

令和 7 年度 市立大津市民病院初期臨床研修プログラム (資料)

目次

1	医療者としての情意研修に関する指針	1
2	研修施設	8
3	臨床研修指導医一覧	9
4	地方独立行政法人市立大津市民病院における医師の臨床研修に係る研 修管理委員会設置規定	11
5	研修管理委員会委員名簿	12
6	年間スケジュール	14
7	厚生労働省 臨床研修の到達目標	15
8	科別研修要領（例）	23
9	共通臨床研修	24
10	研修規定	26

1 医療者としての情意研修に関する指針

OCLC 2020-08 改

＊ 市立大津市民病院臨床研修センターは、関係する全ての学習者に医療者としての態度に関する継続的な研鑽を求めます。

医療者としての心は、それだけを切り離して習得することは困難であり、市立大津市民病院で学ぶ者は、あらゆる臨床機会を捉えて時代が求める職業人としての態度を自ら創出する研鑽を続けること。その際、「病院理念」、「医の倫理綱領」を具体的行動規範として遵守し、「ヒポクラテスの誓い」、「リスボン宣言」、「ヘルシンキ宣言」を歴史的資産として共有し、研修にあたること。

(1) 病院理念

病院理念

「信頼の絆でつながる、市民とともに歩む健康・医療拠点」

基本方針

「市民の命を守る病院」

- ・市民に寄り添い、健康をサポートできる病院
- ・24 時間 365 日、常に安心して受診できる病院
- ・広域感染症発生時や大規模災害時などに対応できる病院

「地域医療を守る病院」

- ・患者とともにあり、患者を治し支える病院
- ・質の高い医療を提供し、地域のニーズに応える病院
- ・予防から緩和までがんに強い病院

(2) 医の倫理綱領

私たち市立大津市民病院の医療者は、

1. たずさわる仕事に誇りをもち、つねに自己の人間性と責任感を涵養し、職業人としての資質の向上に努力します。
2. すべての患者さまの人格と価値観を尊重し、ひとを大切にする医療を行います。
3. すべての患者さまに対し公平且つ平等に対応し、患者さま本位の医療を行います。
4. すべての患者さまの個人に係る、いかなる事柄も許可なく他人に漏らしません。
5. 医療を行う場合はもとより、日常生活においても法に従い、社会の秩序の保持に務めます。

(3) ヒポクラテスの誓い (原文：小川鼎三訳)

『医神アポロン、アスクレピオス、ヒギエイア、パナケイアおよびすべての男神と女神に誓う、私の能力と判断にしたがってこの誓いと約束を守ること。この術を私に教えた人をわが親のごとく敬い、わが財を分かち、その必要あるとき助ける。その子孫を私自身の兄弟のごとくみて、彼らが学ぶことを欲すれば報酬なしにこの術を教える。そして書きものや講義その他あらゆる方法で私の持つ医術の知識をわが息子、わが師の息子、また医の規則にもとずき約束と誓いで結ばれている弟子どもに分ち与え、それ以外の誰にも与えない。○私は能力と判断の限り患者に利益すると思う養生法をとり、悪くて有害と知る方法を決してとらない。○頼まれても死に導くような薬を与えない。それを覚らせることもしない。同様に婦人を流産に導く道具を与えない。○純粋と神聖をもってわが生涯を貫き、わが術を行う。○結石を切りだすことは神にかけてしない。それを業とするものに委せる。○いかなる患者を訪れるときもそれはただ病者を利益するためであり、あらゆる勝手な戯れや墮落の行いを避ける。女と男、自由人

と奴隷のちがいを考慮しない。○医に関すると否とにかかわらず他人の生活について秘密を守る。○この誓いを守りつづける限り、私は、いつも医術の実施を楽しみつつ生きてすべての人から尊敬されるであろう。もしこの誓いを破るならばその反対の運命をたまわりたい。』

（４） リスボン宣言 （日医 2005 年 10 月）

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

1995 年 9 月、インドネシア、バリ島における第 47 回 WMA 総会で修正

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

序 文

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

原則

1. 良質の医療を受ける権利

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

2. 選択の自由の権利

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

3. 自己決定の権利

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

4. 意識のない患者

- a. 患者が意識不明かその他の理由で意思を表明できない場合は、法律上の権限を有する代理人から、可能な限りインフォームド・コンセントを得なければならない。

- b. 法律上の権限を有する代理人がおらず、患者に対する医学的侵襲が緊急に必要とされる場合は、患者の同意があるものと推定する。ただし、その患者の事前の確固たる意思表示あるいは信念に基づいて、その状況における医学的侵襲に対し同意を拒絶することが明白かつ疑いのない場合を除く。
- c. しかしながら、医師は自殺企図により意識を失っている患者の生命を救うよう常に努力すべきである。

5. 法的無能力の患者

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

6. 患者の意思に反する処置

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

7. 情報に対する権利

- a. 患者は、いかなる医療上の記録であろうと、そこに記載されている自己の情報を受ける権利を有し、また症状についての医学的事実を含む健康状態に関して十分な説明を受ける権利を有する。しかしながら、患者の記録に含まれる第三者についての機密情報は、その者の同意なくしては患者に与えてはならない。
- b. 例外的に、情報が患者自身の生命あるいは健康に著しい危険をもたらす恐れがあると信ずるべき十分な理由がある場合は、その情報を患者に対して与えなくともよい。
- c. 情報は、その患者の文化に適した方法で、かつ患者が理解できる方法で与えられなければならない。
- d. 患者は、他人の生命の保護に必要とされていない場合に限り、その明確な要求に基づき情報を知らされない権利を有する。
- e. 患者は、必要があれば自分に代わって情報を受ける人を選択する権利を有する。

8. 守秘義務に対する権利

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

9. 健康教育を受ける権利

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

10. 尊厳に対する権利

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

11. 宗教的支援に対する権利

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

(5) ヘルシンキ宣言：人間を対象とする医学研究の倫理的原則

1964年 6月	第18回 WMA 総会(ヘルシンキ、フィンランド)で採択
1975年 10月	第29回 WMA 総会(東京、日本)で修正
1983年 10月	第35回 WMA 総会(ベニス、イタリア)で修正
1989年 9月	第41回 WMA 総会(九龍、香港)で修正
1996年 10月	第48回 WMA 総会(サマーセットウェスト、南アフリカ)で修正
2000年 10月	第52回 WMA 総会(エジンバラ、スコットランド)で修正
2002年 10月	WMA ワシントン総会(米国)で修正(第29項目明確化のため注釈追加)
2004年 10月	WMA 東京総会(日本)で修正(第30項目明確化のため注釈追加)
2008年 10月	WMA ソウル総会(韓国)で修正
2013年 10月	WMA フォルタレザ総会(ブラジル)で修正

