
杏林大学医学部付属病院
総合診療専門医研修プログラム



 杏林大学医学部付属病院

目次

1. 本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. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について
22. 専攻医の採用

本研修プログラムについて

はじめに

現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として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、杏林大学医学部附属病院総合診療専門研修プログラム(以下、本研修 PG)は病院・診療所などで活躍する高い診断・治療能力を持つ総合診療専門医を養成するために創設されました。

杏林大学医学部附属病院 救急総合診療科とは



高度先進医療機関である大学病院では通常、内科は臓器別に細分化されており、診断が困難な患者さん、あるいは難治な疾患の治療にシフトし、また救急科は心肺停止や多発外傷などの3次救急に特化した診療を行っており、上記基本理念の2に適していない場合が少なくありません。

しかし杏林大学医学部附属病院は、東京都の新宿以西における唯一の大学病院本院として、1970年の開学時から1次～3次の区別なくあらゆる救急患者さんを受け入れ、救急科が3次救急患者を、各科が1・2次救急患者を協力して診療に当たって来た歴史があります。さらに当院は、2006年5月に北米型ER救急を

実践するべく救急初期診療チーム Advanced Triage Team (ATT)を発足させ、内科系救急患者への初期対応を一元化して行ってきました。ATT は 2012 年には独立した診療科 (ATT 科)となり、初期研修医、後期レジデント、および大学院生の指導体制が整備されています。さらに、2012 年に新しい第 3 病棟がオープンしてその 1 階に新 High Care Unit (HCU) が開設されたことを契機に、短期間の入院診療も可能となりました。2016 年 4 月から救急総合診療科と名称変更し現在に至ります。

総合診療医とホスピタリスト(病院総合医)

総合診療医とは、診療する臓器を限定せず、受診した患者全てに対応する医師です。総合診療医の守備範囲は、自分がどのような医療現場で診療することを選んだかによって決まりますが、入院設備を持った医療機関の総合診療科外来、救急外来 (ER)、および総合診療科病棟などを活躍の場とする医師は、ホスピタリスト(病院総合医)と呼ばれ、高度救命センターや ICU を活躍の場とする総合診療医である集中治療医、地域の診療所をベースに活躍する総合診療医である家庭医とは区別されます。

ホスピタリストは比較的新しいタイプの医療専門家で、ホスピタリストという言葉が最初に現れたのは、1996 年の The New England Journal of Medicine 誌におけるカリフォルニア大学サンフランシスコ校の Robert M.Wachter 教授の記事です (N Engl J Med. 1996 Aug 15;335(7):514-7.)。彼が、プライマリ・ケア医の中でも急性期病院での治療に特化する医師がやがて必要になるであろうことを予言して以来、北米では爆発的に増加し、その有用性が数多く示されてきました。

ホスピタリストの集まりである Society of Hospital Medicine (SHM)によると、ホスピタリストは急性期の重篤な入院患者を治療するほかに、次のような役割を担うことで、病院やヘルスケアシステム全体の効率を高めるために存在するとされています。

- 診断・治療・手技を含む、患者が必要としているすべてを、迅速かつ網羅的に提供する。
- quality improvement という、診療の質を向上させる方法論を実践する。
- 入院患者にかかわるすべての医師や医療従事者とコミュニケーションを取り、協力する。
- 患者が他の病院や長期療養施設に転院する際や、自宅へ退院する際に、安全に次のステップに移れるようにする。
- 病院内の資源や医療資源を効率的に利用する。

本研修 PG の特徴

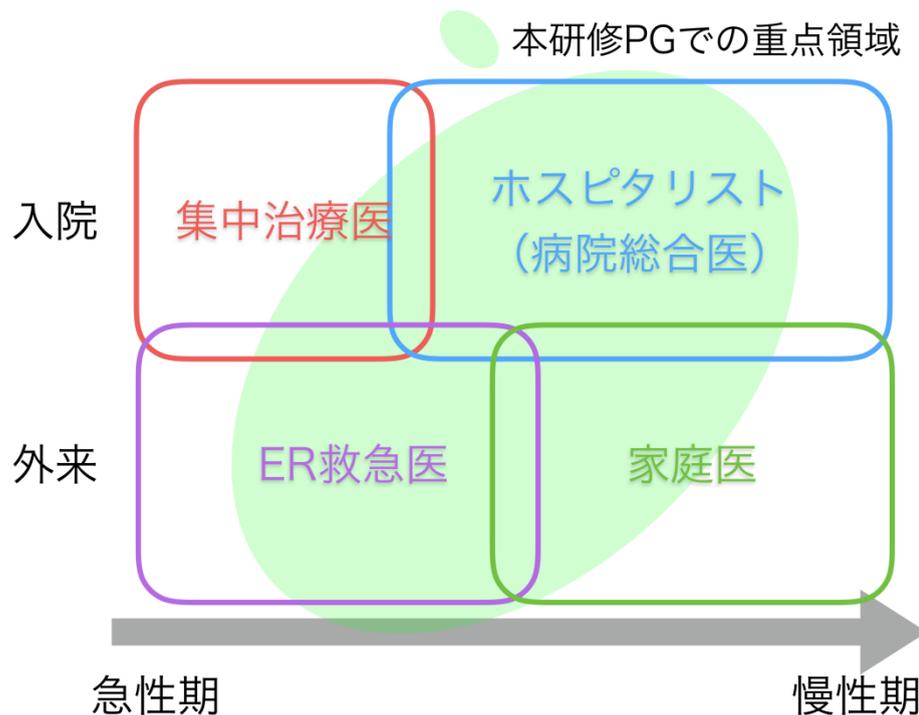
当科は、発足以来、ER(北米)型救急で活躍出来るホスピタリストの養成を行ってきました。本研修 PG では、当科以外の ER(北米)型救急を実践している専門研修連携施設や、先駆けてホスピタリストを導入している専門研修連携施設においても研修を行うことで、他の総合診療専門医プログラムと比較しても、より急性期に強い総合診療専門医の育成を目指すのが本研修 PG の特徴です。

当科は医学部付属病院内にあるため、医学部学生や初期臨床研修医、薬剤師、レジデント等を対象とした教育に携わる機会も多く、教育を通じた多くの学びの場が存在します。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も特徴です。

本研修 PG の目指すもの

ホスピタリストは、循環器・消化器・呼吸器・腎・血液・神経や内分泌・代謝・膠原病の「内臓」各領域にとどまらず、眼・耳鼻咽喉・泌尿器・女性生殖器・皮膚・運動器などの「外臓」の症候にも対応できる能力が必要となります。

ただし、ホスピタリストは「スーパードクター」ではありません。あらゆる症候や疾患に対して、迅速性が求められる救急外来から継続性が大事な総合診療外来、深く掘り下げる病棟診療まで、幅広い知識の全てを頭の中に入れておくことは不可能です。そのため専攻医は、IT 活用能力や evidence の探索・解釈能力、協働するコミュニケーション能力、診療の質を高めるマネジメント能力などを磨くことにより、多種多様なリソースを総動員して問題の解決に当たることを目指します。



さらに専攻医は、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する。
- (2) 総合診療部門を有する病院においては、臓器別ではない病棟診療(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もつ患者への包括的ケア)を提供する。

本研修 PG の概要

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、皆さんも主体的に学ぶ姿勢をもつことが大切です。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、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 つの必須診療科で 4 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できます。

ご挨拶



学校法人杏林学園
理事長 松田 剛明

ホスピタリストを目指す君達へ——

教育体制を充実し、質の高い「患者に親切な医療」を目指して

平成 18 年 5 月に立ち上がった救急総合診療科で、この度、画期的な総合診療科プログラムが創設されました。これは、我々が主として行ってきた内科系救急診療と合致するものと確信しております。プログラム内容は継続して磨き上げていき、若手医師に魅力的な研修プログラムを構築してまいります。

救急総合診療科では、日々の臨床業務に加え、後輩の臨床教育や研究活動も精力的に行ってきました。

若手医師の教育体制を充実し、質の高い「患者に親切な医療」を提供する診療科を目指したい、と考えています。救急医療に強い総合診療医を目指す諸君からの連絡を待っています！

2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか

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、24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。

4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

- 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。
- 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。
- 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。

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



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。

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)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、毎週の症例カンファレンス、EBM抄読会を通じたEBMに基づい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) へき地・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。さらには三鷹保健センターを通じ産業保健活動、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。

