

Ⅲ. トヨタ記念病院 臨床研修プログラム

3. 研修医の指導体制

臨床研修指導医講習会を修了した卒後 7 年目以上の医師を全診療科に配置し、その指導医を中心とした屋根瓦方式にて指導を行う。

臨床研修運営委員会として、看護職、コメディカルもメンバーに加わり、研修医の指導に携わる。臨床研修グループに専任の事務員を配置し、日常の相談ごとなどに対応する。

IV. 臨床研修の目標・方略・評価

<一般目標>

眼前の病める人への責務を果たすだけでなく、公衆衛生的視点をもつ全人的医療を行える医師となることを目標とする。

医師としての基盤形成を養う段階にある研修医は、基本的価値観を自らのものとし、基本的診療業務ができるレベルの資質・能力を修得する。

A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

<行動目標>

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与

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

2. 利他的な態度

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

3. 人間性の尊重

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

4. 自らを高める姿勢

自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

B. 資質・能力

1. 医学・医療における倫理性

<行動目標>

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

① 人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。

② 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。

③ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。

④ 利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。

⑤ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。

<方略>

・院内講演会「コンプライアンス」に参加し、守秘義務について理解する。

・臨床倫理コンサルテーションチーム(ECT)主催のカンファレンスに輪番で出席し、発表する。

また、随時開催される講演会にも参加する。

・モーニングセミナーにて当該のセミナーに積極的に参画する。

・病棟や外来業務の中で、患者に対して、プライバシー、守秘義務、人間の尊厳に配慮した接遇を実践する。

2. 医学知識と問題対応能力

<行動目標>

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

- ① 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。
- ② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。
- ③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。

<方略>

- ・担当医として入院患者を受け持ち、主治医とともに身体診察、検査、治療方針の決定を行う。
- ・主治医の指導のもと、治療方針を立て、入院診療計画書、退院療養計画書を作成する。
- ・上級医の指導のもと、入院患者の対応に当たる。
- ・最新の知見やエビデンスに基づいて、治療計画を立案する。
- ・CPCで症例を発表・討論する。またその症例を論文としてトヨタ医報に投稿する。
- ・年に1回は解剖に参加する。
- ・ローテート科の研究会、学会に参加して最新の医学的知見を学習する。

3. 診療技能と患者ケア

<行動目標>

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

- ① 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
- ② 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。
- ③ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

<方略>

- ・上級医の指導のもと、入院患者の診療に当たり、患者情報の効果的な収集法を身につける。
- ・シミュレーターを用いた実技研修を行い、臨床技能、治療手技を身につける。
- ・自分が受け持った患者の診療記録やサマリーを作成する。
- ・緩和ケア講習会に参加し、緩和ケアの知識を習得する。
- ・臨床倫理コンサルテーションチーム(ECT)およびACP講演会に参加し、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について学ぶ。

4. コミュニケーション能力

<行動目標>

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

- ① 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。
- ② 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。
- ③ 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

<方略>

・病棟や外来で、主治医によるインフォームド・コンセントの場に同席し、または主治医の指導のもと自ら行うことで、良好な医師－患者関係を構築する能力を養う。

5. チーム医療の実践

<行動目標>

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

- ① 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。
- ② チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。

<方略>

・NST、RSTなどの回診に参加する。
・実際の患者の診療に当たる中で、対応に必要な職種を判断し、多職種によるカンファレンスを開催し、チーム医療を実践する能力を養う。

6. 医療の質と安全管理

<行動目標>

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

- ① 医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。
- ② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。
- ③ 医療事故等の予防と事後の対応を行う。
- ④ 医療従事者の健康管理(予防接種や針刺し事故への対応を含む。)を理解し、自らの健康管理に努める。

<方略>

・医療安全管理グループ主催の「医療安全研修会」に年1回以上必ず参加する。
・感染対策委員会主催の「感染対策講演会」等に参加する。
・インシデントレポート等を積極的に(1ヶ月に1件以上)作成する。
・病院主催の災害訓練・防災訓練に参加する。
・シミュレーター研修に出席し、治療手技を行えるようにする。

7. 社会における医療の実践

<行動目標>

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

- ① 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。
- ② 医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。
- ③ 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。
- ④ 予防医療・保健・健康増進に努める。
- ⑤ 地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。
- ⑥ 災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。

