

東京ほくと王子生協病院総合診療研修プログラム

目次

1. 東京ほくと王子生協病院総合診療研修プログラムの使命と特徴
2. 総合診療専門研修の内容
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. 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訪問調査（サイトビジット）について
15. 修了判定について
16. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
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. 総合診療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. 東京ほくと王子生協病院総合診療研修プログラムの使命と特徴

東京ほくと王子生協病院総合診療研修プログラム（以下、本プログラム）は、地域の医療の中核を担う中小規模の病院や診療所で継続的に質の高い病棟・外来・訪問診療を提供しつつ、住民や多職種と協同して地域の健康ニーズを探り、健康づくりをすすめることのできる医師を育成することを目的としています。これを端的に示す言葉として、「地域の主治医、生涯の主治医」を育てることを本プログラムの使命としています。

総合診療専門医としての能力の習得は当然ですが、本プログラムで特に強化できる能力として以下の3点が挙げられます。

- ①外来・入院・訪問診療における継続的なケア
- ②地域と高次医療機関のハブ機能
- ③質の高い在宅診療

上記の能力は、高齢化社会に向けて効率の良い医療を提供するために今後より重視される領域であり、患者や家族や地域の幸福の追求に貢献するものです。

2001年から総合診療専門医の前身である家庭医専門医の育成を開始し、この領域のなかでは長い歴史をもつ研修プログラムです。経験省察研修録評価を医学教育で、日本ではじめて導入したプログラムであり、構造的振り返りや360度評価など現在では普及している評価方法をいち早く取り入れ、現在でもエビデンスのある世界基準の教育を追求し続けています。

また、総合診療専門医の育成が病院の重要ミッションに位置づけられ、ほぼ全員の常勤医が家庭医専門医あるいは総合診療専門医の資格を取得しており、病院全体で総合診療専門医の研修を支える環境が整っています。

王子生協病院には東京都北区で唯一の緩和ケア病床があり、その方の最期までご家族を含めた全人的ケアを提供しています。緩和ケア研修を領域別研修として選択することが可能で、継続的な訪問診療の経験と組み合わせる在宅緩和ケアの能力を向上させることが可能です。

地域住民が病院運営の主体であるため、地域で頻繁に健康づくりの取り組みが行われており、住民と協働して健康づくりに関与するためのしっかりとした土台があり、そのなかで地域ケアを学ぶことができます。さらに、医師の働き方の多様性にも十分な配慮がされています。

産前産後休暇、育児休暇を取得し子育てをしながら働く常勤医や専攻医も多く、家庭の事情などでより時間をかけた研修を希望する方（特に、女性医師）のために研修期間を延長して研修をすすめる事もできます。特に、育児休暇は男性専攻医が取得することもあり、先進的な労働環境といえます。

また、へき地・離島（沖縄県宮古島市や鹿児島県奄美市）での研修を12ヶ月以上実施することや被災地での研修、医療資源の乏しい地域での研修を実施することにし、このように多様な働き方を理解し、支え合いのできる雰囲気は医局だけでなく病院全体にあります。

2. 総合診療専門研修の内容

(1) 標準的なローテーションスケジュール

本プログラムでは総合診療専門研修の研修期間は、初期研修終了後からの専門研修4年間で構成されます。この領域におけるリーダーとなる人材を養成するとともに、大都市における家庭医療・総合診療をより高いレベルで実践し、教育・研究・リーダーシップについて深く学ぶために、本プログラムは研修年限を4年間に設定しました。

標準的なローテーションスケジュールとして、総合診療専門研修Ⅰを6ヶ月以上、総合診療専門研修Ⅱを18ヶ月以上（へき地・離島での12ヶ月以上の研修を含む）とし、合計で24ヶ月以上としています。必須領域別研修として、内科研修を12ヶ月以上、小児科研修を3ヶ月以上、救急科研修を3ヶ月以上と

しています。その他に緩和ケアやチーフレジデントなどを選択研修として6ヶ月以上を行う計画となります。

なお、研修にあたっては専攻医本人とも十分な協議のうえ、研修期間や研修場所を決めていきます。

(2) 各年次における研修到達と目標

- 1 年次修了時には、頻度の高い健康問題についての確かつ全人的なマネジメントができることを目標とします。
- 2 年次修了時には、領域別研修によってより専門性の高い健康問題について、専門医紹介を含めた適切なマネジメントができること、外来および訪問診療において頻度の高い健康問題についての確かつ全人的なマネジメントができることを目標とします。
- 3 年次修了時には、質改善に関わる組織の管理運営を行うことができ、外来、入院、訪問診療の全領域において複雑な健康問題や背景を抱えた方への確かつ全人的なマネジメントができることを目標とします。3年間を通じて外来・入院・訪問診療における継続的なケア、地域と高次医療機関をつなぐハブ機能、質の高い在宅診療を多職種と協同で実施していきます。
- 4 年次修了時には、総合診療専門医として患者やご家族に対しての包括的・継続的な診療を実践できることが到達の第一です。その他にも診療所や地域のヘルスケアにおいてリーダーシップが発揮できること、現場での課題や疑問を質改善や研究として取り組めること、地域の健康問題の分析やヘルスプロモーション活動を実践できることなど、臨床以外の高度な技術を習得することを到達目標とします。

(3) プログラム修了判定基準

- 定められたローテート研修をすべて履修していること。
- 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した最良作品型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。
- 研修手帳に記録された経験目標がすべ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) 学習方法

