

小豆沢病院総合診療専門研修プログラム

目次

1. 小豆沢病院総合診療専門研修プログラムについて
2. 総合診療専門研修はどのように行われるのか
3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）
4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得
5. 学問的姿勢について
6. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性などについて
7. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方
8. 専門研修プログラムの施設群について
9. 専攻医の受け入れ数について
10. 施設群における専門研修コースについて
11. 各研修施設の概要
12. 専門研修の評価について
13. 専攻医の就業環境について
14. 専門研修プログラムの改善方法とサイトビジットについて
15. 修了判定について
16. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行なうべきこと
17. Subspecialty 領域との連続性について
18. 総合診療研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件
19. 専門研修プログラム管理委員会
20. 総合診療専門研修特任指導医
21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について
22. 専攻医の採用

1. 小豆沢病院総合診療専門研修プログラムについて

現在、地域の病院や診療所の医師が、地域医療を支えています。今後の日本社会の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる諸問題について適切に対応する医師の必要性がより高くなることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を学術的に評価するために、新たな基本診療領域の専門医として総合診療専門医が位置づけられました。そして、総合診療専門医の質の向上を図り、以て、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的としています。

総合診療専門医の使命は、日常遭遇する疾病と傷害等に対して適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するとともに、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど、保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、絶えざる自己研鑽を重ねながら、地域で生活する人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応することです。

これらの理念と使命を実現するための総合診療専門研修は、専門研修修了後の成果（アウトカム）として、以下のことが求められます。

- 1) 地域を支える診療所や病院においては、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他職種等と連携して、地域の保健・医療・介護・福祉等の様々な分野におけるリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア等を含む）を包括的かつ柔軟に提供できる。
- 2) 総合診療部門を有する病院においては、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）と臓器別でない外来診療（救急や複数の健康問題をもつ患者への包括的ケア）を提供できる。
- 3) 具体的な内容として、以下の7つの資質・能力を獲得することを目指す。
 - ①包括的統合アプローチ、②一般的な健康問題に対する診療能力、③患者中心の医療・ケア、④連携重視のマネジメント、⑤地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、⑥公益に資する職業規範、⑦多様な診療の場に対応する能力

小豆沢病院総合診療専門研修プログラム（以下、本研修 PG）は、上記の理念と使命に則り、求められる成果（アウトカム）の実現を念頭におきながら、都心部の地域医療と地域包括ケアを担う小規模病院、診療所などで活躍する総合診療専門医を養成するために創設されました。

超高齢化が進む都心部において地域医療を担う小規模病院では、高齢者医療と在宅医療への対応力の向上が課題となっています。そして、健康問題を抱えた地域住民が最初に訪れる第一線医療機関として「断らないで診る」と同時に、近隣の診療所や開業医と連携して在宅患者の救急・急性期に対応するサブアキュートの医療機能、大規模急性期病院と連携したポストアキュートの医療機能を発揮しながら、介護・福祉を担う諸施設、地域住民や行政なども連携して、一人ひとりの患者を「最期まで診る」ことにこだわる医療が求められています。

このようなフィールドで働く総合診療専門医は、地域で必要とされる一定水準の病棟医療や2次救急に対応できる病院総合医であると同時に、重症・末期・24時間の対応が必要となる在宅医療を支えるかかりつけ医としての役割も求められます。

本研修 PG では、総合診療専門医として求められる一般的な知識・技術の習得のみならず、医師としての人格の涵養と医療の社会性の理解を深めるとともに、病院や診療所の地域における役割と求められる医療について理解し、そのニーズに応えうる総合的な力量を習得します。

さらに格差と貧困が広がっている地域の現実を前にして、無差別・平等の医療・介護・福祉を創造する志を持った医師、基本的人権を尊重した医療を実践ができる医師、多職種との連携を大切にする民主的なチーム医療を実践できる医師の養成を重視します。

そのために「地域に出て、地域に学び、地域で育つ」という地域基盤型の教育を取り入れ、WHO が提唱する SDH（健康の社会的決定要因）や HPH（健康増進活動拠点病院）といった医療を社会的にとらえる視点、科学的な変革の視点を身につけることを目指します。

本研修 PG の施設群は、小規模病院ながら東京都板橋区において 60 年間にわたり都心部の地域医療を展開してきた小豆沢病院を専門研修基幹施設（以下、基幹施設）とし、小豆沢病院に隣接して在宅医療を専門に行なう診療所、より地域に深く根ざし外来・訪問診療・健康診断を展開しながら地域包括ケアの最前線の取り組みを行なっている診療所、埼玉県三郷市・千葉県流山市といった首都圏の地域において救急・急性期医療の中心的な役割を果たしている 2 つの中規模総合病院、山梨県北杜市という「僻地」に位置づけられる地域にある診療所といった 5 つの専門研修連携施設（以下、連携施設）で構成されています。様々な地域と多様な診療の場を経験しながら、それぞれ施設の特徴を生かした症例や技能を広く学ぶことができます。

本研修 PG は、①総合診療専門研修Ⅰ、②総合診療専門研修Ⅱ、③内科、④小児科、⑤救急科の 5 つの必修診療科と、専攻医の希望とともに専門研修の到達度や必要性に応じて選択が可能なその他の領域別の診療科で 4 年間の研修を行ない、研修期間を通じて週 1 回以上の外来診療と在宅診療を継続します。

なお、本研修 PG においては指導医が専攻医の教育・指導にあたりますが、専攻医が主体的に学ぶ姿勢をもつことが大切です。総合診療専門医は医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、総合診療医としての専門性を自覚しながら日々の診療にあたりると同時に、ワークライフバランスを保ちつつも自己研鑽を欠かさず、日本の医療や総合診療領域の発展に資するべく教育や学術活動に積極的に携わることが求められます。

また、研修期間は 4 年間ですが、育児や介護などの様々な事情に応じて時短勤務や休職を認め、必要に応じて研修期間を延長することも可能です。

2. 総合診療専門研修はどのように行われるのか

- 1) 研修の流れ：総合診療専門研修は、卒後 3 年目からの専門研修（後期研修）4 年間で構成されます。
 - ・ 1 年次修了時には、患者の情報を過不足なく明確に指導医や関連職種に報告し、健康問題を迅速かつ正確に同定することを目標とします。
 - ・ 2 年次修了時には、診断や治療プロセスも標準的で患者を取り巻く背景も安定しているような比較的単純な健康問題に対して的確なマネジメントを提供することを目標とします。

- ・3～4年次修了時には、多疾患合併で診断や治療プロセスに困難さがあつたり、患者を取り巻く背景も疾患に影響したりしているような複雑な健康問題に対しても的確なマネジメントを提供することができ、かつ指導できることを目標とします。
- ・また、総合診療専門医は日常遭遇する疾病と傷害等に対する適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を提供するだけでなく、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組むことが求められますので、18ヶ月以上の総合診療専門研修ⅠおよびⅡにおいては、後に示す地域ケアの学びを重点的に展開することとなります。
- ・4年間の研修の修了判定には以下の3つの要件が審査されます。

1)定められたローテート研修を全て履修していること

2)専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した経験省察研修録（ポートフォリオ：経験と省察のプロセスをファイリングした研修録）を通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること

3)研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること

様々な研修の場において、定められた到達目標と経験目標を常に意識しながら、同じ症候や疾患、さらには検査・治療手技を経験する中で、徐々にそのレベルを高めていき、一般的なケースで、自ら判断して対応あるいは実施できることを目指していくこととなります。

2) 専門研修における学び方

専攻医の研修は臨床現場での学習、臨床現場を離れた学習、自己学習の大きく3つに分かれます。それぞれの学び方に習熟し、生涯に渡って学習していく基盤とすることが求められます。

① 臨床現場での学習

職務を通じた学習を基盤とし、診療経験から生じる疑問に対してEBMの方法論に則って文献等を通じた知識の収集と批判的吟味を行うプロセスと、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図るプロセスを両輪とします。その際、学習履歴の記録と自己省察の記録を経験省察研修録作成という形で全研修課程において実施します。場に応じた教育方略は下記の通りです。

(ア)外来医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。外来診察中に指導医への症例提示と教育的フィードバックを受ける外来教育法（プリセプティング）を実施します。また、指導医による定期的な診療録レビューによる評価、さらには、症例カンファレンスを通じた臨床推論や総合診療の専門的アプローチに関する議論などを通じて、総合診療への理解を深めていきます。また、技能領域については、習熟度に応じた指導を提供します。

