

2026 年度

津軽保健生活協同組合 健生病院
初期医師臨床研修プログラム

津軽保健生活協同組合 健生病院
研修管理委員会

I. 初期医師臨床研修プログラム概要

1. プログラムの名称

津軽保健生活協同組合 健生病院 初期医師臨床研修プログラム

2. プログラムの基本理念

青森民医連の医師養成の目的は、民医連綱領や医療生協運動について理解し、患者・職員・地域住民と共に他の医療福祉機関・行政に働きかけ民医連運動と医療生協活動を実践できる医師を養成することです。

全日本民医連は、無差別・平等の医療と福祉の実現をめざす組織です。そのために医療介護活動の2つの柱「貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう無差別・平等の医療・介護の実践」、「安全、倫理、共同の営みを軸とした総合的な医療・介護の質の向上」を提起しています。また、健生病院は医療生協の病院であり、日本 HPH（Health Promoting Hospital）ネットワークに加盟しています。

健生病院は、患者の立場にたち、地域住民の医療要求に総合的に応えられる力をもった、医療の公正性・基本的人権を守る医師の育成を目指します。

3. プログラムの研修目標

- ① プライマリーヘルスケアを担い得るためにすべての臨床医に必要な基本的知識、技術、態度を修得すること
- ② 良好な医師－患者関係を構築するためのコミュニケーション能力を修得すること
- ③ 多職種の中で学び成長すること
- ④ 医療を患者・地域住民との「共同のいとなみ」としてとらえ、疾病を生活や労働との関係でとらえることができること
- ⑤ 安心して住み続けられるまちづくりの視点を身につけること
- ⑥ 社会常識、集団性、人間性を身につけること

4. プログラム管理体制

研修管理委員会	健生病院・協力病院施設合同会議	
研修管理委員長	竹内 一仁	健生病院 院長
研修管理副委員長	佐藤 衆一	健生病院 副院長
研修プログラム責任者	木村 宗一郎	健生病院 副院長
外部評価委員	小川 克弘	青森県良医育成支援特別推進員
外部評価委員	伊藤 しのぶ	居宅介護支援事業所ファルマ
委員	石黒 陽	国立病院機構弘前総合医療センター 副院長
委員	萩井 譲士	弘前脳卒中・リハビリテーションセンター 院長
委員	内藤 貴之	あおもり協立病院 副院長
委員	関谷 修	藤代健生病院 院長
委員	百成 公美	生協さくら病院 院長
委員	田村 茂	川久保病院 院長
委員	津川 信彦	健生五所川原診療所 所長
委員	坂戸 慶一郎	健生黒石診療所 所長
委員	宇藤 直人	健生クリニック 科長
委員	磯島 寿人	協立クリニック 所長
委員	浮田 昭彦	さわやかクリニック 所長
委員	泉谷 雅人	健生病院 事務局長
委員	加藤 恵子	健生病院 総看護長
委員	對馬 圭	健生病院 技術部長
委員	下村 博央	健生病院 医局医学生課長
委員	研修医会 会長	
その他委員長が認めた者※1		

※1 委員長が必要と認めたときは、委員以外の者の出席を得て意見を求めることが出来る。

〈研修運営のための構成〉※2

名 称	開 催
研修管理委員会	年 3～4 回開催
研修管理委員会事務局	月 1～2 回開催
選考委員会	マッチングスケジュールに合わせて適宜開催
研修医会	月 1 回開催
指導医会	月 1 回開催
初期臨床研修委員会	月 1 回開催

- ・毎月開催される「研修管理委員会事務局」と少なくとも年 3 回開催される「研修管理委員会」で管理する。
- ・「選考委員会」、「研修医会」、「指導医会」、「初期臨床研修委員会」はそれぞれの目的に即して開催し、研修管理委員会事務局に報告する。

※2 詳細については、別紙「初期医師臨床研修規程」を参照。

5. プログラムの概要

1). プログラム内容

研修期間は2年間とし、以下のように定める。

臨床研修を行う分野		研修分野ごとの病院又は施設（研修分野ごとの研修期間）			
		病院施設番号	病院又は施設の名称	研修期間	一般外来
必修 科目 ・ 分野	内科	030772	健生病院	36 週	1 週
		030812	あおもり協立病院		
		096412	川久保病院		
	救急部門	030772	健生病院	8 週	
	地域医療	032017	健生五所川原診療所	6 週	一般外来 3 週 在宅診療 3 週
		032018	健生黒石診療所		
		032024	健生クリニック		
		126826	協立クリニック		
		126827	さわやかクリニック		
	外科	030772	健生病院	8 週	0 週
	小児科	030772	健生病院	6 週	2 週
		096412	川久保病院		
	産婦人科	030772	健生病院	5 週	
		030037	国立病院機構弘前総合医療センター		
	精神科	030811	藤代健生病院	5 週	
		070023	生協さくら病院		
病院で定めた必修科目	整形外科	030772	健生病院	6 週	
	リハビリテーション科	030772	健生病院	4 週	
選択科目	内科	030772	健生病院	20 週	
		030812	あおもり協立病院		
		096412	川久保病院		
		070033	弘前脳卒中・リハビリテーションセンター		
	救急科	030772	健生病院		
	外科	030772	健生病院		
		030772	健生病院		
	小児科	030772	健生病院		
		096412	川久保病院		
	産婦人科	030772	健生病院		
		030037	国立病院機構弘前総合医療センター		
	精神科	030811	藤代健生病院		
		070023	生協さくら病院		
	整形外科	030772	健生病院		

	リハビリ テーション科	030772	健生病院		
	HCU	030772	健生病院		
	麻酔科	030772 030037	健生病院 国立病院機構弘前総合医療センター		
	緩和ケア科	030772	健生病院		
	眼科	096412	川久保病院		
	泌尿器科	030037	国立病院機構弘前総合医療センター		
	耳鼻咽喉科	030037	国立病院機構弘前総合医療センター		

1. 基幹型臨床研修病院での研修期間…健生病院にて最低 52 週。
2. 臨床協力施設での研修期間…最大 12 週。
3. 入職後、最初の導入研修期間は 2 週程度とし、内科研修に含む。
4. 救急部門で必要な 12 週の研修期間のうち、8 週をローテーション研修として割り振り、残り 4 週間は健生病院救急外来における休日・夜間等の日当直研修を継続的に実施することで充当する。

【当直回数】平均 4 回/月、50 回以上/2 年。

※4 週相当の到達を得るために 2 年間で少なくとも 20 回以上は実施する。

※単位カウントは平日当直：1.0 日、土曜午前：0.5 日、土曜当直 1.5 日、休日日当直：1.0 日

5. 救急部門（必修）における麻酔科の研修期間…なし。

6. 病院で定める外科 8 週（必修）のうち、2 週は緩和ケアの研修とする。

7. 一般外来の研修を行う診療科

内科、小児科、地域医療（診療所）で合計 4 週以上とする。

8. 臨床研修協力病院・施設における選択科目の実施にあたっては、受入施設における指導/教育体制、当該研修医の必修科目の到達を考慮しながら調整・決定する。

※これらは厚労省が定める臨床研修修了要件を満たすことを前提とし、選択科目の期間を含めて、2 年間で研修修了に必要な経験をできるように研修スケジュールを調整する。

<研修ローテーション例>

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	
1 年次	内科研修①					整形外科 6W		外科 6W		小児科 6W		救急科 8W	
	22W												
	※導入研修約 2W を含む												
2 年次	内科研修②				地域医療 (診療所研修)		精神科		産婦人科		リハビリ テーション科	緩和 ケア	選択研修 20W
	14W				6W		5W		5W		4W	2W	

※緩和ケアは外科研修の一部としてみなすが、期間をわかりやすくするために別途記載。

※健生病院救急外来における休日・夜間等の日当直研修を継続的に実施する。

2). プログラムの特徴

① 導入研修

チーム医療や患者の立場に立つという視点を養う目的から、医療スタッフ体験実習（看護師・栄養士・検査技師他）を重視して取り組んでいる。

② 病棟研修

各科にローテーションした研修医は、病棟指導医の指導・管理のもと、患者の担当医として診療にあたる。各科ごとに設定された各種カンファレンスや学習会、病棟回診等を行い、また病棟カンファレンス等も重視して行う。各科では、研修開始前に研修医と指導医の両者の確認によって研修自己目標が決定され、その研修目標に照らして研修総括が行われる。基本的研修目標と総括は、それぞれの科の研修到達目標を活用する。

③ 救急(ER)研修

救急部(ER)に所属し専属指導医のもと、日中の救急外来を中心に研修を行う。

④ 当直研修

研修開始後から、当直帯での救急(ER)研修を行う。当直研修は週に1回程度、月に4～5回程度の実施とする。最初は見学から始め、軽症→重症→マルチタスクというように、ステップアップ方式にて段階的研修を行っていく。指導医による継続的な形成的評価を実施して到達度を確認した後に当直独り立ちとしている。なお、厚労省が定める救急部門で必要な12Wの研修期間のうち、4Wはこの研修を継続的に実施することで充当する。当直回数は平均4回/月、50回以上/2年を目安とし、4W相当の到達を得るために2年間で少なくとも20回以上は実施する。

