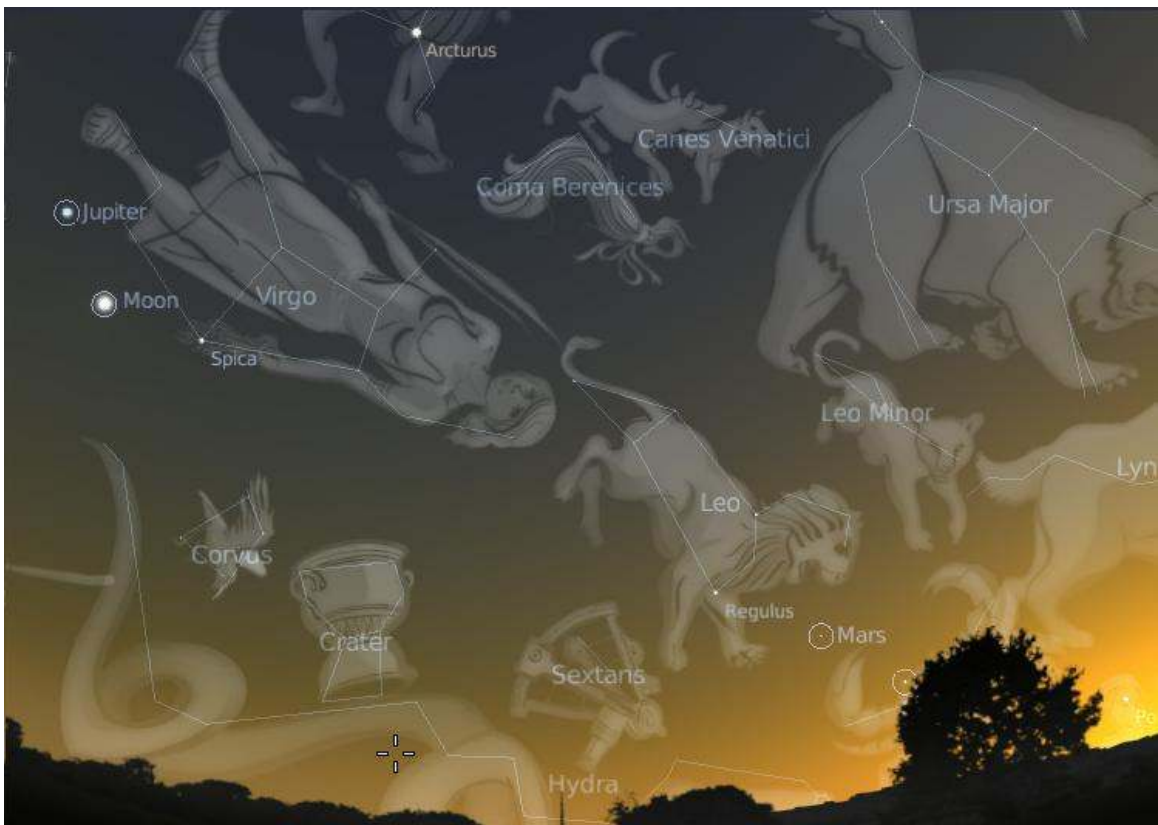


# 臨床研修案内

Clinical training guidance

平成22・23年度



社会福祉法人恩賜財団

福岡県済生会二日市病院

## ◇福岡県済生会二日市病院初期臨床研修について◇

### 【研修プログラムの特色】

年間 3000 台前後の救急車と近隣の医院・病院からの数多くの紹介患者を受け入れている地域の二次救急病院で、Common disease から重症救急症例まで豊富な症例をもとに、少人数の研修医を徹底してトレーニングしていく。

### 【臨床研修の目標の概要】

- 1：的確な幅広い診断能力の習得。
- 2：自分で対応できるものは的確に対応し、自分又は自院で処置できないと判断するものは直ちに適切な部署にコンサルトし患者さんに最高の結果をもたらすことのできる能力の育成。
- 3：患者・患者家族・院内・地域を含むチームで医療を行う態度の育成。

## ◇平成 22 年度初期臨床研修医募集要綱◇

募集定員　　：3 名(予定)

研修医処遇等：勤務／常勤研修医

基本的な勤務時間／8:30～17:12

(時間外手当及び休日手当有り:社内規定に準ずる)

当直勤務／月に 4 回程度(当直手当有り)

有給休暇／1 年次:15 日、2 年次:20 日(夏季休暇・年末年始休暇有り)

研修医室／有り

保険／公的医療保険(政府管掌保険)、公的年金保険(厚生年金)、労災保険、  
雇用保険

医師賠償責任保険／病院において加入

健康管理／健康診断:年に 1 回

(深夜業務及び放射線業務者は 6 ヶ月に 1 回実施)

住宅／宿舍なし(住宅手当上限 27,000 円:社内規定に準ずる)

給与／1 年次：月 300,000 円　2 年次：月 310,000 円

賞与／1 年次：年 300,000 円　2 年次：年 310,000 円

学会、研究会等への参加／基本的に可能(参加費用支給有り)

応募資格：医師国家試験合格者(合格見込み者)

採用方式：マッチングシステム利用

応募時期：平成 20 年 7 月 1 日より

必要書類等：履歴書・卒業見込み証明書・健康診断書

選考方法：面接のみ

選考時期：8 月 20 日予定

連絡先　：〒818-8516

福岡県筑紫野市湯町三丁目 13 番 1 号

社会福祉法人恩賜財団済生会支部福岡県済生会二日市病院

Tel (092)923-1551 Fax (092)924-5210

e-mail：[n-nagata@saiseikai-futsukaichi.org](mailto:n-nagata@saiseikai-futsukaichi.org)

URL：<http://www.saiseikai-futsukaichi.org>

担当 企画調査課 永田 信彦

## 目 次

院長挨拶

研修中の留意事項

研修カリキュラム概要

年次別研修スケジュール一覧表

オリエンテーション

1) 日程

2) 講習と関係諸法令のまとめ

3) 各講習内容

- ・ 研修全体像
- ・ 患者・家族対応、当直・日直について
- ・ 臨床研修実施について
- ・ 栄養部見学、実習
- ・ 医療安全の基本について
- ・ 薬剤部見学、実習
- ・ I C U・手術場見学
- ・ 地域医療連携について
- ・ 救急部見学
- ・ 検査部見学、実習
- ・ 診療録管理、D P Cについて
- ・ リハビリ見学、実習
- ・ オーダリングシステムについて
- ・ 外来、救急外来見学
- ・ むさし苑・訪問看護見学
- ・ 放射線科、画像システム見学
- ・ 看護部紹介
- ・ 医療と法律、医療訴訟
- ・ 福祉関連方
- ・ その他講習(★印)

<各診療科研修カリキュラム>

- ・ 内科系研修
- ・ 外科系研修
- ・ 救急総合診療部研修

- 麻酔科研修
- 産婦人科研修
- 小児科研修
- 精神科研修
- 地域医療研修

<臨床研修評価資料>

- 研修評価の手順
- 各診療科別の研修評価一覧表
- その他の提出レポート（必須研修症例、CPC、院外研修）
- 初期臨床研修の経験目標チェックリスト
- 初期臨床研修到達度総合評価

## 研修を始められる皆さんへ

院長 横田 清司

済生会二日市病院は、“心とぬくもりのある医療・福祉”を基本理念に掲げる福岡県筑紫地区唯一の公的病院であります。

当院が属する筑紫地区医療圏は、筑紫野市・太宰府市・春日市・大野城市・那珂川町の4市1町を管轄区域とし面積約233k㎡で、人口は約40万人の医療圏であります。

交通の便も国道3号線、九州自動車道（筑紫野IC近）等の道路網やJR鹿児島本線、西鉄大牟田線等の交通機関に恵まれた立地条件にあり、近くには、太宰府天満宮、大宰府政庁跡、観世音寺、二日市温泉等、観光名所も多く最近では日本で108年ぶりとなる国立博物館、九州国立博物館が開設されています。

当院は急性期医療に力を入れ、筑紫野市、太宰府市の救急医療の中核病院として取り組んでおり、平成20年度は年間救急車数、3,044台で、消防・救急隊との検討会も積極的に取り組んでいます。

特に重点領域として、内科系では循環器科・呼吸器科・消化器科、外科系では脳神経外科・整形外科の救急医療の充実を目指しています。更に、最新鋭のCTやMRIなどを有しており、放射線科専門医も常勤していることから画像診断研修も可能です。

福祉医療では、済生会二日市医療福祉センター内の特別養護老人ホームむさし苑・訪問看護ステーション芦田鶴・デイサービスセンター・筑紫野市地域包括支援センターでの研修が出来ます。

研修協力施設としては、福岡県済生会福岡総合病院、飯塚病院、福大筑紫病院、福岡県立精神医療センター太宰府病院、地域保健所、太宰府筑紫野消防組合消防本部、福岡県済生会二日市医療福祉センターなどがあり、各研修施設の責任者のご理解とご協力のもとに連携を強めています。

当院は大学病院依存人事からの脱却を目指して、初期研修からプライマリー・ケアを中心に、ER研修・総合内科研修の充実に努め、実践力のある研修医の育成に努めたいと思っております。

研修医は、当院の基本方針である。救急医療から福祉サービスまでの総合ケアが出来、高度医療技術の進歩とともに質の高い医療を提供し、さらに地域に密着し患者さまに信頼される医療が出来る医師、が望まれます。

意欲のある方は、病院ホームページでの問い合わせや病院見学等大歓迎です。お問い合わせ等お待ちしております。

## 臨床研修中の留意事項

新医師臨床研修制度の必修化に伴い、医師法の条文に研修中の研修医は研修に専念し、研修外の診療を行ってはならないことが明記されております。このため、本プログラムでも研修中のアルバイトは禁止しているので留意されたい。

### 【医師法 第16条の2】

診療に従事しようとする医師は、2年以上医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。

※ 初期研修中に研修プログラム以外の診療行為を行うことは違法行為となる。

### 【医師法 第16条の3】

臨床研修を受けている医師は、臨床研修に専念し、その資質の向上を図るように努めなければならない。

## 研修カリキュラムの目標と特徴

### 1. 目標

初期研修では、内科・外科をはじめ、救急・精神科・産婦人科・地域医療と皆さんが将来どの分野に進むにしても基本となるようなプライマリー・ケアにおける診療能力を修得します。当院は、地域の救急中核病院として、年間3,000台以上の救急車を受け入れて、日夜治療を行ってきています。こうした患者様の診療を通じて、幅広い診断・治療能力を持った医師を育成することを最大の目標としています。また、当院は、いわゆる大病院と異なり、病院全体の医師やスタッフと十分コミュニケーションできる環境にあり、医師としてきわめて重要な、こうした同僚医師やパラメディカルとの関係の構築能力の育成も研修の重要な目標と考えています。

### 2. 目標項目

#### ① 診断・治療技術の習得。

特に1-2次医療を行うにあたって必要な幅広い医療能力。まずは患者さんの訴えに十分耳を傾け、身体を十分に診察することで、問題点を洗い出し、その上で、必要な初期治療を行いつつ高度診断機器や検査などを行って、最終診断を行い、治療方針を構築すること。

#### ② 医師としての態度の育成。

- i : 医師・患者関係の構築（患者様と良好な関係を作ることが医療の基本と考えます。）
- ii : チーム医療（医師間・院内の他の部門・院外の救急隊などとの連携を重視します。）
- iii : 地域医療の一部である病院という組織の認識

#### ③ 安全・高度な医療を遂行する能力の育成。

- i : 自発性の重視
- ii : 研究的視点の習得（学会参加・症例発表・先端医学知識の収集技術）
- iii : 安全管理の観点を持った臨床（リスクマネジメント・院内感染対策など）

### 3. 研修カリキュラムの特色

- 1) 当院は筑紫野・大宰府を中心とした南部筑紫野地域の救急医療の中心病院として、年間3,000台以上に昇る多くの救急車や多数の医院・病院からの紹介患者を受け入れる1-2次救急病院です。Common diseaseも極めて多い一方で、CPAなどの重症例も多く、こうした救急医療では広い範囲にわたる診療技術・医学知識が求められます。このような環境の中で、救急疾患として多い脳梗塞・心筋梗塞・肺炎・急性腹症・外傷・交通事故などに対応できる能力を養成することを第1の目標として研修を行います。こうした診療では、まず自分の目・耳・手で患者様を診ることが何よりも重要ですが、その後の診断では、高度医療機器を使用した診断が必要なことも多いのが実際です。

当院には腹部・心臓用エコー機はもちろんのこと、血管造影室2室・64列CT・1.5T MRI・シンチグラムなどの機器などの高度画像診断機器もそろっており、さらに放射線科医師2名を擁しており、救急の診療現場で必要とされる高度の画像診断能力も修得できます。

- 2) 2年次中盤より、各人の希望の将来専門診療科で研修を行います。
- 3) 2年間の研修後、当院で引き続き研修を希望される方については、後期研修医として勤務することも可能です。当院では、前期・後期ともに幅広く臨床に対応できる医師を養成することを最大の目標として研修を行っており、後期研修では原則として2年間救急・総合診療部としての研鑽を積み、その後、救急医・内科医として研修を継続し認定医となるか、当院内の各専門診療科で専門的技術を身につけるかを選択することができます。

希望があれば、救急総合医としてからではなく、直接おのおの科で後期研修を開始することも可能です。（後期研修プログラム参照）

#### 4. 研修カリキュラムの実際

##### 1) 1年次

約半月の全体オリエンテーリングの後、プライマリーケア（救急総合診療部・ICU・放射線科）2ヶ月・内科系（一般内科・消化器内科・呼吸器科・循環器科・腎臓内科など）6ヶ月、麻酔科1ヶ月・一般外科1ヶ月・外科系選択（一般外科・麻酔科・脳外科・泌尿器科・整形外科・皮膚科）2ヶ月をローテートし、臨床全般にわたる研修を院内で行います。

##### 2) 2年次

救急総合診療部を研修の中軸に据えながら、産婦人科1ヶ月・小児科1ヶ月・精神科1ヶ月および地域医療1ヶ月をローテートし、1年次から引き続き幅広い基本的診療能力を修得した後、それぞれの将来専攻希望科の研修を行います。産婦人科・小児科・精神科・地域医療については、連携する飯塚病院・済生会福岡総合病院・地域の産科医院・福岡大学筑紫病院・福岡立精神医療センター太宰府病院・二日市医療福祉センターにおいて行い、幅広い臨床と共に、地域医療や保健・救急医療についても実際に学んでいただきます。

#### 5. 研修指導体制

研修指導責任者のもと、下記スタッフが指導医として研修プログラムの遂行、総括的指導および評価を行います。研修医は副主治医として診療に従事し、主治医を含めたスタッフが研修指導にあたります。

<研修指導責任者> 院長

横田 清司

＜研修管理委員会＞	副院長	安藤 真一（研修プログラム責任者：委員長）
	副院長	間野 正衛
	副院長	力丸 徹
	副院長	西村 浩
	内科主任部長	福嶋 博文
	内科部長	長谷川 義之
	循環器科部長	門上 俊明
	外科部長	橋本 光生
	整形外科医長	伊藤 伸一
	脳神経外科部長	大浅 貴朗
	皮膚科医長	佐藤 典子
	麻酔科部長	宮川 貴圭
	救急総合診療部長	恒吉 俊美
	救急総合診療部長	初井 英利
	病理部	矢野 博久
	看護課長	宮崎 裕子
	薬剤部長	横尾 賢乗
	企画調査課係長	永田 信彦

〔小児科〕

・福岡大学筑紫病院 小児科教授 小川 厚

〔産婦人科〕

・飯塚病院 産婦人科医長 松岡 良衛

〔精神科〕

・県立精神医療センター太宰府病院 医師 丸野 大輔

〔地域医療〕

・福岡県済生会特別養護老人ホーム むさし苑 施設長  
中園 秀朗

〔救急医療〕

・筑紫野太宰府消防本部 警防課長 真鍋 考一

〔外部委員〕

・第一薬科大学 教授 中尾 泰史

〔保健所〕

・福岡県筑紫保健福祉環境事務所 副理事兼所長  
香月 進

- ・福岡県粕屋保健福祉環境事務所 保健監  
平野 彰一
- ・福岡県宗像保健福祉環境事務所 所長  
柴田 和典(兼任)
- ・福岡県朝倉保健福祉環境事務所 所長  
中島 乃婦子
- ・福岡県糸島保健福祉環境事務所 保健監  
友岡 裕治
- ・福岡県遠賀保健福祉環境事務所 保健監  
柴田 和典(兼任)
- ・福岡県鞍手保健福祉環境事務所 保健監  
筒井 博之(兼任)
- ・福岡県嘉穂保健福祉環境事務所 保健監  
筒井 博之(兼任)
- ・福岡県田川保健福祉環境事務所 保健監  
白石 博昭
- ・福岡県久留米保健福祉環境事務所 副理事兼所長  
松尾 美智代
- ・福岡県八女保健福祉環境事務所 保健監  
宇治 光治
- ・福岡県山門保健福祉環境事務所 副理事兼所長  
財津 裕一
- ・福岡県京築保健福祉環境事務所 保健監  
岩本 治也

<指導医：臨床研修指導医>

[内科系]

内科

福嶋 博文

吉岡 慎一郎

呼吸器科

力丸 徹

未安 禎子

循環器科	永渕 雅子
	西山 守
	安藤 真一
	門上 俊明
腎臓内科・透析センター	長谷 川善之
放射線科	西村 浩
〔外科系〕	
外科	間野 正衛
	成富 一哉
整形外科	伊藤 伸一
脳外科	大浅 貴朗
皮膚科	佐藤 典子
泌尿器科	川越 伸俊
〔麻酔科〕	
麻酔科	宮川 貴圭
〔産婦人科〕	
飯塚病院	松岡 良衛
〔小児科〕	
福岡大学筑紫病院	小川 厚
〔精神科〕	
福岡県立精神医療センター太宰府病院	丸野 大輔
〔地域医療〕	
当院健診	松元 真理
福岡県済生会特別養護老人ホーム むさし苑	中園 秀朗

## 6. 研修協力病院等一覧

### 1) 飯塚病院 〔産婦人科〕

〒820-8505 福岡県飯塚市芳雄町 3-83

Tel. 0948-22-3800

### 2) 福岡県立精神医療センター太宰府病院 〔精神科〕

〒818-0125 福岡県太宰府市五条 3 丁目 8 番 1 号

Tel. 092-922-3137

3) 福岡大学筑紫病院 [小児科]

〒818-8502 福岡県筑紫野市俗明院1丁目1番1号  
Tel. 092-921-1011 (代) Fax. 092-928-3890

4) 筑紫野太宰府消防組合消防本部

〒818-0084 筑紫野市針摺1丁目1番1号  
Tel. 092-924-5034 Fax 092-924-3397

5) 福岡県済生会二日市医療福祉センター

〒818-0058 福岡県筑紫野市湯町2丁目9番2号  
Tel. 092-925-4711 Fax. 092-925-2680

6) 福岡県保健福祉環境事務所

- |                      |          |  |
|----------------------|----------|--|
| 1 : 福岡県筑紫保健福祉環境事務所   | 816-0943 | 大野城市白木原3-5-25<br>Tel.092 (513) 5584      |
| 2 : 福岡県粕屋保健福祉環境事務所   | 811-2312 | 糟屋郡粕屋町大字戸原235-7<br>Tel.092 (939) 1534    |
| 3 : 福岡県宗像保健福祉環境事務所   | 811-3436 | 宗像市大字東郷934-1<br>Tel.0940 (36) 2366       |
| 4 : 福岡県朝倉保健福祉環境事務所   | 838-0068 | 甘木市大字甘木2014-1<br>Tel.0946 (22) 3964      |
| 5 : 福岡県糸島保健福祉環境事務所   | 819-1112 | 前原市大字浦志216-1<br>Tel.092 (322) 1439       |
| 6 : 福岡県遠賀保健福祉環境事務所   | 807-0046 | 遠賀郡水巻町吉田西2-17-7<br>Tel.093 (201) 4164    |
| 7 : 福岡県鞍手保健福祉環境事務所   | 822-0025 | 直方市日吉町9-10<br>Tel.0949 (23) 3120         |
| 8 : 福岡県嘉穂保健福祉環境事務所   | 820-0004 | 飯塚市新立岩8-1<br>Tel.0948 (23) 4111          |
| 9 : 福岡県田川保健福祉環境事務所   | 825-8577 | 田川市大字伊田字松原通り<br>3292-2Tel.0947 (42) 9345 |
| 10 : 福岡県久留米保健福祉環境事務所 | 839-0861 | 久留米市合川町1642-1<br>Tel.0942 (30) 1054      |
| 11 : 福岡県八女保健福祉環境事務所  | 834-0063 | 八女市大字本村深町25<br>Tel.0943 (22) 6960        |

- 12：福岡県山門保健福祉環境事務所 832-0823 柳川市三橋町今古賀8-1  
Tel.0944 (62) 4174
- 13：福岡県京築保健福祉環境事務所 824-0005 行橋市中央1-2-1  
Tel.0930 (23) 2690

## 院内定例研修会など

### 1) 各診療科・合同症例カンファレンス

- ・ ミニレビュー(各科持ち回り：毎週月曜日17：30-)
- ・ 内科・外科・放射線科合同カンファレンス～消化器疾患～（毎週木曜日17：00-）
- ・ 筑紫呼吸器疾患研究会（第二月曜日19：00-）
- ・ ICUカンファレンス（毎週月曜日8：15-）
- ・ 消化器内科カンファレンス 水曜夕方
- ・ 放射線画像カンファレンス（第3月曜日 17：30-）
- ・ 循環器画像カンファレンス（毎週水曜日 17：00-）
- ・ CPC(随時)
- ・ 整形外科症例検討会
- ・ 形成外科術前カンファレンス
- ・ 皮膚科形成外科合同カンファレンス
- ・ 泌尿器科非常勤Drとの症例検討
- ・ 読影画像検討会 /毎日
- ・ 内科・外科・放射線科合同術前検討会 1/週 木曜
- ・ 初期研修医の合同セミナー／年1回(その年の済生学会において)

### 2) 抄読会・勉強会

- ・ 循環器科：毎週月曜日7：45-
- ・ 検査部・循環器科合同生理検査勉強会：水曜日8：00-
- ・ 放射線科勉強会 3/年
- ・ 院内画像検討会 1/月

### 3) その他の勉強会

- ・ 権威に聞く(呼吸器科疾患を中心に：年4回程度)
- ・ 心臓病研修会(年2-3回)
- ・ 自己免疫性消化器疾患研究会 2/年
- ・ 久留米大学消化器病セミナー 1/年
- ・ 佐賀・筑後呼吸器勉強会 1/3ヶ月

## 認定施設一覧

### ★ 臨床研修病院指定（管理型 平成20年度指定）

- 1) 日本透析医学会教育関連施設
- 2) 日本呼吸器学会認定施設
- 3) 日本消化器病学会専門医制度認定施設
- 4) 日本循環器専門医研修施設
- 5) 日本外科学会外科専門医制度関連施設
- 6) 日本整形外科学会研修施設
- 7) 日本脳神経外科学会専門医認定訓練施設
- 8) 日本脳卒中学会専門医認定研修教育施設
- 9) 日本泌尿器科学会専門医教育施設
- 10) 日本医学放射線学会放射線科専門医修練協力機関
- 11) 日本内科学会認定内科臨床研修施設（教育関連病院）
- 12) 日本救急医学会救急科専門医指定施設
- 13) 日本肝臓学会専門医制度認定施設

## 診療指定

### ★ 公的医療機関

福岡県救急指定告示病院

### ★ 指定医療機関

- 1) 政府管掌健康保険
- 2) 組合管掌健康保険
- 3) 共済管掌健康保険
- 4) 船員健康保険
- 5) 日雇労働者健康保険
- 6) 国民健康保険
- 7) 全国国保（左官・板金・建設・土木）
- 8) 市町村国保
- 9) 生活保護法
- 10) 身体障害者福祉医療
- 11) 更正医療
- 12) 原爆被爆者特別援護医療
- 13) 労働者災害者補償保険
- 14) 生活習慣予防健診

研修ローテーション計画（ABCは3名の研修医をさす）

1年次研修予定

	内科系			外科系			プライマリーケア
診療科	内科・循環器科・呼吸器科			一般外科1・麻酔科・外科系選択			放射線科・救急総合診療
指導責任者	福嶋・安藤・力丸			間野			西村・恒吉
期間	各2ヶ月			一般外科1ヶ月・麻酔科1ヶ月 外科系選択2ヶ月			放射線科・救急総合診療計2ヶ月
担当医	内科 福嶋	循環器 門上	呼吸器 末安	一般外科	麻酔科	外科選択	放射線科 西村 救急 初井
H22年4月							A,B,C
5月	C	B					A
6月	C	B	A				
7月		C	A				B
8月	A	C	B				
9月	A		B				C
10月	B	A	C				
11月	B	A	C				
12月				A	B,C		
H23年1月				B,C	A		
2月						A,B,C	
3月						A,B,C	

## 2年次研修予定

	産婦人科	小児科	精神科	地域医療	将来専攻科
研修先	飯塚病院	福岡大学筑紫病院	福岡県立精神医療センター 太宰府病院	福岡県済生会 二日市医療福祉センター	当院
期間	1ヶ月	1ヶ月	1ヶ月	1ヶ月	8ヶ月
指導責任者	松岡	小川	丸野	中園	各科指導医
H22年4月	B	C		A	
5月	A		C	B	
6月		A	B	C	
7月	C	B	A		
8月					将来専攻科
9月					将来専攻科
10月					将来専攻科
11月					将来専攻科
12月					将来専攻科
H23年1月					将来専攻科
2月					将来専攻科
3月					将来専攻科

### オリエンテーション日程

	午前 9:00-10:00	10:30-12:00	午後 14:00-15:00	15:00-16:00
4/1(水)	辞令交付 (院長)	挨拶・研修全体像 (院長)	①患者・家族対応、当直・日直 (安藤副院長)	②臨床研修実施について (企画調査課)
4/2(木)	③栄養部見学・実習 (栄養部科長)	④医療安全の基本について (医療安全管理者)	⑤薬剤部見学・実習 (薬剤部長)	⑤薬剤部見学・実習 (薬剤部長)
4/3(金)	⑥ICU・手術場見学 (間野副院長)	⑦地域連携について (久保室長)	⑧救急部見学 (恒吉部長)	⑨検査部見学・実習 (検査技師長)
4/6(月)	⑩診療録管理・DPCについて (診療情報管理課長)	⑪リハビリ見学・実習 (リハビリ主任)	⑫オーダリングについて (医療情報システム室)	⑫オーダリングについて (医療情報システム室)
4/7(火)	⑬外来・救急外来見学 (外来課長)	⑭済生会二日市医療福祉センター見学	⑮放射線科・画像システム見学 (西村副院長)	⑯看護部紹介 (看護課長)
4/8(水)			⑰医療と法律・医療訴訟 (弁護士)	⑱福祉関連法 (太宰府市役所民生部)

