

# 独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院臨床研修規程

# 大阪病院臨床研修規程

## 【目次】

- 第1章 大阪病院の理念と基本方針 ..... P 4
- (1) 理念 (2) 基本方針 (3) 患者の権利 (4) 患者の責務
  - (5) 子ども患者さんの権利 (6) 医の倫理に関する基本方針
- 第2章 臨床研修病院としての役割、理念、基本方針と特徴 ..... P 11
- (1) 理念 (2) 基本方針 (3) 役割 (4) 臨床研修病院としての特徴
  - (5) 臨床研修病院としての役割、理念、基本方針の見直し
- 第3章 研修管理体制 ..... P 14
- (1) 臨床研修管理委員会 (2) 臨床研修小委員会 (3) プログラム責任者
  - (4) 指導医 (5) 上級医 (6) 指導者 (7) メンター
  - (8) 評価と検討 (見直し)
- 第4章 部門別研修及び研修環境 ..... P 17
- (1) 部門別研修 (2) 患者情報の管理 (3) 診療録 (4) 研修環境
- 第5章 医療安全・感染対策 ..... P 20
- (1) 医療安全管理体制 (2) 医療安全研修・教育 (3) 医療事故への対応
  - (4) 感染対策
- 第6章 研修医の募集・採用・修了 ..... P 22
- (1) 募集 (2) 選考方法 (3) 募集・採用の計画と見直し
  - (4) 臨床研修の中断と再開 (5) 研修修了手続 (6) 評価方法と修了基準
  - (7) 研修の未修了
- 第7章 研修医の処遇 ..... P 28
- (1) 研修医の処遇 (2) 研修医の労働環境 (3) 労働時間管理 (4) 健康管理
  - (5) 女性研修医のための勤務環境の支援
- 第8章 研修記録の保管・閲覧・基準 ..... P 32
- (1) 研修記録の保管規程 (2) 記録の閲覧方法 (3) 研修記録基準
- 第9章 研修医の実務に関する規程 ..... P 35
- (1) 基本事項 (2) 研修医の診療における役割、指導医との連携、診療上の責任
  - (3) 研修医の指示出し基準 (4) 研修医の実務規程

第10章 研修プログラム等	・・・・・・	P 39
(1) オリエンテーション		
(2) 診療科ローテーション		
(3) 必修研修		
(4) 選択研修		
(5) チーム医療の実践		
第11章 研修医の評価	・・・・・・	P 43
(1) 評価者		
(2) 評価の仕組み		
第12章 指導体制	・・・・・・	P 44
(1) 指導体制		
(2) 指導医・上級医の役割		
(3) メンター制度		
(4) 指導医・上級医による研修医の診療行為に対するチェック体制		
(5) 日当直時の指導体制		
(6) 病歴要約等の確認		
第13章 指導医の評価	・・・・・・	P 46
(1) 評価者		
(2) 評価方法		
(3) 評価結果の取り扱いとフィードバック		
第14章 研修プログラム全体の評価	・・・・・・	P 47
(1) 評価者と評価方法		
(2) 評価結果の取り扱い		
(3) 外部機関による評価		
第15章 研修修了後の進路	・・・・・・	P 48
(1) 専門研修制度		
(2) 専攻医の身分		
(3) 修了した医師の生涯にわたるフォロー体制		
第16章 協力型臨床研修病院としての研修体制	・・・・・・	P 49
(1) 管理体制		
(2) 評価方法等		
第17章 協力型臨床研修病院群での研修	・・・・・・	P 50
(1) 研修の申請		
(2) 処遇等		
(3) 研修時間等		
(4) 研修評価		
(5) その他		
第18章 臨床研修修了後の進路について	・・・・・・	P 51
<b>【別綴】</b>		
第1章 到達目標		P 52
第2章 実務研修の方略		P 55
第3章 到達目標の達成度評価		P 62
研修医が単独にて行って良い処置・処方基準		P 66

# 第1章 大阪病院の理念と基本方針

## (1) JCHO OSAKA OUR PUPOSE・MISSION・VISION・CREDO

### JCHO OSAKA *our* PURPOSE

わたしたちが存在する理由・社会への約束

より最適な医療と  
温かいところで、  
「あなた」と「地域」を  
支えます

大切な命が生まれるとき  
自分や大切な人が病に苦しむとき  
ただただ回復を願うとき  
命の終わりが近づきつつあるとき

そして、  
世の中が危機に瀕したとき

なにかあったときに  
頼れる存在がある

ここ大阪の地で  
暮らしと健康を支える

その存在であるために  
わたしたちだからできることを探り、  
磨きつづけていく

その人らしさを大切に  
多様なニーズに  
対応できる医療技術  
困ったときに助け合える関係  
未来に向けて育つ環境

わたしたちは、  
より最適な医療と  
温かいところで、  
「あなた」と「地域」を  
支えます

### JCHO OSAKA *our* MISSION

パーパスを実現するために目指し続けるもの

「あなた」と「地域」を支えるために…

- ▶ 一人ひとりに寄り添って、より最適な医療を目指します
- ▶ 専門的かつ高度な医療技術を提供できる体制を確保し続けます
- ▶ 未来の医療を支えるプロフェッショナルを育成し続けます
- ▶ 社会の要請・医療ニーズの変化に、真摯かつ迅速に応えます
- ▶ わたしたち職員は互いを支え、高め合い、そして大阪病院は職員を大切にします

### JCHO OSAKA *our* VISION FOR 2030

わたしたちが2030年までに創り出したい状態

- 1 わたしたちは、「ありがとう」「選んでよかった」と思える病院をめざします
- 2 わたしたちは、当院の「公的役割」をふまえ、社会の要請・医療ニーズの変化に真摯かつ迅速に応えます
- 3 わたしたちは、健やかな地域づくりのために、個人も病院も共に健やかであるよう努めます
- 4 わたしたちは、「成長実感」と「誇り」を持てる病院を創ります

**あ** 温かさ

- 患者さんや地域に「温もり」や「その人らしさ」を感じながら寄り添えているか？
- 忙しい脚こそ、自分自身や目の前のひとを大切にできているか？

**し** 真摯

- 目の前の一人ひとりから「信頼」を得られるように、誠実に接しているか？
- ニーズを理解し、「迅速・丁寧・公正」に応えることができているか？

**た** 対話

- 互いに対話しやすいよう相手を尊重し、「心理的安全性」が高い関わりや環境づくりができているか？
- 対話を重ね、「より最適」なことが何かを探り、進化し続けているか？

**し** 支える

- 困難なときでも、働く仲間と支え合い、互いを高め合っているか？
- 地域になくはならない存在の一員として「公的役割」も自覚できているか？

**せい** 成長

- プロフェッショナルとして「心・技・体」を磨き続けているか？
- 自らの成長とともに後進の成長に喜びを持つことができているか？

**+** 小さな一歩

- より良い明日に向けて、わたし(たち)ができる「小さな一歩」を創り出せているか？
- わたしの一歩

### JCHO OSAKA *our* CREDO

わたしたちが大切にしている価値観・行動基準

あしたのしせい+

## (2) 基本方針

our PURPOSE を実現するために次のように掲げます。

1. 地域の福祉に貢献し、住民の健康といのちを守ります
2. 患者さん中心で最適な医療とケアを提供します
3. かかりつけ医と協力し、医療連携を推進します
4. 専門的かつ高度な医療を提供できる体制を確保します
5. 未来の医療を支えるプロフェッショナル人材を育成し続けます
6. 公的病院として社会の要請・医療ニーズに真摯かつ迅速に応えます
7. 職員が心身ともに健康で働きやすく、いきがいのある職場をつくります
8. 健全で持続可能な経営基盤を目指します

## (3) 患者の権利

### 1. 平等の原則

年齢、障害、個人の思想信条などにより差別されず誰でも当院でおこないうる最善の医療を安全に平等に受ける権利があります

### 2. 尊厳に対する権利

常に一人の人間としての尊厳を尊重される権利があります

### 3. 知る権利

病院の治療方法や検査結果など十分な説明を聞いた上で、自分の意志で治療の受け入れまたは拒否する権利があります

### 4. 選択の権利

治療の途中でも、他の医師に意見（セカンドオピニオン）を求める権利があります

### 5. 個人情報の保護

病名・その他の個人情報の秘密が守られる権利があります

### 6. 開示の請求

診療録の開示を求める権利があります

## (4) 患者の責務

1. ご自身の健康状態や医療情報（薬歴、アレルギー歴、検査歴、既往歴、診療歴）について正確にお話してください
2. 名前や生年月日をなめるなどの本人確認のお願いをする際は繰り返しをいとわずご協力ください
3. 院内で他の人や医療の妨げにならないよう配慮してください
4. 皆様に適切な医療を受けていただくために、当院の規程・規則を守り、診療に支障となる迷惑行為を慎み、医療者と協力してください。暴言・暴力やルール違反へは厳重に対処いたします
5. 受けた医療に対する医療費をお支払いいただきます

#### (5) 子ども患者さんの権利

病気を治すためには、子どもたちと子どもたちの家族や大切な人、病院の医師と看護師たちがおたがいに力を合わせていくことが大切です。

大阪病院は次のような決まりごとを守りながらあなたを支えています。

これらは、子どもたちのために、病院の人、ご家族や大切な人、そして子どもたちも、みんなでこの決まりごとを守っていきましょう。

- 1 子どもたちは、一人の人間として大切にされます。
- 2 子どもたちは、どんな病気であっても、専門的なスタッフから、もっともよいと考えられる安心・安全な診療を安心・安全な場で受けることができます。
- 3 子どもたちは、自分の病気の状態や自分の受ける治療について、わかりやすい方法で説明を受けることができます。
- 4 子どもたちは、自分の健康を守るためのすべての情報について、自分の気持ち・希望・意見を伝えて、それを大切にしてもらうことができます。自分で決めることや伝えることが難しいときは、ご家族や大切な人に代わりに決めてもらうことができます。
- 5 子どもたちは、からだや病気のことなど自分のことをだれかに勝手に言われることはなく、自分のこころやからだを傷つけるあらゆる行為から守られます。
- 6 子どもたちは、入院しているときでも、勉強することや遊ぶことができます。
- 7 子どもたちは、分からないことや不安なことがあるとき、希望通りにならなかったときにはいつでも、病院の人、ご家族や大切な人に話したり、聞いたり、することができます。
- 8 子どもたちは、入院しているときでも、できるかぎりご家族や大切な人と一緒に過ごすことができます。
- 9 子どもたちは、今だけではなく将来も続けて医療やケア（気配り、世話など）を受けることができます。

※ 子どもたちとその保護者（親権者または後見人などの法定代理人(だいにん)）は、患者の診療記録の開示を求めることができます。

【診療録開示請求の権利】

※ 子どもたちとその保護者は、病気のことや病気を治していく方法について、別の人からも教えてもらうことができます。

【セカンドオピニオンの権利】

## (6) 医の倫理に関する基本方針

### 1) 職業倫理

JCHO大阪病院職員は、医療に関わる職業人としての職責の重大性を認識するとともに、人間の生命・人間としての尊厳および権利を尊重し、人と社会・地域に貢献する病院の理念に基づき、以下の職業倫理を定めます。

