人科的診察を含む）を行う場合は、指導医あるいは女性看護師等の立ち合いのもとに行わなくてはならない。

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。患者への身体的負担、緊急度、医療機器の整備状況、患者の意向や費用等、多くの要因を総合してきめなければならないことを理解し、検査や治療の実施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。また、見落とすと死につながるいわゆる Killer disease を確実に診断できるように指導されるのが望ましい。

④ 臨床手技

1) 大学での医学教育モデルコアカリキュラム（2016 年度改訂版）では、学修目標として、体位変換、移送、皮膚消毒、外用薬の貼布・塗布、気道内吸引・ネブライザー、静脈採血、胃管の挿入と抜去、尿道カテーテルの挿入と抜去、注射（皮内、皮下、筋肉、静脈内）を実施できることとされている。

また、中心静脈カテーテルの挿入、動脈血採血・動脈ラインの確保、腰椎穿刺、ドレーンの挿入・除去、全身麻酔・局所麻酔・輸血、眼球に直接触れる治療については、見学し介助できることが目標とされている。

2) 研修開始にあたって、各研修医が医学部卒業までに上記手技をどの程度経験してきたのか確認し、研修の進め方について個別に配慮することが望ましい。

3) 具体的には、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圧迫止血法、⑤包帯法、⑥採血法（静脈血、動脈血）、⑦注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）、⑧腰椎穿刺、⑨穿刺法（胸腔、腹腔）、⑩導尿法、⑪ドレーン・チューブ類の管理、⑫胃管の挿入と管理、⑬局所麻酔法、⑭創部消毒とガーゼ交換、⑮簡単な切開・排膿、⑯皮膚縫合、⑰軽度の外傷・熱傷の処置、⑱気管挿管、⑲除細動等の臨床手技を身に付ける。

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

症候や疾病・病態の中には、その頻度の高さや社会への人的・経済的負担の大きさから、社会的な視点から理解し対応することがますます重要になってきているものが少なくない。例えば、もの忘れ、けいれん発作、心停止、腰・背部痛、抑うつ、妊娠・出産、脳血管障害、認知症、心不全、高血圧、肺炎、慢性閉塞性肺疾患、腎不全、糖尿病、うつ病、統合失調症、依存症などについては、患者個人への対応とともに、社会的な枠組みでの治療や予防の重要性を理解する必要がある。

⑦ 診療録

日々の診療録（退院時要約を含む）は速やかに記載し、指導医あるいは上級医の指導を受ける。入院患者の退院時要約には、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療方針、教育）、考察等を記載する。退院時要約を症候および疾病・病態の研修を行ったことの確認に用いる場合であって考察の記載欄がない場合、別途、考察を記載した文書の提出と保管を必要とする。

なお、研修期間中に、各種診断書（死亡診断書を含む）の作成を必ず経験すること。

第3章 到達目標の達成度評価

Ⅲ 到達目標の達成度評価

研修医評価票

I：到達目標の「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

1) 何を評価するのか

到達目標における医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）4項目について評価する。研修医の日々の診療実践を観察して、医師としての行動基盤となる価値観などを評価する。具体的には医師の社会的使命を理解した上で医療提供をしているのか、患者の価値観に十分配慮して診療を行っているのか、医療の専門家として生涯にわたって自己研鑽していく能力を身につけているのかなどについて多角的に評価する。

2) 評価のタイミング

研修分野・診療科のローテーション終了時ごとに評価する。必修診療科だけでなく、選択診療科でも行う。指導医が立ち会うとは限らない場面で観察される行動や能力も評価対象となっていることから、指導医のみならず、研修医を取り巻く他の医師、さまざまな医療スタッフが評価者となることが望ましい。結果は研修管理委員会で共有されなくてはならない。また、ある研修分野・診療科から次の研修分野・診療科へ移る際には、指導医間、指導者間で評価結果を共有し、改善につなげる。

3) 記載の実際

観察期間は評価者が当該研修医に関与し始めた日から関与を終えた日までとし、記載日は実際に評価票を記載した日付とする。観察期間の最終日からできるだけ短時間で評価票を記載することが望ましい。指導医あるいは指導者としての関与の仕方によっては研修医を観察する機会がない項目もあり、そのような場合には観察機会なしのボックスにチェックする。

期待されるレベルとは、当該研修医の評価を行った時点で期待されるレベルではなく、研修を修了した研修医に到達してほしいレベルを意味している。そのため、研修途中の診療科では期待通りのレベルに到達していないことが少なくないと思われるが、研修修了時点で期待通りのレベルにまで到達するよう指導する必要がある。

評価者によって期待される到達度の解釈が少々異なる可能性もあるが、個々の評価者の判断に任せてよい。そのような場合でも、評価者が多ければ全体としての評価の信頼性、妥当性を確保できるので、可能な限り多くの評価者に記載してもらおう。

また、評価の参考となった印象的なエピソードがあれば、その良し悪しにかかわらず、自由記載欄に記載する。特に「期待を大きく下回る」と評価した場合には、その評価の根拠となったエピソードを必ず記載する。

II：到達目標の「B. 資質・能力」に関する評価

1) 何を評価するのか

研修医が研修修了時に修得すべき包括的な資質・能力 9 項目（32 下位項目）について評価する。研修医は日々の診療実践を通して、段階的に医師としての資質・能力を修得していく。

また、項目の内容によっては、それまでにローテーションした分野・診療科が異なれば、到達度が異なる可能性が高い。また、分野・診療科の特性上、評価しやすい項目とそうでない項目があることも予測される。研修医の日々の診療活動をできる限り注意深く観察して、臨床研修中に身に付けるべき医師としての包括的な資質・能力の達成度を継続的に評価する。

2) 評価のタイミング

研修分野・診療科のローテーション終了時ごとに、指導医だけでなく、研修医に関わる様々な医療スタッフが異なった観点で評価し、分野・診療科毎の最終評価の材料として用いる。結果は研修管理委員会で共有されなくてはならない。また、現研修診療科から次の研修診療科へ移る際に指導医間、指導者間で評価結果が共有され、改善を目指して有効活用されることが望ましい。

3) 記載の実際

観察期間は評価者が関与し始めた日から関与を終えた日を記載し、記載日は実際に評価票を記載した日付とする。観察期間の最終日からできるだけ短期間で評価票を記載することが望ましい。

評価票のレベルは4段階に分かれており、

レベル1：医学部卒業時に修得しているレベル（医学教育モデル・コア・カリキュラムに規定されているレベル）

レベル2：研修の中途時点（1年間終了時点で習得されているべきレベル）

レベル3：研修終了時点で到達すべきレベル

レベル4：他者のモデルになり得るレベル

9つの項目について包括的にレベルをチェックする構成となっているが、項目によっては2つのレベルの中間という評価もありうるため、隣接するレベルの中間にチェックボックスが設けられている。また、評価にあたって、複数の下位項目間で評価レベルが異なる可能性がある場合は、それらを包括した評価としてチェックボックスのいずれかをチェックし、研修医にはどの下位項目がどのレベルに到達しているのかを具体的にフィードバックする。研修終了時には、すべての大項目でレベル3以上に到達できるように指導する。また、研修分野・診療科によっては観察する機会がない項目もあると考えられ、その場合にはチェックボックス「観察する機会が無かった」にチェックする。

また、研修医へのフィードバックに有用と考えられるエピソードやレベル判定に強く影響を与えたエピソードがあれば、その内容をコメント欄に記載する。

Ⅲ：到達目標の「C. 基本的診療業務」に関する評価

1) 何を評価するのか

研修修了時に身に付けておくべき 4 つの診療場面（一般外来診療、病棟診療、初期救急対応、地域医療）における診療能力の有無について、研修医の日々の診療行動を観察して評価する。

2) 評価のタイミング

基本的診療業務として規定されている一般外来研修、病棟研修、救急研修、地域医療研修について、それぞれの当該診療現場での評価は当然として、その他の研修分野・診療科のローテーションにおいても、本評価票（研修評価票Ⅲ）を用いて評価する。指導医に加えて、さまざまな医療スタッフが異なった観点から評価し、最終評価の評価材料として用いる。結果は研修管理委員会で共有されなくてはならない。また、研修分野・診療科を移動する際、指導医間、指導者間で評価結果が共有され、継続性をもって改善につながるよう有効活用されることが望ましい。

3) 記載の実際

観察期間は、評価者が関与し始めた日から関与を終えた日までとし、記載日は実際に評価票を記載した日付とする。観察期間の最終日からできるだけ短期間で評価票を記載することが望ましい。

評価票のレベルは 4 段階に分かれており、各基本的診療業務について、各レベルは下記のように想定しています。

レベル 1：指導医の直接監督下で遂行可能

レベル 2：指導医がすぐに対応できる状況下で遂行可能

レベル 3：ほぼ単独で遂行可能

レベル 4：後進を指導できる

研修修了時には 4 診療場面すべてについて、レベル 3 以上に到達できるよう指導を行う。

実際には診療場面の様々な要因（患者背景、疾患など）によって達成の難易度が変わるため、一律に判定することは必ずしも容易ではない。できる限り、複数の観察機会を見出し、評価を行い、評価に影響したエピソードがあれば自由記載欄に記載する。そうすることによって、評価の妥当性を高めることができる。

Ⅳ：臨床研修の目標の達成度判定票

1) 目的

研修医評価票Ⅰ～Ⅲが研修医の研修の改善を目的とする形成的評価であるのに対して、この臨床研修の目標の達成度判定票は、研修医が臨床研修を終えるにあたって、臨床研修の目標を達成したかどうか（既達あるいは未達）を、プログラム責任者が記載し、各研修医の達成状況を研修管理委員会に報告することを目的とする総括的評価となる。

なお、臨床研修管理委員会は、当該達成状況の報告に加え、研修を実際に行った期間や医師としての適性（安全な医療および法令・規則の遵守ができること）をも考慮して、研修修了認定の可否を評価し、管理者に報告する。第4章で後述するように研修医の修了認定は管理者が最終判断する。

2) 記載の実際

研修中、各研修分野・診療科での研修終了時に、研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲが記載され、研修管理委員会に提出されている。かなりの数に上るであろうそれらの評価票を分析し、到達目標の A. 医師としての基本的価値観、B. 資質・能力、C. 基本的診療業務それぞれの各項目の評価がレベル3以上に到達していること（既達）を確認し、臨床研修の到達目標の達成状況を判定（既達あるいは未達）する。

各項目の備考欄には、とりわけ未達の場合、その理由などを記載する。

3) 判定

全項目中1つでも未達の項目があれば最終判定は未達となり、研修修了は認められない。その場合、どの項目がどのような理由で未達となっているのか、既達になるためにはどのような条件を満たす必要があるのかを具体的に記載し、判定を行った日付を記載して、研修プログラム責任者が署名する。研修終了時に未達項目が残る可能性があると考えられた場合には、研修期間中に既達になるよう研修プログラム責任者、臨床研修管理委員会は最大限の努力を怠ってはならない。

研修期間終了時に未達項目が残った場合には、管理者の最終判断により、当該研修医の研修は未修了となり、研修の延長・継続を要する。

新しい EPOC（新 EPOC の仕様の概要）

2018 年（平成 30 年）7 月 3 日付の厚生労働省医政局長省令施行通知文書（抜粋）

『研修期間中の評価は、少なくとも分野・診療科ごとの研修期間終了の際に、指導医を始めとする医師及び医師以外の医療職（看護師を含むことが望ましい）が、前出の研修医評価票を用いて、到達目標の達成度を評価し、研修管理委員会で保管すること』と規定。

少なくとも分野・診療科ごとの研修期間終了の際に、研修評価票Ⅰ（1 枚）、Ⅱ（10 枚）、Ⅲ（1 枚）の合計 12 枚の評価票が複数の評価者から（施設によっては研修医自身からも）プログラム責任者・研修管理委員会に提出されるようになるため、研修修了までに多数の評価票を管理する必要があることから、これらの記録については電子的に管理することが必須となっている。

経験症例や研修活動を記録する機能も搭載されるので、臨床研修の評価だけでなく、研修医自身の研修ポートフォリオとしても活用できるようになる。

（1）EPOC と UMIN ID

EPOC を利用するためには、大学病院医療情報ネットワークセンター（UMIN センターの UMIN ID が必要）である。UMIN ID は、医療関連の資格所持者であれば無料で取得できる。研修医は出身大学で取得済みである。

なお、EPOC システムから配信されるメール（評価依頼メール等）は UMIN アドレス（xxxx-xxx@umin.ac.jp）に送信されるので、受信できるように転送設定を行う必要がある。

（2）新 EPOC に登録する情報

新 EPOC には、①到達目標の達成度評価（研修医評価票Ⅰ～Ⅲ）、②研修履歴（研修期間／分野・診療科）、③経験した症候／疾病・病態の記録、④基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修の記録、⑤研修医へのフィードバックの記録、⑥到達目標の達成度判定票及び研修修了判定を登録する。必要に応じて、診察法・検査・手技等の記録、診療現場での評価、振り返り記録、講習会・研修会の受講歴、学術活動、その他の研修も登録可能である。

経験した症候／疾病・病態の記録は、患者識別番号（院内 ID 暗号化ツールが提供され暗号化が可能）、方略に挙げられている経験すべき症候／経験すべき疾病・病態の中で該当するもの、診断名、性別、年代、診療科、受持期間、外来及び入院の別、転帰等の最小限の情報を研修医が登録し、指導医・上級医は診療録への記載に基づいて研修を行ったことの確認を行う。

基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修の記録は、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）、臨床病理検討会（CPC）等の研修について、その内容を研修医が簡潔に登録する。

新たな臨床研修の到達目標及び実務研修の方略が規定するもののほか、病院独自に到達目標を定めている場合も、評価項目を追加し評価の入力が可能である。

なお、いずれも患者個人情報は登録しない。

（3）診療現場での新 EPOC への評価登録

新 EPOC は、インターネットに接続されたスマートフォン等から登録・確認をすることが可能であり、診療現場で即時入力されることが期待される。研修医が EPOC に登録した経験症例／疾病・病態は、指導医・上級医へメールで確認を依頼できるほか、研修医の携帯端末に QR コードを表示させ、それを指導医・上級医が読み取ることで確認が行える機能が搭載される。同様に、QR コードで UMIN ID を持たない評価者に評価を依頼する機能も搭載される。

（4）新 EPOC に登録された情報の活用

登録された情報は、研修医ごとの研修内容を改善することを主な目的として、研修医（本人のデータ）、指導医（担当する研修医のデータ）、研修管理部門（全てのデータ）が閲覧可能とすることを基本にする。閲覧権限の詳細は研修管理部門で設定が可能である。

研修医へのフィードバック等のため、登録された情報を閲覧するとともに、集積された研修評価票の要約（レーダーチャート等）を表示することや、自プログラムや全国の集計データを参照することが可能である。

研修修了時には、集積された研修評価票の評価記録から、到達目標の達成度判定票の草案を自動作成することが可能である。これを研修管理委員会で必要に応じて修正し、研修修了判定を行う。

オリエンテーション

I. 臨床研修に先立ち、病院全体のオリエンテーションを実施する。

臨床研修開始に際して 病院長

病院概要 プログラム責任者

保険医療について

医療安全について

II. 内容

1. 医師としての態度 対話、倫理、制度、法律など
2. JCHO の理念・組織・就業規則・人事給与制度等について
3. 臨床研修目標について
4. 各部署の業務内容について
 - ・中央検査室の業務内容について
 - ・薬剤部の業務内容について
 - ・放射線室の業務内容について
 - ・リハビリテーション室の業務内容(義肢室含む)について
 - ・栄養管理室の業務内容について
 - ・臨床工学室の業務について
5. 図書室の利用方法
6. 電子カルテの操作について
7. 接遇・マナーについて
8. 医療安全対策・院内感染対策・災害対策について
9. コンプライアンス・情報セキュリティ・個人情報の取扱いについて
10. チーム医療と多職種連携について
11. 人権について

一般外来臨床研修基本項目

1. 目的

「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—」が広く経験できる外来において、研修医が診察医として指導医からの指導を受け、適切な臨床推論プロセスを経て臨床問題を解決できるようにする。研修修了時には、コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、単独で一般外来を行えるようにする。

2. 研修カリキュラム 履修期間合計 24 週(以上)

研修期間は、1 コマ 0.5 日とし、4 週に値する 40 コマを履修する。

総合診療、内科、外科、小児科、地域医療研修を研修中に、同一診療科の一般外来を並行研修で実施する。

内科臨床研修基本項目

1. General physician の育成を目指し、総合内科(腎臓内科、呼吸器内科、糖尿病・内分泌内科、感染症内科)・消化器内科・循環器内科または脳神経内科の基本から実際にいたる臨床場面での研修を行う。
2. 研修期間 必修合計 24 週間以上、 選択 4 週間以上
3. 研修目的
24 週(以上)の内科研修期間には、責任指導医の下で各研修医に適したプログラムを組み、総合内科(腎臓内科、呼吸器内科、糖尿病・内分泌内科、感染症内科)、消化器内科、循環器内科または脳神経内科を効率的にまわりながら病棟研修を行う。
この間、研修医は受け持ち医として指導医の下で診療を行い、内科診療上必要な種々の手技・考え方などを研修する。
なお、剖検への参加は義務とし要約を作成する。
4. 研修内容
 - ① 医師として最低必要な手技
 - ・注射法(皮内、皮下、筋肉、静脈確保、中心静脈確保)
 - ・採血法(静脈血、動脈血)
 - ・穿刺法(腰椎、胸腔、腹腔)
 - ・輸血療法
 - ・輸液療法
 - ② 内科診察の手技
 - ・胸部、腹部、四肢、リンパ節の理学所見
 - ・神経学的所見
 - ③ 内科サブグループの検査/治療の実際
 - ・脳神経内科：頸部エコー、脳血流スペクト
 - ・呼吸器内科：気管支ファイバー
 - ・循環器内科：心血管系超音波検査(ドプラ検査)、心血管カテーテル検査と治療、心筋シンチ
 - ・糖尿病内分泌内科：各種内分泌系負荷試験
 - ・消化器内科：消化器内視鏡検査(超音波内視鏡検査・小腸内視鏡検査・カプセル内視鏡検査含)・内視鏡下治療(上下部消化管・小腸、胆膵系)、腹部超音波検査・腹部超音波下生検・治療
 - ・腎臓内科：腎生検、腎血流ドップラー、レノグラムシンチ、経皮的内シャント拡張術、
 - ④ 内科各サブグループの対象疾患
 - ・生活習慣病(高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満、肝機能障害)
 - ・急性内科疾患(脳血管障害、代謝疾患、呼吸不全、急性心筋梗塞、急性心不全、急性腹症、消化管出血、急性血球減少・増加等)
 - ・慢性疾患(慢性呼吸器疾患、慢性腎臓病、慢性心不全、慢性肝胆膵疾患、消化管疾患・炎症性腸疾患等)
 - ・感染症(市中肺炎、流行性ウイルス疾患、ウイルス性肝疾患、ヘリコバクターピロリ感染症、日和見感染症)
 - ・悪性疾患・緩和医療(消化器癌、肺癌、血液疾患等)
 - ⑤ 外来診療の研修
初診外来・救急外来の診療も含めた研修