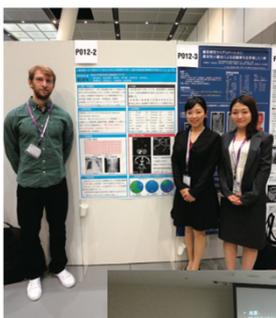
臨床現場を離れた学習



(ア) 学会・院外研修

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医学会等の関連する国内学会だけではなく、4年間で最低1回は海外学会での発表を行います。また、学術集会やセミナー、シミュレーション教育研修会などへ参加し、研修カリキュラムの基本的事項を履修します。

世界標準を目指して



救急総合診療科では、「国際感覚の優れた医師を育てたい」という方針のもと、留学生の受け入れや海外からの指導医の招聘を積極的に行っています。米国のハワイ大学、オーストリアのウィーン大学、チェコのプラハ・カレル大学などの学生と英語で一緒に勉強

な時間を過ごした

ホスピタリストを目指す君達へ――

り、アメリカ心臓協会など、海外の学会での発表にも挑戦してきました。

また2016年3月には、いわゆる「大リーガー医」のカリフォルニア大学医学部デービス校の臨床教授ジョージ・メイヤー先生にもお越しいただき、教育的ケースカンファレンスも行っています。今後も世界トップレベルの臨床教育の場を提供できればと思います。

皆さんも、こうした最高の環境で是非一緒に勉強しませんか？

(イ)シミュレーション教育

臨床現場で経験の少ない手技などは毎月1回開催される院内のICLS講習会にスタッフとして参加し、シミュレーション機器を活用した教育方法を習得します。また、ICLS指導者講習会にも参加し、卒後3年目には救急医学会認定ICLSインストラクターになることを目指します。

(ウ)その他

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。

ホスピタリストを目指す君達へ――

ICLS インストラクターの声

シミュレーション教育を通して、救命の輪を広げましょう！



高度救命救急センター
看護師 西尾 宗高

杏林大学医学部付属病院では、「あたたかい心のかよう、良質な医療を患者さんに提供する」べく、高機能シミュレーターを用いた蘇生講習会・救急医学会認定の

「ICLS」を開催しています。

これは、特に「突然の心停止に対する最初の10分間の対応と適切なチーム蘇生」の習得を目標としています。少人数グループに分かれシミュレーション実習を繰り返し、約1日をかけて蘇生のために必要な技術やチーム医療を身につけます。当院では、チーム医療の大切さを広めるため毎月開催し、医師、看護師に加え、薬剤師、臨床工学技士、放射線技師などに

もご参加いただいています。

院内受講生のコース参加費は無料で、スタッフも皆ボランティアで行っています。突然の心停止はいつどこで起こるかわからないので、各病棟・各部署へ最低1人のICLSインストラクター配備を目指しています。今後は、ICLS指導者養成ワークショップを開催し、地域貢献できることを目標にしています。

「患者」を助けたいという気持ちを強く持つ皆さん。ここで、一緒に救命の輪を広げていきませんか？

自己学習

(ア)レクチャープログラム

自己学習のために、1年目の研修においては診療に必須な一般的な症候について(下表参照)年間専攻医あたり4症候を目標に深く学習します。3ヶ月間でその症候に合わせたEBM抄読会を2回、それを基に作成された臨床推論フローチャートを3ヶ月で1症候ずつ作成し、自己学習を深めます。

頭痛	胸痛	脱力	頸部痛	振戦
めまい	咽頭痛	浮腫	吐血喀血	痙攣
発熱	嘔吐	呼吸困難	下部消化管出血	下痢
一過性意識障害	発疹	動悸	上腹部痛	咳
下腹部痛	しびれ	背部痛	意識障害	

(イ)その他

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、救急総合診療科オリジナルの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。

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、年1回は国内学術大会等での発表(筆頭に限る)と3年に最低1編の論文発表・海外学会での発表(筆頭に限る)を行うこととします。

大学病院で学ぶということ

救急総合診療科では、杏林大学医学部総合医療学教室や保健学部健康福祉学教室と連携し、様々な研究を行っています。

大学院での研究テーマは、大学院生と指導教官と一緒に決めるなど、研究マインドの育成を一番に考え自主性が尊重されます。現在は、温熱・寒冷環境と疫学を組み合わせた研究・シミュレーション教育に関する研究・失神の診断に関する研究・トリアージに関する研究・運動と心機能に関する

研究などが行われています。また、微生物学教室と連携した感染症の研究も今後スタートする予定です。

この度、救急外来に世界最先端の超音波診断装置であるフィリップス社製のEPIC 7が導入されました。この装置を用いた心臓の3Dエコーを用いた研究も行われており、3Dエコーに関しては世界トップレベルの研究環境にあります。

さらに、指導を担当する教官はハーバード大学などへの留学歴も

ホスピタリストを目指す君達へ――

あり、博士課程修了後の留学を積極的に応援する環境も整っています。



各研修の特徴と週間スケジュール

＜総合診療専門研修Ⅱ 病院総合医＞杏林大学医学部附属病院 救急総合診療科

		月	火	水	木	金	土	日
午前	8:00-9:00	振り返りカンファ						
	9:00-10:00	外来	消化器 カンファ	放射線 カンファ	循環器 カンファ	感染症 カンファ	外来	休み
	10:00-11:00		外来	外来	週替り カンファ	外来		
	11:00-12:00							
午後	12:00-13:00	外来	外来	外来	外来	外来	休み	休み
	13:00-14:00							
	14:00-15:00							
	15:00-16:00							
	16:00-17:00							
準夜	17:00-18:00	振り返りカンファ					休み	休み
	18:00-19:00	外来	外来	外来	外来	Weekly Summary Discussion		
	19:00-20:00					外来		
夜勤	20:00-8:00					外来		

*** 勤務体制**

救急総合診療科外来勤務は①シフト勤務:2交代制(8:00-20:00, 20:00-8:00)で週3回の勤務、②通常勤務:日勤(8:00-17:00)週4回の勤務のどちらかとなります。

*** カンファレンス等の説明**

振り返りカンファレンス:総合診療研修指導医による1日の症例の振り返り。

消化器カンファレンス:消化器内科専門医による過去1週間の特殊な消化器疾患の振り返り。

循環器カンファレンス:循環器内科専門医による過去1週間の特殊な循環器疾患の振り返り。

感染症カンファレンス:感染症内科専門医による過去1週間の特殊な感染症疾患の振り返り。

放射線カンファレンス:放射線専門医による過去1週間の特殊な画像所見の検討会。

週替りカンファレンス:ジャーナルクラブ、EBM ジャーナルクラブ、M&M カンファレンス、特殊症例の症例検討を週替わりで行う。

＜総合診療専門研修Ⅰへき地医療＞三宅村国民健康保険直営中央診療所

	月	火	水	木	金
午前 8:30-12:00	一般外来	一般外来	一般外来	一般外来	一般外来
午後	急患対応	予約外来	急患対応	急患対応	急患対応

*勤務体制

通常の日勤業務の他に、臨時急患対応があります。

手術が必要な場合など診療所での追加治療が難しい場合で、かつ緊急度の高い場合は、東京消防庁や自衛隊のヘリコプターによる搬送を行う体制になっています。この場合、搬送時における受入先病院の状況や天候などの条件に基づき受入病院が決定されます。

＜総合診療専門研修Ⅰへき地医療＞奥多摩町国民健康保険 奥多摩病院

	月	火	水	木	金
午前	一般外来	一般外来	一般外来	一般外来	一般外来
午後	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務

*勤務体制

通常の日勤業務の他に、臨時急患対応があります。

手術が必要な場合など病院での追加治療が難しい場合は、連携病院である青梅市立総合病院・公立福生病院・公立阿伎留医療センターに搬送します。

＜総合診療専門研修 I へき地医療＞新島村国民健康保険本村診療所

	月	火	水	木	金
午前 8:30-12:00	一般外来	一般外来	一般外来	一般外来	一般外来
午後	急患対応	急患対応	急患対応	急患対応	急患対応

*勤務体制

通常の日勤業務の他に、臨時急患対応があります。

手術が必要な場合など当診療所での追加治療が難しい場合で、かつ緊急度の高い場合は、東京消防庁や自衛隊のヘリコプターによる搬送を行う体制になっています。この場合、搬送時における受入先病院の状況や天候などの条件に基づき受入病院が決定されます。

