

国立病院機構東京医療センター総合診療プログラム

目次

1. 国立病院機構東京医療センター総合診療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のか
3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）
4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得
5. 学問的姿勢について
6. 医師に必要なコアコンピテンシー、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サイトビジットについて
15. 修了判定について
16. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
17. Subspecialty領域との連続性について
18. 総合診療研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件
19. 専門研修プログラム管理委員会
20. 総合診療専門研修指導医
21. 専門研修実績記録等について
22. 専攻医の採用

■1. 国立病院機構東京医療センター総合診療プログラムについて

国立病院機構東京医療センターは1942年9月の旧海軍軍医学校付属第二病院、海軍第一療品廠並びに財団法人東京海仁会病院の設立に遡ります。1945年12月旧厚生省への移管に伴い国立東京第二病院となり、1968年7月には臨床研修指定病院に指定され、研修病院としても長い歴史を持っています。当院総合内科（総合診療科）は、1986年に専任スタッフ2名で発足し、1992年4月から総合診療科後期研修医（レジデント）一期生の採用を開始しました。以来、25年近くにわたり、臓器別診療とは異なる「ジェネラル」な医療を実践し、数多くのレジデントを育成してきました。この総合診療専門研修プログラム（以下、研修PG）の前身となる総合診療科後期研修にはこれまで110名を超える医師がエントリーし、修了生の多くは、第一線の診療所、地域の中核病院、総合診療と密接に関連する医学教育、社会医学など、様々な分野で活躍しています。この総合診療専門研修PGも、臓器別専門医療が主流であった時代から、ひたすらジェネラルな医療に邁進し、それぞれの地で大変な努力をしつつ実績を重ね、周囲の高い評価を得て総合診療を確立してきた修了生のネットワークが背景となっています。

本研修PGの中心となる国立病院機構東京医療センターは、東京都区西南部の住宅地に位置し、780床を有する、国立病院機構の中では最も病床数の多い施設であり、地域との結びつきの強い急性期病院として、救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院、東京都災害医療拠点病院、地域医療支援病院などの指定を受け、これまでも地域医療に貢献してきました。国の施策としても、地域医療支援において、さらに救急医療、地域連携、在宅医療の推進が求められており、今後一層地域への貢献度を高めるために地域連携室を強化して、緩和医療も含めた在宅医療機関との連携と支援を行い、都会型の地域医療の発展に寄与することを目指しています。本研修PGの運営主体は当院総合内科です。総合内科の現在の診療体制は、専用病床63床、専任スタッフ5名、レジデント19名（他院派遣・産休中6名含む）、併任スタッフ3名からなり、外来、病棟、救急といった総合病院診療部門の一般的な診療業務の全てと、臨床研修医・医学生及び、

診療看護師コースに所属する看護大学院生の研修指導にも関与しています。診療実績では、年間のべ約30000人の外来患者、1800人の入院患者を担当し、一般的な内科疾患であれば、侵襲的・専門的治療を必要としない限り、引き続き総合内科で管理することを原則としているため、1日平均入院患者数がコンスタントに100人を超えるなど、国内総合診療部門として最大規模の診療を展開しています。入院経路は、当直医からの診療依頼、日中の二次救急診療など、救急経由が多く、救急入院が入院全体の70%前後を占め、地域の急性期医療ニーズに応えるとともに、救急入院の大多数を占める高齢患者への対応を通じて、当院在宅医療支援室、退院支援チーム、医療福祉相談室、地域包括ケアセンター、地域の在宅医療機関など院内外の多職種と連携し、地域と病院をつなぐ継続的、包括的な医療に従事しています。

日本はすでに高齢社会であり、日常生活に介助を要する虚弱高齢者の診療機会は激増しています。個々の現場で医療を完結させることは困難となり、病院、家庭、診療所・地域、施設との連携は必須となりました。高齢者医療は生物医学的な問題に対するアプローチだけでは成り立たず、生活者として支援しなければなりません。支援の種類は生活全般にわたる多彩なものであり、それぞれ専門的な能力が必要となります。ゆえに、高齢者医療の現場では、多くの専門職の有機的な協働のもと、日々の医療が提供されなければなりません。多職種の有機的な協働には、自らの専門とは異なる「他」の職種・現場への理解が成否を左右するため、相互の現場訪問、合同カンファレンスなどを通じ、異なる専門職との円滑なコミュニケーションを図ることが求められます。都市部の大規模病院においても、総合医は、医師、患者、家族、専門医、福祉担当者など関係者間のコミュニケーション・協調を重視した医療の実践者として、大きな需要・役割があります。

