

河北家庭医療学センター

## 総合診療・家庭医研修プログラム

[診療所基幹型・総合診療専門医養成プログラム]

河北家庭医療学センター 総合診療・家庭医研修プログラム  
2019.07.01

目次

1. 河北家庭医療学センター 総合診療・家庭医プログラムについて
2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるか
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. 研修プログラムの施設群
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
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おこなうこと
17. Subspecialty 領域との連続性について
18. 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. 専門研修指導医
21. 専門研修実績記録システム、マニュアルなどについて
22. 専攻医の採用

## 1. 河北家庭医療学センター 総合診療・家庭医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、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行う医師が必要となることから、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。

総合診療専門医の養成は以下の3つの理念に基づいて構築されています。

1. 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する。
2. 地域で活躍する総合診療専門医が、誇りをもって診療等に従事できる専門医資格とする。特にこれから総合診療専門医資格の取得を目指す若手医師にとって、夢と希望を与える制度となることを目指す。
3. 我が国の今後の医療提供体制の構築に資する制度とする。

こうした制度の理念に則って、河北家庭医療学センター 総合診療・家庭医研修プログラム（以下、本研修 PG）は国民のニーズに合致した総合診療専門医を養成するための系統だったシステムが必要なことを重視し、本研修 PG を専門研修基幹施設（以下、基幹施設）として、東京都内の専門研修連携施設（以下、連携施設）群、すなわち中規模の地域支援病院での内科、小児科、救急科、そして都市部と僻地等に位置する大規模病院および中規模病院での総合診療科ローテーションを合わせ、地域で必要とされる総合診療専門医の育成を行います。

### 都市部の基幹施設において地域で活躍できる総合診療医・家庭医養成

・・・

都市部には、大学病院、医療センター、大規模病院などの高度先進医療や専門病院が集中しています。このような医療事情をもつ都市部で、総合診療医・家庭医研修を行う利点がいくつも存在します。より厳しい目をもった医療専門集団や患者・家族という背景がある都市部には、本当に地域で必要とされる総合診療専門医とは何かを熟慮しながら、切磋琢磨できる環境が存在します。

また、都市部では経験できない地方での総合診療のあり方を学ぶため、僻地医療に携わる恵寿総合病院（石川県七尾市）、医療資源の乏しい地域医療に携わる水戸協同病院（茨城県水戸市）を研修連携施設群に含めたプログラムを構成しています。さらに、終末期医療・緩和ケアを経験できる緩和ケア内科とも研修連携体制を整えているのが、当プログラムの特徴のひとつです。

## 基幹施設の特徴

．．．

### i. 19 番目の基本領域/総合診療専門医

河北総合病院は、1988年に臨床研修病院の指定を受けて以来、数多くの研修医を養成し全国各地に輩出してきました。ER研修を含んだ内科でのローテーション研修は、総合診療専門医として質の高い診療能力を獲得することを保証します。

2015年度から河北家庭医療学センターの後期研修プログラムは日本プライマリ・ケア連合学会認定プログラム（Ver. 2.0）にバージョンアップされ、新専門医制度における「総合診療専門医」取得に対応した研修プログラムを運営してきており、これまでに「家庭医療専門医」を輩出してきた実績あるプログラムとなっています。

### ii. 他領域専門医連携下での診療所研修

人口約53万人の杉並区には、520を超える診療所があります。その中で、質の高いプライマリ・ケアを提供するため、専門医との積極的な協働を行い、日々の診療のスキルアップを図る必要があります。

当センター研修中にも、外来患者あるいは在宅患者の診療に関して、専門医のアドバイスをいつでも得ることができ、また、一緒に患者の治療にあたることのできる環境は、プライマリ・ケア医としての診断力、治療技術を向上させることが可能となっており、他領域の専門医も認める総合診療専門医養成が可能となっています。

### iii. 多職種連携基盤の外来・在宅診療

訪問看護・リハビリステーションを併設することが河北家庭医療学センターの一つの特徴です。日常遭遇する疾病の治療・マネジメント能力と並行して、医療・介護・福祉などの様々な分野におけるリーダーシップを身に付けるために最適な学習の場です。

また、クリニックは、日本在宅医学会および日本緩和医療学会の認定研修施設となっており、本格的な在宅医療の研修の場になっています。今後、医療での役割が大きく期待されている在宅医療において、確実な診療能力を修得することが地域で活躍する総合診療専門医に望まれています。

## 研修プログラムのアウトカム

専攻医は、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、看取りなど保険・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総合診療専門医になることで、以下の機能を果たすことを目指します。

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などと連携して、地域の保険・医療・介護・福祉など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、高齢者ケアなどを含む）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など）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）を提供することができる。

具体的には以下の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

## 2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか

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) 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指す。
- 2) 2、3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指す。
- 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指します。
- 4) 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、看取りなど保健・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及び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。
- 5) 3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ション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記録）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、更には検査・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（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ポートフォリオ（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、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、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するためのシャドウイングを実施します。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。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や救命救急室等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（シュミ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中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て、地域の実地医家と交流することで、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、学校保健活動等を学び、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、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、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。
- ・ なお、本研修 PG においては月に1回「GP Core」という専攻医向けの学習会を開催しており、総合診療の様々な理論やモデルのワークショップや症例発表と議論の機会を提供しています。指導医も多く参加し、様々な講義やアドバイスを提供します。

### 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、更には日本医師会生涯教育制度及び日本プライマリ・ケア連合学会等における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 PG では、筑波大学総合診療科ならびに東京医科大学総合診療医学講座と連携しながら、臨床研究に携わる機会を提供する予定です。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