内科

研修担当指導医 内科診療部長 兼腎臓内科担当部長 鈴木 朗

◆腎臓内科◆

当科の特徴

常勤医 4 名（腎臓学会指導医 1 名、腎臓専門医 3 名）と後期研修医 4 名が所属している。あらゆる腎疾患、体液・電解質異常を診療し、血液浄化センター、ICU における体外循環血液浄化療法を管理しています。オンコール制により 24 時間血液浄化療法が実施できる体制を整えています。

概要

糸球体腎炎、ネフローゼ症候群、膠原病、先天性腎疾患（多発性嚢胞腎）、電解質異常などあらゆる腎疾患の診断、治療を行います。末期腎不全症例については、血液透析、腹膜透析など腎代替療法を導入し、生体腎移植を希望された場合は当院泌尿器科において実施します。また、自己免疫疾患、劇症肝炎に対する血漿交換療法、炎症性腸疾患に対する白血球除去療法、家族性高コレステロール、巣状糸球体硬化症、ASO に対する LDL アフェレーシス療法、難治性腹水に対する腹水濾過濃縮療法なども実施しています。ICU における体外循環血液浄化療法も担当しており、また、内シャント狭窄例に対し、経皮的内シャント拡張術を実施しています。

実績

1) 外来診療

2019 年に診療した患者数はのべ 8,458 例（昨年 8,316 例）でした。

2) 入院診療

2019 年の入院患者数は 395 例（昨年 385 例）であり、腎生検 32 例（昨年 40 例）、血液透析導入 39 例（昨年 36 例）施行した。

3) 血液浄化センター

当院は血液透析導入を主たる機能とする急性期病院ですが、維持血液透析患者 13 名、腹膜透析患者 3 名も管理されています。HD と on line HDF は合計 5415 件実施され、その他の特殊治療は 97 件実施しました。ICU において実施された CHDF、HD、血漿交換は 170 件でした。

研修内容

① 一般教育目標

腎疾患全般、体液電解質異常を診療するうえでの基本的知識、基本的手技を習得する。また、腎疾患は他の全身性疾患の一部として最初に発見されることも多く、臓器にとらわれず予断を持たずに診療する態度を身に付ける。

② 個別的、具体的研修行動目標

- 1 的確な問診を行い、全身の身体所見を取得できる。
- 2 障害部位を推定、あるいは鑑別診断をあげ、検査計画を立案できる。

3 以下の各検査の適応を理解し、感度・特異度を踏まえて結果を解釈できる。

- ・腹部超音波検査（腎血流ドップラー）
- ・腹部CT
- ・レノグラムシンチ
- ・経皮的腎生検
- ・各種内分泌学的検査
- ・血液・尿の電解質、浸透圧

4 上級医の指導のもと以下の手技の介助を行う。

- ・短期的中心静脈カテーテル留置
- ・長期的ブラッドアクセスカテーテル留置
- ・経皮的腎生検
- ・経皮的内シャント拡張術
- ・動静脈脈穿刺（内シャント穿刺）

5 上級医の指導のもと治療計画を立案し、実施管理できる。

③ 教育研修に関する行事

- ・病棟回診：週1回、入院患者の検査結果、治療経過、問題点につき全員で議論する。
- ・透析室カンファレンス：週2回（月・木曜）
- ・腎生検カンファレンス：週1回
- ・抄読会：週1回

◆感染症内科◆

研修担当指導者 感染症内科担当部長 長田 学

概要

感染症はどの臓器にも発生する疾患なので、臓器に関係なく、横断的に各診療科と連携を取りながら診療している。院内では各診療科からコンサルテーションを受けて主治医の先生と共に感染症患者の診療に当たっている。血液培養陽性例のチェック、特定抗菌薬（広域抗菌薬、抗MRSA薬、抗真菌薬）の管理も行っている。

また院内感染予防対策 ICT（感染対策チーム）として、看護師、検査技師、薬剤師、事務職員と共に、院内の耐性菌の発生・伝播の抑制、医療関連感染症（院内感染）の抑制、予防接種などの業務も行っている。

研修医に対する感染症教育（レクチャー、グラム染色の実習など）にも力を入れている。

実績

1. 院内コンサルテーション

2019年度は各診療科から診断、抗菌薬の選択、培養結果の解釈、治療期間等について、延べ481件のコンサルテーションを受けて対応した。これは2018年度（137件）の3.5倍にあたるが、当院の病床規模を考慮すると、周辺の医療機関と比較すればこのくらいのニーズはあると推測される水準である。

2. 血液培養陽性例への介入

血液培養が陽性になったら、細菌検査室より電話で連絡を受け、カルテの内容、検査、画像等から問題があると判断した時は主治医または担当医に連絡し、治療方針について協議し、重要症例については主治医の許可を得て診察をし、必要があればその後も定期的にフォローした。496件の陽性例があり、その1/3程度について介入を行った。

3. 特定抗菌薬許可制

2002年（平成14年）3月より導入された制度で広域抗菌薬、抗MRSA薬、抗真菌薬のような特殊な耐性菌や真菌に有効な抗菌薬を使用する時は事前に許可が必要である。担当医からの情報で適応の有無を判断し、許可する。その後の臨床経過、培養結果を参考にして、狭域抗菌薬への変更（De-escalation）が可能であれば、担当医と協議する。2019年度は866件の使用許可の申請があった。

◆呼吸器内科◆

研修担当指導医 呼吸器内科診療部長 鴨井 博
呼吸器内科担当部長 田中陽子

概要

呼吸器疾患は多種多様な病態からなっており、腫瘍性疾患（肺癌、中皮腫、縦隔腫瘍など）、感染性疾患（細菌、真菌、結核を初めとする抗酸菌など）、COPD、気管支喘息などの気道系疾患、間質性肺炎などのびまん性肺疾患などが主な対象疾患となります。また膠原病、サルコイドーシスなど全身性疾患の一部として現れる疾患もおおく、局所のみで無く全身をみることが求められる診療科です。また、各分野の治療もどんどん発展しており、今後も疾患の増加が予想されることから社会における必要性はさらに増していく診療科であるといえます。

研修の目的：医師としての必要な呼吸器領域の基礎的研修目的を修得する。

一般教育目標：

- ①緊急対応を要する呼吸器疾患の初期診療に関する基本的臨床能力を身につける。
- ②主要な呼吸器疾患の診断、治療、生活指導ができるための基本的な知識、技術、態度を修得する。

個別的、具体的行動目標：

- ①肺及び呼吸の形態、機能、病態生理を理解する。
- ②病歴及び胸部理学的所見を的確にとり、記録できる

- ③呼吸器疾患の診断に必要な検査計画をたて、実施できる
- ④必要に応じて動脈血ガス分析を実施し、結果を解釈できる
- ⑤呼吸器領域に必要な検査（病理検査、血液一般検査及び生化学、画像診断、肺機能検査、呼気NO検査、PSG検査など）を適切に選択、指示し結果を解釈できる
- ⑥呼吸器領域の治療法（薬物療法、酸素療法、吸入療法、放射線療法、集学的治療）についてその適応を判断し、決定実施できる
- ⑦呼吸器領域の手技（人工呼吸、体位ドレナージ、気管挿管、胸腔ドレナージ、気管支鏡（超音波気管支鏡を含む）、CTガイド下生検、エコーガイド下生検、局所麻酔下胸腔鏡）を、指導医の指導の下にその適応を決定し実施あるいは解除ができる。
- ⑧代表的疾患の典型例を理解する
肺癌、気管支喘息、COPD、肺炎・胸膜炎、肺結核（外来対応のみ）、非結核性肺抗酸菌症、自然気胸、胸水、各種間質性肺疾患、サルコイドーシス、睡眠時無呼吸症候群、在宅酸素導入、ARDS など。

実績

主な入院：2019年度合計：699件

検 査：気管支鏡検査…133件、EBUS-TBNA…15件、気管支内異物除去…1件、
局所麻酔下胸腔鏡検査…8件、CTガイド下肺生検…10件

◆糖尿病内分泌内科◆

研修担当指導医 糖尿病内分泌内科診療部長 馬屋原 豊

特徴

常勤医師4名（糖尿病学会指導医1名、糖尿病専門医3名）と後期研修医3名が所属しています。地域の糖尿病専門機関として1型糖尿病やコントロールの難しい2型糖尿病などインスリン治療が必要な糖尿病患者さんを中心に診療を行っています。また、内分泌疾患（甲状腺疾患、下垂体、副腎疾患など）の診療にも力を入れています。

概要

特に、地域の糖尿病診療専門機関としての機能を充実させ、糖尿病専門医を中心にコントロールの難しい糖尿病症例や合併症の進んだ糖尿病症例、妊娠合併糖尿病症例の治療に力を入れています。1型糖尿病患者さんに対するインスリンポンプを用いた持続皮下インスリン注入療法（CSII）を導入し、1型糖尿病合併妊娠や、内因性インスリン分泌の枯渇したブリットルタイプの1型糖尿病患者さんにも対応しています。また、持続血糖モニターシステム（CGMS）をいち早く導入して、血糖変動の少ないよりよい血糖コントロールの実現に努めているとともに、CGM機能の付いたインスリンポンプによるSAP療法も導入しています。さらに、糖尿病診療にはコメディカルとのチーム医療が欠かせませんが、当院ではコメディカル中心の糖尿病ケアチームを結成してチーム医療の実践を行っています。一方、最近症例数が増加している原発性アルドステロン症をはじめとして、各種内分泌疾患に対して精査（各種負荷試験）および治療を行っています。

実績

主要内分泌疾患患者実数（令和1年4月1日～令和2年3月31日）

- 【甲状腺】 バセドウ病：175、橋本病（慢性甲状腺炎）：231、甲状腺クリーゼ：3
- 【副甲状腺】 副甲状腺機能亢進症：219、原発性副甲状腺機能低下症：1
- 【下垂体】 下垂体前葉機能低下症：1、汎下垂体機能低下症：18、リンパ球性下垂体炎：2、成長ホルモン分泌不全症：1、尿崩症：10
- 【副腎】 原発性アルドステロン症：59、クッシング症候群：9、褐色細胞腫：13、副腎クリーゼ：3
- 【性腺】 性腺機能低下症：6、ターナー症候群：2
- 【糖尿病】 1型糖尿病：108、2型糖尿病：2,877

研修内容

①一般教育目標

糖尿病および内分泌疾患は全身疾患であることから、全身を診る態度を身につける。
基本的な内科的知識、手技を習得する。

②個別的、具体的研修行動目標

・糖尿病

1. 糖尿病に関連する詳細な病歴聴取を行い、適切に診療録に記載できる。
2. 内科的な身体所見に加え、腎症、神経障害、大血管合併症などの合併症に関する身体所見をとることができる。
3. 糖尿病の診断基準および病型とそれらに必要な臨床検査（血糖値、HbA1c、グリコアルブミン、1.5AG、血中尿中ケトン体、血中尿中CPR、抗GAD抗体などの1型糖尿病関連自己抗体、糖負荷試験（75gOGTT）など）を理解する。
4. 経口血糖降下薬の作用機序、その治療効果、副作用、シックデイでの対応について理解する。
5. インスリン療法（1型、2型、その他に区別して）の理論を学び、上級医の指導のもと症例に応じた適切な使用ができる。
6. 1型糖尿病患者に対するカーボカウント療法、インスリンポンプ療法の理論を学ぶ。
7. 上級医の指導のもと、1）糖尿病ケトアシドーシス、2）高血糖高浸透圧昏睡、3）低血糖昏睡の診断、治療を学ぶ。
8. 糖尿病ケアチーム（医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士からなる糖尿病・生活習慣病センター所属の糖尿病療養指導のためのチーム）に参加し、チーム医療の基礎を学ぶ。

・内分泌疾患

1. 内分泌疾患（視床下部・下垂体疾患、甲状腺疾患、副腎疾患、膵内分泌疾患、性腺疾患、副甲状腺疾患とカルシウム・リン代謝異常、多発性内分泌腺異常）に関連する詳細な病歴聴取を行い、適切に診療録に記載できる。
2. 内分泌疾患について、鑑別すべき疾患を上げることができる。
3. 内分泌疾患を診断するために必要な検査、特に負荷試験についてその原理を学び、上級医のもと、それらの検査が実施できる。
4. 上記診断に基づいて、上級医のもと、適切な治療法を選択できる。

消化器内科診療部

研修担当指導医 副院長 兼 消化器内科診療部長 伊藤 敏文
肝胆膵内科担当部長 異 信之

特徴

当院の消化器内科は、現在常勤医師が12名が従事し、8名の内科指導医が担当している。

I. 研修の目的

医師としての必要な内科、特に消化器内科領域の基礎的研修目標を達成する。

II. 教育・研修課程

① 一般教育目標

- ・ 主要な消化器疾患の診断、治療、生活指導を行うための基本的知識・技術・態度を修得する。
- ・ 緊急・救急対応を含めた消化器疾患の初期診療に対する基本的臨床能力を身につける。

② 個別的、具体的研修行動目標

- ・ 正確・的確に問診を行い、消化器疾患の初期診療に関する適切な身体所見取得も含めた診察ができる。
- ・ 上記に基づき、系統立てた情報により、障害部位や病因を推定できる。
- ・ 鑑別診断を挙げ、検査並びに治療計画を立案することができる。
- ・ 検査法を理解した上で適応を決定し、主な所見を解釈することができる。また、指導医の下、検査の介助や検査前後の管理ができる。
 - ✓ 腹部超音波検査（造影超音波検査・超音波検査下生検を含む）
 - ✓ 腹部CT並びにMRI
 - ✓ 腹部血管造影検査
 - ✓ 消化器内視鏡検査（上下部内視鏡検査・ダブルバルーン小腸内視鏡検査・カプセル内視鏡検査・超音波内視鏡検査）
 - ✓ 内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査
- ・ 治療法を理解した上で適応を決定し、指導医の下、投薬内容の指示や治療手技中の介助並びに治療前後・周術期の管理ができる。
 - ✓ 消化器系疾患の投薬・点滴等（消化管疾患関連薬・肝疾患関連薬・免疫調整関連薬（所謂バイオ製剤も含む）・抗癌剤（分子標的治療薬も含む）・栄養管理関連薬・疼痛緩和療法薬等）
 - ✓ 内視鏡的治療（内視鏡的粘膜切開剥離術・内視鏡的粘膜切除術・内視鏡的止血術（アルゴンプラズマ凝固療法を含む）・内視鏡的食道静脈瘤硬化術と結紮術・内視鏡的胃瘻造設術・内視鏡的消化管バルーン拡張術・内視鏡的異物除去術等）
 - ✓ 内視鏡的胆道・膵管ドレナージ術（金属またはプラスチックステント留置術・経鼻的ドレナージ術を含む）
 - ✓ 経皮的胆道・胆嚢ドレナージ術（経皮的胆嚢アスピレーション術を含む）

- ✓ 肝細胞癌・肝腫瘍局所治療（経皮的ラジオ波焼灼術、経皮的エタノール注入術）
- ✓ 腹腔・腹水穿刺
- ✓ 胃管挿入（内視鏡下挿入も含む）
- ✓ イレウス管挿入（内視鏡下挿入も含む）
- ✓ 高カロリー輸液（輸液内容の管理も含む）
- ✓ 経管栄養（投与内容の管理も含む）
- ・ 指導医の下、治療後・検査後の退院計画の策定ができる。
- ・ 指導医の下、退院後の生活指導。栄養指導・服薬指導ができる。

③ 教育研修に関する行事

- ・ 病棟回診： 一週間に一回、診療部長・担当部長と共に病棟回診し、入院患者の診断・治療等のチェックを行い、その後、診療録を確認する。
- ・ 症例検討会：
 - ✓ 消化器内科入院症例カンファレンス（毎週火曜日、一週間の新入院患者の検討と問題症例の検討）
 - ✓ 内視鏡検討会（毎週月・木曜日）
 - ✓ ESD カンファレンス（第1・3・5火曜日）
 - ✓ 肝胆膵癌カンファレンス（毎週月曜日）（当科と外科・放射線科の医師の参加）
 - ✓ 抄読会・連絡会（毎週水曜日始業前と始業後）

④ 研修指導体制

研修医1名に対して、最低1名のの上級医・スタッフ医と1名の指導医による、綿密な研修指導をマンツーマンでの指導と共に集団指導を行う。

III. 診療科の特徴と概要

消化器内科領域の指導医・専門医としての、診療活動と診療指導を行い、外来・病棟・内視鏡センター・超音波検査・手術・処置、周術期管理を含めた診療活動・医療行為の安全かつ、円滑な運営を図るように努めている。

肝疾患領域では、今後も抗ウイルス療法の導入を行い、ウイルス性慢性肝疾患の治療の必要性の周知を医療関係者を含めた衆人への周知・徹底に努め、院内におけるウイルス性肝疾患の見落としを未然に防止する方策を検討している。また、非ウイルス性肝疾患の診断と治療も行い、栄養管理も含めた慢性肝疾患の診断・治療を行っている。

