

2027 年度 初期臨床研修プログラム

304261014

春日井市民病院

目次

■春日井市民病院の概要

春日井市民病院の基本理念・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

■臨床研修プログラム

第1章 春日井市民病院 臨床研修プログラムの特色・・・・・・・・・・・・・2

第2章 臨床研修病院の区分・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3

2-1 臨床研修病院の区分

2-2 臨床研修の基本理念

2-3 春日井市民病院初期臨床研修の理念

2-4 臨床研修の基本方針

2-5 研修組織

第3章 研修医の指導体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5

3-1 研修指導体制

3-2 研修実施責任者

3-3 臨床研修指導医一覧

第4章 研修の実際・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10

4-1 研修期間

4-2 臨床研修を行う分野・診療科

1) オリエンテーション

2) ロータート研修・一般外来研修・チーム医療研修・その他の研修

4-3 2年間のスケジュール

4-4 研修の評価

4-5 当院の協力型臨床研修協力病院

4-6 協力型臨床研修病院としての役割

第5章 臨床研修の到達目標・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16

第6章 研修医の診療規程・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22

6-1 研修医の業務範囲

6-2 病棟における診療規程

6-3 手術室における診療規程：麻酔科
：外科系診療科

6-4 ICUにおける診療規程

6-5 救急部の時間外診療における診療規程

6-6 外来研修における診療規程

6-7 災害時の対応について

6-8 臨床研修の心得

第7章 診療上の安全確保体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・32

7-1 診療上の安全確保体制

7-2 医療事故発生時の対応体制

1) 医療事故発生時の対応

2) 針刺し・切創、血液/体液暴露後の対応

3) 研修医の診療に関する本人・家族からの説明希望についての対応

4)	CT 相違・検査データパニック値報告・薬剤疑義照会	
第8章	診療記録と承認	35
1)	診療記録について	
2)	カルテの記載方法と指導医のカルテ承認（カウンターサイン）について	
3)	救急外来のカルテについて	
4)	入院患者のカルテについて	
5)	研修医サマリー	
6)	退院サマリー	
7)	診断書	
8)	CPC レポート	
9)	外科レポート	
第9章	院内で行う研修・勉強会	39
9-1	救急での研修・当直に向けてのオリエンテーション・勉強会	
9-2	医師臨床研修指導ガイドラインで必須の勉強会	
9-3	登録医研修：院内資格取得のための研修会	
9-4	その他 積極的参加と望む研修	
9-5	委員会参加	
9-6	倫理カンファレンス・デスカンファレンス等	
第10章	勤務環境	42
10-1	雇用形態	
10-2	研修医の処遇	
10-3	休暇	
10-4	当直	
10-5	時間外勤務	
10-6	宿舍	
10-7	社会保険	
10-8	健康管理	
10-9	研修医医局	
10-10	学会出張等の補助	
10-11	地域医療等の院外研修の交通費の支給について	
10-12	白衣・ユニフォーム	
10-13	賠償責任保険	
10-14	アルバイトの禁止	
第11章	施設等	47
11-1	研修医室	
11-2	救急外来仮眠室	
11-3	図書室	
11-4	院内のWi-Fi 環境	
11-5	多目的室・スキルスラボの活用について	
第12章	事務手続きについて	50
12-1	出退勤記録の運用について	
12-2	休暇処理	
12-3	時間外勤務の申請	

12-4	代償休息・代休申請について	
12-5	学会出張手続き	
12-6	地域医療等の院外研修の交通費の申請方法	
12-7	研修医宿舎の入室・退室について	
第13章	研修の中断および再開・・・・・・・・・・・・・・・・	54
13-1	研修プログラム中の中断	
13-2	中断の手順と報告	
13-3	臨床研修の再開	
第14章	研修プログラムの修了・・・・・・・・・・・・・・・・	55
14-1	研修修了を満たす認定基準	
14-2	研修修了証の交付	
第15章	臨床研修の未修了・・・・・・・・・・・・・・・・	58
第16章	研修医の募集・採用に関する要綱・・・・・・・・	60
16-1	募集方法	
16-2	募集定員	
16-3	選考方法	
16-4	採用内定者の決定	
16-5	採用手続き等	
16-6	欠員が出た場合	
第17章	研修修了後の進路・・・・・・・・・・・・・・・・	61
	春日井市民病院内科専門研修プログラム	
	春日井市民病院外科専門研修プログラム	
	その他の診療科の専門研修	
第18章	研修記録の保管・閲覧・・・・・・・・・・・・・・・・	63
	研修医サマリー担当診療科	
第19章	医の倫理・・・・・・・・・・・・・・・・	66

■春日井市民病院の概要

1. 春日井市民病院の基本理念

春日井市民病院は自治体病院として地域の医療にかかわる要望に誠実かつ不断に応えることを存立の意義とする。

基本的方針

1. 人権の尊重によって築かれる相互の信頼のもとに、医療を受けられる方の意思が反映された医療を行います。
2. 正当な根拠に基づく良質で高水準の医療を効率的に行うために絶えず研鑽します。
3. 急性期医療の拡充と専門医療の推進に努めます。
4. 地域の基幹病院として、医療機関、介護サービス事業者、保健・福祉行政との連携を密にして地域完結型医療を推進します。
5. 公営企業として健全な経営に努めます。

診療を受ける皆さんの権利と守っていただく事項

春日井市民病院では診療を受ける皆さんと、私たち病院職員の双方が互いに尊敬し、信頼し、協力しあって、初めてよい医療の提供ができると考えています。

相互に信頼し、協力しあって医療を行うために、私たち病院職員は皆さんに次に掲げる権利を約束するとともに、守っていただく事項をお知らせします。

【皆さんの権利】

1. 人権を尊重され、プライバシーを守られて診療を受けること
2. 自分の病気や診療内容について、十分な説明を受けること
3. 治療を選択する権利と、同意できない診療を拒否すること
4. 診断や治療について、他の医療機関の医師の意見（セカンド・オピニオン）をきくこと
5. 自らの意思を表明できない方も人権を尊重され適正な医療を受けること

【皆さんに守っていただく事項】

1. 自らの健康状態や治療中に生じた問題について病院職員に伝えること
2. 院内では静粛を保ち、大声を発したりして他の方々に迷惑をかけないこと
3. 医療費の請求を受けたときは、すみやかに支払うこと

■ 臨床研修プログラム

第 1 章 春日井市民病院 臨床研修プログラムの特色

- ・必修分野である内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急部門及び地域医療に加え、整形外科、脳神経外科、麻酔科、障害医療・療育研修を当院の必修分野としており、幅広くプライマリ・ケアを身につけることができる構成となっています。
- ・内科においては、腎臓内科、糖尿病・内分泌内科、脳神経内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科を 4 週ずつローテートします。
- ・研修 2 年目には 29 週の選択研修期間があり、研修医が自主的に自身の目標に適した研修先をローテートすることができます。
- ・救急の場でファーストタッチから診療に実際に携わることができ、たくさんの症例を経験できます。
- ・各診療科では指導医の下、充実したローテート研修を行うことができ、各種勉強会も計画しております。実践的に基本的診療能力を身に付けることができます。

第2章 臨床研修病院の区分

2-1 臨床研修病院の区分

春日井市民病院は基幹型臨床研修病院である。

2-2 臨床研修の基本理念

（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）

臨床研修は、医師が、医師としての人格を涵養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、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。

2-3 春日井市民病院初期臨床研修の理念

「恕」 恕（じょ）＝思いやり

臨床研修は、医師が、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、診療を受ける者に対応する医師としての人格を涵養し、一般的な診療において頻繁にかかわる負傷また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ものでなければならない。この目的を完遂するには、「恕」の理念の下研鑽することが重要である。

2-4 臨床研修の基本方針

- ・診療に直接的に携わることにより、基本的診療能力を修得する。
- ・患者及びその家族の立場を理解して、病気と人を診る診療態度を養う。
- ・質の高い医療が提供できるよう、常に自ら学ぶ姿勢を養う。
- ・コミュニケーション能力を磨き、他職種と協力してチーム医療を実践する。
- ・地域医療の現場を通じて地域の基幹病院としての役割を理解する。

2-5 研修組織

1) プログラムの管理、運営の責任者と組織

(1) 研修管理者	院長	成瀬 友彦
(2) プログラム責任者	研修管理室長	會津 恵司
(3) 副プログラム責任者	研修管理室副室長	平出 隆将
	研修管理室副室長	三村 哲史
	外科部長	佐藤 文哉

(4) 研修管理委員会

研修プログラムの作成、研修プログラム相互間の調整、研修医の管理及び研修医の採用・中断・修了の際の評価等臨床研修の実施の統括管理を行う。

研修医ごとの研修進捗状況を把握・評価し、修了基準に不足している部分について研修が行えるようプログラム責任者や指導医に指導・助言する等、有効な研修が行われるように配慮する。原則として年4回（5月、9月、11月、3月）開催するが、必要に応じて臨時開催する。

(5) 研修医教育ワーキンググループ

臨床研修の進捗状況を随時把握し、臨床研修が、具体的かつ実効性をもって進むように支援すること、臨床研修中に生じる諸問題に対応することなどを目的に研修管理委員会の下に設置する。原則として偶数月に開催するが、必要に応じて随時開催する。

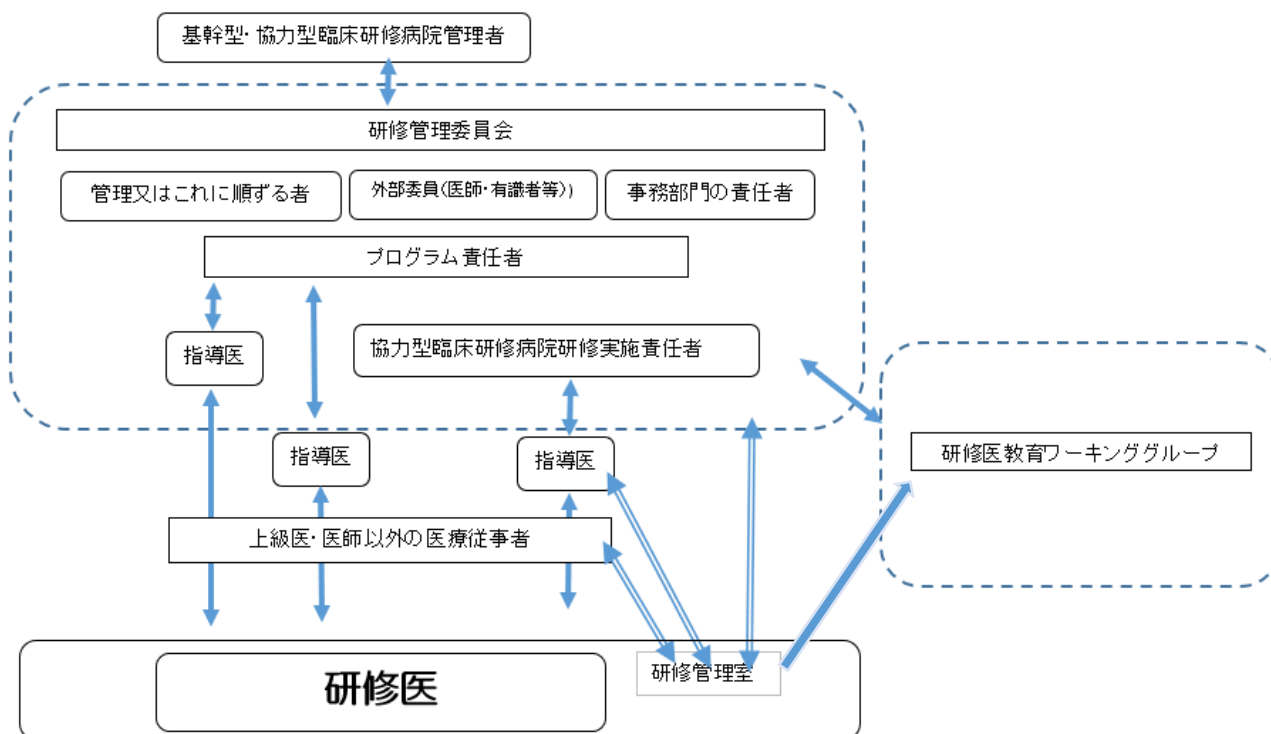
(6) 研修管理室

充実した臨床研修が行えるよう、研修環境の整備を行う。研修プログラムの作成、調整の支援、研修医の研修支援、管理及び募集の実務を行う。

研修の進捗状況を研修管理委員会、研修医教育ワーキンググループに報告し、研修医及び指導スタッフ間で評価を共有し、研修医毎の研修内容を改善し、より効果的な研修につなげる。

