

柏崎総合医療センター臨床研修プログラム



臨床研修を志す皆さんへ

柏崎総合医療センター 病院長
相田 浩

当院は医療人口約10万人を抱える柏崎・刈羽地域の唯一の総合病院であり、地域の基幹病院として重要な役割を担っています。各科に経験豊富な専門医を揃え、医療の提供を行っています。

当院は基本的には急性期病院で、年間約2500台前後の救急車を受け入れ、地域の救急医療の中核を担っています。また、放射線治療施設も有し、手術、化学療法と併せて各種がんの治療にも取り組んでいます。さらに、回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟も備え、亜急性期への対応、さらには在宅医療などにも積極的に取り組み、慢性期の疾患への対応も行っています。

初期臨床研修は、多くの **Common disease** を経験し、医師としての基礎を形成する大切な二年間です。各専門医の指導のもと、豊富な症例を経験し、医療知識・技術のみならず、患者さんの「病」のみを診るのではなく、「病む人」を全人的にとらえ、その人の生き方を尊重したうえでの対応も学んでいただければと思います。先にも述べたように、地域の急性期医療をほぼ一手に引き受けておりますので、急性期の患者さんへの対応能力を磨くことは勿論ですが、同時に亜急性期・慢性期の疾患への対応も学ぶことができます。これらの研修を通じて、プライマリケアの基本的な診療能力を身につけていただきたいと思います。

医療は医師だけでできるものではなく、各医療スタッフがそれぞれ役割を分担しながらチームとして関わる、いわゆるチーム医療が重要で、他職種との連携も研修していただければと思います。

医師としての第一歩を踏み出し、一日でも早く一人前になりたいと思っていることでしょう。我々にもそんな時期がありました。しかし、医療技術や知識はそれほど短期間で習得できるものではありませんし、日々進歩しています。将来どの専門分野を専攻するにしても、大事な基本的な診療能力(知識・技術・態度・価値感)を身につけていくことがこの初期臨床研修の目標です。経験する一例一例を大切に研修していくことこそが、医師としての成長につながるはずです。

我々指導医も皆さんとともに学び、皆さんが成長できるように全力で取り組んでいきます。患者さんにとって、よりよい医療の実現を目指しともに頑張りましょう。

目次

臨床研修の理念	4
臨床研修の基本方針と臨床研修プログラムの特徴	4
プログラム責任者	8
研修協力施設と研修担当責任者、所在地、連絡先一覧	9
臨床研修指導体制名簿	13
臨床研修プログラムの到達目標	15
臨床研修プログラムの実務研修の方略	17
研修分野におけるプログラム詳細	23
指導体制	31
主な研修スケジュール	31
各診療科臨床研修分野におけるプログラム詳細	32
各科カリキュラム	
[必修科目]	
内科	32
救急部門	38
外科	40
小児科	41
産婦人科	43
地域医療	46
精神科	46
[選択科目]	
麻酔科	49
脳神経外科	50
整形外科	53
泌尿器科	54
神経内科	55
臨床研修医の募集・採用方法について	56
研修医の処遇	57
到達度目標の達成度評価	58
柏崎総合医療センター 臨床研修終了基準	59
付録	66

臨床研修の理念

医師が、医師としての人格を涵養し、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に、基本的な診療能力（知識・技能・態度）を身につける。

臨床研修修了後は、社会に求められる医師としての役割を果たし、次世代の医師にとって目標となるよう活躍してゆくことが期待される。

臨床研修の基本方針と臨床研修プログラムの特徴

【基本方針】

1. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）及び医師として求められる具体的な資質・能力を身に付け、病棟・外来・救急・地域医療などさまざまな場面で、プライマリケアを実践できる医師を育成する。
2. 専門職として社会契約の意味を理解し、社会のさまざまな期待に応えることのできる医師を育成する。
3. 学習者（研修医）中心、多職種教育の視点に立って、病院の全職員が研修の成果が挙がるように支援する。
4. 地域における唯一の総合病院として、Common disease から二次救急まで受け入れており、実践的で幅広い研修ができる。
5. 学習者（研修医）の多様なニーズに配慮し、柔軟性なる研修計画が提供できる。
6. 指導・上級医との距離が近く、各診療科間の垣根も低く、いろいろな協力体制のもと研修が受けられる。
7. 厚生連病院として、地域に開かれ、地域に根差した環境で、職員や地域住民のサポートを受けながら安心して研修ができる。
8. 各種検討会や研修会に積極的に参加することで、臨床能力の向上が図られるよう、他施設との連携を行っている。

【プログラムの特徴】

◆研修プログラム（定員：4名）

- ・地域医療を担う中心的病院のため、各診療分野における基礎的診療能力を重点的に習得させる。
- ・柏崎・刈羽地域唯一の総合病院であることから、多くの症例を経験することができる。
- ・選択科においては、当院をはじめ、近隣の協力病院等や同じ基幹型病院(長岡中央総合病院)で幅広く研修することも可能である。

◆総合診療コース 総合消化器内科・基本手技（内視鏡・超音波等）アドバンスプログラム
（定員：1名）

〈まずは総合的診療能力を身に着けよう〉

本プログラムは、まずは1年目で総合診療を修得することを目標とする。当院の他のプログラムと同様、必修科を1年目で研修し、年間2500台の救急車や年間3500件の緊急入院をこなす中で、トリアージ能力を身体化し磨くとともに、科の垣根のない総合的な診療に没頭し、医師としての基本的能力・総合診療能力を身に着けさせたい。

〈消化器内科基本手技を一足早く習得〉

その後、将来、消化器内科に限らず、総合診療科・救急科・放射線科・病理診断科・消化器内科隣接診療科（産婦人科や泌尿器科）などを進路に見据える研修医が、将来の診療で役に立つよう、2年目の自由選択で、消化器病診療をやや深く掘り下げる特色あるプログラムを提供したい。具体的には、消化器内科基本手技が修得出来るよう、週1-2コマの上部消化管内視鏡検査枠と腹部超音波検査枠を確保し、可能であれば、下部消化管検査枠も設定する。これにより、年間約500例程度の内視鏡検査や腹部超音波検査が経験できる。消化器内科基本手技の習得経験は、消化器内科以外の診療科に進んでも、必ず役に立つに違いない。

〈将来の進路は消化器内科医とは限らない〉

2年目自由選択枠では、消化器内科を基本としつつも、消化器疾患に関連する放射線診断科や消化器内視鏡手術に対応出来るように麻酔科のローテーションなども推奨。可能であれば病理診断科（他院）での研修も推奨する。また、鑑別疾患や臓器連関にも造詣を深めるため、消化器内科隣接診療科の泌尿器科や産婦人科、放射線IVR科（他院）での研修も薦める。そのために、新潟県立がんセンター新潟病院や長岡中央総合病院での研修も可能となっている。他にも、本人の希望を優先し、自由に診療科を選択し、有機的な研修を構築したい。3年目から即座に活躍できる総合消化器内科医を養成することが本プログラムの主目的であるが、消化器疾患全般に精通する経験は、その後の進路が総合診療であっても、救急であっても、病理や放射線科であっても、非常に有意義なものとなるはずである。自由選択枠を有効に活用して、一味違う研修生活を送って欲しい。

◆総合診療コース 総合内科重点プログラム（定員：1名）

1年目の研修は必須分野を中心に研修する。必須分野終了後、2年目で総合診療と救急診療を多く経験してもらおう。総合診療の中心的診療科としては内科一般を、救急診療では整形外科を重点的に、脳神経外科等も経験してもらおう。総合診療では臨床推論と確定診断に至るまでのプロセスを習得してもらい、救急診療では内科的疾患、一般外傷、脳血管障害等に対するプライマリケア力を養う。

外来は一般内科外来（初診）を中心に、上級医・指導医の指導の下、研修医自身が主体となって診療を行い、可能な限り最後まで診療し自己完結をめざす。

病棟では、専門診療科が一つに決めにくい患者、あるいは身体的だけでなく社会的心理的問題を有する患者の診療を行うことが主体となる。診察技能のみならず、患者および患者を取り巻くあらゆる問題について、多職種と連携しながらこれらの問題を解決していく。このためのコミュニケーションスキルを磨いてもらう。

◆湘南藤沢徳洲会病院連携プログラム（定員：1名）

柏崎総合医療センターを初期臨床研修の基幹型病院とし、研修の前半1年間を協力型病院の湘南藤沢徳洲会病院で、後半1年間を当柏崎総合医療センターで研修する。関東圏の都会型地域医療と日本海側の地方型地域医療の2つの異なる地域医療を経験してもらう。本初期臨床研修により、それぞれが従来提供していた初期臨床研修と比較し、はるかに広い経験と視野をしっかりと養うことができる、新しいタイプのハイブリッドプログラムとなっている。

湘南藤沢徳洲会病院は、ICU12床を有する419床の総合病院で、藤沢市を中心に地域医療に貢献する。当病院では、内科、外科、救急（麻酔科を含む）、小児科、産婦人科を研修し、また一般外来研修も行える。後半1年間の柏崎総合医療センターでの研修では必須の精神科、地域医療を研修し、残りの期間で希望の診療科を選択し研修する。診療科を柔軟に選択でき研修期間も臨機応変に対応でき、自由度が高い。柏崎・刈羽地域における救急医療・プライマリケア、がん医療の基礎、急性期から慢性期医療など、さらに臨床の研鑽を積むことができる。

◆湘南鎌倉総合病院連携プログラム（定員：1名）

柏崎総合医療センターを初期臨床研修の基幹型病院とし、研修の前半1年間を協力型病院の湘南鎌倉総合病院で、後半1年間を当柏崎総合医療センターで研修する。充実した設備とスタッフをそろえた都会型総合医療施設が提供する地域医療と、柏崎・刈羽医療圏で唯一の総合病院である地方医療の、異なるタイプの地域医療を体験できる。この都会と地方地域とのハイブリッド研修を通し、従来提供できる初期臨床研修よりはるかに広い経験と視野を養うことができる。

湘南鎌倉総合病院は、令和3年以降、先端医療センター、救命救急センター・外傷センターなどを新たに増設した地域の要の669床の総合病院である。当総合病院では、総合内科と専門内科（1科選択）、外科、救急、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科の必須科目を研修する。救急・プライマリケアを中心に臨床の基礎をしっかりと研修することに重点を置く。後半1年間の柏崎総合医療センターでの研修では、必須である地域医療、一般外来研修を行う。残りの期間に希望の診療科を選択し研修する。診療科を柔軟に選択でき研修期間も臨機応変に対応でき、自由度が高い。柏崎・刈羽地域における救急医療・プライマリケア、がん医療の基礎、急性期から慢性期医療など、さらに臨床の研鑽を積むことができる。

○研修ローテーション例（研修・消化器アドバンス・内科重点）

1年次	内科 24週 (呼吸器内科・消化器内科・腎臓内科・ 内分泌糖尿病内科・血液内科・循環器内科)		救急部門 12週	外科 4週	小児科 4週	産婦人科 4週	精神科 4週
2年次	地域医療 4週	自由選択 48週					

【共通】

※外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療は最低4週とし、8週以上が望ましい

※一般外来を4週以上含む（8週以上が望ましい）

必須科目…内科（24週）、救急（12週）、地域医療（4週）、外科（4週）、

産婦人科（4週）、小児科（4週）、精神科（4週）

一般外来は主に内科および地域医療で行う（4週）

選択科目…内科、外科、小児科、産婦人科、整形外科、泌尿器科、脳神経外科、麻酔科、

放射線科、皮膚科、精神科、眼科、形成外科、地域医療

※研修ローテーションは一例であり、研修医の意向を尊重し、研修内容を決定する。

基本的には1分野4週以上のまとまった研修（ブロック研修）を行う。

【総合診療コース 総合消化器内科・基本手技(内視鏡・超音波等)アドバンスプログラム】

※自由選択では、消化器内科、放射線科、麻酔科、泌尿器科、産婦人科、病理などを推奨するが、研修医の意向をふまえて決定する。

【総合診療コース 総合内科重点プログラム】

※自由選択では、内科、整形外科、脳神経外科、放射線科、救急などを推奨するが、研修医の意向をふまえて決定する。

○研修ローテーション例（湘南藤沢）

1年次	湘南藤沢徳洲会病院						柏崎厚生病院・開明院
	内科 24週	外科 4週	救急部門 12週	小児科 4週	産婦人科 4週	精神科 4週	
2年次	柏崎総合医療センター						
	地域医療 4週	自由選択 48週					

※1年目は湘南藤沢徳洲会病院で精神科、地域医療を除く必須科目の研修を行う。

※2年目は基幹病院である柏崎総合医療センターで研修を行う。

※研修ローテーションは一例であり、研修医の意向を尊重し、研修内容を決定する。

○研修ローテーション例（湘南鎌倉）

1年次	湘南鎌倉総合病院						日野病院
	内科 20週	外科 12週	救急部門 4週	小児科 4週	産婦人科 4週	麻酔科 4週	精神科 4週
2年次	柏崎総合医療センター						
	内科 4週	地域医療 4週	自由選択 44週				

※1年目は湘南鎌倉総合病院で精神科を除く必須科目の研修を行う。

※2年目は基幹病院である柏崎総合医療センターで研修を行う。

※研修ローテーションは一例であり、研修医の意向を尊重し、研修内容を決定する。

◎ プログラム責任者

氏名 はせがわ しん
長谷川 伸

所属 新潟県厚生農業協同組合連合会 柏崎総合医療センター

役職 副院長、教育研修センター長

◎ 副プログラム責任者

氏名 まるやま まさき
丸山 正樹

所属 新潟県厚生農業協同組合連合会 柏崎総合医療センター

役職 診療部長、総合消化器内科内視鏡センター長

研修協力施設と研修担当責任者、所在地、連絡先一覧

●基幹型病院

新潟県厚生農業協同組合連合会 柏崎総合医療センター

研修担当責任者 相田 浩 (病院長)

〒945-8535

新潟県柏崎市北半田2丁目11番3号

電話 0257-23-2165

●協力型病院・施設

新潟県厚生農業協同組合連合会 長岡中央総合病院

研修担当責任者 矢尻 洋一 (病院長)

〒940-8653

長岡市川崎町2041番地

電話 0258-35-3700

新潟県厚生農業協同組合連合会 糸魚川総合病院

研修担当責任者 山岸 文範 (病院長)

〒941-8502

新潟県糸魚川市大字竹ヶ花457番地1

電話 025-552-0280

新潟大学医歯学総合病院

研修担当責任者 長谷川 隆志 (総合臨床研修センター長)

〒951-8520

新潟県新潟市中央区旭町通一番町754番地

電話 025-227-0728

新潟県立がんセンター新潟病院 (全科)

研修担当責任者 佐藤 信昭 (病院長)

〒951-8566

新潟県新潟市中央区川岸町2丁目15番地3

電話 025-266-5111

医療法人徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院
研修担当責任者 高力 俊策 (病院長)
〒251-0041
神奈川県藤沢市辻堂神台 1-5-1
電話 0466-35-1177

医療法人徳洲会 湘南鎌倉総合病院
研修担当責任者 篠崎 伸明 (病院長)
〒247-8533
神奈川県鎌倉市岡本 1370-1
電話 0467-46-1717

新潟県立中央病院
研修担当責任者 長谷川 正樹 (病院長)
〒943-0192
新潟県上越市新南町 205 番地
電話 025-552-7711

新潟県立燕労災病院
研修担当責任者 小泉 健 (教育研修センター長)
〒959-1228
新潟県燕市佐渡 633
電話 0256-64-5111

医療法人立川メディカルセンター 柏崎厚生病院
研修担当責任者 吉濱 淳 (副院長)
〒945-1392
新潟県柏崎市茨目字二ツ池 2071-1
電話 0257-22-0111

医療法人徳洲会 日野病院
研修担当責任者 馬場 淳臣 (病院長)
〒234-0051
神奈川県横浜市港南区日野 3-9-3
電話 045-843-8511

新潟県立柿崎病院

研修担当責任者 太田 求磨 (病院長)

〒949-3216

新潟県上越市柿崎区柿崎 6412-1 番地

電話 025-536-3131

新潟県厚生農業協同組合連合会 小千谷総合病院

研修担当責任者 柳 雅彦 (病院長)

〒947-8701

新潟県小千谷市大字平沢新田 111 番地

電話 0258-81-1600

新潟県厚生農業協同組合連合会 けいなん総合病院

研修担当責任者 平野 正明 (病院長)

〒944-8501

新潟県妙高市田町 2 丁目 4 番 7 号

電話 0255-72-3161

独立行政法人国立病院機構 新潟病院

研修担当責任者 小澤 哲夫 (副院長)

〒945-8585

新潟県柏崎市赤坂町 3 番 52 号

電話 0257-22-2126

医療法人社団公寿会 西山ふれあいクリニック

研修担当責任者 小川 公啓 (院長)

〒949-4124

新潟県柏崎市西山町礼拝 430-2

電話 0257-47-3333

柏崎市国民健康保険 北条診療所

研修担当責任者 樋口 真也 (所長)

〒949-3724

新潟県柏崎市大字大広田 93 番地

電話 0257-25-3215

医療法人明生会 関病院
研修担当責任者 阿部 亮 (理事長)
〒945-0826
新潟県柏崎市元城町 1 番 42 号
電話 0257-23-4314

新潟県柏崎地域振興局 健康福祉部 (柏崎保健所)
研修担当責任者 武藤 謙介 (保健所長)
〒945-0053
新潟県柏崎市鏡町 11-9
電話 0257-22-4165

