

船橋二和病院総合診療専門研修プログラム

(2017年8月20日)

目次

1. 船橋二和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. 地域医療の経験（病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など）
6. 学問的姿勢について
7. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性などについて
8. 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
9. 研修プログラムの施設群
10. 専攻医の受け入れ数について
11. 施設群における専門研修コースについて
12. 研修施設の概要
13. 専門研修の評価について
14. 専攻医の就業環境について
15. 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
16. 修了判定について
17. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
18. Subspecialty 領域との連続性について
19. 総合診療専門研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件
20. 専門研修プログラム管理委員会
21. 総合診療専門研修特任指導医
22. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について
23. 専攻医の採用

1. 船橋二和病院総合診療専門研修プログラムについて

現在、地域医療は地域の病院・診療所の医師によって支えられています。現在も急速に進行しつつある日本社会の高齢化に対応していくためには、健康にかかわる諸問題に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付けられました。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。

こうした制度の理念に則って、船橋二和病院総合診療専門研修プログラムは、無差別平等の立場に立ち、地域を知り、地域で果たすべき役割を自覚し、住民・患者に寄り添って医療活動を行う事、地域の健康増進に貢献する事ができる医師を養成する事を目的としており、地域住民、各種団体、ボランティアや多職種・健康友の会等の理解と協力のもとで研修できる環境を整えています。

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する。
- 2) 総合診療部門(総合診療科・総合内科等)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持つ患者への包括的ケア）を提供する。

本研修プログラムにおいては指導医が専攻医の皆さんの教育・指導に当たりますが、専攻医自身も主体的に学ぶ姿勢を持つことが大切です。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、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。本研修プログラムでの研修後に皆さんは標準的な医療を安全に提供し、疾病の予防に努めるとともに将来の医療の発展に貢献できる総合診療専門医となります。

本研修プログラムでは、①総合診療専門研修Ⅰ（外来診療・在宅医療中心）、②総合診療専門研修Ⅱ（病棟診療中心）、③内科、④小児科、⑤救急科の5つの必須診療科と選択診療科で3年間の研修を行います。このことにより、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という総合診療専門医に欠かせない7つの資質・能力を効果的に修得することが可能になります。また、無

差別・平等の医療を日々追求し、健康の社会的決定要因を重視した医療を学び、実践します。本研修プログラムは専門研修基幹施設（以下、基幹施設）と専門研修連携施設（以下、連携施設）の施設群で行われ、それぞれの特徴を生かした症例や技能を広く、専門的に学ぶことができます。

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）3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。主たる研修の場は内科研修と総合診療Ⅱとなります。
- ・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。主たる研修の場はその他の選択領域と小児科・救急科となります。
- ・3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。主たる研修の場は総合診療研修Ⅰとなります。
- ・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。
- ・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）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）などを実施します。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、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を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、船橋二和病院が開催する各種講習会、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、更には日本医師会生涯教育制度及び関連する学会に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ます。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、千葉大学予防医学センターや亀田ファミリークリニック館山と連携しながら、千葉県内研修医交流会や千葉民医連学術運動交流集会、全日本臨床研修交流会などで、演題発表をおこない、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（船橋二和病院）

総合診療専門研修Ⅱ（週間スケジュール（モデル））

	月	火	水	木	金	土	日
		抄読会			総合診療学習会	日当直 病棟診療 外来 など	
午前	外来	病棟	病棟	医師カンファ	外来		
午後	チームカンファ	チームカンファ	病棟	病棟	フィードバック 経験省察研修録		
夜間	救急学習会	CC・CPC					

平日宿直（1～2回／週）、土日の日直一宿直（1回／月）

内科

	月	火	水	木	金	土	日
		抄読会			総合診療 学習会	日当直 病棟診療 外来 など	
午前	外来	回診	病棟	病棟	外来		
午後	病棟	病棟	病棟	カンファ	フィードバック 経験省察 研修録		
夜間	救急学習会	CC・CPC					

