

P. 形成外科（指導責任者 川端 明子）

【一般目標 General Instruction Object : GIO】

『患者に適切な医療を提供』できるようになるために、皮膚外傷・外表疾患・形成外科的疾患の全般にわたる症候の把握、診断、諸検査の適応・実施・その解釈、疾患の治療方針決定・治療実施を可能にする正確な医学知識、診療技術を習得するとともに、患者を全人的に診療する態度、および、チーム医療の必要性を十分に配慮した協調と協力の習慣を身に付ける。

【行動目標 Specific Behavior Objects : SBOs】

A) 診療姿勢

- (ア) 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
- (イ) 他の職種と意思疎通を図り、チーム医療を実践できる
- (ウ) 診療記録を適切に作成し、管理できる
- (エ) 診断法及び検査法

B) 診察・診断

(ア) 創傷治癒

- ① 正常な創傷治癒の経過を理解している。
- ② MWH（湿潤療法）を理解している。

(イ) 熱傷

- ① アセスメント（面積・深度）ができる。
- ② 重症度判定ができる。
- ③ 気道熱傷を疑う所見を理解している。
- ④ 重症熱傷の初期輸液が開始できる。
- ⑤ 熱傷の局所処置ができる。

(ウ) 顔面外傷

- ① 顔面挫創、擦過創の救急時の処置ができる。
- ② 代表的な顔面骨骨折の症状を理解している。
- ③ 顔面骨骨折の診断に必要な単純X線撮影法、CT撮影法が指示できる。

C) 手術手技・理論と実際

(ア) 形成外科の基本手技

- ① 皮膚切開
 - 1. 正しい皮膚切開の方向を理解している。
- ② 縫合材料
 - 1. 針、糸の種類と特徴と適応を理解している。
- ③ 縫合の方法
 - 1. 正しく持針器がもてる。
 - 2. 縫合の種類がわかる。
 - 3. 機械結びができる。
- ④ 外用法
 - 1. 日常のガーゼ交換が適切にできる。

- ⑤ 抜糸
 1. 正しい抜糸ができる。
 2. 部位別の抜糸時期を理解できる。

(イ) 植皮

- ① 植皮と皮弁の違い・特徴を理解している
- ② 植皮の厚さによる分類とその特徴を理解している。

(ウ) 皮弁

- ① 代表的な皮弁が言え、その適応と利点・欠点が言える。

D) 診断と治療

(ア) 皮膚の良性腫瘍

- ① 代表的な良性腫瘍の診断ができる。
- ② 代表的な良性腫瘍の麻酔法と術式が説明できる。

(イ) 皮膚の悪性腫瘍

- ① 代表的な皮膚悪性腫瘍を疑うことができる。

(ウ) 眼瞼・耳介・外鼻

- ① 構造上の特徴を理解している。

(エ) 軀幹

- ① 乳房再建、漏斗胸の治療が理解できる。
- ② 褥瘡の分類がいえる。
- ③ 褥創の危険要因を理解している。

(オ) あざ

- ① 代表的なあざとレーザー治療法の適応が理解できる。

E) 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形成外科疾患

(ア) 熱傷 顔面熱傷 気道熱傷 手熱傷 小児熱傷 低温熱傷 化学熱傷 熱傷後瘢痕など

(イ) 顔面損傷 顔面軟部組織損傷 顔面骨骨折など

(ウ) 手足の外傷・奇形 切断指 多合指症 爪疾患など

(エ) その他の先天奇形 耳の奇形 臍の奇形など

(オ) 良性腫瘍 皮膚良性腫瘍 母斑 血管腫 レーザー適応疾患など

(カ) 悪性腫瘍およびそれに関する再建 皮膚癌 頭頸部癌 四肢体幹悪性腫瘍などを他科との共同手術再建

(キ) 瘢痕 瘢痕拘縮 ケロイド

(ク) 褥瘡・難治性皮膚潰瘍 仙骨部・大転子部・踵部褥瘡 下腿難治性皮膚潰瘍 血管外漏出性潰瘍

(ケ) 美容外科

【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 第1日目 8:45より形成外科外来にて

2 手術室研修

中央手術室・外来処置室にて指導医のもと基本的手術技術の修練を行う。

3 病棟研修

- ①形成外科指導医のもと入院患者を副主治医として積極的に担当する。
- ②症例検討会で検討する
- ③指導医のもと創部の観察・適切な処置を行い、X-P、CT、MRIなどの判読する。
- ④指導医のもと褥瘡廻診時に適切な褥瘡の評価・処置を行う。

4 救急研修

- ①指導医のもと救急入院患者の診療に初期対応する。
- ②その後、可及的に副主治医として担当する。

5 外来研修

- ①外来診察において指導医のもと、積極的に診断・処置を行う。

6 講義・自習

- ①縫合法・創傷処置法など
 - ②手術記録の記載
 - ③適切な術式の選択
 - ④全身解剖の把握
- 抄読会に参加し、研修中に担当する

【週間スケジュール】

	月	火	水	木	金	土
午前	外来 病棟回診	外来 病棟回診	外来 病棟回診	中央手術室 手術	中央手術室 手術	
午後	外来手術 レーザー	外来手術 レーザー	褥瘡総回診	中央手術室 手術 カンファレンス	外来手術 レーザー	

【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

形成外科

知識・手技	目 標	経験数		評価				
				十分	不十分			
皮膚切開	2	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
皮膚縫合	2	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
創傷処置	5	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
熱傷処置	5	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
術後処置	5	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
褥瘡処置	5	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
骨折のX-P	0	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
C T・MRI	3	<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※1
熱傷	2	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
顔面外傷	2	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
顔面以外の皮膚外傷	2	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
皮膚腫瘍	2	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
皮膚欠損	2	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
先天奇形・母斑	1	<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								※2
熱傷（局所処置のみ）	2	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
熱傷（手術療法）	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
顔面軟部組織損傷	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
顔面骨骨折	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
手足の外傷	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
手足の先天奇形	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
その他の先天奇形	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
良性腫瘍（レーザー症例）	3	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
良性腫瘍（手術例）	3	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
悪性腫瘍およびその再建	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
瘢痕・瘢痕拘縮・ケロイド	2	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
褥瘡（保存的療法例）	5	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
褥瘡（手術例）	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
難治性皮膚潰瘍	2	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
マイクロサージャリー	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	
美容外科	1	<input type="checkbox"/>	例	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	

1 経験すべき症状は、すべての項目においてレポート提出必要

2 経験すべき病態は、最低5項目以上5例以上の症例レポート提出必要