(イ)在宅医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。初期は経験ある指導医の診療に同行して診療の枠組みを理解し、次第に独立して訪問診療を提供し経験を積みます。外来医療と同じく、症例カンファレンスを通じて学びを深め、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学びます。

(ウ)病棟医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。入院担当患者の症例提示と教育的フィードバック

クを受ける回診および多職種を含む病棟カンファレンスを通じて診断・検査・治療・退院支援・地域連携のプロセスに関する理解を深めます。指導医による診療録レビューや手技の学習法は外来と同様です。

(エ)救急医療

経験目標を参考に救急外来で幅広い経験症例を確保します。外来診療に準じた教育方略となりますが、特に救急においては迅速な判断が求められるため救急特有の意思決定プロセスを重視します。また、救急処置全般については技能領域の教育方略（シミュレーションや直接観察指導等）が必要となり、特に、指導医と共に処置にあたるなかから経験を積みます。

(オ)地域ケア

地域医師会の活動を通じた地域の実地医家との交流、各研修施設に共通して設置されている地域連携部門の活動などを通じて地域包括ケアへ参画し、自らの診療を支えるネットワークの形成を図り、日々の診療の基盤とします。さらには産業保健活動、学校保健活動、HPH（健康増進活動拠点病院）の活動などを学び、それらの活動に参画します。参画した経験を指導医と共に振り返り、その意義や改善点を理解します。

② 臨床現場を離れた学習

- ・総合診療の様々な理論やモデル、組織運営マネジメント、総合診療領域の研究と教育については、関連する学会および団体の学術集会やセミナー、研修会へ参加し、研修カリキュラムの基本的事項を履修します。
- ・臨床現場で経験数の少ない手技などはシミュレーション機器を活用して学びます。
- ・医療倫理、医療安全、感染対策、保健活動、地域医療活動等については、基幹施設である小豆沢病院が開催する各種講習会や学術集国会等、日本医師会の生涯教育制度や関連する学会の学術集会等を通じて学習を進めます。地域医師会における生涯教育の講演会は、診療に関わる情報を学ぶ場としてのほか、診療上の意見交換等を通じて人格を陶冶する場として活用します。

③ 自己学習

研修カリキュラムにおける経験目標は原則的に自プログラムでの経験を必要としますが、やむを得ず経験を十分に得られない項目については、総合診療領域の各種テキストや Web 教材、さらには日本医師会生涯教育制度および関連のある学会等における e-learning 教材、医療専門雑誌、各学会が作成するガイドライン等を適宜活用しながら、幅広く学習します。

3) 専門研修における研究

専門研修プログラムでは、最先端の医学・医療を理解することおよび科学的思考法を体得することが、医師としての幅を広げるために重要です。また、専攻医は原則として学術活動に携わる必要があります。学術大会等での発表（筆頭に限る）および論文発表（共同著者を含む）を行なうこととします。

本研修 PG では、関連する学会・団体等が開催する医療活動研究会や小豆沢病院が近隣施設と共催する学術集国会での演題発表、その他の様々な機会を通じた臨床研究、SDH（健康の社会的決定要因）の視点を取り入れた社会医学研究に携わることができます。研究発表についても経験ある指導

医からの支援を提供します。

4) 研修の週間計画および年間計画

◆総合診療専門研修Ⅰ 小豆沢病院（基幹施設） 週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
午前	英文抄読会					日当直 病棟・救急待機 レジデントデー 講習会・学会 など	
	病棟	一般外来	新患カンファ 病棟	病棟	小児科外来		
午後	病棟 救急待機	病棟 多職種カンファ	訪問診療	病棟 総回診	病棟 救急待機		
		医局会議・CC	当直		研修振り返り		

(※総合診療専門研修Ⅰの一例として)

◆総合診療専門研修Ⅰ 練馬第一診療所（連携施設） 週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
午前						小豆沢病院日当直 レジデントデー 講習会・学会 など	
	一般外来	一般外来	一般外来	訪問診療	小豆沢病院 小児科外来		
午後	訪問診療 在宅カンファ	訪問診療	外来カンファ 職場会議	一般外来	訪問診療		
			小豆沢病院当直		研修振り返り		

(※総合診療専門研修Ⅰの一例として)

◆総合診療専門研修Ⅱ 東葛病院（連携施設） 週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
午前		英文抄読会	総合診療学習会	救急症例検討会		日当直 病棟診療 救急外来 講習会・学会 など	
	腹部超音波検査 研修	総合診療 外来	教育回診／病棟	救急外来	訪問診療		
午後	病棟 入院患者診療	病棟 多職種カンファ	病棟 入院患者診療	病棟 入院患者診療	病棟 院長回診		
	担当患者の病態に応じた診療／オンコール／当直など						
	医局 CC	研修医 CC/CPC					

(※総合診療専門研修Ⅱの一例として)

◆内科研修 東葛病院（連携施設） 週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
午前		英文抄読会	総合診療学習会	救急症例検討会	消化器抄読会	日当直 病棟診療	
	上部消化管	総合内科外来	腹部超音波検査	病棟	訪問診療		

	内視鏡検査研修	退院フォロー外来	研修	入院患者診療		救急外来 講習会・学会 など
午後	消化器カンファ 病棟	病棟 入院患者診療	病棟 入院患者診療	救急外来	下部消化管 内視鏡検査研修	
	担当患者の病態に応じた診療／オンコール／当直など					
	医局 CC	研修医 CC/CPC				

(※内科研修の一例として)

◆小児科研修 東葛病院（連携施設） 週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
午前	小児英文抄読会	英文抄読会		救急症例検討会		日当直 病棟診療 小児科一般外来 講習会・学会 など	
	新生児健診 小児科一般外来	病棟 入院患者診療	小児科一般外来	病棟 入院患者診療	訪問診療		
午後	病棟 入院患者診療	乳児健診	病棟 入院患者診療	救急外来	ワクチン外来		
	担当患者の病態に応じた診療／オンコール／当直など						
	医局 CC	研修医 CC/CPC					

(※小児科研修の一例として)

◆救急科研修 東葛病院（連携施設） 週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
午前		英文抄読会		救急症例検討会		日当直 病棟診療 救急外来 講習会・学会 など	
	救急外来	心臓超音波検査 研修	救急外来	救急外来	訪問診療		
午後	救急外来	救急外来	救急外来	腹部超音波検査 研修	救急外来		
	担当患者の病態に応じた診療／オンコール／当直など						
	医局 CC	研修医 CC/CPC					

(※救急科研修の一例として)

本研修 PG に関連した全体行事の年度スケジュール

SR1：1年次専攻医、SR2：2年次専攻医、SR3：3年次専攻医、SR4：4年次専攻医

	全体行事予定
4月	<ul style="list-style-type: none"> ・SR1：研修開始。専攻医および指導医に提出用資料の配布 ・SR2、SR3、SR4、研修修了予定者：前年度分の研修記録が記載された研修手帳を月末まで提出 ・指導医・プログラム統括責任者：前年度の指導実績報告の提出
5月	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回専門研修プログラム管理委員会：研修実施状況評価、修了判定
6月	<ul style="list-style-type: none"> ・研修修了者：専門医認定審査書類を日本専門医機構へ提出

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関連学会参加（発表）（開催時期は要確認）
7月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修修了者：専門医認定審査（筆記試験、実技試験） ・ 次年度専攻医の公募および説明会開催
8月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関連学会地方会演題公募（詳細は要確認）
9月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第2回専門研修プログラム管理委員会：研修実施状況評価 ・ 専攻医公募締切（9月末）
10月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関連学会地方会参加（発表）（開催時期は要確認） ・ SR1、SR2、SR3、SR4：研修手帳の記載整理（中間報告） ・ 次年度専攻医採用審査（書類選考および面接・小論文） ・ 関連団体が主催する臨床研修交流会 参加（発表）
11月	<ul style="list-style-type: none"> ・ SR1、SR2、SR3、SR4：研修手帳の提出（中間報告） ・ 小豆沢病院医療活動研究会（発表） ・ 経験省察研修録合宿
12月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第3回専門研修プログラム管理委員会：研修実施状況評価、採用予定者の承認 ・ 関連団体が主催する青年医師学術運動交流集会参加（発表）
1月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経験省察研修録発表会
3月	<ul style="list-style-type: none"> ・ その年度の研修終了 ・ SR1、SR2、SR3、SR4：研修手帳の作成（年次報告）（書類は翌月に提出） ・ SR1、SR2、SR3、SR4：研修プログラム評価報告の作成（書類は翌月に提出） ・ 指導医・プログラム統括責任者：指導実績報告の作成（書類は翌月に提出） ・ 研修修了式