## 研修全体像

横田 清司院長

### A:当病院の運営方針

- ・ 地域医療における当院の役割について
- ・ 急性期および救急医療について
- ・ 高齢者時代への対応
- ・ 地域の病院・医院群・救急隊との連携の重要性

### B:院内連携について

- ・ 他科の医師とはカンファレンスやコンサルテーションを通じて連携する。他の医療スタッフとも患者情報を共有することにより、現時点での最良の治療方針を決定していく。場合によっては、直ちに他の病院の医師ともコンサルトを行う。
- ・ 他科の医師から見れば、自分の科の医療行為は分かりづらいものであり、これはお互い様である。このため、自分は当然と思っている略号でも、全く通用しないこともある。この点を十分考慮して、他科にコンサルトを行い、また逆に自分がコンサルトを受けた場合にも、こんなことも分からないのか、といった態度は決してとらないことを心がける。

### C:自己研鑽

- ・ 1例1例の患者さんは、自分が積極的にかかわればかかわるほど、いろいろなことを教えてくださる。まず、1例を大切にすることが忘れずに。
- ・ 一方で、自分の限られた症例のみを見ていると、数少ない症例の中の極端な症例が心に残るため、偏った考え方に傾きがちである。比較検討した論文を読んだり、自分でこうした検討を加えたりする研究的・科学的視点を習得する。
- ・ ルーチンワークに追われ、だんだん狭い範囲に閉じこもりがちである。院内・院外で開催される医師対象の講演会・研修会などには積極的に出席し、広い知識を習得されたい。（院外研修リスト提出により評価する）

### D:研修評価のプロセス

- ・ 各診療科の研修プログラム評価表にある自己評価をした後、指導医の評価をうける。
- ・ 定期の研修評価委員会が毎年2～3回開かれ、研修に不足部分があるか否かを判定される。不足分があると判断された場合には、これを補う。
- ・ 初年度末、卒後臨床研修の終了時に卒後臨床研修委員会が開かれ、研修状況が最終的に評価される。

## 医療と倫理

臨床研修を始めるにあたって次の3点を伝えたい。

1. 医療において医師は脇役である。

医療における主役が患者とその家族であることは自明のことである。われわれ医療従事者はこのことを十分に認識していなければならない。患者や家族への対応はこの認識の上にならなければならない。患者の医療内容について知る権利、医療に参加する権利（インフォームドコンセント）は当然のことである。しかし、医師の役割が脇役であるからといって重要でないということでは決してない。患者や家族の生死をかけた重大な場面ですぐ側にいて力になれることは大きな意義がある。

2. 常に最善の治療を提供する。

患者が医療者に求める最大の点は最善の治療の提供にある。このため医師は不断の勉強が不可避であり、また自分が選択した医療が適切であったかどうか、自らまた周囲に問う姿勢が重要である。

3. 患者の人生に配慮する。

患者は日常の中で突然病気を告げられ、身体的問題に加えて不安と精神的苦痛に苛まれている。患者の抱える“物語”に配慮してはじめて全人的医療が可能になり、患者と家族の満足度を高めることができる。

## ① 患者・家族対応

担当：安藤副院長

### A：基本的認識

- 1:患者さんは、自分自身や家族の病気のために病院内では比較的弱者であり、このために、否応なく下手の態度で医師に臨まれている場合が多く、これを勘違いして、医療側の人間が特別で偉い者と思ったところに、患者－医師トラブル・訴訟といった問題が生じる。常に対等であり、多くの患者さんは人生の先輩である。
- 2:常に患者さんや家族の声に耳を傾ける時間と場所を作る努力が必要である。こちら側に聞く気が薄いことは、容易に相手に伝わり、このために必要な情報が得られずに、誤った選択をしてしまう基となる。
- 3:こちら側の説明を患者さんや家族が理解できないのは、こちら側の能力不足と認識すること。
- 4:常に、患者さんが自分の家族であったならば、といった観点から次の治療・検査方針の設定や、そのスピードを決定すれば、トラブルは圧倒的に減らすことができる。
- 5:体の治療の前に心の治療を。
- 6:過ちを含め、治療上問題となること以外は隠さないこと。

### B：具体的な注意点

#### 1:患者さん・家族との応対

- ・ 挨拶をきちんと行う。初対面では、自分の名前を名乗ること。
- ・ 時間を守るのは、社会生活での最低限の常識。約束より遅れるのは10分が限界。多忙で遅れることは仕方がないが、このときは、必ず事前に連絡を入れる。
- ・ 服装は重要な要素。ほかの社会で、だらけた服装は全く許されていない。
- ・ 病院であり、不潔は最低である。
- ・ 見下ろしたような言葉遣いは、厳に慎む。だんだんラポールが取れてきたら、その場に応じたものに変えていくことはありうる。
- ・ 重症な患者さんで緊急に搬送された際には、家族はどれほど心配しているか理解し行動すること。忙しくても、こまめに、現在の状況や今後の見通しを話すこと。
- ・ 他科、他院への紹介や資料の貸し出しを拒まないこと。また、患者さんが他の施設にセカンドオピニオンを求めることを希望した場合は快く応じること。

#### 2:病院内でのマナー

- ・ 病室や詰め所での雑談は慎む。
- ・ 患者さんが聞いている可能性がある場所（詰め所を含む）での、患者さん、同僚についての話を厳に慎む。特に、部署の違う同僚についての不満は、病院に対する信

頬を著しく傷つけている。

- ・ 重症患者さんが居るようなところで、全く別の話をして大声で笑ったり、患者さんが服を脱いでいるようなところで、ひそひそ話をするのは、誤解の基。周囲の人の心情を理解することも重要なトレーニング。
- ・ 患者さんの前で、“〇〇さんに何々させたところ・・・（薬は飲ませました、など）”などと職員同士で言うのは、おかしいということがわかること。

### 3:義務など

- ・ 正しいインフォームドコンセントを常に行う。これをカルテに必ず残すこと。
- ・ 守秘義務は法律であり、診療上で知りえたことを個人が特定できるかたちで決して他人に漏らさないこと。

患者さんがこちらの勧めた治療方針に同意しない場合は、患者さんと話し合い、他の方法を考え、これを誠意をもって実行すること。

## 当直・日直体制

### A:全体目標

時間外・救急患者の初期診療や集中治療の補助および入院患者の全身管理ができる。

### B:個別目標

- 1) 救急患者を十分に診察し的確に鑑別診断を行う。
- 2) 患者・家族にその場にあった対応をとることができ、今後の治療の進行について話ができる。
- 3) 有効かつ効率的な検査計画を立てることができ、その結果を解釈できる。
- 4) 時間外の救急や院内急変時で自分の能力を超えるときに、どのようにして他の医師やスタッフの協力をうけていくかを訓練する。
- 5) 臨終の宣告、異状死の扱い、突然の家族の死亡時の遺族への対応を経験する。

### C:方法

- 1) 原則として週1回の病院当直修練を行う。
- 2) 当直医の指導のもとで救急外来・入院患者の診療を行う。特に時間外では必要最小限の検査を手際よく施行し、その結果を的確に勝つ迅速に解釈して次の行動に移す必要がある
- 3) 入院治療の必要性の判断は夜間は特に重要であり、入院手続きや患者・家族への説明法を修得する。
- 4) 夜間に主治医が決まらなかった場合には、翌朝確実に主治医に手渡すまで、目を離

さないような注意が必要である。

- 5) 保険診療上のICU入室の適応、入室後の指示の出し方を学ぶ。
- 6) ICUに入室している際には、毎週月曜日にあるICUカンファレンスに出席しプレゼンテーションを行う。

#### D:評価方法

- 1) 特に時間外の救急患者初療では、ちょっとした態度や説明の違いで感謝されることもあれば、訴えられることもある。こうした点を含めた診療技能・知識を指導医は評価する。
- 2) 時間外診療の評価には、看護師や検査などのパラメディカルスタッフの評価を加える。

### ③ 治療食・食中毒について

担当：富岡 栄養部科長

#### 1. 当院の食事について

治療食の食事基準

嚥下食（とろみ食・ソフト食）食事基準

オーダー入力法

入院時食事療養制度（I）概要

#### 2. 栄養指導について

入院および外来における個別指導

心臓病・肝臓病・糖尿病教室の集団指導

健康料理教室

#### 3. 栄養管理計画書について

栄養スクリーニングと栄養アセスメント

多職種共同体による栄養ケア

口腔ケア、摂食嚥下リハ、服薬指導など

#### 4. チーム医療について

NSTによるアプローチ

回診、カンファレンス参加

医師、看護師、薬剤師、検査技師、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士

管理栄養士、医事課職員で構成。栄養補給法提案他

#### 5. 食中毒について

原因と発生時の対処法

医療施設における食中毒予防対策

「大量調理施設衛生管理マニュアル」に基づく自主点検表、衛生管理体制

## ④ 医療安全の基本について

担当：医療安全管理者

研修医のための医療安全管理

医療安全の基本指針

### 1. 日常的な姿勢

- (1) 医療従事者として医療の安全を優先し、知識・技術を高める。
- (2) 自己の心と体を常に良好な状態に保つ。
- (3) 病院全体で情報を共有し、医療事故を「起こさない、再発させない」組織風土づくりをする。

### 2. 患者との関係

#### (1) 接遇の重要性

「接遇」とは、医療従事者として患者家族に接客することをいう。

感情的なもつれや医療不信を背景とする事例が増加している。

- ① 小さな感情の行き違いが大きな事故に発展することがあるということを銘記する。
- ② 患者の基本的な人権やプライバシーを尊重し、又患者に満足を与える姿勢が必要である。
- ③ 普段から良好な信頼関係を築くことが重要である（日常の良好な人間関係が、紛争を回避することもある）。
- ④ 言葉使い・態度・服装に注意することは基本である。

#### (2) インフォームドコンセント

医療行為を行うに当たり患者に十分な説明を行い、医療を行う側と受け取る側でリスクの認識を共有した上で、同意を得る。

説明には

- ① 医的侵襲を伴う医療行為についての説明
- ② 転科の勧告あるいは転院のための説明
- ③ 療養方法の指示指導としての説明
- ④ 治療結果を報告するための説明

等がある。中でも重大なリスクを開示することは特に重要であるが、リスクをカルテに書けば免責されるわけではなく、予見されるリスクに対して適切な対応が必要である。

#### (3) 患者満足の医療現場

患者は、何を質問したらよいのか解らない。患者に聴く・患者を知ることは医療者側の責任である。

患者が言いたいことが云える環境作りが大切である。

### 3. 診療録について

- (1) 最強の証拠である。
- (2) 事実を客観的に記載することが重要である（医療者側に不利な内容と判断された場合でも）。
- (3) 裁判になれば看護記録は医師の記録と同様な重さを持つ。従って医師は看護記録にも目を通す必要がある。見ていないのは医師の過失である。
- (4) 定義のあいまいな形容詞は使わない。
- (5) 診療録の改ざんはもってのほかである。修正、補足も原則として行わない。結果を知って補足すると、予見性がにじみ出る。裁判では、結果予見性と結果回避性に付いて争われることが多い。すなわち、予見していたのに回避すべき対応が出来ていなかったことになり、結果不利になる。

### 4. 医療スタッフの連携

医師と医師・看護スタッフと医師・他科あるいは他病院との連携をいつも念頭におく。

特に看護スタッフが医師をいつ呼ぶかの判断は非常に重要である。「なぜもっと早く呼ばなかったのか」「なぜこんな事で呼んだのか」は看護師の判断基準を変えてしまう恐れがあるので禁句である。

### 5. ケアレスミス

医学上・法律上の過失を争う余地のない医療者側の不注意のことで、これは絶対に起こさないようにしなければならない。

訴訟で多いものは、次のものとされている。

- ① 異物残存
- ② 与薬
- ③ 患者管理
- ④ 医療機器
- ⑤ 転倒・転落
- ⑥ 点滴注射・注射

### 6. 予防のために日常より注意をすること

- a、読める字を書く
- b、代名詞は使わない
- c、単位は最後まで書く（例：○○ml、△△mg、○○g、etc）
- d、患者を確認する（目で見て、指差し、声に出す）
- e、薬剤や物品の名前を確認する
- f、ひとつの異常にばかり気をとられない
- g、慣れに注意

#### h、就業前に「医師マニュアル」を確認する

### 7. コミュニケーションの診断ポイント

- (1) 話し方や表現スキルが悪い場合には、誤解される
- (2) 理解力が不足しているか早合点をした場合に、誤解を生む
- (3) 固定観念や先入観は理解の解釈に誤りや偏見を生じさせる
- (4) よく知っていることや興味を持っていることは、説明不足、早合点、誤解が生じる
- (5) 不利な情報は伝えたくない、聞きたくないという感情が入る
- (6) 立場を悪くする情報は、握りつぶされたり、曲げられたりする
- (7) 階層的上下関係の圧迫感があると、上は消極的になり、下は故意に歪める
- (8) 悪感情は感情的な偏見、歪曲、誤解が生じる元になる

### 8. その他

新人あるいはあらたに配属された職員に対して、職務に必要な知識・技術の指導教育をする。

日常的に医療機器の点検・整備は怠らない。

#### 【報告義務】（インシデント・アクシデントレポートの提出）

- ① 医療安全管理の目的達成のために、事実を明確にする必要がある。このためには報告が必要である。
- ② 事故・紛争は必ず医療安全管理室に報告する。
- ③ 小さな事故、ニアミス、あるいは事故が起こりそうなきも安全管理室に報告する。
- ④ 報告はインシデントレポート、又はアクシデントレポートにより報告する。
- ⑤ 報告書は、過失や責任の有無とは関係なく必ず提出する。

#### 【医療安全に関する用語】

##### インシデントとアクシデント（医療事故）

- ① インシデント：日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの。あるいは、誤った医療行為などが実施されたが結果として患者に影響を及ぼすに至らなかったものをいう。  
日常業務の現場で「ヒヤリ」としたり「ハッと」した経験を有する事例をいう。
- ② アクシデント（医療事故）：医療に関わる場所で、医療の全過程において発生する全ての人身事故一切を包含し、医療従事者が被害者である場合や

廊下で転倒した場合なども含む。なお、過誤,過失の有無を問わない。

**【医療訴訟の紛争因子は】**

医療技術の質そのものであるよりも、医療提供者の患者あるいは家族に対するコミュニケーションや接遇に問題があることが多い。

**【医療事故が起きたら】**

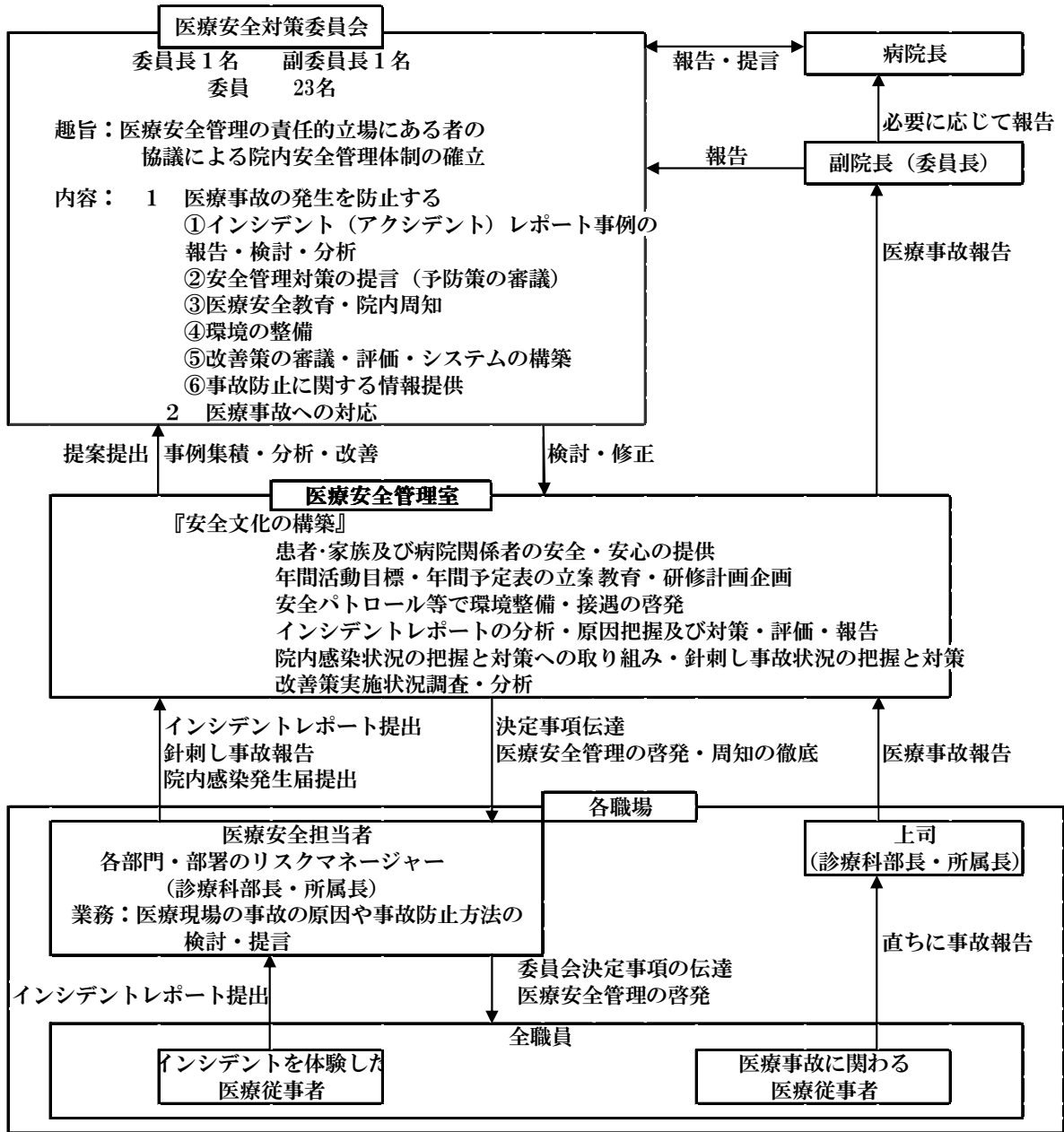
詳細は「医療事故発生時の対応指針」参照のこと。

その日の内の早い時間に関係者全員を集め、詳細を見極めて全貌を明らかにする。

再発防止のため、匿名性を保ちながら事件を院内に知らしめていくのが医療安全管理室長の役割である。

# 医療安全管理体制の組織図

済生会二日市病院



## ⑤ 薬事法関連

担当：横尾薬剤部長

### 1. 薬事法

- ・医薬品に関する法律を理解する。
- ・毒劇薬の区別と適正な管理を理解する。
- ・医療機関における治験体制を理解する。
  - 1) 薬事法における医薬品の定義
  - 2) 薬事法に規定されている毒薬・劇薬の取り扱い
  - 3) 生物由来製品と特定生物由来製品の取り扱い
  - 3) GCPに基づく治験実施体制

### 2. 麻薬および向精神薬取締法

- ・麻薬および向精神薬取締法の概要を理解する。
  - 1) 麻薬取り扱いに必要な免許
    - ①麻薬施用者および麻薬管理者の免許について
  - 2) 麻薬の取り扱い
    - ①施用・交付（麻薬処方せんの記載事項）
    - ②管理・保管
    - ③診療録への記載
    - ④廃棄手続き
    - ⑤事故届け
  - 3) 向精神薬の取り扱い
    - ①向精神薬の種類
    - ②保管方法
    - ③事故届け
    - ④記録

## 薬局見学

### 1. 調剤業務

- ①処方せんに記載すべき事項と基本的な記載方法
- ②処方オーダーリングシステムでの入力時の注意事項
- ③初期研修で学ぶべき薬剤
- ④散剤、水剤などの調剤を経験する

## 2. 製剤業務

- ① 抗悪性腫瘍薬の注射薬の調製
- ② 抗悪性腫瘍薬投与管理の実際を見学
- ③ 院内製剤の調製を経験する。

## ⑦ 地域連携・地域の病院群

### 1：地域の医療事情紹介 担当：久保地域医療連携室長

- ① 筑紫地域の特徴
- ② 病診連携・病病連携とは
- ③ 地域の病院紹介

#### 【コメント】

筑紫地区の病院・診療所・診療科の分布と、  
当院のシステム及び実績等について述べる予定である。

### 2：保健制度上の扱い 担当：久保地域医療連携室長

どのようなときに保険点数の算定ができるか

紹介 診療情報提供書

逆紹介 診療情報提供書

連携パス

開放型病床 10床

#### 【コメント】

医療連携関連点数の説明と、  
連携の内容及び今後の取り組みについて述べる予定である。

### 3：実際の注意点 担当：安藤副院長

- ① なぜ紹介が重要か
  - i 当院の存在意義
  - ii 相互扶助
- ② 紹介状と返事の書き方
  - i 相手の立場を思いやること
  - ii 言葉遣い、定型語、書式
- ③ 紹介を受けたとき
  - i 外来で
  - ii 緊急入院時など

## ⑩ リハビリの概念・実際

担当：山道リハビリ長

### (1) リハビリ医療の関連制度と枠組みについて

平成18年度診療報酬改正で、リハビリは大きな変更がなされました。それまでは個別・集団・早期加算が柱でしたが、4種類の疾患別リハ（脳血管疾患等、運動器、呼吸器、心大血管）となり個別対応のみとなりました。また、疾患により、リハビリ算定期間の制限が設けられています。

### (2) リハビリ室のスタッフと業務説明（急性期病院のリハビリテーション）

これまでのリハビリテーション医療は疾患の後療法として認識されていましたが、急性期医療でのリハビリは、生命予後改善、患者の能力向上と環境適合による生活再構築としての機能予後改善をはかるために、EBMに基づき、より早期から医学的管理下での介入をおこない、安全な離床と活動性の向上をはかります。以下に当院リハビリスタッフの業務について説明します。

理学療法士：一般的に基本動作能力の向上を目標に、運動療法や歩行訓練・基本動作訓練をおこないます。補助的手段として物理療法（光線、温熱、寒冷、水流、電気を用いた治療法）もおこないます。当院では、脳卒中患者への入院翌日からの介入や下肢骨折患者への術前介入のほか、胸部や上腹部術前・術後の呼吸理学療法や急性期からの心臓リハビリテーションなど急性期医療の中で、機能予後および生命予後の向上をはかります。

作業療法士：作業療法には、機能的作業療法、日常生活行為訓練、心理的作業療法、職業前作業療法等があり、物を作成する作業のみならず芸術、ゲーム、レクレーションによって精神的・身体的にはたらきかけ、応用動作機能や認知・行為障害の改善をはかり、社会適応能力の向上を目指します。当院では、上肢運動機能としての手指巧緻動作の獲得や高次脳機能障害の改善をはかるために患者の生活を最も身近な治療現場とし、病棟でのADL（日常生活動作）訓練を中心におこなっています。

言語聴覚士：言語、発語、音声障害、嚥下障害、聴覚障害に対して評価をおこない、精神的・身体的にはたらきかけ発声・発語・摂食嚥下機能の向上をはかります。当院では、発声・発語訓練、構音訓練などの一般的言語療法に加えて、嚥下障害に対してのスクリーニング検査やVF検査も実施しており、食形態の選定や栄養管理の方針決定など急性期医療現場での重要な役割を果たしています。

### (3) 各疾患別リハビリにおける代表的疾患とリハビリの流れ

脳梗塞：脳血管疾患等リハビリを選択し、症状によって理学療法・作業療法・言語聴覚療法を処方する。（意識障害がなく、嚥下機能不良の場合は、発症 1 日目から嚥下機能スクリーニング検査が単独で処方される場合がある）

入院 1～2 日目リハビリ開始⇒病状や麻痺のレベルにあわせて離床開始⇒病棟での活動向上⇒リハビリ室出棟⇒症状にあわせてリハビリ進行⇒必要なら試験外泊⇒経過観察と方針決定⇒転院または自宅退院（必要なら外来リハビリへ移行）

平成 18 年の新規リハ対象入院患者数：162 名、平均在院日数 33.5 日、在宅復帰率 43.5%

大腿骨頸部骨折（歩行自立者）：運動器リハビリを選択し、PT を処方する。

入院 1～2 日目より術前理学療法開始（上肢・健側下肢筋力訓練、患肢パンピング指導など）⇒術後理学療法開始（術式・症状にあわせて歩行訓練など）⇒症状にあわせてリハビリ進行⇒必要なら試験外泊⇒経過観察と方針決定⇒転院または自宅退院（必要なら外来リハビリへ移行）

平成 18 年の新規リハ対象入院患者数：116 名、平均在院日数 24.5 日、在宅復帰率 11.6%

※クリニカルパスに準じてリハビリ進行します。

心筋梗塞：心大血管リハビリを選択し、処方内容を記載

入院 1～2 日目よりベッド上リハ開始⇒症状にあわせて活動拡大⇒運動負荷試験実施と運動処方⇒運動処方に基づいた運動療法と生活指導実施⇒外来での心臓リハビリへ移行

平成 18 年の新規リハ対象入院患者数：39 名、平均在院日数 17 日、在宅復帰率 92.3%

※クリニカルパスに準じてリハビリ進行します。

COPD：呼吸器リハビリを選択し、処方内容を記載

入院 4～5 日目より呼吸理学療法開始⇒症状にあわせて活動拡大（必要時、酸素投与）、呼吸理学療法と下肢筋力訓練、歩行訓練などを実施⇒転院または自宅退院（必要時、外来リハへ移行）

平成 18 年の新規リハ対象入院患者数：16 名、平均在院日数 38.4 日、在宅復帰率 40%

その他、以下の疾患を各科にて経験症例とします。

【内科・外科】・・・ 廃用症候群（内科疾患、外科術後など）、上腹部術前・術後  
【整形外科】・・・ 大腿骨頸部骨折（術前・術後）、変形性関節症、脊柱管狭窄症、圧迫骨折、関節リウマチ、スポーツ外傷（膝靭帯損傷など）  
末梢神経障害（神経炎、絞扼性障害など）、脊髄障害による対麻痺・

