

東京都済生会中央病院 臨床研修プログラム

(2027 年度用)



社会福祉法人^{恩賜財団}済生会支部東京都済生会

東京都済生会中央病院
臨床研修管理委員会

＜東京都済生会中央病院臨床研修プログラム 目次＞

I. 東京都済生会中央病院の理念・基本方針	1
II. 臨床研修の理念・基本方針	1
III. 臨床研修プログラム	1
1) 研修プログラムの特色	1
2) 東京都済生会中央病院臨床研修プログラム 募集定員	2
3) 2027 年度研修医の募集及び採用方法	2
4) ローテーション表	3
5) 研修内容	4
6) 指導体制	4
7) プログラム管理体制	4
8) プログラム終了後のコース	6
9) 研修医の処遇	7
10) 資料請求先	8
IV. 臨床研修の到達目標、方略及び評価	9
I) 到達目標	9
II) 実務研修の方略	11
III) 到達目標の達成度評価	16
IV) 臨床研修の目標の達成度判定表	19
V. 病院概要	21
1) 当院の沿革	21
2) 協力型研修病院、研修協力施設の名称と概要	22
3) 指導医・上級医リスト	24
4) 諸学会認定施設	34
5) 各診療科の概要	37
(1) 総合病棟:総合診療内科病棟	37
(2) 脳神経内科	39

(3) 呼吸器内科	40
(4) 消化器内科	41
(5) 血液内科	46
(6) 腎臓内科	47
(7) 糖尿病・内分泌内科	49
(8) 腫瘍内科	52
(9) 循環器内科	54
(10) 心療科(精神科)	56
(11) 小児科	57
(12) 一般・消化器外科	58
(13) 産婦人科	60
(14) 麻酔科	61
(15) 救急診療科	62
(16) 心臓血管外科	63
(17) 呼吸器外科	65
(18) 脳神経外科.....	68
(19) 整形外科	69
(20) 皮膚科	70
(21) 泌尿器科	71
(22) 耳鼻咽喉科	72
(23) 放射線科・放射線治療科	73
(24) 病理診断科	75
(25) 地域医療	76
 (別紙 1) 卒後臨床研修共通目標達成に適した診療科	 78
(別紙 2) 研修医評価表、臨床研修の目標の達成度判定票	80

I. 東京都済生会中央病院の理念・基本方針

理念

「済生の精神」に基づいた思いやりのある保健・医療・福祉サービスの提供を通じて社会に貢献します。
（「済生の精神」とは、分け隔てなくあらゆる人々に医療・福祉の手を差しのべることです。）

基本方針

1. 地域の中核病院として、医療機関、福祉施設等との連携を密にします。
 2. 個人の権利を尊重し、相互信頼に基づいた医療を提供します。
 3. 職員が働きがいとプライドを持って、質の高いチーム医療を実践します。
 4. 医療従事者の教育と臨床医学の発展に貢献します。
 5. 保健・医療・福祉に恵まれない人々への支援に取り組みます。
-

II. 臨床研修の理念・基本方針

理念

「済生会」の持つ社会的使命の下、職員一同が自負と責任を持って、将来の日本の医療を支え、国民が求める保健・医療・福祉の負託に応えられる医師を養成します。

基本方針

1. 求められる目標を理解して研修に専念できるようにします。
 2. 自立と自律の心を養い、社会人・医療人としてのマナーを実践できるようにします。
 3. あらゆる状況でも医療安全と医療倫理を念頭に置いて行動できるようにします。
 4. チーム医療を自ら実践できるコミュニケーション能力と行動力を養います。
 5. 医師間のみでなく他職種を含めた相互教育を実践できるようにします。
-

III. 臨床研修プログラム

1) 研修プログラムの特色

第一の特徴は、プライマリケアの基本である内科研修及び救急研修(ER)に重点を置いている点にある。すなわち2年間で40週間の内科研修を確保するとともに、1年目に4週間、2年目に9週間のER研修、さらに夜間・休日の日当直を行うことにより自然に豊富な症例を経験することが可能である。内科は一般市中病院で遭遇する common disease 症例が豊富である一方、各サブスペシャリティとも専門性の高い診療を行っており、稀な疾患、高度な専門診療も経験することが可能である。また内科総合診療部門、及び総合病棟として位置づけられる総合診療内科病棟では診療科の区別なく診療を行っており、総合診療とし

ての内科診療も経験可能である。当院救急は三次救急(救命救急センター併設)を行なっているが、主体は一次および二次救急であり、プライマリケア症例が豊富である。内科とともにプライマリケアの基本を身につけることができるプログラムとなっている。

第二の特徴は、社会人・医療人として信頼・尊重される人材となるために、プロフェッショナルリズム醸成を重視している点である。到達目標にも示されている医師としての行動を決定づける基本的価値観として、社会的使命を意識し、社会に資する姿勢を育て、公平性・公正性、病める人への福利優先、他者への思いやり・優しさ、絶え間ない向上心を病院全体で育てることを目標としている。日常診療での経験、省察だけではなく、多職種共同で行うカンファレンス等を通じて醸成する。パターンリズムや徒弟制度(親方の背中を見て育つ)に陥りがちな古い医学教育体制から脱却し、次世代を担う新たな医療人を育成するシステムを構築することが、当院および済生会に課せられた義務と考えている。その上で“自立と自律”に表現されるように、自らを見つめ、自分の力で物事に対処し、自らを律することを学ぶことを目標としている。

第三の特徴は、教育指導体制の充実にある。各診療科に厚生労働省指定の指導医養成講習会を修了した指導医を配置し、直接、研修医の指導に当たっている。前述した総合診療内科病棟は、1年目に9週間、2年目に4週間のローテーションが義務づけられており、指導医・チーフレジデント・専攻医・研修医がチームとなって診療に当たっており、文字通り、屋根瓦方式の下、研修医が主体性を持って診療を行うことが可能である。屋根瓦方式は、救急外来および夜間の当直体制でも組まれており、相互教育を通して、切磋琢磨できる環境が整えられている。CPCを含む病理カンファレンス、病棟毎の新入院カンファレンスは充実しており、研修医対象の各種教育レクチャーや症例カンファレンスも数多く開催されている。診療手技シミュレーション、多職種共同でのワークショップなども行うカンファレンスも定期的に行っており、座学だけではない教育も展開している。さらに、医師生涯教育を目的とした全科網羅的な総合診療レクチャーも毎月1回開催されており、全院的な相互教育システムが確立されている。

第四の特徴は、プログラムの多彩さ、柔軟性にある。院内だけではなく院外での研修も通じて、より多くのことを経験できるプログラムとなっている。プログラム2年目には18週間の選択期間が用意され、1年目終了時点で、内科・外科を含む多くの診療科から、研修医自身が選択可能である。すなわち、将来の専門性・進路の如何に関わらず、将来を見つめた研修を自ら構築できるプログラムとなっている。

2) 東京都済生会中央病院臨床研修プログラム 募集定員 11名

3) 2027年度研修医の募集及び採用方法

別途定める『東京都済生会中央病院 臨床研修管理規程』に則り、2027年度臨床研修プログラムの研修医採用は、公募により行う。マッチング参加のため、2027年度の採用試験は2026年7月1日より応募開始、8月21日、22日、23日のいずれか一日に対面方式またはオンライン方式による面接試験を行う。また、面接日以前にオンライン方式による小論文試験日を別途設ける。採用試験担当者は、合議を経て採用予定者リストを作成し、マッチング協議会へ提出する。マッチングの結果、募集定員に定員割れが生じた場合には、病院ホームページに開示の上、二次募集を行う。

当プログラムでの臨床研修を希望するものは、当院ホームページ (<http://www.saichu.jp/>) にアクセスし、所定の応募用紙をダウンロードの上、応募規定に則り、決められた事項を全て記入の上、必要書類を添付

し、当院「人材育成センター臨床研修室」宛、郵送にて応募する(7月24日必着、募集要項は当院HPを参照)。

なお、当院の見学又は実習実績を応募条件としている。(見学又は実習は通年可、申し込みは当院「人材育成センター臨床研修室」へ)。

4) ローテート表

研修期間は、2027年4月1日より2029年3月31日までの2年間とする。この期間に、内科、一般・消化器外科、小児科、産婦人科、精神科(心療科)、救急診療科、地域医療、麻酔科などをローテート研修する。以下に、研修医配置予定図を示す(人員構成、選択構成により、変更の可能性あり)。

	1年次												2年次											
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
A	外科	外科	内科	内科	ER	内科	総診	総診	内科	小児	麻酔	内科	産婦	総診	選択	精神	地域	選択	ER	ER	選択	選択	内科	内科
B	麻酔	内科	外科	外科	内科	内科	ER	内科	総診	総診	内科	産婦	小児	精神	選択	総診	ER	ER	地域	選択	内科	選択	選択	内科
C	内科	内科	麻酔	内科	外科	外科	内科	内科	ER	精神	総診	総診	内科	小児	ER	ER	産婦	総診	選択	選択	地域	内科	選択	選択
D	総診	総診	内科	内科	麻酔	内科	外科	外科	内科	内科	ER	精神	選択	選択	小児	選択	内科	地域	産婦	総診	ER	ER	内科	選択
E	内科	内科	ER	内科	総診	総診	内科	内科	麻酔	産婦	外科	外科	ER	ER	地域	選択	小児	選択	精神	選択	内科	選択	内科	総診
F	内科	内科	内科	内科	内科	麻酔	内科	ER	総診	総診	外科	外科	総診	選択	ER	ER	精神	小児	選択	選択	産婦	地域	内科	選択
G	外科	外科	内科	内科	内科	内科	内科	麻酔	内科	ER	総診	総診	選択	内科	精神	産婦	ER	ER	小児	地域	総診	選択	選択	選択
H	総診	総診	外科	外科	内科	内科	内科	内科	内科	麻酔	小児	ER	選択	選択	内科	地域	総診	産婦	ER	ER	精神	内科	選択	選択
I	内科	ER	総診	総診	外科	外科	内科	内科	内科	内科	内科	麻酔	精神	産婦	選択	選択	選択	地域	総診	小児	ER	ER	選択	内科
J	内科	麻酔	内科	ER	総診	総診	外科	外科	内科	内科	精神	内科	選択	地域	総診	選択	内科	内科	選択	産婦	小児	選択	ER	ER
K	内科	内科	内科	麻酔	内科	ER	総診	総診	外科	外科	内科	小児	ER	ER	産婦	選択	選択	精神	内科	選択	選択	地域	総診	内科

- ※ 注1：当院のプログラムは、2004年度以前よりスーパーローテート方式である。特に、厚生労働省指定の臨床研修到達目標達成には、スーパーローテートは必須である。
- ※ 注2：1つのローテーション単位は1～3ヶ月（1ヶ月4週間を基本）を基本とする。選択科目は内科、小児科、精神科、一般・消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、乳腺外科、脳神経外科、整形外科、形成外科(皮膚科と合同)、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、病理診断科、麻酔科、救命より選択。
- ※ 注3：到達目標達成を優先するため、1年目の研修状況により、研修管理委員会が一部選択科を指定する場合がある。また診療科の事情や研修状況により、一選択科研修期間の上限が決められる場合もある。
- ※ 注4：ERは救急診療科(救急外来)。N棟はN4病棟(内科系総合病棟)。

◆ローテーションの一例

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	外科 (一般)	外科 (一般)	内科 (総診)	内科 (神経)	救急	内科 (呼吸)	内科 (総診)	内科 (総診)	内科 (消化)	小児	麻酔	内科 (循環)
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	産婦 (総診)	内科 (総診)	選択 (救命)	精神	地域	選択 (腎臓)	救急	救急	選択 (放射)	選択 (循環)	内科 (血液)	内科 (糖尿)

5) 研修内容

ローテート先における、週間スケジュールなどは「各診療科の概要」を参照のこと。なお、研修期間中の研修医診療行為については、別途定める『臨床研修医の診療行為規範』に則るものとする。

6) 指導体制

別途定める『東京都済生会中央病院 臨床研修管理規程』に則り、下記の如く指導体制を構築する。

(1) 指導医の資格・人数

指導医は、1) 臨床経験 7 年以上、2) 各専門領域の認定・専門医資格を有する、3) 厚生労働省の指定する指導医養成講習会を受講済み、の全てを満たす者から、院長が辞令を持って任命する(指導医リスト参照)。指導医に任命されたものは、別に定める指導医規程に則り、指導医の責務を果たさなければならない。なお、病棟・部署により、臨床経験 7 年未満の上級医が研修医の指導に当たる場面があるが、最終的な指導責任者は、常に上記資格を満たした指導医となる。

(2) 各科・病棟責任医の指導への関与

各科または各病棟の責任医(部長、医長、副医長)は、研修医の指導に当たる指導医および上級医と連絡を密に行い、研修がスムーズに進行するよう監督する。また病棟回診・病棟カンファレンスなどを通じて直接研修医にアドバイスや指導を行う。

(3) 患者への責任と指導医による監督

各病棟または各部署において、指導医 1 名に対して 1～3 名の研修医が配属される。基本的に、指導医もしくは上級医とのマンツーマンの指導体制が原則である。研修医 1 名あたりの入院患者受持数は 10 名前後で、研修医は受持医として診療に当たり、診療の最終責任は主治医である上級医または指導医が担う。病棟では、受持患者全員について毎日上級医または指導医との回診が行われるとともに、週 1 回の病棟責任医による回診が行われる。

外来教育は、内科総合および再診外来、各診療科外来、救急外来、夜間当直、地域医療実習で行われるが、いずれの場合も上級医・指導医の監督とカルテチェックが行われる。一般外来は内科総合・再診外来、外科、小児科外来、地域医療実習時の一般外来で行い、初診患者、再診患者の診療を通じて行われる。当直は、当初見習いとして開始されるが、研修医個人の力量を見極め、徐々に一人立ちできるよう指導医の介入の程度を引き下げていく。

(4) 指導者の指導への関与

外来・病棟における研修医指導には、看護師、薬剤師、検査技師、事務員などのメディカルスタッフも参加する。

7) プログラム管理体制

別途定める『東京都済生会中央病院 臨床研修管理規程』に則り、下記の如くプログラム管理体制を敷く。

1) 臨床研修の組織・構成・機能と運営方法

(1) プログラム責任者：総合診療・感染症内科担当部長、臨床研修室長 足立 智英

副プログラム責任者：腫瘍内科担当部長、臨床研修室員 船越 信介

(2) 臨床研修管理委員会(委員長：総合診療・感染症内科担当部長、臨床研修室長 足立 智英)

別途定める臨床研修管理委員会規程に則り、開催・運営される。主なものは下記の通り。

開催回数：年 3 回、臨時は随時

機能：臨床研修に関する重要項目を審議決定する機関。年に 3 回、臨床研修室に提出された研修医評価票が研修医評価の会、臨床研修室員会議にて総括され、報告される。それを受け同委員会では、研修医個人個人の目標達成度と課題が討議され、その内容は、研修医個人面接の場で本人にフィードバックされる。また本管理委員会では、研修医からの指導医・指導者評価が年 1 度報告されるとともに、PG-EPOC を通じた研修医による研修システム全般評価についても報告され、研修方略や評価法、システム全般にわたる見直しが行われる。

関係組織：本管理委員会には、下部組織として、別途規定する臨床研修室員会議がある。臨床研修室員会議は、研修プログラムの実行および補佐機関として設けられ、臨床研修が実際に円滑かつ効率的に運営されるよう、関係部署との調整や具体的プログラムの策定・実施を行う。

委員構成：研修教育責任者、プログラム責任者、副プログラム責任者、臨床研修室員、各診療科責任者、チーフレジデント、コメディカル指導者、事務部門責任者、協力型臨床研修病院および臨床研修協力施設の研修実施責任者、外部有識者

(3) 臨床研修室(室長、室員、専属事務員より構成)

① 業務

人事：研修医人事(ローテーション、評価、記録を含む)

業務：研修プログラムの立案・実施・管理、研修医指導、研修医個人面談(評価還元面接)、院内教育カンファレンス、研修資料と教育機材の調達・管理、指導医研修、補助金申請、指導医・指導者評価と記録など

② 運営方法

臨床研修管理委員会およびその下部組織である臨床研修室員会議の議決を受け、室長を最終責任者として、室員、事務員が協力して実務に当たる。臨床研修室員会議を毎月 1 回開催し(臨時は随時)、研修方略の検討、見直し、研修医の研修上の問題点などについて討議、改善策などを策定する。

2) 研修医の勤務規定、顕彰・処罰規定(処遇は後述)

研修医の勤務規定は、別途定める当院の『就業規則』ならびに『医師勤務手引』に準ずる。就業規則あるいは医師勤務手引に照らして著しく言動に問題のある場合は、臨床研修管理委員会の検討を経て、院内服務規律に準じて処罰される。

また臨床研修室には別途定める内規(『臨床研修室内規』)があり、研修医はその内規に則り、研修・業務に当たることが求められる。内規違反者に対しては、随時個人指導が行われる。

2 年間の研修終了時に優秀と認められた研修医は、別途定められる規定(『レジデント表彰規程』)に則り、臨床研修管理委員会より、表彰される。

3) 研修医評価体制

別途定める書式(PG-EPOC、研修目標評価シート)により、研修医は各々のローテーション終了時に、到達目標の到達度を自己評価し、臨床研修室に提出する。また指導医も研修医評価を行い、評価結果を臨床研修室に提出する。コメディカル(看護師など)もローテート中の研修医の評価を行い、その結果は臨床研修室

に提出される。臨床研修室は、各種評価を管理総括し、半年に一度室員会議および指導医による初期研修医評価の会にて検討し、臨床研修管理委員会に報告する。

4) 研修プログラムの評価と改善体制

臨床研修管理委員会では、研修医の研修成果や研修医・指導医・指導者の意見をふまえ、常に研修プログラム自体の評価を行い、修正可能な点は速やかに修正する。また大きなシステム上の問題は、関係各署と協議の上、適宜改善を行う。

5) 研修医からのフィードバック

研修医は、臨床研修室長および臨床研修室員と定期的に面接を行い、研修プログラムや研修環境、指導医に対する意見を述べることができる。また、臨床研修管理委員会および臨床研修室員会議には研修医代表(毎回選出)が委員として参加し、研修全般に対して意見を述べる機会が設けられている。臨床研修管理委員会ならびに臨床研修室は、研修到達目標達成の阻害因子となる人的・物的状況を把握し、速やかに改善できるよう対処する。研修医からの要望は、到達目標達成の観点から緊急性・重要性を判断し、さらに実現可能性を加味して、順次、その解決に当たる。

6) プログラム修了の認定および未修了者の処遇

2年間にわたる規定プログラムを終了した者は、上記の評価記録を踏まえ、臨床研修管理委員会で、最終的な修了認定を行う。修了証は院長・臨床研修管理委員会委員長の連名で発行・授与される。

臨床研修管理委員長は、臨床研修管理委員会の検討結果により、研修医が臨床研修を修了していないと判断するときは、速やかに当該研修医に対し、理由を付してその旨を文書で通知する。当該研修医は原則として引き続き同一の研修プログラムで研修を継続することとし、その場合、臨床研修管理委員長は、未修了領域の補完的プログラム作成・実施に、十分配慮する。なお補完的プログラム研修中の処遇などについては別途協議の上、契約書を交わす。

7) 研修の継続が困難な研修医に対する処置

医師としての適正を欠く場合、あるいは傷病、出産等病気その他の事由により長期間研修を欠く場合等、研修医が臨床研修を継続することが困難であると認める場合には、臨床研修管理委員会および研修責任者は別途定める『東京都済生会中央病院 臨床研修管理規程』に則り、研修医個人の処遇を勘案し、適切な対応を行うものとする。

8) プログラム終了後のコース

A. 専修医プログラムの種類

2年間の臨床研修プログラムを修了した者は、希望により、さらに当院の内科などで専門研修(専攻医)プログラムに応募することができる。2018年度から新専門医制度が開始され、当院での専門研修は当院が基幹施設となる専門研修プログラムでの研修が可能である。2018年度から当院が基幹施設として専攻医を募集するプログラムは、下記の通りである。なお、循環器内科、消化器内科など内科 subspecialty 専門医については、日本専門医機構での検討が行われている過程であり決定されていない。当院では内科専門研修プログラムから円滑に内科各 subspecialty 専門医研修に進めるようにプログラムの運用を行なっている。

当院が基幹施設となる専門研修プログラム

1) 内科専門研修プログラム

- 2) 救急科専門研修プログラム
- 3) 麻酔科専門研修プログラム
- 3) 外科専門研修プログラム

B. 内科 subspecialty 専門医資格取得までの過程

内科 subspecialty 専門医は、内科専門医取得が必須であり、このためには臨床研修修了後 3 年間の内科専門医研修が必要とされている。臨床研修修了後に内科専門医研修プログラムに応募、所属し 3 年間の研修後に専門医試験を受験、内科専門医を取得する。その後、各 subspecialty 専門医研修を行い、subspecialty 専門医を取得する。内科後期研修 3 年目と subspecialty 専門医研修の重複は認められる予定だが、subspecialty 専門医研修の詳細は今後の検討とされており、現時点では未定である。

C. 最近の専門医養成実績 (2026 年 4 月 1 日現在)

1988 年～2024 年採用研修医総数	379 名
そのうち当院専修医となった者	86 名
そのうち当院スタッフとなった者	45 名

9) 研修医の処遇

(1) 身分：常勤（研修医）

(2) 研修手当（2026 年 4 月現在、税込み）：なおアルバイトは認めない。

給 与 1 年次 月額 約 360,000 円

2 年次 月額 約 420,000 円

※固定給+住宅補助+月 4 回夜間当番業務を行った場合（税込）

※住宅補助については別途支給条件あり

賞 与 夏期 1.0 ヶ月（1 年次の夏期賞与は 50,000 円を一律支給）

冬期 1.5 ヶ月

(3) 勤務時間、時間外勤務、夜間当番業務および休暇

研修医の勤務規定は、別途定める当院の就業規則ならびに医師勤務手引に準ずる。勤務は原則として午前 8 時 30 分より午後 5 時 30 分まで（休憩時間は原則として午後 12 時 00 分より 13 時 00 分まで）であるが、教育カンファレンスは時間外に実施することがある。時間外手術などは自己の判断において研修を行うこととし、強制的に就労させることはしない。労働時間管理のため、他職員と同様、レジデントは出退勤時に打刻が義務づけられる。時間外勤務については別途申請することとなっている。変形労働時間制を導入し、所定労働時間は週 40 時間となるよう始業、終業時間が設定される。（夜間当番業務日は 2 日間の連続勤務となり終業時間は 2 日目の午前 9 時 30 分までとなります。）時間外労働規制は 2024 年からの医師の働き方改革における A 水準を採用しており、月 80 時間、年間 960 時間を上限とする。

夜間当番業務は、2 年間を通じ週 1～2 回程度行う。なお、回数・頻度はローテーションにより異なる。休日は土日、祝日、年末年始(12 月 30 日～1 月 4 日)である。その他、休暇として有給休暇(1 年次:14 日/2 年次:16 日)、慶弔休暇が与えられる。

(4) 宿舍：有(借り上げマンション 22 戸)。満室の場合は希望により、紹介を行う。借り上げマンション

入戸者および本人が契約者として住居を賃貸しなおかつ当院から徒歩 20 分圏内の住居者に対しては、住宅補助制度あり。

(5) 食事：職員食堂あり(食費補助制度あり)。

(6) 研修医室：研修医室には個人の机ほか、PC(共用、インターネット接続)が整備されている。

(7) 社会保険(公的医療保険、公的年金、労災保険、雇用保険)：全てに適用有。

(8) 健康管理に関する事項：年 2 回の職員検診が義務づけられている。体調不良時には、産業医と相談の上、カリキュラムを弾力的に運用する。

(9) 医師賠償責任保険(個人加入必須)：病院加入分の適用あり。診療に関わる医療事故が発生した場合、主たる責任は主治医が負う。ただし重大事故発生の場合、研修医は受持医として直ちに指導医・上級医・臨床研修室長に連絡し、その指示を仰ぐとともにインシデント・アクシデントレポートを速やかに作成し、医療安全管理委員会へ提出する義務を負う(別途マニュアル参照)。病院長への報告は主治医を通じてなされ、事務部門、顧問弁護士と相談の上、適切に処理される。なお 2004 年度より保険規約が改定され、病院加入保険では医師個人の賠償責任は担保されないため、個人向けの医師賠償責任保険への加入を必須とする。

(10) 自主的な研修活動に関する事項：研究会参加については、指導医の判断により許可される。研修医自身が公的学会で発表する場合には、研修医の申請と指導医の承認により、原則としてそれに要する費用(スライド・ポスター作成費、交通費)は病院より支給される。

10) 資料請求先

〒108-0073 東京都港区三田 1-4-17

東京都済生会中央病院 人材育成センター臨床研修室

TEL：03-3451-8211 (内線 6350)

E-Mail：kensyu@saichu.jp

IV. 臨床研修の到達目標、方略及び評価

臨床研修の基本理念（医師法第一六条の二第一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・能力を修得する。

A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)

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、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。
- ② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。

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. 診断技能と患者ケア

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・保健・健康増進に努める。
- ⑤ 地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。
- ⑥ 災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。

8. 科学的探求

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

- ① 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。
- ② 急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。
- ③ 同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。
- ④ 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年間とする。

臨床研修を行う分野・診療科

＜オリエンテーション＞

入職直後に総合オリエンテーションおよび臨床研修室オリエンテーションを行う。以下の項目について学び、研修の一助とする。

- 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、メンターの紹介など。
- 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、不法行為の防止など。
- 3) 医療関連行為の理解と実習：診療録(カルテ)記載、保険診療、診断書作成、採血・注射、BLS・ACLS、救急当直、各種医療機器の取り扱いなど。
- 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など。
- 5) 医療安全管理：インシデント・アクシデント、医療過誤、院内感染、災害時対応など。
- 6) 多職種連携・チーム医療：院内各部門に関する説明や注意喚起、体験研修、多職種合同での演習など。
- 7) 地域連携：地域包括ケアや連携システムの説明、山谷見学など。