平日宿直（1～2回／週）、土日の日直一宿直（1回／月）

小児科

	月	火	水	木	金	土	日
		抄読会			小児科抄読会	日当直 病棟診療 小児科外 来 など	
午前	内科外来	小児科外来	小児科外来	病棟	小児科外来		
午後	予防注射	1ヶ月健診 学習会	乳児検診 予防接種 外来カンファ	慢性疾 患外来	病棟カンファ フィードバック		
夜間	救急学習会	CC・CPC	学習会				

平日宿直（1～2回／週）、土日の日直一宿直（1回／月）

整形外科

	月	火	水	木	金	土	日
		抄読会			総合診療 学習会	日当直 病棟診療 外来 など	
午前	外来	外来	外来	外来	外来		
午後	カンファ	手術	手術	病棟	フィードバック 経験省察 研修録		
夜間	救急学習会	CC・CPC					

平日宿直（1～2回／週）、土日の日直一宿直（1回／月）

外科

	月	火	水	木	金	土	日
		抄読会			総合診療 学習会	日当直 病棟診療	
午前	病棟	外来	外来	手術	外来	外来	
午後	カンファレンス 手術	病棟	手術	手術	フィードバック 経験省察 研修録	など	
夜間	救急学習会	CC・CPC					

平日宿直（1～2回/週）、土日の日直一宿直（1回/月）

リハビリテーション科

	月	火	水	木	金	土	日
		抄読会			総合診療 学習会	日当直 病棟診療	
午前	外来	病棟	病棟	病棟	病棟	外来	
午後	検査 カンファ	病棟 カンファ	検査 カンファ	病棟 カンファ	フィードバック 経験省察 研修録	など	
夜間	救急学習会	CC・CPC					

平日宿直（1～2回/週）、土日の日直一宿直（1回/月）

連携施設（さんむ医療センター）

総合診療 I

	月	火	水	木	金	土	日
9:00-12:00 総合診療外来業務							
13:00-16:00 午後病棟業務/訪問診療							
14:00-16:00 乳児健診/予防接種							
16:00-17:00 カンファレンス(曜日により緩和、小児、在宅、病棟、外来)							
13:00-17:00 救急外来							
平日宿直(1回/週)、土日の日直・宿直(1回/月)							

連携施設（東葛病院）

救急科

	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					

平日宿直（1～2回／週）、土日の日直一宿直（1回／月）

連携施設（船橋市立医療センター）

救急科

時	月	火	水	木	金	土	日
7:00	抄読会		講義				
	I C U ・ 救急病棟回診						
8:00	入院患者申し送り					I C U ・ 救急病棟回診	
						入院患者申し送り	
9:00	診療業務 (救急外来、I C U、病棟、ドクターカー)						
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00	I C U ・ 救急病棟回診						
	救急外来、病棟申し送り						
17:00							

連携施設（北部診療所）

そのたの領域（総合診療）

	月	火	水	木	金	土	日
午前	基幹施設 外来	外来	外来	外来	外来	外来	
午後	基幹施設 カンファ	カンファ	訪問診療	外来	訪問診療		
夜間	救急学習 会		夜間外来				

連携施設（南浜診療所）

その他の領域（総合診療）

		月	火	水	木	金	土	日
9:00-13:00	外来							
9:00-13:00	訪問診療							
13:00-14:00	多職種カンファレンス							
14:00-17:00	勉強会							
14:00-17:00	訪問診療							
14:00-17:00	乳児健診（月2回）							
17:00-18:00	症例カンファレンス							
18:00-21:00	外来							

連携施設（亀田ファミリークリニック館山）

その他の領域（総合診療）

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00 朝在宅申し送り							
9:00-12:30 総合診療外来							
9:00-16:00 訪問診療							
13:10-13:50 レクチャー・カンファレンス等							
14:00-17:30 総合診療外来							
17:30-18:00 在宅カンファレンス							
平日夜間当番（1回/週）、土日の夜間当番（1回/月）							