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事が求められます。

①臨床現場での学習

職務を通じた学習(On-the-job training)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(経験と省察のファイリング)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。外来診察中に総合診療専門研修特任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)、更には診療場面をビデオ等で直接観察してフィードバックを提供するビデオレビューを実施します。

また、総合診療専門研修特任指導医による定期的な診療録レビューによる評価、更にはPCCMカンファレンスを通じた患者中心の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。初期は経験ある総合診療専門研修特任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を受ける回診及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。ここで出会う事例は、シンプルな疾患だけでなく、多疾患並存(multimorbidity)の患者や複雑な家族社会的背景を抱えた患者(complicated case)も多く、患者の抱える問題を、生物医学的観点だけではなく、心理、社会的観点からも捉え(BPS アプローチ)多職種や在宅チームも巻き込みながら介入していく過程を学ぶことができます。総合診療医としての専門性を身につけることができる時期と言えます。総合診療専門研修特任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、総合診療専門研修特任指導医と共に処置にあたる中から経験を積みます。

(オ) 地域ケア

医療生協の活動を通じて、地域住民と協働して健康づくりに貢献します。王子病院は WHO の HPH (Health promotion hospital) ネットワークに加盟しており、地域の健康問題を明らかにし、さまざまな地域の団体(地域住民や自治組織、行政や NPO など)と協同して地域の健康増進活動に取り組んでいます。専攻医も研修期間を通じてこの活動に参加します。さらには産業保健活動、学校保健活動等を学び、それらの活動に参画します。参画した経験を総合診療専門研修特任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、日本プライマリ・ケア連合学会や日本病院総合診療医学会等の関連する学会及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。

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、院内や医療生協内の学習会や委員会、さらには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。

③自己学習

研修カリキュラムにおける経験目標は、原則的に本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、更には日本医師会生涯教育制度及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。

また、自己学習のための能力(Learning Competency)を強化する方法として、毎月の振り返りの中に調べたこと、情報源、費やした時間などを発表し自己学習を振り返りフィードバックを受ける機会を提供します。

(5) 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及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、学術大会等での発表(筆頭に限る)及び論文発表(共同著者を含む)を行うこととします。本研修では月 1 回の研究支援のミーティング(project work)を実施しており、研究経験の豊富な指導医から助言を得ながら臨床的疑問から出発し、さまざまな研修手法やプロトコルの書き方、研究実施までをおこなっています。

(6) 研修の標準的な週間計画

基幹施設（王子生協病院：総合診療専門研修Ⅱ）

	月	火	水	木	金	土	日
8:00～9:00	医局朝礼	PCCM カンファ レンス			救急症例 カンファ		
9:00～12:00	病棟	外来	総回診	病棟	外来	病棟	
13:00～17:00	救急外来	往診	病棟	病棟	病棟		
平日当直 週1回程度 土日の日当直 月1～2回程度				医局会議 (第3)	カルテ レビュー	1ヶ月 振返り (第4)	

連携施設（汐入診療所または鹿浜診療所：総合診療専門研修Ⅰ）

	月	火	水	木	金	土	日
8:00～9:00							
9:00～12:00	訪問診療	王子生協 病院 外来	外来	外来	外来	外来	
13:00～17:00	外来 予防接種	王子生協 病院 訪問診療	訪問診療	学習会、 多職種カ ンファな ど	訪問診療		
平日夜間待機 週3回程度 土日待機 月4程度	カルテレ ビュー			カルテレ ビュー			

その他の連携施設

※必須領域別研修・選択研修の連携施設および領域別に事前に決定することにします。

	月	火	水	木	金	土	日
8:00～9:00							
9:00～12:00							
13:00～17:00							
17:00～							

(7) 本プログラムに関連する全体行事の年度スケジュール

4月	オリエンテーション 専攻医：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	レクチャー（経験省察研修録作成） 第1回研修管理委員会：研修実施状況評価、修了判定
6月	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 日本プライマリ・ケア連合学会学術大会
7月	Mini-CEX 総合診療医専門医試験 次年度専攻医の公募および説明会開催
8月	360度評価 夏期セミナー
9月	経験省察研修録合宿（経験省察研修録作成支援） Key Features 試験 公募締切（9月末）
10月	東京民医連臨床研修交流集会 専攻医：研修手帳の記載整理（中間報告） 次年度専攻医採用審査（書類及び面接） 第2回研修管理委員会：研修実施状況評価
11月	Mini-CEX ITE 専攻医：研修手帳の提出（中間報告）
12月	
1月	経験省察研修録合宿（経験省察研修録合宿作成支援）、Key Features 試験 第3回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
2月	360度評価
3月	経験省察研修録発表会 専攻医：研修手帳の作成（年次報告）（書類は翌月に提出） 専攻医：研修PG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）

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（コア・コンピテンシー）は、以下の6領域で構成されます。それぞれのコンピテンシーについては研修中のカンファレンスにおいてその技法を用いてディスカッションするだけでなく、月1回行われるレジデントデイにおいても指導医や上級の専攻医からのレクチャーを行い、理解と知識の定着を図ります。

①患者中心の医療・ケア

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、文化などのコンテキスト（※）が関与していることを全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、家族志向でコミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。（※コンテキスト：患者を取り巻く背景・脈絡を意味し、家族、家計、教育、職業、余暇、社会サポートのような身近なものから、地域社会、文化、経済情勢、ヘルスケアシステム、社会的歴史的経緯など遠景にあるものまで幅広い位置づけを持つ概念）