<方略>

- ・研修医導入教育にて「医療法規」、「臨床研修制度」、「地域包括ケアシステム」等について学ぶ。
- ・モーニングセミナーにて、「保険診療」、「虐待」、「病名・DPC・保険点数」等について学ぶ。
- ・東海北陸厚生局主催の保険医集団指導にて「医療保険」、「公費負担医療」等について学ぶ。
- ・院内防災訓練、防火訓練にて、非日常の医療需要に対応できるよう訓練をする。
- ・感染症講演会や、感染症科からの感染症情報にて非日常医療需要に対応できるように訓練する。

8. 科学的探究

<行動目標>

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

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

<方略>

- ・各科の症例検討会や救急症例検討会にて発表、討論を行う。
- ・ローテート診療科の研究会、学会に参加する。
- ・CPCで症例を発表し討論する。
- ・自分が経験した症例の症例報告を作成し、学術集会で発表する。

C. 基本的診療業務

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

1. 一般外来診療

<行動目標>

頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。研修修了時には単独で一般外来診療を行えること。

<方略>

総合内科、小児科、外科、地域医療研修ローテート時に2年間で4週以上の一般外来研修を行う。指導医の下で特定の症候や疾病に偏ることなく、原則として初診患者の診療及び慢性疾患の継続診療を行う。

診察医として指導医からの指導を受け、適切な臨床推論プロセスを経て臨床問題を解決する。

2. 病棟診療

<行動目標>

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

<方略>

指導医の下で各科の患者の特性、段階に沿った診療とケアを行い、入院診療計画を作成する。

患者の心理や社会的背景を踏まえて、患者や家族のニーズを身体、心理、社会的側面から把握し、入院診療計画に基づいて、適切な医療を提供する。

3. 初期救急対応

<行動目標>

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

<方略>

- ・救急外来での診療において患者の診断を行うため、日頃よりモーニングセミナーへ出席して、各科ごとの救急の初期対応を学ぶ。
- ・また、レジデントブックにて救急外来で必要な診療方法、検査、応急処置、薬剤等を確認しておく。
- ・自分で判断できないことは相談しやすいように、日頃から同僚、先輩、上級医との良好な人間関係を築いておく。

4. 地域医療

<行動目標>

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

<方略>

- ・各人予定されている4週間の地域医療研修の中で、積極的に地域医療の現場に関わり、そこで行われる医療に取り組む。
- ・研修医導入教育時に行う「職場実習」の「医療社会福祉グループ研修」で医療・介護・保健・福祉について学習する。

5. 到達目標の達成度評価

- 1) 到達目標の達成度については、研修分野・診療科のローテーション終了時に研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを用いて評価を行う。

それらを用いて、研修医1年目は年に2回、研修医2年目は年に3回の研修医面談を行い、形成的評価(フィードバック)を行う。

(1) 研修医による評価

「研修医の評価票Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」に評価を入力する。

経験すべき29症候、経験すべき26疾病・病態の記録を作成する。

(2) 指導医による評価

ローテート中に適宜フィードバックを行う。

ローテート終了時には「指導医の評価票Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」に評価を入力する。

(3) 看護長による評価

病棟看護長が適宜評価とフィードバックを行う。

ローテート終了時には「メディカルスタッフの評価票Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」に評価を記載し、臨床研修グループで代行入力する。

(4) メディカルスタッフによる評価

半期に一度(9月と3月)、薬剤科、臨床検査科、放射線科の臨床研修運営委員会の委員は、科内のメンバーの評価も収集して、「メディカルスタッフの評価票Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」に評価を記載し、臨床研修グループで代行入力する。