連携施設（千葉大学医学部附属病院総合診療部）

その他の領域（総合診療）

	月	火	水	木	金	土	日
7:30-8:00 病棟業務（朝）							
7:30-8:00 総合診療コア・カンファレンス（ポートフォリオ作成支援/プライマリ・ケア勉強会）*1							
7:30-8:00 地域医療カンファレンス*1							
8:30-16:00 外来（初診・再診）及びプリセプティング							
16:00-17:00 病棟業務（夕）							
15:00-17:00 外来カンファレンス							
17:00-18:00 入院カンファレンス							
17:00-18:00 千葉市立青葉病院内科合同カンファレンス（月1回）							
15:00-17:00 英語カンファレンス/General Medicine Workshop（外国人医師）							
17:00-18:00 抄読会/症候学レクチャー/ハンズオンセミナー など							
オンコール：平日1～2回/月、土または日1回/月							

*1 病棟業務(朝)を調整して参加すること。

連携施設（六ヶ所村家庭医療センター）

その他の領域（総合診療）

1週間の研修(勤務)モデル

	月	火	水	木	金	土
午前	外来診療 検査	外来診療 検査	外来診療 検査	外来診療 検査	外来診療 検査	—
午後	外来診療	外来診療	**IPEカンファ 訪問診療	訪問診療	外来診療	—
夜間等	*PCM カンファ	PCM カンファ	夜間診療	PCM カンファ	PCM カンファ	—

*PCM(Patient Centered Method)に基づいたカンファランスを行います。この中でEBM、NBMの検討も行います。

** IPE(Interprofessional Education)実際のケースワークを基本にした多職種カンファランスでの学習です。

- 担当外来コマ数…週に10回 ※半日を1コマとして
- 病棟受持患者数…平均5人
- 当直平均回数…月に8回
- 外部研修…要相談

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"> ・ 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、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・PG統括責任者:前年度の指導実績報告の提出
5	<ul style="list-style-type: none"> ・ 総合診療専門研修管理委員会:研修実施状況評価、修了判定
6	<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 ・ 日本プライマリーケア連合学会参加(発表)(開催時期は要確認)
7	<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 ・ 千葉県内臨床研修医交流会
8	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日本プライマリー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) ・ 家庭医療学夏期セミナー
9	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公募締切(9月末)
10	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日本プライマリー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) ・ SR1、SR2、SR3: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) ・ 総合診療専門研修管理委員会:研修実施状況評価、採用予定者の承認
11	<ul style="list-style-type: none"> ・ SR1、SR2、SR3:研修手帳の記載提出(中間報告) ・ 臨床研修交流会
12	<ul style="list-style-type: none"> ・ 総合診療専門研修管理委員会:研修実施状況評価
1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経験省察研修録発表会
2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 学術運運動交流集会(全日本・千葉)(開催時期は要確認)
3	<ul style="list-style-type: none"> ・ その年度の研修終了 ・ SR1、SR2、SR3:研修手帳の作成(年次報告)(書類は翌月に提出) ・ SR1、SR2、SR3:研修PG評価報告の作成(書類は翌月に提出) ・ 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)

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、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に貢献する必要がある。
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、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	嗄声	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ーのみ掲載）

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。
- 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・静脈注射・点滴・成人及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及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)

(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・IGLS 講習会 (JMECC)、
- ③ 外科救急 (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

職務を通じた学習をにおいて、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。

5. 地域医療の経験(病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など)

1) 適切な医療・介護連携を行うために、介護保険制度の仕組みやケアプランに則した各種サービスの実際、更には、介護保険制度における医師の役割および医療・介護連携の重要性を理解して下記の活動を地域で経験する。