＜総合診療専門研修 I へき地医療＞小笠原村診療所

	月	火	水	木	金
午前 9:00-12:00	一般外来	一般外来	一般外来	一般外来	一般外来
午後	急患対応	急患対応	一般外来	急患対応	急患対応

*勤務体制

通常の日勤業務の他に、臨時急患対応があります。

小笠原村～東京間の交通手段は、約 6 日に 1 便、片道 24 時間の定期船「おがさわら丸」しかなく、診療所で対応できない救急患者が発生した場合は、東京都を通じ、海上自衛隊の救難飛行艇(水陸両用)を要請し、都内病院へ搬送する。急患搬送は、村民のほか、観光客、仕事での来島者、近海で操業中の他県の漁業従事者、遠洋航海の船員の患者も少なくなく、外国船籍の乗組員を搬送することもある。日中における急患搬送は海上自衛隊の救難飛行艇(US-1 , US-2)により搬送されるが、救難飛行艇は有視界飛行であり、照明のない海上に着水できず、日没後の搬送はできないため、夜間における急患搬送は、硫黄島の海上自衛隊のヘリにより患者を硫黄島に搬送し、滑走路を有する硫黄島の基地から救難飛行艇等で内地に搬送する。

＜総合診療専門研修Ⅰ家庭医＞新川すみれクリニック

		月	火	水	木	金	土	日
		振り返りカンファ						
午前	8:30-9:00	振り返りカンファ						
	9:00-10:00	往診	外来	外来	杏林大学病院・救急総合診療科勉強会	往診	外来	休み
	10:00-11:00							
	11:00-12:00							
午後	12:00-13:00	往診	外来	外来	杏林大学病院・救急総合診療科	往診	休み	休み
	13:00-14:00							
	14:00-15:00							
	15:00-16:00							
	16:00-17:00							

新川すみれクリニックは厚生労働省の認可を受けた「在宅療養支援診療所」として、外来診療のほかに三鷹市を中心とした「訪問診療」を行っています。「訪問診療」は、具合が悪くなった時だけ来てもらう一般的な往診とは異なり、通院が困難な患者様宅を定期的かつ計画的に訪問し、診療を行い、急性期疾患だけでなく慢性期疾患も多く扱います。

「住み慣れた自宅や施設で過ごしながらか療養したい」という願いを叶えるため、24時間連絡・訪問可能な体制をとっています。

* 勤務体制

通常の日勤業務の他に、月4-5回程度臨時往診オンコールがあります。

		月	火	水	木	金	土	日
		振り返りカンファ						
午前	8:30-9:00	振り返りカンファ						
	9:00-10:00	往診	外来	往診	杏林大学病院・救急総合診療科勉強会	外来	外来	休み
	10:00-11:00							
	11:00-12:00							
午後	12:00-13:00	往診	外来	往診	杏林大学病院・救急総合診療科	外来	休み	休み
	13:00-14:00							
	14:00-15:00							
	15:00-16:00							
	16:00-17:00							

＜総合診療専門研修Ⅰ家庭医＞さつきクリニック

さつきクリニックは厚生労働省の認可を受けた「在宅療養支援診療所」として、外来診療のほかに「訪問診療」を行っています。「訪問診療」は、具合が悪くなった時だけ来てもらう一般的な往診とは異なり、通院が困難な患者様宅を定期的かつ計画的に訪問し、診療を行い、急性期疾患だけでなく慢性期疾患も多く扱います。新川すみれクリニックと同様に、24時間連絡・訪問可能な体制をとっています。

* 勤務体制

通常の日勤業務の他に、月4-5回程度臨時往診オンコールがあります。

＜小児科＞杏林大学医学部付属病院 小児科

		月	火	水	木	金	土	日
午前	8:00-9:00	病棟	外来	准教授 回診	学校健診	病棟	病棟	休み
	9:00-10:00			病棟				
	10:00-11:00							
	11:00-12:00							
午後	12:00-13:00	教授回診	病棟	救急外来	救急外来	病棟	休み	休み
	13:00-14:00							
	14:00-15:00	病棟	勉強会			カンファ		
	15:00-16:00							
	16:00-17:00							

小児科の研修ではこどもたちの健康のために、全人的かつ包括的医療を提供できる医師を育成することを目標にしています。

研修は、一般診療部門を中心に行います。杏林大学医学部付属病院の小児科は東京都の多摩地区および23区の西部地区にまたがる医療圏の1・2次、3次救急医療と臓器別専門医療を平行して担っていることを特徴としています。一般病棟における疾患の種類としては、大学病院ならではの白血病、神経芽腫などの悪性腫瘍、先天性複雑心奇形、難治性神経疾患、難治性腎疾患、膠原病などだけでなく、気管支喘息、咽・喉頭炎などの上気道炎から特異な経過をとる急性脳症、肺炎、気管支炎、乳幼児下痢嘔吐症などの感染症などのコモディスイーズも非常に多く経験でき、高度医療から日常診療までを幅広く経験することができます。

*** 勤務体制**

通常の日勤業務の他に、月4-5回程度当直業務があります。当直明けは正午までの勤務です。土日の当直は午前11時交代となります。

レジデントの声



チーフレジデント 佐野 勇貴

ここでの指導体制は屋根瓦式で、診療業務から研修医の症例検討会、学会発表まで、日々指導を受けられる体制が充実しています。研修中は他院への一定期間の出向が可能で、私も富山県立中央病院に出向し、ドクターヘリでの勤務など貴重な経験ができました。また、不定期で行っているM&Mカンファレンスでは、失敗の繰り返しから学んでおり、今後のより良い対応やシステム作りの糧となっています。

ホスピタリストを目指す君達へ――

私は現在、大学院でICLSの教育を研究中です。当科では蘇生トレーニングコースのICLS講習会を院内スタッフに向けて月1回開催しています。インストラクターとして参加しながら、様々な指導方法や受講者に与える影響などの研究をし、日々成長を実感しています。

他にはない「ならでは」の学びの環境で、一緒に成長していきましょう！

＜内科＞専門研修連携施設(関東労災病院 救急総合診療科)

	月	火	水	木	金	土	日	
7	ICU/HCU/病棟カンファレンス					CPC (月1回)		
8								
9	救急室勤務 ICU/HCU勤務 一般病棟勤務・回診					ICU/HCU/病棟 カンファレンス		
10						日当直 勤務	日当直 勤務	
11								
12	レクチャー	レクチャー	感染症 カンファ	放射線 カンファ	レクチャー	日当直 勤務	日当直 勤務	
13	病棟 カンファ							
14								
15								病棟 カンファ
16	ICU/HCU/病棟カンファレンス							
17								
18	救急総合 診療科 勉強会				総回診			
19								

通常の日勤業務の他に、月4-5回程度当直業務があります。当直明けは正午までの勤務です。

救急については、内因性救急と三次救急を中心に診療、集中治療については、術後管理も含めてICU/HCUをセミクローズに運営しており、各臓器別専門医と一緒に、2016年度はICU379件、HCU827件、救急車搬送約7600台の診療をしております。総合内科病棟は21床を有しており、マルチプロブレム症例、診断困難症例、コモンディーズや老年内科を中心に年間400件診療しています。

救急、集中治療の段階から患者背景を加味した診療を行い、全人的な診療を心がけています。また研修医教育に力を入れて、エビデンスに準じた標準的な診療を行っています。

＜内科＞専門研修連携施設(練馬光が丘病院 総合診療科)

	月	火	水	木	金
朝	プレラウンド				
	新入院症例提示/5分間レクチャー				
	チームラウンド				
	ICUカンファレンス				
昼	MKSAP*	EBMカンファ 2回/月	集中治療・ 倫理・M&M	病棟カンファ	
午後	チームチャートラウンド				
	血液カンファ 1回/週	外科合同カンファ 1回/月	老年カンファ 1回/月 感染症カンファ 1回/週 英語カンファ 2回/月	緩和カンファ 1回/月	

*the Medical Knowledge Self-Assessment Program

通常の日勤業務の他に、月4-5回程度当直業務があります。当直明けは正午までの勤務です。院内で専門科の協力が得られるため幅広い内科疾患を経験できます。毎日必ず上級医との回診を行っており、必ずフィードバックがあるため、適切な診療を行いつつそれぞれの疾患に対しての知識は深まります。固定の病床はありませんが、常時90人程度の入院患者を担当しています。

＜内科＞基幹施設(杏林大学医学部付属病院 各内科)

詳細は杏林大学医学部付属病院 内科専門医プログラムを参考にして下さい。1年間の内科研修のうち、最低6ヶ月は専門研修連携施設による総合内科研修を推奨しますが、6ヶ月間は基幹施設での各内科研修を行うことができます。

通常の日勤業務の他に、月4-5回程度当直業務があります。当直明けは正午までの勤務です。

<救急> 専門研修連携施設(東京ベイ・浦安市川医療センター 救急科)

