天理よろづ相談所病院
卒後初期臨床研修プログラム

（令和９年度）

公益財団法人　天理よろづ相談所病院

目　　次

Ⅰ．天理よろづ相談所病院の理念 …… 1
Ⅱ．病院の概要 …… 1
Ⅲ．プログラム名と研修施設 …… 3
Ⅳ．卒後初期臨床研修プログラムの理念 …… 3
Ⅴ．卒後初期臨床研修プログラムの特色 …… 4
Ⅵ．卒後初期臨床研修プログラムの目標 …… 5
Ⅶ．研修過程
　１．カリキュラムの概要 …… 7
　２．研修責任者 …… 9
Ⅷ．レジデントの指導体制 …… 9
Ⅸ．卒後初期臨床研修の管理運営体制・レジデントの評価方法 …… 9
Ⅹ．レジデントの募集 …… 14
Ⅺ．レジデントの処遇 …… 14

別紙１　経験すべき症候・疾患の責任担当診療科表 …… 16

Ⅻ．各研修カリキュラム …… 17
　1．内科病棟 …… 17
　　総合内科
　　呼吸器内科
　　消化器内科
　　血液内科
　　脳神経内科
　　内分泌内科
　　循環器内科
　2．地域医療 …… 33
　3．麻酔科 …… 34
　4．外科 …… 37
　5．小児科 …… 39
　6．産婦人科 …… 41
　7．精神神経科 …… 43
　8．選択 …… 45
　9．内科外来 …… 46
　10．救急 …… 48

天理よろづ相談所病院 卒後初期臨床研修プログラム

Ⅰ．天理よろづ相談所病院の理念

身体と心と生活に目を向け、「病だけでなく、病む人そのものに向かい合う」という“全人的”取り組みを通して、病む人が安らかに過ごすことができるよう援助することを第一の存在意義とする。これに加えて、高度先進医療の提供と、良質な臨床医の育成を行う。

Ⅱ．病院の概要

上記の理念を達成するため、天理教を母体に昭和 10 年に創立された天理よろづ相談所の一部門である。天理よろづ相談所は身上部（病院・医学研究所・附属図書館)、事情部（宗教的精神指導担当部門)、世話部（社会福祉担当部門）の 3 部から構成される。

病院部門の概要を以下に示す。

所在（連絡先）

〒632-8552　奈良県天理市三島町 200 番地
天理よろづ相談所病院　卒後臨床研修センター
TEL　0743-63-5611、FAX　0743-63-1530
E-mail rejisen@tenriyorozu.jp
URL　https://www.tenriyorozu.jp/、https://resident.tenriyorozu.jp

病院長

日村 好宏

施設

本館南病棟: 169 床
東西病棟: 518 床
白川分院: 137 床
外来診療棟

診療科（全 30 科目; 所属医師数: 約 230 名）

総合内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、血液内科、脳神経内科、内分泌内科、腫瘍内科、小児科、消化器外科、乳腺外科、呼吸器外科、脳神経外科、心臓血管外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科・頭頸部外科、整形外科、泌尿器科、皮膚科、形成外科、麻酔科、放射線科、腎透析科、精神神経科、救急診療科、歯科･歯科口腔外科、リハビリテーション科、病理診断科、臨床検査科、緩和ケア科

中央部門

救急診療部、集中治療部、脳卒中診療部、手術部、放射線部、内視鏡センター、
臨床検査部、臨床工学部、医学研究所、病理診断部、総合診療教育部、
リハビリテーション部、膠原病センター、血液浄化センター、
感染症管理センター、緩和ケアセンター、糖尿病センター、健診センター、
先天性心疾患センター、心不全センター、心臓カテーテルセンター、
がん相談支援センター、呼吸管理センター、腹腔鏡センター、肝臓センター、
神経筋疾患センター、周産期センター、大動脈センター

当院が教育施設として認定されている認定医および専門医学会名：

日本医学放射線学会、日本脳神経外科学会、日本内科学会、日本麻酔科学会、
日本小児科学会、日本病理学会、日本外科学会、日本消化器内視鏡学会、
日本整形外科学会、日本眼科学会、日本耳鼻咽喉科学会、日本消化器外科学会、
日本泌尿器科学会、日本皮膚科学会、日本産科婦人科学会、日本形成外科学会、
日本消化器病学会、日本呼吸器外科学会、日本血液学会、日本呼吸器学会、
日本循環器学会、日本集中治療医学会、日本核医学会、日本超音波医学会、
日本透析医学会、日本糖尿病学会、日本神経学会、日本口腔外科学会、
日本放射線腫瘍学会、日本医療薬学会、日本心血管ｲﾝﾀｰﾍﾞﾝｼｮﾝ治療学会、
日本呼吸器内視鏡学会、心臓血管外科専門医認定機構、日本臨床細胞学会、
日本周産期・新生児医学会、日本老年精神医学会、日本内分泌学会、
日本静脈経腸栄養学会、日本脳卒中学会、日本精神神経学会、日本感染症学会、
日本ﾘｳﾏﾁ学会、日本 IVR 学会、日本がん治療認定医機構、日本小児循環器学会、
日本食道学会、日本輸血・細胞治療学会、日本頭頸部外科学会、日本不整脈心電
学会、日本脳神経血管内治療学会、日本乳房ｵﾝｺﾌﾟﾗｽﾃｨｯｸｻｰｼﾞｬﾘｰ学会、
日本心臓血管麻酔学会、日本臨床検査医学会、日本肝臓学会、日本乳がん学会、
日本在宅医学会、ｽﾃﾝﾄｸﾞﾗﾌﾄ実施基準管理委員会、
経カテーテル的大動脈弁置換術関連学会協議会、日本婦人科腫瘍学会、
日本産婦人科内視鏡学会、日本内分泌外科学会、日本肝胆膵外科学会、
日本気管食道科学会、日本ﾌﾟﾗｲﾏﾘ・ｹｱ連合学会、日本肥満学会、
日本脈管学会、浅大腿動脈ｽﾃﾝﾄｸﾞﾗﾌﾄ実施基準管理委員会、補助人工心臓関連学会
協議会インペラ部会、日本内視鏡外科学会、日本病態栄養学会、日本耳科学会、
日本緩和医療学会、日本臨床栄養代謝学会、日本栄養療法推進協議会、日本検査
血液学会、日本成人先天性心疾患学会、日本大腸肛門病学会
関連 3 学会承認（日本放射線医学会・日本磁気共鳴医学会・日本不整脈心電学会）、
日本心エコー図学会、日本脳神経外傷学会、日本病院総合診療医学会、

Ⅲ．プログラム名と研修施設

プログラムの名称　　天理よろづ相談所病院 卒後初期臨床研修プログラム

基幹施設　　公益財団法人 天理よろづ相談所病院
研修協力病院　　奈良県総合医療センター
研修協力施設　　天理よろづ相談所病院白川分院
　精神神経科、リハビリテーション科、在宅世話どりセンター
山添村国民健康保険東山診療所
山添村国民健康保険波多野診療所
大福診療所
いいおか医院
やわらぎクリニック
ドイツ・リューベック大学

分野ごとの臨床研修病院	
担当分野	医療機関名等
内科・外科・救急部門・麻酔科 小児科・産婦人科・一般外来	天理よろづ相談所病院本院
精神科	天理よろづ相談所病院白川分院
地域医療	特定医療法人健生会　大福診療所 山添村国民健康保険波多野診療所 いいおか医院・やわらぎクリニック
選択研修	奈良県総合医療センター 奈良県中和保健所 リューベック大学

Ⅳ．卒後初期臨床研修プログラムの理念

医療技術の適用にあたって、その技術の有効性と限界についての正しい認識を持つと同時に、身体面、心理面、社会面も含め、患者さんの人間としての苦しみという観点から疾患を把握しながら、全人的包括的に診療にあたることのできる医療者を育成することを目標として、当院は 1976 年（昭和 51 年）以降、独自のレジデント制度(卒後臨床研修)を実施してきた。当院のレジデント制度と理念は、2004 年（平成 16 年）に厚生労働省による、卒後臨床研修の義務化・制度化に際してのモデルケースの一つとなっている。

当院の初期臨床研修においては、長い医師人生を歩むために必要となる医師としての基本的な能力を“主治医力”と呼称し、その修練を目的として研修を行う。“主治医力”の内容として以下の 3 点を重視する。

・主治医としての責任感を持ち、主体的に考え、行動する

・患者一人一人に寄り添い、身体的な問題だけでなく、患者の全体像を丁寧に把握する
・患者一人一人にとって最良のプランを目指し、チームで協働して考え抜く

これらの理念は、厚生労働省の定める臨床研修の理念を補完し、拡充するものと考える。

Ⅴ．卒後初期臨床研修プログラムの特色

上記の理念を実現するため、まず、当院の初期臨床研修では、できるだけ見学は排して自らが判断し実践する場を提供している。レジデントでも主治医としての責任感を持ち、治療方針決定や退院調整における中心的役割を果たす。ただし、上級医や医師以外の医療スタッフから常時フィードバックを受けられるなど、医療安全に配慮した指導体制を確保している。

さらに、ワークライフバランスに配慮し、当直明けの帰宅制度や休日・夜間の当番制を採用している。院内には当院の臨床研修を修了した先輩レジデント・スタッフが多く在籍しており、お互いに教えあう文化が形成されていることも特徴である。

次に、当院のレジデントは、1 人 1 人の患者さんの抱える苦しみと徹底的に向き合い、病気だけに注目するのではなく、人として患者さんに寄り添うことを大切にしている。患者さんに寄り添う姿勢は、初代総合診療教育部部長であった今中孝信先生の「病室の椅子は、お見舞いの人が座るためではなく、君たちが座って話を聴くためにある」・「君たちがすべきことは患者さんの背景を理解して、一緒に検査に行ってどんなことをされたか見てくること」・「大切なことは傍にいる、Doing よりも Being」という言葉にも表れている。

そして、当院のレジデントには、病院の内だけでなく、病院の外で患者さんを支える様々なチームと協働する能力を求められている。医療、介護、福祉の技術やシステムが進化し、多様化する中で、１人の医師が患者さんの課題を全て把握し、独力で対応することは不可能となっているためである。このような「チームで協働する」能力は、主治医として患者さんの苦しみと真摯に向き合い、チームメンバーに敬意をもって関わることで発揮され、鍛えられるものと考える。

上記に示す主治医力の修練を基盤として、以下に示す通り、2 年間の初期研修修了時には、後期研修医・指導医として、独立して患者の苦しみに対応する診療能力を身につけることを目指した研修である。

幅広い診療科の指導医や医療スタッフから充実した指導を受けることができる他、大学病院に比肩する文献検索も可能で、研究発表まで視野に入れた学術活動を支援する体制も豊富な環境である。

VI. 卒後初期臨床研修プログラムの目標

初期研修終了時には、患者の苦しみに繋がる、どのようなプロブレムにも対応する能力（時々刻々の判断力）を習得する。時間がかかっても、指導者のコーチングを受けながらでも、下記に列挙する技能について、主体的に丁寧に実践し、習得することを目標とする。

また、後期研修医として、初期研修医・学生を指導することのできる能力を習得する。

下記に列挙する個々の技能について、良質かつ迅速に実践できるようになったならば、初期研修を修了可能と判断する。

これらの技能は、厚生労働省の定める臨床研修プログラムを基盤として設定されている。

習得すべき技能の一覧

1）プロブレム把握

A）問診

患者の気がかり・受療理由の言語化

鑑別診断を目的とした問診

Semantic Qualifier の特定

OPQRST or CHLORIDEPPS を用いた病歴の言語化

B）身体診察

緊急性評価のための一次・二次評価

鑑別診断を目的とした診察

ユマニチュードの実践

C）検査(選択)