第3章 研修医の指導体制

3-1 研修指導体制



3-2 研修実施責任者

1) 臨床研修病院管理者 院長 成瀬 友彦

研修管理者は、院内全体で研修医育成を行う体制を支援し、プログラム責任者や指導医等の教育担当の業務が円滑に行われるように配慮する。研修管理委員会やプログラム責任者の意見を受けて、研修医に関する重要な決定を行う。

資格

- (1) 施設管理者であること。

2) プログラム責任者 研修管理室長 會津 恵司

役割：臨床研修関連実務を統括し、研修プログラムの企画・立案及び実施の管理並びに研修医に対する助言、指導その他の支援を行う。

任命者：臨床研修病院管理者が任命する。

資格

- (1) 当院常勤の医師であること。
- (2) 原則として臨床経験 7 年以上（初期研修期間を含む）であること。
- (3) 規定（政発第 0318008 号平成 16 年 3 月 18 日）の指導医講習会を受講していること。

(4) 臨床研修協議会によるプログラム責任者養成講習会を受講していること。

3) 副プログラム責任者 **整形外科部長 平出隆将**

透析センター主任部長 三村 哲史

外科部長 佐藤 文哉

役割：研修プログラムの企画・立案及び実施の管理並びに研修医に対する助言、指導その他の援助について、プログラム責任者を補佐します。

*プログラム責任者・副プログラム責任者は半年に1回、研修医と面談し、研修の進捗状況（研修目標についての研修医の自己評価）を確認、評価する。

任命者：臨床研修病院管理者が任命する。

資格

- (1) 当院常勤の医師であること。
- (2) 原則として臨床経験 7 年以上（初期研修期間を含む）であること。
- (3) 規定（医政発第 0318008 号平成 16 年 3 月 18 日）の指導医講習会を受講していること。
- (4) 臨床研修協議会によるプログラム責任者養成講習会を受講していること。

4) メンター

役割：研修医の研修状況を把握し、研修中の相談のみならず個人的なことも含め相談を受け助言・指導を行う。研修に関することや将来についてなど不安や問題がないかなど研修生活全般にわたり相談を受け、支援を行う。

任命者：「研修医教育ワーキンググループ」より推薦され、臨床研修病院管理者から任命される

資格

- (1) 当院常勤の医師であること。
- (2) 原則として臨床経験 3 年以上（初期研修期間を含む）であること。

5) 臨床研修指導医 （臨床研修指導医一覧参照）

役割： 研修医指導の責任者又は管理者であり、研修医を直接指導するだけでなく、いわゆる「屋根瓦方式」で指導医の指導監督の下、上級医が研修医を直接指導することを支援する。各科内での研修に関して模範的ならびに指導的に役割を果たすとともに、研修医が担当した患者の病歴や手術記録を作成するように指導・評価を行う。担当する分野・診療科の研修期間中、研修医ごとに到達目標の達成ができるように、達成状況を把握し指導・評価を行う。指導分野のローテーション中の研修医の安全確保・健康状態・勤務状況を確認する。

任命者：臨床研修指導医：臨床研修病院管理者から任命される

資格

- (1) 当院常勤の医師であること。
- (2) 原則として臨床経験 7 年以上（初期研修期間を含む）であること。
- (3) 規定（医政発第 0318008 号平成 16 年 3 月 18 日）の指導医講習会を受講していること。

6) 上級医

上記規定の指導医資格を有しておらず、研修医でない上の年次の医師を「上級医」と称する。

研修医ではない上の年次の医師を言い、指導医が研修医を直接指導だけでなく、指導医の監督のもと、上級医が研修医を指導する。いわゆる屋根瓦方式の指導を行う。

7) 臨床研修指導者

役割：看護師、薬剤師、放射線技師などの医師以外の病院スタッフで、研修管理委員会の責任の下で研修医の指導を行う。指導者は各自の専門職種の観点から研修医の指導・評価を行う。

任命者：臨床研修病院管理者が任命する。

資格

- (1) 看護師は看護師長以上で看護局長の推薦があること。
- (2) 看護局以外は、部署の代表者を指導者とする。

3-3 臨床研修指導医一覧

No.	所属	氏名	No.	所属	氏名
1	腎臓内科	成瀬 友彦	28	整形外科	久保田 雅仁
2	腎臓内科	坂 洋祐	29	整形外科	緒方 研吾
3	透析センター	三村 哲史	30	整形外科	平出 隆将
4	糖尿病・内分泌内科	松田 淳一	31	整形外科	齋藤 絵梨子
5	糖尿病・内分泌内科	岡田 由紀子	32	脳神経外科	林 重正
6	糖尿病・内分泌内科	渡邊 梨紗子	33	脳神経外科	大島 良介
7	脳神経内科	山下 史匡	34	皮膚科	中村 賢人
8	脳神経内科	遠藤 利洋	35	泌尿器科	福原 信之
9	呼吸器内科	岩木 舞	36	泌尿器科	奥村 敬子
10	呼吸器内科	野木森 健一	37	泌尿器科	高井 峻
11	消化器内科	祖父江 聡	38	心臓外科	石川 寛
12	消化器内科	高田 博樹	39	血管外科	玉井 宏明
13	消化器内科	西垣 信宏	40	産婦人科	池田 芳紀
14	消化器内科	水野 裕介	41	産婦人科	佐藤 麻美子
15	循環器内科	小栗 光俊	42	産婦人科	大脇 太郎
16	循環器内科	藤川 裕介	43	眼科	恒川 太一
17	メンタルヘルス科	関谷 隆宏	44	耳鼻咽喉科	佐藤 雄二
18	小児科	足達 武憲	45	放射線診断科	深谷 信行
19	小児アレルギーセンター	小林 貴江	46	放射線診断科	富田 均
20	小児科	前田 徹	47	麻酔科	名原 功
21	化学療法センター	古田 美保	48	麻酔科	山崎 諭
22	外科	會津 恵司	49	麻酔科	三宅 健太郎
23	外科	渡邊 真哉	50	麻酔科	鈴木 帆高
24	外科	鈴木 和志	51	麻酔科	稲垣 諒将
25	外科	小林 真一郎	52	救命救急センター	苛原 隆之
26	外科	佐藤 文哉	53	病理診断科	吉田 めぐみ
27	外科	林 友樹	54	化学療法センター	近藤 勝

	所属	役職	氏名
1	愛知県医療療育総合センター中央病院	小児神経科部長	山田 桂太郎
2	医療法人社団喜峰会 東海記念病院	消化器内科部長	堤 靖彦
3	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	第一小児科部長	大城 誠
4	医療法人八誠会 もりやま総合心療病院	理事長・副院長	川島 邦裕
5	医療法人八誠会 もりやま総合心療病院	院長	笹田 和見
6	医療法人八誠会 もりやま総合心療病院		小笠原 俊一郎
7	春日井市総合保健医療センター	参事	平山 幹生
8	医療法人社団 大治会 伊佐治医院	院長	伊佐治 亮平
9	医療法人社団 大治会 伊佐治医院	外科部長	伊佐治 孝洋
10	医療法人社団 大治会 伊佐治医院	小児科部長	伊佐治 麻衣
11	医療法人社団 大治会 伊佐治医院		飯塚 佳江
12	医療法人正翔会 正翔会クリニック小牧	院長	末松 篤樹
13	医療法人ゆたかクリニック ひばりクリニック	院長	加藤 裕真
14	医療法人ゆたかクリニック ひばりクリニック		池澤 輝男
15	くまい医院	院長	隈井 知之
16	くまい医院	副院長	隈井 大介
17	ケセラセラ在宅クリニック勝川	院長	徳田 晃太郎
18	医療法人 Shin Medical 清水クリニック	理事長	清水 宏康

第4章 研修の実際

4-1 研修期間

- 1) 研修期間は原則として2年間以上とする。
- 2) 臨床研修病院群における9週間の研修を含む。
 - (1) 地域医療研修：東海記念病院 2週間、伊佐治医院 1週間
初期研修（地域医療研修）：正翔会クリニック小牧、ひばりクリニック、くまい医院、ケセラセラ在宅クリニック勝川、清水クリニックのいずれか 1週間
 - (2) 精神科研修：もりやま総合心療病院 4週間
 - (3) 障害医療・療育研修：愛知県医療療育総合センター中央病院 1週間

4-2 臨床研修を行う分野・診療科

1) オリエンテーション

臨床研修の円滑な導入を図るため本プログラムによる研修開始時にオリエンテーションを行う。

- (1) 臨床研修制度・プログラムの説明：理念、到達目標、方略、評価、修了基準、研修管理委員会、研修医教育ワーキング、専任指導医の紹介
- (2) 医療倫理：人間の尊厳、守秘義務、倫理的ジレンマ、利益相反、ハラスメント、不法行為の防止、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）など。
- (3) 医療関連行為の理解と実習
 - ①診療録記載の方法とルール
 - ②死亡診断書等の診断書作成
 - ③救急外来で使える採血・静脈確保・点滴手技・皮膚縫合
 - ④蘇生トレーニング（ICLS）
- (4) 患者とのコミュニケーション：服装、接遇、インフォームドコンセント、困難な患者への対応
- (5) 感染予防対策
- (6) 医療安全管理：インシデント・アクシデント、医療過誤、多職種連携、災害時対応
- (7) 地域連携：地域包括ケアや連携システムの説明
- (8) 職員の健康管理：メンタルヘルス相談
- (9) 各診療科の救急対応に関する研修等

2) ローテーション研修

オリエンテーションの後、4週間を単位とするローテーション研修を開始する。

(1) 必修分野

内科6科（腎臓内科、糖尿病・内分泌内科、脳神経内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科）、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急部門、地域医療

(2) 春日井市民病院独自の必修分野

整形外科、脳神経外科、麻酔科、障害医療・療育を必須とする。

(3) 選択分野

必修分野以外の研修期間において当院の診療分野（リハビリテーション科と歯科口腔外科を除く）及び臨床研修病院群の中から任意の分野で研修を行う。

* 3週以上のまとまった期間の研修を行うことが望まれる。

(4) 一般外来研修

内科（腎臓内科、脳神経内科、消化器内科、呼吸器内科）、外科、小児科、地域医療の研修中に並行研修として実施する。

原則として初診患者の診療及び慢性疾患の継続診療を含む研修を行う。

研修医が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ことを目指す。

(5) チーム医療研修・その他の研修

各診療科での研修中に並行研修として実施する。

【チーム医療研修】

別紙「予防医療研修・チーム医療研修・臨床検査室研修予定表」参照

① 呼吸サポートチーム（RST）

人工呼吸器の適応、管理の実際、離脱方法を学ぶ。さらに人工呼吸器装着患者の管理におけるチーム医療の意義を学ぶ。

② 感染予防対策チーム（ICT）、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）

抗菌薬の不適切な使用や長期間の投与を防ぐため、適切な使用方法を学ぶ。

医療現場での感染対策を体得する。

感染症管理におけるチーム医療の意義を学ぶ。

③ 栄養サポートチーム（NST）

患者の栄養状態の把握、さらに栄養サポートの計画実行の実際を通じて、患者の栄養管理を理解し、実行できるようにする。栄養サポートチームの活動を通じて、チーム医療の役割を体得する。

④ 認知症ケアチーム

認知症ケアについて、講義・認知症ケアチームの回診に参加する。

⑤ 緩和ケアチーム

緩和ケアについて、講義・緩和ケアチームの回診に参加することによって、がん患者の疼痛及びその他の症状の評価方法を学び、診療に活用する。

【予防医療研修】

総合保健医療センターにて、法定健（検）診、総合健康、人間ドック、予防接種等の公衆衛生重要性和各種事業を理解する。

【臨床検査室研修】

オーダーした検査がその後どのように行われているのかを実際に経験し、検査がよりスムーズに施行され、また、検体採取のポイントをつかむことにより検査の精度を上げ検査情報を診療に最大限活用する。

【外来化学療法センター研修】

がん患者の治療を外来で安全に行うためのシステムとチーム医療について理解する。さらに、薬剤の危険性や暴露対策、有害事象とその評価を学び緊急時の診断、対応に活かす。

【その他の研修】

医療安全管理、感染対策・抗菌薬適正使用支援、予防医療、保険診療、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・人生会議）、臨床病理検討会（CPC）についての研修に参加すること。