## 四肢麻痺

【脳外科】・・・脳損傷による片麻痺（脳血管障害、脳挫傷など）、脳損傷による高次脳機能障害（失語症、半側空間失認、記憶障害など）、脳損傷による嚥下障害

【呼吸器・呼吸器外科】・・・慢性閉塞性肺疾患、誤嚥性肺炎、胸部術前・術後

【循環器科】・・・虚血性心疾患・心不全

### (4) 研修目標：急性期医療での基本的リハビリ処方ができる。

リハビリを必要とする病態は、麻痺、感覚障害、拘縮、筋異常緊張（痙縮等）、運動失調、高次脳機能障害（失語、失認、失行、記憶等）などの機能障害、歩行障害や日常生活動作困難などの能力低下で、その原因を診断し、評価し、目標と治療計画を立て、理学・作業・言語療法を中心としたリハビリを行う。対象疾患は、(1) 脳血管障害、脳外傷、(2) 脊髄損傷、脊髄疾患、(3) 関節リウマチを含む骨関節疾患、(4) 末梢・中枢神経を含めた神経筋疾患、(5) 切断、(6) 呼吸器・循環器疾患と広汎である。また、これら疾患のみならず高齢化社会の到来を反映して、廃用症候群の予防は特に重要な課題であり、多くの急性期疾患や術後において、正しいリスク管理のもとで早期離床のためのリハビリを実践することも含まれる。当院では必要な医学管理のもと初期段階からの早期リハビリに重点を置き、生活機能および生命予後の改善を目指している。当院における臨床研修では、急性期病院でのプライマリーケアとしてのリハビリに主眼を置き、各診療科における経験症例を通じてリハビリ計画を立て、基本的リハビリ処方ができるレベルを掲げる。

#### A. 行動目標

##### 〈各科共通項目〉

1. 診察の場面において、肢体不自由への配慮ができるとともに、患者・家族に対して、心理的な障害受容のレベルに応じた医療面接ができる。
2. 主要な疾患・病態における障害の構造を理解し、診察を通して、機能障害・能力低下を評価し、リハビリ計画を立てるとともに、リハビリ処方を具体的に記述することができる。
3. 主要な急性期疾患の特性、早期リハビリに際しての医学的リスク、廃用症候群の重大性を理解し、これらをリハビリ処方に反映できる。
4. 急性期-回復期-維持期の病床役割分担を理解して、各病床群におけるリハビリ目標の違いをリハビリ計画・処方に反映できる。また、維持期に対しては介護保険導入のための助言ができる。
5. 診察では、患者の障害を診るだけでなく、家庭での役割や家屋状況も聴取して、こ

れらをリハビリ計画・処方に反映できる。

6. 理学・作業・言語療法の区分を理解し、各スタッフと適切なコミュニケーションをとって、チーム医療を主導できる。
7. リハビリ室における医療事故の特徴を理解し、マニュアルに沿って、事故防止のための行動がとれる。また、リハビリ室を院内感染源にしないための配慮ができる。
8. 補装具支給のための医療保険や公費による助成制度を理解し、利用に際して患者・家族に適切な助言ができる。
9. 社会福祉の一環としての身体障害者認定のための手順を理解し、患者・家族に対して適切な助言ができる。

〈研修各科による項目〉

1. 脳血管障害に関して、身体的な機能予後を診断でき、これを加味したリハビリ目標を設定できる。
2. 脊髄損傷、末梢神経損傷に関して、身体的な機能予後を診断でき、これを加味したリハビリ目標を設定できる。
3. 筋骨格系の機能解剖を理解し、関節リウマチを含む骨関節疾患、切断後のリハビリ目標を設定でき、それをリハビリ処方に反映できる。
4. 心筋梗塞など、運動負荷量が問題となる疾患において、適切な運動強度をリハビリ処方に反映できる。
5. 神経伝導検査の適応を理解し、手技を習得し、結果の異常と神経学的所見の関係を説明できる。
6. 脳血管障害・脳外傷、脊髄損傷における神経性膀胱を評価し、投薬とリハビリ的管理を実践できる。
7. 脳血管障害や誤嚥性肺炎における嚥下障害について評価し、栄養およびリハビリ的管理を実践できる。
8. 主だった装具、義足の適応を理解し、その処方と適合判定ができる。
9. 肢体不自由の身体障害者手帳など、リハビリに関連する公的書類を正しく書くことができる。

## B. 症例経験目標

当院では、各科からの個別オーダー制となっており、経験すべき症例は、各科研修中に指導医がリハビリの必要があると判断した症例となります。リハ科としての研修ではないため、各科研修の中に、プライマリーケアとしてのリハビリとして組み込まれることとなります。実際には、各科指導医の監督・指導のもと、診察し、障害内容と運動負荷によるリスクを見極め、ゴールを設定し、リハビリ処方を行う。リハビリコメディカルスタッフの療法内容を研修するとともに、症例をフォローアップし、必要に応じてゴール再設定、リハビリ処方の追加・変更を行います。多くの場合、ベッド

サイドからリハビリが開始され出棟可能な状態になれば、種々のリハビリ器具を用いたリハビリ室での療法に移行します。

(5) 補足講義とリハビリ見学：実施日時はスケジュール表を参照してください。主な内容は以下の通りです。

1. リハ関連法規について
2. 障害評価とリハオーダーについて

## ⑫ 院内オーダリングシステムについて

担当：河野係長

当医院のシステムは、「医事」「オーダ」「薬剤」「検体」「放射線」「内視鏡」「給食」にて構築されています。

運用の流れとしては、「医事（受付）」→「オーダ」→（オーダに応じて）「薬剤」「検体」「放射線」「内視鏡」「給食」→「オーダ（検査結果受取）」→「医事（会計）」となっています。

下記に各々の機能をご説明します。

1. 「医事」・・・患者様の受付、再来（診察券、外来基本票発行）を行い、診療（入院）終了後会計を行います
2. 「オーダ」・・・「診療予約」「検査（内視鏡（上下消化管））予約」「処方（薬剤）」「放射線」「検体」の予約登録を行います。
  - 「診療予約」・・・次来院時の日付、時間及び、診療前検査情報等の登録を行います。
  - 「検査予約」・・・内視鏡検査（上下消化管）を使用する検査情報等の登録を行います。但し、検査結果は「オーダ」には、反映されません。また、会計情報も「医事」には反映されません。（伝票を起票します。）
  - 「処方」・・・外来、入院患者様の処方情報等の登録を行います。但し、薬剤師の「監査」行為が行われますので、変更中止の場合は薬剤師との連絡が必要になります。
  - 「放射線」・・・「単純一般」「ポータブル」「DIP/DIC」「透視・造影」「CT」「MRI」「RI」「血管造影」「骨塩定量」「セット（院内汎用）」の検査登録を行います。
  - 「検体」・・・各血液検査項目（院内、院外）の登録を行います。又、各診療科毎に「セット」という名称で検査項目がグルーピングされています。
3. 「薬剤」・・・院内、院外の薬剤を調剤します。「監査済み」を「オーダ」に反映させます。
4. 「検体」・・・院内にて検査できる項目の値を「オーダ」システムに反映させます。
5. 「放射線」・・・「オーダ」の指示方向等により、実施を行い、「実施済み」を反映させます。
6. 「給食」・・・入院患者様の食事情報を「オーダ」より受け取ります。但し、この登録は看護師が登録します。

## ⑮ 院内の画像システム

担当：西村副院長

当院の画像センターでは、部門内PACS（医用画像管理システム：Picture Archival and Communication System）が導入されており、単純X線（CR：computed radiography）、CT、MRIの画像はサーバーに保管され、部門内の端末から画像を呼び出しモニター上で診断しレポート作成ができるようになっています。今後、端末を病棟や外来など院内にも配置し、院内どこでも画像がモニター上で見れるように予定しています。また、RIS（放射線部門情報システム：Radiology Information System）も導入されており、画像検査のオーダーが各端末から簡単に瞬時にできるようになっています。今後予定されている電子カルテ導入時には患者さんのあらゆる画像や臨床情報が院内全域で閲覧できるようになり、同時に完全フィルムレス化が完了する計画です。

## ⑩ 看護部紹介

担当：宮崎看護課長

### 1. 看護部理念

責任ある態度と信頼される技術 あたたかい心で満足できる看護をする

### 2. 看護部の基本方針

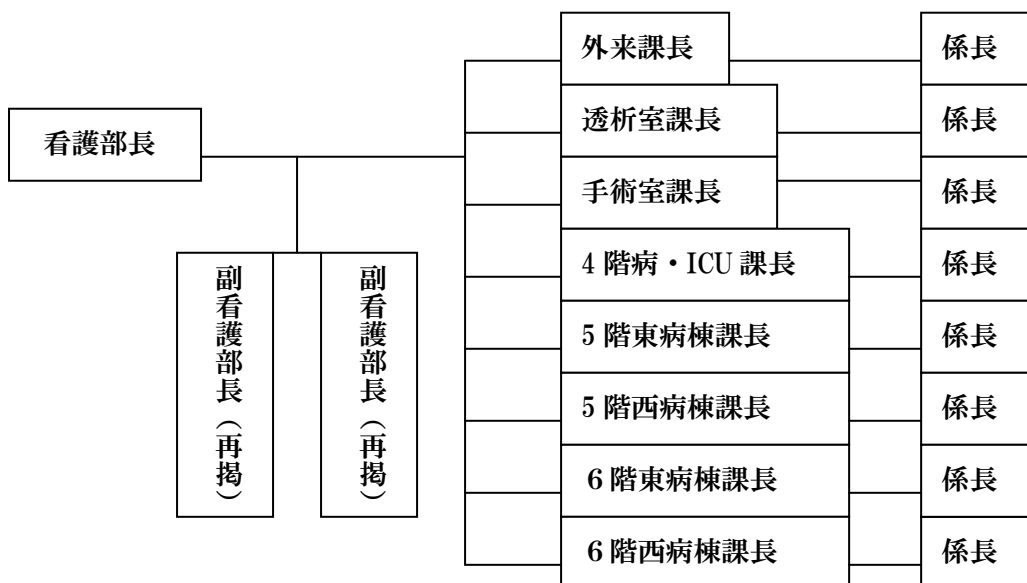
- I 安全で質の高い看護を提供する
- II 専門職業人として生涯を視野にいれ、ライフステージに対応した教育研修を  
実践する
- III 働きやすい職場環境を作り人材の定着を促進する

### 3. 平成 19 年度看護部目標

- I 5 S の実践により患者満足度を高める
- II 標準予防策の周知徹底による院内感染防止
- III コスト削減に努める
- IV 看護実践や評価・アセスメントの過程が患者家族にも理解できる看護記録を  
書く
- V 看護必要度による適切な看護の提供
- VI 二交替勤務体制の定着
- VII 看護研究を推進し成果を定着させる
- VIII 院内専門看護師制度によりキャリア開発を目指す
- IX 技術取得段階に応じた極め細やかな教育を行なう
- X “目標による管理” の導入

目標は目標毎に担当課長を決定し、年間の行定表に添って計画実施され、年度末に達成度を評価する。活動は組織横断的に行い看護部の運営に貢献する。

#### 4. 看護部組織



#### 5. 看護部委員会

教育委員会	業務改善委員会	感染防止対策委員会
記録委員会	安全対策委員会	クリニカルパス委員会
図書委員会	基準・手順委員会	臨床指導者委員会
褥瘡委員会	接遇・みだしなみ・レクリエーション委員会	

#### 6. 看護体制

- 1) 看護職員配置；7：1
- 2) 看護必要度；毎日必要度を測定し、看護師の適正配置を立証する。
- 3) ベッド管理；入院は外来課長（または課長代理）が病棟と連絡を取り、決定する。

夜間は当直外来看護師が空床日報を基に病棟と相談して、病床を決定する。

課長日報—病棟内での入院・退院状況及び業務量を把握し、業務の改善や見直しに役立てる。また看護職員の勤務状況と看護必要度を把握し、日常業務の変化に対応する。

病棟の一日の状況を記載し、看護部長へ提出する。

空床日報—課長日報を基に院内の空床状況を把握し、病態に応じた患者の収容をして、効果的な治療・看護を提供する。夜間の入院が円滑に進み、夜間勤務者の負担を軽減することを目的とし、毎日16時に看護部長が発行する。

課長日直一日祭日の各部署の状況を把握し、病棟課長の代理で患者家族の対応を行なう。職員の勤務状況を把握する。

- 4) 課長会の役割；病院の理念、方針に基づき看護部内の適性かつ円滑な管理運営を目指して、看護係長会、各委員会等から提案された事項について審議決定する。  
チーム医療の確立を目指し、他職種と協働し問題解決に向けて討議する。

## 7. 勤務体制

3 交替：4 階病棟・I C U

2 交替：5 東・5 西・6 東・6 西病棟

## 8. 看護部教育基準

教育方針：倫理的感受性豊かな専門職業人の育成

- 目 標：I. 臨床実践習熟段階（クリニカルラダー）に沿って各個人が目標を持って自発的に学習し、レベルアップする
- II. 目標管理による自己成長
  - III. 病院・部門・部署の研修会を通して最新の知識・技術を習得する
  - IV. 看護職としての社会に目を向け、地域医療に貢献できる人材となる

## ⑰ 医療と法律、医療訴訟

担当：弁護士

### A：関係諸法令

- 1：医師法、医療法、個人情報保護法、健康増進法（講習6）
- 2：薬事関連（薬事法、麻薬および向精神薬取締法）（講習7）
- 3：医療保険制度、公費負担制度、保険医療機関及び保険医療養担当規則（講習8・9）
- 4：障害者保健福祉関連（身体障害者福祉法、知的障害者福祉法）（講習9）
- 5：老人保健福祉関連（老人保健法、老人福祉法）（講習9）
- 6：母子保健福祉関連（母子保健法、母体保護法）（講習9）
- 7：診療報酬制度、健康保険法、国民健康保険法（講習10）
- 8：臓器移植に関する法律（講習11）
- 9：感染症対策関連（伝染病予防法、結核予防法、予防接種法、性病予防法）（講習18）
- 10：食中毒予防法（講習20）
- 11：診療情報の提供等に関する指針

### B：医療訴訟

- 1：当院での医療訴訟事例から
- 2：医療訴訟とならないために
- 3：医療訴訟になりそうになったら
- 4：医療訴訟になったら

## ⑩ 福祉関連法およびその実際

担当：太宰府市役所 民生課長 新納氏、 当院ソーシャルワーカー

私たちの生活は、社会保障によって支えられている。社会保障は「社会保険」「公的扶助」「社会福祉」の三つの仕組みから、福祉サービス・医療サービス・金銭給付といったかたちで提供されている。

医療サービスは「社会保険」から行われ、ほかには介護サービス・年金・雇用保険・労災保険が含まれる。「公的扶助」は最低生活を経済的に保障するという生活保護が中心となり、「社会福祉」は児童福祉・障害者福祉・老人福祉などがある。このように、医療サービスはさまざまな社会保障制度の枠組みの中で施行されている。

また、現在高齢化率は二割を超え、独居老人や老々介護を強いられている世帯も少なくない。さらに、社会の経済状況に伴い、離職を余儀なくされた方・生活保護受給世帯・非課税世帯・路上生活をされている方も増加している。ほかに、身体障害・知的障害・精神障害をもった方などもおられる。

こうした状況で高度医療を提供するにあたり、福祉行政とのかかわりが必要となることが多くある。そこで、病院内のソーシャルワーカーが患者家族等と相談し、地域の行政窓口や包括支援センター、ケアマネージャーなどの各福祉の窓口へつなげる。

また、継続医療の必要な方に対しては、療養型医療施設やかかりつけ医・かかりつけ医などと連携を図り、支援していく。

本講習では、病院側と行政側からこうした状況の概説を行い、どのような問題があるかについても考察する。そして、いくつかの具体的事例につき、どのような流れで、対応するか説明する予定である。

## ★ BLS実習

担当：恒吉救急総合診療部長

舩井救急総合診療部長

院外心停止急患の救命には、バイスタンダーによる迅速な質の高い心肺蘇生と自動除細動器（AED）を用いた迅速な除細動が必要である。

AHAの心肺蘇生ガイドラインG2005の概説とBLSアルゴリズムを深く理解し、実践できるように人形・AEDトレーナーを用いた訓練を行う。

## ★ 救急車への対応 ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support)

担当：舩井救急総合診療部長

当院は筑紫野市・大野城市・春日市・太宰府市などの筑紫医療圏、さらに基山町・夜須町などに渡る地域の救急病院として機能し、この地域の内科系及び外科系の二次救急医療の中心的役割を担っている。

救急隊による直接搬送の重症患者・他院よりの転送患者を24時間受け入れる体制をとっており、現在年間に3000台を越える救急車を受け入れている。

救急隊からの連絡はホットラインに直接入るようになっており、簡潔に必要な最小限の患者情報を把握し必要な処置を指示できるようになることを目標とする。

また外傷症例では、JATECに準じた初期評価・治療を行い、当院の診療能力を超える高エネルギー外傷を見分け3次救急への転送を考慮する必要性を学ぶ。

AHAの心肺蘇生ガイドラインG2005に準じて、心肺停止患者や循環動態が不安定な頻脈・徐脈症例に対するACLSアプローチを身につける。

## ★ 死亡時の対応・剖検について

担当：恒吉救急総合診療部長

### 死亡診断書（死体検案書）の書き方

死亡診断書とは診療中の患者が死亡した場合に、その死亡原因を医学的に証明する文書です。死体検案書とは、実際に自分が診療をしていない人が死亡した時に、その遺体を検案してその死亡原因を医学的に判断し証明する文書です。交付の求めがあれば、正当な理由がなければこれを拒んではならない。（医師法第 20 条参照）

死亡診断書（死亡検案書）の様式 20 条によって定められている。死亡時刻や死亡の場所およびその原因は、具体的にまた正確に記入する。特に死亡の原因の最下欄は死因統計にも関与するので、順序立てて記入する。救急外来に搬送されてこられた患者が死亡していた場合や蘇生しなかった場合には、死亡検案書を作成するとともに警察の検視を受ける。

詳細に関しては、講義において具体的に説明する。

参照：医師法第 20 条では「医師は、自ら診療しないで治療をし、若しくは診断書もしくは処方箋を交付し、自ら出産に立ち会わないで出産証明書若しくは死産証明書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し診療中の患者が受診後 24 時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書についてはこの限りではない。」

## ★ 診療報酬・保険制度

担当：柿原医事課長

### 1) 診療報酬制度

- ・ 医科点数表について
- ・ 最近の診療報酬改定の流れ
- ・ DPCとは
- ・ 質の高い保険請求

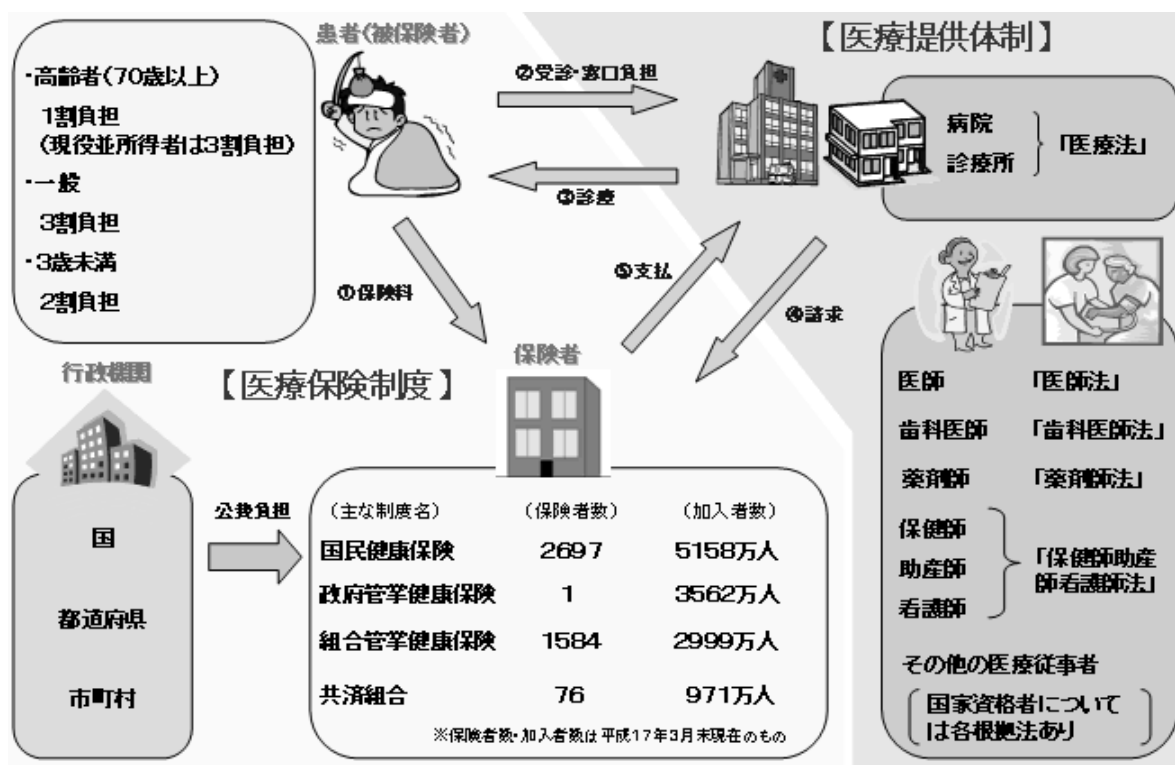
### 2) 医療制度改革のながれ

- ・ 一般病床（急性期型）・療養病床
- ・ 地域医療連携

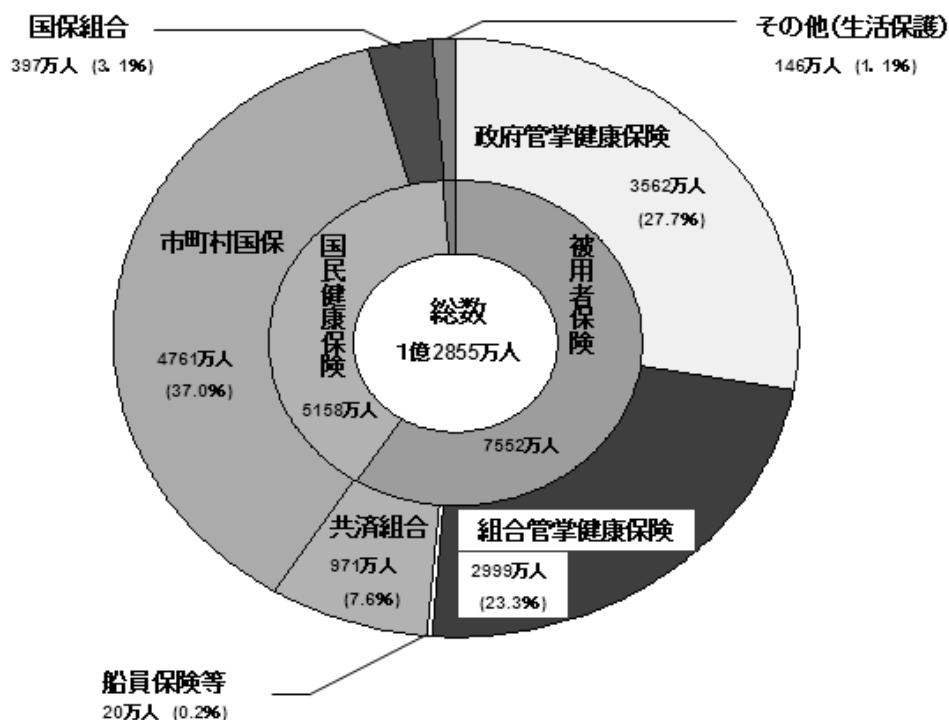
### 3) 当院の方向性・

- ・ レセプトオンライン請求
- ・ 電子カルテ

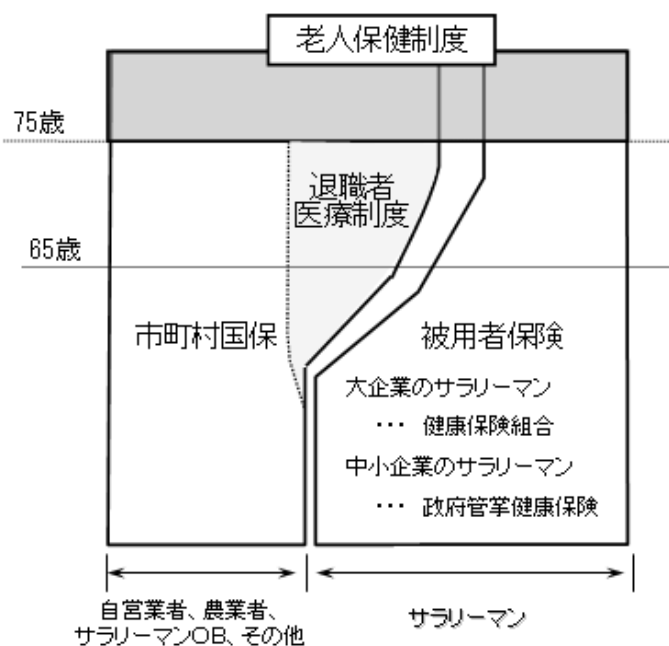
## ◇ 我が国の医療制度の概要



◇ 医療保険制度の加入者（平成17年3月末現在）



◇ 現行の医療保険制度の基本構造



老人保健制度

75歳以上の人は国保、被用者保険に加入して各々の保険に保険料を払いつつ、老人保健制度(市町村が運営者)にも加入し、給付を受ける。市町村は、国保、被用者保険からの拠出金と公費を財源として制度運営

(注)平成14年10月以降、対象年齢を70歳から毎年1歳ずつ引き上げ平成19年10月に移行完了(現在は73歳以上が対象)

退職者医療制度

サラリーマンの期間が20年以上の退職者(国保に加入)の医療費について被用者保険が市町村国保に拠出金を出して負担

## ★ 医学・医療情報収集について

担当：門上循環器科部長

- EBM：大学から卒業したばかりの若い医師の諸君には、EBMという言葉は至極当然に響くと思います。いろいろな分野で、さまざまな研究が行われ、われわれの診断や治療は、この上に立って進んでいっているといえます。今後は、学生時代と異なり、時間に追われることも多いことと考えられます。情報は、日々増え続けていき、この中から有用な情報を取り出しつつ自分の糧とし続ける必要があります。医師である限り、多忙であることを理由に情報収集を怠ることは許されません。このため、いかにして、効率よくこうした情報を収集することができるかが、重要な能力となります。
- 情報のソース
  - 学会
    - ① 学会では、最近のトピックがいち早く発表されるため、自分の関連する、または興味のある学会には可能な限り出席し、新しい情報を得ることが重要となります。
    - ② 学会には専門科で行う比較的小さなものと全体の科にわたる内科学会など大きなものがあります。大きな学会になると、同時に10以上の部屋で講演が行われるため、とても全部のトピックは聞くことができないようになります。このため、今回は何を聞きたいのかをある程度絞って参加することが重要です。
    - ③ 一般に大きな学会では年1回の総会と年2回程度の地方会が行われます。地方会では教育講演と症例発表が中心となります。一方総会では、研究発表が中心となります。また、教育講座・講演についても充実しています。
  - 雑誌・書籍
    - ① いわゆる商業雑誌には、さまざまな科の専門的な内容の記載したものや研修医向けに全体をカバーした雑誌もあり、新しい知見がまとめてあります。教科書では足りない部分を補うのに便利ですが、必ずしも確定していないことも書かれているため、すべてを鵜呑みにしないように注意して読む必要があります。
    - ② 研修医のころに勉強したことが一生の医師生活を大きく支えます。大変だとは思いますが、この時期、しっかりした教科書を改めて読みながら診療を行い、全体を見渡せるようになることは、一生の財産です。自分が興味のある科については、世界中で読まれているような教科書を買って読むべきです。
  - 学会誌
    - ① 各学会の会員になると、その学会の雑誌が送付されてきます。特に欧米の有