8) 自己研鑽：図書館(電子ジャーナル)、学習方法、文献検索、EBM など。

<必修分野>

内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療、及び麻酔科を必修分野として研修する。また、内科、外科、小児科での研修中には各科一般外来での研修を並行研修として行う。

内科 40 週間、救急 12 週間、外科 8 週間、小児科、産婦人科、精神科、地域医療、麻酔科それぞれ 4 週の研修を行う。なお、救急については 12 週間のブロック研修とともに当直、休日日直での研修も行うこととする。

1. 内科研修：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ため、内科各診療科での病棟研修を行う。外来研修は内科総合外来および再診外来で、指導医とともに内科初診及び一部の再診患者の診療を行い、内科一般外来での初期対応、再診での慢性疾患の診療を研修する。
2. 外科研修：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行う。外科についても一般外科外来で指導医とともに初診、再診患者の診療を行い、外来診療を研修する。
3. 小児科研修：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研修を行う。院内小児科外来での研修、付属する乳児院での患児の診療研修を行うとともに、入院症例は連携病院である埼玉県済生会川口総合病院小児科での病棟研修による研修を行う。また、小児科では各種予防接種も行い、予防医療への理解も深めている。
4. 産婦人科研修：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、院内での外来研修および婦人科入院症例での病棟研修、連携病院である聖母病院での分娩、産科研修を通じて幅広い産婦人科領域に対する診療、研修を行う。
5. 精神科研修：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、院内精神科専門外来、精神科リエゾンチームでの研修、認知症疾患医療センターでのせん妄回診などでの研修を行う。急性期入院患者の診療、進行した認知症症例は連携病院である大泉病院、聖蹟桜ヶ丘病院での病棟研修を行う。
6. 救急研修：当院は 3 次救急施設だが、ER には 1 次から 3 次まで幅広い救急症例が来院するため、ER にて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行う。また、2 年次の選択研修として救命救急科を選択することにより、救急集中治療の研修も可能である。
7. 麻酔科研修：1 年次に 4 週間のブロック研修を行い、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研修を行う。
8. 一般外来研修：内科、外科、小児科、地域医療での並行研修により、2 年間で通算 4 週以上の研修を行う。各科外来にて症候・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、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。いわゆる総合診療、一候や疾病に偏ることなく、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。いわゆる厚生労働省の、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を行い、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を前提とする。

9. 地域医療：研修 2 年次に在宅診療を専門に行う院外連携施設で、在宅医療研修を 2 週間経験する。ここでは、在宅医療の実際、および医療・介護・福祉連携を含む地域包括ケアについて学ぶ。その他の地域病院では、地域での一般外来研修を通じた地域医療、一般病棟、慢性期・回復期病棟での研修を含み、さらに当院周辺のクリニックや介護施設などにおいても、一般外来診療、および医療・介護・福祉連携を含む地域包括ケアの実際について学ぶ。
10. その他：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、住民検診、職域健診、人間ドック等)、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が含まれる。特に感染制御(ICT)、緩和ケア、栄養サポート(NST)、認知症ケア活動への参加は必須とし、さらに、発達障害や、薬剤耐性、ゲノム医療等、社会的要請の強い分野に関する研修会への参画を奨励する。これらの項目については、職員全体に対して行われる全職員必須研修、CQC 研修への出席、当院健診センターでの健診、人間ドック、緩和ケア研修会への参加、ICT、NST、医療安全などのカンファレンス、院内ラウンドに参加し、実際に体験するとともに、出席者がレジデントカンファレンスで報告することを通してレジデント全体でも共有している。

<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)

<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)

※ 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(もしくはそれに準ずる記録)に基づくこととし、その記録には病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン(診断、治療、教育)、考察等を含む。

※ 経験すべき疾病・病態の中の少なくとも 1 症例は、外科手術に至った症例を選択し、病歴要約には必ず手術要約を含める。

<その他(経験すべき診察法・検査・手技など)>

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。

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。

研修医1年次に2回、医療面接ワークショップを行い、医療面接シミュレーションを体験することにより、様々な場面での医療面接について相互に学ぶ場も設けている。

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、聴診など)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ことを目標とする。

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とする。
- (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。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退院時要約およびそれに準じる記録には必ず考察を記載しそれを保管することとする。

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。

<更なる高みをめざす当院独自の企画>

① レジデントカンファレンス

毎月1回レジデントを全ての業務から解放して行うカンファレンスである。シミュレーション教育、多職種共同カンファレンスなどを中心に行なっている。シミュレーションとしてエコー実践カンファ、PICC・CVシミュレーションなど、多職種カンファとしては、チーム医療がますます重要になっており、看護部と共同で指示出し・指示受けをテーマとして業務の基本を理解する。また、医療倫理、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)も多職種共同で取り組んでいる。現行プログラムで最も重要視されているプロフェッショナルリズムはSEAなどを通して思索を深めている。その他、医療安全などもテーマに掲げ、様々な項目について理解を深めていく。

② CPC と M&M カンファレンス

CPC、M&M カンファレンスを隔月にて行っている。CPC では研修医が症例プレゼンテーション1名、ディスカッサント1名を担当し、指導医の指導の下、症例プレゼンテーション、症例で中心となる課題についてプレゼンテーションを行う。司会者とともに会の進行に重要な役割を担う。M&M では検討症例で何が問題であり、今後の診療にどの様に生かしていくかを多職種で検討する。

③ モーニングカンファレンス

初期研修で必ず理解しておいてほしい医学的事項、興味のあるテーマについて専攻医が中心となり、屋根瓦方式にてレクチャーを行う。テーマによっては2年目研修医がレクチャーを担当し、自分で教えることを通して知識の理解を深めている。この中で、EBMについても文献の調べ方、EBMで使う基本的な用語、臨床研究の見方、臨床への適応などについても解説、理解していく。

④ ER カンファレンス

研修医が ER で担当した症例を通して、鑑別診断、治療などについて研修医全体で共有したい事項を選び、ER だけでなく様々な診療科の専門医の指導の下にカンファレンスを行う。

⑤ プレゼンテーション、レジデント発表会

各科で学会発表の機会が数多くあり積極的に行う姿勢が大切である。1 年次には外部講師によるプレゼンテーションレクチャー、2 年次には初期研修の集大成として自分の興味のあるテーマについて数ヶ月前より準備をし、指導医の指導を受けながら、レジデント発表会としてその成果を発表する場を設けている。

Ⅲ) 到達目標の達成度評価

臨床研修に係る研修医の評価は、(1)研修期間中の評価(形成的評価)と(2)研修期間終了時の評価(総括的評価)から構成され、(1)では「研修医評価票(I～Ⅲ)」を、2)では「臨床研修の目標の達成度判定票」を用いて、インターネットを用いた評価システムを活用した電子的記録により、実施する。

なお、研修医の臨床研修の修了認定は、3つの評価(①研修実施期間の評価、②臨床研修の目標の達成度評価、③臨床医としての適性の評価)で行う。

具体的には、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。医師以外の医療職は看護師、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、リハビリテーション科のリハビリテーション技師により評価される。上記評価の結果を踏まえて、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。

研修終了時に修得していることが求められる A.基本的価値観(プロフェッショナルリズム)、B.資質・能力、C.基本的診療業務の評価は、研修自体が実務を通じた学習を中心とするため、「実務評価」を中心とし、深いレベルの知識についてはプレゼンテーションを通じた評価を、技能については直接観察による評価を、価値観や態度については 360 度の直接観察による評価を行う。

各研修分野・診療科ローテーション終了時に研修医評価票 I、II、Ⅲを用いて評価を行い、少なくとも半年に 1 回はそれらの評価結果に基づいた形成的評価(フィードバック)を行い、到達目標未達成の項目に関しては残りの研修期間で到達できるよう話し合い、計画する。研修医評価票 I、II、Ⅲは、特に、研修 1 年次はレベル 3 に達していない評価が少なくないと思われるが、研修医の研修の改善を目的とする形成的評価であるので、研修終了時には各評価レベル 3 に達するよう研修医を指導することとする。

研修終了時にはこれらすべての評価を総合的に判断し、達成度判定票を記載し、臨床研修の目標の達成度に係る総括的評価を行う(達成度評価の構造図参照)。プログラム責任者は、研修管理委員会に対して研修医ごとの臨床研修の目標の達成状況を、達成度判定票を用いて報告し、その報告に基づき、研修管理委員会は研修修了の可否について評価する。研修管理委員会は、管理者に対し、研修医の評価を報告しなければならないが、もし、未達の項目が残っている場合は、管理者及び研修管理委員会が当該研修医及び指導関係者と十分話し合った上で、管理者の責任で未修了と判定し、管理者が当該研修医の研修期間を延長する。

臨床現場での評価は主として指導医が行うが、複数の評価者による複数回の評価によって信頼性と妥当性を高めることができることから、指導医以外の上級医、医師以外の医療職種である指導者も評

価票を記載する。

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

1) 何を評価するのか

到達目標における医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)4項目について評価する。研修医の日々の診療実践を観察して、医師として々の行動基盤となる価値観などを評価する。具体的には医師の社会的使命を理解した上で医療提供をしているのか(A-1)、患者の価値観に十分配慮して診療を行っているのか(A-2、A-3)、医療の専門家として生涯にわたって自己研鑽していく能力を身につけているのか(A-4)などについて多角的に評価する。

2) 評価のタイミング

全ての研修分野・診療科のローテーション終了時ごとに評価する。指導医が立ち会うとは限らない場面で観察される行動や能力も評価対象となっており、指導医のみならず、研修医を取り巻く他の医師、さまざまな医療スタッフが評価者となる。結果は研修管理委員会で共有される。また、ある研修分野・診療科から次の研修分野・診療科へ移る際には、指導医間、指導者間で評価結果を共有し、改善につなげる。

3) 記載の実際

観察期間は評価者が当該研修医に関与し始めた日から関与を終えた日までとし、記載日は実際に評価票を記載した日付とする。

期待されるレベルとは、当該研修医の評価を行った時点で期待されるレベルではなく、研修を修了した研修医に到達してほしいレベルを意味している。そのため、研修途中の診療科では期待通りのレベルに到達していないことが少なくないが、研修修了時点で期待通りのレベルにまで到達するよう指導される。

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

1) 何を評価するのか

研修医が研修修了時に修得すべき包括的な資質・能力 9 項目(32 下位項目)について評価する。研修医は日々の診療実践を通して、段階的に医師としての資質・能力を修得していく。研修医の日々の診療活動は注意深く観察され、臨床研修中に身に付けるべき医師としての包括的な資質・能力の達成度が継続的に評価される。

2) 評価のタイミング

研修分野・診療科のローテーション終了時ごとに、指導医だけでなく、研修医に関わる様々な医療スタッフが異なった観点で評価し、分野・診療科毎の最終評価の材料として用いる。結果は研修管理委員会で共有される。また、現研修診療科から次の研修診療科へ移る際に指導医間、指導者間で評価結果が共有され、改善を目指して有効活用する。

3) 記載の実際

観察期間は評価者が関与し始めた日から関与を終えた日を記載し、記載日は実際に評価票を記載した日付とする。

評価票のレベルは以下の 4 段階に分かれている。

レベル 1：医学部卒業時に修得しているレベル(医学教育モデル・コア・カリキュラムに規定されているレベル)

レベル 2：研修の中途時点(1 年間終了時点で習得されているべきレベル)

レベル 3：研修終了時点で到達すべきレベル

レベル 4：他者のモデルになり得るレベル

9 つの項目について包括的にレベルをチェックする構成となっているが、項目によっては 2 つのレベルの中間という評価もありうるため、隣接するレベルの中間にチェックボックスが設けられている。また、評価にあたって、複数の下位項目間で評価レベルが異なる可能性がある場合は、それらを包括した評価としてチェックボックスのいずれかをチェックし、研修医にはどの下位項目がどのレベルに到達しているのかが具体的にフィードバックされる。研修修了時には、すべての大項目でレベル 3 以上に到達できるように指導される。

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

1) 何を評価するのか

研修修了時に身に付けておくべき 4 つの診療場面(一般外来診療、病棟診療、初期救急対応、地域医療)における診療能力の有無について、研修医の日々の診療行動を観察して評価する。

2) 評価のタイミング

基本的診療業務として規定されている一般外来研修、病棟研修、救急研修、地域医療研修について、それぞれの当該診療現場での評価は当然として、その他の研修分野・診療科のローテーションにおいても、本評価票(研修評価票Ⅲ)を用いて評価する。指導医に加えて、さまざまな医療スタッフが異なった観点から評価し、最終評価の評価材料として用いる。結果は研修管理委員会で共有される。また、研修分野・診療科を移動する際、指導医間、指導者間で評価結果が共有され、継続性をもって改善に

つながるよう有効活用する。

3) 記載の実際

観察期間は、評価者が関与し始めた日から関与を終えた日までとし、記載日は実際に評価票を記載した日付とする。観察期間の最終日からできるだけ短期間で評価票を記載することが望ましい。

評価票のレベルは4段階に分かれており、各基本的診療業務について、各レベルは下記のように規定される。

レベル1：指導医の直接監督下で遂行可能

レベル2：指導医がすぐに対応できる状況下で遂行可能

レベル3：ほぼ単独で遂行可能

レベル4：後進を指導できる

研修修了時には4診療場面すべてについて、レベル3以上に到達できるよう指導を行う。実際には診療場面の様々な要因(患者背景、疾患など)によって達成の難易度が変わるため、一様に判定することは必ずしも容易ではない。できる限り、複数の観察機会を見出し、評価を行い、評価に影響したエピソードがあれば自由記載欄に記載する。そうすることによって、評価の妥当性を高めることができる。

IV. 各研修科、研修施設での研修目標と評価

初期研修医は研修プログラムに沿って別途添付する「研修目標評価シート」を用いてそれぞれのローテーション研修科、研修施設で研修目標を設定し研修を行い、評価を受ける。研修開始時「研修目標評価シート」に研修目標等を記入、指導医と面談する。指導医と目標を検討、共有して研修を開始する。研修終了時、評価シートで設定した研修目標が達成できたか否か、及びPG-EPOC評価表について自己評価を行う。自己評価とともに指導医と面談して指導医からの評価、フィードバックを受ける。指導医は評価、指導内容について速やかにPG-EPOCに記入、登録する。

IV) 臨床研修の目標の達成度判定表

1) 目的

研修医評価票Ⅰ～Ⅲが研修医の研修の改善を目的とする形成的評価であるのに対して、臨床研修の目標の達成度判定票は、研修医が臨床研修を終えるにあたって、臨床研修の目標を達成したかどうか(既達あるいは未達)を、プログラム責任者が記載し、各研修医の達成状況を研修管理委員会に報告することを目的とする総括的評価となる。なお、臨床研修管理委員会は、当該達成状況の報告に加え、研修を実際に行った期間や医師としての適性(安全な医療および法令・規則の遵守ができること)をも考慮して、研修修了認定の可否を評価し、管理者に報告する。研修医の修了認定は管理者が最終判断する。

2) 記載の実際

研修中、各研修分野・診療科での研修終了時に、研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲが記載され、研修管理委員会に提出されている。それらの評価票を分析し、到達目標のA.医師としての基本的価値観、B.資質・能力、C.基本的診療業務それぞれの各項目の評価がレベル3以上に到達していること(既達)を確認し、臨床研修の到達目標の達成状況を判定(既達あるいは未達)する。

各項目の備考欄には、とりわけ未達の場合、その理由などを記載する。

3) 判定

全項目中 1 つでも未達の項目があれば最終判定は未達となり、研修修了は認められない。その場合、どの項目がどのような理由で未達となっているのか、既達になるためにはどのような条件を満たす必要があるのかを具体的に記載し、判定を行った日付を記載して、研修プログラム責任者が署名する。研修終了時に未達項目が残る可能性があると考えられた場合には、研修期間中に既達になるよう研修プログラム責任者、臨床研修管理委員会は最大限の努力をしないといけない。

研修期間終了時に未達項目が残った場合には、管理者の最終判断により、当該研修医の研修は未修了となり、研修の延長・継続を要する。

V. 病院概要

1) 当院の沿革

済生会は、明治天皇の御下賜に基づく恩賜財団として明治 44 年(1911 年)に発足し、その後幾多の紆余曲折を経て、戦後は社会福祉法人として全国 103 の病院・診療所、301 の福祉施設等を運営し、総従業員数は約 67,000 人に昇る、日本最大の社会福祉法人である。設立の経緯から、済生会の医療は社会奉仕の一環と位置づけられており、当院も大正 4 年(1915 年)開設以来、患者中心のしかも高度・良質な医療サービスを提供することをモットーに運営されている。大学病院にありがちな縦割り診療を排し、各科連携の下に EBM(Evidence-based medicine)に基づいた全人的医療を、全職員が一致協力して日々実践している。また地域医療への貢献のみならず臨床研究にも傾注し、内外の学会・雑誌にその足跡を残してきている。当院は厚生労働省の臨床研修指定病院であるとともに、日本内科学会や日本外科学会等に認定された高度かつ専門的教育・研修施設である。優秀な臨床医を目指す若い医師に研修の場を与え、医師として成長するために心技両面より教育を行うことを当院の大きな使命の一つと考えている。

当院は大都市東京の中心に位置しているが、1991 年に病診連携室(現患者支援センター)を立ち上げ、当院が地域基幹病院として中心的役割を果たすとともに、港区医師会との連携の下にプライマリケアの啓蒙・普及を促進し、結果として都市型の二次医療圏のモデルとなっている。その現れとして、2001 年には港区医師会と共同で地域医療情報ネットワーク事業に参画し、インターネット利用による病診連携システム事業を立ち上げるとともに、2002 年には高度医療情報システムモデル化事業により、医療情報の共有化を推進している。地区医師会との関係は緊密であり、病診連携はもとより、各種カンファレンスの共同開催を行っている。この相互関係はいわゆる医局制に根ざしたものではなく、現に、当院および医師会所属医師の出身校は多岐にわたっている。長年醸成された相互の信頼関係に立脚し、本プログラムの地域保健・医療部門は、港区医師会の全面的支援の下に展開されている。

当院の教育システムは 40 年以上の歴史があり、既に 300 名以上が本研修を修了し、全国で優れた臨床医として活躍している。当院における初期臨床研修は、内科を中心に外科系診療科を包含する形で発展し、1999 年度より総合診療方式(スーパーローテート)に移行した。臨床研修が必修化された平成 16 年度から、従来 1 本であったプログラムを内科系・外科系の 2 本に分けて公募していたが、両プログラムに共通点が多いことから、効率性を重視し、2007 年度プログラムより再び一本化した。

2005 年に旧民生病棟の立て替え工事が完了し、旧民生病棟の病床、病院管理部門・事務部門、会議室、総合医局、臨床研修室、レジデントルーム、図書室、診療録管理室などが N 棟(現北棟)へ移転した。また、2008 年 5 月に旧民生病棟跡に新外来棟がオープンした。2012 年秋には、港区唯一の救命救急センターを開設、三次救急対応を開始している。2011 年 4 月に、薬剤・検査・画像部門などのオーダーリングおよび画像参照が電子化され、2014 年 1 月に電子カルテへ全面移行した。当院は 2015 年に創立 100 周年を迎え、2014 年 10 月に新主棟(病棟、手術室、ER などを含む)着工、2017 年 2 月に竣工、同年 5 月オープンした。新主棟オープンに伴い、教育部門全体が新主棟に移転し、臨床研修室を含む人材育成センター、レジデントルーム、院内人材教育を行うシミュレーションルームを設け人材育成を行なっている。

2) 研修病院ならびに協力型研修病院、研修協力施設の名称と概要

①研修病院（基幹型）の名称と概要

- (1) 名 称：社会福祉法人^{恩賜財団}済生会支部東京都済生会 東京都済生会中央病院
- (2) 開設者：社会福祉法人^{恩賜財団}済生会支部東京都済生会 支部長 中井 敬三
- (3) 管理者：海老原 全
- (4) 所在地：〒108-0073 東京都港区三田一丁目 4 番 17 号
- (5) 医療法の二次医療圏の名称：区中央部
- (6) 病院の概要（令和 8 年 4 月 1 日現在）

診療科名	内 科	精 神	小 児	外 科	心 外	血 外	呼 外	乳 外	脳 外	整 形	形 成	皮 膚	泌 尿	婦 人	眼 科	耳 鼻	放 射	放 治	麻 酔	病 理	緩 和	救 急	集 治	検 査	健 診	臨床 研修	合計
医師数	71	2	4	12	4	3	2	2	4	9	3	4	5	8	5	4	6	2	15	2	2	10	3	1	2	22	207
(内)指導医数	19	2	2	5	2	1	1	1	1	2	1	2	3	1	1	1	1	1	3	2	1	5	1	1	0	-	60
一日平均 入院患者数	312																										
一日平均 外来患者数	1,056																										
平均在院日数	11.2																										

(7) 医療安全の体制

各病棟および職場に医療安全推進者(リスクマネージャー)が配置され、毎月開催される医療安全管理委員会では、インシデント・アクシデントレポートの分析、事故防止策の立案・実施が討議されている。毎年 2 回以上、全職員を対象とした医療安全のための職員研修会が開催されている。院内には直接職員が対面する患者相談室も設置されており、また各フロアに投書箱が設置されている。

(8) 図書室および文献検索

図書室は、蔵書約 2,728 冊・雑誌 1,828 種類と豊富で、24 時間使用可能である。図書室および総合医局では、インターネットを通じた欧文(Medline ほか)・和文(医中誌)の文献検索が常時可能であり、医中誌、Cochrane library、UpToDate、Procedures Consult などは、院内インターネット環境で医師全員が利用可能であるほか、一部は院外での利用も可能となっている。

(9) 病歴管理

診療録管理室には診療録管理士が配置され、ICD-10 に基づく病名コーディングを行っている。サマリーは電子化されており、診療録管理室はもとより、各病棟において作成可能である。レジデントのサマリー作成は厳格にモニターされており、2 週間以内にほぼ 100%提出されている。

(10) 研修用資機材

ACLS トレーニング用人形(コンピューターシミュレーション付き)、心音・呼吸音トレーニング用 CD、基本手技デモ CD、各種教育用ビデオが、シミュレーションルーム保管庫に常備されている。

(11) カンファレンスルーム

各病棟のカンファレンスルーム、シミュレーションルームを利用してカンファレンスが行われる。新入院カンファレンスは病棟ナースステーションなどで開催される。

(12) 研修医室

研修医室には、個人のデスクほか、PC(共用、インターネット接続)が整備されている。

②協力型研修病院、研修協力施設の名称及び研修概要

(1) 社会福祉法人 桜ヶ丘事業協会 桜ヶ丘記念病院(多摩市連光寺 1-1-1、研修実施責任者：古茶 大樹)

1940年に開設された病床数 722 床の精神科・神経科専門病院。統合失調症、うつなどの入院症例を中心に、精神科研修を行う。デイケア、リハビリ、作業療法施設のほか、老人性痴呆、アルコール依存などの専門病棟を有する。本研修プログラムの精神科研修を 2 週間ここで行う。

(2) 医療法人財団 厚生協会 大泉病院(練馬区大泉学園 6-9-1、研修実施責任者：富田 真幸)

1955年に開設された病床数 380 床の精神科・神経科専門病院。住宅街の中にあり開放的な病院。開放病棟のほか、閉鎖病棟もあり、統合失調症、うつなどの入院症例が中心。本研修プログラムの精神科研修を 2 週間ここで行う。

(3) 社会福祉法人 聖母会 聖母病院(新宿区中落合 2-5-1、研修実施責任者：山内 美和)

1929 年本館建築、1931 年開院。創立以来、キリスト教の愛の精神に基づき、国籍、信仰、貧富を問わず、国際病院として医療を必要とするすべての人々に奉仕。特に産婦人科は多くの人々に利用され年間分娩数 1,600 以上を記録。本研修プログラムの産婦人科研修を 2 週間ここで行う。

(4) 埼玉県済生会川口総合病院(埼玉県川口市西川口 5-11-5、研修実施責任者：有井 直人)

1940年に開設された病床数 424 床の総合病院。救急指定医療機関・災害拠点病院・地域周産期母子医療センターなどの認定を受け、地域の医療を担う急性期型の中核病院である。本研修プログラムの小児科研修を 2 週間ここで行う。

(5) 岩手県済生会岩泉病院(岩手県下閉伊郡岩泉町岩泉字中家 19-1、研修実施責任者：吉田 徹)

1936 年に開院以来、岩泉町唯一の公的病院として地域住民の医療に努めている。一般病床 98 床。地域医療研修分野での研修の一環として、2 週間の出張研修を行う。おもにへき地医療について研修することが目的である。

(6) 港区医師会関連及びその他地域医療研修協力施設(港区医師会長：坪田 淳)

地域医療の研修期間中に、以下の港区医師会関連及びその他施設で、地域医療の実地体験を行う。具体的な研修カリキュラムは、各研修医の希望を取り入れながら決定するが、基本的に、外来診療、予防医療(予防接種など)、往診が主となる。

(ア) 馬場クリニック(港区麻布十番 2-13-2、研修実施責任者：馬場 繁二)

(イ) 岡田医院(練馬区関町北 1-8-9、研修実施責任者：岡田 徹也)

(ウ) 東京都済生会向島病院(墨田区八広 1-5-10、研修実施責任者：塚田 信廣)

(エ) 細川内科クリニック(港区芝大門 2-10-2-2F、研修実施責任者：細川 和広)

(オ) 中目黒四家クリニック(目黒区上目黒 1-18-4-3F、研修実施責任者：四家 敏秀)

(カ) むすび葉クリニック(港区六本木 3-7-1-205、研修実施責任者：司馬 清輝)