⑤ 内科外来研修

指導医の下、医療面接・身体診察→検査→処方・処置→患者療養援助等のステップアップ方式で研修を行う。医療面接に関しては、医師－患者間の信頼関係づくりや患者の社会背景をきちんととらえていくことを目的とし、実際の身体診察の現場を確認するなど、習熟度を確認し段階的に研修を行う。

⑥ 外科領域研修(外科・整形外科)

一般外傷の診断と初期治療ならびに高齢化社会を反映して整形外科的疾患が増加している中、整形外科研修を必修科に位置づけている。また、外科研修では急性腹症など外科関連の救急疾患、悪性疾患などが位置づけられており、整形外科ならびに外科をそれぞれ研修することによって外科領域の研修目標を達成する。

⑦ 地域医療(診療所)研修

地域医療分野の研修目標を達成する研修先として診療所研修を位置づけている。地域・在宅医療分野において、特に疾病を生活や労働との関係でとらえる視点、その他地域での活動を通じて健康で住みよい地域づくりの視点を身につけることを研修の大きな目的としている。また、医療スタッフとの関係づくりの視点でも重視している。

⑧ プライマリレクチャー、当直ドリル、各科学習会

1年次の上期(4月～9月頃)にかけて、当直や各科研修を行う上で必要な基礎的知識や技術、医療安全、感染対策などの学習会を開催している。

⑨ 研修医学習会

毎週1回午前、研修医が集まり自ら決めたテーマについて学習する時間を保障している。

⑩ 研修医会

月 1 回、研修医が集まり互いの研修状況を確認しあう。また、学習会の内容について検討し、研修システム・待遇条件を改善するための討議を行う。

⑪ 医療生協研修

月 1 回、医療生協組合員で構成される「班会」・「医療講話会」などに講師として参加し、地域での予防活動の実践を学ぶ。また、地域の人々との交流を通じ、地域の医療ニーズを知る機会として位置づけている。

⑫ クオリティチーム委員会(Clinical Quality Improvement Team)

月 1 回、医療の質の向上・医療の安全や社会貢献を目指し、職員育成のため全職種参加型の病院横断的委員会を様々なテーマ（医療安全、社会保障、医療生協、平和活動、感染対策、NST など）で開催している。この委員会への参加を位置づけている。

⑬ 学術研修

研修期間中の学術活動として、所属科の学会（地方会含む）、日本医学教育学会、日本プライマリ・ケア連合学会、弘前医学会等への演題報告を位置づけている。また学会への参加や年会費も病院で負担し保障している。

6. 研修の評価方法

1). 研修評価の特徴

① 研修総括

研修医・指導医は研修終了時、「自己課題・目標 総括」「経験症例のまとめ」をもとに研修到達度を確認する。研修医・指導医・医療スタッフそれぞれレポートを作成し、研修全般について総括する。

各ローテート終了時に指導医・医療スタッフは、厚生労働省が提示する研修評価システム、評価票等を用いた研修評価も行う。

② ポートフォリオ

研修医は、研修期間中に学習および調査した資料、研修週間日誌などをファイルに綴じこんでおく（ポートフォリオ）。これらを研修評価のツールとして活用する。

③ 360° 評価システム

研修医を多角的・総合的に評価することを目的に、プログラム責任者、指導医、医療スタッフ、患者、同僚、医療生協組合員から評価を行う。

④ 相互評価システム

研修内容・システムの向上を目的に、研修医が一方的に評価を受けるだけでなく、指導医・医療スタッフ・医療生協組合員・同僚に対し、研修医も評価を行う。

2). 研修評価の方法（※）

① 初期臨床研修の自己課題・目標〈導入研修時〉

初期臨床研修 2 年間における自己課題と目標を設定する。

② 自己課題・目標設定〈各科ローテート開始時〉

各科研修開始にあたって指導医と相談し、各科での研修自己課題と目標を設定する。

③ 研修医総括〈各科ローテーション終了毎〉

研修医が自己課題・目標や研修全般について「研修医総括レポート」を作成する。

④ 経験症例のまとめ〈各科ローテーション終了毎〉

各科ローテーション研修期間中に、経験した症例と件数を整理する。

⑤ 指導医総括〈各科ローテーション終了毎〉

指導医は、形成的評価を心がけながら研修医の研修全般について「指導医総括レポート」を作成する。また、厚生労働省が提示する評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲも作成する。

⑥ 医療スタッフ総括(看護師)〈各科ローテーション終了毎〉

医療スタッフ自身の受け入れ評価と、研修医・指導医に対する評価を厚生労働省が提示する評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを作成する。

⑦ 医療スタッフ総括(多職種)〈年3-4回程度〉

医療スタッフが定期的に研修医・指導医に対する評価を厚生労働省が提示する評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを作成する。

⑧ オンライン臨床研修評価システム〈各科ローテーション終了毎〉

各科ローテーション終了時に研修医、指導医ともに到達度について確認する。

⑨ 医療生協研修総括〈班会終了毎〉

班会等での内容、課題、生協組合員への要望について総括する。

⑩ 研修症例・CPC レポート作成〈初期臨床研修終了時まで〉

臨床病理検討会(CPC)はすべての研修医の参加を義務付け、医報に原稿を掲載する。

⑪ 研修医週間日誌〈毎週〉

その週に経験した事を日誌に記載し、振り返りを行う。

⑫ 研修医による指導医評価〈各科ローテーション終了毎〉

研修指導の向上のために、研修医から指導医を評価する。

⑬ 研修医によるスタッフ評価〈各科ローテーション終了毎〉

研修総括においては、研修医から医療スタッフに対する評価も行う。

⑭ 患者からの研修医評価〈各科ローテーション時〉

受け持ち患者(同意を得た患者のみ)からアンケート形式で、担当医としての評価を受ける。

⑮ 同僚からの研修医評価

同僚研修医より、研修内容および共に働くスタッフとしての評価を評価票を用いて少なくとも年2回実施する。

⑯ 医療生協組合員からの研修医評価〈年2回程度〉

医療生協研修で関わる生協組合員より、生協活動の取り組む姿勢等について評価を受ける。

⑰ 救急隊からの研修医評価

救急車同乗研修時に、救急隊から評価を受ける。

※これらの項目は厚生労働省が提示する評価方法・評価システムの内容や運用方法により、適宜修正するものとする。

7. 研修指導体制

・臨床研修指導医(指導医)…研修医に対する指導を行う医師であり、7年以上の臨床経験及び指導医養成講習会等の受講経験を有する者

・臨床研修指導者(指導者)…「健生病院初期医師臨床研修規程」に基づき、次に掲げる事項を満たす者。

健生病院看護部門、薬剤部門、検査部門、放射線科、リハビリテーション科等の責任者で研修管理委員長(院長)の任命を受けた者。

・研修実施責任者…協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設において、臨床研修の実施を管理する者をいい、基幹型臨床研修病院の研修管理委員会の構成員となる。研修の評価及び認定において、研修実施責任者は指導医と同様の役割を担うのみならず、協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設などの代表者として、これらの施設における評価及び認定における業務を統括する役割を負う。プログラム責任者と密接に連絡を取る必要がある。

1). 基幹型臨床研修病院(健生病院)

担当分野	指導医	役職
総合診療科 (分野としては内科研修)	竹内 一仁	院長
	宮原 圭佑	科長
	鳥谷部 陽一郎	医長
	境 雄大	医長
	佐藤 江里	医長
	原 徹	医師
内 科	長谷 良志男	名誉院長
	千葉 大輔	副院長兼診療部長
	石田 晋吾	副院長兼医師部長
	岡野 奈穂子	科長
	加藤 直樹	医長
救 急	太田 正文	科長
	中澤 愛	医長
外 科	笹田 大敬	副院長
	佐藤 衆一	副院長
	境 剛志	副院長兼医師部次長兼医局長
	兼田 杏理	科長
	松本 拓真	医長
小児科	加村 梓	科長
	高橋 夏生	医長
産婦人科	橋本 吏可子	科長
	佐藤 賢一郎	医師
精神科	小鹿 瞳子	科長補佐
整形外科	木村 宗一郎	副院長兼医師部次長
	那須 智彦	科長
	三浦 和知	医長
リハビリテーション科	白戸 香奈子	科長
	森永 伊昭	医師

2). 協力型臨床研修病院

※協力型臨床研修病院は研修実施責任者および当院の臨床研修プログラムで選択可能な担当分野(診療科)における臨床研修指導医を記載する。

① 青森保健生活協同組合 あおもり協立病院

<研修実施責任者> 副院長 内藤 貴之

担当分野	指導医	役職
内 科	相馬 裕	院長
	内藤 貴之	副院長
	遠藤 研	内科医長
	有川 洋祐	医師部次長

② 津軽保健生活協同組合 藤代健生病院

<研修実施責任者> 院長 関谷 修

担当分野	指導医	役職
精神科	関谷 修	院長
	吉田 宏美	副院長
	千石 利広	副院長

③ 青森保健生活協同組合 生協さくら病院

<研修実施責任者> 院長 百成 公美

担当分野	指導医	役職
精神科	百成 公美	院長
	小山 智教	副院長

④ 盛岡医療生活協同組合 川久保病院

<研修実施責任者> 院長 田村 茂

担当分野	氏名	役職
内 科	田村 茂	院長
	伊藤 俊一	副院長兼在宅診療科長
小児科	蒔苗 剛	小児科長
眼 科	及川 拓	医局長兼科長

⑤ 国立病院機構弘前総合医療センター

<研修実施責任者> 副院長 石黒 陽

担当分野	氏名	役職
産婦人科	田中 幹二	産婦人科部長
	赤石 麻美	産婦人科医師
	横山 美奈子	産婦人科医師
麻酔科	吉田 仁	麻酔科部長
	村岡 正敏	麻酔科医長
泌尿器科	相馬 理	泌尿器科医師
耳鼻咽喉科	西澤 尚徳	耳鼻咽喉科医長