4-3 2年間のスケジュール

1年次

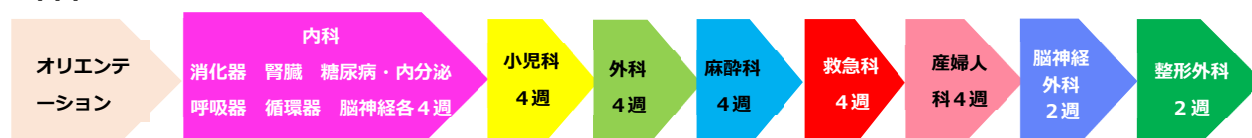
オリエンテーション 5 日間（ICLS 含む）、内科系 6 科各 4 週間 計 24 週間以上、外科 4 週間、救急科 4 週間、麻酔科 4 週間、小児科 4 週間、産婦人科 4 週間、整形外科・脳神経外科をそれぞれ 2 週間ローテーション研修する。

2 年次

救急科 8 週間、脳神経外科 2 週、地域医療 4 週間、麻酔科 4 週間、精神科 4 週間、障害医療・療育 1 週間のほか、任意の分野で 29 週間以上ローテーション研修する臨床研修を行う分野・診療科

ローテーション計画 例

1 年目



2 年目

* 救急ローテーションは 6 月以降開始となります。



ローテーションの手順

ローテーション開始時

- ① ローテーションする診療科部長に事前（ローテーションを始める前の週までに）に自己紹介をする。
- ② 診療科の所属する看護師長及び放射線技術室長に事前（ローテーションを始める前の週までに）自己紹介をする。

ローテーション終了後

- ① ローテーション終了 5 日以内に PG-EPOC にて研修医評価票 I / II / III の自己評価を入力する。後日、指導医・指導者の評価を確認すること。
- ② 初期臨床研修指導体制に関する評価票（研修医用）は手書きで記入し、研修管理室に提出する。（研修医室に提出用 BOX もあり）
- ③ ローテーション先で経験した臨床手技についても経験後すぐに PG-EPOC に入力すること。

4-4 研修の評価

PG-EPOC（評価票 I / II / III）を活用する。

4-5 当院の協力型臨床研修協力病院

	施設名	所在地
精神科	特定医療法人八誠会 もりやま総合心療病院	名古屋市守山区町北 1 1 - 5 0
地域医療	医療法人社団喜峰会 東海記念病院	春日井市廻間町字大洞 6 8 1 - 4 7
小児NICU	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	名古屋市中村区道下町 3 - 3 5
障害医療・療育	愛知県医療療育総合センター中央病院	春日井市神屋町 7 1 3 - 8

臨床研修協力施設

	施設名	所在地
予防医療	春日井市総合保健医療センター	春日井市鷹来町 1 丁目 1 番地 1
地域医療	医療法人社団大治会 伊佐治病院	岐阜県加茂郡八百津町錦織 1530 番地 23
	医療法人正翔会 正翔会クリニック小牧	小牧市高根 2-316-3
	医療法人ゆたかクリニックひばりクリニック	春日井市桃山町 2-281-2
	くまい医院	春日井市妙慶町 148-1
	ケセラセラ在宅クリニック勝川	春日井市知多町 3 丁目 155 プラスビル 1 階
	医療法人 Shin Medical 清水クリニック	小牧市高根 1 - 2 7 1 - 2

【連絡体制等】

- ・研修実施前年に研修時期・期間等について、プログラム責任者（または副プログラム責任者）が各病院・施設と対面で説明・協議する。
- ・当院研修管理室と各病院・施設の事務担当部署において、研修実施前年に研修受入月の調整を行う。
- ・研修開始前月までに各病院・施設へ履歴書、医師免許証の写し、保険医登録票の写し等を提出する。
- ・研修終了後は指導医が評価票を記載し、当院研修管理室に提出する。評価票は事前に当院研修管理室より送付し、研修終了後返信していただく。
- ・レポートは研修期間中に研修医が連携病院または施設の指導医に提出し、承認を得たうえで当院研修管理室に提出する。
- ・地域医療研修及び障害医療・養育研修中は、研修出席簿及び研修内容を日々記録し、指導医に提出、承認を得た上で研修管理室に提出する。

- ・評価については、事前に当院研修管理室より研修先に送付した評価票、または PG-EPOC に指導医が記載する。

4-6 協力型臨床研修病院としての役割

次に掲げる他の基幹型臨床研修病院から研修医の受入について要望があった場合、随時該当診療科と調整し受入を決定する。

- 1) 名古屋大学医学部附属病院
- 2) 名古屋市立大学病院
- 3) 愛知医科大学病院
- 4) 旭労災病院
- 5) 公立東濃中部医療センター

第5章 臨床研修の到達目標（厚生労働省医師臨床研修指導ガイドライン 2024年度版参照）

到達目標は、医師としてのあらゆる行動を決定づける基本的価値観(プロフェッショナルリズム)、医師に求められる具体的な資質・能力、そして研修修了時にほぼ独立して遂行できる基本的診療業務という3つの領域からなる。

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(プロフェッショナルリズム)及び医師としての使命の遂行に必要な資質・能力を身につけなくてはならない。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(プロフェッショナルリズム)

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

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

3. 人間性の尊重

患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊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

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、研修、教育の透明性を確保し、不法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対して、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判断を行う。

③保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。

3. 診療技能と患者ケア

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

①患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。

②患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。

③診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

4. コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

①適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。

②患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。

③患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

5. チーム医療の実践

医療従事者をはじめ、患者や家族に関わるすべ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医療の質と患者の安全の重要性を理解し、それらの評価、改善に努める。

②日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。

③医療事故等の予防と事後の対応を行う。

④医療従事者の健康管理(予防接種や針刺し事故への対応を含む。)を理解し、自らの健康管理に努める。

7. 社会における医療の実践

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

①保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。

②医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。

③地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。

④予防医療・保健・健康増進に努める。

⑤地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。

⑥災害や感染症パンデミック等の非日常的な医療需要に備える。

8. 科学的探究

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

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

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

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

- ①急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。
- ②同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。
- ③国内外の政策や医学及び医療の最新動向(薬剤耐性菌やゲノム医療を含む。)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、地域医療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 経験すべき症候—29 症候—

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

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

III 経験すべき疾病・病態—26 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、急性期冠症候群、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

IV その他（経験すべき診察法・検査・手技等）

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、習慣を身につける必要がある。

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、患者に苦痛を強いっ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。特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、上級医あるいは女性看護師の立会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、多くの要因を統合して決めなければならないことを理解し、検査や治療の実施に当たって必須となるインフォームドコンセントの手順を身につける。見落とすと死につながるいわゆる killer disease を確実に判断できるようになる。

4. 臨床手技

以下の臨床手技を身につける。

- ①気道確保
- ②人工呼吸（バック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（シーネ固定）
- 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

5. 検査手技

血液型判定・交差適合試験、動脈血ガス分析（動脈血採取を含む）、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共に、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（退院要約を含む）は速やかに記載する。指導医あるいは上級医は適切な指導を行った上で記録を残す。入院患者の退院時要約には、病歴、身体所見、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。退院時要約を症候及び疾病・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。

第6章 研修医の診療規程

研修医の診療上の責任は主治医・指導医・上級医にある。研修医は担当医という位置づけで指導医指導の下診療を行う。

6-1 研修医の業務範囲

1 年目研修医が単独で行える行為

(1) 1 年目研修医は、上級医の監督体制のもと、以下の行為については単独で実施することができる。
ただし、いずれの場合においても、**患者の状態に応じて適宜指導医へ報告・相談を行い、診療に関する最終的な判断および責任は指導医が負うものとする。**

また、**手術および侵襲を伴う検査・処置等のハイリスク診療行為（当院規程において同意書を必要とする行為）は、本項には含まない。**

（具体的行為）

問診、一般診察

静脈採血、動脈採血、末梢静脈路確保

一般的注射処置（静脈内、筋肉内、皮下

検査オーダー（血液検査、生理検査、放射線検査）

末梢点滴のオーダー

定型的な処方オーダー

各種超音波検査（基本的手技に限る）

心肺蘇生（胸骨圧迫、バグバルブマスクによる換気補助）

心肺蘇生時の薬剤投与（所定の講習修了後）

皮膚縫合処置（局所麻酔を含む）

ギプス・シーネ固定

軽症例に対する脱臼整復

2 年目研修医が行える行為

(1) 実施可能な診療行為

2 年目研修医は、上級医の監督下において、研修の進捗に応じて一定の裁量をもって診療を行うことができる。

軽症例の初期対応や一般的な診療管理については、指導医への報告・確認を前提として実施する。

(2) ハイリスク診療行為の取扱い

手術、侵襲を伴う検査・処置等のハイリスク診療行為については、2 年目研修医であっても単独での実施は認めず、必ず指導医の直接的関与のもとで実施する。

* 手術、侵襲を伴う検査・処置等のハイリスク診療行為（同意書が必要：当院規程）

(対象となる主な行為)

- (1) 手術（麻酔を含む）
- (2) 輸血
- (3) 血液浄化
- (4) 化学療法（点滴・内服）
- (5) 血管内治療
- (6) 内視鏡検査・治療（耳鼻科手技を除く）
- (7) 経皮的穿刺治療
- (8) 造影検査
- (9) 経皮的臓器生検（腎・肝・骨等）
- (10) 中心静脈カテーテル挿入（PICC を含む）
- (11) 髄液検査
- (12) 骨髓検査
- (13) 出産に関わる産科的処置
- (14) 陣痛促進・誘発
- (15) 非挿管下における鎮静

※緊急時の対応

緊急を要する場合で、患者（家族または保護者を含む）から事前に説明および同意を得ることが困難な場合には、やむを得ず必要な医療行為を実施することがある。

その際は、実施後速やかに説明を行い、同意書を取得する。

(3) 輸血に関する要件

輸血については、所定の研修を修了し登録医となった後、上級医の監督下で実施する。

6-2 病棟における診療規程

- (1) 指導医の許可の下、担当医となり、入院患者を受け持ち、担当医として電子カルテ上に登録する。

＜主治医、担当医の役割＞

主治医とは治療に当たる医師の中で中心になる医師であり、疾患の治療方針全般に対して責任を有する医師のことである。従って患者の身体状況・生活環境・家族関係・社会性などについて最もよく理解していることが望まれる。

担当医は患者の診療全般において主治医をサポートします。軽微な治療方針は担当医の判断だけで決定、実施できるが、同意を必要とする検査・治療などは主治医との合議が必要。主治医が何らかの理由で不在になった場合には主治医に代わり患者の診療に当たれるよう、患者の全般的な状況を主治医同様に把握しておくことが望まれる。

当院の規定では3年目以上の常勤医が主治医になり得る（外来主治医に関しては非常勤医も主治医になり得る）。また担当医には全ての医師になり得る。主治医不在時に担当医が研修医のみの場合は、該当科部長が3年目以上の医師を主治医代行に指名する。（医師業務マニュアル）

- (2) 抗がん剤・抗生剤・インスリン・鎮静剤・筋弛緩剤・降圧剤・昇圧剤等の危険性の高い薬剤を処方する場合は、指導医または上級医が必ずチェックを行う。
- (3) 抗がん剤・鎮静剤（ただし痙攣時のジアゼパムは除く）・筋弛緩剤の注射等は研修医単独で行わず、必ず指導医または上級医の立ち合いの下に行う。
- (4) 麻薬は、必ず指導医または上級医の立ち合いの下、麻薬施用者免許取得者のみ処方が可能。
- (5) 定期処方を変更する場合、又は新たに薬剤を処方する場合は、指導医又は上級医が必ずチェックを行う。
- (6) 輸血の実施については、1年目研修医は一人で輸血の適応決定、輸血認証及び立ち合いは行えません。2年目研修医は、1年目終了前に輸血研修を受講した後、輸血認証及び立ち合いが可能となりますが一人で輸血の適応決定を行なうことはできない。
実施は輸血マニュアルに沿って行う。
- (7) 侵襲的な処置・検査（腰椎穿刺・骨髄穿刺・腹腔穿刺・胸腔穿刺・中心静脈カテーテル挿入・気管内挿管・消化管内視鏡等）については、研修医単独で行わず、必ず指導医又は上級医立ち合いの下に行う。
- (8) 造影剤検査をオーダーする場合は、所定の問診などを行い、指導医又は上級医の許可を得て行う。

- (9) 患者・家族との面談（病状説明・検査や手術の説明等）を行う場合は、必ず指導医又は上級医とともに（簡単なベッドサイドでの説明は除く）。
- (10) 夜間・緊急時の処置や処方、指導医又は上級医の指示の下に行う。
- (11) 病棟研修において担当患者の急変時には研修医にも連絡がある。上級医とともに、看護師への一次救命処置を指示・指導を行う。
- (12) 各診療科で経験できる手技については積極的に実施すること。また、手技を実施した時はすみやかに評価すること（PG-EPOC に入力）。
- (13) 診療科で行われる症例（倫理）カンファレンス等の参加を依頼された場合は、極力参加すること。