膵疾患領域においては、近隣に専門医が少なく、紹介患者数も多く、慢性膵疾患の症例集積がさらに増加している。

消化管疾患においては、食道胃酸逆流症や機能性胃腸症、ヘリコバクターピロリ感染症についても地域への情報発信を行っている。加えて、ダブルバルーン内視鏡検査やカプセル内視鏡検査も導入し、小腸領域を含めた炎症性腸疾患の適切な診療にも取り組んでいる。

癌診療領域においても、肝胆膵系と消化管系の癌に対して、早期診断と治療に取り組み、積極的に内視鏡治療や超音波器機を用いた低侵襲癌治療を推進している。また、緩和医療も考慮した終末期医療についても取り組み、また、癌登録も的確に行っている。院内のキャンサーボードとして、消化管・

肝・胆膵疾患の癌カンファレンス（キャンサーボード）を定期開催し、消化器内科・外科・放射線診断科・病理科等が協力し適切な治療計画の立案と実行、加えて治療後の評価を行っている。

病診・病病連携を深めるため、積極的に院内外で講演活動を行い、新規患者の紹介数の増加に取り組んでいる。

地域連携を推進するために、本院主催での研究会を行っている。加えて、地域医師会や医療機関と協力し、地域連携を目的とした研究会を開催し、よりよい情報提供を企画し、地域医療機関との連携を更に深めるため、本院からの情報発信に取り組み、地域医療機関向けの研究会を立ち上げ、開催し、今後の企画を進めている。

患者教育のために、消化器病懇話会の定期的な開催を継続的に行うとともに、地域医師会と医療機関と連携して市民公開講座を定期的に行っている。

臨床医としての基盤の形成に努め、良質な臨床研究を行い、医療の倫理を自覚すると共に、医療の質の向上を担保した病院としての立ち位置を地域に発信していきたい。常に、臨床研究的な視点を持つことにより、医療の質とその安全性を意識し、各職種との協力により、患者さん中心の診療となるように努力し教育したい。このことは、医師としての全人教育を行うことになると考えている。

消化器内科として、診療の質向上に努め、病院運営に貢献できるように努めている。適切な教育・指導により人材確保と養成を行いたく考えている。この点を円滑に行うために、大阪大学との協力関係を維持し、良好な関係の構築の維持に努めると共に、地域医療機関と協力し、地域としての医療向上を目指し、また、地域住民への医療の啓蒙を行い、診断治療のみならず、一步進んだ予防医療の構築に貢献出来るように心がけている。

研修期間 必修8週間以上、 選択4週間以上

研修評価 毎週、研修内容を指導医に報告して研修目標の到達状況を説明し、要望や修正を加える。
UMIN の EPOC の入力を確認し、研修評価を行う。研修の終わりに、研修責任者、各指導医からなる卒後臨床研修委員会で、研修成果の評価を行う。

スケジュール例

	月	火	水	木	金
午前	病棟 上部消化管内視鏡 検査 介助	上部消化管内視鏡 検査 介助 病棟回診(1/W)	抄読会・連絡会 (1/W) 病棟	病棟 EUS 介助	内科系カンファレンス (第4週) 造影超音波検査
午後	肝胆膵カンファレンス (1/W)	CF 介助 病棟 症例検討会(1/W)	ESD 介助 C P C (1/2M)	ESD・CF 介助 ERCP 介助	病棟 RFA 介助
夜	内視鏡検討会(1/W)	ESD カンファレンス (第1・3・5週)	抄読会・連絡会 (1/W)	内視鏡検討会(1/W)	

循環器内科

研修担当指導医 循環器内科診療部長 長谷川 新治
担当部長 小笠原 延行

特徴

現在常勤医師が 11 名が従事。

概要

冠動脈疾患・末梢動脈疾患・心不全・弁膜症・心筋疾患・不整脈・成人先天性心疾患・静脈血栓塞栓症・睡眠時無呼吸症候群など、各種循環器疾患の診断・治療を行っている。心臓カテーテル検査・心臓超音波検査・心臓核医学検査・冠動脈CT・心臓MRI など循環器系の専門検査が可能であり、幅広い領域での臨床・研究を行っている。心不全に関しての患者教育・指導に力を入れており、心不全教室による患者教育、病診連携による治療管理体制を進め、心臓リハビリテーションとして、入院から外来への患者指導、運動療法を行っている。

虚血性心疾患の治療に関しては、急性心筋梗塞（急性冠症候群）に対して、24 時間体制で、冠動脈再灌流治療が可能である。慢性冠動脈疾患に関しては、運動負荷試験、心筋シンチ、FFR などを用いて、虚血の評価を行い、血行再建の適応を厳密に判断したうえで、症例ごとに最適な治療を行っている。

ロータブレードによる石灰化病変へのインターベンションや慢性閉塞性病変への血行再建も可能である。ステント留置のみならず、薬剤溶出性バルーンを用い、ステントレスのインターベンションも試みるようにしている。

不整脈に関しては心房細動や上室性頻拍、心室頻拍など、各種不整脈に対するカテーテルアブレーションを積極的に行っており、予後に対する成績評価・有効性を検討している。また、発作性心房細動に対するクライオバルーンは通常に施行可能であり、ホットバルーンやレーザーバルーンなど新しい技術も導入し幅広いアブレーションが可能となった。徐脈性不整脈に対するペースメーカー治療をはじめ、致死性不整脈に対する植込み型除細動器治療や心不全に対する心臓再同期療法も適応を検討しながら行っている。植込み型除細動器に関しては、感染のリスクが少ない皮下植込み型除細動器を用いるケースも増えている。また、通常のペースメーカー植込みが困難な場合には、リードレスペースメーカーをカテーテル的に挿入したり、より生理的なペーシングを目指して中隔ペーシング、ヒス束ペーシングも試みている。

透析患者や糖尿病患者も多く、重症下肢動脈虚血の症例に対して、皮膚科・形成外科・心臓血管外科・糖尿病内科・腎臓内科で協力して、フットケアチームとして治療にあたっている。

静脈血栓塞栓症は、外科手術や悪性疾患と密接に関係しているため、迅速な診断・治療を心掛け、カテーテル的血栓溶解療法も行う場合がある。抗凝固療法の困難な症例には、肺塞栓予防のため、下大静脈フィルター留置も可能である。

睡眠時無呼吸外来を週 1 回行っており、ポリソノグラフィーによる検査入院にて、治療の適応を決めている。

心臓血管外科との連携も密接にとっており、冠動脈バイパスや弁膜症の手術も迅速に対応してもらっている。ハイブリッド手術室の導入により、大動脈疾患・末梢動脈疾患の治療が大幅に改善された。

急性大動脈解離に関しては循環器内科にて初期対応・診断を行い、迅速に心臓血管外科にて手術・ステント治療の対応が可能となった。

また、2019年度より経皮的カテーテル的大動脈弁留置術（TAVI）実施施設としての認定もされ、順調に症例数が増加している。

救急医療には積極的に対応しており、ホットラインも駆使し、24時間体制で、救急隊や地域医療施設からの救急患者を受け入れている。

実績

年間の治療件数(2019年)

冠動脈インターベンション：149件（急性心筋梗塞 42件） 経食道心臓超音波検査：150件

末梢動脈疾患インターベンション：58件 心臓核医学検査：601件

カテーテルアブレーション：168件 冠動脈CT：411件

新規ペースメーカー植込み：21件（そのうちICD 4件） 心臓MRI：19

経胸壁心臓超音波検査：約5,000件

TAVI 2020年14件

症例報告を中心とした英語論文が国際的な雑誌に掲載されるようになった。

学会では日本循環器学会・日本心血管治療学会・日本不整脈学会・日本心臓リハビリテーション学会・日本心臓超音波学会などに症例報告・不整脈・心臓リハビリ・心臓超音波に関する研究成果の発表を行った。

冠動脈インターベンションでは小笠原が学会やライブにてコメンテータとして貢献し、日本心臓核医学学会からの依頼により、心臓核医学の普及・教育を目指して、長谷川が研修会の講師を行った。

研修期間 初年度 必修8週間以上（脳神経内科と選択）、次年度 選択4週間以上

研修目的 循環器内科領域の基礎的研修目標を習得する。具体的には、虚血性心疾患、心不全、不整脈患者など様々な循環器疾患に対する基本的な診断アプローチ法を学ぶ。

研修内容 ① 一般教育目標

循環器疾患全般にわたる基本的な臨床知識、基本手技を身に付ける。

患者および他職種の医療スタッフと良好なコミュニケーションを築く力を身に付ける。

② 個人的、具体的行動目標

1 診察法

循環器に関係する身体所見（血圧、打診、心臓・肺の聴診、血管雑音、脈波所見など）を正確に把握し、整理して記載する。特に見逃してはいけない心雑音やバイタルサインを捉える力を習得する。

2 検査および処置

病歴および身体所見から得た情報をもとに、必要な検査を選択・指示・施行し、その結果を評価するとともに、正確な判断を下す。具体的には、血液検査、検尿、心電図、レントゲン、心臓超音波検査、核医学検査、CT、MRI、血管造影などの検査の結果を解釈する力を修得する。運動負荷試験・心筋シンチ検査に立ち会い、心電図の読影などの指導を受ける。また、動静脈穿刺、血管内カテーテル検査などの手技・処置について適応・管理、一部施行できる力を修得する。

3 治療

得られた診療情報から薬物、非薬物による治療計画を立案し、遂行する力を修得する。具体的には、強心薬、心筋保護薬、利尿薬、抗不整脈薬などの薬剤の選択・使用法や、ペースメーカー、カテーテル治療、補助循環装置などの適応・管理する力を修得する。

③ 教育に関する行事

1. オリエンテーション：年度初めに病院全体における規則、電子カルテの操作法、各科での研修内容などの説明を受け、各研修のはじめに病棟諸規則などの説明を受ける。
2. レクチャー：各科にて基本的な知識のレクチャーを行う。循環器に関しては心不全や心エコーなどの知識をレクチャーする。

3. カンファレンス：

終日毎朝：ICUにてICU患者、新入院患者などについて報告

月曜：その週のカテーテル検査・治療症例に関して検討

木曜：その週のカテーテル結果、心臓外科手術症例の検討、病棟患者のカルテ回診

④ 指導体制

研修期間中、研修医1名に対して2名の指導医がつけられ、指導医の受け持ち患者を伴に診療することにより、指導を受ける。

週1回、初診外来の予診を担当してもらい、患者の問診、基本的な診察を行い、外来指導医にて指導。

研修評価

毎週、研修内容を指導医に報告して研修目標の到達状況を説明し、要望や修正を加える。

研修の終わりに、研修責任者、各指導医からなる卒後臨床研修委員会で、研修成果の評価を行う。

脳神経内科

研修担当指導医 脳神経内科診療部長 上田 周一
脳神経内科担当部長 寺川 晴彦

特徴

スタッフは、現在常勤医師が 4 名、当直専従医 4 名。

脳卒中を中心とした神経内科疾患の診療に従事し、本年も SCU での脳卒中を中心とした診療に加えて、てんかん・髄膜炎・ギランバレー症候群などの神経救急疾患も積極的に受け入れている。

一方で、地域医療機能推進の一環として、神経難病の患者さんも増加傾向にあり、遺伝子診断やボトックス注射などの特殊治療にも対応している。

日本神経学会よりの勧告に従い、令和元年 5 月より標榜科名を、神経内科から脳神経内科に変更した。

2019 年度実績

脳神経外科と連携しての SCU 9 床の稼働率は例年通り 90%以上で推移していた。

一般病床を含めて、年間約 300 名の新入院患者を受け入れた。

脳卒中については、t-PA や脳神経外科との協力による血管内治療などの超急性期治療実施件数が、2 年連続して年間 25 例を超え、学会が求める施設目標を達成した。

脳卒中ネットワークを介しての回復期リハビリテーション病院への転院や療養支援も順調である。

その他一般神経疾患についても、神経救急疾患に対する ICU 管理のほか、免疫性神経疾患に対するステロイドパルスや血漿交換を中心とした免疫修飾療法に従事。神経難病に対する特定疾患申請・在宅支援や脳卒中後遺症患者さんをも含めた身体障害認定継続の他、拘縮四肢に対するボトックス治療なども行っている。

また、本年度より日本神経学会の准教育病院から教育病院に昇格した。

学生実習や初期研修医の受け入れも積極的に行い、初期研修医 1 年目 3 名、2 年目 6 名の初研修医と日生病院からの内科専攻医 2 名が当科で研修。

脳卒中以外の主要神経筋疾患は延べ入院数

ALS（筋萎縮性側索硬化症）：1 例、脊髄性筋萎縮症（SMA）：1 例、パーキンソン病：10 例、多系統萎縮症：1 例、脊髄小脳変性症：4 例、多発性硬化症：3 例、重症筋無力症：5 例、ギランバレー症候群：9 例、髄膜炎を含めた神経感染症：14 例、てんかん：14 例などであった。

研修目標

脳神経内科は脳・脊髄・末梢神経・筋肉の器質的疾患を対象としており、症状としては、頭痛、手足脱力、歩行異常、ふるえ、痙攣など多岐にわたります。病名としても、脳卒中のほかパーキンソン病・筋萎縮性側索硬化症といった変性疾患、てんかん・片頭痛など機能性疾患、重症筋無力症・多発性硬化症といった神経免疫疾患など、非常にたくさん種類があります。

とくに、診察と画像および神経生理学検査を組み合わせで診断する神経局在診断を専門としている。

研修医の皆さんに対する内科の指導方針としては、一人前の医師となるために必要な幅広い知識や経験の習得のみならず、各種専門的な手技の習得に関しても十分にサポートしていくことを基本としています。そしてそのための症例数も十分ではありますが、逆に忙しさにかまけて流されてしまわないよう、1例1例をじっくり吟味するための配慮も同時に行っています。

昨今の現代社会から要求される医師のレベルは年々上昇しており、これに十分対応出来る能力を身につける。具体的には日常診療で遭遇する内科疾患への理解を深め、SOAPの考え方にに基づき正しい診断を導き出す診断力の向上、診療テクニックのマスター、様々な検査技術の習得などを目標とする。

研修内容

病棟研修

上級医との2人主治医制をとり、患者を受け持つ。6ヶ月で30人以上の症例を経験する。頭痛、手足脱力、歩行異常、ふるえ、痙攣など多岐にわたります。病名としても、脳卒中のほかパーキンソン病・筋萎縮性側索硬化症といった変性疾患、てんかん・片頭痛など機能性疾患、重症筋無力症・多発性硬化症といった神経免疫疾患などについて、症例の有無により、随時担当する。

外来（救急）研修

必要に応じ、上級医について外来診療の研修をする。特に時間外については積極的に参加する。

各種検査研修：RI、筋電図、脳波検査等

各種手技研修：採血、末梢血管確保、各種カテーテルの挿入、気管内挿管、骨髄穿刺、髄液穿刺、
カウンターショック等

研修期間 必修8週間以上（循環器内科と選択） 選択8週間以上

研修評価

1. 日本脳神経内科学会認定の病歴要約に準じた様式で経験症例のうち各分野2症例ずつ提出する。
2. 到達目標の到達状況を自己評価し提出してもらおう。その後各上級医の評価を加え、実際の到達状況を再確認しその後の自己研鑽に役立てる。

外科臨床研修基本項目

1. 外科（消化器、呼吸器）、整形外科、乳腺・内分泌外科が基本であるが、心臓血管外科、脳神経外科、泌尿器科の選択も可能である。外科系科目の基本から実際にいたる臨床場面での研修を行う。

2. 研修期間 必修8週以上、 選択4週間以上

3. 研修内容

8週(以上)の外科系研修期間には、外科（消化器外科(上部・下部・肝胆膵)、呼吸器外科)、整形外科、乳腺・内分泌外科、脳神経外科、心臓血管外科、泌尿器科から選択し、責任指導医の下で各研修医に適したプログラムを組み、(外科（消化器外科(上部・下部・肝胆膵)、呼吸器外科)については効率的にまわりながら)病棟研修を行う。この間、研修医は受け持ち医として指導医の下で診療を行い、外科系での診療上必要な種々の手技・考え方、周術期の全身管理等の対応ができるよう研修する。

なお、剖検への参加は義務とし要約を作成する。

4. 研修目的

(ア)外科系基本手技の習得

1) 基本的な手術器具(メス、鋏、縫合糸、針、持針器、鉗子、鉤)、手術機器の取り扱い

2) 創傷の管理法

3) 局所麻酔法

4) 止血法

5) 組織の剥離法

6) 創傷修復の基本的な手技

7) デブリードマン

8) 創傷縫合法、結紮法

9) 術後創傷管理と縫合糸の抜糸法

10) 無菌法と手術場での行動

・無菌法の原則

・接触による汚染の予防(手術材料の滅菌、保管方法、手洗い法、ガウンテクニック、消毒法、覆布の掛け方、手術場での行動)

11) 基本手技

・静脈穿刺

・動脈穿刺

・静脈カットダウン(カニューレ挿入)

・鎖骨下静脈カテーテル法

・内頸静脈カテーテル法

・外頸静脈カテーテル法

・動脈カニューレ挿入法

・気道へのアクセス方法

・胸腔穿刺

②外来診療の研修

外科

研修担当指導医 院長 西田 俊朗
外科診療部長 副院長 畑中 信良、
外科担当部長 岩崎 輝夫、井出 義人、出村 公一

当科の特徴

山崎名誉院長、西田院長はじめ、他 11 名のスタッフが在籍。

2019 年の消化器外科の手術件数は 639 件、そのうち全身麻酔症例は 535 件であった。

(※全身麻酔手術の 74%が内視鏡手術 (394 件) であった)