(1) 介護認定審査に必要な主治医意見書の作成

(2) 各種の居宅介護サービスおよび施設介護サービスについて、患者・家族に説明し、その適応を判断

(3) ケアカンファレンスにおいて、必要な場合には進行役を担い、医師の立場から適切にアドバイスを提供

(4) グループホーム、老健施設、特別養護老人ホームなどの施設入居者の日常的な健康管理を実施

(5) 施設入居者の急性期の対応と入院適応の判断を、医療機関と連携して実施

2) 地域の医師会や行政と協力し、地域包括ケアの推進や地域での保健・予防活動に寄与するために、以下の活動を経験する。

(1) 特定健康診査の事後指導

(2) 特定保健指導への協力

(3) 各種がん検診での要精査者に対する説明と指導

(4) 保育所、幼稚園、小学校、中学校において、健診や教育などの保健活動に協力

(5) 産業保健活動に協力

(6) 健康教室（高血圧教室・糖尿病教室・高脂血症教室など）の企画・運営に協力

主治医として在宅医療を10症例以上経験する（看取りの症例を含むことが望ましい）

6. 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の教育をおこなうことができる。
- 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。

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。

7. 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、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、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

8. 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

本研修プログラムでは船橋二和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。当プログラムでは船橋二和病院において総合診療専門研修Ⅱを6ヶ月、さんむ医療センターで総合診療専門研修Ⅰ（へき地研修として）を12ヶ月、合計で18ヶ月の研修を行います。
- ②必須領域別研修として、船橋二和病院にて内科12ヶ月、小児科3ヶ月、船橋市立医療センター又は東葛病院にて救急科3ヶ月の研修を行います。
- ③その他の領域別研修として、船橋二和病院（内科・整形外科・小児科・外科・リハビリテーション科）・千葉健生病院（総合診療）・北部診療所（家庭医療）・南浜診療所（家庭医療）・亀田ファミリークリニック館山（家庭医療科）・千葉大学医学部附属病院総合診療部（総合診療・診断学）、六ヶ所村家庭医療センター（総合診療・へき地医療）での研修を選択することが出来ます。また、初期臨床研修で外科を選択していない場合はこの選択期間の中で、船橋二和病院の外科を選択することとします。最短1ヶ月以上、合計6ヶ月の範囲で選択が可能とし、専攻医の意向を踏まえて決定します。
- ④3年間を通じて、週1回は、基幹施設である、船橋二和病院で外来診療を継続します。（へき地研修時を除く）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、原則的に図2に示すような形で実施しますが、総合診療専攻医の総数や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、総合診療専門研修管理委員会が決定します。

9. 専門研修プログラム 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9の合計10施設の施設群で構成されます。施設は千葉県内の東葛南部、東葛北部、千葉、安房、山武長生夷隅、及び青森県の上十三地域保健医療圏の6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

船橋二和病院が専門研修基幹施設となります。（東葛南部医療圏の船橋市において、急性期から慢性期まで幅広く担う急性期病院です。）

専門研修連携施設

本研修 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。

- ・東葛病院（千葉県東葛北部医療圏の流山市において中核を担う急性期病院です。）
- ・船橋市立医療センター（千葉県の東葛南部医療圏の3次救急病院である。救急専門研修指導医が常勤しており、2次救急症例を多数経験でき、3次救急の症例も豊富です。）

- ・北部診療所（千葉医療圏の強化型在宅支援診療所である。総合診療専門研修特任指導医が常勤している。小児から高齢者の幅広い年齢層、急性期から慢性疾患管理への対応を行っています。）
- ・亀田ファミリークリニック館山（千葉県の安房医療圏の総合診療医養成診療所です。総合診療専門研修特任指導医が多数常勤しており、千葉県南房総地域の人口過疎地域にあり、小児科も含めた外来医療、在宅医療の症例が豊富。）
- ・南浜診療所（東葛南部医療圏の強化型在宅支援診療所である。総合診療専門研修特任指導医が常勤している。小児から高齢者の幅広い年齢層、急性期から慢性疾患管理への対応を行っている。）
- ・六ヶ所村家庭医療センター（上十三地域保健医療圏の医療過疎地域に位置する各種専門診療を提供する急性期病院です）
- ・千葉大学医学部附属病院総合診療科（千葉県の千葉医療圏の大学病院です。総合診療専門研修特任指導医が常勤しており、総合診療の立場から診断学の研究が盛んです。）