3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

1) 専門知識

総合診療の専門知識は以下の6領域で構成されます。

- ①地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病いの経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などの環境（コンテクスト）が関与していることを含めて全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、コミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。
- ②総合診療の現場では、疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論にもとづく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、さらには健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチが求められる。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地域に対する医療機関としての継続性、さらには診療の継続性にもとづく患者・医師の信頼関係を通じて、一貫性をもった統合的な形で提供される。
- ③多様な健康問題に的確に対応するためには、地域の多職種との良好な連携体制の中での適切なリーダーシップの発揮に加えて、医療機関同士あるいは医療・介護サービス間での円滑な切れ目ない連携も欠かせない。さらに、所属する医療機関内の良好な連携のとれた運営体制に貢献する必要がある。

る。

- ④地域包括ケア推進の担い手として積極的な役割を果たしつつ、医療機関を受診していない人も含む全住民を対象とした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と同時に、地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の積極的な把握と体系的なアプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与する。
- ⑤総合診療専門医は日本の総合診療の現場が外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえて、各現場で多様な対応能力を発揮すると共に、ニーズの変化に対応して自ら学習・変容する能力が求められる。
- ⑥繰り返し必要となる知識を身につけ、臨床疫学的知見を基盤としながらも、常に重大ないし緊急な病態に注意した推論を実践する。

2) 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

総合診療の専門技能は以下の5領域で構成されます。

- ①外来・救急・病棟・在宅という多様な総合診療の現場で遭遇する一般的な症候および疾患への評価および治療に必要な身体診察および検査・治療手技
- ②患者との円滑な対話と患者・医師の信頼関係の構築を土台として、患者中心の医療面接を行ない、複雑な人間関係や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法
- ③診療情報の継続性を保ち、自己省察や学術的利用に耐えるように、過不足なく適切な診療記録を記載し、他の医療・介護・福祉関連施設に紹介するときには、患者の診療情報を適切に診療情報提供書へ記載して速やかに情報提供することができる能力
- ④生涯学習のために、情報技術（information technology ; IT）を適切に用いたり、地域ニーズに応じた技能の修練を行ったり、人的ネットワークを構築することができる能力
- ⑤診療所・中小病院において基本的な医療機器や人材などの管理ができ、スタッフとの協働において適切なリーダーシップの提供を通じてチームの力を最大限に発揮させる能力

3) 経験すべき疾患・病態

以下の経験目標については一律に症例数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。

なお、この項目以降での経験の要求水準としては、「一般的なケースで、自ら判断して対応あるいは実施できたこと」とします。

- ①以下に示す一般的な症候に対し、臨床推論にもとづく鑑別診断および、他の専門医へのコンサルテーションを含む初期対応を適切に実施し、問題解決に結びつける経験をする。（全て必須）

ショック	急性中毒	意識障害	疲労・全身倦怠感	心肺停止
呼吸困難	身体機能の低下	不眠	食欲不振	体重減少・るいそう
体重増加・肥満	浮腫	リンパ節腫脹	発疹	黄疸
発熱	認知能の障害	頭痛	めまい	失神
言語障害	けいれん発作	視力障害・視野狭窄	目の充血	聴力障害・耳痛
鼻漏・鼻閉	鼻出血	さ声	胸痛	動悸
咳・痰	咽頭痛	誤嚥	誤飲	嚥下困難

吐血・下血	嘔気・嘔吐	胸やけ	腹痛	便通異常
肛門・会陰部痛	熱傷	外傷	褥瘡	背部痛
腰痛	関節痛	歩行障害	四肢のしびれ	肉眼的血尿
排尿障害（尿失禁・排尿困難）		乏尿・尿閉	多尿	不安
気分の障害（うつ）	興奮	女性特有の訴え・症状	妊婦の訴え・症状	
成長・発達の障害				

②以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じて他の専門医・医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントを経験する。（必須項目のカテゴリのみ掲載）

貧血	脳・脊髄血管障害	脳・脊髄外傷	変性疾患	脳炎・髄膜炎
一次性頭痛	湿疹・皮膚炎群	蕁麻疹	薬疹	皮膚感染症
骨折	関節・靭帯の損傷及び障害		骨粗鬆症	脊柱障害
心不全	狭心症・心筋梗塞	不整脈	動脈疾患	静脈・リンパ管疾患
高血圧症	呼吸不全	呼吸器感染症	閉塞性・拘束性肺疾患	異常呼吸
胸膜・縦隔・横隔膜疾患		食道・胃・十二指腸疾患		小腸・大腸疾患
胆嚢・胆管疾患	肝疾患	膵臓疾患	腹壁・腹膜疾患	腎不全
全身性疾患による腎障害		泌尿器科的腎・尿路疾患		
妊婦・授乳婦・褥婦のケア		女性生殖器およびその関連疾患		男性生殖器疾患
甲状腺疾患	糖代謝異常	脂質異常症	蛋白および核酸代謝異常	
角結膜炎	中耳炎	急性・慢性副鼻腔炎		アレルギー性鼻炎
認知症	依存症（アルコール依存、ニコチン依存）		うつ病	不安障害
身体症状症（身体表現性障害）		適応障害	不眠症	ウイルス感染症
細菌感染症	膠原病とその合併症	中毒	アナフィラキシー	熱傷
小児ウイルス感染症	小児細菌感染症	小児喘息	小児虐待の評価	高齢者総合機能評価
老年症候群	維持治療期の悪性腫瘍		緩和ケア	

※詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

4) 経験すべき診察・検査等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候および疾患への評価および治療に必要な身体診察および検査を経験します。なお、下記の経験目標については一律に症例数や経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。

(ア)身体診察

- ①小児の一般的身体診察および乳幼児の発達スクリーニング診察
- ②成人患者への身体診察（直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む）
- ③高齢患者への高齢者機能評価を目的とした身体診察（歩行機能、転倒・骨折リスク評価など）や認知機能検査（HDS-R、MMSE など）
- ④耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察
- ⑤死亡診断を実施し、死亡診断書を作成

(イ)検査

- ①各種の採血法（静脈血・動脈血）、簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査
- ②採尿法（導尿法を含む）
- ③注射法（皮内・皮下・筋肉・静脈内・点滴・成人および小児の静脈確保法、中心静脈確保法）
- ④穿刺法（腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）
- ⑤単純X線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）
- ⑥心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査
- ⑦超音波検査（腹部・表在・心臓・下肢静脈）
- ⑧生体標本（喀痰、尿、皮膚等）に対する顕微鏡的診断
- ⑨呼吸機能検査
- ⑩オージオメトリーによる聴力評価および視力検査表による視力評価
- ⑪頭・頸・胸部単純CT、腹部単純・造影CT

※詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

5) 経験すべき手術・処置等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候および疾患への評価および治療に必要な治療手技を経験します。なお、下記については一律に経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。

(ア)救急処置

- ①新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS）
- ②成人心肺蘇生法（ICLS または ACLS）または内科救急・ICLS 講習会（JMECC）
- ③外傷救急（JATEC）

(イ)薬物治療

- ①使用頻度の多い薬剤の副作用・相互作用・形状・薬価・保険適応を理解して処方することができる。
- ②適切な処方箋を記載し発行できる。
- ③処方、調剤方法の工夫ができる。
- ④調剤薬局との連携ができる。
- ⑤麻薬管理ができる。

(ウ)治療手技・小手術

- | | |
|-----------------------------------|--------------------|
| 簡単な切開・異物摘出・ドレナージ | 止血・縫合法および閉鎖療法 |
| 簡単な脱臼の整復 | 局所麻酔（手指のブロック注射を含む） |
| トリガーポイント注射 | 関節注射（膝関節・肩関節等） |
| 静脈ルート確保および輸液管理（IVH を含む） | 経鼻胃管およびイレウス管の挿入と管理 |
| 胃瘻カテーテルの交換と管理 | |
| 導尿および尿道留置カテーテル・膀胱瘻カテーテルの留置および交換 | |
| 褥瘡に対する被覆治療およびデブリードマン | 在宅酸素療法の導入と管理 |
| 人工呼吸器の導入と管理 | |
| 輸血法（血液型・交差適合試験の判定や在宅輸血のガイドラインを含む） | |

各種ブロック注射（仙骨硬膜外ブロック・正中神経ブロック等）

小手術（局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法滅菌・消毒法）

包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法 穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）