検査特性の把握（ベイズ、感度・特異度と尤度比）

鑑別診断を目的とした検査選択

下記検査の解釈

採血、血液ガス、尿、髄液、関節液、胸水、腹水

グラム染色、感受性

細胞診・組織診

レントゲン、CT、頭部 MRI、エコー（腹部・心・DVT）

心電図、呼吸機能、神経伝導、筋電図、脳波

2）臨床推論

A）診断学

System 1 と System 2

鑑別の挙げ方：解剖学的・病態学的・緊急度/ 頻度/ 治療可逆性・語呂合わせなど

B）アセスメント

検査閾値・治療閾値

Jonsen 臨床倫理の 4 分割表の実践（適切な療養環境の設定を含む）

医療制度・保険制度の理解

3）キュア（客観的状況を改善）とケア（患者自身による主観的状況の改変の援助）

A）基本的処置（バイタル管理; バイタル安定化を達成できる能力）

気道/ 呼吸/ 循環/ 意識/ 体温の異常、尿量低下/ 食事量低下/ 疼痛 へ対応可

B）手技実践における要素の理解

①適応と禁忌の理解、②説明と同意取得、③準備、④手技、⑤成功と失敗の判断、⑥合併症の対処、⑦記録

C）以下の手技の習得

気道確保（吸引含む）、人工呼吸、気管挿管、胸骨圧迫、除細動、外傷・熱傷処置、
圧迫止血、局所麻酔、切開・排膿、縫合、消毒・ガーゼ交換、包帯、
採血、点滴・注射（末梢静脈・中心静脈・筋肉・皮下）、
穿刺（髄液・胸水・腹水・関節液）、外用薬、
ドレーン、胃管、導尿、体位変換、移送

D）チーム医療

プレゼンテーション（状況と相手に合わせた）・コンサルテーション

フルプレゼンテーション（15 分前後）、
目的ごとのショートプレゼンテーション（数分以内）、
ICU フォーマット

多職種（家族含む）とチームを形成して共通の目標を設定（5W/ 1H を言語化可能）

フォロワーシップとリーダーシップの理解

診療録/引き継ぎ・退院サマリ/診療情報提供書/公的文書を適切かつ迅速に作成

E）面談

適切な関係者のスケジュール（時間管理）と面談空間の確保

提案できる医療資源の事前把握(or その場で提案するなら SW や Nr に同席を依頼)

客観的事実の把握に基づいて誰が何を伝えるか、面談・方針の目標を設定する

対話者の主観の分析: 行動の背景にある価値観の把握、複数の価値観の優先度決定

言語的・非言語的スキル: 礼節・専門用語を排した言語と視覚的情報・傾聴 など

F）医療安全

Safety 1 と Safety 2 を理解し、インシデントレポートを随時作成

4）医師としての成長につながる事項

A）生涯学習法

学習者が学習/ 教育の最終責任者であるという医学教育学・生涯学習論の理解

※学習者と指導者による共通の学習目標達成を前提に、学習の具体的内容と方略は学習者の価値観と自律性に準拠し、個々の学習者に合わせて個別化され得る

B) EBM の理解と実践

EBM を理解し、実践する

情報の獲得・解釈・整理の方法を習得する

C）後輩の教育

2 年目レジデントは 1 年目レジデントを、1 年目レジデントは学生を教育する

学習者の価値観・学習段階の把握、目標設定、方略決定、アウトカム確認、振り返り、コーチング など

Ⅶ. 研修課程

１．カリキュラムの概要

＜研修科目と期間＞

内科（総合内科を中心に循環器、消化器・呼吸器・血液・脳神経・内分泌内科など）	１１ヶ月（44 週）
麻酔科	3 ヶ月（12 週）
救急	1 ヶ月（5 週）
外科（消化器外科）	2 ヶ月（ 8 週）
小児科	1 ヶ月（ 5 週）
精神神経科	1 ヶ月（ 5 週）
産婦人科	1 ヶ月（ 5 週）
地域医療（一部外来研修を兼ねる）	1 ヶ月（ 5 週）
選択（希望する診療科、3 次医療機関やリューベック大学での研修含む）	3 ヶ月（13 週）
外来（一般内科）	合計 20 日以上

2 年間を通じて、月 3〜4 回、日当直で夜間・休日の救急外来研修を行う。
2 年次より、3-4 週に 1 回の頻度で一般内科外来を通年で担当する。
進路選択の参考にできるよう、2 年次開始前後までに自由選択の期間を確保する。

1 年次の最初の 2 ヶ月間は、新規採用レジデント全員が総合内科で研修を行う。
その後の研修スケジュールは個人ごとに異なり、厚生労働省の定める臨床研修プログラムに準拠し、単一の必修診療科に研修医が集中しないよう、均等に人員を配置する。
4 月のオリエンテーション中に、臨床研修センタースタッフと面談の機会を設け、将来の希望進路などに応じて、選択研修の期間や内容を相談し、各レジデントの研修スケジュールを決定する。

<table>
<tr><td colspan="10">研修スケジュールの一例（内科：総合内科 5 ヶ月、各内科 1 ヶ月のブロックローテ）</td></tr>
<tr><td></td><td>4 月</td><td>5 月</td><td>6 月</td><td>7 月</td><td>8 月</td><td>9 月</td><td>１０月</td><td>１１月</td><td>１２月</td><td>1 月</td><td>2 月</td><td>3 月</td></tr>
<tr><td>1 年次</td><td colspan="4">内科</td><td colspan="2">消化器外科</td><td colspan="3">麻酔科</td><td>精神科</td><td>小児科</td><td>選択</td></tr>
<tr><td>2 年次</td><td colspan="3">内科</td><td>地域</td><td colspan="2">選択</td><td>内科</td><td>救急</td><td>産婦人科</td><td colspan="3">内科</td></tr>
</table>

＜オリエンテーション・実習・講義・カンファレンスなど＞

オリエンテーション	4 月初めに 1 週間
ICLS（Immediate Cardiac Life Support）：初期蘇生コース	入職直後に受講
RCB（Resident Coffee Break）：研究関連の講義	6 回/年
CPC（Clinico-Pathological Conference）	約 5 回/年
心電図	1 回/年
グラム染色	1 回/年
腹部超音波実習	1 回/年
心/ 肺/ 下肢血管超音波研修（Point of care ultrasound）	4 回/年
エコーガイド下中心静脈カテーテル穿刺実習	3 回以上/ 年
模擬患者面談によるコミュニケーションスキルセミナー （協力: ささえあい医療人権センター COML）	1 回/年
各診療科部長による教育講義 （レントゲン読影など、実践的な内容を中心とする）	16 回/年

総合診療教育部、各科による教育講義
・天理感染症セミナー（TENIS: TENri Infectious disease Seminar）
・外来診療セミナー: 行動変容/ 患者中心の医療/ ユマニチュード
・タイムマネジメント
・退院支援/ 地域連携
・緩和ケア: 疼痛アセスメント
・ACP（advance care planning）
・集中治療: 栄養療法/ 人工呼吸
・EBM（Evidence-Based Medicine）概論
・症例報告の書き方/ 論文の構造
・臨床疑問と研究疑問/ 研究デザイン/ バイアス/ p 値/ 統計手法など
・レントゲン読影

２．研修責任者

プログラム責任者	総合診療教育部部長	八田和大
副プログラム責任者	総合診療教育部医長	三宅啓史

各カリキュラム責任者

内科	総合診療教育部部長	八田和大
麻酔科	麻酔科部長	石井久成
救急外来	救急診療部部長	近藤博和
外科	消化器外科部長	待本貴文
小児科	小児科部長	芝剛
精神神経科	精神神経科部長	溝越泰壽
産婦人科	産婦人科部長	住友理浩
地域医療	総合診療教育部医長	三宅啓史
選択	総合診療教育部医長	長野広之
外来	総合診療教育部医長	長野広之

Ⅷ. レジデントの指導体制

指導者は、本卒後臨床研修の目指す理念と技能を達成するため、定期的に、あるいは、必要なら適宜レジデントを評価して、形成的評価（フィードバック・コーチング）を行う。

個々の指導医/ 上級医は、レジデントの指導時間を十分に確保できるよう努める。

看護師/ 薬剤師/ 検査技師/ リハビリ技士/ 臨床事務なども、レジデントを指導する。

指導者は定期的に研修医から評価を受ける。

レジデントは、本稿で示す理念と習得すべき技能を理解・把握して、2 年間の卒後臨床研修の間にそれらを習得・体現することを目指して、自己の課題を分析しつつ研鑽する。

Ⅸ. 卒後初期臨床研修の管理運営体制・レジデントの評価方法

卒後臨床研修を円滑に遂行するために、研修管理委員会、総合診療教育部、スタッフミーティングの 3 つの組織が設置されている。

研修管理委員会は、1-2 ヶ月おきに会議を開き、カリキュラムの実施状況を点検する。また、総合診療教育部の答申を受けて、カリキュラムの新たな立案・修正の討議を行う。2 年次末には、下記の項目を討議して、レジデントの修了判定を行う。臨床研修の修了認定者にプログラム修了証書を交付する。

・研修休止が 90 日（法人において定める休日は含まない）未満である
・厚生労働省が定めた経験すべき 29 症候と 26 疾病・病態を全て経験している（別紙 1）
　また、病歴要約の確認が指導医によってなされている
・各診療科、地域医療研修での指導医・指導者評価で「不合格」の項目がない
・EPOC2 に、下記に示すような事項が不足なく記録されている
　　各研修部門の研修記録

ICLS・JATEC など、講習会・セミナーなどの参加証明
学術活動の記録: 学会名/ 演題名/ 発表日/ 場所、論文の場合は引用情報
・臨床研修の理念と技能の習得について、プログラム責任者により達成と認可される

総合診療教育部は、基本的に総合内科スタッフが兼任している。研修カリキュラム全体の実施にあたって、病棟・外来・救急外来研修の運営、教育に関連する行事の実施などを担当している。また、研修に関連する各部署からの意見やレジデントの行なう研修総括評価を参考に、次年度のカリキュラムを検討し、修正案などを研修管理委員会に提案する。

スタッフミーティングはレジデントを直接指導する立場にあるスタッフ（内科・消化器外科・小児科・産婦人科・精神神経科・麻酔科の指導医、病棟師長と研修センター事務員）で構成されている。毎月、個々のレジデントの研修状態について評価を行い、診療科間で情報共有する。また、個別のレジデントを対象に適宜フィードバック・コーチングなどを行なって、課題の整理を支援する。さらに、半年おきに全レジデントを対象とした総合的な形成的評価を行う。年度末には、次年度の契約更改とシニアレジデントへの進級に際しての判断材料とするための総括的評価を行ない、結果を研修管理委員会に提出する。

なお、日々の診療においては、個々のレジデントが経験した症候・疾患の内容を、EPOC2 を用いて、研修センターが仲介して各科の指導医が把握する。レジデントは経験した症候・疾患の病歴要約を作成して指導医の評価を受ける。
各診療科の研修終了時に EPOC2 を用いて、各診療科の指導医は形成的評価を登録する。
2 年次に開始される一般内科外来研修に際しては、個々の外来のたびに EPOC2 を用いて指導医が mini-CEX を登録して、学習課題をレジデントと共有する。
その他、研修場所に関わらず、研修態度などに関しては、随時他職種を含む指導者からの評価を受ける。

研修管理委員会：
委員長　日村好宏
委員長代理　八田和大（総合診療教育部部長）
委員　坂上祐司（白川分院長）、奥村和弘（副院長）、
羽白高（副院長兼呼吸器内科部長）、田村俊寛（副院長兼循環器内科部長）、
中川達雄（副院長兼呼吸器外科部長）、二階堂光洋（消化器内科部長）、
赤坂尚司（血液内科部長）、末長敏彦（脳神経内科部長）、
林野泰明（内分泌内科部長）、待本貴文（消化器外科部長）、
石井久成（麻酔科部長）、芝剛（小児科部長）、住友理浩（産婦人科部長）、