⑥ 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター

<研修実施責任者> 院長 萩井 譲士

担当分野	指導医	役職
内 科（選択）	萩井 譲士	院長
	目時 典文	内科医員
	齋藤 新	内科部長
	白戸 弘志	内科副部長

3). 臨床研修協力施設

津軽保健生活協同組合 健生五所川原診療所 〒037-0016 青森県五所川原市字一ツ谷 508-7 電話：(0173) 35-2542 <担当分野>地域医療 <研修実施責任者>所長 津川 信彦	津軽保健生活協同組合 健生黒石診療所 〒036-0356 青森県黒石市ちとせ 3 丁目 6 電話：(0172) 53—3015 <担当分野>地域医療 <研修実施責任者>所長 坂戸 慶一郎
津軽保健生活協同組合 健生クリニック 〒036-810 青森県弘前市大字扇町二丁目 2-12 電話：(0172) 55-7707 <担当分野>地域医療 <研修実施責任者>科長 宇藤 直人	青森保健生活協同組合 協立クリニック 〒030-0847 青森県青森市東大野 2-2-2 電話：(017) 762-5511 <担当分野>地域医療 <研修実施責任者>所長 磯島 寿人
盛岡医療生活協同組合 さわやかクリニック 〒028-4303 岩手県岩手郡岩手町大字江刈内 10-47-2 電話：(0195) 62—2043 <担当分野>地域医療 <研修実施責任者>所長 浮田 昭彦	

8. 募集要項

1.募集定員		各年次 10 名
2.募集・選考時期	募集時期	当該年度マッチングスケジュールに合わせて随時(※締切まで)
	選考時期	同上
	マッチング参加	あり
3.募集・選考方法	選考方法	病院見学・実習、面接、書類審査をもとに、選考委員会で決定する。
	応募書類	履歴書(当院指定)、健康診断書、卒業(見込み)証明書、成績証明書、地域枠確認書(当院指定)、研修志望理由書(筆記課題として)。 ※当院指定のものは web サイトよりダウンロードが可能。
	応募・問合せ先	津軽保健生活協同組合 健生病院 医局医学生課 〒036-8511 青森県弘前市扇町 2 丁目 2 番地 2 電話：0172-55-7717(代表) FAX：0172-55-7743(直通) E-mail kensei-igakusei@kensei-hp.com
4.研修医の処遇	身分	常勤職員(正規雇用)
	給与	1 年次：〈基本給〉284,200 円、〈調整給〉97,800 円【合計】382,000 円 2 年次：〈基本給〉294,200 円、〈調整給〉107,800 円【合計】402,000 円 ※その他手当：住宅手当、家族手当、通勤手当など。
	賞与・薪炭手当	賞与は年 2 回支給、薪炭手当は年 1 回支給
	勤務時間	〈平日〉8：30～16：40、〈土曜〉8：30～12：10 （4 週 6 休）
	休暇	・日曜日ならびに国民の祝日。 ・メーデー(5/1)、生協創立記念日(8/1)、お盆（8/13、8/14）。 ・年末年始（12/30～1/3）、医師異動休暇。 ・有給休暇 12 日/年、その他特別休暇有り。
	時間外勤務	規定に基づき支給（基本給で計算）
	日当直	当直料：25,000 円（他に救急指定加算・週末加算あり） 日直料：24,000 円（他に救急指定加算あり） ※副当直料は当直料より減額。
	宿舍等	・無し。住宅手当 50,000 円（世帯主）または 25,000 円（非世帯主）支給。 ・病院内個人ロッカー、個人専用ブース有り。
	社会保険・労災保険	社会保険(協会けんぽ)、厚生年金、雇用保険、労災保険など
	健康管理	定期健康診断は 2 回/年など
	医師賠償責任保険	病院加入あり
	学会年会費等	・2 学会までの入会を病院負担。この組み合わせは、①基本領域学会+サブスペシャルティ学会、又は②基本領域学会+その他の学会のいずれかとする。 ・ただし、以下の学会は当面上記 2 学会とは別に費用を負担する。日本リハビリテーション医学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本医学教育学会。
	学会参加補助等	1.全国学会及び地方会（研修会を含む。青森県内で開催される全国学会などは除く） ①一般参加の場合 医師経験年数によらず年間 2 回 ②演題発表がある場合（①に加え）医師経験年数 1～2 年未満 年間 2 回 ③資格取得・維持の場合 医師経験年数によらず必要な回数(別途「専門医等の新規取得及び維持に関する規定」による) ④学会主催者から依頼される講演、シンポジスト、パネラー、座長などの参加については、学会参加回数に含むものとする。ただし、予定外に参加回数を超過して参加を必要と判断されるものについては、所属病院長の判断により参加を認めることができる。

		2.国際学会 国際学会に参加を希望するときは、“年間2回”の回数に含まれるものとする。 3.青森県内で開催される地方会・全国学会 青森県内で開催される宿泊を伴わない地方会及び全国学会の参加については、診療体制が守られることを前提とし、参加回数に制限は行わない。 4.全日本民医連関係の扱い 全日本民医連関係の各種研修会や学術集談会等の参加については、回数を定めず病院負担とする。 5.WEB で行われる学会 WEB で行われる旅費を伴わない学会は診療体制が守られることを前提とし、参加回数に制限は行わない。 6.上記とは別に、日本医学教育学会、日本プライマリ・ケア連合学会についての参加費・宿泊費・交通費は青森民医連で補助する。
	その他	・「研修医の妊娠・出産・育児に関する施設及び取組に関する事項」については、法人就業規則及び諸規定に基づくものとする。 ・臨床研修に専念する為、臨床研修期間内におけるアルバイトは禁止とする。

Ⅱ. 研修プログラム＜全科共通研修＞

1. 全科共通研修目標

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および公衆衛生の向上に努める

2). 利他的な態度

患者の苦痛や不安などの軽減と福利の向上を最優先にし、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
- ③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する

3). 診療技能と患者ケア

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う

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

4). コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く

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

5). チーム医療の実践

医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる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). 科学的探究

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

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

9). 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

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

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

10). 健康の社会的決定要因、ヘルスアドボケイトの視点

疾病の原因や疾病が患者に及ぼす影響について、患者の生活や労働背景など健康の社会的決定要因を検討することができる。地域の健康問題について理解し、ヘルスアドボケイトとして住みよい地域づくりに参画できる

- ① 疾病の原因と患者の生活・労働背景との関連について検討できる
- ② 班会に継続的に参加し、地域の健康問題について検討できる
- ③ 医療情勢について理解し、民医連の提案について賛同できる
- ④ 平和と地球環境を守るための諸活動について理解し賛同できる

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

【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。

1	ショック	11	視力障害	21	腰・背部痛
2	体重減少・るい痩	12	胸痛	22	関節痛
3	発疹	13	心停止	23	運動麻痺・筋力低下
4	黄疸	14	呼吸困難	24	排尿障害（尿失禁・排尿困難）
5	発熱	15	吐血・喀血	25	興奮・せん妄
6	もの忘れ	16	下血・血便	26	抑うつ
7	頭痛	17	嘔気・嘔吐	27	成長・発達障害
8	めまい	18	腹痛	28	妊娠・出産
9	意識障害・失神	19	便通異常（下痢・便秘）	29	終末期の症候
10	けいれん発作	20	熱傷・外傷		

病歴要約には、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療、教育）、考察等を含むことが必要である。

【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。

1	脳血管障害	11	慢性閉塞性肺疾（COPD）	21	高エネルギー外傷・骨折
2	認知症	12	急性胃腸炎	22	糖尿病
3	急性冠症候群	13	胃癌	23	脂質異常症
4	心不全	14	消化性潰瘍	24	うつ病
5	大動脈瘤	15	肝炎・肝硬変	25	統合失調症
6	高血圧	16	胆石症	26	依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）
7	肺癌	17	大腸癌		
8	肺炎	18	腎盂腎炎		
9	急性上気道炎	19	尿路結石		
10	気管支喘息	20	腎不全		

病歴要約には、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療、教育）、考察等を含むことが必要である。

全科共通研修方略

< On the job training >

- ・ 指導医、上級医の指導のもと、2年間の初期臨床研修中に達成する必要がある基礎知識と技術を獲得する。
- ・ 入院患者を担当し、入院時から退院まで診療を行う。
- ・ 外来・救急患者(日当直も含む)の診療を行う。
- ・ 診察：患者の医療面接と基本的身体診察を行う。
- ・ 患者の生活背景や労働状況について聞き取り、関連や影響について検討する。
- ・ 検査：診断、治療に必要な検査の組み立て方を学ぶ。自ら実施すべき検査については、検査の必要性を理解し自ら実施し結果を解釈する。日常的に利用する検査については、適切に検査を指示し、指導医、上級医と相談し結果を解釈する。専門的検査については、検査結果を診療に利用する。
- ・ 手技：基本的臨床手技について、指導医、上級医の監督のもとで習得する。
- ・ 治療法：EBMの考え方にに基づき、患者の治療に適切な薬剤、食事、安静度指示を指導医、上級医と相談のうえ行う。
- ・ 診療計画を指導医、上級医の監督のもと立案、作成する。
- ・ 日常診療においては、指導医、上級医とだけではなく、看護師や他専門職種とコミュニケーションを十分にとり仕事を進める。
- ・ 担当患者の診療録(退院時サマリーも含む)、処方などの指示箋、診断書、紹介状などの書類を作成する。
- ・ 研修評価に必要な記録を作成し、指導医などからチェックを受ける。
- ・ 研修医規定、研修に関する規定を遵守する。