序文

1. 世界医師会(WMA)は、特定できる人間由来の試料およびデータの研究を含む、人間を対象とする医学研究の倫理的原則の文書としてヘルシンキ宣言を改訂してきた。
本宣言は全体として解釈されることを意図したものであり、各項目は他のすべての関連項目を考慮に入れて適用されるべきである。
2. WMAの使命の一環として、本宣言は主に医師に対して表明されたものである。WMAは人間を対象とする医学研究に関与する医師以外の人々に対してもこれらの諸原則の採用を推奨する。

一般原則

3. WMA ジュネーブ宣言は、「私の患者の健康を私の第一の関心事とする」ことを医師に義務づけ、また医の国際倫理綱領は、「医師は、医療の提供に際して、患者の最善の利益のために行動すべきである」と宣言している。
4. 医学研究の対象とされる人々を含め、患者の健康、福利、権利を向上させ守ることは医師の責務である。医師の知識と良心はこの責務達成のために捧げられる。
5. 医学の進歩は人間を対象とする諸試験を要する研究に根本的に基づくものである。
6. 人間を対象とする医学研究の第一の目的は、疾病の原因、発症および影響を理解し、予防、診断ならびに治療(手法、手順、処置)を改善することである。最善と証明された治療であっても、安全性、有効性、効率性、利用可能性および質に関する研究を通じて継続的に評価されなければならない。
7. 医学研究はすべての被験者に対する配慮を推進かつ保証し、その健康と権利を擁護するための倫理基準に従わなければならない。
8. 医学研究の主な目的は新しい知識を得ることであるが、この目標は個々の被験者の権利および利益に優先することがあってはならない。
9. 被験者の生命、健康、尊厳、全体性、自己決定権、プライバシーおよび個人情報の秘密を守ることは医学研究に関与する医師の責務である。被験者の保護責任は常に医師またはその他の医療専門職にあり、被験者が同意を与えた場合でも、決してその被験者に移ることはない。
10. 医師は、適用される国際的規範および基準はもとより人間を対象とする研究に関する自国の倫理、法律、規制上の規範ならびに基準を考慮しなければならない。国内的または国際的倫理、法律、規制上の要請がこの宣言に示されている被験者の保護を減じあるいは排除してはならない。

11. 医学研究は、環境に害を及ぼす可能性を最小限にするよう実施されなければならない。
12. 人間を対象とする医学研究は、適切な倫理的および科学的な教育と訓練を受けた有資格者によってのみ行われなければならない。患者あるいは健康なボランティアを対象とする研究は、能力と十分な資格を有する医師またはその他の医療専門職の監督を必要とする。
13. 医学研究から除外されたグループには研究参加への機会が適切に提供されるべきである。
14. 臨床研究を行う医師は、研究が予防、診断または治療する価値があるとして正当化できる範囲内にあり、かつその研究への参加が被験者としての患者の健康に悪影響を及ぼさないことを確信する十分な理由がある場合に限り、その患者を研究に参加させるべきである。
15. 研究参加の結果として損害を受けた被験者に対する適切な補償と治療が保証されなければならない。

リスク、負担、利益

16. 医療および医学研究においてはほとんどの治療にリスクと負担が伴う。
人間を対象とする医学研究は、その目的の重要性が被験者のリスクおよび負担を上まわる場合に限り行うことができる。
17. 人間を対象とするすべての医学研究は、研究の対象となる個人とグループに対する予想し得るリスクおよび負担と被験者およびその研究によって影響を受けるその他の個人またはグループに対する予見可能な利益とを比較して、慎重な評価を先行させなければならない。
リスクを最小化させるための措置が講じられなければならない。リスクは研究者によって継続的に監視、評価、文書化されるべきである。
18. リスクが適切に評価されかつそのリスクを十分に管理できるとの確信を持たない限り、医師は人間を対象とする研究に関与してはならない。
潜在的な利益よりもリスクが高いと判断される場合または明確な成果の確証が得られた場合、医師は研究を継続、変更あるいは直ちに中止すべきかを判断しなければならない。

社会的弱者グループおよび個人

19. あるグループおよび個人は特に社会的な弱者であり不適切な扱いを受けたり副次的な被害を受けやすい。
すべての社会的弱者グループおよび個人は個別の状況を考慮したうえで保護を受けるべきである。
20. 研究がそのグループの健康上の必要性または優先事項に応えるものであり、かつその研究が社会的弱者でないグループを対象として実施できない場合に限り、社会的弱者グループを対象とする医学研究は正当化される。さらに、そのグループは研究から得られた知識、実践または治療からの恩恵を受けるべきである。

科学的要件と研究計画書

21. 人間を対象とする医学研究は、科学的文献の十分な知識、その他関連する情報源および適切な研究室での実験ならびに必要な応じた動物実験に基づき、一般に認知された科学的諸原則に従わなければならない。研究に使用される動物の福祉は尊重されなければならない。
22. 人間を対象とする各研究の計画と実施内容は、研究計画書に明示され正当化されていなければならない。
研究計画書には関連する倫理的配慮について明記され、また本宣言の原則がどのように取り入れられてきたかを示すべきである。計画書は、資金提供、スポンサー、研究組織との関わり、起こり得る利益相反、被験者に対する報奨ならびに研究参加の結果として損害を受けた被験者の治療および／または補償の条項に関する情報を含むべきである。
臨床試験の場合、この計画書には研究終了後条項についての必要な取り決めも記載されなければならない。

研究倫理委員会

23. 研究計画書は、検討、意見、指導および承認を得るため研究開始前に関連する研究倫理委員会に提出されなければならない。この委員会は、その機能において透明性がなければならず、研究者、スポンサーおよびその他いかなる不適切な影響も受けず適切に運営されなければならない。委員会は、適用される国際的規範および基準はもとより、研究が実施される国または複数の国の法律と規制も考

慮しなければならない。しかし、そのために本宣言が示す被験者に対する保護を減じあるいは排除することを許してはならない。

研究倫理委員会は、進行中の研究をモニターする権利を持たなければならない。研究者は、委員会に対してモニタリング情報とくに重篤な有害事象に関する情報を提供しなければならない。委員会の審議と承認を得ずに計画書を修正してはならない。研究終了後、研究者は研究知見と結論の要約を含む最終報告書を委員会に提出しなければならない。

プライバシーと秘密保持

24. 被験者のプライバシーおよび個人情報の秘密保持を厳守するためあらゆる予防策を講じなければならない。

インフォームド・コンセント

25. 医学研究の被験者としてインフォームド・コンセントを与える能力がある個人の参加は自発的でなければならない。家族または地域社会のリーダーに助言を求めることが適切な場合もあるが、インフォームド・コンセントを与える能力がある個人を本人の自主的な承諾なしに研究に参加させてはならない。

26. インフォームド・コンセントを与える能力がある人間を対象とする医学研究において、それぞれの被験者候補は、目的、方法、資金源、起こり得る利益相反、研究者の施設内での所属、研究から期待される利益と予測されるリスクならびに起こり得る不快感、研究終了後条項、その他研究に関するすべての面について十分に説明されなければならない。被験者候補は、いつでも不利益を受けることなしに研究参加を拒否する権利または参加の同意を撤回する権利があることを知らされなければならない。個々の被験者候補の具体的情報の必要性のみならずその情報の伝達方法についても特別な配慮をしなければならない。