(キ) 下北沢病院(世田谷区北沢 2-8-16、研修実施責任者：富田 益臣)

(ク) はれクリニック神田川(台東区浅草橋 1-2-10-603、研修実施責任者：宮原 光興)

(ケ) 津和野共存病院(島根県鹿足郡津和野町森村口 141、研修実施責任者：飯島 献一)

(コ) 新田町ビル診療所(研修実施責任者：坪田 淳)

3) 指導医・上級医リスト

*印は厚生労働省認定臨床研修指導医養成講習会修了者

総合診療・感染症内科

- * 足立 智英 担当部長（日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本神経学会神経内科専門医/指導医、日本脳卒中学会脳卒中専門医/指導医、日本老年医学会老年病専門医/指導医、日本認知症学会認知症専門医/指導医、日本病院総合診療医学会病院総合診療認定医/指導医）
- * 丸木 孟知 医 員（日本内科学会総合内科専門医/指導医、ICD）
- 伊藤 航人 常勤嘱託（日本内科学会総合内科専門医、ICD）

脳神経内科

- * 大木 宏一 担当部長（日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本神経学会神経内科専門医/指導医、日本脳卒中学会脳卒中専門医/指導医）
- * 山田 哲 医 長（日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本神経学会神経内科専門医/指導医、日本脳卒中学会脳卒中専門医/指導医、日本脳神経血管内治療学会脳血管内治療専門医）
- 馬島 恭子 副医長（日本内科学会認定内科医、日本神経学会神経内科専門医/指導医、日本認知症学会認知症専門医/指導医、日本臨床神経生理学会専門医【脳波分野/筋電図・神経伝導分野】）
- 成田 秀文 医 員（日本内科学会認定内科医、日本神経学会神経内科専門医）
- 高橋 祥子 医 員（日本専門医機構認定内科専門医、日本神経学会神経内科専門医）

呼吸器内科

- * 高橋 左枝子 担当部長（日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本呼吸器学会呼吸器専門医/指導医、日本呼吸器内視鏡学会気管支鏡専門医/指導医、日本アレルギー学会アレルギー専門医、日本禁煙学会禁煙専門認定指導者、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、肺がん CT 検診認定医）
- 四宮 俊 副医長（日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本呼吸器学会呼吸器専門医/指導医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医）
- 砂田 啓英也 医 員（日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本呼吸器学会呼吸器専門医、日本呼吸器内視鏡学会気管支鏡専門医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医）
- 内堀 超 医 員（日本専門医機構内科専門医）
- 増澤 啓太 医 員（日本内科学会認定内科医、日本呼吸器学会呼吸器専門医）

消化器内科

- * 中澤 敦 副院長（日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本消化器病学会専門医/指導医、日本消化器内視鏡学会専門医/指導医、日本肝臓学会肝臓専門医/指導医、日本カプセル内視鏡学会 JACE カプセル内視鏡認定医/指導医、日本東洋医学会漢方専門医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、臨床修練指導医）
- * 岸野 竜平 医 長（日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医）

三枝 慶一郎 副医長（日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本肝臓学会肝臓専門医）
横山 歩 医 員（日本内科学会総合内科専門医//指導医、日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医）
林 智康 医 員（日本内科学会認定内科医、日本消化器病学会専門医）
石田 慎 医 員 日本専門医機構認定内科専門医、日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本肝臓学会肝臓専門医）
中島 菖子 医 員（日本専門医機構認定内科専門医、日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医）

血液内科

*菊池 隆秀 担当部長（日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本血液学会血液専門医/指導医、日本造血・免疫細胞療法学会造血細胞移植認定医、ICD）
*塚田 唯子 医 長（日本内科学会認定内科医/指導医、日本血液学会血液専門医/指導医、日本骨髄バンク調整医師）
國枝 尚子 副医長（日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本血液学会血液専門医、日本骨髄バンク調整医師、日本造血・免疫細胞療法学会造血細胞移植認定医）
長田 眞 医 員（日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本血液学会血液専門医、日本骨髄バンク調整医師、日本造血・免疫細胞療法学会造血細胞移植認定医）
福田 貴規 医 員（日本内科学会認定内科医、日本内科学会総合内科専門医、日本血液学会血液専門医/指導医、がん薬物療法専門医、日本造血・免疫細胞療法学会造血細胞移植認定医）
山崎 皓平 医 員（日本内科学会認定内科医/指導医、日本血液学会血液専門医）

腎臓内科

*小松 素明 医 長（日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本腎臓学会腎臓専門医/指導医、日本透析医学会透析専門医/指導医、日本腹膜透析医学会認定医）
大島 洋一 副医長（日本内科学会総合内科専門医、日本腎臓学会腎臓専門医/指導医、日本透析医学会透析専門医、日本内分泌学会内分泌代謝科【内科】専門医）
加藤 亜唯 医 員（日本内科学会総合内科専門医、日本腎臓学会腎臓専門医/指導医、日本透析医学会透析専門医、日本腹膜透析医学会認定医）
杉原 晋之介 医 員（日本専門医機構認定内科専門医）

糖尿病・内分泌内科

*河合 俊英 部 長（日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本糖尿病学会糖尿病専門医/指導医、日本内分泌学会内分泌代謝科【内科】専門医/指導医、日本専門医機構内分泌代謝・糖尿病内科領域研修指導医日本肥満学会肥満症専門医/指導医、

日本医師会認定健康スポーツ医、日本スポーツ協会公認スポーツドクター)

- * 香月 健志 医 長 (日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本糖尿病学会糖尿病専門医/指導医、日本内分泌学会内分泌代謝科【内科】専門医/指導医、日本専門医機構内分泌代謝・糖尿病内科領域研修指導医)
- 田中 肇 医 員 (日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本糖尿病学会糖尿病専門医/指導医、日本内分泌学会内分泌代謝科【内科】専門医、日本専門医機構内分泌代謝・糖尿病内科領域研修指導医)
- 田中 伸一 医 員 (日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本糖尿病学会糖尿病専門医、日本内分泌学会内分泌代謝科【内科】専門医、日本専門医機構内分泌代謝・糖尿病内科領域研修指導医)

腫瘍内科

- * 船越 信介 担当部長 (日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本消化器病学会専門医/指導医、日本消化器内視鏡学会専門医/指導医、日本肝臓学会肝臓専門医/指導医、日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医/指導医、日本消化管学会胃腸科専門医/指導医、日本乳癌学会乳腺認定医/専門医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本緩和医療学会認定医)
- 金田 陽子 副医長
- 中島 悠貴 医 員 (日本専門医機構認定内科専門医、日本消化器病学会専門医、日本肝臓学会肝臓専門医、日本消化器内視鏡学会専門医)
- 天野 佑美 医 員 (日本専門医機構認定内科専門医)

循環器内科

- * 高橋 寿由樹 担当部長 (日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本循環器学会循環器専門医、日本集中治療医学会集中治療科専門医、日本心血管インターベンション治療学会心血管カテーテル治療認定医、臨床修練指導医)
- * 長谷川 祐 医 長 (日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本循環器学会循環器専門医、日本心血管インターベンション治療学会心血管カテーテル治療専門医、日本経カテーテル心臓弁治療学会経カテーテル的大動脈弁置換術実施医)
- * 鈴木 健之 医 長 (日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本循環器学会循環器専門医、日本心血管インターベンション治療学会心血管カテーテル治療専門医、腹部大動脈瘤ステントグラフト実施医、浅大腿動脈ステントグラフト実施医、関連 12 学会承認頸動脈ステント留置術実施医、日本心臓リハビリテーション学会心臓リハビリテーション指導士)
- * 平田 直己 医 長 (日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本循環器学会循環器専門医、日本心血管インターベンション治療学会心血管カテーテル治療認定医、日本集中治療医学会集中治療科専門医)

- *遠藤 彩佳 副医長（日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本循環器学会循環器専門医、
日本心血管インターベンション治療学会心血管カテーテル治療専門医）
- 宮本 和享 副医長（日本内科学会認定内科医、日本内科学会総合内科専門医/指導医、
日本循環器学会循環器専門医、日本心臓リハビリテーション学会心臓リハビリテーション指導士）
- 藤井 佑樹 医 員（日本内科学会認定内科医、日本循環器学会循環器専門医）

リウマチ・膠原病内科

- *児島 希典 医 長（日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本リウマチ学会リウマチ専門医/指導医）

心療科(精神科)

- *仁王 進太郎 部 長（日本精神神経学会精神科専門医/指導医、厚生労働大臣指定精神保健指定医、
日本臨床精神神経薬理学会専門医、日本老年精神医学会専門医）
- *多田 光宏 医 長（日本精神神経学会精神科専門医/指導医、厚生労働大臣指定精神保健指定医、
日本臨床精神神経薬理学会専門医）

小児科

- *藤野 元子 部 長（日本小児科学会小児科専門医、ICD）
- *内田 登 副医長（日本小児科学会小児科専門医/指導医、
日本内分泌学会内分泌代謝科【小児科】専門医/指導医、日本人類遺伝学会臨床遺伝専門医/指導医）
- 吉田 沙智恵 医 員（日本小児科学会小児科専門医）
- 井上 忠 医 員（日本小児科学会小児科専門医/指導医）

一般・消化器外科

- *原田 裕久 副院長（日本外科学会外科専門医/指導医、日本血管外科学会血管内治療認定医、
心臓血管外科専門医認定機構心臓血管外科専門医/修練指導医、日本脈管学会脈管専門医/指導医、
胸部大動脈瘤ステントグラフト実施医/指導医、腹部大動脈瘤ステントグラフト実施医/指導医、
浅大腿動脈ステントグラフト実施医、
下肢静脈瘤に対する血管内レーザー焼灼術の実施基準による実施医/指導医）
- *日比 泰造 部 長（日本外科学会外科専門医/指導医、日本消化器外科学会消化器外科専門医/指導医、
日本肝胆膵外科学会高度技能専門医、日本移植学会移植認定医、
日本がん治療認定医機構がん治療認定医、米国移植外科学会認定医）
- *鳥海 史樹 担当部長（日本外科学会外科専門医、日本消化器外科学会消化器外科専門医/指導医、
日本消化器外科学会消化器がん外科治療認定医、日本消化器内視鏡学会消化器内視鏡専門医、
日本がん治療認定医機構がん治療認定医）
- *大平 正典 担当部長（日本外科学会外科専門医/指導医、
日本消化器外科学会消化器外科専門医/指導医、日本消化器病学会専門医/指導医、
日本消化器内視鏡学会消化器内視鏡専門医/指導医、日本肝臓学会肝臓専門医/指導医、

日本内視鏡外科学会内視鏡外科技術認定医、日本消化器外科学会消化器がん外科治療認定医、
日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本消化管学会胃腸科専門医・指導医、
日本胆道学会指導医、日本栄養治療学会認定医)

浅原 史卓 医 長 (日本外科学会外科専門医/指導医、日本消化器外科学会消化器外科専門医/指導医、
日本消化器内視鏡学会消化器内視鏡専門医/指導医、日本大腸肛門病学会大腸肛門病専門医/指導医、
日本がん治療認定医機構がん治療認定医)

加藤 文彦 副医長 (日本外科学会外科専門医/指導医、日本消化器外科学会消化器外科専門医/指導医、
日本消化器外科学会消化器がん外科治療認定医、日本食道学会食道科認定医、
日本消化器内視鏡学会消化器内視鏡専門医)

岩間 望 医 員 (日本外科学会外科専門医、日本消化器外科学会専門医、
日本消化器外科学会消化器がん外科治療認定医)

*遠藤 高志 常勤嘱託 (日本外科学会外科専門医、日本大腸肛門病学会大腸肛門病専門医)

笹嶋 奈津子 常勤嘱託 (日本外科学会外科専門医、日本消化器外科学会認定医・専門医、
日本腹部救急医学会認定医)

心臓血管外科

*村上 貴志 担当部長 (日本外科学会外科専門医/指導医、日本循環器学会循環器専門医、
心臓血管外科専門医認定機構心臓血管外科専門医/修練指導医、日本脈管学会認定専門医)

*伊藤 隆仁 医 員 (日本外科学会外科専門医、腹部大動脈瘤ステントグラフト実施医)

小林 可奈子 医 員 (日本外科学会外科専門医、心臓血管外科専門医認定機構心臓血管外科専門医、
日本脈管学会認定専門医、胸部大動脈瘤ステントグラフト実施医/指導医、
腹部大動脈瘤ステントグラフト実施医/指導医)

血管外科

*小野 滋司 担当部長 (日本外科学会外科専門医/指導医、日本消化器外科学会専門医/指導医、
心臓血管外科専門医認定機構心臓血管外科専門医/指導医、日本脈管学会脈管専門医/指導医)

細川 恭佑 副医長 (日本外科学会外科専門医、心臓血管外科専門医認定機構心臓血管外科専門医、
日本血管外科学会血管内治療認定医、日本脈管学会認定専門医、
胸部大動脈瘤ステントグラフト実施医、腹部大動脈瘤ステントグラフト実施医/指導医、
日本消化器外科学会消化器外科専門医、下肢静脈瘤血管内焼灼術実施医)

尤 礼佳 医 員 (日本外科学会外科専門医、日本血管外科学会血管内治療認定医、
日本脈管学会認定脈管専門医、腹部大動脈瘤ステントグラフト実施医/指導医、
胸部大動脈瘤ステントグラフト実施医/指導医、下肢静脈瘤血管内焼灼術実施医)

呼吸器外科

*梶 政洋 担当部長 (日本外科学会外科専門医/指導医、日本胸部外科学会認定医、
日本呼吸器外科学会呼吸器外科専門医、日本呼吸器内視鏡学会気管支鏡専門医/指導医、

日本がん治療認定医機構がん治療認定医、肺がん CT 検診認定機構認定医)

前田 智早 医 員 (日本外科学会外科専門医、日本呼吸器外科学会呼吸器外科専門医、
日本呼吸器内視鏡学会気管支鏡専門医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医)

乳腺外科

*佐藤 隆宣 担当部長 (日本外科学会外科専門医/指導医、日本乳癌学会乳腺専門医/指導医、
日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本臨床腫瘍学会暫定指導医、
日本消化管学会胃腸科専門医、日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会乳房再建用エキ
スパンダー/インプラント責任医師)

鳴瀬 祥 医 員 (日本外科学会外科専門医、日本乳癌学会乳腺専門医、
日本乳がん検診精度管理中央機構検診マンモグラフィー読影認定医)

脳神経外科

*寺尾 聰 部 長 (日本脳神経外科学会脳神経外科専門医/指導医、
日本脳卒中学会脳卒中専門医/指導医、日本神経内視鏡学会技術認定医、
日本脳卒中の外科学会技術指導医)

森本 佑紀奈 副医長 (日本脳神経外科学会脳神経外科専門医、
日本脳神経血管内治療学会脳血栓回収療法実施医)

中屋 雅人 医 員 (日本脳神経外科学会脳神経外科専門医/指導医、
日本脳神経血管内治療学会専門医、日本神経内視鏡学会技術認定医、
日本脳神経血管内治療学会脳血栓回収療法実施医、日本ボツリヌス治療学会認定施注医)

整形外科

*今林 英明 部 長 (日本整形外科学会整形外科専門医、日本整形外科学会認定脊椎脊髄病医、
日本整形外科学会リウマチ認定医、日本脊椎脊髄病学会認定脊椎脊髄外科指導医、
障がい者スポーツ医)

*堀内 孝一 医 長 (日本整形外科学会整形外科専門医、日本手外科学会認定手外科専門医)
石原 慎一 副医長 (日本整形外科学会整形外科専門医、日本整形外科学会認定脊椎脊髄病医、
日本脊椎脊髄病学会認定脊椎脊髄外科指導医)

勝山 詠理 副医長 (日本整形外科学会整形外科専門医、日本整形外科学会認定リウマチ医、
JPTEC インストラクター)

梅津 太郎 医 員 (日本整形外科学会整形外科専門医、日本整形外科学会リウマチ認定医)

形成外科

加茂川 留理 医 員 (日本形成外科学会形成外科専門医)

*浅野 友理 医 員 (日本形成外科学会形成外科専門医)

西紋 まり 常勤嘱託 (日本形成外科学会形成外科専門医)

皮膚科

- *海老原 全 院長（日本皮膚科学会皮膚科専門医/指導医）
- *木村 佳史 部長（日本皮膚科学会皮膚科専門医/指導医）
- 川島 裕平 医 員（日本皮膚科学会皮膚科専門医/指導医）
- 山西 あゆみ 医 員

泌尿器科

- *井手 広樹 部長（日本泌尿器科学会泌尿器科専門医/指導医、日本透析学会透析専門医、日本内分泌学会内分泌代謝科【泌尿器科】専門医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医）
- *勝井 政博 医 長（日本泌尿器科学会泌尿器科専門医/指導医、プロクター認定医(前立腺・膀胱・腎・副腎)、日本泌尿器内視鏡学会認定泌尿器腹腔鏡技術認定医）
- 環 聡 副医長（日本泌尿器科学会泌尿器科専門医）
- *宍戸 偉海 医 員（日本専門医機構認定泌尿器科専門医）

産婦人科

- 西山 紘子 部長（日本産科婦人科学会専門医/指導医、日本産科婦人科内視鏡学会腹腔鏡技術認定医、日本内視鏡外科学会内視鏡外科技術認定医、日本子宮鏡研究会オフィス子宮鏡手術認定医）
- 河西 明代 医 長（日本産科婦人科学会産婦人科専門医/指導医、東京都医師会母体保護法指定医、日本産科婦人科内視鏡学会腹腔鏡技術認定医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医）
- *塚田 ひとみ 医 長（日本産科婦人科学会産婦人科専門医/指導医、日本臨床細胞学会細胞診専門医、日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医、日本産科婦人科内視鏡学会腹腔鏡技術認定医）
- 藤井 えりさ 医 員（日本専門医機構認定産婦人科専門医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医）
- 大野 あゆみ 医 員（日本専門医機構認定産婦人科専門医、日本女性医学学会専門医）
- 柏原 美季 医 員（日本専門医機構認定産婦人科専門医）
- 對馬 可菜 医 員（日本専門医機構認定産婦人科専門医）

眼科

- *日高 悠葵 医 長（日本眼科学会眼科専門医、日本網膜硝子体学会 PDT 認定医）
- 狩野 景子 副医長（日本眼科学会眼科専門医）
- 岡本 知大 副医長（日本眼科学会眼科専門医）
- 山西 竜太郎 医 員（日本眼科学会眼科専門医）
- 加藤 想史 医 員（日本眼科学会眼科専門医）

耳鼻咽喉科

- *岡本 康秀 部長（日本耳鼻咽喉科学会耳鼻咽喉科専門医/指導医、
日本耳鼻咽喉科学会補聴器認定医、日本耳鼻咽喉科学会認定補聴器相談医、
日本耳鼻咽喉科学会認定騒音性難聴担当医、日本めまい平衡医学会認定めまい相談医）
- 奥井 文子 医 員（日本耳鼻咽喉科学会耳鼻咽喉科専門医、日本音声言語医学会音声言語認定医）
- 森川 淳 医 員（日本耳鼻咽喉科学会耳鼻咽喉科専門医）

放射線科

- *塩見 英佑 部長（日本医学放射線学会放射線診断専門医/指導医、日本専門医機構放射線科専門医、
日本 IVR 学会インターベンショナルラジオロジー専門医/指導医、
日本乳がん検診精度管理中央機構検診マンモグラフィー読影認定医）
- 成田 啓一 副医長（日本医学放射線学会放射線診断専門医/指導医、
日本超音波医学会超音波専門医/指導医、日本核医学会核医学専門医、
日本乳がん検診精度管理中央機構検診マンモグラフィー読影認定医）
- 宮林 真未奈 副医長（日本医学放射線学会放射線診断専門医/指導医、日本専門医機構放射線科専門医、
日本 IVR 学会インターベンショナルラジオロジー専門医/指導医）
- 間崎 光 医 員（日本専門医機構放射線科専門医、日本救急医学会救急科専門医）
- 酒井 実咲 医 員（日本専門医機構放射線科専門医）

放射線治療科

- *大橋 俊夫 部長（日本医学放射線学会放射線治療専門医、
日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本医学放射線学会研修指導者）
- 元村 祐介 常勤嘱託（日本医学放射線学会放射線治療専門医、日本医学放射線学会研修指導者、
日本核医学会核医学専門医/指導医、日本核医学会 PET 核医学認定医、肺がん検診 CT 認定医、
緩和医療学会認定登録医）

麻酔科

- *佐藤 暢一 副院長（日本専門医機構認定麻酔科専門医、日本麻酔科学会認定指導医、
日本集中治療医学会集中治療科専門医、日本呼吸療法医学会呼吸療法専門医、
日本生体医工学会第 2 種 ME 技術者）
- *奥 和典 部長（日本麻酔科学会麻酔科専門医/指導医）
- *樋口 慧 医 長（日本麻酔科学会麻酔科専門医、日本区域麻酔学会指導医）
- 鈴木 陽 副医長（日本麻酔科学会麻酔科専門医、日本周術期経食道心エコー（JB-POT）認定医）
- 一柳 弘希 医 員（日本麻酔科学会麻酔科専門医、日本小児麻酔学会認定医、
日本周術期経食道心エコー（JB-POT）認定医）
- 齋藤 陽菜 医 員（日本麻酔科学会麻酔科専門医、日本区域麻酔学会認定医、
日本周術期経食道心エコー（JB-POT）認定医、日本集中治療医学会集中治療科専門医）
- 黒瀬 瞳 医 員（日本麻酔科学会麻酔科専門医、日本周術期経食道心エコー（JB-POT）認定医、

日本心臓血管麻酔学会心臓血管麻酔専門医)

馬場 寛子 医 員 (日本麻酔科学会麻酔科専門医)

静谷 泉 医 員 (日本麻酔科学会麻酔科専門医、日本周術期経食道心エコー (JB-POT) 認定医、
日本心臓血管麻酔学会心臓血管麻酔専門医、日本区域麻酔検定試験 (JRACE) 合格)

佐川 智紀 医 員 (日本麻酔科学会麻酔科専門医、日本周術期経食道心エコー (JB-POT) 認定医、
日本心臓血管麻酔学会心臓血管麻酔専門医)

病理診断科

* 廣瀬 茂道 部 長 (日本病理学会認定病理専門医/指導医、日本臨床細胞学会細胞診専門医/指導医)

* 入江 理恵 副医長 (日本病理学会認定病理専門医/指導医、日本臨床細胞学会細胞診専門医)

緩和ケア科

* 星野 奈月 医 長 (日本内科学会総合内科専門医、日本血液学会血液専門医、
日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本緩和医療学会専門医)

白根 佐智恵 副医長 (日本内科学会認定内科医、日本緩和医療学会認定登録医(研修指導者資格を有する))

救急診療科

* 関根 和彦 副院長 (日本救急医学会救急科専門医/指導医、日本外科学会外科専門医/指導医、
日本外傷学会外傷専門医、日本消化器内視鏡学会消化器内視鏡専門医/指導医、
日本熱傷学会認定熱傷専門医、日本集中治療医学会集中治療科専門医、
日本腹部救急医学会腹部救急認定医/教育医、東京消防庁救急隊指導医)

* 入野 志保 医 長 (日本救急医学会救急科専門医、東京消防庁救急隊指導医)

* 庄司 高裕 医 長 (日本救急医学会救急科専門医/指導医、日本外科学会外科専門医/指導医、
日本外傷学会外傷専門医、日本脈管学会脈管専門医/指導医、
心臓血管外科専門医認定機構心臓血管外科専門医/修練指導医、
日本血管外科学会血管内治療認定医、日本集中治療医学会集中治療科専門医、
胸部大動脈瘤ステントグラフト実施医/指導医、腹部大動脈瘤ステントグラフト実施医/指導医、
下肢静脈瘤に対する血管内レーザー焼灼術の実施基準による実施医/指導医、
東京消防庁救急隊指導医)

* 菅原 洋子 副医長 (日本内科学会認定内科医、東京消防庁救急隊指導医)

* 須田 秀太郎 医 員 (日本外科学会外科専門医、日本救急医学会救急科専門医、
腹部大動脈瘤ステントグラフト実施医、東京消防庁救急隊指導医)

増澤 佑哉 医 員 (日本外科学会外科専門医、日本救急医学会救急科専門医、
腹部大動脈瘤ステントグラフト実施医、東京消防庁救急隊指導医)

集中治療科

* 齋藤 慎二郎 医 長 (日本麻酔科学会麻酔科専門医/指導医、日本集中治療医学会集中治療専門医)

高木 俊成 医 員（日本専門医機構認定麻酔科専門医/指導医、
日本集中治療医学会集中治療科専門医）

宮山 直樹 医 員（日本麻酔科学会麻酔科専門医/指導医、日本集中治療医学会集中治療科専門医、
日本心臓血管麻酔学会心臓血管麻酔専門医）

臨床検査医学科

*窓岩 清治 部 長（日本内科学会総合内科専門医/指導医、日本血液学会血液専門医/指導医、
日本専門医機構基本領域臨床検査専門医/日本臨床検査医学会臨床検査管理医、
日本血栓止血学会認定医）

総合健診センター

宮原 裕美 センター長（日本内科学会認定内科医、
日本人間ドック・予防医療学会 人間ドック健診専門医/指導医、肺がん CT 検診認定医）

山田 碧 副医長（日本内科学会認定内科医、
日本人間ドック・予防医療学会 人間ドック健診専門医、日本老年医学会 老年科専門医、
日本認知症学会 認知症専門医/指導医、日本認知症予防学会 認知症予防専門医）