- ① 最適な医療を提供する為に、常に最新の学術的知識の習得と技術の向上に励み、医療事故を起こさない体制の構築に努めます。
- ② 医療者としての職務と責任を自覚し、人格を高めるよう努めます。
- ③ 患者さんの人格・人権を尊重し、常に誠実明朗な態度で接すると共に、医療内容について対話を重ね、信頼関係を得るよう努めます。
- ④ 他の医療機関や院内の他職種業務を理解し、医療連携・チーム医療に心がけ最善の治療成績が上げられるように努めます。
- ⑤ 医療の公共性を重んじ、医療を通じて地域社会の発展に尽くすと共に、法規範を遵守します。
- ⑥ 患者さんのプライバシーを尊重し、職務上の守秘義務を厳守すると共に、個人情報の保護に努めます。
- ⑦ 如何なる事情があろうと金品授与などの利益供与は受けません。

### 2) 臨床倫理

#### 【基本原則】

- ① 医師の倫理的なあるべき姿に関する「ジュネーブ宣言」・患者の権利に関する「リスボン宣言」について、理解を深めるよう努める。
- ② 患者に十分な情報を提供し、患者・家族からの話を十分に聞き、社会的適切さも考慮し、患者に個別化した最善の判断を行うよう努める。
- ③ 適切な理解を伴う合意（インフォームドコンセント）を得て医療をすすめるよう努める。
- ④ 最小のリスクで患者に最善の利益がもたらされるよう努める。
- ⑤ 合意・判断・指示等の内容は、患者に携わる医療・ケアチームと速やかに共有する。
- ⑥ 合意・判断・指示等の内容は、遅滞なく診療録に記載する。
- ⑦ 合意を得た後のケアプロセスにおいても、患者・家族からの話をよく聞き、合意を確認するよう努める。
- ⑧ 合意・判断等が困難な場合は、医療・ケアチームと検討し、適切な合意形成や判断に至るよう努める。
- ⑨ 解決が困難な場合や重大な課題については臨床倫理支援チームに対し病院としての助言・判断を求める。

#### 【各 論】

- ① 個人情報について

当院の個人情報保護方針をご覧ください

② インフォームドコンセントについて

当院で行う検査や治療については、病名、治療・検査目的、内容、リスク、代替可能な治療や検査法、何もしない場合に考えられる結果などを患者さんに十分な情報を提供して説明し、同意を得た上で行います。患者さんは、医療者から十分な説明と情報提供を受けた上で、治療・検査・その他の医療行為について自らの意思と価値観に基づいて選択することや、拒否する権利があります。なお、拒否したとしても、一切の不利益を被ることはありません。

③ 意識不明・自己判断不能患者の意思決定

患者さんの意思が確認できない場合、または自己判断能力が無い場合には代理人（患者意思を適切に推定できる人）に説明しその上で決定いたします。ただし代理人も不在の場合は医療・ケアチームで協議し患者さんにとって最善の方法を優先、それでも判断が困難な場合は外部委員も含めた臨床倫理コンサルテーションチームで検討し必要であれば臨床倫理委員会で審議し、その決定に従います。

④ 検査・治療拒否患者の扱い

患者さんが明確な意思をもって医療行為を拒否した場合はその自己決定を尊重します。医療者と患者の意向が対立する場合には倫理コンサルテーションチームで検討いたしますが、感染症などで治療拒否により第三者に危害が及ぶ場合は治療拒否が制限される場合があります。

⑤ 退院・診療拒否・強制退院について

検査治療が終了・あるいは入院治療が必要としなくなった場合には入院診療契約は終了すると考えられているので退院を拒否する患者さんに退院の方針を説明します。また、患者さんの問題行動が病院の秩序を著しく乱したり、患者さんが当院の指示に従わず、犯罪行為にかかると思われる場合は診療を拒否し強制退院を勧告します。外来においても同様の迷惑行為がある場合は診療を拒否しうる正当な理由であることを院内で検討したうえで診療拒否を通告いたします。

⑥ 輸血拒否患者に対する対応

宗教上の理由などから輸血を拒否する場合、当院の「輸血拒否に関する基本方針」に従い、患者さん・家族に対して検査・治療内容、特に輸血療法の副作用を十分に説明し、救命処置としての輸血療法の必要性に理解を求めます。それでも輸血を拒否される場合、相対的無輸血の立場をとります。相対的無輸血とは、患者さんの意思を尊重し可能な限り輸血をしないよう努力しますが、生命維持のために輸血が必要であるという考えです。

⑦ 身体拘束の基準

当院では身体拘束ゼロを目指しておりますが切迫性、非代替性、一時性がない場合以外には行いません。やむを得ず身体を拘束し、行動を制限する必要がある患者さんには、看護倫理学会のガイドライン及び当院の医療安全マニュアルにのっとり患者さんや家族に説明し、同意を得て行います。後続中は頻回に状態を観察し、必要性については毎日検討し不要になれば直ちに中止する方針です。



⑧ 終末期医療について

予後不良疾患の告知は患者の知る権利を尊重する立場から原則的に本人への告知を最優先します。この告知そのものが重要な医療行為であると考えられます。ただし場所、時期、患者の心情、告知による患者の反応も留意し最適な説明方法をとります。もし本人が告知を希望しない意思を表明した場合は患者が指名した代理人に告知内容を説明します。その後の医療・ケアについては「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（厚生労働省）」に従い、患者さんやご家族と相談の上、患者さんの意思に基づいた医療を行います。また、可能な限り、疼痛やその他の不快な症状を緩和し、総合的な医療・ケアを行います。

⑨ 蘇生不要希望患者についての取り扱い

蘇生処置不要（DNAR）を希望される患者さんには当院の「終末期医療についてのコンセンサス（蘇生処置拒否についての考えかた）」に沿って行います。患者さんの意思を最大限尊重しつつ、倫理的側面を考慮して症例毎に「適切性」を検討します。患者さんから蘇生不要（DNAR）などの強い意思表示がある場合には、医療・ケアチームで検討します。回復不能な疾患の末期的状態での心肺蘇生術は有益では無く、終末期・老衰・救命不能・意識回復が見込めない場合などに本人・家族に以下のリンクに示す内容に沿って説明し、蘇生を望まれない場合はその意思を尊重します。この同意は随時撤回が可能です。

⑩ 虐待について

小児、家族内、高齢者、障害者に対する虐待に対しては当院のマニュアルに即し虐待の判定に関しては虐待カンファレンスを開催し虐待と判定されれば警察への通報を含んだ対応をいたします。

⑪ 臓器移植について

臨床的に脳死と考えられ回復の見込みのない場合脳死後、あるいは心停止後臓器提供マニュアルにのっとり臓器提供の提案をします。提供を希望される場合は日本臓器移植ネットワークコーディネーターの派遣を依頼し詳細な説明を受けることができます。

⑫ 適応外医薬品・医療機器の使用について

適応外医薬品・医療機器の使用について、臨床的にその使用が患者の治療に必要で有益である場合、当該委員会でその妥当性を審議のうえ病院の費用負担のもとに使用をいたします。

⑬ 臨床研究について

一般的な臨床研究に関しては「包括同意」に説明のあるとおり厳密な個人情報保護のもと行います。自身の臨床データの研究利用に同意を拒否する場合は申し出ることができ、そのことによる不利益は一切被りません。

⑭ 人工妊娠中絶について

母体保護法などの法令や日本産科婦人科学会による指針を遵守します。

⑮ LGBTQについて

個々の患者に対して性的思考及び性自認に配慮し、プライバシーの保護に努めます。療養環境については患者さんの意向を伺い、できうる限り配慮いたします。

### 3) 治験に関する倫理

治験は、次に掲げる原則に則って実施されなければならない。

- ① 治験はヘルシンキ宣言に基づく倫理的原則及び新GCP（医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令）を遵守して行われなければならない。
- ② 治験を開始する前に、個々の被験者及び社会にとって期待される利益と予想される危険及び不便を比較考慮し、期待される利益によって危険を冒すことが正当化される場合に限り、治験を開始し継続すべきである。
- ③ 治験者の人権・安全及び福祉に対する配慮が最も重要であり、科学と社会のための利益よりも優先されるべきである。
- ④ 治験薬に関して、その実施を支持するのに十分な非臨床試験及び臨床試験に関する情報が得られていなければならない。
- ⑤ 治験は科学的に妥当でなければならず、治験実施計画書にその内容が明確かつ詳細に記載されていなければならない。
- ⑥ 治験は、治験審査委員会が事前に承認した治験実施計画書を遵守して実施しなければならない。
- ⑦ 被験者に対する医療及び医療上の決定に関する責任は、医師又は歯科医師が常に負うべきである。
- ⑧ 治験の実施に関与する者は、教育・訓練・経験により、その業務を十分に遂行しうる要件を満たしていなければならない。
- ⑨ 治験に参加する前に、全ての被験者から自由意思による Informed Consent を得なければならない。
- ⑩ 治験に関する全ての情報は、正確な報告・解釈・検証が可能なように記録し、取り扱い及び保存しなければならない。
- ⑪ 被験者の身元を明らかにする可能性のある記録は、被験者のプライバシーと秘密の保全に配慮して保護しなければならない。
- ⑫ 治験薬の製造・取扱い・保管・管理は、治験薬の製造管理及び品質管理に関する基準（治験薬GMP）に準拠して行うものとする。又、治験審査委員会が事前に承認した実施計画書を遵守して治験薬を使用するものとする。
- ⑬ 治験のあらゆる局面の質を保証するための手順を示したシステムを運用するものとする。
- ⑭ 治験に関連して被験者に健康被害が生じた場合には、過失によるものであるか否かを問わず、被験者の損失は適切に補償されなければならない。その際、因果関係の証明等について被験者に負担を課することがないようしなければならない。

## 第2章 臨床研修病院としての役割、理念、基本方針と特徴

### (1) 理念

医師としての健全な人格を涵養し、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識することにより、社会から求められる医師としての基礎を形成する。

### (2) 臨床研修の目的

上記理念を実現するために、

1. 一般的診療、特にプライマリケアにおける基本的な診察能力の習得
  2. 高度専門的医療を要する患者をトリアージする能力の習得
  3. 多職種間コミュニケーションを通じたチーム医療の実践
  4. 患者の医療への参画をはじめとする患者中心医療の実践
- 以上を目標達成の指標として研修する。

### (3) 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。

次のような資質を備えた医療人を育成する。

- 1) 人間性豊かな医療人  
幅広い教養を持った感性豊かな人間性を備え、深い洞察力と倫理観、生命の尊厳について適切な理解と認識を持ち、基本的人権の尊重に努める。
- 2) 医療全般にわたる広い視野と高い見識を持つ医療人  
医学、医療の全般にわたる広い視野と高い見識を持ち、常に科学的妥当性に基つきながら、将来専門とする分野に関わらず、臨床に必要なプライマリケアの基本的診療能力を習得する。
- 3) 患者の立場に立った医療を実践する医療人  
医師としての人格を涵養し、患者から人間としても信頼される思いやりの心を持った謙虚な医療人となり、患者の人格と権利を尊重し、患者中心・患者本位の全人的医療の推進に努める。
- 4) チーム医療のできる医療人  
自己の能力の限界を自覚し、病院内の各職種・各職員と連携を密にして、チーム医療の推進に努める。
- 5) 地域医療に貢献する医療人  
地域医療に関心を持ち、健康の保持、疾病の予防から社会復帰に至る医療全般の責任を有することを自覚し行動する。
- 6) 中核病院としての責務を自覚する医療人  
医療の公共性を理解し、全体の奉仕者として常に公平な職務の執行にあたる。