被験者候補がその情報を理解したことを確認したうえで、医師またはその他ふさわしい有資格者は被験者候補の自主的なインフォームド・コンセントをできれば書面で求めなければならない。同意が書面で表明されない場合、その書面によらない同意は立会人のもとで正式に文書化されなければならない。

医学研究のすべての被験者は、研究の全体的成果について報告を受ける権利を与えられるべきである。

27. 研究参加へのインフォームド・コンセントを求める場合、医師は、被験者候補が医師に依存した関係にあるかまたは同意を強要されているおそれがあるかについて特別な注意を払わなければならない。そのような状況下では、インフォームド・コンセントはこうした関係とは完全に独立したふさわしい有資格者によって求められなければならない。

28. インフォームド・コンセントを与える能力がない被験者候補のために、医師は、法的代理人からインフォームド・コンセントを求めなければならない。これらの人々は、被験者候補に代表されるグループの健康増進を試みるための研究、インフォームド・コンセントを与える能力がある人々では代替して行うことができない研究、そして最小限のリスクと負担のみ伴う研究以外には、被験者候補の利益になる可能性のないような研究対象に含まれてはならない。

29. インフォームド・コンセントを与える能力がないと思われる被験者候補が研究参加についての決定に賛意を表することができる場合、医師は法的代理人からの同意に加えて本人の賛意を求めなければならない。被験者候補の不賛意は、尊重されるべきである。

30. 例えば、意識不明の患者のように、肉体的、精神的にインフォームド・コンセントを与える能力がない被験者を対象とした研究は、インフォームド・コンセントを与えることを妨げる肉体的・精神的状態がその研究対象グループに固有の症状となっている場合に限り行うことができる。このような状況では、医師は法的代理人からインフォームド・コンセントを求めなければならない。そのような代理人が得られず研究延期もできない場合、この研究はインフォームド・コンセントを与えられない状態にある被験者を対象とする特別な理由が研究計画書で述べられ、研究倫理委員会で承認されていることを条件として、インフォームド・コンセントなしに開始することができる。研究に引き続き留まる同意はできるかぎり早く被験者または法的代理人から取得しなければならない。

31. 医師は、治療のどの部分が研究に関連しているかを患者に十分に説明しなければならない。患者の研究への参加拒否または研究離脱の決定が患者・医師関係に決して悪影響を及ぼしてはならない。

32. バイオバンクまたは類似の貯蔵場所に保管されている試料やデータに関する研究など、個人の特定が可能な人間由来の試料またはデータを使用する医学研究のためには、医師は収集・保存および／または再利用に対するインフォームド・コンセントを求めなければならない。このような研究に関しては、同意を得ることが不可能か実行できない例外的な場合があり得る。このような状況では研究倫理委員会の審議と承認を得た後に限り研究が行われ得る。

プラセボの使用

33. 新しい治療の利益、リスク、負担および有効性は、以下の場合を除き、最善と証明されている治療と比較考量されなければならない：

証明された治療が存在しない場合、プラセボの使用または無治療が認められる；あるいは、説得力があり科学的に健全な方法論的理由に基づき、最善と証明されたものより効果が劣る治療、プラセボの使用または無治療が、その治療の有効性あるいは安全性を決定するために必要な場合、そして、最善と証明されたものより効果が劣る治療、プラセボの使用または無治療の患者が、最善と証明された治療を受けなかった結果として重篤または回復不能な損害の付加的リスクを被ることがないと予想される場合。

この選択肢の乱用を避けるため徹底した配慮がなされなければならない。

研究終了後条項

34. 臨床試験の前に、スポンサー、研究者および主催国政府は、試験の中で有益であると証明された治療を未だ必要とするあらゆる研究参加者のために試験終了後のアクセスに関する条項を策定すべきである。また、この情報はインフォームド・コンセントの手続きの間に研究参加者に開示されなければならない。

研究登録と結果の刊行および普及

35. 人間を対象とするすべての研究は、最初の被験者を募集する前に一般的にアクセス可能なデータベースに登録されなければならない。

36. すべての研究者、著者、スポンサー、編集者および発行者は、研究結果の刊行と普及に倫理的責務を負っている。研究者は、人間を対象とする研究の結果を一般的に公表する義務を有し報告書の完全性と正確性に説明責任を負う。すべての当事者は、倫理的報告に関する容認されたガイドラインを遵守すべきである。否定的結果および結論に達しない結果も肯定的結果と同様に、刊行または他の方法で公表されなければならない。資金源、組織との関わりおよび利益相反が、刊行物の中には明示されなければならない。この宣言の原則に反する研究報告は、刊行のために受理されるべきではない。

臨床診療における未実証の治療

37. 個々の患者の処置において証明された治療が存在しないかまたはその他の既知の治療が有効でなかった場合、患者または法的代理人からのインフォームド・コンセントがあり、専門家の助言を求めたうえ、医師の判断において、その治療で生命を救う、健康を回復するまたは苦痛を緩和する望みがあるのであれば、証明されていない治療を実施することができる。この治療は、引き続き安全性と有効性を評価するために計画された研究の対象とされるべきである。すべての事例において新しい情報は記録され、適切な場合には公表されなければならない。

2 研修施設

【基幹型臨床研修病院】

1	市立大津市民病院	滋賀県大津市本宮二丁目9-9
---	----------	----------------

【協力型臨床研修病院】

2	滋賀県立精神医療センター	滋賀県草津市笠山八丁目4-25
3	京都府立医科大学附属病院	京都府京都市上京区河原町通広小路 上る梶井町465
4	京都大学医学部附属病院	京都府京都市左京区聖護院川原町54
5	滋賀医科大学医学部附属病院	滋賀県大津市瀬田月輪町
6	医療法人明和会琵琶湖病院	滋賀県大津市坂本一丁目8-5
7	社会福祉法人恩賜財団済生会滋賀県病院	滋賀県栗東市大橋2丁目4-1
8	大阪医科薬科大学病院	大阪府高槻市大学町2番7号

【研修協力施設】

8	医療法人良善会ひかり病院	滋賀県大津市際川三丁目35-1
9	医療法人幸生会琵琶湖中央リハビリテーション病院	滋賀県大津市御殿浜22-33
10	長浜市立湖北病院	長浜市木之本町黒田1221番地
11	ハッピーねもとクリニック	滋賀県大津市御幸町1-27
12	医療法人滋賀勤労者保健会坂本民主診療所	滋賀県大津市坂本六丁目25-30
13	医療法人滋賀勤労者保健会膳所診療所	滋賀県大津市昭和町7-16
14	滝本医院	滋賀県大津市下阪本一丁目20-11
15	医療法人なかじま内科クリニック	滋賀県大津市浜大津二丁目1-32-1
16	医療法人西山医院	滋賀県大津市皇子が丘二丁目2-12
17	医療法人社団新緑会森井眼科医院	滋賀県大津市中央一丁目6-18
18	米村小児科	滋賀県大津市栄町4-3 昴ビル2階
19	医療法人社団弓削メディカルクリニック	滋賀県蒲生郡竜王町弓削1825
20	医療法人湖光会湖山クリニック	滋賀県大津市平津一丁目17-23
21	ピースホームケアクリニック	滋賀県大津市追分町16-21