本研修PGでは、院内各専門科の医師やメディカルスタッフ、周辺の各地域医療機関の協力のもと、様々な医療現場で、細やかなフィードバックを受けながら研修できる環境を整えていることが特徴です。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

(2) 総合診療部門を有する病院においては、一般的な内因性疾患の管理に加え、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）と一般的な愁訴、疾患に留まらず、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

本研修PGにおいては指導医が皆さんの教育・指導にあたりますが、専攻医には主体的に学ぶ姿勢が求められます。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、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りると同時に、ワークライフバランスを保ちつつも自己研鑽を欠かさず、日本の医療や総合診療領域の発展に資するべく教育や学術活動に積極的に携わることが求められます。本研修PG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PGでは、総合診療専門研修Ⅰ（外来診療・在宅医療中心）、総合診療専門研修Ⅱ（病棟診療、救急診療中心）、内科、小児科、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. 人間中心の医療・ケア、2. 包括的統合アプローチ、3. 連携重視のマネジメント、4. 地域志向アプローチ、5. 公益に資する職業規範、6. 診療の場の多様性という総合診療専門医に欠かせない6つのコアコンピテンシーを効果的に修得することが可能になります。本研修PG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出来ます。

■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年間で育成されます。

□1年次修了時には、患者の情報を過不足なく明確に指導医や関連職種に報告し、健康問題を迅速かつ正確に同定することを目標とします。

□2年次修了時には、診断や治療プロセスも標準的で患者を取り巻く背景も安定しているような比較的単純な健康問題に対して的確なマネジメントを提供することを目標とします。

□3年次修了時には、多疾患合併で診断や治療プロセスに困難さがあつたり、患者を取り巻く背景も疾患に影響したりしているような複雑な健康問題に対しても的確なマネジメントを提供することができ、かつ指導できることを目標とします。

□また、総合診療専門医は日常遭遇する疾病と傷害等に対する適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を提供するだけでなく、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組むことが求められますので、18ヵ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。

② 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（以下、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

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）、更には診療場面を直接観察してフィードバックします。

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、地域のNPO法人と交流することで、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。

□臨床現場で経験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ぶこともできます。

□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、学内の各種勉強会や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及び論文発表を行うこととします。

4) 研修の週間計画および年間計画

基幹施設（総合診療専門研修Ⅱ）における週間予定（国立病院機構東京医療センター 例）

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土/日 |
|-------------|----------------|----------------|----------------|------------------|-----------------|-----|
| 8：00-8：30 | チーム カンファレンス | チーム カンファレンス | 新入院 カンファレンス | チーム カンファレンス | チーム カンファレンス | |
| 8：30-12：00 | 病棟業務 | 病棟業務 | 病棟業務 | 病棟業務 | 病棟業務 | |
| 12：15-12：45 | | | | 深掘勉強会 毎週：曜日不定 | 臨床推論勉強会 月1開催 | |

| | | | | | | |
|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--|
| 12:45-16:00 | 病棟業務 | 病棟業務 | 病棟業務 | 病棟業務 | 病棟業務 | |
| 16:00- | チーム カンファレンス | チーム カンファレンス | チーム カンファレンス | チーム カンファレンス | チーム カンファレンス | |

連携施設（総合診療専門研修Ⅰ）における週間予定（東埼玉病院 例）

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|----------|---|----------------|-------------------|------------------|-------------------------|
| 朝 | 勉強会 | ポートフォリオ の指導 | リハビリ科と カンファレンス | 栄養士との カンファレンス | 勉強会、 神経内科カンファ レンス |
| 午前 | 施設の嘱託医 回診 | 訪問診療 | 施設の嘱託医回 診 | 外来 | 訪問診療 |
| 午後 | 健診・検診 外来 | 訪問診療 | 病棟業務 | 小児科外来 | 病棟業務 |
| 夕方 | カンファレンス（訪問診療患者全例、外来・施設患者で相談・共有症例、入院患者全例について毎日カンファレンス） | | | | |
| 当直 など | 平日当直1～2回/月、休日当直0～1回/月 その他、オンコールは2回/週程度 | | | | |

連携施設（総合診療専門研修Ⅰ）における週間予定（中島医院 例）

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8:30～9:00 朝礼・ショートカンファレンス* | | | | | | | |
| 9:00～12:00 外来診療* | | | | | | | |
| 13:00～17:00 訪問診療* | | | | | | | |
| 11:00～13:00 在宅患者・家族カウンセリング* | | | | | | | |
| 17:00～17:30 症例カンファレンス* | | | | | | | |
| *状況によって時間は調節する場合がある。*週休2日の変形労働制によりシフトによって平日夜間、土日祝祭日が勤務となる場合がある。 | | | | | | | |