協力型研修病院、研修協力施設

■	埼玉県済生会川口総合病院	小児科	*有井 直人 *大山 昇一 *内藤 朋巳 井上 久美子 萩尾 真理 西崎 淑美 中道 伸彰
■	大泉病院	精神科	*富田 真幸 *今坂 康志 *木村 淑恵 *山澤 涼子 *木崎 英介 *藤井 浩之 *大久保 穰 *増山 浩一 *鹿島美納子 *小野 靖樹
■	桜ヶ丘記念病院	精神科	*古茶 大樹
■	聖母病院	産婦人科	*山内 美和 *増澤 利秀

■	馬場クリニック	内科	*宮越 敬
■	岩手県済生会岩泉病院	内科他	山内 潤
			戸田 里実
			馬場 繁二
			*吉田 徹
			*柴野 良博
			*高橋 太郎
			中屋 流石
■	津和野共存病院	内科他	*飯島 献一
			*濱崎 雅文
■	東京都済生会向島病院	内科他	*塚田 信廣
			*大野 英樹
			林 竜彦
			*福井 一人
■	岡田医院	内科	岡田 徹也
■	細川内科クリニック	内科	細川 和広
■	中目黒四家クリニック	内科	四家 敏秀
■	むすび葉クリニック	内科	司馬 清輝
			*荒川 千晶
■	下北沢病院	内科他	*富田 益臣
■	はれクリニック神田川	内科他	*宮原 光興
			小暮 晃子
			*糸山 智
■	新田町ビル診療所	内科他	*坪田 淳

4) 諸学会認定施設

- ・日本外科学会外科専門医制度修練施設
- ・日本麻酔科学会麻酔科認定病院
- ・日本眼科学会専門医制度研修施設
- ・日本消化器外科学会専門医修練施設
- ・日本形成外科学会認定施設
- ・日本皮膚科学会認定専門医研修施設
- ・日本泌尿器科学会専門医教育施設
- ・日本病理学会研修認定施設 B
- ・呼吸器外科専門医合同委員会専門研修連携施設
- ・日本消化器病学会認定施設
- ・日本血液学会認定血液研修施設
- ・日本糖尿病学会認定教育施設 I

- ・日本循環器学会認定循環器専門医研修施設
- ・日本超音波医学会認定超音波専門医研修施設
- ・日本集中治療医学会専門医研修施設（総合集中治療室）
- ・日本胸部外科教育施設協議会修練施設（心臓血管外科・呼吸器外科）
- ・日本透析医学会認定施設
- ・日本呼吸器内視鏡学会認定施設
- ・日本神経学会教育施設
- ・日本消化器内視鏡学会指導施設
- ・日本肝臓学会認定施設
- ・日本医学放射線学会放射線科専門医修練機関
- ・日本腎臓学会研修施設
- ・日本心血管インターベンション治療学会研修施設
- ・日本臨床細胞学会施設認定
- ・日本脳卒中学会研修教育施設
- ・三学会構成心臓血管外科専門医認定機構基幹施設
- ・日本精神神経学会研修施設
- ・日本がん治療認定医機構認定研修施設
- ・日本手外科学会認定研修施設
- ・日本認知症学会教育施設
- ・日本緩和医療学会連携施設
- ・日本乳癌学会認定施設
- ・日本高血圧学会研修施設Ⅰ
- ・日本内分泌学会認定教育施設
- ・日本老年医学会認定施設
- ・日本気管食道科学会専門医研修施設（咽喉系）
- ・日本病院総合診療医学会認定施設
- ・日本消化管学会胃腸科指導施設
- ・日本カプセル内視鏡学会指導施設
- ・日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会 乳房再建エキスパンダー実施施設
- ・日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会 乳房再建インプラント実施施設
- ・日本東洋医学会研修施設
- ・日本腹膜透析医学会教育研修医療機関
- ・関連 10 学会構成日本ステントグラフト実施基準管理委員会 腹部ステントグラフト実施施設
- ・日本産科婦人科内視鏡学会認定研修施設
- ・日本アレルギー学会アレルギー専門医準教育研修施設
- ・日本臨床腫瘍学会認定研修施設（連携施設）
- ・関連 10 学会構成日本ステントグラフト実施基準管理委員会 胸部ステントグラフト実施施設

- ・日本救急医学会指導医指定施設
- ・日本外傷学会外傷専門医研修施設
- ・関連四学会構成浅大腿動脈ステントグラフト実施基準管理委員会 浅大腿動脈ステントグラフト実施施設
- ・下肢静脈瘤血管内治療実施管理委員会 下肢静脈瘤に対する血管内治療実施基準による実施施設
- ・日本内科学会専門研修プログラム 基幹施設/連携施設
- ・日本麻酔科学会専門研修プログラム 基幹施設/連携施設
- ・日本救急医学会専門研修プログラム 基幹施設/連携施設
- ・日本外科学会専門研修プログラム 基幹施設/連携施設
- ・日本 IVR 学会専門医修練施設
- ・日本骨髓バンク・日本造血免疫細胞療法学会 非血縁者間骨髓採取認定施設
- ・経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会 経カテーテルの大動脈弁置換術実施施設
- ・日本造血免疫細胞療法学会 非血縁者間造血幹細胞移植認定診療科
- ・日本感染症学会研修施設
- ・日本血栓止血学会血友病診療地域中核病院
- ・日本集中治療医学会専門医研修施設（救命 ICU）
- ・日本精神神経学会専門研修連携施設
- ・日本脊椎脊髄病学会椎間板酵素注入療法実施可能施設
- ・日本胆道学会指導施設
- ・日本遺伝性腫瘍学会遺伝性腫瘍研修施設
- ・日本放射線腫瘍学会認定施設
- ・日本遺伝性乳癌卵巢癌総合診療制度機構 遺伝性乳癌卵巢癌総合診療連携施設
- ・日本産科婦人科学会婦人科腫瘍登録施設
- ・日本産科婦人科学会周産期登録施設
- ・日本医学放射線学会画像診断管理認証施設
- ・日本呼吸療法医学会呼吸療法専門医研修施設
- ・日本心臓血管麻酔学会心臓血管麻酔専門医認定施設
- ・日本呼吸器学会認定施設
- ・日本血栓止血学会認定施設
- ・日本熱傷学会熱傷専門医認定研修施設
- ・補助人工心臓治療関連学会協議会 IMPELLA 補助循環用ポンプカテーテル実施施設
- ・人間ドック健診施設機能評価認定施設
- ・日本脳ドック学会認定施設
- ・日本臨床神経生理学会準教育施設（脳波分野、筋電図・神経伝導分野）
- ・日本腹部救急医学会腹部救急認定医・教育医制度認定施設
- ・日本臨床栄養代謝学会 NST 稼働施設認定施設
- ・日本検査血液学会認定血液検査技師・認定骨髓検査技師制度指定施設
- ・日本胃癌学会認定施設 B

- ・日本内分泌外科学会専門医制度関連施設
- ・日本膵臓学会認定指導施設
- ・日本リウマチ学会教育施設
- ・日本産科婦人科内視鏡学会ロボット手術認定研修施設

5) 各診療科の概要

(1) 総合病棟：総合診療内科

● 病棟の特徴

総合診療内科(旧 N4 病棟)病棟の前身は東京都立民生病院である。東京都立民生病院は東京都より委託され当院が運営を行っていた病院であり、入院患者は生活保護法が適応される患者に限られていた。より具体的には、ホームレス患者や宿泊施設を転々とする住所不定患者が大半となる。東京都医療保護施設条例の廃止に伴い東京都立民生病院は廃止され、平成 14 年 4 月 1 日付でその機能が中央病院に継承された。さらに平成 17 年 2 月に新病棟が完成し、N 病棟と改称され、旧 N4 病棟として運用されていた。

令和 7 年 12 月に旧 N4 病棟の運用を終了することとなり、その後は主棟に診療の場を移している。主棟では旧来からの無料低額診療を継続するとともに総合診療・感染症内科、リウマチ科の患者も併せて診療する体制になっている。総合診療内科は総合研修に格好のフィールドである。旧 N4 病棟入院対象になる患者の入院経路の大半は救急隊搬送である。定期的に医療機関を受診しない患者が多いため、重篤な状態に陥っていたり、多臓器にわたる障害、複合的な病態を抱えている例も少なくない。対象疾患は多岐にわたり、急性疾患の治療、慢性疾患の管理から、ターミナルケアまで幅広く経験することができる。内科以外の疾患で入院する患者も、大半は基盤に内科疾患を有しており、内科的管理を必要とする。疾患としては感染症・悪性腫瘍が最も多いが、動脈硬化性疾患や呼吸器疾患、皮膚疾患、整形外科の疾患も数多く経験される。また疾患のみならず社会的背景にも留意して診療を行う必要があり、ソーシャルワーカー・看護師・理学療法士などとのカンファレンスを定期的に行い、退院後も継続可能な医療の実現を目指している。また、感染症内科、リウマチ科の入院患者も経験することができるようになり、内科全般にわたる複雑な病態、不明熱などの診療も経験するため総合的な内科診療の能力を養うことができる場になっている。

● 診療体制

総合診療内科病棟の最大の特徴は、研修医が主治医として機能し、診断・治療の計画から実行に至るまで主体的に関わる機会を提供している点である。研修医の平均受持患者数は 10～15 名であり、上級医とマンツーマンで、あるいは医療チームの一員として診療を行う。上級医はスーパーバイザーとして綿密に診療計画をチェックし、医療の質を確保している。また、各診療科からの教育回診やコンサルトのための体制は充実しており、人手不足で研修医に業務を丸投げする野戦病院の様ではなく、十分な教育体制のもとに研修医が自主性を発揮できるという全国的にも稀有な病棟となっている。

総合診療内科病棟は総合診療・感染症内科に所属しており、上級医は内科チーフレジデントあるいはそれに準じた専修医がその任を担う。さらに総合診療・感染症内科指導医により、回診、カンファレンスが行われ、症例についての検討、指導が行われる。一例では、毎日研修医・指導医全員での回診を行なっている。その中で症例の問題点についての検討、診断、治療方針決定を行い、随時、新入院患者のプレゼン

テーションを行うことによりプレゼンテーション練習を行っている。疾患によっては他科専門医が主治医となり、研修医はその下で他科疾患についても理解を深める機会を得る。リウマチ科もリウマチ専門医と共同して診療する体制になっており、リウマチ疾患の考え方、管理を身につけられるようになっている。

また、公式行事ではないが研修医・上級医が自発的に勉強会を開催し、診療科の枠を超えた最新知識の共有に日々努めている。

回診・カンファレンス

(1) カルテ回診・病棟回診（月～金曜日；8：00～9：30、16：30～17：00）

入院中の全患者についての問題点、治療方針および新入院症例について検討、確認する。

(2) 新入院カンファレンス（新入院時随時）

新入院症例についてプレゼンテーション、問題点、治療方針の検討を行う。

(3) 総合診療内科病棟回診（毎週木曜日；14:00～）

総合診療内科入院中の全患者について部長回診を行う。

(4) リハビリカンファレンス（毎週火曜日；12:30～ 総合診療内科病棟）

リハビリテーションを施行している患者のリハビリテーションの進行、治療方針について検討する。

(5) ドクターカンファレンス（毎週水曜日；10:00～）

退院、転院についての方向性検討を行う。

(6) プレゼンテーションカンファレンス（毎週月曜日；14:00～）

入院中の症例についてプレゼンテーションを行い、プレゼンテーションの内容、技術について検討する。

検査と実習

受持患者が受ける検査には可能な限り立ち会い、検査の概要理解、結果の評価解釈につき学ぶ。また、受持患者が手術を受ける際は、指導医の指導の下に手術に参加し、術前・中・後管理を学ぶ。ベッドサイドでの検査・処置については上級医の監督下に自ら積極的に実践する。

(1) 病棟業務 OJT

毎朝、上級医・指導医とともに受け持ち患者を回診する。処方、検査などの指示出しとともに、カルテに記載した事項に対して、上級医・指導医の指導（カウンターサイン）を受ける。

(2) 総合診療内科救急(通称 N 急)OJT

平日日中、総合診療内科病棟対象の救急患者が来院した場合に ER で診察、処置を行い、上級医・指導医とともに入院の必要性などについて検討、指導を受ける。

(3) 外来研修 OJT

総合診療内科病棟ローテーション時に内科総合外来で初診、再診患者、また紹介患者の診療を担当する。

(4) 救急車同乗研修（1 年次総合診療内科病棟ローテーション時）

救急隊とともに救急車に同乗することにより病院前救急の実験を体験する。体験を通して病院前救急の実態を知り、救急隊と救急病院の連携、病院前救急の問題点などについて学び、救急隊業務への理解を深める。コロナ禍以降現在は休止中。

週間スケジュール（例）

	午 前	午 後
--	-----	-----

月	回診 病棟業務	病棟業務 消化器内科回診 呼吸器内科回診 プレゼンテーションカンファレンス
火	回診 病棟業務	病棟業務 リハビリカンファレンス 外科回診 循環器科回診
水	モーニングカンファレンス 回診 病棟業務 R1 内科総合外来診療	病棟業務 Dr.カンファレンス
木	回診 病棟業務	病棟業務 呼吸器内科回診 R2 内科総合外来診療 N4 病棟総回診
金	回診 病棟業務	病棟業務 循環器科回診
土	回診 病棟業務	

(2) 脳神経内科

● 病棟・診療の特徴

- ✓ 脳神経内科は、脳血管内治療科、脳神経外科とともに Stroke Care Unit (SCU)病棟と 9 階東病棟（神経疾患専門病棟）をメイン病棟として診療に当たっている。研修医は脳神経内科患者の受持医として、神経学会指導医のもとに診療を行う。脳神経内科では、詳細な問診と一般理学所見を踏まえながら神経学的診察を行い、局在診断から鑑別診断に至る基本的な流れを理解することを目標としている。
- ✓ 当院脳神経内科が診療の対象としている主な症状は、意識障害、運動麻痺、けいれん発作等の特殊性が高い症状から、頭痛、めまい、しびれ等のコモンな症状まであり、初期研修としては非常に重要な分野である。代表的な疾患としては、脳血管障害・てんかん・髄膜炎・脳炎・ギランバレー症候群等の神経救急疾患、パーキンソン病・脊髄小脳変性症・認知症等の変性疾患、重症筋無力症・多発性硬化症・視神経脊髄炎等の神経免疫疾患などの多くの疾患を扱っており、その中でも 3 次救急病院であることから、神経救急疾患(速やかな治療により予後改善が期待できるもの)を数多く経験できる。
- ✓ 当院は脳卒中学会認定の一次脳卒中センター（PSC）コア施設として稼働しており、脳卒中急性期症例を多数経験ができる。また脳血管内治療の実績も多く、適宜カテーテル手技も学べる体制をとっている。SCU・神経病棟では、各科医師・看護師・リハビリ療法士・薬剤師・医療ソーシャルワーカー・栄養士からなる多職種チームによる急性期脳卒中集中治療も経験ができる。
- ✓ 学会活動では、日本神経学会、日本脳卒中学会、日本神経治療学会を中心に活動しており、研修医・専修医対象では、日本内科学会地方会、日本神経学会地方会に定期的に演題発表を行っている。論文発表も随時行っている。

● 診療体制と研修内容

- ✓ レジデントの平均の受持患者数は約 10～15 名、指導医（主治医）や内科専修医とチームを組みながら診療を担当する。
- ✓ 毎朝のカンファレンスでは、新入院症例をレジデントが呈示して、診断と治療方針を脳神経内科、脳

血管内治療科、脳神経外科で共有しながら検討を行う。

- ✓ 超急性期脳卒中症例の場合、救急外来から診療に携わり、t-PA 治療や血管内治療にも参加する。
- ✓ 上記診療に関しては、「JOIN」という診療情報共有アプリを用いてチーム内・科内で患者情報を共有し、チーム医療を行っている。
- ✓ 部長回診（総回診）では、症例の経過とポイントを簡潔に症例呈示し、全入院患者の検討を行う。また回診時に、上級医の問診・神経診察を学ぶ。
- ✓ リハビリテーションカンファレンスでは、医師、看護師、リハビリスタッフ、薬剤師、医療ケースワーカーで入院患者の経過と退院に向けての方針を総合的に検討しており、チーム医療を実践できる。

● 検査・実習

- ✓ 脳血管撮影は(脳血管内治療を含む)は随時実施しているので、受持症例以外でも見学・参加が可能である。
- ✓ 筋電図、脳波、心エコーでのマイクロバブルテスト（右左シャント疾患の検索）等も見学し、検査方法や結果を評価できるようにする。

● 回診・カンファレンス

- ✓ 脳神経内科・脳卒中センター新入院カンファレンス(月～金曜日 8:30～：9 階東病棟カンファレンスルーム)
- ✓ 脳神経内科病棟回診(毎週木曜日 14：00～：9 階東病棟から開始、全入院病棟を回る。)
- ✓ リハビリテーションカンファレンス(毎週水曜日 8:45～：9 階東病棟)
- ✓ 抄読会(第 1、3、5 木曜日の回診時：9 階東病棟カンファレンスルーム)
- ✓ 神経放射線カンファレンス(月 1 回)

週間スケジュール (例)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	回診・新入院カンファレンス				
	病棟業務	病棟業務	リハビリカンファ 筋電図検査	病棟業務	病棟業務
午後	病棟業務	脳血管造影	脳血管造影 放射線カンファ	部長回診 抄読会	病棟業務 超音波検査（バブルテスト）

(3) 呼吸器内科

● 病棟の特徴と研修内容

新規入院患者数は月平均約 70 名前後、平均在院患者は 30 名/日 前後を推移しており、その疾患の内訳では、肺癌約 35%、肺炎ほか感染症約 20%、慢性閉塞性肺疾患約 10%、肺線維症 10%となっている。平均在院日数は概ね 12 日である。

研修医は患者の受持医として診療を担当し、主な疾患である、肺炎、気管支喘息、肺癌、慢性閉塞性肺疾患、自然気胸、慢性呼吸不全の増悪、間質性肺炎の最新の知見を習得すると同時に、指導医のもとにその患者の加療管理を行っていく。

主な病棟は 9 階西病棟で、呼吸器内科、呼吸器外科の混合病棟であり、重症患者が多く急変時への対応

を学ぶとともに、緩和ケアや終末期患者への対応も要請される。研修を通じて医師としての基本的な態度および医療医学に対する取り組みとしての方法を学ぶと同時に、呼吸器診療において重要である呼吸音の聴診能力や胸部 X 線の読影能力を身につけ、かつ人工呼吸器を含めての呼吸管理を修得する。胸腔穿刺やドレナージの手技も会得する。

ローテート終了後に、研修医は自己評価を行うとともに、指導医および看護師より評価を受ける。一方直接指導に当たった指導医の評価も行う。学会活動では、日本内科学会地方会、日本呼吸器学会総会・関東地方会、日本呼吸器内視鏡学会学術集会に定期的に演題発表を行っている。

● 診療体制

指導医（主治医）・専修医・研修医から成る診療グループの中で診療を担当する。研修医の平均の受持患者数は 15 名程度であるが、受け持ち以外の入院患者全体も把握するよう励行する。手技や処置には受け持ち以外の患者でも指導医のもとで参加する。毎週のカンファレンスでは看護師・理学療法士とともに入院患者の治療に関する検討を行う。症例の経過と診療上の問題点を簡潔に提示することは重要な研修の一部である。

● 検査

肺機能検査は検査に付き添い手技・方法を学び、結果レポートの読み方も学ぶ。気管支鏡検査は週 2 回、2 階の放射線室で行われており、参加して検査の実際や気道の解剖を学ぶ。

● 回診・カンファレンス：呼吸器内科の研修方略を参照。

週間スケジュール（例）

	午 前	午 後
月	入院患者回診、病棟業務	気管支鏡検査、病棟業務・処置
火	入院患者回診、病棟業務	病棟業務・処置
水	呼吸器内科カンファ、他職種カンファ、入院患者回診、病棟業務	病棟業務・処置
木	肺癌カンファ入院患者回診、病棟業務、	気管支鏡検査、病棟業務・処置
金	入院患者回診、病棟業務、人工呼吸器患者回診	病棟業務・処置

4) 消化器内科

● 消化器内科の概要と実績

当院の消化器内科は日本消化器病学会、日本肝臓学会、日本消化器内視鏡学会から施設認定を受け、日本消化器病学会認定施設、日本肝臓学会認定施設、日本消化器内視鏡学会認定指導施設、日本消化管学会胃腸科指導施設、日本カプセル内視鏡学会指導施設、日本東洋医学会指定研修施設の資格を有する。このうち日本内科学会指定 13 学会の中で、消化器内科関連の学会は日本消化器病学会、日本肝臓学会、日本消化器内視鏡学会の 3 つである。

消化器内科は 7 階西病棟（40 床）を主たる病棟としている。消化器内科は疾患が多岐に渡っていることから入院患者が多く、これまでは患者が各病棟に分散していたが、現在は 7 階西病棟を中心に収束して効

率良く仕事をする環境が整ってきた。消化器疾患はポピュラーで日常遭遇する最も頻度の高い領域の一つであり、下記に示すように例年 1,400 人以上と入院患者数も多く、特にコロナ禍前の 2019 年は 1,542 人と過去最高の入院数だった。入院疾患は消化管から肝胆膵まで疾患に偏りがなく、common diseases は勿論だが、希有で、教育的症例にも事欠かず、臨床研究報告や症例報告を学会で積極的に行っている。疾患の診断、治療のために内科医自らが検査治療手技にかかわることが多いのが特徴の一つである。特に救急外来の緊急内視鏡端末がフルオープンして消化管出血の患者も増えたが、緊急に内視鏡的胆道ドレナージを必要とする急性胆管炎患者の増加が目立ち件数も年間 310 件を超えている。また常に新技術の導入・習熟を図らねばならず、先端施設への見学・研修も行っている。放射線科的 INTERVENTION、外科手術適応例については放射線科、一般消化器外科との連絡を密に行っている。

腫瘍内科とは連携を取りながら化学療法、緩和ケアなどの臨床腫瘍の研修も行っている。回診、抄読会、講義などは共同で行っている。

2025 年の消化器内科入院数は 1,482 人で、外来ならびに救急外来からの緊急入院患者が約 60%を占める。平均在院日数は 5.8 日で消化器内科の特性上、多くの悪性疾患患者をかかえる中でこの日数は極めて短い。上部消化管内視鏡件数は 5,591 件、その内、出血性消化性潰瘍等の止血術 155 件、胃食道静脈瘤に対する EIS、EVL41 件、胃癌などの EMR・ESD95 件、PEG 作成 17 件など、処置内視鏡件数は 382 件である。下部消化管内視鏡件数の増加は特に顕著で 2025 年は 2,809 件、そのうち大腸 ESD が 69 件でポリペクトミーや EMR は 998 件、胆道・膵臓内視鏡である ERCP・EST は 314 件と前述のように救急外来の拡大とともに著明に増加している。これらの数字が当院消化器内科の実態と特徴をよく現わしており、非常に多忙である。入院患者数、検査件数、入院疾患の内訳の年次推移は以下の通りである。

消化器入院患者数

2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1,371 名	1,468 名	1,287 名	1,329 名	1,542 名	1,411 名	1,324 名	1,261 名	1,467 名	1,540 名	1,482 名

内視鏡検査

	上部消化管内視鏡	下部消化管内視鏡	ERCP・EST
2013	4,626	2,148	207
2014	4,350	2,149	250
2015	5,030	2,294	220
2016	5,410	2,485	242
2017	5,500	2,881	328
2018	5,961	2,970	294
2019	6,033	3,101	312
2020	5,304	2,566	312
2021	5,865	2,788	241
2022	5,540	2,664	304

2023	5,763	2,647	360
2024	5,418	2,769	389
2025	5,591	2,809	341

食道疾患

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
食道静脈瘤	18	26	24	15	24	18	27	28	25	30
Mallory-Weiss	11	2	1	0	2	1	1	4	3	3
食道炎・潰瘍	9	3	3	2	2	2	4	11	11	8
食道癌	26	17	40	68	52	58	40	24	87	83
食道アカラシア	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
食道異物	3	1	5	6	3	1	1	0	2	3
	67	49	73	91	83	80	73	65	128	127

胃・十二指腸疾患

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
胃潰瘍	65	70	67	75	78	47	53	45	43	21
十二指腸潰瘍	16	19	10	7	9	18	17	14	7	12
胃癌	40	61	99	54	43	70	56	41	33	31
胃ポリープ	3	1	7	8	1	4	3	2	5	2
胃炎	5	4	7	1	0	1	2	1	4	6
胃アニサキス	5	2	3	5	6	2	1	4	1	2
胃腺腫	2	2	7	5	6	1	3	0	1	0
十二指腸癌	0	10	4	2	0	0	1	0	1	0
胃毛細血管拡張	0	0	1	0	0	0	1	0	0	4
	136	169	148	157	143	143	137	107	95	78

腸疾患

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
大腸癌	76	51	57	67	41	59	50	57	55	79
急性腸炎	38	98	22	74	32	16	9	12	47	17
腸閉塞	72	66	48	70	49	50	63	50	43	53
大腸憩室	85	115	72	95	108	89	92	119	96	106

大腸ポリープ	141	164	151	155	188	140	178	100	87	107
機能性胃腸障害	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
潰瘍性大腸炎	17	11	8	10	16	16	10	11	12	13
クローン病	15	15	9	9	10	5	3	2	3	2
虚血性腸炎	28	15	22	20	30	18	26	23	28	20
虫垂炎	6	0	3	0	4	5	3	1	3	1
ポリープ切除後	1	0	12	13	7	2	4	2	3	6
回腸末端炎	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
痔核	3	0	8	3	3	3	0	4	4	2
上腸間膜動静脈症候群	5	0	2	1	1	0	1	0	2	0
小腸腫瘍	1	0	2	0	1	1	1	3	2	2
S状結腸捻転	2	0	11	6	2	1	5	11	9	7
アメーバ性腸炎	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
直腸・小腸潰瘍	0	0	0	0	4	5	3	7	5	8
消化管出血（原因不明）	6	2	1	21	8	5	18	4	10	11
	506	537	419	544	506	415	467	406	445	434