關賢二（整形外科部長）、溝越泰壽（精神神経科部長）、
近藤博和（救急診療部部長）、長野広之（総合診療教育部医長）、
三宅啓史（総合診療教育部医長）、上岡　樹生（臨床検査部部長）、
西岡龍一朗（ジュニアレジデント）、樋上はる奈（ジュニアレジデント）、
四元慧（ジュニアレジデント）、西村正大（山添村国保波多野診療所）、
吉川健治（山添村国保東山診療所）、飯岡大（いいおか医院）、
藤原智恵（山口健一法律事務所弁護士）、石丸裕康（関西医科大学香里病院）、
朝倉健太郎（社会医療法人健生会大福診療所）、北和也（医療法人やわらぎ会 やわらぎクリニック）、小田紘嗣（ドイツ・リューベック大学（小田研究室）主催者）、前田光一（奈良県総合医療センター臨床研修プログラム責任者）、本木隆規（奈良県福祉医療部医療政策局参事）、南道也（事務長）、
多曽田邦江（看護部副看護部長）、中山智二（教育・研修事務局課長）、
宮﨑歩（人事課課長補佐）、玉井佐知子（教育・研修事務局主任事務員）、
吉岡清訓（教育・研修事務局主任事務員）、三谷沙貴（教育・研修事務局）、
山本なつめ（教育・研修事務局）

総合診療教育部：

部長　　八田和大
医長　　三宅啓史、長野広之
医員　　田川竣介、梅本大地、木下慶一郎

スタッフミーティング：

総合診療教育部　　八田和大、三宅啓史、長野広之、田川竣介、梅本大地、木下慶一郎、中井光、武内諒

循環器内科	田村俊寛	消化器外科	森野甲子郎
小児科	芝剛	産婦人科	住友理浩
精神神経科	溝越泰壽	麻酔科	相山佑樹
呼吸器内科	羽白高	消化器内科	二階堂光洋
血液内科	赤坂尚司	脳神経内科	末長敏彦
内分泌内科	林野泰明		

看護部（内科病棟看護師長）　楠元香織

診療科	医師数	臨床経験 7 年以上	指導医数	一日平均 入院患者数	一日平均 外来患者数（平日）
呼吸器内科	13	7	4	57.0	138.3
循環器内科	18	11	4	47.9	139.0
消化器内科	12	8	3	35.8	138.8
血液内科	7	6	2	28.7	120.6
脳神経内科	5	3	3	34.9	97.4
内分泌内科	8	7	3	7.8	186.1
腫瘍内科	1	1	0	0.5	12.3
総合内科（総合診療教育部）	6	5	4	32.4	167.1
小児科	6	3	2	10.4	38.9
精神神経科	7	4	2	-	1.9
皮膚科	5	3	0	1.5	83.3
消化器外科	9	7	3	37.4	47.5
乳腺外科	2	2	1	4.6	41.8
呼吸器外科	5	4	2	5.7	16.7
脳神経外科	7	6	2	27.6	26.3
心臓血管外科	6	6	1	25.6	26.4
産婦人科	7	5	3	14.0	70.8

眼科	7	3	1	17.2	133.2
耳鼻咽喉科・頭頸部外科	8	4	2	19.0	100.6
整形外科	4	4	1	17.3	75.8
泌尿器科	7	4	1	26.2	104.3
麻酔科	6	3	1	-	0.0
放射線科	20	14	4	0.4	28.8
歯科・口腔外科	3	2	2	0.2	62.4
腎透析科	1	1	1	2.8	34.9
形成外科	3	2	2	2.8	14.9
緩和ケア科	1	1	1	4.4	0.9
救急診療科				0.6	-
臨床検査部	1	1	1		
病理診断部	4	3	1		
白川分院･在宅世話どりセンター	5	4	2		
レジデント（ＪＲ）	24				
（ＳＲ）	27				
計	245	135	58	463.1	1,727.1
	（令和７年４月１日付）			（令和６年４月１日～令和７年３月31日）	

X．レジデントの募集

募集定員　14 名

採用方法　面接、小論文と、事前提出の履歴書・課題小論文の内容を総合して判断し、マッチング登録及び結果に基づく

応募書類　応募申込書・履歴書・成績証明書・健康診断証明書を期日までに人事課に提出

XI．レジデントの処遇

身分　常勤職員（年俸制）

研修期間　医師法第 16 条の 2 に基づく研修 2 カ年

給与　1 年目 月額 397,060 円/年額 4,864,720 円
2 年目 月額 450,920 円/年額 5,511,040 円
上記月額に超過勤務 45 時間分を含む
上記年額に特別手当　夏季・冬季に各 50,000 円を含む
当直手当、および、月 45 時間を超えた超過勤務手当は別途支給

勤務時間　8:30～17:00（うち、休憩 1 時間）

休暇　週休 2 日
年次有給休暇（1 年目 10 日、2 年目 11 日）、
リフレッシュ休暇 3 日（5 月～12 日）、
その他、結婚休暇/出産休暇/産前産後休暇/忌引休暇、など

宿舎　独身者についてはレジデント専用宿舎あり
家賃 20,000 円～25,000 円（住宅手当支給後）
既婚者については病院医師住宅を斡旋が可能

医局　南病棟及び東西病棟にレジデント医局を完備

食事　院内職員食堂を利用可（福利厚生による一部補助有）、
ファミリーマート等の売店を完備

各種保険　健康保険（天理よろづ相談所健康保険組合）、厚生年金保険、雇用保険、労働者災害補償保険
医師賠償責任保険は各自加入義務あり

健康診断　年 2 回実施（受診必須）

学術活動　学会・研究会、および、JATEC などへの参加に際して当院出張旅費規定に基づき出張旅費の支給あり
論文・誌面投稿に際して、英文校正・投稿料への補助金あり

学習環境　医学図書館（貸出サービス、論文取り寄せ代行サービス）、
情報検索ツール（Clinical Key, Up To Date, 医書. jp などを無料で利用可）

福利厚生　健康保険組合 体育館（テニスコート、アリーナ、トレーニングルーム）
施設：奈良ホテル、ホテル日航奈良、ホテルリガーレ春日野、菊水楼
職員レクリエーション
院内活動クラブ・同好会
　野球部、バレーボール部、茶道部、
　サッカー・フットサル同好会、ジョギング同好会、など

その他　天理よろづ相談所就業規則に基づき、アルバイト診療は勿論、アルバイト等の報酬を得る、一時的あるいは継続的な兼業をしてはならない。

経験すべき症候・疾患の責任担当診療科表　　（別紙 1）

	1年次							2年次					
診療科（研修単位）	内科病棟	内科外来	産婦人科	小児科	精神科	消化器外科	選択	循環器内科	ER（麻）	麻酔科	地域	選択	内科病棟
期間（週）／研修単元	24		5	5	5	8	5	8	5	8	5	8	18
経験すべき症候													
ショック	●	○				○		○	○				●
体重減少・るい痩	●	○				○							●
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													
脳血管障害	○	○							●				○
認知症	●	○											●
急性冠症候群	○	○						●	○				○
心不全	○	○						●	○				○
大動脈瘤	○	○						○	●				○
高血圧	○	○						●	○				○
肺がん	●												●
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	●	○				○		○	○				●
高ｴﾈﾙｷﾞｰ外傷・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）	●	○							○				●

XII. 各研修カリキュラム

1. 内科　　11ヶ月

（目標）
研修理念の体現、および、そのために必要となる技能の習得
※具体的な内容については、別記、卒後臨床研修プログラムの理念と目標を参照

（方略）
総合内科5ヶ月、その他の内科（循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、内分泌内科、神経内科、血液内科）を1ヶ月ずつローテする。総合内科以外の科をローテ中の際も余裕があれば総合内科入院中の患者を担当することも可能である。

主治医として、内科に入院した患者の診療を行う。総合内科研修中に担当した症例について、レジデントは入院翌日の毎朝 8 時から開催される朝カンファレンスでフルプレゼンテーションを行う。レジデントと教育スタッフにより、多角的・総合的な視点から討議される。レジデントは、必要な情報を取捨選択して、短時間に要領よく症例を提示すること/自分自身の診療方針を持つこと/必要なコンサルテーションを適切に行うことを目標とする。

朝カンファレンスの終了後、チームごとに回診を行う。回診に際しては、レジデントは担当患者のショートプレゼンテーションを行う。チームリーダーは自身が問診/診察する姿勢をレジデントに示し、適宜ミニレクチャーを行なって、レジデントの診療が向上するよう努める。

レジデントは、2名の総合内科スタッフが管轄するチームのいずれかに所属する。原則として 2 ヶ月おきに所属チームは変更される。チームカンファレンスを週 3-5 回開催しており、診療の進捗や困っている事項についてチームリーダーと共有可能である。チームカンファレンスで情報共有することによって、メンバー不在の際の引き継ぎが容易になるという効能もある。チームリーダーは適宜ミニレクチャーや回診を行なって所属レジデントを教育する他、必要に応じて形成的評価を行う。また、所属レジデントの担当患者に関する医療安全を担保するよう努める。

高齢化の進行と共に、一人の患者さんが有するプロブレムが、複数の専門領域にまたがることが一般的となった。レジデントは、専門内科の部長が週 1 回主催するカンファレンスで自身の担当する患者のプロブレムについて提示して、専門内科部長に相談することが

できる。部長カンファレンスの集合後、ミニレクチャー/症例検討会/教育回診などが開催されることもある。

一人一人の患者さんが抱えるプロブレムが多様化して複雑になっていること、専門診療の特殊性が高まっていることから、勤務時間内に安全、かつ、多職種と協働して質の高い診療を提供可能な担当患者数の目安として、内科病棟研修を開始したばかりのレジデントが担当できる患者数には上限を設定する（1 年次で最大 5 名、2 年次で最大 10 名程度)。この上限は、研修の進捗に合わせて緩和/ 撤廃することを目指す。このため、日々の患者診療の質や診療に要する時間などを指導医・病棟スタッフから研修センターが情報収集して、数週間単位の形成的評価をレジデントと実施すると共に、その結果を指導医・病棟スタッフに共有する。

当院の内科病棟（特に東 8 病棟）は、レジデントの教育を主目的に開設された混合病棟の伝統を色濃く受け継いでいる。東 8 病棟スタッフの代表者とレジデントの代表者が毎月協力して開催する医療安全検討会は、他職種との協働/医療安全への理解/レジデントの自律性/主体性を評価する重要な機会である。また、東 8 病棟においては、病棟スタッフ/ 地域連携室スタッフ/リハビリテーション部門スタッフ/レジデントが集合して、退院までの見通しを情報共有するための多職種カンファレンスが毎週開催されている。レジデントは 30-60 秒ほどでショートプレゼンテーションを行い、患者の現状と見通しについて医師の視点から情報共有を行う。こちらも、チーム医療/ 医療保険制度/ 患者の病態と長期的な見通しへの理解度を評価する重要な機会となる。

心身を健康に保ち、生涯学習へのモチベーションを保つため、救急当直明けは休日としている。また、休日は当番制を採用している。退勤にあたっては主治医機能を一時的に当番医に移譲する必要があるため、質の高い引き継ぎ（日から週単位の見通しを持つ/ 急変のリスクを把握/ 共通の形式に従ったサマリ作成など）ができるよう訓練する。自身が不在の際に患者診療が滞ることのないよう調整することは主治医として重要な能力である。