連携施設（総合診療専門研修Ⅰ）における週間予定（河北サテライトクリニック 例）

| | 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 | | Care Net TV 視聴会 | |
| 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 | | | | | | | |
| 平日待機 (1~2回/週) 土日の待機 (1回/月) | | | | | | | |

本研修PGに関連した年間計画

R1:1年次専攻医 R2:2年次専攻医 R3:3年次専攻医

| | 行事予定 |
|-----|--|
| 4月 | R1:研修開始、指導医によるPG説明及びヒアリング、各種登録手続き R2, R3:研修記録を月末までに提出 指導医、PG統括責任者:前年度の指導実績報告 |
| 5月 | 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に提出 学会発表(日本プライマリ・ケア連合学会など) 研修医向け、総合診療専門研修プログラム説明会 |
| 7月 | 研修修了者:専門医認定審査 |
| 8月 | 経験省察研修録(ポートフォリオ)発表会 |
| 9月 | 研修管理委員会:研修実施状況評価 公募締め切り(9月末) |
| 10月 | R1、R2、R3:研修記録整理(中間報告) 専攻医半期振り返り ポートフォリオ発表会 次年度専攻医採用審査 |
| 11月 | R1、R2、R3:研修記録提出(中間報告) 学会発表(国立病院総合医学会など) |
| 12月 | 研修管理委員会:研修実施状況評価、採用予定者の承認 |

| | |
|----|--|
| 1月 | ポートフォリオ発表会 |
| 3月 | R1、R2、R3：研修記録整理（年次報告） R1、R2、R3：研修PG評価報告の作成 指導医、PG統括責任者：指導実績報告の作成 |

■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）

(2) 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。

(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) 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

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 認知機能 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
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）
精神科領域の救急 流・早産および満期産 女性特有の訴え・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 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・
褥瘡のケア 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 気分障害 身体表現性障害 ストレ
ス関連障害・心身症 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

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）

(1) 身体診察

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

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）

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）

耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる。

婦人科的診察（陰鏡診による内診や外陰部の視診など）を実施できる。

(2) 検査

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、採尿法（導尿法を含む）

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）

穿刺法（腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）

単純X線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）

心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査

超音波検査（腹部・表在・心臓）

生体標本（喀痰、尿、腔分泌物、皮膚等）に対する顕微鏡的診断

呼吸機能検査

- 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
- 子宮頸部細胞診
- 消化管内視鏡（上部、下部）
- 造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）
- ※ 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

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）

(1) 救急処置

- 新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS）
- 成人心肺蘇生法（ICLSまたはACLS）
- 病院前外傷救護法（PTLS）

(2) 薬物治療

- 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。
- 適切な処方箋を記載し発行できる。
- 処方、調剤方法の工夫ができる。
- 調剤薬局との連携ができる。
- 麻薬管理ができる。

(3) 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） 経鼻胃管及び胃瘻カテーテルの挿入と管理 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

■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）では、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過程が重視されます。各種カンファレンスを活用した学習は大変有用であり、外来・在宅・病棟の3つの場面でカンファレンスを開催するほか、EBMの手法を用いた問題解決を実践するためのEBMカンファレンスや、診療上の重要な経験を、医療者間で共有するためのPitfallカンファレンス、Reflection reviewなども活発に行われています。

(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. 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 総合診療を提供するうえで連携する多職種への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（医療疫学・臨床疫学）、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及び論文発表を行うことが求められます。

臨床研究の実施にあたっては、必要に応じ、国立病院機構東京医療センター臨床研究センターのサポートを受けることができます。

■6. 医師に必要なコアコンピテンシー、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。

これらについては、基幹施設で定期的で開催されている、医療安全講習会、院内感染対策講習会、「医療を考える」セミナーなどを通じて体系的に学ぶ機会が整備されている。

■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では国立病院機構東京医療センターを基幹施設とし、地域の連携施設とともに施設群を構成してします。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。

(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、総合診療研修Ⅱを国立病院機構東京医療センター、国立病院機構栃木医療センター、北里大学東病院において12ないし15ヵ月、総合診療専門研修Ⅰを桜新町アーバンクリニック、河北サテライトクリニック家庭医療学センター、西伊豆健育会病院、中島医院、GPクリニック自由が丘、北里大学地域総合医療プログラム内の藤野診療所、青野原診療所、千木良診療所のいずれかで6ヵ月、合計で18ないし21ヵ月の研修を行います。