研修目標 1. 患者中心の医療の方法を習得する。

研修目標 2. 複雑な問題を抱えた患者に対して生物心理社会モデルを用いてアプローチできる。

研修目標 3. 家族志向型の医療・ケアを提供するための体系化された方法を習得する。

研修目標 4. 患者との円滑な対話、医師患者間の信頼関係の構築を土台として、患者の行動変容を促すアプローチが行える。

②包括的統合アプローチ

プライマリ・ケアの現場では、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基づく診断・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、更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、更には診療の継続性に基づく医師・患者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。

研修目標 1. 地域住民が最初に受診する場において、身のがしがなく安全で効率的な医療、ケアを提供するため、適切な臨床推論の能力を身につける。

研修目標 2. 高齢社会で大きな問題となっている他疾患併存（multimorbidity）や医学的、社会的に複雑性を持った健康問題に対しても、安全で費用対効果に優れ、不確実性や自己の限界をふまえた医療・ケアを提供する能力を身につける。

研修目標 3. 日常診療を通じて恒常的に健康増進や予防医療、リハビリテーションを提供することができる。

研修目標 4. 医師患者関係の継続性、地域の医療機関としての地域住民や他の医療機関との継続性、診療情報の継続性等をふまえた医療・ケアを提供する能力を身につける。

③連携重視のマネジメント

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。更に、所属する医療機関内の良好な連携のとれた運営体制は質の高い診療の基盤となり、そのマネジメントは不断に行う必要がある。

研修目標 1. 患者や家族、地域にケアを提供する際に多職種チーム全体で望むために、各職種の役割を理解し、良好な人間関係を構築し、リーダーシップを発揮しつつコーディネーターとしての役割も果たせる能力を身につける。

研修目標 2. 切れ目のない医療および介護サービスを身につけるために医療機関内のみならず他の医療機関、介護サービス事業者等との連携が円滑にできる能力を身につける。

研修目標 3. 所属する医療機関の良好な運営に寄与するために、組織全体に対するマネジメント能力を身につける。質改善、医療安全、経営改善等に出来る範囲で取り組む。

④地域志向アプローチ

医療機関を受診していない方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。

研修目標 1. わが国の医療制度や地域の医療文化と保健・医療・介護・福祉の現状を把握した上で、地域の保健・医療・介護・福祉事業に対して積極的に参画する姿勢を身につける。（地域包括ケア）

研修目標 2. 地域の現状から見いだされる優先度の高い健康関連問題を把握し（地域診断）、その解決に対して各種会議への参加や住民組織との協同、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。

⑤公益に資する職業規範

（6. 「医師に必要な資質・能力と倫理性、社会性などについて」を参照）

⑥診療の場の多様性

総合診療専門医は日本のプライマリ・ケアの現場が外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえて、その能力を場に応じて柔軟に適用することが求められ、その際には各現場に応じた多様な対応能力が求められる。

※各項目の詳細は、総合診療専門医 専門研修カリキュラムの到達目標 1～4 及び 6 を参照。

(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及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査・治療手技。

②患者との円滑な対話と医師・患者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い、複雑な家族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うるように、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

下記に示す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。（研修手帳 p.20-29 参照）

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下記に示す一般的な症候に対し、臨床推論に基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やる。

（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 認知脳の障害 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 嘔声 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 下記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・脊髄炎 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・拘束性肺炎疾患 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（身体表現性障害） 身体症状症（身体表現障害） 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 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 維持治療機の悪性腫瘍 緩和ケア

※ 詳細は総合診療専門医専門研修カリキュラムの経験目標3を参照。

（4） 経験すべき診察・検査等

下記に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及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。（研修手帳 p.16-18 参照）

（ア） 身体診察

- ① 小児の一般的身体診察及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・眼底鏡による診察を実施できる。
- ⑤ 婦人科的診察（腔鏡診による内診や外陰部の視診など）を実施できる。

（イ） 検査

- ① 各種の採血法（静脈血・動脈血）
- ② 簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査、採尿法（導尿法を含む）
- ③ 注射法（皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴・成人及び小児の静脈確保法、中心静脈確保法を含む）
- 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、腔分泌物、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及び視力検査表による視力評価
- ⑪ 子宮頸部細胞診
- ⑫ 消化管内視鏡（上部、下部）

- ⑬ 造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）
- ⑭ 頭・頸部・胸部単純 CT、腹部単純・造影 CT、頭部 MRI/MRA

(5) 経験すべき手術・処置等

下記に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及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。（研修手帳 p.18-19 参照）

(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)、外科救急（JATEC）
- ③ 病院前外傷救護法（PTLS）

(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・縫合法及び閉鎖療法 簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギブス法 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） 経鼻胃管及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 導尿及び尿道留置カテーテル・膀胱瘻カテーテルの留置及び交換 褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン 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・ギブス等による固定法 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） 睫毛除去

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（On-the-job training）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。

(1) 外来医療

幅広い症例を経験し、カルテレビューや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。

(2) 在宅医療

カルテレビューや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。

(3) 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及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。

(4) その他

- ① 専攻医は月に1回開催される「レジデントデイ」において、その1ヶ月の振り返りを行うとともに、症例の詳細な記録（ログ）の提示、印象に残った症例の報告、翌月の目標等を発表する。指導医からも建設