肝疾患

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
肝細胞癌	53	47	48	46	52	38	23	26	39	44
肝硬変	44	50	62	76	58	53	40	33	40	35
急性肝炎	14	8	12	13	8	7	7	13	7	11
慢性肝炎	0	0	2	7	0	0	1	2	1	0
胆管細胞癌	0	0	0	0	0	4	0	1	0	1
自己免疫性肝炎	2	5	1	5	4	3	4	3	5	3
肝膿瘍	5	6	3	3	12	2	7	6	7	3
伝染性単核球症	4	0	3	2	0	0	0	2	0	1
原発性硬化性胆管炎	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
薬物性肝障害	4	2	3	1	2	2	1	2	1	1
アルコール性肝障害	3	5	4	2	4	3	1	2	0	1
原発性胆汁性胆管炎	1	1	4	9	2	1	2	2	1	0
肝のう胞	2	1	3	4	5	1	1	2	2	6
NASH、脂肪肝	5	2	1	1	1	1	0	0	0	0

肝性脳症	9	0	1	6	7	7	3	3	3	3
	146	127	147	170	155	122	91	81	106	113

胆道疾患

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
胆管結石・胆管炎	105	159	179	153	148	132	148	204	140	198
胆嚢結石・胆嚢炎	40	39	30	46	32	7	23	54	52	64
胆嚢癌	2	3	2	0	0	1	0	3	4	2
胆管癌	12	25	59	28	34	20	29	18	20	23
レンメル症候群	2	3	1	1	0	0	0	0	2	1
	161	229	271	228	214	160	200	279	244	288

膵疾患

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
膵癌	38	34	30	23	13	21	20	25	17	59
急性膵炎	22	32	24	30	30	29	40	37	34	26
慢性膵炎	2	5	7	7	9	7	5	2	8	4
自己免疫性膵炎	4	0	2	2	3	1	0	4	4	1
IPMN	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0
	67	72	63	62	56	58	65	68	64	90

● 診療体制

スタッフは現在 9 名(1 名は腫瘍内科と兼任)はで専攻医が 2 名となっている。そのうち 8 名が日本消化器病学会認定専門医の資格を有する。また、日本消化器内視鏡学会指導医 2 名、専門医 5 名、日本肝臓学会指導医 2 名、専門医 4 名、日本がん治療認定医機構認定医 3 名、日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医 2 名とそれぞれの専門医を有している。

● カンファレンス

- 1) 内科外科放射線科カンファレンス：毎週火曜日 17:00 から内科、外科、放射線科医が出席して治療方針について検討する。
- 2) 内視鏡フィルム読影カンファレンス：毎週水曜日 17:00 から内視鏡検査に携わっている医師全員で診断、今後の検査、治療方針について検討する。
- 3) 消化器内科症例カンファレンス：毎週月曜日 16:00 から内視鏡室で問題症例、長期入院例についてスタッフ全員で検討する。
- 4) 超音波画像カンファレンス：第 3 金曜日 18:15 から超音波、CT、MRI など画像検査上、教育的症例を毎回とりあげて、研修医のプレゼンテーション後、放射線科専門医の解説を受ける。
- 5) 城南消化器検討会：年間 2 回、当院、NTT 東日本関東病院、日赤医療センター、JR 東京総合病院、

厚生中央病院、関東中央病院、東芝病院、都立荏原病院、東海大学東京病院などの城南地区の基幹病院の消化器内科医が集まり、症例を持ち寄り検討する。

● 学会活動

学会活動については研修医、専修医を筆頭演者とする 1 回/年の日本内科学会地方会、5 回/年の日本消化器病学会地方会、2 回/年の日本消化器内視鏡学会地方会、1 回/年の日本肝臓学会東部会などにおける症例報告、専修医、スタッフを筆頭演者とする全米消化器病学会やそれぞれの学会の大会あるいは総会のシンポジウム、ワークショップ、パネルディスカッション、一般演題などへの参加・発表を行っている。ちなみに過去 10 年間の実績は下記のごとくである。

	シンポ・パネル・ ワークショップ	一般演題	症例報告
2015 年	1 題	4 題	10 題
2016 年	0 題	3 題	10 題
2017 年	0 題	3 題	13 題
2018 年	0 題	4 題	15 題
2019 年	0 題	2 題	12 題
2020 年	1 題	3 題	10 題
2021 年	1 題	1 題	9 題
2022 年	1 題	1 題	5 題
2023 年	0 題	2 題	4 題
2024 年	0 題	1 題	4 題
2025 年	2 題	3 題	5 題

週間スケジュール (例)

	午 前	午 後
月	内科外科カンファレンス、病棟業務、胃内視鏡	大腸鏡、回診
火	病棟業務、胃内視鏡	大腸鏡
水	病棟業務、胃内視鏡	大腸鏡、ERCP、内視鏡読影カンファレンス
木	病棟業務、胃内視鏡	症例カンファレンス
金	病棟業務、胃内視鏡	大腸鏡

(5) 血液内科

1. 当科の特徴

協力的なチームワークのもと、多岐にわたる血液疾患の診療にあたっており、レジデントは豊富な経験を積むことが出来る。

当院では 1995 年より無菌室を稼働し、自家末梢血幹細胞移植・同種骨髄移植・同種末梢血幹細胞移植・臍帯血移植を行っている。当科は日本血液学会の定める専門研修認定施設である。また、公益財団法人日本骨髄バンクの定める移植認定病院として非血縁ドナーによる造血幹細胞採取および移植を施行し、移植

後長期フォローアップ外来での診療も行っている。赤血球・血小板・凝固領域疾患に対しても積極的に診断と治療を行っている。感染症疾患は日常遭遇する最も頻度の高い領域の一つであり、治療の考え方（抗菌薬の使い方など）を習得できる。

2. 入院診療

10 階東病棟・11 階東病棟を中心に、入院患者数は常時 50 名前後である。当科は 2 チーム制をとり、全体回診・ドクターカンファレンス・多職種カンファレンスを各々週 1 回、検査科を含む症例検討会を月 1 回おこなっている。レジデントは指導医とマンツーマンで主に入院患者の診療にあたる。

他科医師・病棟薬剤師・看護師・造血細胞移植コーディネーター・理学療法士・管理栄養士・社会福祉士などとチーム医療を行なっている。緩和医療に関しては院内の緩和ケアチーム、精神的な問題については心療科リエゾンチームと連携して治療に当たる。

3. 外来診療・その他

外来では造血幹細胞移植・血液悪性腫瘍・血小板および凝固疾患のスペシャリストから外来診療を学ぶことが出来る。なお 3 年次では内科初診外来を担当するため、初診から治療方針確定、さらに社会復帰までのプロセスを共有しながら積極的に診療に参加し、学ぶ機会がある。

上級医の指導のもとに臨床研究に従事し、学会・CPC・M&M カンファレンス・モーニングカンファレンス・地域連携の会などで発表する。

学会活動は下記学会に所属し発表を行っている；

日本内科学会、日本血液学会、日本造血・免疫細胞療法学会、日本血栓止血学会、日本臨床腫瘍学会、日本感染症学会

週間スケジュール

	午 前	午 後
月	病棟業務	病棟業務
火	病棟業務	多職種カンファレンス
水	病棟業務	病棟業務
木	病棟業務	ドクターカンファレンス 症例検討会
金	全体回診	病棟業務

(6) 腎臓内科

● 病棟・診療の特徴（10 階西病棟と人工透析室）

10 階西病棟は、腎臓内科と腫瘍内科が入っている混合病棟である。腎臓内科の指導医は、医長 1 名、副医長 1 名、医員 2 名の 4 名である。指導は医長以下が担当し、研修医は指導医のもと受持医として診療を行う。入院患者は主に腎疾患であるが、内科疾患の入院の際には、腎疾患以外でも診療にあたる。腎疾患は、糖尿病性腎臓病、慢性糸球体腎炎、腎硬化症、ネフローゼ症候群、急性腎障害、慢性腎臓病など様々である。慢性糸球体腎炎や急性腎障害症例では、積極的に腎生検を行い、組織学的検討に基づいて適切な

治療を行う。研修医は平均受持患者が約 10 名、指導医と密接に連絡をとりあって診療を担当する。責任者回診は毎週月曜と金曜の午後に行われ、すべての受持ち患者の病状を共有し、症例検討・教育指導も行っている。毎週水曜午後は、10 階西病棟の看護師、透析室看護師、病棟薬剤師、Medical Social Worker (MSW)、理学療法士・作業療法士と共に多職種合同カンファレンスが行われ、患者の生活背景や退院後環境なども含め検討される。病棟合同カンファレンス後に、透析室カンファレンスが行われ、個々の透析患者の現状と問題点を検討している。

当直体制は、内科の一部として組み入れられ内科病棟、救急外来を担当する。腎疾患に関しては、夜間・休日にもスタッフの日当直/オンコール体制が敷かれ、24 時間・365 日体制で治療に当たる。研修医は配属期間中には月 4 回程度当直し、上級医の指導の下、救急外来・病棟の診療を担当する。

末期腎不全に対しては血液透析、腹膜透析、腎移植の腎代替療法を提示している。血液透析を行う人工透析室は主棟 3 階にある。透析室業務は、腎臓内科の診療責任の範囲であり、研修医は透析室で行われる慢性維持血液透析(HD)、腹膜透析(PD)、血漿交換療法、あるいは総合集中治療室(GICU)で行われる持続的血液透析濾過療法(CHDF)等の特殊血液浄化療法を経験できる。また、潰瘍性大腸炎に対する顆粒球除去療法、家族性高コレステロール血症に対する LDL apheresis などの体外循環治療も人工透析室で施行しており、原理や治療の実際を間近で学ぶことができる。すべての研修医は内シャント穿刺、透析除水計画、透析効率計画、抗凝固剤投与、返血、抜針、透析回路回収など一連の透析手技についてマスターできる機会が与えられる。当院では腎移植は行っていないが、患者の希望に応じて慶應義塾大学病院や東邦大学医療センター大森病院、東京女子医科大学病院泌尿器科、東京歯科大学市川病院との病病連携により、着実な腎移植を実施している。さらに、腹膜透析にも積極的に取り組んでいる。カテーテル挿入術・抜去術・合併症管理を腎臓内科で行っており、療法選択から導入指導・退院までの一連の流れを間近で経験できる。昨今の高齢化と糖尿病の急増によって、当院での透析導入数は年間約 50 例、年間血液透析数は 7,000 を越えている。透析導入に際しては、「透析を行う選択」と「透析を行わない選択」がある。進行癌、超高齢者、認知症患者の一部では、後者も治療上の選択肢である。社会的、倫理的側面が重要な課題と思われるが、研修医はこの重要事項に関しても議論に参加することが求められる。また、当院は、日本腎臓学会、日本透析医学会、日本腹膜透析医学会、日本高血圧学会の認定施設の承認を受けており、医師、看護師、臨床工学技師の研修受け入れも多い。

ローテート終了後に、研修医は自己評価を行うとともに、指導医および看護師より評価を受ける。また研修医は、直接指導に当たった指導医の評価も行う。

● 検査、手術

腎生検：腎生検は、慢性糸球体腎炎や薬剤性腎障害の症例を中心に、年間約 60 例程度行っている。治療難渋症例などに関しては、当院病理診断科や慶應大学との合同カンファレンスを開催し活発な議論を行っている。

内シャント造設術は血管外科医に依頼して行っているが、研修医はこれらを見学する機会が多い。内シャント造設術は、年間約 50 例程度ある。透析用長期留置カテーテル挿入は腎臓内科で行う。腹膜透析関連手術は年間約 10 例あり研修医にも積極的に参加してもらう。

● カンファレンス

多職種合同病棟カンファレンス：毎週水曜午後、病棟のすべての入院患者に関して医師、看護師、病棟薬

剤師、MSW、理学療法士が合同でカンファレンスを行う。

透析室カンファレンス：毎朝 8:45～と、毎週水曜日午後 3 時 30 分～入院・外来血液透析患者、腹膜透析症例の検討を医師、看護師、臨床工学技士で行う。

責任者回診・症例検討：毎週月曜と金曜午後に、患者の病状を共有し、症例検討・教育指導を行う。

● 研究活動

腎臓内科の教育目的は、研修医に対し医師としてあるべき心構え、技量、接遇等の指導はもとより、診療・研究・教育のバランスのとれた医師を育成することにある。従って、日常診療に加え医師としての学究的アプローチの指導も行う。当科のスタッフは、日本内科学会、日本腎臓学会、日本透析医学会、日本高血圧学会の認定医、専門医、指導医の資格を持つ。学究活動では、各学会の総会、地方会への積極的参加・発表と、発表後の症例報告執筆の指導などを行う。実際に研修医の意欲に応じて学会誌への投稿を行っている。また、総説やコメントあるいは学会誌の査読などに関与を促す場合もある。

● 参考にすべき学術誌

Kidney International、Nature Review of Nephrology、Nephron、Clinical Experimental Nephrology、Am J Kidney Disease、Am J Nephrology、Peritoneal Dialysis International、Nephrology Dialysis Transplantation、Hypertension、Hypertension Research、Norman Kaplan 著の Clinical Hypertension、J of American Society of Nephrology、Clinical J of American Society of Nephrology、New England J of Medicine、Annals of Internal Medicine.

日本腎臓学会誌、日本透析医学会誌、
腎と透析、臨床透析など

週間スケジュール (例)

	午 前	午 後
月	透析カンファレンス、病棟業務	病棟業務、責任者回診・症例検討
火	透析カンファレンス、病棟業務	病棟業務
水	透析カンファレンス、外来業務(陪席)、 腹膜透析カテーテル挿入	病棟業務、病棟・透析カンファレンス、腎生検
木	透析カンファレンス、病棟業務	病棟業務
金	透析カンファレンス、病棟業務	病棟業務、責任者回診・症例検討

責任者回診は 15:30～ 透析室カンファレンスは透析室にて毎朝 8:45～と水曜日午後 3:30～

(7) 糖尿病・内分泌内科

1) 概要

当院の糖尿病・内分泌内科は、まだ糖尿病患者が少なかった昭和29年に糖尿病外来として独立して以来、多くの糖尿病患者の治療にあたってきた。当院は、糖尿病教育入院を我が国で初めて導入(1961年)した病院として知られており、実に60年以上の歴史と実績を有する。そして、現在行われている患者参加型の食事・運動療法の実践は、我が国における糖尿病教育入院システムのモデルとなっている。

当科では、教育入院(入院患者数：～8名)と一般入院(常時10名～30名程度)、そして外来診療(毎日3～5

診察室)を中心に臨床活動を行っており、糖尿病の血糖コントロールと合併症の早期発見・治療にあたって
いる(当院の糖尿病診療実績については、糖尿病・内分泌内科ホームページ内にある診療業績欄を参照)。糖
尿病外来に通院している患者のなかには、心・脳血管疾患や悪性疾患を発症することや、外科、整形外科
など他の診療科で入院治療を受ける機会が少なくない。当科では、他の診療科と協力して周術期を含めた
血糖管理を率先して行っている。

外来における糖尿病治療に関しては、約5,000名の通院患者の約20%が食事・運動療法(単独)、約35%が
経口血糖降下薬、約45%がインスリンやGLP-1製剤による治療となっている。インスリン治療では、2型糖
尿病に対しても頻回注射(1日3〜4回注射)の割合が50%以上に達している。インスリン注射導入の際、患者
側の抵抗があるのは常であるが、心理面にも配慮した説明も充実しているため、結果として頻回注射の割
合が高くなっている。

当院では、眼科、腎臓内科についても充実しており、糖尿病網膜症、糖尿病腎症に対する治療にも十分
対応でき、学ぶことができる。冠動脈疾患や脳血管疾患、閉塞性動脈硬化症に対しても、循環器内科や神
経内科、心臓血管外科と連携しているので、糖尿病の治療と並行して行うことができる。

当院のもう一つの特徴は、関連する部署とのチーム医療が充実していることである。現在、日本糖尿病
療養指導士が21名(看護師8名、栄養士3名、臨床検査技師5名、薬剤師5名(2026年4月現在))おり、患者
の栄養管理、日常ケア、血糖自己測定のカ、運動療法などにあたっている。基本的に、糖尿病は全身疾
患であるので、内科全般の知識の習得も求められる。

内分泌疾患としては、甲状腺疾患、副腎疾患が多いので、これらの診断・治療が正確にできることを目
標に行っている。

学会活動は、日本糖尿病学会を始めとして、日本内科学会、日本内分泌学会、日本肥満学会などを中心
に活動している。

2) 糖尿病外来

約5,000名にのぼる外来通院患者の血糖コントロールにあたる。外来では、医師の診断と治療方針決定に
より、管理栄養士が食事指導を行ない、看護師が日常ケア、インスリン治療の実際の指導と継続指導、フ
ットケア、血糖自己測定指導などを行なっている。フットケア外来では、専任医師、看護師などがチーム
一丸となって、足病変の予防や治療に取り組んでいる。また、持続糖モニタリングシステムの活用やイン
スリンポンプの導入なども外来で積極的に行っている。

3) 11 階東病棟(教育入院を含む)、その他の病棟

血糖コントロールや、合併症の診断・治療を目的として入院してきた糖尿病患者に対して治療やケアを
行う。内分泌疾患などの診断を目的とした検査入院患者も多く、各種負荷試験を習得することができる。

糖尿病教育入院では1〜2週間、あるいは企業と連携した生活習慣病重症化予防プログラムの2泊3日のコ
ースで入院する患者を対象に、患者の病態把握、治療法決定、心理的アプローチ、評価などをチーム医療
で行う。全員が同じ日に入院して、理解が同じように進むようにしているのが特徴である。糖尿病を通し
て、心理的アプローチやチーム医療の実践を学ぶことが可能である。また、眼科、外科などに手術目的で
入院する患者の周術期血糖管理も行っている。

● 診療体制

スタッフ20名(常勤7名、非常勤13名)で診療を行っている。このうち16名が糖尿病専門医である(診療体

制の詳細については糖尿病・内分泌内科ホームページ内にある医師紹介欄を参照)。

● 研究会など

日本糖尿病学会学術評議員(河合俊英・香月健志)、日本内分泌学会評議員(河合俊英・香月健志)を中心とする公的な活動を担うとともに、複数の研究会の主催者や世話人として活動している。糖尿病の中心的施設として、最新の情報を得ることができ、地域連携として他施設との共同作業もスムーズに行えている。

● 実習内容

1) 教育入院受講

教育入院患者とともに教育入院に参加し、生活習慣病の教育方法や動機づけ、インスリン導入方法などを学ぶ。

2) 内分泌検査・治療

甲状腺疾患、下垂体疾患、副腎疾患等が入院した場合に、それぞれの機能検査法・評価法を学ぶとともに治療方針の決定法を学ぶ。

3) 血糖管理

日々の血糖値や CGM(持続糖モニターシステム)からインスリン(ポンプを含む)をはじめとする薬剤投与量の調節や投与法を学ぶ。

4) 外来見学

糖尿病・内分泌外来を見学し、外来でしか経験ができない疾患(甲状腺疾患など)を学ぶとともに、慢性疾患の管理を学ぶ。

● 週間予定(カンファレンス等)

1) 糖尿病・内分泌内科症例カンファレンス・総回診(11階東棟：回診・河合担当)

教育入院スケジュールによるが、木曜午後(隔週)に教育入院回診を、木曜(隔週)もしくは水曜午後に症例カンファレンスと一般入院回診を行っている。

2) 病棟教育入院症例カンファレンス(隔週木曜日午後)

教育入院患者について、コメディカルを含めた医療チーム全員による回診後、看護師や管理栄養士とカンファレンスを行っている。

3) 症例検討カンファレンス(木曜日午後)

入院症例または外来通院症例について治療方針等に関するカンファレンスを行う。また、毎週1回、内分泌代謝疾患に関するテーマを1つ選び、診断・治療のポイントを討論しながら学ぶ。

4) 糖尿病グループ・カンファレンス(隔週水曜午後)

医学雑誌の抄読、トピックスについてのディスカッション、症例検討、臨床研究、治験などに関するカンファレンスを隔週で行っている。随時、糖尿病診療に携わる他職種(看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、臨床検査技師など)も参加し、糖尿病診療に関する様々な討論を行い、コンセンサスの統一を行っている。

週間スケジュール (例)

	午 前	午 後
月	糖尿病外来(初診問診等)	病棟業務

火	病棟業務	病棟業務
水	総合外来	病棟業務、糖尿病グループ・カンファレンス
木	一般外来(向島等)	病棟業務、一般/教育入院回診(隔週)、 症例検討カンファレンス
金	病棟業務(教育講義聴講等)	病棟業務 (フットケア)

●主な業績

発表・講演関連 (2025年度)

学会発表：国内15件（日本糖尿病学会総会、日本糖尿病学会関東甲信越地方会、日本内科学会など）

論文発表：9件（和文6件、英文3件）

講演関連：15件以上

※業績の詳細については糖尿病・内分泌内科ホームページ内にある研究業績欄をご覧ください。

(8) 腫瘍内科

当科は2014年4月に新設され12年目を迎えます。当院は日本がん治療認定医機構認定研修施設、日本緩和医療学会認定研修施設、日本臨床腫瘍学会認定研修施設として承認されています。当院は新専門医制度において日本臨床腫瘍学会の連携施設として研修指導に従事しています。特に日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医取得はハードルが高く、2026年4月時点では専門医数1,748人と少ない状況です。2026年度は4名体制となっています。当科のがん診療の底上げを行っています。

当科は10階西病棟を主たる病棟としております。悪性腫瘍の中で最も罹患率、死亡率が高いのが消化器癌であること、食欲不振、嘔気、便秘、腹水、消化管閉塞、消化管出血など他の癌腫でも出現頻度が多いことから、PICC留置、支持療法、癌性疼痛管理、腹水ドレナージ（CART療法）、イレウス管挿入、内視鏡治療（ステント留置）など様々な手技を行います。対象疾患は主に消化器癌と乳癌となりますが、その他、頭頸部癌、悪性軟部腫瘍、神経内分泌癌、子宮癌、原発不明癌、泌尿器癌など多種の固形癌の治療を行います。稀少がんや治験適応のある症例は積極的にがん研究会有明病院、国立がん研究センター中央病院に紹介する一方、合併症のある高齢者のがん治療も多く、総合力が必要となり当院へ紹介となるケースが多くあります。手術、放射線治療、全身化学療法、緩和ケア、支持療法と様々な視点から論議し、単なるコンサルテーションに終わらず、積極的に治療に介入しトータルケアを実践しています。研修医、専攻医にとって有意義になるよう、教育にも力を入れています。消化器がん、乳癌領域における各種多施設臨床試験、臨床研究に参加しています。当院ではがん研究会有明病院、国立がん研究センター中央病院と病病連携を締結しており、2020年3月より3病院合同のOnco-Medicine Conferenceの定期開催をしています。2024年3月より新たに虎ノ門病院を加えた4病院合同のOnco-Medicine Conferenceを開催しております。

当科は緩和ケアチームとの関わりが非常に強く、生命を脅かす疾患に伴う諸問題を抱える患者とその家族に対する緩和ケアの意義と実践を学ぶことができます。当科研修中、緩和ケアを必要とする患者を担当し、緩和ケアチームの活動などに参加する。また、緩和ケアについて体系的に学ぶことができるがん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会(e-learning)を含む講習会等を受講する。またがん患者等に対して、

経験豊富な指導医の指導のもと、医療・ケアチームの一員としてアドバンス・ケア・プランニングを踏まえた意思決定支援の場に参加します。

● 診療体制

スタッフは現在 4 名で、日本消化器病学会認定専門医、日本消化器内視鏡学会認定専門医、日本がん治療認定医機構認定医、日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医の資格を有する。専攻医終了後は本人の希望に沿い、がん研究会有明病院、国立がん研究センター中央病院などのがん専門病院や大学病院での研修、研究を予定しています。また緩和ケア医 2 名、専攻医とチームを組んで診療にあたっています。

<経験目標>

内科認定医研修カリキュラムの A, B 項目は、初期研修を通して可能な限り専攻医 1 年目までに全てを経験する。

腫瘍内科の研修内容は、日本臨床腫瘍学会、日本がん治療認定医機構が定めるがん治療認定医研修プログラムが定める専門医研修カリキュラムに準ずる。

● 回診、カンファレンス

腫瘍内科病棟カンファレンス：毎週月曜日 13:30～：各病棟

カンファレンス：

内科外科放射線科カンファレンス、内視鏡読影カンファレンス、消化器内科症例カンファレンス、超音波カンファレンス、呼吸器内科外科カンファレンス、乳腺外科カンファレンスを行っている。

1. 内科外科放射線科カンファレンス：毎週火曜日 17:00～

内科、外科、放射線科医が出席し、画像を中心とした診断と治療方針について検討する。

2. 内視鏡読影カンファレンス：毎週水曜日 17:00～

内視鏡にたずさわっている医師(内科、外科、放射線科)全員で診断、今後の検査、治療方針について検討する。

3. 腫瘍内科症例カンファレンス：毎週木曜日 17:00～

問題症例、長期入院例についてスタッフ全員で検討する。

4. 腫瘍内科勉強会：毎週木曜日 17:00～

5. 乳腺外科カンファレンス：隔週月曜日 16:00～

腫瘍関連雑誌を抄読し、他の医師に解説する。最新の情報が記載された論文について議論する機会を設ける。

6. キャンサーボード：

外科医、放射線治療医、病理医、緩和ケア医など、複数の診療科の医師が参加する形態の症例検討会を設ける。

7. WJOG(西日本がん研究機構)、JSMO(日本臨床腫瘍学会)教育セミナー、外部の講演会へ積極的に参加しています。

● 学会活動：

腫瘍関連学会において、1 年間に少なくとも 1 回は症例報告を行う。また各総会あるいは大会に定期的に参加し、最新の知識や技術の習得に努める。単に学会に参加して聴講するのみではなく、演題を発表する。特に専攻医最終年には当院発の臨床研究を発表すべく専攻医初期より準備を始める。また発表したデータはすみやかに論文にまとめる習慣をつける。