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。

図1 船橋二和病院総合診療専門研修プログラム施設群



専門研修施設群の地理的範囲

本研修 プログラム の専門研修施設群は千葉県内5つの二次医療圏と青森県の二次医療圏計6つのにまたがります。施設群の中には、地域の中心的な急性期病院と中小病院や診療所、へき地医療の経験の場があり、それぞれ異なる地域性の特色ある医療活動を展開しています。基幹施設から遠い施設もありますが、定期的な学習会やカンファレンスの開催などをおこなっており、一貫した研修に支障はありません。

10. 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特任指導医×2です。3学年の総数は総合診療専門研修特任指導医×6です。本研修プログラム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、質の高い研修を保证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。

現在、本プログラム内には総合診療専門研修特任指導医が2名在籍しており、この基準に基づく毎年6名が最大受入数ですが、当プログラムでは毎年2名を定員と定めております。

11. 施設群における専門研修コースについて

図2に本研修プログラム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船橋二和病院（門前診療所である船橋二和病院附属ふたわ診療所を含む）で内科研修を行います。後半の6ヶ月は内科研修と総合診療専門研修Ⅱの平行研修とします。2年目の上期をその他の領域の選択研修期間とします。2年目の下期を船橋二和病院での小児科3ヶ月、船橋市立医療センターまたは東葛病院での救急3ヶ月の領域別必修研修とします。3年目をさんむ医療センターにて1年間の総合診療専門研修Ⅰ（へき地研修）とします。なお、3年間の研修期間中に外科・整形外科・産婦人科・精神科・放射線科と連携して幅広い疾患管理能力を習得するための研修を行い、総合診療専門医に必要な知識や技能を補います。

資料「研修目標及び研修の場」に本研修プログラムでの3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。

本研修プログラムの研修期間は3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	船橋二和病院											
	内科						内科&総合診療専門研修Ⅱ					
専攻医 2年目	千葉健生病院OR亀田ファミリークリニック館山OR千葉大学附属病院総合診療部OR南浜診療所OR船橋二和病院OR北部診療所OR六ヶ所村医療センター						船橋二和病院			東葛病院OR船橋市立医療センター		
	その他(選択)						小児科(必修)			救急科(必修)		
専攻医 3年目	さんむ医療センター											
	総合診療専門研修Ⅰ											

【補足】

諸事情で総合診療専門研修プログラム整備基準「専門研修施設群の構成要件」に則ってプログラム構築することが難しい場合に、整備基準の項目10「他に、自領域のプログラムにおいて必要なこと」に示した「平成30年度からの3年間に専門研修が開始されるプログラムについては、専門研修施設群の構成についての例外を日本専門医機構において諸事情を考慮して認めることがある。」として、日本専門医機構理事会において例外的に認められた措置にもとづき、1年目下期に内科と総合診療専門研修Ⅱを平行研修とする。