< 学習会・カンファレンス >

- ・ 各科カンファレンス・学習会：ローテート先の各科で行われるカンファレンスや学習会に参加する。
- ・ 研修医学習会：研修医が中心となり、自分たちで勉強する内容を考え、毎週1回学習会を行う。
- ・ 研修医会：毎月1回行われる研修医会にて研修の振り返りや、改善点について討論する。
- ・ プライマリーレクチャー：各部門から研修医に学んでほしい内容について、講義や実習形式で勉強会を開催する。
- ・ CPC（臨床病理検討会）：2年間で必ず最低1回は、自分で携わった症例について発表し、結果をまとめてレポートを作成する。
- ・ 医療安全や院内感染、臨床倫理などの研修医参加が必須の学習会に参加する。

< 医療生協研修・その他の活動 >

- ・ 毎月1回自分が担当する班会に参加し、組合員から話を聞いたり、講師として医療講話を行ったり、健康チェックを行う。
- ・ 医局朝の会で情勢報告を聞いたり自ら発表したりする。クオリチームや情勢学習会、原水禁大会に参加、各種の署名活動を行う。

< 看護体験研修 >

・目的

看護業務を実際に間近で見て体験することで理解を深め、その後の医師業務に生かす。

研修を通して看護師と率直に意見交換する機会を持ち、相互の気づきを促すとともに、研修や教育に対するモチベーションの向上を目指す。

・研修の位置づけ

初期研修医に必須の研修として位置づけるのではなく、あくまでも希望者に対する選択研修とする。

したがって、時期や内容の調整を含め、研修医自身と看護長室担当者の間でやり取りすることを基本とする（連絡・調整には研修担当事務は関与しない）。

・実施時期・期間

上記の目的を達成するため、原則として自身の業務に慣れてきた研修医 2 年目の期間中に実施することが望ましい。

期間はそれぞれが希望する内容にもよるが、日勤・夜勤を含めた平日 5 日間程度を基本とする。

実施時期は当該病棟の診療科ローテートに合わせる場合が多いが、当該科の科長と事前にすり合わせをしておくこと。

・研修例

	月	火	水	木	金
日勤	病棟部屋持ち	病棟リーダー		(休み)	
準夜			病棟準夜		
深夜					病棟深夜

看護業務のシャドーイング（そばについて歩いて業務内容を間近で見る）を基本とし、可能な場面では実際の業務も経験する。

・連絡・調整の実際

本研修については研修担当事務から適当な時期（1 年目の後半など）にアナウンスを行い、研修希望者を募る。希望する初期研修医は看護長室の担当者へ院内メール等で連絡を取り、実施時期や内容についての打ち合わせを進める。

2. 全科共通研修評価

評価

1). 研修目標・自己課題設定

- ・ 2 年間の初期研修における自己課題を設定し、各科研修開始時にも自己課題・目標を設定する。

2). 研修医自己評価

- ・ 研修週間日誌で振り返りを行う
- ・ 研修医総括レポートを作成する
- ・ インターネットを用いた評価システムを入力する
- ・ 経験症例のまとめを作成する

- ・ 医療生協研修振り返り用紙を作成する
- ・ CPC レポートを作成する
- ・ 2 年間を通してポートフォリオを作成する

3). 指導医からの評価

- ・ 各科研修中に、指導医は研修医の行った行為に対して適切なフィードバックを行う
- ・ 各科にてローテート終了時に研修総括会議を行い、研修医の自己評価資料をもとに研修医評価を行う
- ・ 指導医総括レポートを作成する
- ・ インターネットを用いた評価システムを入力する

4). 医療スタッフ、同僚、患者、生協組合員からの評価

- ・ ローテート科修了毎に当該科医療スタッフ(看護)は研修医を評価し、医療スタッフ総括レポートを作成する
- ・ 看護以外の医療スタッフにおいても、年 4 回程度定期的に研修医を評価し、医療スタッフ総括レポートを作成する
- ・ 同意を得た担当患者または家族からアンケートにて担当医としての評価を受ける
- ・ 同僚から研修医会にて評価を受ける
- ・ 生協組合員から班会などの活動について評価を受ける
- ・ インターネットを用いた評価システムを入力する

5). 相互評価

- ・ よりよい指導の改善のために、研修医から指導医、医療スタッフへの評価をもらう
- ・ 医療スタッフから指導医への評価をもらう

III. 研修プログラム＜各科研修＞

1. 導入研修

＜到達目標＞

- 1). 健生病院および関連協力施設における医療活動の概要と地域との関りを認識する。
- 2). 医療スタッフの医療活動を体験し、その概要を掴むと同時にチーム医療について理解を深める。
- 3). 患者の人権ならびに患者の立場に立った医療について認識を深める。
- 4). 社会人・医師としての基本的ルールを学び、研修医としての生活リズム、医局生活を確立する。

＜研修方略＞

導入研修プログラム参照

＜評価＞

終了時に研修医による評価を行う。一部の手技については指導者から評価を受け、フィードバックを行う。

2. 内科研修

<到達目標>

- 1). 適切な医療面接を行い、基本的な身体診察を行うことができる。
- 2). 基本的な臨床検査や画像検査を選択し、結果を解釈することができる。
- 3). 代表的かつ頻度の高い以下の内科疾患について理解を深め、病態、診断、治療、患者管理などを身につける。
 - (i) 主な循環器疾患（心不全、急性冠症候群、大動脈瘤、高血圧）の病態を理解し、重症度の把握と初期治療を行うことができる。
 - (ii) 主な消化器疾患（急性胃腸炎、胃癌、消化性潰瘍、肝炎・肝硬変、大腸癌、胆石症）の病態を理解し、重症度の把握と初期治療を行うことができる。
 - (iii) その他の主な内科疾患（肺炎、慢性閉塞性肺疾患、肺癌、気管支喘息、脳血管障害、貧血、糖尿病、脂質異常症、腎盂腎炎、腎不全、尿路結石など）の病態を理解し、重症度の把握と初期治療を行うことができる。
 - (iv) 悪性腫瘍の進行度を癌取り扱い規約を参考にして決定し、指導医のもとで告知・治療方針について患者に説明できる。
 - (v) 安静度、水分出納の管理、酸素投与、食事療法、栄養指導、運動療法、禁煙指導などを理解し、指導医と相談して指示することができる。
 - (vi) 薬物療法を理解し、指導医と相談して実践できる。
 - (vii) 疾患の背後にある生活や労働の場での問題点を抽出し、他の医療スタッフとカンファレンスを行う。

<On the job training>

1. 病棟業務を中心に行う。
2. 必要な内科疾患を経験し、医療面接、身体診察、検査指示・実施・解釈、治療(治療の指示、適切な初期治療の実施、治療法の理解)、診療録などの記載を行い、レポートを作成する。
3. 内科の中でローテートする。
4. 屋根瓦体制で、1年目研修医は、2年目研修医や指導医(上級医)とともに患者を担当する。
5. 毎朝回診に参加する。
6. 内科外来に出て指導医、上級医の指導のもと、診療する。
7. 内科研修期間中に、放射線科に関する研修(CT 読影学習会、腹部 USG)を行う。

<勉強会・カンファレンス>

① 新患紹介

- ◆ 毎週水曜日に新しく入院し研修医が受け持つことになった患者についてプレゼンテーションを行う。

② 病棟チームカンファレンス

- ◆ 各チームごとに、医師、看護師、薬剤師、リハビリ技師、栄養士、医療ソーシャルワーカーなど多くの職種が集まって患者の治療方針などを話し合う。

③ 臨床倫理 4 分割表カンファレンス

- 臨床倫理的に問題を含んでいる患者について、臨床倫理の 4 分割表（医学的適応、患者の意向、QOL、周囲の状況）に基づいて分析し、解決策を話し合う。医師、看護師、薬剤師、リハビリ技師、栄養士、医療ソーシャルワーカーが参加する。

〈研修週間スケジュール(例)〉

①健生病院 総合診療科(1 年目研修医)の場合

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
朝	朝回診	朝回診	新患紹介	朝回診	朝回診	
午前	内科外来 病棟	エコー研修	病棟	往診(隔週) 病棟	研修医学習会	
午後	病棟 カンファレンス	褥瘡回診 病棟	褥瘡回診 病棟	病棟	NST 回診 病棟	
夕方	カルテ回診	カルテ回診	カルテ回診	カルテ回診	カルテ回診	