鼻出血の一時的止血

耳垢除去、外耳道異物除去

咽喉頭異物の除去（間接喉頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用）

睫毛抜去

※詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

職務を通じた学習において、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図るプロセスにおいて各種カンファレンスを活用した学習は非常に重要です。主として、外来・在宅・病棟の3つの場面でカンファレンスを活発に開催します。

(ア)外来医療

幅広い症例を経験し、症例カンファレンスを通じた臨床推論や総合診療の専門的アプローチに関する議論などを通じて、総合診療への理解を深めていきます。

(イ)在宅医療

症例カンファレンスを通じて学びを深め、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学びます。

(ウ)病棟医療

入院担当患者の症例提示と教育的フィードバックを受ける回診および多職種を含む病棟カンファレンスを通じて診断・検査・治療・退院支援・地域連携のプロセスに関する理解を深めます。

5. 学問的姿勢について

専攻医には、以下の2つの学問的姿勢が求められます。

- ・常に標準以上の診療能力を維持し、さらに向上させるために、ワークライフバランスを保ちつつも、生涯にわたり自己研鑽を積む習慣を身につける。
- ・総合診療の発展に貢献するために、教育者あるいは研究者として啓発活動や学術活動を継続する習慣を身につける。

この実現のために、具体的には下記の研修目標の達成を目指します。

1) 教育

- ①学生・研修医に対して1対1の教育を行なうことができる。
- ②学生・研修医向けにテーマ別の教育目的のセッションを企画・実施・評価・改善することができる。
- ③専門職連携教育（総合診療を実施する上で連携する多職種に対する教育）を提供することができる。

2) 研究

①日々の臨床の中から研究課題を見つけ出すという、総合診療や地域医療における研究の意義を理解し、症例報告や臨床研究を様々な形で実践できる。

②量的研究（疫学研究など）、質的研究双方の方法と特徴について理解し、批判的に吟味でき、各種研究成果を自らの診療に活かすことができる。

この項目の詳細は、総合診療専門医専門研修カリキュラムに記載されています。

また、専攻医は原則として学術活動に携わる必要があり、学術大会等での発表（筆頭に限る）および論文発表（共同著者を含む）を行なうことが求められます。

6. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性などについて

総合診療専攻医は以下4項目の実践を目指して研修を行ないます。

- 1) 医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、総合診療医としての専門性を自覚しながら日々の診療にあたることができる。
- 2) 安全管理（医療事故、感染症、廃棄物、放射線など）を行なうことができる。
- 3) 地域の現状から見出される優先度の高い健康関連問題を把握し、その解決に対して各種会議への参加や住民組織との協働、あるいは地域ニーズに応じた自らの診療の継続や変容を通じて貢献できる。
- 4) へき地・離島、被災地、医療資源に乏しい地域、あるいは医療アクセスが困難な地域でも、可能な限りの医療・ケアを率先して提供できる。

7. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方

本研修 PG の施設群は、小規模病院ながら東京都板橋区において60年にわたって都心部の地域医療を展開している小豆沢病院を基幹施設とし、小豆沢病院に隣接して在宅医療を専門に行なう附属診療所、より地域に深く根ざし外来・訪問診療・健康診断を展開しながら地域包括ケアの最前線の取り組みを行なっている診療所、埼玉・千葉の首都圏の地域において救急・急性期医療の中心的な役割を果たしている2つの中規模総合病院、山梨県北杜市という「僻地」に位置づけられる地域にある診療所を連携施設にして施設群を構成しています。

専攻医はこれらの施設群をローテートすることにより、多様な地域と診療の場を経験しながら、それぞれ施設の特徴を生かした症例や技能を広く学び、多彩で偏りのない充実した研修を行なうことが可能となります。各施設でのローテート研修の構成は以下の通りです。

- ①総合診療専門研修は小規模病院・診療所における総合診療専門研修Ⅰと、総合病院の総合診療部門における総合診療専門研修Ⅱで構成されます。本研修 PG では小豆沢病院と隣接して訪問診療を専門に行なっている小豆沢病院附属本蓮沼診療所、練馬第一診療所、「僻地」にある武川診療所において総合診療専門研修Ⅰを24ヶ月、みさと健和病院・東葛病院の中から選択して総合診療専門研修Ⅱを6ヶ月、合計で30ヶ月の研修を行ないます。

- ②必修領域別研修として、みさと健和病院・東葛病院から選択して内科 12 ヶ月、東葛病院の救急科と小児科で各 3 ヶ月（計 6 ヶ月）の研修を行ないます。
- ③その他の領域別の選択研修として、みさと健和病院にて外科・整形外科・泌尿器科・緩和ケア科、東葛病院にて外科・整形外科・産婦人科・泌尿器科・麻酔科・リハビリテーション科・精神科・緩和ケア科・病理診断科の研修を行なうことが可能です。
- ④「僻地」での 1 年間の研修期間を除いた 3 年間を通じて小豆沢病院・小豆沢病院附属本蓮沼診療所へのワンデーバックを位置づけ、外来診療と訪問診療を継続します。

施設群における研修の順序・期間等については、個々の専攻医の希望と研修進捗状況、各研修施設の状況、地域の医療体制などを勘案して、本研修 PG 管理委員会が決定します。

8. 専門研修プログラムの施設群について

本研修 PG は基幹施設 1、連携施設 5 の合計 6 施設の施設群で構成されます。施設は東京・埼玉・千葉・山梨の 1 都 3 県、4 つの二次医療圏に位置しています。各施設の診療実績や医師の配属状況は「11. 研修施設の概要」を参照して下さい。

専門研修基幹施設

小豆沢病院が専門研修基幹施設となります。都心部の区西北部医療圏にあり、超高齢化が進む地域の中において一般病棟・地域包括ケア病棟・回復期リハ病棟を持つケアミックスの病院であり、二次救急・透析・健診センターなどの機能も持つ在宅療養支援病院です。総合診療専門研修特任指導医が複数体制で常勤しています。

専門研修連携施設

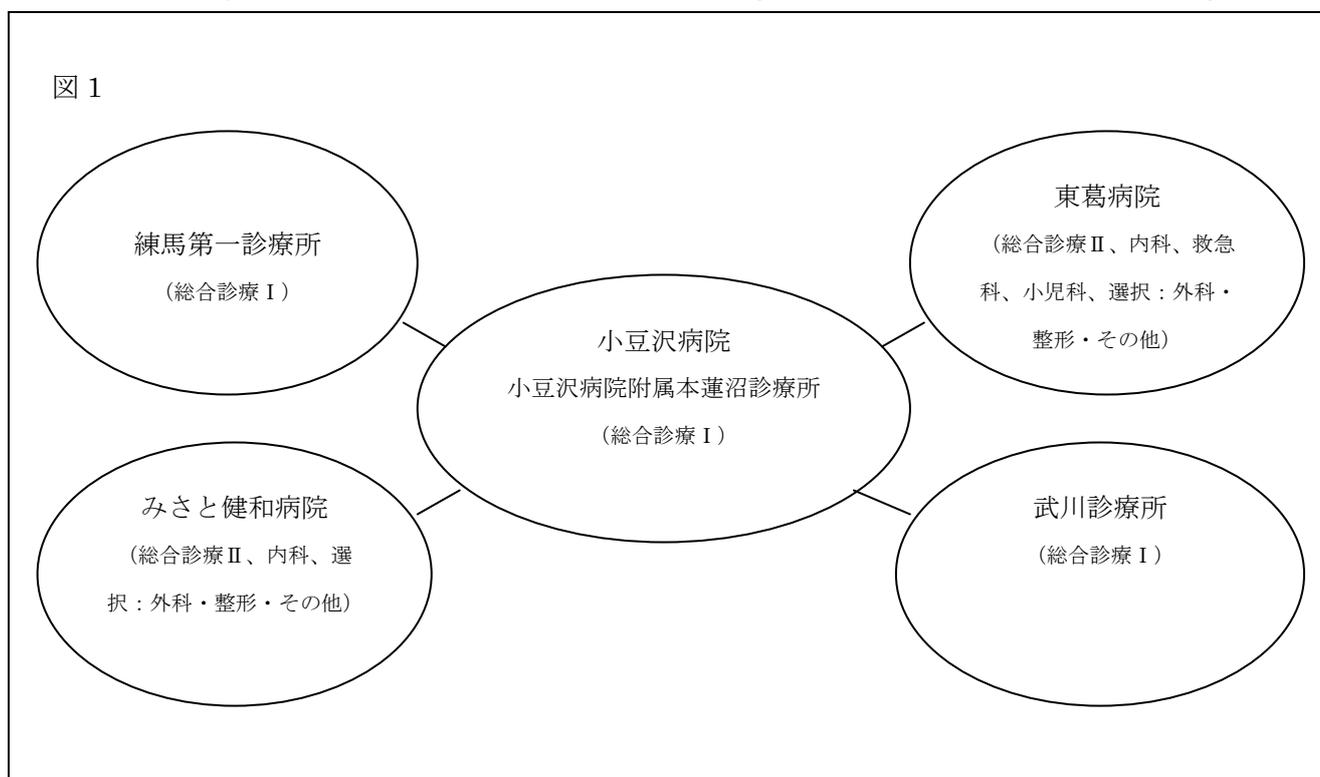
本研修 PG の施設群を構成する専門研修連携施設は以下の通りです。なお、総合診療 I の研修で練馬第一診療所をローテートする際は、小児科診療の経験を補うために、週 1 回は小豆沢病院の小児科外来研修を位置づけます。