		月	火	水	木	金	土	日
午前	8:00-12:00	救急外来			シミュレーション講習会	カンファ	救急外来	
午後	12:00-17:00	救急外来				救急外来	救急外来	
準夜勤	17:00-23:00		救急外来					
夜勤	23:00-8:00		救急外来					

変則3交代制で勤務を行い、各勤務帯の診療を経験する事により時間帯による疾患の違いを体験できます。24時間救急専従スタッフがおり、診療に際しては全例プレゼンテーションし、指導を受け事が可能です。

勤務時間、休日は事前に救急スタッフと相談し決定します。完全シフト制で、夜勤明けに勤務があることはありません。また、週の労働時間は40時間程度に設定されています(その他カンファレンスや外来研修はあります)週約2日の休日を確保し、希望の休日が出せます。週に1回、救急科カンファレンスを行っています。

実際のローテーションではACGMEの6コンピテンシーに沿った救急到達目標を到達する事を目的とし研修を行い、知識技術だけでなくプロフェッショナリズムやチーム医療など救急医として欠かせない能力を確実に獲得するためのプログラムを策定しています。

<救急> 専門研修連携施設(練馬光が丘病院 救急集中治療科)

	月	火	水	木	金	土	日
日勤 8:00-20:00	救急外来	救急外来			カンファ		救急外来 (隔週)
夜勤 20:00-8:00			救急外来				

2交代制で勤務を行い、各勤務帯の診療を経験する事により時間帯による疾患の違いを体験できます。24時間救急専従スタッフがおり、診療に際しては全例プレゼンテーションし、指導を受け事が可能です。

勤務時間、休日は事前に救急スタッフと相談し決定します。完全シフト制で、夜勤明けに勤務があることはありません。また、週の労働時間は40時間程度に設定されています(その他カンファレンスや外来研修はあります)週約2日の休日を確保し、希望の休日が出せます。週に1回、救急科カンファレンスを行っています。

＜救急＞基幹施設(杏林大学医学部附属病院 救急科)

詳細は杏林大学医学部附属病院 救急専門医プログラムを参考にして下さい。3ヶ月の救急科研修では、杏林大学医学部附属病院 救急科での研修を行うことができます。
通常の日勤業務の他に、月4-5回程度当直業務があります。当直明けは正午までの勤務です。

看護師の声

「チームで、救急医療を担っています」

近年、医療の質・安全性の向上、高度化・複雑化に伴う業務拡大に対応するため、各々の高い専門性を生かしたチーム医療が推進されています。私達の病院でも、チームで年間約13,000人の救急患者に医療と看護を提供しています。

多くの患者に安心して安全な医療を提供するためには、医師と看護師間での情報共有や、連携を根幹としたチーム医療が不可欠です。

救急診療科医師と情報共有することで、看護師も医学的知見を踏まえた病態予測が可能となりま

す。そうした情報共有により、患者の急変の未然防止やスムーズな診療・治療が展開できています。

その1つの例が、院内トリアージです。院内トリアージでは看護師独自の観察力や判断力が求められ、不安を抱える看護師も少なくありません。そこで、院内トリアージの振り返りカンファレンスを日々行っています。最近では、救急総合診療科の医師も参加し、看護師と様々な意見を交換するなど、二人三脚で質の



高度救命救急センター
看護師 高野 裕也

ホスピタリストを目指す君達へ――

向上に努めております。

救急総合診療科の医師は若く、元気いっぱいです。救急医、総合診療医を目指したいと思う先生がいましたら、是非、救急総合診療科へ来て、一緒に働きませんか？

3.専攻医の到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)

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を参照してください。

一般的な疾患への対応

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・褥婦のケア		緩和ケア
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	老年症候群	維持治療期の悪性腫瘍	

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します。(必須項目のカテゴリーのみ掲載)

※ 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

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(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 研修カリキュラムの経験目標1を参照

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)	
睫毛拔去	

※ 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。

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。

女性医師の声

ホスピタリストを目指す君達へ――



菊地 真祈

子育てと仕事の両立を図りながら、夢に近づける環境です

―救急総合診療科で働くことになったきっかけは何ですか？

内臓から外臓まで幅広い分野をカバーしており、「ジェネラリストになりたい!」という私にとって、まさに理想的な環境だったからです。

―研修プログラムの魅力とはどんな点でしょう？

外来患者とのファーストタッチ、治療方針の大まかな決定など、他の科にはない濃密な体験ができ、経験値を積むことができる点です。

―女性医師へのアドバイスは？

私のように家庭があっても、やりたいことが制限されず、バランスの良い生活と両立できる安心な環境がここにはあります。

―入職を考えている方へ一言!

進む道が決まっているドクター、またそうではない方も、様々な症状の患者さんに接する救急総合診療科を一度体験すると、自分に本当に合った科を見つける良いきっかけになると思いますよ!

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。

1. 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。
2. 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。

これらの学問的姿勢の実現のために、下記の研修目標の達成を目指します。

(1) 教育

- ① 学生・研修医に対して1対1の教育を行うことができる。
- ② 学生・研修医向けにテーマ別の教育目的のセッションを企画・実施・評価し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(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。

臨床研究の実施にあたっては、必要に応じ、杏林大学医学部総合診療医療学のサポートをう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。

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 杏林大学医学部附属病院救急総合診療科を基幹施設とし、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。当 PG では、杏林大学医学部附属病院救急総合診療科において臨床推論、医療面接、総合診療の概念を学習するための基礎研修を2ヵ月行った後、下記のような構成でローテート研修を行います。

総合診療専門研修

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。本研修 PG では 24 ヶ月の総合診療専門研修を行います。

- 総合診療専門研修Ⅱ

杏林大学医学部附属病院救急総合診療科にて 12 ヶ月の研修を行います。

- 総合診療専門研修Ⅰ

三宅村国民健康保険直営中央診療所・新川すみれクリニック、もしくはさつきクリニックにて 6 ヶ月の研修を行います。

必須領域別研修

- 内科研修

関東労災病院救急総合診療科(もしくは練馬光が丘病院・杏林大学医学部附属病院内科)において12 ヶ月の内科研修を行います。

- 救急科研修

東京ベイ浦安市川医療センター救急科(もしくは練馬光が丘病院救急集中治療科・杏林大学医学部附属病院救急科)において 3 ヶ月の救急科研修を行います。

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、個々の総合診療科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6の合計7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

杏林大学医学部付属病院総合診療科が専門研修基幹施設となります。

専門研修連携施設

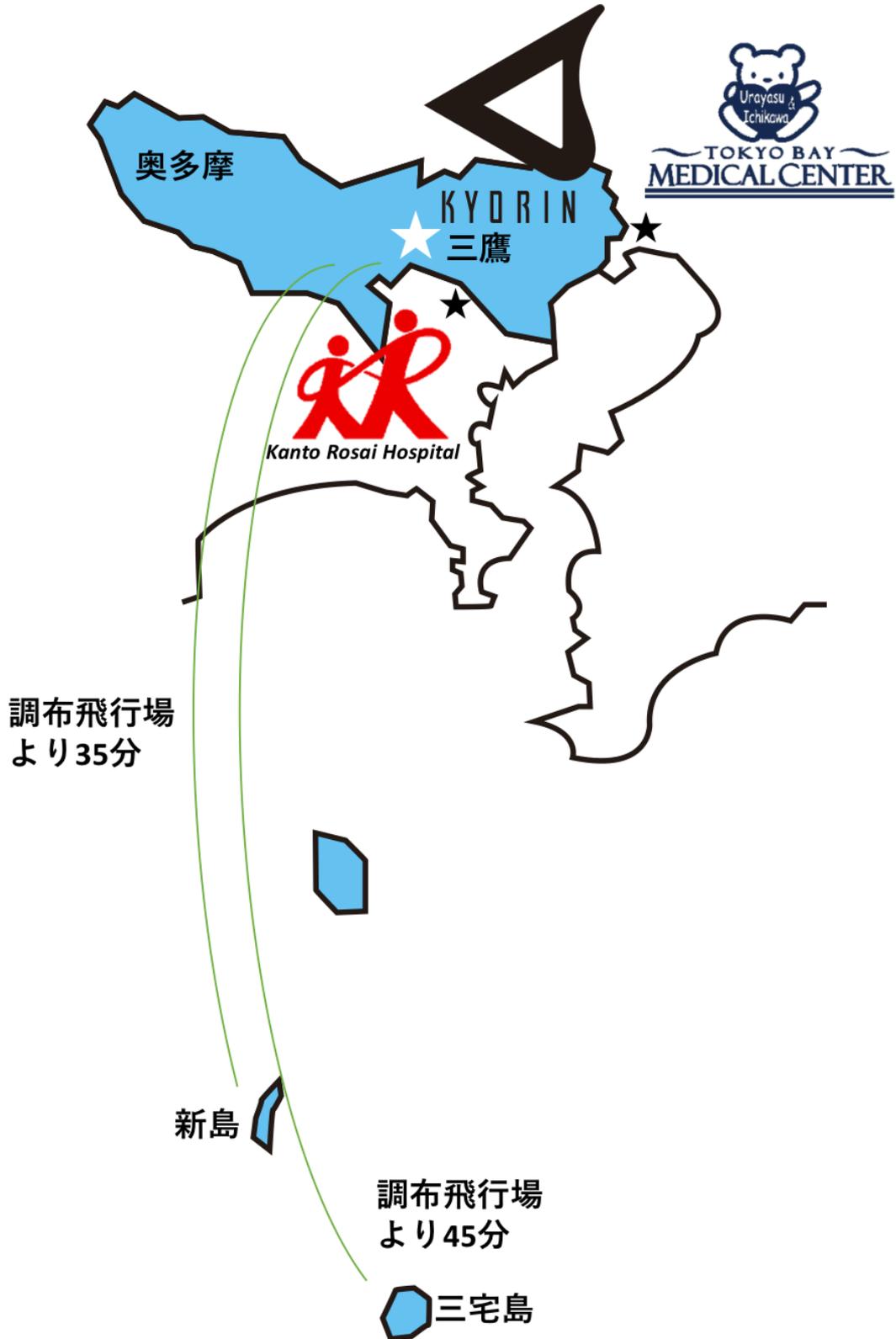
本研修 PG の施設群を構成する専門研修連携施設は以下の通りです。全て、診療実績基準と所定の施設基準を満たしています。