* 各診療科における研修の詳細については別添「研修分野別カリキュラム」参照

6-3 手術室における診療規程

【手術室：麻酔科】

(1) 術前回診

1 年目研修医は原則として、初回は麻酔科医または 3 週間以上の麻酔研修を終えた研修医と一緒に術前回診する。

(2) 麻酔計画

麻酔科医の指導を受ける。

(3) 術前指示

術前指示の内容については麻酔科医の確認を受ける。

(4) 麻酔始業点検

初回は麻酔科医が行い 1 年目研修医に指導する。

(5) 末梢静脈路確保、バックマスク換気、声門上器具挿入・経鼻胃管挿入・人工呼吸器装着、橈骨動脈ライン挿入

初回は見学のみ

その後は、研修医の総合的到達レベルと症例の難易度や緊急性の評価を踏まえ研修医実施の可否を麻酔科医が判断する。

(6) 気管挿管

初回は見学のみ

その後は、研修医の総合的到達レベルと症例の難易度や緊急性の評価を踏まえ研修医実施の可否を麻酔科医が判断する。

* リスクのある症例・フルストマック症例・特殊な挿管・困難な症例は麻酔科医が行う。

(7) 術中管理

麻酔科医の指導の下、研修医が実施できる。

(8) 脊椎クモ膜下麻酔

8 週までは見学のみ

9 週以降は、研修医の総合的到達レベルと症例の難易度や緊急性の評価を踏まえ
研修医実施の可否を麻酔科医が判断する。

(9) 術後回診

問題があれば麻酔科医に報告する。

【手術室：外科系診療科】

(1) 清潔・不潔の概念を理解し、行動できる。

① 感染性物質から自身を守り、交差感染から患者を守るために、個人防護具（PPE）の装着など、標準予防策を徹底する。

② 手術中の汚染および感染防止のため、術前に外科的手洗いに関する基本的な基準に従った手洗いを行う。

(2) 基本的手術手技の理解・習得

① 各科スタッフの指導の下、助手として手術に参加する。

② 各研修医の到達レベルに応じて各科スタッフの指導の下、縫合や結紮、簡便な術式の執刀を行う。

(3) 麻酔科ローテート（必須）終了後の 2 年目研修医を対象として、各科麻酔で脊椎麻酔や局所麻酔の鎮静をした際の状態管理を平日の日中に限り、その管理に参加できる。

6-4 ICU における診療規程

・ ICU において、ACSYS（アクシス：ICU 部門システム）にて患者記録・オーダーを行う権限を与える。補液、抗生剤、インスリン、鎮静剤、筋弛緩剤、降圧剤、昇圧剤等の危険の高い薬剤を処方する場合は、必ず指導医または上級医がチェックを行う。

6-5 救急部の時間外診療における診療規程

当直時においては当直医師の管理・指導・責任の下診療を行う。

診療体制

(1) 原則、上級医（内科系 1 人、外科系 1 人）と研修医 2～3 人（1 年次 1～2 人、2 年次 1～2 人）、救急当番（17：15～21：15）1 名で当直を行う。

(2) 宿直回数は 5～6 回／月、日直 1～2 回／月と行う。

(3) 原則として上級医・指導医の指導を受けながら診療を行う。

(4) 研修医は救急来院患者のファーストタッチを行い、初期診療に当たる。

- (5) 1 年目研修医は研修開始後、2 週間程度は見学を行いながら、段階的に診療に加わる。
- (6) 1 年目研修医は5 月までは指導医、上級医とともに初期診療にあたり、自己判断で患者を帰すことはできない。6 月以降は風邪、軽度の外傷などは自らの判断で診療を行ってもよいが、原則として上級医・指導医の指導を受けながら診療を行う。
- (7) 上級医の指示の下、入院対応を行う場合がある。
- (8) 患者の転院搬送についての転院先の病院との調整は、研修医ではなく上級医が行う。

研修医の転院搬送同乗について

原則

- ① 依頼する科でローテート中の研修医であること。
- ② 心臓外科・メンタルヘルス科・血液内科・眼科等診療科医師が少ない科からの要請であること。
- ③ 患者の状態が落ち着いており、処置等を必要としない場合であること。
- ④ 当該診療科の部長の許可を得ていること（同乗中の事故等については当該診療科の部長の責任となる）
- * ローテート中の研修医がいない科で、上級医が同乗できない場合は他科の研修医の同乗もあり得る。
- この場合、ローテート科の部長の許可を当該診療科の部長が受けること。
- * 研修医が単独で実施できる程度の処置を実施する可能性のある場合、担当医は処置をどのような時に行うのか、実施方法等を十分伝えること。
- * 転院搬送後、救急隊からタクシーで帰院するよう言われた場合、名鉄系のタクシーを利用し、未収書をもらう。それを防災センター職員に渡しタクシーチケットを受け取り、タクシー運転手に渡す。

【当直帯の取り扱い】

- ① 研修医が救急車に同乗し、不在の時間帯は外来当直医師が初期診療対応を行うこととする。
- ② 重症患者である場合は、症例によって外科系当直医師、内科系外来当直医師、病棟当直医師の3 名で協議し、同乗する医師を決定する。

- (9) 救急部での業務の8 : 30 と17 : 15 の朝礼、夕礼は観察室患者情報の記載ホワイトボード付近で行う。（救急外来ホットラインのある場所）

引継ぎのために勤務を終える研修医とこれから勤務となる研修医のどちらも最低1 名ずつ、朝礼・夕礼に参加すること。引継ぎ患者は院長代行医師が症例の割り振りを行う。

- ・ 前任研修医は引継ぎのために必要な情報を院長代行および後任研修医へ簡単にプレゼンテーションして必要な引継ぎ情報をカルテに記載すること。
- ・ ホワイトボードにどの研修医からどの研修医に引継ぎがなされたのかを明示すること。

- (10) 救急外来でCT を取った場合、患者には必ず翌診療日に該当診療科を受診しCT の結果（読影レポート）が出た状態で診察を受けることを説明する。かかりつけ医がある場合にも、基本的に当院での受診を説明すること。

* CT 検査を行ったが読影レポートはまだできていない患者を有事再診として帰宅させることは避ける。

救急外来でオーダーした検査（胸部 X 線や心電図、血培等）について、研修医に限らずオーダーした医師が結果確認を行う。

- (11) 救急部における造影 CT および MRI のオーダーは、研修医単独での実施は認めず、必ず該当診療科の上級医、または外科直/内科直の確認・許可を得たうえで行うこととする。

オーダー後は、画像供覧および必要な助言を上級医から受け、最終的な判断は上級医が行う。

- (12) 休日・夜間に救急部で輸血の実施依頼があった場合は、輸血をオーダーした診療科医師が対応できる状態（外科直・内科直に輸血をオーダーした診療科の医師から依頼も可）下で実施する。異常があった場合、速やかに該当の医師に連絡し、その指示の下対応すること。

- (13) 2 年目研修医（輸血研修修了）は休日・夜間に救急部で輸血の実施依頼があった場合は、輸血の立会いは可能。

不測の事態が生じた場合、ただちに当直医（上級医）に報告し、指示を仰ぐこと。

＊不測の事態に備えて、輸血を指示した診療科医師が院内にいる当直医（上級医）等と連絡を取ることできる状態で実施することを依頼してある。

- (14) 救急当直で研修医が入院オーダーすることについて、代行で入院オーダーをするのは良いが、必ず上級医に相談して主治医・主科を決めて入院させること。（主治医は内科であれば内科外来当直者、外科であれば外科系当直者）

- (15) リターン症例、事件性が疑われる症例は原則上級医にコンサルテーションすること

コンサルテーションの基準

①症状の軽重によらず、上級医への相談を必須とする事項

- ・ 24 時間以内のリターン患者
- ・ 虐待または虐待疑い患者（DV を含む）
- ・ 社会的に問題となり得る事件性のある患者（集団食中毒、殺人未遂、自殺未遂等）
- ・ 検査にてパニック値が報告された患者
- ・ 紹介状持参患者、転院搬送患者
- ・ 造影 CT または MRI オーダーが必要な患者
- ・ 受傷状況が高エネルギー外傷に該当する患者

- (16) 警察からの救外患者についての事情聴取について

- ・ 研修医だけで対応はしない。研修管理室長または救急部長の立会いの下、電子カルテを使用できる状況で実施する。
- ・ 調書には必ず「研修管理室長立会いの下聴取したこと」について記載してもらう。

- (17) 処方について

研修医による処方オーダーは、原則として 1 日分または営業日翌日分までとする。

6-6 外来研修における診療規程

一般外来研修を行う場合は、内科系外来(腎臓内科、糖尿病・内分泌内科、脳神経内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科)、外科外来、小児科外来、協力型臨床研修病院と臨床研修協力施設の一般外来である。(p14 参照)

オーダーに関しては以下の通りである。

- (1) 原則、検査オーダーは上級医との相談の下で行うが、上級医が許可すれば単独でオーダーは可能である。
- (2) 処方オーダーは上級医の相談の下で行う。ただし、解熱鎮痛剤など短期間の処方であれば、単独でオーダーは可能である(事後でも良いが、指導医の承認は必要)。
- (3) 再診予約などの次回外来予約のオーダーは、上級医の許可が必要である。

外来研修は以下の構成から成り立つ

(1) 導入

外来診療の流れ(受付・呼び出し・オーダー・会計)を理解する。原則、呼び出しは名前では呼ばず、番号で呼ぶ。診療終了ごとに、基本スケジュール票を印刷する。

(2) 見学

上級医の外来を見学する。

(3) 初診患者の診療

医療面接と身体診察の終了後、その後に行う検査、治療、患者への説明、関連する医療行為、他科へのコンサルテーションなどを行う。単独で行うこともあるが、上級医がすぐに対応できる状況下で行う。

(4) 再来通院患者の診療

指導医や上級医が適切な患者を選択する。医療面接と身体診察の終了後、その後に行う検査、治療、患者への説明、関連する医療行為、他科へのコンサルテーションなどを行う。単独で行うこともあるが、上級医がすぐに対応できる状況下で行う。

原則は順番通りに行うが、ローテーションの順番もあり、各科の一般外来を経験する機会は研修医ごとに異なるため、順番が前後することもある。ただし、協力型臨床研修病院での地域医療の外来研修は、当院での外来研修の(1)から(4)を経験したのちに行う。

6-7 災害時の対応について

愛知県西部地域のいずれの観測地点で震度5弱以上の地震が発生したときは、全職員による災害体制をとる。研修医も参集可能なものは全員本部に参集し、指示を受ける。

トリアージにおける判断基準は次の通りとする。

- (1) 重症群（優先順位 1）ただちに救急室、内科処置室に搬入し適切な治療を行う。
- (2) 中等症群（優先順位 2）重症群に続いて外科系処置室、診察室において適切な治療を行う。
- (3) 軽症群（優先順位 3）中等症に続いて、正面玄関？において適切な治療を行う。
- (4) 死亡群（優先順位 4）リハビリテーション部門及び地下霊安室等に運ぶ。

前項の判断基準により区分けされた患者には、それぞれ赤色、黄色、緑色、黒色のトリアージタグを装着する。

トリアージにより救急室で治療を受け安静加療が必要と診断されたものは、必要に応じて入院させる。または仮設ベッドにて待機する。

災害はいつ発生するかわからないため、平常時より食料・水（3 日分）、着替え等を準備しておくことが望ましい。 災害対策マニュアル参照

6-8 臨床研修の心得

- (1) 救急外来での経験を絶対に無駄にしない

多忙であっても担当した症例を記録して、以後の経過を追うなどして救急の場だけの経験で終わらせない。また院内後援会、勉強会など学びの機会は逃さない。貴重な経験は共有する。

- (2) 患者の身になって考える

救急外来を受診した患者に対しては、症状の軽重にかかわらず丁寧に対応する。多くの患者は不安を抱えて受診しており、また思うように症状が説明できない人も多い。患者の人格を尊重し、その声を傾聴する。さまざまな問題点や、社会的背景を持つ患者に対しての対応方法を常に模索し、柔軟に対応する。

- (3) 十分な説明を行う

症状の上手な説明ができるように、常に意識して診療を行う。また、診療・説明内容は過不足なくカルテに記載する。（訴訟などの際、記録の有無や内容は非常に重要となる）予想される症状について、患者の不安を過度に増強させない。