- ・小豆沢病院附属本蓮沼診療所（小豆沢病院に隣接した在宅医療専門の附属診療所で、約 150 件の在宅患者を管理しています。重症・末期・24 時間の対応が求められる在宅医療を経験できます。）
- ・練馬第一診療所（都心部の区西北部医療圏の在宅療養支援診療所です。コモンディーズを中心に症例も豊富であり、超高齢社会を反映し複数の病態を持った患者の外来診療および訪問診療を経験できます。保健予防活動も展開しており、地域包括ケアの最前線の取り組みを実践しています。）
- ・みさと健和病院（埼玉県東部医療圏にある中規模総合病院です。総合診療部門を持ち、この地域での救急・急性期医療の中心的な役割を担っており、コモンディーズから稀な疾患まで幅広く経験できます。）
- ・東葛病院（千葉県東葛北部医療圏にある中規模総合病院です。総合診療部門を持ち、この地域での救急・急性期医療の中心的な役割を担っており、コモンディーズから稀な疾患まで幅広く経験できます。）
- ・武川診療所（山梨県北杜市という「僻地」に位置づけられる地域にある診療所で、慢性疾患医療・

在宅医療・保健予防活動などを経験できます。)

専門研修施設群

基幹施設と連携施設により専門研修施設群を構成します。体制は図1のような形になります。



専門研修施設群の地理的範囲

本研修 PG の専門研修施設群は、東京・埼玉・千葉・山梨の 1 都 3 県、4 つの 2 次医療圏にまたがります。超高齢化が進む都心部において在宅専門の附属診療所を併設する小規模病院と診療所、首都圏にある中規模総合病院、「僻地」と位置づけられる地域にある診療所からなり、それぞれ異なる地域性があり、特色のある医療活動を展開しています。「僻地」の診療所を除いては、首都圏の地域医療という枠組みの中で、それぞれの地域で求められる総合診療を経験できる施設群の構成となっています。

また、首都圏の施設群では初期臨床研修でも 10 年以上にわたって連携関係を構築しており、他科の基本専門領域やサブスペシャリティー領域の研修を含めた医師の生涯研修での連携実績に加え、様々な人事交流も行なわれており、顔の見える連携関係が作られています。それぞれの病院間での移動は、電車等を使って 30 分から 1 時間 30 分程度であり、連携に支障をきたすことはありません。

9. 専攻医の受け入れ数について

各専門研修施設における年度毎の専攻医数の上限は、当該年度の総合診療専門研修 I および II を提供する施設で指導にあたる総合診療専門研修特任指導医の 2 倍です。3 学年の総数は総合診療専門研修特任指導医の 6 倍です。本研修 PG における専攻医受け入れ可能人数は、基幹施設および連携施設の受け入れ可能人数を合算したものです。

また、総合診療専門研修において、同時期に受け入れできる専攻医の数は、指導を担当する総合診療専門研修特任指導医 1 名に対して 3 名までとします。受入専攻医数は施設群が専攻医の必要経験数を十分に提供でき、質の高い研修を保証するためのものです。

内科研修については、1 人の内科指導医が同時に受け持つことができる専攻医は、原則、内科領域と総合診療を合わせて 3 名までとします。ただし、地域の事情やプログラム構築上の制約によって、これを超える人数を指導する必要がある場合は、専攻医の受け持ちを 1 名分まで追加を許容し、4 名までは認められます。

小児科領域と救急科領域を含むその他の診療科のローテート研修においては、各科の研修を行う総合診療専攻医については各科の指導医の指導可能専攻医数（同時に最大 3 名まで）には含めません。しかし、総合診療専攻医が各科専攻医と同時に各科のローテート研修を受ける場合には、臨床経験と指導の質を確保するために、実態として適切に指導できる人数までに（合計の人数が過剰にならないよう）調整することが必要です。これについては、総合診療専門研修プログラムの統括責任者と各科の指導医の間で事前に調整を行ないます。

現在、本研修 PG 内には 3.6 名（小豆沢病院 1.5 名・練馬第一診療所 1 名・みさと健和病院 0.5 名・東葛病院 0.5 名・武川診療所 0.1 名）の総合診療専門研修特任指導医が在籍しています。したがって、この基準にもとづく毎年 7 名が最大受入数ですが、当プログラムでは毎年 2 名を定員と定めています。

10. 施設群における専門研修コースについて

図 2 に本研修 PG の施設群による研修コース例を示します。

専門研修 1 年目は、基幹施設である小豆沢病院と小豆沢病院附属本蓮沼診療所にて総合診療専門研修 I の研修を行ないます。

専門研修 2 年目は、東葛病院にて小児科 3 ヶ月と救急科 3 ヶ月、みさと健和病院・東葛病院から選択して内科 6 ヶ月の研修を行ないます。

専門研修 3 年目はみさと健和病院・東葛病院から選択して、前半の 6 ヶ月を内科、後半の 6 ヶ月を総合診療 II の研修とします。

専門研修 4 年目には、「僻地」と位置づけられる地域にある武川診療所において総合診療専門研修 I の研修を行ないます。

その他の領域別研修では、みさと健和病院で外科・整形外科・泌尿器科・緩和ケア科、東葛病院で外科・整形外科・産婦人科・泌尿器科・麻酔科・リハビリテーション科・精神科・緩和ケア科・病理診断科の各診療科について、専攻医の希望と研修の到達度や必要性に応じて選択が可能です。

資料「研修目標及び研修の場」に本研修 PG での 4 年間の施設群ローテーションにおける研修目標と研修の場を示しています。ローテーションの際には、主たる研修の場で目標を達成できるように意識して修練を積むことが求められます。

本研修 PG の研修期間は 4 年間としていますが、修得が不十分な場合は修得できるまでの期間を延長することになります。

図 2 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
専攻医 1年目	小豆沢病院・小豆沢病院附属本蓮沼診療所／練馬第一診療所 総合診療専門研修 I											
専攻医 2年目	東葛病院 小児科		東葛病院 救急科			みさと健和病院／東葛病院 内科						
専攻医 3年目	みさと健和病院／東葛病院 内科					みさと健和病院／東葛病院 総合診療専門研修 II						
専攻医 4年目	武川診療所 総合診療専門研修 I											

11. 各研修施設の概要

1) 基幹施設

小豆沢病院

指導医数 専門医数	<ul style="list-style-type: none"> ・総合診療専門研修特任指導医 2 名（プライマリ・ケア認定医 2 名） ・その他の基本領域専門医 小児科専門医 1 名、外科専門医 1 名、
病床数・患者数	<p>病床数 134 床</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟 49 床、地域包括ケア病棟 45 床、回復期リハ病棟 40 床、 ・うち総合診療科が担当する内科系病棟 94 床 <p>患者数</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総合診療科（内科・救急）：入院患者数 91 名／月 外来患者数 2837 名（うち救急車搬送 43 件）／月 ・外科：入院患者数 11 名／月、外来患者数 98 名 ・リハビリテーション科：入院患者数 10 名／月 ・小児科：外来患者数 569 名 ・整形外科：外来患者数 222 名／月 ・泌尿器科：外来患者数 150 名／月 ・眼科：外来患者数 168 名／月 ・皮膚科：外来患者数 165 名／月 ・透析科：外来患者数 452 名／月
病院の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・東京都区西北部医療圏の板橋区において、小規模病院ながら 60 年間にわたり都心部の地域医療を展開してきた病院です。

