

国立病院機構東京医療センター総合診療プログラム、東京医療センター地域総合医療プログラム

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、東京医療センター地域総合医療プログラムについて
2. 総合診療専門研修、家庭医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. 東京医療センター総合内科・総合診療における指導医の義務と責任
22. 専門研修実績記録等について
23. 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、東京医療センター地域総合医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、40 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、640 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 11 名、レジデント約 20 名（他院派遣、産休中、ローテーター含む）おり、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 90%以上を占め、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が多職種と連携し、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コ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・家庭医になることで、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・家庭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・家庭医となります。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・家庭医に欠かせない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、家庭医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、家庭医療専門研修は連動研修となり、卒後6年目、7年目の2年間の追加で育成されます。

□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。

家庭医療専門研修は、総合診療専門研修に連動して実施し、4年次、5年次は他院研修や科内の診療だけでなく、教育を含む全体的なマネージメントにも参画していきます。

□また、総合診療専門医・家庭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 カ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（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
8:00-8:30			全体 カンファレンス		
8:20 または 8:30-9:00	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
9:00-12:30	病棟業務	病棟業務	病棟業務	再診外来	病棟業務 または 月に1回程度の初診外来
12:30-13:00		指導医による 救急外来症例 振り返り		レジ深掘り 勉強会	臨床推論 カンファレンス
13:00-16:30	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務
16:30-17:15	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
17:15-18:00					外来カンファレンス

連携施設（総合診療専門研修Ⅰ）における週間予定（佐久間病院 例）

	月	火	水	木	金
朝	新入院 朝カンファレンス	新入院 朝カンファレンス	新入院 朝カンファレンス	新入院 朝カンファレンス	新入院 朝カンファレンス
午前	初診外来	上部消化管内視鏡	病棟業務	浦川診療所外来	病棟業務
午後	病棟業務	全患者カンファレンス	初診外来	病棟業務	訪問診療
当直 など	平日当直1回/週、休日当直1回/月程度				

連携施設（総合診療専門研修Ⅰ）における週間予定（市立大町病院 例）

	月	火	水	木	金
朝	朝カンファレンス	朝カンファレンス	朝カンファレンス	朝カンファレンス	朝カンファレンス
午前	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務	初診外来
昼	勉強会	勉強会	勉強会	勉強会	勉強会
午後	訪問診療	病棟業務	救急当番	再診外来	病棟業務
当直など	平日当直 1 回/月、休日当直 1 回/月程度 その他、オンコールは 2 回/月程度				

連携施設（総合診療専門研修Ⅰ）における週間予定（佐久総合病院小海分院 例）

	月	火	水	木	金
朝	朝カンファレンス	朝カンファレンス	朝カンファレンス	朝カンファレンス	朝カンファレンス
午前	病棟業務	救急当番	病棟業務	救急当番	生理検査室での業務
昼	昼カンファレンス	昼カンファレンス	昼カンファレンス	昼カンファレンス	昼カンファレンス
午後	訪問診療	病棟業務	初診外来	病棟業務	家庭医療研修
当直など	平日当直 1 回/週、休日当直 1-2 回/月程度 その他、オンコールは当直とかわる				

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) 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・家庭医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、総合診療専門研修プログラム整備基準の到達目標を参照

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。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 脾臓疾患 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 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。

(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)

高齢患者へ的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(腔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

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研修プログラム整備基準の経験目標を参照

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。

(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・ギブス法 局所麻酔（手指のブロック注射を含む）トリガーポイント注射 関節注射（膝関節・肩関節等） 静脈ルート確保および輸液管理（IVHを含む） 経鼻胃管及び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・ギブス等による固定法 穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等） 鼻出血の一時的止血 耳垢除去、外耳道異物除去 咽喉頭異物の除去（間接喉頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用） 睫毛抜去

■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。レジデントデイや勉強会にて総合診療のコンピテンシーを系統的に学ぶ機会を提供している。

(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

ア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、総合診療専門研修プログラム整備基準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、総合診療専門研修Ⅰを西伊豆健育会病院、佐久総合病院小海分院、佐久総合病院付属小海診療所、健生黒石診療所、浜松市国民健康保険佐久間病院、潁田病院、大井田病院、ホスピティウム聖十字会中島医院、桜新町アーバンクリニック、河北ファミリークリニック南阿佐ヶ谷のいずれかで6ヵ月以上研修を行います（僻地必須）。家庭医療専門研修も同様に家庭医療専門研修Ⅰと家庭医療専門研修Ⅱで構成されます。家庭医療専門研修Ⅱを国立病院機構東京医療センター、家庭医療専門研修Ⅰを西伊豆健育会病院、佐久総合病院小海分院、佐久総合病院付属小海診療所、健生黒石診療所、浜松市国民健康保険佐久間病院、潁田病院、大井田病院、ホスピティウム聖十字会中島医院、桜新町アーバンクリニック、河北ファミリークリニック南阿佐ヶ谷で12ヵ月以上研修を行います。