(2) 必須領域別研修として、国立病院機構東京医療センターもしくは国立病院機構栃木医療センターにて内科12ヵ月、小児科3ヵ月、救急科3ヵ月の研修を行います。

(3) その他の領域別研修として、国立病院機構東京医療センターにおいて外科・整形外科・精神科・産婦人科・皮膚科・泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉科・放射線科・リハビリテーション科・臨床検査科・診療横断チーム（NST、緩和ケアチーム、在宅医療支援室など）の研修を行うことが可能です。3ヵ月の範囲で専攻医の意向を踏まえて決定します。また、2から3か月の範囲で、慶應義塾大学病院画像診断部、国立病院機構東京医療センターなどにおいて腹部エコーの集中的なトレーニング期間を設けています。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7の合計8施設の多様な施設群で構成されます。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】

国立病院機構東京医療センター総合内科が専門研修基幹施設となります。

【専門研修連携施設】

本研修PGの施設群を構成する専門研修連携施設は以下の通りです。全て、診療実績基準と所定の施設基準を満たしています。

- ・国立病院機構栃木医療センター（宇都宮市の急性期中核病院の一つで2次救急輪番病院である。）
- ・国立病院機構東埼玉病院（埼玉県蓮田地区の慢性期病院であり、在宅医療支援病院の施設認定を持ち、総合診療科では在宅医療を積極的に展開している。）
- ・桜新町アーバンクリニック（東京都世田谷区の診療所である。総合診療専門研修指導医が常勤している地域に密着した在宅医療及び当院との施設間連携が活発である。）
- ・河北サテライトクリニック家庭医療学センター（東京都杉並区の診療所である。家庭医療を専門とする総合診療専門研修指導医が常勤している。）
- ・西伊豆健育会病院（西伊豆町、松崎町を中心とした人口約2万人の医療圏における唯一の急性期病院。救急患者は原則全て受入れる地域の拠点として機能）
- ・ホスピタリウム聖十字会中島医院（指導医である院長は癌疼痛管理の先駆者であり、在宅緩和医療を積極的に展開している。）
- ・北里大学東病院（急性期医療を担う北里大学病院と機能を分化し、疾病の急性期から回復期、慢性期/在宅へと継続した切れ目のない医療体制をとっている。）
- ・GPクリニック自由が丘（複数の診療所が協力してプライマリ・ケアと在宅医療を融合させつつ有機的に展開した医療を地域に提供しながら、在宅医学会の専門医の育成を行っている。）

【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。国立病院機構東京医療センターを基幹施設とし、上記にリストした専門研修連携施設である7医療機関と専門研修施設群を構成します。

【専門研修施設群の地理的範囲】

本研修PGの専門研修施設群の範囲には東京都区西南部（目黒・世田谷地区）、埼玉県蓮田地区、神奈川県相模原市、栃木県宇都宮市、静岡県賀茂郡、東京都清瀬市が含まれます。施設群の中には、地域中核病院と診療所が存在します。

■9. 専攻医の受け入れ数について

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に定められた専門医プログラム整備基準内の人数で専攻医を受け入れます。人数の詳細については募集要項をご参照願います。

■10. 施設群における専門研修コースについて

図Aに本研修PGの施設群による研修コース例を示します。1年目は基幹施設である当院総合内科で多くの指導医のもと総合診療専門研修Ⅱに従事します。2年目は桜新町アーバンクリニックにおいて総合診療専門研修Ⅰを6か月、他科研修として慶応大学病院画像診断部などで腹部エコー研修を合計3か月、国立病院機構栃木医療センターで内科研修を3か月行います。3年目に当院に復帰し、小児科領域別必修研修と所定の期間の救急科研修、内科研修、総合診療専門研修Ⅱを行います。

図A 本研修PGの施設群による研修コース例

| | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|-----|--|----|----|---|----|----|-----------------------------|-----|-----|-----------------------------|----|----|
| 1年目 | 東京医療センター総合内科 (総合診療専門研修Ⅱ・内科研修) 12ヶ月 | | | | | | | | | | | |
| 2年目 | 桜新町アーバンクリニック (総合診療専門研修Ⅰ) 6ヶ月 | | | | | | 慶応病院画像診断部ほか (その他) 3ヶ月 | | | 栃木医療センター内科 (内科研修) 3ヶ月 | | |
| 3年目 | 東京医療センター小児科 (小児科研修) 3か月 | | | 東京医療センター総合内科・救急科 (内科研修3ヶ月・救急科研修3ヶ月・総合診療専門研修Ⅱ3ヶ月) | | | | | | | | |