3 臨床研修指導医一覧

市立大津市民病院

38名（令和7年3月1日現在）

必修・選択必修科目	選択科目	氏名
内科	内科	高谷 季穂、中尾 光成、石井 通予、中澤 純、佐々木 裕二、高見 史朗、益澤 明、城 正泰、全 圭夏、竹村 佳純、木股 正樹、谷口 琢也
外科	呼吸器外科	常塚 啓彰
	消化器外科	田中 慶太郎、大住 渉、駕田 修史
	整形外科	小橋 裕明、齋木 大器
	脳神経外科	日野 明彦
	心臓血管外科	宮崎 隆子
救急	救急診療科	千葉 玲哉、杉谷 勇季、八塩 章弘
麻酔科	麻酔科	橋口 光子、神原 恵、森 由美子、永井 裕子、片岡 麻子、饗場 千夏
小児科	小児科	濱田 裕之、辻 桂嗣、阪上 智俊
選択科	泌尿器科	水流 輝彦
	耳鼻咽喉科	村上 怜
	皮膚科	貫野 賢
	病理診断科	益澤 尚子
	緩和ケア科	津田 真
	精神心療内科	畑 譲
	産婦人科	安尾 忠浩

協力型臨床研修病院

施設名	氏名
滋賀県立精神医療センター	増井 晃
京都府立医科大学附属病院	京都府立医科大学附属病院臨床研修指導医と同様
京都大学医学部附属病院	京都大学医学部附属病院臨床研修指導医と同様
滋賀医科大学医学部附属病院	滋賀医科大学医学部附属病院臨床研修指導医と同様
済生会滋賀県病院	済生会滋賀県病院臨床研修指導医と同様
医療法人明和会琵琶湖病院	石田 展弥、村上 純一
大阪医科薬科大学病院	大阪医科薬科大学病院臨床研修指導医と同様

研修協力施設

施設名	氏名
医療法人良善会ひかり病院	柳橋 健
医療法人幸生会琵琶湖中央リハビリテーション病院	大野 辰治
長浜市立湖北病院	東野 克巳、久田 祥雄
ハッピーねもとクリニック	根本 正
医療法人滋賀勤労者保健会坂本民主診療所	今村 浩
医療法人滋賀勤労者保健会膳所診療所	東 昌子
滝本医院	滝本 行延
医療法人なかじま内科・整形スポーツクリニック	中島 年和
医療法人西山医院	西山 順博
医療法人社団新緑会森井眼科医院	森井 勇介
米村小児科	米村 俊哉
医療法人社団弓削メディカルクリニック	雨森 正記
医療法人社団湖光会湖山クリニック	濱辺 方子
ピースホームケアクリニック	平本 秀二

4 地方独立行政法人市立大津市民病院における医師の臨床研修に係る研修管理委員会設置規程

(設置)

第1条 地方独立行政法人市立大津市民病院(以下「市立大津市民病院」という。)における医師の臨床研修の実施を統括管理するため、医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令(平成14年厚生労働省令第158号。以下「省令」という。)第6条第1項第10号の規定に基づき市立大津市民病院における医師の臨床研修に係る研修管理委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

(協議事項)

第2条 委員会は、次に掲げる事項について協議する。

- (1) 省令第4条第1項第13号に規定する研修プログラムの作成、管理、調整等に関すること。
- (2) 省令第4条第1項第16号、第17号及び第18号に規定する研修医の募集及び処遇、中断、修了、その他臨床研修の実施に関し必要な事項に関すること。

(構成)

第3条 委員会は、次に掲げる者をもって構成する。

- (1) 次に掲げる市立大津市民病院の職員

ア 院長

イ 副院長(臨床研修を所管する者に限る。)

ウ 医師のうちから院長が指名する省令第4条第1項第14号に規定するプログラム責任者

エ 診療局長

オ 医療技術局長

カ 看護局長

キ 法人事務局長

ク 内科、外科、小児科、麻酔科、産婦人科及び救急部門の各診療部長

- (2) 省令第7条第1項第4号及び第5号に掲げる者

(委員長及び副委員長)

第4条 委員会に委員長及び副委員長1人を置く。

2 委員長は、前条第1号アに掲げる者をもって充て、副委員長は、あらかじめ委員長が指名した者をもって充てる。

3 委員長は、会務を総理する。

4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代行する。

(委員会の会議)

第5条 委員会の会議(以下「会議」という。)は、委員長が招集する。

2 委員長は、会議の進行を掌る。

3 委員長は、必要があると認めるときは、会議に関係者の出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

(庶務)

第6条 委員会の庶務は、臨床研修センターにおいて処理する。

(その他)

第7条 この規程に定めるもののほか、委員会の運営等に関し必要な事項は、委員長が委員会に諮って定める。

附 則

この規程は、平成29年4月1日から施行する。

この規程は、令和2年4月1日から施行する。

5 研修管理委員会委員名簿

(令和7年3月1日現在)

委員長	市立大津市民病院 院長	日野 明彦 * 1
副委員長	市立大津市民病院 臨床研修センター長 (兼消化器内科医長)	城 正泰 * 4
委員	市立大津市民病院 呼吸器外科診療部長 (兼臨床研修センター次長)	常塚 啓彰
	市立大津市民病院 内科診療部長 (腎臓内科部門) (兼臨床研修センター次長)	中澤 純
	市立大津市民病院 小児科医長 (兼臨床研修センター医長)	阪上 智俊
	市立大津市民病院 救急診療科医長 (兼臨床研修センター医長)	八塩 章弘
	市立大津市民病院 副院長 (兼一般・乳腺・消化器外科統括診療部長)	田中 慶太郎
	市立大津市民病院 診療局長 (兼内科統括診療部長)	中尾 光成
	市立大津市民病院 医療技術局長	南 一男 * 7
	市立大津市民病院 小児科診療部長	濱田 裕之
	市立大津市民病院 麻酔科診療部長	橋口 光子
	市立大津市民病院 救急診療科診療部長	千葉 玲哉
	市立大津市民病院 事務局長	押栗 雅則 * 5
	市立大津市民病院 看護局長	西村 由香 * 6
	滋賀県立精神医療センター 病院長	大井 健 * 2
	京都府立医科大学附属病院 病院長	佐和 貞治 * 2
	京都大学医学部附属病院 大学院医学研究科附属医学教育・国際化推進センター臨床教育部門教授	片岡 仁美 * 2
	滋賀医科大学附属病院医師臨床教育センター長	川崎 拓 * 2
	社会福祉法人恩賜財団済生会滋賀県病院 産科・婦人科部長	四方 寛子 * 2
	大津市医師会 学術部長	尾辻 りさ * 8
	医療法人良善会ひかり病院 院長	柳橋 健 * 3
	医療法人幸生会琵琶湖中央リハビリテーション病院 院長	大野 辰治 * 3
	医療法人明和会琵琶湖病院 院長	石田 展弥 * 3
	長浜市立湖北病院 副院長	東野 克巳 * 3
	ハッピーねもとクリニック 院長	根本 正 * 3
	医療法人滋賀勤労者保健会坂本民主診療所 所長	今村 浩 * 3
	医療法院滋賀勤労者保健会膳所診療所 所長	東 昌子 * 3
	滝本医院 院長	滝本 行延 * 3
	医療法人なかじま内科クリニック 院長	中島 年和 * 3
	医療法人西山医院 院長	西山 順博 * 3