基幹施設（河北ファミリークリニック南阿佐谷）

総合診療専門研修 I

	月	火	水	木	金	土	日
08:00-08:45 総合診療勉強会・症例カンファレンス	在宅カンファレンス	外来カンファレンス				抄読会	
08:45-09:00 在宅多職種カンファ							
08:45-09:00 センターミーティング							
09:00-12:45 外来診療/訪問診療	外来	外来	訪問	訪問		外来	
13:45-17:30 外来診療/訪問診療	訪問	訪問	外来	外来		外来	
14:00-17:00 小児予防接種							
17:45-18:00 在宅申し送りカンファ							
18:00-19:00 総合診療勉強会（1回/月）							
18:00-19:00 ガイドライン勉強会（1回/月）							
18:00-19:00 ポートフォリオ勉強会（2回/月）							
平日待機（1～2回/週）、土日の待機（1回/月）							

連携施設（東京医療センター）

総合診療科（総合診療専門研修 II）

	月	火	水	木	金	土日
7:00	診療チーム打ち合わせ			診療チーム回診	勉強会	必要時に回診等
7:30	業務連絡会（8:00）	新入院カンファレンス	新入院カンファレンス	Reflection-Review	新入院カンファレンス	
9:00	初診外来	病棟	病棟	二次救急	研修医外来プリセプター	
13:00	病棟	病棟	再診外来	病棟	病棟	
16:00	外来カンファレンス	外来カンファレンス	外来カンファレンス	リハビリテーションカンファレンス	外来カンファレンス	
17:15		EBM勉強会	報告・相談カンファレンス			
18:00	診療チーム振り返り	診療チーム振り返り	診療チーム振り返り	診療チーム振り返り	診療チーム振り返り	

連携施設（恵寿総合病院）

総合診療専門研修Ⅱ

【総合診療専門研修Ⅱ】						
	月	火	水	木	金	土
8:00～	家庭医療カンファ			合同カンファ	Dr.Baileyカンファ	
9:00～	病棟	リハビリ外来	病棟	漢方・緩和 外来	病棟	
10:00～						
11:00～						
12:00～	Lunch					
13:00～	病棟			病棟		
14:00～						
15:00～			家庭医療外来			
16:00～						
17:00～			カルテチェック			
18:00～	オープンカンファ			ホートフォ 検討会		

連携施設（水戸協同病院）

総合診療専門研修Ⅱ

		月	火	水	木	金
		8:15 朝カンファ	8:15 朝カンファ	8:15 朝カンファ	8:15 朝カンファ	8:15 朝カンファ
		9:30 ICU 回診	グランド カンファレンス 昼食	9:30 ICU 回診	9:30 ICU 回診	9:30 ICU 回診
		病棟/外来		病棟/外来	病棟/外来	病棟/外来
		昼食	12:00 昼レクチャー	昼食	昼食	昼食
P M	2 東	13:30 循内カンファ		13:00 消内カンファ		13:30 病棟カンファ
	2 西	13:30 呼内カンファ			13:30 病棟カンファ	13:30 リ内カンファ
	3 東	15:00 代内カンファ	14:00 腎内カンファ	13:30 病棟カンファ		
	15-16 病棟回診または教育回診					

連携施設（恵寿総合病院）

産婦人科

【産婦人科】						
	月	火	水	木	金	土
8:00～	産科カンファ			合同カンファ	Dr.Baileyカンファ	
9:00～	外来	家庭医療外来	外来			
10:00～						
11:00～						
12:00～	Lunch	カルテチェック	Lunch			
13:00～	Lunch		病棟	1ヶ月検診 妊婦健診	手術	
14:00～	病棟					
15:00～	胎児超音波	手術				
16:00～						
17:00～			debriefng			
18:00～	オープンカンファ			ホートフォ 検討会		

## 連携施設（河北総合病院）

### 内科

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-9:00 朝カンファレンス	腎臓内科抄読会	症例カンファレンス	消化器内科外科	各科部長講義	膠原病抄読会		
9:00-12:00 病棟業務	院内透析		院内透析		ブラッドアクセス手術		
10:00-12:00 午前外来						内科専門外来	
10:00-12:00 午前検査	消化器内視鏡	心臓カテーテル検査	肝臓生検	消化器内視鏡	心臓カテーテル検査		
13:00-17:30 午後外来			CAPD外来				
13:00-17:30 午後検査	気管支鏡検査		気管支鏡検査	消化器内視鏡	内視鏡検査	消化器内視鏡	
18:00- カンファレンス	CPC/デスカンファレンス	感染症カンファ	内科合同カンファ			腎臓生検病理カンファ	
平日宿直（2-3回/月）、土日の日直・宿直（1回/月）							

### 小児科

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-9:00 朝カンファレンス							
9:00-12:00 病棟業務							
9:00-12:00 午前小児科外来	アレルギー	発達	神経/アレルギー	アレルギー	発達・内分泌		
13:00-16:00 午後小児科外来	予防接種	腎臓	神経/思春期発達	神経/発達	乳幼児健診		
13:00-17:00 小児救急外来							
16:00-17:00 症例カンファレンス	抄読会						
17:00-17:30 入院患者申し送り							
平日宿直（1回/週）							

救急科

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-9:00 朝カンファレンス							
9:00-12:00 午前救急外来							
9:00-12:00 午前救急搬送対応							
13:00-16:00 午後救急外来							
13:00-16:00 午後救急搬送対応							
16:00-17:00 症例カンファレンス							
平日宿直 (2-3回/月)、土日の日直・宿直 (1回/月)							