V. 指導体制

1. 研修分野の責任指導者

診療科	責任指導者	診療科	責任指導者
プログラム責任者	桑原 浩彰	外科	春木 伸裕
副プログラム責任者	渥美 宗久	整形外科	酒井 忠博
内科	杉野 安輝	脳神経外科	大枝 基樹
循環器内科	小林 光一	心臓外科	吉住 智
呼吸器内科	木村 元宏	麻酔科	林 和敏
消化器内科	鈴木 貴久	集中治療科	林 和敏
脳神経内科	大枝 基樹	救急科	武市 康志
腎臓内科	山本 義浩	病理診断科	三宅 裕史
内分泌・糖尿病内科	篠田 純治	皮膚科	高間 寛之
総合内科	渥美 宗久	形成外科	岡本 泰岳
感染症内科	田中 孝正	泌尿器科	久保田 恵章
血液内科	加藤 智則	眼科	中田 千穂
腫瘍内科	大田 亜希子	耳鼻いんこう科	古田 敏章
小児科	原 紳也	放射線科	奥田 隆仁
新生児科	山本 ひかる	臨床検査科	三宅 裕史
産婦人科	岸上 靖幸		

2. 臨床研修協力施設の研修実施責任者

[illegible]

VI. 付帯事項

1. 研修医の定員と募集方法

1) 募集方法

当院ホームページに掲載し、全国から公募する。

2) 定員

1年次： 16名 2年次： 17名

3) 申込方法

「初期臨床研修申込書」に必要書類を添付の上、書類提出締切日必着で
病院へ提出する。

4) 選考試験日

8月15日(日)・16日(月)のいずれか1日

5) 選考方法

厚生労働省が推進する全国マッチングによる選考
面接試験、専門試験(全科・CBT程度)

2. 研修医の処遇

1) 身分

常勤嘱託

2) 給与・諸手当

【1年目】 基本手当(月額) 300,000円 賞与(年額) 657,500円

【2年目】 基本手当(月額) 313,000円 賞与(年額) 1,619,000円

その他、時間外手当、休日出勤手当あり。

3) 勤務時間

基本的勤務時間： 平日8:30～17:30 (うち、休憩1時間)

4) 時間外勤務および日当直業務

・時間外勤務あり。時間外勤務手当あり。

・日当直業務 約5回/月程度あり。日当直手当あり。

5) 休暇

所定休日121日

6) 研修医のための宿舎および研修医室

宿舎： 単身用宿舎(寮)完備

研修医室： なし

7) 社会保険・労働保険

健康保険・年金保険・雇用保険・労災保険 あり

8) 健康管理

職員健康診断： 年2回実施

予防接種各種： インフルエンザあり

その他、抗体価が低い麻疹、風疹、水疱、ムンプス等は
院内でワクチン接種可能。

ストレスチェック： 年1回実施

9) 医師賠償責任保険

院内で加入する。個人保険加入は任意。

10) 学会・研修会等への参加の可否および費用負担

学会、研究会への参加可能(回数制限あり)。

交通費、宿泊費、学会参加費 費用負担あり。

11) 福利厚生

選択型福利厚生制度(9万円/人・年)

各種保養施設利用可 他

託児所利用可

12) 副業

研修期間中は副業は一切禁止

VII. 新設プログラム

ER・救命救急センター研修（新設）

【目的】

中等症以上の急性期疾患に対し、診断と治療の両面を主体的に経験することで、基本的な診療能力の定着と向上を図る。

【対象】

初期研修2年目の医師

【期間】

初期研修2年目のうち合計8週間

8週連続である必要はないが、1回の救命救急センター研修は最短でも連続した4週間であることが望ましい

【目標】

- ・ERで受け入れた救急患者に対し、救急科医師指導のもと診断並びに初期治療をERで行い、入院主科となる診療科の決定および主科への入院依頼を一貫して行えるようになる。
- ・救命救急病棟への入院に際し、入院時に必要なオーダー（入院入力、各種同意書の出力、各種評価・アセスメントの入力など）を適切に入力することができる。また、患者の病状変化に合わせて適宜再評価やアセスメントの内容を変更することができる。
- ・主科主治医と協議の上で急性期の治療方針を決定し、主治医とともに治療計画を患者本人ならびに関係者へ適切に説明して、同意を得ることができる。
- ・急性期の治療方針に基づいた急性期指示書を集中治療科医師と作成し、救命救急病棟スタッフと治療方針を共有することができる。
- ・担当医として急性期治療の中心を担い、主治医並びに集中治療科医師の指導のもと、一般病棟管理が可能となる状態までチーム医療の一端を担って治療に当たることができる。
- ・患者の家族背景や社会的背景に配慮し、当院を退院するにあたって必要と考えられるサポートを急性期の段階で考慮し、適切な時期にOT/PT/STやMSWへの依頼を行うことができる。
また、当該患者の治療に関わる医療者チームの中心的役割を担うことができる。
- ・一般病棟退室の際には、診療サマリーを作成の上で主治医（もしくは主科研修中の初期研修医）へ患者の状態を申し送り、亜急性期から慢性期さらには退院までの診療が滞りなく進むように配慮することができる。
- ・救命不可能と判断された急性期患者に対して、各種終末期ガイドラインを参考にしながら急性期における看取りの医療を立案し、スタッフとその内容を共有しながら患者本人および家族へその意思に沿った形で終末期医療を提供することができる