	医療法人社団診療会森井眼科医院 院長	森井 勇介 * 3
	米村小児科 院長	米村 俊哉 * 3
	医療法人社団弓削メディカルクリニック 院長	雨森 正記 * 3
	医療法人社団湖光会湖山クリニック 院長	濱辺 方子 * 3
	医療法人平和の森ピースホームケアクリニック	平本 秀二 * 3

* 1 基幹型臨床研修病院研修実施責任者

* 2 協力型臨床研修病院研修実施責任者

* 3 研修協力施設研修実施責任者

* 4 プログラム責任者

* 5 事務部門責任者

* 6 看護部門責任者

* 7 医療技術部門責任者

* 8 外部委員

※研修医2名（原則として研修医長、副研修医長）

6 年間スケジュール

令和7年度 年間スケジュール

日時	内容	対象者
4月 1日	辞令交付式、新規採用者全体研修	1年目研修医(医科・歯科)
2日	研修医オリエンテーション	1年目研修医(医科・歯科) + 2年目研修医数名
3日	メンタルヘルス研修	1年目研修医(医科・歯科)
4日	抗体価検査(健診センター)	1年目研修医(医科・歯科)
10日	臨床検査部実習・細胞診・病理組織検査	1年目研修医(医科)
16日	シミュレーション研修(ニプロ)	1年目研修医(医科・歯科)
18日	病棟看護業務実習(※17日事前説明会あり)	1年目研修医(医科・歯科)
5月 30日	縫合研修	1年目研修医(医科)
下旬	健康診断	研修医(医科・歯科)
6月 上旬	ICLS ※欄外参照	1年目研修医(医科・歯科)
下旬	第1回研修管理委員会(医科)	研修医長、副研修医長
7月 6日	レジナビフェア in インテックス大阪	研修医数名(医科)
7月 上旬	研修医および若手医師のためのフォーラム	1年目研修医(医科) 2年目研修医は任意
7月 中旬	レジナビオンライン	1年目研修医(医科)(2~3名)
9月 12日	リフレッシュ研修/西教寺	1年目研修医(医科・歯科)+2年目研修医若干名
12月 中旬	WATCH in Shiga	1年目研修医(医科)
1月 下旬	基本的臨床能力評価試験	2年目研修医
下旬	健康診断	研修医(医科・歯科)
31日	「大津市民病院初期臨床研修医施設外研修願い」提出締め切り	1年目研修医
31日	EPOC2(医科)・歯科ポートフォリオ提出締め切り	2年目研修医 + 研修歯科医
2月 上旬	ICLS(予定) ※欄外参照	1年目研修医(医科・歯科)
3月 上旬	第2回研修管理委員会(医科)	研修医長、副研修医長
中旬	臨床研修修了証交付式	2年目研修医 + 研修歯科医

※臨床研修センターが指定する事業については、必ず参加すること。

(1) ICLS研修については、2年間の研修期間中に必ず受講すること。

(2) 随時開催

全研修医：各委員会主催の研修会（医療安全、院内感染対策など）、各診療科における症例検討会、勉強会等

2年目研修医：医療安全管理対策委員会、感染対策委員会、全体経営会議（各月、1名ずつ出席）、CPC（年度末に開催）

1年目研修医：救急車同乗実習（医科のみ）

(3) 緩和ケア研修会（2年目、スケジュールについては総務課から提供予定）

(4) 病理解剖（頻度が少ないため要注意）※医科のみ

平日：病院総務課から研修医長、副研修医長へ連絡→5名程度参加、休日：当直研修医から研修医へ連絡→希望者のみ参加)

(5) ワクチン接種（問診その他補助業務）※医科のみ

(6) その他 医学生病院見学対応、説明会参加など（主に1年目研修医が担当）

7 厚生労働省 臨床研修の到達目標、方略及び評価

臨床研修の基本理念

臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

I 到達目標

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

A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与

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

2. 利他的な態度

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

3. 人間性の尊重

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

4. 自らを高める姿勢

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。

B. 資質・能力

1. 医学・医療における倫理性

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

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

2. 医学知識と問題対応能力

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

- ①頻度の高い症候について、適切な臨床理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、
- ③保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。

3. 診療技能と患者ケア

臨床機能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

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

4. コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係を築く。

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

5. チーム医療の実践

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

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

6. 医療の質と安全管理

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

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

7. 社会における医療の実践

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

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

8. 科学的研究

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

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

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

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

急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。

同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。

国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。）を把握する。

C. 基本的診療業務

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

1. 一般外来診療

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

2. 病棟診療

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

3. 初期救急対応

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

4. 地域医療

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

Ⅱ 実務研修の方略

研修期間

研修期間は原則として2年間以上とする。

協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあっては、原則として、1年以上は基幹型臨床研修病院で研修を行う。なお、地域医療等における研修期間を、12週を上限として、基幹型臨床研修病院で研修を行ったものとみなすことができる。

臨床研修を行う分野・診療科

- ① 内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療を必修分野とする。また、一般外来での研修を含めること。
- ② 原則として、内科24週以上、救急12週以上、外科、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療それぞれ4週以上の研修を行う。なお、外科、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療については、8週以上の研修を行うことが望ましい。
- ③ 原則として、各分野は一定のまとまった期間に研修（ブロック研修）を行うことを基本とする。ただし、救急については、4週以上のまとまった期間に研修を行った上で、週1回の研修を通年で実施するなど特定の期間一定の頻度により行う研修（並行研修）を行うことも可能である。なお、特定の必修分野を研修中に、救急の並行研修を行う場合、その日数は当該特定の必修分野の研修期間に含めないこととする。
- ④ 内科については、入院患者の一般的・全身的な診療とケア、及び一般診療で頻繁に関わる症候や内科的疾患に対応するために、幅広い内科的疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑤ 外科については、一般診療において頻繁に関わる外科的疾患への対応、基本的な外科手技の習得、周術期の全身管理などに対応するために、幅広い外科的疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑥ 小児科については、小児の心理・社会的側面に配慮しつつ、新生児期から思春期までの各発達段階に応じた総合的な診療を行うために、幅広い小児科疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑦ 産婦人科については、妊娠・出産、産科疾患や婦人科疾患、思春期や更年期における医学的対応などを含む一般診療において頻繁に遭遇する女性の健康問題への対応等を習得するために、幅広い産婦人科領域に対する診療を行う病棟研修を含むこと。
- ⑧ 精神科については、精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、精神科専門外来又は精神科リエゾンチームでの研修を含むこと。なお、急性期入院患者の診療を行うことが望ましい。
- ⑨ 救急については、頻度の高い症候と疾患、緊急性の高い病態に対する初期救急対応の研修を含むこと。また、麻酔科における研修期間を、4週を上限として、救急の研修期間とすることができる。麻酔科を研修する場合には、気管挿管を含む気道管理及び呼吸管理、急性期の輸液・輸血療法、並びに血行動態管理法についての研修を含むこと。