大阪府がん診療拠点病院として、食道癌 15、胃癌 58、大腸癌 90、肝癌 34、膵癌 26 例の手術を施行した。放射線治療、化学療法、終末期の緩和ケアも多数担っており、消化器癌の治療に関しては、手術だけでなく、早期がんから緩和ケアまで悪性疾患のあらゆる段階での治療に対応している。

救急外来に搬送された急性腹症にもオンコール体制で対応し、消化管穿孔、腸管虚血、腸閉塞、急性胆嚢炎、急性虫垂炎などの手術も施行。

良性疾患については虫垂切除術 47、腹膜炎手術 30、胆嚢摘出術 133、ヘルニア 72 例などを行った。専門医がそれぞれの専門領域の診療・手術・治療に当たっている。

●上部消化管

食道癌、胃癌、胃 GIST (粘膜下腫瘍)、胃十二指腸潰瘍穿孔が主な治療の対象になる。

心肺有合併症例、高齢者の手術が増加するなか、質の高い医療を目指し積極的に診療に臨んでいる。

食道癌：2019 年度は 15 例の手術症例を経験。うち胸部食道癌に対する根治術は 8 例。

大阪大学医学部山崎准教授を招聘し、腹臥位胸腔鏡下食道切除の導入を推進した。

手術と組み合わせた集学的治療により、治療成績のさらなる向上を図る。

消化器内科、放射線科、などと連携した非切除症例の治療も数多く担当。

胃 癌：2019 年度の胃癌手術症例は 63 例。

胃癌の手術術式は多様化しており、進行がんに対する腹腔鏡手術、胃の機能温存手術 (幽門保存手術、噴門側胃切除) など新たな術式に取り組んでいる。

大阪大学消化器外科分科会、大阪消化器癌化学療法グループ (OGSG) などの治験に多く参加し、大阪大学消化器外科先進化学療法開発部とそれぞれの症例を検討するなどの活動も行っている。

新規抗がん剤「Nivolumab」も導入し、多くの患者さんに適用した。

●下部消化管

大腸癌、大腸癌イレウス、憩室穿孔腹膜炎、GIST が主たる治療の対象となる。

腸閉塞を来すような進行癌症例に加え、ESD 後の追加切除も多く扱っている。

手術は大部分が腹腔鏡手術で行われ、2018 年は結腸癌手術 57 例、そのうち腹腔鏡手術は 52 例 (腹腔鏡手術割合 91%)、直腸癌手術 19 例、そのうち腹腔鏡手術は 18 例 (腹腔鏡手術割合 95%) であった。

上部消化管と比較すると腹腔鏡手術の割合は高かった。

虫垂炎手術は全例腹腔鏡下に行われた。

●肝胆膵外科

胆石症、胆嚢炎、肝嚢胞、膵嚢胞、脾腫などの良性疾患から肝臓癌、胆道癌、膵臓癌などの悪性疾患までさまざまな疾患に対応して診療を行った。

診断、治療方針の決定については消化器内科、放射線診断科と定期的に症例検討会を行い、密に連携をとることにより安全かつ良質な医療を提供することを心掛けている。

悪性疾患に関しては癌の進行度と患者様の耐術能を総合的に評価した上で、手術・化学療法(抗がん剤)・放射線治療を組み合わせた集学的治療によって治療成績の向上に努める。

また、他診療科医師、がん看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士などの多職種で連携し、患者様にとって常にベストの医療を選択出来るようにも心掛ける。

手術方法に関しては根治を目指した拡大手術から、安全性、根治性を検討しながら腹腔鏡下肝切除・膵切除などの低侵襲手術までさまざまな手術を行うこととしている。

良性疾患に関しては、低侵襲で整容性に優れた腹腔鏡手術を積極的に行っている。

特に急性胆嚢炎にする治療方針は「急性胆嚢炎、胆嚢炎診療ガイドライン(Tokyo Guideline 2018(TG18))」に準じて早期手術を行う方針を遵守。

肝胆膵外科の2019年の手術実績は以下のとおり。

悪性疾患：61例(高難度手術症例：27例)

うち、肝癌：34例、膵癌：12例、胆道癌：15例

良性疾患：134例(腹腔鏡下胆摘：125例、開腹胆摘：6例など)

●一般外科、その他

そのほかにヘルニア手術を72例(うち腹腔鏡手術47例)、婦人科を中心に他科応援手術を多数行う。

●呼吸器外科

外科チームの一つとして、呼吸器(肺・縦隔)領域の外科疾患に対して手術治療を中心に診療を行っている。毎週、呼吸器内科と放射線治療科と合同で呼吸器合同カンファレンスを開催。多彩な呼吸器疾患に対して、診断や治療方針などを検討している。

肺がんに関しては治療方針の決定と共に、術前治療や術後補助化学療法、更に再発症例に対する化学療法(分子標的治療を含む)や放射線治療に関しても検討し、集学的治療が円滑に行われるように努めている。個々の肺がん患者さんに関して診断から治療、そして再発時に至るまで外科、内科および放射線科で情報共有できる体制をとっている。

原発性肺がんに対する手術は胸腔鏡補助(併用)下手術を基本とし、外科専門医を目指す後期研修医には、気胸、転移性肺腫瘍や一部の縦隔腫瘍に対する手術の術者が経験できるように指導している。

大阪大学呼吸器外科診療連携施設の一つとして多施設共同臨床研究にも積極的に参加している。

2019年全身麻酔下手術総数は34例

研修目標

患者へのきちんとした接遇態度を学び、患者・家族が理解し納得できる病状説明ができる。

日常診療で遭遇する外科疾患についての理解を深め、基本的な診断技術に習熟し、正しい診断を導き出す。

切開・縫合などを始めとする基本的な外科的手技をマスターする。

救急処置を始めとするプライマリケアが行える。

麻酔の基礎知識を習得し、全身麻酔に対応できるようになる。
胃内視鏡、胃透視、注腸透視などの基本的な検査技術を習得する。

研修内容

外科研修

- ・オリエンテーション：医師としての心構え、診療態度について研修を受ける。
- ・輸液・経腸栄養の基礎知識を講義にて学ぶ。
- ・手術の基本手技を学ぶ。
- ・実習：上級医との二人主治医制を取って患者を受け持つ。
- ・自ら投薬や点滴の処方を行う。
- ・静脈留置針や CVC カテーテルの挿入をマスターする。
- ・外科疾患について理解し、手術に必要な術前検査を行う。
- ・手術適応、術式の選択、局所解剖を学んで助手として手術に参加する。
- ・局所麻酔の外来手術、虫垂炎、ヘルニア、胆石症などの執刀を行う。
- ・術後管理について学び、手術内容や予後について患者や家族に説明する。
- ・研修状況に応じてローテート中において 1 回/週程、度指導医より一般外来診療の研修を行う。

検査実習

- ・直腸鏡・肛門鏡検査、胃内視鏡検査、大腸内視鏡検査、超音波検査、胃透視検査、注腸透視検査などを自ら行う。

研修評価

毎週、研修内容を指導医に報告して研修目標の到達状況を説明し、要望や修整を加える。

研修の終わりに、研修責任者、各指導医からなる卒後臨床研修委員会で、研修成果の評価を行う。

スケジュール例

	月	火	水	木	金
午前	外来・検査・ 回診	外来・検査・ 回診	外来・検査・ 回診	外来・検査・ 回診	一般外科 外来
午後	外来・検査・ 回診	外来・検査・ 回診	外来・検査・ 回診	外来・検査・ 回診	外来・検査・ 回診

乳腺・内分泌外科

研修担当指導医 乳腺・内分泌外科診療部長 塚本 文音

特徴

乳腺・内分泌外科では4名の医師が乳腺、甲状腺疾患の診療に従事しています。

取り扱う疾患は乳がん、乳腺良性疾患、甲状腺がん、甲状腺良性疾患などです。

乳がんの診断、治療（手術、薬物療法）と甲状腺がんに対する手術治療を主として行っています。

乳がんは、わが国での女性の癌罹患の第1位です。日本人女性の9人に1人（10.6%）が一生のうち乳癌にかかり、生涯死亡リスクは1.7%です。

40歳から60歳代の女性では、がん死亡の中で、乳がんが最も多い割合を占めています。

残念ながら、我が国の乳がん検診の受診率は諸外国に比べ低く、乳がん検診の受診の必要性を啓蒙していくことは、すべての医師に課せられた課題です。

将来、乳腺外科医を目指す方だけでなく、内科、外科系各科、放射線科などを目指す方にも、乳腺、甲状腺疾患のプライマリケアに必要な知識、技能を当科での研修により習得できます。

また、チーム医療における他職種との連携・協働の方法を学べます。

到達目標

- 乳腺・甲状腺疾患患者の問診・視触診を行うことができる。
- 超音波検査、マンモグラフィなどの各種画像診断の適応を理解し、読影することができる。
- 各種病理検査の適応とその結果を理解できる。
- 乳がんに対する外科治療、放射線治療、化学療法および内分泌療法の役割の理解。
- 乳腺・甲状腺疾患の手術を助手として実施。
- 乳がん、甲状腺がんの周術期管理を上級医とともに行う。
- 薬物有害反応に関する知識の習得。
- 緩和・終末期医療を上級医とともに行う。
- 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に関わる診療の理解。
- 遺伝カウンセリングの意義の理解。
- 乳がん検診に関する知識の習得。
- 臨床試験に関する知識の習得。
- 医療保障、医療経済に関する知識の習得。

方略

- 外来で、上級医、指導医のもと患者を診察する。
- 病棟で、上級医とともに患者を受け持ち、主体的に診察する。
- 院内合同乳腺カンファレンスへの参加。

研修期間：必修(外科系) 8週間以上、 選択4週間以上

研修目標：研修内容に準じ、乳腺・内分泌外科に関わる診療、チーム医療を学ぶ。

研修評価

研修目標の到達状況を適宜、指導医に報告し、要望や修正を加える。

研修の終わりに、研修責任者、各指導医からなる卒後臨床研修委員会で、研修成果の評価を行う。

週間スケジュール

	午前	午後
(月)	外来診療	超音波検査 ステレオガイド下マンモトーム生検
(火)	外来診療 超音波検査	ステレオガイド下マンモトーム生検 回診
(水)	外来診療 手術	院内乳腺合同カンファレンス
(木)	外来診療 手術	超音波検査 エコーガイド下マンモトーム生検
(金)	外来診療 手術	症例カンファレンス 抄読会

整形外科

研修担当指導医 副院長 大脇 肇

整形外科診療部長兼統括診療部長 島田 幸造

人工関節診療部長 中田 活也

当科の特徴

整形外科は運動器を扱う診療科のひとつであるため、治療効果が患者さんの生活環境(体の使い方など)に大きく影響されるという特徴を持つ。すなわち、診断名のみでは、その患者さんに対しての適切な治療が必ずしも出来ないという難しさのある科でもある。

当科では、ひとつひとつの病気やけがに対する治療に加え、その患者さんの生活環境や体全体、性格的なものも考慮し、我々の治療が、それらにどのような影響を与えるか、という観点から必要な治療手段を選択するという見方ができるよう、医師のみならず理学療法士やナース、その他パラメディカルとのチーム医療を重視している(医師としての基盤を作るうえでもとても重要)。各合同カンファでは、前日診療した入院患者&外来患者や、毎月1回入院患者に対して、各方面の観点から、治療内容や今後の方針含め、後に患者さんがより良い人生を送れるよう「我々の出来ること」を検討する。

また、脊椎、股関節、膝・関節炎、上肢(肩、手・肘)、スポーツ膝、といったサブグループに専門分化して診療に当たっており、当科では整形外科全般についても学べ、その上で「脊椎疾患(例)」というようにスペシャリティも経験できるという利点がある。

研修目標 色々な角度から病態を診ることが出来る習慣を身に付ける。

→ その上で、自分の持っている治療手段を適切に使える。

→ その治療手段を使った効果を知ることができる。

→ その結果、自分の治療手段のレパートリーを増やしていく。

こういった流れで、研修後も自分を発展させていくための基礎を作ることが最大の目標です。

研修内容 基本的には常勤の整形外科医と同じカリキュラムで行動し、チームの一員となることから始まります。その中で、上級医とのペアで入院患者を担当、検査治療に参加します。

1 診察&診断：実際の診察のみならずふるまいを観察すること、
それを基にして診断が出来ること

2 診断をより明確な物とするための各種検査が選択、実地が出来ること

3 実際に投薬、手術などを上級医の指導の下行い、治療を完遂する事が出来ること

特に興味を持った疾患からこのような流れで修得、自分にあったペースで自分の持つ治療手段のレパートリーを増やしていくよう指導します。

研修期間 必修(外科系) 8週間以上、 選択 4週間以上

初期研修後：大阪大学整形外科学教室入局後、関連病院へ配置

整形外科週間スケジュール

	カンファレンス等	手術
月曜日	8:00 から 外傷カンファレンス	股関節、脊椎外科
火曜日	8:00 から 術前カンファレンス①	股関節、スポーツ膝、手外科、肩
水曜日	7:50 から 病棟回診	リウマチ、スポーツ膝、肩
木曜日	8:00 から 勉強会	リウマチ、脊椎外科、手外科
金曜日	8:00 から 術前カンファレンス②	リウマチ、手外科、股関節、スポーツ膝

●整形外科

大脇副院長、島田統括診療部長兼整形外科主任部長のもと、約 20 名の整形外科医で形成。

リウマチ・脊椎外科・人工関節・スポーツ医学科・スポーツ整形外科・外傷外科ならびに各センターと専門分野に分かれ、常に活性化をしながら互いに切磋琢磨し、最高水準の診療レベルを維持し医療提供している。

手術室や病棟のスタッフも専門的な治療、ケアに習熟しており、内科をはじめとする他科との連携を密にとることで、合併疾患がある方でも安心して手術を受けられる環境を整えている。

[2019 年度実績]

- ・手術件数 1,887 件 (両 THA は 1 件とカウント)
- ・入院患者数 3,400 人/1 か月あたり
- ・国内・国際学会発表、国内・国際論文及び著書 130 あまり
- ・講演依頼 多数

◆リウマチ科

[概要] 関節リウマチは合併症の多い疾患で、治療の主体は免疫抑制療法である。

[2019 年度実績] ※再掲

- ・関節リウマチ (RA) と脊椎関節炎 (SpA) の合計数 914 人
- ・生物学的製剤の開始または変更 75 人
- ・足関節・足部疾患 37 例
- ・主たる手術対象 変形性膝関節症に対する人工膝関節置換術 (人工関節センターの項参照)

◆脊椎外科

[概要] 服薬やコルセットなどを用いた保存療法を試み、症状の改善が見られない場合には手術治療を適応。腰椎変性疾患 (腰部脊柱管狭窄症、腰椎変性すべり症、腰椎分離 (すべり) 症、腰椎椎間板ヘルニアなど)、頸椎変性疾患 (頸椎症性脊髄症、頸椎症性神経根症、頸椎後縦靭帯骨化症、頸椎椎間板ヘルニア、環軸椎亜脱臼など)、胸椎変性疾患 (胸椎後縦靭帯骨化症、胸椎黄色靭帯骨化症、変形性胸椎症、胸椎椎間板ヘルニアなど)、脊柱変形 (思春期特発性側弯症、変性 (後) 側弯症など)、脊椎外傷 (圧迫骨折後偽関節など)、脊椎腫瘍 (原発性脊椎腫瘍、転移性脊椎腫瘍)、脊髄腫瘍 (髄内腫瘍除く)、脊椎炎症性疾患 (化膿性脊椎炎、リウマチ性脊椎疾患など)、透析性脊椎疾患などを対象にしている。

内科をはじめとする他科との連携を密にとることで、心臓病や糖尿病、透析等の合併疾患がある方でも安心して手術を受けていただける環境を整えている。

旧大阪厚生年金病院時代から続く伝統ある診療科で、脊椎脊髄疾患の患者は地元福島区、大阪市だけでなく全国から来院。

[2019 年度実績] ・手術件数 年間 450 件程度 ※再掲

腰椎除圧術 (従来法部分椎弓切除術、内視鏡視下手術 MEL)、

腰椎固定術（通常の椎弓根スクリューあるいは CBT スクリュー法による後方進入椎体間固定術、後方固定術）、
腰椎椎間板摘出術（従来法、内視鏡視下手術 MED）、
頸椎椎弓形成術（人工骨あるいは金属プレート使用）、
頸椎後方固定術（椎弓根スクリューあるいは外側塊スクリュー使用）、
頸椎前方固定術（ケージ使用の椎体間固定術、自家骨＋プレート使用の亜全摘前方固定術）、
後側弯症矯正固定術（前方・後方 2 期的手術）など

●スポーツ医学科

[概要] 整形外科の中の一分野として、特にスポーツ傷害に苦しむアスリートたちをサポートすべく活動しています。スポーツ傷害とはスポーツに特有の外傷とともに酷使される部位の慢性機能障害を含み、高度に専門化された診療技術や設備、リハビリテーション部門が必要となる。技術や小侵襲手術を可能にする関節鏡などの手術器具は、スポーツ選手の復帰へのサポートだけでなく一般患者の治療にも応用される。

当科は身体を支える下半身、中でもスポーツ傷害の頻度の高い膝関節を中心に下肢のスポーツ傷害を担当する「膝関節グループ」、人体中最も大きな可動域を有するため傷害頻度も高い肩関節を担当する「肩関節グループ」、道具として人が最も使うことから力だけでなく繊細な動きも要求される手指や肘関節を担当する「手・肘関節グループ」の 3 部門でスポーツ傷害の治療に対応しています。いずれも関節鏡視下手術の技術を駆使した小侵襲手術でアスリートの傷害からの復帰に、ひいては一般の方の健康増進に貢献します。