- (4) 患者誤認には特に注意する

患者が診察室に入ったら、可能であれば必ず名前と生年月日を自ら名乗ってもらい、電子カルテと照合する。見間違い、思い込み防止のため、氏名照合は「声だし」「指さし」で行う。自ら行った検体採取については検体認証を行う。

- (5) 上級医への相談をためらわない

特に救急当番、当直医師への報告、コンサルとすることをためらわない。病院として診療行為の結果を研修医だけの責任にはしないが、そのためにも上級医への報告は必ず行う。上級医には敬意を払い、コンサルトしっぱなし、仕事の丸投げ等にならないように心がける。

- (6) 研修医だけで無理な対応をしない

あらかじめ問題のある患者、虐待症例（疑いを含む）、事件性のある症例、休日・夜間に複数回受診する患者（いわゆるリターン症例）に関しては、上級医へ相談し、無理に帰宅対応せず経過

観察入院を含めたより慎重な対応をする。

(7) チームで医療を行っていることを自覚する

看護師、コメディカル、他医療機関や救急隊などは目的を共有するチームであり、真摯な態度で協力し合う。

(8) 専門職として守秘義務は厳格に守る

必然性のないカルテを興味本位で開かない。個人情報保護には十分に留意する（例：個人が特定されるようなものを公共の場所に置き忘れたりしない）

(9) 社会人として時間は厳守する

他人の時間を無駄にしない。休暇の申請・勤怠管理の打刻等を必ず行う。

(10) 困ったときには報告・連絡・相談

指導医、研修管理室、院長、臨床心理士などへの相談体制は整っている。無理に抱え込まない。

(11) インシデント・アクシデント発生後は適切な対応を行い、後にインシデントレポートの提出を速やかに行う。

第7章 診療上の安全確保体制

診療上の医療安全については、当院の事故防止対策マニュアルに従い、医療安全および事故防止に努める。万が一事故が発生した場合は、指導医または上級医に速やかに連絡し、指導医とともに患者の生命および安全を最優先として対応する。

7-1 診療上の安全確保体制

- 1) 研修医は、指導医または上級医（時間内は当該診療科の指導医または上級医、時間外は当直医または常勤医が在籍する全診療科の待機当番指導医・上級医）に常に相談し、指導を受ける体制とする。研修医は指導医および上級医との密な連携に努めること。
- 2) 各診療科の指導医・上級医は、前日の救急外来受診患者に係る当該診療科カルテの確認を行う。時間外救急診療で撮影されたCTについては、放射線科にて確認を行う。問題がある場合は、当直を担当した研修医に連絡する。研修医はインシデント報告を行うこと。
特に医療安全に関わる事項（当直終了後に判明した見落とし症例〔画像、検査データ等〕）については、速やかに病院安全推進室へ連絡し、その後の対応を依頼する。病院安全推進室の責任者はプログラム責任者に報告し、対応を行う。
- 3) 検査データのパニック値はオーダー依頼医に報告されるが、研修医に連絡が入る場合もある。異常値を含め、速やかに上級医へ報告すること。
- 4) 薬剤疑義照会：救急外来で処方した薬剤については、薬剤師が用量・用法等を確認し、疑義がある場合は連絡を受ける体制とする。
- 5) 暴力的な発言または行為により診療が妨げられる場合は、防災センターへ連絡し対応を依頼するほか、院内緊急コール（コードホワイト）を用いて迅速に対応する体制とする。
- 6) 研修医の転院搬送同乗について
必要に応じて、研修医が転院搬送に同乗する場合がある。実施にあたっては、ローテート診療科の部長および受入先診療科の部長の許可を必要とする。
また、研修医が単独で実施可能な処置を行う可能性がある場合には、担当医が実施時期および方法等について十分に説明すること。（P27（8）参照）
- 7) 研修医の診療に関する本人・家族への説明対応
原則として、研修医個人を説明の場に同席させない。
医療安全対応を除き、
 - ・入院患者については、当該診療科の部長または主治医が説明を行う。
 - ・救急外来患者については、救急部にて対応する。

(補足事項)

◆医療安全対応

事故防止対策マニュアル(電子カルテトップ画面:院内共通マニュアル → 医療安全 → 事故防止
関連 → 事故防止対策マニュアル)に従い対応する。

◆急変時対応

患者急変時は研修医単独で対応せず、速やかに指導医・上級医または現場の医師へ報告し指示を仰ぐこと。対応困難な場合は看護師に連絡を依頼する。必要に応じて院内緊急コール(コードブルー: PHS 8451)を使用する。急変対応後は診療科長へ報告すること。

◆暴力対応

暴力行為発生時は防災センターへ連絡、またはコードホワイトを発動する(コードブルーと同じ PHS 8451)。

7-2 医療事故発生時の対応体制

1) 医療事故発生時の対応

指導医または上級医へ速やかに報告し、所定の手続きを行う。患者の安全を最優先とし、迅速な対応に努めること。(医療安全管理運用マニュアル参照)

2) 針刺し・切創、血液・体液曝露時の対応

指導医または上級医に加え、ICT(感染対策チーム)へ報告し、所定の手続きを行う。

※事故防止対策マニュアルに従うこと。

3) 研修医の診療に関する本人・家族からの説明希望についての対応

研修医単独での説明は原則行わない。対応は7-1 7)に準ずる。

4) CT 相違・検査データパニック値報告・薬剤疑義照会

(1) CT・検査見落とし対応

研修医は時間外診療後、必ず画像レポートを確認すること。見落としが判明した場合は、直ちに病院安全推進室へ連絡し、インシデントレポートを提出する。

患者への連絡は、必ず事前に上級医または関係部署へ相談の上で行うこと。

(2) パニック値・血液培養陽性

結果はオーダー医へ報告されるが、研修医に連絡が入る場合もあるため、上級医へ報告すること。

血液培養陽性の場合:

- ・入院中または通院中: 担当医へ報告
- ・未受診: 研修医が連絡し受診を促す

※対応内容は必ずカルテに記載すること

問題があった場合は、研修管理室に連絡し対応を依頼する。＊連絡した内容は必ずカルテに記載すること。

（３）薬剤疑義照会

疑義照会があった場合は内容を確認し、必要に応じてインシデント報告を行うこと。

疑義照会（ぎぎしょうかい）とは、薬剤師が医師の処方箋に疑問や不備（用法・用量・重複・相互作用など）がある際、患者の安全確保のために処方医へ問い合わせる業務である。薬剤師法第 24 条で義務付けられており、確認が取れるまでは調剤が禁止されています。

【インシデントレポート報告制度】

インシデントレポート（ファントルくん）は、重大事故（アクシデント）を未然に防ぐことを目的とし、小さなインシデントの段階で対策を講じるための制度である。

人は誰でもエラーを起こしうることを前提に、原因分析（RCA：Root Cause Analysis）を行い、業務システムの改善および再発防止策の構築に活用する。

用語の定義

インシデント：日常診療の場で、誤った医療行為など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。

アクシデント：医療事故に相当する用語として用いる。

第8章 診療記録と承認

研修医が研修において患者を担当医として受け持ち、指導医の下で実際の診療に参加することは極めて重要である。さらに、研修医が実施された診療行為やそれに対する患者の反応をカルテに記録し、考察することは、診療能力の向上に資する。なお、カルテ記載は公的記録として重要なものであることを十分に認識し、適切に記載すること。

1) 診療記録について

日々の診療録（退院サマリーを含む）は速やかに記載し、指導医または上級医の指導・承認を受けること。入院患者の退院サマリーには、病歴、身体所見、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。

退院サマリーおよび中間サマリーを、症候および疾病・病態の研修実績の確認に用いる場合、考察の記載がない場合は、別途、考察を記載した文書を提出し補完すること。

2) カルテの記載方法と指導医の承認（カウンターサイン）について

カルテの記載および指示は、必ず指導医の承認を受けなければならない。記載後は指導医のチェック内容を確認し、今後の診療に活かすこと。また、誤りがあった場合は速やかに訂正すること。

ACSYS（アクシス：ICU 部門システム）は、麻酔科ローテーション中（平日勤務時間内に限る）、麻酔科医師の指導の下で入力（オーダーを含む）を許可する。麻酔科医師は研修医の指示入力に対して承認を行う。

※2年目の選択研修でICUをローテートしている場合に適用する。

3) 救急外来のカルテについて

- ① 患者選択前に、自身の専任指導医を選択すること。
- ② 外来事務で選択した診療科が不適切な場合は変更すること。
- ③ コンサルト先が複数にわたる場合は、主たる診療科を選択すること。
- ④ 指導医が専任指導医であっても、承認は各診療科で行う。

ナビゲーションマップ「共通」→「研修医カルテ承認」をクリック→一覧から内容を確認→差し戻しの場合は修正または削除を行う。

4) 入院患者のカルテについて

研修医は各診療科の主任部長または代表医師を指導医として入力する。各診療科の部長または代表医師（指導医間で役割分担）は、内容を確認しカウンターサインを行う。

5) 研修医サマリー

経験すべき症候（29 症候）および経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）の研修実績の確認は、日常診療で作成する研修医サマリーに基づいて行う。以下の内容を記載し提出すること。

- ① 領域とカルテ内容が一致していること
- ② 病歴が含まれていること
- ③ 身体所見が含まれていること
- ④ 検査所見が含まれていること（実施した場合）
- ⑤ アセスメントが含まれていること

経験すべき症候：

鑑別すべき疾患を挙げ、その根拠となるデータを示し、診断に至る過程を記載すること。さらに、最終診断の根拠を明示し、治療内容およびその経過についても、カルテを確認の上記載すること（外来で帰宅となり自身が継続診療していない場合も含む）。

経験すべき疾病・病態：

入院後経過とともに、診断および治療について考察を行うこと。

- ⑥ プランには退院時に実施した内容（診断、治療、教育等）を含めること
- ⑦ 考察を記載すること（文献を 1 つ以上参照）

注 1：手術要約

「経験すべき疾病・病態」のうち、少なくとも 1 症例は外科手術症例を含めること。以下を記載し、紙媒体で研修管理室に提出する。

- (ア) 患者年齢・性別
- (イ) 術前検査の主な所見
- (ウ) 術前診断
- (エ) 予定手術
- (オ) 手術日
- (カ) 術後診断
- (キ) 手術時間
- (ク) 出血量
- (ケ) 手術内容（特記事項）

(コ) 考察

注 2 : 研修医サマリーの評価依頼

電子カルテ内テンプレート→研修医ファイル→該当項目（29 症候または 26 疾病・病態）を選択する。

- ① シート 3 枚を記入する
- ② 全体付箋を付け、「研修医サマリー」フォルダ内に確定保存する
- ③ PG-EPOC に登録し、指導医に評価を依頼する
- ④ 指導医は内容を確認し、PG-EPOC 上で承認する（差し戻し時はコメントを入力）

※承認されるまで①～④を繰り返す

注 3 : 院外研修での症例

院外研修中に経験した症候・疾病・病態については、症例レポート（紙媒体）を作成し、当該施設で提出・承認を受けること。

※記載書式：院内共有フォルダ→404 研修医→研修医レポートひな形

6) 退院サマリー

- ① 担当患者が退院した場合は、必ず指導医（または主治医）の指導のもと退院サマリーを作成し、付箋を付けて「研修医サマリー」フォルダ内に確定保存する。
- ② PG-EPOC に登録し、指導医に評価を依頼する。
- ③ 担当終了時（患者が未退院のまま研修終了となる場合）はサマリーを作成し、退院サマリーとして仮保存する。（仮保存により、その後主治医が更新した場合でも研修医の記録が履歴として残る）

7) 診断書

死亡診断書、各種診断書、紹介状、返信の作成は研修必須項目である。作成にあたっては必ず主治医または指導医の指導を受け、連名（研修医／指導医または主治医）で記載すること。

診断書を発行する際は、研修医の ID でログインして作成する（電子カルテ上に履歴として記録されるため）。

8) CPC レポート

CPC は病理担当と臨床担当の 2 名 1 組で作成する。臨床担当は剖検前のプロブレムリストを提示し、剖検結果を踏まえて更新する（病理担当は展開不要）。考察はそれぞれの立場で記載すること。発表資料（スライド等）とともに、発表後 1 週間以内に研修管理室へ提出する。