- ⑩ 一般外来での研修については、ブロック研修又は並行研修により、4週以上の研修を行うこと。なお、受入状況に配慮しつつ、8週以上の研修を行うことが望ましい。また、症候・病態について適切な臨床推論プロセスを経て解決に導き、頻度の高い慢性疾患の継続診療を行うために、特定の症候や疾病に偏ることなく、原則として初診患者の診療及び慢性疾患患者の継続診療を含む研修を行うこと。例えば、総合診療、一般内科、一般外科、小児科、地域医療等における研修が想定され、特定の症候や疾病のみを診察する専門外来や、慢性疾患患者の継続診療を行わない救急外来、予防接種や健診・検診などの特定の診療のみを目的とした外来は含まれない。一般外来研修においては、他の必修分野等との同時研修を行うことも可能である。
- ⑪ 地域医療については、原則として、2年次に行うこと。また、へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院又は診療所を適宜選択して研修を行うこと。さらに研修内容としては以下に留意すること。
- 1) 一般外来での研修と在宅医療の研修を含めること。ただし、地域医療以外で在宅医療の研修を行う場合に限り、必ずしも在宅医療の研修を行う必要はない。
 - 2) 病棟研修を行う場合は慢性期・回復期病棟での研修を含めること。
 - 3) 医療・介護・保健・福祉に係わる種々の施設や組織との連携を含む、地域包括ケアの実践について学ぶ機会を十分に含めること。
- ⑫ 選択研修として、保健・医療行政の研修を行う場合、研修施設としては、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、検診・健診の実施施設、国際機関、行政機関、矯正施設、産業保健等が考えられる。
- ⑬ 全研修期間を通じて、感染対策（院内感染や性感染症等）、予防医療（予防接種等）、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、臨床病理検討会（CPC）等、基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修を含むこと。また、診療領域・職種横断的なチーム（感染制御、緩和ケア、栄養サポート、認知症ケア、退院支援等）の活動に参加することや、児童・思春期精神科領域（発達障害等）、薬剤耐性菌、ゲノム医療等、社会的要請の強い分野・領域等に関する研修を含むことが望ましい。

経験すべき症候

外来又は病棟において、下記の症候を呈する患者について、病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と、病態を考慮した初期対応を行う。

ショック、体重減少・るい瘦、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作、視力障害、胸痛、心停止、呼吸困難、吐血・喀血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便秘異常（下痢・便秘）、熱傷・外傷、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋力低下、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、興奮・せん妄、抑うつ、成長・発達の障害、妊娠・出産、終末期の症候（29症候）

経験すべき疾病・病態

外来又は病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。

脳血管障害、認知症、急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、高血圧、肺癌、肺炎、急性上気道炎、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、急性胃腸炎、胃癌、消化性潰瘍、肝炎・肝硬変、胆石

症、大腸癌、腎盂腎炎、尿路結石、腎不全、高エネルギー外傷・骨折、糖尿病、脂質異常症、うつ病、統合失調症、依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）（26疾病・病態）

※経験すべき症候及び経験すべき疾病・病態の研修を行ったことの確認は、日常業務において作成する病歴要約に基づくこととし、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療、教育）、考察等を含むこと。

その他（経験すべき診察法・検査・手技等）

基本的診療能力を身に付けるためには、患者の診療に直接携わることにより、医療面接と身体診察の方法、必要な臨床検査や治療の決定方法、検査目的あるいは治療目的で行われる臨床手技（緊急処置を含む）等を経験し、各疾病・病態について、最新の標準治療の提供にチームの一員として貢献する経験が必要である。今回の制度見直し前の現行の臨床研修の到達目標にて経験目標の一部となっている「経験すべき診察法・検査・手技」については、項目が細分化されており、何らかの簡素化が必要との指摘を踏まえ、臨床研修部会報告書で「診療能力を評価する際の評価の枠組みに組み込む」こととされ、研修修了にあたって習得すべき必須項目ではなくなった。しかしながら、こうした経緯から、以下の項目については、研修期間全体を通じて経験し、第3章で後述する形成的評価、総括的評価の際に習得度を評価するべきである。特に以下の手技等の診療能力の獲得状況については、EPOC等に記録し指導医等と共有し、研修医の診療能力の評価を行うべきである。

① 医療面接

医療面接では、患者と対面した瞬間に緊急処置が必要な状態かどうかの判断が求められる場合があること、診断のための情報収集だけでなく、互いに信頼できる人間関係の樹立、患者への情報伝達や推奨される健康行動の説明等、複数の目的があること、そして診療の全プロセス中最も重要な情報が得られることなどを理解し、望ましいコミュニケーションのあり方を不断に追求する心構えと習慣を身に付ける必要がある。患者の身体に関わる情報だけでなく、患者自身の考え方、意向、解釈モデル等について傾聴し、家族をも含む心理社会的側面、プライバシーにも配慮する。病歴（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー等）を聴取し、診療録に記載する。

② 身体診察

病歴情報に基づいて、適切な診察手技（視診、触診、打診、聴診等）を用いて、全身と局所の診察を速やかに行う。このプロセスで、患者に苦痛を強いたり傷害をもたらしたりすることのないよう、そして倫理面にも十分な配慮をする必要がある。とくに、乳房の診察や泌尿・生殖器の診察（産婦人科的診察を含む）を行う場合は、指導医あるいは女性看護師等の立ち合いのもとに行わなくてはならない。

③ 臨床推論

病歴情報と身体所見に基づいて、行うべき検査や治療を決定する。患者への身体的負担、緊急度、医療機器の整備状況、患者の意向や費用等、多くの要因を総合してきめなければならないことを理解し、検査や治療の実施にあたって必須となるインフォームドコンセントを受ける手順を身に付ける。また、見落とすと死につながるいわゆるKiller diseaseを確実に診断できるように