- ・関東労災病院
神奈川県川崎市の各種専門診療を提供する急性期病院である。
- ・東京ベイ・浦安市川医療センター
千葉県浦安市の各種専門診療を提供する急性期病院である。
- ・練馬光が丘病院
東京都練馬区の各種専門診療を提供する急性期病院である。
- ・三宅村国民健康保険直営中央診療所
東京都三宅村にある診療所である。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。へき地医療を提供しており、自治体と提携した健康増進や予防医学活動も盛んである。
- ・新川すみれクリニック
東京都三鷹市の在宅療養支援診療所である。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。在宅医療の症例が豊富であるだけでなく、自治体と提携した健康増進や予防医学活動も盛んである。
- ・さつきクリニック
東京都国分寺市の在宅療養支援診療所である。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。在宅医療の症例が豊富であるだけでなく、自治体と提携した健康増進や予防医学活動も盛んである。

専門研修施設群と地理的範囲

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。体制は下図のような形になります。

本研修 PG の専門研修施設群は東京都及び隣の神奈川県・千葉県にあります。施設群の中には、地域中核病院と診療所・へき地が入っています。



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×6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。

総合診療専門研修

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

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。

小児科研修と救急科研修

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ト研修においては、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ト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。

当プログラムの定員

現在、本プログラム内には総合診療専門研修指導医が3名在籍しており、この基準に基づくと毎年最大で6名程度受け入れ可能ですが、当プログラムでは、毎年4名定員としています。

10.施設群における専門研修コースについて

下図に本研修 PG の施設群による基本的な研修コース例を示します。

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
1年目	総合診療専門研修II									総合診療専門研修I		
	杏林大学病院 (救急総合診療科)									新島村本村診療所 (新島)		
2年目	内科研修						救急					
	関東労災病院 (救急総合診療科)						東京ベイ浦安市川医療センター (救急科)					
3年目	小児科		総合診療専門研修I				内科研修					
	杏林大学病院 (小児科)		三宅村中央診療所 (三宅島)				杏林大学病院 (内科)					
4年目	総合診療専門研修II			選択期間			総合診療専門研修I					
	杏林大学病院 (救急総合診療科)			杏林大学病院 (産科・整形外科等)			奥多摩病院 (奥多摩町)					

後期研修 1 年目

- 基幹施設である杏林大学医学部付属病院救急総合診療科での基礎研修と総合診療専門研修IIを9ヶ月、三宅村国民健康保険直営中央診療所・新島村国民健康保険本村診療所・小笠原村診療所・奥多摩町国民健康保険 奥多摩病院などの東京都のへき地の医療機関での総合診療専門研修Iを3ヶ月行います。
- この1年間で2年目以降に対応できる基礎力の向上を目指します。

後期研修 2 年目

- 近隣にある 関東労災病院(練馬光が丘病院での研修も可能)において内科必修研修を6ヶ月、東京ベイ・浦安市川医療センター(練馬光が丘病院・杏林大学医学部付属病院救急科での研修も可能)において救急科研修を6ヶ月行います。東京ベイ・浦安市川医療センターにおいては、小児の救急患者の対応も行います。
- 1年目で習得した基礎力をもとに診断能力の向上を目指すだけでなく、救急患者の非常に多い病院で研修することで限られた医療資源の中で適切な医療を提供できる力を身につけます。

後期研修 3 年目

- 三宅村国民健康保険直営中央診療所・新島村国民健康保険本村診療所・小笠原村診療所・奥多摩町国民健康保険 奥多摩病院などの東京都のへき地の医療機関において総合診療専門研修Iを3ヶ月、杏林大学医学部付属病院小児科での小児科研修を3ヶ月、そして杏林大学医学部付属病院各内科(もしくは関東労災病院・練馬光が丘病院)において内科研修を6ヶ月行います。
- 2年目までに身に着けた総合診療医としての基礎力をさらに補うべく、小児科、内科をローテーションすることで、2年目までで苦手であった分野や、より深く学びたい分野での知識の向上を目指します。

後期研修 4 年目

- 三宅村国民健康保険直営中央診療所・新島村国民健康保険本村診療所・小笠原村診療所・奥多摩町国民健康保険 奥多摩病院などの東京都のへき地の医療機関において総合診療専門研修Ⅰを6ヶ月、杏林大学医学部付属病院救急総合診療科での総合診療専門研修Ⅱを3ヶ月、そして杏林大学医学部付属病院内の各専門科において選択研修を3ヶ月行います。
- 3年目までに身に着けた総合診療医としての力をへき地で実践します。また、選択期間中に整形外科などの専門科をローテーションすることで、3年目までで苦手であった分野や、より深く学びたい分野での知識の向上を目指します。
また3ヶ月間杏林大学医学部付属病院救急総合診療科をローテートして、後期研修1年目の医師を指導することで、これまで培った知識をより強固なものとしします。

ホスピタリストを目指す君達へ――

レジデントの一日

レジデントの、ある日の一日を覗いてみよう！（日勤勤務の場合）



12:00 頃 ランチタイム

昼食の時間、外来が混んでいる時は交代で休憩します。

17:00 日勤勤務終了

日勤の勤務が終了。診断中の患者さんがいる場合は、必ず申し送りしカルテの記載漏れも確認します。



8:30 ~ 勤務開始

本格的に午前中の勤務がスタート！午前中は患者さんの診察・回診だけでなく、症例研究会なども。



18:00 ~ 勉強など

学会発表に向け、論文の指導をして頂くことも。面倒見の良い熱心な先生が多く勉強になります。



8:00 出勤

カンファレンスで、前の夜勤帯の症例を振り返り。皆での振り返りは、とても為になります！

勤務終了

勤務が終われば自由時間！このメリハリが良いですね（^^）



研修目標と研修の場

図 3 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ます。他の領域別研修は、4 年間でプログラムを修了する場合には選択できませんが、1 年間修了を延長する場合は適宜杏林大学医学部附属病院内の各診療科で研修が可能です。

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。

杏林大学医学部附属病院総合診療専門研修プログラムにおける研修の場(黄色欄に記載)

プログラムでの研修設定 ◎:主たる研修の場 ○:従たる研修の場

(推奨 ◎:主たる研修の場、○:研修可能な場)

	総合診療専門研修 I		総合診療専門研修 II		内科		小児科		救急科		他の領域研修	
	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
I. 一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な診察及び検査・治療手技 以下に示す検査・治療手技のうち、※印の項目は 90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。												
身体診察												
※①小児の一般的な身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察を実施できる。	○	◎					◎	◎				
※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)を実施できる	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎	○	○
※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)を実施できる。	◎	◎	◎	◎	○	○						
※④耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる。	◎	◎	◎	◎							○	○
⑤婦人科的診察(腔鏡診による内診や外陰部の視診など)を実施できる。	○	○	○	○							◎	◎
※⑥死亡診断を実施し、死亡診断書を作成できる。	◎	◎	◎	◎	○	○						
⑦死体検案を警察担当者とともに実施し、死体検案書を作成できる。	◎	◎	○	○					◎	◎		
(ア)実施すべき手技												