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

月	全体行事予定
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 研修開始                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ SR1：オリエンテーション（3週間）専攻医および指導医と共に研修手帳に基づき、研修目標とスケジュール確認</li> <li>➢ SR2、SR3、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、指導医と共に研究発表内容の検討、決定</li> </ul> </li> <li>● 指導医・PG 統括責任者：前年度の指導実績報告の提出</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ SR2、SR3、SR4：指導医と共に研究発表内容の検討、決定</li> <li>● 第1回研修管理委員会：研修実施状況評価、修了判定</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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"> <li>➢ SR1：研修フィードバック（指導医との面談）</li> <li>➢ SR2、SR3、SR4：研究中間報告</li> </ul> </li> <li>● 日本プライマリ・ケア連合学会参加（発表）（開催時期は要確認）</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 次年度専攻医の公募および説明会開催</li> <li>● 研修修了者 専門医試験</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 日本プライマリ・ケア連合学会ブロック支部地方会演題公募（詳細は要確認）</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 専攻医公募締切（9月末）</li> <li>● 第2回研修管理委員会：研修実施状況評価                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ SR1：研修フィードバック（指導医との面談）</li> </ul> </li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 日本プライマリ・ケア連合学会ブロック支部地方会参加（発表）（開催時期は要確認）                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ SR1、SR2、SR3、SR4：研修手帳の記載整理（中間報告）</li> </ul> </li> <li>● 次年度専攻医採用審査（書類及び面接）</li> </ul>

1 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● SR1、SR2、SR3：研修手帳の提出（中間報告）</li> </ul>
1 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 指導医ミーティング（専攻医評価）</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ SR1：研修フィードバック（指導医との面談）</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ SR2、SR3、SR4：研修フィードバック（指導医との面談）</li> <li>● 第3回研修PG管理委員会：研修実施状況評価、採用予定者の承認</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● その年度の研修終了</li> <li>➤ SR1、SR2、SR3、SR4：研修手帳の作成（年次報告）（書類は翌月に提出）</li> <li>➤ SR1、SR2、SR3、SR4：研修PG評価報告の作成（書類は翌月に提出）</li> <li>● 指導医・PG統括責任者：指導実績報告の作成（書類は翌月に提出）</li> </ul>

### 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5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、文化などのコンテクスト（※）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。（※コンテクスト：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）
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。
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。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。
4. 地域包括ケア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。
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、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。
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6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。（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. 以下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. 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・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	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・検査等以下に示す、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（膣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）
8. 生体標本（喀痰、尿、膣分泌物、皮膚等）に対する顕微鏡的診断
9. 呼吸機能検査
10. オーディ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）

- 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）
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・ギプス法

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  
 ※ 詳細は総合診療専門医 専門研修カリキュラムの経験目標 1 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（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。

##### （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。

- 外来症例検討会（週1回）  
 専攻医が外来で学んだ症例、困難事例などを発表し、BPS model、家族ケア、統合的ケア、IPW など総合診療特有のアプローチ方法に基づいて症例を検討する。
- カルテチェック（月1回）  
 外来で入院や救急につながった症例、ヒヤリハット症例など、指導医が専攻医のカルテチェックより抽出した症例について検討する。

##### （イ）在宅医療

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。

- 在宅症例検討会（週1回）

毎週、訪問診療患者の中で新規導入となった症例、入院となった症例、困難症例などを抽出して症例検討、振り返りを行う。

- 在宅合同カンファレンス（週 3 回）  
朝の 15 分間、医師、看護師、PT/OT、事務スタッフによる訪問ケースの情報共有とショートディスカッションからなるカンファレンスを行う。
- 多職種カンファレンス（月 1 回）  
毎月第 3 火曜日、ハーフデイバックに合わせて開催されるセンターの専門職全員によるケース検討会。多職種のアプローチ方法や、チームで患者・家族をみることを積極的に学ぶ機会となるカンファレンス。

#### （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。

- 内科カンファレンス（週 1 回）
- CPC カンファレンス（月 1 回）
- デスカンファレンス（月 1 回）

### 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

- 学生・研修医に対して 1 対 1 の教育をおこなうことができる。
- 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。
- 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

- 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。
- 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。

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、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 PG および地域医療についての考え方

本研修 PG では、河北家庭医療学センターを基幹施設とし、東京区西部と僻地医療などに従事する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。ローテート研修にあたっては下記の構成となります。

1. 総合診療専門研修は診療所・中小病院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。当 PG では河北ファミリークリニック南阿佐谷において総合診療専門研修Ⅰを19～28ヶ月、東京医療センター、水戸協同病院、または恵寿総合病院において総合診療専門研修Ⅱを6ヶ月、合計で28～34ヶ月の研修を行います。
2. 必須領域別研修として、河北総合病院、水戸協同病院もしくは東京医療センターにて内科12ヶ月、小児科3ヶ月、救急科3ヶ月の研修を行います。
3. その他の領域別研修として、東京・新宿メディカルセンターにて2ヶ月間の緩和ケア研修を行います。また、河北ファミリークリニック南阿佐谷における総合診療専門研修Ⅰの期間に週に半日、クリニック内の他科（整形外科、皮膚科など）の外来研修を専攻医の意向を踏まえて決定します。
4. 選択研修として3ヶ月間をプログラムしており、恵寿総合病院での産婦人科研

修、もしくは連携施設群で総合診療Ⅱ、内科、小児科、救急科を選択することができます。産婦人科を選択した場合、恵寿総合病院での研修に引き続き、6か月の総合診療Ⅱの研修を行うことで、総診Ⅱ研修期間中も産婦人科のスキルを臨床に有効に活かすことができます。