②健生病院 消化器内科の場合

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
朝	朝回診	朝回診	朝回診	朝回診	朝回診	
午前	内視鏡胃カメラ 病棟	内科外来	抄読会 病棟	内視鏡胃カメラ 病棟	研修医学習会	
午後	内視鏡治療 病棟	病棟 合同 カンファレンス	内視鏡治療 病棟	病棟	病棟 カンファレンス 総回診	

＜評価＞

1. 病院全体の評価方法に準じる。
2. 協力型臨床研修病院で研修する場合、当該病院の研修方略に準じる。

3. 救急（ER）研修

<到達目標>

救急患者への初期診療を自ら行い、適切に診療を完結させるまたは引き継ぐことができる。

上記目標のために獲得すべき能力として、

- ① 頻度の高い症候と疾患、緊急性の高い病態への初期診療ができる。
- ② 複数患者の初期診療に同時に対応でき、優先度を判断できる。
- ③ 地域のセーフティネットとして虐待、経済的困窮、介護破綻などの社会的困難事例を指摘できる。
- ④ 他の診療科、医療職種、他の医療機関等と連携・協力し、良好なコミュニケーションのもとで診療を進めることができる。

<On the job training>

1. 救急外来研修

指導医・上級医の監督下で救急外来を受診する患者の初期診療にあたる。初診時に完結しない症例については救急外来再診により継続診療を行う場合もある。

(ア)ローテート研修開始時は1症例ずつ担当し、同時に複数患者の対応はしない。研修の進捗状況に応じて並行して診療する患者数を増やしていく。

(イ)当直研修のステップとは関係なく、指導医・上級医の判断で診療範囲を決める。

2. 救急車同乗研修

ローテート期間中の1週間、地元消防署で待機して緊急出動する救急車への同乗研修を行い、救急隊の病院前診療、他医療機関での初期対応を見学する。

<勉強会・カンファレンス>

1. 抄読会

火曜日～金曜日の朝に行う。教育的な内容の論文の抄読などを行う。

2. カンファレンス

月曜日の朝に行う。興味深い症例、教訓的症例等の検討を行う。

3. シミュレーションコースの受講

当院で開催する日本救急医学会 ICLS コースを受講する。その他に院外で開催される地域医療振興協会 PTLS、救急初療 T&A コースなどの受講も推奨する。

<研修週間スケジュール(例)>

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
朝	カンファレンス	抄読会	抄読会	抄読会	抄読会	
午前	救急外来	救急外来	救急外来	救急外来	研修医学習会	
午後	救急外来	救急外来	救急外来	救急外来	救急外来	

<評価>

1. 病院全体の評価方法に準じる。

4. 外科研修

<到達目標>

- 1). 急性腹症など日常診療で遭遇する外科的 common disease に、適切に対応できる基本的な診療能力を身につける。
- 2). 各種固形癌の治療体系を習得する。
- 3). 緩和ケア対象患者への診療経験を積む。

<On the job training>

1. チーム医療の一員として、他職種とともに治療目標を設定し診療にあたる。
2. 上級医とともに担当医としておおそ入院患者 5 - 10 人程度を受け持つ。また、指導医と同様に外科病棟全患者の病状経過を把握する。
3. 上級医の指導の下、手術に助手として参加する。

<勉強会・カンファレンス>

1. 内科との合同カンファレンスにて患者個々に状況に合わせた治療提案が出来るように理解を深める。
2. 外科系地方会への発表する機会を通じて学術的経験を深める。
3. 院内外学習会へ積極的に参加し、社会的要因も含めた周辺分野への理解も深める。

<研修週間スケジュール(例)>

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
朝	回診	回診	回診	回診	回診	
午前	手術	手術	手術	手術	研修医学習会	廻診・処置
午後	手術	処置・病棟	手術	手術・処置・病棟	処置 カンファレンス	
夕方	回診	合同 カンファレンス	回診	回診	回診	

<評価>

1. 病院全体の評価方法に準じる。

(4)-1.緩和ケア研修

(※外科 8W のうち 2W を緩和ケア研修に充てる)

<到達目標>

1. 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際を学ぶ。
2. 緩和ケアが必要となる患者の疼痛コントロールを中心とした症状コントロール、とりわけ麻薬とステロイドの使用を経験する。

<On the job training>

- 1.相談外来の担当医として外来を経験する。
- 2.患者とのコミュニケーションスキルの習得。
- 3.麻薬の使用の実際を経験する。
- 4.ステロイドの適用や使用について学習する。

<勉強会・カンファレンス>

- 1.院内外学習会へ積極的に参加し、緩和ケアへの理解を深める。
- 2.厚生労働省 がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会を受講する。

<https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html>

<研修週間スケジュール(例)>

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
午前	外来	相談外来	外来	相談外来	研修医学習会	
午後	回診・処置	病棟カンファレンス	回診・処置	回診・処置	回診・処置	

<備考>

- 2 年次には選択科目として“緩和ケア科”を選択することも可能。ただし必修の到達状況を考慮する。

<評価>

1. 病院全体の評価方法に準じる。

5. 小児科研修

【研修先】：健生病院、川久保病院

<到達目標>

- 1). 社会生活を営む上での常識やマナーを身につけ、患児や親、医療スタッフと良好なコミュニケーションを行うことができる。
- 2). 小児科領域における基本的診察法、臨床検査法、X線検査法について理解し緊急検査を実施できる。
- 3). 小児に多い救急疾患の基本的知識と手技、小児に用いる薬剤の知識と薬物量の使用法を身につける。
- 4). 出産や母乳育児について学び、親子関係のはじまりを知る。

<On the job training>

1. 小児一般外来、救急外来（小児患者）を経験する。
2. 病棟業務は担当医として2～5名の患者を担当する。
3. 乳児健診外来・予防接種についても経験する。
4. 夜間外来、休日等の救急小児患者の診察のための呼び出し対応、新生児室業務に関しては指導医との相談の上、研修を行う。
5. 小児の虐待、児童思春期精神科領域（発達障害等）については、主に講義形式にてレクチャーを行う。

<勉強会・カンファレンス>

1. PAT レクチャー
2. 新患カンファレンス
3. スタッフ向け学習会(研修期間中に講師として実施)
4. 病棟カンファレンス

〈研修週間スケジュール(例)〉

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
朝	回診	回診	回診	回診	回診	回診
午前	外来	外来	外来	外来	研修医学習会	外来
午後	予防接種 病棟	乳児健診 (4ヵ月 or 7ヵ月) 病棟	乳児健診 (1ヵ月) 予防接種 病棟	乳児健診 (10ヵ月 or 1歳半) 病棟 カンファレンス	予防接種 新患 カンファレンス	
夕方	回診	回診	回診	回診	回診	

<評価>

1. 病院の評価方法に準じる。
2. 協力型臨床研修病院で研修する場合、当該病院の研修方略に準じる。

6. 産婦人科研修

【研修先】：健生病院、国立病院機構弘前総合医療センター

<到達目標>

- 1). 女性特有の疾患による救急医療を研修する。
- 2). 女性特有のプライマリーケアを研修する。
- 3). 妊産褥婦ならびに新生児の医療に必要な基本的知識を研修する。

<On the job training>

1. 指導医の指導の下に基礎知識と技術を習得する。
2. 外来（一般外来・妊婦健診）にて患者の面接・診察を行い指導医とともに診察する。
3. 入院患者は入院 1 号紙を記載し、入院時から退院まで担当する。
4. 分娩管理：指導医ないしは助産師とともに内診、分娩の流れを学ぶ。
5. 画像検査：主に超音波（経膈、経腹）、骨盤 MRI、骨盤 CT の読影法を学ぶ。
6. 手術：助手として参加し骨盤臓器の理解を深める。

<勉強会・カンファレンス>

1. モーニングカンファレンス：毎朝 8:30～スタッフと朝の打ち合わせ。入院患者の簡単な紹介
2. 外来カンファレンス：毎週月曜日 15:30～新患紹介、気になる患者紹介、手術相談など
3. 婦人科カンファレンス：毎週水曜日 15:00～術前・術後患者のプレゼンテーションなど
4. 前期妊婦カンファレンス：第 3 水曜日 15:30～初回妊婦健診を終えた妊婦のリスク評価など
5. 後期妊婦カンファレンス：第 1 水曜日 15:30～翌月分娩予定日の妊婦のリスク評価など
6. ハイリスク妊婦カンファレンス：第 1・3 水曜日 15:30～ハイリスク妊婦のリスク評価など
7. 新生児蘇生法（NCPR）学習会：月 1 回、平日 17 時より不定期開催
8. 病棟学習会：第 4・5 水曜日 15:30～スタッフとの合同学習会

<研修週間スケジュール(例)>

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
朝	回診	回診	回診	回診	回診	回診
午前	外来	外来		外来	研修医学習会	外来・病棟
午後	胎児エコー 術前面談 外来カンファ	手術	1 か月健診 胎児エコー 病棟カンファ	胎児エコー 術前面談 コルポスコピー	手術	
夕方	回診、まとめ	回診、まとめ	回診、まとめ	回診、まとめ	回診、まとめ	

<評価>

1. 病院全体の評価方法に準じる。
2. 別紙評価表を用いる。研修 3 週目および研修終了時の 2 回、自己評価後に指導医とともに評価し到達点を確認する。
3. 自分で決めたテーマをもとにレポートを作成、指導医による査読後、カンファレンス（病棟学習会）の場で発表、研修終了時に提出する。
4. 協力型臨床研修病院で研修する場合、当該病院の研修方略に準じる。