[2019 年度実績]・手術件数 年間 920 件 ※再掲

膝関節グループ：348 件

（鏡視下膝十字靭帯再建 68、その他鏡視下靭帯再建 13、鏡視下半月板手術 77、
高位脛骨骨切り 63、その他の関節鏡視下手術 72、ほか）

肩関節グループ：138 件

（鏡視下腱板修復 87、鏡視下バンカート修復 19、人工肩関節 7 ほか）0

手・肘関節グループ：434 件

（骨折・偽関節手術 81、神経手術 90、腱・靭帯手術 29、
離断性骨軟骨炎（肋骨移植など）23、関節鏡視下手術 39、ほか）

●手外科・外傷センター

[概要] 整形外科の中の一分野として、手や肘の障害や、労災事故など外傷による上肢機能の改善・再建を主なフィールドとし、スポーツによる怪我や傷害も含め、多岐にわたる運動器の傷害治療に専門的に診療しています。肩や腕、肘の機能は重要で、上肢の機能障害を最大限回復させ、人間にとっての大切な道具である手を最大限生かせるよう時には手術用顕微鏡を用いたマイクロサージャリーの技術も使い全身の外傷治療を行うなどの診療に当たっています。

[2019 年度実績]・手術件数 年間 434 件 ※再掲

(骨折・偽関節手術 81、神経手術 90、腱・靭帯手術 29、
離断性骨軟骨炎(肋骨移植など) 23、関節鏡視下手術 39 ほか)

●人工関節センター

[概要] 変性関節疾患のみならず大腿骨頸部骨折や人工関節周囲骨折などの救急患者様も積極的に受け入れています。手術室にはクリーンルームを4室設置し、よりスムーズに患者様を受け入れられる体制を構築しています。

当センターでは早期社会復帰と動作制限のない人工関節置換術を目指しており、多くの新技術(MIS、3次元手術計画、手術ナビゲーション、3Dプリンター技術、症例個別の実物大骨モデル)を取り入れています。これらの新技術を駆使し、計画・作成・手術まで当センター内で実施できる自己完結型の本格的な人工関節センターです。

[2019 年度実績]・手術件数 年間 475 件 ※再掲

人工股関節置換術：249 件

人工膝関節置換術：180 件

大腿骨頸部骨折・人工関節周囲骨折：46 件

脳神経外科

研修担当指導医 脳神経外科診療部長 岩本 文徳
担当部長 山際 啓典

当科の特徴

スタッフは常勤医師3名、非常勤数名。

救急部・脳神経内科・神経小児科・神経放射線科・病理科の協力により術前の綿密な検討の結果で治療法を決定し、患者さんとは納得が行くまで話し合う。患者さん一人一人を総合的に診て、最も良い治療方針を患者さんとともに決定。医療技術の進歩も積極的に取り入れ、minimum invasive surgery を常に心掛け、開頭術だけでなく、定位放射線治療や血管内治療（カテーテルによる治療）、内視鏡治療にも積極的に取り組んでいる。

集中治療室（ICU）では専任医師と看護師とにより、重症患者に対するドレーン管理、呼吸器管理、低体温治療など、最重症疾患にも対応する。

MRI、CTは各2台、脳灌流画像にも対応している。脳血管撮影装置、脳血流測定装置も装備されている。血管内治療を含むあらゆる緊急手術にも対応可。

脳神経外科・脳神経内科医師による脳卒中当直を行っており、夜間・休日問わず、脳神経担当医の診察が可能。くも膜下出血などの緊急対応を要する疾患の場合は24時間手術対応を受け付けている。

脳卒中センターも併設し、毎週、脳卒中センター検討会を開催し、救急部・脳神経外科・脳神経内科・集中治療部・リハビリテーション科・放射線科など医師部門だけでなく、放射線技師・看護師・リハビリ技師が共同して急性期治療にあたっている。

脳動脈瘤コイル塞栓術、経皮的血栓回収術などの脳血管内治療も積極的に実施。

定位放射線治療が最適と判断した場合は、希望する施設への紹介となる。

治療が終了後は、かかりつけ医やリハビリ専門病院に紹介。

◆実績

入院患者総数：延べ約9,400名（平成31年4月1日～令和2年3月31日）

令和2年手術件数：167例

- 【脳腫瘍・脊髄腫瘍】 転移性脳腫瘍、神経膠腫、髄膜腫、下垂体腺腫、悪性リンパ腫、神経鞘腫、脊髄髄膜腫
- 【脳血管障害】 高血圧性脳内出血、くも膜下出血、脳動脈瘤破裂・未破裂脳動脈瘤（クリッピング術、コイル塞栓術）、脳動静脈奇形、硬膜動脈瘤、もやもや病、脳梗塞（tPA 静注療法、機械的血栓回収療法）、頸動脈狭窄症（CEA、ステント留置術）、バイパス術
- 【頭部外傷】 急性硬膜下血腫、急性硬膜外出血、外傷性脳内出血、外傷性くも膜下出血、慢性硬膜下血腫
- 【水頭症】 二次性水頭症、特発性水頭症
- 【感染症・その他】 脳膿瘍、シャント感染、術後頭蓋骨欠損

研修内容

外科系科目（外科、整形外科、乳腺・内分泌外科、脳神経外科、心臓血管外科、泌尿器科）の基本から実際にいたる臨床場面での研修を行う。

研修期間 必修(外科系) 8週間以上 選択4週間以上

研修目標： 総括目標 研修内容に準じ、外来を含め初期診療、チーム医療を学ぶ
 具体的目標 脳神経外科の基礎的知識の獲得
 診療技術の獲得
 脳神経外科全般の診断
 患者管理の習得
 手術手技の習得

研修評価

毎週、研修内容を指導医に報告して研修目標の到達状況を説明し、要望や修正を加える。

研修の終わりに、研修責任者、各指導医からなる卒後臨床研修委員会で、研修成果の評価を行う。

週間スケジュール例

	月	火	水	木	金
午前	病棟診察	症例検討	病棟診察	手術日	症例検討
午後	脳血管撮影		血管内手術	手術日	脳血管撮影
夜		カンファレンス (1回/W)	手術検討会 (1回/M)		

心臓血管外科

研修担当指導医 心臓血管外科診療部長 北林 克清

担当部長 丸本 明彬

当科の特徴

スタッフは常勤医師3名。

ハイブリッド手術室の機能を活かして大動脈疾患に対するステントグラフト内挿術などの低侵襲手術を積極的に行っており、また、大阪市西部地区では唯一の経カテーテル的大動脈弁置換術（Transcatheter Aortic Valve Implantation）の実施設に認定されている。ハートチームとして循環器内科との連携がより強化されたことにより、引き続き手術症例数が増加している。併設する心臓センターでは、これまでも冠動脈疾患、不整脈疾患、弁膜症疾患、大血管疾患、末梢血管疾患などに対して緊急対応を含めた診療実績があり、また、循環器ホットラインの活用により救急疾患の受け入れ数も徐々に増加している。スタッフ全員でコロナウィルスによる影響によらず循環器疾患の診療の質を落とさないようも尽力している。

僧帽弁閉鎖不全症に関しては従来から、可能であれば弁置換を行わず弁形成術を行っていたが、2019年より、僧帽弁手術のみ行う症例については右小開胸による低侵襲心臓手術（Minimal invasive cardiac surgery=MICS）を導入している。これにより、人工心肺は使用するが、術後の疼痛の軽減や早期のリハビリなどの効果が期待できると考えている。

大動脈弁疾患に関しても、従来の胸骨正中切開による大動脈弁置換術に加え、手術方法の選択肢が広がった。経カテーテル的大動脈弁置換術の施設認定を取得したことにより、手術リスクの高い患者さんには血管内からの治療が可能となった。人工心肺を使用した手術でも僧帽弁手術と同様、可能な症例には右小開胸による大動脈弁置換術（MICS-AVR）を行う方針としている。

心房細動を合併している症例では、これまでもメイズ手術を行ってきたが、血栓形成、脳梗塞の発症を予防するため、左心耳を確実に閉鎖することが可能な左心耳クリップを積極的に使用している。

大動脈疾患についてはステントグラフト内挿術を積極的に行っているが、必要な症例に対しては開胸、開腹の手術も行っている。大動脈解離の症例も積極的に受け入れており、緊急手術にも対応している。冠動脈疾患については可能な症例には人工心肺を用いないバイパス手術（Off pump coronary artery bypass）を行っており、心室中隔穿孔などの急性心筋梗塞後の機械的合併症に対しても手術を行なっている。

◆実績 2020年（1月1日～12月31日）

手術総数 142例

開心術数 85例（冠動脈13例、弁膜症44例、胸部大動脈25例、その他3例 重複なし）

研修内容

すべての症例の診療に参加が可能で、外科的基本手技を研修する。

循環器疾患の周術期管理を学ぶことができ、CV、SGの留置（手術の麻酔導入時も含め）や胸腔穿刺などの手技を習得する。

研修期間 必修(外科系) 8週間以上 選択4週間以上

研修目標 研修内容に準じ、外来を含め初期診療、チーム医療を学ぶ

研修評価

毎週、研修内容を指導医に報告して研修目標の到達状況を説明し、要望や修正を加える。

研修の終わりに、研修責任者、各指導医からなる卒後臨床研修委員会で、研修成果の評価を行う。

スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	手術日		手術日		
午後	手術日		手術日		手術日
				循内心外 カンファ	術前検討会

泌尿器科

研修担当指導医 泌尿器科診療部長 藤本 宜正

I. 研修目的

医師として必要な泌尿器科領域の基礎的知識・技術の習得を目的とする。

II. 研修内容

①一般研修目標（主に1年目）

- 1) 泌尿器科学が対象とする腎・尿路・副腎・後腹膜・男性生殖器の生理、解剖を理解する。
- 2) 泌尿器科疾患の初期診療に関する基礎的臨床能力を習得する（外来診療を含む）。

②具体的研修目標（主に2年目）

- 1) 術前術後の全身管理を習得する。
- 2) 手術に参加して外科的基本手技を習得するとともに、泌尿生殖器の解剖と病態および手術の概要を理解する。
- 3) 泌尿器癌に対する抗癌化学療法、分子標的治療、がん免疫療法の実施と副作用対策を理解する。
- 4) 下記の泌尿器科緊急疾患に対する初期対応を理解する。
 - ・尿道カテーテル留置困難例に対する処置
 - ・急性尿閉に対する膀胱瘻造設術
 - ・急性腎後性腎不全に対する尿管カテーテル留置術、腎瘻造設術

週間スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	外来	外来 回診	手術	外来	外来 手術
午後	外来 検査・処置	外来 検査・処置	手術	外来 前立腺生検	外来 前立腺生検

救急臨床研修基本項目

目的 救急初期診療を重視した基礎研修を行う。初診から専門家医師または高次施設へ患者を引き継ぐまでの間に行う診療を担当し、特に呼吸循環の安定化を最優先で行う。

救急医療研修カリキュラム 履修期間合計 12 週以上

2 年間で 12 週以上(上限 4 週として麻酔分野を含む)研修する。

- ・救急診療は研修の全期間を通して実施するため、プライマリケア診療部の指導医や他科上級医の下、より広範囲で高い診療能力を身に付け、習得する。
- ・全身管理・life support は全ての医師に必須である認識のもとに、手技修得に必要な麻酔科及び社会的ニーズの高い小児/周産期救急を含むプライマリケア診療部（救急部）を必修とする。
- ・さらに研修初期における救急診療のための集中講義や ACLS（2 次救命処置）実習、定期的な CPC（臨床病理カンファレンス）への参加も必須としている。
- ・救急外来では、1 年目に 6 月から月 2 回程度の副直を経て、月 1 回程度の夜勤業務に従事する(1 年目の夜勤は希望者のみ)。2 年目には、平均月 6 回程度の救急外来日夜勤を行う。

副直・日夜勤では、内科・外科・整形外科・脳神経外科・循環器科・小児科・産婦人科・ICU に 24 時間専従医師が常駐し、常時指導を受ける体制を整えたうえで、救急搬送された患者を指導医の下、診療、処置(救命処置)を行いながら救急初期診療を重視した基礎研修を行う。

- 1) 重症度、年齢、性別、罹患臓器、症候の別なくまず診療を開始する。
- 2) 緊急度認知の型(スタイル)を習慣化する。
- 3) 救急搬送の依頼(入電)の対応とトリアージを行う。
- 4) 応急的な回復処置(酸素投与、吸引、手動的気道確保、二次救命処置を含む)に参加する。
- 5) 救急現場での気管挿管を実践する。
- 6) 頻度の高い症候に対する初期診療を経験する。
- 7) 隠れた重傷疾患を除外する初期診療計画を立てる。

麻酔科臨床研修基本項目

目的 麻酔に必要な基本手技を修得するとともに基本的な麻酔管理(全身麻酔、脊椎麻酔)の研修を行う。

研修カリキュラム

研修期間は、救急の麻酔分野(上限 4 週)を除き 4 週以上。

- ・麻酔に必要な基本的手技を修得する。
- ・指導医の下で、担当患者の麻酔管理を研修する。
- ・人的要素を把握しチーム医療を実践する。環境要素として、感染防止、機器・機材の管理、生体情報システムの管理、安全対策管理を実践しながら研修する。
- ・手術室での研修が中心となり、可能ならば ICU 入室症例や、全病棟や救急外来からの緊急応援依頼、疼痛管理などについても研修する。
- ・緊急手術麻酔の応援も行う。
- ・患者の術前評価、説明と同意、主治医と専門医との協議、術中麻酔管理、術後疼痛対策管理並びに評価を研修する。ICU での全身管理、救急外来の応援、全病棟での緊急応援なども行う。血管確保、気道確保などの基本手技を習得する。

救急・プライマリケア診療部

研修担当指導医 救急部診療部長 小笠原 延行

プライマリケア診療部 救急担当部長 荒川 裕昭

プライマリケア診療部 教育担当部長 五十嵐 渉

当科の特徴

救急・プライマリケア診療部は、救急患者の受け入れと初期診療を行い、また救急診療を通じて初期臨床研修医の教育・研修を行うことを目的とした部署である。

救急部としては、年間約 7798 人の患者の受け入れを行っており（うち救急搬送が 3622 人）、その 30%強にあたる約 2,796 人が入院となっている。謝絶率が 20%程度とやや高い傾向だが、当院の診療限界を超える病態の依頼を除き「担当科処置中」「ICU 満床」等の理由による謝絶率は 12%程度である。近隣の開業医からの緊急紹介患者については、担当科が不明な場合には直接救急が対応することで、より円滑な受け入れが可能になった。

初期研修については、1 年目研修医は、1 ヶ月の救急ローテーション期間を通して指導医とともに平日日勤帯の救急搬送患者の初期対応にあたる。この間に、問診や身体所見の取り方、カルテの書き方、common disease の疾患概念、診断に至るまでの思考プロセスなどの医師として必要な知識や技術はもちろん、患者への接し方や言葉遣い、仕事への責任感、モラルなどの人間性に関わるようなことも学んでいく。6 月からは 2 年目研修医の夜間休日の救急当直に帯同して 23 時まで一緒に入り、ウォークインも含めた比較的軽症の患者の対応についても経験する。

2 年目研修医は、夜間休日の救急当直に入り、ある程度自分の判断で救急患者の初期対応を行っていく。当院には、研修医を直接補佐する 救急 A 当直（後期レジデント、スタッフ）を始め、内科、循環器科、外科、整形外科、脳卒中、小児科、産婦人科、ICU などの各科医師も当直に入っており、幅広いコンサルトが可能な環境が整っている。また、当直翌朝には救急で診療した症例について、救急、整形外科、循環器科の部長と検討会を行うことで、経験した症例に関してフィードバックすることができる。平成 31 年度からは 2 年目研修医も 1 ヶ月の救急

ローテーションが必須となり、2 年間に計 2 ヶ月の研修期間で十分な知識や技術の習得を目指す。

研修医向けの勉強会については採用当初に各科指導医によるクルズス、その後、院内では週 1 回の症例検討会と MGH ケースカンファレンス発表会、月 1 回の内科症例発表会、放射線技師や薬剤師との合同勉強会を行い、また年 2 回程度院外から有名講師を招聘し研修医向けに講義を開催している。さらに月 1 回音羽病院での GIM カンファレンス、2 ヶ月に 1 回の西の方 GIM カンファレンスに参加するなど、勉強することに対する意識を高く保てるような環境作りを心がけている。

働き方改革の影響もあり慢性的なマンパワーの不足が懸念される状況ではあるが、各科の医師の協力も得てその影響を最小限に抑えるよう努力している。今後も各科の医師と連携し、救急患者の受け入れを行っていくとともに、研修医教育にも力を入れていきたいと考えている。

◆実績

1 年目研修医 14 名 2 年目研修医 9 名

2019 年度	救急外来受診患者数 7,798	救急搬送受け入れ患者数 3,622
	救急外来からの入院患者数 2,796	開業医院からの紹介患者数 821

研修目標

1. 救急医療

A 研修における一般目標

- 1 救急外来・救急病棟と中央集中治療室の運営システムを理解する。
- 2 医師・看護師・技師等、すべてのスタッフの役割を認識し、チームの一員として協調して診療にあたる姿勢を養う。
- 3 救急患者診察に参加し、救急患者の特殊性を経験する。
- 4 問題解決のための必要な情報収集・情報整理能力の習得ができる。
- 5 指導医の指導の下に救急患者の基本的な処置・治療ができる。
- 6 重症患者に対するクリティカルケアを指導医の下で経験する。
- 7 心肺停止患者の治療に参加し、救命処置の実際を経験する。

B 研修における行動目標

1. 基本的診療態度

- 1 礼儀正しく、患者中心の医療を心がける。
- 2 コミュニケーション技術を養う。
- 3 患者・家族と良好な人間関係を確立できる。
- 4 自己評価を行い、第三者による評価を受け入れ、診療にフィードバックする。
- 5 生涯にわたり自己学習を行う。

2. 基本的診察法

- 1 救急患者の病歴、既往歴、家族歴を聴取し、身体所見をとり、検査・治療方針を立て、指導医の指導を受ける。
- 2 指導医の指導を受け、患者（家族）に病状と今後の検査・治療方針を説明し、インフォームドコンセントを得ることができる。
- 3 指導医の指導を受け、患者の検査・治療を実施する。
- 4 医療記録を適切に作成し、必要十分な情報を診療録に記載する。