(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にて内科6-12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。2-3ヵ月の範囲で専攻医の意向を踏まえて決定します。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10の合計11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。

- ・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している）
- ・市立大町総合病院（北アルプス山麓の中核病院として、救急医療から周産期・慢性期医療まで幅広く担い、地域完結型医療を支える公立病院）
- ・佐久総合病院小海分院、佐久総合病院附属小海診療所（南部地域の中核病院として、地域の皆様との交流を大切にして、地域に密着し、佐久病院・佐久医療センターと協力して、地域のニーズに応える医療を展開）
- ・健生黒石診療所（被災によって医療過疎が進行した東北地方で、地方都市やその周辺市町村に存在する医療福祉生協の医療施設でプログラムを形成）
- ・浜松市国民健康保険佐久間病院（浜松市天竜区の山間地域を支える公立病院として、総合診療を軸に救急・在宅医療まで担い、地域包括ケアを実践する病院）
- ・潁田病院（地域包括ケアを軸に在宅復帰支援や慢性期医療に力を入れ、多職種連携で高齢者を支える地域密着型の病院）
- ・大井田病院（急性期病棟から地域包括ケア病棟、慢性期病棟を備え、訪問看護ステーションを有するとともに、介護老人保健施設を併設するなど、この地域の医療の中核となる）
- ・ホスピティ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）
- ・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）
- ・河北ファミリークリニック南阿佐ヶ谷（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）

【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 10 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）、上記の各施設の地域になり、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

の指導医のもと内科や総合診療専門研修Ⅱに従事します。2年目は小児科領域別必修研修と所定の期間の救急科研修、僻地の病院において総合診療専門研修Ⅰを6か月、3年目に当院に復帰し、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 (内科研修・総合診療専門研修Ⅱ) 12ヶ月											
	東京医療センター小児科 (小児科研修) 3ヶ月			東京医療センター救急科 (救急科研修) 3ヶ月			市立大町総合病院/佐久総合病院小海分院/佐久総合病院附属小海診療所/西伊豆健育会病院など (総合診療専門研修Ⅰ、総務省指定僻地) 6ヶ月					
2年目	東京医療センター総合内科 (総合診療専門研修Ⅱ) 12ヶ月											
3年目	東京医療センター総合内科 (総合診療専門研修Ⅱ) 12ヶ月											

本研修 PG の施設群による研修コース例 (家庭医療専門研修の連動研修)

	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 (内科研修) 12ヶ月											
	東京医療センター小児科 (小児科研修) 3ヶ月			東京医療センター救急科 (救急科研修) 3ヶ月			市立大町総合病院/佐久総合病院小海分院/佐久総合病院附属小海診療所/西伊豆健育会病院など (総合診療専門研修Ⅰ、総務省指定僻地) 6ヶ月					
2年目	東京医療センター総合内科 (総合診療専門研修Ⅱ) 12ヶ月											
3年目	東京医療センター総合内科 (総合診療専門研修Ⅱ) 12ヶ月											
4年目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

	市立大町総合病院/佐久総合病院小海分院/佐久総合病院付属小海診療所/西伊豆健育会病院など (家庭医療専門研修Ⅰ) 12ヶ月
--	---

本研修 PG の施設群による研修コース例 (総合診療専門医取得後に家庭医療専門研修開始)

	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 (内科研修) 12ヶ月											
2年目	東京医療センター小児科 (小児科研修) 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) 6ヶ月					
3年目	市立大町総合病院/佐久総合病院小海分院/佐久総合病院付属小海診療所/西伊豆健育会病院など (総合診療専門研修Ⅰ、総務省指定僻地) 12ヶ月											
4年目	東京医療センター総合内科 (家庭医療専門研修Ⅱ) 6ヶ月						市立大町総合病院/佐久総合病院小海分院/佐久総合病院付属小海診療所/西伊豆健育会病院など (家庭医療専門研修Ⅰ) 6ヶ月					
5年目	市立大町総合病院/佐久総合病院小海分院/佐久総合病院付属小海診療所/西伊豆健育会病院など (家庭医療専門研修Ⅰ) 12ヶ月											