1 2. 研修施設の概要

1) 基幹施設

船橋二和病院

- 専門医・指導医数
- ・総合診療専門研修特任指導医 2 名（プライマリケア学会指導医・家庭医療専門医）
 - ・総合内科専門医 3 名 内科指導医 5 名
 - ・小児科専門医 4 名
 - ・外科専門医 4 名
 - ・整形外科専門医 2 名
- 診療科・患者数
- ・のべ外来患者数 15,961 名／月、入院患者総数 385 名／月
- | | | | | |
|------------|--------------|----------|--------------|--|
| 内科 | 外来 4,097 人／月 | 入院 136／月 | | |
| 総診療部門 | 外来 943 人／月 | 入院 28／月 | | |
| 小児科 | 外来 1,353 人／月 | 入院 72／月 | | |
| 外科 | 外来 1,179 人／月 | 入院 84／月 | OPE 件数 301／年 | |
| 整形 | 外来 836 人／月 | 入院 10／月 | OPE 件数 113／年 | |
| リハビリテーション科 | 外来 992 人／月 | | | |
- 病院の特徴
- ・千葉県東葛南部医療圏の急性期病院であるとともに、地域に根ざす第一線の病院でもあり、common disease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さんの診療経験もでき、高次病院や地域病院との病病連携や診療所（在宅訪問診療施設などを含む）との病診連携も経験できます。地域住民や患者会に向けて定期的に行う健康講座の講師など、地域の中での保健予防活動も経験できます。また、臨床研究や症例報告などの学術活動の素養を身につけます。隣接する船橋二和病院附属ふたわ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。
 - ・総合診療部門においては、幅広い疾患に対する初診も含めた外来診療、専門各科にまたがる問題を持つ患者に対する病棟診療、初期・2次救急に対応している。
 - ・内科においては、循環器、消化器、腎臓、糖尿病などの分野で、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。
 - ・外科においては、消化器疾患を中心に小児外科、乳腺外科などの診療を行っている。
 - ・整形外科においては、専門部位にこだわらず、外傷や変形疾患などの手術を行っています。

- ・リハにおいては、回復期のリハビリにとどまらず、急性期のリハビリにも力を入れており、各病棟にリハ担当者を配置している。

2) 連携施設

○北部診療所

- | | |
|----------|---|
| 専門医・指導医数 | ・総合診療専門研修特任指導医 1 名 |
| 病床数・患者数 | ・のべ外来患者数 2,000 名／月、のべ訪問診療件数 200 件／月 |
| 診療所の特徴 | ・小児から高齢者の幅広い年齢層、急性期から慢性疾患管理、強化型在宅支援診療所として幅広い疾患への対応、午前外来のほか、(月)～(金)夜 8 時までやっている夜間外来、乳児健診の他健康診断、予防接種など、いつでもどこでも誰でもが親切で良い医療が受けられるよう、所長先頭に職員が一丸となって取り組んでいる。 |

○南浜診療所

- | | |
|----------|--|
| 専門医・指導医数 | ・総合診療専門研修特任指導医 1 名（日本プライマリ・ケア学会認定家庭医療専門医） |
| 病床数・患者数 | ・のべ外来患者数1,916名／月（うち小児科115名）
・のべ訪問診療件数110件／月
・小児予防接種75件／月、乳児健診5件／月
・透析 720 件/月 |
| 診療所の特徴 | ・強化型在宅支援診療所として、在宅管理患者数は 110 件/月と積極的な在宅医療を展開している。きわめて稀な疾患を除いて、各領域の疾患群の症例を幅広く経験することができ、外来診療と訪問診療の場面における総合診療専門医に必要な技術・技能を、実際の症例に基づきながら幅広く経験することができる。
・所長は日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医に加え、日本東洋医学会認定漢方専門医の資格を有しており、漢方・鍼灸の知識・技術を生かした診療を実践している。 |

○船橋市立医療センター

- | | |
|----------|---|
| 専門医・指導医数 | ・その他の基本領域専門医
救急科指導医 5 名、救急科専門医 5 名
その他の専門診療科専門医師（集中治療科 3 名） |
| 病床数・患者数 | ・病床数 449 床
一般病棟 449 床、
患者数
・のべ外来患者数 223,978 名／年
のべ入院患者数 135,957 名／年 |

救急車搬送件数： 3,633/年

救急外来受診者数： 16,020 人/年

病院の特徴

- ・地域医療支援病院として地域の医療機関等と密接に連携し、協力しながら、救急医療を主体とする急性期医療及び高度医療を提供するための総合診療機能を有する船橋地域の中核病院となっている
- ・救急科においては、一次～三次救急まで幅広く患者を受け入れており、船橋市救急車医師同乗システム（ドクターカー）で出動した患者も多く受け入れている。また、災害拠点病院として指定されており、地域急性期中核病院として重要な役割を担っている。