臨床研修指導体制名簿

1. 指導医・上級医一覧

	職名	氏名	指導医講習 会受講済み	上級医	臨床研修管理委員	付記
1	病院長(産婦人科)	相田 浩	●		●	
2	副院長(泌尿器科)	羽入 修吾	●		●	
3	副院長(腎臓内科) 教育研修センター長	長谷川 伸	●		★委員長	プログラム責任者
4	副院長(外科)	植木 匡	●		●	
5	診療部長(循環器内科)	井田 徹	●			
6	診療部長(整形外科)	津吉 秀樹	●		●	
7	診療部長(消化器内科) 総合消化器内科内視鏡セン ター長	丸山 正樹	●		●	副プログラム責任者
8	糖尿病センター長 内分泌・糖尿病内科部長	片桐 尚	●		●	
9	外科部長 地域連携支援部長	石塚 大	●			
10	内科部長	相原 峰子		●		
11	呼吸器内科部長	諸橋 数昭	●			
12	腎臓内科部長	藤村 健夫	●			
13	血液内科部長	井田 桃里	●			
14	消化器内科医長	後藤 諒		●		
15	循環器内科医長	袴田 崇裕		●		
16	内分泌・糖尿病内科医長	齋藤 啓輔		●		
17	消化器内科医長	佐藤 毅昂		●		
18	呼吸器内科医長	久代 航平				
19	呼吸器内科医長	田中 健太郎				
20	消化器内科医長	夏井 一輝				
21	消化器内科医員	小島 康輔				
22	循環器内科医員	澤口 源太				
23	内分泌・糖尿病内科医員	土田 大介				
24	小児科医長	田中 岳	●			
25	小児科医長	村井 英四郎	●			
26	外科部長	多々 孝	●			
27	外科医長	橋本 喜文	●			
28	脳神経外科部長	富川 勝		●	●	

	職名	名前	指導医講習 会受講済み	上級医	臨床研修管理委員	付記
29	産婦人科部長	加藤 政美	●			
30	産婦人科部長	小林 弘子	●		●	
31	産婦人科医員	笹川 輔				
32	整形外科医長	草部 雄太		●		
33	整形外科医長	須田 義裕				
34	整形外科医長	島垣 朔歩				
35	皮膚科医長	村山 翔太郎		●		
36	泌尿器科医員	石田 恭平				
37	放射線科部長	大西 裕三		●		
38	麻酔科部長	倉田 豊	●			
39	検査部長	涌井 一郎		●		
40	研修医	熊谷 守洋				
41	研修医	堀 真瑛				
42	歯科口腔外科部長	泉 直也		●		
43	歯科部長	伊藤 晴江	●			

2. 指導者一覧

部署名	役職	氏名
薬剤部	薬剤部長	籠島 正浩
放射線科	診療放射線技師長	丸山 小百合
検査科	臨床検査技師長	横田 浩
リハビリ科	リハビリテーション技師長	猪爪 一也
栄養科	栄養科長	榎本 裕介
事務部	事務長	岡 裕一
	総務課長	高橋 潤一郎
	医事課長	田中 寛之

部署名	役職	氏名
看護部	看護部長	金泉 まゆみ
	副看護部長	池野 美奈子
	副看護部長	矢嶋 真由美
	副看護部長	石橋 朋子
東3病棟	看護師長	村松 千代子
東4病棟	看護師長	小笠原 直美
東5病棟	看護師長	山田 明子
東6病棟	看護師長	綱島 泰子
西3病棟	看護師長	今井 良子
西4病棟	看護師長	下條 英子
西5病棟	看護師長	小関 浩子
西6病棟	看護師長	横関 泰江
手術部	看護師長	北村 貴子
透析	看護師長	樫出 芳子
外来	看護師長	行田 由香
地域連携	チームマネージャー	高桑 奈美子

臨床研修プログラムの到達目標

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・能力を身につけなければならない。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・能力を習得する。

そして、これらの医師としての基本的な態度は、初期臨床研修後も維持し続けるべきものである。常に謙虚に、ひた向きに、努力することをやめず、一人の人間としても成長し、周囲から信頼される医師になるべく研鑽を積む。

以下は、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会の報告に基づく。

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およ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、尊厳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、不正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ついて、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決断

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 チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。

6. 医療の質と安全の管理

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等を含む。）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、地域連携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。

臨床研修プログラムの実務研修の方略

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

- 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む。

- 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。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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。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。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。なお、受入状況に配慮しつつ、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患者の継続診療を含む研修を行う。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。許可病床数が 200 床未満の研修協力病院と協力して研修を行う。さらに研修内容としては以下に留意する。
 - 1) 一般外来での研修と在宅医療の研修を含める。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。
- 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。
- 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、保健所を予定している。
- 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）、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行う。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。児童・思春期精神科領域（発達障害等）、薬剤耐性菌、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行う。他施設と連携し、研修を受けられるよう考慮する。

経験すべき症候

・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（29 症候）

経験すべき疾病・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）
（26 疾病・病態）

※ 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、日常業務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）

- ① 医療面接
- ② 身体診察

- ③ 臨床推論
- ④ 臨床手技
- ⑤ 検査手技
- ⑥ 地域包括ケア・社会的視点
- ⑦ 診療録

※ 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、日常業務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。

	基幹型臨床研修病院														協力病院・施設					
	内科	外科	救急科	麻酔科	小児科	産婦人科	整形外科	泌尿器科	脳神経外科	皮膚科	神経内科	眼科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科	放射線科	リハビリテーション科	精神科	地域医療	保健所	その他
経験すべき症候－ 29－																				
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	○	○	○														○			

	基幹型臨床研修病院															協力病院・施設				
	内科	外科	救急科	麻酔科	小児科	産婦人科	整形外科	泌尿器科	脳神経外科	皮膚科	神経内科	眼科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科	放射線科	リハビリテーション科	精神科	地域医療	保健所	その他
経験すべき疾病・病態－26疾病・病態－																				
脳血管障害	○		○						○		○									
認知症	○		○						○		○						○	○		
急性冠症候群	○	○	○																	
心不全	○	○	○																	
大動脈瘤	○		○															○		
高血圧	○		○															○		
肺癌	○		○	○														○		
肺炎	○		○	○	○													○		
急性上気道炎	○		○	○	○													○		
気管支喘息	○		○	○	○													○		
慢性閉塞性肺疾患（COPD）	○		○	○	○													○		
急性胃腸炎	○	○	○	○	○													○		
胃癌	○	○	○	○																
消化性潰瘍	○	○	○	○																
肝炎・肝硬変	○	○	○	○	○															
胆石症	○	○	○	○																
大腸癌	○	○	○	○																
腎盂腎炎	○		○	○	○			○												
尿路結石			○		○			○												
腎不全	○	○	○	○	○			○										○		
高エネルギー外傷・骨折		○	○	○			○		○											
糖尿病	○	○	○	○	○													○		
脂質異常症	○				○													○		
うつ病	○		○														○	○		
統合失調症			○														○			
依存症（ニコチン・アルコール・ 薬物・病的賭博）	○		○															○		

研修分野におけるプログラム詳細

共通臨床研修分野

臨床研修には、全ての診療科・分野の研修を通じて、一貫して学習すべきテーマがある。ここではこれを共通臨床研修分野という。その内容は将来の進路にかかわらず医師として身に付けておくべきものであり、研修中のすべての場面において、その修得を心がけなければならない。

たとえば「心電図を判読できる」といった具体性・個別性の高いテーマに比べて、共通臨床研修分野のテーマはより包括的で、奥行きが深く、習得に時間がかかる。知識や技能よりも態度に重点を置くものが多く含まれ、省令の定める臨床研修の行動目標と重なる点も多い。生涯にわたって継続学習すべき課題として捉え、初期研修の間は、その基本を身につける時期だと考えることもできよう。

全ての診療科・分野のプログラムの内容にはそれぞれ固有の学習項目があり、共通臨床研修分野に関する記載を追加すると繰り返しとなる。

そこで、ここでは共通臨床研修分野に関する目標、方略、評価を以下にまとめて呈示する。研修医は常にこれらの修得を意識した積極的な研修を心がけなければならないし、指導医や指導者もこれらを念頭に置いた指導を行う必要がある。

共通臨床研修分野に含まれるテーマ

共通臨床研修分野に含まれるテーマとしては、次のようなものが一般的に考えられる。

- #1 プロフェッショナリズム（医師としての基本的価値観）
- #2 患者－医師関係 →医学・医療における倫理性、コミュニケーション能力
- #3 チーム医療の実践（他職種協働）
- #4 問題対応能力（問題解決能力）
- #5 臨床推論 →診療技能と患者ケア、医学的知識と問題対応能力
- #6 症例呈示 →科学的探究
- #7 医療安全（患者安全）
- #8 院内感染対策 →医療の質と安全の管理
- #9 医療の社会性
- #10 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

ここでは、これらを念頭に以下のプログラムを作成したが、これらがすべてを網羅しているわけではないし、今後医療を取り巻く情勢の変化によって求められるテーマが変わってゆく可能性がある。その場合はプログラムも改められてゆくべきであろう。

【目 標】

#1. プロフェッショナリズム（医師としての基本的価値観）

一般目標 GIO

医療者に相応しい行動を通じて「柏崎総合医療センター臨床研修の理念」を体現し、社会に貢献できる医師となるために、医療人としてのプロフェッショナリズムを向上させる習慣を身につける。

行動目標 SBO

- 1 服装、挨拶、コミュニケーションなど社会人としての常識的な行動ができる。(態度)
- 2 ヒポクラテスの誓い、新ミレニアムの医師憲章など、プロフェッショナリズムに関する提言内容を説明できる。(想起)
- 3 ワークショップに参加し、望ましいプロフェッショナリズムについて考察する。(問題解決)
- 4 社会契約に基づいた行動ができる。(態度)
- 5 新ミレニアムの医師憲章に基づいた行動ができる。(態度)
- 6 医療者に求められるモラル、特に保護・公平のモラルに基づいた行動ができる。(態度)
- 7 省察的实践家として、自己のふるまいを振り返り、自己変容を目指す習慣を身につける。(態度)

#2. 患者医師関係

一般目標 GIO

患者を全人的に理解し、協働して診療の成果を挙げるために、患者やその家族と良好な人間関係を確立することができる。

行動目標 SBO

- 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。(問題解決)
- 2 医師、患者および家族が互いに納得して医療を行うためのインフォームドコンセントを行うことができる。(問題解決)
- 3 守秘義務を遵守し、プライバシーへの配慮ができる。(態度)
- 4 患者に共感的な態度で接し、思いやりの行動をとることができる。(態度)
- 5 生活環境から価値観に至るまで、患者、家族の背景を理解するよう努める。(態度)
- 6 患者や家族を人として尊敬し、対等な立場で接することができる。(態度)
- 7 自己決定権など、患者の自律性を尊重できる。(態度)

#3. チーム医療の実践（多職種協働）

一般目標 GIO

医療チームの構成員としての役割を理解し、保健・医療・福祉の幅広い職種のスタッフと協働するために、医師として求められる行動を適切に実行できる。

行動目標 SBO

- 1 医療チームを構成する職種の役割を説明できる。(想起)
- 2 多職種教育プログラムに参加する。(問題解決)
- 3 他職種のスタッフと対等な関係で、共感的に接することができる。(態度)
- 4 上級医や同僚医師、他職種のスタッフ、関連機関・諸団体の担当者など、チームを構成するメンバーと円滑なコミュニケーションがとれる。(態度)
- 5 上級医や同僚医師、他職種のスタッフ、関連機関・諸団体の担当者など、チームを構成するメンバーと情報共有ができる。(問題解決)。
- 6 チームの状況に応じて適切なリーダーシップを発揮できる。(問題解決)

#4. 問題対応能力（問題解決能力）

一般目標 GIO

患者や社会の医学的課題を解決するために、問題点を把握し、EBM（evidence based medicine）に準拠したアプローチを行い、基本的診療能力を高め、生涯にわたって問題対応能力を向上させる習慣を身につける。

行動目標 SBO

- 1 問題点を把握するための情報収集ができる。(問題解決)
- 2 PICO（Patient：どんな患者に Intervention：どんな介入を行い、Comparison：どんなものと比較して Outcome：どうなるか）を用いた臨床的問題（clinical question）の定式化ができる。(問題解決)
- 3 EBMの手順（収集した問題点の定式化・問題点を解決するための情報の検索・得られた情報の批判的吟味（critical thinking）、批判的吟味した情報の患者への適用・これらの過程の評価）を実践できる。(問題解決)
- 4 自己評価および第三者による評価をふまえて問題対応能力の改善ができる。(問題解決)
- 5 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。(問題解決)。
- 6 自己学習の習慣を身につけ、常に最新の知見を得る。(知識)
- 7 自己研鑽にはげみ、常にスキルの向上を目指す習慣を身につける。(技能)

#5. 臨床推論

一般目標 GIO

患者の抱える問題を解決するために、病態生理に基づいた推論過程を通じて、問題志向型システム（problem-oriented system：POS）に沿って問題点を抽出し、診療計画を作成・実施して、診療録に適切に記録する習慣を身につける。

行動目標 SBO

- 1 医療面接を通じて、包括的な情報収集ができる。(問題解決)
- 2 バイタルサインを測定し、結果を解釈できる。(解釈)
- 3 正常・異常を区別しながら一般的な身体診察ができる。(技能)

- 4 医療面接や身体所見をもとに、患者の病態と診断仮説を呈示できる。(解釈)
- 5 患者の問題リストを作成できる。(解釈)
- 6 問題リストに沿って、初期計画（診断的計画、治療的計画、教育的計画）を作成できる。(問題解決)。
- 7 問題リストに沿って、SOAP（S：患者の主観的訴え O：客観的所見 A：評価 P：計画）の形式に従った経過記録を作成できる。(問題解決)
- 8 診療録はすみやかに作成し、指導医のチェックを受け、修正を加えて推論過程の向上に努める。(態度)
- 9 退院時サマリーをすみやかに作成できる。(態度)

#6. 症例呈示

一般目標 GIO

チーム医療の成果を挙げ、自己の臨床能力を向上させるために、症例をプレゼンテーションし、意見交換（ディスカッション）を行う機会に積極的に参画する。

行動目標 SBO

- 1 症例のプレゼンテーションができる。(技能)
- 2 プレゼンテーション用の資料作成ができる。(技能)
- 3 プレゼンテーションの質向上にむけた文献検索と批判的吟味ができる。(問題解決)
- 4 プレゼンテーション後のディスカッションができる。(問題解決)
- 5 症例カンファレンスや学術集会などに積極的に参加する。(解釈)

#7. 医療安全（患者安全）

一般目標 GIO

患者および医療従事者にとって安心・安全な医療を遂行するために、安全管理の方策を習得し、医療事故防止や危機管理に参画する。

行動目標 SBO

- 1 医療を行う際の安全管理の基本的な考え方について説明できる。(想起)
- 2 医療安全講習会に参加する。(解釈)
- 3 「柏崎総合医療センター医療安全管理規程」および「新潟県厚生連医療事故防止統一ガイドライン」に沿った、医療事故防止のための行動ができる。(態度)
- 4 インシデントレポートの重要性を理解し、作成が必要な状況の判断ができる。(解釈)
- 5 インシデントレポートを作成できる。(問題解決)
- 6 院内救急コールを起動し、コールに対応できる。(問題解決)
- 7 「柏崎総合医療センター医療安全管理規程」および「新潟県厚生連医療事故防止統一ガイドライン」に沿った、事故発生時の迅速な対応ができる。(問題解決)
- 8 医療安全上の疑義があるときはすみやかに指導医に報告できる。(問題解決)
- 9 他職種と協働して、医療安全文化の醸成に貢献する。(態度)

#8. 院内感染対策

一般目標 GIO

患者および医療従事者にとって安心・安全な医療を遂行するために、院内感染対策の方策を習得し、日常診療で実践する。

行動目標 SBO

- 1 院内感染対策の必要性について説明できる。(想起)
- 2 院内感染対策講習会に参加する。(解釈)
- 3 「柏崎総合医療センター院内感染対策マニュアル」に沿った、院内感染防止のための行動ができる。(態度)
- 4 標準感染防護策 (standard precautions) を実践できる。(態度)
- 5 対策が必要な事象 (針刺し事故や受け持ち患者の耐性菌感染など) 発生時は、「柏崎総合医療センター院内感染対策マニュアル」に沿った、適切な事後対応ができる。(問題解決)
- 6 各種予防接種や抗体検査などを受ける。(態度)
- 7 院内アンチバイオグラムの内容をふまえた適切な抗菌薬の選択ができる。(問題解決)

#9. 医療の社会性

一般目標 GIO

医療を通じて社会に貢献するために、関連法規・制度や医療倫理・生命倫理、地域連携、医療経済などについて理解し、社会学・社会医学的な視点から考察する習慣を身につける。

行動目標 SBO

- 1 医療・保健関連法規・制度を理解し、適切に行動できる。(解釈)
- 2 医療保険、保険診療、公費負担制度を理解し、適切に行動できる。(解釈)
- 3 診断書を適切に作成できる。(問題解決)
- 4 地域における医療連携の概要と、自施設の役割を説明できる。(問題解決)
- 5 診療情報提供書を適切に作成できる。(問題解決)
- 6 社会保障費や医療経済の問題点を理解し、適切に行動できる。(解釈)
- 7 医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動できる。(解釈)
- 8 医薬品や医療用具など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。(解釈)
- 9 少子高齢化、格差社会、貧困、コミュニティ崩壊などの社会的問題が地域医療に与える影響について考察できる。(解釈)
- 10 医療者の不足や偏在、時間外労働など、医療体制の問題点について考察できる。(態度)

#10. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

一般目標 GIO

将来にわたって医療の質を支える人材を育成するために、自己啓発や後進・医療チームのスタッフに対する教育が医師の重要な役割であることを理解し、そのための活動に参画する。