7. 精神科研修

【研修先】：藤代健生病院、生協さくら病院

＜精神科研修目標＞

日常診療で良く出会う精神科疾患を理解し、最小限の適切な対応ができるようになる。具体的な目標として、以下の12項目の基本について理解・習得することを目標とする。

- ① 症状精神科の理解と薬物療法
- ② うつ状態の理解と薬物療法
- ③ 老人の精神障害（認知症・せん妄など）の理解と薬物療法
- ④ 睡眠障害の理解と薬物療法
- ⑤ 不安障害の理解と薬物療法
- ⑥ 統合失調症の理解と薬物療法
- ⑦ 面接法の基本を習得し、良好な医師-患者関係を構築できる
- ⑧ 精神科への頼診の仕方
- ⑨ アルコール依存症の理解と離脱期の対応
- ⑩ 自殺企図者への対応
- ⑪ 向精神薬の作用と副作用
- ⑫ デイケアなどの社会復帰や地域支援体制

＜On the job training＞

- ・ 5週間：藤代健生病院・生協さくら病院のいずれかで研修を行う。

〈研修週間スケジュール(例)〉

藤代健生病院の場合

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
午前	回診見学	外来(予診)	病棟	デイケア		
午後	回診見学	病棟 カンファレンス	病棟	デイケア	病棟	
夕方		勉強会		症例検討会		

※随時、新患予診・救急搬送患者対応あり

＜評価＞

1. 病院全体の評価方法に準じる。

8. 地域医療(診療所研修)

【研修先】：健生五所川原診療所、健生黒石診療所、健生クリニック、さわやかクリニック

<到達目標>

- 1). 地域・在宅医療分野において、特に疾病を生活や労働との関係でとらえる視点、患者会や地域班会、その他地域での活動を通じて健康で住みよい地域づくりの視点を身につける。
- 2). 診療所の外来診療・在宅診療において、適切な診断治療ができる。必要に応じて適切に診療所所長ならびに診療所スタッフと相談することができる。
- 3). 医療・介護・保健・福祉に関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し、自らチームの一員としての役割を果たし、他職種の意見に耳を傾け、患者さんにとっての最良の支援をすることができる。

<On the job training>

1. 指導医や診療所スタッフの指導のもとに、診療所で行われる診療を経験する。
2. 外来診療を行う。
3. 在宅診療を行う。
4. 健診活動に携わる。
5. 診療所各職員の仕事を体験し、役割を理解する。

<勉強会・カンファレンス>

1. 診療所で行われる諸会議に参加する。
2. 診療所と関係する対外的な各種会議に参加する。
3. 医療情勢・社会保障制度について学習する。
4. 診療所活動と経営について学ぶ。
5. 診療所スタッフ向けに学習会を行う。

<基本週間スケジュール(例)>

健生黒石診療所の場合

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
午前	外来	外来	外来	外来	外来	外来
午後	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	
夕方				夜間外来		

※週間スケジュールは各診療所によって異なるため、当該施設の研修スケジュールを適宜参照

<評価>

1. 病院全体の評価方法に準じる。

9. 整形外科研修

<到達目標>

- 1). 外傷の診断と初期治療ができる。
- 2). 整形外科的 common disease について理解し治療ができる。
- 3). 四肢・脊椎の診察と評価、ADL の評価ができる。

<On the job training>

1. 指導医・上級医の指導の下に基礎知識と技術を習得する。
2. 外来（一般外来・当直）にて患者の面接・診察を行い指導医とともに治療を行う。
3. 入院患者を担当し、入院時から退院まで担当する。
4. 診察：入院・外来患者の問診及び身体所見を取る。
5. 検査：診断・治療に必要な検査の組み立て方を学ぶ。一般撮影、CT、MRI、などの読影法を学ぶ。
6. 手技：簡単な止血、皮膚縫合、副子固定など指導医・上級医監督の下で習得する。

<勉強会・カンファレンス>

1. 写真見せ：毎日指導医と外来のレントゲン写真の評価を行う。
2. 病棟カンファレンス：月曜日午後に看護、薬剤師、リハ、MSW とのカンファレンスに参加する。

〈研修週間スケジュール(例)〉

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
朝	回診	回診	回診	回診	回診	
午前	外来	手術	外来	手術	研修医学習会	
午後	病棟 カンファレンス	手術	回診 処置	手術	病棟	

※外来写真見せは、指導医が適宜行っているののでそれに参加する。

<評価>

1. 病院全体の評価方法に準じる。

10. リハビリテーション科研修

【研修先】：健生病院

<到達目標>

- 1). リハの視点から患者を評価する（ADL、認知機能、嚥下障害、栄養状態を含む）。
- 2). 評価に基づき予後予測（いつ頃、どのような状態に回復し、何処に退院）を行い、リハの方針・ゴールを設定する。
- 3). ICFを理解し、リスク管理を行いつつ、多職種協働チームアプローチで患者の社会復帰を図る。

<On the job training>

1. リハ評価の方法（技術）や、患者を評価しつつ良好な関係を構築する（態度）訓練を受ける。
2. 回復期リハ病棟の様々な患者の担当医となり、指導医の指導のもとで回復期リハを実践する。
3. 急性期病棟の患者を指導医と共に評価し予後予測を行い急性期リハの必要性・重要性を理解する。
4. 療法士の下で理学療法・作業療法・言語聴覚療法や嚥下リハの実際を経験する。
5. 看護・介護スタッフの下でリハビリテーションケアの実際を経験する。

<勉強会・カンファレンス>

1. 配布資料を事前読了し、指導内容を予習する。
2. 週4回の病棟カンファレンスに参加し多職種協働/役割開放チームアプローチを経験する。
3. 医師カンファレンスを通じてリハ医療の検討を行い指導や実践のチェックを受ける。
4. 抄読会を通じてリハ医療のエビデンスに接する。

〈研修週間スケジュール(例)〉

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
朝（第一週）	基本技能（ADL・認知機能・栄養状態・嚥下障害等の評価と記載）の指導					
午前	病棟、OJT	病棟、OJT	病棟、OJT	病棟、OJT	研修医学学習会	4週6休
午後	OJT、カンファ、 検査	OJT、カンファ、 検査	OJT、検査	OJT、カンファ、 検査	OJT、カンファ、 検査	
夕方	勤務時間内での研修終了を目指しますが、抄読会等の学習会を行う場合もあります。					

<評価>

1. 病院全体の評価方法に準じる。

11. HCU研修

(※選択科目)

<到達目標>

患者の呈する症状と身体所見、簡単な検査所見に基づいた鑑別診断、初期治療を明確に行う能力を獲得する。また、卒前に獲得した想起レベルの知識を深め、以下の疾患の経験をし、理解を深める。
(中毒、アナフィラキシー、熱中症、心配停止、ショック、熱傷、誤飲誤嚥、多臓器不全)

<On the job training>

1. 集中治療専属の勤務となり、重症患者2～8人を担当する。
2. 集中治療が必要な内科系患者と周術期管理が必要な外科系患者を担当する。
3. 毎朝8:15からHCU朝回診(ブリーフィング)が行われる。
4. 病歴、理学所見、バイタルモニター、検査画像所見を参考に治療方針を立てる。
5. 呼吸不全の病態生理や支持療法(酸素療法、侵襲的及び非侵襲的人工呼吸)を学ぶ。
6. 循環不全の病態生理や支持療法(輸液、薬剤、機械補助)を学ぶ。
7. 感染制御(予防、ドレナージなどの局所管理、抗生剤)を学ぶ。
8. 重症患者の栄養療法を学ぶ。
9. 指導医、上級医のもと気管挿管、胸腔穿刺ドレナージ、中心静脈カテーテル留置、気管切開を行う。
10. 侵襲的診断治療手技実施に際して、インフォームドコンセントの実践を学ぶ。

<勉強会・カンファレンス>

1. 多職種型ケースカンファレンス
 - ・ 重症症例の総合的治療についてチーム医療を学ぶ。
2. 抄読会
 - ・ 集中治療関連の世界TOP20文献を中心に学習する。

<研修週間スケジュール(例)>

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
朝	学習会・朝回診	学習会・朝回診	学習会・朝回診	学習会・朝回診	学習会・朝回診	4週6休
午前	総合回診・処置	総合回診・処置	研修医学学習会	総合回診・処置	総合回診・処置	
午後	回診	回診	回診	回診	回診	

<評価>

1. 病院全体の評価方法に準じる。

12. 麻酔科研修

(※選択科目)

【研修先】：健生病院、国立病院機構弘前総合医療センター

<到達目標>

1. 麻酔法の分類、それぞれの適応や禁忌を理解する。
2. 気管挿管、抹消ルート確保、動脈ライン挿入、CVC 挿入などを経験する。
3. 周術期において、特徴的な病態やそれらに対するアセスメントを理解する。

<On the job training>

1. 術前の麻酔科診察を行い、情報に基づいた麻酔計画をたてる。
2. 指導医とともに麻酔管理を行い、必要な手技を行う。
3. 臨時手術があれば、指導医とともに麻酔管理を行う。