【研修責任者】

研修責任者は救命救急センター長とする。

また救急科医師と集中治療科医師も共同で研修の責任を負い、業務量を調整するなどして公平かつ過度な負担にならない研修を初期研修医が行えるように十分配慮する。

【その他・補足】

- ① 研修の主体は救急初期診療であるため、ERに業務の主軸を置く。
病棟業務のためにERを離れるタイミングは、初期研修医個々人がER全体の忙/閑を鑑みて判断することを求める。
- ② 初期研修2年目における追加での選択研修は認めるが、初期研修1年目の履修は認めない。
つまり初期研修1年目については従前どおりの救急科研修としてER業務のみを行う。これは、1年目にはER研修を集中的に行うことによって、2年目以降での夜間救急車対応を確実に安全に遂行できるようにするためである。
- ③ 救命救急センター研修で行う業務は、ERにおける初期対応ならびに救命病棟における病棟業務に限定し、緊急手術等への参加は含めない。長時間にわたってERの業務から離脱することを避けるためである。
- ④ 夜間および休日の救急当直時に対応した救急患者については、救命救急センター研修の対象患者としない。日勤帯の通常業務中に対応した患者のみを対象として担当医につくこととする。
- ⑤ 入院主科を研修中の初期研修医が同時にいる場合、担当医の振り分けは主科が行うこととする。
- ⑥ 集中治療科研修は重症患者の管理に特化するため、3週間の選択制研修とする。集中治療科研修中の初期研修医が不在の場合には、救命救急センター研修医が重症患者を担当することが可能である。

〈EPOCに登録可能と考えられる、当研修において経験が可能な症例・処置〉

特に救命救急センター研修で経験可能と思われるものを太字で示す。

・ 経験すべき症候-29症候-

ショック、体重減少・るい瘦、発疹、**黄疸**、**発熱**、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作、視力障害、胸痛、心停止、呼吸困難、吐血・喀血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便通異常(下痢・便秘)、**熱傷**・**外傷**、**腰**・**背部痛**、**関節痛**、**運動麻痺**・筋力低下、**排尿障害**(尿失禁・**排尿困難**)、**興奮**・**せん妄**、抑うつ、成長・発達の障害、妊娠・出産、**終末期の症候**

・ 経験すべき疾病・病態-26疾病・病態-

脳血管障害、認知症、急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、高血圧、肺癌、肺炎、急性上気道炎、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、急性胃腸炎、胃癌、消化性潰瘍、肝炎・肝硬変、胆石症、大腸癌、腎盂腎炎、尿路結石、腎不全、高エネルギー外傷・骨折、糖尿病、脂質異常症、うつ病、統合失調症、**依存症**(ニコチン・**アルコール**・**薬物**・病的賭博)

・ その他(経験すべき診察法・検査・手技等)

◆臨床手技

気道確保、人工呼吸(BVMによる徒手換気を含む)、胸骨圧迫、圧迫止血法、包帯法、採血法(静脈血、動脈血)、注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保)、腰椎穿刺、穿刺法(胸腔、腹腔)、導尿法、ドレーン・チューブ類の管理、胃管の挿入と管理、局所麻酔法、創部消毒とガーゼ交換、簡単な切開・排膿、皮膚縫合、軽度の外傷・熱傷の処置、気管挿管、除細動

◆検査手技

血液型判定・交差適合試験、**動脈血液ガス分析**、心電図の記録、超音波検査

臨床研修G、救急科、集中治療科

2021年 3月17日第1版発行