#### (4) 役割

医師臨床研修制度の基本理念に基づき、幅広い基本的診療能力と検査手技を修得し、プライマリケアに対応でき、地域医療に貢献できる医師を育成する。

(5) 臨床研修病院としての特徴

1) 当院は大阪府大阪市西部2次医療圏の基幹中核病院であり、二次救急を中心に幅広く地域住民の要望に応じている。

当院の主な特徴は、

- ① 病院として幅広い医療スタッフを配置し、高度医療を展開。
  - ② 周産期医療、がん治療や人工透析など高度医療の実践。
  - ③ 糖尿病、小児の感染症、神経内科、不妊など、専門外来方式による専門治療。
  - ④ 地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院などの指定。
  - ⑤ 院内保育所を設置し、子育てと臨床研修の両立が可能。
- 2) 救急医療機関として多様で豊富な症例を経験できるため、研修には好条件を備えている。2年間の研修プログラムは、将来専門としたい診療科を中心に、臨床研修の到達目標を達成できるよう配慮しながら、研修医の希望を尊重して科目選択や研修月数の調整を可能とし、専門研修にも繋がる内容で継続して研修できる柔軟性をもったプログラムとしている。
- 3) 当院は基幹型臨床研修病院として臨床研修医を受け入れ、大阪大学医学部附属病院、大阪公立大学医学部附属病院、兵庫医科大学病院及び奈良県立医科大学附属病院等の協力型臨床研修病院とともに積極的に臨床研修に取り組んでいる。
- 4) 本研修プログラムを修了した研修医は、より高度な知識・技能を習得するための当院の専門研修に進むことができる。当院は各科で各学会の研修教育施設の認定を受けており、専攻医資格を取得することも可能である。

(6) 臨床研修病院としての役割、理念・基本方針の見直し

定期的な自己評価、外部評価により、見直しと修正を行なう。

### 第3章 研修管理体制

当院は、基幹型臨床研修病院として臨床研修医を受け入れるとともに、大阪大学医学部附属病院、大阪公立大学医学部附属病院、兵庫県立医科大学病院及び奈良県立医科大学附属病院等の協力型研修病院であり、また他の協力型病院の研修医を短期間受け入れる臨床研修病院でもある。

#### (1) 臨床研修管理委員会

- 1) 臨床研修管理委員会は、研修プログラムの作成、調整、研修医の管理及び採用・中絶・修了の際の評価など、臨床研修の実施に関する総括管理を行なう。
- 2) 臨床研修管理委員会の実務は、総務企画課内の臨床研修事務局が担当する（要綱、委員名簿は別紙参照）。
- 3) 臨床研修管理委員会の下部委員会として、臨床研修小委員会等を設置する。

#### (2) 臨床研修小委員会

- 1) 臨床研修管理委員会の下部委員会であり、研修医の研修に関する事項を協議し、臨床研修の円滑な運営を図る。
- 2) 臨床研修小委員会の実務は、臨床研修センターが担当する（要綱、委員名簿は別紙参照）。

#### (3) プログラム責任者

- 1) プログラム責任者は、臨床研修病院の臨床研修関連実務を統括し、研修プログラムの企画・立案及び実施の管理並びに研修医に対する助言、指導その他の援助を行う。
  - ① プログラム責任者は、院長が辞令交付により任命する。
- 2) プログラム責任者の要件
  - ① プログラム責任者は、7年以上の臨床経験のある常勤医師であり、指導医、研修医に対する指導を行なうために必要な経験及び能力を有していること。
  - ② 臨床研修指導者講習会を受講していること。また、プログラム責任者養成講習会（医療研修推進財団主催）を受講していること。
- 3) プログラム責任者の役割
  - ① 研修プログラムの原案を作成する。
  - ② すべての研修医が臨床研修の目標を達成できるよう、全研修期間を通じて研修医の指導を行うとともに、研修プログラムの調整を行う。
  - ③ 到達目標の達成度について、少なくとも年2回、研修医に対して形成的評価（フィードバック）を行う。
  - ④ 研修医の臨床研修の休止にあたり、履修期間を把握したうえで、休止の理由が正当かどうか判定する。研修医が修了基準を満たさなくなるおそれがある場合には、事前に臨床研修管理委員会に報告・相談するなどして対策を講じ、定められた研修期間内に研修を修了できるように努める。

- ⑤ 研修期間の終了に際し、研修管理委員会に対して研修医の到達目標の達成状況を達成度判定票を用いて報告する。
- ⑥ 管理者及び研修管理委員会が臨床研修の中断を検討する際には、十分話し合いを持つことで、当該研修医の臨床研修に関する正確な情報を提供する。
- ⑦ 協力病院・施設などへ研修状況の現地確認、研修医からの院外研修レポートの提出、評価結果の共有、臨床研修管理委員会議事録の送付等により連携・調整等行なう。
- ⑧ その他、臨床研修全般を統括する。

#### (4) 指導医

- 1) 研修医がローテートする診療科ごとに最低1名の指導医を確保する。
- 2) プログラムの研修分野ごとに、責任者(指導医)名を明記する。
- 3) 指導医は、院長が辞令交付により任命する。
- 4) 指導医の要件
  - ① 指導医は7年以上の臨床経験を有する常勤医師で、プライマリケアを中心とした指導ができる経験、能力を有しているもの。
  - ② 臨床研修指導医講習会を受講しているもの、若しくは診療部長とする。
- 5) 指導医の役割
  - ① 指導医は、担当分野の研修期間中、研修医ごとの研修目標達成状況を把握し、研修医をマンツーマン方式で直接指導するだけでなく、屋根瓦方式等で指導医の指導監督の下、上級医が研修医を指導できる。
  - ② 指導医は、担当分野の研修期間終了後に、EPOCを用いて研修医の評価をプログラム責任者に報告する。
  - ③ 指導医は、研修医の身体的、精神的変化を観察し、問題の早期発見と対応を行なう。

#### (5) 上級医

- 1) 上級医とは、7年以上の臨床経験を有するが、指導医の要件を満たしていない医師のことをいう。
- 2) 上級医は、屋根瓦方式の指導体制において、指導医と研修医の間にあつて、指導医と同様に研修医の指導にあたる。

#### (6) 指導者

- 1) 指導者は、事務部、看護部、薬剤部科及び医療技術部門から専任された臨床研修管理委員会の委員とする。
- 2) 指導者は、当該部門に関わる研修医の評価を行い、プログラム責任者に報告する。

#### (7) メンター

指導者たるメンター(mentor)は、指導を受けるメンティー(mentee)に対して、対話

と助言を繰り返しつつ、仕事や日常生活面並びに人生全般における支援を継続的に行う。

メンターは、診療科の枠を超え、メンティーである研修医との定期的なコミュニケーションを通じ、彼らの研修生活やキャリア形成全般についての助言、精神面でのサポートなど、継続的な支援を行う。

#### (8) 評価と検討（見直し）

1) 以下の事項について、年1回定期的な評価、と検討（見直し）を行なう。その際、臨床研修管理委員会外部委員、救急隊員などを通じて地域からの意見を併せて伺う。

- ① 臨床研修病院としての役割、理念・基本方針
- ② 研修プログラム全般
- ③ 研修医募集、採用計画
- ④ その他、必要と認められる事項



## 第4章 部門別研修及び研修環境

### (1) 部門別研修

#### 1) 外来研修

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を行う。

- ① 一般外来：各科の初診、再診患者の診察を研修する。また、退院後の再診患者の診察を研修する。指導医または上級医の監督下に研修医が診察を行なう。担当症例について、ディスカッションを行なう。地域医療で行う場合もある。
- ② 地域医療：研修協力病院・施設である市内の5医療機関またはJCHO 若狭高浜病院（福井県）、JCHO 福井勝山総合病院（福井県）、JCHO 宇和島病院（愛媛県）のいずれかにおいて、初診、再診患者の診察を研修する。

#### 2) 救急部門研修

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の専門部門と連携ができる。

- ① 救 急：プライマリケア診療部1ヶ月、救急麻酔分野4週未満
- ② 日 当 直：夜間、土日祝祭日に、指導医や上級医の日当直医とともに日当直による救急診療研修を行なう。年/30回程度を日直及び当直業務を救急外来において従事する(並行研修)。

#### 3) 地域医療研修

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して研修を行う。

研修協力病院・施設である市内の5医療機関またはJCHO 若狭高浜病院（福井県）、JCHO 福井勝山総合病院（福井県）、JCHO 宇和島病院（愛媛県）で1か月研修し、地域医療、在宅医療、老人医療、福祉、介護を含めた全人的総合的な診療の研修を行う。

#### 4) 臨床病理検討会（CPC）

##### ① 目的

CPCは、臨床症例の経過、治療、臨床診断及び病理解剖所見の検討と討論により、臨床のレベルアップを図るものとする。

##### ② CPC研修の実際

- ア. 他の業務に優先し参加するものとする。
- イ. 1回のCPC研修を、(複数の)研修医が担当する。
- ウ. 対象症例は、担当研修医が携わった症例あるいは剖検に参加(見学)した症例を原則とする。
- エ. 担当研修医は、全身の観察、臓器の取り出し、肉眼的観察、顕微鏡による病理組織学的観察を行う。

オ. CPCでは、病理診断科診療部長が進行役を努め、担当研修医が対象症例の病歴、理学所見、検査成績、治療経過について提示する。病理担当医により剖検所見及び病理組織学的所見の提示を行い、最終病理診断が示される。その後、担当研修医による考察を行い、総合討論を行なう。

カ. CPCで検討したことを基にCPCレポートを作成し、提出する。

※ 剖検数が少ない病院にあたっては、研修医、病理担当医とは別に、複数名の医師で構成される症例検討会（デスクカンファレンス等）で補完してもよい。

## (2) 患者情報の管理

入院時に発生した紙媒体の記録は中央管理システム（一元管理）となっており、所定の申込書により請求されたものが診療情報管理室より貸し出しされる。

## (3) 診療録

1) 診療録は、診療録記載マニュアル（〇〇年〇〇月作成）に従って記載する。

※ マニュアルにおいては、診療情報の記録指針 2021（日本診療情報管理学会）に準ずる指針を推奨する。

2) 指導医は、研修医の記録した診療録をチェックし署名（カウンターサイン／チェック）する。

3) 指導医又は上級医は、追記や内容修正が必要と判断した場合は、診療録記載マニュアルに従って加筆・修正を行う。その場合、どの記録に対して修正や追記を行なったか分かるように記録する。

4) 研修医は、診療について指導医又は上級医と議論を行なった場合、あるいは指導を受けた場合は、それが分かるような記録を心がけること。

5) 退院時サマリー

1) 退院時サマリーは、退院時に作成する。研修医が作成する場合は、指導医の指導と監査を受ける。

2) 研修医による退院時サマリーは速やかに作成されるべきであり、遅くとも退院後5日以内に作成されなければならない。遅延がある場合は、診療情報管理室により指導医、研修医に通知される。