毎日 8 時間の on-the-job training を濃密なものにするため、日々の off-the-job training における学習課題をレジデント自身で整理する必要がある。担当している患者の診療に直接関わる内容を学習することが最も効率的である。自身で設定した学習課題の内容や学習の方略について、適宜指導医と共有することが望ましい。

（評価）

日々の回診/ カンファレンスでのプレゼンテーションで理解度/習熟度を把握する。
レジデントが EPOC2 に登録した症候/疾患について、指導医は病歴要約を確認する。
多職種カンファレンスや医療安全検討会をチーム医療などに関する評価の機会とする。
指導に関わる多職種からの評価は毎月のスタッフミーティングで集約される。その結果を受けて、指導医が適宜形成的評価（フィードバック/コーチング）を行う。
所属チームのリーダーが、2 ヶ月ごとに EPOC2 に評価を登録する。

週間予定表）

<table>
<tr><th></th><th>月曜</th><th>火曜</th><th>水曜</th><th colspan="2">木曜</th><th>金曜</th><th>土曜</th></tr>
<tr><td>8:30</td><td>朝カンファレンス</td><td>多職種
カンファレンス</td><td>朝カンファレンス</td><td colspan="2">朝カンファレンス</td><td rowspan="4">総合内科回診
カンファレンス</td><td></td></tr>
<tr><td>9:30</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td>希望者対象に
講義・実習</td></tr>
<tr><td>9:45</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2" rowspan="2">脳神経内科
カンファレンス</td><td></td></tr>
<tr><td>10:30</td><td></td><td rowspan="2">呼吸器内科
カンファレンス</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>11：
00</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>11：
30</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>13:00</td><td></td><td></td><td rowspan="3">循環器内科
カンファレンス</td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>14：
00</td><td></td><td></td><td>内分泌
内科
カンファレンス</td><td rowspan="3">血液内科
カンファレンス</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>14:30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>15：
00</td><td></td><td rowspan="2">膠原病内科
カンファレンス</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>15:30</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td>消化器内科
カンファレンス</td><td></td></tr>
<tr><td>16:00</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">教育講義</td><td></td></tr>
<tr><td>16:30</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2" rowspan="2">CPC（剖検整理会）
（年 5 回）</td><td></td></tr>
<tr><td>17：
00</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>18：
00</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
</table>

1）**総合内科**

総合内科の診療内容は多岐にわたる。当院の総合内科の主たる役割は以下の 4 点である。

① 病態未分類の患者への適切な診断と治療の提供

② 多疾患併存（Multimorbidity）や心理・社会的因子の関連した複雑性のため、専門診療科でバランスのよい医療を提供困難な際、臨床倫理の 4 原則に準拠した医療の提供

③ 感染症・自己免疫疾患・腎疾患に対する専門的診療の提供

④ レジデント教育の主責任部署

総合内科に入院する患者の対応に際しては、“主治医力”を十全に発揮し、幅広い知識と技能を習得して実践することを期待する。

（1）到達目標・総論

卒後初期臨床研修プログラムの理念を理解して、実際の行動に示すこと。
理念を実践するために目標として列挙した技能を重要視し、訓練し、習得すること。

※習熟度の目安として、下記のように成長できるなら、理想的である。
初回経験の症候/ 疾患については、逐一指導医に方針を相談
2 回目の経験に際しては、指導医と相談して独力で判断/ 対応可能な領域を拡大
3 回目以降の経験に際しては、未経験者を(部分的にでも)指導可能な水準で診療

（2）到達目標・各論

個別の具体的事項は前述の通りである。
ただし、総合内科の担当している専門的診療に関する目標として以下を示す。

① 感染症
感染症診療の原則（人、場所、原因微生物、対応、経過観察の方略）を理解/ 実践

② 自己免疫疾患
非特異的な訴えからでも適切な鑑別診断を列挙し、順序立てた検査プランを立案
副腎皮質ステロイドの適応/ 作用機序/ 有害事象を理解し、適切に処方

③ 腎疾患
腎生検について手技の 7 要素を実践
腎障害に際して適切な鑑別診断と治療を提供

④ 慢性臓器障害
慢性臓器障害の代表例として、心不全、呼吸不全、肝不全、腎不全、認知機能低下、サルコペニア/ フレイルの概念を理解、適切に予後を予測

（3）方略

（4）評価

内科病棟研修の方略と評価方法に準じるため、該当箇所の記載を参照。

2）呼吸器内科

（１）到達目標：総論

①問診、診察、検査、手技

・咳嗽、喀痰、喘鳴、呼吸困難、胸痛、喀血患者の問診および診察を行うことができ、主な鑑別診断を想起し、必要な検査を依頼できる。
・動脈血液ガス分析の結果を解釈し治療に応用できる。
・胸部Ｘ線写真の読影に関し、正常構造および異常影の有無が指摘できる。またその異常影の性状が表現でき、主な鑑別診断を想起できる。
・胸部ＣＴの適応とその所見を理解できる。
・肺機能検査で拘束性、閉塞性、混合性障害をきたす疾患を把握し、肺機能検査結果を理解できる。
・喀痰培養、喀痰細胞診の適応を理解し、病態と検査結果を併せて解釈できる。
・胸腔穿刺、胸腔ドレナージの適応を理解し、指導医の下で実施し胸水検査の解釈、ドレーンの管理ができる。
・気管支鏡検査の適応、合併症を知っており、病状に応じた適切な検査前後の指示が出せる。

②治療

・酸素療法の適応を知り、適切な酸素投与ができる。

（２）到達目標：各論

①肺感染症

・市中肺炎、院内肺炎の主要な病原体を列挙できる。
・指導医と相談し治療方針を立てることができる。
・適切な抗菌薬の選択ができる。

②気管支喘息

・喘息発作の重症度を把握し、急性期の治療および慢性期の管理の基本方針を理解して実施できる。

③慢性閉塞性肺疾患（COPD）

・COPD の重症度を把握し、安定期、急性増悪期の治療管理を理解し、実施できる。

④間質性肺炎

・間質性肺炎の病態理解と診断、治療を理解し、対応できる

⑤慢性呼吸不全

・慢性呼吸不全への酸素療法の適応について理解し実施できる

⑥自然気胸、胸膜炎

・自然気胸の手術適応を理解する。
・持続吸引の原理を理解し、胸腔ドレナージを実施できる。
・必要な胸水検査を依頼し、結果を解釈できる。

⑦肺腫瘍

・胸部Ｘ線写真、胸部ＣＴ検査から肺腫瘍が疑われる場合に、鑑別診断およびおおよその腫瘍の組織分類までが想起できる。
・肺腫瘍の診断方法について、各検査の適応、合併症、限界を把握する。
・原発性肺癌の臨床病期分類を行い、手術適応を判断できる。
・患者背景、臨床病期分類から各治療の適応について指導医と discussion ができる。
・肺癌の治療（手術、放射線治療、化学療法）の奏効性と副作用を理解する。
・有症状肺癌患者への対処法につき、その適応を指導医と discussion ができる。
・病名告知された肺癌患者の精神的なサポートについて理解し、緩和医療に関する理解を深める。

（３）担当する主な疾患

・呼吸不全（急性、慢性）
・呼吸器感染症（肺炎）
・気管支喘息
・自然気胸
・肺腫瘍
・胸膜炎
・慢性閉塞性肺疾患
・間質性肺炎
・肺塞栓症

（４）研修方法

・呼吸器内科カンファレンスで系統だったプレゼンテーションを行う。
・病状把握、検査、治療方針について指導医と蜜に連携する。
・総合病棟呼吸器内科カンファレンスで病態、検査、治療方針の理解、確認をする。
・呼吸器外科外科合同カンファレンスキャンサーボード（呼吸器内科・外科・放射線治療科）で受け持ち患者の治療方針を discussion する。

（５）研修の評価の基準

・診療に対する姿勢
・患者、患者家族との信頼関係の確立

3）消化器内科

（1）到達目標：総論

・腹痛、嘔吐、下痢、吐血、下血、貧血、黄疸を訴える患者の問診および診察を行うことができ、主な鑑別診断を想起して必要な検査を依頼できる。
・肝・胆道系酵素値異常の結果を解釈できる。
・腹部単純写真の正常、異常像を理解しその意味を知る。
・腹部超音波検査の適応が判断でき、所見の解釈ができる。
・腹部 CT、腹部 MRI の適応が判断でき、所見の解釈ができる。
・消化器内視鏡検査の適応が判断でき、所見の解釈ができる。
・腹水穿刺の適応が判断でき、指導医の下で実施できる。
・TPN の適応が判断でき指導医の下で実施できる。
・輸血の適応が判断でき実施できる。
・どのような患者で消化器癌発見のための検査が必要かを理解する。

（2）到達目標：各論

①胃・十二指腸潰瘍
・上部消化管内視鏡検査の適応が判断でき、所見の解釈ができる。
・消化管出血に対する緊急内視鏡及び内視鏡的止血術の適応・手技を理解する。
・ヘリコバクター・ピロリ菌検出の意味と除菌治療の適応を理解し指導医の下で実施できる。

②炎症性腸疾患
・クローン病の診断治療を理解し指導医の下で実施できる。
・潰瘍性大腸炎の診断治療を理解し指導医の下で実施できる。

③腸炎
・急性感染性腸炎の診断治療を理解し指導医の下で実施できる。
・結腸憩室炎・虚血性腸炎などの診断治療を理解し指導医の下で実施できる。

④イレウス
・イレウスの診断ができイレウス管の適応が判断できる。

⑤消化管癌（食道癌・胃癌・大腸癌）
・消化管造影検査所見の解釈ができる。
・消化管内視鏡検査の偶発症を踏まえて適応の決定と検査所見の解釈ができる。
・消化管癌の放射線化学療法の適応・治療法を理解する。
・早期消化管癌の内視鏡的治療の適応・治療法を理解する。
・消化管癌の外科的治療の適応・治療法を理解する。

⑥肝炎
・肝炎の診断・原因分類・治療ができる。
・ウイルス性肝炎の自然経過を理解し、抗ウイルス療法の適応を判断し指導医の下で実施できる。
・肝癌発生との関係を理解する。

⑦肝硬変
・肝性脳症の診断・治療が指導医の下で実施できる。
・腹水の評価と治療が指導医の下で実施できる。
・静脈瘤の自然経過と治療法を理解する。

⑧肝膿瘍
・肝膿瘍の診断とドレナージの適応・手技が理解でき、ドレナージの管理を含め内科的治療が指導医の下で実施できる。

⑨肝癌

・腹部超音波検査・ＣＴ検査所見の解釈ができる。
・血管造影検査・ＣＴＡ・ＣＴＡＰ検査所見の解釈ができる。
・外科的治療の適応を理解する。
・TACE・RFA・PEIT などの非手術的治療の適応を理解する。

⑩胆嚢総胆管結石
・閉塞性黄疸に対する緊急ＥＲＣＰの適応が理解できる。
・ＥＮＢＤ・ＥＳＴなどの内視鏡的治療の適応が理解できる。
・外科的治療の適応が理解できる。

⑪急性胆嚢炎
・急性胆嚢炎の診断・治療が理解できる。
・ＰＴＧＢＡ・ＰＴＧＢＤなど内科的治療の適応・手技が理解できる。
・外科的治療の適応が理解できる。

⑫膵炎
・原因を含め急性膵炎の診断・内科的治療が指導医の下で実施できる。
・慢性膵炎の合併症を理解できる

⑬胆道癌・膵癌
・胆道癌・膵癌の診断・内科的治療が指導医の下で実施できる。
・超音波内視鏡 EUS を用いた診断、治療の適応、手技が理解できる。
・外科的治療、化学療法の適応が理解できる。