名な学会の雑誌は、投稿原稿採択率が極めて低く、医学研究の最先端でし  
ぎを削る世界中の研究者たちからの応募が絶えません。研修医のころは、こ  
うした学会誌のOriginal articleは、読んでも理解しづらいただろうと思われ  
ます。しかし、初期研修のころでも読めるような、しっかりしたReviewが多  
いのも、こうした雑誌の特徴です。各科の医師はさまざまな学会に属してい  
ますので、こうした医師に相談してみてください。

➤ インターネット

- ① 現在、インターネットの検索能力は飛躍的に増大して、自宅や病院に居なが  
ら、世界中の文献検索を行い、多くの雑誌では、その論文を読むことができ  
ます。
- ② これらの中には、その検索サイトと契約することが有料であるもの、論文1つ  
を見るのが有料であるもの、全く無料で、かなり新しい論文まで閲覧する  
ことができるものなどがあります。
- ③ 以下のサイトは、今後論文検索や医学情報検索について、きわめて有用であ  
り、是非、これらのサイトの使用方法になれておいてください。
  - CiNii (国立情報学研究所 論文情報ナビゲーター 日本語・英語可、国  
内学会要約閲覧可)
  - Pub-Med (National Library of Medicine and National Institute of  
Health: 英語のみ)
  - Google scholar (日本語・英語可)
- ④ 以上のサイトで要約だけを見ることしかできず、論文などの全文を読みたい  
ときには、大学図書館、または当院のその関連科の医師に相談してください。

## ★ 診療録の書き方

担当：間野診療録委員会委員長

### 【診療録とは】

診療録とは、狭義には医師法で定める医師が患者の診療内容・経過などを記載する文書を指す。又、広義には診療に関する諸記録を含むものと考えられる。法的には医師法第24条において、「医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない」と規定されている。

### 【診療録記載における注意事項】

#### 1：記載の原則

- ① カルテの記載がないことは、診察していないととられても反論できない。
- ② インク又はボールペンを用いて記載する。
- ③ 日付を必ず記載する。
- ④ ページや行間を空けない。止むを得ず2つの記載の間が開いた際には、その中間の白紙の部分にX印をつけておく。
- ⑤ 患者さんも読めるようにできる限り日本語で丁寧に記載する。
- ⑥ 科が違えば略号は異なるため、仲間内だけの略語・造語は使用しない。

#### 2) 記載内容

- ① 医師法で定める記載義務事項。
  - ・ 診療を受けた者の住所、氏名、性別、年齢
  - ・ 病名及び主要症状
  - ・ 治療方法（処方及び処置）
  - ・ 診療の年月日
- ② 症状・所見・治療計画をPOSに沿って記載。
- ③ 患者や家族に対する説明内容を以下に沿って記載。
  - ・ 説明者
  - ・ 説明日時
  - ・ 相手方及び同席者
  - ・ 説明内容
  - ・ 質問と回答
- ④ 治療に関連しない、患者の性格・態度などについては記載しない
- ⑤ 他の医療スタッフとのトラブルや非難・批判は記載しない

#### 4) 禁止薬剤に関する記載

診療録内の記載欄に赤字で記載する

#### 5) 指示等

- ① 指示は判り易く、明確に記載する
- ② 処方薬剤については用量・用法を正確に記載する

③ 口頭指示を行った場合には、後で必ず指示欄に記載し署名する

6) 傷病名の記載

① 病名欄に遅滞なく傷病名を記載する。不明の点があれば、そのつど医事課などに確認すること。

② 必要に応じて転帰を記載する。転帰不明の場合は中止とする。

7) 指導医による記載の確認

研修医による記載については、最低週1回は指導医が記載内容を確認する。適宜補足修正した後署名を行い、連名で記載したことを明らかにしておく

8) 記載の訂正

記載の訂正は、元の記載が見えるよう訂正する部分に二本線を引き、署名又は捺印する。塗りつぶしたり、修正液を用いると改ざんを疑われるおそれがある。

## ★ 同意書の取り方

担当：白地内科部長

### 1) インフォームドコンセントとは

現在の医療において、すべての医療行為は、十分な説明とその理解に基づく受け手の同意の上で行われることが原則です。これをインフォームドコンセント呼びますが、非常に多忙で、かつ、場合により（ガンなど）、その内容を十分説明することの是非が微妙である医療現場では、必ずしも完全にこうしたことが行われていないのが現状です。患者さんに十分説明を行って治療を行うことは、当然のことで、大部分の場合は行われていますが、医療訴訟が増加している現状を考えると、こうしたことを確実に形として残すことが重要となります。

### 2) 検査同意書

すべての同意書は、患者さんがその説明を聞いたとの証拠にはなるものの、それがあからとって、その治療行為が悪い結果をもたらしたときに、クレームをつけることができない根拠となりません。

#### (a) 検査同意書の実物配布と取り出し方

#### (b) 各科共通に使用する可能性が高い検査同意書

##### ① CT

- ・造影剤の使用の適応と禁忌
- ・造影剤の使用上の注意、副作用に関して

##### ② MRI

- ・磁場、電磁波による副作用に関して
- ・MRI 造影剤（ガドリニウム製剤）の副作用に関して

##### ③ 内視鏡の検査同意書

- ・胃内視鏡、大腸内視鏡、ポリープ切除術

### 3) PEIT, PMCT, RFA の同意書

### 4) 手術同意書

### 5) 輸血同意書

### 6) 生物由来製品使用の同意書

### 7) 抑制の同意書

8) その他、侵襲的である検査・治療は、原則としてすべて同意書をとるか、カルテにサインをいただくかするほうが安全である。

## ★ 院内感染について

担当：福嶋院内感染対策委員会委員長

マスコミの報道を見てご存知のとおり、一旦異常な感染が病院内に生じると今日ではきわめて大きく報道される。異常な感染は、患者さん・医療関係者に直接的に不利益を生じさせるのみならず、その後永く、感染の起こりやすい不潔な病院という評判という大きなダメージを残すこととなる。

### A:標準予防策(スタンダード・プレコーション)

標準予防策はあらゆる感染症に対する基本的な感染予防対策であり、普遍的予防策(ユニバーサルプレコーション)と生体物質隔離予防策(ボディ・サブスタンス・アイソレーション)の考えをひとつにまとめたものである。HBV、HCV、梅毒は入院時にルーチンに検査されているものの、このほかにも無数の感染源があり、更に検査をされているものですら感染から一定期間経たないと検出できない。このような状況に常時対応する医療従事者やそれを取り巻く人々において、標準予防策とは、すべての患者の血液、体液(汗を除く)は何らかの病原体を持っている可能性があると考えて行う対策である。

#### 1) 適応 (以下のものに接触する場合、実施する。)

- ・ すべての血液・体液(汗は除く)と、これが付着している可能性があるもの。
- ・ 感染源となりうる体液とは
  - (ア) 排泄物(糞便、尿)
  - (イ) 分泌物(精液、膣分泌物、膿、創傷からの浸出液、消化液、粘膜からの分泌物、気管支分泌物、鼻汁、湿性組織、脳脊髄液、胸水、腹水、羊水など)
  - (ウ) すべての粘膜(口、鼻、眼、膣、消化管、直腸、肛門)
  - (エ) 創傷のある皮膚(手あれや皮膚病変を含む)

#### 2) 方法

##### ① 手洗い、手袋の着用、刺傷事故防止

###### 適応

- ・ 血液、体液に接触する可能性がある場合
- ・ 便器・尿器・廃液バッグの取り扱い、おむつ交換、経鼻胃管の挿入、気管内吸引、内視鏡検査などの粘膜面への接触、包帯交換などの創傷処置、中心静脈カテーテル留置等の体腔内穿刺時、健常皮膚以外への接触
- ・ 損傷皮膚、粘膜に接触前後
- ・ 被覆・閉鎖され表面が湿っていない創傷、無症状のMRSA 保菌者、失禁のない下痢、

### 尿路感染症

- ・ 方法：1 処置 1 手洗いの徹底

### 適応外

- ・ 非接触時：問診のみ、会話のみなど
- ・ 健常皮膚のみに接触：検温・血圧測定、清拭、入浴の介助など

② 衣類汚染の可能性がある時は、ディスポエプロンやガウンを着用。顔面に飛沫が飛びやすい処置時は、マスクやゴーグルを着用。

### 適応

- ・ 咳、失禁のある患者に接する時、気管内吸引、広範囲の創傷処置など
- ・ 便器、尿器の洗浄処理など
- ・ 病原体を拡散させる患者の体位交換、清拭、シーツ交換など

③ 以下は過剰な対策である

- ・ 病室のホルマリン燥蒸
- ・ 消毒剤の環境噴霧(床、ベッド、家具、浴槽など)
- ・ グルタラール(サイデックス、ステリハイド)の環境への使用

## B:感染経路別予防策

感染性の強い病原体を持っている患者や、そのような病原体に感染している患者に対して感染症が伝播する経路を絶つ対策で、接触予防策・飛沫予防策・空気予防策に分けられ標準予防策に付加して実施することで院内感染防止の効果が上がる。

### 1) 接触予防策

皮膚や汚染物への接触による感染症の伝播を防ぐ方法。

#### 適応患者

直接、間接接触により伝播される微生物の感染または保菌が確定または疑われる患者。

#### 方法

- ① 個室管理。個室がなければ、同じ感染症を持つ患者を同室にしてもよいが、感染経路別予防策を確実に行う。
- ② 患者に接触する時は手袋を着用、退室する時は手袋をはずして消毒剤で手洗いをする。
- ③ 血液、体液が飛散する恐れがあればエプロンまたは、ガウンを着用する。
- ④ 聴診器や血圧計、包交セットなどは患者1 人専用とする。

## 2) 飛沫予防策

- ・ 飛沫感染は感染性患者・キャリアの微生物を含む感染性の飛沫粒子(5 $\mu$ m 以上)が、気管吸引、気管支鏡などの処置や咳、くしゃみ、会話などにより伝播され起こる。
- ・ 飛沫は空中に浮遊し続けることはないので、特殊な空調と換気は必要ない。

### 適応患者

感染性飛沫によって伝播される病原体に感染しているか、疑われる患者

### 方法

- ・ 個室管理。不可能なら他の患者や面会者の間に少なくとも1mの距離をおく。
- ・ 換気システムは不要、ドアは開けておいてよい。
- ・ 患者から1m 以内の距離で医療行為をする時は、マスクを着用する。
- ・ 患者を移送する時はマスクを着用させる。

## 3) 空気予防策

- ・ 空気媒介性飛沫核(微生物を含む飛沫が気化した後の小粒子5 $\mu$ m 以下)が粉塵粒子とともに空気の流れによって広く撒き散らされ、同室内あるいは遠く離れた感受性のある患者にも定着する。
- ・ 特殊な空調と換気が必要である。

### 適応患者

適応疾患：結核、水痘、麻疹(空気感染する)

### 方法

- ・ 個室管理。
- ・ ドアを閉じる。
- ・ 医療従事者および面会者が部屋に入る時は、N95 マスクを着用する。
- ・ 患者を移送する時は、マスクを着用する(飛沫粒子は大きいため患者に濾過マスクは不要)。
- ・

## C:感染対策の手技

### 1) 手指衛生

医療従事者の手指は、病院感染を引き起こす病原体により汚染されている。そのため手を介した交差感染を防止することは、病院感染防止対策上もっとも基本的で重要な対策であり、正しい手指衛生の手技を日ごろから練習し習熟しておく必要がある。

#### ・ 方法

1. 衛生的手洗い：流水と抗菌性ハンドウォッシュを用いた手洗い
2. 速乾性手指消毒：乾性手指消毒」とは手に存在する微生物の数を減らすため、速乾性消毒剤を手の表面に適用することをいう

- ・ 手指衛生を行う場面

1. 処置前
  - ・ 患者への直接接触
  - ・ 中心静脈カテーテル挿入時に滅菌手袋を装着
  - ・ 導尿カテーテル、末梢静脈カテーテルなど手術的手技を要しない侵襲的器具を挿入
2. 処置後
  - ・ 患者の健常皮膚に接触
  - ・ 血液、体液、排泄物、粘膜、非健常皮膚、創傷被覆面に接触
  - ・ 患者が高頻度にふれる環境表面（ベッド柵、オーバーテーブル、床頭台、ナースコール、電気のスイッチ、リネン、寝衣など）に接触
  - ・ 手袋をはずした後
3. 同一患者の汚染部位から清潔部位に移る場合

#### 基本原則

- ・ 手が目に見えて汚れない場合→速乾性手指消毒
- ・ 手に目に見えて汚れがある場合または細菌、芽胞、ロタウイルス、アデノウイルスなどの付着が予測される場合→衛生的手洗い

#### 基本動作

- ・ 爪を短く切る
- ・ 石鹼あるいは消毒薬、ペーパータオルの準備
- ・ 半袖あるいは腕まくり
- ・ 時計、指輪をはずす

#### 速乾性手指消毒の特徴

アルコールによる殺菌効果と配合消毒剤による持続活性が期待でき、非抗菌性および抗菌性石鹼と流水による手洗いより優れている。また、軟化剤、保湿剤が混入されているため手荒れが少ない。消毒の三要素である温度、時間、濃度を満足させる正しい方法を実施する。

#### 方法

- ① エタプラス（約3ml 以上）を手掌にとる。
- ② 薬液を取っていない方の手の爪を薬液に浸す。
- ③ 薬液を反対の手にこぼさないように移し、反対の手の爪を浸す。
- ④ 両手全体にまんべんなくすばやくのぼす。
- ⑤ 多少熱をもつ位、しっかり擦り合わせる。
- ⑥ 指先、爪の間に一本ずつきちんと擦り込む。

- ⑦ 十分乾燥させる。

#### 衛生学的手洗いの方法

- ① 水で水洗いし、付着した有機物を取り除く(有機物は消毒薬の作用を減弱させる)。
- ② 薬用ハンドウォッシュを用いて、少なくとも15 秒間手のすべての表面を十分に泡立て、互いに強くすり合わせる。
- ③ 手背、指先とくに爪の周囲、指の間、手首および親指の付け根が手洗いのミスを生じる可能性が高く、特に注意が必要。
- ④ その後流水で十分に石鹼、消毒剤を取り除きペーパータオルでパッティングするようによく拭いて乾燥させる。
- ⑤ 手首か肘を用いて蛇口を閉める。できない時はペーパータオルで閉める。

## 2) 手袋

### 手袋の使用

血液、体液、粘膜、創傷部への接触が考えられる場合に使用する。

具体的には

- ① 採血時
- ② 出血が予想される注射時
- ③ 容器内の排泄物を捨てる時
- ④ 失禁者の清拭時
- ⑤ 採尿バッグの取り扱い
- ⑥ 気管内吸引時
- ⑦ 気管内挿管時
- ⑧ 創の手当て時
- ⑨ 救急外来の処置時
- ⑩ 一般清掃前のこぼれた排泄物、汚物を取り扱う時

### 手袋の交換

使用した手袋は感染性廃棄物として処理する。手袋の交換の目安は以下のとおりである。

- ① 患者に使用する手袋は患者ごとに交換する。
- ② 同一患者でも異なる部位の処置をする時は交換する。
- ③ 湿性の体液が付着あるいはその恐れのある手袋は、その都度交換する。
- ④ ドアノブ、電話機、コンピューターなどの共有物に触れる場合は手袋をはずす。
- ⑤ 長時間着用し手に汗をかいたらはずす。
- ⑥ 小さな穴でもピンホールがある場合は交換する。

## 3) マスク

使い捨てマスクは医療従事者の保護の目的で使用されるが、通常は不要であり過度の使用は控えるべきである。また、病原体はマスクを通過しうることから過信することは危険であり、使用したマスクは感染源とみなすべきである。従ってそのマスクをして一般食堂へいく事などのないようすべきである。マスクは飛沫予防、空気感染防止に用いられる。

- ・ 飛沫予防

血液、体液、排泄物などの液体の飛沫が予想される場合は液体不透過性の高いマスクが必要である。クリーンルームや開放創、広範な火傷患者の処置の際に医療従事者の唾液などが患者に飛沫するのを防ぐ目的で使用される。また、医療従事者自身に呼吸器感染症状があり、やむを得ず患者に接する場合などが適応となる。

- ・ 空気感染予防

空気感染する結核菌、麻疹、水痘(医療従事者が麻疹、水痘の既往のない場合)の患者に接する場合にはN95 マスクを使用する。その際、呼気と吸気がもれないよう正しく装着することが重要である。開放性結核患者が移動する場合には患者にサージカルマスクを着用させる必要がある。

#### 4) エプロン、ガウン

衣類を汚染しやすいすべての処置の際に医療従事者の制服を患者の血液、体液による汚染から保護する目的と、逆に医療従事者の制服から患者を保護するために使用する。上の注意患者と密接に接触した場合は患者毎に交換する。体液で汚染されたエプロン、ガウンや感染隔離室で使用されたものは感染性廃棄物として処理する。

#### 5) ゴーグル、フェイスシールドつきマスク

血液、体液などによる顔面の汚染の危険がある時はゴーグル、フェイスシールドつきマスクを着用し医療従事者を守る必要がある。もし、誤って眼が汚染された場合は直ちに水道水、生理食塩水で洗浄し、眼科を受診する。できれば使い捨てゴーグル、フェイスシールドつきマスクが望ましいが、再使用が必要な場合は洗浄剤と流水で汚れを取り乾燥させておく。

## 各診療科研修カリキュラム

- 1) 基本的臨床検査
- 2) 内科系研修
  - I. 一般内科
  - II. 循環器科
  - III. 呼吸器科
  - IV. 腎臓内科(透析)
- 3) 外科系研修
  - I. 一般外科
  - II. 整形外科
  - III. 脳外科
  - IV. 泌尿器科
- 4) 麻酔科研修
- 5) 救急総合診療部研修
- 6) 産婦人科研修
  - ・ 飯塚病院
- 7) 小児科研修
  - ・ 福岡大学筑紫病院
- 8) 精神科研修
  - ・ 福岡県立精神医療センター太宰府病院
- 9) 地域医療研修
  - ・ 福岡県済生会二日市医療福祉センター

## 1. 基本的臨床検査

適応が判断でき、結果の解釈ができる。★印については、自ら実施して、結果を解釈できる。

### 1) 一般尿検査(尿沈渣顕微鏡検査を含む)

- a. 尿の肉眼的観察，尿定性検査(試験紙法)実施.
- b. 尿潜血陽性，尿蛋白陽性の場合の鑑別疾患
- c. 尿沈渣標本作製，弱拡大での尿沈渣の円柱有無の判断，強拡大での尿沈渣の赤血球数，白血球数の測定，赤血球の変形の有無の判断

### 2) 便検査(潜血、虫卵)

- a. 大便の肉眼的観察，タール便の診断
- b. 化学的便潜血検査と免疫学的便潜血検査の違いの理解
- c. 虫卵検査の解釈

### 3) 血算・白血球分画

- a. 白血球数，赤血球数，血小板数減少と増多の鑑別疾患
- b. 白血球分画(異常細胞の存在を含む)の解釈
- c. 平均赤血球容積(MCV)などをもとに貧血を分類
- d. 偽性血小板減少の機序と鑑別

### 4) 血液生化学的検査

- a. 適切な検査項目を選択して適切な間隔でのオーダー
- b. 検査項目に適した条件での採血(脂質,ホルモンなど)
- c. 逸脱酵素の臓器別分布の知識
- d. 血清尿素窒素(BUN)とクレアチニン(Cr)との乖離の解釈
- e. 簡易血糖測定

### 5) 血液免疫血清学的検査

- a. 肝炎ウイルス関連検査の意義
- b. ウイルス抗体価、グロブリンクラス別(IgM、IgGなどの)ウイルス抗体価の解釈
- c. 梅毒血清反応検査の解釈
- d. 主要な自己免疫疾患とその診断に有用な自己抗体検査の解釈

## 6) 細菌学的・薬剤感受性検査

### a. 適切な検体採取

無菌的な血液培養の実施，膿性喀痰と唾液との判別，中間尿の採取方法の説明

### b. グラム染色の実施

c. 感染に関係している菌と常在もしくは定着している菌を判別

d. 薬剤感受性の結果の解釈と適切な抗生物質の選択

e. 迅速検査の適切なオーダー

## 7) 肺機能検査

a. スパイロメトリー，フローボリューム曲線，気道可逆性検査の適応と禁忌

b. 以下の肺機能検査について説明し、適切な検査指示を出すことができる

最大吸気位，安静吸気位，安静呼気位，最大呼気位全肺気量，肺活量，最大吸気量，機能的残気量，予備吸気量，一回換気量，予備呼気量，残気量，努力肺活量，

一秒量最大呼気流量  $V_{50}$ ， $V_{25}$ ， $V_{50}/V_{25}$  気道可逆性

c. 閉塞性，拘束性，混合性換気障害の分類と該当する疾患

d. 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)，気管支喘息，間質性肺炎，肺結核後遺症の肺機能検査の評価

## 8) 髄液検査

a. 適応と禁忌，偶発症と合併症，必要な器具の準備，適した体位，安全な穿刺部位の理解

b. 穿刺部位の消毒と局所麻酔，検査針挿入の実施

c. 三方活栓と検圧用のガラス管を用いた初圧と終圧の測定

d. 髄液検査の結果の解釈，検査後の低髄圧性頭痛の特徴や対処法の理解

## 9) 細胞診・病理組織検査

a. 細胞診の目的と有用性と限界，主要な検査材料，適切な検体採取法の説明

b. 細胞診所見の理解と異常所見の光学顕微鏡下または写真上での指摘

c. 病理組織検査の目的と必要性，検体採取の適応の理解

d. 病理所見の理解，異常所見の光学顕微鏡下または写真上での指摘

## 10) 神経生理学的検査（脳波，筋電図，誘発電位）

a. それぞれの検査計画，検査での神経専門医の補助，検査報告書の作成

b. 筋電図の種類（針筋電図，末梢神経伝導速度検査，誘発筋電図，表面筋電図）の理解

c. 表面筋電図所見から典型的な不随意運動を指摘

d. 誘発電位でSEP；体性感覚、VEP：視覚、ABR：聴性脳幹誘発反応の代表的な異常所見の説明

**★11) 血液型判定・交差適合試験**

- a. おもて(抗血清試薬)試験とうら(血球試薬)試験の実施とABO血液型判定
- b. 抗血清試薬を用いたRh0 (D) 血液型の判定
- c. 交差適合試験(室温、生理食塩水法)の実施とABO血液型適合血の判定
- d. 不規則抗体スクリーニング検査の意義の説明
- e. 交差適合試験(37° C、間接抗グロブリン法)の必要性の説明

**★12) 心電図(12誘導)**

- a. 心電図(12誘導)検査の単独での実施
- b. 心電図検査の(ア)記録条件,(イ)心拍数とリズム,(ウ)電気軸,(エ)P波,(オ)PR間隔,(カ)QRS,(キ)ST-T,(ク)U,(ケ)QTcなどの所見の説明
- c. 心電図検査の(ア)上室性期外収縮,(イ)心室性期外収縮,(ウ)発作性上室性頻拍,(エ)心房細動,(オ)心房粗動,(カ)心室細動,(キ)心室頻拍,(ク)狭心症,(ケ)心筋梗塞,(コ)心筋症などの異常所見の指摘

**★13) 動脈血ガス分析**

- a. 動脈血ガス分析の適応の理解,単独での動脈血採血の実施
- b. 採血時の呼吸条件,呼吸数の付記
- c. 動脈血ガス分析の結果から(ア)代謝性アシドーシス,(イ)代謝性アルカローシス,(ウ)呼吸性アシドーシス,(エ)呼吸性アルカローシスの異常所見の把握
- d. 酸素飽和度と酸素分圧との乖離の指摘とその原因の推測

## 2. 内科系研修

### I. 一般内科臨床プログラム

#### 【一般目標】

臨床医として必須かつ基本的な内科診療に関する知識、技能および態度を養い、各専門分野の医師としての自己を発展させることができる基礎をつくることを目標とする。

#### 【研修方法】

- 1) 2年間の研修期間のうち初年度の4ヶ月間とする。
- 2) 研修医は指導医の監督・指導のもとに、主として入院患者の担当医として診療を行う。
- 3) 研修医は当直診療を行う。病院当直の助手として主に救急患者の初期診療に当たる。
- 4) CPC、カンファレンスなどには積極的に参加する。

#### 【基本的態度・習慣】

◆よき臨床医として要求される基本的な態度・習慣を身につける。

- 1) 医療、保健の問題に取り組む積極的態度。
- 2) 医療、保健の専門職としての責任感。
- 3) 患者を身体的だけでなく、心理的、社会的な面も合わせてとらえる態度。
- 4) 保健、予防、社会復帰を含む包括的なものとして、医療を把握する態度。
- 5) 患者およびその家族に対する理解的態度。
- 6) 患者およびその家族との信頼関係を醸成する態度。
- 7) 総合的、科学的かつ冷静、沈着な問題解決態度。
- 8) 自己の能力の限界の認識と適切な専門家に対して序言を依頼する習慣。
- 9) チーム医療、チーム研究における協調的ないし指導的態度。

#### 【基本的知識・技能】

##### 1 問診および診察法

◆卒前に習得した面接法と診察法をさらに発展させ、診療に必要な基本的診察法を身につける。

- 1) 病歴を正確にとり、記録できる。
- 2) 前進の診察を正確かつ要領よく行える。
- 3) 理学的所見を正確に記載できる。
- 4) 頭頸部の診察（眼瞼・結膜、眼底、外耳道、鼻腔口腔、咽頭、甲状腺の触診）ができ、記載できる。
- 5) 胸部の診察ができ、記載できる。

- 6) 腹部の診察ができ、記載できる。
- 7) 神経学的診察ができ、記載できる。

## 2 基本的な臨床検査

- ◆ 病態と臨床検査を把握し、医療面接と身体診察から得た情報をもとに、必要な検査を自ら実施し、結果を解釈できる (A)、若しくは、検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。

- 1) 一般尿検査 (尿沈査顕微鏡検査をふくむ)
- 2) 便検査 (潜血、中卵)
- 3) 血算・白血球分画
- 4) 血液型判定・交叉適合試験 (A)
- 5) 心電図 (12誘導) (A)
- 6) 動脈血ガス分析
- 7) 血液生化学的検査
  - ・ 簡易検査 (血糖、電解質、尿素窒素など)
- 8) 細菌学的検査
  - ・ 検体の採集 (痰、尿、血液など)
- 9) 内視鏡検査
- 10) 超音波検査 (A)
- 11) 単純X線検査
- 12) 造影X線検査
- 13) X線CT検査
- 14) MRI検査
- 15) 核医学検査