行動目標 SBO

- 1 研修医のための教育機会（教育回診や ACLS 等の各種 off the job training など）に積極的に参加する。（問題解決）
- 2 スキルラボラトリーを積極的に利用し、スキルの修得に努める。（技能）
- 3 多職種教育プログラムや他職種との学習会に積極的に参加し、共に学ぶという立場から発言し、互いの学習を支援する。（問題解決）
- 4 医学生や後輩研修医に対してのロールモデルとしての役割を意識して範を示し、その学習を支援する。（態度）
- 5 学習者としての自己の立場を理解し、常に自己研鑽に努める。（態度）
- 6 指導医のみならず、すべての職員が指導者であることを自覚し、謙虚に耳を傾ける。（態度）
- 7 省察的实践家として自己評価を習慣づけるとともに、多職種からの 360 度評価を積極的に求める。（態度）

【研 修 方 略】

共通臨床研修分野に固有の方略というものはなく、各診療科のスケジュール（On the job training : ON-JT）を通じて継続して学ぶものである。いわば、個々の診療科の方略すべてが共通臨床研修分野の方略だといえよう。

一方で、個々のテーマに比較的親和性の高い学習機会もある。ここではこれらを呈示する。これらは ON-JT として行われる場合もあるが、各診療科の研修を離れて別途スケジュールが企画される Off the job training (Off-JT) であることも多い。したがって週間スケジュールは呈示しない。なお、ここに呈示した方略が全てというわけではなく、目標達成に向けたさまざまな方法を他にも用いることが望ましい。

#1. プロフェッショナリズム（医師としての価値観）

- 1 日々の指導医との振り返り
- 2 関連したワークショップへの参加（協力施設等）
- 3 SEA (significant event analysis)
- 4 ポートフォリオの作成
- 5 文献や成書、ドキュメンタリーなどの読書

#2. 患者医師関係

- 1 患者に対する病状説明（指導医とともに同席する）
- 2 医療面接
- 3 文献や成書、ドキュメンタリーなどの読書
- 4 プロフェッショナリズムに関するワークショップ
- 5 SEA (significant event analysis)

6 ポートフォリオの作成

#3. チーム医療（多職種協働）

- 1 多職種カンファレンスへの参加
- 2 退院前カンファレンスへの参加
- 3 多職種教育プログラムへの参加
- 4 他職種からのレクチャー
- 5 他職種の業務体験

#4. 問題対応能力（問題解決能力）

- 1 学会発表
- 2 症例検討会への発表（院内検討会や柏崎医師会主催の症例検討会など）
- 3 抄読会
- 4 シミュレーターによるトレーニング
- 5 各種研修会（院内研修会や医師会主催の生涯教育講演会など）

#5. 臨床推論

- 1 外来診療
- 2 入院患者の診療
- 3 退院時サマリーの作成
- 4 症例検討会への発表（院内検討会や柏崎医師会主催の症例検討会など）
- 5 抄読会
- 6 指導医による診療録点検
- 7 各種研修会（院内・院外の研修会や医師会主催の生涯教育講演会など）

#6. 症例呈示

- 1 カンファレンス
- 2 症例検討会への発表（院内検討会や柏崎医師会主催の症例検討会など）
- 3 学会発表
- 4 学会での演題聴講
- 5 抄読会
- 6 各種研修会（院内・院外の研修会や医師会主催の生涯教育講演会など）

#7. 医療安全（患者安全）

- 1 病院開催の医療安全講習会
- 2 医療安全チームへの参加
- 3 インシデントレポートの作成

- 4 処方疑義照会（個々の薬剤の安全な処方を薬剤部から学ぶことができる）
- 5 Morbidity and Mortality conference（合併症および死亡症例検討会：M&M カンファレンス）などの症例検討会

#8. 院内感染対策

- 1 病院開催の手洗い講習会
- 2 病院開催の感染対策講習会
- 3 感染対策チームへの参画
- 4 病院職員の予防接種への参画

#9. 医療の社会性

- 1 医事課によるレクチャー
- 2 診断書作成
- 3 地域連携室によるレクチャー
- 4 診療情報提供書の作成
- 5 新聞や書籍の読書
- 6 保健所研修
- 7 地域医療に関する研修会（医師会や自治体が開催するものなど）

#10. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

- 1 医局検討会・研修会
- 2 抄読会
- 3 シミュレーターによるトレーニング
- 4 BLS、ACLS、PALS、JPTEC、院内外傷コースなどの各種 off the job training（協力施設等）
- 5 SEA（significant event analysis）
- 6 ポートフォリオの作成
- 7 多職種カンファレンス
- 8 多職種教育（interprofessional education：IPE）

【評 価】

●研修中の評価（形成的評価）

共通臨床研修分野で挙げた各項目の評価は、その性質上ほとんどが形成的評価である。以下に示したような評価と適切なフィードバックを繰り返して受けながら、研修医は達成度の十分でない領域の研修を深め、研修期間を通して成長してゆくことが期待される。

【必須科目、選択科目の研修における評価】

- ・評価の時期：主として個々の診療科・部門のローテーション研修修了時
- ・評価者：指導医、指導者、プログラム責任者
- ・方法：各診療科のプログラムに委ねるが、大部分が観察記録となるであろう。
- ・評価ツール：EPOC2

(その他各診療科で定めるもの)

●研修後の評価

・総括的評価

2年間の初期研修修了時に、臨床研修管理委員会が総括的評価を行う。その内容は研修修了の可否という形で示される。

・指導体制についての評価

すべての診療科・部門の研修において、研修医は以下の評価を行う。

- ・評価表による指導医・上級医の評価。
- ・評価表による診療科の研修状況（経験できた症例数、研修期間の適切さなど）の評価。

すべての診療科・部門の研修において、指導者（主に病棟師長）は評価表による指導医・上級医の評価を行う。

指導体制

各診療科・部門の指導体制に委ねる。必要に応じて、プログラム責任者の判断のもとで臨床研修管理委員会が関与・指導する。

主な研修スケジュール

●必修科目

内科（24週以上）、救急部門（12週以上）、地域医療（2年目に4週以上）、外科（4週以上）、小児科（4週以上）、産婦人科（4週以上）、精神科（4週以上）

●選択科目

内科、外科、小児科、産婦人科、整形外科、泌尿器科、脳神経外科、麻酔科、放射線科、皮膚科、精神科、眼科、形成外科、地域医療

- ・1年目を基幹型で行うプログラムにおいては、2年間の臨床研修中に行う当直業務（2年間で約40日程度）を救急研修12週の中の4週分とみなすことも可能。
- ・選択しなかった科目の到達目標の対応は、当直や救急部門の研修にて対応。
- ・希望により協力病院、協力施設での研修も可能。

各診療科臨床研修分野におけるプログラム詳細

各科カリキュラム

必修科目

【内 科】(24週以上)

原則として、1人の指導医が1人の研修医を受け持ち、診療の実践に当たり指導を行う。指導医は症例ごとのレポートを提出させ研修内容・達成度を定期的に研修管理委員会に報告する。

I. 初期研修の共通一般目標 (G I O)

すべての医師を志すものにとっての初期研修は大変重要な意味を持つ。必要な技術を習得することに関して、何等異議を申し上げるつもりはないが、往々にして、技術取得のみに走りやすい傾向がある。急患、急変、心肺蘇生に対処できるようになることは、臨床医をめざす者にとっては絶対必要であり、この技術が不十分であれば、医療訴訟に巻き込まれる可能性がある。しかし、それだけができても臨床医として充分ではないことも明らかである。

患者に今おこっている病態が何故起こったのか、どんな疾患を疑ってどんな検査をするのか、得られた結果をどう解釈するのか、その結果からどう治療し、その効果判定は何を持ってするのか、治療のゴールをどこにおくのか等を常に念頭に置きながら診療に当たらなければならない。臨床医にとって必要な思考形態の形成は、一昼夜にしてできるわけではないので、この初期研修においてまず、常に考えながら診療に当たる習慣を身につける必要がある。

もう一つ大切な点は、医師としての素養・倫理観・態度を身につけることである。患者を身体的・社会的・心理面などから全人的に診ること、患者の基本的権利を理解し尊重すること、常に患者の安全に十分な配慮をすること、チーム医療を理解し、それを実践することなどを、しっかりと身につける必要がある。

II. 初期研修の共通行動目標 (S B O s)

研修の目標は日本内科学会研修カリキュラムを参考にして、(1) 一般内科臨床医としての基礎知識を習得する (2) 内科診断学、治療学の知識とそれに伴う技術を習得する (3) 救急医療での、また心肺蘇生のための技術を習得する (4) 診断・治療・効果判定にいたる一連の思考過程を形成することである。

そのためにはまず、指導医のもとで入院患者を担当しながら、病歴の取り方、診療の仕方、薬剤の知識、指示の出し方等について研修する。また、処方薬、注射液の薬理作用、中毒等に関する知識、輸血、輸液、血管確保(末梢、中心静脈)、救急医療法(気管

内挿管、蘇生法、酸素療法、胃洗浄など)、食事療法を症例毎に習得する。

さらに、症例一例ごとに詳細な病歴を取り、診察し、Problem List をつくり、SOAP 方式でカルテを記載する習慣を身につける。またできるかぎり、内科学会認定医制度に則った入院病歴の提出をする。抄読会・読影会・勉強会に積極的に参加し自らも発表する。

III. 初期内科研修のスケジュール

入院患者を指導医とともに、受け持ち主治医として診察する。週間サマリー、退院時総括を記載し、指導医の評価を受ける。

救急医療にも積極的に参加するために、月 2 回程度の当直を各診療科の指導医とともに副直としてこの業務にあたる。

IV. 病理解剖

最近の高度な医療技術、とりわけ画像診断また生検診断の進歩により、診断の精度は著しく高まっている。しかし、これによって病理解剖の意義が薄れた訳ではない。現在でもなお、病理解剖により、生前には分からなかった、あるいは気づかなかった病気や異常が見つかることも稀でない。特に内科領域の疾患では、画像では得られない病態が多く存在する。担当医師や当該病院だけでなく、わが国の医療全体の水準を高く維持するためにも、医師が患者様の生前に行った診断の正しさ及びそれに基づいて行ってきた治療の妥当性に対して、病理学的評価を得ることは重要なことである。

以上より、不幸にして患者様が亡くなられた時は、是非ご遺族に病理解剖の意義を説明し、ご協力いただくよう要請する必要があると考えられる。

V. 対象疾患の診断と治療

(A : 習得必須、B : 習得が望ましい)

1. 循環器疾患

内科的救急疾患である虚血性心疾患・不整脈の診断治療を中心に心不全・ペースメーカー等、基本的な治療法を取得するとともに、PTCA等カテーテルを用いた高度な治療法についても学習する。

1) 診断と検査

理学的所見 (聴、打診など) A

心電図 A、 Hoiter 心電図 A、 モニター心電図 A

トレッドミル負荷心電図 A、 各方向から撮影した心血管陰影 A

CT読影 A、 MRI読影 A、 心エコー図検査 A

右心カテーテル検査 A、 左心カテーテル検査 B

電気生理学検査 (His 束心電図等) B

2) 治療

救急処置 A、心肺蘇生 A、強心薬、利尿薬 A、抗狭心薬 A
抗不整脈薬 A、降圧薬 A、抗凝固療法 A、抗高脂血症薬 A
血栓溶解療法 A、電氣的除細動 A、対外式ペースメーカー B
埋め込み式ペースメーカー B、心臓のリハビリテーション A

3) 対象疾患

心不全の病態の理解 A、高血圧症（本態性、二次性）A
虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞、無痛性心筋虚血）A
種々の弁膜症 A、種々の先天性心疾患B、頻脈性不整脈 A
除脈性不整脈 A、アダムス・ストークス症候群 A、QT延長症候群 A
不整脈源性右室異形成症 B、Brugada 症候群 B
心筋症（肥大型、拡張型、拘束型）A、心筋炎 A、心臓神経症 A
感染性心内膜炎 A、心膜疾患 A、肺性心疾患 A、動脈疾患 A
静脈疾患 A

2. 呼吸器疾患

肺癌・慢性呼吸不全・感染症・気管支喘息を中心とした診断治療。
診断のための基本的な検査技術・治療手技の獲得や抗生物質の用法の学習。

1) 診断と検査

理学的所見（聴、打診など） A、血液検査 A
喀痰検査（細胞診、細菌検査、PCR法など）A
胸部単純撮影と断層撮影読影 A、肺CT読影 A、肺MRI読影 B
肺機能検査 A、気管支鏡検査 B、胸腔穿刺検査 A、生検法 B
右心カテーテル検査 A

2) 治療

気管支拡張薬 A、鎮咳、去痰薬 A、副腎皮質ステロイド薬 A
抗菌、抗真菌薬 A、抗癌剤 A、吸入療法 A、酸素療法 A
人工呼吸器 A、在宅酸素ケア A、胸腔ドレナージ A

3) 対象疾患

呼吸不全（急性、慢性）の病態の理解 A、肺・気管支の炎症性疾患 A
気管支拡張症 A、慢性閉塞性肺疾患 A、特発生間質性肺炎（肺線維症）A
じん肺症 A、無気肺 A、肺循環障害（肺塞栓症、肺性心、ARDSなど）A
アレルギー性肺疾患 A、サルコイドーシス A
膠原病に伴う肺疾患 B、化学薬品（農薬や火事による有毒ガスなど）による肺障害 B
肺腫瘍 A、胸膜疾患 A、縦郭疾患 B、過換気症候群 A

3. 内分泌・代謝疾患

糖尿病を始め内分泌疾患の健診から、予防・教育・治療まで幅広く学習。

腎内科・眼科等とも共同診察を行い、さらに糖尿病教室・栄養外来等幅広く、コメディカルと共同して合併症治療の予防教育も実施。

1) 診断と検査

各種内分泌機能検査 A

各種内分泌形態学的検査（頭部単純撮影、CT、MRI、超音波など）A

糖代謝検査 A

2) 治療

ホルモン補充療法 A、ホルモン過剰症の治療 A、経口糖尿病薬 A

インスリン療法 A、食事療法 A、運動療法 A

3) 対象疾患

視床下部・下垂体疾患 B、甲状腺疾患 A、副甲状腺疾患 B、副腎疾患 B

糖尿病 A、通風 A、性腺疾患 B

4. 腎臓疾患

慢性透析患者の管理を始めとして、各種腎疾患の診断・治療や管理を研修。

輸液療法や血液浄化療法についても学習。

1) 診断と検査

尿所見 A、血液生化学検査 A、腎機能検査 A、腎生検 A

腎組織診断法 B、腹部単純撮影 A、CT読影 A、MRI読影 A、超音波検査 A

腎血管造影検査 A、腎の内分泌検査 B

2) 治療

生活指導 A、食事指導 A

種々の薬物療法（利尿剤、ステロイド薬、免疫抑制薬など）A、血液透析法 A

腹膜透析法 A、血液吸着法 A、血液濾過法 B、血漿交換法 B

3) 対象疾患

腎不全（急性・慢性）の病態の理解 A、原発性糸球体疾患 A、尿細管・間質性疾患 B

ネフローゼ症候群 A、腎尿路感染症 A、腎の血管障害 A、腎の先天性疾患 B

全身性疾患による腎障害 A、尿路結石 A

5. 神経疾患：神経内科（国立病院機構新潟病院）

神経系疾患に関する診断・治療について習得。

1) 診断と検査

神経学的・理学的所見 A、髄液検査 A、画像診断（単純撮影、CT、MRI など）A
筋電図検査 B

2) 治療

脳循環・代謝改善薬 A、抗凝固・抗血小板薬 A、副腎皮質ステロイド薬 A
抗てんかん薬 A、抗パーキンソン薬 A、マイナートランキライザー A
メジャートランキライザー A、脳卒中の緊急処置 A、意識障害、痙攣の緊急処置 A
脳卒中のリハビリ A

3) 対象疾患

脳血管障害 A、感染性疾患（髄膜炎、脳炎）A
末梢神経疾患（ギランバレー症候群など）B、筋疾患 B、脱髄・遺伝性疾患 B
代謝性・中毒性疾患 B、パーキンソン病・症候群 A、神経症 A

6. アレルギー・膠原病

1) 診断と検査

血液検査 A、各種免疫検査 A、各種菌培養検査 A
血清学的診断（梅毒、ウイルス肝炎、HIV など）A、ツベルクリン反応 A

2) 治療

副腎皮質ステロイド薬 A、免疫抑制剤・非ステロイド系抗炎症薬 A

3) 対象疾患

各種膠原病 A、蕁麻疹 A、薬剤性アレルギー A

7. 血液疾患

血液疾患を診断するための検査手技の獲得、検査結果の解釈について学習する。

化学療法や輸血治療を含めた血液疾患全般に対する治療方法について学習する。

1) 診断と検査

血液検査 A、末梢血液像 A、血漿蛋白検査（電気泳動法など）A
骨髓穿刺検査 A、骨髓像 A、骨髓生検 B、出血・凝固系検査 A、血液型 A

2) 治療

抗腫瘍薬 A、免疫抑制剤 B、鉄剤 A、輸血療法 A、移植療法 B

3) 対象疾患

各種貧血性疾患 A、急性・慢性白血病 A、骨髄増殖性疾患 B
骨髄異形性症候群 A、悪性リンパ腫 A、多発性骨髄腫 A
DICを含む血小板性出血性疾患 A、血友病などの出血性素因性疾患 B

8. 消化器疾患

X線検査・内視鏡・超音波検査・CT等各種画像診断の習熟。

吐下血等の救急治療や内視鏡治療への参加を通じて、消化器疾患全般への理解を深める。

1) 診断と検査

血液、尿、便検査の判定 A、採液検査手技（胃十二指腸液、腹腔穿刺など）A
主要臓器の機能判定検査（肺、腎、肝、膵、内分泌）A
X線写真診断（胸部、腹部単純写真）A、CT診断 A、上部消化管X線検査 A
下部消化管X線検査 B、超音波検査 A、上部消化管内視鏡検査 A
下部消化管内視鏡検査 B、ERCP B、腹腔鏡 B、血管造影 B