※①各種採血法(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)	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
(イ)検査の適応の判断と結果の解釈が必要な検査												
※①単純X線検査(胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に)		◎	◎	◎	○	○	○	○	○	○		
※②心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査	◎	◎	◎	◎	○	○			○	○		
※③超音波検査(腹部・表在・心臓)	◎	◎	◎	◎	○	○			○	○		
※④生体標本(喀痰、尿、腔分泌物、皮膚等)に対する顕微鏡的診断		◎	◎	◎	○	○	○	○	○	○		
※⑤呼吸機能検査		◎	◎	◎	○	○						
※⑥オー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	◎	◎	◎								○	○
⑦子宮頸部細胞診	○	○									◎	◎
⑧消化管内視鏡(上部)	○	○	◎	○	◎	◎					○	
⑨消化管内視鏡(下部)	○	○	◎	○	◎	◎					○	
⑩造影検査(胃透視、注腸透視、DIP)	○	○	◎	○	◎	◎					○	
(ウ)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)	○	○	◎	○	○	○			◎	◎		
※③病院前外傷救護法(PTLS)			◎						◎	◎		
(エ)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。	◎	◎	◎	◎	○	○														
(オ)治療法																				
※①簡単な切開・異物摘出・ドレナージ	◎	◎	◎	○								◎	◎	○	○					
※②止血・縫合法及び閉鎖療法	◎	◎	◎	○								◎	◎	○	○					
※③簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギプス法	◎	◎	◎	○			○	○				◎	◎	○	○					
※④局所麻酔(手指のブロック注射を含む)	◎	◎	◎	○								◎	◎	○	○					
※⑤トリガーポイント注射	◎	◎	◎	○											○	○				
※⑥関節注射(膝関節・肩関節等)	◎	◎	○	○											○	○				
※⑦静脈ルート確保および輸液管理(IVHを含む)	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○				◎	◎							
※⑧経鼻胃管及び胃瘻カテーテルの挿入と管理	◎	◎	◎	◎	○	○														
※⑨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	◎	◎	◎	◎	○	○						○	○							
※⑩褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン	◎	◎	◎	◎											○	○				
※⑪在宅酸素療法の導入と管理	◎	◎	○	○	○	○														
※⑫人工呼吸器の導入と管理	◎	◎	○	○	○	○														
⑬輸血法(血液型・交差適合試験の判定を含む)	○	○	◎	○	○	○														
⑭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)	○	○	◎	○											○	○				
⑮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)	○	○	◎	○								◎	◎							
※⑯包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法	◎	◎	○	○								◎	◎	○	○					
⑰穿刺法(胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等)	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎				◎	◎							
(カ)耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科の治療手技																				
※①鼻出血の一時的止血	◎	◎	◎									◎	◎	○	○					
※②耳垢除去、外耳道異物除去	◎	◎					◎	◎							○	○				

③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)	○	○							◎	◎	◎	◎
④睫毛抜去	◎	◎	◎								◎	◎
Ⅱ. 一般的な症候への適切な対応と問題解決 以下に示す症候すべてにおいて、臨床推論に基づく鑑別診断および、初期対応(他の専門医へのコンサルテーションを含む)を適切に実施できる。	設定	推奨										
ショック	○	○	◎	○	○	○			◎	◎		
急性中毒	○	○	◎	○	○	○			◎	◎		
意識障害	○	○	◎	○	○	○			◎	◎		
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	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
認知能の障害	◎	◎	◎	◎	○	○						
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	◎	◎	◎								○	○
さ声	◎	◎	◎								○	○
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	◎	◎	◎	○							○	○
	精神科領域の救急	○	○	◎	○					◎	◎	◎	◎
	不安	◎	◎	◎	○							○	○
	気分の障害(うつ)	◎	◎	◎	○							○	○
	流・早産及び満期産	○	○									◎	◎
	女性特有の訴え・症状	◎	◎	◎								○	○
	成長・発達の障害	○	○					◎	◎				
Ⅲ 一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント 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ができる。また、()内は主たる疾患であるが、例示である。 ※印の疾患・病態群は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。		設定	推奨										
(1) 血液・造血器・リンパ網	※[1]貧血(鉄欠乏貧血、二次性貧血)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○		
	[2]白血病			◎		◎	◎						
	[3]悪性リンパ腫			◎		◎	◎						
	[4]出血傾向・紫斑病			◎	○	◎	◎			○	○		

(2) 神経系疾患	※[1]脳・脊髄血管障害(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血)	○	○	◎	◎	◎	◎			◎	◎	◎	◎
	※[2]脳・脊髄外傷(頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫)	○	○	◎						◎	◎	◎	◎
	※[3]変性疾患(パーキンソン病)	○	○	○	○	◎	◎						
	※[4]脳炎・髄膜炎			◎	○	◎	◎	○	○	◎	◎		
	※[5]一次性頭痛(偏頭痛、緊張性頭痛、群発頭痛)	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○				
(3) 皮膚系疾患	※[1]湿疹・皮膚炎群(接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎、皮脂欠乏性皮膚炎)	◎	◎	◎	○			◎	◎			◎	◎
	※[2]蕁麻疹	◎	◎	◎				◎	◎	○	○	◎	◎
	※[3]薬疹	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	◎	◎
	※[4]皮膚感染症(伝染性膿痂疹、蜂窩織炎、白癬症、カンジダ症、尋常性ざ瘡、感染性粉瘤、伝染性軟属腫、疥癬)	◎	◎	◎	○			◎	◎			◎	◎
(4) 運動器系疾患	※[1]骨折(脊椎圧迫骨折、大腿骨頸部骨折、橈骨骨折)	○	○							◎	◎	◎	◎
	※[2]関節・靭帯の損傷及び障害(変形性関節症、捻挫、肘内障、腱板炎)	○	○							◎	◎	◎	◎
	※[3]骨粗鬆症	◎	◎	○	○	○	○					◎	◎
	※[4]脊柱障害(腰痛症、腰椎椎間板ヘルニア、腰部脊柱管狭窄症)	◎	◎							○	○	◎	◎
(5) 循環器系疾患	※[1]心不全	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎		
	※[2]狭心症、心筋梗塞	○	○	◎	○	◎	◎			◎	◎		
	[3]心筋症			◎		○	○	○	○	○	○		
	※[4]不整脈(心房細動、房室ブロック)	○	○	◎	○	◎	◎			◎	◎		
	[5]弁膜症(僧帽弁膜症、大動脈弁膜症)	○	○	◎	○	◎	◎	○	○				
	※[6]動脈疾患(動脈硬化症、大動脈瘤)	○	○	◎	○	◎	◎						
	※[7]静脈・リンパ管疾患(深部静脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ浮腫)	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
	※[8]高血圧症(本態性、二次性高血圧症)	◎	◎	◎	◎	◎	◎						

(6) 呼吸器系疾患	※[1]呼吸不全(在宅酸素療法含む)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎			
	※[2]呼吸器感染症(急性上気道炎、気管支炎、肺炎)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎			
	※[3]閉塞性・拘束性肺疾患(気管支喘息、気管支拡張症、慢性閉塞性肺疾患、塵肺)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎			
	[4]肺循環障害(肺塞栓・肺梗塞)			◎	○	◎	◎			◎	◎		
	※[5]異常呼吸(過換気症候群、睡眠時無呼吸症候群)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎		
	※[6]胸膜、縦隔、横隔膜疾患(自然気胸、胸膜炎)	○	○	◎	◎	◎	◎			◎	◎		
	[7]肺癌	○	○	◎	○	◎	◎						
(7) 消化器系疾患	※[1]食道・胃・十二指腸疾患(食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎、逆流性食道炎)	◎	◎	◎	◎	◎	◎			○	○		
	※[2]小腸・大腸疾患(イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻、過敏性腸症候群、憩室炎)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○		
	※[3]胆嚢・胆管疾患(胆石、胆嚢炎、胆管炎)	○	○	◎	○	◎	◎						
	※[4]肝疾患(ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害)	○	○	◎	○	◎	◎			○	○		
	※[5]膵臓疾患(急性・慢性膵炎)	○	○	◎	○	◎	◎			○	○		
	※[6]横隔膜・腹壁・腹膜(腹膜炎、急性腹症、ヘルニア)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
(8) 腎・尿 路系・ 体液・ 電解質 疾患	※[1]腎不全(急性・慢性腎不全、透析)	○	○	◎	○	◎	◎			○	○		
	[2]原発性糸球体疾患(急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群)			◎	○	◎	◎	○	○	○	○		
	※[3]全身性疾患による腎障害(糖尿病性腎症)	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
	※[4]泌尿器科的腎・尿路疾患(尿路結石、尿路感染症、過活動膀胱)	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎	◎	◎
(9) 妊娠	[1]妊娠分娩(正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、産褥)											◎	◎
	※[2]妊婦・授乳婦・褥婦のケア(妊婦・授乳婦への投薬、乳腺炎)	◎	◎	◎								◎	◎