指導されるのが望ましい。

④ 臨床手技 1) 大学での医学教育モデルコアカリキュラム（2016年度改訂版）では、学修目標として、体位変換、移送、皮膚消毒、外用薬の貼布・塗布、気道内吸引・ネブライザー、静脈採血、胃管の挿入と抜去、尿道カテーテルの挿入と抜去、注射（皮内、皮下、筋肉、静脈内）を実施できることとされている。また、中心静脈カテーテルの挿入、動脈血採血・動脈ラインの確保、腰椎穿刺、ドレーンの挿入・抜去、全身麻酔・局所麻酔・輸血、眼球に直接触れる治療については、見学し介助できることが目標とされている。 2) 研修開始にあたって、各研修医が医学部卒業までに上記手技をどの程度経験してきたのか確認し、研修の進め方について個別に配慮することが望ましい。 3) 具体的には、①気道確保、②人工呼吸（バッグ・バルブ・マスクによる徒手換気を含む。）、③胸骨圧迫、④圧迫止血法、⑤包帯法、⑥採血法（静脈血、動脈血）、⑦注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）、⑧腰椎穿刺、⑨穿刺法（胸腔、腹腔）、⑩導尿法、⑪ドレーン・チューブ類の管理、⑫胃管の挿入と管理、⑬局所麻酔法、⑭創部消毒とガーゼ交換、⑮簡単な切開・排膿、⑯皮膚縫合、⑰軽度の外傷・熱傷の処置、⑱気管挿管、⑲除細動等の臨床手技を身に付ける。

⑤ 検査手技

血液型判定・交差適合試験、動脈血ガス分析（動脈採血を含む）、心電図の記録、超音波検査等を経験する。

⑥ 地域包括ケア・社会的視点

症候や疾病・病態の中には、その頻度の高さや社会への人的・経済的負担の大きさから、社会的な視点から理解し対応することがますます重要になってきているものが少なくない。例えば、もの忘れ、けいれん発作、心停止、腰・背部痛、抑うつ、妊娠・出産、脳血管障害、認知症、心不全、高血圧、肺炎、慢性閉塞性肺疾患、腎不全、糖尿病、うつ病、統合失調症、依存症などについては、患者個人への対応とともに、社会的な枠組みでの治療や予防の重要性を理解する必要がある。

⑦ 診療録

日々の診療録（退院時要約を含む）は速やかに記載し、指導医あるいは上級医の指導を受ける。入院患者の退院時要約には、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療方針、教育）、考察等を記載する。退院時要約を症候および疾病・病態の研修を行ったことの確認に用いる場合であって考察の記載欄がない場合、別途、考察を記載した文書の提出と保管を必要とする。なお、研修期間中に、各種診断書（死亡診断書を含む）の作成を必ず経験すること。

Ⅲ到達目標の達成度評価

研修医が到達目標を達成しているかどうかは、各分野・診療科のローテーション終了時に、医師及び医師以外の医療職が別添の研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを用いて評価し、評価票は研修管理委員会で保管する。医師以外の医療職には、看護師を含むことが望ましい。

上記評価の結果を踏まえて、少なくとも年2回、プログラム責任者・研修管理委員会委員が、研修医に対して形成的評価（フィードバック）を行う。

2年間の研修終了時に、研修管理委員会において、研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを勘案して作成され

る「臨床研修の目標の達成度判定票」を用いて、到達目標の達成状況について評価する。

研修医評価票

I. 「A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）」に関する評価

- A-1. 社会的使命と公衆衛生への寄与
- A-2. 利他的な態度
- A-3. 人間性の尊重
- A-4. 自らを高める姿勢

II. 「B. 資質・能力」に関する評価

- B-1. 医学・医療における倫理性
- B-2. 医学知識と問題対応能力
- B-3. 診療技能と患者ケア
- B-4. コミュニケーション能力
- B-5. チーム医療の実践
- B-6. 医療の質と安全の管理
- B-7. 社会における医療の実践
- B-8. 科学的探究
- B-9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

III. 「C. 基本的診療業務」に関する評価

- C-1. 一般外来診療
- C-2. 病棟診療
- C-3. 初期救急対応
- C-4. 地域医療

8 科別研修要領（例）

救急診療科研修要領

1. 概要

年間約2万例の救急症例を受け入れるER型外来初療と、年間約800例の重症症例を受け入れるICU(8床)でのClosed集中治療管理を行っている。日本救急医学会認定医指定施設の認定を取得しており、各資格申請に必要な症例内容、症例数、学術業績などを確保できる研修指導体制をとっている。

必修研修は原則として計3カ月を一年次1カ月、二年次2カ月に分けて履修する。1年次、2年次ともに救急初療を中心として研修を行うが、一年次は主に救急受診患者の体系的な診察、問診の方法など診療の基本を履修する。二年次は救急初療を通して各科横断的に履修してきた研修成果の統合的な利用法を確立する。また期間中に一日救急車同乗実習を行い、地域の救急現場を体験する。

選択研修では上記学会資格の取得につながる研修を履修できる。

救急必修研修の一環としてICUも利用するが、救急症例以外も含めたICU専従研修を希望する場合は選択期間を希望して履修する事とする。

2. 研修目標

救急初療、急変、重症管理を担当医としてコーディネートするために、治療計画を最適にする最新の知識、患者・家族・治療関係者と関係を円滑にする態度、初期治療を迅速に開始する技能を習得する。

<評価基準>:

- ① 英語論文を検索し今後の治療計画と関係づけて内容を紹介できる(知識:問題解決)<プレゼン、レジュメ、報告書の内容に対し形成的評価を受ける>
- ② 経験した症例を検討会・学会で提示できる(技能)<SBO①と同様>
- ③ ICLSに参加する(態度)<同修了証を取得する>
- ④ 救急症例の医療面接を実施する(技能) 救急車に同乗する(態度)<出張届、復命書の提出>
- ⑤ 院内実施の災害訓練に参加する(態度)
- ⑥ 末梢静脈(1年次)・動脈ラインの採取・中心静脈カテーテル挿入(左記は2年次まで)を上級医から形成的な評価を受ける

3. 研修方略 (Learning Strategy)

*ER・ICU診療を利用したOJTとする。時間割は以下の通り。

○日常業務

●モーニングカンファレンス 8:15

*ICU症例の治療方針を中心に検討する。研修医は議事録を担当する。

●診療 8:30-17:15 *ICU・ERにおいて各担当上級医指導のもと診療を行う。1年次は上級医との並行診療、2年次は単独診療を行ってよいが、一診療ごとに上級医の確認を求めること。

○週間業務

●ウィークリーカンファレンス 火曜日12:00

*ER重症症例・死亡症例を中心にISOプロセス確認に準じて検討する。

*英文抄読会により関係する新知見を共有する。

研修医は原則月1回上級医指導のもとプレゼンテーションを担当する。

○その他

●ER症例検討会 時間未定

*2-4回/年1症例をパワーポイントでまとめ、全職員・救命士に対し提示する。

●ICLS 1-4回/年 *地域で開催されるICLSに参加する。

●学会発表・論文作成 機会により実施

●救急車同乗実習 金曜8:30-土曜8:30

*大津市消防での一日実習。終了後復命書を提出。(副直業務として手当てあり)