※記載書式：院内共有フォルダ→404 研修医→研修医レポートひな形

9) 外科レポート

「経験すべき疾病・病態」のうち、少なくとも 1 症例は外科手術症例を含めること。

※記載書式：院内共有フォルダ→404 研修医→研修医レポートひな形→症例レポート（手術症例）

※レポートは印刷して研修管理室へ提出すること。

第9章 院内で行う研修・勉強会

9-1 救急での研修・当直に向けてのオリエンテーション・勉強会

- ・研修初期オリエンテーション
- ・当直開始前オリエンテーション（5月の当直開始前3日間）
当直勤務を行うために必要な知識を各診療科医師がレクチャーする。
- ・テクニカル教室（入職初期の数日間 16:00～17:15）
縫合やギブス固定、創処置等、研修初期から必要な医療処置についてシミュレーターを使用した講義・演習
- ・ICLS
1年目：年2回 4月（研修医全員）、年度内にもう一度参加する
2年目：年1回 プレインストラクター(各2名～3名)として参加
- ・外傷初期診療研修
＊すべて勤務時間内に実施します。
- ・研修医のための朝の症例検討会（毎月2・4回火曜日 7:30～8:00）
＊時間外手当を支給します。

9-2 医師臨床研修指導ガイドラインで必須の勉強会（院内で実施）

必須研修は時間外手当を支給します。

- ・アドバンス・ケア・プランニング（ACP）
- ・CPC
剖検の立ち合いとCPC（臨床病理検討会）
- ・院内で剖検症例が発生した場合には、当番表に従って、勤務時間帯に病理解剖に参加する。研修期間中1回は剖検の立ち合いをする。
- ＊CPCには、臨床担当（臨床データをまとめ、患者の病態を示す）と、病理担当（病理解剖 所見をまとめ診断する）として参加発表をする。
- ・医療倫理研修会（年2回）
- ・医療安全対策研修会（年2回）
- ・院内感染予防対策研修会（年2回）
- ・緩和ケア研修会
- ・虐待患者対応研修

9-3 登録医研修（必須）：院内資格取得のための研修会

- ・「中心静脈カテーテル挿入技術研修」 7月
詳細は中心静脈カテーテル挿入管理マニュアル参照
- ・「輸血研修」 2月
＊基本的に時間内に実施する。

9-4 その他、積極的参加を望む研修

勤務時間外に行われる症例検討会や抄読会や勉強会、講演会はできるだけ出席し、自己研鑽することを期待する。

- ・内科合同勉強会（毎月第1,3水曜日 17:00～）
- ・医師合同勉強会（隔月第2水曜日 17:00～）
「トピックス」「最近の症例」「他科の医師に知らせたい内容」「学会発表 内容」など各診療科医師の発表を聞くことができる。
- ・救急勉強会（救急部）：救急隊と合同で行う。（毎月第2金曜日 17:00～）
- ・キャンサーボード（第2木曜日 17:00～）
- ・キャンサーオープンカンファレンス（第1木曜日 18:00～）
院外の医師を交えてがん治療における「トピックス」や「困難事例の検討」などを行う。

【内科合同勉強会・片づけ】

＊勉強会等の準備（勉強会などは研修医が積極的に準備・片づけをすること）

1. 部屋の確認と準備

- ①講堂 A・B・C の場合はマイク・ポインター等を管理課で借り、セッティングする。（プロジェクター・PC は講堂常設のものあり）

2. 参加者の名簿作成

管理課（経営企画担当側）の名簿作成ソフトが入った PC を借りる。

＊使用方法是 PC デスクトップに記載してある。

3. 研修参加者の報告

研修終了後（翌日で可）、名簿を USB に取り出し、研修管理室に提出（参加確認のため必要）

＊名簿作成ソフト入りの PC を借りることができなかった場合は、手書きで可。

【朝の症例検討会 担当者の役割】

1. 発表症例を指導医（救急部医師・研修管理室医師）に指導を受けながらまとめ、プレゼンテーションできるように準備する。
2. 7 日前までには、発表テーマを決め研修管理室に連絡する。（研修管理室から関連医師に参加依頼をする。）
3. 発表前日夕にスキルスラボの準備をする。
電子カルテ：両サイドのモニター パワーポイントはスクリーンに投影（院内共有フォルダー内で作成した場合、医療情報室で USB にデータの取り出しが必要）
4. 片づけはローテートの開始時間に間に合う診療科の研修医が行うこと。
参加者名簿を作成し研修管理室に報告する。

9-5 委員会参加

（業務として参加：時間外に及ぶ場合、時間外手当申請可能）

病院では、日常業務が安全スムーズに行われるよう各種委員会が組織されている。研修医は委員として参加し、日常診療が多職種の協力の下成り立っていることを理解し、委員会の構成メンバーとしての役割を学ぶ。

9-6 倫理カンファレンス・デスカンファレンス等

ローテート先の病棟で、倫理カンファレンス・デスカンファレンス等が行われる時には研修医にも連絡があるので、できるだけ参加すること。

第 10 章 勤務環境

10-1 雇用形態

常勤（会計年度任用職員）

10-2 研修医の処遇

次に示すものは、令和 8 年 4 月現在の状況であり、条例、規則等の改正により変更されることがあります。

1) 給与(年収)

1 年目 750～800 万円程度
(月額約 60 万円 当直・時間外勤務手当含む)
2 年目 800～850 万円程度
(月額約 67 万円 当直・時間外勤務手当含む)

2) 賞与(2 回/年)

1 年目 年間約 90 万円
2 年目 年間約 150 万円

3) 手当

地域手当、時間外勤務手当、退職手当、特殊勤務手当が支給されます。

4) 勤務時間

8 時 30 分～17 時 15 分（休憩時間：1 日につき 60 分間）

5) 週休日及び休日

土曜日、日曜日、国民の祝日に関する法律（昭和 23 年法律第 178 号）に規定する休日
12 月 29 日～1 月 3 日

10-3 休暇

年次有給休暇	年間 12 日	
特別休暇	厚生休暇……3 日	産前産後休暇……各 8 週間
	結婚休暇……5 日	妻の出産……2 日 忌引き等

- (1) 休暇申請にあたっては、ローテート科の部長医師の許可を得ること。業務および研修に支障が生じないよう十分に配慮すること。事前に休暇処理簿へ記入すること。
- (2) 体調不良等により欠勤する場合も、本人がローテート科の部長医師および研修管理室へ連絡すること。なお、後日、休暇処理簿へ記入すること。
- (3) 研修医が研修期間中に妊娠した場合は、適切な時期に指導医またはプログラム責任者（研修管理室でも可）へ報告すること。プログラム責任者は、研修医の健康状態に配慮し、必要に応じてローテーションや当直業務の調整を行う。
- (4) 妊娠および出産（本人または配偶者）の場合、育児休業を取得することができる。育児休業の取得を希望する場合は、研修管理室へ申し出ること。

10-4 当直

- (1) 宿直 5～6 回/月 日直 1～2 回/月

日直時間帯（休日の昼間） 8 時 30 分～17 時 15 分

宿直時間帯（夜間） 17 時 15 分～翌日 8 時 30 分

* 当直は一人 6～7 回/月程度とし、上限 10 回/月までとする。

この回数を超えるものについては、研修管理室長の許可を要する。

日当直の回数については、研修医間の回数差が 2 回以内となるよう調整すること。

万一、回数差が生じた場合には、3 か月以内に当直表を調整し是正し、救急当直研修の機会に偏りが生じないようにすること。

交代は病気や忌引き等やむを得ない場合のみとする。

また、外部研修病院での研修期間中の当直は、規定の範囲内でのみ実施すること。

注：勉強会、研修会、検討会などの研修・自己研鑽の機会は逃さないように。

- (2) 協力病院研修医「たすきがけ」の日当直について

協力病院からの「たすきがけ研修医」のうち、当院での研修を途中から開始する者（2 年次からの研修医を含む）については、当院での研修開始後 3 か月目より、日当直メンバーの一員として日当直業務を担当するものとする。

なお、1 年次当初より当院で研修を開始している「たすきがけ研修医」については、本規定の対象外とする。

また、日当直業務に不安がある場合には、個別に相談のうえ調整する。

10-5 時間外勤務

勤務時間は以下のとおりである。

平日日勤 8:30～17:15

当直 0:00～8:30（17:15～24:00 は時間外勤務とする）

日直 8:30～17:15

上記以外の時間を時間外勤務の対象とし、各自で時間外申請を行うこと。

時間外勤務手当が支給されるのは、以下の場合に限る。その他の研修等については自己研鑽扱いとする。

- ・平日日勤終了後、患者対応等により勤務が延長した場合
- ・集合研修（医療安全管理 年 2 回、感染管理 年 2 回、医療倫理 年 2 回）および研修医の必須研修に該当する勉強会等に参加した場合
- ・当直明けの 8:30～17:15 に勤務した場合
- ・日直終了後、17:15 以降に勤務した場合
- ・委員会に参加し、かつそれが時間外に実施された場合
- ・勤務時間外に緊急呼び出しを受け対応した場合

10-6 宿舎

ワンルームマンション形式（病院敷地内、平成 10 年建築）

1 部屋当りの面積 約 40㎡ LD 約 12 畳、キッチン 3 畳

男女共用

家賃 月額 22,000 円 （専用駐車場あり 月額 2,000 円）

宅配 BOX あり

注意事項

次年度研修医の入宿準備のため、研修医 2 年目は 2 月末までに退居してください。

敷地内は火気厳禁です（花火・バーベキュー等は禁止）。

他者への迷惑行為が認められる場合は、退去していただくことがあります。

10-7 社会保険

健康保険……………都市職員共済組合に加入

年金……………厚生年金に加入

雇用保険……………研修医 1 年目の 9 月まで加入

労働災害……………地方公務員災害補償適用

* 労働災害の保険料は病院が負担します。

10-8 健康管理

春（X線）、秋（血液、尿、眼科健診）等職員健診を実施
臨床心理士によるカウンセリング（メンタルヘルス等の相談）

* 急病などによる出勤困難等については研修管理室に必ず連絡し、対応を相談すること。

10-9 研修医医局

研修医専用室となっている。

男性・女性それぞれに休憩室あり。

10-10 学会出張等の補助

職務遂行能力の向上を図るために学会・研修会に参加する場合は、春日井市民病院自主研修補助費として旅行費用・参加費の補助あり。

（1）労働として参加する研修会

上司の命令により参加する研修会

業務上参加が必要となる研修会

「研修会（業務）参加申請書」（院内共有フォルダ→404 研修医→申請書・報告書フォルダ）
に研修の概要（ホームページの開催概要、参加費の支払い方法、プログラム等）を添付し、
管理課庶務課に随時申請する。

（2）自己研鑽として参加する学会等

上司の命令によらず自主的に参加する学会等

* 上司や先輩に推奨されているものであっても、業務上必要でない場合は一般に労働には該当しない。

* 発表等の役割があっても、業務上必須でない場合は労働には該当しない。

別紙「自主研修補助費の概要」参照し、管理課庶務課に随時申請。

（3）学会員登録費は個人負担

注）学会参加は、日常診療・研修業務に支障がないように、該当科および研修医間で事前に調整すること。

10-11 地域医療等の院外研修の交通費の支給について

交通費補助あり（自家用車使用 30 円/Km、公共交通機関バス・JR 等の実費）

* 翌月、宿泊・交通費が振込まれる。

詳細は 2 年目地域医療研修オリエンテーションにて説明する。

10-12 白衣・ユニフォーム

ドクターコート 各自 3 枚貸与（退職時に返却すること）

スクラブ（洗濯など病院管理）スクラブは毎日洗濯可能、

10-13 賠償責任保険

次の保険に加入しています

病院賠償責任保険…医療事故により病院（開設者）の賠償責任を補償する保険

勤務医師賠償責任保険…医療事故により勤務医個人の賠償責任を補償する保険

10-14 アルバイトの禁止

医師法第 16 条の 2 第 1 項では、「診療に従事しようとする医師は臨床研修を受けなければならない。」同法第 16 条の 3 で「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。」と規定されている。したがって、研修期間中にアルバイトをすることはできない。

以上は令和 8 年 4 月現在の状況であり、条例、規則等の改正により変更されることがある。

第 11 章 施設等

11-1 研修医室

- (1) 休憩/更衣室（男女別）、ミニキッチン、冷蔵庫、電子レンジ、湯沸かし器
- (2) 各自ロッカー・机
- (3) 仮眠用ソファ 2 台
- (4) 空気清浄機
- (5) インターネット利用可能な PC1 台、電子カルテ端末 2 台、院内ネットワーク PC1 台
- (6) プリンター 2 台
- (7) 清掃は委託業者により 1 回/週