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、本研修 PG 管理委員会が決定します。

## 8. 専門研修 PG の施設群について

本研修プログラムは基幹施設 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 東京区西部及び 区西北部の 2 つの二次医療圏、および僻地医療を担っている石川県七尾市に位置しています。各施設の診療実績や医師の配属状況は 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

河北ファミリークリニックが専門研修基幹施設となります。クリニックは、急性期総合病院（河北総合病院）より徒歩 10 分と比較的近距离に位置するため、プライマリ・ケアを提供する診療所として十分に機能すると同時に、必要時には各科専門医との連携を主体に深いレベルでのプライマリ外来診療を経験することができます。また、在宅療養支援診療所で在宅医療の症例が豊富であり、また河北訪問看護・リハビリステーションをはじめ、地域包括支援センターや MSW などの病院相談部門との連携も密であり、地域で活躍できる「総合診療医・家庭医」に必要な総合力を養います。

- 区西部（二次医療圏）強化型在宅療養支援診療所
- 家庭医外来：月平均 2,500 名程度の外来患者数。初診患者を適切に診察し、診断、そして初期治療を行なう能力とともに、患者指導や継続して診る力を養成する。都市部での外来を反映して、0 歳から 100 歳以上の超高齢者まで幅広い患者層に対応している。
- 訪問診療：月平均 150 件を越える訪問診療および 24 時間対応の救急往診を行なう。在宅で最期を迎える悪性腫瘍の患者、脳梗塞後遺症などの慢性疾患、難病、そして小児までを支える本格的な在宅ケアを展開する。
- クリニックと同一建物にある河北訪問看護・リハビリステーションとの密な協働を行い、Inter-professional Work (IPW) について学習を積むことが可能。
- <http://kawakita.or.jp>

## 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。全て、診療実績基準と所定の施設基準を満たしています。

- 独立行政法人 国立病院機構 東京医療センター
  - 区西部（二次医療圏）急性期病院
  - 総合内科：外来患者数は一日平均 152.7 名（平成 25 年度実績）、年間延べ 37,265 名（新患率 33.4%）です。診療体制は原則的に初診 4 診、再診 4 診の 8 ブースで対応しています。初診外来では、一般的な内科系愁訴や紹介状を持たない患者さん、受診科が不明な患者の診療に従事しています。地域の先生方からは、診断困難な症状、複数の疾患が併存し、どの診療科が管理すべきか迷う方などのご紹介もいただいています。再診外来では高血圧、糖尿病、喘息などの内科系慢性疾患を地域医療機関との連携を重視しながら診療しています。入院診療では、感染症、糖尿病、脳血管障害などの患者さんを多く担当し、地域の住宅医療機関と連携しつつ、介護・療養が主問題となっている高齢者の診療にも力を入れています。平成 25 年度の年間入院数は 1,863 名で、総合内科は 1 日あたり平均 105.3 名の入院患者さんを担当していました。
  - <http://www.ntmc.go.jp>
  
- 独立行政法人 地域医療機能推進機構 JCHO 東京新宿メディカルセンター
  - 区西部（二次医療圏）急性期病院
  - 緩和ケア内科：緩和医療専門医、精神科医、がん性疼痛看護認定看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーがそれぞれの知識と技術を結集して、がんによる苦痛を緩和する「緩和ケアチーム」が活躍しています。緩和ケア病棟は、患者と家族が生活する場であることを大切に、明るく静かで暖かい環境となるように工夫されています。緩和ケアとは、がんによって生じる痛み、息苦しさなどのつらい症状や、悩み・不安などを和らげ、その人らしく穏やかな生活を送れるように、様々な専門家が協力し合って行うケアです。病棟の他に、緩和ケア外来でも研修が行われています。
  - <http://www.tokyokita-jadecom.jp>
  
- 社会医療法人 董仙会 恵寿総合病院
  - 能登中部（二次医療圏）急性期病院
  - 一般病棟 282 床、回復期リハビリテーション病棟 47 床、地域包括ケア病棟 47 床、障害者病棟 40 床
  - 恵寿総合病院は石川県七尾市に位置し、市内の旧能登島町、旧中島町、隣接する旧富来町といった総務省により過疎地域とみなされる区域を含む能登半島中部の地域中核病院で、石川県においてはへき地医療拠点病院を支援する病院としても指定されている。
  - 病院では家庭医療科が中心に緩和医療科、産婦人科と協働して「家族みんなの医療センター」として、胎内に宿る前から分娩、急性期疾患から終末期・看取りまでと家族を含め幅広く外来・入院診療を提供している。

- 小児科においては、乳幼児健診、予防接種、幅広い外来診療を提供し、家庭医療科と共同して夜間診療も提供している。
  - 救急科においては、救急科専門医が常勤し、救急搬送患者からウォークイン救急まで幅広い救急医療を提供し、家庭医療科も救急科の診療体制の一部を担っている。
  - 内科においては、呼吸器、血液、消化器、循環器、腎臓、神経、内分泌の各専門医が常勤し、膠原病の非常勤医も含め幅広く専門医療を提供している。
  - <http://www.keiju.co.jp>
- 茨城県厚生連総合病院 水戸協同病院（筑波大学付属病院水戸地域医療教育センター）
- 水戸（二次医療圏）急性期病院
  - 一般病棟 401 床
  - 水戸協同病院は水戸地域医療教育センターを設置し 10 年目を迎えた。これまで 177 名の初期研修医が研修を行った。
  - 水戸地域の医療課題である医師不足、医師の偏在、看護師、薬剤師やコメディカルの人材不足という環境の中で、地域全体の問題を取り上げ地域病院としての役割、使命を果たしている。
  - 総合診療科は、臓器別専門科にとらわれずに、広くあらゆる健康問題に対応し、心のケアにも配慮して全人的な医療を提供することを目標としている。具体的には、診断のついていない初診患者を担当し、どの科の病気かわからない、問題点が複数あり、どの科で対処するかわからないなどの問題に対し、各専門科と協力して対処している。
  - 1 年間で 1 人あたり、入院内科症例約 400 例、内科外来約 500 例、内科救急約 600 例を経験できる。毎週、レジデント研修サポートミーティングに出席して、教育手法やレジデント管理、チームダイナミクスを学ぶ。
  - <http://www.mitokyodo-hp>