的なフィードバックが行われ、専門科ローテーション中の成長の確保、アイデンティティ維持に役立っている。印象に残った症例はそのまま、ポートフォリオ（経験的省察研修録）としてさらに考察を行う場合もある。

②ポートフォリオ（経験的省察研修録）合宿、発表会

年に2回、専攻医と指導医が一堂に会して、専攻医が作ったポートフォリオについて討議する合宿を行っている。指導医は症例選びから文献的考察まで、随時相談に乗り、合宿においても建設的フィードバックを行う。結果はポスター形式のショーケースポートフォリオとして年1回、外部参加者も招いた発表会にて公表される。

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、プライマリ・ケア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長について理解し、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の到達目標5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）及び論文発表（共同著者を含む）を行うことが求められます。

6. 医師に必要な資質・能力と倫理性、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おこないます。

- (1) 医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、プライマリ・ケアの専門家である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、都市部にあっても医療資源に乏しい地域、あるいは医療アクセス困難な地域でも、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

本プログラムでは王子生協病院を基幹施設とし、地域の連携施設とともに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、多彩で偏りのない充実した研修を行うことが可能となります。

ローテート研修は下記の構成となります。

(1) 総合診療専門研修は、診療所における総合診療専門研修Ⅰと病院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。

本プログラムでは、夕入診療所や荒川生協診療所において総合診療専門研修Ⅰを6ヶ月以上、中小規模の病院である王子生協病院において総合診療専門研修Ⅱを6ヶ月～12ヶ月以上（選択研修含む）で研修します。

なお、へき地・離島にあたる奄美中央病院や沖縄県立宮古病院のいずれかにおいて総合診療専門研修Ⅱを12ヶ月以上で研修します。

(2) 必須領域別研修として、埼玉協同病院・東葛病院・みさと健和病院のいずれかにおいて内科研修を12ヶ月以上、小児科研修を3ヶ月以上、救急科研修を3ヶ月以上として研修します。

(3) 選択領域別研修として、緩和ケア科の研修を推奨します。王子生協病院で3ヶ月～6ヶ月の緩和ケア研修やレジデントチーフとしての研修などを行うことが可能です。いずれも専攻医の意向を踏まえて決定します。

(4) 施設群における研修の順序、期間等については専攻医を中心に考え、個々の総合診療専攻医の希望と研修進捗状況、各病院の状況、地域の医療体制を勘案して、当プログラム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

本プログラムは基幹施設1、連携施設7の合計8施設の施設群で構成されます。施設群には地域中核病院・診療所に加え、へき地・離島として沖縄県宮古島市や鹿児島県奄美市の研修施設も含まれます。

施設群は東京都北東部を中心に千葉県東北部と埼玉県南部・東南部に位置していますが、いずれも公共交通機関を利用して1時間程度で移動が可能であり、研修継続に配慮した構成になっています。なお、各施設の診療実績や医師の配属状況は「1.1. 研修施設の概要」を参照して下さい。

専門研修基幹施設

専門研修基幹施設は、王子生協病院となります。

専門研修連携施設

本プログラムの施設群を構成する専門研修連携施設は以下のとおりです。全て、診療実績基準と所定の施設基準を満たしています。

- ・夕入診療所（二次医療圏：区東北部 在宅療養支援診療所、総合診療専門研修指導医が常勤）
- ・鹿浜診療所（二次医療圏：区東北部 在宅療養支援診療所、総合診療専門研修特任指導医が常勤、小児～高齢者および在宅医療の症例が豊富、医療資源の乏しい地域）
- ・埼玉協同病院（二次医療圏：埼玉県東部 各種専門診療、特に内科を提供する急性期病院）
- ・みさと健和病院（二次医療圏：埼玉県東部 各種専門診療、特に内科を提供する急性期病院、医療資源の乏しい地域）
- ・東葛病院（二次医療圏：千葉県東葛北部 各種専門診療、特に内科を提供する急性期病院、医療資源の乏しい地域）
- ・奄美中央病院（二次医療圏：鹿児島奄美医療圏 鹿児島県の離島、奄美大島の中心地にあり、救急医療から高齢者医療、在宅医療まで幅広い医療を提供している病院 へき地・離島）
- ・沖縄県立宮古病院（二次医療圏：沖縄県宮古医療圏 宮古郡のへき地拠点病院、地域がん診療連携病院等の指定を受け、広汎な初期から三次までの救急医療や高度医療を提供している病院 へき地・離島）

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は2名（上限）です。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ション研修においては、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ション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プログラム統括責任者と各科の指導医の間で事前に調整を行います。

10. 施設群における専門研修コースについて

下記に本プログラムの施設群による研修コースの例を示します。後期研修1年目の前半は基幹施設である王子生協病院において6ヶ月の総合診療専門研修Ⅱを行います。後期研修1年目の後半から後期研修2年目の前半にかけて、埼玉協同病院・東葛病院・みさと健和病院のいずれかにおいて12ヶ月の内科領域研修を、後期研修2年目の後半は3ヶ月の小児科領域研修3ヶ月と3ヶ月の救急科領域研修をそれぞれ行います。後期研修3年目の前半は基幹施設である王子生協病院において3～6ヶ月の緩和ケア研修・各科外来・訪問診療研修・チーフレジデント（教育・指導）などの選択研修を、3年目の後半は近隣にある都市型の在宅療養支援診療所の汐入診療所・鹿浜診療所のいずれかにおいて6ヶ月の総合診療専門研修Ⅰを行います。後期研修4年目はへき地・離島の沖縄県立宮古病院・奄美中央病院立宮古病院のいずれかにおいて12ヶ月の総合診療専門研修Ⅱを行います。（育児・子育て中等の医師には配慮をします。）