	<ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟・地域包括ケア病棟・回復期リハ病棟を持つケアミックスの病院であり、二次救急・透析・健診センターなどの機能も持ちながら、在宅医療を軸にして地域の医療・介護・福祉連携の中心的な役割を果たしています。 ・法人内の7つの医科診療所、訪問看護ステーション（サテライト4ヶ所）、介護老人保健施設、歯科診療所と一体となって、入院から退院、その後の外来通院から在宅医療まで幅広く、一貫した医療・介護活動を展開しています。 ・地域に深く根ざした第一線医療を担うの病院だからこそ、コモンディージーズを中心に多くの症例を経験でき、超高齢社会を反映し複数の病態を持った患者の診療経験、高次病院との病病連携や診療所との病診連携を経験できます。 ・主治医として総合的で継続的な診断・治療を行い、全身管理とともに社会的背景や療養環境調整をも包括する全人的医療を実践し、一人ひとりの患者を地域の中で「断らずに診る」ことと「最期まで診ること」にこだわった医療を追求しています。 ・外来診療においては、非選択的な初診を中心とした総合診療外来（一般内科外来）、救急外来、入院患者のフォローと慢性疾患外来を経験します。病棟診療においては、一般病棟で初期臨床研修の導入期研修でも位置づけられている総合内科（総合診療）病棟、在宅支援や在宅調整を重視する地域包括ケア病棟にて、複数の病態や専門各科にまたがる問題を持つ患者への診療を経験します。 ・小児科においては、コモンディージーズを中心にした外来診療とともに、乳幼児健診、予防接種などを経験します。 ・隣接する在宅医療専門の附属診療所での訪問診療に加え、法人内全体で管理する約500件の在宅患者の24時間対応に関するなど、質の高い在宅医療と高齢者医療を経験します。 ・医師としての総合的な診療能力（継続性・包括性・協調性・責任性・人間性など）を高め、生涯研鑽を続ける基礎をつくる研修ができます。地域基盤型教育を重視し、地域で取り込まれる様々な活動への参加を通じ、医療の社会性やBio Psycho Socialモデル（生物・心理・社会モデル）、SDH（健康の社会的決定要因）やHPH（健康増進活動拠点病院）活動への理解を深めます。
--	--

2) 連携施設

小豆沢病院附属本蓮沼診療所

指導医数 専門医数	<ul style="list-style-type: none"> ・指導医0名 ・その他の基本領域専門医0名
病床数・患者数	病床なし 患者数 <ul style="list-style-type: none"> ・のべ外来患者数137件／月、のべ訪問診療件数227件／月
診療所の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・小豆沢病院に隣接しており、訪問診療を専門に行っている診療所です。認知症・神経難病・癌末期まで幅広い疾患と患者像を経験することができます。また、独居高齢者への対応・終末期の看取りなど、日本の高齢者医療に求められる知識を

	<p>研修することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小豆沢病院をはじめとした近隣の病院との連携を通して、かかりつけ医の役割である、患者の急変時の搬送先の確保・選択・情報提供等、病診連携の基本を研修することができます。 ・在宅での生活に欠かすことのできない介護分野についても、地域の居宅介護支援事業所や訪問看護・ヘルパーとの連携を通じて実践的に学ぶことができます。
--	---

練馬第一診療所

指導医数 専門医数	<ul style="list-style-type: none"> ・総合診療専門研修特任指導医 1 名（プライマリ・ケア認定医）
病床数・患者数	<p>病床なし</p> <p>患者数</p> <ul style="list-style-type: none"> ・のべ外来患者数 600 名／月、のべ訪問診療件数 170 件／月
診療所の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・練馬区は東京都 23 区内で最西部に位置しており、人口は 70 万人を超え、都内で 2 番目の人口を擁しています。しかしながら、人口 10 万人当たりの一般病院の病床および療養病床は 23 区平均の 3 分の 1 程度に過ぎず、23 区の中で最も少ない状況にあります。 ・当診療所は 50 年以上前から医療活動を続けており、地域や患者様との関わりも深い診療所であり、外来診療では慢性疾患管理を中心に保健予防活動に積極的に取り組んでいます。 ・在宅診療では、当診療所を中心に法人内の訪問看護事業所・居宅支援事業所・ヘルパーステーションが近隣にあり、定例で他職種との合同カンファレンスを行い、患者さんが安心して地域で住み続けられるよう医療から介護までの環境作りを全面的にバックアップする医療を行なっています。また、小豆沢病院と連携した 24 時間対応を行っており、近隣の病院との連携ともあわせて、患者の急変時の搬送先の確保・選択・情報提供など、病診連携の基本を研修することができます。

みさと健和病院

指導医数 専門医数	<ul style="list-style-type: none"> ・総合診療専門研修特任指導医 4 名（初期臨床研修病院にて総合診療部門に所属し総合診療を行う医師） ・総合内科専門医 7 名、外科専門医 6 名、整形外科専門医 4 名
病床数・患者数	<ul style="list-style-type: none"> ・総合診療科 70 床 のべ外来患者数 1328 名／月、入院患者総数 143 名／月 ・内科 66 床 入院患者総数 134 名／月 内科は消化器診療全般に対応し幅広い内科診療を提供している。 ・救急科：救急による搬送等の件数 2189 件／年 ・外科 35 床 手術実績 750 件／年 ・整形外科 35 床、手術実績 500 件／年

病院の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・病院の特徴 埼玉県南部医療圏の三郷市の中心的な急性期病院であるとともに、回復期・慢性期・緩和ケアの病棟も持つケアミックスの病院であり、地域の医療・介護・福祉連携の中核的な病院です。超高齢社会を反映し複数の病態を持った患者の診療経験、高次病院や地域病院との病病連携や診療所との病診連携を経験できます。 ・総合診療科の特徴 近隣に大規模な医療機関が少ないという地理的環境で地域の第一線の病院として、幅広い疾患に対する初診を中心とした外来診療、専門各科にまたがる問題を持つ患者に対する病棟診療、救急科と連携した初期救急などを提供しています。 ・内科の特徴 日本内科学会認定教育病院であり、日本専門医機構の内科専門研修プログラムの基幹施設を取得予定です。きわめて稀な疾患を除いて、内科 13 領域 70 疾患群の症例を幅広く経験することができます。内科研修に必要な技術・技能を、実際の症例にもとづきながら幅広く経験することができます。
-------	--

東葛病院

指導医数 専門医数	<ul style="list-style-type: none"> ・総合診療専門研修特任指導医 4 名（プライマリ・ケア認定医 3 名、家庭医療専門医 1 名） ・総合内科専門医 3 名、小児科専門医 3 名、救急科専門医 2 名、外科専門医 6 名 整形外科専門医 1 名、麻酔科専門医 1 名、リハビリテーション科専門医 1 名 産婦人科専門医 2 名、泌尿器科専門医 1 名、病理科専門医 1 名
病床数・患者数	<ul style="list-style-type: none"> ・病床数 366 床 内科系 214 床 ・患者数 内科入院数：344 件／月 入院患者総数：567 件／月 外来患者延数：13190 件／月 救急搬送：258 件／月
病院の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・病院の特徴 千葉県東葛北部医療圏の流山市の中心的な急性期病院であるとともに、回復期・慢性期・緩和ケアの病棟も持つケアミックスの病院であり、地域の医療・介護・福祉連携の中核的な役割を果たしています。地域に根ざした第一線医療を担う病院だからこそ、コモンディズィーズから稀な疾患の経験はもちろん、超高齢社会を反映し複数の病態を持った患者の診療経験、高次病院や地域病院との病病連携や診療所との病診連携を経験できます。隣接する東葛病院附属流山セントラルパーク駅前診療所と一体となって、主治医として、入院から退院、その後の外来通院から在宅医療まで継続的な診断・治療の流れを通じて、一人一人の患者の全身状態、社会的背景・療養環境調整をも包括する全人的医療を実践しています。医師としての総合的な診療能力（継続性・包括性・協調性・責任性・人間性など）を高め、生涯研鑽を続ける基礎をつくる研修ができます。地域基盤型教育を重視

	<p>し、地域で取られる様々な活動への参加を通じ、医療の社会性や Bio Psycho Social モデル（生物・心理・社会モデル）、SDH（健康の社会的決定要因）や HPH（健康増進活動拠点病院）活動への理解を深めます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総合診療科の特徴 総合診療科の外来診療においては、幅広い疾患に対する初診を中心とした総合診療外来、救急科と連携した初期救急を提供しています。病棟診療においては、初期臨床研修の導入期研修でも位置づけられている急性期の総合内科（総合診療）病棟、在宅支援や在宅調整を重視する慢性期病棟にて、専門各科にまたがる問題を持つ患者に対する診療を行っています。 ・内科の特徴 内科においては、循環器・消化器・腎臓・糖尿病・神経などの分野で常勤医師がおり、地域への専門医療を提供しています。 ・救急科の特徴 救急科においては、ER 方式で断らない救急医療を実践し、外傷、小児の多い夜間・休日も 24 時間受け入れを行っています。 ・小児科の特徴 小児科においては、乳幼児健診、予防接種、幅広い外来診療、病棟診療を提供しています。
--	--