他の研修コース例も下記に示します。

| | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|-----|--|----|----|-----------------------------|----|----|---|-----|-----|--------------------------------|----|----|
| 1年目 | 東京医療センター (総合診療専門研修Ⅱ・内科研修) 9ヶ月 | | | | | | | | | 慶応病院画像診断部ほか (その他) 3ヶ月 | | |
| 2年目 | 東埼玉病院総合診療科 (医療資源の乏しい地域) (総合診療専門研修Ⅰ) 6ヶ月 | | | | | | 健育会西伊豆病院 (総務省指定僻地) (総合診療専門研修Ⅰ) 6ヶ月 | | | | | |
| 3年目 | 栃木医療センター小児科 (小児科研修) 3ヶ月 | | | 栃木医療センター内科 (内科研修) 3ヶ月 | | | 東京医療センター救急科(救急科研修) 3ヶ月 | | | 東京医療センター (総合診療専門研修Ⅱ) 3ヶ月 | | |

図B(別紙)に本研修PG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PG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B本プログラムにおける研修目標と研修の場 (別紙)

■11. 研修施設の概要

研修施設概要を以下に記します。

1. 国立病院機構東京医療センター

専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修指導医 6名（日本プライマリ・ケア連合学会認定医6名）
- ・日本内科学会総合内科専門医28名
- ・日本小児科学会専門医7名
- ・日本救急医学会救急科専門医7名

病床数・患者数

- ・病床数（医療法）780床（一般730床〔うち救命救急病床30床〕・精神50床）
- ・1日平均入院患者数662.4人 1日平均外来患者数1586.9人
- ・年間救急搬送対応件数 7000件以上
- ・総合内科病床数 63床

総合内科診療実績では、2016年度の総合内科外来診療患者数は延べ299958名、うち新規患者数は8805名、再来患者数は21153名であり、一日平均は123.3名、新患率は29.4%。2016年度の1年間の総合内科入院数は1797名、平均在院日数14.9日、1日平均入院患者数は91.9名である。

病院の特徴

国立病院機構東京医療センターは、東京都区西南部の目黒区・世田谷区あわせて110万人の住宅地の中心に位置する。780床を有する国立病院機構の中では最大規模の施設であり、すべての専門内科の入院診療・外来診療が行われているとともに、総合内科が充実していることが特徴である。救急は一次、二次、三次救急の全てに対応しており、地域との結びつきの強い急性期病院として、救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院、東京都災害医療拠点病院、地域医療支援病院などの指定を受け、地域医療に貢献してきた。救急医療、地域連携、在宅医療を推進する国の施策に則り、地域連携室を強化しており、緩和医療も含めた在宅医療機関との連携と支援を行い、都会型の地域医療の発展に寄与することを目指している。

【高度専門医療施設】

感覚器

【基幹医療施設】

がん

【専門医療施設】

循環器腎疾患、内分泌・代謝性疾患、免疫疾患、血液・造血器疾患、成育医療、精神疾患

- ◇救命救急センター エイズ治療拠点病院 ◇東京都災害医療拠点病院 ◇管理型臨床研修指定病院
- ◇臓器提供施設 ◇地域医療研修センター ◇地域がん診療連携拠点病院 ◇東京都脳卒中急性期医療機関 ◇周産期連携病院

2. 国立病院機構栃木医療センター

専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修指導医 3名（日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医）
- ・内科指導医 4名
- ・小児科学会専門医 5名
- ・救急科専門医 1名

病床数・患者数

- ・病床 一般 344床 感染症 6床
- ・救急搬送 約 2500 件/年
- ・年間手術件数 3,111 件 うち全身麻酔件数 1,918 件

- ・入院患者数（実数）7191名/年 外来患者数（実数）18092名/年

病院の特徴

- ・栃木医療センターは、宇都宮市の中核病院の一つで2次救急輪番病院であり、年間2,500件の救急車を受け入れ、一部2.5次を含めた急性疾患に対応している。地域医療機関との連携により、比較的軽度な急性期患者や、緊急性は低いが入院・手術が必要な患者に対応している。2014年9月から運用開始の新病棟には、HCUも増床し2.5次機能にも十分に対応可能な病床配置とし、2類感染症指定医療機関として感染症病室も整備された。

3. 国立病院機構東埼玉病院

専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修指導医3名（日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医）