3) 退院時サマリートのフォーマットは、院内共通のフォーマットを使用する。

※ フォーマットにおいては、退院サマリー作成に関するガイドンス（HL7規格）に準ずるフォーマットを推奨する。

## (4) 研修環境

1) 研修医室

6階医局に、インターネット環境が整備された研修医室を設置し個人のデスク、ロッカーを備えている。

2) 図書室

- ・ 図書室は、24時間利用可能。

- ・ 医学図書数 : 国内／1,140 冊、国外／705 冊
  - ・ 医学雑誌数 : 国内／ 3,650 種類、国外／2,850 種類
  - ・ インターネット端末 (パソコン 1 台、プリンター 1 台)
  - ・ 院内電子カルテ端末 (0 台)
  - ・ コピー機 (1 台)
  - ・ データベース : 医学中央雑誌 WEB 版 Medline  
                  medical-online  
                  Up to Date
  - ・ 文献取り寄せが必要な場合は、山口さんを経由して院外に文献請求できる。
- 3) 医学教育用機材
- ・ 医学教育用シミュレーター
- 4) 駐車場
- ・ 職員駐車場あり

## 第5章 医療安全・感染対策

医療安全は、医療の質に関わる重要な課題である。安全管理体制を院内に根付かせ、機能させることで、院内の安全文化の定着と熟成、医療の質の向上と安全確保を図っている。

### (1) 医療安全管理体制

#### 1) 医療安全対策委員会（要綱、委員名簿は別紙参照）

- ① 医療事故防止対策の策定
- ② 医療事故の分析及び再発防止策の検討
- ③ 医療安全対策の職員に対する指示及び提言
- ④ 医療安全対策の啓発・教育・広報及び出版
- ⑤ 医療訴訟に関すること

などを審議・決定する。委員会は原則として毎月定期的を開催する。

#### 2) 医療事故調査委員会

- ① インシデント及びアクシデント、医療過誤の有無の見解統一
- ② 診療録、検査記録等のチェックと医学的善後策の検討
- ③ 患者側との面談、説明文書の作成及び患者のプライバシー保護
- ④ 保健所及び警察署への報告

※ 1)～2)に研修医が参画されていることが重要であり、必ずしも個々の委員会を開催する必要はない。但し、研修医1名以上が委員として参加できるよう、業務等への配慮がなされていること。

### (2) 医療安全研修・教育

#### 1) 医療安全研修会（院内）

- ① 医療安全管理者は、医療安全研修会を年2回以上開催し、全ての職員に対し研修の機会を与えなければならない。
- ② 研修医は、医療安全研修会に年2回以上参加しなければならない。
- ③ 研修参加記録（出席名簿）は、医療安全推進室に保管しなければならない。

### (3) 医療事故への対応

- 1) 日頃から医療安全管理要綱や医療事故等の対応指針、医療事故対応マニュアルを理解するよう職員に通知している。
- 2) 医療事故が発生したときは、医療事故対応マニュアル、事故発生時連絡マニュアル等に基づいて行動する。
- 3) 医療事故レベル4（後遺症）・5（死亡）に相当する場合は、次のように対応する。
  - ① 患者の救命処置を最優先とし、「CPR」コールによる応援を求め治療努力を行なう。
  - ② 研修医は、指導医と研修診療科の医療安全推進者へ報告する。
  - ③ 指導医は、速やかに医療安全統轄責任者及び医療安全管理者に報告する。

- ④ 事故に関係した機器、医療機材、薬剤等の現状を保全する。
- ⑤ 複数の職員で事実と時間経過を確認し、憶測や弁解の入らない客観的な記録を時系列に作成する。
- ⑥ 事実経過の記録は説明者と家族がサインし、コピーを渡す事も考慮する。
- ⑦ 事故発生報告書に記載する。

#### (4) 感染対策

##### 1) 院内感染対策委員会

- ① 院内における微生物の感染を積極的に防止し、院内衛生管理の万全を期すため、院内感染対策委員会を設置し院内感染防止に努める。
- ② 委員会は、定例会として毎月1回、臨時会として必要に応じその都度開催する。
- ③ 取り組み内容などについては、院内感染対策委員会規程による。

##### 2) A S Tカンファレンス・I C Tラウンド

- ① 入院病棟における院内感染を未然に防止するため院内ラウンドを行い、指導を要する事項については改善を促す。
- ② 院内感染が疑われる菌の発生状況を調査把握し、各病棟へ情報提供を行う。
- ③ 定例会として毎月1回、I C Tカンファレンスを必要に応じその都度開催する。  
※ 1)～2)に研修医が参画されていることが重要であり、必ずしも個々の委員会を開催する必要はない。但し、研修医1名以上が委員として参加できるよう、業務等への配慮がなされていること。

## 第6章 研修医の募集・採用・修了

### (1) 募集

#### 1) 公募研修医

基幹型臨床研修病院として、病院ホームページや研修病院説明会（大阪府、大阪大学、近畿厚生局、民間会社などが主催）を活用し、広く全国から公募する。この場合、臨床研修協議会が主催するマッチングに参加する。

#### 2) 当院が協力型臨床研修病院として受け入れる研修医

大阪大学医学部附属病院・大阪公立大学医学部附属病院・奈良県立医科大学附属病院・兵庫医科大学病院他の基幹型臨床研修病院の研修プログラムの研修医を、いわゆる「たすきがけ」として1年次あるいは2年次に受け入れる。また、月単位の短期間研修も受け入れている。

#### 3) 研修医受入れの上限

通年で受け入れる研修医数の上限は、大阪府から各プログラムに対する分配定員に、「たすきがけ」1年目最大6名、2年目最大4名を加えた数を上限とする。

### (2) 選考方法

#### 1) 募集要項に記されてあるとおり、

- ① 臨床研修願(自筆・写真貼付)
- 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
- ⑥ 返信用封筒

応募書類により応募した者について、筆記試験、面接委員が書類審査及び面接試験を行なう。

#### 2) 面接委員は、院長、副院長、プログラム責任者、事務部門・看護部門の長及び診療部長とし、院長が認めた者も可とする。

#### 3) 面接委員は、応募者の順位付けを行い、臨床研修管理委員会委員長の承認を得る。その選考順位を、医師臨床研修マッチング協議会のマッチングシステムに登録し、マッチングにて決定される。

### (3) 募集・採用の計画と見直し

臨床研修管理委員会は、研修医の募集人員、募集方法、選考方法などの募集採用計画について見直しを行い調整する。

### (4) 臨床研修の中断と再開

#### 1) 研修の中断

研修の中断とは、現に臨床研修を受けている研修医について研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の途中で臨床研修を長期にわたり休止すること、又は中止することをいうものである。

やむを得ず研修の中断の検討を行う際には、プログラム責任者及び研修管理委員会は、研修医及び研修指導関係者と十分話し合い、臨床研修を継続できる方法がないか検討し、研修医に対し必要な支援を行う。

## 2) 中断の基準

中断には、研修医が研修を継続することが困難であると研修管理委員会が評価、勧告した場合と研修医からプログラム責任者に申し出た場合の2種類がある。院長が研修の中断を認めることができるのは、以下のような正当な理由がある場合である。

### ① 研修医が臨床研修を継続することが困難であると研修管理委員会が評価、勧告した場合

ア. 当該臨床研修病院の廃院、指定の取消しその他の理由により、当該臨床研修病院における研修プログラムの実施が不可能な場合

イ. 研修医が臨床医としての適性を欠き、当該臨床研修病院の指導・教育によっても、なお改善が不可能な場合

ウ. 妊娠、出産、育児、傷病等の理由により臨床研修を長期にわたり休止又は中止する場合

エ. その他正当な理由がある場合

### ② 研修医から管理者に申し出た場合

ア. 妊娠、出産、育児、傷病等の理由により臨床研修を長期にわたり休止又は中止する場合

イ. 研究、留学等の多様なキャリア形成のため、臨床研修を長期にわたり休止又は中止する場合

ウ. その他正当な理由がある場合

※ 妊娠、出産、育児、傷病等の理由により研修を長期にわたり休止し、そのため修了に必要な研修実施期間（注）を満たすことができず、さらに研修を再開するときに研修医の履修する研修プログラムの変更、廃止等により同様の研修プログラムに復帰することが不可能であると見込まれる場合など。

（注）休止期間の上限：90日（当院において定める休日は含まない）

## 3) 中断の手順

① 臨床研修管理委員会は、研修医が臨床研修を継続することが困難であると認める場合には、当該研修医がそれまでに受けた臨床研修に係る当該研修医の評価を行い、院長に対し、当該研修医の臨床研修を中断することを勧告することができる。

② 院長は、（ア）の勧告又は研修医の申出を受けて、当該研修医の臨床研修を中断することができる。

③ 臨床研修の中断の検討を行う際には、院長及び臨床研修管理委員会は当該研修医及びプログラム責任者や他の研修指導関係者と十分話し合い、当該研修医の臨

床研修に関する正確な情報を十分に把握するものである。また、臨床研修を再開する場所（同一の病院で研修を再開予定か、病院を変更して研修を再開予定か。）についても併せて検討すること。なお、必要に応じて、それらの経緯や状況等の記録を残しておくこと。中断という判断に至る場合には、当該研修医が納得する判断となるよう努めなければならないこと。また、必要に応じて事前に管轄する近畿厚生局健康福祉部医事課に相談すること。

#### 4) 中断した場合

院長は、研修医の臨床研修を中断した場合には、当該研修医の求めに応じて、速やかに、当該研修医に対して、当該研修医に関する次に掲げる事項を記載した 臨床研修中断証（様式 11）を交付しなければならないこと。このとき、院長は、研修医の求めに応じて、臨床研修の再開のための支援を行うことを含め、適切な進路指導を行わなければならないこと。さらに、院長は、速やかに、臨床研修中断報告書（様式 12）及び当該中断証の写しを管轄する近畿厚生局健康福祉部医事課あてに送付すること。

(ア) 氏名、医籍の登録番号及び生年月日

(イ) 中断した臨床研修に係る研修プログラムの名称

(ウ) 臨床研修を行った臨床研修病院（臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行った場合にあっては、臨床研修病院及び臨床研修協力施設）の名称

(エ) 臨床研修を開始、及び中断した年月日

(オ) 臨床研修を中断した理由

(カ) 臨床研修を中断した時までの臨床研修の内容及び研修医の評価

5) 研修の再開 臨床研修を中断した研修医は、自己の希望する臨床研修病院に、臨床研修中断証を添えて、臨床研修の再開を申し込むことができる。臨床研修中断証の提出を受けた臨床研修病院が臨床研修を行うときは、当該臨床研修中断証の内容を考慮した臨床研修を行わなければならない。

#### 参考

区分	説明	備考
中断	研修プログラムに定められた研修期間の途中で研修を中止とするもの	中断した同一病院で再開予定か、病院を変更して再開予定かについても併せて検討する
休止		原則として、引き続き同じ病院
未修了	研修期間の終了時において、研修医が研修の修了基準を満たしていない等の理由により、管理者が修了と認めないもの	(プログラム) で研修を行う (再開する) ことが前提