3. 救急医療における系統的診察

- 1 全身の観察（バイタルサイン・精神状態を含む）ができ記載できる。
- 2 頭頸部の診察ができ記載できる。
- 3 胸部の診察ができ記載できる。
- 4 骨・関節・筋肉系の診察ができ記載できる。
- 5 神経学的診察ができ記載できる。
- 6 小児の診察ができ記載できる。
- 7 精神面の診察ができ記載できる。
- 8 泌尿生殖器系の診察ができ記載できる。

4. 基本的臨床検査法

- 1 血液型判定、血液交差試験
- 2 動脈血液ガス分析
- 3 血液・生化学・電解質検査
- 4 検尿
- 5 便潜血
- 6 心電図
- 7 細菌検査

- 8 妊娠反応検査
- 9 PeakFlow の測定
- 5. 画像診断
 - 1 X線像
 - 2 心臓超音波検査
 - 3 腹部超音波検査
 - 4 CT
- 6. 救急医療における基本的手技・治療法
 - 1 末梢静脈路の確保、静脈血採血
 - 2 中心静脈カテーテルの挿入、中心静脈圧の測定
 - 3 動脈血採血、動脈ラインの確保
 - 4 気道確保
 - 5 酸素投与
 - 6 胃管挿入、胃洗浄
 - 7 尿道カテーテル留置
 - 8 外傷患者の診断と治療
 - a. 外傷重症度の判定（トリアージ）
 - b. 多発外傷患者の治療の優先順位 の決定
 - 9 止血法
 - 10 創部処置（消毒、洗浄、縫合）
 - 11 包帯法
 - 12 感染対策の実施（手洗い、必要に応じて手袋・マスクの着用等）
- 7. 基本的薬剤、血液製剤
 - 1 一般経口薬
 - 2 吸入薬
 - 3 輸液剤
 - 4 注射薬（特に抗生物質、血管作動薬、気管支拡張剤、副腎ステロイド剤）
 - 5 鎮痛薬（麻薬を含む）
 - 6 血液製剤
 - 7 輸血
- 8. 重症患者に対するクリティカルケア（指導医の下で経験）
 - 1 呼吸管理
 - a. 経皮的酸素飽和度、動脈血液ガスの評価と診断 b. 酸素療法 c. 人工呼吸療法'
 - 2 循環管理
 - a. 循環動態のモニタリングと血行動態の評価 b. 循環作動薬の使用法 c. 不整脈の管理
 - 3 体液管理
 - a. 輸液・輸血管理 b. 電解質・酸塩基平衡の評価と補正
 - 4 ショックの診断と治療
- 9. 心肺蘇生法

二次救命処置ができ、一次救命処置を指導できる。

 - 1 気道確保
 - a. 異物・分泌物の除去 b. 下顎挙上 c. エアウェイの挿入（経口、経鼻） d. 気管挿管

- 2 人工呼吸（バッグ・マスク、人工呼吸器）
- 3 心臓マッサージ（閉胸式心臓マッサージ）
- 4 除細動器の使用
- 5 蘇生に必要な薬剤の準備と使用

10. チーム医療の理解と実践

- 1 指導医、他科の専門医への適切なコンサルテーション、情報提供
- 2 医師・看護師・技師等、すべてのスタッフとの適切な協力関係
- 3 救急隊、警察などへの適切な対応
- 4 大災害時の救急医療体制における自己の役割

C. 研修指導体制

- 1 救急外来・救急病棟では原則として、内科系1名、外科系1名、救急担当医1名の下で診療する。
- 2 内科系医師または外科系医師（救急担当医、各科当番医師を含む）の内1名が、同日の救急外来・救急病棟での研修医の診療に全ての責任を負う。
- 3 重症患者に対するクリティカルケアは、指導医の下で中央集中治療室でも経験できる。

D. 研修方略

- 1 救急外来・救急病棟におけるスケジュール
副直（17:15～23:00）1年目6月から
平日当直・休日日当直 2年目から（1年目は希望者のみ）
(1) 平日当直（17:15～8:30） (2) 休日日直（8:30～17:15） (3) 休日当直（17:15～8:30）
朝 7:30に行われるカンファレンスに、救急A当直含む救急関係者は必ず参加。

2 一般的注意

- 1 原則として、全ての救急外来受診者は研修医が初めに診察する。
- 2 検査、処置及び処方についても、原則として研修医が行う。
- 3 必要に応じて研修医は指導医の助言をあおぐ。場合によっては、指導医の行う診察、検査、処置及び処方を見学する。
- 4 研修医の行う医療行為は、原則として指導医がチェックし、研修医にフィードバックを行う。

3 高度治療室（HCU）

- 1 HCUのオリエンテーション
A. HCUの運営システム B. HCU内の機器・モニター類の使用方法
- 2 重症患者に対するクリティカルケア
呼吸管理、循環管理、体液管理の実際を指導医の下で経験する。

4 医局行事への参加や必須事項

- 1 定期的開催される救急症例検討会、CPC、医局講演会には原則として参加する。
- 2 研修期間中に救急症例検討会での発表を行う。
- 3 インシデントレポートは、1人当たり1件以上/年の提出を必須とする。
- 4 初期臨床研修期間中に、地方会以上の学会で1人当たり1件以上の発表を目指すこと。

研修期間

- 必修 1年目4週間以上+救急麻酔部門上限4週間、2年目4週間以上の合計12週間以上
選択 4週間以上

研修内容

年間1万人前後の診療並び、3000台前後の救急搬送を受け入れ、初期診療を専門に行っております。夜間では軽症が多いものの日中の3~4倍の患者さんが来院されますが、夜間でも当院では、循環器内科、内科、小児科、産婦人科、整形外科、脳卒中、外科、ICUの医師が当直を勤めており専門的な診療も対応可能です。また緊急手術、血管造影、心臓カテーテル治療、レントゲン、CT、MRI、血液検査なども、日中時間内に準じた水準を実現しています。このような大勢の当直体制は一般病院では稀であり、当院が救急医療を重視していることを表しています。

一般に救急車で搬送される患者さんの90%以上は、当院のような2次救急指定施設に来院されます。また救急車だけでなくご自身で来られる方も多いため、緊急度を判断し診察順序を組み直す(これもトリアージです)作業も行います。

プライマリケア診療部は、救急外来初期診療ならび研修医教育を担っている科となります。当院を研修する研修医は必ず当科所属となり、1カ月の救急外来研修が必修となっています。

また、当院の研修プログラムの特徴として、2年目研修医は夜間・休日の当直業務があり(1年目は希望制)、救急A当直や各科当直医師と共に診療に当たっています。

1カ月の研修は、研修1年目に経験することとなり、救急初期診療を通して「医師のすべきこと」や「治療する事とは」といった明確な解答はないが、考えなくてはならない事項を中心にして一緒に勉強していくスタイルでやっております。

- 救急症例検討会 (週1回 火曜)
- MGH 症例検討など研修医主催による勉強会 (週1回 火曜)
- グラム染色実習 (週1回 木曜)
- 抗菌薬/感染症レクチャー (ランチョン形式)
- 各科担当医による症候別講義 (5-7月にかけて週2回 水曜・金曜)
- 救急症例発表 (月1回、内科カンファにて)
- 他職種との合同勉強会 (不定期開催)
- 他病院との勉強会 (不定期開催)

麻酔科・集中治療部

研修担当指導医 麻酔科診療部長 中谷 桂治

集中治療部診療部長 佐藤 善一

麻酔科の特徴

現在、麻酔科常勤医師はICU部長を含め10名在籍し、手術室麻酔業務およびICU日勤業務を行っています。手術室麻酔業務では毎日2-3名の非常勤医師にも応援に来てもらっています。また大阪大学歯学部と大阪歯科大学の歯科麻酔科から医科麻酔の研修として1年間、研修を受入れています。

手術室は12室ありますが、麻酔科の管理枠としては最大7列としております。

ICUは日勤帯の専従医として各科医師と協力しながら患者管理を行い、当直業務は麻酔科と心臓血管外科で行っています。

麻酔管理方法も時代とともに少しずつ変遷し、気管挿管の器具においては、以前はマッキントッシュ型喉頭鏡だけでしたが、今ではマックグラスというビデオ喉頭鏡を用いることで、挿管困難症例でも容易に挿管できるようになりました。また、中心静脈カテーテル挿入に関しては、エコーを用いることで手技を安全かつ容易に行うことができるようになりました。

新病院が開設された2015年から手術室部門システムを導入しており、麻酔記録が電子化されバイタルの記録が自動化されています。これにより患者さんの急変時にも正確な記録が残ると同時に、記録業務が省けることで、迅速な対応に専念できるようになっています。

今後、ますます手術件数の増加が予想されますが、どのような場合でも基本である患者さんの安全を忘れることなく、術中管理は言うに及ばず術後の回復も考慮した麻酔を心掛けています。

初期臨床研修医は1年目に全員、麻酔科での研修が必須とされており、救急部ローテーション期間の麻酔部門1ヵ月にくわえ、原則としてさらに1ヵ月の合計2か月、麻酔の基本を中心に研修してもらいます。

研修目標

麻酔に必要な基本手技を習得するとともに、安全な麻酔管理ができるように研修を行う。

1 気道の評価と気道確保

術前に気道の評価を行い、気道確保のプランを立てられる。

マスク換気、i-gelなどの喉頭上エアウェイ、マッキントッシュ型喉頭鏡やマックグラスを用いた気管挿管技術の習得

2 基本的手技

静脈路確保、気道確保、腰椎穿刺

上達度に応じてより高度な手技（Aライン挿入、硬膜外チュービング、気管支ファイバースコープ、エコーガイド下中心静脈カテーテル挿入など）の習得

3 麻酔管理

人工呼吸管理、循環管理などを中心に研修する。

研修内容

指導医とのマンツーマン指導下で日々の麻酔を通じて研修を行い、上記研修目標を目指す。

研修期間 救急麻酔部門上限4週、病医院必修4週間以上、 選択4週以上

集中治療部の特徴

当院のICUは平成9年に発足し、現在の運用病床数は、10床である。

集中治療部医師1名、麻酔科より1名の集中治療専門医がICU日勤を担当し、29名のICU看護師（うち集中ケア認定看護師1名）とともに診療にあたっている。

毎朝、主治医、麻酔科ICU担当医、看護師でウォーキングカンファレンスを行い、治療方針の確認を行っている。

また、リハビリテーション部、ICT（院内感染コントロールチーム）、NST（栄養サポートチーム）などと緊密な連携を保ち、治療を行っている。

高度医療機器は臨床工学技士の管理により安全に使用できている。

精神科臨床研修基本項目

目的 精神科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。

神経精神科

研修担当指導医 精神神経科診療部長 山森 英長

神経精神科における一般目標

主要な精神科疾患(統合失調症・気分障害・認知症等)の入院患者への対応の研修は、連携研修施設の精神科病院で、また、身体科に入院している患者さんの精神症状(せん妄、不眠など)への対応の研修は当科で、各2週間、計4週の研修を行う。

精神科初期研修では、患者および家族から適切な病歴聴取ができることを第一の目標とする。単に事実を聴取するのみでなく、患者や家族がどういう体験をしているかを配慮しながら聞くことが重要である。適切に聞くことは、治療の第一歩である。

- 1 主要な精神科疾患(統合失調症・気分障害・認知症等)についての知識と理解を得る。
- 2 身体科に入院している患者さんの精神症状(せん妄、不眠など)についての知識と理解を得る。
- 3 患者や家族とよい関係が作れる。
- 4 外来初診患者の病歴聴取が適切にできる。
- 5 検査計画を立て、重要な異常を見逃さない。
- 6 精神症状の所見をとり、経過の予測や鑑別診断ができる。
- 7 薬物の選択、処方、注射を含めた治療指針をたてることことができる。
- 8 指導医に状況を説明し指導を求めることができる。
- 9 他職種スタッフと連携し、全体の状況を把握して行動できる。

精神科研修における行動目標

- ① 外来新患予診
- ② 入院患者診療
 - 1 数人の患者を受け持つ。
 - 2 病棟の回診に参加する。
 - 3 受け持ち患者だけでなく他の患者のケースカンファレンスには積極的に出席する。
 - 4 心理社会教育や生活技能訓練に参加する。
 - 5 精神保健福祉法について理解を深める。

研修指導体制

- 1 専任指導医 1 名が研修医 1 名に対して全期間を通じて研修の責任を負う。
- 2 受け持ち患者は、選任指導医が割り振る。
- 3 患者の診察・検査・治療に関する直接的指導は主治医(指導医)が行う。
- 4 専任指導医は研修医の研修目標達成の進捗具合を点検し、適切に主治医(指導医)に指示を与えるか直接指導を行う。

研修期間 必修4週間以上 選択4週間以上

研修施設

医療法人敬寿会 吉村病院（実施責任者及び指導医：高橋 清武）
医療法人爽神堂 七山病院（実施責任者及び指導医：本多 秀治）
医療法人清順堂 ためなが温泉病院（実施責任者及び指導医：八田 直己）
医療法人長尾会 ねや川サナトリウム（実施責任者及び指導医：松本 均彦）
大阪大学医学部附属病院（実施責任者及び指導医：森 康治）

研修評価

毎週、研修内容を指導医に報告して研修目標の到達状況を説明し、要望や修正を加える。
主要な精神科疾患（統合失調症・気分障害・認知症等）については、レポートを提出する。
研修の終わりに、研修責任者、各指導医からなる卒後臨床研修委員会で、研修成果の評価を行う。

小児科臨床研修基本項目

目的 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。

研修カリキュラム 8週以上

研修医は、受け持ち医として指導医の下で診療を行う。

診療上必要な種々の手技・考え方などを研修する。

- ・ 保護者(母親)から診断に必要な情報や病児の発育歴、既往歴などを聞き取ることができる。
- ・ 小児の発達及び発育に応じた特徴を理解できる。
- ・ 理学的診療により胸部所見、腹部所見、頭頸部所見(とくに乳幼児の咽頭の視診)、神経学的所見および四肢(筋、関節)の所見を的確にとらえる。
- ・ 小児疾患の理解に必要な症状と所見を正しくとらえ、理解するための基本的知識を修得する。
- ・ 小児ことに乳幼児の検査および治療の基本的な知識と手技を身につける。
- ・ 単独または指導医のもとで乳幼児を含む小児の採血、皮下注射ができる。
- ・ 指導医のもとで新生児、乳幼児を含む小児の静脈注射および点滴静注ができる。
- ・ 指導医のもとで輸液とその管理ができる。
- ・ 小児に用いる薬剤の知識と使用法、小児薬用量の計算法を身につける。
- ・ 基本的な薬剤の使用法を理解し、実際の処方ができる。
- ・ 病児の年齢、疾患など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。

産婦人科臨床研修基本項目

1. 目的

産婦人科の基本的な疾患を理解する。

2. 研修カリキュラム 4週以上

産婦人科の診療上必要な種々の手技・考え方などを研修する。

- ・ 正常妊娠、分娩、産褥の管理。分娩の見学と産後の経過を理解する。
- ・ 異常妊娠、分娩、産褥の管理。
- ・ 妊婦検診時の異常の診断、治療を理解する。
- ・ 子宮外妊娠、流産、早産、妊娠中毒症、前置胎盤、胎盤早期剥離、急性胎児仮死、乳腺炎の診断と治療法を理解する。
- ・ 分娩時の異常出血(弛緩出血、羊水栓塞など)の対処を理解する。
- ・ 産科手術(子宮内容清掃術、吸引分娩、骨盤位牽出術、帝王切開)の見学ないし助手をする。
- ・ 新生児仮死蘇生術の見学と治療の理解をする。
- ・ 新生児異常の早期診断と治療を理解

小児科臨床研修基本項目

研修担当指導医 小児科診療部長 山田 寛之
小児科担当部長 石浦 嘉人
小児科医師 谷口 明

目的 小児科診療・小児疾患を経験するだけでなく、子どもの成長・発達を理解し、子どもとその家族に対する基本的態度を培い、適切な臨床技能を身につけ、将来どの分野に進んでも適切に子どもとその家族に対応できる医師になる

研修カリキュラム 4週以上

実習場所：8階小児病棟、産科病棟、NICU、小児科外来、救急外来

実習内容：指導医や小児科医員の指導のもとに以下のような研修を行う

- ◇ 病棟ならびにNICUでは、主に受け持ち医となる
- ◇ カンファレンスでは受け持ち患者のプレゼンテーションを行う
- ◇ 正常新生児（出生時診察、退院時診察）の診察を行う
- ◇ 外来では、指導医の診察補助や概ね週1回程度の外来診療を行う
- ◇ 予防接種外来では実際に接種を行う
- ◇ 乳児健診（1ヶ月健診）を行う
- ◇ 各種専門外来では、上級医の診療の補助を行う
- ◇ 救急外来では小児救急対応を行う

目標 病棟と外来を通じて以下のような診療上必要な種々の手技・考え方を研修する。

自己評価 指導医評価

- ・保護者や患児自身から適切に病歴などの情報を聴取できるようになる
- ・保護者から病児の発育歴、既往歴、予防接種歴などを聞き取ることができる。
- ・発達及び発育など子どもの特性を学ぶ
- ・理学的診療により胸部所見、腹部所見、頭頸部所見（とくに乳幼児の咽頭の視診）、神経学的所見および四肢（筋、関節）の所見など小児診療の特性を学ぶ
- ・小児疾患の理解に必要な症状と所見を正しくとらえ、理解するための基本的知識を身につける（小児疾患の特性を学ぶ）
- ・子どもの検査および治療の基本的な知識と手技を身につける
- ・指導医のもとまたは単独で乳幼児を含む小児の採血、皮下注射ができるようになる
- ・指導医のもとで新生児、乳幼児を含む小児の静脈路確保ができるようになる
- ・指導医のもとで輸液の選択ができるようになる
- ・小児に用いる薬剤の知識と使用法、小児薬用量の考えかたを学ぶ
- ・基本的な薬剤の使用法を理解し、実際処方ができるようになる
- ・分娩に立ち会い、新生児ケアができる
- ・指導医のもとに新生児蘇生を行う
- ・乳幼児健診や予防接種など小児保健に関する知識を深める
- ・乳児健診を実施できるようになる（成長・発達、健康児の観察）