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	王子生協病院						埼玉協同病院 東葛病院 みさと健和病院					
	「総診Ⅱ」						「内科」					
専攻医 2年目	埼玉協同病院 東葛病院 みさと健和病院						埼玉協同病院 東葛病院			埼玉協同病院 東葛病院 みさと健和病院		
	「内科」						「小児科」			「救急」		
専攻医 3年目	王子生協病院						汐入診療所 鹿浜診療所					
	「その他」（選択） 緩和ケア/チーフレジデント：教育・指導						「総診Ⅰ」					
専攻医 4年目	奄美中央病院 沖縄県立宮古病院											
	「総診Ⅱ」											

上記に、本プログラムでの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ました。ローテーションの際には、特に主たる研修の場では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。

本プログラムの研修期間は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。

1 1. 研修施設の概要

(1) 基幹施設

王子生協病院

<p>専門医・指導医数</p>	<p>総合診療専門研修特任指導医3名 (家庭医療専門医6名、うちプライマリ・ケア連合学会認定指導医4名) 小児科専門医1名・日本神経学会専門医1名・呼吸器外科(認定医・指導医)1名・日本緩和医療学会緩和医療専門医1名・日本外科学会専門医1名・日本消化器外科学会専門医1名</p>
<p>病床数・患者数</p>	<p>病床数 159床 (一般47床、回復リハ42床、地域包括ケア45床、緩和ケア25床) 患者数 ・内科：のべ外来患者数 4,568名/月 ・入院患者総数 4,481名/月 ・小児科：のべ外来患者数 287名/月 ・整形外科：のべ外来患者数 835名/月・手術件数 8件/年 ・泌尿器科：のべ外来患者数 302名/月</p>
<p>病院の特徴</p>	<p>王子生協病院は東京都の北区、桜で有名な飛鳥山や荒川や石神井川など4つの河川に囲まれた町にあります。終戦後の1948年に地域の方々が集まって創設した診療所が現在の病院のもとになっています。現在も地域の方々と病院とのつながりは強く、地域の方々が主体となって行う学習会や健康相談会などの活動が盛んです。病床は一般病棟47床、地域包括ケア病床45床、回復期リハビリテーション病棟42床、緩和ケア病棟25床となっています。特に、2014年4月に東京都北区ではじめての緩和ケア病棟をつくり、その方の最期でその方らしく地域で暮らし続けるためご家族を含めた全人的ケアを提供しています。また、疾患にとらわれない非選択的な混合病床で、二次救急を受け入れており、幅広い急性期疾患や救急疾患にも対応しています。</p> <p>東京ほくと王子生協病院総合診療研修プログラム(以下、当プログラム)は、地域の医療の中核を担う中小規模の病院や診療所で継続的に質の高い病棟・外来・訪問診療を提供しつつ、住民や多職種と協同して地域の健康ニーズを探り健康づくりをすすめることのできる医師を育成することを目的としています。これを端的に示す言葉として、「地域の主治医、生涯の主治医」を育てることを当プログラムの使命としています。</p> <p>当院は、2001年から総合診療専門医の前身である家庭医専門医の育成を開始し、この領域のなかでは長い歴史をもつ研修プログラムです。経験省察研修録評価を医学教育では日本ではじめて導入したプログラムであり、構造的振り返りや360度評価など現在では普及している評価方法をいち早く取り入れ、現在でもエビデンスのある世界基準の教育を追求し続けます。</p> <p>また、総合診療専門医の育成が病院の重要ミッションに位置づけられ、ほぼ全員の常勤医が家庭医療専門医あるいは総合診療専門医の資格を取得しており、病院全体で総合診療専門医の研修を支える環境が整っています。</p> <p>さらに、医師の働き方の多様性にも十分な配慮がされており3年間コースのプログラムの中に、女性医師の就労をサポートするため、また家庭の事情などでより時間をかけた研修を希望する方のために時短勤務を導入した研修期間を延</p>

	長する事もできます。産前産後休暇、育児休暇を取得し子育てをしながら働く常勤医や専攻医も多く、特に育児休暇は男性専攻医が取得することもあり、先進的な労働環境といえます。このように多様な働き方を理解し、支え合いのできる雰囲気が医局だけでなく病院全体にあります。
--	--

(2) 連携施設

汐入診療所

専門医・指導医数	総合診療専門研修指導医 1 名（プライマリ・ケア連合学会認定指導医）
病床数・患者数	病床数なし 患者数 ・のべ外来患者数 747 名/月 ・のべ訪問診療件数 71 件/月
診療所の特徴	東京都荒川区南千住 8-10-3-101 ・1993 年 5 月開設、地域に定着した医療活動を実施。所長を含めた数名の常勤医が総合診療専門医として小児科から高齢者まで幅広く診療を行っている。高齢化社会や医療変化に対応できるよう訪問診療へも積極的に取り組んでいる。生活背景や家族、地域社会も視野に入れて次の課題に取り組み地域のニーズに応えるよう日々の診療にあたる。 ①様々な疾患の初期対応や慢性疾患中心の継続的な医療に力を入れ ②医療介護の両面より地域包括的ケアも重点課題として取り組む ③診療所での対応困難の場合には急性期病院。専門施設との医療連携を行う。