#### (5) 研修修了手続

- 1) 臨床研修管理委員会は、研修医の研修期間修了に際し、次項(6)に掲げた当該研修医の評価を院長に報告する。この場合において、研修管理委員会は、臨床研修中断証を提出し臨床研修を再開した研修医については、当該臨床研修中断証に記載された研修医の評価を考慮する。
- 2) 院長はその報告に基づき、次項(6)に掲げた修了基準により研修の修了が認められるときは、研修修了証(「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」の様式14)を交付する。
- 3) 院長は、次項(6)の評価に基づいた研修を修了していない(未修了)と認めるときは、速やかにその旨を当該研修医に研修未修了理由書(「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」の様式15)により通知する。

#### (6) 評価方法と修了基準

- 1) プログラム責任者は、臨床研修管理委員会に対して、研修医ごとの臨床研修目標の達成状況を報告する。
- 2) 臨床研修管理委員会は、研修修了認定の可否について評価を行う。
- 3) 以下の修了基準が満たされた時に、臨床研修の修了と認める。
  - － 研修修了基準 －
    - ① 研修実施期間の評価(医師の臨床研修における修了等の基準に関する提言(以下「提言」という。)5-1研修実施期間の評価に準拠する)
      - ◆ 研修期間の2年間を通じた休止期間の上限は90日とする。当院で定める休日はこれに含まないものとする。また、休止の理由として認めるものは傷病、妊娠、出産育児その他正当な理由(研修プログラムで定められた年次有給休暇を含む。)とする。なお、休止期間が90日を超える場合には未修了とする。
    - ② 臨床研修の到達目標の達成度の評価(提言5-2臨床研修の到達目標(臨床医としての適性を除く)の達成度の評価に準拠する)
      - ◆ 「卒後臨床研修の到達目標」の【到達目標の達成度評価】A) 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)として4項目、B) 資質・能力として9分類による評価、C) 基本的診療業務4項目に関して、「すべての経験すべき症候」及び「経験すべき疾病・病態」を診療科ごとにEPOCに入力する。
      - ◆ 「病歴要約」

厚生労働省は2年間の研修のうちに、経験すべき症候29項目及び経験すべき疾病・病態26項目において病歴要約等(退院時要約、患者申し送りサマリー及び転科サマリー)以下「病歴要約」という。)を指導医が確認することを義務付けている。これらすべての項目(55項目)について病歴要約を作成し指導医へ提出する。提出を受けた指導医は、記載されている内容を確認し指導を行う。

- ◆ 必修科目は内科（呼循環内科、消腎内科、内代神内科）6月、麻酔科1月、外科2月、小児科及び産婦人科を併せて3月、一般外来研修（プライマリケア外来）及び神経精神科各1月間及び地域医療を1月とする。各研修分野の必修科目で定めた履修期間を満たしていない場合には、未修了とすることから未修了となった必修科目が生じた場合には2年次研修で行う選択科目の研修において必要履修期間を満たすこと。
  - ◆ 一般外来研修は、2年次で研修する必修分野のプライマリケア外来において1月、地域医療で4週間、合わせて8週間を必修とする。
  - ◆ 感染対策、予防医療、虐待、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）については卒後臨床研修プログラムに定めている研修科において、2年間の研修期間中に研修を行うこと。これらについて研修が行われなかった場合には未修了とする。
- ③ 臨床研修医としての適性の評価（提言5-3 臨床医としての適性の評価に準拠する）
- ◆ 医療安全の確保が危ぶまれる、あるいは患者との意思疎通にかけ不安感を与える場合には、プログラム責任者、副責任者および担当指導医が指導教育を行うが、改善せず患者に被害を及ぼす恐れがある場合には、中断もしくは未修了とする場合がある。また、一般常識を逸脱する場合、就業規則を遵守することができない場合、チーム医療を乱すなどにおいても同様の取り扱いとする。
  - ◆ 法令、規則が順守できず、医道審議会の処分の対象となる研修医については再教育を行う。再教育にもかかわらず改善せず、患者に被害を及ぼす恐れがある場合には中断もしくは未修了とする。
- ④ 参加を義務付けている研修会等への出席
- ◆ 医療安全及び感染対策に関する院内研修会（1年間に各2回開催）に参加しなければならない。院外研修等で参加できない場合には、DVDを閲覧するなどレポートを提出すること。
  - ◆ 厚生労働省が主催する新規登録保険医集団指導に1年次研修中に参加すること。
- ⑤ CPCレポートの提出と臨床病理検討会での発表
- ◆ 病理解剖を行う場合、研修医は院外で研修を行っているものを除き、参加しなければならない。また、2年間の研修中に最低1症例について主担当として従事し、臨床病理検討会において発表しなければならない。
- 4) 研修修了基準に係るプログラム責任者の役割
- プログラム責任者は、研修休止の理由の正当性を判定し、履修期間の把握を行わなければならない。
- 研修医が修了基準を満たさなくなる恐れや休止期間の上限を超える恐れがある場合には、事前に研修管理委員会に報告・相談するなどして対策を講じ、当該研修医があらかじめ定められた研修期間内に研修を修了できるように努めなければならない。

#### (7) 研修の未修了

### 1) 基本的考え方

臨床研修の未修了とは、研修医の研修期間の終了に際する評価において、研修医が臨床研修の修了基準を満たしていない等の理由により、プログラム責任者が当該研修医の臨床研修を修了したと認めないことをいうものであり、原則として、引き続き同一の研修プログラムで研修を行うことを前提としたものである。

院長及び研修管理委員会には、あらかじめ定められた研修期間内に研修医に臨床研修を修了させる責任があり、安易に未修了の扱いを行ってはならない。やむを得ず未修了の検討を行う際には、院長及び研修管理委員会は研修医及び研修指導関係者と十分話し合い、当該研修医の研修に関する正確な情報を十分に把握する。

### 2) 未修了の手順

プログラム責任者は、(6)の評価に基づき、研修医が臨床研修を修了していないと認めるときは、速やかに、研修医に対して、理由を付して、その旨を文書で通知する。

### 3) 未修了とした場合

当該研修医は原則として引き続き同一の研修プログラムで研修を継続することとなるが、その場合には、指導医1人当たりの研修医数や研修医1人当たりの症例数等について、研修プログラムに支障を来さないよう、十分に配慮する。

## 第7章 研修医の処遇

### (1) 研修医の処遇

- 1) 身分 期限の定められた任期付職員
- 2) 研修期間 令和7年4月1日から原則2年間
- 3) 月額給与 基本給(実績部分の手当て除く) 1年次 271,324円、2年次 285,824円
- 4) 賞与 100,000円/年2回
- 5) 勤務時間 8:30~17:15、休憩時間 12:15~13:15 ※取れない場合は適宜1時間
- 6) 休暇 土日祝日 ただし、日当直勤務(輪番)の場合この限りでない
- 7) 年次有給休暇付与日数 1年目 20日、2年目 20日プラス前年度繰越残日数  
※ 半日や時間単位の取得も可 夏期休暇3日、忌引・結婚・災害・出産・育児・介護など
- 8) 当直・時間外手当 1年目 17:15~23:00の副直、日当直を月1~2回程度/1人  
2年目 日直 月1回/1人、当直 週1回/1人  
時間外労働時間数 960時間未満/年 それぞれ勤務実績により、規程に従い支給
- 9) 社会保険 健康保険、厚生年金、雇用保険あり
- 10) 健康管理 健康診断(年2回実施)、被曝線量の測定、予防接種、ストレスチェックなど
- 11) 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)  
宿舎 単身者用完全個室(男女別棟)。徒歩3分。寮費、光熱水費自己負担  
学会、研究会等への参加の可否と費用負担 規程に基づき、費用の全額もしくは一部補填あり。
- 12) 研修医の妊娠・出産・育児に関する取り組み
- 13) 院内保育所設置 平日の7:30~18:30利用可(夜間・休日の利用不可)
- 14) 月極、臨時利用(未就学児童に限る)いずれも可。
- 15) 授乳室や休憩室あり。
- 16) 病児保育 認可保育施設等で登園停止となる感染症について病児保育不可としていた院内病児保育を廃止し、大阪市が委託契約している施設と委託契約を締結し、インフルエンザ等伝染性感染症の病児保育も対応可とした。
- 17) その他の補助 育児短時間勤務や育児時間制度の利用、時間外・深夜勤務の制限、院内駐車場の優先利用、病児保育所利用時の駐車場料金免除など
- 18) 相談窓口 ライフイベント等 総務企画課臨床研修事務局 専任1名  
各種ハラスメント 総務企画課 男女各1名(ただし専任ではない)

### (2) 研修医の労働環境

#### 1) 労働時間

##### ① 労働時間

1週38時間45分、1日7時間45分とする

下記事項は、労働時間に該当する。

- ・ 指導医等の指示により、就業を命じられた業務に必要な準備行為（着用を義務付けられた所定の服装への着替え等）や業務終了後の業務に関連した後始末（清掃等）を事業場内において行った時間
- ・ 指導医等の指示があった場合には即時に業務に従事することを求められており、労働から離れることが保障されていない状態で待機等している時間（いわゆる「手待時間」）
- ・ 参加することが業務上義務づけられている研修・教育訓練の受講や使用者の指示により業務に必要な学習等を行っていた時間

② 休憩（労働基準法第 34 条）

労働時間 6 時間超で、少なくとも 45 分の休憩

労働時間 8 時間超で、少なくとも 60 分の休憩を与える。

③ 休日（労働基準法第 35 条）

1 週 1 日又は 4 週 4 日の休日を与える。

※ 毎週少なくとも 1 日の休日か、4 週間を通じて 4 日以上の日を休ませなければならないなど労働基準法第 35 条を順守すること。

④ 時間外・休日労働の割増賃金（労働基準法第 37 条）

法定時間外労働 25%、法定休日労働 35%の割増賃金を支払う

2) 時間外労働について

“労働に該当しない研鑽”と判断される条件

- ア. 上司に命令されたものではない
- イ. 自由な意思に基づく
- ウ. 不実施による制裁等がない
- エ. 診療の準備または診療に伴う後処理として不可欠なものではない
- オ. 診療行為を伴わない

に基づき、研修医の研鑽が労働に該当する

3) 夜勤について

- ・ 夜勤中は、指導医や上級医の指示の下で報告・連絡・相談を行ないながら診療し、最終的な判断は指導医・上級医が行なう（互いの署名は必須）。
- ・ 救急患者対応を日勤は、8:30～17:15 夜勤は、17:15～翌 8:30 の診療をする。
- ・ 夜勤回数は月 3～4 回程度までとする。
- ・ 仮眠室は、当直室を、常時利用可能。

4) 勤務間インターバル

夜勤明けは、原則休み。但し 1 年次は時間外勤務となるため、年休取得を推奨

- ◆ 各診療科は、勤務体制（人数）に関わらず、研修医の体調と精神的ストレス等に注意し、業務を休ませる等の配慮が確立している。

- ◆ 夜勤の翌日が病院の休日にあたる場合は、別に振替休日を取得しなければならない（2年次）。

### （3）労働時間管理

次のような時間は労働時間に該当する。

- 1) 使用者の指示により、就業を命じられた業務に必要な準備行為（着用を義務付けられた所定の服装への着替え等）や業務終了後の業務に関連した後始末（清掃等）を事業場内において行った時間
- 2) 使用者の指示があった場合には即時に業務に従事することを求められており、労働から離れることが保障されていない状態で待機等している時間（いわゆる「手待時間」）
- 3) 参加することが業務上義務づけられている研修・教育訓練の受講や、使用者の指示により業務に必要な学習等を行っていた時間