## 3 基本的手技

- 1) 機動化候補の適応を決定し、実施できる。
- 2) 人工呼吸の適応を決定し、実施できる。(バッグマスクによる徒手換気ができる。)
- 3) 心マッサージの適応を決定し、実施できる。
- 4) 圧迫止血法の適応を決定し、実施できる。
- 5) 注射法 (皮内、皮下、筋肉、静脈、点滴、中心静脈確保) の適応を決定し、実施できる。
- 6) 採血法 (静脈血、動脈血) の適応を決定し、実施できる。
- 7) 穿刺法 (腰椎、胸腔、腹腔) の適応を決定し、実施できる。
- 8) 導尿法の適応を決定し、実施できる。

- 9) ドレーン・チューブ類の適応を決定し、管理ができる。
- 10) 胃管の挿入の適応を決定し、挿入、管理ができる。
- 11) 気管内挿管の適応を決定し、実施できる。(救急・麻酔科で実技を習得)
- 12) 除細動の適応を決定し、実施できる。

#### 4 基本的治療法

- 1) 療養指導(安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備など)の指示が適切にできる。
- 2) 薬物の作用、副作用、相互作用について理解し、薬物療法(抗菌薬、副腎皮質ステロイド薬、解熱薬、麻薬を含む)ができる。
- 3) 輸液ができる。
- 4) 輸血(成分輸血を含む)による効果と副作用について理解し、輸血が実施できる。

#### 5 医療記録

- ◆ チーム医療と法規との関連で重要な医療記録を適切に作成し、管理するために、
  - 1) 診療録(退院総括を含む)をPOS(Problem Oriented System)に従って記載し管理できる。
  - 2) 処方箋、指示箋を作成し、管理できる。
  - 3) 診断書、死亡診断書(死体検案書を含む)、その他の証明書を作成し、管理できる。
  - 4) CPC(臨床病理カンファレンス)レポートを作成し、症例呈示ができる。
  - 5) 紹介状と紹介状への返信を作成でき、それを管理できる。

#### 【経験すべき症状・病態】

##### 1 頻度の高い症状

- ◆ 以下の症状をできるだけ経験し、鑑別診断ができるようにする。特に下線の症状を自ら診療し、鑑別診断がおこなえる。
  - 1) 全身倦怠感
  - 2) 不眠
  - 3) 食欲不振
  - 4) 体重減少、体重増加
  - 5) 浮腫
  - 6) リンパ節腫脹
  - 7) 発疹
  - 8) 黄疸
  - 9) 発熱

- 1 0) 頭痛
- 1 1) めまい
- 1 2) 失神
- 1 3) けいれん発作
- 1 4) 胸痛
- 1 5) 動悸
- 1 6) 呼吸困難
- 1 7) 咳・痰
- 1 8) 嘔吐・嘔気
- 1 9) 胸やけ
- 2 0) 嚥下困難
- 2 1) 腹痛
- 2 2) 便通異常（下痢・便秘）
- 2 3) 腰痛
- 2 4) 関節痛
- 2 5) 歩行障害
- 2 6) 四肢のしびれ
- 2 7) 血尿
- 2 8) 排尿障害（尿失禁・排尿困難）
- 2 9) 尿量異常

## 2 緊急を要する症状・病態

◆以下の病態を経験し、下線の病態は初期治療に参加する。

- 1) 心肺停止
- 2) ショック
- 3) 意識障害
- 4) 脳血管障害
- 5) 急性呼吸不全
- 6) 急性心不全
- 7) 急性冠症候群
- 8) 急性腹症
- 9) 急性消化管出血
- 10) 急性腎不全
- 11) 急性感染症
- 12) 急性中毒
- 13) 誤飲・誤嚥

## II. 循環器科臨床プログラム

### 【一般目標】

循環器内科領域の各種疾患に関する基本的知識、態度、技術を習得する。

### 【行動目標】

1. 初期治療を的確に行う能力を獲得する。
2. 頻度の高い症状、緊急を要する患者の病態の観察、基本的臨床検査、基本的手技・処置・治療を経験する。
3. 患者の身体所見、検査所見に基づいた鑑別診断ができる。
4. 頻度の高い疾患において、一般的な治療の流れを患者に説明できる。

### 【学習方法】

1. 副主治医として入院患者の診療にあたる。
2. 下表中の検査、処置などについて研修を行う。
3. 予定のない時間は主治医と病棟業務を行う。
4. 回診時に新規入院患者のプレゼンテーションを行う。
5. 研修医向け講義ではテーマを決めて研修医に講義を行う。
6. 急患来院時には担当医と診療を行う。

### 週間スケジュール

	月	火	水	木	金	土
	抄読会 ICU カンファレンス	心リハカンファレンス	SAS カンファレンス			
午前	ICU・病棟回診 心筋シンチ実習 12 誘導心電図判読	ICU・病棟回診 心臓超音波実習 12 誘導心電図判読	ICU・病棟回診 運動負荷心電図実習 12 誘導心電図判読	ICU・病棟回診 運動負荷心電図実習 12 誘導心電図判読	ICU・病棟回診 心筋シンチ実習 12 誘導心電図判読	ICU・病棟回診 心臓超音波実習 12 誘導心電図判読
午後	運動負荷試験 (CPX) 実習	心臓カテテル実習	心臓リハビリ実習	心臓カテテル実習	心臓カテテル実習	
			画像カンファレンス	研修医向け講義		

## 【経験目標】

### <基本的臨床検査>

適応が判断でき、結果の解釈ができる。

★印については自ら実施して結果を解釈できる。

- ★標準 12 誘導心電図
- ホルター心電図
- ★運動負荷心電図（トレッドミルテスト）
- 心肺総合運動負荷試験（CPX）
- ★動脈血ガス検査
- ポリソムノグラフィー
- 血圧・脈波検査（ABI、PWV、AI）

### <各種画像診断>

適応が判断でき、結果の解釈ができる。

★印については自ら実施して結果を解釈できる。

- 単純 X 線検査
- 造影 X 線検査（心臓カテーテル法）
- ★経胸壁心エコー図検査
- 経食道心エコー図検査
- X 線 CT 検査（冠動脈 CT）
- MRI 検査
- ★核医学検査（心筋シンチ）

### <基本的手技>

適応が判断でき、実施できる。

- 注射法（皮内、皮下、筋肉、静脈確保、中心静脈確保）
- 採血法（静脈血、動脈血）
- 穿刺法（心嚢）
- 動脈ライン確保・管理
- スワン・ガンツカテーテルの挿入・管理
- 直流除細動
- 気管内挿管
- 経皮的・経静脈的一時ペーシング
- 導尿法
- 胃管の挿入と管理

- 心肺蘇生法

#### <基本的治療法>

- 療養指導ができる（安静度、体位、食事、運動、入浴、排泄、環境整備を含む）。
- 薬物の作用、副作用、相互作用について理解し、薬物治療（降圧薬、昇圧薬、血管拡張薬、抗血小板薬、抗凝固薬、強心薬、抗不整脈薬、脂質代謝改善薬、など）ができる。
- 基本的な輸液ができる。

#### <症状からの鑑別>

胸痛、腹痛、動悸、呼吸困難、浮腫、全身倦怠感、体重減少／増加、失神、ふらつき、間欠性は行、不安・抑うつ、など。

#### <緊急を要する症状・病態の初期治療の経験>

##### 初期治療に参加

- 心肺停止
- ショック
- 意識障害
- 急性心不全
- 急性冠症候群（急性心筋梗塞）
- 致死的不整脈
- 高血圧緊急症

#### <各疾患の経験>

- 高血圧症（本態性、二次性）
- 動脈疾患（閉塞性動脈硬化症、大動脈瘤）
- 心不全（急性および慢性）
- 虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）
- 心筋症（肥大型、拡張型、拘束型、二次性）
- 不整脈（主要な頻脈性、徐脈性不整脈）
- 弁膜症（僧帽弁膜症、大動脈弁膜症）
- 肺高血圧症
- 脂質代謝異常症（高脂血症）
- 睡眠時無呼吸症候群

<特定の医療現場の経験>

禁煙外来

<法律・法規の理解>

オリエンテーション関連セミナーにて講義

### Ⅲ. 呼吸器科臨床プログラム

#### 週間スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	副主治医として入院患者の診療				
午後	回診	講義	研修	気管支鏡検査	気管支鏡検査

就業後 第二月曜日7時 筑紫呼吸器疾患研究会

1回/3ヶ月 英会話（希望者）

佐賀大学との合同カンファランス

#### 【経験目標】

##### <基本的臨床検査>

適応が判断でき、結果の解釈ができる。★印については、自ら実施して、結果を解釈できる。

- ★ 喀痰染色検査（グラム染色、チール・ニールセン染色）
  - ・ 血液検査（血算および白血球分画、血液生化学検査、血液免疫血清学的検査）
  - ・ 細菌学的検査、薬剤感受性検査
- ★ 肺機能検査
  - ・ 細胞診、病理組織検査
- ★ 血液型判定、交差適合試験
- ★ 動脈血ガス分析

##### <各種画像診断>

適応が判断でき、基本的な読影ができる。★印については自ら実施して、結果を解釈できる。

- ★ 胸部単純X線検査
  - ・ X線CT検査
  - ・ MRI検査
  - ・ シンチグラフィ

##### <手技>

- ★ 人工呼吸器管理
- ★ NPPV
- ★ トロッカーカテーテル、
- ★ 呼吸リハビリテーション
- ★ 血液ガス分析
  - ・ 気管支鏡検査

要点 1) 副主治医として入院患者の診療にあたる。

- 2) 表中の検査につき、研修を行う。
- 3) 予定のない時間は、病棟業務を行う。
- 4) 研修医向け講義ではテーマを決めて研修医に講義を行う。

## IV. 腎臓内科(透析)臨床プログラム

I、特徴 腎臓内科・透析は済生会二日市病院内科における診療部門のひとつであり、腎疾患の診療を専門的に行い、患者様とその苦痛から一刻も早く回復することを目的としています。主な内容は腎炎、ネフローゼ症候群や腎不全などの腎疾患の診断と治療です。腎炎・ネフローゼ症候群については、多くの場合、腎生検により確定した組織診断に基づき、きめ細かな治療を行なっています。腎生検の組織診断は光学顕微鏡、蛍光抗体法、電子顕微鏡標本により関連病院病理部で行われていますが、当科では臨床的立場から解釈し、綿密な治療方針を定めています。また、その作成には日本腎臓学会における「腎生検病理診断標準化」や、厚生労働省研究班における「難治性ネフローゼ症候群診療指針」に基づかれているほか、国内、海外の優れた研究成果と、当科における豊富な経験も参考としています。さらに、急性および慢性腎不全の診療では、保存的治療だけでなく、必要に応じ末期腎不全における透析療法を行っています。透析療法のうち、いわゆる人工腎臓による血液透析は病院・透析センターにおいて昼夜2サイクルで実施しているほか、疾患の状況に応じて適宜行っています。透析合併症により腎臓内科以外の科で診療されている患者様の透析についても、それぞれの診療科と密接に連携しております。また、血液透析の技術を応用した血液浄化療法として、必要に応じ腎疾患、膠原病および自己免疫疾患に対して血漿交換療法やLDLアフェレシス、免疫吸着療法も行っています。さらに、透析療法の一環として、持続的携行腹膜透析療法(CAPD)も実施しています。このように当科は、一つ腎疾患領域にとどまらず、幅広い内科領域の全人的臨床研修が可能であることを特徴としています。

II、研修目標 医師としての基本的態度、広範な基礎知識の実地応用、及び基礎技能の修得に重点が置かれた研修が目標となる。当腎臓内科では、これらの点に十分配慮をした、日本医学教育学会卒後臨床研修委員会のまとめた卒後臨床研修カリキュラムと内科学会認定医制度研修カリキュラムに沿った、幅広い基本的臨床能力を身につけることを研修目標としています。

III、研修内容 研修期間中は、クリニカルクラークシップに沿った指導体制の下、入院患者の診療や血液浄化療法の実際を指導医とともに担当します。

また下記研修カリキュラムをたて、実際の症例や教科書を通じ、その理解や習得を到達目標項目別に自己評価および指導医評価をおこないます。

- 1) 腎臓疾患の病歴聴取法の修得
- 2) 腎臓疾患の診察法
  - a) 視診、触診、打診、聴診
  - b) 細胞外液量の評価
- 3) 腎臓疾患の検査法

- a) 検尿、沈渣の実技と解釈
- b) 血液及び尿のBUN、Cr、尿酸、電解質の解釈
- c) 腹部単純写真、KUBの読影
- d) 超音波断層検査の実技と読影
- e) 腎盂造影の実施と読影
- f) 腎CT検査の読影
- g) 動脈血ガス分析の解釈
- 4) 腎臓疾患の治療と管理
  - a) 食事療法の理解と食事処方箋の処方
  - b) 薬物療法
    - (各種薬剤の適応と腎不全の投与方法)
    - ・利尿薬、降圧薬
    - ・副腎皮質ステロイド
    - ・骨・カルシウム代謝薬
    - ・造血薬、抗凝固薬
    - ・抗生物質
- 5) 輸液療法
  - a) 腎不全患者での輸液計画と実際
- 6) 透析療法の適応
  - a) ブラッドアクセスの理解
  - b) 血液透析、HDF、CHDF、アフエレーシス
- 7) 腎移植の適応、効果、合併症
- 8) 主な腎臓疾患の理解と対応
  - a) 慢性糸球体腎炎・急性糸球体腎炎
  - b) ネフローゼ症候群
  - c) 全身疾患に伴う腎疾患
    - (高血圧、糖尿病、SLE、痛風、関節リウマチ、肝腎症候群)
  - d) 慢性腎不全、急性腎不全

### 3. 外科系研修

#### I. 一般外科臨床プログラム

##### 【一般目標】

プライマリ・ケアに対応するために外科の基本的技能、知識、態度を習得する。

##### 【行動目標】

- 1) 外科の初期治療を的確に行う能力を獲得する。
- 2) 頻度の高い症状、緊急を要する外科患者の病態の観察、基本的臨床検査、基本的手技・処置・治療を経験する。
- 3) 患者の身体所見、検査所見に基づいた鑑別診断ができる。
- 4) 病態の把握を行い、適切な処置や治療の方法を選択できる。
- 5) 外科的基本手技を遂行できる。

##### 【学習方法】

- 1) 消化器・一般外科および血管外科の術前患者を受け持ち、副主治医として診療に参加する。
- 2) 病棟・手術室・ICUにて、術前、術中、術後管理に関する基本的姿勢や外科的な基本手技、呼吸管理などを指導医のもとで研修する。
- 3) IVH 挿入、切開排膿、ドレーン管理、CPR などの手技については、受け持ち患者以外の症例でも指導医のもとで臨機応変に研修する。
- 4) 外科救急患者の対応には必ず同行する。
- 5) 週1回（木曜午後）の消化器カンファランス（内科、外科、放射線科参加）に参加する。

##### 【経験目標】

- ① 医療記録の方法、② 診療計画の方法、③ 基本的な診察法、④ 臨床検査法、⑤ 手技、⑥ 治療法、⑦ 症状・病態・疾患 などについて経験し、理解を深める。

##### <医療記録の方法>

- ・ 診療録の作成
- ・ 処方箋、指示書の作成
- ・ 診断書の作成
- ・ 死亡診断書の作成
- ・ 紹介状、返信の作成

##### <診療計画の方法>

- ・ 診療計画（診断、治療、患者家族への説明を含む）の作成
- ・ 診療ガイドラインの理解と活用
- ・ 入退院の適応判断

### ＜経験すべき診察法＞

#### 1) 患者への基本的姿勢

- ・ 患者・家族との信頼関係に努める。
- ・ 羞恥心を起こさせない様な態度をとる。
- ・ 患者・家族へ適切な指示、指導ができる。

#### 2) 基本的な身体診察法

- ・ 全身の観察（皮膚や表在リンパ節を含む）
- ・ 胸部（乳房を含む）の診察
- ・ 腹部（直腸診を含む）の診察
- ・ 頭頸部の診察（鼻腔、口腔、咽頭、喉頭および外耳道・鼓膜の観察、甲状腺の触診を含む）

### ＜経験すべき臨床検査＞

- ・ 血液型判定、交差適合試験
- ・ 心電図
- ・ 動脈血ガス分析
- ・ 肺機能検査
- ・ 内視鏡検査
- ・ 超音波検査
- ・ 単純X線検査
- ・ 造影X線検査
- ・ CT
- ・ MRI
- ・ 一般尿検査（検体の採取、尿沈査顕微鏡検査を含む）
- ・ 細菌学的検査（尿）・薬剤感受性検査（グラム染色など）

### ＜経験すべき基本的手技＞

- ・ 圧迫止血法
- ・ 注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）
- ・ 採血法
- ・ 胸腔、腹腔穿刺法
- ・ ドレーン管理
- ・ 胃管の挿入、管理
- ・ 局所麻酔法
- ・ 創部消毒とガーゼ交換
- ・ 簡単な切開排膿
- ・ 皮膚縫合法、抜糸
- ・ 軽度の外傷、熱傷処置

- ・ 気管挿管
- ・ 除細動
- ・ 外科関連領域の基本的な手技
- ・ 包帯法
- ・ 褥瘡の処置
- ・ 導尿法

#### ＜経験すべき基本的治療法＞

- ・ 療養指導（安静度、体位、食事指導など）
- ・ 薬物治療（抗菌剤。ステロイド、解熱剤、麻薬、血液製剤を含む）
- ・ 基本的輸液
- ・ 輸血

#### ＜経験すべき症状・病態・疾患＞

##### 1) 頻度の高い症状

- ・ 全身倦怠感
- ・ 体重減少
- ・ 浮腫
- ・ リンパ節腫脹
- ・ 黄疸
- ・ 発熱
- ・ 嘔気、嘔吐
- ・ 嚥下困難
- ・ 腹痛
- ・ 便秘異常
- ・ 歩行障害（間歇跛行）
- ・ 血尿
- ・ 排尿障害（尿失禁・排尿困難）

##### 2) 緊急を要する症状、病態

- ・ 心肺停止
- ・ ショック
- ・ 意識障害
- ・ 急性呼吸不全
- ・ 急性心不全
- ・ 急性腹症（尿路結石による疼痛を含む）
- ・ 吐血、下血

##### 3) 経験すべき疾患

- 消化器疾患

- 食道、胃、十二指腸疾患（食道癌、食道静脈瘤、胃癌など）
  - 小腸、大腸疾患（癌、炎症性疾患）
  - 胆嚢、胆管疾患（胆嚢癌、胆石症、胆管結石症、胆管炎など）
  - 肝疾患（肝硬変、肝癌、転移性肝癌など）
  - 膵疾患（膵癌、急性膵炎、膵嚢胞など）
  - 横隔膜、腹壁、腹膜（ソケイヘルニア、腹壁ヘルニア、腹膜炎など）
- 血管疾患
- 腹部大動脈瘤
  - 閉塞性動脈硬化症
  - 下肢静脈瘤

## II. 整形外科臨床プログラム

### 【一般目標】

プライマリ・ケアに対応するために整形外科の基本的技能、知識、態度を習得する。

### 【行動目標】

- 1) 整形外科疾患の初期治療を的確に行う能力を獲得する。
- 2) 頻度の高い症状、緊急を要する患者の病態の観察、基本的臨床検査、基本的手技・処置・治療を経験する。
- 3) 患者の身体所見、検査所見に基づいた鑑別診断ができる。
- 4) 病態の把握を行い、適切な処置や治療の方法を選択できる。
- 5) 外科的基本手技を遂行できる。

### 【学習方法】

- 1) 指導医のもとで、整形外科外科全般に必要な基本的手技・基本的治療法・経験すべき疾患を習得する。
- 2) 知識は自発的な学習と先輩医師との積極的なdebateにより培われる。
- 3) 技能は問題意識をもった注意深い観察と実践により向上する。

### <研修について>

- 1) いずれかの曜日で週に最低1回は病棟回診に同行する。
- 2) 外来および手術見学の割り当てはその週の予定により決定する。原則として手術見学を優先する。
  - 1) 検査（脊髄造影など）の日程を把握し可能な限り全ての検査に立ち会う。
  - 2) 整形外科救急患者の対応には必ず同行する。
  - 3) 基本的には担当医師の副主治医として行動する（受け持ち患者を共有）。

### 【経験目標】

#### <経験すべき診察法・検査・手技>

- 1) 医療面接
  - ・ 患者・家族との信頼関係に努める。
  - ・ 羞恥心を起こさせない様な態度をとる。
- 2) 基本的な身体診察法
  - ・ 全身の観察（皮膚や表在リンパ節を含む）
  - ・ 骨、関節、筋肉の診察
  - ・ 神経学的診察
- 3) 基本的な臨床検査法
  - ・ 単純X線検査

- ・ 造影X線検査（ミエロを含む）
  - ・ CT
  - ・ MRI
  - ・ 細菌学的検査（尿）・薬剤感受性検査（グラム染色など）
  - ・ 神経生理学的検査（神経伝導速度、筋電図）
- 4) 基本的手技
- ・ 圧迫止血法
  - ・ 注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）
  - ・ 採血法
  - ・ ドレーン管理
  - ・ 局所麻酔法
  - ・ 創部消毒とガーゼ交換
  - ・ 簡単な切開排膿
  - ・ 皮膚縫合法、抜糸
  - ・ 軽度の外傷、熱傷処置
  - ・ 気管挿管
  - ・ 除細動
  - ・ 外科関連領域の基本的手技
  - ・ 包帯法
  - ・ 褥瘡の処置
  - ・ ギプス処置
  - ・ 導尿法
- 5) 基本的治療法
- ・ 療養指導（安静度、体位、食事指導など）
  - ・ 薬物治療（抗菌剤、ステロイド、解熱剤、麻薬、血液製剤を含む）
  - ・ 基本的輸液
  - ・ 輸血
- 6) 医療記録
- ・ 診療録の作成
  - ・ 処方箋、指示書の作成
  - ・ 紹介状、返信の作成
- 7) 診療計画
- ・ 診療計画（診断、治療、患者家族への説明を含む）の作成
  - ・ 診療ガイドラインの理解と活用
  - ・ 入退院の適応判断

### Ⅲ. 脳神経外科臨床プログラム

要点 1) 副主治医として入院患者の診療にあたる。

2) 予定のない時間は主治医と病棟業務をおこなう。

3) カンファレンスで新規入院患者のプレゼンテーションをおこなう。

4) 急患来院時には担当医と診療をおこなう。

#### 【経験目標】

##### <基本的臨床検査>

適応が判断でき、結果の解釈ができる。★印については、自ら実施して、結果を解釈できる。

- ・ 一般尿検査
- ・ 便検査
- ・ 血液検査（血算および白血球分画、血液生化学検査、血液免疫血清学的検査）
- ・ 細菌学的検査、薬剤感受性検査
- ・ 肺機能検査
- ・ 髄液検査
- ・ 細胞診、病理組織検査
- ・ 神経生理学的検査（脳波、筋電図など）
- ★ 血液型判定、交差適合試験
- ★ 心電図（12誘導）、負荷心電図
- ★ 動脈血ガス分析

##### <各種画像診断>

適応が判断でき、基本的な読影ができる。★印については自ら実施して、結果を解釈できる。

- ・ 単純X線検査
- ・ 造影X線検査
- ・ 内視鏡検査
- ・ X線CT検査
- ・ MRI検査
- ・ 核医学検査
- ★ 超音波検査

##### <基本的手技>

適応が判断でき、実施できる。

- ・ 注射法（皮内、皮下、筋肉、静脈確保、中心静脈確保）
- ・ 採血法（静脈血、動脈血）
- ・ 穿刺法（胸腔、腹腔、腰椎）

- ・ 導尿法
- ・ 胃管の挿入と管理

#### <基本的治療法>

- ・ 療養指導ができる（安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備を含む）ができる。
- ・ 薬物の作用、副作用、相互作用について理解し、薬物治療（抗菌薬、副腎皮質ステロイド薬、解熱剤、麻薬、血液製剤を含む）ができる。
- ・ 基本的な輸液ができる。

#### <症状からの鑑別>

全身倦怠感、不眠、食欲不振、体重減少／増加、浮腫、リンパ節腫脹、発疹、黄疸、発熱、頭痛、めまい、失神、痙攣発作、視力障害／視野狭窄、結膜充血、聴覚障害、鼻出血、嘔声、胸痛、動悸、呼吸困難、咳・痰、嘔気・嘔吐、胸やけ、嚥下困難、腹痛、下痢／便秘、腰痛、関節痛、歩行障害、四肢のしびれ、血尿、尿失禁、排尿困難、尿量異常、不安・抑うつ

#### <緊急を要する症状・病態の初期治療の経験>

##### 初期治療に参加

- ・ 心肺停止
- ・ ショック
- ・ 意識障害
- ・ 脳血管障害
- ・ 急性呼吸不全
- ・ 急性心不全
- ・ 急性冠症候群
- ・ 急性腹症
- ・ 急性消化管出血
- ・ 急性腎不全
- ・ 急性感染症

#### <各疾患の経験>

- ・ 肝胆膵疾患
- ・ 神経系疾患
- ・ 脳卒中
- ・ 循環器系疾患（高血圧、心不全）
- ・ 呼吸器系疾患（肺炎・上気道炎・気管支炎）
- ・ 消化器系疾患
- ・ 体液・電解質バランス
- ・ 糖尿病・内分泌系疾患
- ・ 感染症

- ・ 加齢と老化
- ・ 血液・造血器系疾患

＜特定の医療現場の経験＞

緩和・終末期医療

- ・ 告知をめぐる諸問題への配慮
- ・ 緩和・終末期の心理社会面への配慮
- ・ 基本的な緩和ケア
- ・ 死生観・宗教観などへの配慮

＜法律・法規の理解＞～オリエンテーション関連セミナーで講義～

- ・ 感染症対策関連：伝染病予防法、結核予防法、予防接種法、性病予防法
- ・ 薬事関連：薬事法、麻薬および向精神薬取締法
- ・ 老人保健福祉関連：老人保健法、老人福祉法
- ・ 障害者保健福祉対策関連：身体障害者福祉法、知的障害者福祉法

【評価】

1) 内科に関しては、かかわった医師全員で研修終了1ヶ月前に中間評価（前期は7月末、後期は1月末）を行い、目標に到達していない項目があれば内科研修終了時までに研修できるようにする。

2) 最終評価は内科研修終了時（前期は8月末、後期は2月末）に行う。

## IV. 泌尿器科臨床プログラム

はじめに

泌尿器科は前立腺癌や膀胱癌の増加、高齢化に伴う排尿障害の増加、人口低下に伴う男性不妊の問題化など、最も時代に要求される分野を担います。外科的スキルを身につけ、さらに腎機能を中心とした内科的知識を得ることができるユニークな科です。