鹿浜診療所

専門医・指導医数	総合診療専門研修特任指導医 1 名（プライマリ・ケア連合学会認定指導医）
病床数・患者数	病床数なし 患者数 ・のべ外来患者数 641 名/月 ・のべ訪問診療件数 35 件/月
診療所の特徴	東京都足立区新田 2-4-15 ・2001 年 3 月開設、地域に密着した医療活動を実施。地域の総合診療専門医として乳幼児から働く世代、高齢者まで幅広く診療を行っています。外来診療と訪問診療をはじめとし、各種の健診活動、予防接種、乳児健診や保育園の園医活動、事業所の産業医活動に積極的に取り組んでいます。また、通所リハビリテーションを併設し、介護事業所とも連携しながら、地域に信頼される診療所、安心して受診できる診療所、地域の健康や病気・介護の心配事にも気軽に相談できる診療所として活動しています。 ①地域の総合診療専門医として、地域の医療に貢献します。 ②地域にひらかれた診療所をめざします。 ③医療から介護までニーズに合わせた医療介護を提供します。

埼玉協同病院

専門医・指導医数	総合診療専門研修特任指導医 3 名（うち家庭医療専門医 1 名） 総合内科専門医 9 名、小児科専門医 4 名、救急科専門医 1 名
病床数・患者数	病床数 399 床 患者数 ・内科：のべ外来患者数 8,954 人/月 ・入院患者総数 750 人/月 ・小児科：のべ外来患者数 1,482 人/月 ・救急科：救急による搬送等の件数 3,997 件/年
病院の特徴	・1978 年開院以来、一貫して地域医療を担う医療従事者の育成に取り組んできました。特に医師養成については公的な医療機関がない埼玉県において、地域住民の医療要求を受け止め、それに応えられるような医師づくりを行ってきました。

	<p>した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 埼玉県南部地域において、地域医療に力を注ぎ、地域の方たちとの保健予防活動、救急医療、慢性疾患医療、リハビリ、在宅医療まで一貫した総合的医療を実践しています。診療圏は川口市、戸田市、蕨市、さいたま市を中心とした急性期医療を担う中核病院です。 ・ 当院は、がん診療充実のために、県知事が認可する「がん診療指定病院」の資格を取得しています。化学療法の質の安全性向上の取り組み、相談支援の仕組みづくり、がん診療に関わる専門職の計画的な育成、緩和ケア病棟の開設などを行い、より良いがん診療の実現に向けて実践しています。 ・ 総合内科病棟では専門科が確定できない複雑な症例や、複数の疾患をもつ症例を担当し救急や診療所から継続的に診療をすることで研修の面以外でも効果が期待されています。 ・ 内科においては、症例をある時点で経験するというだけでなく、主治医として、入院から退院（初診・入院～退院・通院）まで診断・治療の流れを通じて、一人一人の患者の全身状態、社会背景、療養環境をも包括する全人的医療を研修することができます。 ・ 小児科においては、川口市の入院設備を備えた主要な小児科として大きな役割を担っています。他院からの紹介も多数あり、川口市小児夜間救急診療体制で一次救急と二次救急も担当しています。入院・外来ともに小児の common disease を中心に幅広い疾患を研修できます。また、アレルギー、神経（発達）、腎臓、循環器の専門外来での研修も可能です。 ・ 救急科は年間約 4000 台の救急車を受け入れ、地域の二次救急を担っています。高齢者救急から外傷、ER 救急まで幅広い救急医療を提供しています。
--	--

東葛病院

<p>専門医・指導医数</p>	<p>総合診療専門研修特任指導医 6 名</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ その他の基本領域専門医 <p>総合内科専門医 9 名、小児科専門医 4 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指導医 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 2 名、臨床検査科専門医 1 名</p>
<p>病床数・患者数</p>	<p>病床数 366 床</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病棟 220 床、HCU8 床、回復リハ病棟 40 床、療養病棟 36 床、地域包括ケア病棟 42 床、緩和ケア病棟 20 床 ・ 内科系 214 床（うち総合診療科が担当する 6 階 A 病棟 42 床、6 階 B 病棟 42 床）、外科系 42 床、小児科 10 床、産婦人科 20 床、整形外科 20 床、その他 60 床 <p>患者数</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 総合診療科：のべ外来患者数 856 名（うち小児科 0 名）／月 入院患者数 127 名（うち小児 0 名）／月 <p>※入院患者数は総合診療科が担当する 6 階 A 病棟、6 階 B 病棟の数値</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急科：のべ外来患者数 1,202 名（救急車搬送 243 件・小児科 547 名）／月 ・ 内科：のべ外来患者数 2,568 名／月、入院患者数 191 名／月 ・ 小児科：のべ外来患者数 1,535 名／月、入院患者数 50 名／月 ・ 外科：のべ外来患者数 965 名／月、入院患者数 86 名／月、手術件数 382 件／年 ・ 整形外科：のべ外来患者数 1,178 名／月、入院患者数 23 名／月、手術件数 239 件／年 ・ 泌尿器科：のべ外来患者数 722 名／月、入院患者数 7 名／月、手術件数 91 件