## 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（図 1）。専門研修施設群は東京都内にあり、大病院、中規模の地域支援病院、診療所から成ります。また、家庭医療学センターに属する河北訪問看護・リハビリステーション阿佐ヶ谷、内科・小児科・救急科研修を行なう急性期病院（河北総合病院）、および地域の訪問看護ステーションをはじめ、介護関連施設である地域包括支援センター、認知症対応型グループホーム、有料老人ホームなど含んだ医療・福祉・介護施設と密接に関わりながら（図 2）、総合診療研修 I が運営されるため、杉並区の地域包括ケアを実践することができます。

図 1 : 研修体制

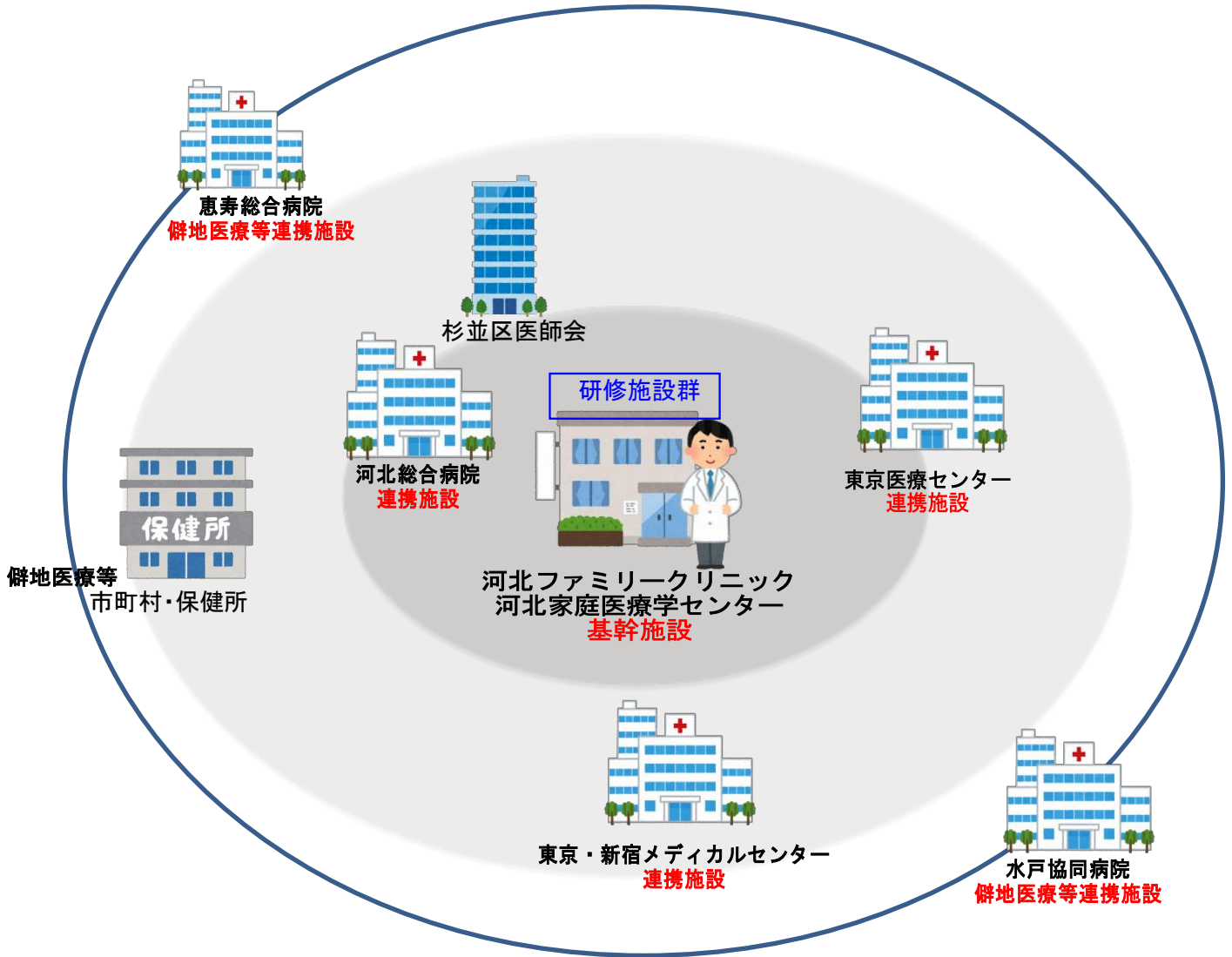
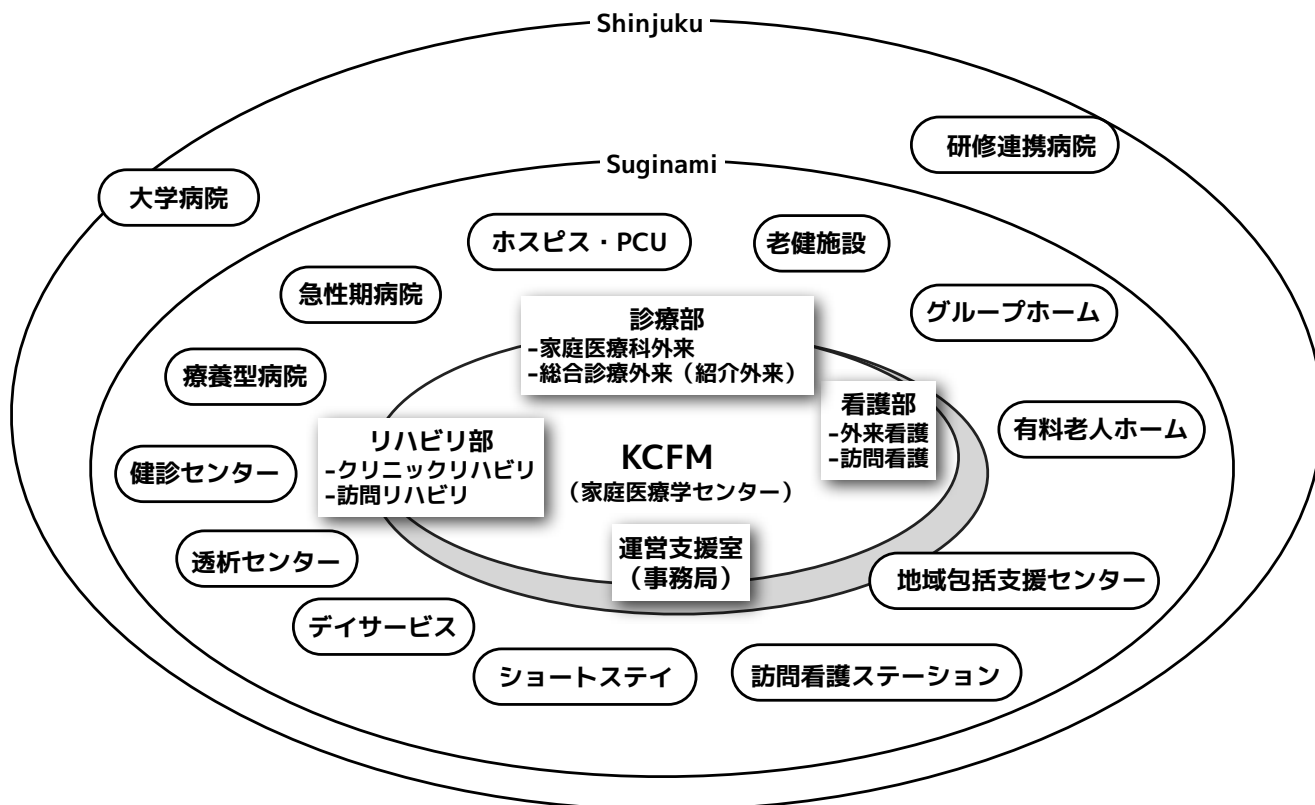