医師数：常勤医 1名 非常勤医 1名

取得できる資格：日本泌尿器科学会専門医（他院との連携で完結）

泌尿器科を専門として標榜する医師になるための研修プログラムでもあり、そのためには初期研修期間を含む5年間の研修が必要であり、終了時には、日本泌尿器科学会専門医試験の受験資格を取得できる。

（研修内容）

前期：1～3ヶ月間の研修

後期：6ヶ月以上の研修

### 1、一般的な到達目標

前期：尿路性器の解剖、生理の基本を理解し、泌尿器科疾患の基礎的知識を習得する。

また、病歴聴取や処置の介助などを通じて泌尿器科以外を専攻する医師が臨床上最低限必要と考えられる泌尿器科診療の基本を習得する。

後期：主要泌尿器科疾患の検査や診断を立案し、治療方針を構築出来る能力を養成する。

また、指導医とともに積極的に治療に参加し、その技術を習得する。

### 2、具体的な到達目標

#### A、診察

前期：

- 1、外来患者の問診、病歴作成を正確に行うことが出来る。
- 2、頻尿、排尿困難、尿失禁など排尿に関する症状について理解出来る。
- 3、泌尿器科学的診察を正確に行うことが出来る。
- 4、外性器の視診、触診を行い、所見を正確に記載出来る。

後期：早期の診断が必要な泌尿器科疾患について鑑別診断が出来る。

- 1、腹痛：尿路結石と消化器疾患、婦人科疾患の鑑別
- 2、発熱：尿路感染症と他疾患との鑑別

- 3、 排尿障害：下部尿路閉塞性疾患と二次的な排尿障害との鑑別
- 4、 陰嚢腫大：急性陰嚢症とその他の疾患との鑑別

## B、 検査

### 前期：

- 1、 尿の一般検査や沈査の結果を理解出来る。
- 2、 超音波検査を行い、腎、膀胱、前立腺を描出出来る。
- 3、 泌尿器科的検査（内視鏡検査、静脈性尿路造影、逆行性尿路造影、尿道・膀胱造影など）の介助が出来る。

### 後期：指導医の立会いのもとに実施。

- 1、 泌尿器科的検査（静脈性尿路造影、逆行性尿路造影、尿道・膀胱造影など）を実施し、主要な泌尿器科疾患に認められる異常所見を指摘出来る。
- 2、 尿流動体検査、膀胱機能検査などを実施し、結果を理解出来る。
- 3、 尿道膀胱内視鏡検査、経直腸的超音波検査を実施し、異常所見を指摘出来る。
- 4、 前立腺生検が実施出来る。

## C、 処置、手術、その他

### 前期：

- 1、 女性および男性の導尿が清潔かつ安全に出来る。
- 2、 膀胱留置カテーテルの留置、洗浄が清潔かつ安全に出来る。
- 3、 泌尿器科手術の介助が出来る。
- 4、 尿路感染患者の輸液管理、尿路カテーテル管理、尿路感染対策が出来る。
- 5、 手術患者さんの術前、術後管理、手術創の消毒管理が行える。

### 後期：

- 1、 前立腺肥大症患者などカテーテル挿入が困難な患者において、指導医立会いのもとに導尿や膀胱留置カテーテル留置が出来る。
- 2、 尿路結石患者に対し、検査、除痛などの初期の対応が出来る。
- 3、 経皮的膀胱ろう造設術や経皮的腎ろう造設術の介助が出来る。
- 4、 指導医立会いのもとに陰嚢水腫の穿刺が出来る。
- 5、 手術の助手が出来、皮膚切開、表在部の結さつ、縫合が出来る。

## 3、 評価表と評価方法

下記の到達目標にしたがって自己評価および指導医評価を行う。評価結果をもとに、研修医は未到達項目の充足を目指すとともに、指導医は研修目標を達成するように援助する。

## 4. 麻酔科研修

### 【一般目標】

- 1) 周術期における麻酔科の専門的役割を理解し、全身管理、麻酔法の基本的知識、態度、技術を習得する。
- 2) 急性期および慢性期における疼痛管理を習得する。

### 【行動目標】

- 1) バイタルサイン、全身的、局所的な身体所見の把握ができる。
- 2) 基本的麻酔の実施(モニタリング、ラインの確保、エアウェイの確保、気管挿管、全身麻酔の維持)ができる。
- 3) 除痛を通じた緩和医療を実施できる。
- 4) 各科エマージェンシーの病態が理解できる。
- 5) 麻酔科として、術前から術後まで、周術期を通じた管理ができる。
- 6) 全身的合併症を理解し、管理できる。
- 7) ACLSアルゴリズムに準じた救急処置ができる。
- 8) BLSの指導ができる。

### 【学習方法】

麻酔科研修期間8週のなかで、救急総合診療部とも連携して救急・麻酔に関連する基礎的診療能力を養う。

- 1) BLS・ACLS (麻酔科・救急総合診療部合同)
  - ・ 4月研修開始時のオリエンテーション時期にACLSを施行する。
  - ・ その後院内ACLS時にはアシスタントとして参加する。
  - ・ 病棟や関連部所のBLS講習会にはインストラクターとして参加する。
- 2) 各科カンファレンス出席
- 3) 麻酔実習
  - ・ 術前回診；問診 診察 麻酔科的特殊check 事項
  - ・ 麻酔計画を立てる
  - ・ シュミレーションの実施
  - ・ 実際の患者に対して手技の実施
  - ・ フィードバック
  - ・ 術後回診
- 4) ミニレクチャー
  - ・ 基礎的な問題に対する解答

### 【経験目標】

<基本的手技>

- ・ 気道確保を実施できる。
- ・ 人工呼吸を実施できる（バックによる徒手換気を含む）
- ・ バイタルサインを確実に把握できる。
- ・ 採血法（静脈血、動脈血）を実施できる。
- ・ 基本的検査（血液型、CBC、血液生化学、血液ガス、尿）を実施できる。
- ・ 注射法（皮内、皮下、筋肉、静脈確保、中心静脈確保）を実施できる。
- ・ 導尿法を実施できる。
- ・ 局所麻酔、硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔を実施 維持できる。
- ・ モニタリングが確実にできる。
- ・ 気道確保困難症例に対して対応ができる。
- ・ 人工呼吸器の設定ができる。

#### <基本的治療法>

- ・ 周術期の患者管理ができる。

術前：全身的な状態把握、麻酔についての説明、前投薬、合併症のある患者の麻酔計画をたてる。

術中：1) 麻酔薬の作用機序を理解し、手術に応じた麻酔深度を維持することができる。

- ① 循環環作動薬による血圧の調節ができる。
- ② 基本的な輸液治療ができる

術後：疼痛管理を含めて呼吸、循環系の安定をはかる。

- ・ 薬物の作用、副作用、相互作用について理解し、救急医薬品をもちいた薬物治療ができる。
- ・ 成分輸血を含む輸血の必要性和副作用を理解し、輸血を実施できる。
- ・ 除痛の機序を理解し、NSAIDs・麻薬等を用いたペインコントロールができる。

## 5. 救急総合診療部研修

### 目標

- ① バイタルサインの把握ができる
- ② 重症度と緊急度の把握ができる
- ③ ショックの診断と治療ができる
- ④ 心肺蘇生法や除細動、気管内挿管、薬剤投与等の一定のガイドラインに基づく救命措置を行い呼吸循環管理ができる
- ⑤ 下記救急疾患（※）の初期診断、治療の選択ができる。

※：必須項目；心肺停止、ショック、意識障害、脳血管障害、急性心不全、急性冠症候群、急性腹症、急性消化管出血、外傷、急性中毒、熱傷、急性呼吸不全、急性腎不全、急性感染症、誤飲、誤嚥、めまい、精神科領域の救急

### 【一般目標】

- 1) 軽症から重症までの幅広いプライマリ・ケアに対応するために、救急疾患に関する基本的知識、態度、技術を習得する。
- 2) 救急から入院となった、特定の専門科に属さないと考えられる内科系の患者の診療を行い、担当と考えられる医師に適切にコンサルトができる。

### 【行動目標】

- 1) 病歴の聴取が的確にできる。
- 2) 身体所見の的確な把握ができる
- 3) バイタルサインの的確な把握ができる。
- 4) ACLSガイドライン2005に準じた救急初療ができる。
- 5) 外傷初期診療ガイドラインに準じた外傷患者の初療ができる。
- 6) 病態に応じた的確な検査のオーダーができる。
- 7) 疾患に応じて専門科にコンサルトができる。
- 8) プレホスピタルの実情を理解する。

### 【学習方法】

- 1) 救急初療室において、軽症から重症までの救急疾患を幅広く初療することにより、診療能力を養う。ICU・病棟にて入院患者の治療を行う。
- 2) Off the job trainingとして救急初療のガイドライン（ACLS,JATEC）を学習する。

## 週間スケジュール

	月	火	水	木	金	土
	ICU カンファレンス					
午前	ICU 回診 急患診療	ICU 回診 急患診療	ICU 回診 急患診療	ICU 回診 急患診療	ICU 回診 急患診療	ICU 回診 急患診療
午後	急患診療	急患診療	急患診療	急患診療	急患診療	急患診療

### 【経験目標】

#### <基本的手技・治療法>

- ・ 意識レベルの評価ができる (JCS, GCS)。
- ・ 頭部後屈・顎先挙上法による気道確保ができる。
- ・ 頸椎損傷が疑われる急患に頸椎保護を施し下顎挙上法を選択し気道確保ができる。
- ・ 口咽頭エアウェイ・鼻咽頭エアウェイの適応と選択、適切なサイジング・挿入による気道確保ができる。
- ・ 気管挿管ができる。
- ・ 輪状甲状靭帯穿刺・切開ができる。
- ・ 適切な酸素投与方法ができる。
- ・ 胸腔ドレーンの挿入ができる。
- ・ 心嚢穿刺の適応が分かる。
- ・ バッグバルブマスクによる人工呼吸ができる。
- ・ 人工呼吸器の設定ができる。
- ・ バイタルサインを迅速に的確に把握できる。
- ・ モニター心電図のリズムを判読できる。
- ・ AED・マニュアル除細動器を適切に使用できる。
- ・ 経皮ペーシングが実施できる。
- ・ 胸骨圧迫を的確に実施できる。
- ・ 静脈路の確保ができる。
- ・ 緊急輸液・薬剤を適切に使用できる。
- ・ 緊急レントゲン（胸部・腹部・骨盤）の読影ができる。
- ・ FAST 法による超音波検査ができる。
- ・ 圧迫止血法の選択・実施ができる。
- ・ 呼吸不全・循環不全の原因を身体所見・病態から把握する。
- ・ 採血法（静脈血、動脈血）を実施できる。
- ・ 適切な検査（血液型、CBC、血液生化学、血液ガス、尿、レントゲン、エコー、CTなど）

をオーダーできる。

- ・ 皮膚縫合を実施できる。

穿刺法（胸腔・腹腔）を実施できる。

## 6. 産婦人科研修

福岡県済生会二日市病院臨床研修プログラム（産婦人科）

飯塚病院

- プログラムの名称 : 済生会二日市病院臨床研修プログラム
- プログラムの特徴および概要 : 女性の生理学、解剖学、妊娠分娩の生理を理解し、産婦人科診療にとって必要な基本的知識、技能、態度を身につける。
- 研修施設・責任者 : 飯塚病院／松岡 良衛

### 週間スケジュール【予定】

	月	火	水	木	金	土
8:00 ~ 9:00	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	(病棟回診)
9:00 ~ 12:30	外来	外来	手術	外来	外来	(外来)
13:30 ~	手術	検査・病棟	手術	検査・病棟・ 母親教室	総回診・病棟 ・症例検討	
17:00 ~	外科系 カンファレンス		CPC	救命救急 カンファレンス		

## II. 経験目標

### A 経験すべき診察法・検査・手技

#### (1) 基本的な身体診察法

病態の正確な把握ができるよう、全身にわたる身体診察を系統的に実施し、記載するために

- 1) 骨盤内診察ができ、記載できる
- 2) 産婦人科特有の診察ができ、記載できる。

(腔鏡診、内診、直腸診、レオポルド触診)

(2) 検査法

基本的な臨床検査のうち、産婦人科に特有の臨床検査について理解する

- 1) 内分泌検査 (性腺ホルモン及び負荷テスト、基礎体温、頸管粘液検査、妊娠判断)
- 2) 腫瘍学的検査 (子宮頸部及び体部細胞診、組織、腫瘍マーカー、コルポスコピー)
- 3) 感染症検査 (腔分泌物鏡検、頸管細菌検査、免疫学的検査)
- 4) 放射線検査 (骨盤計測、子宮卵管造影、CT、MRI)
- 5) 超音波検査 (骨盤内腫瘍、腹水、妊娠判断、胎児形態、胎児付属物、卵巣周期)
- 6) 分娩監視装置

(3) 手技

基本的手技のうち、産婦人科に特有の手技が実施できる (自ら行った経験がある)

- 1) 分娩時の会陰切開及び縫合ができる
- 2) 出産直後の新生児の処置ができる

B 経験すべき症状・病態・疾患

研修の最大の目的は、患者の呈する症状と身体所見、簡単な検査所見に基づいた鑑別診断、初期治療を的確に行う能力を獲得することにある

1 頻度の高い症状 (自ら診察し、鑑別診断を行い、レポートを提出)

- 1) 腹痛
- 2) 性器出血

2 緊急を要する症状・病態 (初期診療に参加する)

必修項目 下線の病態を経験すること

※「経験」とは、初期診療に参加すること

- 1) ショック
- 2) 急性腹症
- 3) 流・早産及び満期産
- 4) 急性感染症

3 経験が求められる疾患・病態

必修項目

1. A疾患については、入院患者を受け持ち、診断、検査、治療方針について症例レポートを提出すること
2. B疾患については、外来診療または受け持ち入院患者 (合併症含む) で自ら経験すること
3. 外科症例 (手術含む) を1例以上受け持ち、診断、検査、術後管理などについて症例レポートを提出すること

※全疾患 (88項目) のうち70%以上を経験することが望ましい

(1) 妊娠分娩と生殖器疾患

B (1) 妊娠分娩

(正常分娩20例・流産・早産、正常分娩・産科出血・乳腺炎・産褥)

(2) 女性生殖器及びその関連疾患

(無月経思春期・更年期障害・外陰・膣・骨盤内感染症・骨盤内腫瘍・乳腺腫瘍)

チェック欄

正常分娩20例

A疾患(10項目)入院患者数 ※2万人以上

B疾患(14項目)外来患者数 ※2万人以上

※平成11年患者調査による推計

上記以外のB疾患(24項目)は、比較的頻度が高く重要であると思われる疾患

C 特定の医療現場の経験

必修項目にある現場の経験とは、各現場における到達目標の項目のうち一つ以上経験すること

(1) 予防医療

・予防医療の理念を理解し、地域や臨床の場での実践に参画するために性感染症予防、家族計画指導に参画できる

(2) 小児・成育医療

・母子健康手帳を理解し活用

必修科目 予防医療の現場を経験すること

方 略 上記の経験目標を臨床研修とカンファレンスで達成する。

評 価 評価は各経験目標を指導した指導医が行う。

## 7. 小児科研修

福岡県済生会二日市病院臨床研修プログラム（小児科）

福岡大学筑紫病院

研修責任者 小川 厚 教授 (福岡大学筑紫病院/循環器)

指導医 喜多山 昇 助手 (福岡大学筑紫病院/内分泌・代謝)

深町 滋 助手 (福岡大学筑紫病院/呼吸器・新生児)

### 1. 特徴

福岡大学筑紫病院小児科は、周産期を除く小児医療全般をあつかっている。当科の特徴は、気管支炎・肺炎・気管支喘息などの呼吸器疾患・麻疹・水痘・ムンプス・髄膜炎などの感染症・熱性けいれん・てんかんなどの神経疾患・嘔吐下痢症・腸重積症などの消化器疾患・種々の感染症などに伴う脱水症などの日常診療でよく遭遇する疾患 (common disease) が多い。このため、地域に密着した診療を行っており、小児のプライマリーケアの臨床研修を行うのに適していることである。

### 2. 診療科概要

福岡大学筑紫病院は、病床345床、小児科は混合病棟である。スタッフは、助教授1名(濱本邦洋:循環器)、助手2名(喜多山昇:内分泌・代謝・糖尿病、深町滋:呼吸器・新生児)、医員3名、研修医1名。各専門外来は、福岡大学病院小児科からの非常勤医師が2名で、全ての疾患に対応している。

一年間の外来患者総数は約14000人、平均通院回数5回、入院患者数約800人(内紹介60%)、平均在院日数5日と短いのが特徴である。一日の外来患者数は、約50名である。午前中、一般外来(月曜から土曜日)。午後は、各種専門外来(循環器・神経・血液・アレルギー・内分泌・予防接種)となっている。(週間スケジュール表参照)

また、平成16年9月より、筑紫地区夜間小児救急輪番体制に加盟した。具体的には、月・水・金及び日曜日を月に1-2回輪番を担当し、筑紫医師会小児科医会の開業医師が、19時半から23時まで当院救急外来にて診療を行うものである。この際に、小児救急医療の現場で開業小児科医とコラボレートできることも、最近加わった新たな魅力である。

アレルギー疾患；気管支喘息・アトピー性皮膚炎を中心に診療している。それぞれ、ガイドラインに沿ったオーソドックスな治療であるが、日常生活が問題なく過ごせるように、個々の疾患に最も適した治療法を選び、治療にあたっている。

神経疾患；脳炎・髄膜炎などの神経系感染症に積極的な治療を行っている。てんかんや熱性けいれんなどけいれん性疾患は難治性てんかんを含め、発作時脳派に基づく細か

な発作型に対応した治療を基本としている。

循環器疾患；先天性心疾患・川崎病・不整脈などの治療・管理をおこなっている。心エコーの機種が新しく診断精度も向上している。

代謝、内分泌疾患；低身長・甲状腺疾患・小児糖尿病・肥満などが中心で、肥満の入院加療も行っている。

血液疾患；貧血性疾患・血小板減少性紫斑病や血友病などの凝固異常症を診ている。

消化器疾患；消化器科と連携をとって、透視・内視鏡検査も可能である。潰瘍・ポリープなどが診られる。

感染症；ウイルス・細菌感染症全般を扱っている。基礎疾患をもつリスクの高い患児の予防接種外来を設け、予防から治療まで取り組んでいる。

### 3. 研修目標

医療人として必要な基本姿勢・態度(医師患者関係、チーム医療、問題対応能力、安全管理、医療面接、症例呈示、診療計画、医療の社会性)を身につける。小児医療を適切に行う事ができる基礎知識、技能、態度を習得する。

#### 1) 小児の特性を学ぶ

小児は、常に発育・発達途上であることを理解する。多くの場合小児は、ひとりで病院を受診することは無く、保護者とともに受診する。家族関係・母子関係は、重要である。

#### 2) 小児疾患の特性を学ぶ

小児は、発育段階によって、特有の疾患がある。かなわち、同じ症状であっても、年齢によって考える鑑別疾患の優先順位が異なる。成人には無い小児特有の疾患、種々の先天性疾患がある。

#### 3) 小児診療の特性を学ぶ

乳幼児は、症状を的確に訴えることが出来ない。保護者(主として母親)を通して、病歴や症状を知る。

- ・診察に協力してくれない小児の診察の仕方を学ぶ。
- ・成長の段階により、小児の薬用量・輸液量の考え方を学ぶ。

#### 4) 小児の処置や手技を学ぶ

小児の救急蘇生法・採血・血管確保・吸入・腰椎穿刺などの小児プライマリーケアに不可欠な処置や手技を実際に行い習得する。

### 4. 研修内容

研修期間は、2ヶ月間である。

- 1) 病棟において、数名の入院患者の主治医チームの一員となり、症例の病歴聴取・診察・検査・診断のディスカッションを行い、適切な治療を行う。
- 2) 外来において、午前中交代で外来担当指導医と共に外来の患者の診療にあたる。午後は、専門外来に参加し専門知識を養う。
- 3) 研修医当直ローテーションに加わり、夜間帯の小児救急の基本を習得する。
- 4) その他
  - ・毎朝8：30のモーニングカンファランスで、前日受け持った患者のプレゼンテーションを行う。
  - ・毎週月曜日13：30から、回診前カンファランス・部長回診・勉強会・抄読会を行う。

#### 5. 週間スケジュール

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
午前	8:30 朝カンファランス 9:00～病棟 交代で一般トレーニング					
午後	13:30 回診 カンファ ランス	13:30 専門外来 :内分泌	13:30 専門外来 :神経	13:30 専門外来 :血液 (1回/月) アレルギー (1回/月)	13:30 専門外来 :循環器	

## 8. 精神科研修

福岡県済生会二日市病院臨床研修プログラム（精神科）

福岡県立精神医療センター大宰府病院

プログラムの名称	：福岡県済生会二日市病院臨床研修プログラム
研修施設	：福岡県立精神医療センター大宰府病院
責任者	：丸野 大輔（福岡県立精神医療センター太宰府病院）

～福岡県立精神医療センター太宰府病院～

平成16年から新しい卒後臨床研修が始まるが、当該制度では精神科が必修となった。当院（太宰府病院）は、旧臨床研修制度では研修指定病院であったが、新制度のもとでは協力型病院として精神科の研修を担当することとなる。

「精神医学」第45巻第4号で新医師臨床研修制度の課題という特集が組まれている。研修の理念「将来の専門性にかかわらず、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係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」には、諸手をあげて賛成したい。また、個人的には、精神医療がその特殊性を言い立てすぎて、一般医療との接点を持つことに熱心でなかった。今回、精神科が必修となったことは良い機会と考えられる。分かりやすい精神医療を目指すべきである。厚生労働省のモデルでは研修2年目に3ヶ月精神保健医療を体験するという案が示されていたが諸般の事情により、当院（太宰府病院）における研修期間は1ヶ月と2ヶ月になった。一般的には入院から退院まで受け持つには短すぎる期間であるが、与えられた期間で上記の目標を達成できるように工夫しなければならない。今後、専門医（精神保健指定医）の養成に力を入れたい。当院（太宰府病院）で精神科の研修を受けた研修医の中からシニアレジデントの募集に応募してくれる医師がいれば、当院（太宰府病院）における研修プログラムは成功であると考えている。

### 【研修目標】

#### 1) 1ヶ月の目標

- ① 医師としての基本的な姿勢・態度の涵養に努める。
  - ・ 精神障害者のニーズを身体・心理・社会的側面から把握するトレーニングを積む。そして、患者への治療的介助と支持的精神療法の実際を学ぶ。
  - ・ 精神障害者および家族へのインフォームドコンセントのプロセスを通じて、患者、家族、医師間の良好な関係の確立を学ぶ。
  - ・ 精神障害者への治療的介助を通じてコメディカルスタッフとの協調を具体的に学ぶ。
- ② 主治医または副主治医として患者を担当し、以下の精神症状を的確に把握できるようにする。さらに状態診断から疾病診断へ進めるプロセスを学ぶ。抑うつ、心気、不安、

焦燥、不眠、幻覚、妄想、自殺念慮、自殺企画、健忘、意識障害（特にせん妄）、失見当識など

③ 向精神薬（抗うつ薬、抗不安薬、睡眠剤、抗精神病薬）について基本的事項を学び臨床場面で使用する。

④ 精神保健福祉法の要点を学ぶ。

## 2) 2ヶ月の目標

1ヶ月研修では実施できない点を学び、広く精神障害者に対する治療・リハビリテーションに対する理解を深めるとともに、精神科に特有な領域についても体験する。

① 主治医あるいは副主治医として患者を担当し、治療計画をたてそれに沿った治療を行い、治療経過について評価を行う。

② 思春期の疾患などライフステージに特有な疾患について学ぶ。

③ 精神科救急を体験し、救急場面での評価や処置について学ぶ。

④ 院内の精神科リハビリテーション活動を体験し、チーム医療の必要性を学ぶ。精神科デイケア、訪問看護、作業療法などに参加し、チーム医療の実際を体験する。

⑤ 地域におけるリハビリテーションの活動に参加し、地域との連携の必要性について理解する。精神保健センター、保健所、作業所、生活支援センターなどの活動を理解し、あわせて精神障害当事者の地域での生活について学ぶ。

⑥ 精神科合併症病棟で実習、あるいは合併症を持つ患者を担当し、精神科疾患に特有な合併症への対応を体験し、内科医師を含む他科医師との連携について学ぶ。

⑦ 臨床検査（脳波、画像診断）、心理検査の実際を学ぶ。

### 【経験目標】

精神科的面接法（きちんと説明するだけでは不十分、相手が理解しているか否かを見ながら説明してゆく：観察と共感）を理解し、治療の実際を学ぶことは、精神科疾患に対する偏見を払拭する上でもきわめて重要である。

1) 精神症状の捉え方の基本を身につける。

2) 精神疾患に対する初期的対応と治療の実際を学ぶ。

3) デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。

### <経験が求められる疾患・病態>

- ・ 症状精神病（せん妄）
- ・ A 痴呆（脳血管性痴呆を含む）
- ・ アルコール依存症
- ・ A 気分障害（うつ病、躁うつ病）
- ・ A 統合失調症、不安障害（パニック症候群）
- ・ B 身体表現性障害、ストレス関連障害

\* Aに関しては自ら入院患者を受け持ち、Bに関しては外来あるいは入院で担当することが求められている。

<プライマリケアで出会いそうな疾患・頻度の高い疾患 (common disease) >

平成14年度における当院（太宰府病院）の病棟別入院患者数、退院患者数、平均在院日数などの実績は、病床数300で、入院患者は延666人、退院患者は延671人、外来患者数（うち新患数）27,422人（723人）、平均在院日数135.5日である。退院時の診断が正確なので、退院患者の診断（ICDコード）で内訳をみると、以下の通りであり、研修の要素を満たす症例数と考えている。

- ・ 症状性を含む器質性精神障害（F0）51人
- ・ 精神作用物質による精神および行動の障害（F1）99人
- ・ 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害（F2）271人
- ・ 気分障害（F3）154人
- ・ 神経性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害（F4）36人
- ・ 生理的障害および身体的要素に関連した行動症候群（F5）12人
  - ・ その他48人、また、外来新患中F4圏内の患者は58人

#### 【研修内容】

現在では、卒前教育の充実が図られており、教科書的な講義やポリクリのような実習を繰り返すことは屋上屋を重ねることになると考える。したがって、講義は必要最小限とし、onjob トレーニングを主体とする。

##### 1) 講義

- ・ 精神科診断面接・治療面接
- ・ 診断・分類体系
- ・ 精神保健福祉法・行動制限・法と倫理
- ・ 司法精神医学・医療
- ・ 薬物療法・m-ECT
- ・ 地域精神医療・精神科リハビリテーション・デイホスピタル