⑭急性腹症
・急性虫垂炎など急性腹症の診断・治療が理解できる。

（３）経験させる予定の疾患（但し、以下の全ての疾患を受け持つわけではない）
・食道静脈瘤
・食道癌
・胃炎
・胃・十二指腸潰瘍
・胃癌
・急性腸炎
・炎症性腸疾患
・大腸癌
・急性虫垂炎
・大腸憩室炎
・イレウス
・肝炎
・肝硬変
・肝膿瘍
・肝細胞癌
・胆嚢総胆管結石
・胆嚢炎
・胆管癌
・膵炎
・膵癌

4）血液内科

（1）到達目標：総論

・貧血を分類し、鑑別診断のための検査計画をたてることができる。
・貧血、出血斑、リンパ節腫脹、肝脾腫などの身体所見がとれる。
・末梢血塗沫標本を検鏡し、大まかな所見がとれる。
・骨髄穿刺・生検を自ら行い、鏡検で大まかな所見がとれる。
・腰椎穿刺と抗腫瘍剤の髄腔内投与ができる。
・中心静脈カテーテル挿入の適応、合併症を理解する。
・輸血の適応、手順について理解し、実施できる。
・輸血副作用を理解し、適切に対応できる。
・抗腫瘍剤、分子標的治療薬、G-CSF、DIC 治療薬、ステロイド剤などの使い方を理解する。
・造血幹細胞移植の概念や適応を理解し、指導医の指示に従い診療に参加する。
・白血球減少時の感染対策を理解し、適切な検査を実施し、empiric therapy が実施できる。

（2）到達目標：各論

①急性白血病

・急性白血病の病型分類を述べることができる。
・臨床検査部とのカンファレンスに参加し、担当患者のプレゼンテーションを行う。
・フローサイトメトリー解析、染色体・遺伝子検査の結果を理解できる。
・指導医の指示を受け、治療計画をたてることができる。
・プロトコールに従って、化学療法を実施することができる。
・抗腫瘍剤の有害事象や発熱性好中球減少症に適切に対応することができる。
・計画的な輸血を実施できる。
・抗腫瘍剤の髄腔内投与を実施できる。

②悪性リンパ腫

・悪性リンパ腫の多彩な病型を理解できる。
・CT, MR, PET/CT などの画像検査の所見を理解できる。
・指導医の指示を受け、治療計画をたてることができる。
・悪性リンパ腫に対する標準的治療法である R-CHOP/CHOP 療法を実施することができる。
・悪性リンパ腫の自然経過や、現在の治療の到達点を理解できる。

③多発性骨髄腫

・国際骨髄腫作業部会による診断基準と、ステージ分類を理解できる。
・新規骨髄腫治療薬を理解できる。
・指導医の指示を受け、治療計画をたてることができる。

④再生不良性貧血

・再生不良性貧血の重症度を理解できる。
・抗胸腺細胞グロブリンやシクロスポリンによる免疫抑制療法を理解する。
・指導医の指示を受け、治療計画をたてることができる。

⑤特発性血小板減少性紫斑病

・ステロイド剤の適応と、起こりうる有害事象を理解できる。
・ガンマグロブリン大量療法、摘脾術、新規治療薬の適応を理解する。

⑥造血幹細胞移植

・同種造血幹細胞移植、自家造血幹細胞移植を理解する。
・骨髄採取術の術者となる。

・クリーンルームにおける無菌管理を理解できる。

（3）担当予定の疾患
・急性骨髄性白血病
・急性リンパ性白血病
・悪性リンパ腫
・多発性骨髄腫
・再生不良性貧血
・特発性血小板減少性紫斑病
・同種・自家造血幹細胞移植患者
・同種造血幹細胞移植ドナー

5）脳神経内科

（1）到達目標：総論

・神経学的診察が行え、正常・異常の判断ができ、記載できる。
・神経学的診察に基づき局在診断ができる。
・病歴・診察所見に基づき病因診断を推定できる。
・鑑別診断・確定診断のための検査プランが立てられる。
・推定した診断に基づき治療プランが立てられる。
・以上の診断、検査、治療プランに関して、患者、家族が理解できるように説明できる。
・神経救急疾患に対して、緊急の検査、処置の必要性が判断でき、初期治療を開始できる。
・慢性神経疾患では、多職種と連携し，患者、家族のサポートができる。

（2）到達目標：各論

①脳血管障害

・生命徴候、一般内科所見が的確にとれ、必要な救急処置ができる。
・病歴、神経学的診察により、病巣の局在診断ができる。
・神経症状の重症度を、NIHSS スコアで評価できる。
・頭部 CT、MRI の適応が判断でき、画像の読影ができる。
・脳卒中超急性期の場合，迅速に SCU 当番医にコンサルトができる。
・脳血管障害の初期治療が開始できる。
・リハビリテーションの初期評価、開始の指示ができ、効果判定ができる。
・脳血管障害慢性期の治療に習熟する。

②炎症性疾患（脳炎、髄膜炎など）

・髄液検査の適応を判断でき、指導医のもと、安全に検査を施行できる。
・髄液検査の結果の解釈が適切にできる。
・炎症性疾患の検査、治療法に習熟する。

③神経変性疾患（パーキンソン病など）

・各種神経変性疾患の診断基準、重症度評価を学ぶ。
・画像検査、神経機能検査など、診断のための検査、治療を経験する。
・合併症（肺炎、尿路感染など）の管理ができる。
・神経難病を患った患者、家族に対するコミュニケーションを学ぶ。
・神経難病の在宅療養に際し、必要なサービスに習熟する。

④神経救急疾患（意識障害、けいれん重積状態など）

・病歴、診察所見より、意識障害の鑑別診断をし、速やかに検査が行える。
・意識障害の初期治療が開始できる。
・せん妄の管理ができる。
・けいれん重積状態の初期治療が開始できる。

（3）担当予定の疾患

・脳梗塞
・脳出血
・髄膜炎
・脳炎
・てんかん
・パーキンソン病
・脊髄小脳変性症

・筋萎縮性側索硬化症
・重症筋無力症
・ギラン･バレー症候群
・せん妄

（4）研修方法
・病棟で神経疾患患者を受け持ち、指導医とともに診察、検査、治療にあたる。
・脳神経内科カンファレンスで、受持患者の症例呈示を行う。
・脳神経内科回診に参加する。
・脳神経内科、脳神経外科、放射線科合同の SCU カンファレンスに参加する。

（5）評価法
・研修開始と終了後に自己評価を行う。
・研修終了後に指導医から評価を受ける。

6）内分泌内科

（1）到達目標：総論

・内分泌臓器のホルモン分泌異常による徴候について説明できる。
・各種ホルモン測定のオーダーと結果の評価ができる。
・病歴・診察・検査所見に基づき診断の推定ができる。
・鑑別診断・確定診断のための検査プランが立てられる。
・診断に基づき治療プランが立てられる。
・診断、検査、治療プランについて、患者、家族が理解できるよう説明できる。
・低血糖、高度の高血糖などの緊急を要する代謝異常、併発する感染症・足病変の検査、処置の必要性が判断でき、初期治療を開始できる。
・慢性疾患の治療開始・継続において、患者、家族の精神的なサポートができる。

（2）到達目標：各論

① 糖尿病

・糖尿病とはどんな病気（自然歴、合併症、１型・２型・その他・妊娠糖尿病）か説明できる。
・病状の評価方法（ヘモグロビン A1c、グリコアルブミン、血糖値、インスリン、C ペプチド、抗 GAD 抗体）がわかる。
・合併症とその検査法（眼底、尿中アルブミン、腎症の病期、振動覚・腱反射・神経伝達速度、末梢動脈の触知、ABI[足関節/上腕血圧比]、脈波伝播速度）がわかる。
・糖尿病性ケトアシドーシス、高血糖高浸透圧症候群の初期治療ができる。
・セルフモニタリング（自己尿糖、血糖測定）の方法を指導できる。
・血糖値の持続モニタリングなどにより血糖値の日内・日差変動を理解する。
・食事療法・運動療法について適切な処方ができる。
・主要な経口糖尿病薬を知っており、使用できる。
・インスリン療法、GLP-1RA 療法の適応を知り、使用できる。
・各種注射製剤（インスリン GLP-1RA）の特性を知り、種々の治療を経験する。
・低血糖の症状を理解し、適切に対処できる。
・糖尿病の治療目標を理解し、患者自身の目標の立案をサポートする。
・行動変容を促すアプローチについて知っている。
・糖尿病教育にチームの一員として参加する。
・糖尿病の慢性合併症を理解し、その予防と対策について説明できる。
・糖尿病に合併しやすい疾患・状態を理解し、その病状に応じた対処を知る。

②肥満症、その他の代謝疾患

・内臓脂肪蓄積型と皮下脂肪蓄積型の代謝の違いを理解する。
・糖尿病と心血管疾患のリスクとなるメタボリックシンドロームについて理解を深める。
・脂質異常症の分類とリスクについて知り、治療目標と治療法について知る。
・尿酸やビタミンの代謝について理解を深め、その合併症と予防について説明できる。

③甲状腺疾患

・甲状腺の触診ができる。
・甲状腺機能亢進や低下を疑う症状や検査上の異常について知っている。
・甲状腺ホルモンの検査が適切に依頼でき、その結果を解釈できる。
・甲状腺機能亢進症および低下症の自然歴について知っている。
・甲状腺機能亢進症の治療法の種類（抗甲状腺薬、ラジオアイソトープ治療、手術療法）とその適応を理解している。
・甲状腺エコーやシンチグラフィーについて理解を深める。

・甲状腺内腫瘤に対するエコー下吸引細胞診を見学・サポートする。
・甲状腺クリーゼのリスクと徴候を理解し、初期治療ができる。
・甲状腺機能低下症のホルモン補充療法を実施できる。

④下垂体・副腎・副甲状腺疾患、膵神経内分泌腫瘍

・下垂体前葉機能亢進症や下垂体前葉・後葉機能低下症の診断のための各種内分泌負荷試験を経験し、画像診断の理解を深める。
・副腎皮質機能亢進症や機能低下症の診断のため内分泌負荷試験を経験し、副腎腫瘍画像診断の理解を深める。
・副腎皮質ホルモンの補充療法を実施できる。
・急性副腎不全のリスクと徴候を理解し、初期治療ができる。
・副甲状腺機能亢進症や機能低下症の診断のため内分泌負荷試験を経験し、副甲状腺の画像診断の理解を深める。
・低血糖症の原因となるインスリノーマや拮抗ホルモン低下などの鑑別診断の必要性がわかる。
・選択的副腎静脈サンプリングや膵神経内分泌腫瘍に対する選択的動脈内カルシウム負荷試験のサポートに参加する。

（３）担当する予定の疾患(研修期間により異なる)

代謝疾患

・1 型糖尿病
・2 型糖尿病
・①他の疾患、条件に伴う糖尿病（二次性糖尿病）②糖尿病合併妊娠③妊娠糖尿病、④低血糖(インスリン拮抗ホルモン分泌不全による低血糖＜副腎不全など＞、反応性低血糖、薬物による低血糖)⑤糖尿病の緊急症(糖尿病ケトアシドーシス、高浸透圧高血糖症候群、乳酸アシドーシス、低血糖昏睡)
・糖尿病の慢性合併症①細小血管障害＜糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害＞②大血管障害＜心血管障害、脳血管障害、末梢血管病変＞③その他の合併しやすい疾患＜がん、骨粗鬆症、認知症、うつ、歯周病＞)
・肥満症①単純肥満＜内臓脂肪肥満、皮下脂肪肥満＞②二次性肥満③メタボリックシンドローム)、脂質異常症＜原発性・続発性＞、高尿酸血症＜痛風、無症候性高尿酸血症＞、ビタミン異常症<ビタミン欠乏症>