■ 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 4 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 6 名
- ・ 日本救急医学会救急科専門医 8 名

病床数・患者数

- ・ 病床数（医療法）640 床

【2025 年 1 月～12 月】

1 日平均入院患者数 547.6 人 1 日平均外来患者数 1352 人

- ・ 年間救急搬送対応件数 7619 件
- ・ 総合内科病床数 63 床

総合内科診療実績では、総合内科外来診療患者数は延べ 17105 名、うち新規患者数は 4033 名、再来患者数は 13072 名であり、一日平均は 70.6 名。総合内科入院数は 37409 名、1 週間の平均の新入院患者数 48.3 名、平均在院日数 16.4 日、1 日平均入院患者数は 102.4 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。640 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.市立大町総合病院

専門医・指導医数

- ・日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医 4名

病床数・患者数

- ・病床 199床
- ・のべ外来患者数 91,506名/年

診療所の特徴

- ・市立大町総合病院は、北アルプスの麓の大町市にある、この地域の急性期医療を担う病院です。急性期病棟から地域包括ケア病棟、慢性期病棟を備え、訪問看護ステーションを有するとともに、介護老人保健施設を併設するなど、この地域の医療の中核となっています。

3. 佐久総合病院小海分院

専門医・指導医数

- ・日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医 2名

病床数・患者数

- ・病床 99床
- ・のべ外来患者数 38500名/年

診療所の特徴

- ・南佐久郡南部地域の中核病院として、地域住民との交流を大切にして、地域に密着し、佐久総合病院・佐久医療センターと協力して、地域のニーズに応える医療を展開している。1次、2次の救急医療の実践、高齢者に対応した医療の確立、質の高い保健福祉サービスの提供、保健予防事業の充実などを通じて、地域づくりへの協力を目指している。

4. 佐久総合病院小海診療所

専門医・指導医数

- ・日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医 1名

病床数・患者数

- ・病床 なし
- ・のべ外来患者数 9500名/年

診療所の特徴

- 南佐久郡南部地域の第一線医療に取り組んできており、高齢過疎化がすすむ地域において、いち早く在宅診療にも取り組み、地域包括ケアネットワークにおいて大切な役割を担っている。小海駅舎に隣接している利便性、小規模の医療機関ならではの細やかな気配りとかかりつけ医として総合的な診療を心がけている。また、診療所医療を担うプライマリケア医の育成や近隣の診療所との連携も大切にしている。

5.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。

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、もっとも近い 3 次救急医療機関までは救急車で 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 年日本で最初に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. 健生黒石診療所

専門医・指導医数

- ・日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医 1 名

病床数・患者数

- ・病床 なし
- ・のべ外来患者数 概ね 30 人/週以上 のべ訪問診療患者数概ね 5 人/週以上、終末期医療概ね 1 人/6 カ月以上

診療所の特徴

黒石診療所は、元々の医師不足を背景とし、被災によって医療過疎が進行した東北地方で、地方都市やその周辺市町村に存在する医療福祉生協の医療施設でプログラムを形成している。また、東北地方は全国平均を上回る高齢化率となっており、なお増加傾向である。一定の時間内に医療を受けられる地域の格差も存在する。過疎地域の衰退も危惧されるなか、医療・福祉サービスにおいては一層の充実が求められている。黒石診療所は地域に直接介入しており、例えば、黒石市健康福祉課と連携した地域学習会の開催、地域の大型百貨店での世界禁煙デーの取り組みで禁煙相談コーナーを担当して地域に貢献している。診療所で急性期、慢性期、予防・健康増進に関与し、在宅ターミナルケアを通じて緩和ケアも行っている。様々な年齢層を含む同一家族の構成員が受診しており、家族図をカルテに記載して家族全体を視野に入れるように教育している。

9. 河北ファミリークリニック南阿佐谷

専門医・指導医数

- ・日本プライマリ・ケア連合学会認定専門医 4 名、指導医 3 名

病床数・患者数

- ・病床 なし
- ・のべ外来患者数 27600 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。2019年より河北ファミリークリニック南阿佐谷を開院（移設）し、外来診療・訪問診療・訪問看護・居宅介護支援事業等を通じて、杉並区56万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。

10. 穎田病院

専門医・指導医数

・日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医3名

診療所の特徴

飯塚市は人口13万人、高齢化率29.0%（2016年1月現在）であり、人口10万対の医師数は259人（2013年）と、高齢化に直面して住民のニーズと地域の医療リソースを最適化させることが課題となっている地方都市である。