病床数・患者数

- ・病床 430床
- ・総合診療科のべ外来患者数：約700名/月 のべ訪問診療件数 約160件/月

病院の特徴

国立病院機構東埼玉病院は、もともと重症心身障碍児・神経難病・結核・リハビリテーションなど政策医療を重視しながら亜急性期・慢性期の医療に重点を置いて診療を行ってきた病院である。最近是一般医療においても力を入れており、そのような中、2006年に総合診療科が開設された。現在、外来・在宅・施設・病棟とシームレスな診療を行い、地域に貢献している。1人の患者を様々な場で継続的に診療できることが特徴である。在宅医療においては地域で中心的な役割を担っており、臨床面のみならず、行政や医師会と協働しながら在宅医療のモデル事業を行ってきた経緯があり、在宅医療を中心とした地域包括ケアの枠組み作りにも参画している。地域住民を対象とした健康講話や健診・検診事業への参加など地域のヘルスプロモーションも積極的に行っている。

4. 桜新町アーバンクリニック

専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修指導医2名（日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医）

病床数・患者数

- ・病床 なし
- ・訪問診療提供患者数 現在約300名 在宅看取り約100名/年

診療所の特徴

- ・地域に密着した家庭医＝ファミリードクターを目指し、幅広く専門性の高いチーム医療を行っている。外来診療では一般的な疾患のほか、婦人科、心療内科についても専門医が診療に従事。24時間365日往診可能な在宅訪問診療や世田谷区健診も行っている。在宅ターミナルケアに対しては、緩和ケアの専門医を加えた医師・看護師・薬剤師によるチームが、疼痛コントロールなどの様々な症状や問題に対応する体制を整えている。

5. 河北家庭医療学センター

専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修指導医3名（日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医）

病床数・患者数

- ・病床 なし
- ・のべ外来患者数 98000名/年

診療所の特徴

- ・1928年の創立以来、河北総合病院が掲げてきた「地域の医療を担っていききたい」という理念に基づき、「地域完結型ケア」を目指して2006年4月に東京・杉並家庭医療学センターを開設、2014年4月に名称を河北家庭医療学センターと改称。診療・看護・相談支援活動を通じて、杉並区54万人の地域医療について共に考え、「地域住民が主体的に参加し、医療者と共に創っていく医療とケア」を実践することを目標としている。

6. 西伊豆健育会病院

専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修指導医 3 名（日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医）

病床数・患者数

- ・病床 78 床
- ・入院患者数（実数）1244 名/年 外来患者数（実数）6296 名/年

病院の特徴

- ・西伊豆健育会病院は伊豆半島南部に位置する下田市、西伊豆町、松崎町、南伊豆町、河津町、東伊豆町で構成される 2 次医療圏の 2 次救急医療機関のひとつであるが、西伊豆町、松崎町を中心とした人口約 2 万人の医療圏における唯一の急性期病院であり、もともと近い 3 次救急医療機関までは救急車でも 1 時間以上かかる立地にあり、開設以来、救急患者は原則全て受入れる地域の拠点として機能してきた。また、地域の高齢化率は 4 割を超え、静岡県内でも最も高齢化の進んだ地域であり、各世帯の介護力の低下が予想され、地域医療機関との連携、巡回診療などにも取り組んでいる。また、同一法人内の老人保健施設、訪問看護ステーションの訪問看護事業や居宅支援事業はじめ、地域の医療・介護にかかわる事業所、関係者と連携し、積極的に地域医療に関与している。

7. 医療法人社団ホスピティウム聖十字会中島医院

専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修指導医 2 名（日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医）

病床数・患者数

- ・病床 なし
- ・のべ外来患者数 530 名/月 のべ訪問診療件数 215 件/月 在宅看取り患者数 7~8 名/月

診療所の特徴

- ・医療法人創立 21 年の強化型在宅療養支援診療所である。
- ・外来診療：総合内科、呼吸器内科、緩和ケア内科、心療内科、糖尿病科、アレルギー科、小児科。がんの外来緩和ケア、生活習慣病、高齢者の諸疾患、若者や壮年のうつ病、小児の感染症や育児相談を対象とし、全年齢層を総合的・全人的に幅広く診療している。
- ・在宅医療：医療法人設立 21 年を経、3~4 世代の家族を含め家庭医として診療し在宅看取りまで実施する。在宅総合医療は、介護保険法実施黎明期以前から日本でも先駆的に取り組んで来た。プログラム統括責任者の中島美知子医師は 1978 年日本で最初のがん性疼痛にブロンプトンカクテル（経口モルヒネ）の定時投与を導入した、がん性疼痛コントロールの先駆者兼エキスパートである。創立以来行っている遺族アンケートによっても高いトータルペイン苦痛緩和率（86%）を示し、在宅看取り満足度 97% 安らかな看取り率 90.1% と高い苦痛緩和率を示している。創立以来目標であるチーム医療による在宅緩和ホスピス医療を実践してきた。全人医療の一環として病院付き牧師（チャプレン）による、患者および家族への心理精神的・スピリチュアルケアも特徴の 1 つである。臨床牧師カウンセリングが看取りの安らかさに良い貢献をしている。