内分泌疾患

・視床下部・下垂体疾患:①下垂体前葉機能亢進症(先端巨大症＜アクロメガリー＞、クッシング病、高プロラクチン血症)②下垂体前葉機能低下症(下垂体機能低下症＜Sheehan 症候群を含む＞、成人成長ホルモン分泌不全症、ACTH 単独欠損症)③下垂体後葉疾患(尿崩症＜心因性多尿症，腎性尿崩症を含む＞、SIADH)④その他の視床下部・下垂体疾患(empty sella 症候群，リンパ球性下垂体炎，肉芽腫性疾患を含む)
・甲状腺疾患:①甲状腺中毒症(バセドウ病、亜急性甲状腺炎、無痛性甲状腺炎)②甲状腺機能低下症(慢性甲状腺炎＜橋本病＞、術後または放射線ヨード療法後の甲状腺機能低下症)③甲状腺腫瘍
・副甲状腺疾患とカルシウム代謝異常:①高カルシウム血症(原発性副甲状腺機能亢進症、悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症)②骨粗鬆症(原発性、続発性)
・副腎疾患:①副腎皮質機能亢進症(原発性アルドステロン症、クッシング症候群)②副腎皮質機能低下症③副腎腫瘍(非機能性副腎皮質腫瘍＜incidentaloma を含む＞、褐色細胞腫)
・神経内分泌腫瘍:インスリノーマを含む

（４）研修の方法
・入院患者の受け持ち医となり、指導医とともに診察、検査、治療にあたる。
・内分泌内科カンファレンスで、受持患者の症例呈示を行う。
・内分泌内科病棟回診に参加する。
・専門外来、エコー検査、糖尿病教室を見学あるいは参加する。

（５）評価法
・研修開始と終了後に自己評価を行う。
・研修終了後に指導医から評価を受ける。

7）循環器内科

（１）到達目標：総論
・胸痛、呼吸困難、動悸を訴える患者の病歴を聴取し、主な鑑別診断を想起し、必要な検査を依頼できる。
・バイタルサインを評価できる。
・主要な心雑音、3 音、4 音を聴取できる。
・胸部単純レ線から心腔の拡大、肺うっ血の有無を判断できる。
・心電図を記録、評価できる、かつその限界を理解している。
・ホルター心電図の結果の解釈および有用性を理解し、その限界を理解している。
・トレッドミルによる負荷心電図の危険性を知り、その結果を判定できる。
・心臓超音波検査の限界を知り、レポートの結果を理解できる。
・心臓カテーテル検査の適応と合併症を知り、指導医とともに判定する。
・心筋シンチグラムを指導医と判定する。

（２）到達目標：各論
①高血圧
・高血圧（本態性、二次性）を診断できる。
・降圧薬の種類別副作用を知り、使用できる。
②心不全
・うっ血性心不全の病態を理解し、診断できる。
・単純な心不全の治療を指導医と行い、利尿薬と強心薬の使用をする。
③虚血性心疾患
・胸痛の病歴から心筋虚血による胸痛を他の胸痛と区別できる。
・労作性狭心症、異型狭心症、不安定狭心症、心筋梗塞を区別し診断できる。
・狭心症の初期治療ができ、各種抗狭心症薬の違いを理解する。
・急性心筋梗塞の初期治療ができる。
・冠動脈インターベンションの適応と意義を理解する
④不整脈
・期外収縮の診断と治療の適応を理解し、治療できる。
・心房細動の治療ができる。
・ペースメーカー（一時的、永久）の適応を理解できる。
・上室性頻拍症の診断をし、適切な薬物治療ができ、アブレーション治療を理解する。
・電気的除細動の適応を理解し、実施できる。
⑤その他
・造影ＣＴで解離性動脈瘤が読影できる。

・細菌性心内膜炎の臨床像および診断について理解している。
・中心静脈を安全に確保できる。
・右心カテーテルを経験する。
・心肺蘇生術を習得する。

（3）担当する予定の疾患
・狭心症
・心筋梗塞
・弁膜症
・心不全
・不整脈
・成人先天性心疾患

（4）研修の方法
・総合病棟、CCU、および循環器病棟で入院患者を受け持つ。
・心臓カテーテル検査に参加し、右心カテーテルを行う。
・心臓カテーテル検査カンファレンスに出席し、結果をプレゼンテーションする。
・総合病棟カンファレンスに出席し、プレゼンテーションを行う。
・循環器内科回診症例について討論し、他の患者の診察により知識を広げる。
・病院内他科の心電図の判定に参加する。
・トレッドミル検査、心筋シンチ検査、心臓エコー検査に立ち会う。
・電気生理学的検査に参加する。
・心臓血管外科・循環器内科合同カンファレンスに参加する。
・急性心筋梗塞に対する緊急心臓カテーテル検査に主治医として参加する。

（5）指導医による評価項目
・患者、看護師、検査技師とのコミュニケーション
・診断にいたる検査法の選択の過程
・診療録への記載の適切さ
・治療法の選択と変更の相談の的確さ
・検査治療手技の理解とその実施手技の丁寧さ
・患者の精神的状態の把握、難治性患者への接し方

2. 地域医療 1ヶ月

（1）一般目標

・急性期病院を離れて医療を体験する。地域の診療所における外来診療を経験する。
・かかりつけ医、在宅医療、療養病床（リハビリ）、社会福祉施設の役割を述べることができる。
・天理よろづ相談所病院に外来受診・救急受診する患者層とかかりつけ医に受診する患者層の違いを理解し、それぞれの施設の役割について把握する。
・介護保険の仕組みと、在宅医療・療養型施設・社会福祉施設との関連を述べることができる。

（2）個別目標

①診療所

・時間的制約を意識して、患者から病歴・身体所見を中心に必要な情報を収集し、問題点を抽出できる。
・電話および受付窓口での患者さんとの対応法の基本について理解する。
・患者の日常的な訴えや健康問題の基本的な対処について述べることができる。
・健康維持に必要な患者教育（食生活、運動、禁煙指導など）が行える。

②療養病床（高齢者医療/リハビリ）

・高齢者の特性を理解して情報収集ができる。
・機能的自立評価法（FIM：Functional Independence Measure）を用いて ADL が評価できる。
・リハビリの適応を判断して、指導医の下でリハビリの処方ができる。
・患者の問題解決に必要な医療福祉資源を挙げ、各機関に相談・協力ができる。

③在宅医療

・慢性疾患患者や高齢患者の在宅療養の適応および療養環境整備を把握できる。
・経管栄養、自己注射、気切口ケアー、在宅酸素療法、人工呼吸療法など計画的・持続的に行われている在宅医療処置が実施できる。
・限られた病歴・身体所見から、患者の状態の変化を適切に評価できる。
・寝たきり患者特有の合併症（褥瘡、誤嚥性肺炎など）の予防・治療について理解する訪問看護・訪問リハビリテーションなどの他の医療メンバーと協調でき、家族を含めた総合的な患者医療を理解できる。

（3）研修方法

（A）①診療所研修　山添村国保波多野診療所　1週間
　　②診療所研修　いいおか医院　1週間
　　③白川分院（療養型病床）　1週間
　　④在宅世話どりセンター　1週間

（B）医療法人健生会 大福診療所1ヵ月コースあり
　　期間によって（B）コースの選択あり

（C）医療法人やわらぎ会 やわらぎクリニック1ヵ月コースあり
　　期間によって（C）コースの選択あり

3. 麻酔科研修　　3ヶ月

ジュニアレジデントの麻酔科研修は6月から始まり、研修期間は3ヶ月間であり。この期間に各人が約90例の全身麻酔を担当する。標準的な麻酔管理症例を担当することが多いが、各人の進歩に応じて徐々に複雑な症例の麻酔管理を担当することもある。

（1）総括目標

急性期医療の基礎知識ならびに基礎技術の習得を目的とする。

すなわち、麻酔科研修を終了したレジデントは須らく

「周術期患者に起こりうる種々の生体反応を敏感に感受し、その反応が患者にとって有害事象となる前に、解剖学、生理学、薬理学に基づく適切な対応をすることにより、患者の生体としてのホメオスタシスを維持することができる」ようになる。

（2）個々の目標（1症例の周術期における時間軸に沿い到達目標を提示します）

1）丁寧な術前訪問と的確な術前評価ができる。

麻酔科医は周術期における患者の主治医になる。

おのおのの患者の当該手術となった疾患のみならず周術期に影響を及ぼすと考えられる既往症、現症、家族社会背景を含めた全人的な患者の評価を行う。

2）麻酔計画の立案ができる。

上記の術前評価をもとに、予定術式による生体への影響を加味して、麻酔導入、麻酔維持ならびに術後の鎮痛（症例によっては鎮静も）に使用する薬剤と方法を選択する。

3）迅速かつ正確な麻酔準備ができる。

SOAMI は” Are you ready?” “So, am I”からとられた麻酔準備の行動規範である。

S：SUCTION（吸引の準備、確認）

O：OXYGEN（酸素投与の準備、確認）

A：AIRWAY（気道確保の準備、確認）

M：MONITOR＆MACHINE（モニターと麻酔器の準備、確認）

I：INJECITION or IV（注射/静注薬剤の準備、確認）

の頭文字をとってこう呼ばれる5要素は、どれ1つとして麻酔導入前の準備で欠かせないものである。この準備が完璧にできることが全ての基本となる。逆にいえば、この準備が不完全であるうちは、麻酔科医として働く資格がない。できるだけ早く覚え、緊急時にも自然に身体が動いて可及的迅速な準備をできるようになってほしい。

4）安全で流れに乗ったリズム感のある麻酔導入ができる。

麻酔薬の投与が始まると、患者の状態は刻一刻と変化する。おのおのの薬剤の必要量、作用発現・持続・消失時間に通暁していることを前提に、適量を投与したのち、速やかに気道確保、マスク換気、喉頭展開から気管挿管までをよどみなく安全に施行できるようになる。他の外科系諸手技と同様、一定のリズム感を持って行うことが大切である。しかし、実際は種々の要因（たとえば、気道が簡単に確保できなかったり、過度の循環変動を惹起したり、など）で、このリズムは乱れる。それに迅速に対応するトラブルシューティングの能力も習得する。種々の患者に応じたオーダーメイドの気道確保を上級医とともに施行することにより、急性期医療の基盤となる ABC の Airway と Breathing の基本技術を磨くことができる。

各人の手技の上達度に応じて、種々のカテーテル留置のような侵襲的な手技にも参加してもらうことがある。

５）麻酔維持中に起きる種々の事態の理解と対処ができる。

麻酔維持中は安定したバイタルサインを保つのが重要である。このために、麻酔の三要素である鎮痛、健忘、不動のそれぞれの薬物、麻薬、麻酔薬、筋弛緩薬の患者に応じた投与法を習得する。

上記を維持しても、手術手技による要因（大量出血や臓器の圧排など)、患者要因（薬剤に対する過敏反応や現疾患の術中急性増悪)、麻酔科医の要因（薬剤の過不足）により、患者のホメオスタシスは破綻へと進行することが稀ではない。カタストロフとなる前に、その原因を把握して適切な対応をする必要がある。レジデント諸君はまず、微細な生体からのサインを見逃さず、躊躇なく上級医に知らせる習慣を身につける。同時に、上級医とともに、主に人工呼吸器設定方法、循環作動薬投与法、輸液輸血の方法と効果を学ぶことができる。これによって、A、B のみならず、C：Circulation の変動に対する急性期対応の方法を身につけることが可能である。これらの呼吸、循環、さらには意識、筋弛緩の周術期の状態は、当院のオペ室において精緻にモニターされている。自分が投与した薬物の効果が刻一刻と発現ならびに消退するさまを確認することにより、生体への薬物効果を体感する。