腫瘍関連学会：日本癌学会、日本臨床腫瘍学会、日本がん治療学会、日本胃癌学会、日本緩和医療学会、日本乳癌学会、AACR など

週間スケジュール (例)

	午 前	午 後
月	内科外科カンファレンス、病棟業務	病棟カンファレンス、乳腺外科カンファレンス、回診
火	病棟業務・外来	病棟業務、外科放射線科カンファレンス
水	病棟業務	病棟業務、内視鏡読影
木	病棟業務・外来	病棟業務、腫瘍内科症例カンファレンス
金	病棟業務	病棟業務

腫瘍内科入院患者数

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年
食道癌	15	22	21	20	17	18	17	16
胃癌	40	35	25	22	35	20	18	32
小腸癌	3	0	3	0	0	0	0	1
大腸癌	60	56	49	50	36	40	38	45
肝臓癌	7	12	16	14	15	13	22	20
胆道癌	7	12	12	9	9	6	8	9
膵臓癌	32	36	29	37	40	30	24	19
肺癌	2	3	3	1	0	4	4	3
頭頸部癌	4	8	9	6	8	11	11	8
泌尿器癌	2	0	4	2	9	4	12	9
乳癌	30	39	36	25	11	23	29	25
腹膜癌	2	1	0	0	1	3	4	2
婦人科癌	1	3	3	2	1	5	6	6
副腎癌	0	1	0	1	0	0	0	0
神経内分泌腫瘍	3	2	4	4	4	6	2	4
原発不明癌	4	6	6	5	3	3	4	8
肉腫	3	6	1	4	9	7	7	5
その他	48	40	40	10	33	12	12	5
合計	263	282	261	212	231	205	218	217

(9) 循環器内科

● 診療の特徴

当院の循環器診療は 1997 年 3 月より循環器センターとして機能しており、循環器内科と心臓血管外科の 2 診療科が連携を密に保ち運営されている。病棟は 2017 年 5 月に新主棟に移転し、最新のモニター機器が設置され、患者さんの快適性、安全性、プライバシーにも配慮した環境が整備されている。急性期管理は救命救急センター(6 階)、E-ICU (6 階)、G-ICU (5 階)で行い、従来の ICU/CCU としての機能を果たしている。当院は東京都 CCU ネットワークに加入しており、消防庁とのホットラインが常設され、循環

器救急の受け入れが義務づけられている(休日・土日当番日は各月 1~2 日)。取り扱う主な疾患は、急性冠症候群、急性心不全、重症不整脈、急性肺塞栓、急性心筋炎、急性大動脈解離などである。当科の一般病棟は 8 階東に位置し、狭心症、急性心筋梗塞、急性心不全、大動脈解離などの安定期、心カテ・経皮的冠動脈インターベンション (PCI)、血管内治療 (EVT)、カテーテルアブレーション、ペースメーカー・植込み型除細動器植込み、経皮的な大動脈弁置換術 (TAVI) などの手術目的で入院する患者を管理する。病棟内には心臓リハビリ室が設置され、早期の社会復帰、退院を目指して積極的に心臓リハビリテーションを行っている。

当院は、がん研有明病院、国立がん研究センター中央病院と病病連携を行っている。がん研有明病院には、定期的に当院循環器内科スタッフが出張し、コンサルト業務に従事している。病診連携室を介した、循環器関連検査の依頼、循環器精査・加療入院も多い。また、2012 年 12 月より救命救急センターを開設し三次救急を開始したことに伴い、ショック・心肺蘇生後患者の受け入れも増加している。

新主棟の開設とともにハイブリッド手術室が使用可能となり、2018 年 4 月に当院は TAVI 実施施設に認定され、大動脈弁狭窄症に対する TAVI 治療を実施している。当院のハートチームは、循環器内科、心臓血管外科、血管外科、麻酔科、看護部、臨床工学科、放射線技術科、臨床検査科、リハビリ技術科など多職種部門から構成され、個々の技術力とチームワークの良さが特徴である。術前にはハートチーム内でカンファレンスを行い、TAVI の適応や計画について皆で十分に検討する。

2025 年度の循環器内科年間入院患者数は 1045 例で、平均入院日数は 7.4 日であった。最近 5 年間の入院症例内訳、診療実績などは当院ホームページ内に掲載している。

当院は、日本循環器学会、日本集中治療学会、日本心血管インターベンション治療学会の専門医研修施設に認定されており、スタッフの多くがその専門医資格を有している。さらに、日本心臓病学会、日本不整脈心電学会、日本心不全学会、日本心エコー図学会、日本腫瘍循環器学会、東京都 CCU 研究会、インターベンション関連研究会 (TOPIC、AREA、TECC) など活動範囲は多岐にわたる。欧米の心臓病関連学会 (ESC、AHA、ACC、EuroPCR など) へも随時参加、論文報告も積極的に行っている。

● 診療体制と研修内容

1) 病棟業務・研修

当院は東京都 CCU ネットワークおよび急性大動脈スーパーネットワークに加盟しており、24 時間、365 日の循環器救急に対処している。E-ICU (6 階) 10 床および救命専用病棟にて、救急診療科との密な連携により急性期管理を行っている。5 階の総合集中治療室 (G-ICU) 10 床では主に外科術後や他科重症患者を収容するが、より重症度の高い急性循環器疾患患者の管理も可能である。いずれの病棟においてもモニタリングシステムが完備され、観血的モニターをはじめ、あらゆる機器を使用して高度かつ集中的治療が行われる。外科的治療法の適応と考えられる場合には、心臓血管外科医および血管外科医とすぐに連絡がとれ、迅速な処置が可能である。

当科はチーム制により入院患者を担当する。基本的に研修医 1 人に対して必ず指導医 1~2 名がつく。研修医 1 名の受持患者数は常時 10 名前後である。指導医とともに毎朝回診し、検査、治療方針の決定・変更を行う。外来／病棟で、救急対応が必要な患者が発生した場合、研修医はその場に急行し、循環器スタッフの指導のもと救急診療に当たる。

毎朝の新入院カンファレンスでは、研修医が受持患者の症例呈示を行う。退院時には 1 週間以内に退院

サマリーを作成する。8階東病棟では、毎週火曜日 12 時 30 分より多職種病棟カンファレンス、毎週木曜日 11 時 30 分より心不全多職種カンファレンスが行われ、治療方針、リハビリの進捗状況や検査計画の再検討、退院調整などが行われる。感染対策のため週 1 回行っていた全体回診は中止されたが、随時、研修医の教育を兼ねた症例検討を実施している。

循環器内科の当直体制は、従来から循環器スタッフおよび専修医が、365 日体制で当科の入院患者管理、救急外来診療に当たり、緊急心臓カテーテル検査・PCI に対応してきた。2024 年 4 月から開始された働き方改革に即して当直体制を見直し、土日・休日の夜間のみオンコール体制とし、内科救急当直、救命救急センター当直からの呼出しに即座に対応する体制とした。平日夜間は従来通りの当直体制を維持し、当直明けの午前中にはできる限り帰宅するように努める。

2) 外来研修

毎週 1 回、循環器初診外来で、初診患者の診察を自ら行い、その後に指導医から指導を受ける。

3) 検査／治療部門

<心電図診断>

毎週 1 回、心電図診断を自ら行い、循環器スタッフのチェックを受ける。正常例と normal variant、見過ごせない異常例の鑑別に主眼がおかれる。

<心臓カテーテル検査・PCI>

心臓カテーテル検査は各自持ち回り当番制で行う。月曜～金曜日まで毎日施行されており、さらに、夜間・休日や緊急例にも対応している。研修医も、週 1～2 回はカテーテル検査に参加し、補助者として検査の補佐を行う。急性心筋梗塞などでは、昼夜を問わず、緊急心臓カテーテル検査・PCI を行うため、レジデントは、その流れを理解するとともに、補助者としてカテーテル検査、治療に積極的に参加する。

<心エコー検査>

非侵襲的検査として重要。上級医の指導の下、検査適応、合併症とその対処、解釈について学ぶ。当初は、検査技師にその取り方・記録の仕方を学ぶ。次に上級医の下、その読影について学ぶ。

週間スケジュール (例)

	午 前	午 後
月	新入院カンファレンス、回診、心カテ(交代)	病棟業務 (心電図診断)
火	新入院カンファレンス、回診、初診外来研修	病棟カンファレンス、ペースメーカー手術
水	新入院カンファレンス、回診、トレッドミル	病棟業務
木	新入院カンファレンス、回診、病棟業務	心カテ(交代)、病棟業務
金	新入院カンファレンス、回診、TAVI	病棟業務、心臓血管センター(ハートチーム)カンファレンス

10) 心療科(精神科) ※協力型研修病院にて 2 週間、当院で 2 週間研修を実施する。

● 病棟・診療の特徴

東京都済生会中央病院精神科(心療内科ではなく精神科)は院内では心療科と呼ばれている。当院精神科は病床を持たないが、比較的軽症の患者が気楽に落ちついて受診できる外来環境を大切にしている。外来患者は再診が月に約 500 人、初診が月に約 20 人である。神経症、気分症が多い。当院は東京都港区の認知症疾患医療センターに指定されており、認知症も多い。コンサルテーション・リエゾン症例が豊富で、せ

ん妄、症状精神病などを経験できる。緩和ケアチームに参加しており、緩和ケアを経験することができる。

協力型研修病院として、大泉病院(病床数 240 床)と桜ヶ丘記念病院(病床数 407 床)と提携し、精神科病院研修を行う。

- 診療体制と研修内容

協力型研修病院での精神科専門病院研修では、指導医の指導により、急性期病棟、療養病棟、外来などで症例を担当するとともに、デイケアや作業療法棟では看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士などのスタッフとチーム医療の現場を経験する。

- 検査・実習

頭部 MRI、SPECT (ダットスキャン含む)、脳波検査、神経心理検査を行うことができる。
大泉病院、桜ヶ丘記念病院で精神科急性期、慢性期入院診療を経験できる。

- 回診・カンファレンス

リエゾン回診を火曜日午後に行っている。

	月	火	水	木	金
外来実習と病棟診察	✓	✓	✓	✓	✓
リエゾン回診		✓			

(11) 小児科 ※当院で 2 週間、協力型研修病院にて 2 週間研修を実施する。

※ 診療の特徴

病棟での研修は、主に院内出生の新生児の診察・加療を、一般小児患者では検査入院、教育入院などを行っている。2023 年からは小児外科疾患の手術入院も始まった。病棟ではないが乳児院棟においては入所児の診察、管理、健診、予防接種などを行い、子ども虐待対応と虐待案件の取り扱い方、地域医療との関わり方、被虐待児のその後の成長・発達過程を診ることができる。何十人もの入所児を継続して診察することは他では経験できないことであり、小児期に起こりうる疾患のプライマリーケアと医療福祉を学ぶことができ、研修に適している。

外来では新生児から 20 歳前後までの患者を対象とし、一般診療のほか鼻炎・喘息や食物アレルギーなどのアレルギー疾患、肥満・やせ、低身長、思春期早発などの内分泌疾患、心臓疾患、神経発達症、てんかん、頭痛（片頭痛、緊張型頭痛）、便秘や過敏性腸症候群などの慢性疾患専門外来、小児外科外来、渡航ワクチンを含めた予防接種外来、育児相談もできる乳幼児健診外来がある。最近ではメンタル不調とそれに付随する疾患（不眠、昼夜逆転、不登校、起立性調節障害）での受診も多く、家族も含め児の心と体のケアも行っている。

※ 診療体制と研修内容

新しい初期臨床研修は「外来診療」にも重点が置かれている。小児科では初診、時間外急患、紹介新患、

乳児院の患児は研修医が指導医・上級医とともに外来診察することが多い。将来どの科に進んでも、小児科での考え方や細かい処置、手技の経験は必ず役立つと考え、特に成人を診る事との違いに重きを置き、OJTを重視して指導している。病棟や外来での処置（採血・点滴など）にも積極的に参加させる。乳児院では上級医に指示を仰ぎながら研修医が主体で診療し、急患の診療でもファーストコンタクトをとって治療方針を決定する等、研修医の責任感や主体性を養う。

※ カンファレンスなど

朝夕、全員で病棟を回診しOJTを行う。分娩予定や新生児に関して定期的に産科医・看護師・助産師と合同カンファレンスを行っている。月一回の勉強会（最終週）では、経験した症例について学会形式で発表する。また月一回英語文献の抄読会（第2週）は、将来進みたい科の小児領域疾患の文献を発表し、検討を行う。常勤医の専門分野のミニレクチャーを必ず受講する。

※ 小児科入院患児の研修・受け持ちは協力型研修病院である「埼玉県済生会川口総合病院」で行う。

小児科入院領域で一般的な経験すべき疾患として、気管支炎・肺炎、気管支喘息、急性胃腸炎・脱水、川崎病、てんかん、熱性けいれんなどが挙げられ、これらの入院患児を指導医とともに連日診察を行う。

原則4週間の研修期間中、前半の2週間を当院（東京都済生会中央病院）で、後半の2週間を埼玉県済生会川口総合病院で小児の入院を中心に研修を行う。

週間スケジュール（例；当院）

	午 前	午 後
月	病棟業務、回診、外来、乳児院回診	回診、救急外来診療、小児内分泌外来、小児心臓外来（月1回）、小児神経外来（月1回）、ミニレクチャー
火	病棟業務、回診、外来、ミニレクチャー	回診、救急外来診療、乳幼児健診・ワクチン外来、小児外科（月1回手術見学）、月1回抄読会、
水	病棟業務、回診、外来、乳児院回診、小児アレルギー外来（月2回）、頭痛外来、おなかの外来	回診、救急外来診療、内分泌外来、小児外科外来、ミニレクチャー、月1回症例発表会
木	病棟業務、回診、外来、	回診、救急外来診療、乳幼児健診・ワクチン外来、ミニレクチャー
金	病棟業務、回診、外来、頭痛外来	回診、救急外来診療、ミニレクチャー

(12) 一般・消化器外科

● 研修病棟

外科の主たる研修病棟は8階西病棟で、常時20～30名ほどの入院患者がいます。朝は8時40分からモーニングカンファレンスを行い、夜間の緊急入院や問題症例をチーム全体で共有し、当日の対応方針をディスカッションします。

9時から回診、手術、外来に分かれて業務を行います。研修医の先生方には主に手術に参加していただき、手術手技を中心に学んでいただきます。

昨年度の総手術件数は約 650 件で、良性疾患・悪性疾患に加えて救急症例まで幅広く経験できます。さらに、2024 年度よりロボット手術が導入され、症例数も増加しているため、最先端の治療にも触れることができます。

● 研修内容

基本的に、研修医 1 名に対して専攻医 1 名とスタッフ（指導医）1 名が付き、診断・治療から手術、検査、処置に至るまで、各種手技の指導を行います。

当院は地域の基幹病院であり、かつ高度急性期病院として、糖尿病、脳・心血管疾患、慢性腎疾患などを合併したハイリスク外科症例や緊急症例を扱うことが多く、他科医師との連携が不可欠です。

内視鏡治療にも積極的に取り組んでおり、消化器内科と協力して、内視鏡的粘膜切除術（EMR）、内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）、狭窄拡張術、ステント留置術などの実地経験が可能です。

さらに、血管外科スタッフも在籍しており、胸部・腹部血管疾患、下肢静脈瘤、シャント造設などの外科治療についても研修することができます。

学会活動に関しては、日本外科学会、日本消化器外科学会、日本胸部外科学会、日本臨床外科学会、日本内視鏡外科学会、日本消化器内視鏡学会、日本消化器病学会、日本癌治療学会、日本食道学会、日本胃癌学会、日本肝胆膵外科学会、日本大腸肛門病学会、日本腹部救急医学会などに積極的に演題発表を行っています。ご希望に応じて、論文作成に取り組む機会も設けています。

● 診療体制

初期臨床研修医、専攻医、指導医でチームを組み、診療を行います。平均受持ち患者数は約 10～15 名で、受け持ち患者の診療はチーム内で相談しながら進めていきます。

朝の回診は主にチーム単位で行い、専攻医やスタッフとともに治療方針を検討します。毎週火曜朝の術前カンファレンスには外科医全員が参加し、特に良性疾患のプレゼンテーションは担当研修医が行います。また、外科・放射線科カンファレンスでは、他科医師とともに各症例について詳細な検討を行っています。

緊急症例は救急外来、内科、病診連携からの依頼が多く、迅速な対応が求められるため、チームとしての行動が重要です。外科的治療が必要と判断された場合には、病棟看護師、手術室看護師、麻酔科医と連携しながら治療を進めていきます。

● がん診療

当院は東京都認定がん診療病院であり、がん診療においては外科的治療（手術）、化学療法、放射線療法に加え、緩和ケアや精神社会的側面への配慮も行っています。外科的治療では、各臓器別に専門医が在籍している強みを生かし、腹腔鏡手術、ロボット手術、内視鏡治療といった低侵襲治療から、多臓器合併切除や血管合併症例を含む高度な拡大手術まで幅広く対応しています。それぞれの症例の進行状況や全身状態を考慮して治療の選択がなされるため、治療方針は指導医と密に相談をしながら決定していきます。化学療法は、腫瘍内科医と相談し、放射線療法は放射線治療科医と相談しながら適応を判断します。

● 外科手術手技実習

実際の手術に参加し、指導医のもとで助手として手術をサポートしていただきます。また、院内ではドライラボによる手術手技実習やロボット手術実習を適宜開催しており、実際の手術を想定したシミュレー

ションを行うことができます。このように、さまざまな機会を通じて外科手術手技を体系的に学ぶことができます。

週間スケジュール (例)

	朝	午 前	午 後	夕
月	モーニングカンファレンス、 入院患者カンファレンス	回診、検査、手術	病棟、検査、手術	回診
火	モーニングカンファレンス 術前カンファレンス	回診、検査、手術	病棟、検査、手術	外科・放射線科カンファレンス、
水	モーニングカンファレンス	回診、検査、手術	病棟、検査、手術	回診
木	モーニングカンファレンス	回診、検査、手術	病棟、検査、手術	回診
金	モーニングカンファレンス	回診、検査、手術	病棟、検査、手術	回診

(13) 産婦人科 ※協力型研修病院にて 2 週間、当院で 2 週間研修を実施する。

● 診療の特徴

平成 29 年より産科診療(妊婦健診、分娩取り扱い)を再開した。妊娠初期には、従来通り妊娠の確認や異常妊娠(流産、子宮外妊娠や胎状奇胎など)の治療を行っている。以後日本産科婦人科学会の産科ガイドラインにのっとり妊婦健診を行っている(月、火、木、金)。妊娠 20 週頃に全例に対し精密な胎児のスクリーニングを胎児精密超音波外来で行う。小児科とは月に 1 回周産期カンファレンスを実施し情報の共有を行っている。分娩は満期産(37 週以降)の取り扱いが基本であり、自然分娩、無痛分娩、吸引分娩および帝王切開を取り扱う。また、産後の育児相談や産褥期の精神的・身体的不安に対するサポートを目的として産後ケア入院の体制をととのえ、一部の地方自治体ともタイアップして業務を行っている。

婦人科診療の中心は婦人科腫瘍に対する治療であり、良性腫瘍(子宮筋腫、子宮内膜症、卵巣嚢腫など)に対する内視鏡手術(腹腔鏡、VNOTES、ロボット支援下、子宮鏡)と悪性腫瘍に対する根治術や化学療法を行っている。また、骨盤臓器脱についての治療は、メッシュ手術(ロボット下仙骨脛固定術)からノンメッシュ(NTR)手術(膣式子宮全摘術、前後膣壁形成術、膣断端挙上術、仙棘靱帯固定術、膣閉鎖術)までを症例に応じて行っている。2025 年の手術件数は腹腔鏡手術 212 件、子宮鏡手術 172 件、悪性腫瘍手術 70 件、良性開腹手術 26 件などであった。

婦人科外来は月～金曜日にかけ初診・再診の 2 診制で行っている。特殊外来として女性遺伝性腫瘍相談外来、子宮鏡検査を外来で行う子宮鏡外来、子宮頸がんワクチン外来を毎週 1 回行っている。

不妊治療については一般検査および腹腔鏡精査を行っているが、人工授精や体外受精は行っていない。

● 研修の実際

産科外来、婦人科外来、特殊外来につき産婦人科特有の診察及び疾患を学ぶ。手術に参加し各術式及びその適応、チーム医療について学ぶ。

週間スケジュール (例)

	午 前	午 後
月	外来、病棟	特殊外来(女性遺伝性腫瘍相談外来、子宮頸がんワクチン外来)

火	手術、回診	特殊外来(胎児精密超音波外来)、手術
水	外来	
木	手術、外来	特殊外来(子宮鏡外来)、手術
金	手術	手術

- 救急診療・緊急手術・特殊な病棟処置は、外来や予定手術に優先する。
- 外来では超音波検査(特に経膈法)と産科精密超音波検査(胎児超音波)を習得する。婦人科診察器具の使用法を習熟する。
- 毎週火曜日は午後 5 時頃より、回診および入院患者および次週手術予定患者の症例検討会を行う。

(14) 麻酔科

専門分野：周術期管理

研修方略

1) 手術室業務 OJT (On the Job Training)

麻酔科では手術室業務として周術期管理全般（麻酔前評価、麻酔管理、術後管理）について研修を行う。麻酔管理の特殊性・患者の安全確保の観点より、研修中は常に上級医によるマンツーマン指導であり、指導医と密に連絡を取りその指示の下に処置を行う。受け持ち症例は手術の所要時間・全身状態により 1 日に 1 例から 4 例を担当する。

麻酔前評価は、術前診察情報や検査データからに加え手術前日に担当予定患者を直接診察する事で、患者の全身状態や術前の合併症・問題点を把握し、指導医と共に手術に応じた麻酔計画を立てる事である。全身状態の評価においては日常生活の労作能力から心肺機能を類推するといった問診力も重要である。

麻酔管理中は気管挿管、麻酔管理、抜管、退室時評価などを行う。気管挿管は生命に関わる重要な手技であるため、事前の喉頭部の解剖やシミュレーターを用いたトレーニングが必須となる。麻酔管理中は生体モニター表示される情報や手術進行に応じた適切な麻酔レベルや全身状態の調整を行う。抜管時と患者退室時は手術侵襲による全身状態の変化や、使用した麻酔薬の作用の残存状況を評価し、術後管理が適切になされるように評価しなければならない。

術後管理においては前日麻酔を担当した症例の麻酔合併症・後遺症の有無を追跡し、術後の経過を追うことにより周術期全体を通した患者病態の推移を理解する。術後の疼痛がコントロールされない症例では追加の処置も必要となる事がある。ハイリスク患者や術中問題のあった症例は、問題点についてその後も経過を追うこと。術後回診記録もカルテ記載を行う。

2) 麻酔科カンファレンス

毎朝 8:30 より当日受け持ち麻酔症例のプレゼンテーションを行い、術前問題点と麻酔計画を再確認する。時間が少ないため、簡潔な症例の提示が求められる。そのほか心外術前カンファ、TAVI カンファにも出席し循環動態に問題がある症例の管理について研修する。

3) 文献抄読会：毎月第 4 金曜日 8:00～

研修期間中に麻酔関連の英文文献の抄読を行う。英文読解力の向上を図るとともに麻酔関連のトピック

クス、総説などを理解する。医局会、病院内でのレジデント対象の勉強会・検討会・CPCなどに極力参加すること。

4) 手術室外業務

麻酔科術前外来、無痛分娩、集中治療室などの手術室外の業務にも積極的にに関わり、麻酔関連領域の研修に努める

週間スケジュール (例)

	午 前	午 後
月	術後回診、手術室業務	手術室業務
火	術後回診、手術室業務	手術室業務
水	術後回診、手術室業務	手術室業務
木	術後回診、手術室業務	手術室業務
金	術後回診、手術室業務	手術室業務

(15) 救急診療科

● 救急外来・救命救急センターの特徴

当院は第二次および第三次医療機関であり、徒歩で来院する初期(一次)患者から、二次・三次救急の重症患者まで、あらゆる重症度の救急患者が受診する。傷病は多岐にわたり、感冒などの軽症例から、重度外傷、ショック、心肺機能停止を含む緊急度・重症度の高い救急患者にも即応するため、トリアージに基づいた幅広い診療技能が求められる。

年間受診者数は約 10,000 人(救急車約 7,000 件)で、その傷病内訳は内科系(循環器科を含む)68%、外科 7%、小児科 9%、整形外科 9%、婦人科 2%、脳外科 2%、泌尿器科・耳鼻科・皮膚科・形成外科各 1% である。

2017 年度の新病棟竣工により、最新鋭の救命救急センターとしてリニューアルされ、救急外来 13 床、救命救急センター病棟 30 床(救命 ICU 10 床を含む)に増床された。救急全般および救命医療体制の拡充により、救急診療と災害医療における地域での活躍が期待されている。

● 診療体制

指導医(2-4 人)、専修医(1-2 人)、研修医 3 人で救急初期診療を行う。初期診療により病状が安定し、専門的治療や入院治療が必要であると判断された場合は、適宜、各診療科専門医にコンサルテーションを行い、個別に指導を受ける。

● カンファレンス

救急外来受診患者のレビュー、当直・日直の申し送りを中心として行う。診療が適切であったか、入院患者の状況などについて評価し、診療の質を高めることを目的とする。

1) 平日のレビュー：月曜～金曜 17:30～、上級医・指導医・研修医により日中の救急外来受診患者についてレビューを行う。

2) 休日、および日勤・当直交代時の申し送り、レビュー：当直・日勤交代時、および休日 9:00 に当直医、日直医が ER に集まり、外来状況、入院症例について申し送り、レビューを行う。17 時以前に来院し