<勉強会・カンファレンス>

1. 必要に応じて行う。

<研修週間スケジュール(例)>

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
朝	術前診察等	術前診察等	術前診察等	術前診察等	術前診察等	(臨時手術)
午前	手術麻酔	手術麻酔	手術麻酔	手術麻酔	手術麻酔	(臨時手術)
午後	手術麻酔	手術麻酔	手術麻酔	手術麻酔	手術麻酔	
夕方	術前診察等	術前診察等	術前診察等	術前診察等	術前診察等	

<評価>

1. 病院全体の評価方法に準じる。
2. 協力型臨床研修病院で研修する場合、当該病院の研修方略に準じる。

13. 眼科研修

(※選択科目)

【研修先】：川久保病院

<到達目標>

- 1). 一般医として必要とされる最小限の眼科学の知識と技術を習得する。
- 2). 外来診療機器（細隙灯顕微鏡、検眼鏡、等）による診察結果が正しく解釈できる。
- 3). 眼科緊急疾患（外傷(穿孔性眼外傷)、急性緑内障発作、動眼神経麻痺、網膜中心動脈閉塞症）について正しい対応ができる。
- 4). 眼科伝染性疾患（流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎）について理解し、正しい対応ができる。

<On the job training>

- 1) 外来業務を中心に指導医のもと研修を進める。
- 2) 毎日のデブリーフィングにて1日の振り返りを行う。

〈研修週間スケジュール(例)〉

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
朝	ブリーフィング	ブリーフィング	ブリーフィング	ブリーフィング	ブリーフィング	ブリーフィング
午前	外来	外来	外来	外来	外来	外来
午後	手術	休み	外来	カンファレンス 外来	レーザー手術・ 小手術	
夕方	デブリーフィング		デブリーフィング	デブリーフィング	デブリーフィング	

<評価>

1. 全体の評価方法に準じる。

14. 泌尿器科研修

(※選択科目)

【研修先】：国立病院機構弘前総合医療センター

<到達目標>

- 1). 尿路感染症・血尿など、泌尿器科疾患の初期対応ができる。泌尿器科的な基本的手技を行うことができる。

<On the job training>

研修病院の研修方略に準じる。

<勉強会・カンファレンス>

〈研修週間スケジュール(例)〉

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
午前	病棟回診 外来	病棟回診 外来	病棟回診 外来	病棟回診 外来	病棟回診 外来	
午後	膀胱鏡・透視 病棟	膀胱鏡・透視 病棟	手術 カンファ	膀胱鏡・透視 病棟	手術 病棟	

<評価> 研修病院の評価方法に準じる。

15. 耳鼻咽喉科研修

(※選択科目)

【研修先】：国立病院機構弘前総合医療センター

<到達目標>

- 1). プライマリーケアを中心に一般医に求められる耳鼻咽喉科および頭頸部領域疾患の基礎知識を習得し、診断と治療を的確に行い、機能障害など個人の状態に配慮できるようになることを目標とする。

<On the job training>

研修病院の研修方略に準じる。

〈研修週間スケジュール(例)〉

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
午前	外来 聴力検査	外来 聴力検査	手術	外来 聴力検査	外来 聴力検査	
午後	手術、病棟治療、 外来症例検討会	手術、病棟治療、 外来症例検討会	手術、病棟治療、 言語・嚥下訓練	病棟治療、 外来症例検討会	病棟治療、 外来症例検討会	

<評価>

研修病院の評価方法に準じる。

THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION, INC.

WMA DECLARATION OF LISBON ON THE RIGHTS OF THE PATIENT

患者の権利に関する WMA リスボン宣言

1981 年 9 月/10 月、ポルトガル、リスボンにおける第 34 回 WMA 総会で採択
1995 年 9 月、インドネシア、バリ島における第 47 回 WMA 総会で修正
2005 年 10 月、チリ、サンティアゴにおける第 171 回 WMA 理事会で編集上修正
2015 年 4 月、ノルウェー、オスローにおける第 200 回 WMA 理事会で再確認

序 文

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

原 則

1. 良質の医療を受ける権利

- a. すべての人は、差別なしに適切な医療を受ける権利を有する。
- b. すべての患者は、いかなる外部干渉も受けずに自由に臨床上および倫理上の判断を行うことを認識している医師から治療を受ける権利を有する。
- c. 患者は、常にその最善の利益に即して治療を受けるものとする。患者が受ける治療は、一般的に受け入れられた医学的原則に沿って行われるものとする。
- d. 質の保証は、常に医療のひとつの要素でなければならない。特に医師は、医療の質の擁護者たる責任を担うべきである。

- e. 供給を限られた特定の治療に関して、それを必要とする患者間で選定を行わなければならない場合は、そのような患者はすべて治療を受けるための公平な選択手続きを受ける権利がある。その選択は、医学的基準に基づき、かつ差別なく行われなければならない。
- f. 患者は、医療を継続して受ける権利を有する。医師は、医学的に必要とされる治療を行うにあたり、同じ患者の治療にあたっている他の医療提供者と協力する責務を有する。医師は、現在と異なる治療を行うために患者に対して適切な援助と十分な機会を与えることができないならば、今までの治療が医学的に引き続き必要とされる限り、患者の治療を中断してはならない。

2. 選択の自由の権利

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

3. 自己決定の権利

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

4. 意識のない患者

- a. 患者が意識不明かその他の理由で意思を表明できない場合は、法律上の権限を有する代理人から、可能な限りインフォームド・コンセントを得なければならない。
- b. 法律上の権限を有する代理人がおらず、患者に対する医学的侵襲が緊急に必要とされる場合は、患者の同意があるものと推定する。ただし、その患者の事前の確固たる意思表示あるいは信念に基づいて、その状況における医学的侵襲に対し同意を拒絶することが明白かつ疑いのない場合を除く。

- c. しかしながら、医師は自殺企図により意識を失っている患者の生命を救うよう常に努力すべきである。

5. 法的無能力の患者

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

6. 患者の意思に反する処置

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

7. 情報に対する権利

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

- e. 患者は、必要があれば自分に代わって情報を受ける人を選択する権利を有する。

8. 守秘義務に対する権利

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

9. 健康教育を受ける権利

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

10. 尊厳に対する権利

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

11. 宗教的支援に対する権利

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

WORLD MEDICAL ASSOCIATION

ヘルシンキ宣言

人間を対象とする医学研究の倫理的原則

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

序文

1. 世界医師会（WMA）は、特定できる人間由来の試料およびデータの研究を含む、人間を対象とする医学研究の倫理的原則の文書としてヘルシンキ宣言を改訂してきた。

本宣言は全体として解釈されることを意図したものであり、各項目は他のすべての関連項目を考慮に入れて適用されるべきである。

2. WMA の使命の一環として、本宣言は主に医師に対して表明されたものである。WMA は人間を対象とする医学研究に関与する医師以外の人々に対してもこれらの諸原則の採用を推奨する。

一般原則

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

的または国際的倫理、法律、規制上の要請がこの宣言に示されている被験者の保護を減じあるいは排除してはならない。

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

リスク、負担、利益

16. 医療および医学研究においてはほとんどの治療にリスクと負担が伴う。

人間を対象とする医学研究は、その目的の重要性が被験者のリスクおよび負担を上まわる場合に限り行うことができる。

17. 人間を対象とするすべての医学研究は、研究の対象となる個人とグループに対する予想し得るリスクおよび負担と被験者およびその研究によって影響を受けるその他の個人またはグループに対する予見可能な利益とを比較して、慎重な評価を先行させなければならない。

リスクを最小化させるための措置が講じられなければならない。リスクは研究者によって継続的に監視、評価、文書化されるべきである。

18. リスクが適切に評価されかつそのリスクを十分に管理できるとの確信を持たない限り、医師は人間を対象とする研究に関与してはならない。

潜在的な利益よりもリスクが高いと判断される場合または明確な成果の確証が得られた場合、医師は研究を継続、変更あるいは直ちに中止すべきかを判断しなければならない。

社会的弱者グループおよび個人

19. あるグループおよび個人は特に社会的な弱者であり不適切な扱いを受けたり副次的な被害を受けやすい。

すべての社会的弱者グループおよび個人は個別の状況を考慮したうえで保護を受けるべきである。

20. 研究がそのグループの健康上の必要性または優先事項に応えるものであり、かつその研究が社会的弱者でないグループを対象として実施できない場合に限り、社会的弱者グループを対象とする医学研究は正当化される。さらに、そのグループは研究から得られた知識、実践または治療からの恩恵を受けるべきである。

科学的要件と研究計画書

21. 人間を対象とする医学研究は、科学的文献の十分な知識、その他関連する情報源および適切な研究室での実験ならびに必要な応じた動物実験に基づき、一般に認知された科学的諸原則に従わなければならない。研究に使用される動物の福祉は尊重されなければならない。

22. 人間を対象とする各研究の計画と実施内容は、研究計画書に明示され正当化されていなければならない。

研究計画書には関連する倫理的配慮について明記され、また本宣言の原則がどのように取り入れられてきたかを示すべきである。計画書は、資金提供、スポンサー、研究組織との関わり、起こり得る利益相反、被験者に対する報奨ならびに研究参加の結果として損害を受けた被験者の治療および／または補償の条項に関する情報を含むべきである。