### （4）健康管理

- 1) 定期健康診断 労働安全衛生法に基づき年2回実施
- 2) 予防接種 インフルエンザ ※常勤職員に準じて実施
- 3) コンディション
  - ① チェック項目：勤務時間、睡眠時間、受持ち患者数、対人関係など。
  - ② 把握方法：アンケート調査、メンターや指導医、指導者からの報告、プログラム責任者による定期的な面談、ストレスチェックの実施
  - ③ 相談支援体制：指導医、上級医、メンター、プログラム責任者などによる支援
- 4) ストレス反応を起こした研修医への対応
  - ア サポート体制の起動
    - a. 指導医、メンター、プログラム責任者、神経精神科医師からなるサポート体制を起動する。
    - b. プログラム責任者は、休止、再開、プログラム変更などの調整を行なう。
  - イ. 研修の休止と再開
    - a. 研修の休止に当たっては、神経精神科医師のアドバイスを得るなど、プログラム責任者が研修休止の理由の正当性を判定し、履修期間の把握を行い休止させる。
    - b. 復帰に当たっては、神経精神科医師のアドバイスを得るなど、研修医のメンタル的な支援を行い、段階的に復帰させる。

### （5）女性研修医のための勤務環境の支援

- 1) プログラム責任者の役割
  - ① 研修医の健康及び安全管理  
研修医が研修期間中に妊娠・出産などのライフイベントを経験する際、健康及び安全の確保が重要である。

研修医は、妊娠した場合、適切な時期に指導医またはプログラム責任者に報告する。プログラム責任者は研修医の健康に配慮し、必要に応じ調整が行われるよう確認する。

#### ② 研修医の研修遂行の管理

産前産後休暇や育児休業について、臨床研修修了のための規定を研修医に伝え、理解を促す。臨床研修中にライフイベントを経験した場合でも、研修を修了できるよう研修医及び指導医に必要な助言を行う。

### 2) 指導医の役割

研修医の妊娠・出産に際しては健康及び安全の確保を優先し、同時に研修を継続し、修了するための指導・支援をプログラム責任者と協力して行う。また、研修医が休暇・休業を取得する場合には他の研修医に過重な負担がかからないよう留意するとともに、同僚や家族の生き方を理解し支えることは医師のプロフェッショナリズムの一環として重要であることを伝える。

### 3) 病院の環境整備

#### ① 相談担当者の設置

研修医や指導医がライフイベントやハラスメント等について相談できる担当者を置く。

#### ② 妊娠・出産・育児に関する環境整備

妊娠中の体調不良時に休憩や、産後は搾乳できるスペースを医局内に置く。また、院内保育所、病児保育室、一時保育などを行うことができる。

## 第8章 研修記録の保管・閲覧・基準

### (1) 研修記録の保管規程

- 1) 研修医に関する次の事項を記載した記録を、研修修了または中断した日から5年間は保存する。
  - ①氏名、医籍登録番号、生年月日
  - ②研修プログラム名
  - ③研修開始、修了、中断年月日
  - ④臨床研修病院、臨床研修協力病院、臨床研修協力施設の名称
  - ⑤臨床研修内容と研修医の評価
  - ⑥中断した場合は中断理由
- 2) 年度毎、氏名毎に、臨床研修事務局で管理を行なう。
- 3) 保管場所は、臨床研修事務局にて保管する。

EPOCによる評価記録は、EPOCのサーバーに保管される。

### (2) 記録の閲覧方法

- 1) 個人情報守秘義務の観点から、原則的に部外者による閲覧は行なわない。
- 2) 管理者、指導医、指導者及び研修医は、必要に応じて記録を閲覧できる。
- 3) 紙記録の閲覧は、閲覧者名、閲覧目的、閲覧項目等を記し、臨床研修事務局の担当者に依頼する。
- 4) EPOCの記録閲覧は、紙記録と同様に臨床研修事務局の担当者に印刷を依頼する。
- 5) 閲覧記録は、臨床研修事務局が10年間保存する。

### (3) 研修記録基準

#### 1) 病歴要約

※ 病歴要約とは、日常業務において作成する外来または入院患者の医療記録を要約したもの。

- ・ 研修医は、診療録を記載し、指導医が承認後、電子カルテシステムより作成印刷して臨床研修の担当者に提出する。
- ・ 病歴要約には、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療、教育）、考察等を含むこと。
- ・ 病歴要約に記載された患者氏名、患者ID番号等は同定不可能とした上で記録を残すこと。
- ・ 「経験すべき疾病・病態」の中の少なくとも1症例は、外科手術に至った症例を選択し、病歴要約には必ず手術要約を含めることが必要である。
- ・ 指導を受け、訂正したという過程がわかるものとする。
- ・ 確認された病院要約は、臨床研修センターで、所定の場所に年度ごとに保管する。



- 原則として、1症例1サマリーとする。やむを得ず同一症例を複数の項目に1つの症例を使用する場合は、考察は項目ごとに記載し最大〇つとする。

病歴要約を確認する 1. 経験すべき症候及び 2. 経験すべき疾病・病態

1. 経験すべき症候 (29 症候)	2. 経験すべき疾病・病態 (26 疾病・病態)
1. ショック 2. 体重減少・るい瘦 3. 発疹 4. 黄疸 5. 発熱 6. もの忘れ 7. 頭痛 8. めまい 9. 意識障害・失神 10. けいれん発作 11. 視力障害 12. 胸痛 13. 心停止 14. 呼吸困難 15. 吐血・喀血 16. 下血・血便 17. 嘔気・嘔吐 18. 腹痛 19. 便通異常（下痢・便秘） 20. 熱傷・外傷 21. 腰・背部痛 22. 関節痛 23. 運動麻痺・筋力低下 24. 排尿障害（尿失禁・排尿困難） 25. 興奮・せん妄 26. 抑うつ 27. 成長・発達の障害 28. 妊娠・出産 29. 終末期の症候 ※CPCレポートの作成	1. 脳血管障害 2. 認知症 3. 急性冠症候群 4. 心不全 5. 大動脈瘤 6. 高血圧 7. 肺癌 8. 肺炎 9. 急性上気道炎 10. 気管支喘息 11. 慢性閉塞性肺疾患（COPD） 12. 急性胃腸炎 13. 胃癌 14. 消化性潰瘍 15. 肝炎・肝硬変 16. 胆石症 17. 大腸癌 18. 腎盂腎炎 19. 尿路結石 20. 腎不全 21. 高エネルギー外傷・骨折 22. 糖尿病 23. 脂質異常症 24. うつ病 25. 統合失調症 26. 依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）

2) 「オンライン研修評価システム (E P O C)」 (<http://epoc.umin.ac.jp>)

- 研修医個人ごとにE P O Cにアクセスする ID とパスワードを取得する。
- 診療科単位の評価：各診療科の研修終了後速やかにE P O Cにアクセスし研修の自己評価 (行動目標、経験目標)、指導状況の評価、研修環境の評価を入力し、各診療科の指導医による研修医の評価を同時に行うものとする。
- 研修病院単位の評価：研修終了時に研修環境の評価を入力する。
- プログラム全体の評価：研修終了時にプログラム全体の評価を入力する。

## 第9章 研修医の実務に関する規程

### (1) 基本事項

- 1) 当院において臨床医学の实地研修を受けるためには、医師国家試験に合格して医師免許を持つものでなければならない。
- 2) 当院の臨床研修プログラムは、厚生労働省が定める新医師臨床研修制度（医師法第16条の2）に則ってこれを実施する。
- 3) 当プログラムの研修期間は2年間とする。なお、研修途中の休止・中断は、厚生労働省が定める新医師臨床研修制度に則って実施される。
- 4) 研修期間中は、当院の職務規定を遵守しなければならない。
- 5) 臨床研修医は臨床研修に専念するものとし、臨床研修病院及び臨床研修協力施設以外の医療機関における診療（いわゆる「アルバイト診療」）を禁止する。

### (2) 研修医の診療における役割、指導医との連携、診療上の責任

#### 1) 研修医の役割

研修医は、指導医または上級医とともに、入院患者を受け持つ。研修医は、単独で患者を担当しない。

#### 2) 指導医との連携

指示を出す場合は、指導医や上級医によく相談し指導を受け、その承認を得る必要がある。

#### 3) 診療上の責任

研修医が患者を担当する場合の診療上の責任は、各診療科の指導医にある。

#### 4) 指導医の承認

研修医は、指示や実施した診療行為及び作成した証明等について指導医に提示して承認を受けなければならない。指導医は、それを確認し診療録に記録を残す。

### (3) 研修医の指示出し基準

指導医・上級医の指導のもとに行うが、その際には「研修医が単独で行なってよい処置・処方の基準」に従う。

### (4) 研修医の実務規程

#### 1) 病棟研修

- ① 研修医は、研修プログラムの一環として、病棟における診療を行なう。
- ② 研修医の病棟診療における役割は、担当医とする。
- ③ 研修医の診療業務は、研修プログラムに規定された範囲内の診療行為に限る。また必ず上級医の指導のもとに行う。
- ④ 研修医は、病棟において行なった全ての診療行為について、診療録をすみやかに作成した後、電子カルテ上の承認システムを利用するなど指導医のチェックを受ける。

- ⑤ 研修医は、チーム医療の実践するため看護師、病棟薬剤師、理学療法士、MSWなどのスタッフと協力して診療にあたる。

## 2) 一般外来研修

### ① 準備

- ・ 外来研修のあり方について、指導医が看護師や事務職など関係スタッフと十分に打合せをしておく。
- ・ 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すぐに可能な環境が整っている。  
※ Wi-Fi環境など文献検索が容易に可能で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

- ・ 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。  
※ 初回～数回：初診患者および慢性疾患の再来通院患者

### ④ 初診患者の医療面接と身体診察

- ・ 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、診療にかける時間の目安など）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

- ・ 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
  - ・ 指導医やスタッフが、病状が安定しており診療時間が長くなることを了承してくれるなどを考慮し適切な患者を選択する。
  - ・ 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。
  - ・ ④、⑤に準拠して診察指導を行う。
- 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。

### 3) 救急室

- ① 研修医は、研修プログラムの一環として救急診療を行なう。
- ② 研修医の診療業務は、研修プログラムに規定された範囲内の診療行為に限る。また指導医・上級医の指導の下に行う。
- ③ 研修医は指導医・上級医の指示のもと、原則として救急搬送患者のファーストタッチの診察を行い、速やかに報告する。
- ④ 全ての緊急検査・処置は必ず指導医・上級医の指示と指導の下に行う。
  - ※ 挿管、輸液ライン確保、FAST、縫合など必要に応じて
- ⑤ 患者の状態により、継続して secondary survey を行う。
- ⑥ 必要な検査（造影 CT・MRI 等）の説明、同意書の取得は指導医・上級医の指示の下研修医が行う。
- ⑦ 専門領域の医師の判断が必要な場合は、指導医・上級医の指示の下、担当医師に患者の状態を的確に報告し指示をもらう。
- ⑧ 集中治療室での入院加療が必要な場合は、副主治医として継続的な診療に当たる。
- ⑨ 他の専門診療科に入院の場合は、その診療科の指導医・上級医の指示に従い入院が完了するまでサポートする。
- ⑩ 救急患者に関する全ての記録は、速やかに診療録に記載して指導医の承認を得なければならない。
- ⑪ ウォークインの救急外来においても指導医・上級医の指導の下、問診、診察、