8. 北里大学東病院（相模原市立青野原診療所、千木良診療所、藤野診療所含む）

専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修指導医 4 名（日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医）
- ・内科指導医 5 名

病床数・患者数

- ・病床 413 床、総合診療科病床数 25 床
- ・総合診療科年間総患者数 6000 人 年間救急搬送対応件数 800 件

病院の特徴

- ・北里大学東病院は北里大学病院（神奈川県相模原市）から約 700m 東寄りにある。2015 年 5 月 25 日にリニューアルオープンし、4 既存 8 センター（精神神経疾患治療センター、神経内科疾患・神経難病センター、在宅・緩和支援センター、小児在宅支援センター、めまいセンター、心臓二次予防センター、リハビリテーションセンター、認知症センター）及び健康科学センターを運営している。急性期医療を担う北里大学病院と機能を分化し、疾病の急性期から回復期、慢性期あるいは在宅へと継続し

た切れ目のない医療体制をとっている。

- (1) 精神神経疾患治療センター……どのような精神疾患のどのような時期にも対応している。また、神奈川県精神疾患救急医療システムの基幹病院として同システムを介した入院を受け入れている。
- (2) 神経内科疾患・神経難病センター……神奈川県の神経難病拠点病院となっている。
- (3) 在宅・緩和支援センター……地域の在宅医療の支援、在宅を視野に入れた急性期緩和ケアを行っている。
- (4) 小児在宅支援センター……在宅での医療支援を要する患児の在宅移行を支援する。
- (5) めまいセンター……総合的なめまい診療を行っている。
- (6) 心臓二次予防センター……循環器疾患の発症・再発予防を目指した疾患管理を行っている。
- (7) リハビリテーションセンター……急性期から回復期、維持期へわたり継続する継ぎ目のないリハビリテーション体制の一翼を担う。
- (8) 認知症センター……認知症疾患に関する相談や精神症状への対応ができる専門機関として相模原市の委託を受けている。
- (9) 健康科学センター……大学病院附属施設として特色のある人間ドックなどのサービスを提供する。

・相模原市立青野原診療所、千木良診療所、藤野診療所

神奈川県相模原市は、人口 72 万人を有する政令指定都市である。いわゆる「平成の大合併」により旧津久井郡 4 町（城山町・津久井町・相模湖町・藤野町）と合併した結果、交通網が発達して商業施設等も多い「都市部」と、自然豊かな「中山間地域」とが共存する市となっている。神奈川県の保健医療計画では、相模原市全体を一つの二次医療圏として設定しており、広域的な要素を有した市であるといえる。旧津久井郡 4 町のうち城山町を除いた旧 3 町の地域は、元来、医療機関（診療所）が少なく、3 箇所の県立診療所と 3 箇所の国民健康保険診療所、津久井赤十字病院（現、相模原赤十字病院、総合診療）が地域医療の中心を担ってきた。3 箇所の県立診療所は、神奈川県内で最も医師が少ない地域のひとつであり、これまで自治医科大学の卒業生（卒後 4-5 年程度）が第一期生以降、義務年限内の一人診療所長として派遣されてきた。また、同じく神奈川県内で最も医師が少ない地域にある相模原赤十字病院へも、これまで自治医科大学の卒業生（卒後 4-5 年程度）が義務年限内に派遣されてきた。しかし、相模原市の政令指定都市への移行と同時に県立診療所は市立診療所となり、平成 25 年度から段階的に自治医大からの派遣医師数が削減され、平成 28 年度からは原則派遣がなくなった。また、国民健康保険診療所の医師 2 名はすでに高齢で 60 歳以上であり、1 名は 70 歳以上である。また、政令指定都市である相模原市内にあるという理由で、相模原赤十字病院へも自治医大からの派遣医師がなくなった。相模原市においては、「旧 3 町地域の人口は減少していくものの、高齢化が進み高齢者を中心として患者数が今後当面は減少しない」という推計を算出しており、今後の地域医療体制の構築を大きな課題としている。当プログラムでは北里大学地域総合医療学講座の指導体制のもと、医療資源と乏しい地域における総合診療 I 研修を設定した。相模原市立青野原診療所、千木良診療所、藤野診療所における総合診療研修 I では、医療へのアクセスがよくない中山間地域における診療所における医療の実態；小児から高齢者までの幅広い診療、家族を念頭にしたアプローチ、訪問診療や地域ケア活動、多職種と連携したアプローチなどを研修することができる。

9. GP クリニック自由が丘

専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修指導医 1 名（日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医）古堅高之
- ・日本在宅医学会 認定専門医指導医 1 名 斉藤康洋