図 2 : 研修協力機関と杉並区の地域包括ケア





## 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 及び II を提供する施設で指導にあたる総合診療専門研修指導医×2です。4 学年の総数は総合診療専門研修指導医×8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。

2017年7月現在、本プログラム内には総合診療専門研修指導医が3.2人在籍しており、この基準に基づくと毎年6.4人が最大受入数ですが、当プログラムでは毎年2名を定員と定めております。

## 10. 施設群における専門研修コースについて

図3に本研修PGの施設群による研修コース例を示します。専攻医1年目は基幹施設である河北ファミリークリニックでの3ヶ月間の総合診療専門研修Ⅰからスタートします。研修期間中、総合診療Ⅰ・Ⅱ・内科・救急科・小児科の必須専門研修と緩和ケア研修を行います。

将来、病院の総合診療医として活躍したい専攻医は、内科もしくは総合診療Ⅱの研修を3か月延長し病棟での診療技術を深めることができます。将来、診療所で総合診療医として活躍したい専攻医は、6か月間の内科と総合診療Ⅱの同時研修と、最長28か月のクリニック研修を行うことができます。選択研修の1つとして産婦人科3か月を設けており、医療過疎地域の診療所での勤務にも対応できるようにしています。また、河北サテライトクリニックでの研修の際には、専攻医のニーズに応じて週に半日は皮膚科、整形外科、産婦人科などで外来研修を行い、必須研修では不足している知識や技能を補います。

図3：研修ローテーション例

(将来、病院の総合診療医として活躍する場合)

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
Year 1	クリニック (外来&訪問診療)		救急科			内科						
						Half Day Back						
Year 2	クリニック (外来&訪問診療) Half Day Back		小児科			内科						
						One Day Back			Half Day Back			
Year 3	総合診療科						クリニック(外来&訪問診療)					
	One Day Back						選択外来研修(週1日)					
Year 4	緩和ケア研修		クリニック(外来&訪問診療)									
	One Day Back											

(将来、診療所の総合診療医として活躍する場合)

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
Year 1	クリニック (外来&訪問診療)			救急科			内科					
							Half Day Back					
Year 2	クリニック (外来&訪問診療) Half Day Back			小児科  One Day Back			総合診療科					
							Half Day Back					
Year 3	産婦人科研修* (恵寿総合病院)			クリニック(外来&訪問診療)								
				選択外来研修(週1日)								
Year 4	緩和ケア研修		クリニック(外来&訪問診療)									
	One Day Back											