- ・予防接種ができるようになる
- ・外来で common disease（感染症、発疹など）の診療ができるようになる
- ・虐待について理解し、早期発見に務める
- ・保護者ならびに患者本人に適切に説明が行えるようになる
- ・他職種スタッフと良好な関係を築く

研修評価

毎週、研修内容を指導医に報告して研修目標の到達状況を説明し、要望や修正を加える。
研修の最終週には、症例発表会を行う

選択実習について

期間は2ヶ月～3ヶ月とし、小児科専門医研修への円滑な移行ができるよう日本小児科学会専門医取得に向けた研修目標に準じた実習を行う

スケジュール例

	月	火	水	木	金
午前	病棟診療 一般外来	病棟診療 一般外来	病棟診療 一般外来	病棟診療 一般外来	病棟診療 一般外来
午後	カンファレンス 専門外来 病棟回診	予防接種 病棟回診	カンファレンス 乳児健診 症例検討会 (1回/月)	専門外来 病棟回診	カンファレンス 専門外来 病棟回診
夜			周産期カンファレンス		

産婦人科

研修担当指導医 産婦人科診療部長 筒井 建紀
産婦人科参加担当部長 大八木 知史

当科の特徴

9名のスタッフで、外来診療・病棟診療・分娩・手術を行っています。

産科診療では、なるべく医療介入の少ない自然なお産を基本的な姿勢としていますが、症例により必要に応じて分娩誘発や吸引・鉗子分娩、帝王切開術などを適宜行っています。

医学的に必要な症例に限定して無痛分娩を実施しています。

婦人科診療では、良性腫瘍・悪性腫瘍に対する手術療法や薬物療法、骨盤性器脱、性器形態異常などに対し、開腹手術・内視鏡手術（腹腔鏡下手術・子宮鏡下手術）・腔式手術を行っています。

また、月経異常・更年期障害など、卵巣機能に関わる女性特有の症状に対して、ホルモン治療・漢方薬治療など、それぞれの患者さんに適した治療法をご提案しています。

現在、多くの医療情報はインターネットなどを介して得ることができます。しかし、エビデンスに基づく医療と紹介されている情報は、それぞれの患者さんにとって必ずしも最適な治療とは限りません。同じ疾患でも、患者さんによって最適な治療法は異なります。私たちは患者さんと向き合い、話し合いながら、何が最適な治療なのかを常に考え、最適な治療法を提供できるよう、またあらゆる産婦人科疾患に対応できるよう、日々努力をしています。

研修目標 産科：妊娠初期から分娩、産褥までの妊娠経過について学ぶ
婦人科：疾患の理解とその外科的治療及び薬物療法について学ぶ

研修期間 必修4週間以上、 選択4週間以上

研修内容

- ・受け持ち患者を通じて、産婦人科疾患についての理解を深める
- ・内診などの産婦人科の基本的な診察法の習得
- ・カンファレンスでの症例提示・産婦人科関連の論文の抄読

研修評価

毎週、研修内容を指導医に報告して研修目標の到達状況を説明し、要望や修正を加える。

研修の終わりに、研修責任者、各指導医からなる卒後臨床研修委員会で、研修成果の評価を行う。

スケジュール例

	月	火	水	木	金
午前	病棟・外来	病棟・外来	産科超音波	病棟・手術	病棟・手術
午後	手術	コルポスコープ	手術	コルポスコープ 手術	手術

地域医療研修

A. 一般目標

医療全体の中でのプライマリケアや地域医療の位置づけを理解し、将来の実践ないし連携に役立てられるようになる為に、病気の治療、予後改善の観点のみからだけではなく、地域に基盤をおいた全人的医療の重要性を認識した上で、急性期・特定機能病院とは異なった慢性期の高齢者医療や地域の診療所で在宅医療の現場を実際に経験し、問題解決に当たる。

B. 行動目標

1. かかりつけ医の役割を述べることができる。
2. 一般外来研修、在宅医療研修を通して地域の特性が患者の罹患する疾患や、受療行動にどのように影響するかを述べることができる。
3. 患者と家族の心理社会的側面に注目し、個々の要望や意向を尊重しつつ問題の解決に当たることができる。
4. 患者に必要な医療・福祉資源を挙げ、各機関に働きかけながら問題解決を図ることができる。
5. 介護保険制度についての枠組みと介護度認定について述べることができる。
6. 地域医療の中でのチーム医療の重要性を述べることができる。

C. 研修方略

以下のプログラム・期間について、いずれかの医療機関において研修することとする。

プログラムA 期間 4週間以上

医療法人好輝会 梶本クリニック

松下医院

医療法人 森内科

独立行政法人地域医療機能推進機構若狭高浜病院

リハビリテーション科

研修担当指導医 リハビリテーション科診療部長 寺川 晴彦
リハビリテーション科医師 丸本 明彬
指導者 リハビリテーション科医師 前田 香

当科の特徴

リハビリテーション医学は、臓器別や疾患別の縦割りに構成された既存の治療医学とは異なり、疾病や外傷、加齢、発達、廃用に伴う「障害」に重点を置いた横断的な新しい医学体系である。当院は急性期病院であり、全科から入院患者の診療依頼を受け、ICU、SCU、各科病棟で入院早期よりリハビリテーションを開始している。またがん患者に対しては周術期だけでなく放射線・化学療法中の体力維持、終末期への対応も行っている。

当院には義肢装具室があり、義肢装具士が常駐している。義肢装具の作成・調整・修理の対応、補助杖の販売なども院内で可能である。また、運動療法士も常駐しており、糖尿病教育入院時の運動指導、ロコモティブシンドロームやフレイルに対する運動指導を行っている。

厚生労働省の施設基準として、脳血管疾患等(I)、運動器(I)、呼吸器(I)、心大血管疾患(I) の認可を、また卒後臨床研修施設として日本リハ医学会認定研修施設の認可を受けている。

研修目標

1. 一般目標

初期研修医が必要とする最低限のリハビリテーション的知識、技術の習得を目標とする。

2. 行動目標

- (1) リハビリテーション科診療の基本的な診察を行うことができる。
- (2) 療法士と協業し、適切なリハ処方を行う。
- (3) チーム医療の必要性を理解できる。

研修期間 選択 4週間以上

研修内容

リハビリテーション依頼を受けた入院患者の診察およびリハ処方を行う。
リハビリテーションの実施にあたり必要な評価を理解する。
入院中のリハビリテーションの進捗状況を確認し、必要であれば追加処方を行う。
リハビリテーション実施中のリスク管理を行い、急変時に適切に対応する。
理学療法、作業療法、言語療法について評価、治療手技を知る。
義肢や装具の作成・装着現場に立会い、装具治療の意義を知る。
各種カンファレンスに参加し、他職種との連携を行う。

研修評価

毎週、研修内容を指導医に報告して研修目標の到達状況を説明し、要望や修正を加える。
研修の終わりに、研修責任者、各指導医からなる卒後臨床研修委員会で、研修成果の評価を行う。

スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	診察	診察	診察	診察	診察
午後	診察 心臓リハ 病棟カンファ	診察 心臓リハ 病棟カンファ	診察 心臓リハ 病棟カンファ	診察 心臓リハ 病棟カンファ	診察 心臓リハ 病棟カンファ
		症例検討会	外来カンファ	NST 回診 緩和ケア回診	

形成外科

研修担当指導医 形成外科診療部長 波多 祐紀

●形成外科の紹介と特徴

当科では顔や手足を中心とした身体の表面（皮膚、脂肪など）及びこれらと関連した組織（筋肉、骨など）、器官（まぶた、眉毛、鼻、耳、頭皮、指、口、舌や食道の一部、その他）の異常を再建することで機能や形態を回復させること、さらに精神的苦痛を取り除くことを目指す。

形成外科領域専門医資格・皮膚腫瘍外科専門医資格・再建マイクロサージャリー分野指導医資格を含む人員で高度な医療を提供する。また、診療科としては以下の認定を得ている。

- ・形成外科学会認定施設
- ・下肢静脈瘤血管内焼灼術実施認定施設
- ・乳房再建用エキスパンダー及びインプラント実施認定施設

◆実績 施設の症例実績件数

区 分	件 数
1. 外傷	12
2. 先天異常	6
3. 腫瘍	210
4. 瘢痕・瘢痕拘縮・ケロイド	9
5. 難治性潰瘍	34
6. 炎症・変性疾患	17
7. 美容（手術）	2
8. その他	21
レーザー治療	0
合 計	311

形成外科研修目標

1. 一般目標 形成外科技術や創傷治癒の考え方を学ぶことを目標とする。
これらを学ぶことで皮膚や血管をはじめとする組織を扱うことができるようになる。
ただの肉ではなく血の通う組織として扱うことで、組織を痛めることを最小限にし、形成外科縫合や皮弁手術・顕微鏡手術が可能となる。
2. 行動目標 基本的技術だけではなく、さらに進んだ技術の習得や知識を深めることを目標とする。
形成外科を専攻する予定がない研修者も、将来の診療において形成外科的な技術や創傷治療の考え方が役立つように指導する。

研修期間 選択 4週間以上

研修内容

1、病棟：形成外科専門医指導の下に自立して下記診療が行えるよう訓練する

- ①手術前後の全身管理
- ②術後の創処置、ドレッシング、ギプス固定
- ③適切な手術記録の作成
- ④担当患者の経過について病状説明とカルテ記載
- ⑤担当症例の適切なプレゼンテーション

2、外来：形成外科専門医とともに筆記を中心として診察の後、単独で下記診療が行えるよう訓練する

- ①形成外科疾患の問診、現症診察、画像検査、診断
- ②簡単な外来処置（圧迫療法、ステロイド局注、電器凝固など）
- ③創傷処置（術後、外傷、熱傷、皮膚潰瘍など）、創傷処理（救急部との連携を含む）

3、手術：形成外科専門医の助手として手術に参加して形成外科的基本手技が習得できるよう訓練する

- ①消毒、体位、清潔布、手術器械の準備が迅速にできる
- ②術中の全身状態の変化に適切に対応できる
- ③形成外科的縫合が適切にできる
- ④小範囲の皮膚良性腫瘍の切除
- ⑤小範囲の瘢痕形成術(顔面以外)
- ⑥局所皮弁の作成
- ⑦筋膜、骨、軟骨採取
- ⑧採皮(全層、分層)、皮膚(皮弁)採取部の縫合が適切、迅速にできる
- ⑨植皮術(主として皮膚再建のみが要求されるもの)

研修評価

毎週、研修内容を指導医に報告して研修目標の到達状況を説明し、要望や修正を加える。

研修の終わりに、研修責任者、各指導医からなる卒後臨床研修委員会で、研修成果の評価を行う。

スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	外来	手術(局麻)	手術(局麻) 外来	手術(局麻)	外来
午後	回診	手術(全麻)	回診	手術(全麻)	回診
勉強会 カンファレンス	適宜	適宜	適宜	適宜	適宜

皮膚科

研修担当指導医 皮膚科診療部長 竹原 友貴

I. 診療科の特徴

当院は地域支援病院に指定されており、地域の中核病院としての役割を担っています。

一般的な皮膚疾患を幅広く診療しています。

近年、生活習慣病の増加や人口の高齢化に伴い、難治性足病変を有する患者が増加しています。

糖尿病や閉塞性動脈硬化症に伴う重症下肢虚血では循環器内科・形成外科・看護師・技師など他科と連携して治療にあたっています。

フットケア外来では糖尿病性壊疽による足切断の予防を目的に、リスクの評価と定期的なフットチェック、フットケアを行う。

接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎では適宜、血液検査やプリックテスト、標準・金属アレルギーなどによるパッチテストにて原因や増悪因子の検索を行い、生活環境の改善もはかる。

アナフィラキシーや蕁麻疹の原因精査は入院の上、プリックテスト、誘発試験を行うことがある。

陥入爪、巻き爪： 極力、爪を温存する方針で治療。コットンパッキング法、ガター法、人工爪、弾性ワイヤー、巻き爪矯正法など

そ の 他： 液体窒素によるイボや腫瘍の治療

高周波ラジオ波メスによる切開排膿やデブリードマン、腫瘍の切除

難治性円形脱毛症に対してはSADBE やステロイドハーフパルス療法

II. 実績（平成31年4月～令和2年3月31日）

【診療実績】 外来患者数：12,670人 入院患者数：2,519人

手術件数：168件 生検件数：531件

陥入爪・巻き爪（自費診療）の治療件数：10件

III. 研修内容

1. 研修目的 皮膚とは何かを学び、皮膚科の魅力を知り、医師として必要な皮膚科領域の基本的診察、検査、考察、治療法などを習得する。

2. 研修内容 皮疹の観察法、一般検査、診断、治療の基本的な能力と技術の習得を目標とする。外科的手技、病理組織学的診断法、光線治療についても学習する。

3. 教育に関する行事

回診 週1回、 写真カンファレンス 週1, 2回、 病理カンファレンス 週1回、
形成外科カンファレンス 週1回、 褥瘡回診 月2回

IV. 研修期間 選択4週間以上

V. 皮膚科研修目標

1. 一般目標 皮膚の現症をとらえられる。

診察から、鑑別疾患を挙げ、必要な検査を組み立てられる。

2. 行動目標 疾患や検査・治療について理解し、説明できる。

研修評価

研修の終わりに、研修責任者、各指導医からなる卒後臨床研修委員会で、研修成果の評価を行う。

スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	外来・病棟	外来・病棟	外来・病棟	外来・病棟	外来・病棟
午後	パッチテスト	手術・回診	フットケア	フットケア	
勉強会 カンファレンス			形成カンファ レンス	写真カンファレ ンス	病理カンファ レンス

眼科

研修担当指導医 眼科診療部長 大黒 伸行

(1) 一般目標

初期研修医として必要な知識と技能を習得するだけでなく、患者に対する心構えや態度の修練、患者本位の接遇や医療従事者間の協調性など豊かな人間性を育むことで、医の倫理・チーム医療を実践するとともに、患者およびその家族との信頼関係の構築ができることを研修目標とする。

(2) 行動目標

経験豊富な指導医のもとで外来、病棟、手術室において実地に指導を受ける。外来診療は指導医の診療補助につき、診療技術と患者説明等の研修を行うとともに、実際の患者診療にもあたる。病棟では入院患者の周術期管理を学ぶとともに、良好な医師患者関係が構築できるよう努力する。手術室ではまず円滑な手術介助が行えるよう技術を習得するとともに、眼科手術における基本的術式の理解と研修を行う。さらに指導医は回診やカンファレンスを通して疾患の病態と治療法について教育し、抄読会や学会発表を通して掘り下げた教育を行う。

研修内容

1. 基本的な眼科診療に必要な知識・技能・態度の修得。
2. 症例検討会、眼科集談会、各種専門学会等における学術発表と、それに関連した論文執筆。
3. 患者および家族との信頼関係、医療従事者間の協調関係の構築。

研修評価

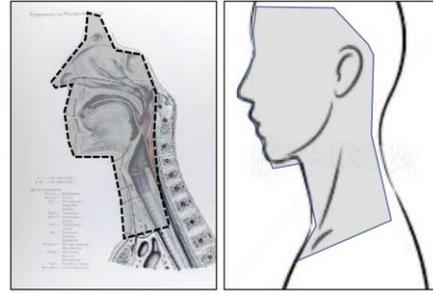
添付書類のまま

研修の具体的スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	手術	手術	病棟回診	外来	病棟回診
午後	外来	外来	手術	手術	外来
カンファ		症例検討会		症例検討会	

●耳鼻いんこう科の紹介・特徴

「耳鼻いんこう科」の標榜名は「耳・鼻腔/副鼻腔・咽頭・喉頭」を表すが、実際には、これらの腔内のみではなく、左図が示すように、口腔（歯牙を除く）・大唾液腺・甲状腺・頸部気管に加え、頸部の皮下の筋肉などの軟部組織もまた当科の診療領域となる（右図）。そのため、近年は耳鼻咽喉科・頭頸部外科という科名を標榜する施設が増加している。一方、頸部後方の領域については、頸椎・筋肉を整形外科が、頸髄を脳神経外科が、頭皮を皮膚科が担当する。



従って、当科の守備範囲は、頭頸部の前方領域に含まれる多数の臓器と、それらの機能の全てである。実際問題として、これらの全てを深く習熟することはなかなか困難であるため、当科の医師は卒後 10 年くらいで何らかの専門領域を持つ者が増える。しかしながら、専門医取得前の研修においては、「大阪大学医学部附属病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科専門研修プログラム」に準じ、遭遇頻度の多いものから優先的、かつ広範に好き嫌いなく学んでいただきたいと思います。

当科の守備範囲において最も特徴的な生体機能は「感覚」である。耳は聴覚と平衡覚を、鼻は嗅覚を、口は味覚を、また鼻咽喉・口腔内の粘膜、顔面頸部の皮膚は知覚を担っているため、視覚を除く 5 つの感覚の障害を当科でカバーすることになる。これらの感覚は、それぞれ、聴神経、嗅神経、顔面・舌咽神経、三叉神経・舌咽神経・迷走神経・頸神経により支配される。これらの 5 つの感覚の各々について生理学的研究、および心理学的研究の成果を基に様々な検査法が開発され、現在当科の臨床で使用されている。