11-2 救急外来仮眠室

救急外来に 4 部屋の仮眠室あり

11-3 図書室

(1) 蔵書

①雑誌 外国雑誌（電子）13 タイトル、国内雑誌冊子 40 タイトル（2026 年 4 月現在）

②図書 約 7842 冊（和書 7309 冊、洋書 533 冊）

③臨床支援ツール

UpToDate

Clinical Key

ナーシングスキル

④データベース、電子ジャーナル

医中誌

メディカルオンライン

医書. Jp オールアクセス

SpringerLink

Ovid Online Journals

その他電子ジャーナル各種

* 院内のインターネット PC から利用可能。一部自宅からのアクセス可能

(2) PC、周辺機器

院内グループウェア端末 4 台

周辺機器 レーザープリンター（カラー） 1 台

インターネット端末 5 台

周辺機器 インクジェットプリンター（カラー）1 台、スキャナー 2 台

電子カルテ端末 2 台

周辺機器 レーザープリンター（白黒）1 台

複写機 1 台（費用は自己負担）

（3）蔵書検索

（4）文献の取り寄せ

当院に所蔵のない文献については取り寄せ可能

取り寄せ費用

患者治療の参考にするもの…公費負担

自己研鑽・学会発表の資料…自己負担

11-4 院内の Wi-Fi 環境

医局、図書室で Wi-Fi 使用可能

11-5 多目的室・スキルスラボの活用について

1) 多目的室・スキルスラボでできること

・シミュレーターを使用した実技練習

（1）室内で使用するシミュレーター

皮膚縫合練習キット

中心静脈路確保シミュレーター

吸引シミュレーター

男性導尿模型

女性導尿シミュレーター

骨髄穿刺シミュレーター

気管内挿管シミュレーター（挿管セット一式）

ルンバールシミュレーター

採血・静注練習キット

(2) 持ち出し可能な機材

以下の機材は貸出・持ち出しが可能

蘇生人形（上半身、リトルアン）

AED トレーナー（FR2）

かんたん君

嚥下メカニズム模型

骨髄穿刺シミュレーター

ルンバール君

気道管理トレーナー

・インターネットを利用した講習参加

インターネットを利用した講習参加（オンライン講習の受講）が可能

第12章 事務手続きについて

12-1 出退勤記録の運用について

職員は個人に配布されたIDカードを電子打刻（病院出入口のノートパソコン）にかざし出退勤を記録する。

【注意事項】

- ・打刻漏れがあれば速やかに研修管理室へ申告をすること。
- ・研修管理室で履歴を確認し打刻漏れがあれば欠勤扱いになる可能性がある。

12-2 休暇処理

1年間に12日の年次休暇と、3日間の厚生休暇がある。また、特別休暇として、結婚、産前・産後、忌引き休暇などがある。

- *産前・産後・育児休業等については子育て・介護ガイドブック（グループウェア→文書管理→その他→例規・通知→人事課通知→子育て・介護ガイドブック）参照
- ・年次休暇は1時間単位から取得可。（使用しなかった分は翌年への持越し可）
- ・厚生休暇は1日単位で取得可。（使用しなくても翌年への持越し不可）
- ・休暇を取得する場合は、研修先（診療科）の部長医師に許可を得て、事前に研修管理室の休暇処理簿の記載をする。（事前に記載がない場合、欠勤扱いとなるため注意）
- 特別休暇取得の場合は、研修管理室まで申し出ること。

*急用、急病等で休む時は電話で研修管理室（内線 3385 外線 0568-57-0160）に連絡をすること。

12-3 時間外勤務の申請

時間外勤務は、研修医の健康管理および長時間労働の防止を目的として、適切に管理・申請を行うこと。

1) 勤務区分

勤務時間の区分は以下のとおりとする。

日直：8:30～17:15

当直：0:00～8:30 17:15～24:00：時間外勤務として扱う

※上記以外の時間帯に行った業務は原則として時間外勤務の対象とする。

2) 基本原則

時間外勤務は以下の原則に基づいて運用する。

- ・健康管理および長時間労働防止を目的とする
- ・勤務時間帯をまたぐ業務は、原則として引継ぎを行う

3) 時間外勤務の実施条件

時間外勤務を行う場合は、責任指導医の事前の指示が必要である。

通常勤務終了後に 1 時間を超える業務を行う場合

→ 責任上級医の業務延長命令を受ける（口頭可）

4) 申請手続き

1 時間を超える時間外業務時間外勤務は所定の手続きに従い申請する。

使用書類：「研修医時間外業務延長申請・命令・報告書」※書類は院内共有フォルダに格納

【手順】

1. 業務前：上級医の命令を受ける
2. 業務後：書類を作成する
3. 研修管理室へ提出する
4. 研修管理室長が確認・承認する

5) 時間外勤務の対象外（自己研鑽）

- ・院内勉強会・カンファレンス（自主参加）
 - ・自主的なローテーション延長
 - ・文献調査・症例検討などの自己学習
- ※時間外申請は「指示・命令に基づく業務」のみ対象。

6) 時間外勤務が発生する主な例

- ・責任指導医の指示・命令に基づく業務
- ・集合研修（職員全体必須研修）への参加
 - ・安全管理（年 2 回）
 - ・感染管理（年 2 回）
 - ・医療倫理（年 2 回）
- ・時間外に実施された委員会への参加
- ・勤務時間外の緊急呼び出し
- ・休日の就職説明会への参加

12-4 代償休息・代休申請について

金曜日、土曜日、祝前日の当直勤務の場合には、代償休息が発生する。

宿直時間は 17:15～8:30 とし、17:15～24:00 を時間外勤務、24:00～8:30 を勤務時間とする。

代休制度は、原則として代休取得（休暇取得）を基本とするが、状況に応じて休暇を取得するか勤務するかを選択し、下記の所定の手続きに従って申請すること。代休制度は、原則として代休取得（休暇取得）を基本とするが、状況に応じて休暇を取得するか勤務するかを選択し、下記の所定の手続きに従って申請する

【申請方法】

当直勤務の発生日の翌月末までに、※研修医代休申請書に代休を取得するか、代休を取得せず勤務するかを選択し記載をする。

【制限事項】

その月の時間外労働が 80 時間を超える見込みの場合は、「休まない」（代休を取得せず勤務する）」の申請はできません。代休取得が必須となります。

発生日の翌月末までに申請が行われなかった場合、該当する代休はすべて「代休取得」として処理されます。

【代休申請書の申請方法】

院内共有フォルダ→011 医師勤務割票→研修医 1 年目 or 2 年目研修医から申請する。

【時間外勤務及び休日勤務の申請方法】

院内共有フォルダ→010 医師出務簿

12-5 学会出張手続き

学会・研修会の補助参照

12-6) 地域医療等の院外研修の交通費の申請方法

- ・通勤に自家用車使用の場合、「公務使用に係る自家用自動車届出書」を研修管理室に必ず提出する。（春日井市職員に係る自家用自動車の公務使用に関する取扱要綱に基づく）既定の交通費が翌月に支給される。
- ・公共交通機関利用の場合、実費が翌月に支給される。バスの時間がないなど、やむを得ない理由でタクシーを利用した場合はタクシー代が支給されるので領収書を研修管理室に提

出する。

12-7) 研修医宿舎の入室・退室について

- ・ 研修医は基本的に研修医宿舎に入室する。その際、住民票は宿舎の住所に移すこと
(法律第 218 号(昭和 26・6・8) 第一条 この法律は、市町村においてその住民を登録することによって、住民の居住関係を公証し、その日常生活の利便を図るとともに、常時人口の状況を明らかにし、各種行政事務の適正で簡易な処理に資することを目的とする。)
- ・ 研修医宿舎は、次年度の研修医の入所のため 2 年次の 2 月中に退居となる。それまでに次の住居を確保すること。
転居先が通勤できない場所である場合、一時的に宿舎を貸与することもできるため早めに管理課施設担当者に相談すること。
- ・ 退居・転居の手続きについては、管理課施設担当へ。

第 13 章 研修の中断および再開

臨床研修の中断とは、現に臨床研修を受けている研修医について研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の途中で臨床研修を長期にわたり休止すること、又は中止することをいう。

13-1 研修プログラムの中断

研修管理委員会の勧告

- (1) 研修病院の問題で研修プログラムの実施が不可能な場合。
- (2) 研修医が臨床医としての適性を欠き、指導・教育によっても、なお改善が不可能な場合。
- (3) 妊娠、出産、育児、傷病等の理由で研修を長期にわたり休止または中止する場合。

研修医からの申し出による中断

研修医自身の申し出により、中断が認められる場合

- (1) 妊娠、出産、育児、傷病等の理由で研修を長期にわたり休止または中止する場合。
- (2) 研究、留学などで研修を長期にわたり休止または中止する場合。
- (3) その他正当な理由がある場合。

13-2 中断の手順と報告

研修管理委員会は中断が必要と判断した場合、研修管理者に勧告する。研修管理者は、中断をする場合、速やかに該当研修医に臨床研修中断証（厚生労働省 臨床研修に関する条例の施行：様式 1 1）を発行する。研修管理者は該当研修医の再開の支援を含む適切な進路指導をする。さらに、臨床研修中断報告書（厚生労働省 臨床研修に関する条例の施行：様式 1 2）及び当該中断証の写しを、管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付する。詳細は施行通知に従う。

13-3 臨床研修の再開

臨床研修を中断した者は、自己の希望する臨床研修病院に、臨床研修中断証を添えて臨床研修再開を申し込む。当該管理者は、研修再開の日から起算して 1 ヶ月以内に、履修計画表（厚生労働省 臨床研修に関する条例の施行：様式 1 3）を、管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付する。詳細は施行通知に従う。

第 14 章 研修プログラムの修了

14-1 研修修了を満たす認定基準

1) 研修休止が90 日（春日井市民病院の外来休診日は含まない。）を超えていないこと。

2) 研修実施期間の評価及び履修認定基準

各研修分野の履修は所定の研修期間を満たすことを原則とする。ただし、年次有給休暇、病気休暇その他やむを得ない事由による短期間の欠席については、当該診療科における研修実績及び到達目標の達成状況を総合的に勘案し、研修管理委員会の審議を経て、所定の研修期間を満たしたものとみなすことがある。なお、当直、日当直又は宿日直勤務に伴う勤務間インターバル、代償休息その他勤務管理上必要な休息は欠勤日数に算入しない。

3) 厚生労働省が定める臨床研修の到達目標に定められている、経験すべき症候（29 症候）及び経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）を全て経験し、病歴要約の確認が指導医によってなされていること。（少なくとも1例は外科手術に至った症例（手術に至ったというだけでなく、術前・術後管理に参加した症例であり、原則として外科ローテート中の症例を選択する）であること。

4) **評価表（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）の各項目は原則として3以上を目安とする。各診療科及び各地域協力病院・施設等の評価結果を総合的に判断し、「臨床研修の到達目標」に達しているかを判断する。**

4) 研修修了に必要な経験を修了していること。

（1）臨床検査研修、チーム医療研修、予防医療研修を経験している。

（2）一般外来研修の実施記録表で20日以上経験している。

（3）診断書、死亡診断書、紹介状等を必ず1例以上経験していること。

（4）剖検に1例以上参加していること。

（5）CPCレポートを提出していること。

（6）外科症例レポートを提出していること。

（7）分娩の経験（経膣分娩と帝王切開合わせて5例）

（8）その他：勉強会・研修会・検討会・学会への参加状況を加味して修了を判定する。

* 研修修了時に未達項目が残る可能性がある場合には、研修期間中に既達となるように研修プログラム責任者、研修管理委員会は最大限努力する。最終判断は研修管理者によって研修修了の可否を決定する。