分娩と生殖器疾患	※[3]女性生殖器及びその関連疾患(月経異常《無月経を含む》、不正性器出血、更年期障害、外陰・膣・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍)	◎	◎	◎								◎	◎
	※[4]男性生殖器疾患(前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍)	◎	◎	◎	◎							◎	◎
(10) 内分泌・栄養・代謝系疾患	[1]視床下部・下垂体疾患(下垂体機能障害)			◎		◎	◎						
	※[2]甲状腺疾患(甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症)	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
	[3]副腎不全			◎		◎	◎						
	※[4]糖代謝異常(糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖)	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
	※[5]脂質異常症	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
	※[6]蛋白及び核酸代謝異常(高尿酸血症)	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
(11) 眼・視覚系疾患	[1]屈折異常(近視、遠視、乱視)	○	○									◎	◎
	※[2]角結膜炎(アレルギー性結膜炎)	◎	◎	◎								◎	◎
	[3]白内障	◎	◎									◎	◎
	[4]緑内障	○	○	◎						◎	◎	◎	◎
	[5]糖尿病、高血圧・動脈硬化による眼底変化											◎	◎
(12) 耳鼻・咽喉・口腔系疾患	※[1]中耳炎	◎	◎	◎				◎	◎			◎	◎
	※[2]急性・慢性副鼻腔炎	◎	◎	◎	○	○	○					◎	◎
	※[3]アレルギー性鼻炎	◎	◎	◎	○			◎	◎			◎	◎
	[4]扁桃の急性・慢性炎症性疾患	○	○	◎				○	○			◎	◎
	[5]外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物	○	○	◎				○	○	◎	◎	◎	◎
	[1]症状精神病	○	○	◎	○					◎	◎	◎	◎

(13) 精神・ 神経系 疾患	※[2]認知症(アルツハイマー型、血管型)	◎	◎	○	○									◎	◎
	※[3]依存症(アルコール依存、ニコチン依存)	◎	◎											◎	◎
	※[4]気分障害(うつ病、躁うつ病)	◎	◎											◎	◎
	[5]統合失調症	○	○											◎	◎
	※[6]不安障害(パニック症候群)	◎	◎	◎										◎	◎
	※[7]身体表現性障害、ストレス関連障害	◎	◎	◎										◎	◎
	※[8]不眠症	◎	◎	○	○									◎	◎
(14) 感染 症	※[1]ウイルス感染症(インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎、HIV)	◎	◎	◎	○	○	◎	◎							
	※[2]細菌感染症(ブドウ球菌、MRSA、A群レンサ球菌、クラミジア)	◎	◎	◎	◎			○	○						
	[3]結核			◎		◎	◎								
	[4]真菌感染症	◎	◎	◎				○	○					◎	◎
	[5]性感染症	○	○	◎										◎	◎
	[6]寄生虫疾患			◎		◎	◎	○	○						
(15) 免疫・ アレルギー 疾患	※[1]膠原病とその合併症(関節リウマチ、SLE、リウマチ性多発筋痛症、シェーグレン症候群)	◎	◎	◎	◎	◎	◎								
	[2]アレルギー疾患	○	○	◎	○	◎	◎	◎	◎						
(16) 物理・ 化学的 因子に	※[1]中毒(アルコール、薬物)			◎	◎	◎	◎						◎	◎	
	※[2]アナフィラキシー	○	○	◎		◎	◎	◎	◎				◎	◎	
	[3]環境要因による疾患(熱中症、寒冷による障害)			◎	◎	◎	◎						◎	◎	
	※[4]熱傷	◎	◎	◎									◎	◎	◎

よる疾患													
(17) 小児疾患	[1]小児けいれん性疾患						◎	◎	◎	◎			
	※[2]小児ウイルス感染症(麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ、RS、ロタ)	◎	◎				◎	◎					
	※[3]小児細菌感染症	◎	◎				◎	◎	◎	◎			
	※[4]小児喘息	◎	◎				◎	◎	◎	◎			
	[5]先天性心疾患						◎	◎	◎	◎			
	[6]発達障害(自閉症スペクトラム、学習障害、ダウン症、精神遅滞)	◎	◎				◎	◎	◎	◎			
(18) 加齢と老化	※[1]高齢者総合機能評価	◎	◎	◎	◎								
	※[2]老年症候群(誤嚥、転倒、失禁、褥瘡)	◎	◎	◎	◎								
(19) 悪性腫瘍	※[1]維持治療期の悪性腫瘍	◎	◎	◎	◎	◎	◎					◎	◎
	※[2]緩和ケア	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
IV 医療・介護の連携活動 以下に示す診療を適切に実施することができる		設定	推奨										
	(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	◎	◎	○	○								

V 保健事業・予防医療 以下に示すケアや活動を適切に提供・実践することができる。		設定	推奨										
(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・糖尿病教室など)の企画・運営に協力		◎	◎	◎	○								

図3:本プログラムにおける研修目標と研修の場

11. 研修施設の概要

杏林大学医学部付属病院

<p>医師・専門医数</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 総合診療専門研修指導医 5 名(大学で総合診療を行う医師 5 名) ・ 内科専門医 17 名 ・ 小児科専門医 21 名 ・ 救急科専門医 8 名 ・ 産婦人科専門医 16 名 ・ 精神科専門医 7 名 ・ 整形外科専門医 16 名 ・ 耳鼻咽喉科専門医 11 名 ・ 放射線診断専門医 14 名 ・ リハビリテーション科専門医 2 名
<p>病床数・患者数</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院病床数 1,153 床、1 日平均外来患者数 2,336 人 ・ 救急総合診療病床 24 床 救命救急センター40 床 (のべ外来患者数 1091 名/月、救急総合診療科お入院患者総数 137 名/月) ・ 小児科 79 床(NICU15 床、GCU24 床)(のべ外来患者数 4000 名/月) ・ 産婦人科病床 76 床(年間分娩件数 928 件、年間帝王切開術件数 339 件 年間婦人科手術件数 617 件) ・ 整形外科手術件数 1121 件/年 ・ 精神科病床 32 床
<p>病院の特徴</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 杏林大学医学部付属病院は多摩地域唯一の大学医学部付属病院本院であり、特定機能病院として、チームワークによる質の高い医療の実践、医療安全に対する最善の努力、地域医療の推進、良き医療従事者の育成、先進的な医療の実践と開発、の 5 つの基本方針を掲げ、地域に安全で良質な医療の提供を行っている。 ・ 特定機能病院認定、救命救急センター、災害拠点病院、DMAT 指定医療機関、総合周産期母子医療センター、がん診療連携拠点病院、エイズ治療拠点病院、臓器移植登録施設、難病医療拠点病院などの役割を担っている。 ・ 内科には、呼吸器内科、腎臓内科、消化器内科、血液内科、循環器内科、神経内科、リウマチ膠原病内科、糖尿病代謝内分泌内科、腫瘍内科、感染症内科の各専門内科があり、専門医療を提供している。 ・ 小児科では、乳幼児健診、予防接種、一般小児科診療に加えて、新生児、神経・精神、内分泌、アレルギー、腎臓、循環器などの専門グループに分かれて、専門医療を提供している。 ・ 高度急性期病院として 24 時間体制で一・二次救急に対応し、高度救命救急センター、総合周産期母子医療センター、脳卒中センターなど緊急を要する各種疾患にもいつでも対応できる体制を整備しており、近隣の住民にとって安心して頼れる中心的な病院を目指している。