処置、処方を行い速やかに診療録に記載する。なお重症例や急変の場合は、速やかに救急室に移動して必要な対応を取る。

#### 4) 手術室

- ① 初めて入室する前に、オリエンテーションを受ける。
  - ア 更衣室、ロッカー、履物、術衣について
  - イ 手洗い、ガウンテクニックの実習
  - ウ 清潔・不潔の概念と行動
  - エ 一足制導入の意味 ※施設の基準に合わせる
  - オ 看護師、CE、薬剤師等とのコミュニケーションについて
- ② ガウン、帽子、マスク、シューズカバーなどは正しく着用する。また、術衣は脱いだ後所定のボックスに入れる。
- ③ 手術室スタッフ不在時の入室は禁止する。
  - ※ 薬物濫用の予防目的
- ④ 不明な点があれば、手術室スタッフ師長や看護師に尋ねる。
- ⑤ 手術室内の機器には不用意に触らない。
- ⑥ 術衣のまま手術室を出ることは厳禁とする。※施設の基準に合わせる
- ⑦ 手術開始時のタイムアウトに参加する。
- ⑧ 術中は全て指導医・上級医の指示に従い、不用意に術野に手を出さない。
- ⑨ 直介の看護師の邪魔にならないように自分の立ち位置に配慮する。
- ⑩ 患者の搬入、ベッド移動、搬出時は必ず介助を行う。
- ⑪ 手術室における内容は全てが患者の個人情報なので、他言は慎む。
- ⑫ 指導医・上級医の指示の下、関連する術中、術後検査や病理検査の指示を出す。場合によっては、手術記事の記載も行う。
- ⑬ 術後の家族説明等にはできる限り同席する。

## 第10章 研修プログラム等

### (1) オリエンテーション

当院で研修を開始するにあたり、初期臨床研修医のためのオリエンテーションを受講する。医学・医療の細分化が進む中で、医療人・当院職員として必要な基本的事項の修得を目的とする。

オリエンテーションの日程は3日間とし、オリエンテーション終了後から、各科での臨床研修を開始する。

#### 【オリエンテーション項目】

##### 1) 臨床研修総論

- ① 病院の理念と基本方針
- ② 臨床研修制度と研修プログラムの概要
- ③ 医療安全について
- ④ 院内感染制御について
- ⑤ チーム医療について
  - ※ 院内の各チーム内容紹介と活用法、NST、緩和ケア、褥瘡委員会など
- ⑥ 看護部について ※入退院支援、DPC 入院診療計画書など
- ⑦ 医師の基本的義務と倫理

##### 2) 臨床部門

- ① 薬剤科 ※病棟薬剤師の役目や疑義紹介など
- ② 臨床検査科 ※検査実習の説明や血液関連
- ③ 放射線科
- ④ 栄養科 ※NST の活動も含める
- ⑤ 救急室
- ⑥ 看護部について ※入退院支援について、DPC 入院診療計画書など

##### 3) 臨床研修事務局

- ① 臨床研修の評価 ※EPOCなど
- ② 院内・院外の研修医スキルアップ研修会
- ③ 学会・研究会参加について

##### 4) 事務部門

- ① 労務管理：処遇、休暇、保険、健康、出張
- ② 保険診療概説
- ③ 診療録に関すること
- ④ 働き方改革に関して
- ⑤ 電子カルテシステムの入力及び使用方法

※ 医療情報担当、処方（外来・病棟）、検査・レントゲン・点滴オーダー等、紹介状、入院計画書、説明と同意、インスリンシート、死亡診断書など

(2) 診療科ローテーション 臨床研修プログラム（別冊子）を参照

1) 選択科目の決定及び研修ローテーションの決定について

① 可能な限り研修医の希望に添って決定する。

区分	調査・調整期間	決定時期
1年次	12月～3月ころ	国家試験後3月末
2年次	12月～2月ころ	1年次3月

② プログラム途中での研修科目変更について

- ・ ローテーション確定後に研修科及びローテーションの変更をやむを得ず希望する場合は、1ヶ月以上前に臨床研修事務局に申請すること。申請の無い場合は変更を一切認めない。
- ・ 受け入れ診療科は、事前に予定を組んでいる場合があるため変更は負担になる場合もある。変更希望前後の両診療科の診療部長の同意と了承を事前にとって、臨床研修事務局に連絡すること。

③ 他施設（院外）研修について

- ・ 主な他施設（院外）研修においては、次のとおりである。
  - ◆ 他施設研修の際には、研修前に各種連絡事項があるので、臨床研修事務局に確認をすること。
  - ◆ 院外研修の際は、服装、態度等接遇に十分配慮し、院外研修先の指導・指示に従うこと。
  - ◆ 院外研修先にて諸問題が生じた場合は、速やかに基幹施設の臨床研修事務局に連絡をすること。

(3) 必修研修

1年次に内科系6月、救急部門2月、外科系2月、神経精神科及び麻酔科を各1月、2年次に小児科及び産婦人科を併せて3月、地域医療と一般外来研修を1月研修を行う。

また、必修のうち、内科、外科及び地域医療と小児科では、一般外来を適宜並行研修として行うことができる。

1) 内科、外科、小児科、産婦人科、神経精神科、救急及び地域医療を必修分野とする。

また、一般外来(並行研修)での研修を含めること。

2) 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、救急については、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) 神経精神科については、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。

- 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、地域包括ケアの実際について学ぶ機会を十分に含めること。
- 1 2) 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。
- 1 3) 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は望ましい。

## 第11章 研修医の到達目標の達成度評価

### (1) 評価者

評価者は次のとおりである。

- 1) ローテートする診療科の指導医
- 2) 第3章研修体制の(6)で規定された指導者
- 3) 研修管理委員会及び臨床研修担当者

### (2) 評価の仕組み

- 1) 指導医・指導者による評価は、可能な限りEPOCで行なう。
  - ① 到達目標の達成度については、研修分野・診療科のローテーション終了時に研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを用いて評価を行い、それらを用いて、さらに、少なくとも半年に1回は研修医に形成的評価（フィードバック）を行う。
  - 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（総括的評価）する。
- 2) ローテート終了後に診療科の指導医の面談を行う。
- 3) 臨床研修修了時の評価は、臨床研修管理委員会で行う。

## 第12章 指導体制

### (1) 指導体制

研修医の診療行為について、研修医は副主治医なり、主治医である上級医と共同して担当する。副主治医、主治医の上に指導医が位置付けられる。

※ 指導医と主治医を兼ねる場合がある

### (2) 指導医・上級医の役割

1) 指導医、上級医の役割 (15 ページ参照)

2) 診療科別年間ローテーション表に、各研修医に対する指導医名が記載されている。

3) 指導医、上級医は、担当分野の研修期間中の評価を行う。

※ EPOCへの入力は、研修期間終了後速やかに行う。

4) 指導医、上級医は、研修医の身体的、精神的変化に気づいた場合、プログラム責任者に報告する。

### (3) メンター制度

1) プログラム責任者は、上級医の中から必要に応じ複数名のメンターを選び任命する。

2) メンターの任期は原則として1年とし、再任を妨げない。

3) メンターは日頃からメンティー（研修医）と接する時間を作り、性格や心配事、悩みなどを把握するように努める。さらに、研修生活や進路などにいつでも相談できる雰囲気を作っておく。

4) メンターは、研修医の身体的、精神的変化に気づいた時は対応にあたり、必要に応じてプログラム責任者に報告し対応を協議する。

### (4) 指導医・上級医による研修医の診療行為に対するチェック体制

1) 指導医・上級医は、研修医とともに、ベッドサイドカンファレンス、一般的カンファレンス、症例検討会に参加する。

2) 上記1)において、診断・治療方針を確認し共有する。また、多種職とのコミュニケーションも図り、その上で診療計画を立てる。

3) 研修医は、自ら担当した症例のプレゼンテーションを行ない、そのカンファレンスなどの内容を診療録などに記載する。

4) 指導医・上級医は、研修医と随時コミュニケーション（報告、連絡、相談）を図る。その上で、診断療法の方向性や成果を検討し修正する。

一方で、指導医は、診療録記載内容を随時チェックして承認を行う。

5) 研修手帳の活用

研修医を評価するために、評価ツールで、常時携帯し、各自の研修医手帳に記録し、その記録を用いて経験数を把握する。

6) 指導医・上級医の不在時は、不在となる期間や代理となる指導医・上級医等を予め決め、研修医および病棟看護師など関連する職員に対して周知しておく。

(5) 夜勤時の指導体制

- 1) 研修医は、毎月3～4回程度日当直（休日勤務、夜勤等）にあたる。
- 2) 上級医が研修医に対してマンツーマン指導を行う。研修医は、上級医に診断結果、治療方針について相談し、帰宅、入院の決定は最終的に上級医の確認を得る。
- 3) 休日・夜間の当直時、電話等により指導医又は上級医に相談できるとともに、必要時、指導医又は上級医が直ちに対応できるよう（オンコール体制）必ず連絡が取れるようにしておく。

なお、休日・夜間の当直を研修医が行う場合は、原則として指導医又は上級医とともに行う。

(6) 病歴要約等の確認

- 1) 病歴要約等・・・研修医は1. 経験すべき症候（29 症候） 2. 経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）について病歴要約作成し必ず考察を記入し、診療科研修期間内に指導医へ提出、指導医は評価を行い、研修医にフィードバックする。

## 第13章 指導医・者の評価

- (1) 評価者  
研修医
- (2) 評価方法  
個人面談で聴取
- (3) 評価結果の取り扱いとフィードバック
  - 1) 評価結果がプログラム責任者から、臨床研修管理委員会に報告され、対応について委員会で検討する。
  - 2) プログラム責任者が、指導医評価結果を必要であれば各診療科の指導医にフィードバックする。

## 第14章 研修プログラム全体の評価

### (1) 評価者と評価方法

#### 1) 研修医

- ① 研修修了時の施設、プログラム全体に対する評価をEPOCもしくは評価表により評価する。

#### 2) 臨床研修管理委員会

- ① 臨床研修管理委員会において研修プログラムの評価を行なう。

### (2) 評価結果の取り扱い

- 1) プログラム責任者は評価資料を整理分析した後、改善案を作成する。
- 2) 改善事項は、臨床研修協力施設等へも報告する。

### (3) 外部機関による評価

- 1) 第三者評価も受審し、プログラム全体の評価を受ける。

## 第 15 章 研修修了後の進路

### (1) 専門研修制度

- 1) 臨床研修を修了した者を対象に専門研修制度（3年～4年間）がある。
- 2) 自施設や関連施設での研修が継続できるように配慮する。
- 3) 募集は公募とし、面接の上採用を決定する。