●人工呼吸器Lecture(VENTI)の履修

*上級医から人工呼吸器の仕組み、対応についての講義を受ける。

9 共通臨床研修

科を特定しない臨床研修については、次のとおりである。（研修医が設定した研修を含む）

（１）医療者としての情意研修

研修目標：厚生労働省 臨床研修の到達目標「Ⅰ 到達目標」については全ての業務の場を研修の場として利用し、取り組む。

研修方略：本資料「１ 医療者としての情意研修に関する指針」を参照し、各研修を履修する。

研修評価：各科プログラムにおける厚生労働省 臨床研修の到達目標、方略及び評価による。

（２）ICLS研修

研修目標：日本救急医学会が運営している ICLS コース等を受講する。

研修方略：当院で実施する ICLS または、これに準じた研修コースに参加する。地域の ICLS 開催情報については救急診療科から情報を得ること。院内で実施する BLS 研修の指導者を担当する。

研修評価：ICLS 修了証、BLS 研修インストラクター証、これらに準じる証書を提示し臨床研修センター医師または救急診療科指導医から評価を受ける。証書類は各自管理すること。

（３）研修医・臨床研修センター意見交換会、リフレッシュ研修

研修目標：研修業務の改善向上に関する提案取り組みができるようになるために、意見交換会、リフレッシュ研修を利用し、業務に関する議論に参加し、また各々の EPOC2 及びポートフォリオを研修医間で互いに評価し合うことから相互理解を深め研修医としての合意を形成する手順を身につける。

研修方略：事前アンケート作成、EPOC2・ポートフォリオ整備、研修医・臨床研修センター意見交換会、リフレッシュ研修に参加する。（ただしリフレッシュ参加者等については、別記のとおりとする）

研修評価：個々が提出した事前アンケート、EPOC2・ポートフォリオを基に、研修関係者による形成的評価（フィードバック）を行う。

リフレッシュ研修

参加者：１年目研修医、２年目研修医代表（１～２名がガイドとして参加）、指導医代表１名、その他臨床研修センターが参加を認める者

時期：例年９月２週目の金曜日から土曜日まで

場所：臨床研修センターが認める施設令和６年度実績：西教寺）

内容：２年目研修医代表がリフレッシュ研修ガイドとして以下を運営する。

- １）１年目研修医への事前説明：移動方法調整、時間厳守、カメラマン決定、ドローン・泥酔など迷惑行為の禁止等
- ２）施設到着後、施設職員と研修手順の再確認

3) 全体写真他の撮影：全参加者集合写真を含む研修活動内容が分かる写真

4) その他：不測の事態他には指導医代表と協働し対処する。

(4) プレゼンテーション研修

研修目標：臨床で発生する個別のテーマを一般化して論文・学会等で発表し Peer Review を受ける手順を理解するために、病院内外でそれぞれ 1 回以上の発表を経験する。

研修方略：各科研修要領に示された研修等による。当該科研修期間中に発表まで完結できることはまれであり、現在のローテーション科と発表指導科との間で発表に関する研修に必要な調整をとること。調整が困難な場合は、臨床研修センターが調整を支援する。

研修評価：① 院内発表に関しては各科評価による。

② 学会発表（出張を伴うもの）は、復命書を総務課に提出する。

③ 自己の研修記録として必要に応じて E P O C 2 へ実績を入力する。

(5) C P C ・ Mortality 症例発表

研修目標：死亡症例から学習する方法を身につけるために、死亡症例の発表を 1 回以上行う。

研修方略：病院病理部による C P C、総合内科による症例検討会、救急診療科による E R 症例検討会のいずれかの機会を利用して死亡症例を発表する。

研修評価：各検討会で評価を受け、ポートフォリオに死亡症例発表として整理する。

(6) 緩和ケア研修

研修責任者：津田 真

研修目標：滋賀県が実施する緩和ケア研修に参加し、がん診療に携わる基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得する。なお、滋賀県はがん診療連携拠点病院と支援病院（当院）の初期臨床研修 2 年目から初期臨床研修終了後 3 年目までの全ての医師が受講することを目標にしている。

研修方略：がん診療連携拠点病院を中心に行われる緩和ケア研修会に参加する。

滋賀県の開催予定は地域医療連携室より研修医あて通達するので、2 年目研修医は研修医長を中心に原則として全員受講できるよう日程を調整し、参加を申し込むこと。別途、臨床研修センターあて研修出張願いおよび復命書を作成提出すること。本研修は厚生労働省の施策に基づくものであり遅刻・早退は修了認定に影響するため、日程調整には留意すること。本研修内容で十分理解できなかった内容、さらに深めたい事項に関しては当院緩和ケア科医師に指導を仰ぐこと。

研修評価：研修修了証を添えて復命し、決済後、返還された文書を各自ポートフォリオで管理する。本修了証は、他の都道府県でも有効であり、がん診療拠点病院等で医療に従事する際には受講の有無が確認されるので、書類の保管には十分留意すること。

(7) 救急車同乗研修

研修目標：救急対応能力を向上させるために、救急車同乗により病院前救急業務の理解を深める。

研修方略：研修医は救急研修期間に行う。(たすきがけ研修者で既に他施設において救急車同乗研修を履修したものは本研修を免除する)

研修評価：EPOC2へ実施日を入力し、復命書を総務課へ提出する。

(8) その他

臨床研修センター事業・・・基本的臨床能力評価試験（対象：2年目研修医）

院内研修の参加・・・医療安全研修会、感染対策研修会（対象：全職員）

防災訓練・災害訓練関係

10 研修規定

- ・研修医はすべての診療行為を上級医確認の下に実施する。
- ・1年目研修医は上級医との並行診療を原則とする。
- ・2年目研修医は一部単独診療も可とするが、診療終了時に上級医に内容確認を求め、承認を受けること。なお、単独業務に困難が生じた場合、直ちに上級医に診療応援を求めること。
- ・侵襲性の高い処置（化学療法、外科処置、動脈ライン確保、中心静脈注射用カテーテル挿入、胸腔・腹腔・骨髄・腰椎穿刺、気管挿管など）は、必ず上級医監視の下に実施すること。
- ・末梢点滴、採血、尿道カテーテル、直腸診、浣腸、経鼻胃管は単独で実施してもよいが、シミュレーション研修（オリエンテーションで実施）等にて十分な練習後に行うこととし、困難な場合は直ちに上級医に支援を求めること。
- ・診療記録作成時には、必ず「以上、〇△先生指導の下に診療を行った」などを明示し、速やかに上級医に内容承認を受けること。
- ・説明責任を負う場合、当該研修医と上級医の両名で行うことを原則とする。
- ・研修医が作成した診断書・情報提供書は上級医との連名で発行することを原則とする。ただし、
院外処方箋は研修医単独での発行も可とする。