東京ベイ・浦安市川医療センター

医師・専門医数	<ul style="list-style-type: none"> ・救急科専門医 7 名 ・総合内科専門医 1 名
病床数・患者数	・病院病床数 344 床、外来患者数 338.4 人/日 入院 90 人/日 救急車搬送台数 8,621 件/年
病院の特徴	<p>・東京ベイ浦安市川医療センターは 2012 年新規開院の新しい病院。米国財団法人野口医学研究所 (http://www.noguchinet.com/) が創設した NKP (NoguchiKenshuProgram: 野口研修プログラム) とのコラボレーションによって ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education: 米国卒後医学教育認定評議会) 基準に則した国際標準の診療・研修を提供する。開院時のゴールは(1)Generalist の育成、(2)24 時間断らない北米型救急、(3)国際(基準の)病院。米国で国際標準の研修を受けた指導医が内科・外科・救急・集中治療部におり、充実した内容の研修を受けることができる。外国人(English-speaker)指導医による回診・カンファレンスを通して医学英会話も学ぶことができる。そして、シミュレーション教育など、off-the-job-training も積極的に参加できることも特徴である。</p>

関東労災病院

医師・専門医数	<ul style="list-style-type: none"> ・医師数 71 名 ・臨床研修指導医数 71 名 ・内科専門医(救急総合診療科 2 名)
病床数・患者数	・病院病床数 610 床、1 日平均外来患者数 1740 人、年間救急搬送対応件数 6000 件
病院の特徴	<p>関東労災病院は、川崎市中部地区の中核病院として 24 時間救急医療を実践する一方、地域医療連携活動に力を注いでいる、高度専門医療、二次救急を重視した急性期型の総合病院である。また、勤労者医療の政策病院として、労働災害などに対する治療、予防医療センターによる予防活動に加えて、勤労者の健康増進のための人間ドック、「勤労者リハビリテーションセンター」、「勤労者脊椎・脊髄・腰痛センター」、「勤労者メンタルヘルスセンター」、「働く女性メディカルセンター」、「感覚器センター」、「アスベスト疾患センター」など各専門センターを中心に、診断、治療、社会復帰のための医療活動を行っている。</p>

練馬光が丘病院

医師・専門医数	<ul style="list-style-type: none"> ・救急科専門医 3 名 ・総合内科専門医 7 名
病床数・患者数	・病院病床数 342 床、外来患者数 715 人/日 入院 290.5 人/日 救急車搬送台数 4,963 件/年

病院の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療振興協会練馬光が丘病院は、練馬区およびその周辺地域の急性期医療を担う総合病院として内科系、外科系はもとよりほぼ全ての専門診療科を揃えている。 ・総合診療科では、優れた指導陣を中心に専攻医とともに屋根瓦方式の研修を行い、またカンファレンスや勉強会も充実しており、国際標準の臨床能力を身につける研修を行っている。 ・当院の救急部は北米 ER 型救急体制をとっており、救急研修ではありふれた急病や外傷から稀な重症救急疾患までの診断および初期治療を研修できる。
-------	---

三宅村国民健康保険直営中央診療所

医師・専門医数	・ 2 名
病床数・患者数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院病床数 12 床、1 日平均外来患者数 47.3 人、救急車搬送件数 141 件/年 ・ 救急ヘリ搬送数 51 件/年
診療所の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 東京都三宅村(三宅島)に位置する診療所である。 ・ へき地医療を提供している。総合診療に力を入れており、予防医療、介護専門職と連携した認知症への対応も行っている。

新島村国民健康保険本村診療所

医師・専門医数	・ 2 名
病床数・患者数	・ 病院病床数 8 床、年間外来患者数 1,565 人、年間入院患者数 23 名
診療所の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 東京都新島村(新島)に位置する診療所である。 ・ へき地医療を提供している。総合診療に力を入れており、予防医療、介護専門職と連携した認知症への対応も行っている。

小笠原村診療所

医師・専門医数	・ 3 名(内、都派遣医師 1 名)
病床数・患者数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1 日平均外来患者数 36.8 人、年間入院患者数 79 人 ・ 救急ヘリ搬送数 21 件/年
診療所の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 東京都小笠原村(小笠原諸島 父島)に位置する診療所である。 ・ へき地医療を提供している。総合診療に力を入れており、予防医療、介護専門職と連携した認知症への対応も行っている。

奥多摩町国民健康保険 奥多摩病院

医師・専門医数	・ 2 名
病床数・患者数	・ 病院病床数 43 床、年間外来患者数 733 人、年間入院患者数 379 人
診療所の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 東京都奥多摩町に位置する診療所である。 ・ へき地医療を提供している。総合診療に力を入れており、予防医療、介護専門職と連携した認知症への対応も行っている。

新川すみれクリニック

医師・専門医数	・ 総合診療専門研修指導医 1 名
病床数・患者数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病床なし ・ のべ外来患者数 500 名/月、のべ訪問診療件数 70 件/月
診療所の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 東京都三鷹市に位置する家庭医療専門のクリニックである。 ・ (学)杏林学園の関連施設であり、杏林大学医学部付属病院と連携した高齢者の総合診療に力を入れており、予防医療や在宅医療、介護専門職と連携した認知症への対応だけでなく、産業保健にも力を入れている。

さつきクリニック

医師・専門医数	・ 総合診療専門研修指導医 2 名
病床数・患者数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病床なし ・ のべ外来患者数 300 名/月、のべ訪問診療件数 70 件/月
診療所の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 東京都国分寺市に位置する家庭医療専門のクリニックである。 ・ 高齢者の総合診療に力を入れており、予防医療や在宅医療、介護専門職と連携した認知症への対応に力を入れている。

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」、「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。

振り返り

多科ローテーションが必要な総合診療専門研修においては4年間を通じて専攻医の研修状況の進捗を切れ目なく継続的に把握するシステムが重要です。具体的には、研修手帳(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年間の振り返りを行い、指導医からの形成的な評価を研修手帳に記録します。

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)(資料2.1～2.3)作成の支援を通じた指導を行ったりします。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、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。

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スカッション(Case-based discussion)を定期的実施します。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20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5件を登録します。分野別(消化器、循環器、呼吸器など)の登録数に所定の

制約はありませんが、可能な限り幅広い異なる分野からの症例登録を推奨します。病歴要約については、同一症例、同一疾患の登録は避けてください。

提出された病歴要約の評価は、所定の評価方法により内科の担当指導医が行いますが、内科領域のようにプログラム外の査読者による病歴評価は行いません。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3ヶ月の救急科の研修終了時には、各科の研修内容に関連した評価を各科の指導医が実施し、総合診療プログラムの統括責任者に報告することとなります。

専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合します。

指導医のフィードバック法の学習(FD)

指導医は、最良作品型ポートフォリオ、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。

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。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、その内容は杏林大学医学部付属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。

14. 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。

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 の改善に役立ちます。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。

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

4年間の研修期間における研修記録に基づいて、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。

- (1) その際、具体的には以下の4つの基準が評価されます。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

基幹施設である杏林大学医学部付属病院総合診療科には、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

本プログラムには、総合診療専門研修指導医が総計 7 名、具体的には 杏林大学医学部附属病院総合診療科に 5 名、新川すみれクリニックに 1 名、さつきクリニックに 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、6つのコアコンピテンシー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(1泊2日程度)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)~(6)のいずれかの立場の方より選任されており、本 PG においては(4)の大学病院または初期臨床研修病院で総合診療を行う医師 5 名と、(5)の(4)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 2 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)日本病院総合医学会認定医
- (4)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(卒後の臨床経験 7 年以上)
- (5)(4)の病院に協力して地域において総合診療を実践している医師(同上)
- (6)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 6 つのコアコンピテンシー」について地域で実践してきた医師」として推薦された医師(同上)

21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

研修実績および評価の記録

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。

杏林大学医学部附属病院救急総合診療科にて、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、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。

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)と指導者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(資料1)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(資料1)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(資料1)参照

22. 専攻医の採用

採用方法

杏林大学医学部附属病院総合診療専門研修 PG 管理委員会は、毎年7月から説明会等を行い、総合診療科専攻医を募集します。PG への応募者は、11 月 15 日までに研修 PG 責任者宛に所定の形式の『杏林大学医学部附属病院総合診療専門研修 PG 応募申請書』および履歴書を提出してください。

申請書の入手方法

- (1) 杏林大学医学部附属病院総合診療科の Website (<http://kyorin-er.jp>)よりダウンロード
- (2) 電話で問い合わせ(0422-47-5511)
- (3) E-mail で問い合わせ(info@kyorin-er.jp)

(1)～(3)のいずれの方法でも入手可能です。

選考方法

原則として 11 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 杏林大学医学部附属病院総合診療専門研修 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、杏林大学医学部付属病院総合診療専門研修 PG 管理委員会(info@kyorin-er.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(規定の様式)
- ・専攻医の履歴書(規定の様式)
- ・専攻医の初期研修修了証



〒181-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2
 TEL:0422-47-5511