

Q. 耳鼻いんこう科（指導責任者 大野 伸晃）

【一般目標 General Instruction Object : GIO】

患者に適切な医療を提供するために、耳鼻咽喉科疾患全般の診察、診断、検査、治療方針決および実施を行うため、知識と技術を習得する。

【行動目標 Specific Behavior Objects : SBOs】

1. 診療姿勢

- 1) 医療安全、患者の人権および価値観への配慮し、病院理念を遂行できる全人的医療の視点を失わない診療態度を身につける
- 2) 他の職種と意思疎通を図り、チーム医療を実践できる
- 3) 診療記録を適切に作成し、管理できる

2. 診断法及び検査法

- 1) 問診（既往歴、家族歴、現病歴）を適切に取ることができる
- 2) 額帯鏡を正しく操作でき、鼓膜所見・鼻内所見を正確にとれる
- 3) 鼻咽腔・喉頭ファイバーを操作でき、所見が正確にとれる
- 4) 純音聴力検査，語音聴力検査，ティンパノメトリー，耳小骨筋反射，耳管機能検査，聴性脳幹反応の理論を把握し，その結果を正しく解釈できる
- 5) 平衡機能検査の理論を把握し，検査を行い評価できる
- 6) 嗅覚異常，味覚異常に対する検査・診断ができる
- 7) 頭頸部領域レントゲン，CT，MRI のオーダーおよび正確な読影ができる
- 8) 食道造影，唾液腺造影の手技を理解し評価できる

3. 治療法

- 1) 耳鼻咽喉科一般疾患に対する診断・治療計画をたてることができる
 - ① 急性・慢性中耳炎
 - ② 急性・慢性副鼻腔炎
 - ③ アレルギー性鼻炎
 - ④ 急性扁桃炎
 - ⑤ 鼻出血
 - ⑥ めまい
 - ⑦ 難聴
 - ⑧ 顔面神経麻痺
- 2) 異物（外耳道，鼻腔，咽頭，食道，気管支）
- 3) 綿棒を使用し適切な耳処置ができる
- 4) 鼻出血の部位に応じ適切な止血処置ができる
- 5) 外来小手術（鼻茸摘出術，鼻骨骨折整復術，下口唇嚢腫摘出術，頸部リンパ節生検など）が執刀できる
- 6) 補聴器の適応が判断でき，使用に対する説明ができる

4. 手術治療

副主治医として経験し治療方針の立案ができ、解剖学的な理解ができる

- 1) 扁桃摘出術 アデノイド切除
- 2) 気管切開術
- 3) 鼻副鼻腔手術
- 4) 喉頭微細手術
- 5) 唾液腺手術
- 6) 甲状腺腫瘍
- 7) 頭頸部悪性腫瘍
- 8) 中耳手術

5. 経験すべき症状・疾患、

または経験しなくても十分な知識を習得する必要がある耳鼻咽喉科疾患

- 1) 下記の頻度の高い症状を経験し、適切に対応できる
耳痛 耳漏 咽頭痛 鼻汁/鼻閉 めまい 難聴/耳鳴り 嗅覚障害
顔面神経麻痺 出血 呼吸困難
- 2) アレルギー性疾患（アレルギー性鼻炎など）
- 3) 外耳疾患（外耳道炎、耳瘻孔、耳介奇形）
- 4) 中耳疾患（急性中耳炎、慢性中耳炎、真珠腫性中耳炎、中耳奇形、鼓膜穿孔など）
- 5) 神経耳科的疾患（メニエール病、突発性難聴、内耳炎、聴神経腫瘍など）
- 6) 鼻副鼻腔疾患（副鼻腔炎、鼻副鼻腔乳頭腫、鼻中隔彎曲症、嚢胞性疾患など）
- 7) 咽喉頭、扁桃疾患（扁桃炎、扁桃周囲膿瘍、声帯ポリープ、喉頭蓋炎、クループなど）
- 8) 頸部疾患（唾液腺・甲状腺腫瘍、嚢胞性疾患、リンパ節炎、深頸部膿瘍、）
- 9) 顔面神経麻痺
- 10) 睡眠時無呼吸症候群
- 11) 悪性腫瘍
- 12) 外傷、出血（鼻出血、鼻骨骨折、耳出血、側頭骨骨折など）

【方略: LS】研修指導体制と週間スケジュール

- 1) オリエンテーション
- 2) 病棟研修
 - ①指導医のもとで副主治医として患者を担当する。
 - ②指導医のもと検査を行い、結果を判読する。
 - ③指導医のもと手術にたずさわる、あるいは助手として参加する。
 - ④カンファにて症例提示、討議をする。
- 3) 救急研修
 - ①指導医のもと救急処置を行う。
 - ②緊急入院患者の対応
- 4) 講義・自習
 - ①疾患の診断基準、治療ガイドラインなど
 - ②解剖、生理

【週間スケジュール】

	月	火	水	木	金	土
早朝						
午前	外来	手術	回診	外来	外来	研修医会
午後	検査/手術	手術	検査	手術	手術	
夕刻			カンファ			

【評価 Evaluation】

項目	評価者	評価法
医師としての基本姿勢	自己・指導医・看護師長	観察記録
診療態度・チーム医療	自己・指導医・看護師長	観察記録
担当した入院患者の疾患・症例	自己・指導医	自己記録 レポート
経験すべき症状への対応	自己・指導医	自己記録 レポート
経験した手技	自己・指導医	自己記録

チェックリスト

耳鼻いんこう科

知識・手技	目 標	経験数		評価				
				十分	不十分			
病歴聴取、身体所見	5	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
耳処置、鼻処置	5	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
鼻腔、喉頭ファイバー	5	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
聴力検査	5	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
平衡機能検査	5	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
レントゲン、CT、MRI	5	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
食道透視	2	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
経験すべき症状				完べき	後少し	知識だけ	まだまだ	レポート 提出
耳痛・耳漏	2	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
咽頭痛	2	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
鼻汁・鼻閉	3	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
めまい	2	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
難聴	2	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
顔面神経麻痺	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
出血		<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
呼吸困難		<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
経験すべき病態								
アレルギー性疾患	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/>
外耳疾患	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
中耳疾患	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
神経耳科の疾患	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
鼻副鼻腔疾患	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
咽喉頭扁桃疾患	3	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
頸部疾患	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
顔面神経麻痺	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
睡眠時無呼吸症候群		<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
悪性腫瘍	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
外傷、出血	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
		<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
		<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
		<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
		<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	