６）疼痛や不快感のない速やかな麻酔からの覚醒させることができる。

術後管理は術中から既に始まっています。全身麻酔を説明するとき、最も頻繁に患者から尋ねられる質問は、麻酔から本当に覚めるのか、覚めたときは痛いのではないかというものである。術中から十分な鎮痛をして生体に過度のストレス反応を惹起しないよう心がけ、覚醒時ならびに術後も疼痛を軽減する必要がある。レジデント諸君は、疼痛緩和のための多様な手技と薬剤の投与法を習得する。麻薬と非麻薬系鎮痛薬の種類とそれぞれの薬

理学的特徴を理解し、患者制御鎮痛デバイスを用いて鎮痛薬の持続硬膜外注入あるいは静注を施行できるようになる。

７）こまやかな術後診察とそれに基づく自らの麻酔への反省

術後は、必ず、病棟へ患者を訪問し診察をする。麻酔中のモニターの進歩は著しいが、それでも術中覚醒が起きることがある。術後患者にインタビューして、術中記憶がなかったか否かを確認する。さらに、術後の鎮痛が十分であったか、嘔気嘔吐はなかったか、嗄声・喉頭痛・咽頭痛はなかったか等々をこまめに質問し、自分の行った麻酔、手技を反省し、術後愁訴の少ないさらなる洗練された麻酔ができるように精進してほしい。

4. 外科　　２ヶ月

消化器外科を約２カ月間、ブロックローテーションにて研修する。この期間中、研修医の希望により、乳腺外科・心臓血管外科・呼吸器外科の研修も可能である。

（１）一般目標

・基本的な外科的手技を身につける。
・消化器外科における診断法・局所および全身状態の評価法・手術適応を理解する。
・患者・家族と良好なコミュニケーションをとる。
・周術期の全身管理をおこなう。

（２）個別目標

・消化器外科領域における外科疾患の診察ができる。
・消化器外科領域における疾患の画像診断ができる。
・手術記録を含むカルテの記載ができる。
・正しい手洗い、ガウンテクニック、術野の消毒法ができる。
・手術にともなう全身反応を理解する。
・輸液法を適切に実行することができる。
・創傷治癒の一般的経過を理解する。
・栄養管理（末梢静脈栄養、経腸栄養、中心静脈栄養）ができる。
・外科的感染症に対して適切な抗菌薬治療ができる。
・胃管・ドレナージチューブの管理ができる。
・機会があれば皮膚切開、縫合ができる。
・受け持つ手術症例の局所解剖を理解する。
・手術合併症について理解する。

（３）研修方法

約２カ月間、消化器外科症例を受け持つ。

① 受け持つ予定の症例
- ➢ 外科的治療
  - ・ 急性期外科疾患（腹部救急疾患）
  - ・ 消化器がん（食道・胃・大腸・肝胆膵）
  - ・ 一般外科疾患（ヘルニア、痔疾患、外科的感染症など）
- ➢ 化学療法・放射線療法・緩和医療・終末期医療など

② 手術室研修
- ・ 自分の受け持ち症例の手術に参加する。
- ・ スタッフの待期手術に参加する。
- ・ 緊急当番に登録し、当番日の緊急手術に参加する。

③ 回診・検討会
- ・ 部長回診に参加する。
- ・ 抄読会、術前・術後検討会、重症患者カンファレンス
- ・ 消化器合同カンファレンスに参加する。

④ 研修終了報告

・研修の最終週に報告書（所定の用紙あり）を消化器外科部長、卒後臨床研修センターに提出する。

・報告内容

手術日（予定・緊急）　　術式
患者氏名、年齢、性別　　指導医

最終診断　　第（　）助手

⑤到達目標の評価

・研修開始前と終了後に自己評価を行う。

・研修終了後に指導医からの評価を受ける。

5. 小児科　　1ヶ月

小児科で扱う疾患は各領域にまたがり、急性疾患から慢性疾患まで範囲が広い。また小児の疾患は年齢に応じた特徴を有する。症状は急速に変化することが多いため、症状の変化を適時的確にとらえ速やかに処置を行えるよう技術の習得にも努めなければならない。小児は成長・発達の過程にあるため、疾病により被る影響が大きいことを知る。また、患児と保護者の心理に配慮する態度が重要である。

（1）一般目標

A）患児及びその養育者との間に好ましい人間関係を作り、有用な病歴を得る方法を身につける。

B）年齢ごとの正常像と疾病の特徴を把握する。

C）乳幼児や非協力的な児を診察する技術を修練し、身体所見を正確にとることができる。常に全身を包括的に観察できる。

D）小児疾患は急速に変化することが多いため症状を適時的確にとらえる必要があることを知り、診察（観察）を何度も行い連絡をとることの重要性を学ぶ。また、検査や処置を早めに行えるよう技術の習得に努める。

E）病歴・診察所見と年齢ごとの有病率の知識から適切な検査を選択し、適切な診断と鑑別疾患を挙げることができる。

F）疾病が小児の成長と発達に大きな影響を与えることを知り、患児や家族の心理に配慮し、患児や家族と協力して疾病に立ち向かうことが重要であることを理解する。

G）小児に多い救急疾患の基本的知識と手技を身につける。全身状態を把握し、診断より前に対処すべき状況を知り、それを行うことができる。

（2）個別目標

A）小児の診察、病歴の聴取、カルテの記載、鑑別診断ができる。

B）小児の正常発達について理解する。

C）小児の検査について正常値･異常値を説明できる。

D）小児の感染症に対する抗菌薬の用いかた、その他の疾患に対する薬剤の投与量を理解し、処方できる。

E）指導者のもとで小児の輸液ができる。

F）指導者のもとで採血、静脈内持続点滴、皮下注、筋注、腰椎穿刺等ができる。

G）けいれん重積状態、気管支喘息等の救急処置ができる。

（3）研修方法

小児病棟・小児科外来・救急外来を中心に約1カ月間の研修を行う。先天性心疾患の管理については火曜日と金曜日の小児循環器科外来にて学ぶことができる。

A）小児病棟

小児の代表的な急性疾患（感染症、脱水症、喘息、けいれんなど）を中心に指導医と共に主治医となり、小児疾患全般の診断、処置、治療について学ぶ。

① 小児の診察法、病歴のとりかた、カルテの記載法、鑑別診断等

② 身体計測、血圧測定の方法や正常値、体温、脈拍、呼吸数やその他種々の小児の検査値の正常値

③ 小児の正常発達について基本的な知識

④ 採血（静脈、動脈)、静脈内持続点滴、腰椎穿刺等
⑤ 小児の輸液（組成、量）
⑥ 抗菌薬の用い方、その他の薬剤の適応や投与量
⑦ 導尿、エアロゾル吸入、酸素吸入、輸血、鼻腔カテーテル挿入
⑧ けいれん重積状態、気管支喘息等の救急処置
⑨ 緊急帝王切開の立ち会いと新生児蘇生(産科病棟および手術室)
⑩ 機会あれば実施するもの；鼠径ヘルニアの還納、高圧浣腸による腸重積の整復術、臍肉芽の処置･その他小さい外傷･膿瘍切開等の小外科、透光試験（陰嚢、頭部)、胃洗浄、骨髄穿刺

以下の検査は機会があれば自ら実施または指示し、その結果について解釈できる。
尿一般、末梢血一般、赤沈、髄液一般検査、ツベルクリン反応、細菌培養、塗抹染色、吐物・穿刺液の一般検査、血液ガス分析、心電図、血糖の簡易測定、胸部･腹部･頭部･四肢Ｘ線撮影、静脈性腎盂造影、頭部･胸部･腹部の基本的 CT 像、MRI、心･腹部･頭部エコー、脳波、心臓カテーテル検査、冠動脈造影、膀胱尿管逆流（VUR）検査、Ｇａ･Ｘｅ･^{99m}Ｔｃなどのシンチグラフィー

B)小児科外来／小児科循環器外来
① 外来での診察法、検査、処置技術を学ぶ。
② 主治医であった患者について、指導医の許可を得て自らフォローする。
③ 予防接種外来では皮下注、またシナジス外来では筋注の方法を学ぶ。

C)救急外来
① 毎週金曜日の北和地区二次輪番日に、一対一での指導を受けながら救急車を含めた救急対応を行う。
② 平日日勤の救急車対応をスタッフと共に行う。

D)週間行事
① 毎週月曜日 17 時～　入院症例カンファレンス
② 毎週水曜日 13 時半～　病棟回診
③ 隔週水曜日 16 時～または木曜日 13 時～　臨床研究論文の抄読会。ローテーション中に 1 回発表する。
④ 隔週水曜日 16 時～または木曜日 13 時～　勉強会。各専門医によるレクチャーによって最新の知識を学ぶとともに､自らもローテーション中に 1 回発表する。

（4）目標達成度の評価
スタッフミーティング委員が、指導医やスタッフの意見を参考にして行う。

6. 産婦人科　　１ヶ月

日本産婦人科学会の提唱する研修カリキュラムを、本院に合わせて一部改定した。また、他科と重複するような内容は省略した。

（１）一般目標

①女性特有の疾患による救急医療を研修する。
　緊急を要する婦人科疾患を的確に鑑別する。

②女性特有のプライマリーケアを研修する。
　女性の加齢と性周期に伴うホルモン環境の変化を理解する。

③妊産褥婦の医療に必要な基本的知識を研修する。
　妊産褥婦に対する検査、投薬、治療での制限についての特殊性を理解する。

（２）行動目標

Ａ．経験すべき診察法・検査・手技

①基本的産婦人科診療能力
・問診および病歴の記載：一般的病歴および月経歴、妊娠歴
・産婦人科的診察法：視診、触診、直腸診

②基本的臨床検査
・内分泌検査：各種ホルモン検査、基礎体温表の診断
・妊娠の診断：免疫学的妊娠反応、超音波検査
・感染症の検査：膣分泌物検査
・細胞診：子宮頸部細胞診
・超音波検査：経膣断層法、経腹断層法
・放射線検査：骨盤ＣＴ検査、骨盤ＭＲＩ検査

③基本的治療法
　特に妊産褥婦に対する投薬は胎児や母乳への影響を配慮しなければならない。
・処方箋の発行
・注射の施行：皮下、筋肉、静脈
・副作用に対する評価と対応

Ｂ．経験すべき症状・病態・疾患

①頻度の高い症状
・腹痛
・腰痛
・不正性器出血
・腫瘤自覚

②緊急を要する症状・病態
・急性腹症：子宮外妊娠、卵巣腫瘍茎捻転
・流産、早産、正期産

③経験が求められる疾患・病態
（産科）
・妊娠、分娩、産褥の理解
・正常妊婦の外来見学
・正常分娩、産褥の管理
（婦人科）

・視床下部、下垂体、卵巣系の内分泌調節系の理解
・婦人科良性腫瘍の診断と治療
・婦人科良性腫瘍の手術への参加
・婦人科悪性腫瘍の早期診断の見学
・婦人科悪性腫瘍の手術への参加
・婦人科を受診した腹痛、腰痛を呈する患者や急性腹症の患者の診察

（3）研修スケジュール（5週間）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	8：30 病棟カンファレンス、手術	手術	手術または外来診察 8：30 カルテ回診	手術	病理カンファレンス(月一回) 臨時小手術または外来診察
午後	病棟業務	手術	外来診療または病棟業務	手術 17:00-カンファレンス	病棟業務

・分娩、緊急患者、緊急手術には随時立ち会う。

7. 精神神経科　　1ヶ月

研修で学んでほしいこと

精神科に研修に来た先生方はしばしば「せん妄への対処の仕方を教えてほしい。」「うつ病の初期対応を学びたい。」「眠剤の使い方を教えてほしい。」と言う。「しかし」と私は思う。せん妄というけれど「せん妄」が夜の病棟を徘徊しているのではない。うつ病の初期対応というけれど、診察室に「うつ病」が服を着て入ってくるわけではない。そこにいるのはせん妄を病む人であり、うつ病に苦しむ人であるはずだ。また眠れないからと言って単純に眠剤を出せばよいというものでもない。極端な話だが救急当直医が不眠だからと眠剤を出すことはないだろう。その人がどこをどう病んでいるのか、その病とその人の健康な部分や生活とがどう関係しているのか、そういうことを理解しようとする姿勢だけでも持たなければ適切な治療はできないのではないか？「ちゃんと診察してください。」というのが私の答えである。