	<p>／年</p> <ul style="list-style-type: none"> ・産婦人科：のべ外来患者数 739 名／月、入院患者数 10 名／月、分娩数 125 件／年、手術件数 106 件／年 ・眼科：のべ外来患者数 739 名／月、入院患者数 16 名／月、手術件数 196 件／年 <p>／年</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション科：入院患者数 10 名／月 ・緩和ケア科：のべ外来患者数 50 名／月、入院患者数 19 名／月 ・耳鼻咽喉科：のべ外来患者数 486 名／月 ・精神神経科：のべ外来患者数 648 名／月 ・皮膚科：のべ外来患者数 777 名／月 ・麻酔科：のべ外来患者数 29 名／月 ・アレルギー科：のべ外来患者数 2.6 名／月 ・呼吸器外科：のべ外来患者数 129 名／月 ・脳神経外科：のべ外来患者数 37 名／月 ・透析：のべ外来患者数 2,374 名／月
病院の特徴	<p>東葛病院は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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域に根ざした第一線医療を担う病院だからこそ、common disease 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。 ・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。 ・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。 ・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。 ・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。 ・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。

みさと健和病院

専門医・指導医数	<p>総合診療専門研修特任指導医 1 名（プライマリ・ケア指導医） 日本プライマリ・ケア連合学会認定医 3 名 総合内科専門医 8 名、 外科専門医 4 名、整形外科専門医 1 名、小児科専門医 2 名</p>
病床数・患者数	<p>総入院患者（実数） 5,264 名/年</p>

	<p>総外来患者（実数） 22,052 名/年 救急科：救急による搬送等の件数 2,006 件/年</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総合診療科・内科（117 床） 外来患者数：957 名/月 入院患者数：291 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 ・外科（35 床） 手術実績：617 件/年 ・整形外科（35 床） 手術実績：371 件/年
施設の特徴	<p>みさと健和病院は、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。</p> <p>埼玉県三郷市を含む東部医療圏は、人口当たりの一般病床の偏差値は 42、総医師数偏差値は 40 と低く、人口 10 万人あたりの医師数は、埼玉県東部医療圏で 169.87 人、埼玉県三郷市で 161.88 人と、全国平均 246.00 人に対し、それぞれ 69.1%、65.8%であり、人口 10 万人あたりの病床数でも、埼玉県東部医療圏で 807.70 床、埼玉県三郷市で 959.56 床と、全国平均 1216.46 床に対し、それぞれ 66.4%、78.9%と医療資源の乏しい地域と言えます。</p> <p>みさと健和病院は、そういった地域に位置し、近隣に大規模な医療機関が少ない地理的条件もあり、地域の急性期医療を担う第一線の病院として幅広い疾患の受皿となっています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総合診療科の特徴 <p>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せん。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内科の特徴 <p>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。</p>

奄美中央病院

専門医・指導医数	<p>総合診療専門研修特任指導医 1 名 内科専門医 3 名、小児科専門医 1 名、糖尿病専門医 1 名</p>
病床数・患者数	<p>病床数 110 床（一般 110 床） 患者数</p> <ul style="list-style-type: none"> ・延べ入院患者数 2,632 名/月 ・延べ外来患者数 4,230 名/月 ・訪問診察管理件数 95 件/月 ・透析患者管理件数 67 件/月
病院の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・鹿児島県の離島、奄美大島の中心地にあり、1945 年に創立以来、“地理的な離島はあっても 人の生命に離島があってはならない”をスローガンに、地域住民とともに医療活動に取り組んできた病院。 ・診療科は内科、呼吸器内科、循環器科、消化器内科、小児科、放射線科、リ

	<p>ハビリテーション科。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院 110 床（うち 36 床は地域包括ケア病棟）の病院で、救急医療から高齢者医療およそ 120 件を管理する在宅医療まで幅広い医療活動を行っている。強化型在宅療養支援病院（連携型）として、在宅支援連携医療機関チームとして、医療だけでなく介護・福祉や生活・社会面にまで幅広い要求に応えられるよう取り組んでいる。
--	---

沖縄県立宮古病院

専門医・指導医数	<p>総合診療専門研修特任指導医 3 名 内科専門医 5 名（うち総合診療科併任 2 名）、小児科専門医 1 名、救急科専門医 2 名</p>
病床数・患者数	<p>病床数 305 床（一般 250 床、精神 49 床、感染 3 床、結核 3 床） 患者数</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総入院患者（実数） 7,483 名/年 ・総外来患者（実数） 82,750 名/年 ・救急科：救急による搬送等の件数 2,533 件/年
病院の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・宮古郡のへき地病院、地域がん診療連携拠点病院等の指定を受け、広汎な初期から三次までの救急医療や高度医療を提供している。2014 年度より沖縄県の総合診療医養成研修センターの指定を受け、沖縄県と連携し、総合診療医の養成に努めている。 ・内科においては、循環器科、消化器科、呼吸器科、神経内科、糖尿病科を持ち、地域への専門医療を提供している。 ・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る。 ・救急科においては、重度外傷への救急医療から ER 救急まで幅広い救急医療を提供している。

1 2. 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」・「ITE および Key Features 試験」の 4 点を説明します。

(1) 振り返り

多科ローテーションが必要な総合診療専門研修においては 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、研修手帳の記録及び定期的な総合診療専門研修特任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実施します。その際に、日時と振り返りの主要内容について記録を残します。また、年次の最後には 1 年の振り返りを行い、総合診療専門研修特任指導医からの形成的な評価を研修手帳に記録します。

(2) 最良作品型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、最良作品型経験省察研修録（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います。

専攻医には詳細 20 事例、簡易 20 事例 のを作成することが求められますので、総合診療専門研修特任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最良作品型経験省察研修録の発表会を行います。