2) 治療

消化性潰瘍薬 A、健胃消化薬 A、緩下剤 A、止痢剤 A、整腸剤 A
インターフェロン A、副腎皮質ステロイド A、肝庇護剤 A、利胆薬 A
蛋白分解酵素阻害薬 A、抗癌剤 A、消化器疾患の生活指導及び食事療法 A
消化器疾患の一般処置（胃洗浄、浣腸、人工肛門洗浄、腹水穿刺）A
放射線療法 A、食道バルーンタンポナーデによる止血 B
食道静脈瘤硬化療法・EVL B、内視鏡的止血術 B
内視鏡的粘膜切除術（ポリープ切除術を含む）B、内視鏡的異物除去 B
イレウス管挿入 A、経皮経肝胆道ドレナージ B、経皮的膿瘍ドレナージ B
内視鏡的乳頭切開術 B、経肝動脈的塞栓療法、動注療法 B、血漿交換 B

3) 対象疾患

口腔、咽頭疾患 A、食道炎 A、食道腫瘍 A、食道静脈瘤 A、胃炎 A
消化性潰瘍 A、胃癌 A、胃悪性リンパ腫 B、十二指腸腫瘍（乳頭部腫瘍を含む）B
便秘症 A、過敏性腸症候群 A、虫垂炎 A、感染性腸炎 A、炎症性腸疾患 B
大腸癌 A、肝炎 A、肝硬変 A、肝腫瘍 A、胆石症 A、閉塞性黄疸 A、膵炎 B
膵癌 B、腹膜炎 A、消化器疾患の手術適応の決定 A

【救 急 部 門】(12 週以上)

当院は救命救急センターを併設していないが、地域の救急医療の拠点病院であり、救急搬送のほとんどを受け入れている。しかしながら、一日中救急車が入り出すわけではないので、一定期間の救急外来だけの研修では不十分となる可能性がある。そのため、救急研修を集中的に行う 8 週間と 2 年間の研修を通して行う当直業務（4 週分に換算）とを併せて 12 週間の救急研修とし、十分な救急医療の経験を積めるように配慮した。

- ・ 2 年間を通じての救急部門の研修とみなす休日・夜間の日当直回数・・・約 40 回
- ・ 麻酔科を選択した場合は 4 週間を上限として救急部門の研修期間に含める

一般目標 (GIO)

救急外来を受診する患者に対し、検査、診断、初期治療を迅速に行い、必要に応じて専門診療科に紹介できる能力を習得する。

心肺機能停止患者に対しては、心肺蘇生方法を確実に行うことができるようにする。

行動目標 (SBOs)

<習得すべき基本姿勢・態度>

- ・ 患者・家族と適切なコミュニケーションがとれる。
- ・ 患者のプライバシーに配慮ができる。
- ・ 適切な病歴聴取や system review をすばやく行える。
- ・ 救急患者の重症度や緊急度を速やかに把握できる。
- ・ 感染症対策およびその防止ができる。
- ・ 救急隊や看護師と診療チームを作り、協力して診療ができる。
- ・ 専門家に引き継いだ症例をフォローし、症例から積極的に学ぶ姿勢を養う。
- ・ 大災害時における医療活動を理解し、自分の役割を把握できる。

習得すべき検査

<以下の検査は自ら実施し、結果を説明できる。>

- ・ パルスオキシメーター
- ・ 血液ガス分析
- ・ 簡易血糖測定
- ・ 十二誘導心電図、モニター心電図
- ・ 以下の検査は指示を出し、結果を説明できる。
- ・ 血液、尿の生化学検査
- ・ 血算、白血球分画
- ・ 単純 X 線検査

- ・ X 線 CT 検査

習得すべき基本的手技

<以下の項目については、自分で行うことができる>

- ・ 用手的気道確保
- ・ 用手的人口換気
- ・ 器具を用いた気道確保（気管チューブ、ラリングルマスク、エアウェイ等）
- ・ 静脈ライン確保
- ・ 動脈ライン確保
- ・ 導尿、バルーンカテーテル挿入
- ・ 腰椎穿刺
- ・ 一次救命処理（primary ABCD survey）

救急患者の治療、管理方法

<以下の治療法については、指導医の下で実施できる>

- ・ 循環管理（モニタリング、循環動作薬の使用）
- ・ 呼吸管理（酸素吸入や人口呼吸管理）
- ・ 鎮静、鎮痛法
- ・ 麻酔、周術期管理
- ・ 二次的救命処置（secondary ABCD survey）
- ・ 電氣的除細動

研修方法

- ・ 研修期間は 12 週以上とする。
（2 年間の臨床研修中に行う当直業務（2 年間で約 40 日程度）を 4 週間分に換算し、救急研修を集中的に行う 8 週間と併せて 12 週以上とする。麻酔科を選択した場合は 4 週間を上限として救急部門の研修期間に含める）
- ・ 救急外来を受診する患者について、診療科を問わず、**common disease** から重症症例まで幅広く診療する。
- ・ 指導医の当直日には、副当直として同席する。それ以外にも、希望に応じて随時夜間呼び出しを行うことが可能である。
- ・ 院内救急症例検討会（病院職員に加えて、救急隊や救急救命士も参加）に参加し、担当した症例についてプレゼンテーションを行う。
- ・ 地域の救命救急コース（BTLS、ACLS、JPTEC 等）に参加する。

【外 科】（4 週以上）

診療チームの一員として回診、診療録の記載、手術・非手術治療、検討会および腹部救急疾患の対応などに参加し、基本的な外科手技の習得や外科的疾患の診断と治療を身につける。

I. 研修目標

将来の専門性に関わらず、臨床医として身につけるべき外科的疾患を理解し、診断と治療法を習得する。さらに、一貫してチームで診療にあたることによりチーム医療の大切さを理解する。

II. 行動目標

<基本技能の習得>

- ・病歴の聴取、胸部・腹部の視診と触診、検査の選択と結果の正しい解釈、診断と治療方針の決定、治療への参加を行いその評価ができる。
- ・手術治療においてはその内容を十分に熟知し、手術適応や合併症などの危険性について患者および家族に説明できる。
- ・指導医のもとで手術の助手を行い、縫合や小手術の術者もできる。
- ・腹部救急疾患の診断と治療を十分に理解し実践できる。
- ・診断や治療などでチームの一員として協調できる。

III. 研修のスケジュール

- ・回診にて、診察、検査、治療手技、周術期の管理法、合併症の対応について学ぶ。
- ・手術にて、助手を務める事により手術法を理解し、後半では執刀も行う。
- ・検討会にて、プレゼンテーションを行ない、手術予定患者の病歴の取り方、検査法、手術適応や治療方針を習得する。

IV. 入院診療

- ・卒後 7 年目以降の医師とチームを組んで入院患者を持つ。
- ・個々の入院患者やと接し、病歴の作成、創やドレーンなどの管理法などを学び、人との接し方や疾患の基本的な考え方と治療法を身につける。
- ・スタッフと接し、チーム医療を理解する。
- ・手術と術前・術後管理に参加し、術式と周術期管理法を学ぶ。

V. 外来診療

- ・外科的救急患者に対応し、問診や検査と治療の一部を行う。
- ・一般外科外来の研修を行う。

VI. 主な対象患者

- ・頸部：甲状腺、副甲状腺
- ・胸部：食道、乳腺
- ・腹部：胃、十二指腸、小腸、虫垂、結腸、直腸、肛門、肝臓、胆管、胆嚢、
膵臓、脾臓、腹部・骨盤部ヘルニア
- ・小児：ヘルニア、虫垂
- ・その他：体表、気管など

上記の臓器の疾患に対し、開創もしくは腹腔鏡下手術や非手術治療（保存的治療）を行う。

【小 児 科】（4週以上）

一般小児診療における基本的知識と技術を習得する。また、新生児医療（正常新生児の診察を含む）を経験する。

I. 研修の目標

小児科診療における基本的知識と技術を習得する。さらに日々の診療行為を通じて医師として必要なモラル・態度を学ぶ。

II. 研修内容

1) 外来研修

指導医、上級医の指導下に一般外来・専門外来において、診察法・診断法・外来検査・処置・処方等の基礎的知識と技術を習得する。その後、一般外来の診療を適切に行えるように研修する。引き続き、専門外来の指導を受ける。

2) 病棟研修

指導医、上級医の下に、入院患者に対する受持医として配属される。予診、診察、診断、治療計画、検査法、検査手技、処方、処置、文書記録等について、指導を受ける。

さらに、指導医、上級医と意見交換しながらも、診断、治療計画については主体的に考える習慣を身につける。

外来・病棟の研修を通じて、小児科の対象となる各年齢における疾患とその病態について、基本的知識と必要な技術を習得する。

3) 勤務時間など

原則として午前8時30分から午後5時までである。患者の状態等の理由で延長される場合がある。

III. 研修の到達目標

日本小児科学会の認定医到達目標に準ずる。特に学会の提示した、ランク a の項目は当研修プログラムにおいても中心におかれている。

※注 1：日本小児科学会の配布する小冊子「小児科医の到達目標—小児科認定医の教育目標—」では、教育レベルが a b c のランクに分けられている。ランク a は基礎的、普遍的、必須という要素を持つ。

※注 2：以下に総論、各論を記すが、スペースの都合で項目のみに留める。
疾候、疾患名、知識、技術等の術語が併記されているので留意されたい。

1. 総論

①病歴聴取：主訴、現病歴、既往歴、家族歴、家系図、予防接種歴、などの聴取と記載

②診 察：小児の各年齢的特性を理解し、正しい手技で診察し、記載整理する。

③診 断：患児の問題を正しく把握し、病歴、診察所見から検査を選択。情報を整理し、診断を下す。

④治 療：年齢、重症度に応じた適切な治療計画を立て実行する。

小児薬用量についての知識

⑤診療技能：検査、身体計測、血圧測定、採血、点滴ルートの確保。

導尿、腰椎穿刺、骨髄穿刺、胸腔穿刺、輸血、交換輸血、

胃洗浄、経管栄養、蘇生術、人工呼吸、心マッサージ、気管内挿管、除細動、呼吸管理、消毒、滅菌法、心電図、単純 X 線、消化器造影、心エコー。

2. 各論

①成長、発達：各年齢の正常な成長、発達の範囲、骨年齢、二次性徴、
新生児、乳幼児健診

②栄養、栄養障害：年齢、疾患に応じた栄養評価、栄養指導、母乳、人工乳、治療乳、治療食

③水、電解質：脱水症、電解質異常、酸塩基平衡障害、輸液

④新生児：ハイリスク児の判別、正常新生児の一般的養護

新生児仮死の蘇生、未熟児、低出生児の管理、未熟児、新生児の輸液管理、分娩規傷の診断、呼吸障害の診断・治療、黄疸、新生児感染症、頭蓋内出血、新生児けいれん、低血糖症、低カルシウム血症、チアノーゼ、小児外科的な先天性疾患の知識

⑤先天異常：代表的な先天異常、染色体異常、遺伝性疾患のスクリーニング

⑥先天代謝異常症：代謝性疾患、内分泌・先天代謝異常症、代謝性疾患、内分泌疾患のスクリーニング、基本的な負荷試験、新生児マススクリーニング、糖尿病、成長曲線、二次性徴、各種ホルモンの血中、尿中の基礎値、骨年齢、甲状腺疾患、小人症、肥満、性早熟、思春期遅発症

- ⑦生体防衛、免疫：病歴から免疫不全を疑える知識
- ⑧膠原病、リウマチ性疾患、及び川崎病、血管性紫斑病、リウマチ熱、若年性関節リウマチ、全身性エリトマトーデス、多型滲出性紫斑、川崎病
- ⑨アレルギー：気管支喘息、アトピー性皮膚炎、蕁麻疹、食物アレルギー、アナフィラキシーショックの対応
- ⑩感染症：発疹性疾患、流行性疾患、呼吸器感染症、消化器感染症中枢神経感染症、循環器感染症、尿路感染症、皮膚感染症、敗血症、院内感染予防、感染症新法、学校伝染病、抗生物質の知識、予防接種の知識
- ⑪呼吸器：胸部X線の読影、気道確保、気管内挿管、呼吸管理、気道異物、気管支喘息、結核、呼吸機能検査、血液ガス分析
- ⑫血液、腫瘍：末梢血液検査の年齢別正常値、骨髓穿刺、貧血、白血球異常、出血性疾患、凝固異常、主要な悪性腫瘍、頻度の高い良性腫瘍、化学療法、輸血、成分輸血
- ⑬消化器：下痢、嘔吐、肝機能障害、黄疸、血便、急性腹症、小児外科的疾患、食事療法、経静脈栄養
- ⑭循環器：心音の変化、心雑音、チアノーゼ、心電図、心不全、無酸素発作、心蘇生術、超音波検査の基本
- ⑮腎・泌尿器：尿検査、腎機能の年齢別正常値、血尿、蛋白尿、無尿、乏尿、静脈性腎盂造影、膀胱造影、浮腫、胸水、腹水、急性糸球体腎炎、原発性ネフローゼ症候群、紫斑病性腎炎、慢性腎炎、腎不全
- ⑯生殖器：生殖器の発達段階、陰嚢水腫、停留睾丸、睾丸サイズ、腹部エコー
- ⑰神経・筋疾患：神経学的発達の知識、神経学的診察、けいれん、意識障害、脳性麻痺、脳波検査
- ⑱神経疾患：心身医学：基礎的知識、発達検査、神経性食欲不振症、不登校
- ⑲救急：発熱、けいれん、意識障害、呼吸困難、喘息発作、ショック、心不全、不整脈、無酸素発作、脱水症、急性腹症、腎不全、出血傾向、DOA、溺水、誤嚥、心肺脳蘇生法
- ⑳関連領域：他科への紹介の時期と適応

【産婦人科】(4週以上)

正常分娩・異常分娩の体験や手術に参加することを通して、婦人科医療を深める。病棟勤務で分娩・手術の助手を務める。

I. 初期研修の目標

思春期から性成熟期そして更年期に至る女性のライフサイクルの実際、及び各時期における疾患を症例から学ぶことによって、臨床医にとって必要な産科学及び婦人科学のプライマリケアを習得する。

II. 行動目標

- 生殖生理学の基本を理解する。
- 妊娠の診断法を理解し、超音波検査で胎児の正常な発育を診断できる。
- 正常妊娠、分娩、産褥の管理ができる。
- 異常妊娠、分娩、産褥の管理が指導医と共にできる。
- 分娩時の会陰切開縫合術が確実に実施できる。
- 婦人科の解剖、生理学の基本を理解する。
- 婦人科感染症の診断、治療を指導医と共にに行い得る。
- 婦人科腫瘍の診断、治療、病理につき基本的知識を有する。
- 婦人科急性腹症の診断、救急処置、応援医の依頼などができる。

III. 研修のスケジュール

- 病棟では入院患者を受け持ち、外来では妊婦健診の見学を行う。手術は第2助手、第1助手を得てその内容を理解する。
- 週に一回、分娩のための産泊を行ない分娩を学ぶ。

IV. 診断・検査（A：是非習得すべき、B：習得が望ましい）

1. 婦人科

- | | |
|----------------------|---|
| ①子宮頸部擦過細胞採取法 | A |
| ②子宮内膜擦過細胞採取法 | A |
| ③コルポ診及び生検 | A |
| ④内膜組織採取 | A |
| ⑤妊娠反応 | A |
| ⑥頸管粘液検査 | A |
| ⑦ヒューナーテスト | B |
| ⑧BBT判定 | A |
| ⑨HSG施行・読影 | A |
| ⑩超音波診断 | A |
| ⑪MRI | A |
| ⑫LH、RH test、TRH test | B |
| ⑬精液検査 | A |
| ⑭細胞診判読 | A |
| ⑮腹腔鏡検査 | A |
| ⑯子宮鏡検査 | A |
| ⑰内診 | A |

2. 産科

- | | |
|----------|---|
| ①超音波診断 | A |
| ②骨盤撮影・判読 | B |
| ③NST判読 | A |
| ④羊水穿刺 | A |
| ⑤出生前検査 | A |

V. 治療・手技・手術

1. 婦人科

- | | |
|-------------|---|
| ①バルトリン腺嚢腫手術 | B |
| ②子宮腔部円錐切除術 | B |
| ③子宮筋腫核出術 | B |
| ④卵管不妊手術 | B |
| ⑤子宮脱根治術 | B |
| ⑥子宮外妊娠手術 | B |
| ⑦腹式子宮全摘術 | B |
| ⑧腔式子宮全摘術 | B |
| ⑨広汎子宮全摘出術 | B |
| ⑩卵巣腫瘍摘出術 | B |
| ⑪人工妊娠中絶術 | B |
| ⑫腹腔鏡下手術 | B |

2. 産科

- | | |
|----------|---|
| ①頸管縫縮術 | B |
| ②帝王切開術 | B |
| ③吸引分娩 | B |
| ④会陰切開縫合術 | B |
| ⑤流産手術 | B |
| ⑥分娩誘発 | B |

3. その他

- | | |
|----------------------------|---|
| ①異常妊娠の管理 | B |
| 妊娠高血圧症候群、前期破水、羊水過多症、多胎妊娠 等 | |
| ②新生児管理 | B |
| 重症仮死児の蘇生、黄疸の治療など | |