##### 2) 実習

- ・ 基本的には1週目の月曜日は終日オリエンテーション、月曜日の入退院カンファレンス、金曜日の研修医カンファレンス、研修最終週における事例報告と実習の総括討論
- ・ 午前中は外来で予診、午後は病棟実習あるいは訪問看護に同伴、精神保健福祉センターの見学など

## 9. 地域医療研修

### 1：福岡県済生会二日市医療福祉センター

入院患者を受け持ち、診断、検査、治療方針等につき症例レポートを作成する。

#### 1. [加齢と老化]

①高齢患者に合併する各種疾患を列挙し、主および副疾患の識別を行い総合的な治療を行う。

a：循環器疾患（心不全、虚血性心疾患、心筋症、不整脈、弁膜症、大動脈瘤、高血圧など）、

b：呼吸器疾患（呼吸不全、呼吸器感染症、慢性閉塞性肺疾患、肺梗塞、胸膜疾患、肺癌など）、

c：消化器疾患（食道・胃・十二指腸疾患、小腸・大腸疾患、肝・胆道系疾患、膵臓疾患、ヘルニアなど）

d：腎・尿路系疾患（急性・慢性腎不全、全身性疾患に基づく腎機能障害、尿路結石など）

e：内分泌・栄養・代謝系疾患（糖尿病、高脂血症、各内分泌疾患など）

f：免疫・アレルギー疾患（膠原病、慢性関節リウマチ、アレルギー疾患など）

g：感染症（各種細菌&ウイルス感染症など）

②老年症候群の病態を理解し診療方針を立てる。

a：精神機能低下（痴呆、せん妄、うつ病）

b：低栄養

c：褥瘡

d：嚥下障害・誤嚥性肺炎

e：歩行障害（転倒）

f：歩行障害

g：排便・排尿障害（失禁）

h：廃用症候群

I：医原性疾患（薬剤との関連）

② 高齢者総合評価(Comprehensive Geriatric Assessment; CGA)の活用法を理解し、リハ・介護・福祉問題等につき関係スタッフとコミュニケーションを行いながら総合的な診療を実践する。

生活習慣病の危険因子予防に対する指導ができる。

#### (c) 地域保健・医療

脳卒中後遺症の患者や認知症の患者などの地域への復帰を支援することを学ぶため、病院の通所・訪問リハビリテーション、訪問看護ステーションの現場に参加し、在宅や社会

復帰の支援方法について学ぶ。また、施設入所についても手続き、介護への計画手順、必要な書類の作成などについて学ぶ。

病診連携の意義について理解し、施設間の情報交換をスムーズに行い、実際に患者の受け入れや転院搬送について体験する。

## 2 健診センター

### 【一般目標】

法定健診、特定健診を含め、各種健診の意義を理解し、その初歩的診断技術、健康指導技術を習得する。

### 【行動目標】

- 1) 各種健診の意義と対象者、基本的な法的根拠を理解する。
- 2) 健診で必要とされる結果判定・診断技術を習得する。
- 3) 適切な事後措置、事後指導ができる。
- 4) 予防医学の初歩を修得する。

### 【学習方法】

#### 1) 各種健診実務

健診センターにおいて、各種健診の問診、診察を見学、経験する。

#### 2) 健診後診断実務

健診後の結果判定・診断に参加する。

#### 3) 事後指導・事後措置実務

健診結果がでた後の事後指導に参加する。精査加療が必要となった対象者への事後措置（受診勧奨）を行う。

## 臨床研修評価資料

～研修評価の手順～

### 【記載書類・提出書類】

- ・ 初期臨床研修の経験目標チェックリスト
- ・ 各診療科別研修評価一覧表
- ・ 必須研修症例レポート
- ・ 臨床病理検討会（CPC）レポート
- ・ 院外研修参加レポート
- ・ 初期臨床研修到達度総合評価

### 【要点】

- 1) 各研修ローテーション（内科系・外科系・救急/麻酔・産婦人科など）が終了した時、
  - a) 初期臨床研修の経験目標チェックリストに自己評価して、指導医のサインと確認印をもらって下さい。
  - b) 各診療科の研修プログラム評価に沿って自己評価して、指導医の評価をうけて下さい。
  - c) レポートの必要な症例は、研修症例レポートに必要事項を記載して下さい。
- 2) 臨床病理(CPC)検討会、院外講演会・研修会に出席した場合には、臨床病理(CPC)検討会レポート、院外研修参加レポートに必要事項を記載して下さい。
- 3) 毎年2回（9月、3月）、定期の研修評価委員会が開かれますので、それまでに自己の研修状況を把握して、不足部分を補うことが大切です。
  - a) 初期臨床研修の経験目標チェックリスト、各診療科研修プログラム評価、研修症例レポート、臨床病理(CPC)検討会レポート、院外研修参加レポートを提出して下さい。
- 4) 年度末、卒後臨床研修の終了時に卒後臨床研修委員会が開かれて、研修状況が最終的に評価されます。
  - a) 再度、初期臨床研修の経験目標チェックリスト、各診療科研修プログラム評価、研修症例レポート、臨床病理(CPC)検討会レポート、院外研修参加レポートを提出して下さい。
  - b) 初期臨床研修到達度総合評価に沿って自己評価して、委員会評価をうけてください。
  - c) 研修修了者には研修認定証が授与されます。

### 【注意事項】

- ・ 上記書類は、卒後臨床研修の終了時まで大切に保管してください。
  - ・ 研修症例レポート、臨床病理検討会（CPC）レポート、院外研修参加レポートのファイルは医局のコンピュータ（研修医フォルダ）にあります。

## 内科系初期臨床研修評価

(一般内科・循環器科・呼吸器科・救急総合診療部)

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成     年     月     日 ～     年     月     日

診療科：平成     年     月     日 指導医(救急総合診療部) \_\_\_\_\_ (印)

診療科：平成     年     月     日 指導医(一般内科) \_\_\_\_\_ (印)

診療科：平成     年     月     日 指導医(循環器科) \_\_\_\_\_ (印)

診療科：平成     年     月     日 指導医(呼吸器科) \_\_\_\_\_ (印)

評価法： A：よくできる、B：できる、C：できない(努力が必要)、D：経験がない(評価不能)

内科全般

自己評価 指導医評価

	自己評価	指導医評価
1) 基本的事項の修得		
a) 病歴聴取法	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 基本的診察法	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 基本的検査法	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 基本的治療法		
・薬物療法	A・B・C・D	A・B・C・D
・食事療法	A・B・C・D	A・B・C・D
・輸液療法	A・B・C・D	A・B・C・D
・輸血療法	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 関係諸法令等の研修		
a) 健康教育・健康相談・基本健診	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 感染症予防(伝染病予防法・性病予防法)	A・B・C・D	A・B・C・D

c) 結核対策（結核予防法）	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 予防接種法	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 食中毒予防法	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 老人保健福祉対策（老人保健法・老人福祉法）	A・B・C・D	A・B・C・D
g) 障害者保健福祉対策（身体障害者福祉法、知的障害者福祉法）	A・B・C・D	A・B・C・D
h) 薬事関連（薬事法、麻薬・向精神薬取締法）	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 保険制度の研修		
a) 医療保険制度、公費負担制度	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 診療報酬制度と施設基準	A・B・C・D	A・B・C・D

内科系初期臨床研修評価

◇ 放射線科

研修施設：福岡県済生会二日市病院 放射線科

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導医（放射線科） \_\_\_\_\_ (印)

評価基準 A：よくできる B：できる C：できない D：経験しなかった

自己評価 指導医評価

【評価項目】

	自己評価	指導医評価
1) 画像診断		
a) 胸部等の単純X線検査の原理・適応	A・B・C・D	A・B・C・D
b) CTやMRIの原理・適応	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 血管造影やIVRの実際と適応の修得	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 造影剤の使用方法和副作用を学習	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 核医学の原理・適応	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 腹部超音波検査の修得	A・B・C・D	A・B・C・D

内科系初期臨床研修評価

◇ 消化器科

研修施設：福岡県済生会二日市病院 消化器科

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導医 (消化器科) \_\_\_\_\_ (印)

評価基準 A：よくできる B：できる C：できない D：経験しなかった

【評価項目】

	自己評価	指導医評価
1) 消化器疾患の病歴聴取法の修得	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 消化器疾患の診察法		
a) 視診、触診、聴診、打診	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 消化器疾患の検査法		
a) 腹部単純写真の読影	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 上部・下部消化管X線写真の読影	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 上部・下部消化管内視鏡検査の読影	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 内視鏡機器とその管理	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 電子内視鏡についての理解	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 上部消化管内視鏡検査の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
g) 内視鏡診断技術 (色素散布法など)	A・B・C・D	A・B・C・D
h) 超音波内視鏡検査と読影	A・B・C・D	A・B・C・D
i) 腹部CT・MRIの検査法と読影	A・B・C・D	A・B・C・D
j) 腹部血管造影の検査法と読影	A・B・C・D	A・B・C・D
k) 大腸内視鏡検査の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
l) 内視鏡検査の偶発症とその対応	A・B・C・D	A・B・C・D
m) H. Pylori感染をめぐる諸検査法	A・B・C・D	A・B・C・D
n) 肝機能検査	A・B・C・D	A・B・C・D
o) 肝炎ウイルスマーカー	A・B・C・D	A・B・C・D
p) 腫瘍、腫瘍関連マーカー	A・B・C・D	A・B・C・D
q) 超音波断層検査法と読影	A・B・C・D	A・B・C・D
r) 腹水穿刺の指示と腹水検査の解釈	A・B・C・D	A・B・C・D
s) 肝針生検の適応と禁忌の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
t) 経皮経肝胆道造影の適応と合併症の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
u) 内視鏡的逆行性膵胆管造影法の適応と	A・B・C・D	A・B・C・D

合併症の理解A	A・B・C・D	A・B・C・D
4) 消化器疾患の治療法の理解		
a) 処置法	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 胃洗浄	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 浣腸	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 薬物療法	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 生活指導及び食事療法	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 救急処置		
・消化管出血、	A・B・C・D	A・B・C・D
・肝性昏睡	A・B・C・D	A・B・C・D
・化膿性胆管炎	A・B・C・D	A・B・C・D
g) 内視鏡を用いた治療法の理解		
・内視鏡的粘膜切除術	A・B・C・D	A・B・C・D
・アルゴンプラズマ凝固法	A・B・C・D	A・B・C・D
・上・下部消化管出血の内視鏡治療	A・B・C・D	A・B・C・D
・食道静脈瘤の治療	A・B・C・D	A・B・C・D
・内視鏡的硬化療法 (EIS)	A・B・C・D	A・B・C・D
・内視鏡的静脈瘤結紮療法 (EVL)	A・B・C・D	A・B・C・D
5) 手術適応の決定	A・B・C・D	A・B・C・D
6) 主な消化器疾患の理解と対応		
a) 食道良性疾患および腫瘍性疾患	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 食道静脈瘤	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 消化性潰瘍の診断と治療	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 胃癌	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 大腸炎症性疾患	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 大腸癌	A・B・C・D	A・B・C・D
g) 胆石・総胆管結石	A・B・C・D	A・B・C・D
h) 胆道系腫瘍	A・B・C・D	A・B・C・D
i) 急性膵炎・慢性膵炎	A・B・C・D	A・B・C・D
j) 膵腫瘍	A・B・C・D	A・B・C・D
k) 急性あるいは激症肝炎	A・B・C・D	A・B・C・D
l) 慢性肝炎	A・B・C・D	A・B・C・D
m) 薬剤性肝障害・アルコール性肝障害	A・B・C・D	A・B・C・D
n) 自己免疫性肝炎 (原発性胆汁性肝硬変)	A・B・C・D	A・B・C・D
o) 代謝性肝疾患 (NASHなど)	A・B・C・D	A・B・C・D
p) 肝硬変症	A・B・C・D	A・B・C・D

q) 肝良性腫瘍	A・B・C・D	A・B・C・D
r) 原発性あるいは転移性肝癌	A・B・C・D	A・B・C・D

内科系初期臨床研修評価

◇内分泌・代謝

研修施設：福岡県済生会二日市病院 内分泌・代謝

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導医(内分泌・代謝) \_\_\_\_\_ (印)

評価基準 A：よくできる B：できる C：できない D：経験しなかった

【評価項目】

	自己評価	指導医評価
1) 内分泌・代謝疾患の病歴聴取法の修得	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 糖尿病の診断と治療		
a) 病型分類と病期分類の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 合併症の診断と病期分類	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 糖尿病の検査法		
a) 自己抗体	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 糖負荷試験 (75g OGTT)	A・B・C・D	A・B・C・D
c) グルカゴン負荷試験	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 24h尿中C-ペプチド	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 眼底検査	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 腎機能検査	A・B・C・D	A・B・C・D
g) 神経学的検査 (ECGRRなど)	A・B・C・D	A・B・C・D
h) ABI、PWV、	A・B・C・D	A・B・C・D
4) 糖尿病の治療法		
a) 食事療法	A・B・C・D	A・B・C・D
b) カロリー設定、塩分制限、蛋白制限	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 食事指導の実践	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 運動療法	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 薬物療法		
・経口糖尿病薬の作用機序と副作用	A・B・C・D	A・B・C・D
・経口糖尿病薬の処方と併用療法	A・B・C・D	A・B・C・D
・インスリン療法の適応と実践	A・B・C・D	A・B・C・D
・低血糖時の処置	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 教育 (学習) 療法		
・糖尿病教室などへの参加	A・B・C・D	A・B・C・D
5) 糖尿病に関連した各種病態への理解	A・B・C・D	A・B・C・D

a) 動脈硬化病態の診断と理解	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 高脂血症の診断と治療 ・脂質降下薬の作用機序・副作用	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 肥満症の診断と治療	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 高尿酸血症、痛風の診断と治療 ・尿酸排泄促進薬と尿酸合成阻害薬	A・B・C・D	A・B・C・D
6) 甲状腺疾患の診断法		
a) 視診と触診の実践	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 甲状腺腫大度の分類の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
7) 甲状腺疾患の検査法		
a) 血液検査の指示と検査成績の解釈	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 画像診断 ・超音波断層検査の実施	A・B・C・D	A・B・C・D
・頸部CTの読影	A・B・C・D	A・B・C・D
・頸部X線写真の読影	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 細胞診、組織診 ・穿刺吸引細胞診の適応	A・B・C・D	A・B・C・D
8) 甲状腺疾患の治療法		
a) 内服治療の適応と実際	A・B・C・D	A・B・C・D
b) アイソトープ療法 of 適応	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 外科的治療の適応	A・B・C・D	A・B・C・D
9) 主なその他の内分泌・代謝疾患の理解		
a) 副腎疾患（クッシング症候群など）	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 下垂体疾患（末端肥大症など）	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 副甲状腺疾患	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 骨粗鬆症	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 中枢性尿崩症		
f) 電解質異常	A・B・C・D	A・B・C・D
g) その他の内分泌・代謝疾患	A・B・C・D	A・B・C・D

内科系初期臨床研修評価

◇ 循環器科

研修施設：福岡県済生会二日市病院 循環器科

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導医 (循環器科) \_\_\_\_\_ (印)

評価基準 A：よくできる B：できる C：できない D：経験しなかった

自己評価 指導医評価

【評価】

1. 循環器科医師全員で研修終了 2 週前に中間評価を行い、目標に到達していない項目があれば研修終了時まで研修できるようにする。
2. 最終評価は研修終了時に循環器科医師全員で行う。

【評価項目】

	自己評価	指導医評価
1. 循環器疾患の病歴聴取法の修得	A・B・C・D	A・B・C・D
2. 循環器疾患の診察法		
A) 血圧測定、起立時血圧変動	A・B・C・D	A・B・C・D
B) 心臓聴診法	A・B・C・D	A・B・C・D
C) 呼吸音の聴診	A・B・C・D	A・B・C・D
D) 頸静脈、肝うっ血や四肢浮腫の診察法	A・B・C・D	A・B・C・D
3. 循環器疾患の検査法	A・B・C・D	A・B・C・D
A) 12 誘導心電図の記録と判読	A・B・C・D	A・B・C・D
B) 運動負荷試験 (トレッドミル、CPX)	A・B・C・D	A・B・C・D
C) 心電図モニター	A・B・C・D	A・B・C・D
D) ホルター心電図	A・B・C・D	A・B・C・D
E) 心エコー図	A・B・C・D	A・B・C・D
F) 胸部 X 線像の読影	A・B・C・D	A・B・C・D
G) RI、CT、MRI の読影	A・B・C・D	A・B・C・D
H) 心臓カテーテル検査		
4. 循環器疾患の治療法の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
A) 薬物療法	A・B・C・D	A・B・C・D
B) 冠動脈インターベンション	A・B・C・D	A・B・C・D
C) 一時・恒久的ペースメーカー	A・B・C・D	A・B・C・D

D) 直流除細動	A・B・C・D	A・B・C・D
E) 心嚢穿刺	A・B・C・D	A・B・C・D
F) カテーテルアブレーション	A・B・C・D	A・B・C・D
G) NPPV (CPAP、Bi-level PAP)	A・B・C・D	A・B・C・D
H) 運動療法		
5. 主な循環器疾患の理解と対応	A・B・C・D	A・B・C・D
A) 急性心不全	A・B・C・D	A・B・C・D
B) 慢性心不全	A・B・C・D	A・B・C・D
C) 急性心筋梗塞	A・B・C・D	A・B・C・D
D) 狭心症	A・B・C・D	A・B・C・D
E) 頻脈性不整脈	A・B・C・D	A・B・C・D
F) 徐脈性不整脈	A・B・C・D	A・B・C・D
G) 高血圧症 (本態性、二次性)	A・B・C・D	A・B・C・D
H) 心筋症	A・B・C・D	A・B・C・D
I) 弁膜症 (僧帽弁・大動脈弁)	A・B・C・D	A・B・C・D
J) 大動脈疾患 (大動脈解離、大動脈瘤)	A・B・C・D	A・B・C・D
K) 閉塞性動脈硬化症	A・B・C・D	A・B・C・D
L) 肺高血圧症	A・B・C・D	A・B・C・D
M) 睡眠時無呼吸症候群	A・B・C・D	A・B・C・D
	A・B・C・D	A・B・C・D

内科系初期臨床研修評価

◇ 血液内科

研修施設：福岡県済生会二日市病院 血液内科

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導医(血液内科) \_\_\_\_\_ (印)

評価基準 A：よくできる B：できる C：できない D：経験しなかった

【評価項目】

	自己評価	指導医評価
1) 血液疾患の病歴聴取法の修得	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 血液疾患の診察法		
a) リンパ節の触診・肝脾腫の触診	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 血液疾患の検査法		
a) 血算と赤血球指数(MCV・MCH・MCHC)の算出	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 末梢血塗抹標本の作成と鏡検	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 造血必須物質測定(鉄・UIBC・フェリチン・葉酸・ビタミンB12)	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 血清蛋白検査(理解・蛋白分画、免疫電気泳動)	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 免疫血液学的検査(PAIGGなど)の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 出血凝固系検査の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
g) 骨髄穿刺手技の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
4) 血液疾患の治療法		
a) 食事療法・鉄欠乏・葉酸欠乏・ビタミンB12欠乏への対処	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 薬物療法・鉄剤・葉酸・ビタミンB12・造血因子	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 成分輸血の実践と副作用に対する理解	A・B・C・D	A・B・C・D
5) 主な血液疾患の理解		
a) 再生不良性貧血・赤芽球ろう	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 出血性貧血・鉄欠乏性貧血	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 巨赤芽球性貧血・溶血性貧血	A・B・C・D	A・B・C・D

d) 全身疾患に伴う貧血	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 悪性リンパ腫	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 伝染性単核球症	A・B・C・D	A・B・C・D
g) 蛋白異常症（多発性骨髄腫など）	A・B・C・D	A・B・C・D
h) 免疫不全症（AIDSなど）	A・B・C・D	A・B・C・D
i) 播種性血管内凝固症候群	A・B・C・D	A・B・C・D
j) 特発性血小板減少性紫斑病	A・B・C・D	A・B・C・D

内科系初期臨床研修評価

◇ 呼吸器科

研修施設：福岡県済生会二日市病院 呼吸器科

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導医(呼吸器科) \_\_\_\_\_ (印)

評価基準 A：よくできる B：できる C：できない D：経験しなかった

【評価項目】

	自己評価	指導医評価
1) 呼吸器疾患の病歴聴取法の修得	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 呼吸器疾患の診察法		
a) 呼吸パターンの観察	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 呼吸音・ラ音の聴診	A・B・C・D	A・B・C・D
c) ばち指の観察	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 呼吸器疾患の検査法		
a) 喀痰に関する検査	A・B・C・D	A・B・C・D
b) グラム染色と培養	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 抗酸菌染色と培養	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 細胞診	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 胸部X線写真の読影		
・二方向単純写真	A・B・C・D	A・B・C・D
・肺尖写真、側臥位写真	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 胸部CTの読影	A・B・C・D	A・B・C・D
g) 胸腔穿刺の指示と胸水の分析	A・B・C・D	A・B・C・D
h) 肺機能検査法の解釈と意義	A・B・C・D	A・B・C・D
i) パルスオキシメトリの修得	A・B・C・D	A・B・C・D
j) 動脈血ガス分析の手技・解釈と意義	A・B・C・D	A・B・C・D
4) 呼吸器疾患の治療法		
a) 酸素療法	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 薬物療法		
・去痰剤・鎮咳剤	A・B・C・D	A・B・C・D
・気管支拡張剤	A・B・C・D	A・B・C・D
・ステロイド剤	A・B・C・D	A・B・C・D
・抗生物質	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 抗癌化学療法に対する理解	A・B・C・D	A・B・C・D

d) 吸入療法に対する理解と修得	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 酸素療法に対する理解と修得 ・カニューラ・ベンチマスク	A・B・C・D	A・B・C・D
5) 主な呼吸器疾患の診断と治療方針の確立		
a) 肺結核	A・B・C・D	A・B・C・D
b) COPD（肺気腫・慢性気管支炎）	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 気管支喘息	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 肺炎	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 肺癌	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 胸膜炎・気胸	A・B・C・D	A・B・C・D
g) 呼吸不全（急性・慢性）	A・B・C・D	A・B・C・D
h) 気管支拡張症	A・B・C・D	A・B・C・D

内科系初期臨床研修評価

◇ 腎臓内科

研修施設：福岡県済生会二日市病院 腎臓内科

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導医（腎臓内科） \_\_\_\_\_ (印)

評価基準 A：よくできる B：できる C：できない D：経験しなかった

【評価項目】

	自己評価	指導医評価
1) 腎臓疾患の病歴聴取法の修得	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 腎臓疾患の診察法		
a) 視診、触診、打診、聴診	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 細胞外液量の評価	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 腎臓疾患の検査法		
a) 検尿、沈渣の実技と解釈	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 血液及び尿のBUN、Cr、尿酸、 電解質の解釈	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 腹部単純写真、KUBの読影	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 超音波断層検査の実技と読影	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 腎盂造影の実施と読影	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 腎CT検査の読影	A・B・C・D	A・B・C・D
g) 動脈血ガス分析の解釈	A・B・C・D	A・B・C・D
4) 腎臓疾患の治療と管理		
a) 食事療法の理解と食事処方箋の処方	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 薬物療法 (各種薬剤の適応と腎不全の投与方法)		
・利尿薬、降圧薬	A・B・C・D	A・B・C・D
・副腎皮質ステロイド	A・B・C・D	A・B・C・D
・骨・カルシウム代謝薬	A・B・C・D	A・B・C・D
・造血薬、抗凝固薬	A・B・C・D	A・B・C・D
・抗生物質	A・B・C・D	A・B・C・D
5) 輸液療法		
a) 腎不全患者での輸液計画と実際	A・B・C・D	A・B・C・D
6) 透析療法の適応		
a) ブラッドアクセスの理解	A・B・C・D	A・B・C・D

b) 血液透析、HDF、CHDF	A・B・C・D	A・B・C・D
7) 腎移植の適応、効果、合併症	A・B・C・D	A・B・C・D
8) 主な腎臓疾患の理解と対応		
a) 慢性糸球体腎炎・急性糸球体腎炎	A・B・C・D	A・B・C・D
b) ネフローゼ症候群	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 全身疾患に伴う腎疾患（高血圧、糖尿病、SLE、痛風、関節リウマチ、肝腎症候群）	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 慢性腎不全、急性腎不全	A・B・C・D	A・B・C・D

外科系初期臨床研修評価

◇ 外科

研修施設：福岡県済生会二日市病院 外科

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 年 月 日 ~ 年 月 日

診療科：平成 年 月 日 指導医 (外科) \_\_\_\_\_ (印)

評価基準 A：よくできる B：できる C：できない D：経験しなかった

自己評価 指導医評価

【評価】

- 1) 研修終了時に経験すべき疾患のレポート及び必要項目チェックシートを提出する。
- 2) 研修責任者（部長）を中心として必要項目の到達度について、A～Dの4段階評価を行う。
- 3) 外科研修終了時に、外科指導スタッフにより総括する。
- 4) 目標に到達していない項目があれば、一年次研修終了時までには経験できるように配慮する。

【評価項目】

	自己評価	指導医評価
1) 外科的基本態度		
a) 手術室におけるチーム医療の基本を身に付ける	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 各種カンファレンスに積極的に参加し発言できる	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 指導医や他科医師に適切なタイミングでコンサルテーションができる	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 患者および関係者に対し病状を十分に説明し同意を得ることができる	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 外科病理標本の取り扱いの基本を身に付ける	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 外科的診断法		
a) 患者の診察とProblem Oriented Systemに従った診療録記載ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 術前後の臨床検査データを正確に理解し対処できる	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 術前後の画像診断を正しく理解できる	A・B・C・D	A・B・C・D

d) 術前後の病態把握ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 術前後の患者の異常病態や併発症を素早く把握できる	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 外科的基本手技		
a) 輸液・輸血に関する知識があり実施できる	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 高カロリー輸液の基本的知識がある	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 中心静脈穿刺ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 抗生物質に関する基本的知識をもち、正しく使用できる	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 外科的疾患に関する制癌剤の基本的知識をもち、誤りなく使用できる	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 外来処置を要する外科的炎症疾患に正しく対応できる	A・B・C・D	A・B・C・D
g) 胃管の挿入と管理ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
h) 創部消毒とガーゼ交換を実施できる	A・B・C・D	A・B・C・D
i) 基本的な結紮・縫合・切開術ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
j) 術後のドレーン・チューブ類の管理ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
k) 局所麻酔下の小手術が正しくできる		
l) 開腹・閉腹・腹腔ドレナージができる	A・B・C・D	A・B・C・D
m) 胸腔ドレナージができる	A・B・C・D	A・B・C・D
n) 気管支内視鏡検査の指示と手技ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
o) 人工呼吸器による呼吸管理ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
4) 外科的代表疾患		
a) 急性腹症の鑑別診断と治療方針ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 急性虫垂炎の診断と手術適応の決定ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 胆石症の診断と治療の選択ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
d) イレウスの診断と治療ができる		
e) 胃癌の診断と治療の選択ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 大腸癌の診断と治療の選択ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
g) 肝癌・胆管癌・膵癌の鑑別診断と治療法の選択ができる	A・B・C・D	A・B・C・D

h) 癌化学療法の副作用を理解し対処できる	A・B・C・D	A・B・C・D
i) 痔核・痔瘻の鑑別診断ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
j) ヘルニアの診断ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
k) 自然気胸の診断ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
l) 縦隔腫瘍の鑑別診断と治療法の選択ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
m) 乳癌の診断と治療の選択ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
n) 肺癌の診断と治療の選択ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
o) 下肢静脈疾患の診断ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
p) 閉塞性動脈疾患の鑑別診断ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
q) 外傷（頸部・胸部・腹部・四肢）の診断ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
r) 慢性腎不全患者周術期管理ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
s) 大動脈瘤の診断と治療法の選択ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
5) 関係諸法令等の研修		
a) 臓器移植に関する法律	A・B・C・D	A・B・C・D