\*選択研修

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。

## 1 1. 研修施設の概要

### 河北ファミリークリニック南阿佐谷

- |          |   |
|----------|---|
| 専門医・指導医数 | ・ 総合診療専門研修指導医 7 名 (家庭医療専門医 3 名、日本プライマリ・ケア連合学会認定医 4 名)   |
| 病床数・患者数  | ・ 病床 なし<br>・ のべ外来患者数 2,300 名/月、のべ訪問診療件数 150 件/月   |
| 診療所の特徴   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来での初診診療では、河北総合病院 各専門科と連携して、入院を要するような急性期の患者から慢性期の患者まで、様々な疾患をもつ患者の診断と治療を行っている。</li> <li>・ 小児から高齢者まで幅広い患者層を持ち、生活習慣病のケアについては看護師、PT/OT、栄養士、ソーシャルワーカー、事務スタッフとともに多職種協働を基盤とした診療を展開している。</li> <li>・ 区西部医療圏で積極的に在宅医療にも取り組む強化型・在宅療養支援診療所として認定されており、河北総合病院と連携して積極的に在宅看取りも含めた包括的な診療を提供している。日本在宅医療学会認定在宅医療専門医研修施設、日本緩和医療学会認定研修施設である。</li> <li>・ 杉並区医師会および河北総合病院小児科との連携において小児診療、予防接種、乳幼児健診や産業医、学校医活動にも積極的に取り組む。</li> <li>・ 河北訪問看護・リハビリステーション阿佐ヶ谷が併設されており、カンファレンス、勉強会などを通じて IPW を日々実践できる環境にある。</li> </ul> |

河北総合病院（内科、小児科、救急科）

専門医・指導医数

- ・ 総合内科専門医 12名
- ・ 小児科専門医 8名
- ・ 救急科専門医 3名

診療科・患者数

- ・ 内科：入院患者総数 681名／月
- ・ 小児科：のべ外来患者数 18,105名／月
- ・ 救急科：救急による搬送等の件数 2,500件／年

病院の特徴

- ・ 407床の急性期ベッドを有し、杉並区の地域支援病院、基幹型臨床研修病院等の指定を受け、広汎な初期診療から救急医療を提供している。
- ・ 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、血液内科、膠原病・リウマチ科、感染症科、腎臓科を持ち、地域への専門医療を提供している。
- ・ 小児科では、地域の小児科医と密な連携をとりながら、15歳以下の外傷を除く身体疾患・精神発達の問題のほぼ全領域を診療対象としており、重点領域としてアレルギー疾患、発達障害、小児心理診療などである。
- ・ 救急部は、二次救急医療機関指定・東京都CCUネットワーク加入・脳卒中急性期医療機関である河北総合病院の窓口として機能している。小児から老人まで、独歩来院や救急搬送など、内科系外科系を問わず様々な疾患、疾病の患者が来院する。

東京医療センター

名称 独立行政法人 国立病院機構 東京医療センター  
場所 東京都目黒区東が丘 2-5-1  
病床数 780床（一般730床 うち救命救急病床30床、精神50床）  
診療科目 内科 腎臓内科 血液内科 リウマチ・内科 内分泌内科 緩和ケア内科  
精神科 神経内科 呼吸器内科 消化器内科 循環器内科 アレルギー科  
小児科 外科 消化器外科 乳腺外科 整形外科 リハビリテーション科  
形成外科 脳神経外科 呼吸器外科 心臓血管外科 皮膚科 泌尿器科  
産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 救急科 放射線診断科 放射線治療科  
麻酔科 歯科 病理診断科 歯科口腔外科

恵寿総合病院

名称 社会医療法人財団 董仙会 恵寿総合病院  
場所 石川県七尾市富岡町 94番地  
病床数 426床  
看護基準 一般病棟入院基本料（7対1）、  
回復期リハビリテーション病棟入院料1（13対1）、  
地域包括ケア病棟入院料（13対1）、障害者施設等入院基本料1（10対1）

職員数	800名
診療科目	24科：外科、消化器外科、乳腺外科、内科、消化器内科、心臓血管外科、循環器内科、脳神経外科、神経内科、整形外科、呼吸器外科、形成外科、美容外科、産婦人科、家庭医療科、緩和医療科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、麻酔科、皮膚科、リハビリテーション科、放射線科

#### 東京・新宿メディカルセンター

名称	独立行政法人 地域医療機能推進機構（JCHO）
場所	東京都新宿区津久戸町 5-1
病床数	520床
開設年	開設年 昭和 27 年 10 月 22 日（平成 26 年 4 月 1 日に東京厚生年金より名称変更）
診療科目	整形外科／形成外科／リハビリテーション科／リウマチ科／外科／呼吸器外科／消化器外科／脊椎病科／脊椎脊髄外科／脳神経外科／脳神経血管内治療科／内科／神経内科／消化器内科／循環器内科／呼吸器内科／腎臓内科／糖尿病内分泌内科／血液内科／緩和ケア内科／皮膚科／泌尿器科／産婦人科／眼科／耳鼻咽喉科／小児科／精神科／放射線科／放射線診断科／放射線治療科／歯科・歯科口腔外科／麻酔科／病理診断科／救急科