耳：聴覚/平衡覚

鼻腔：嗅覚

口腔：味覚

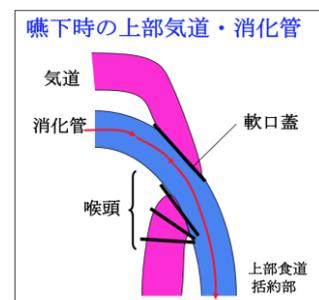
皮膚・粘膜：知覚

特に聴覚の障害である難聴に関する評価法は、近代以降の音響学・音響工学の発展を受けて大きな変化を遂げた。その第一歩は、Thomas Edison が音・言葉の記録・再生を行う蓄音機を発明したことにある。過去に難聴の検査に使用されていた音叉は、常に同じピッチの音を発するが、音の強さを一定化することは困難であった。蓄音機の発明以降の電子工学の発展により、同じ強さの音を繰り返し再生し、同じ音声サンプルを繰り返し聴取し、また音の強さを変えるなど、加工を加えて再生することが可能になったことで、また音声・言語の聴取に関する生理学・心理学的研究の基盤が作られた。また電話を発明した Graham Bell は純音聴力検査を発明し、これが現在も難聴の標準的検査となっている。

さらに聴覚認識の研究が発展した別の契機として、第二次世界大戦後期よりプロペラ式の飛行機に替わり、ジェット機が登場したことにある。ジェット機は圧倒的な動力性能を誇るものの、当時ジェットエンジンの爆音の中でパイロット同士が通信でコミュニケーションすることが困難であり、その方法を開発することを目指して軍で大型の予算が組まれた。これを契機として、軍事利用に限定せずに言葉の聴取能 (speech intelligibility) の評価法、聴取能に関わる音響学的因子が研究され、聴取能を向上させる技術が発展し、今日の言葉のコンピュータによる言語の合成・認識の技術の発展に結びついている。

以上のような経緯で、音声・言語の聴取・認識の障害を取り扱う「聴覚医学 Audiology」のみでなく、後述する発声・構音・言語の表出の障害を対象とする「音声・言語医学 Logopedics/Phoniatrics」もまた同時に目覚ましい発展を遂げた。これらの両者の分野を併せて「コミュニケーション医学」と称する。

一方で、耳を除く鼻・咽頭・喉頭・口腔・頸部気管に食道を加えた領域は「上部気道・消化管 (upper aero-digestive tract)」と呼ばれ、呼吸時の空気の経路 (気道)、栄養摂取時の水・食物の経路となる。呼吸時において、空気は、胸腔内と大気との圧差が原動力となって、骨・軟骨の枠 (frame) から成る管を通過する。一方、食物は、食物が気道に入らないように気道と消化管の間が遮断されると同時に、上部消化管が吻側から尾側に向かって順次的に虚脱することで口腔から咽頭・食道を経て胃まで能動的に輸送される。この行為を「嚥下」と呼ぶ。気道と嚥下の障害もまた当科の守備範囲である。



ヒトを除く多くの脊椎動物では、上部気道・消化管はこの名が示すように気道と嚥下のみを担っているが、ヒトは、これらの臓器を巧妙に使用することにより様々な音を発して言語を用いて複雑なコミュニケーションを行っている。「発声」とは、呼吸により声帯振動を生じさせ、同時に声門の上方で疎密波（喉頭原音）を生じさせる運動である。喉頭原音が、声道（咽頭+口腔）の共鳴特性により修飾されたものが母音である。また口腔において、本来口唇は食物を挟んで固定するためにあり、歯牙は食物を破碎するためにあり、また舌・口蓋は、これらの中で食物を挟んで塊にして、前方から徐々に絞り込んで食物を移動させるためにあるのであるが、ヒトは、発声の最中に、これらの口腔内構造物の間を閉鎖し、後方の圧を高めて急激に空気を噴出させることで破裂子音を、あるいは、構造物間で隙間を作ってその間に空気を通し、雑音を作ることで摩擦子音を発する。これらの母音・子音を生成する行為を「構音」という。発声と構音によって言語を発することを「発話」という。

嚥下・発声・構音は、上部気道・消化管を構成する骨・軟骨の基本構造と、これらの間を繋ぐ筋肉という「運動器」によって行われるため、上部気道・消化管の生理機能・病態を理解する様式は、整形外科のものに依っている。上部気道・消化管の筋肉は、主に三叉・顔面・舌咽・迷走・舌下神経に支配される。

特に嚥下運動は、食物が口腔にある間は随意運動であるが、咽頭に流入して嚥下反射が生じた後は反射運動となる。また発声・構音の多くは随意運動であるが、尖ったものを裸足で踏んだ時に出る「痛っ！」は反射運動であり、指令の伝導路が異なる。聴覚認識、平衡覚などにおいても中枢の伝導路を理解することは重要であり、大学院で中枢神経機構を研究する耳鼻咽喉科医師も多い。従って、耳鼻咽喉・頭頸部の末梢の感覚・運動のみでなく、中枢調節機構もまた当科の守備範囲である。

他に、上部気道・消化管は、喫煙・飲酒に伴って発癌物質の暴露を受けやすい領域でもあるので、口腔癌・咽頭癌・喉頭癌などの悪性腫瘍が生じることがある。現在本邦では年 27,000 人が新たに頭頸部癌に罹患していることが報告されている。口腔・咽頭・喉頭の癌を切除する際には、上記の嚥下・音声・構音の機能温存が問題となるため、上部気道・消化管の生理機能の理解が重要であり、広範な切除を避けるために放射線治療、化学療法が併用される。日本人の喫煙量は明らかに減少しているが、それにより喉頭癌などの発症年齢は高齢化する傾向にあり、70 歳代、80 歳代で罹患する患者が増加している。以前行われてきた喉頭水平部分切除術の施行、また喉頭全摘術後の代用音声としての食道発声の習得も、80 歳代の患者には困難である。患者の高齢化に伴って、治療方針も変化してきている。

本邦の高齢化の進行が問題となって久しい。上記の 5 つの感覚に関しても、加齢に伴って、難聴、平衡機能低下、嗅覚低下、味覚低下、さらに嚥下における咽頭感覚低下の全てが進行する。また加齢により筋肉が減少し、声帯が萎縮して声嘎れが生じ、舌が萎縮して嚥下障害が生じ、喉頭をつり下げる筋肉が萎縮して喉頭が下がりむせが生じる。これらのような加齢に伴う感覚の障害、および、嚥下・発声運動の障害に関して、今後さらに進行する高齢化に適切に対応していく必要がある。

以上、耳鼻咽喉領域の中で、特に聴覚と音声・嚥下に関連したものを中心に説明を行ってきたが、これは当科が担う領域の一部に過ぎない。他に、ウイルス・細菌などによる感染、アレルギー・好酸球性炎症、先天性・後天性形態異常、血流障害、外傷など様々な原因により様々な部位に様々な疾患が生じるため、他科と比較するととにかく雑多な印象を感じると思われる。しかしながら、上記のような長文に最後までお付き合いくださった読者の方は、当科がヒトの生活に及ぼす重要性を理解し、当領域に興味を感じてくださった方だと思うので、当院に限らず研修期間中に耳鼻咽喉科・頭頸部外科を是非ローテートしていただきたいと思います。

■当科の診療内容

[音声障害の診療]

声帯腫瘍：（声帯ポリープ・など） 頭微鏡下喉頭微細手術（入院治療）
声帯麻痺： 披裂軟骨内転術・甲状軟骨形成術・声帯内脂肪注入術（入院治療）
声帯内アテロコラーゲン注入術（外来手術）

機能性音声障害： 言語聴覚士による音声訓練

[嚥下障害の診療]

嚥下内視鏡検査・嚥下造影検査
摂食嚥下指導や嚥下機能改善手術・誤嚥防止手術など

[気道障害の診療]

[閉塞型睡眠時無呼吸]

ポリソムノグラフィーによる検査（一泊入院）、持続的陽圧呼吸療法・鼻腔形態改善手術・口蓋

扁桃摘出術・咽頭形成術・アデノイド切除術・喉頭・気管狭窄：気管切開術、声門開大術、喉頭気管形成術

[鼻副鼻腔疾患の診療]

ナビゲーションシステムを用いた内視鏡下鼻腔・副鼻腔手術

慢性副鼻腔炎・鼻中隔彎曲症 内視鏡下鼻副鼻腔手術・鼻中隔彎曲矯正術・下鼻甲介手術など

[耳科疾患]

顔面神経麻痺：副腎皮質ステロイド剤大量療法・抗ウイルス薬投与、誘発筋電図（ENoG）や顔面神経興奮性検査（NET）の結果に応じて追加治療

突発性難聴：副腎皮質ステロイド剤・デフィブラーゼ・プロスタグランジン点滴治療など

小児滲出性中耳炎：鼓膜チューブ留置術・口蓋扁桃摘出術・アデノイド切除術

[頸部良性腫瘍]

甲状腺腫瘍・唾液腺腫瘍：甲状腺腫瘍摘出術・唾液腺腫瘍摘出術など

頭頸部悪性腫瘍：頭頸部悪性腫瘍全摘術・化学放射線治療など

◆実績 2020年 手術件数合計 441件

喉頭微細手術 60

喉頭形成手術 8

声帯内注入術 25

嚥下関連手術 2

口蓋・咽頭扁桃摘出術 129

その他 22

頸部良性腫瘍・腫瘍手術 13

頭頸部悪性腫瘍手術（頸部郭清術含） 3

気管切開術 9

鼓膜形成術・鼓膜チューブ留置術 44

内視鏡下鼻・副鼻腔手術 128

耳鼻いんこう科研修目標

1. 一般目標 耳鼻咽喉科領域における、特に頻度の高い症状・疾患に関して、診断に必要な検査の決定、検査結果の評価、治療方針の決定について学ぶ。
2. 行動目標
 - ・耳鼻咽喉の視診ができる。
 - ・内視鏡を用いて耳鼻咽喉の観察ができる、嚥下機能の評価ができる
 - ・純音聴力検査、眼振検査など、耳領域の機能検査の結果を適切に解釈できる。
 - ・解剖学的知識を基にCT/MRI画像の読影ができる。
 - ・頸部腫瘍に対して超音波検査が適切にできる。
 - ・口蓋扁桃摘出術、アデノイド切除術の手術手技を習得する。

研修期間 選択 8週間以上

研修内容 耳鼻咽喉科指導医・専門医がマンツーマンで行動を共にしながら、以下の研修を行う。

- ・主に入院患者を対象に診察・内視鏡検査を行う。
- ・入院患者を対象に、耳科領域の機能検査(眼振検査、顔面神経興奮性検査など)を行う。
- ・外来患者を対象に頸部エコー検査を行う。
- ・カンファレンスにおいて、検査所見を基に診断、治療方針についてディスカッションを行う。

研修評価

毎週、研修内容を指導医に報告して研修目標の到達状況を説明し、要望や修正を加える。

研修の終わりに、研修責任者、各指導医からなる卒後臨床研修委員会で、研修成果の評価を行う。

スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	外来	手術	外来	外来	外来
午後	嚥下外来	手術	嚥下外来	(NST ラウンド)	(手術/嚥下造影検査)
勉強会 カンファレンス	症例カンファ		嚥下カンファ		

放射線科

研修担当指導医 放射線診断科診療部長 臼杵則朗
" 放射線治療科診療部長 西多俊幸

放射線科では放射線を用いた病気の診断（放射線診断）と放射線を用いた病気の治療（放射線治療）を行っています。

●放射線診断科の紹介と特徴

現在、4名の日本医学放射線学会認定の放射線診断専門医、2名の日本IVR学会認定の専門医が在籍し、各学会の修練機関、画像診断管理認証施設（適切な被曝管理、MRI安全管理）の認定を受けています。当科では画像診断、IVRと2つの業務を行っています。

・画像診断

最新医療に不可欠なCT、MRIといった高度画像診断装置をフルに活用できるような確かな撮影方法を指示し、その検査結果を速やかに各科にレポートとして報告し、迅速、正確な治療方針の決定に寄与しています。画像をすみずみまで観察する放射線科診断医により予想もしていなかったような病気が見つかることもあります。

・IVR

画像を駆使しながら治療を行う、患者の体に負担が少ない治療法のことです。血管に細い管（カテーテル）を入れて腫瘍を治療したり、出血を止めたり、膿瘍（膿のかたまり）から膿を排出したりといったことをします。

当科で行う主なIVR

- ・肝細胞癌の動脈塞栓術、動注化学療法
- ・消化管出血等の出血に対する緊急止血術
- ・動脈瘤の塞栓術
- ・下大静脈狭窄に対するステント留置術
- ・胃静脈瘤のBRTO（経静脈的塞栓術）
- ・アルドステロン症の副腎静脈サンプリング
- ・膵炎に対するカテーテル留置術
- ・膿瘍ドレナージ術 等

◆実績（平成31年）

	2019年(件)	2020年(件)
CT	18,262	18,249
MRI	9,861	9,435
RI	569	505
IVR	81	99

●放射線治療科の紹介と特徴

放射線治療専門医2名が在籍し、リニアックを用いた体外照射を行っています。

放射線治療は化学療法や手術と併用されることが一般的なので、他の臨床各科との連携のもとに各種疾患に対する放射線治療を行っています。

十分に時間をとって患者様に説明する事を基本に丁寧な診療を心がけています。

◆実績

高精度放射線治療としては強度変調放射線治療と体幹部定位照射を行っています。

体幹部定位照射の対象は現在のところ肺と肝臓です。

2020年（1月～12月）

のべ照射件数 3,446件

治療計画数 225件（1門・対向2門：32、非対向・3門：39、4門以上：124、高精度：29）

総照射部位数 181部位（乳房：53、骨：47、肺：37、前立腺：6、脳：12など）

全治療患者数 177人（原発巣別 乳癌：65、肺癌：59、泌尿器系：14など）

高精度照射 29件（強度変調照射：21、体幹部定位照射：8）

放射線科研修目標

一般目標 放射線被曝についての知識を習得する。
診断分野では単純写真、CT、MRI、RI の基本原理を理解する。
また、造影剤の利点、副作用について知る。
IVR では、基本的な手技を見につける。
治療分野では放射線生物学の基礎的知識を得た上で、放射線の急性および慢性障害を理解する

行動目標 診断分野では、各疾患の画像診断の典型像を知ったうえで、画像診断の進め方について習得する。
IVR ではその適応について理解する。
治療分野ではEBMに基づいた治療法の選択と放射線治療の適応を判断できる
SBRT や IMRT など高精度照射の特徴と適応を理解する

研修期間 選択 4 週間以上

研修内容

診断分野では指導医から各疾患の典型画像の提示をうけ、画像に対する理解を深める。
IVR では実際に助手として手技にも参加し、基本的手技を習得する、
治療分野ではカンファレンスに参加し個別症例の適応の判断や治療方針の決定に関わる
指導医と共に標準的な放射線治療計画の立案し、高精度照射（SBRT, IMRT）の実施にも参加する。
実症例から放射線の急性反応を学ぶ

研修評価

毎週、研修内容を指導医に報告して研修目標の到達状況を説明し、要望や修正を加える。
研修の終わりに、研修責任者、各指導医からなる卒後臨床研修委員会で、研修成果の評価を行う。

スケジュール

診断分野では火曜日に IVR へ配置される他は、1 日を通して各種画像を指導医とともに見ていく。
治療分野では症例に合わせた治療計画立案、見学となる。
毎週月曜日には、肝、胆、膵カンファレンス、治療カンファレンス、金曜日には IVR カンファレンスが行われる。

病理診断科

研修担当指導医 病理診断科診療部長 吉田 康之

当科の特徴

病院における病理科、「びょうり」部門とは患者さんの病巣組織の一部を採取し顕微鏡で観察、癌かあるいは他の疾患かを診断する部門であります。

胃カメラや大腸内視鏡検査で消化管粘膜面を観察しながら異常部分の粘膜組織片を採取し（生検）、そのパラフィン切片にH-E染色を施した組織標本を作製し、これを顕微鏡下に観察して胃癌や大腸癌があるのか、又は、潰瘍や炎症やポリープだけなのか？を判定し診断する。病理科とはこのような診断業務を司る部門であり、病院にとって重要な役割を担っています。

喀痰、尿、胸腹水、子宮頸管や内膜からの擦過材料、乳腺・甲状腺・リンパ節などの穿刺材料をスライドグラスに塗布してパパニコロー染色を行い、やはり光学顕微鏡にて癌細胞の有無を見分ける細胞診も病理科の主たる業務の一つであります（細胞診）。

手術で摘出された臓器あるいはその一部を肉眼的に十分に観察してそれから病理組織標本を作製し、癌であるならば、取り残しなく完全に摘出されているかどうか、周辺リンパ節転移の有無についても詳しく検索します（手術材料検索）。

手術中でも癌が完全に切除できているかどうか、切除断端組織を -30°C で迅速に凍結して染色し、その凍結切片を顕微鏡下に即座に診断し、その結果を手術中の執刀医に連絡し癌がまだ取り残されているならば追加切除するように指摘します。術中迅速凍結切片診断は時にその手術の成否にかかわる決定的な鍵を握る事が多く、我国でも大手術を行う場合には病理部門の整備充実が必須の条件と言われてきています。

極めて難解な疾患で種々の治療の甲斐もなく又は予期せぬ経過で死亡した場合には、患者さん本人の遺志や遺族の了解の下で病理解剖を行い臨床病理検討会において疾患の本態の解明や診断の的確さや治療効果が討議されます。

実績

生検・手術材料：約7,000件（内術中迅速診断：約400件）

細胞診：約9,000件

研修目標

- ・3年間の後期研修期間うち、2年目の終了後に「死体解剖資格」の取得を、そして3年目の終了後に「日本病理学会認定 病理専門医」の資格取得を目標とします。
- ・日本病理学会や地方会等での症例発表や、論文での症例報告等を行います。また、学会等が主催する各種講習会へ参加し、病理診断学の最新の知見を習得していきます。

研修内容

- ・手術検体等の切出し業務を通じて、肉眼観察により病変を精確に捉え、そして作製された組織片の顕微鏡下での観察を通じて病変の組織像を確実に理解することにより、最終的な病理診断を行える技能を会得することを目指します。
- ・主執刀医として病理解剖を担当し、その症例の剖検診断書を作成してもらいます。必要に応じて、院内で開催される臨床病理検討会で発表や討議を行います。そして、このような活動を通じて、臨床事項と関連させた病理診断を理解していきます。
- ・他科とのカンファレンスにも積極的に参加して、病理診断業務に必要な知識を幅広く習得してもらいます。