### (2) 専攻医の身分

- 1) 専攻医は、常勤、正規職員として採用する。

### (3) 修了した医師の生涯にわたるフォロー体制

- 1) 研修修了後の勤務先等記載した修了生名簿を作成する。
- 2) 病院広報を送付するなど定期的に医師の就職先の確認をおこなう。
- 3) 研修修了医、指導医、研修医との交流会を開催する。



## 第 16 章 協力型臨床研修病院としての研修体制

大阪病院は、大阪大学医学部附属病院及び大阪公立大学医学部附属病院などの他の基幹型臨床研修病院の協力型臨床研修病院として研修医を受け入れる。

### (1) 管理体制

- 1) 各プログラムの規定に沿った研修を行い当院での研修指導期間は当院のプログラム責任者が指導責任者として研修の管理を行う。
- 2) 研修期間中、当院の定める就業規定、研修規程等適用し、また、プログラム責任者及び指導医の指導、監督、助言等に従うものとする。
- 3) 研修の中止・中断の可能性など何らかの問題が発生した場合には、基幹型臨床研修病院の各プログラム責任者に報告・連絡・相談する。

### (2) 研修評価等

- 1) 当院のプログラム責任者は、基幹型臨床研修病院の方法に従って評価、研修状況等を報告する。

## 第 17 章 協力型臨床研修病院群での研修

当院の臨床研修を協力病院及び協力施設において臨床研修を実施することを目的として、研修病院群を構成している。

### (1) 研修の申請

- 1) 協力型臨床研修病院群の病院・施設での研修を希望する場合は、第 10 章研修プログラム等
- 2) 診療科ローテーションに準じて、申請する。変更についても同様である。

### (2) 処遇等

- 1) 研修医に対する給与、旅費等は当院が負担する。

### (3) 研修時間等

- 1) 研修日、研修時間等は、協力病院及び協力施設の就業規則に定める勤務時間に準ずるものとし、協力病院及び協力施設が出退勤管理等を行う。

### (4) 研修評価

- 1) 協力病院及び協力施設は、当院の評価方法に従って評価する。

### (5) その他

- 1) 研修規程第 1 章～第 15 章に準ずる。

※ 本文中、基幹型臨床研修病院の管理者は院長と運用している。

## 第 18 章 臨床研修修了後の進路

### (1) 臨床研修修了後の進路

- 1 臨床研修修了後、継続して当院で研修を希望する場合は、あらかじめ一般社団法人日本専門医機構へ専攻医として登録し、一般社団法人日本専門医機構が認定する病院が実施する専門医研修プログラムに応募しなければならない。
- 2 当院が実施する「JCHO大阪病院内科専門研修プログラム」以外の専門研修プログラムに応募する場合は、当院が当該専門研修プログラムの連携施設に指定されているか、確認する必要があること。

### (2) 処遇

- 2 当院で選考医として勤務する場合は、独立行政法人地域医療機能推進機構任期付職員就業規則（平成26年規程第18号）により処遇する。

- 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－2023年度版(2023年11月一部改訂)－』に準じるものとする。

## 第1章 到達目標

### I 到達目標

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

#### A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

##### 1. 社会的使命と公衆衛生への寄与

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

##### 2. 利他的な態度

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

##### 3. 人間性の尊重

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

##### 4. 自らを高める姿勢

自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

#### B. 資質・能力

##### 1. 医学・医療における倫理性

… 診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

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

##### 2. 医学知識と問題対応能力

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

- ① 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。

② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床判断を行う。

③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。

### 3. 診療技能と患者ケア

… 臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

① 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。

② 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。

③ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

### 4. コミュニケーション能力

… 患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

① 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。

② 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。

③ 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

### 5. チーム医療の実践

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

① 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。

② チームの構成員と情報を共有し、連携を図る。

### 6. 医療の質と安全管理

… 患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

① 医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。

② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。

③ 医療事故等の予防と事後の対応を行う。

④ 医療従事者の健康管理（予防接種や針刺し事故への対応を含む。）を理解し、自らの健康管理に努める。

### 7. 社会における医療の実践

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

① 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。

② 医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。

③ 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。

④ 予防医療・保健・健康増進に努める。

⑤ 地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。

⑥ 災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。

## 8. 科学的探究

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

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

## 9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

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

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

## C. 基本的診療業務

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

### 1. 一般外来診療

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

### 2. 病棟診療

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

### 3. 初期救急対応

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

### 4. 地域医療

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

## 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。

#### 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 8) 自己研鑽：図書館（電子ジャーナル）、学習方法、文献検索、EBM。
- 9) 時間外労働と労務管理
- 10) 情報セキュリティおよびコンプライアンス、接遇、評価など、他部門実習も交え、3日間実施する。

##### <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（並行研修）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。



- 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、地域包括ケアの実際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。

#### 《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、診療にかける時間の目安など）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。

### 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、形成的評価、総括的評価の際に習得度を評価し、特に以下の手技等の診療能力の獲得状況については、PG-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 *Kill 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・抜去、全身麻酔・局所麻酔・輸血、眼球に直接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

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別添の研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを用いて評価し、評価票は臨床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（総括的評価）する。

#### 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期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（3 2 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

研修終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

研修終了時には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、一様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しなくてはならない。

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。

## 研修医が単独にて行って良い処置・処方基準

独立行政法人地域医療機能推進機構大阪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良い処置と処方内容の基準を示す。

実際の運用に当たっては個々の研修医の技量はもとより、各診療科・診療部門における実情を踏まえて検討する必要がある。

各々の手技については、例え研修医が単独にて行ってよいと一般的に考えられるものであっても、十分に修練を重ねた後に指導医の許可を得ることが必要である。

さらに初回は必ず指導医（上級医）のもとで実施し、また施行が困難な場合は無理をせずに指導医（上級医）に任せる必要がある。なお、ここに示す基準は通常の診療における基準であって緊急時はこの限りではない。

### I 診察

#### ● 研修医が単独で行ってよいこと

全身の視診、打診、触診

A) 簡単な器具（聴診器・血圧計・打鍵器）を用いた全身の診察

B) 耳鏡・鼻鏡・検眼鏡

診察に際しては、組織を損傷しないように十分に注意する必要がある。

#### ● 研修医が単独で行ってはいけないこと

A) 内診

B) 直腸診

### 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) 聴力、平衡、味覚、嗅覚、知覚

C) 視野、視力

D) 眼球に直接触れる検査

※ 眼球を損傷しないように注意する必要がある

#### ● 研修医が単独で行ってはいけないこと

A) 脳波

B) 呼吸機能（肺活量など）

C) 筋電図、神経伝達速度

## 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) 咽頭鏡、咽頭ファイバー

## 3. 画像検査生理学的検査

- 研修医が単独で行ってよいこと
  - 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（上級医）と協議する必要がある。
- 研修医が単独で行ってはいけないこと
  - オーダーは可（その判断は指導医（上級医）と協議する必要がある。ただし、緊急時はこの限りではない。）
  - 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
  - I) 尿路造影              J) 瘻孔造影
  - ※ その他：造影検査

## 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り、穿刺が困難な場合は無理をせずに指導医（上級医）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、無理をせずに指導医（上級医）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（鎖骨上、鎖骨下、内頸、大腿）
  - B) 動脈ライン留置
  - C) 小児の採血    ※特に指導医の許可を得た場合はこの限りではない。  
年長の小児はこの限りではない。
  - D) 小児の動脈穿刺  
年長の小児はこの限りではない。
  - E) PICC挿入

## 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) 関節※
  - G) 硬膜外穿刺※
  - H) くも膜下穿刺※
  - I) 針生検
  - J) 骨髄穿刺、骨髄生検

## 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

## 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) 長谷川式認知症テスト
  - C) MMSE
  - D) 指導医（上級医）の許可を得た自己記入式心理テスト
- 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) 導尿
    - 前立腺肥大などのためにカテーテルの挿入が困難なときは無理をせずに指導医（上級医）に任せる。
    - 女性の導尿は可能な限り看護師または上級医師等の同席のもとに行う。
    - 小児では、研修医が単独で行ってはならない。
  - F) 浣腸
    - 新生児や未熟児では、研修医が単独で行ってはならない。

潰瘍性大腸炎や高齢者、その他、困難な場合は無理をせず指導医（上級医）に任せる。

G) 胃管挿入（経管栄養目的以外のもの）

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

新生児や未熟児では、研修医が単独で行ってはならない。

困難な場合は無理をせず指導医（上級医）に任せる。

H) 気管カニューレ交換

研修医が単独で行ってよいのは、特に習熟している場合である。

技量にわずかでも不安がある場合は、上級医師の同席が必要である。

I) 気道確保

ただし、気管挿管は研修医単独で行ってはならない。

● 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）※

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

D) 気管挿管

## 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（上級医）に任せる。

G) 中心静脈ポート（抗がん剤投与を含む）

指導医からの許可を受けた場合のみ可

● 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）※

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

C) 関節内

### 3. 麻酔

- 研修医が単独で行ってよいこと  
局所浸潤麻酔  
局所麻酔薬のアレルギー既往を問診し、説明・同意書を作成する。
- 研修医が単独で行ってはいけないこと  
A) 脊髄麻酔    B) 硬膜外麻酔（穿刺を伴う場合）    C) 全身麻酔

### 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 … 時期、方法については指導医と協議する。  
C) 皮下の止血  
D) 皮下の膿瘍切開・排膿  
E) 皮膚の縫合
- 研修医が単独で行ってはいけないこと  
A) 深部の止血 … 応急処置を行うことは差し支えない  
B) 深部の膿瘍切開・排膿  
C) 深部の縫合

### 5. 処方

- 研修医が単独で行ってよいこと  
A) 一般の内服薬  
処方箋作成の前に、処方内容（薬品名、投与量、投与方法など）を指導医（上級医）と協議する。  
B) 注射処方（一般）  
処方箋作成の前に、処方内容（薬品名、投与量、投与方法など）を指導医（上級医）と協議する。  
C) 理学療法  
処方箋作成の前に、処方内容を指導医（上級医）と協議する。
- 研修医が単独で行ってはいけないこと（主治医がすべきこと）  
A) 内服薬（向精神薬）  
B) 内服薬（麻薬）  
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。  
C) 内服薬（抗悪性腫瘍剤）  
D) 注射薬（向精神薬）  
E) 注射薬（麻薬）

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。

- F) 注射薬（抗悪性腫瘍剤）
- E) 麻酔薬・筋弛緩薬

#### IV. その他

- 研修医が単独で行ってよいこと
  - A) インシュリン自己注射指導  
インシュリンの種類、投与量、投与時刻はあらかじめ指導医（上級医）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（上級医）のチェックを必ず受ける。
- 保険医登録証が発行されていない段階で研修医が単独で行ってはいけないこと
  - A) 処方箋発行
  - B) 注射
  - C) 採血
  - D) その他、患者に直接行う侵襲的医療行為全般
- 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にて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ことは研修医が単独にて行って差し支えない。
  - B) 病理解剖
  - C) 病理診断報告
  - D) 警察署・検察庁からの病状照会への回答
  - E) 生命保険会社等からの病状照会への回答  
※ 指導医（上級医）の指導を仰ぎ、独力で実施できるようになることが望ましい。