なお、最良作品型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 つの能力・資質に基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い、現状と課題に関するコメントを記録します。

(4) ITE および Key Features 試験

ITE (in training examination) は問題解決能力を問うタイプの記述式試験であり、専攻医の到達度の評価およびプログラムの教育内容の評価の目的で、年 1 回実施します。実施後には専攻医と指導医とで今後の課題を話し合い、その後の学習に活用していきます。

Key Features 試験は臨床推論能力のうち、特にクリティカルな決断に関する能力を問う試験であり、また多くの問題を回答することにより評価の偏りを少なくすることができるという特徴があります。こちらも専攻医の評価およびプログラムの教育内容の評価に利用します。

また、上記の 4 点以外にも、実際の業務に基づいた評価 (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 (ビデオレビュー) やケースに基づくディスカッション (Case-based discussion) を定期的実施する事と多職種による 360 度評価を各ローテーション終了時等、適宜実施します。更に、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証しています。

【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) による登録と評価を行います。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。システムを利用するにあたり、内科学会に入会する必要はありません。

6 ヶ月間の内科研修で経験した入院症例 (主病名、主担当医) のうち、提出病歴要約として 5 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いますが、内科領域のようにプログラム外の査読者による病歴評価は行いません。6 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。専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合します。

【小児科及び救急科ローテート研修中の評価】

小児科及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ヶ月の小児科及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。専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム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、最良作品型経験省察研修録、短縮版臨床評価テスト、ケースに基づくディスカッション及び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、総合診療専門研修特任指導医資格を取得時に受講を義務づけている1泊2日の日程で開催される総合診療専門研修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。

1 3. 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い、その内容は王子生協病院研修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、給与などの労働条件についての内容が含まれます。

1 4. 専門研修プログラムの改善方法と訪問調査（サイトビジット）について

本プログラム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うこととしています。

（1）専攻医による指導医および本プログラムに対する評価

専攻医は、年次毎に指導医、専攻医指導施設、本研修プログラムに対する評価を行います。また、指導医も専攻医指導施設、本プログラムに対する評価を行います。専攻医や総合診療専門研修特任指導医等からの評価は、専門研修プログラム管理委員会に提出され、専門研修プログラム管理委員会は本研修プログラム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プログラム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。

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、総合診療専門研修特任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（訪問調査等）・調査への対応

本プログラムに対して日本専門医機構から現地調査（サイトビジット）が行われます。その評価にもとづいて専門研修プログラム管理委員会で本研修プログラムの改良を行います。本プログラム更新の際には、訪問調査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験する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月末までに専門研修プログラム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、専門研修プログラム統括責任者が修了の判定をします。

修了判定基準

- ①研修期間を満了し、かつ認定された研修施設で、単独で内科研修を12ヶ月以上、総合診療専門研修Ⅰを6ヶ月以上、総合診療専門研修Ⅱを6ヶ月以上、小児科研修を3ヶ月以上、救急科研修を3ヶ月以上を行っていること。
- ②専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した最良作品型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

専攻医は研修手帳及び最良作品型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送付してください。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となるように2019年度を目処に各領域と検討していくこととなりますが、その議論を参考に当プログラム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。

- ①病気の療養
- ②産前・産後休業
- ③育児休業
- ④介護休業
- ⑤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。

- ①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
- ②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

基幹施設である王子生協病院には、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（委員長）を置きます。専門研修プログラム管理委員会は、委員長、副委員長、事務局代表者、および専門研修連携施設の研修責任者で構成されます。研修プログラム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います。

(1) 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ます。基幹施設に置かれた専門研修プログラム統括責任者は、総括的評価を行い、修了判定を行います。また、専門研修プログラムの改善を行います。

(2) 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への専攻医の登録
- ・専攻医ごとの、研修手帳及び最良作品型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
- ・研修手帳及び最良作品型経験省察研修録に記載された研修記録、総括的評価に基づく、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、現在の専攻医数に基づく、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基づく状況把握、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基づく、専門研修プログラム改良に向けた検討
- ・訪問調査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

(3) 副専門研修プログラム統括責任者

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、副専門研修プログラム統括責任者を置き、副専門研修プログラム統括責任者は専門研修プログラム統括責任者を補佐しますが、当プログラムではその見込みがないため設置しておりません。

(4) 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います。

20. 総合診療専門研修特任指導医

本プログラムには、総合診療専門研修特任指導医 5 名が常勤として在籍しております。指導医には臨床能力、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、本プログラム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、総合診療専門研修特任指導医は、以下の(1)～(6)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、本プログラムにおいては(1)の家庭医専門医 11 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、及び家庭医療専門医
- (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) 大学病院または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（日本臨床内科医認定専門医等）
- (6) (5)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（同上）
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（同上）」

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

- (1) 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研修カリキュラムに則り、少なくとも年 1 回行います。

王子生協病院におい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。

- (2) 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

- (1) 採用方法

東京ほくと王子生協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い、総合診療専攻医を募集します。

プログラムへの応募者は、9 月 15 日までに東京ほくと医療生活協同組合・王子生協病院シニア研修医募集係宛に王子生協病院医師募集のウェブサイト(http://t-hokuto-igakusei.jp/b/b02_06.html)に記載のある書類を提出します。

原則として 10 月初旬に書類選考および面接を行い、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、10月の東京ほくと王子生協病院総合診療科専門研修プログラム管理委員会において報告します。

(2) 研修開始届

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東京ほくと王子生協病院総合診療科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

以上