武川診療所

指導医数 専門医数	総合診療専門研修特任指導医 1 名（家庭医療専門医）
病床数・患者数	<ul style="list-style-type: none"> ・のべ外来患者数 1000 名/月 ・訪問診療件数 20 件/月
病院の特徴	診療圏は北杜市全域です。慢性疾患医療、在宅医療、保健予防活動に力を入れています。

12. 専門研修の評価について

専門研修中の専攻医と指導医の相互評価は施設群による研修とともに専門研修プログラムの根幹となるものです。以下に、「振り返り」、「経験省察研修録作成」「研修目標と自己評価」の三点を説明します。

1) 振り返り

4 年間を通じて専攻医の研修状況の進捗を切れ目なく継続的に把握するシステムが重要です。具体的には、研修手帳の記録および定期的な指導医との振り返りセッションを 1～数ヶ月おきに定期的に行います。その際に、日時と振り返りの主要な内容について記録を残します。また、年次の最後には、1 年の振り返りを行ない、指導医からの形成的な評価を研修手帳に記録します。

2) 経験省察研修録作成

常に到達目標を見据えた研修を促すため、経験省察研修録（学習者がある領域に関して最良の学びを得たり、最高の能力を発揮できた症例・事例に関する経験と省察の記録）作成の支援を通じた指導を行ないます。専攻医には詳細 20 事例、簡易 20 事例の経験省察研修録を作成することが求められますので、指導医は定期的な研修の振り返りの際に、経験省察研修録作成状況を確認し適切な指導を提供します。また、施設内外にて作成した経験省察研修録の発表会を行ないます。

なお、経験省察研修録の該当領域については研修目標にある 7 つの資質・能力にもとづいて設定しており、詳細は研修手帳にあります。

3) 研修目標と自己評価

専攻医には研修目標の各項目の達成段階について、研修手帳を用いて自己評価を行なうことが求められます。指導医は、定期的な研修の振り返りの際に、研修目標の達成段階を確認し適切な指導を提供します。また、年次の最後には、進捗状況に関する総括的な確認を行ない、現状と課題に関するコメントを記録します。

また、上記の三点以外にも、実際の業務にもとづいた評価（Workplace-based assessment）として、短縮版臨床評価テスト（Mini-CEX）等を利用した診療場面の直接観察やケースにもとづくディスカッション（Case-based discussion）を定期的実施します。また、多職種による 360 度評価を各ローテーション終了時等、適宜実施します。

さらに、年に複数回、他の専攻医との間で相互評価セッションを実施します。

最後に、ローテート研修における生活面も含めた各種サポートや学習の一貫性を担保するために、専攻医にメンターを配置し定期的に支援するメンタリングシステムを構築します。メンタリングセッションは数ヶ月に一度程度を保障しています。

【内科ローテート研修中の評価】

内科ローテート研修においては、症例登録・評価のため、内科領域で運用する専攻医登録評価システム（Web 版研修手帳 J-OSLER）による登録と評価を行ないます。これは、期間は短くとも研修の質をできる限り内科専攻医と同じようにすることが、総合診療専攻医と内科指導医双方にとって運用しやすいからです。

12 ヶ月の内科研修の中で、最低 40 例を目安として入院症例を受け持ち、その入院症例（主病名、主担当医）のうち、提出病歴要約として 10 件を登録します。分野別（消化器、循環器、呼吸器など）の登録数に所定の制約はありませんが、可能な限り幅広い異なる分野からの症例登録を推奨します。病歴要約については、同一症例、同一疾患の登録は避けてください。

提出された病歴要約の評価は、所定の評価方法により内科の担当指導医が行ないます。

12 ヶ月の内科研修終了時には、病歴要約評価を含め、技術・技能評価、専攻医の全体評価（多職種評価含む）の評価結果が専攻医登録・評価システムによりまとめられます。その評価結果を内科指導医が確認し、総合診療専門研修プログラムの統括責任者に報告されることとなります。

専攻医と統括責任者がその報告にもとづいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認したうえで、統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合します。

【小児科および救急科ローテート研修中の評価】

小児科および救急科のローテート研修においては、基本的に総合診療専門研修の研修手帳を活用しながら各診療科で遭遇する common disease をできるかぎり多く経験し、各診療科の指導医からの指導を受けます。

3ヶ月の小児科および救急科の研修終了時には、各科の研修内容に関連した評価を各科の指導医が実施し、総合診療専門研修プログラムの統括責任者に報告することとなります。

専攻医と統括責任者がその報告にもとづいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認したうえで、統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合します。

【指導医のフィードバック法の学習(FD)】

指導医は、経験省察研修録、短縮版臨床評価テスト、ケースにもとづくディスカッションおよび360度評価などの各種評価法を用いたフィードバック方法について、指導医資格を取得時に受講を義務づけている特任指導医講習会や医学教育のテキストを用いて学習を深めていきます。

13. 専攻医の就業環境について

基幹施設および連携施設の研修責任者とプログラムの統括責任者は、専攻医の労働環境改善と安全の保持に努めます。

専攻医の勤務時間、休日、当直、給与などの勤務条件については、労働基準法を遵守し、各施設の労使協定に従います。さらに、専攻医の心身の健康維持への配慮、当直業務と夜間診療業務の区別とそれぞれに対応した適切な対価を支払うこと、バックアップ体制、適切な休養などについて、勤務開始の時点で説明を行ないます。

研修年次毎に専攻医および指導医は専攻医指導施設に対する評価も行ない、その内容は小豆沢病院総合診療専門研修プログラム管理委員会に報告されますが、そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれます。

14. 専門研修プログラムの改善方法とサイトビジット（訪問調査）について

本研修 PG では専攻医からのフィードバックを重視してプログラムの改善を行なうこととしています。

1) 専攻医による指導医および本研修 PG に対する評価

専攻医は、各研修施設のローテート期間の中間もしくは終了時に指導医、専攻医指導施設、本研修 PG に対する評価を行ないます。また、指導医も専攻医指導施設、本研修 PG に対する評価を行ないます。専攻医や指導医等からの評価は、総合診療専門研修プログラム管理委員会に提出され、総合診療専門研修プログラム管理委員会は本研修 PG の改善に役立てます。このようなフィードバックによって本研修 PG をより良いものに改善していきます。

なお、こうした評価内容は記録され、その内容によって専攻医に対する不利益が生じることはありません。

総合診療専門研修プログラム管理委員会は、必要と判断した場合、専攻医指導施設の実地調査お

よび指導を行います。評価にもとづいて何をどのように改善したかを記録し、毎年 3 月 31 日までに日本専門医機構に報告します。

また、専攻医が日本専門医機構に対して直接、指導医やプログラムの問題について報告し改善を促すこともできます。

2) 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

本研修 PG に対して日本専門医機構からサイトビジット（現地調査）が行なわれます。その評価にもとづいて総合診療専門研修プログラム管理委員会で本研修 PG の改良を行ないます。本研修 PG 更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本専門医機構に報告します。

また、同時に、総合診療専門研修プログラムの継続的改良を目的としたピアレビューとして、総合診療領域の複数のプログラムの統括責任者が、他の研修プログラムを訪問し観察・評価するサイトビジットを実施します。その際には専攻医に対する聞き取り調査なども行なわれる予定です。

15. 修了判定について

4 年間の研修期間における研修記録にもとづいて、知識・技能・態度が専門医試験を受けるのにふさわしいものであるかどうか、症例経験数が日本専門医機構が要求する内容を満たしているものであるかどうかを、専門医認定申請年の 5 月末までにプログラムの統括責任者または専門研修連携施設担当者が専門研修プログラム管理委員会において評価し、プログラムの統括責任者が修了判定を行ないます。

その際、具体的には以下の 4 つの基準が評価されます。

- 1) 研修期間を満了し、かつ認定された研修施設で総合診療専門研修 I および II 各 6 ヶ月以上・合計 18 ヶ月以上、内科研修 12 ヶ月以上、小児科研修 3 ヶ月以上、救急科研修 3 ヶ月以上を行なっていること。
- 2) 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した経験省察研修録を通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること
- 3) 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること
- 4) 研修期間中複数回実施される、医師・看護師・事務員等の多職種による 360 度評価（コミュニケーション、チームワーク、公益に資する職業規範）の結果も重視する。

16. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと

専攻医は、研修手帳および経験省察研修録を専門医認定申請年の 4 月末までに専門研修プログラム管理委員会に提出します。専門研修プログラム管理委員会は 5 月末までに修了判定を行ない、6 月初めに研修修了証明書を専攻医に送付します。専攻医は日本専門医機構の総合診療専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行ないます。

17. Subspecialty 領域との連続性について

様々な関連する Subspecialty 領域については、連続性を持った研修が可能になるように、2019 年度を目処に各領域と検討していくこととなりますので、その議論を参考に本研修 PG でも計画していきます。

18. 総合診療研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件

- 1) 専攻医が次の 1 つに該当するときは、研修の休止が認められます。研修期間を延長せずに休止できる日数は、所属プログラムで定める研修期間のうち通算 6 ヶ月までとします。
なお、内科・小児科・救急科・総合診療 I・II の必修研修においては、研修期間がそれぞれ規定の期間の 2/3 を下回らないようにします。
(ア)病気の療養
(イ)産前・産後休業
(ウ)育児休業
(エ)介護休業
(オ)その他、やむを得ない理由
- 2) 専攻医は原則として 1 つの専門研修プログラムで一貫した研修を受けなければなりません。ただし、次の 1 つに該当するときは、専門研修プログラムを移籍することができます。その場合には、プログラムの統括責任者間の協議だけでなく、日本専門医機構・領域研修委員会への相談等が必要となります。
(ア)所属プログラムが廃止され、または認定を取消されたとき
(イ)専攻医にやむを得ない理由があるとき
- 3) 大学院進学など専攻医が研修を中断する場合は専門研修中断証を発行します。再開の場合は再開届を提出することで対応します。
- 4) 妊娠、出産後など短時間雇用の形態での研修が必要な場合は研修期間を延長する必要がありますので、研修延長申請書を提出することで対応します。

19. 総合診療専門研修プログラム管理委員会

基幹施設である小豆沢病院総合診療科には、専門研修プログラム管理委員会と、専門研修プログラム統括責任者を置きます。専門研修プログラム管理委員会は、統轄責任者、指導医および事務局の代表者、専門研修連携施設の研修責任者、関連職種の管理者で構成されます。本研修 PG の改善へ向けての会議

には専門医取得直後の若手医師代表が加わります。専門研修プログラム管理委員会は、専攻医および専門研修プログラム全般の管理と、専門研修プログラムの継続的改良を行ないます。専門研修プログラム統括責任者は一定の基準を満たしており、プログラム全体の管理・運営や専攻医の採用・修了に最終責任を負い、専攻医の資質を証明する書面を発行します。

基幹施設の役割

基幹施設は連携施設とともに施設群を形成し、統轄責任者の時間的・経済的な保障（管理・教育業務への十分な配慮）を行ない、専門研修や各診療科研修の確保、全体のプログラム管理を手助けするとともに総合診療専門研修プログラム管理委員会を開催し、専攻医の研修の修了判定（総括的評価）などを行ないます。

総合診療科専門研修プログラム管理委員会の役割と権限

- ・ 専門研修を開始した専攻医の把握と日本専門医機構の専攻医の登録
- ・ 専攻医ごとの、研修手帳および経験省察研修録の内容確認と、今後の専門研修の進め方についての検討
- ・ 研修手帳および経験省察研修録に記載された研修記録、総括的評価にもとづく専門医認定申請のための修了判定
- ・ 各専門研修施設の前年度診療実績、施設状況、指導医数、現在の専攻医数にもとづく次年度の専攻医受け入れ数の決定
- ・ 専門研修施設の評価にもとづく状況把握、指導の必要性の決定
- ・ 専門研修プログラムに対する評価にもとづく専門研修プログラム改良に向けた検討
- ・ サイトビジットの結果報告と専門研修プログラム改良に向けた検討
- ・ 専門研修プログラム更新に向けた審議
- ・ 翌年度の専門研修プログラム応募者の採否決定
- ・ 各専門研修施設の指導報告
- ・ 専門研修プログラム自体に関する評価と改良について日本専門医機構への報告内容についての審議
- ・ 専門研修プログラム連絡協議会の結果報告

副統括責任者

プログラムで受け入れる専攻医が専門研修施設群全体で20名をこえる場合、副統括責任者を置き、副統括責任者は統括責任者を補佐しますが、本研修PGではその見込みがないため設置していません。

連携施設での委員会組織

総合診療専門研修においては、連携施設における各科で個別に委員会を設置するのではなく、専門研修基幹施設で開催される専門研修プログラム管理委員会に専門研修連携施設の各科の指導責任者も出席する形で、連携施設における研修の管理を行ないます。

20. 総合診療専門研修特任指導医

本研修 PG 内の施設には、総合診療専門研修特任指導医が 3.6 名（プログラム連携による按分にて小豆沢病院 1.5 名・練馬第一診療所 1 名・みさと健和病院 0.5 名・東葛病院 0.5 名・武川診療所 0.1 名）が在籍しています。

指導医には臨床能力と教育能力について、7 つの資質・能力を具体的に実践していることなどが求められており、本研修 PG の指導医についても総合診療専門研修特任指導医講習会の受講を経て、その能力が担保されています。

なお、特任指導医は、以下の①～⑧のいずれかの立場で卒後の臨床経験 7 年以上の方より選任されており、本研修 PG においては①のプライマリ・ケア認定医 3.5 名と家庭医療専門医 0.1 名が参画しています。

- ①日本プライマリ・ケア連合学会認定のプライマリ・ケア認定医、および家庭医療専門医
- ②全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定医
- ③日本病院総合診療医学会認定医
- ④日本内科学会認定総合内科専門医
- ⑤地域医療において総合診療を実践している日本臨床内科医会認定専門医
- ⑥⑦の病院に協力して地域において総合診療を実践している医師
- ⑦大学病院または初期臨床研修病院にて総合診療部門（総合診療科・総合内科等）に所属し総合診療を行なう医師
- ⑧都道府県医師会ないし郡市区医師会から「総合診療専門医専門研修カリキュラムに示される「到達目標：総合診療専門医の 7 つの資質・能力」について地域で実践してきた医師」として推薦された医師

21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

研修実績および評価の記録

プログラム運用マニュアル・フォーマットにある実地経験目録様式に研修実績を記載し、指導医による形成的評価、フィードバックを受けます。総括的評価は総合診療専門医専門研修カリキュラムに則り、少なくとも年 1 回行ないます。

小豆沢病院総合診療科にて、専攻医の研修内容、目標に対する到達度、専攻医の自己評価、360 度評価と振り返り等の研修記録、研修ブロック毎の総括的評価、修了判定等の記録を保管するシステムを構築し、専攻医の研修修了または研修中断から 5 年間以上保管します。

プログラム運用マニュアルは以下の研修手帳（専攻医研修マニュアルを兼ねる）と指導医マニュアルを用います。

- ・研修手帳（専攻医研修マニュアル） 所定の研修手帳参照
- ・指導医マニュアル 別紙「指導医マニュアル」参照
- ・専攻医研修実績記録フォーマット 所定の研修手帳参照

- ・指導医による指導とフィードバックの記録 所定の研修手帳参照

22. 専攻医の採用

採用方法

小豆沢病院総合診療専門研修プログラム管理委員会は、毎年7月から説明会等を行ない、総合診療専攻医を募集します。本研修PGへの応募者は、9月30日までに小豆沢病院のホームページの医師募集要項に従って応募します。原則として10月中に書類選考および面接・小論文を行ない、採否を決定して本人に文書で通知します。応募者および選考結果については、12月の小豆沢病院総合診療専門研修プログラム管理委員会において報告します。

問い合わせ先：小豆沢病院医局事務局研修担当

TEL 03-3966-8411

FAX 03-3966-0151

E-mail ikyoku@kenbun.or.jp

HP <http://www.kenbun.or.jp/>

研修開始届け

研修を開始した専攻医は、各年度の5月31日までに以下の専攻医氏名報告書を、小豆沢病院総合診療専門研修プログラム管理委員会に提出します。

- ・専攻医の氏名と医籍登録番号、専攻医の卒業年度、専攻医の研修開始年度
- ・専攻医の履歴書
- ・専攻医の初期研修修了証