VI. 対象とする疾患

1. 婦人科

感染症

良性及び悪性腫瘍

不妊症、不育症

2. 産科

正常妊娠、分娩、産褥、正常新生児

【地 域 医 療】（2年目に4週以上）

一般目標（GIO）

地域保健・医療を必要とする住民とその家族に対して、全人的に対応するために必要な基本的な態度、技能、知識を習得する。

行動目標（SB0s）

地域医療・僻地医療に関する理解を深め、実践の場で参画するために僻地医療における診療所の役割を理解し、実践する。

訪問診療、在宅医療を理解し、実践する。

研修方法

西山ふれあいクリニック、柿崎病院をそれぞれ2週間ずつ研修し、合計研修期間4週とする。

【精 神 科】（4週以上）

精神障害一般について、障害の概念・所見の取り方・検査（画像、心理、脳波等）方法・薬物治療・精神療法・社会復帰等を学習する。

I. 研修目標

<基本の方針>

精神医学を学ぶに当たっては、精神疾患の症状に目を向けるだけではなく、社会に存在する「人」としての患者との関わりが重要であることを認識しながら、取り組んでいく必要がある。ハンディキャップを持つ患者をひとりの人間として尊重し接する姿勢を身につけてほしい。そして、机上の知識にとどまらずに、患者と接した体験をもとに、地域社会の中で精神医学が実際どのように行われているかを考える。

また、精神医学が、看護師・作業療法士・精神保健福祉士・臨床心理士などとの共同作業であることを理解し、その中で精神科医師の役割について学ぶ。

<基本的目標>

将来の専門性に関わらず、医学・医療の社会的ニーズを認識しつつ、日常診療で頻繁に遭遇する精神科関連の病気や病態に適切に対応できるよう、プライマリケアの基本的な診療能力（態度・知識・技能）を身につけるために、以下のことを目標として学んで欲しい。

II. 行動目標 : 医師として必要な基本姿勢・態度を身に付ける。

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作るために

- a. 患者・家族が求めるものを身体・心理・社会的側面から把握する。
- b. 患者・家族が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。
- c. 守秘義務をはたすこと及び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、医療・福祉・保険の広い職種からなる他のメンバーと協調するために

- a. 指導医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。
- b. 上級及び同僚医師、他の医療従事者との適切なコミュニケーションがとれる。
- c. 医師以外の他職種への教育的配慮ができる。
- d. 保健所などの関係機関の担当者とコミュニケーションがとれる。
- e. チームカンファレンスの運営に参加し結論を導くことができる。

3) 問題対応能力

患者の問題を把握、思考し解決するための

- a. 臨床上の問題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。
- b. 自己評価及び第三者による評価をふまえた問題対応能力の改善ができる。
- c. 自己管理能力を身につけ、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

患者ならびに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

- a. 医療現場での安全確認を理解し、実施できる。
- b. 医療事故防止対策について、マニュアルに沿って行動できる。
- c. 院内感染対策を理解し、実施できる。

5) 医療面接

患者・家族との信頼関係を構築し、診断・治療に必要な情報が得られるような医療面接を実

施すために

- a. 医療面接におけるコミュニケーションの持つ意義を理解し、コミュニケーションスキルを身につけ、患者の解釈モデル、受診動機、受療行動を把握できる。
- b. 患者の病歴（既往歴、家族歴、生活歴、主訴、現病歴）の聴取と記録ができる。
- c. インフォームドコンセントのもとに、患者・家族への適切な指示・指導ができる。

6) 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

- a. 症例呈示と討論ができる。
- b. 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。

7) 診療計画

保健・医療・福祉の各側面に配慮しつつ、診療計画を作成し、評価するために

- a. 診療計画（静断、治療、患者、家族への説明など）を作成できる。
- b. 診療ガイドラインを理解し活用できる。
- c. 入退院の適応を適切に判断できる。
- d. QOLを考慮に入れた総合的な管理計画（社会復帰、在宅医療、介護など）へ参画する。

8) 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、

- a. 精神保健福祉法を理解し、適切に行動できる。
- b. 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる。
- c. 医の倫理、生命倫理（ヘルシンキ宣言など）について理解し、適切に行動できる。

III. 経験すべき症状・病態・疾患

主治医として以下に述べるような項目を経験し、精神症状の捉え方の基本を身につけ、精神疾患に対する初期対応と治療の実際を学ぶ。

1) 経験しなければならない事例の目標

- a. 痴呆、うつ病、統合失調症の入院患者を主治医として担当し、面接診断方法、精神症状の把握、治療計画、薬物療法、精神療法、家族心理などについて学習し、その内容をレポートとして提出する。
- b. 身体表現性障害、ストレス関連障害、リエゾン精神医学関連の患者についても a と同様の内容を学習し、レポートを提出する。

2) その他に経験すべき内容

- a. 精神科リハビリテーションの実際を知る
デイケア・作業療法

選 択 科 目

【麻 酔 科】

一般目標（GIO）

- ・心肺機能停止患者に対して、心肺蘇生方法を確実に行うことができるようにする。
- ・救急外来を受診する患者に対しては、検査、診断、初期治療を迅速に行い、必要に応じて専門診療科に紹介できる能力を習得する。

行動目標（SBOs）

<習得すべき基本姿勢・態度>

- ・患者・家族と適切なコミュニケーションがとれる。
- ・患者のプライバシーに配慮ができる。
- ・適切な病歴聴取や system review をすばやく行える。
- ・救急患者の重症度や緊急度を速やかに把握できる。
- ・感染症対策およびその防止ができる。

習得すべき検査

<以下の検査は自ら実施し、結果を説明できる。>

- ・パルスオキシメーター
- ・血液ガス分析
- ・簡易血糖測定
- ・十二誘導心電図、モニター心電図
- ・以下の検査は指示を出し、結果を説明できる。
- ・血液、尿の生化学検査
- ・血算、白血球分画
- ・単純 X 線検査

習得すべき基本的手技

<以下の項目については、自分で行うことができる>

- ・用手的気道確保
- ・用手的人工換気
- ・器具を用いた気道確保（気管チューブ、ラリングルマスク、エアウェイ等）
- ・静脈ライン確保
- ・動脈ライン確保
- ・導尿、バルーンカテーテル挿入
- ・腰椎穿刺

救急患者の治療、管理方法

<以下の治療法については、指導医の下で実施できる>

- ・循環管理（モニタリング、循環動作薬の使用）
- ・呼吸管理（酸素吸入や人口呼吸管理）
- ・鎮静、鎮痛法
- ・麻酔、周術期管理

【脳 神 経 外 科】

救急の意識障害患者に対する救急処置や頭部外傷患者の創傷処置の習熟。

脳神経に関する検査法の理解、脳神経外科手術における基本手技の習得をめざす。

一般目標（GIO）

脳神経外科疾患のアウトラインを把握して、診断、治療の基礎知識を修得する。病歴の聴取、神経学的検査が最も基本であり系統的な診断技術を身につける。一般診療において脳卒中、頭部外傷などで脳神経外科の専門医に診療依頼をする基準が判断できるようになる。脳神経外科で多い救急患者の診断、初期治療を適切に行うことができる技術を修得する。

行動目標（SB0s）

- 1) 脳神経外科患者の病歴及び身体的・神経学的所見を正確に評価し、それを正確に記載し必要な初期治療を開始することができる。
 - a. 意識障害、中枢性の高血圧及び呼吸障害の評価と処置ができる。
 - b. 頭蓋内圧亢進症状の評価と処置ができる。
 - c. 一般的な神経学的診察ができその評価とこれに対する初期治療を開始できる。
 - d. 高次脳機能検査ができる。
- 2) 神経外科患者の輸液管理の基本を理解し入院患者を受け持つことができる。また意識レベルのチェック、バイタルサインのチェックの基本を理解し指導医の下に指示を書くことができる。
 - a. 患者および家族に対し病状の説明ができる。
 - b. 検査計画を立てることができる。
 - c. 治療計画を立てることができる。
 - d. 入院指示書を書くことができる。
 - e. 術後指示書を書くことができる。
 - f. 紹介状の返事を書くことができる。
 - g. 退院時要約を書くことができる。

- 3) 脳神経外科患者の管理に必要な検査結果を分析し、異常所見に対して適切に処置できる。
 - a. 中枢性の電解質異常に対しその評価ができ、指導医の下に初期治療ができる。
 - b. DIC、preDIC に対しその評価ができ、指導医の下に初期治療ができる。
 - c. 髄液所見の評価ができ、所見に応じて初期治療を開始できる。

- 4) 脳神経外科領域の各種補助診断法の適応を理解し、その指示ができ、指導医の下にその結果を分析することができる。脳血管撮影などインフォームドコンセントを必要とするものについては指導医の下にその説明ができる。
 - a. 頭部、頸椎のX-pの指示ができ、その読影ができる。
 - b. CTの指示ができ、その読影ができる。
 - c. MRI、MRAの指示ができ、一般的な読影ができる。
 - d. 指導医の下に脳血管撮影の指示と説明ができる。
 - e. CTAの適応を理解し指示ができ、一般的な読影ができる。
 - f. 造影MRAの適応を理解し指示ができ、一般的な読影ができる。
 - g. 脳血流シンチの指示ができ、一般的な読影ができる。
 - h. 脳血管撮影の適応を理解し、指導医の下にその説明ができる。
 - i. 脳波検査の適応を理解し、指導医の下にその所見を読み取ることができる。
 - j. 下垂体負荷試験が実施でき、その結果の解釈ができる。

- 5) 脳神経外科の救急患者に対して指導医とともに的確な初期診療ができ、入院患者を受け持つことができる。
 - A. 一般
 - ①適切な検査を順序よくオーダーできる。
 - ②急性頭蓋内圧亢進症、高血圧緊急症の評価ができ初期治療を開始でき入院管理ができる。
 - ③中枢性の呼吸障害の評価ができ、初期治療を開始でき入院管理ができる。
 - B. 頭部外傷
 - ①頭蓋骨骨折が診断でき初期診療を開始でき入院管理ができる。
 - ②びまん性脳損傷（脳振盪を含む）を診断し初期診療を開始でき入院管理ができる。
 - ③外傷性頭蓋内出血を診断し初期診療を開始でき入院管理ができる。
 - ア) 手術を前提とする場合
 - イ) まず経過観察をする場合
 - ④頭皮のデブリードマンと縫合ができる。
 - ⑤経過観察入院させる患者の評価と選択ができその指示ができる。
 - ⑤帰宅させる患者の評価と選択ができ、適切な投薬と指示ができる。
 - C. 脳卒中
 - ①クモ膜下出血の病態の特殊性を理解し、診断と初期診療を開始でき入院管理ができる。
 - ②高血圧性頭蓋内出血を診断し初期診療を開始でき入院管理ができる。

ア) 手術を前提とする場合

イ) まず経過観察をする場合

③急性期脳梗塞を診断し初期診療が開始でき入院管理ができる。

ア) ラクナ梗塞

イ) 皮質枝を含む脳血栓

ウ) 脳墓栓 (心原性、 a r t e r y t o a r t e r y)

D. その他

①てんかん発作 (特発性、症候性) を診断し初期診療が開始でき入院管理ができる。

②めまい疾患を診断し初期診療が開始でき入院管理ができる。

③中心静脈栄養法が指示でき実施できる。

④経腸栄養法が指示でき実施できる。

6) 検査、処置、手術に参加し、脳神経外科に特有な基本手技を理解し指導医の下に一部を実施することができる。

①腰椎穿刺の適応と禁忌を理解し、適応を判断し実施できる。

②CVP の適応を判断し実施できる。

③挿管の適応を判断し実施でき、主要な人工呼吸器の特徴を理解し操作ができる。

④可能であれば指導医の管理下に気管切開が実施できる。

⑤開頭術を含む基本的な脳神経外科手術の助手ができる。

⑥可能であれば指導医の管理下に穿頭術を行うことができる。

7) 検査、処置、手術に参加し、脳神経外科に特有な基本手技を理解し指導医の下に一部を実施することができる。

①理学療法の適応を理解し指示を書くことができる。

②言語療法の適応を理解し指示を書くことができる。

8) 慢性期の頭部外傷、脳卒中の患者の管理をすることができる。

①抗てんかん薬の投与、患者管理ができる。

②高血圧に対する投薬、患者管理ができる。

③必要な検査の指示ができる。

④介護保険に対する知識が有り意見書が書ける。

⑤社会福祉施設、老人保健施設、療養病床を持つ病院の知識が有り紹介、転送ができる。

9) 脳腫瘍の患者さんを受け持ち、管理することができる。

①抗てんかん薬の投与、患者管理ができる。

②脳浮腫に対して必要な初期治療が開始できる。

③MRI、脳シンチ、脳血管撮影を含む必要な検査の指示ができる

研修方略（L S）（4週以上）

指導医のもとで、脳神経外科手術患者の術前・術後管理。

指導医のもとで、意識障害をもつ脳神経外科患者の全身管理。

脳神経外科手術、脳血管内手術、脳血管撮影の助手を務め、基本手技を取得する。

脳神経外科患者・家族との信頼関係を作り、必要に応じて病態を説明。

看護師をはじめとしたコメディカルと協調し、チーム医療ができる。

指導医のもとで、学会活動が適切にできる。

E V：評価

病院全体の評価方法に準ずる。

【整形外科】

脊椎・関節・手等それぞれの専門の基にて研修可能である。各種疾患の診断・治療（手術・ギブス・リハビリ等）の基本手技を取得する。また、県内有数の総合リハビリテーション施設を有し、急性期・回復期のリハビリを療法士と共に体験する。

一般目標（GIO）

一般医として整形外科疾患を持った患者を適切に管理できるようになるために、整形外科の基礎的な知識と技術を習得し、診断、治療における問題解決能力と臨床的技能、態度を身につける。

行動目標（SB0s）

1. 骨、関節、筋肉、神経系の診察ができ、正確な身体所見がとれる。
2. 得られた医療情報をもとに、処方、処置、手術等の適応が判断でき、基本的治療計画が立てられる。
3. 治療法のうち、指示、処方、基本的手技、手術助手、周術期管理、リハビリ処方が実施できる。
4. 症状－病態、検査から鑑別診断をあげ、初期治療ができる。
5. 緊急を要する症状・病態に対して初期治療ができる。
6. 救急外傷の処置ができる。

研修方略（L S）（4週以上）

1. 指導医、専門研修医の指導の下に基礎知識と技術を習得する。

2. 入院患者を担当し、入院時から退院まで担当する。

3. 診察 入院患者の間診および身体所見をとる。

4. 検査 診断・治療に必要な検査の組み立て方を学ぶ。一般撮影、CT、MRIなどの読影法を学ぶ。

5. 手技： 静脈路、背髄穿刺、簡単な止血、皮膚縫合、ギプス巻き、副子固定など指導医の下で習得する。

EV： 評価

病院全体の評価方法に準ずる。

【泌尿器科】

泌尿器科的疾患、前立腺関係や悪性腫瘍に関する診断・治療について習得。

一般目標 (GIO)

泌尿器科疾患患者のプライマリケアが適切に行えるようになるため、泌尿器科領域の基本臨床能力を習得し、診断、治療における問題解決力、重症度緊急度の判断を身につける。

行動目標 (SBOs)

1. 泌尿器科疾患の診断に必要な臨床検査を選択できる。
2. 泌尿器科の緊急患者の初期治療ができる。
3. 泌尿器科手術の助手として参加できる。

研修方略 (LS) (1-3 ヶ月)

1. 指導医の指導の下に、担当医と共に受け持ち医として患者の診療にあたり、各々の疾患について知識、技術を深める。
2. 病棟業務： 担当医、上級医の指導の下に、泌尿器科的に必要な基礎知識と技術を習得する。
3. 導尿、カテーテル挿入技去、膀胱、腎盂洗浄、灌流洗浄、結石による疼痛管理を理解し、実施する。
4. 病状の診断に役立つ超音波検査の特性を理解し、実施する。
5. 救急業務： ファーストオンコールとして、救急部門からのコンサルテーション、時間外の入院患者の急変時には、原則として泌尿器科当番医とともに最初に対応する。
6. 上級医と相談して治療方針を検討する。
7. 外来業務： 泌尿器科外来の新患患者の診察を経験する。
8. 手術： 定期手術、緊急手術の助手として参加し、泌尿器外科の基本手技を習得する。
9. 小手術 (陰茎、陰嚢内良性疾患) を経験する。
10. 膀胱瘻、腎瘻造設に助手として参加する。
11. 腎後性腎不全時の内視鏡、カテーテル操作手技を経験する。
12. 手術は助手として参加する。
13. 前立腺生検検査に助手として参加し、前立腺所見と生検手技を学ぶ。

EV：評価

病院全体の評価方法に準ずる。

【神 経 内 科】

<一般目標（GIO）>、<行動目標（SBOs）>

【内科】のⅠ.初期研修の共通一般目標と、Ⅱ.初期研修の共通行動目標に準ずる。

<診断と検査>

習得必須項目

- ・神経学的理学的所見
- ・髄液検査
- ・画像診断（単純撮影、CT、MRIなど）

習得が望ましい項目

- ・筋電図検査

<治療>

習得必須項目

- ・脳循環・代封改善薬
- ・抗凝固・抗血小板薬
- ・副腎皮質ステロイド薬
- ・抗てんかん薬
- ・抗パーキンソン薬
- ・マイナートランキライザー
- ・メジャーートランキライザー
- ・脳卒中の緊急処置
- ・意識障害、痙攣の緊急処置
- ・脳卒中のリハビリ

<対象疾患>

習得必須項目

- ・脳血管障害
- ・感染性疾患（髄膜炎、脳炎）
- ・パーキンソン病・症候群
- ・神経症

習得が望ましい項目

- ・末梢神経疾患（ギランバレー症候群など）
- ・筋疾患
- ・脱髄・遺伝性疾患
- ・代謝性・中毒性疾患

<EV：評価>

病院全体の評価方法に準ずる。

臨床研修医の募集・採用方法について

(募集人員) 8名

(応募手続き)

