

上部消化管外科（選択）

| | |
|---------------|---|
| 研修科 | 上部消化管外科（選択） |
| 責任者 | 教授 安田 卓司 |
| 指導医数 | 7 名 |
| 研修期間 | 4 週間 ～ 12 週間 |
| 受入可能人数 | 1 名 |
| 一般目標 (GIO) | <p>【医師としての到達目標】</p> <p>まずは外科医たる前に医師として、そして医師たる前に人として信頼される人間でなければならない。人としての自覚をもち、人と人との相互理解と連携・協力を努め、社会の一員として責任ある行動を取らなければならない。その上で医師として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。その中で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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医師としての倫理観・責任感・使命感をもって行動できる。 2. プライマリ・ケアを実践できる基本的診療能力（知識、技能、態度）を身につける。 3. 医療における安全管理の方策を理解し、患者ならびに医療従事者にとって安全な医療を遂行できる。 4. 医療チームの構成員としての医師の役割を理解し、他のメンバーと協調して問題解決にあたることができる。 5. 患者を全人的に理解し、患者・患者家族と良好な人間関係を確立し、予防を含む包括的なケアを提供できる。 6. 医師としての社会的使命を自覚し、有限である医療資源を公平に配分し、効率的に使用することができる。 7. 世界の医学研究の動向を理解し、最新の医学知識を修得するための英語能力を獲得し、国際保健の向上に貢献できる。 8. 常に自らを省みて医学の研鑽と学習に励み、自己の向上に努める。 9. 臨床活動の改善を目指し、見出した問題点の意義を検証し、研究課題を設定できる。 <p>【外科医としての到達目標】</p> <p>外科的処置とは、患者と医師の間に強い信頼関係があることが前提で身体にメスを入れて行うことが許される行為である。特に全身麻酔を有する処置では患者は命を外科医に託す訳でその責任は極めて重大で、患者に成り代わって最善を追求しなければならない。そのため、術前から患者の思いを傾聴し、患者の病状、進行度を詳細に把握し、患者の臓器機能を正しく評価した上で治療目標に応じた治療法を検討して各々のリスクと予想される結果をわかりやすく患者に説明し、患者との自由な意見交換の中で最善と思われる治療を決定して最善を尽くして可能性を追求し、患者の期待に応える努力をしなければならない。そのためには外科的手技の習熟は勿論、疾患に対する知識、解剖、臓器の生理機能や周術期における病態変化、画像診断能力に精通し、外科処置以外の治療についても十分な知識を有していることが求められる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 外科医としての基本手技、知識、技術を学ぶ。 2. 外科解剖を理解し、画像読影や術野解剖の把握などへの応用を学ぶ。 3. 侵襲的処置における適切な状況把握とその時期の適切な判断力を学ぶと共に患者およびその家族への説明を通じてコミュニケーション能力を習得する。 4. チーム医療におけるチーム内の結束、情報共有、意思疎通の重要性とそのチーム統率面での医師の重要性と責任を学ぶ。 |
| 行動目標 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 基本的な外科手術手技と基本的な外科処置を習得する。 2. 清潔操作と外科的感染症に対する適切な対応や処置をすることができる。 3. 上部消化管疾患の病態を理解し、画像所見を読影、診断することができる。 4. 疾患に関する術前の進行度診断と患者のリスク評価から手術適応を判断できる。 5. 術前・術後の化学療法または化学放射線療法の適応とその管理を修得する。 6. 周術期における輸液管理、呼吸管理、感染制御、創処置が適切に行える。 7. 合併症発症時における画像、臨床データ、ベッドサイドの患者情報からその病態を把握し、それに対する適切な対処法の選択とその時期の判断を学ぶ。 |

| | |
|--|---|
| | <p>8. 患者・患者家族と医師との良好な信頼関係を作る。</p> <p>9. 医療スタッフや他職種医療従事者と良好なコミュニケーションがとれ、患者情報や治療目標などを共有することができる。</p> |
|--|---|