* 研修管理者は、研修医が以下に定める各項目に該当する場合は修了と認めてはならない。

① 安心、安全な医療の提供ができない・責任感の欠如

例) 多職種との協働ができない

診療チームの一員としての責任感がない

患者や家族に対する態度の問題

指導医の指摘を受け入れる姿勢の問題

② 法令・規則が遵守できない者

例) 欠席・遅刻するなど責任感がない

守秘義務が守れない

社会的カテゴリーに基づく差別

利益相反による弊害

院内指針が遵守できない

医療者としての服装（身だしなみ）の問題

不正行為への関与等

【研修の目標達成への支援】

1) 研修医の評価

- ・ 各科ローテーションごとに研修医評価票に従って指導医ならびに指導者より評価を受ける。

→研修プログラム責任者は指導医・指導者からの評価・コメントに目を通し、次のローテーションの際に活かす。

- ・ 剖検数（1例以上/2年間）

- ・ 年2回のプログラム責任者・副プログラム責任者面接にて上記評価結果にもとづくフィードバックと研修の進捗確認（臨床手技の習得状況の確認）を受けている。

→プログラム責任者は臨床手技の経験が不足している場合、研修中に目標達成できるように調整を行う。

2) 研修医による評価

- ・ 研修医はローテーションごとに研修科評価票に従って診療科ならびに指導医・指導者の評価を行う。

この結果をもとに研修管理委員会・研修医教育ワーキング等で話し合い、研修プログラム・指導体制の改善に役立てる。

14-2 研修修了証の交付

- 1) 評価は、研修実施期間の評価及び臨床研修の目標の達成度の評価に分けて行う。両者の基準が満たされた時に修了と認める。

- 2) 研修医の研修の修了に際し、プログラム責任者は、研修管理委員会に対して研修医毎の臨床研修の目標の達成状況を報告し、その報告に基づき、研修管理委員会は研修の修了認定の可否についての評価を行う。
- 3) 研修管理委員会は、研修医の研修期間の修了に際し、臨床研修に関する当該研修医の評価を行い、研修管理者に対し、当該研修医の評価を報告する。
- 4) 管理者は、研修医が臨床研修を修了したと認めるときは、当該研修医に対して臨床研修修了証（厚生労働省 臨床研修に関する条例の施行：様式 14）を交付する。
- 5) 管理者は、臨床研修修了証の交付後 1 月以内に、臨床研修修了証を交付した研修医の氏名及び生年月日を記載した臨床研修修了者一覧表を管轄する地方厚生局健康福祉部医事課に提出する。また、修了した研修医に医籍への登録の申請を行うよう励行する。

第15章 臨床研修の未修了

研修期間の終了に際する評価において、研修管理者が臨床研修を修了したと認めない場合は未修了となり、原則として、引き続き同一の研修プログラムで研修を行うことを前提とします。未修了となる場合は、あらかじめ管轄の地方厚生局健康福祉部医事課に相談し、未修了と判断した場合は速やかに通知します。

(1) 修了要件を満たしていない場合

プログラム責任者が修了要件を満たしていないと判断した場合、研修管理委員会に報告し、研修管理委員会にて判定を行う。未修了なのか中断なのかについては本人の意向を確認の上、研修管理委員会で決定する。（研修の中断とは、現に臨床研修を受けている研修医について研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の途中で臨床研修を長期にわたり休止すること、又は中止することをいう。）

未修了の場合、延長期間の対応は以下の通りとする。

(2) 修了に必要な書類が不足している場合

必要な書類がすべて提出された時点で臨時研修管理委員会を開催し、修了認定を行う。

(3) 各研修分野の履修期間が不足している場合

各研修分野において不足する期間について追加研修を行うものとする。追加研修修了後、研修管理委員会において研修実績及び到達目標の達成状況を審査し、臨床研修の修了を認定する。

(4) 到達目標を達成していない場合

「不合格」と判定された診療科、又は到達目標で達成されていない項目に関連する診療科での研修を決定する。延長期間の研修については、目標を達成した時点で当該診療科から研修管理室に報告を受け、臨時研修管理委員会を開催して、修了認定を行う。

(5) 休止期間の上限（90 日）を超えた場合

研修休止が長期にわたった場合、研修管理室と人事課で休止期間の確認を行い、上限を超えるおそれがある場合は、研修管理室より研修管理委員会に報告する。未修了なのか中断なのかについては本人の意向を確認の上、研修管理委員会で決定する。なお、未修了と判定された場合、研修期間を延長して必要履修を受けさせることとなるが、その延長期間を履修しても当該目標に達していない場合は、達成が見込める期間分、研修をさらに延長しなければならない。

* 研修中断となった研修医については、当院での再開、あるいは他の臨床研修病院を紹介する等の支援を含め、適切な進路指導を行う。中断した研修医は、当院を含めて、自己の希望する研修病院に、臨床研修中断証を添えて、臨床研修の再開を申し込むことができる。臨床研修中断証は病院長名で作成され、その発行は研修管理室が行う。臨床研修中断証を受けた臨床研修病院が研修を受け入れる場合は、当該臨床研修中断証の内容を考慮した臨床研修を実施しなけ

ればならない。

第 16 章 研修医の募集・採用に関する要綱

16-1 募集方法

研修医の募集については、広く公募することとします。

公募の方法は、市民病院ホームページに掲載し周知を行います。

医師臨床研修医マッチングに参加するとともに、公益財団法人 医療研修推進財団（**PMET**）等により臨床研修プログラムを公表します。

16-2 募集定員

10 名

16-3 選考方法

選考は、面接試験、適性検査及び書類審査により実施し、総合的に評価します。

面接試験の試験官は、院長、プログラム責任者、プログラム副責任者、看護局長、事務局長、その他院長が指名した者から決定することし、複数職種の職員により構成します。

16-4 採用内定者の決定

臨床研修マッチングシステムを利用し、マッチングが成立した者を採用内定者としてします。

16-5 採用手続き等

採用内定者とは仮契約書を締結し、医師国家試験の合格により正式採用を決定します。ただし、医師国家試験に不合格であった者については、仮契約を解除します。

16-6 欠員が出た場合

欠員が明らかになった場合は、追加募集を行います。

第 17 章 研修修了後の進路

1) 本人の希望があり当院が認める者は、さらに専門的な診療能力を修得するために、新専門医制度における専攻医となることができる。

当院は各診療科において専門研修の基幹病院もしくは連携施設となっており、幅広い領域で専門医取得を目指すことができる。そのため、研修修了後も各診療科専門医取得への多様なキャリアパスを選択可能である。

大学院進学、他の医療機関で更なる研修を希望する場合は進路選択の相談に応じ、必要時には推薦状を交付する。

2) 研修管理室は、当プログラム研修修了者の修了後の進路を定期的（2 年ごと）に把握し、研修修了者名簿を作成する。

【春日井市民病院内科専門研修プログラム】

愛知県尾張北部医療圏の中心的な急性期病院である春日井市民病院を基幹施設として、近隣医療圏の 15 施設が連携している。

本プログラムでは、標準的かつ全人的な内科診療能力の修得に加え、各サブスペシャリティ領域へのスムーズな移行を見据えた研修体制を整備している。そのため、内科専門医に加え、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、脳神経内科、糖尿病・内分泌内科、腎臓内科などのサブスペシャリティ領域への進路選択が可能である。

【春日井市民病院麻酔科専門研修プログラム】

本プログラムは、名古屋大学医学部附属病院、藤田医科大学病院、愛知医科大学病院、日本赤十字愛知医療センター名古屋第二病院、中京病院、中部労災病院の麻酔科専門研修プログラムの専門研修連携病院である。

麻酔科医に必要な麻酔はもちろん、集中治療、心臓麻酔、ペインクリニックのほか、論文の読み方、学会発表、臨床研究などの知識、経験を「系統的に」「短期間で」修得することを目標としている。

当院には麻酔学会指導医・専門医・心臓血管麻酔専門医、Advanced PTEeXAM、集中治療専門医、J-RACE、JBPO、小児麻酔認定医、MPH 取得者（京都大学公衆衛生大学院卒）が在籍しており、きめ細やかな指導を受けることができる。

【その他の診療科の専門研修について】

当院は内科および麻酔科に加え、その他の各診療科においても専門研修連携施設となっている。

そのため、初期研修修了後は、外科、整形外科、小児科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線診断科、病理、救急科の幅広い診療科において専門医取得を目指すことが可能である。

各診療科においては、基幹施設および関連施設と連携し、専門医取得に必要な症例経験および指導体制が整備されており、個々の志向に応じた柔軟なキャリア形成を支援している。

第 18 章 研修記録の保管・閲覧

1. 研修医に関する個人情報、研修情報は、研修修了日（中断日）から永年保管する。（PG-EPOC・電子カルテにて確認することができる）

研修医サマリー担当診療科

No.	項目	担当科
1	ショック	内科6科、産婦人科
2	体重減少・るい瘦	内科6科
3	発疹	皮膚科、小児科等
4	黄疸	消化器内科、外科
5	発熱	内科、小児科等
6	ものの忘れ	脳神経内科、脳神経外科
7	頭痛	脳神経内科、脳神経外科
8	めまい	脳神経内科、脳神経外科
9	意識障害・失神	脳神経内科、脳神経外科
10	けいれん発作	脳神経内科、脳神経外科、小児科
11	視力障害	眼科等
12	胸痛	循環器内科
13	心停止	循環器内科
14	呼吸困難	呼吸器内科、小児科
15	吐血・喀血	消化器内科、外科、呼吸器内科
16	下血・血便	消化器内科、外科
17	嘔気・嘔吐	消化器内科、小児科
18	腹痛	消化器内科、小児科、外科、産婦人科
19	便通異常(下痢・便秘)	消化器内科等
20	熱傷・外傷	外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科
21	腰・背部痛	整形外科
22	関節痛	整形外科
23	運動麻痺・筋力低下	脳神経内科、脳神経外科、整形外科
24	排尿障害(尿失禁・排尿困難)	泌尿器科
25	興奮・せん妄	脳神経内科、もりやま総合心療病院
26	抑うつ	もりやま総合心療病院等
27	成長・発達の障害	小児科
28	妊娠・出産	産婦人科
29	終末期の症候	内科6科、外科
30	脳血管障害	脳神経内科、脳神経外科

No.	項目	担当科
31	認知症	もりやま総合心療病院等
32	急性冠症候群	循環器内科
33	心不全	循環器内科
34	大動脈瘤	循環器内科
35	高血圧	循環器内科
36	肺癌	呼吸器内科
37	肺炎	呼吸器内科、小児科
38	急性上気道炎	呼吸器内科、小児科
39	気管支喘息	呼吸器内科、小児科
40	慢性閉塞性肺疾患（COPD）	呼吸器内科
41	急性胃腸炎	消化器内科、小児科
42	胃癌	消化器内科、外科
43	消化性潰瘍	消化器内科
44	肝炎・肝硬変	消化器内科
45	胆石症	消化器内科、外科
46	大腸癌	消化器内科、外科
47	腎盂腎炎	泌尿器科、腎臓内科
48	尿路結石	泌尿器科
49	腎不全	腎臓内科
50	高エネルギー外傷・骨折	整形外科、外科、脳神経外科
51	糖尿病	糖尿病・内分泌内科
52	脂質異常症	糖尿病・内分泌内科
53	うつ病	もりやま総合心療病院等
54	統合失調症	もりやま総合心療病院等
55	依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）	もりやま総合心療病院等
56	CPC病理担当	
57	CPC臨床担当	
	* 内科6科：循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、糖尿病・内分泌内科、脳神経内科、腎臓内科	
	* 担当科に複数の科が書かれている場合は、いずれかのローテートで記載する。	

第 19 章 医の倫理

医師として常に念頭に置き考慮して診療・研修にあたることが望まれます。

医の倫理

医師の職業倫理、医師のあるべき姿として『ジュネーブ宣言』

患者の権利に関する『リスボン宣言』

臨床研究に携わる医師に対する『ヘルシンキ宣言』

世界医師会 (World Medical Association)

ジュネーブ宣言

1948年9月、スイス、ジュネーブにおける第 2回WMA総会で採択

1968年8月、オーストラリア、シドニーにおける第22回WMA総会で修正

1983年10月、イタリア、ベニスにおける第 35 回WMA総会で修正

1994年9月、スウェーデン、ストックホルムにおける第46回WMA総会で修正

2005年5月、ディボンヌ・レ・バンにおける第170回理事会および

2006年5月、ディボンヌ・レ・バンにおける第173回理事会で編集上修正

医師の一人として参加するに際し、

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

患者の権利に関するWMAリスボン宣言

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

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

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

序 文

医師、患者およびより広い意味での社会との関係は、近年著しく変化してきた。医師は、常に自らの良心に従い、また常に患者の最善の利益のために行動すべきであると同時に、それと同等の努力を患者の自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。

世界医師会（World Medical Association）

ヘルシンキ宣言 人間を対象とする医学研究の倫理的原則

- 1964 年 6 月 第 18 回 WMA 総会(ヘルシンキ、フィンランド)で採択
- 1975 年 10 月 第 29 回 WMA 総会(東京、日本)で修正
- 1983 年 10 月 第 35 回 WMA 総会(ベニス、イタリア)で修正
- 1989 年 9 月 第 41 回 WMA 総会(九龍、香港)で修正
- 1996 年 10 月 第 48 回 WMA 総会(サマーセットウェスト、南アフリカ)で修正
- 2000 年 10 月 第 52 回 WMA 総会(エジンバラ、スコットランド)で修正
- 2002 年 10 月 WMA ワシントン総会(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つ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てない限り、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风险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。