研修医を希望する方は、以下の書類を柏崎総合医療センター総務課宛に提出して下さい。

1. 病院指定の臨床研修医申込書
2. 履歴書
3. 小論文

*共にホームページよりダウンロード可

(資料請求先) 945-8535 新潟県柏崎市北半田2丁目11番3号

柏崎総合医療センター総務課 宛

電話 0257-23-2165 FAX 0257-22-0834

(選考・合格決定)

研修医採用の可否については、応募者の提出書類および小論文・面接により、臨床研修管理委員会で選考を進め、日本医師臨床研修マッチングを経たのち、医師国家試験の結果を受けて病院長が決定します。

(採用手続き)

1. マッチングで組み合わせが決定した場合、採用予定者として臨床研修に関する誓約書に押印の上これを提出して、仮契約を締結します。
2. 病院長は、採用内定者のうち医師国家試験に合格した者を研修医として任命。
3. 採用内定後、医師国家試験が不合格となった場合には、採用されません。

(問い合わせ)

945-8535 新潟県柏崎市北半田2丁目11番3号
柏崎総合医療センター総務課 宛
電話： 0257-23-2165 FAX： 0257-22-0834
メール：soum1@kashiwazaki-ghmc.jp

研修医の処遇

臨床研修医の処遇は、新潟県厚生連就業規則に従う。以下、主な項目を記す。

1. 身分

常勤臨時職員

2. 手当

- ・ 本俸
1年目 月額 350,000 円
2年目 月額 380,000 円
 - ・ 当直研修手当 19,400/回
 - ・ 時間外手当 実動により支給（新潟県厚生連研修医内規による）
- その他、扶養手当、通勤手当、住居手当等は新潟県厚生連給与規程に準ずる。

3. 勤務時間・休憩時間等

基本的な勤務時間 8：30～17：00
基本的な休憩時間 12：00～13：00
時間外勤務 あり

4. 当直回数：約2回/月

5. 休暇

有給休暇
1年目 10日
2年目 11日

年末年始休暇あり

その他休暇あり

6. 宿舎：斡旋あり

7. 病院内の個室：あり

8. 保険

公的医療保険（新潟県農業団体健康保険）
公的年金保険（厚生年金）
労働者災害補償保険法の適用
雇用保険

9. 健康管理

健康診断 年2回
新潟県厚生連の従業員健康管理内規による

10. 医師賠償責任保険

病院において加入する。個人加入は任意

11. 出張、外部の研修活動

学会・研修会等への参加
参加費用については就業規則に則って支給

12. 副業・アルバイトについて

副業・アルバイトは原則禁止とする

到達目標の達成度評価

「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」（平成15年6月12日、一部改正令和2年3月30日）に基づいて、本プログラムにおける評価について以下のように定める。

【評価についての基本的な考え方】

(1) 研修期間中の評価

研修期間中の評価は、形成的評価により行うことが重要であり、研修医ごとの研修内容を改善することを主な目的とすること。

具体的には、少なくとも分野ごとの研修終了の際に、指導医を始めとする医師及び医師以外の医療職が、研修医評価票（様式14～16）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。医師以外の医療職には、看護師を含むことが望ましい。また、到達目標の達成度について、少なくとも年2回、プログラム責任者又は研修管理委員会委員による研修医に対する形成的評価を行うこと。

研修医及び指導医は、「臨床研修の目標、方略及び評価」の「I 到達目標」に記載された個々

の項目について、研修医が実際にどの程度履修したか随時記録を行うものであること。

研修の進捗状況の記録については、インターネットを用いた評価システム等を活用すること。

指導医等は、定期的に、さらに必要に応じて随時研修医ごとに研修の進捗状況を把握・評価し、研修医が修了基準に不足している部分を研修できるよう配慮すると共に、評価結果を研修医にも知らせ、研修医及び指導スタッフ間で評価を共有し、より効果的な研修へとつなげるものであること。

(2) 研修期間終了時の評価

研修期間終了時の評価は、総括的評価により行い、研修医ごとの臨床研修修了の判断を行うことをその目的とすること。

研修医の研修期間の終了に際し、プログラム責任者は、研修管理委員会に対して研修医ごとの臨床研修の目標の達成状況を臨床研修の目標の達成度判定票（様式 17）を用いて報告し、その報告に基づき、研修管理委員会は研修の修了認定の可否についての評価を行うこと。

評価は、研修実施期間の評価及び臨床研修の目標の達成度の評価（目標等の達成度の評価及び臨床医としての適性の評価）に分けて行い、両者の基準が満たされた時に修了と認めるものであること。

なお、最終的な認定に当たっては、相対評価ではなく、絶対評価を用いるものであること。

※研修の質改善のための評価表一覧

- ① 指導医に対する評価表（研修医用）
- ② 指導医に対する評価表（他職種指導者用）
- ③ 研修ふりかえり記録
- ④ 研修プログラム・研修施設に対する評価表（研修医用）

柏崎総合医療センター 臨床研修終了基準

柏崎総合医療センターでは、「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」に基づいて、柏崎総合医療センター臨床研修プログラム修了についての基準を以下に定める。

【修了認定の基準とする項目】

1. 所定の臨床研修期間を満たしていること。
 - 1) 研修期間の休止期間は 90 日を上限とする。
 - 2) 各研修分野において、必要とされる履修期間を満たしていること。
2. すべての必修項目について目標を達成していること。
3. 臨床医としての適性を有すること（研修が以下に定める各項目に該当する場合は修了と認めない）
 - 1) 安心・安全な医療が提供できない場合

- 2) 法令・規則が遵守できない者
4. 経験すべき症候（29 症候）、経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）をすべて経験し、病歴要約が作成され、提出されていること
5. 感染対策（院内感染や性感染症等）、予防医療（予防接種）、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）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経験していること。
- * BLS、ACLS、ACLS-EP、PALS、JPTEC、ISLS など重要性の高い講習会に参加し、修了していることが望ましい。
- * 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、入退院支援等）、薬剤耐性菌、ゲノム医療、社会的要請の強い分野・領域に関する研修を経験していることが望ましい。

【修了認定】

臨床研修の修了に際し、プログラム責任者は前述の（修了認定の基準とする項目）について研修医の評価を行い、診療研修管理委員会に報告をする。

臨床研修管理委員会では、総括的評価を行い、臨床研修の終了の可否を判定する。

臨床研修管理委員会の判断に基づき、修了が認定された研修に対して、管理者（病院長）は臨床研修修了証を発行する。

【研修修了、未修了、中断、再開等の詳細について】

「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（平成 15 年 6 月 12 日、一部改正令和 2 年 3 月 30 日）」に準じる。以下に同省令からの関連項目を抜粋掲載する。

20 臨床研修の修了

(1) 臨床研修の修了基準

ア 研修実施期間の評価

管理者は、研修医が研修期間の間に、以下に定める休止期間の上限を減じた日数以上の研修を実施しなければ修了と認めてはならないこと。

(ア) 休止の理由

研修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休暇を含む）であること。

(イ) 必要履修期間等についての基準

研修期間を通じた休止期間の上限は 90 日（研修機関（施設）において定める休日は含まない。）とすること。

各研修分野に求められている必要履修期間を満たしていない場合は、休日・夜間の当直又は選択科目の期間の利用等により、あらかじめ定められた研修期間内に各研修分野の必要履修期間を満たすよう努めなければならないこと。

(ウ) 休止期間の上限を超える場合の取扱い

研修期間終了時に当該研修医の研修休止期間が90日を超える場合には、未修了とするものであること。この場合、原則として引き続き同一の研修プログラムで研修を行い、90日を超えた日数分以上の日数の研修を行うこと。

また、必修分野で必要履修期間を満たしていない場合は未修了として取扱い、原則として引き続き同一の研修プログラムで当該研修医の研修を行い、不足する期間以上の期間の研修や必要な診療科における研修を行うこと。

(エ) 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こと。研修医が修了基準を満たさなくな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こと。

イ 臨床研修の目標（臨床医としての適性を除く。）の達成度の評価

管理者は、研修医があらかじめ定められた研修期間を通じ、各目標について達成したか否かの評価を行い、少なくともすべての必修項目について目標を達成しなければ、修了と認めてはならないこと。

個々の目標については、研修医が医療の安全を確保し、かつ、患者に不安を与えずに行うことができる場合に当該項目を達成したと考えるものであること。

ウ 臨床医としての適性の評価

管理者は、研修医が以下に定める各項目に該当する場合は修了と認めてはならないこと。臨床医としての適性の評価は非常に困難であり、十分慎重に検討を行う必要があること。なお、原則として、当該研修医が最初に臨床研修を行った臨床研修病院においては、その程度が著しい場合を除き臨床医としての適性の判断を行うべきではなく、少なくとも複数の臨床研修病院における臨床研修を経た後に評価を行うことが望ましいこと。

(ア) 安心、安全な医療の提供ができない場合

医療安全の確保が危ぶまれ、又は患者との意思疎通に欠け不安感を与える場合等には、まず、指導医が中心となって、当該研修医が患者に被害を及ぼさないよう十分注意しながら、指導・教育するものであること。十分な指導にもかかわらず、改善がみられず、患者に被害を及ぼす恐れがある場合には、未修了や中断の判断もやむを得ないこと。

一般常識を逸脱する、就業規則を遵守できない、チーム医療を乱す等の問題に関しては、まず当該臨床研修病院において、十分指導・教育を行うこと。原則として、あらかじめ定められた研修期間を通じて指導・教育し、それでもなお医療の適切な遂行に支障を来す場合には、未修了や中断の判断もやむを得ないこと。

また、重大な傷病によって適切な診療行為が行えず医療安全の確保が危ぶまれ、又は患者に不安感を与える等の場合にも、未修了や中断の判断もやむを得ないこと。なお、傷病又はそれに起因する障害等により当該臨床研修病院では研修不可能であるが、それを補完・支援する環境が整っている他の臨床研修病院では研修可能な場合には、管理者は、当該研修医が中断をして

病院を移ることを可能とすること。

(イ) 法令・規則が遵守できない者

医道審議会の処分対象となる者の場合には、法第7条の2第1項の規定に基づく再教育研修を行うことになること。再教育にも関わらず改善せず、患者に被害を及ぼす恐れがある場合には、未修了、中断の判断もやむを得ないものとする。

(2) 臨床研修の修了認定

ア 研修管理委員会は、研修医の研修期間の終了に際し、臨床研修に関する当該研修医の評価を行い、管理者に対し、当該研修医の評価を報告しなければならないこと。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当該研修医の評価を考慮するものとする。

イ 管理者は、アの評価に基づき、研修医が臨床研修を修了したと認めるときは、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修了証（様式 21）を交付しなければならないこと。

(ア) 氏名、医籍の登録番号及び生年月日

(イ) 修了した臨床研修に係る研修プログラムの名称

(ウ) 臨床研修を開始し、及び修了した年月日

(エ) 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つては、臨床研修病院及び臨床研修協力施設）の名称

ウ 管理者は、イに基づく臨床研修修了証の交付後1月以内に、臨床研修修了証を交付した研修医の氏名及び生年月日を記載した臨床研修修了者一覧表（様式 22）を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課に提出すること。

また、修了した研修医に医籍への登録の申請を行うよう励行すること。

(3) 臨床研修の未修了

ア 基本的な考え方

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、管理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こと。

未修了の検討を行う際には、管理者及び研修管理委員会は当該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ものであること。

これらを通じて、最終的に未修了という判断に至る場合であっても、当該研修医が納得するよう努めなければならないこと。なお、このような場合においては、経緯や状況等の記録を残しておく必要があること。また、必要に応じて事前に管轄する地方厚生局健康福祉部医事課に相談をすること。

イ 未修了の手順

管理者は、(2)アの評価に基づき、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、当該研修医に対して、理由を付して、その旨を文書（様式 23）で通知しなければならないこと。

ウ 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、研修プログラムの定員を超えてしまう事もあり得ることから、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、十分に配慮しなければならないこと。

なお、未修了とした場合には、管理者は、研修を継続させる前に、当該研修医が臨床研修の修了基準を満たすための履修計画表（様式 24）を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付すること。

エ 地方厚生局健康福祉部医事課は、その送付された履修計画表の内容について、該当する都道府県に対し、情報提供を行うものとする。

19 臨床研修の中断及び再開

(1) 臨床研修の中断

ア 基本的な考え方

臨床研修の中断とは、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こと。

イ 中断の基準

中断には、「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」と「研修医から管理者に申し出た場合」の 2 とおりがあること。

管理者が臨床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こと。

研修プログラムを提供している管理者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、正当な理由がない場合、例えば、臨床研修病院の研修医に対する不満又は研修医の臨床研修病院に対する単なる不満のように、改善の余地がある場合については中断を認めるものではないこと。

(ア) 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

- ① 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
- ② 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
- ③ 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
- ④ その他正当な理由がある場合

(イ) 研修医から管理者に申し出た場合

- ① 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

② 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

③ その他正当な理由がある場合

ウ 中断の手順

(ア) 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、管理者に対し、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こと。

(イ) 管理者は、(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こと。

(ウ) 臨床研修の中断の検討を行う際には、管理者及び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こと。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地方厚生局健康福祉部医事課に相談すること。

エ 中断した場合

管理者は、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 18）を交付しなければならないこと。このとき、管理者は、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、管理者は、速やかに、臨床研修中断報告書（様式 19）及び当該中断証の写しを管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付すること。

地方厚生局健康福祉部医事課は、その送付された臨床研修中断報告書の内容について、該当する都道府県に対し、情報提供を行うものとする。

(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つては、臨床研修病院及び臨床研修協力施設）の名称

(エ) 臨床研修を開始し、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

(2) 臨床研修の再開

臨床研修を中断した者は、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こと。この場合において、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こと。

なお、当該管理者は、研修再開の日から起算して1月以内に、臨床研修の修了基準を満たすための履修計画表（様式 20）及び中断証の写しを管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付すること。

地方厚生局健康福祉部医事課は、その送付された履修計画表の内容について、該当する都道府県に対し、情報提供を行うものとする。

令和4年4月1日

柏崎総合医療センター 臨床研修管理委員会

ヒポクラテスの誓い

『医神アポロン、アスクレピオス、ヒギエイア、パナケイアおよびすべての男神と女神に誓う、私の能力と判断にしたがってこの誓いと約束を守ることを。この術を私に教えた人をわが親のごとく敬い、わが財を分かって、その必要あるとき助ける。その子孫を私自身の兄弟のごとくみて、彼らが学ぶことを欲すれば報酬なしにこの術を教える。そして書きものや講義その他あらゆる方法で私の持つ医術の知識をわが息子、わが師の息子、また医の規則にもとづき約束と誓いで結ばれている弟子どもに分ち与え、それ以外の誰にも与えない。

- 私は能力と判断の限り患者に利益すると思ふ養生法をとり、悪くて有害と知る方法を決してとらない。
- 頼まれても死に導くような薬を与えない。それを覚らせることもしない。同様に婦人を流産に導く道具を与えない。
- 純粹と神聖をもってわが生涯を貫き、わが術を行う。
- 結石を切りだすことは神かけてしない。それを業とするものに委せる。
- いかなる患者を訪れるときもそれはただ病者を利益するためであり、あらゆる勝手な戯れや墮落の行いを避ける。女と男、自由人と奴隷のちがいを考慮しない。
- 医に関する否とにかかわらず他人の生活について秘密を守る。
- この誓いを間持ち続ける限り、私は、いつも医術の実施を楽しみつつ生きてすべての人から尊敬されるであろう。

もしこの誓いを破るならばその反対の運命をたまわりたい。』

(小川鼎三 訳)

世界医師会 (World Medical Association : WMA) の主な宣言

WMA ジュネーブ宣言

- 1948年9月、スイス、ジュネーブにおける第2回 WMA 総会で採択
- 1968年8月、オーストラリア、シドニーにおける第22回 WMA 総会で修正
- 1983年10月、イタリア、ベニスにおける第35回 WMA 総会で修正
- 1994年9月、スウェーデン、ストックホルムにおける第46回 WMA 総会で修正
- 2005年5月、フランス、ディボンヌ・レ・バンにおける第170回理事会および
- 2006年5月、フランス、ディボンヌ・レ・バンにおける第173回理事会で編集上修正

医師の一人として参加するに際し、

- ・私は、人類への奉仕に自分の人生を捧げることを厳粛に誓う。
- ・私は、私の教師に、当然受けるべきである尊敬と感謝の念を捧げる。
- ・私は、良心と尊厳をもって私の専門職を実践する。
- ・私は、患者の健康を私の第一の関心事とする。
- ・私は、私への信頼ゆえに知りえた患者の秘密を、たとえその死後においても尊重する。
- ・私は、全力を尽くして医師専門職の名誉と高貴なる伝統を保持する。
- ・私の同僚は、私の兄弟姉妹である。
- ・私は、私の医師としての職責と患者との間に、年齢、疾病もしくは障害、信条、民族的起源、ジェンダー、国籍、所属政治団体、人種、性的志向、社会的地位あるいはその他どのような要因でも、そのようなことに対する配慮が介在することを容認しない。
- ・私は、人命を最大限に尊重し続ける。
- ・私は、たとえ脅迫の下であっても、人権や国民の自由を犯すために、自分の医学的知識を利用することはしない。
- ・私は、自由に名誉にかけてこれらのことを厳粛に誓う。

(日本医師会訳による)