外科系初期臨床研修評価

◇ 整形外科

研修施設：福岡県済生会二日市病院 整形外科

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導医（整形外科） \_\_\_\_\_ (印)

評価基準 A：よくできる B：できる C：できない D：経験しなかった

自己評価 指導医評価

【評価】

- 1) 研修終了時に経験すべき疾患のレポート及び必要項目チェックシートを提出する。
- 2) 研修責任者（部長）を中心として必要項目の到達度について、A～Dの4段階評価を行う。
- 3) 研修終了時に、外科系全科の指導スタッフにより総括する。
- 4) 目標に到達していない項目があれば、一年次研修終了時までには経験できるように配慮する。

【評価項目】

	自己評価	指導医評価
1) 運動器の基礎知識		
a) 骨、軟骨、関節の解剖と生理を理解し、臨床に応用できる。	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 神経、筋、腱、脈管の解剖と生理を理解し臨床に応用できる。	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 診断と検査		
a) 運動器疾患に特有な愁訴と性質を理解した病歴がとれる。	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 骨、関節、筋肉を中心とした整形外科的診察ができ、鑑別診断が列挙できる。	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 神経学的診察ができ、高位、横位診断が考察できる。	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 歩行障害の原因疾患に対する鑑別診断が列挙できる。	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 救急外傷患者の的確で迅速な病態把握ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 整形外科的緊急危険症状を即断できる。	A・B・C・D	A・B・C・D

g) 骨、関節単純X線写真について読影ができ、主なX線分類、骨計測ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
h) CT、MRI等の画像診断が的確にできる。	A・B・C・D	A・B・C・D
i) 脊髄造影ができ、所見を正しく評価できる。	A・B・C・D	A・B・C・D
j) 電気生理学的検査ができ、所見と意義を正しく評価できる。	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 整形外科的臨床知識と技術		
a) 運動器疾患に対する薬物療法の適応解 適を理解し、適切な処方ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 整形外科的滅菌、消毒法を理解し、創傷 処置、手術助手ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 局所麻酔、簡単な伝達麻酔ができ開放創 の適切な処置ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 包帯固定の適切な実施ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 膝関節穿刺ができ関節液について検査 及びその結果の解釈ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 骨折、脱臼に対して徒手整復の適応と方 法を理解し、適切な実施ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
g) ギプス固定、介達牽引、直達牽引の適応 を理解し、実施管理ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
h) 開放骨折、多発骨折など重篤な骨折の合 併症について初期対応できる。	A・B・C・D	A・B・C・D
i) 骨粗鬆症の病態を理解し、適切な治療法 を選択できる。	A・B・C・D	A・B・C・D
j) 脊椎疾患（椎間板ヘルニア等）に対して 適切な初期治療ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
k) 基本的なリハビリテーションの処方 ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
l) 補装具の処方、指示、指導ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D

外系初期臨床研修評価

◇ 脳神経外科

研修施設：福岡県済生会二日市病院 脳神経外科

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導医（脳神経外科） \_\_\_\_\_ (印)

評価基準 A：よくできる B：できる C：できない D：経験しなかった

【評価項目】

	自己評価	指導医評価
1) 脳神経外科的診断法		
a) 神経学的診察ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
b) POS (Problem Oriented System) に従って診療録に記載できる	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 頭蓋単純撮影を正しく理解できる	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 頭部CT・MRIを正しく理解できる	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 脳神経外科的基本手技		
a) 輸液の基本的知識をもち、正しく実施できる	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 栄養管理について基本的知識をもち、正しく実施できる	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 腰椎穿刺ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 基本的な縫合ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 穿頭術の助手ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 脳神経外科的疾患病態生理		
a) 頭部外傷の診断と治療法の決定ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 脳出血の診断と治療法の決定ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
c) クモ膜下出血の診断と治療法の決定ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
4) 知識の習得	A・B・C・D	A・B・C・D
形態解剖学（頭蓋、硬膜、中枢神経、末梢神経、筋肉など）		
機能的神経解剖学（錐体路など）		
5) 病歴聴取法の修得	A・B・C・D	A・B・C・D

6) 診察法の修得		
意識レベル	A・B・C・D	A・B・C・D
失語・失行・失認	A・B・C・D	A・B・C・D
脳神経	A・B・C・D	A・B・C・D
運動機能、小脳機能	A・B・C・D	A・B・C・D
反射（深部反射と病的反射）	A・B・C・D	A・B・C・D
感覚（触覚・痛覚・振動覚）	A・B・C・D	A・B・C・D
自律神経	A・B・C・D	A・B・C・D
髄膜刺激症状	A・B・C・D	A・B・C・D
7) 神経内科的検査法の適応についての理解		
脳波・誘発脳波	A・B・C・D	A・B・C・D
筋電図、運動神経伝導速度	A・B・C・D	A・B・C・D
高次脳機能検査	A・B・C・D	A・B・C・D
自律神経検査	A・B・C・D	A・B・C・D
単純X線検査	A・B・C・D	A・B・C・D
頭部CT、MRI、MRA、XeCT	A・B・C・D	A・B・C・D
脊髄MRI	A・B・C・D	A・B・C・D
脳血管撮影	A・B・C・D	A・B・C・D
8) 神経内科的な記録と発表	A・B・C・D	A・B・C・D
診療録・症例発表・症例報告		
9) 神経系の代表的な症状の診断、治療計画が立てられる		
麻痺	A・B・C・D	A・B・C・D
めまい	A・B・C・D	A・B・C・D
意識障害	A・B・C・D	A・B・C・D
けいれん	A・B・C・D	A・B・C・D
10) 神経系の代表的な疾患の診断、治療計画が立てられる		
脳梗塞	A・B・C・D	A・B・C・D
脳出血	A・B・C・D	A・B・C・D
てんかん	A・B・C・D	A・B・C・D
パーキンソン病	A・B・C・D	A・B・C・D
11) できれば習得すべき内容		
a) 脳血管撮影を正しく理解できる	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 神経生理検査（脳波・ABR）を正しく理解できる	A・B・C・D	A・B・C・D

c) 脳血管撮影の助手ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 開頭術の助手ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 各種ドレナージの管理ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 脳腫瘍の診断と治療法の決定ができる	A・B・C・D	A・B・C・D

外科系初期臨床研修評価

◇ 泌尿器科

研修施設：福岡県済生会二日市病院 泌尿器科

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導医（泌尿器科） \_\_\_\_\_ (印)

評価基準 A：到達目標に達した B：目標に近い C：目標に遠い D：経験しなかった

<臨床研修到達目標>

\*印は、研修必修化期間の3-5ヶ月間の到達目標。その他を含めた全体は、泌尿器科専門医を目指した初期研修（必修化期間後）の到達目標。

自己評価 指導医評価

【評価】

	自己評価	指導医評価
(1) 基本的知識と診断技術		
*1) 主要な泌尿器科的疾患を理解した上で、正確かつ適切な病歴を聴取できる。	A・B・C・D	A・B・C・D
*2) 主要な泌尿器科的疾患の診断、治療のための検査計画が立てられる。	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 尿路性器癌の取扱い規約に沿った悪性度、進展度を含めた基本的診断ができ、治療計画を立てることができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
*4) 尿路結石症の診断ができ、適当な治療計画を立てることができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
*5) 尿路感染症の診断ができ、適当な治療計画を立てることができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
*6) 排尿障害の診断ができ、適当な治療計画を立てることができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
(2) 基本的検査および処置		
*1) 尿検査・精液検査ができ、その結果を正しく評価できる。	A・B・C・D	A・B・C・D
*2) 腎の触診、陰囊内容の触診ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
*3) 前立腺の触診で、正常、肥大症、癌の典型例を鑑別できる。	A・B・C・D	A・B・C・D
*4) 基本的な尿道カテーテルの操作、管理	A・B・C・D	A・B・C・D

が単独でできる。		
*5) 膀胱鏡検査、経尿道的膀胱粘膜生検、尿管カテーテル法、前立腺針生検、陰嚢水腫穿刺が指導医のもとでできる。	A・B・C・D	A・B・C・D
*6) 泌尿器科学的X線検査ができ、その結果を正しく評価できる。	A・B・C・D	A・B・C・D
*7) 泌尿器科学的腹部超音波検査、陰嚢部超音波検査および経直腸的超音波検査ができ、その結果を正しく評価できる。	A・B・C・D	A・B・C・D
*8) 尿力学的検査ができ、その結果を正しく評価できる。	A・B・C・D	A・B・C・D
(3) 治療及び手術		
*1) 腎外傷、尿道外傷、結石による疝痛、尿閉などの泌尿器科領域の救急疾患の初期対応ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
*2) 泌尿器科主要疾患患者の適切な術前後管理ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
*3) 正しい手洗い法を身につけ、清潔不潔の概念を熟知する。	A・B・C・D	A・B・C・D
*4) 皮膚、筋膜縫合が正しくできる。	A・B・C・D	A・B・C・D
*5) 経尿道的膀胱腫瘍焼灼術、経尿道的膀胱碎石術、尿道ブジーが指導医のもとで行える	A・B・C・D	A・B・C・D
*6) 腎嚢胞穿刺術、膀胱瘻造設術が指導医のもとで行える。	A・B・C・D	A・B・C・D
*7) 包茎、精巣摘除術、精巣水腫の手術の執刀ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
*8) 体外衝撃派結石破碎術（ESWL）を行える。	A・B・C・D	A・B・C・D
*9) 泌尿器科主要疾患に対する手術を理解し、適切な助手ができる。	A・B・C・D	A・B・C・D
*10) 抗癌化学療法合併症に正しく対処できる。	A・B・C・D	A・B・C・D

救急・総合診療部初期臨床研修評価

◇ 救急・総合診療部

研修施設：福岡県済生会二日市病院 救急・総合診療部

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導医 (救急・総合診療部) \_\_\_\_\_ (印)

評価基準 A：到達目標に達した B：目標に近い C：目標に遠い D：経験しなかった

自己評価 指導医評価

【評価】

	自己評価	指導医評価
1) 救急ガイドラインの理解		
a) 救急蘇生法		
BLS (一次救命処置)	A・B・C・D	A・B・C・D
ACLS (二次救命処置)	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 外傷初療		
JATEC	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 呼吸管理		
a) 呼吸状態の評価 (病歴・身体所見など)	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 動脈血血液ガス分析の評価	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 胸部レントゲンの評価	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 気道確保		
エアウェイの挿入	A・B・C・D	A・B・C・D
気管内挿管	A・B・C・D	A・B・C・D
輪状甲状靭帯穿刺	A・B・C・D	A・B・C・D
輪状甲状靭帯切開	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 胸腔ドレナージ	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 人工呼吸	A・B・C・D	A・B・C・D
バッグバルブマスク換気	A・B・C・D	A・B・C・D
人工呼吸器の使用法	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 循環管理		
a) ショックの病態評価・治療	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 心機能の評価	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 静脈路・骨髄輸液路の確保	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 循環作動薬の使用法	A・B・C・D	A・B・C・D
4) 意識障害の鑑別・治療	A・B・C・D	A・B・C・D

5) 創傷処置・皮膚縫合	A・B・C・D	A・B・C・D
6) 救急患者のトリアージ	A・B・C・D	A・B・C・D

麻酔科初期臨床研修評価

◇ 麻酔科

研修施設：福岡県済生会二日市病院 麻酔科

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導医（麻酔科） \_\_\_\_\_ (印)

評価基準 A：到達目標に達した B：目標に近い C：目標に遠い D：経験しなかった

自己評価 指導医評価

【評価】

	自己評価	指導医評価
1) 基本的知識		
a) 救急蘇生法		
BLS（一次救命処置）	A・B・C・D	A・B・C・D
ACLS（二次救命処置）	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 麻酔と周術期管理		
術前患者評価	A・B・C・D	A・B・C・D
麻酔薬理学と麻酔法の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
侵襲期体液管理の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
輸血管理の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 周術期疼痛管理		
鎮痛剤（特に麻薬）	A・B・C・D	A・B・C・D
鎮静剤	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 呼吸管理		
呼吸生理の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
人工呼吸器の使用法	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 循環管理		
循環作動薬	A・B・C・D	A・B・C・D
ショックの病態・評価・治療	A・B・C・D	A・B・C・D
f) モニターの原理	A・B・C・D	A・B・C・D
g) スタンダードプリコーション	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 必ず習得すべき手技		
a) 救急蘇生法を理解し実践できる		
BLS + AED	A・B・C・D	A・B・C・D
BLS + AEDを院内スタッフに指導できる	A・B・C・D	A・B・C・D

院内ACLS 講習の補佐ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 患者評価		
術前患者評価（ASA）ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
麻酔の危険性の説明と同意の実施	A・B・C・D	A・B・C・D
麻酔記録の記載	A・B・C・D	A・B・C・D
術中の患者評価;モニター	A・B・C・D	A・B・C・D
術後患者管理の指針	A・B・C・D	A・B・C・D
緊急手術の対応（#）	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 呼吸管理		
麻酔器の仕業点検	A・B・C・D	A・B・C・D
気道確保	A・B・C・D	A・B・C・D
マスク換気 補助呼吸	A・B・C・D	A・B・C・D
調節呼吸	A・B・C・D	A・B・C・D
気管挿管（30例以上）	A・B・C・D	A・B・C・D
ラリンジアルマスク挿入	A・B・C・D	A・B・C・D
胃管挿入	A・B・C・D	A・B・C・D
人工呼吸器の接続と設定	A・B・C・D	A・B・C・D
挿管困難時のアルゴリズムを理解できる	A・B・C・D	A・B・C・D
特殊挿管を経験した（#）		
・気管支ファイバー	A・B・C・D	A・B・C・D
・分離肺換気	A・B・C・D	A・B・C・D
・トラキライト	A・B・C・D	A・B・C・D
緊急時、フルストマック時の介助ができる（#）	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 循環管理		
末梢静脈路確保	A・B・C・D	A・B・C・D
中心静脈路確保（#）	A・B・C・D	A・B・C・D
各種薬剤の作用、副作用、相互作用の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
循環作動薬の選択、投与方法、実施	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 体液・代謝管理		
輸液の計画と実施	A・B・C・D	A・B・C・D
輸血、血液製剤の適応判断と実施	A・B・C・D	A・B・C・D
血糖の調節	A・B・C・D	A・B・C・D
体温の管理	A・B・C・D	A・B・C・D
f) モニター		

心電図・血圧計の装着と読み取り	A・B・C・D	A・B・C・D
カプノメーターの原理と読み取り	A・B・C・D	A・B・C・D
パルスオキシメーターの原理と読み取り	A・B・C・D	A・B・C・D
静脈および動脈採血	A・B・C・D	A・B・C・D
動脈血液ガスの検査と分析ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
動脈カニューレーション（#）	A・B・C・D	A・B・C・D
動脈圧、中心静脈圧測定ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
肺動脈カテーテルの挿入の介助	A・B・C・D	A・B・C・D
導尿、バルーンカテーテル挿入	A・B・C・D	A・B・C・D
g) 感染対策		
スタンダードプリコーションの理解と実践	A・B・C・D	A・B・C・D
院内感染予防の実践（#）	A・B・C・D	A・B・C・D
h) 麻酔法		
＜全身麻酔＞		
・吸入麻酔・MACについて説明できる	A・B・C・D	A・B・C・D
・麻酔薬を手術深度に応じて投与できる	A・B・C・D	A・B・C・D
・拮抗剤の投与方法を知っている	A・B・C・D	A・B・C・D
・静脈麻酔薬の効果、副作用、相互作用の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
＜筋弛緩剤＞		
・作用機序と効果発現時間、作用時間の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
・TOFなどのモニター下に拮抗剤を使用できる	A・B・C・D	A・B・C・D
＜局所麻酔＞		
・硬膜外麻酔（10例）	A・B・C・D	A・B・C・D
・脊椎麻酔（5例）またはCSEA	A・B・C・D	A・B・C・D
・局麻薬の作用機序、副作用、相互作用の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
・局麻の合併症について説明ができ処置ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
i) 周術期の合併症の予防と処置		
術後鎮痛法	A・B・C・D	A・B・C・D
呼吸器合併症	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 手術室の安全管理・危機管理に配慮でき	A・B・C・D	A・B・C・D

る (#) (#) は2 年次の選択研修時の追加目標	A・B・C・D	A・B・C・D
-------------------------------	---------	---------

産婦人科初期臨床研修評価

◇ 産婦人科

研修施設：飯塚病院・福岡県済生会福岡総合病院

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導医（産婦人科） \_\_\_\_\_ (印)

評価基準 A：到達目標に達した B：目標に近い C：目標に遠い D：経験しなかった

自己評価 指導医評価

【評価】

	自己評価	指導医評価
A. 経験すべき診察法・検査・手技		
1. 基本的な身体診察法		
1) 骨盤内診察が出来、記載できる	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 産婦人科特有の診察ができ、記載できる。 (膣鏡診、内診、直腸診、レオポルド触診)	A・B・C・D	A・B・C・D
2. 検査法		
1) 内分泌検査（性腺ホルモン及び負荷テスト基礎体温、頸管粘液検査、妊娠判断）	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 腫瘍学的検査（子宮頸部及び体部細胞診、組織、腫瘍マーカー、コルポスコピー）	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 感染症検査（膣分泌物鏡検、頸管細菌検査、免疫学的検査）	A・B・C・D	A・B・C・D
4) 放射線検査（骨盤計測、子宮卵管造影、CT、MRI）	A・B・C・D	A・B・C・D
5) 超音波検査（骨盤内腫瘍、腹水、妊娠判断、胎児形態、胎児付属物、卵巣周期）	A・B・C・D	A・B・C・D
6) 分娩監視装置	A・B・C・D	A・B・C・D
3. 手技		
1) 分娩時の会陰切開及び縫合ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 出産直後の新生児の処置ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
B. 経験すべき症状・病態・疾患		
1. 頻度の高い症状		
1) 腹痛	A・B・C・D	A・B・C・D

2) 性器出血	A・B・C・D	A・B・C・D
2.緊急を要する症状・病態		
1) ショック	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 急性腹症	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 流・早産及び満期産	A・B・C・D	A・B・C・D
4) 急性感染症	A・B・C・D	A・B・C・D
3.経験が求められる疾患・病態		
1) 妊娠分娩と生殖器疾患		
・ 娠分娩（正常分娩20例・流産・早産、正常分娩・産科出血・乳腺炎・産褥）	A・B・C・D	A・B・C・D
・ 女性生殖器及びその関連疾患（無月経思春期・更年期障害・外陰・膣・骨盤内感染症・骨盤内腫瘍・乳腺腫瘍）	A・B・C・D	A・B・C・D
C.特定の医療現場の経験		
1.予防医療		
1) 性感染症予防、家族計画指導に参画できる	A・B・C・D	A・B・C・D
2.小児・成育医療		
1) 母子健康手帳を理解し活用	A・B・C・D	A・B・C・D

小児科初期臨床研修評価

◇ 小児科

研修施設：福大筑紫病院

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導医（小児科） \_\_\_\_\_ (印)

評価基準 A：到達目標に達した B：目標に近い C：目標に遠い D：経験しなかった

自己評価 指導医評価

【評価】

	自己評価	指導医評価
<b>1. 知識と能力について 自己評価 指導医評価</b>		
1) 医学に関する基本的な知識の修得	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 患児の問題点を把握し、解決する能力	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 専門的医療技術の修得	A・B・C・D	A・B・C・D
4) 患児・家族とのコミュニケーション能力	A・B・C・D	A・B・C・D
5) 診療録の記載、各種文書、診療総括等の作成	A・B・C・D	A・B・C・D
6) 症例検討会等への積極的参加	A・B・C・D	A・B・C・D
<b>2. 勤務態度について</b>		
1) 患児・家族への思いやり	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 上司、同僚、他の職員との協調性	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 看護師等に対する指示の適正	A・B・C・D	A・B・C・D
4) 時間・約束の厳守	A・B・C・D	A・B・C・D
5) 挨拶・態度・行儀・服装・身だしなみ	A・B・C・D	A・B・C・D
6) 責任感・誠実性	A・B・C・D	A・B・C・D
7) 積極性・行動力・勤勉性	A・B・C・D	A・B・C・D
<b>3. 性格、その他</b>		
1) 思考の柔軟性	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 慎重さ	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 決断力	A・B・C・D	A・B・C・D
4) 独創性	A・B・C・D	A・B・C・D
5) 性格分析	A・B・C・D	A・B・C・D

精神科初期臨床研修評価

◇ 精神科

研修施設：福岡県立精神医療センター太宰府病院

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導医（精神科） \_\_\_\_\_ (印)

評価基準 A：到達目標に達した B：目標に近い C：目標に遠い D：経験しなかった

自己評価 指導医評価

【評価】

	自己評価	指導医評価
1) 知識と理解		
a) 機能的・器質性精神疾患の症状・経過・予後に関する知識と理解	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 鑑別診断があげられる	A・B・C・D	A・B・C・D
c) DSM-IVとICD-10の理解	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 精神保健福祉法の運用をよく理解している	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 4による入院手続の実務	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 精神疾患の原因、あるいは病理についての知識	A・B・C・D	A・B・C・D
g) 精神療法についての知識	A・B・C・D	A・B・C・D
h) 薬物療法についての知識	A・B・C・D	A・B・C・D
i) 精神科看護ケアに対する知識	A・B・C・D	A・B・C・D
j) 精神科コンサルテーションについての知識	A・B・C・D	A・B・C・D
k) リハビリテーションについての知識	A・B・C・D	A・B・C・D
g) 精神保健福祉に関する社会資源についての知識	A・B・C・D	A・B・C・D
2) 技能		
a) 病歴聴取能力とその記録	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 患者とのコミュニケーション能力	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 精神現症をとる能力	A・B・C・D	A・B・C・D
d) 身体現症をとる能力	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 神経学的所見をとる能力	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 系統的に診断に至る能力(操作的診断を	A・B・C・D	A・B・C・D

含む)		
g) 治療方針をたて指導医や看護者に説明できる能力	A・B・C・D	A・B・C・D
h) 検査の選択・実行・解釈	A・B・C・D	A・B・C・D
i) 薬物の選択・処方・注射ができる	A・B・C・D	A・B・C・D
j) 患者・家族に説明できる能力	A・B・C・D	A・B・C・D
k) 指導医または専門医に委ねるべき状況を的確に判断し助言を求める能力	A・B・C・D	A・B・C・D
3) 態度・姿勢		
a) 患者に対する人権と尊厳を尊重する態度とあたたかい接近	A・B・C・D	A・B・C・D
b) チーム医療のいちいんとして、協調できる	A・B・C・D	A・B・C・D
c) 指導医とコミュニケーションを図る	A・B・C・D	A ・B・C・D
d) 身体現症をとる能力	A・B・C・D	A・B・C・D
e) 他科の医師、看護師とのコミュニケーション	A・B・C・D	A・B・C・D
f) 未知なことを尋ねたり、自分で調べる姿勢（EBMを理解し実践する態度）	A・B・C・D	A・B・C・D
4) 知識と理解		
a) 公文書としての診療録の意義を理解し、適切な記録をする	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 時間を守る姿勢	A・B・C・D	A・B・C・D
b) 時間を守る姿勢	A・B・C・D	A・B・C・D

地域保健・医療初期臨床研修評価

◇ 地域保健・医療

研修施設：筑紫野太宰府消防組合消防本部

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導医 (地域保健・医療) \_\_\_\_\_ (印)

評価基準 A：到達目標に達した B：目標に近い C：目標に遠い D：経験しなかった

	自己評価	指導医評価
消防車同乗実習		
1) 救急現場の特徴と対応方法を学習する。	A・B・C・D	A・B・C・D
2) トリアージ (Triage)、応急処置 (Treatment)、搬送 (Transportation) の3Tが敏速に行える。	A・B・C・D	A・B・C・D

地域保健・医療初期臨床研修評価

◇ 地域保健・医療

研修施設：福岡県済生会特別養護老人ホーム むさし苑

研修医氏名： \_\_\_\_\_ (印)

研修期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導医 (むさし苑) \_\_\_\_\_ (印)

【臨床研修到達度チェック】

自己評価

a：出来ている (1 点), b：うまくいかない場合もある (0.5 点), c：自信がない (0 点)

指導医評価

a：十分達成, b：ほぼ達成, c：やや不十分, d：全く不十分, e：評価不能

	自己評価	指導医評価
I. 行動目標；医療人としての必要な基本姿勢・態度の確認	a・b・c	a・b・c・d・e
II. 経験目標		
A：経験すべき診察法・検査・手技の復習	a・b・c	a・b・c・d・e
B：経験すべき症状・病態・疾患の復習と学習	a・b・c	a・b・c・d・e
C：経験が求められる疾患・病態を学び診療手順を習得する。	a・b・c	a・b・c・d・e

〔加齢と老化〕

自己評価

a：よく理解している、b：概略理解している、c：さらに努力を要する。

指導医評価

a：よく出来ている、b：概略出来ている、c：さらに努力を要する。

※①&②の評価は受け持った症例の病歴要約の記載に基づく

	自己評価	指導医評価
①高齢患者に合併する各種疾患を列挙し、主および副疾患の識別を行う。	a・b・c	a・b・c
②老年症候群の病態を理解し個々の診療方針を立てる。	a・b・c	a・b・c
③高齢者総合評 (Comprehensive Geriatric Assessment；CGA) の活用法を理解し、リハ・介護・福祉問題等につき関係スタッフとコミュニケーションを行いながら総合的な診療を実践する。	a・b・c	a・b・c



## 臨床病理検討会 (CPC) レポート

研修施設：福岡県済生会二日市病院

研修医氏名： \_\_\_\_\_ ㊞

指導医氏名：研修プログラム責任者 \_\_\_\_\_ ㊞

診療科担当医 \_\_\_\_\_ ㊞

CPC 開催日：平成 年 月 日 場所：（福岡県済生会二日市病院）

剖検番号： \_\_\_\_\_（剖検日時：平成 年 月 日）診療科： \_\_\_\_\_

臨床診断： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

【剖検所見および診断】

【総括】