た患者で診療が続いている場合は当直医に申し送り、レビューを優先させる。

当直医は、当直帯で入院した患者の状況、入院後経過について把握し、ER でプレゼンテーションできるようにしておく。

3) 病棟研修：ER から入院した症例について救命救急センターを中心に回診を行い、緊急処置に関する研修とともに初期診療が適切であったかどうかを検討する。

週間スケジュール (例)

	午 前	午 後
月	ER 診療	ER 診療
火	ER 診療	ER 診療
水	ER 診療	ER 診療
木	ER 診療	ER 診療
金	ER 診療	ER 診療

(16) 心臓血管外科

● 診療の特徴

当科はすべての患者を全員で診療する体制をとっている。このため研修医は心臓血管外科入院患者の全ての担当医となり、上級医による指導を受ける。担当医として、患者の術前評価から手術、術後管理など、入院から退院まで一貫して診療に携わるため、内容の濃い研修となる。循環器内科、血管外科をはじめとし、麻酔科、集中治療科、腎臓内科など関連する各科との連携を行いながら治療にあたり、チーム医療を学ぶ。また希望により担当した症例などを上級医のサポートのもと、日本胸部外科学会などの地方会で発表することもできる。

● 診療体制と研修内容

(1) 病棟業務

上級医(心臓血管外科専門医など)の指導、監督のもとに心臓血管外科の患者さんを受け持つ。毎朝、患者全員についてのカンファレンスを行い、その日に行うべき検査や治療内容を決定する。その後、回診が行われる。抜鉤、抜糸をはじめ、中心静脈カテーテル、ドレーン類の抜去などを行う。また、必要に応じて上級医の指導のもと、中心静脈カテーテルの留置や挿管、胸腔穿刺なども実施する。集中治療室では人工呼吸器の調整やカテコラミンの増減について主体的に行い、全身管理を学ぶ。

(2) 外来業務

外来教育は、救急の場で行われる。当科の場合はすでに診断がなされている状態で call されることが多い。疾患としては大動脈解離や大動脈瘤破裂などの大動脈緊急症が多く、血圧・疼痛管理などが重要となる。このため動脈ラインを確保し降圧薬の調整を行う。また緊急手術に向けた検査などを上級医と相談しながら行う。

後日、振り返りを行い、良かった点や反省点についてまとめ次回に活かせるようにする。

(3) 手術実習

週 2～3 回行われる心臓血管外科手術に参加する。習熟度によっては皮膚切開から開胸まで実施することもできる。また、大伏在静脈を採取した創や鼠径部の創について上級医の指導を受けながら閉創を担当し持針器や鑷子の持ち方をはじめ運針の仕方などを学ぶ。また、臨床工学技士による講義により人工心肺の理解を深める。希望によっては当科の研修中に血管外科の手術に参加することもできる(事前に血管外科との調整が必要)。

(4) カンファレンス

1. 手術症例カンファレンス

基本的に手術前日に開催。翌日の症例について、手術適応、方法、考えられる合併症とその対策について、プレゼンテーションを行い、麻酔科、集中治療科、手術室看護師、臨床工学技士らとともに討議する。

2. ハートチームカンファレンス

毎週金曜日に循環器内科・血管外科との合同カンファレンスを行う。1 週間に行われた PCI 症例、手術症例をそれぞれ提示するとともに、手術検討症例について討議を行い、手術とカテーテル治療のいずれが適しているかを議論する。疾患に対する外科的、内科的視点を学ぶとともに患者さんにとってのベストの治療を検討する。

3. 多職種カンファレンス

術前術後の一般病棟にいる患者の現在の状態、問題点、今後の方針などを看護師やリハビリ科、退院調整看護師などと共有する。これらについてプレゼンテーションするとともに、議論することで安全に手術を迎えられるようにし、術後の患者については早期に退院できるように調整を行う。またこのカンファレンスでの討議をもとに、自宅退院とするかリハビリ病院などへの転院とするかなどの治療方針を上級医と再検討する。

(5) クルズス

研修医を対象とした勉強会を不定期に行っている。実際にブタの心臓を用いて解剖学を学ぶとともに、上級医の指導を受けながら弁置換術や冠動脈バイパス術を体験することができる。また、随時、糸結びの仕方などを理論から学ぶことができる。

(6) 当直、オンコール体制

当科では開心術を施行した日に当直を行っている。月曜日と水曜日は集中治療科がカバーしているため、その他の日を担当する。これについては必修ではなく、希望によるため帰宅することもできる。手術当日は循環動態が不安定になることもあり、その場その場での判断が求められる。状況にあわせてベストの治療方法を検討し、点滴内容や投与速度などを調整する。また抜管に向けて人工呼吸器の調整を行うとともに血液ガスでチェックする。上級医と当直となるため、1 対 1 での指導を受けながら全身管理の基本を学ぶことができる。

また夜間・休日はオンコール体制が敷かれ、24 時間・365 日体制で管理に当たる。これについても希望により上級医とオンコール体制につくことができる。呼び出しは救急外来からの call、病棟患者急変時のみであり、月に 2-3 回程度である。

なお、当科の実習とは別に研修医に課せられる当直の翌日は休みが保証される。

週間スケジュール (例)

	午 前	午 後
月	手術	術後の ICU 管理、病棟業務
火	ICU 管理、病棟業務	ICU 管理、病棟業務、多職種カンファ
水	手術	ICU 管理、病棟業務
木	ICU 管理、病棟業務	ICU 管理、病棟業務、多職種カンファ
金	手術	ICU 管理、ハートチームカンファレンス

(17) 呼吸器外科

● 診療体制と研修内容

9 階西病棟と手術室が主な研修場所である。基本的に研修医 1 人に対して必ず指導医 1 名がつく。指導医とともに毎朝 8 時より病棟を全員で患者回診し、治療方針の決定・変更、検査計画の策定を行う。気管支鏡の検査には必ず付き、その手技を 3 ヶ月以内に覚える。胸部レントゲン写真の読影は毎日スタッフが行っている、それに付いて読影法をマスターする。週 3 回の手術には助手として入り、手術の基本手技、解剖を学ぶ。特に当院の得意とする胸腔鏡手術手技においては胸腔鏡を操作しそのノウハウを学ぶ。

● 検査・実習

- 1) 手術(毎火曜日、木曜日、金曜日)
- 1) 手術に助手として入り、基本手技、解剖等について学ぶ。
- 2) 気管支鏡検査(2 階放射線室)
- 2) 毎週月曜日と木曜日の午後に気管支鏡検査が 3・4 例行われる。気管支鏡検査に必要な局所麻酔の手技、
- 2) 気管支鏡の基本操作を学ぶ。3 ヶ月研修を行ったものに対しては気管支鏡による生検手技もマスターし
- 2) てもらう。
- 3) 胸部 X 線・CT 読影
- 3) 毎日、術前術後の患者の胸部レントゲン写真及び CT をすべて読影する。事前に自分なりに読影し、
- 3) その後スタッフがその読影についてチェックしながら、読影手技を学ぶ。
- 4) CT ガイドによる肺、縦隔の生検
- 4) 気管支鏡検査で診断がつかない肺病変や縦隔病変に対して CT 室で針生検を行うが、その際には必ず
- 4) スタッフに付きその手技を学ぶ。

● 回診・カンファレンス

- 1) 呼吸器外科抄読会(毎週月 8:00～9:00)
週に一度、英語論文抄読会を行い、最新の診断、治療の情報を得る。
- 2) 呼吸器外科、呼吸器内科合同カンファレンス(毎週金 17:00～18:00)
肺がん症例を中心に多角的に治療方針を検討している。いわゆる cancer board ととらえている。
- 3) 術前カンファレンス(毎週火 17:00～18:00)
その週の手術症例の方針についての討議を行う。
- 4) 病棟回診(毎日)
朝、夕の二回、必ず全員で全患者を回診する。きめの細かい診察を行うことにより術前患者をしっかりと把握し、術後合併症の発生を極力少なくするべく努力している。診察、処置など必要に応じて積

極的に参加していただく。

週間スケジュール (例)

	午 前	午 後
月	外来、病棟業務	気管支鏡、抄読会
火	手術	手術
水	外来、病棟業務	病棟業務
木	手術	手術 or 気管支鏡、
金	手術	手術、呼吸器内科との合同カンファレンス

・当院呼吸器外科の特徴的な診療は以下のごとくである。

総合病院の呼吸器外科である

当科が特に力を入れている対象疾患は肺がんである。

患者にとって、より侵襲が少なく、確実な肺がん手術を行う事、その為に日々精進する事は外科医の務めとして当然のことであり、当科のレベルは日本のリーディングホスピタルの一つであると自負している。

がん専門病院である、癌研有明病院、国立がん研究センターと比べての当科の強みは、標記の如く“**総合病院の呼吸器外科である**”という点であると考えている。高齢化社会を背景に重篤な心疾患、脳疾患等を伴ったり、COPD など低肺機能を伴った肺がん患者さんが増えている昨今であるが、これらの合併症を持つ患者さんに対しても、当科では関連各科、リハビリ、薬剤師、ナースとチームを組んで積極的に手術に取り組んでいる。これはがん専門病院では成し得ない協力体制であり、当院ではそれが有機的に機能し、良好な成績を挙げている。その点を評価された上の結果として、癌研有明病院、国立がん研究センターからは併せて年間十数例の重篤な合併症を持った肺がん患者さんが紹介され、当科で手術を受けている。現在のスタッフの態勢になってから、幸いなことにそれらの患者さんは、すべて特別な術後合併症を起こさずに退院できている。

診断が困難な小さな肺の腫瘍性病変

検診の普及で最近では小さな肺腫瘍が頻繁に見つかる。しかし病変が 2cm 以下となると、肺癌か否かを診断することは気管支鏡や経皮針生検ではかなり困難である。それに対し当科では以下の手順で積極的に診断しており、どのような小さな腫瘍でも診断率は 100% である。

CT はどこの施設でも行っているが、CT 所見のみの診断には限界がある。そこで当院では積極的に PET 検査を行っている。PET は微量放射性物質を使う検査で、この物質以外に体への侵襲はなく、肺癌の 90% を検出できる。PET で肺癌が疑われなければそのまま CT で経過を観察するため、従来の様に外科的切除による診断は不要となる。

PET と CT で肺癌が疑われた場合には積極的に全麻下で胸腔鏡下生検を行う。どんな小さな病変も胸腔鏡の前に腫瘍に造影剤でマークし、病変のみをピンポイントに切除する。この方法は 1996 年に世界に先駆けて当院が開発した。本法によりどんな小さな病変も 100% 診断可能である。仮に肺癌でなければその日の夕方にはすべてのチューブが抜けて翌日退院できる。肺癌であればそのまま胸腔鏡で肺癌の手術を行うが、早期癌である可能性が高いので治癒率は 90% 以上となる。

原発性肺癌

2-3cm 以上の病変であれば外来での気管支鏡検査あるいは経皮針生検で診断できるが、小さな病変であれば前述したように入院して胸腔鏡で診断する。また PET 検査を活用して全身の転移、リンパ節の転移を調べる。特にリンパ節転移は従来の CT では 50-60%ほどしか診断できなかったが、PET を用いると 85% 診断できる。PET 検査によりリンパ節転移がわかった場合には再発率低下のため、抗癌剤と放射線治療後に手術を行う。この他 PET では、診断困難な副腎や骨の転移もはるかに正確に診断でき、癌の悪性度もある程度判断可能である。

リンパ節転移がない比較的早期の肺癌であれば、全例に胸腔鏡下での手術を行う。8cm の皮膚切開と、1カ所の小さな孔を通して、肺癌の存在する肺葉を切除して、周囲のリンパ節を郭清する。小さな傷のため痛みはほとんどなく、術翌日には体に入っているすべての管が抜けて病棟内の廊下歩行やシャワーが可能となり、術後 1 週間以内には退院ができる。

進行癌はいきなり手術すると術後再発率が高くなるため、当院では抗癌剤と放射線治療を術前に行い、癌の勢いを弱くしてから手術を行う。抗癌剤は副作用の少ないものを用いて体力低下を防止するよう配慮している。このため術後肺炎等の合併症は抗癌剤を使わない場合と遜色なく、再発率も昔に比べて少ない。転移のない場合には浸潤している臓器と一緒に切除すること(拡大手術)により治癒が期待でき、当院ではそれに対しても積極的に取り組んでいる。心臓の一部、大動脈の一部さえも積極的に合併切除しているが、現在までに手術死亡はない。

気管や太い気管支に浸潤している癌は通常手術不能、あるいは肺全摘を必要とすることがあるが、当科では気管・気管支の癌の浸潤部位のみを切除して肺を温存することを積極的に行っている。肺を温存することにより肺の機能が温存され、その後の日常生活への支障を極力おさえることができる。この手技は熟練を要するが、当科では気管気管支形成術を積極的に行っており、現在まで手術死亡はない。

転移性肺腫瘍

多くの癌が肺に転移をするが、ある種の癌で転移の個数がそう多くなく、原発巣が完全切除されている場合には、肺の転移巣を切除することにより治癒、あるいは余命が延長する。

CT に加え PET 検査を行い、肺だけに転移が限局していることを確認する。切除方法はほぼ全例、胸腔鏡を用いて切除する。胸部に 3 カ所の小さな孔をあけて胸腔鏡を用いて腫瘍を切除する。それにより手術日の夕方にはすべてのチューブが抜けて翌日に退院できる。

縦隔腫瘍

基本的には術前に診断をつけることが困難なので、診断と治療を兼ねて切除をする。しかし良性腫瘍であれば、胸を開けずに胸腔鏡で十分に切除できる。当科では縦隔腫瘍に対して胸腔鏡を積極的に用いている。特に他の多くの施設と異なる点は非浸潤性胸腺腫に対しても胸腔鏡を用いて切除をしていることである。以前は胸腺腫に対しては胸骨正中切開を行っていたが、胸腔鏡で行うと肺機能低下が少なく、創感染の危険性も低く、疼痛も少ない。

自然気胸

胸腔鏡を用いて自然気胸の原因となっている肺嚢胞を切除する。手術当日にはすべての管がとれて、手術の翌日にはほぼ全員が退院可能となる。胸腔鏡を用いた自然気胸手術では全国平均で 10-15%の再発率がある。それに対して当院ではネオバールシート®による被覆術を嚢胞切除とともにに行っており、再発率を

1%以下に抑えることに成功している。

膿胸

20例以上の比較的早期の膿胸に対して胸腔鏡を用い、ほぼ全例すみやかに治癒している。

(18) 脳神経外科

● 病棟・診療の特徴

救急患者の多い当院の特性を反映して、脳神経外科の入院は脳卒中患者が多くを占めている。脳卒中症例に対して、脳卒中発症直後から、手術～術後管理～リハビリ～自宅退院・回復期リハビリ病院への転院までをトータルにサポートしている。主に救命救急センター、GICU、SCU（Stroke Care Unit）、9階東病棟で診療を行っている。当院は東京都の脳卒中急性期医療機関に認定されており、脳神経内科と協力して、迅速に脳卒中患者の急性期治療が可能な体制をとっている。

また、脳神経外科学会による慶應義塾大学病院を基幹病院とする研修病院に認定されており、手術顕微鏡を用いた脳動脈瘤クリッピング術や開頭血腫除去術、ナビゲーションを用いた原発性脳腫瘍や転移性脳腫瘍に対する開頭腫瘍摘出術や脳腫瘍生検術、神経内視鏡を用いた下垂体腫瘍摘出術や脳内血腫除去術、脳血管バイパス手術（STA-MCA 吻合術）や内頸動脈狭窄症に対する頸動脈内膜剥離術、重症頭部外傷に対する開頭術などを実施している。慶應義塾大学病院とも位置的に近く、大学と連携して医師を招聘して手術を行うこともある。

2025年の脳神経外科の手術実績は、手術室利用手術数149件、血管内治療数69件。内訳としてはくも膜下出血19件（開頭5件、血管内14件）、未破裂脳動脈瘤15件（開頭4件、血管内11件）、脳腫瘍摘出術（生検含む）19件、脳出血に対する血腫除去術24件（開頭7件、神経内視鏡17件）、重症頭部外傷に対する開頭血腫除去術8件、慢性硬膜下血腫に対する穿頭ドレナージ術32件、水頭症に対するシャント術16件、バイパス術3件、頸動脈内膜剥離術8件、微小血管神経減圧術1件などである。以前は緊急手術が多かったが、最近は予定手術を多く組み込み、医師の働き方に配慮した運営を心がけている。

学会活動では、日本脳神経外科学会、日本脳神経外科コンGRESS、日本脳卒中学会などを中心に積極的に参加している。

● 診療体制と研修内容

基本的に初期研修医1人に対して臨床研修指導医2名がつく。受持患者数は通常約10～15名である。毎朝8時30分から神経内科と合同で新入院患者カンファレンスを行い、研修医はプレゼンテーションを行う。その後9階東病棟を起点として病棟回診を行う。救急外来や病棟で、脳神経外科対象患者がいる場合、研修医はその場に急行して指導医と協力して診療に当たる。脳卒中急性期および脳外科手術直後の患者は主にGICUや救命救急センター（EICU）あるいはSCUにおいて管理する。

脳外科は平日午前中に外来を行っており、希望があれば研修期間中の1週間を外来研修とする。

研修期間中は脳外科患者の入院～手術～退院までを主治医と共に受け持ち、入院診療計画書や退院療養計画書の作成、診断書の作成、入院中のオーダー、退院サマリーの作成などの業務がある。

当直に関しては、通常の研修医当直を担い、脳卒中センター当直には組み込まれないが、当直帯の救急症例の治療方針について、アプリケーションJOINを利用した科内での協議に参加することが可能である。

ローテーション終了後に、研修医は自己評価を行うとともに、指導医および看護師より評価を受ける。ま

た研修医は、直接指導に当たった指導医の評価も行う（逆評価）。

● 手術、検査、処置の実習

1) 脳外科手術実習（予定手術や緊急手術）

手術時には実際に手洗いして脳外科の手術に入り、助手として参加することができる。慢性硬膜下血腫に対する穿頭血腫除去術や脳室ドレナージ術などの第1助手あるいは術者、気管切開術の術者になることができる。

2) 脳外科病棟処置

指導医の指導のもとに腰椎穿刺やCVライン、PICCカテーテルの挿入、気管内挿管、レスピレーター管理や各種ドレーンの管理や抜去、創部の包交、抜糸や抜鉤などの処置を行うことができる。

3) 脳血管撮影（脳アンギオ）

脳血管内治療科で診断カテーテルや血栓回収術、動脈瘤コイル塞栓術、頸動脈ステント留置術（CAS）などの血管内治療を行っており、研修医のうち希望者は参加できる。

● 回診・カンファレンス

1) 新入院カンファレンス（毎日 8:30～ 9階東病棟カンファレンスルーム）

2) リハビリカンファレンス（毎週月曜 8:45～ 9階東病棟カンファレンスルーム）

3) 神経放射線カンファレンス（毎月1回不定期 18:30～）

脳神経外科週間スケジュール（定期のもの）

	午 前	午 後
月	8:30～カンファ+リハビリカンファ+回診、病棟業務	病棟業務、17:00～回診
火	8:30～カンファ+回診、病棟業務	病棟業務、17:00～回診
水	8:30～カンファ+回診、病棟業務	病棟業務、17:00～回診
木	8:30～カンファ+回診、手術	手術、17:00～回診
金	8:30～カンファ+回診、病棟業務	病棟業務、17:00～回診

(19) 整形外科

● 外来の特徴 当院整形外科の外来患者は非常に多く、多彩な疾患を診ることが可能である。指導医の外来(初診、再診)につき、一般整形外科疾患の問診から診察、画像診断、そして治療に至るまで、考え方を中心に学ぶ。また救急外傷を通じて、外傷の初期治療法を習得する。

● 病棟の特徴

病棟は、脊椎（脊髄）、肩・肘・手、股関節、膝関節・足関節の疾患及び四肢外傷患者の入院が多い。整形外科の入院患者は全身状態が安定した人が多いものの、高齢化とともに全身状態に深刻な問題を抱える高齢者の入院も非常に増えている。このような患者の治療を円滑に進めていくためには他科との緊密な連携が欠かせない。診療の流れとしては、入院時の診療計画作成、保存的治療、術前・術後患者の管理、リハビリ指導、退院に向けての生活指導が行われる。病棟においては、指導医と共に診察にあたり、問診、診察法、検査手技の実際、鑑別診断の指導を受け、最終診断に至る道筋を身につけることを基本とする。術前・術後管理の実際を習得する。

● 検査

単純 X 線、体幹部・四肢の CT、MRI 像の読影法を学ぶ。また脊髄造影、椎間板造影、神経根ブロック兼造影の適応、読影法等を学ぶ。

週間スケジュール (例)

	午 前	午 後
月	病棟、手術	病棟、手術、装具外来
火	病棟、手術	病棟、手術
水	病棟、手術	病棟カンファレンス 病棟、手術
木	病棟、手術	病棟、手術、装具外来
金	病棟、手術	手術

- (1) 整形外科手術日は、月、火、水、木、金であるが、緊急手も少なくない。四肢骨折等外傷に対する手術が主体をなすが、脊椎、手の外科、膝関節の専門的な手術に入る場合もある。
- (2) 随時救急外来への対応が必要である。
- (3) 病棟カンファレンス（毎週水曜 8:15～）において症例を検討し、治療方針の決定、手術結果の評価、後療法の計画などを行う。

(20) 皮膚科

● 診療内容及び特色

- 皮膚科の診療は一日平均約40名の患者が受診する外来診療が中心となる。
- 一日の平均入院患者は2名である。
- 湿疹・皮膚炎、蕁麻疹、薬疹、帯状疱疹、蜂窩織炎などの一般的な皮膚疾患から、膠原病、水疱症、血管炎などの難治性皮膚疾患および良性腫瘍、悪性皮膚腫瘍まで幅広い皮膚疾患を扱い、的確な臨床及び病理診断のもとで診療を行っている。
- 一般外来の他に、脱毛症、肝斑、爪などの特殊外来を設けて治療を行っている。
- 難治性乾癬患者や、コントロール不良のアトピー性皮膚炎には生物学的製剤での治療を行っている。

● 実績：(2025 年)

- 年間外来患者数 延約 9,300 名 年間入院患者数 延約 700 名
- 年間手術件数：約 130 件
- 年間生検件数：約 65 件
- 生検、手術症例においては全ての症例について臨床病理カンファレンスを行い、適切な診断をしたうえで症例ごとに的確な治療の選択をしている。
- 難治性乾癬・アトピー性皮膚炎患者の生物学的製剤症例数：約 70 件
- 爪外来は年間延べ 200 件以上で巻き爪をはじめ、炎症性や腫瘍性の爪疾患に対して必要に応じで生検を行い、適切な診断のもと、患者ごとに治療を決定している。

● 診療体制と研修内容

1. 午前

- 1) 外来診療：初診外来の上級医や指導医に付き、皮疹に関する見方と記載、及び検査と治療法などの基本的な皮膚科の診療手技を学ぶ。
- 2) 病棟：週 3 回上級医や指導医に付き添って、病棟患者の全身状態及び皮膚疾患を観察し、その検査と治療法を学びながら、実際に軟膏塗布及び包交のやり方などの処置を体験すること。

2. 午後：皮膚生検、手術や爪外来などの特殊外来に付き、その基本的な手技を習得する。

月曜日午後には、チーム医療としての褥瘡回診を行っており、WOC ナース、薬剤師、理学療法士、検査技師、栄養士などとともに、院内の褥瘡をもつ患者の回診をする。

3. 夕方：毎日上級医や指導医と共に病棟の回診を行い、全身状態と皮疹状態を観察し、その治療効果を検討する。

4. カンファレンス

- 1) 臨床病理カンファレンス：毎週金曜日夕方、皮膚科医全員と共に、病棟患者と、直近の一週間で行った全ての生検、手術症例の病理標本を検討し、適切な治療方針を決定する。

週間スケジュール (例)

	午 前	午 後
月	外来、病棟業務	皮膚生検、手術、特殊外来（爪）、褥瘡回診
火	外来、病棟業務	皮膚生検、手術、病棟業務
水	外来、病棟業務	特殊外来（ネイルケア）、皮膚生検、手術（全身麻酔含）病棟業務
木	外来、病棟業務	皮膚生検、手術
金	外来、病棟業務	特殊外来（肝斑）、皮膚生検、手術、カンファレンス

(21) 泌尿器科

● 病棟・診療の特徴

泌尿器科の外来受診患者数は 1 日約 55 人、入院患者数は 1 日約 14 人であるが平均在院日数が 8 日と比較的短く、病床の回転がはやい。基本的にすべての入院手術例は日程を外来受診時に予約し、疾患・治療法の説明、術前検査も外来で済ませるため、外来診療と入院診療の連携が特に緊密である。昨年の年間手術・処置件数は、ESWL が 40 件、前立腺針生検が約 100 件、それ以外の手術約 500 件のうち、主なものは、腎細胞癌や腎盂癌の上部尿路手術(ロボット手術を含む)が約 20 件、前立腺全摘除術（ロボット手術を含む）が約 20 件、膀胱全摘除術を 5 件行っている。

学会活動では、日本泌尿器科学会を中心に活動しており、研修医・専修医対象では、日本泌尿器科学会総会、アメリカ泌尿器科学会などに定期的に演題発表を行っている。

● 診療体制と研修内容

基本的には日本泌尿器科学会認定指導医 1 名、泌尿器科専門医 3 名、専修医 1 名からなる診療チームに研修医 1 名が参加することになる。研修医 1 名に対して、受持患者数は常時、10～15 名である。スタッフ