上部消化管外科（選択）

| | |
|------------|--|
| 方略 (LS) | <ol style="list-style-type: none"> 1. 術後の病棟での創処置を通じて一般外来で経験すべき外科的処置について学ぶ。 2. 鼠径ヘルニアの手術を定期的に行っており、ヘルニア検討会に参加することでその疾患に関する知識、画像読影、手術適応を学ぶ。更には外科主催で定期開催しているヘルニアセミナーに参加してドライラボでの手術手技の修練を行い、その上でローテート中の研修医においてはヘルニア手術の術者としての経験を積んで頂き、術野解剖と手術手技を直接経験し、外科医としての自覚、達成感、責任と意義を学ぶ。 3. 外科の基本手技においては、指導医の直接指導および手術中における手術器具の使用法や助手のやり方などの指導を通じて学んでいく。 4. シミュレーションセンターおよび外科の内視鏡部門の部屋に設置してある練習機を用いて一般外科の基本手技や内視鏡外科の基本手技に関する修練を積む。 5. 胃穿孔や十二指腸穿孔による腹膜炎症例や虫垂炎などの緊急入院症例または院内発症の症例を通して緊急時の初期対応と画像診断、臨床データ解釈、身体所見の把握を学び、緊急処置の判断とその対応の進め方を学ぶ。 5. 胃癌や食道癌の術後処置を通じて、ドレーンの管理・除去や気胸や胸水貯留時の胸腔ドレーンの挿入や腹水貯留時の腹腔ドレーンの挿入手技を学ぶ。 6. 胃癌や食道癌の術後管理を通じて周術期の全身管理、特に輸液・電解質管理を学ぶ。更に肺炎などの呼吸管理を通じて呼吸リハビリや早期離床の重要性を学び、排痰補助としての輪状甲状膜様部穿刺あるいは気管支鏡による吸痰法を学ぶ。重症例においては再挿管の適応と手技、人工呼吸管理そして感染対策における抗菌薬の使用や栄養管理を学び、気管切開手技およびその管理や人工呼吸のウィーニングについても学ぶ。 7. 高齢者の患者における術後譫妄についてチームとしての対応を学ぶ。 8. 医師、看護師、その他コメディカルスタッフ全てを含みチーム一体となって感染対策、栄養管理や呼吸管理など意識を高くもって取り組むことに重要性を学ぶ。 9. 外科学教室としての全体のカンファレンスや回診ならびに抄読会を通じて、上部消化管外科に限らず下部消化管外科、肝胆膵外科、呼吸器外科、乳腺内分泌外科、小児外科に関する疾患に関する知識と手術適応を学び、術後経過を経験する。 10. ICU入室患者においては重症例のICU管理を学ぶ。 |
| 評価 (EV) | <p>研修医が到達目標を達成しているかどうかは、各分野・診療科のローテーション終了時に、医師及び医師以外の医療職が別添の研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを用いて評価し、評価票は研修管理委員会で保管する。医師以外の医療職には、看護師を含むことが望ましい。</p> <p>上記評価の結果を踏まえて、少なくとも年2回、プログラム責任者・研修管理委員会委員が、研修医に対して形成的評価（フィードバック）を行う。</p> <p>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。</p> <p>研修医評価票</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none"> A-1. 社会的使命と公衆衛生への寄与 A-2. 利他的な態度 A-3. 人間性の尊重 A-4. 自らを高める姿勢 II. 「B. 資質・能力」に関する評価 <ol style="list-style-type: none"> B-1. 医学・医療における倫理性 B-2. 医学知識と問題対応能力 B-3. 診療技能と患者ケア B-4. コミュニケーション能力 B-5. チーム医療の実践 B-6. 医療の質と安全の管理 B-7. 社会における医療の実践 B-8. 科学的探究 B-9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢 III. 「C. 基本的診療業務」に関する評価 <ol style="list-style-type: none"> 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 |
| | <p>上部消化管外科の対象である食道癌手術は頸部から胸部、そして腹部に至るまで広範囲を扱う術式である。また、頸部食道癌や頭頸部癌との同時手術では頭頸部外科の解剖知識や手術手技も学ぶことができる。更に胃切後の症例では</p> |

責任者からの一言

胃管再建ができないため空腸や結腸を用いた再建を行うが、その際に下部消化管の解剖知識や手技も学ぶことができる。頭頸部癌の遊離空腸再建の応援では空腸の自家移植手技を学ぶことができ、頭頸部、外科、形成外科という複数の診療科による共同手術も経験できる。ほぼ全身に関する解剖や手技を実際の手術を通じて経験し、学ぶことができる。また非常に侵襲度の高い手術が故に全身の輸液管理、感染制御、呼吸管理を十分に学ぶことが可能で、医師・看護師・リハビリ科一体となったチーム医療の現場も経験できる。胃癌に関しては早期から超進行癌までを扱っているため、腹腔鏡による手術やダ・ビンチによるロボット支援手術から腹膜播種高危険群の症例に対する腹腔内化学療法や術前化学放射線療法後の難易度の高い手術も経験できる。ただ、最初から全ての外科手技を理解、修得することが目的ではなく、これらの困難な症例経験を通じて患者やその家族とのコミュニケーションの重要性、医療チーム内の情報共有と方向性の一致の重要性、適切な治療選択の重要性、正確な画像診断とそれに基づく術野での外科解剖の理解の重要性、そして周術期管理の重要性を幅広く学び、経験、修得することを目指して頂きたいと考える。マニュアル通りにすれば問題のないような症例だけの経験では学ぶ情報量は多くない。どれだけ経験したか、初期に経験した情報量はその後の医師としての達成度にも大きく影響する。その意味で初期臨床研修の際にできるだけ多くの、しかも手のかかる症例を経験し、より多くのことを学ぶことは大きなメリットと考える。外科系を目指す先生は勿論、内科を目指す先生にとっても全身管理と外科基本手技、チーム医療を学べる上部消化管外科の研修は極めて有意義で、医師としての基本研修にあたりと考える。より良い医師を育てるということで、外科・内科問わず研修して頂ければと期待する。