「医師として病む人とどう向き合うか？」問われているのは医師としての姿勢である。そしてこれは医師である限り自問自答を繰り返して行かなければならない問いでもある。

精神科では、治療を拒否する人もいる。コミュニケーションが十分に取れない人、医療者に敵意を示す人もいる。何もしないことが最も適切な行為である場合もある。目に見える手技が少ない分、治療者と患者の関係がよりくっきりと姿を現す。医師としての自分の姿勢が最も厳しく問われる場ではないかと考えている。

知識や技術を軽視するわけではないが、1 カ月足らずの研修で学べることは限られている。それに全員が精神科を専門にするわけではない。

「医師として病む人とどう向き合うか？」医師としての姿勢を自らに問い続けることを精神科研修で学んでほしい。

研修の目標

精神科受診が必要な患者について診察を行い、適切に精神科にコンサルトできることを目標にする。

（1）一般目標

精神症状のある患者に対し、医師として適切に対応するために精神科診療に必要な基本的な知識、技術について理解し、適切な診察態度を身につける。

（2）個別目標

1）患者の個人としての尊厳に配慮する。

2）診断、治療に有用な病歴を取れる。

3）患者を診察し症状を記述できる。

4）精神科の診断・治療の過程について理解する。

5）精神医療に関わる法律について理解する。
6）精神科における他職種の役割を理解する。
7）精神障害者の地域での生活に目を向ける。
8）緩和ケアにおける精神科の役割を理解する。

経験するべき疾患・病態

統合失調症、気分障害、認知症については入院症例を担当し、レポートを作成する。身体表現性障害、神経症性障害、適応障害、パーソナリティ障害などの疾患については外来で経験できるようにする。また可能であれば入院症例を受け持つ。依存症症例について経験できない場合は座学で代替する。

精神科研修の方法

1. 朝の申し送り参加
病棟で朝の申し送りおよびミーティングに参加する。
2. 病棟医業務
担当患者や行動制限を受けている患者の診察を行う
3. 外来診察の陪診
再来患者の外来診察に陪診する。
4. 初診患者の予診および初診診察の陪診
初診患者の予診を行い、初診診察に陪診する。
5. 病棟副主治医・レポート作成
副主治医として入院患者の診察を行い、カルテを記載する。統合失調症、気分障害、認知症の症例についてはレポートを作成し、最終週に発表を行う。
6. 医局会およびカンファレンスへの参加
毎週行われる医局会およびカンファレンスに参加する。
7. 他科への往診の陪診
他科病棟の往診に同行し見学する。
8. 作業療法見学
研修中に一度作業療法の見学を行う。
9. ミニレクチャー
主な疾患や他職種の役割について担当者から講義を受ける。
10. 緩和ケアラウンド・カンファレンス参加
毎週の緩和ケアラウンドの参加、可能なら月１回のカンファレンスに参加する。

8. 選択　　3ヶ月

各レジデントが自由に希望した診療科で、3カ月間研修を受けることができる。

4 月初頭のオリエンテーション期間中に、研修センターのスタッフと将来の希望進路や選択研修期間に獲得したい経験について情報共有し、選択研修を実施する時期と内容の概略を研修管理委員会に提出する。最終的な研修時期/ 研修内容に関しては、各レジデントの希望を把握した上で、受け入れ先の診療科の予定も鑑みて、研修管理委員会が決定する。

この期間においては、特別に以下の2つの研修先を選択することも可能である。

・リューベック大学 CECAD 研究センター 2ヶ月間
海外での基礎研究経験を通じて、自らのキャリアが国内や一般臨床に限定されない自由なものであることを認識する。
臨床に直結する分子生物学的プロジェクトに参加し、英語によりコミュニケーションし、考え、行動する。

・奈良県総合医療センター 救命救急センター 1-2ヶ月間
多発外傷や重症熱傷など当院で経験しがたい3次領域の救急を学ぶことを目的とする。
1-2次領域の診療に関しても、救急専門医の指導を濃密に受けることができる。

・奈良県福祉医療部医療政策局1か月間
奈良県庁や奈良県中和保健所他で公衆衛生学を学ぶ一環で地域医療に携わる公衆衛生医師や多職種との交流や革施設での課題等を経験する。

9. 外来　　20-30 日（地域医療研修期間の外来診療も含む）

当院の総合外来には、診断未分類の患者さんが受診する。
レジデントはまず初期診療を担当する。
また、慢性的な症候/ 疾患を有する患者さんの継続外来診療を行う。
さらに、自身が内科病棟で担当した患者さんの退院後経過をフォローすることや、救急外来で担当した患者さんの帰宅後の経過をフォローすることも可能である。

（1）目標

基本的な目標は、以下 3 点である。

理念の体現を目指し、習得すべき技能を訓練する場であることを意識して研修されたい。

① 外来診療の 5 要素（関係構築/ 情報要約/ 援助/ 予後予測/ 初期化）を理解/ 実践
② 頻度の高い症候/ 病態を対象に適切なプライマリ・ケアを提供
③ 頻度の高い慢性疾患を対象に適切な継続診療を提供

（2）方略

レジデントは 2 年次以降、病院内で研修を行なっている限りは、研修先の診療内容によらず、2 - 3 週に 1 回のペースで総合外来を担当する。

（3）指導体制

外来研修開始から一定期間は、曜日ごとに定まった担当指導医が診察室に同席して、スクリーンの裏からレジデントの診療の様子を観察して、即時のフィードバックを行う。
担当指導医が不在になった場合は、適宜 iPhone を用いてコンサルトすることができる。また、外来を担当している別の指導医にコンサルトすることもできる。
いずれにせよ、レジデントは診療方針について主体的に診察/ アセスメントした内容を指導医にプレゼンテーションして、フィードバックを受ける。

（4）評価

指導医は 1 回の外来ごとに、EPOC2 で mini-CEX を登録する。
年に 1 回、NPO 法人 COML に在籍する模擬患者の協力のもと、面談に関する技能訓練、および、評価/ フィードバックの機会を設ける。

1）外来

・外来研修で医師患者関係構築とコミュニケーションのノンテクニカルスキルを磨く

COML の模擬患者に協力要請して、患者面談の実技試験を修了評価に参照

初回外来、難易度の高い面談: Stage 4 or 慢性臓器障害終末期の告知　など

（改善点

評価を主眼にした実習は、患者からの評価を得ることが目的なので全員必修

開催場所は、当院、かつ、平日時間内を希望

スキルに不安がある方のため、希望者のみ、訓練目的の実習を依頼
　開催場所は、当院、かつ、休日時間内を希望）

10. 救急　1ヶ月

当院は二次救急医療機関であり、救急専門医が対応すべき多発外傷や重傷熱傷患者は原則として搬送されない。ただし、救急車搬送数は年間 5000 件を超えており、奈良県における救急医療の中核的役割を果たしている。特に内科系や外傷を除いた心臓血管疾患、消化器疾患、頭蓋内疾患については外科的な緊急対応も含めた三次救急相当の重症患者を受け入れており、総合内科に加えて各診療科の専門医の指導の下で救急対応を経験することができる。卒後初期臨床研修で経験すべき症候/ 疾患の中には、救急外来で担当する機会の多いものが含まれているため、重要な研修の場である。理念の体現を目指し、習得すべき技能を訓練する場であることを意識して研修されたい。

（1）目標

基本的な目標は、以下 3 点である。

① BLS（basic life support）・ACLS（advanced cardiac life support）を実践

② 頻度の高い症候/ 病態を対象に迅速かつ適切な救急診療を実践
　特に症候/ 病態の重症度/ 緊急度に応じた対応（トリアージ）を実践

③ ストレスの大きな環境下で、研修理念を体現すべく自己を管理

（2）方略

救急外来において、上級医の指導のもと、主担当医として初期診療を行う。

勤務の機会としては、主に以下の 2 つである。

① 時間外救急（平日 17:00-8:30、休日 8:30-17:00 と 17:00-8:30）
　2 年間を通じて毎月 4 回前後の頻度で担当、当直終了後は帰宅

② 時間内救急（平日 8:30-12:45 と 12:45-17:00）
　1ヶ月間の研修を行う。

その他、麻酔科研修のうち 4 週間を救急研修として扱う。気管挿管を含む気道管理/ 呼吸管理/ 急性期の輸液と輸血/ 血行動態管理法について集中的に訓練して習熟する。

（3）指導体制

本院の時間外救急は、基本的に 1 年次レジデント 1 名、2 年次レジデント 1 名、シニア・レジデント（卒後 3〜5 年）1 名の 3 名で行っている。内科/ 外科から各 1 名のスタッフが当直し、院長代理として当直中の診療内容に責任を持つ。また、脳神経外科医か脳神経内科医/ 循環器内科医/心臓血管外科医は、ホットライン体制を敷き 24 時間常駐しているた

め（心臓血管外科は一部宅直に変更している）、必要に応じて迅速にレジデントの相談を受けて、診療にあたるよう待機している。

専門的診療（各診療科への入院対応を含む）が必要になった場合は、自宅待機中の各専門科の当番医にコンサルトして診療を依頼する。

レジデントは、入職後の 4-5 月にシニア・レジデントからマンツーマンで指導を受ける。病歴と身体所見を独力で取得して、病態推論と検査/ 治療プランの立案をシニア・レジデントと相談しながら進める。例年 7 月から段階的に裁量権を増やしていき、2 年次からは、基本的に独力で診療を進め、診療完遂の見取り図を描ける能力の習得を目指す。ただし、医療安全の観点から、2 年次であっても、最終的な方針について必ずシニアレジデントの承認を得る。疑問点が生じた時や、検査/ 治療プランに悩んだ場合は、迅速に上級医に報告/ 相談する。

時間内救急は、救急診療部に所属する 1 名の救急専門医が、原則として月曜日から木曜日の日中、レジデントとともに担当し、指導および事例の振り返りなどを行う。金曜日は該当科の医師と共に救急外来を担当する。1 ヶ月に 1 回（原則金曜日）、日中の時間帯に京都大学大学院医学研究科初期診療・救急医学の医師が救急外来に勤務し、初期研修医の指導および講義を行っている。

レジデントは全員、入職直後にオリエンテーションの一環として開催される Immediate Cardiac Life Support（ICLS）を受講して、心肺停止患者に対する蘇生処置を習得する。

また、外傷診療の経験機会が限定されるため、Japan Advanced Trauma Evaluation & Care（JATEC）などの講習会を受講の際は、出張費の適用を認め、病院として受講を支援する。

レジデントは毎週、救急外来での経験を振り返り、レジデント内で共有するために勉強会を開催している。レジデントの要請に応じて、放射線治療科および救急診療部に所属する救急専門医やその他の診療科のスタッフが勉強会に参加して意見を述べる。また、系統講義やシミュレーション実習が開催されることもある。

（4）評価

上級医へのプレゼンテーションと診療の様子を観察して理解度/ 習熟度を把握する。

他職種との協働の質をチーム医療などに関する評価の材料とする。

レジデントが EPOC2 に登録した症候/ 疾患について、指導医は病歴要約を確認する。

指導に関わる多職種からの評価は毎月のスタッフミーティングで集約される。その結果を受けて、指導医が適宜形成的評価（フィードバック/ コーチング）を行う。

なお、救急外来ではフィードバック報告書が運用されており、その内容も形成的評価に組み込む。