11. 大井田病院

高知県西部・宿毛市に位置する地域中核病院で、急性期から回復期・慢性期までを一貫して担う体制を有します。救急受け入れを行いながら、地域包括ケア病床を活用したポストアキュート・サブアキュート機能を強化している点が特徴です。整形外科・内科を中心に高齢患者が多く、リハビリテーションと在宅復帰支援に注力。多職種連携による退院支援や在宅医療との接続が円滑で、地域完結型医療を実践しています。

■12. 専門研修の評価について

専門研修中の専攻医と指導医の相互評価は施設群による研修とともに専門研修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) 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）を定期的に実施します。

■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. 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ます。

■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 6 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 4 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. 東京医療センター総合内科・総合診療における指導医の義務と責任

【基本理念】

東京医療センター総合内科は、患者中心の全人的医療を実践する内科医、総合診療医の育成に努めています。これを支える指導医は倫理的で教育的な模範として、研修医の学習と成長を支援する中心的な役割を担います。

1. 教育的責任

・指導医は、研修医に対し系統的かつ段階的な指導を行っていきます。総合内科医として、臨床推論能力、急性疾患診療能力、multimorbidity 管理能力、横断診療能力、医療システムの理解を支援していきます。総合診療医として、基本的能力（患者中心、包括性、継続性、地域志向、臨床推論、チーム連携）を獲得できるよう支援していきます。

・計画的な教育カリキュラムに基づき、目標設定・学習支援・評価・フィードバックを継続的に実施していきます。

2. 臨床的責任

・指導医は、患者の安全を最優先に研修医の診療に対する臨床的監督と助言を適切に行っていきます。
・不確実性の高い症例においても、研修医とともに思考し、倫理的かつ患者中心の対応を導いていきます。
・多疾患併存、診断困難例、高齢者・在宅医療等にも精通し、模範的な診療を通じて研修医に学びの機会を提供していきます。

3. 人格的・倫理的模範

・指導医は、専門的態度・協調性・患者尊重の姿勢を実践し、研修医のロールモデルとなります。
・共感・真摯さ・多様性の尊重を自然に身につけられるよう、日常の中で手本を示します。
・教育場面におけるパワーバランスやハラスメントリスクに十分に配慮していきます。

4. 継続的学習と教育者としての成長

・指導医自身も教育技法・医学知識・指導スキルの向上に努める義務を負います。
・教育内容や学習環境の改善に関し、組織的なフィードバック体制の構築に貢献していきます。

5. チームとの協働・地域との連携

- ・他職種（ICT、NST、DCT、RRT など）と連携した教育活動を行い、多職種協働型の医師育成を担っていきます。
- ・病院と地域診療所との橋渡し役として、地域医療現場と連動した教育も視野に入れていきます。

■22. 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。

■23. 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、ホームページを参考に願書類を管理課係長宛に提出してください。申請書は国立病院機構東京医療センターの website (<https://tokyo-mc.hosp.go.jp/recruit/>)で入手可能です。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】

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

【東京医療センター総合内科 アドミッションポリシー】

【基本理念】

東京医療センター総合内科では、すべての年齢・性別・疾患に対応し、継続性・包括性・患者中心性を実践できる内科医、総合診療医の育成を目指しています。

病院と地域をつなぐ中核的な総合内科として、急性期から慢性期、診断困難例、多疾患併存例、高齢者ケア、終末期医療まで、幅広い臨床経験を提供し、実践的な臨床推論力と協調的な多職種連携力を養成します。

【東京医療センター総合内科が求める人材像】

1. 患者中心の医療を実践したいと考える人

- ・患者の背景、価値観、生活に寄り添い、全人的視点で診療を行う意欲のある方。

2. 不確実性に耐え、臨床推論を深めたい人

- ・ 診断が明確でない場面にも誠実に向き合い、仮説検証型の診療思考を鍛えたい方。

3. 継続性・包括性のある医療を学びたい人

- ・ 入退院や外来診療、ACP などを通じて、患者の人生に継続的に関わる診療を志向する方。

4. 臓器や診療科の枠を超えて診療を行いたい人

- ・ 多様な主訴・疾患に対応し、複雑な健康問題を総合的に診ることに関心がある方。

5. チーム医療・多職種連携に積極的に関わりたい人

- ・ 医師だけでなく、看護師・薬剤師・リハ職・MSW などと協働しながら患者支援を行う姿勢を持つ方。