とともに毎朝 8 時より患者回診し、治療方針の決定・変更、検査計画の策定を行う。

夕方にも手術などが一段落した時点で回診を行い、新入院患者、術後患者の治療方針の決定・変更、検査計画の策定を行う。

月曜日には翌週の手術予定患者の検討会を行っている。

毎朝・夕の病棟回診、その他の病棟業務や手術(火、水、金曜日)、救急患者対応、外来検査など、日常業務すべてにスタッフとともに従事していくなかでの **on the job training** に加え、各種カンファレンス、学会活動などの機会を通じて専門知識も吸収してもらう。日本泌尿器科学会認定専門医申請のための必修研修項目とも整合性も考慮し、特に以下の研修も十分行えるよう配慮している。

1) 鑑別診断

泌尿器科的病歴が正確にとれ、次の各症候に対しおおよその鑑別診断ができる。

排尿痛、疝痛発作、頻尿、排尿困難、尿閉、尿失禁、血尿

2) 検査、治療

次の各疾患についておおよその知識を持ち、必要な検査法、適切な治療法を理解できる。

上部尿路結石、急性腎盂腎炎、急性膀胱炎、急性前立腺炎、急性尿道炎、神経因性膀胱、前立腺肥大症、前立腺癌、膀胱癌、腎細胞癌

特に習得すべき検査としては、

直腸内指診

尿検査とその解釈

特に習得すべき処置としては

膀胱カテーテル留置法

3) 手術 1

泌尿器科領域の基本的な手術の原理と術式を理解する(助手として参加する)

経尿道的前立腺切除術、経尿道的膀胱腫瘍切除術、経尿道的尿管切石術、体外衝撃波碎石術、根治的腎摘除術、根治的前立腺摘除術

週間スケジュール (例)

	午前	午後
月	回診、術前検討会	内視鏡外来、ESWL、回診、
火	回診、手術	手術、術前患者チェック、術後回診
水	回診、手術	手術、術後回診
木	回診、X 線透視下処置	内視鏡外来、回診
金	回診、手術	内視鏡外来、ESWL、回診

(22) 耳鼻咽喉科

● 診療の特徴

外来は 1 日平均で 60 名、入院は 1 日平均で 10 名弱程度である。外来は原則予約制であるが、月～土

AM は予約外でも受け付けており、その後も緊急を要する疾患についてはオンコール体制で対応している。突発性難聴や重症感染症では必要に応じ緊急入院として加療を行っている。

手術は月 20 件程度で、口蓋扁桃摘出術、鼻中隔矯正術、内視鏡下鼻内副鼻腔手術（ESS）、喉頭マイクロサージャリー、鼓室形成術、甲状腺腫瘍手術、内視鏡下の甲状腺手術（VANS）、頭頸部腫瘍・悪性腫瘍手術、内視鏡下咽頭手術（ELPS）などである。予定手術がほとんどであるが、外傷や異物などでは緊急手術を行っている。ガイドラインに従った標準的医療を行っている。

特殊外来として補聴器外来を週 3 回行っている。補聴器のフィッティングは日耳鼻学会の指針に沿って行っており、装用前評価(語音聴力検査・UCL など)および装用効果の評価(実耳測定や音場閾値、音場語音検査)を施行し調整や装用指導を行っている。当院は補聴器適合判定検査の認定施設となっている。また、頭頸部腫瘍外来では当院腫瘍内科との連携を取り、集学的治療を行っている。嚥下外来では院内の嚥下障害に対して言語聴覚士(ST)とともに評価を行い、嚥下指導を行っている。音声外来では音声評価をしたうえで必要に応じて喉頭マイクロ手術を行っている。

● 診療体制と診療内容

日本耳鼻咽喉科学会専門医 3 名、医員 1 名で診療を行っている。耳鼻咽喉科の診療は他科と連携して行われることが多いので、耳鼻咽喉・頭頸部の問診・視診・触診および基本手技を学ぶ。特に鼻出血止血などの処置、急性中耳炎の診断、聴覚および平衡機能検査の結果解釈、気道管理については耳鼻咽喉科特有の手技を習得する。聴覚および平衡機能検査は当院では大学病院レベルの検査が可能である。当院は日本耳鼻咽喉科学会および日本気管食道科学会の専門医研修施設となっている。

回診・カンファレンスを毎週月・水曜日の 8:00～、1 回/月の腫瘍内科、放射線科(治療科)との頭頸部癌カンファレンス行っている。

週間スケジュール (例)

	AM	PM
月	外来/手術	手術、補聴器外来、頭頸部腫瘍外来
火	外来	難聴・中耳炎外来
水	外来/手術	手術、補聴器外来
木	外来	嚥下評価外来
金	外来	音声外来

(23) 放射線科・放射線治療科

● 放射線科・放射線治療科の概要

2026 年 4 月現在、画像診断・IVR は放射線科の常勤医師 5 名(放射線診断専門医 3 名)、放射線治療は放射線治療科の常勤医師 2 名(放射線治療専門医 2 名)が行っており、非常勤医師がサポートしている。

画像診断における主な業務は、CT 検査・読影、MRI 検査・読影、超音波検査(腹部、表在臓器および末梢血管)、消化管造影などである。RI 検査(シンチグラム)、単純写真などの読影も行っている。画像診断管理加算 3 を取得しており、CT、MRI、RI 検査の 98%以上を翌診療日までに読影し、最終的な読影率は 100%となっている。また、IVR(Interventional Radiology(血管系および非血管系)では、IVR 専門医 2 名体制の

もと、年間 350 件超の IVR を施行している。

放射線治療については、高精度放射線治療を積極的に推進している。手術や化学療法とならんで、がん治療の 3 本柱のひとつを担っている。

● 2025 年度の放射線科読影件数実績・IVR 実施件数実績・放射線治療科業務実績

1) CT 読影 (25766 件)

2) MRI 読影 (9439 件)

3) 消化管検査読影 (1570 件)

総合健診センター実施分を含む上部消化管 X 線検査、注腸検査の読影を行っている。

4) 単純 X 線撮影読影 (8857 件)

各科から読影依頼のあったものや総合健診センター実施分について読影を行っている。

5) RI 検査読影 (437 件)

RI 注射業務や読影を行っている。

6) 腹部、表在、末梢血管超音波検査診断 (20572 件)

超音波検査指導医である放射線科医の指導の下で、検査のほとんどを臨床検査技師が行い、放射線科医が診断を行っている。造影超音波検査は放射線科医が行っている。

7) IVR (375 件)

血管系、非血管系問わず幅広く高度な手技を行っている。血管系 IVR としては、消化管出血や交通外傷などの緊急止血術、肝細胞癌 TACE、動脈瘤治療などの他にも、門脈系 (BRTO、PTO) やリンパ系 (リンパ管造影、乳糜瘻治療) の IVR も行っている。血管外科と合同で IVR を行うこともある。

非血管系としては、胆嚢や胆道のドレナージ、肝臓や腹腔内など膿瘍ドレナージ、腫瘍生検、金マーカー留置、胆管ステント留置、ラジオ波焼灼術など、US ガイド下あるいは CT ガイド下で行っている。

8) 放射線治療 (360 件)

地域の基幹的総合病院のメリットを活かし、併存疾患を有するがん患者にも各診療科と協力して放射線治療を提供する体制を整えている。強度変調放射線治療 (intensity modulated radiotherapy: IMRT)、肺腫瘍や肝腫瘍に対する定位照射 (ピンポイント照射) など、ハイテク技術を駆使した高精度放射線治療を積極的におこなっている。

● カンファレンス

放射線科としてのカンファレンス以外にも、他科とのカンファレンスは定期的に行っており、外科との合同カンファレンスを毎週行っている。また神経内科、婦人科、泌尿器科とのカンファレンスも月 1 回行っている。放射線治療科も、部門内カンファレンスの開催に加え、各診療科との合同カンファレンスに参加している。初期研修の選択科目としてのローテーションのほか、内科および外科専攻医の短期ローテーションも受け入れている。

週間スケジュール (例)

	月	火	水	木	金
8 時 15 分					

AM	CT/MRI	US/IVR	CT/MRI	US/IVR	CT/MRI
PM	放射線治療	US	CT/MRI	US/IVR	CT/MRI
17 時		外科放射線カンファレンス			

脳神経内科、産婦人科、泌尿器科 カンファレンス 1 回/月

超音波症例カンファレンス 1 回/月

(24) 病理診断科

● 診療の特徴

病理診断科(以下、当科)では病理解剖、組織診断、細胞診を行っている。特に組織診断は最終診断となることが多く、治療法の選択や予後の予測に重要な情報を提供している。最近では顕微鏡を使った形態診断に加えて、治療に直接結びつくバイオマーカーの検討や、病理組織診断の根拠となった組織検体を材料とした遺伝子学的検査も多くなされるようになってきた。当科では常勤病理専門医 2 名と非常勤病理専門医 6 名(4.5 日/週)で病理診断業務に従事しており、正しい病理組織診断のみならず臨床担当医が必要とする情報の含まれた診断報告を迅速に提供することを目指している。また、手術に協力する術中迅速診断では主病変の組織学的診断、切除断端への腫瘍の進展の有無、リンパ節転移の有無など術式の決定等に必要な情報を提供している。

細胞診は子宮頸癌、膀胱癌の検診、体腔液の良悪性の判定などを中心に行われてきたが、最近では穿刺細胞診による診断が非常に盛んに行われるようになり、乳腺病変、甲状腺病変、肺病変、消化管病変などの確定診断に至る場合も少なくない。これらの細胞診断は細胞検査士 4 名と細胞診専門医 2 名との共同作業により実施されている。加えて、必要に応じ液状検体から cell block(FFPE 切片)を作製し、より正確な細胞診断のために組織検体と同様の免疫細胞化学を実施し、また遺伝子学的検査等にも役立てている。

病理解剖には病気の診断・研究という面と、診療上の反省という二面性があり、いずれも医療の質の向上に欠かせない。この数年は、全国的に年間病理解剖数が減少傾向にあり、当院においても解剖数が減少しているが、解剖が行われた症例のほとんど全てを CPC 症例とし、詳細に検討している。

臨床各科では専門化・細分化が進んでいるが、病理医は最後の総合臨床医といわれるように全身諸臓器の病気についての知識を持っている必要があり、臨床医のコンサルタントとしての役割も果たさねばならない。当科は日本病理学会、日本臨床細胞学会の認定を取得しており学会活動にも熱心に取り組んでいる。また、臨床各科の学会発表や論文執筆にも協力している。

● 診療体制と研修内容

研修は主に組織診断と剖検診断に分けられる。いずれにおいても研修指導医の資格を有する病理医が指導にあたっている。組織診断では生検検体や手術検体の肉眼観察、組織標本作製のための切り出し、組織標本の鏡検、報告書作成という過程を指導医の監督の下に行う。午前中が主に肉眼観察と切り出しにあてられ、午後は鏡検と報告書作成を行うという時間配分である。また他科とのカンファレンスも定期的に行っており、臨床病理学的関連の重要性を認識するように指導している。

週間スケジュール (例)

	午 前	午 後
--	-----	-----

月	切除検体の切り出し	組織診断報告書作成
火	切除検体の切り出し	組織診断報告書作成
水	切除検体の切り出し	組織診断報告書作成
木	切除検体の切り出し	組織診断報告書作成
金	切除検体の切り出し	組織診断報告書作成

(25) 地域医療

生涯にわたる、患者中心で高度・良質なプライマリケアの提供ができるようになるために、病診連携の概念を理解するとともに、患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療について理解し、実践することを目的とする。実際に在宅診療を行っている医療機関、開業医診療所、へき地医療機関などで研修を行い、在宅診療の実際と医療・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、地域包括ケアの実際について理解する。また、プライマリケアに供されている基本的診察・検査・手技・治療法・医療記録記載のやり方に精通し、医療人として必要な基本姿勢や態度を体得する。

診療の特徴(在宅医療診療所、港区医師会所属診療所、その他の民間医療機関、総合健診センター、済生会関連施設他)

在宅診療を行っているクリニックにおいて2週間にわたり在宅診療の実際と医療・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、地域包括ケアの実際について研修を行う。港区医師会所属その他診療所では、プライマリケアが毎日実践されており、コンサルトが必要な症例では、病診連携システムなどを介して当院や他院への紹介が行われている。また一部の診療所では往診を行っており、在宅診療の現場を体験することも可能である。当院総合検診センターでは、個人健診、人間ドックの現場に立ち会うことにより、予防医療の現場を体験することが可能となる。また、当院小児科での予防接種、院内でのインフルエンザ予防接種等を通じて予防接種などの予防医療も経験する。僻地としては岩手県済生会岩泉病院や津和野共存病院の協力を得て、2週間の僻地医療研修を経験することも可能としている。

診療体制と研修内容

各外部研修施設では、開業医師、担当医師が指導医となり、研修医に在宅診療所、各診療所、病院での在宅診療、プライマリケアなどを体験させる。指導に際しての診療責任は、基本的に開業医師、担当医師にある。

総合健診センターでは、指導医の監督の下、実際に健診、人間ドックでの診察を行うとともに、結果の説明を行う。

ローテーション終了後に、研修医は自己評価を行うとともに、指導医師より評価を受ける。また研修医は、直接指導に当たった指導医の評価も行う(逆評価)。

週間スケジュール (例)

	午 前	午 後
月	A 病院研修	A 病院研修
火	B 診療所研修	B 診療所研修

水	A 病院研修	A 病院研修
木	C 診療所研修(往診)	C 診療所研修(往診)
金	A 病院研修	A 病院研修
土	A 病院研修	

(別紙 1) 卒後臨床研修共通目標達成に適した診療科

	内科	外科	救急診療科	小児科	産婦人科	精神科（心療科）	麻酔科	心臓血管外科	整形外科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	眼科	皮膚科	脳神経外科	形成外科	地域医療
経験すべき症候																
ショック	◎	○	◎		○		◎	◎		○						
体重減少・るいそう	◎	○	○	○	○	○		○		○						○
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	◎	◎	○													○

	内科	外科	救急診療科	小児科	産婦人科	精神科（心療科）	麻酔科	心臓血管外科	整形外科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	眼科	皮膚科	脳神経外科	形成外科	地域医療
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	◎		◎													○
胃がん	◎	◎	○													○
消化性潰瘍	◎	○	◎													○
肝炎・肝硬変	◎		○													○
胆石症	◎	◎	◎													○
大腸がん	◎	◎	○													○
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）	○		○			◎										○

(別紙 2) 研修医評価表

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

研修医名 _____

研修分野・診療科 _____

観察者 氏名 _____ 区分 ☐ 医師 ☐ 医師以外(職種名 _____)

観察期間 _____年____月____日 ~ _____年____月____日

記載日 _____年____月____日

	レベル 1 期待を大きく 下回る	レベル 2 期待を 下回る	レベル 3 期待 通り	レベル 4 期待を 大きく 上回る	観察 機会 なし
A-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。	☐	☐	☐	☐	☐
A-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。	☐	☐	☐	☐	☐
A-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。	☐	☐	☐	☐	☐
A-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。	☐	☐	☐	☐	☐

※「期待」とは、「研修修了時に期待される状態」とする。

印象に残るエピソードがあれば記述して下さい。特に、「期待を大きく下回る」とした場合は必ず記入をお願いします。

研修医評価票 Ⅱ

「B. 資質・能力」に関する評価

研修医名：_____

研修分野・診療科：_____

観察者 氏名 _____ 区分 ☐ 医師 ☐ 医師以外（職種名 _____）

観察期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

レベルの説明

レベル 1	レベル 2	レベル 3	レベル 4
臨床研修の開始時点で 期待されるレベル (モデル・コア・カリキュラム相当)	臨床研修の中間時点で 期待されるレベル	臨床研修の終了時点で 期待されるレベル (到達目標相当)	上級医として 期待されるレベル

研修医評価票Ⅱ（1. 医学・医療における倫理性）

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。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時で期待されるレベル	レベル 4
■医学・医療の歴史的な流れ、臨床倫理や生と死に係る倫理的問題、各種倫理に関する規範を概説できる。 ■患者の基本的権利、自己決定権の意義、患者の価値観、インフォームドコンセントとインフォームドアセントなどの意義と必要性を説明できる。 ■患者のプライバシーに配慮し、守秘義務の重要性を理解した上で適切な取り扱いができる。	人間の尊厳と生命の不可侵性に関して尊重の念を示す。	人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。	モデルとなる行動を他者に示す。
	患者のプライバシーに最低限配慮し、守秘義務を果たす。	患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。	モデルとなる行動を他者に示す。
	倫理的ジレンマの存在を認識する。	倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。	倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づいて多面的に判断し、対応する。
	利益相反の存在を認識する。	利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。	モデルとなる行動を他者に示す。
	診療、研究、教育に必要な透明性確保と不正行為の防止を認識する。	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。	モデルとなる行動を他者に示す。
☐	☐	☐	☐
☐ 観察する機会が無かった			

コメント：

研修医評価票Ⅱ（2. 医学知識と問題対応能力）

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。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時で期待されるレベル	レベル 4
■必要な課題を発見し、重要性・必要性に照らし、順位付けをし、解決にあたり、他の学習者や教員と協力してより良い具体的な方法を見出すことができる。適切な自己評価と改善のための方策を立てることができる。 ■講義、教科書、検索情報などを統合し、自らの考えを示すことができる。	頻度の高い症候について、基本的な鑑別診断を挙げ、初期対応を計画する。	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。	主な症候について、十分な鑑別診断と初期対応をする。
	基本的な情報を収集し、医学的知見に基づいて臨床決断を検討する。	患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。	患者に関する詳細な情報を収集し、最新の医学的知見と患者の意向や生活の質への配慮を統合した臨床決断をする。
	保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案する。	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。	保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、患者背景、多職種連携も勘案して実行する。
☐	☐	☐	☐

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

研修医評価票Ⅱ（3. 診療技能と患者ケア）

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。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時で期待されるレベル	レベル 4
■必要最低限の病歴を聴取し、網羅的に系統立てて、身体診察を行うことができる。 ■基本的な臨床技能を理解し、適切な態度で診断治療を行うことができる。 ■問題志向型医療記録形式で診療録を作成し、必要に応じて医療文書を作成できる。 ■緊急を要する病態、慢性疾患、に関して説明ができる。	必要最低限の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、安全に収集する。	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。	複雑な症例において、患者の健康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。
	基本的な疾患の最適な治療を安全に実施する。	患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。	複雑な疾患の最適な治療を患者の状態に合わせて安全に実施する。
	最低限必要な情報を含んだ診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切に作成する。	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。	必要かつ十分な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でき、記載の模範を示せる。
☐	☐	☐	☐

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

研修医評価票Ⅱ（4. コミュニケーション能力）

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。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時で期待されるレベル	レベル 4
■コミュニケーションの方法と技能、及ぼす影響を概説できる。 ■良好な人間関係を築くことができ、患者・家族に共感できる。 ■患者・家族の苦痛に配慮し、分かりやすい言葉で心理的社会的課題を把握し、整理できる。 ■患者の要望への対処の仕方を説明できる。	最低限の言葉遣い、態度、身だしなみで患者や家族に接する。	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。	適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで、状況や患者家族の思いに合わせた態度で患者や家族に接する。
	患者や家族にとって必要最低限の情報を整理し、説明できる。指導医とともに患者の主体的な意思決定を支援する。	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。	患者や家族にとって必要かつ十分な情報を適切に整理し、分かりやすい言葉で説明し、医学的判断を加味した上で患者の主体的な意思決定を支援する。
	患者や家族の主要なニーズを把握する。	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。	患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握し、統合する。
☐	☐	☐	☐

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

研修医評価票Ⅱ（5. チーム医療の実践）

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。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時で期待されるレベル	レベル 4
■チーム医療の意義を説明でき、（学生として）チームの一員として診療に参加できる。 ■自分の限界を認識し、他の医療従事者の援助を求めることができる。 ■チーム医療における医師の役割を説明できる。	単純な事例において、医療を提供する組織やチームの目的等を理解する。	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。	複雑な事例において、医療を提供する組織やチームの目的とチームの目的等を理解したうえで実践する。
	単純な事例において、チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。	チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。	チームの各構成員と情報を積極的に共有し、連携して最善のチーム医療を実践する。
☐	☐	☐	☐

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

研修医評価票Ⅱ（6. 医療の質と安全の管理）

6. 医療の質と安全の管理：

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。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時で期待されるレベル	レベル 4
■医療事故の防止において個人の注意、組織的なリスク管理の重要性を説明できる。 ■医療現場における報告・連絡・相談の重要性、医療文書の改ざんの違法性を説明できる。 ■医療安全管理体制の在り方、医療関連感染症の原因と防止に関して概説できる。	医療の質と患者安全の重要性を理解する。	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。	医療の質と患者安全について、日常的に認識・評価し、改善を提言する。
	日常業務において、適切な頻度で報告、連絡、相談ができる。	日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。	報告・連絡・相談を実践するとともに、報告・連絡・相談に対応する。
	一般的な医療事故等の予防と事後対応の必要性を理解する。	医療事故等の予防と事後の対応を行う。	非典型的な医療事故等を個別に分析し、予防と事後対応を行う。
	医療従事者の健康管理と自らの健康管理の必要性を理解する。	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。	自らの健康管理、他の医療従事者の健康管理に努める。
☐	☐	☐	☐

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

研修医評価票Ⅱ（7. 社会における医療の実践）

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。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時で期待されるレベル	レベル 4
■離島・へき地を含む地域社会における医療の状況、医師偏在の現状を概説できる。 ■医療計画及び地域医療構想、地域包括ケア、地域保健などを説明できる。 ■災害医療を説明できる。 ■（学生として）地域医療に積極的に参加・貢献する。	保健医療に関する法規・制度を理解する。	保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。	保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解し、実臨床に適用する。
	健康保険、公費負担医療の制度を理解する。	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。	健康保険、公費負担医療の適用の可否を判断し、適切に活用する。
	地域の健康問題やニーズを把握する重要性を理解する。	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。	地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案・実行する。
	予防医療・保健・健康増進の必要性を理解する。	予防医療・保健・健康増進に努める。	予防医療・保健・健康増進について具体的な改善案などを提示する。
	地域包括ケアシステムを理解する。	地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。	地域包括ケアシステムを理解し、その推進に積極的に参画する。
	災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要が起こりうることを理解する。	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。	災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要を想定し、組織的な対応を主導する実際に対応する。
☐	☐	☐	☐
☐ 観察する機会が無かった			

コメント：

研修医評価票Ⅱ（8. 科学的探究）

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。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時で期待されるレベル	レベル 4
■研究は医学・医療の発展や患者の利益の増進のために行われることを説明できる。 ■生命科学の講義、実習、患者や疾患の分析から得られた情報や知識を基に疾患の理解・診断・治療の深化につなげることができる。	医療上の疑問点を認識する。	医療上の疑問点を研究課題に変換する。	医療上の疑問点を研究課題に変換し、研究計画を立案する。
	科学的研究方法を理解する。	科学的研究方法を理解し、活用する。	科学的研究方法を目的に合わせて活用実践する。
	臨床研究や治験の意義を理解する。	臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。	臨床研究や治験の意義を理解し、実臨床で協力・実施する。
☐	☐	☐	☐

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

研修医評価票Ⅱ（8. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢）

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。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時で期待されるレベル	レベル 4
■生涯学習の重要性を説明でき、継続的学習に必要な情報を収集できる。	急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収の必要性を認識する。	急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。	急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収のために、常に自己省察し、自己研鑽のために努力する。
	同僚、後輩、医師以外の医療職から学ぶ姿勢を維持する。	同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。	同僚、後輩、医師以外の医療職と共に研鑽しながら、後進を育成する。
	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。）の重要性を認識する。	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。	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。）を把握し、実臨床に活用する。
☐	☐	☐	☐

☐ 観察する機会が無かった

コメント：

研修医評価票 Ⅲ

「C. 基本的診療業務」に関する評価

研修医名 _____

研修分野・診療科 _____

観察者 氏名 _____ 区分 ☐ 医師 ☐ 医師以外（職種名 _____）

観察期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

レベル	レベル 1 指導医の 直接の監 督の下で できる	レベル 2 指導医が すぐに対 応できる 状況下で できる	レベル 3 ほぼ単独 でできる	レベル 4 後進を指 導できる	観察 機会 なし
C-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。	☐	☐	☐	☐	☐
C-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。	☐	☐	☐	☐	☐
C-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。	☐	☐	☐	☐	☐
C-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。	☐	☐	☐	☐	☐

印象に残るエピソードがあれば記述して下さい。

臨床研修の目標の達成度判定票

研修医氏名: _____

A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）		
到達目標	達成状況： 既達／未達	備 考
1. 社会的使命と公衆衛生への寄与	☐ 既 ☐ 未	
2. 利他的な態度	☐ 既 ☐ 未	
3. 人間性の尊重	☐ 既 ☐ 未	
4. 自らを高める姿勢	☐ 既 ☐ 未	
B. 資質・能力		
到達目標	既達／未達	備 考
1. 医学・医療における倫理性	☐ 既 ☐ 未	
2. 医学知識と問題対応能力	☐ 既 ☐ 未	
3. 診療技能と患者ケア	☐ 既 ☐ 未	
4. コミュニケーション能力	☐ 既 ☐ 未	
5. チーム医療の実践	☐ 既 ☐ 未	
6. 医療の質と安全の管理	☐ 既 ☐ 未	
7. 社会における医療の実践	☐ 既 ☐ 未	
8. 科学的探究	☐ 既 ☐ 未	
9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢	☐ 既 ☐ 未	
C. 基本的診療業務		
到達目標	既達／未達	備 考
1. 一般外来診療	☐ 既 ☐ 未	
2. 病棟診療	☐ 既 ☐ 未	
3. 初期救急対応	☐ 既 ☐ 未	
4. 地域医療	☐ 既 ☐ 未	
臨床研修の目標の達成状況		☐ 既達 ☐ 未達
(臨床研修の目標の達成に必要な条件等)		

年 月 日

東京都済生会中央病院臨床研修プログラム・プログラム責任者 _____