WMA 医の国際倫理要綱

1949年10月、英国、ロンドンにおける第3回WMA総会で採択

1968年8月、オーストラリア、シドニーにおける第22回WMA総会で修正

1983年10月、イタリア、ベニスにおける第35回WMA総会で修正

2006年10月、南アフリカ、WMAポラネスバーグ総会で修正

医師の一般的な義務

医師は、常に何ものにも左右されることなくその専門職としての判断を行い、専門職としての行為の最高水準を維持しなければならない。

医師は、判断能力を有する患者の、治療を受けるか拒否するかを決める権利を尊重しなければならない。

医師は、その専門職としての判断を行うに当たり、その判断は個人的利益や、不当な差別によって左右されてはならない。

医師は、人間の尊厳に対する共感と尊敬の念をもって、十分な専門的・道徳的独立性により、適切な医療の提供に献身するべきである。

医師は、患者や同僚医師を誠実に扱い、倫理に反する医療を行ったり、能力に欠陥があったり、詐欺

やごまかしを働いている医師を適切な機関に通報すべきである。

医師は、患者を紹介したり、特定の医薬製品を処方したりするだけのために金銭的利益やその他報奨金を受け取ってはならない。

医師は、患者、同僚医師、他の医療従事者の権利および意向を尊重すべきである。

医師は、公衆の教育という重要な役割を認識すべきだが、発見や新しい技術や、非専門的手段による治療の公表に関しては、十分慎重に行うべきである。

医師は、自ら検証したものについてのみ、保証すべきである。

医師は、患者や地域社会のために医療資源を最善の方法で活用しなければならない。

精神的または身体的な疾患を抱える医師は、適切な治療を求めるべきである。

医師は、地域および国の倫理綱領を尊重しなければならない。

患者に対する医師の義務

医師は、常に人命尊重の責務を心に銘記すべきである。

医師は、医療の提供に際して、患者の最善の利益のために行動すべきである。

医師は、患者に対して完全な忠誠を尽くし、患者に対してあらゆる科学的手段を用いる義務がある。診療や治療にあたり、自己の能力が及ばないと思うときは、必要な能力のある他の医師に相談または紹介すべきである。

医師は、守秘義務に関する患者の権利を尊重しなければならない。ただし、患者が同意した場合、または患者や他の者に対して現実に差し迫って危害が及ぶおそれがあり、守秘義務に違反しなければその危険を回避することができない場合は、機密情報を開示することは倫理にかなっている。

医師は、他の医師が進んで救急医療を行うことができないと確信する場合には、人道主義の立場から救急医療を行うべきである。

医師は、ある第三者の代理として行動する場合、患者が医師の立場を確実にまた十分に理解できるよう努めなければならない。

医師は、現在診療している患者と性的関係、または虐待的・搾取的な関係をもってはならない。

同僚医師に対する義務

医師は、自分が同僚医師にとってもらいたいと同じような態度を、同僚医師に対してとるべきである。

医師は、患者を誘致する目的で、同僚医師が築いている患者と医師の関係を損なってはならない。

医師は、医療上必要な場合は、同じ患者の治療に関与している同僚医師と話し合わなければならない。

この話し合いの際は、患者に対する守秘義務を尊重し、必要な情報に限定すべきである。

(日本医師会訳による)

WORLD MEDICAL ASSOCIATION

ヘルシンキ宣言

人間を対象とする医学研究の倫理的原則

- 1964年6月 第18回WMA総会（ヘルシンキ、フィンランド）で採択
1975年10月 第29回WMA総会（東京、日本）で修正
1983年10月 第35回WMA総会（ベニス、イタリア）で修正
1989年9月 第41回WMA総会（九龍、香港）で修正
1996年10月 第48回WMA総会（サマーセットウェスト、南アフリカ）で修正
2000年10月 第52回WMA総会（エジンバラ、スコットランド）で修正
2002年10月 WMAワシントン総会（アメリカ合衆国）で修正
2004年10月 WMA東京総会（日本）で修正
2008年10月 WMAソウル総会（韓国）で修正

A.序文

1. 世界医師会（WMA）は、故人を特定できるヒト由来の試料およびデータの研究を含む、人間を対象とする医学研究の倫理的原則として、ヘルシンキ宣言を発展させてきた。
本宣言は総合的に解釈されることを意図したものであり、各項目は他のすべての関連項目を考慮に入れず適応されるべきではない。
2. 本宣言は、主として医師に対して表明されたものであるが、WMAは人間を対象とする医学研究に関与する医師以外の人々に対しても、これらの原則の採用を推奨する。
3. 医学研究の対象となる人々を含め、患者の健康を向上させ、守ることは、医師の責務である。医師の知識と良心は、この責務達成のために捧げられる。
4. WMAジュネーブ宣言は、「私の患者の健康を私の第一の関心事とする」ことを医師に義務づけ、また医の国際倫理綱領は、「医師は医療の提供に際して、患者の最善の利益のために行動すべきである」と宣言している。
5. 医学の進歩は、最終的に人間を対象とする研究を要するものである。医学研究に十分参加できていない人々には、研究参加への適切なアクセスの機会が提供されるべきである。
6. 人間を対象とする医学研究においては、個々の研究被験者の福祉が他のすべての利益よりも優先されなければならない。

7. 人間を対象とする医学研究の第一の目的は、疾病の原因、発症、および影響を理解し、予防、診断ならびに治療行為（手法、手順、処置）を改善することである。現在最善の治療行為であっても、安全性、有効性、効率、利用しやすさ、および質に関する研究を通じて、継続的に評価されなければならない。
8. 医学の実践および医学研究においては、ほとんどの治療行為にリスクと負担が伴う。
9. 医学研究は、すべての人間に対する尊敬を深め、その健康と権利を擁護するための倫理基準に従わなければならない。研究対象の中には、特に脆弱で特別な保護を必要とする集団もある。これには、同意の諾否を自ら行うことができない人々や強制や不適切な影響にさらされやすい人々が含まれる。
10. 医師は、適用される国際的規範および基準はもとより、人間を対象とする研究に関する自国の倫理、法律、および規制上の規範ならびに基準を考慮すべきである。いかなる自国あるいは国際的な倫理、法律、または規制上の要請も、この宣言が示す研究被験者に対する保護を弱めたり、撤廃するべきではない。

B.すべての医学研究のための諸原則

11. 研究被験者の生命、健康、尊厳、完全無欠性、自己決定権、プライバシーおよび個人情報の秘密を守ることは、医学研究に参加する医師の責務である。
12. 人間を対象とする医学研究は、科学的文献の十分な知識、関連性のある他の情報源および十分な実験、ならびに適切な場合には動物実験に基づき、一般的に受け入れられた科学的原則に従わなければならない。研究に使用される動物の福祉は尊重されなければならない。
13. 環境に悪影響を及ぼすおそれのある医学研究を実施するには、適切な注意が必要である。
14. 人間を対象とする各研究の計画と作業内容は、研究計画書の中に明示されていなければならない。研究計画書は、関連する倫理的配慮に関する言明を含み、また本宣言の原則にどのように対応しているかを示すべきである。計画書は、資金提供、スポンサー、研究組織との関わり、その他起り得る利益相反、被験者に対する報奨ならびに研究に参加した結果として損害を受けた被験者の治療および／または補償の条項に関する情報を含むべきである。この計画書には、その研究の中で有益であると認定された治療行為に対する研究被験者の研究後のアクセス、または他の適切な治療あるいは利益に対するアクセスに関する取り決めが記載されるべきである。
15. 研究計画書は、検討、意見、指導および承認を得るため、研究開始前に研究倫理委員会に提出さ

れなければならない。この委員会は、研究者、スポンサーおよびその他のあらゆる不適切な影響から独立したものでなければならない、当該委員会は、適用される国際的規範および基準はもとより、研究が実施される国々の法律と規制を考慮しなければならないが、それらによってこの宣言が示す研究被験者に対する保護を弱めたり、撤廃することは許されない。この委員会は、進行中の研究を監視する権利を有するべきである。研究者は委員会に対して、監視情報、とくに重篤な有害事象に関する情報を提供しなければならない。委員会の審議と承認を得ずに計画書を変更することはできない。

16. 人間を対象とする医学研究を行うのは、適正な科学的訓練と資格を有する個人でなければならない。患者あるいは健康なボランティアに関する研究は、能力があり適切な資格を有する医師もしくは他の医療専門職による監督を要する。被験者の保護責任は常に医師あるいは他の医療専門職にあり、被験者が同意を与えた場合でも、決してその被験者にはない。
17. 不利な立場または脆弱な人々あるいは地域社会を対象とする医学研究は、研究がその集団または地域の健康上の必要性と優先事項に応えるものであり、かつその集団または地域が研究結果から利益を得る可能性がある場合に限り正当化される。
18. 人間を対象とするすべての医学研究では、研究に関わる個人と地域に対する予想しうるリスクと負担を、彼らおよびその調査条件によって影響を受ける他の人々または地域に対する予見可能な利益と比較する慎重な評価が、事前に行われなければならない。
19. すべての臨床試験は、最初の被験者を募集する前に、一般的にアクセス可能なデータベースに登録されなければならない。
20. 医師は、内在するリスクが十分に評価され、かつそのリスクを適切に管理できることを確信できない限り、人間を対象とする研究に関与することはできない。医師は潜在的な利益よりもリスクが高いと判断される場合、または有効かつ利益のある結果の決定的証拠が得られた場合は、直ちに研究を中止しなければならない。
21. 人間を対象とする医学研究は、その目的の重要性が研究に内在する被験者のリスクと負担に勝る場合にのみ行うことができる。
22. 判断能力のある個人による、医学研究への被験者としての参加は、自発的なものでなければならない。家族または地域社会のリーダーに打診することが適切な場合もあるが、判断能力のある個人を、本人の自由な承諾なしに、研究へ登録してはならない。
23. 研究被験者のプライバシーおよび個人情報の秘密を守るため、ならびに被験者の肉体的、精神的

および社会的完全無欠性に対する研究の影響を最小限にとどめるために、あらゆる予防策を講じなければならない。

24. 判断能力のある人間を対象とする医学研究において、それぞれの被験者候補は、目的、方法、資金源、起こりうる利益相反、研究者の関連組織との関わり、研究によって期待される利益と起こりうるリスク、ならびに研究に伴いうる不快な状態、その他研究に関するすべての側面について、十分に説明されなければならない。被験者候補は、いつでも不利益を受けることなしに、研究参加を拒否するか、または参加の同意を撤回する権利のあることを知らされなければならない。被験者候補ごとにどのような情報を必要としているかとその情報の伝達方法についても特別な配慮が必要である。被験者候補がその情報を理解したことを確認したうえで、医師または他の適切な有資格者は、被験者候補の自由意思によるインフォームド・コンセントを、望ましくは文書で求めなければならない。同意が書面で表明されない場合、その文書に依らない同意は、正式な文書に記録され、証人によって証明されるべきである。
25. 個人を特定しうるヒト由来の試料またはデータを利用する医学研究に関しては、医師は収集、分析、保存および／または再利用に対する同意を通常求めなければならない。このような研究には、同意を得ることが不可能であるか非現実的である場合、または研究の有効性に脅威を与える場合がありうる。このような状況下の研究は、研究倫理委員会の審議と承認を得た後にのみ行うことができる。
26. 研究参加へのインフォームド・コンセントを求める場合、医師は、被験者候補が医師に依存した関係にあるか否か、または強制の下に同意するおそれがあるか否かについて、特別に注意すべきである。このような状況下では、インフォームド・コンセントは、そのような関係とは完全に独立した、適切な有資格者によって求められるべきである。
27. 制限能力者が被験者候補となる場合、医師は、法律上の権限を有する代理人からのインフォームド・コンセントを求めなければならない。これらの人々が研究に含まれるのは、その研究が被験者候補に代表される集団の健康増進を試みるためのものであり、判断能力のある人々では代替して行うことができず、かつ最小限のリスクと最小限の負担しか伴わない場合に限られ、被験者候補の利益になる可能性のない研究対象に含まれてはならない。
28. 制限能力者とみなされる被験者候補が、研究参加についての決定に賛意を表することができる場合には、医師は、法律上の権限を有する代理人からの同意のほか、さらに本人の賛意を求めなければならない。被験者候補の不同意は慎重されるべきである。
29. 例えば、意識不明の患者のように、肉体的、精神的に同意を与えることができない被験者を対象とした研究は、インフォームド・コンセントを与えることを妨げる肉体的・精神的状態が、その

対象集団の必要な特徴である場合に限り行うことができる。このような状況では、医師は法律上の権限を有する代理人からのインフォームド・コンセントを求めるべきである。そのような代理人が存在せず、かつ研究を延期することができない場合には、インフォームド・コンセントを与えることができない状態にある被験者を対象とする特別な理由を研究計画書の中で述べ、かつ研究倫理委員会で承認されることを条件として、この研究はインフォームド・コンセントなしに開始することができる。研究に引き続き参加することに対する同意を、できるだけ早く被験者または法律上の代理人から取得するべきである。

30. 著者、編集者、および発行者はすべて、研究結果の公刊に倫理的責務を負っている。著者は人間を対象とする研究の結果を一般的に公表する義務を有し、報告書の完全性と正確性に説明責任を負う。彼らは、倫理的報告に関する容認されたガイドラインを遵守すべきである。消極的結果および結論に達しない結果も積極的結果と同様に、公刊または他の方法で一般に公表されるべきである。刊行物の中には、資金源、組織との関わりおよび利益相反が明示される必要がある。この宣言の原則に反する研究報告は、公刊のために受理されるべきではない。

B. 治療と結びついた医学研究のための追加原則

31. 医師が医学研究を治療と結び付けることができるのは、その研究が予防、診断または治療上の価値があり得るとして正当化できる範囲内にあり、かつ被験者となる患者の健康に有害な影響が及ばないことを確信する十分な理由を医師がもつ場合に限られる。

32. 新しい治療行為の利益、リスク、負担および有効性は、現在最善と証明されている治療行為と比較考慮されなければならない。ただし、以下の場合にはプラセボの使用または無治療が認められる。

- ・ 現在証明された治療行為が存在しない研究の場合、または
- ・ やむを得ない、科学的に健全な方法論的理由により、プラセボ使用が、その治療行為の有効性あるいは安全性を決定するために必要であり、かつプラセボ治療または無治療となる患者に重篤または回復できない損害のリスクが生じないと考えられる場合。この手法の乱用を避けるために十分な配慮が必要である。

33. 研究終了後、その研究に参加した患者は、研究結果を知る権利と、例えば、研究の中で有益であると同定された治療行為へのアクセス、または他の適切な治療法あるいは利益へのアクセスなどの、研究結果から得られる利益を共有する権利を有する。

34. 医師は、治療のどの部分が研究に関連しているかを患者に十分に説明しなければならない。患者の研究参加に対する拒否または研究からの撤退の決定は、決して患者・医師関係の妨げとなつて

はならない。

35. ある患者の治療において、証明された治療行為が存在しないか、またはそれらが有効でなかった場合、患者または法律上の資格を有する代理人からのインフォームド・コンセントがあり、専門家の助言を求めた後であれば、医師は、まだ証明されていない治療行為を実施することができる。ただし、それは医師がその治療行為で生命を救う、健康を回復する、または苦痛を緩和する望みがあると判断した場合に限られる。可能であれば、その治療行為は、安全性と有効性を評価するために計画された研究の対象とされるべきである。すべての例において、新しい情報は記録され、適切な場合には、一般に公開されるべきである。

(日本医師会訳による)

患者の権利に関する WMA リスボン宣言

1981年9月/10月、ポルトガル、リスボンにおける第34回 WMA 総会で採択

1995年9月、インドネシア、バリ島における第47回 WMA 総会で修正

2005年10月、チリ、サンティアゴにおける第171回 WMA 理事会で編集上修正

序文

医師、患者およびより広い意味での社会との関係は、近年著しく変化してきた。医師は、常に自らの良心に従い、また常に患者の最善の利益のために行動すべきであると同時に、それと同等の努力を患者の自立性と正義を保証するために払わねばならない。以下に掲げる宣言は、医師が是認し推進する患者の主要な権利のいくつかを述べたものである。医師および医療従事者、または医療組織は、この権利を認識し、擁護していくうえで共同の責任を担っている。法律、政府の措置、あるいは他のいかなる行政や慣例であろうとも、患者の権利を否定する場合には、医師はこの権利を保障ないし回復させる適切な手段を講じるべきである。

原則

1. 良質の医療を受ける権利

- a. すべての人は、差別なしに適切な医療を受ける権利を有する。
- b. すべての患者は、いかなる外部干渉も受けずに自由に臨床上および倫理上の判断を行うことを認

識している医師から治療を受ける権利を有する。

- c. 患者は、常にその最善の利益に即して治療を受けるものとする。患者が受ける治療は、一般的に受け入れられた医学的原則に沿って行われるものとする。
- d. 質の保証は、常に医療のひとつの要素でなければならない。特に医師は、医療の質の擁護者たる責任を担うべきである。
- e. 供給を限られた特定の治療に関して、それを必要とする患者間で選定を行わなければならない場合は、そのような患者はすべて治療を受けるための公平な選択手続きを受ける権利がある。その選択は、医学的基準に基づき、かつ差別なく行われなければならない。
- f. 患者は、医療を継続して受ける権利を有する。医師は、医学的に必要とされる治療を行うにあたり、同じ患者の治療にあたっている他の医療提供者と協力する責務を有する。医師は、現在と異なる治療を行うために患者に対して適切な援助と十分な機会を与えることができないならば、今までの治療が医学的に引き続き必要とされる限り、患者の治療を中断してはならない。

2. 選択の自由の権利

- a. 患者は、民間、公的部門を問わず、担当の医師、病院、あるいは保険サービスを自由に選択し、また変更する権利を有する。
- b. 患者はいかなる治療段階においても、他の医師の意見を求める権利を有する。