病床数・患者数

・病床 なし

・のべ外来患者数 25 名/月 のべ訪問診療件数 273 件/月 在宅看取り患者数 4-5 名/月

診療所の特徴

・2015 年の開院以来、「ひとり・ひとりを大切に」という理念に基づき、地域の医療・介護・福祉の諸機関と連携しながら地域を診るという姿勢で地域医療を実践している。GP クリニックの GP とは「General Practice」「Group Practice」「Good Practice」を目的としており、「患者さんだけでなく、その家族とともに考え、実践する医療」を目指している。また、今後の地域医療を担う医療者の育成、教育にも力を入れており、医学部、薬学部の卒前・卒後教育の実習や高校や中学などの教育の一環としての実習なども受け入れている。特に在宅医療の教育に関しては、日本在宅医療学会の教育プログラムとして世田谷区玉川地域にある 5 か所の在宅療養支援診療所が協力して「玉川地域在宅研修プログラム」を院長の斉藤康洋医師がプログラム責任者として管理運営している。このプログラムでは 5 つの診療所が協力してプライマリ・ケアと在宅医療を融合させつつ有機的に展開した医療を地域に提供しながら、在宅医学会の専門医の育成を行っている。ここでは、緩和ケア、高次医療機関との連携、医師会の活動を通して地域包括ケアへの貢献や多職種との連携や多職種への教育活動を中心に研修でき、月に 1 回各指導医の集まる定期的なポートフォリオ勉強会も開催されている。

■12. 専門研修の評価について

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

1) 振り返り

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 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) 最良作品型ポートフォリオ作成

常に到達目標を見据えた研修を促すため、最良作品型ポートフォリオ（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。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、最良作品型ポートフォリオの該当領域については研修目標にある 6 つのコアコンピテンシー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、診療場面の直接観察/ビデオレビュー、ケースに基づくディスカッション（Case-based discussion）を定期的に行います。

■13. 専攻医の就業環境について

基幹施設および連携施設の研修責任者とプログラム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。また、専攻医の心身の健康維持に配慮し、当直業務と夜間診療業務の区別、バックアップ体制、適切な休養などについて周知します。

■14. 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

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の改善に役立てます。このようなフィードバックによって本研修PGをより良いものに改善していきます。なお、こうした評価内容は記録され、その内容によって専攻医に対する不利益が生じることはありません。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科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

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科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。関連する学術団体などによるサイトビジットを企画しますが、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科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) 研修期間中実施される、医師・看護師・事務職員等の多職種による多面的評価（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科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、連続性を持った制度設計を今後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. 総合診療科研修の休止・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120日（平日換算）までとします。

(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

基幹施設である国立病院機構東京医療センター総合内科に、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、当科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科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。

【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. 総合診療専門研修指導医

本PGの運営主体である国立病院機構東京医療センター総合内科には、総合診療領域の臨床業務と研修指導に専従してきた卒後10年以上の経験豊富な総合診療専門研修指導医が6名在籍しています。また、領域別研修を行う関連施設にもPG認定要件を十分に満たす数の専門研修指導医が在籍しています。当科の指導医は日本プライマリ・ケア連合学会認定のプライマリ・ケア認定医、もしくは家庭医療専門医の資格を所持し、同学会指定の指導医養成講習会を受講しています。

■21. 専門研修実績記録、マニュアルについて

研修手帳などの所定の書式、診療情報管理士の協力による診療データベース二次利用制度などを元に研修実績の確認をします。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。国立病院機構東京医療センター総合内科にて、専攻医の研修内容、目標に対する到達度、専攻医の自己評価、他職種の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。PG運用マニュアルは別紙の研修手帳（専攻医研修マニュアルを兼ねる）と指導者マニュアルを用います。

■22. 専攻医の採用

国立病院機構東京医療センター総合診療専門研修PG管理委員会は、毎年6月頃に当科の総合診療専門研修に関する説明会等を行い、総合診療専門研修専攻医を募集します。募集要項は国立病院機構東京医療センターホームページに掲載されます。PGへの応募者は、指定の期日までに研修PG責任者宛に所定の形式の『国立病院機構東京医療センター総合診療専門研修PG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)国立病院機構東京医療センターのwebsite (<http://www.ntmc.go.jp>)よりダウンロード、(2)電話で問い合わせ(03-3411-0111)、(3) e-mailで問い合わせ (jinji@ntmc-hosp.jp)、のいずれの方法でも入手可能です。原則として10月から11月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月の国立病院東京医療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、国立病院機構東京医療センター総合診療専門研修PG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