臨床試験の場合、この計画書には研究終了後条項についての必要な取り決めも記載されなければならない。

研究倫理委員会

23. 研究計画書は、検討、意見、指導および承認を得るため研究開始前に関連する研究倫理委員会に提出されなければならない。この委員会は、その機能において透明性がなければならず、研究者、スポンサーおよびその他いかなる不適切な影響も受けず適切に運営されなければならない。委員会は、適用される国際的規範および基準はもとより、研究が実施される国または複数の国の法律と規制も考慮しなければならない。しかし、そのために本宣言が示す被験者に対する保護を減じあるいは排除することを許してはならない。

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

プライバシーと秘密保持

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

インフォームド・コンセント

25. 医学研究の被験者としてインフォームド・コンセントを与える能力がある個人の参加は自発的でなければならない。家族または地域社会のリーダーに助言を求めることが適切な場合もあるが、インフォームド・コンセントを与える能力がある個人を本人の自主的な承諾なしに研究に参加させてはならない。
26. インフォームド・コンセントを与える能力がある人間を対象とする医学研究において、それぞれの被験者候補は、目的、方法、資金源、起こり得る利益相反、研究者の施設内での所属、研究から期待される利益と予測されるリスクならびに起こり得る不快感、研究終了後条項、その他研究に関するすべての面について十分に説明されなければならない。被験者候補は、いつでも不利益を受けることなしに研究参加を拒否する権利または参加の同意を撤回する権利があることを知らされなければならない。個々の被験者候補の具体的情報の必要性のみならずその情報の伝達方法についても特別な配慮をしなければならない。

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

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

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

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

29. インフォームド・コンセントを与える能力がないと思われる被験者候補が研究参加についての決定に賛意を表することができる場合、医師は法的代理人からの同意に加えて本人の賛意を求めなければならない。被験者候補の不賛意は、尊重されるべきである。
30. 例えば、意識不明の患者のように、肉体的、精神的にインフォームド・コンセントを与える能力がない被験者を対象とした研究は、インフォームド・コンセントを与えることを妨げる肉体的・精神的状態がその研究対象グループに固有の症状となっている場合に限って行うことができる。このような状況では、医師は法的代理人からインフォームド・コンセントを求めなければならない。そのような代理人が得られず研究延期もできない場合、この研究はインフォームド・コンセントを与えられない状態にある被験者を対象とする特別な理由が研究計画書で述べられ、研究倫理委員会で承認されていることを条件として、インフォームド・コンセントなしに開始することができる。研究に引き続き留まる同意はできるかぎり早く被験者または法的代理人から取得しなければならない。
31. 医師は、治療のどの部分が研究に関連しているかを患者に十分に説明しなければならない。患者の研究への参加拒否または研究離脱の決定が患者・医師関係に決して悪影響を及ぼしてはならない。
32. バイオバンクまたは類似の貯蔵場所に保管されている試料やデータに関する研究など、個人の特定が可能な人間由来の試料またはデータを使用する医学研究のためには、医師は収集・保存および／または再利用に対するインフォームド・コンセントを求めなければならない。このような研究に関しては、同意を得ることが不可能か実行できない例外的な場合があり得る。このような状況では研究倫理委員会の審議と承認を得た後に限り研究が行われ得る。

プラセボの使用

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

証明された治療が存在しない場合、プラセボの使用または無治療が認められる；あるいは、

説得力があり科学的に健全な方法論的理由に基づき、最善と証明されたものより効果が劣る治療、プラセボの使用または無治療が、その治療の有効性あるいは安全性を決定するために必要な場合、

そして、最善と証明されたものより効果が劣る治療、プラセボの使用または無治療の患者が、最善と証明された治療を受けなかった結果として重篤または回復不能な損害の付加的リスクを被ることがないと予想される場合。

この選択肢の乱用を避けるため徹底した配慮がなされなければならない。

研究終了後条項

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

研究登録と結果の刊行および普及

35. 人間を対象とするすべての研究は、最初の被験者を募集する前に一般的にアクセス可能なデータベースに登録されなければならない。
36. すべての研究者、著者、スポンサー、編集者および発行者は、研究結果の刊行と普及に倫理的責務を負っている。研究者は、人間を対象とする研究の結果を一般的に公表する義務を有し報告書の完全性と正確性に説明責任を負う。すべての当事者は、倫理的報告に関する容認されたガイドラインを遵守すべきである。否定的結果および結論に達しない結果も肯定的結果と同様に、刊行または他の方法で公表されなければならない。資金源、組織との関わりおよび利益相反が、刊行物の中には明示されなければならない。この宣言の原則に反する研究報告は、刊行のために受理されるべきではない。

臨床診療における未実証の治療

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

医療福祉生協のいのちの章典

はじめに

日本生活協同組合連合会医療部会は「医療生協の患者の権利章典」「医療生協の介護」を策定し、事業と運動の質を高めてきました。これらの活動を引きつぎ、2010年日本医療福祉生活協同組合連合会（医療福祉生協連）が発足しました。

医療福祉生協は、いのちとくらしを守り健康をはぐくむ事業と運動を大きく広げるため、これらの成果を踏まえ、医療福祉生協連の設立趣意書の内容を基本にして「医療福祉生協のいのちの章典」（いのちの章典）を策定します。

「いのちの章典」は、憲法をもとに人権が尊重される社会と社会保障の充実をめざす、私たちの権利と責任を明らかにしたものです。

医療福祉生協とは

医療福祉生協は、地域のひとびとが、それぞれの健康と生活にかかわる問題を持ちよる消費生活協同組合法にもとづく自治的組織です。医療機関・介護事業所などを所有・運営し、ともに組合員として生協を担う住民と職員の協同によって、問題を解決するための事業と運動を行います。

医療福祉生協が大切にする価値と健康観

私たちは、近代市民社会の大原則であり、日本国憲法の基本理念である主権在民の立場にたちます。私たちは、憲法13条の幸福追求権や9条の平和主義、25条の生存権を実現するため、主権在民の健康分野の具体化である健康の自己主権を確立します。

私たちが大切にする健康観は「昨日よりも今日が、さらに明日がより一層意欲的に生きられる。そうしたことを可能にするため、自分を変え、社会に働きかける。みんなが協力しあって楽しく明るく積極的に生きる」というものです。

私たちは、この価値と健康観にもとづき、医療・介護・健康づくりの事業と運動をすすめ、地域まるごと健康づくりをめざします。

いのちとくらしを守り健康をはぐくむための権利と責任

ともに組合員として生協を担う私たち地域住民と職員には、いのちとくらしを守り健康をはぐくむために、以下の権利と責任があります。

<自己決定に関する権利>

私たちは、知る権利、学習権をもとに自己決定を行います。

<自己情報コントロールに関する権利>

私たちは、個人情報保護されると同時に、本人の同意のもとに適切に利用することができるようになります。

<安全・安心な医療・介護に関する権利>

私たちは、安全・安心を最優先にし、そのための配慮やしきみづくりを行います。

<アクセスに関する権利>

私たちは、必要な時に十分な医療・介護のサービスを受けられるように社会保障制度を改善し、健康にくらすことのできるまちづくりを行います。

<参加と協同>

私たちは、主体的にいのちとくらしを守り健康をはぐくむ活動に参加し、協同を強めてこれらの権利を発展させます。

2013年6月7日

日本医療福祉生活協同組合連合会 第3回通常総会にて確定



日本医療福祉生活協同組合連合会

Japanese Health and Welfare Co-operative Federation

民医連綱領



私たち民医連は、無差別・平等の医療と福祉の実現をめざす組織です。

戦後の荒廃のなか、無産者診療所の歴史を受けつぎ、医療従事者と労働者・農民・地域の人びとが、各地で「民主診療所」をつくりました。そして1953年、「働くひとびとの医療機関」として全日本民主医療機関連合会を結成しました。

私たちは、いのちの平等を掲げ、地域住民の切実な要求に応える医療を実践し、介護と福祉の事業へ活動を広げてきました。患者の立場に立った親切でよい医療をすすめ、生活と労働から疾病をとらえ、いのちや健康にかかわるその時代の社会問題にとりくんできました。また、共同組織と共に生活向上と社会保障の拡充、平和と民主主義の実現のために運動してきました。

私たちは、営利を目的とせず、事業所の集団所有を確立し、民主的運営をめざして活動しています。

日本国憲法は、国民主権と平和的生存権を謳い、基本的人権を人類の多年にわたる自由獲得の成果であり永久に侵すことのできない普遍的権利と定めています。

私たちは、この憲法の理念を高く掲げ、これまでの歩みをさらに発展させ、すべての人が等しく尊重される社会をめざします。

- 一、人権を尊重し、共同のいとなみとしての医療と介護・福祉をすすめ、人びとのいのちと健康を守ります
- 一、地域・職域の人びとと共に、医療機関、福祉施設などとの連携を強め、安心して住み続けられるまちづくりをすすめます
- 一、学問の自由を尊重し、学術・文化の発展に努め、地域と共に歩む人間性豊かな専門職を育成します
- 一、科学的で民主的な管理と運営を貫き、事業所を守り、医療、介護・福祉従事者の生活の向上と権利の確立をめざします
- 一、国と企業の責任を明確にし、権利としての社会保障の実現のためにたたかいます
- 一、人類の生命と健康を破壊する一切の戦争政策に反対し、核兵器をなくし、平和と環境を守ります

私たちは、この目標を実現するために、多くの個人・団体と手を結び、国際交流をはかり、共同組織と力をあわせて活動します。

2010年2月27日

全日本民主医療機関連合会 第39回定期総会