3. 自己決定の権利

- a. 患者は、自分自身に関わる自由は決定を行うための自己決定の権利を有する。医師は、患者に対してその決定のもたらす結果を知らせるものとする。
- b. 精神的に判断能力のある成人患者は、いかなる診断上の手続きないし治療に対しても、同意を与えるかまたは差し控える権利を有する。患者は自分自身の決定を行ううえで必要とされる情報を得る権利を有する。患者は、検査ないし治療の目的、その結果が意味すること、そして同意を差し控えることの意味について明確に理解するべきである。
- c. 患者は医学研究あるいは医学教育に参加することを拒絶する権利を有する。

4. 意識のない患者

- a. 患者が意識不明かその他の理由で意志を表明できない場合は、法律上の権限を有する代理人から、可能な限りインフォームド・コンセントを得なければならない。
- b. 法律上の権限を有する代理人がおらず、患者に対する医学的侵襲が緊急に必要とされる場合は、患者の同意があるものと推定する。ただし、その患者の事前の確固たる意思表示あるいは信念に基づいて、その状況における医学的侵襲に対し同意を拒絶することが明白かつ疑いのない場合を除く。
- c. しかしながら、医師は自殺企図により意識を失っている患者の生命を救うよう常に努力すべきである。

5. 法的無能力の患者

- a. 患者が未成年あるいは法的無能力者の場合、法域によっては、法律上の権限を有する代理人の同意が必要とされる。それでもなお、患者の能力が許す限り、患者は意思決定に関与しなければならない。
- b. 法的無能力の患者が合理的な判断をしうる場合、その意思決定は尊重されねばならず、かつ患者は法律上の権限を有する代理人に対する情報の開示を禁止する権利を有する。
- c. 患者の代理人で法律上の権限を有する者、あるいは患者から権限を与えられた者が、医師の立場から見て、患者の最善の利益となる治療を禁止する場合、医師はその決定に対して、関係する法的あるいはその他慣例に基づき、意義を申し立てるべきである。救命を要する場合、医師は患者の最善の利益に即して行動することを要する。

6. 患者の意志に反する処置

患者の意志に反する診断上の処置あるいは治療は、特別に法律が認めるか医の倫理の諸原則に合致する場合には、例外的な事例としてのみ行うことができる。

7. 情報に対する権利

- a. 患者は、いかなる医療上の記録であろうと、そこに記載されている自己の情報を受ける権利を有し、また症状についての医学的事実を含む健康状態に関して十分な説明を受ける権利を有する。しかしながら、患者の記録に含まれる第三者についての機密情報は、その者の同意なくしては患者に与えてはならない。
- b. 例外的に、情報が患者自身の生命あるいは健康に著しい危険をもたらす恐れがあると信ずるべき

十分な理由がある場合は、その情報を患者に与えなくともよい。

- c. 情報は、その患者の文化に適した方法で、かつ患者が理解できる方法で与えられなければならない。
- d. 患者は、他人の生命の保護に必要とされていない場合に限り、その明確な要求に基づき情報を知らされない権利を有する。
- e. 患者は、必要があれば自分に代わって情報を受ける人を選択する権利を有する。

8. 守秘義務に対する権利

- a. 患者の健康状態、症状、予後および治療について個人を特定しうるあらゆる情報、ならびにその他個人のすべての情報は、患者の死後も秘密が守られなければならない。ただし、患者の子孫には、自らの健康上のリスクに関わる情報を知る権利もありうる。
- b. 秘密情報は、患者が明確な同意を与えるか、あるいは法律に明確に規程されている場合に限り開示することができる。情報は、患者が明らかに同意を与えていない場合は、厳密に「知る必要性」に基づいてのみ、他の医療提供者に開示することができる。
- c. 個人を特定しうるあらゆる患者のデータは保護されねばならない。データの保護のために、その保管形態は適切になされなければならない。個人を特定しうるデータが導き出せるようなその人の人体を形成する物質も同様に保護されねばならない。

9. 健康教育を受ける権利

すべての人は、個人の健康と保健サービスの利用について、情報を与えられたうえでの選択が可能となるような健康教育を受ける権利がある。この教育には、健康的なライフスタイルや、疾病の予防および早期発見についての手法に関する情報が含まれていなければならない。健康に対するすべての人の自己責任が強調されるべきである。医師は教育的努力に積極的に関わっていく義務がある。

10. 尊厳に対する権利

- a. 患者は、その文化および価値観を尊重されるように、その尊厳とプライバシーを守る権利は、医療と医学教育の場において常に尊重されるものとする。
- b. 患者は、最新の医学知識に基づき苦痛を緩和される権利を有する。
- c. 患者は、人間的な終末期ケアを受ける権利を有し、またできる限り尊厳を保ち、かつ安楽に死を

迎えるためのあらゆる可能な助力を与えられる権利を有する。

11. 宗教的支援に対する権利

患者は、信仰する宗教の聖職者による支援を含む、精神的、道徳的慰問を受けるか受けないかを定める権利を有する。

(日本医師会訳による)

プロフェッショナル・オートノミーと自己規律に関する WMA マドリッド宣言

1987年10月、スペインのマドリッドにおける第39回世界医師会総会で採択

世界医師会は、医師のプロフェッショナル・オートノミーと職業的自己規律の重要性を探求し、プロフェッショナル・オートノミーと自己規律に関する問題を認識するために、ここに次の宣言を採択する。

1. プロフェッショナル・オートノミーの中心的要素は、個々の意志が患者診療に関して自らの職業的判断を自由に行使できるという保証であり、1986年10月に採択された「医師の独立性とプロフェッショナル・フリーダムに関するWMA宣言」にも明確に述べられている。
2. 世界医師会と各国医師会は、質の高い医療の本質的な要素として、プロフェッショナル・オートノミーの重要性および患者安全のための利益を再認識する。それゆえに世界医師会と各国医師会は、倫理の本質的原理であるプロフェッショナル・オートノミーを維持するよう努力する。
3. プロフェッショナル・オートノミーという権利に伴って、医師は自己を律することに継続的に責任をもたねばならない。個々の医師に適用されるいろいろな規制に加え、医師自身が自己の職業的行為を律することに責任を負わなければならない。
4. 世界医師会は各国医師会に対し、医師の自己規律のシステムを確立し、これを維持し、そしてこれに積極的に参加するよう勧告する。患者診療においてプロフェッショナル・オートノミーを保証するのは、自己規律を効果的に行うための積極的な取組みである。
5. 自己規律のどのようなシステムにおいても、医療の質と医師の臨床能力が常に第一の関心事でな

なければならない。医師は評価を行うのに必要な専門知識をもっている。この評価は、能力のある医師による質の高い医療を保証するのに役だたねばならない。こうした責任の分野には、医学の進歩を監視する必要性や、安全で効果的な治療法の利用が含まれる。医学実験では、世界医師会のヘルシンキに規定されている基準や、各国で必要とされている倫理基準に合致していなければならない。疑わしい学説を患者に用いてはならない。

6. 医療費に対する意識も自己規律の必須要素である。質の高い医療も、医療費がすべての市民にとって支払い可能であるという保証があってはじめて正当化される。繰り返して言うが、医師は医療費抑制の決定に対して、必要な評価を行うのに特に相応しいのである。それゆえ、各国医師会は、それぞれの自己規律システムのなかに医療費抑制のための取組みを組み込まなければならない。医療費抑制のための取組みにおける共通の問題は、医療の提供方法、病院への受診のし易さ、および医療技術の適正使用と関連する。医療費抑制を理由に、医療が必要な患者を拒否してはならない。また、医療設備の過剰使用が医療費の高騰を招き、それによって特別の医療を必要とする人が利用できなくなるようなことは許されるべきではない。
7. 最終的には、医師の専門職としての行動は常に、医師が遵守すべき職業倫理規定または医の倫理原則の範囲内でなければならない。各国医師会は患者の利益のために医師の倫理的行為を促進しなければならない。倫理違反は速やかに指摘され、倫理違反を犯した医師は懲戒および更生させなければならない。これは、各国医師会だけが効果的かつ効率的に行いうる責任なのである。
8. もちろん、自己規律に関して各国医師会が責任を負わなければならない領域は他にも多くある。各国医師会は、新しい問題や起こりつつある問題に対応し、相互に助け合う。各国医師会の中で情報や経験を交換し合うことが推奨され、世界医師会は、この自己規律を推進するためにこのような情報交換の促進を支援する。
9. 世界医師会と各国医師会は、各国における医師たちのこうした自己規律の効果的かつ責任あるシステムが存在することを広く国民に知らせなければならない。一般の人々は、医療や患者診療に関する問題を客観的に評価するこの自己規律のシステムを信頼できると認めるに違いない。
10. 医師の職業的自己規律を実施するための責任を果たすという点で、各国医師会が共同的に活動することは、医師の職業的裁量性に抵触することなく診療における医師の権利を保証するだろう。個々の医師の責任ある職業的行為と各国医師会による自己規律の効果的、効率的なシステムは、一般国民が患者になったとき、質の高い医療を受けることができることを保証するために必要なのである。

(日本医師会訳による)

新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム：医師憲章

ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine:

ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine;

European Federation of Internal Medicine:

Medical professionalism in the new millennium: a physician charter.

Ann Intern Med 2002; 136: 243-246.

認定内科専門医会会長諮問委員会（プロフェッショナリズム委員会）訳

序文 (Preamble)

プロフェッショナリズムは、医学の社会との相互契約の根底をなす。プロフェッショナリズムは、医師の利益よりも患者の利益に重きを置くこと、高い水準の能力と誠実さを有し続けること、健康に関して社会に専門的助言を与えること、を要求する。医のプロフェッショナリズムの原則と責任は、医師と社会の双方から明瞭に理解されるものでなくてはならない。この契約にとって根底をなすものは、個々の医師および医師全体としての誠実さ次第で決まる公衆の医師への信頼である。

現在医師は、テクノロジーの爆発的発展、市場原理に基づく圧力、ヘルスケア供給の問題点、バイオテロリズム、そしてグローバル化に直面している。この結果、医師は患者と社会に対する責務を果たすことが困難となりつつあることを認識している。これらの環境においては、すべての医師により追及されるべき理想であり続ける医のプロフェッショナリズムの基本的、普遍的原则とプロフェッショナリズムの立場から尊重される事柄を再確認することが、尚一層重要となる。

医師は、至る所で多様な文化と国家的伝統の中にいるが、彼らはヒポクラテスまでルーツをさかのぼる治療者 (healer) としての役割を共有している。実に医師は、複雑な政治的、法的、そして市場原理に基づく圧力と戦わなくてはならないのだ。さらに、医の供給と実践には大きいバリエーションが存在し、一般的原則は複雑な形あるいは微妙な形で再現されるのである。これらの相違にも関わらず共通のテーマが浮かび上がり、3つの基本的原則および一連の明瞭な職業的責務としてこの憲章の基礎が形づくられる。

基本的原則 (Fundamental Principles)

患者の福利優先の原則

この原則は患者の利益への奉仕に身をささげることが基本としている。利他主義 (altruism) は、医師患者関係の中心となる信頼性に寄与する。この原則は、市場原理に基づく圧力、社会的圧力、管理上の強い要求によって動じてはならない。

患者の自律性 (autonomy) に関する原則

医師は患者の自律性を尊重せねばならない。医師は患者に対して正直であり、且つ患者が治療に関して十分に説明された上で決断できるようにしなければならない。患者自身のケアに関する自らの決断は、倫理的実践に従っており、不適当なケアへの要求とならない限りにおいて、最も重用でなくてはならない。

社会正義（social justice、公平性）の原則

医師は医療資源の公平な分配をふくめて医療システムの公平性を促進せねばならない。医師は、人種、性別、社会経済状態、民族、宗教、その他の社会的カテゴリーに基づく医療上の差別を排除するために、積極的に活動せねばならない。

プロフェッショナルとしての一連の責務（A Set of Professional Responsibilities）

プロフェッショナルとしての能力に関する責務（commitment）

医師は生涯にわたり学習し続けねばならず、質の固い医療を提供するために必要な医学知識、臨床的技術およびチーム医療をその一員として行う技術を維持する責務を有する。より広く言えば、医師全体として、個々の医師すべてが有能であるように努め、また有能となるための適切な仕組みを作らねばならない。

患者に対して正直である責務

医師は、患者が治療に対して同意する前および治療が行われた後にも、完全かつ正直に十分な説明が行われたことを確かめなければならない。このことは患者が治療に関するささいなことも含めてすべての決断に関わらなければならないことを意味するものではない；むしろ患者が治療の方向性について自ら決められるように支援せねばならない。医師はまた、医療においては患者を傷つける医療過誤が時としておこることを認めねばならない。医療の結果として患者が傷つけられた場合はいつでも、患者は直ちにそのことについて説明されるべきであり、さもなくば患者と社会からの（医師に対する）信頼はひどく傷つけられよう。医療ミスの報告と分析は、適切な（再発）予防と改善の戦略、および傷ついた患者側に対する適切な償いの基礎となる。

患者情報を守秘する責務

患者の信用と信頼を得るためには、患者情報を明らかにする際に適切に秘密を保護せねばならない。この責務は、患者自身からの同意を得ることができない場合に、本人に代わって活動する人々にもあてはまる。患者に関するデータをまとめるために電子情報システムが広く活用され、遺伝子情報の利用できる度合いが増加しつつある現代において、患者情報を守秘する責務を果たすことはこれまで以上に重要性を増している。しかしながら、たとえば患者が他人を危険にさらす場合など、この守秘の責務（守秘義務）よりも公益に対する配慮が、時としてより優先されねばならないことを医師は認識すべきである。

患者との適切な関係を維持する責務

患者固有の傷つけられやすさや依存性を考えれば、医師と患者の特定の関係は避けねばならない。特に性的、財政的、あるいはその他の私的な目的のために、医師は患者を決して利用してはならない。

医療の質を向上させる責務

医師は、医療の質の継続的な向上のために献身せねばならない。この責務は、臨床的能力を維持することを課するのみならず、医療過誤減少、患者の安全性向上、医療資源の過剰利用（過剰診療）の最小化、そして治療成果（アウトカム）を最も高めるために、コ・メディカルと協力することを要求する。すべての医師、期間、そして医療供給システムの働きを日常的に評価するために、医師は医療の質をより向上させる測定方法の開発とその応用に向けた仕組みを形成し遂行する責務を果たさねばならない。

医療へのアクセスを向上させる責務

医のプロフェッショナリズムは、すべての医療システムの目的は均一で適切な水準の医療が利用可能であることを強く要求する。医師は、個人であれ集合体であれ、公平な医療に対する障害を減らすように努力せねばならない。個々のシステムにおいては、医師は（患者の）教育、法律、財政、地理、そして社会的差別に基づく医療アクセスへの障害を取除くように努めねばならない。公平な医療に対する責務として、公衆衛生と予防医学の促進、私利私欲のない市民への専門職としての社会全体への働きかけ（public advocacy）が要求される。

有限の医療資源の適正配置に関する責務

医師には、個々の患者のニーズに答えながらも、限られた臨床的資源を用いて、賢明且つ費用効率の高い医療を供給することが要求される。医師は、他の医師、病院や（医療費）支払い側と共同で、費用効率の高い医療をめざすガイドラインを策定する義務を有する。医療資源の適正配置のために、医師は余分な検査や処置を慎重に避ける必要がある。不必要なサービスの供給は患者を本来避けようとする危険にさらしたり、不要な支出を強いるのみならず、他の患者が利用しうる医療資源と減らすこととなる。

科学的な知識に関する責務（科学的根拠に基づいた医療を行う責務）

医療と社会の相互契約の多くは、優れた科学的知識とテクノロジーおよびその的確な使用に基づく。医師には、科学的水準を支え、研究を促進し、新しい知見を見つけた確に利用する義務がある。医師という職業には、科学的根拠と医師の経験に基づくこの知見を完全たらしとする責任がある。

利害衝突に適切に対処して信頼を維持する責務

専門職としての責任は、医療専門職およびその組織が私利私欲に走ると危うくなりうる機会が多く、特に医療機器メーカー、保険会社、製薬会社を含む営利企業との私的または組織的關係において、危機に瀕する。医師は、医師としての業務や活動中に生じる利害の衝突について認識し、公衆に好評し、対処せねばならない。特にオピニオンリーダーの医師が臨床試験を指揮し、報告する場合や、論

説や治療ガイドラインを執筆する場合、または科学雑誌の編集者を勤める場合、それらの判断基準を決定する時には、その医師と企業の関係については公開されねばならない。

プロフェッショナル（専門職）の責任を果たす責務

プロフェッショナル（専門職）の一員として医師は患者の治療を最善とするために協力し、互いに敬意を払い、専門職としての基準に合致しなかったメンバーの矯正や懲戒も含めての自己規制の過程に参加することが期待される。また医師は、現在および将来の医師のための教育や規範を組織的に定めねばならない。医師は、これらの過程に個人的に、および全体として参加する義務を有する。この義務には、専門職としての働きのすべての面に関して内部的評価を行い、外部からの綿密な吟味を受け入れることが含まれる。

要約 (Summary)

ほとんどすべての文化や社会において、現代における医療の実践はかつてない要求に取巻かれている。これらの要求は、一方に患者の正当なニーズといくつかの要素との隔たりが増加しているからである。すなわち患者の正当なニーズとこれらのニーズに答えるために利用可能な医療資源との間、医療システム変革における市場力への依存性増大との間、そして医師に患者の利益を最上のものとする伝統的な責務を捨てさせようとする誘惑との間に根ざしている。この動乱の時代にあって医の社会との相互契約を忠実に維持するためには、われわれ委員会メンバーは、医のプロフェッショナルリズムの原則に対する積極的献身を再確認しなければならないと信じる。医のプロフェッショナルリズムは、医師が個々の患者の福利に対する個人的責務のみならず、社会全体の幸福のための医療システムを向上させる集合的努力を必要とする。医のプロフェッショナルリズムに関するこの憲章は、このような献身を促し、視野と目的が普遍的な医療職のための行動計画を促すことを意図している。