○東葛病院

専門医・指導医数 ・救急専門医 1 名

病床数・患者数 ・病床数 331 床

病院の特徴

- ・救急科：のべ外来患者数 1814 名（救急車搬送 239 件・小児科 723 名）
- ・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る。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る
- ・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る。

○亀田ファミリークリニック館山

専門医・指導医数 ・総合診療専門研修特任指導医 6 名

（日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医5名・

日本プライマリ・ケア連合学会認定プライマリ・ケア認定医2名

日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医6名）

病床数・患者数 ・病床 なし

・のべ外来患者数 4,350名／月

・のべ訪問診療件数 70件／月

クリニックの特徴

- ・当院は2006年6月に亀田クリニックのサテライトクリニックとして開院した無床診療所で、家庭医の研修および地域医療の充実を目標としてスタートした。日本プライマリ・ケア連合学会認定の、家庭医療後期研修プログラムを実施しており、在籍する専攻医は成人、小児、女性、皮膚のケア、メンタルヘルスなどの研修を受ける。現在は、外来診療、訪問診療、透析、妊婦健診、子宮頸癌検診、訪問診療、乳児健

診、予防接種などを行い、新生児から高齢者までを対象とした幅広い診療を行っている。その幅広さ故、知識の維持および更新のために様々な勉強会や他職種とのカンファレンスが行われている。

○千葉健生病院

- | | |
|---------|--|
| 専門医・指導医 | ・総合診療専門研修特任指導医 2名（プライマリケア学会指導医） |
| 病床数・患者数 | ・病床 90床
・外来患者数 666名／月、入院患者数 2,647件／月 |
| 病院の特徴 | ・地域に密着した総合診療を重視してる。病棟は回復期リハビリテーション病棟、一般病床、地域包括ケア病床、外来、在宅、救急、健診部門を有機的に関連づけた医療活動を展開している。 |

○さんむ医療センター

- | | |
|----------|---|
| 専門医・指導医数 | ・総合診療専門研修特任指導医 5名
（日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医 2名、
日本プライマリ・ケア連合学会認定プライマリ・ケア認定医 4名、
大学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 1名） |
| 病床数・患者数 | ・総合診療科：病床38床、延べ外来患者数200名/月、
入院患者総数20名/月 |
| 病院の特徴 | ・山武市唯一の病院であり、二次救急医療も提供する地域中核病院である
・山武市は千葉市中央区から車で約35分(有料道路使用)の距離だが、医療的に過疎と言える地域であり、総合診療医に対する期待や理解が高い。
・総合診療科が内科、小児科、産婦人科などの外来を共有して横断的に診療するとともに、各科専門医にすぐにコンサルトできる体制となっている。他救急、訪問診療も担い、他科からの診断困難症例の相談も受けている。外来においては診断困難症例から生活習慣病まで地域の
中核病院として幅広い患者層、疾患に対応している。
・産婦人科には、家庭医療専門医かつ産婦人科専門医の医師がおり、総合診療科にも所属しているため、総合診療医に必要なウイメンズヘルスについて充実した研修が受けられる。
・小児科では外来診療を中心に乳幼児健診、予防接種を提供している。
・緩和ケア内科では、患者のトータルペインを正確に把握するだけでなく、患者と家族の希望と予後予測にもとに、ケアプランをたて実践してゆく。 |