#### 水戸協同病院

名称	JA 茨城県厚生連総合病院 水戸協同病院
場所	茨城県水戸市宮町 3-2-7
病床数	389床
開設年	開設年 昭和 16 年 6 月
診療科目	総合診療科／整形外科／スポーツ整形外科／形成外科／リハビリテーション科／膠原病リウマチ科／外科／乳腺外科／脳神経外科／内科／神経内科／消化器内科／循環器内科／呼吸器内科／腎臓内科／内分泌代謝・糖尿病科／皮膚科／泌尿器科／産婦人科／眼科／耳鼻咽喉科／小児科／精神科／放射線科／放射線診断科／歯科・歯科口腔外科／麻酔科／救急科

## 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 PG の根幹となるものです。以下に、「振り返り」、「経験省察権収録作成」、「研修目標と自己評価」について示します。

### 1. 振り返り（フィードバック）

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（資料1）の記録及び定期的な指導医との振り返りセッション

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います。専攻医には詳細 20 事例、簡易 20 事例のポートフォリオ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、ポートフォリオ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ポートフォリオの発表会を行います。

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. 評価ツール

振り返りの際、もしくはローテーション時など適時、以下の評価ツールを用いて評価を行います。

- mini-CEX（短縮版臨床評価テスト）
- CbD（Case-based Discussion）
- 360 度評価

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。

12 ヶ月間の内科研修の中で、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。

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。

#### 【緩和ケア科及び産婦人科ローテート研修中の評価】

緩和ケア科及び産婦人科のローテート研修においては、設定された研修目標に基づき、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。

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、最良作品型ポートフォリオ、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、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、その内容は河北家庭医療学センター 総合診療専門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、労働条件についての内容が含まれます。

### 1 4. 専門研修 PG 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 PG 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研修 PG 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 PG に対する評価を行います。また、指導医も専攻医指導施設、本研修 PG に対する評価を行います。専攻医や指導医等からの評価は、専門研修 PG 管理委員会に提出され、専門研修 PG 管理委員会は本研修 PG の改善に役立っています。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。

専門研修 PG 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の総合診療研修委員会に報告します。

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）が行われます。その評価にもとづいて専門研修 PG 管理委員会で本研修 PG の改良を行います。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の総合診療研修委員会に報告します。



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。該当する学術団体等によるサイトビジットが企画されますが、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

3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の総合診療研修委員会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PG統括責任者または専門研修連携施設担当者が専門研修PG管理委員会において評価し、専門研修PG統括責任者が修了の判定をします。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ポートフォリオを通じて、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PG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ポートフォリオを専門医認定申請年の4月末までに専門研修PG管理委員会に送付してください。専門研修PG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ってください。

## 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ので、その議論を参

考に当研修 PG でも計画していきます。

## 18. 総合診療研修の休止・中断、PG 移動、PG 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 カ月までとします。  
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、研修機関がそれぞれ規定の 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. 専門研修 PG 管理委員会

基幹施設である河北サテライトクリニック 河北家庭医療学センターには、専門研修 PG 管理委員会と、専門研修 PG 統括責任者(委員長)を置きます。専門研修 PG 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 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 PG 管理委員会は、専攻医および専門研修 PG 全般の管理と、専門研修 PG の継続的改良を行います。専門研修 PG 統括責任者は一定の基準を満たしています。

### 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ます。基幹施設に置かれた専門研修 PG 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 PG の改善を行います。

## 専門研修 PG 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総合診療研修委員会への専攻医の登録
- 専攻医ごとの、研修手帳及び最良作品型ポートフォリオの内容確認と、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ポートフォリオ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 PG に対する評価に基づく、専門研修 PG 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 PG 改良に向けた検討
- 専門研修 PG 更新に向けた審議
- 翌年度の専門研修 PG 応募者の採否決定
- 各専門研修施設の指導報告
- 専門研修 PG 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 PG 連絡協議会の結果報告

## 副専門研修 PG 統括責任者

PG 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 PG 統括 責任者を置き、副専門研修 PG 統括責任者は専門研修 PG 統括責任者を補佐しますが、当プログラムでは専攻医が 20 名を超えておりませんが、研修の質を高めるため副統括者を設置しています。

## 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認指導医

本プログラムには、総合診療専門研修特認指導医が総計 18 名、具体的には河北家庭医療学センターに 8 名、東京医療センターに 6 名、恵寿総合病院に 2 名、水戸協同病院に 2 名が在籍しております。

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 PG の指導医についてもレポートの提出などによりそれ

らを確認し、総合診療専門研修指導医講習会の受講を経て、理解度などについての試験を行うことでその能力が担保されています。

なお、指導医は、以下の 1)～7)のいずれかの立場の方で卒後経験 7 年以上の方より選任されており、本 PG においては 1) の家庭医療専門医 3 名、プライマリ・ケア認定医 4 名となっています。

- 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(日本臨床内科医会認定専門医等)
- 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
- 7) 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

## 2 1. 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

PG 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。総括的评价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。

河北家庭医療学センターにて、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评价、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。

PG 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. 専攻医の採用方法

### 採用方法

河北家庭医療学センター 総合診療専門研修 PG 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。PG への応募者は、研修 PG 責任者宛に所定の形式の『河北家庭医療学センター 総合診療・家庭医研修プログラム 応募申請書』および履歴書を提出してください。申請書は(1) 河北総合病院website (<http://kawakita.or.jp>)よりダウンロード、(2) 電話で問い合わせ(03 3339 2197)、(3) e-mail で問い合わせ (kenshu-jim@kawakita.or.jp)、のいずれの方法でも入手可能です。原則として10月中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12月の河北家庭医療学センター 総合診療専門研修 PG 管理委員会において報告します。

### 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、河北家庭医療学センター総合診療専門研修 PG 管理委員会 (kenshu-jim@kawakita.or.jp) 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