○千葉大学医学部附属病院

専門医・指導医数 ・総合診療科：総合診療専門研修特任指導医8名、総合内科専門医4名
病床数・患者数 ・病床数850床

一般病棟800床、回復リハ病棟0床、障害者病棟0床
精神病床45床、感染病床5床

・患者数

総入院患者数 276,978名／年

総外来患者数 506,693名／年

一日平均外来患者数2,064人

総合診療科 1床＋共通病床 数床・年間入院数 34名、
年間新患数 922名

病院の特徴

- ・東京から40分の距離にある千葉市（政令指定都市）の中心部に位置する、千葉県内最大規模の基幹医療施設。
- ・総合診療科は、他院で診断がつかない紹介患者を中心に臓器横断的な診療を行っている。専攻医が診察したすべての症例について、指導医が person to person の指導を行っている。
- ・また、毎週木曜日に行うカンファレンスでは、診断学のエキスパートが診断推論のプロセスを詳細に解説している。

○六ヶ所村家庭医療センター

専門医・指導医数 ・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）

病床数・患者数 ・病院病床数 19床、1日平均外来患者数 100.1人

・総合診療科年間総患者数 24,739人、

・年間救急車 189件、時間外患者 1,185人

病院の特徴

- ・家庭医療をベースにした地域医療を実践している。より良い包括ケアの提供と共に地域・家庭医療の研修・研究施設として青森県立中央病院や弘前大学、八戸市民病院と連携し、認知症・疼痛・地域 ethnography を主要なテーマのもと次世代の地域医療を目指している。

1 3. 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

3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年の振り返りを行い、指導医からの形式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。

また、上記の三点以外にも、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やケースに基づくディカッション（Case-based discussion）を定期的に行います。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。

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回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、J-OSLER）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。

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を登録を推奨します。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。

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。

◎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、指導医資格の取得に際して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。

1 4. 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、その内容は船橋二和病院総合診療専門研修管理委員会に報告されますが、そこには労働状況の報告も含まれます。

1 5. 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されています。

1) 専攻医による指導医および本研修プログラム 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、本研修プログラム 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、総合診療専門研修管理委員会に提出され、総合診療専門研修管理委員会は本研修プログラム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。

総合診療専門研修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

本研修プログラム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総合診療専門研修管理委員会で本研修プログラムの改良を行います。本研修プログラム更新の際には、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。

1 6. 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総合診療専門研修管理委員会において評価し、プログラム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。(内科研修と総合診療専門研修Ⅱの平行研修を含む)
- 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。

1 7. 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経験省察研修録を専門医認定申請年の4月末までに総合診療専門研修管理委員会に送付してください。総合診療専門研修管理委員会は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に専門医認定試験受験の申請を行ってください。

1 8. 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プログラムでも計画していきます。

1 9. 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の必須研修においては、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。

20. 総合診療専門研修プログラム管理委員会

基幹施設である船橋二和病院には、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。総合診療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医取得直後の若手医師代表が加わります。総合診療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) 総合診療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、研修手帳及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
- ・ 研修手帳及び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
- ・ 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の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。

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総合診療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います。

2 1. 総合診療専門研修特任指導医

本研修プログラムには、総合診療専門研修特任指導医が総計 2 名、具体的には船橋二和病院総合診療部門に 1 名、さんむ医療センター 1 名、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、特任指導医は、以下の 1)～8) のいずれかの立場の方より選任されており、本プログラムにおいては 1) のプライマリ・ケア連合学会認定医 1 名、家庭医療専門医 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、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) 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
- 6) 7) 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)に所属し総合医療を行う医師
- 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・能力地域で実践してきた医師」として推薦された医師

2 2. 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研修カリキュラムに則り、ローテートごとに行います。

船橋二和病院総合診療部門にて、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

2.3. 専攻医の採用

(1) 採用方法

船橋二和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30日までに研修プログラム責任者宛に所定の形式の『船橋二和病院総合診療専門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) 船橋二和病院ホームページよりダウンロード <http://www.futawa-hp.jp/>

(2) 電話で問い合わせ(047-447-9745)、

(3) e-mail で問い合わせ（船橋二和病院 医局事務課：y-funai@min-iren-c.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、総合診療専門研修プログラム管理委員会において採否を決定し、本人に文書で通知します。

(2) 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、総合診療専門研修プログラム管理委員会（m-ishigami@min-iren-c.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

以上