

さやま総合診療専門研修プログラム

目次

1. さやま総合診療専門研修プログラムについて
2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか
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. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性などについて
7. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方
8. 研修プログラムの施設群
9. 専攻医の受け入れ数について
10. 施設群における専門研修コースについて
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等について
22. 専攻医の採用

1. さやま総合診療専門研修プログラムについて

現在、地域の病院や診療所の医師が地域医療を支えています。今後の日本社会の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行う医師が必要となることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を学術的に評価するために、新たな基本診療領域の専門医として総合診療専門医が設立されました。総合診療専門医の質の向上を図り、以て、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的としています。

この理念に則って、さやま総合診療専門研修プログラム（以下、本研修 PG）は国民のニーズに合致した総合診療専門医を養成するための系統だったシステムが必要なことを重視し、埼玉県内の多くの研修サイトをローテートしながら複数の総合診療のロールモデルと出会い研修を積むことができる研修体制を整備しています。また、診療所における研修の期間も長く、都市部と郡部の個性豊かな診療所での経験を積むことが可能です。本研修 PG はこのようにユニークかつ優れた総合診療専門医養成プログラムであります。後に続いて学ぶ専攻医の皆さんにも、新たな歴史を積み上げて頂きたいと心より願っております。

専攻医は、日常遭遇する疾病と傷害等に対して適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するとともに、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、自己研鑽を重ねながら、地域で生活する人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する総合診療専門医になることで、以下の機能を果たすことを目指します。

1) 地域を支える診療所や病院においては、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他職種等と連携して、地域の保健・医療・介護・福祉等の様々な分野におけるリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア、等を含む）を包括的かつ柔軟に提供

2) 総合診療部門を有する病院においては、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）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

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、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、①総合診療専門研修 I（外来診療・在宅医療中心）、②総合診療専門研修 II（病棟診療、救急診療中心）、③内科、④小児科、⑤救急科の 5 つの必須診療科と選択診療科で 3 年間の研修を行います。このことにより、1. 包括的統合アプローチ、2. 一般的な健康問題に対する診療能力、3. 患者中心の医療・ケア、4. 連携重視のマネジメント、5. 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、6. 公益に資する職業規範、7. 多様な診療の場に対応する能力という総合診療専門医に欠かせない 7 つの資質・能力を効果的に修得することが可能になります。

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。

2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか

1) 研修の流れ：総合診療専門研修は、卒後 3 年目からの専門研修（後期研修）3 年間で構成されます。

- ・ 1 年次修了時には、患者の情報を過不足なく明確に指導医や関連職種に報告し、健康問題を迅速かつ正確に同定することを目標とします。主たる研修の場は内科研修となります。
- ・ 2 年次修了時には、小児を含めた全年齢層の健康問題を迅速かつ正確に同定することを目標とし、さらに診断や治療プロセスも標準的で患者を取り巻く背景も安定しているような比較的単純な健康問題に対して的確なマネジメントを提供することを目標とします。主たる研修の場は総合診療研修 I となります。
- ・ 3 年次修了時には、多疾患合併で診断や治療プロセスに困難さがあつたり、患者を取り巻く背景も疾患に影響したりしているような複雑な健康問題に対

しても的確なマネジメントを提供することができ、かつ指導できることを目標とします。主たる研修の場は総合診療研修Ⅱとなります。

- ・また、総合診療専門医は日常遭遇する疾病と傷害等に対する適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を提供するだけでなく、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看取りなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組むことが求められますので、18ヶ月以上の総合診療専門研修Ⅰ及びⅡにおいては、後に示す地域ケアの学びを重点的に展開することとなります。
- ・3年間の研修の修了判定には以下の3つの要件が審査されます。
 - 1) 定められたローテーション研修を全て履修していること
 - 2) 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した経験省察研修録（ポートフォリオ：経験と省察のプロセスをファイリングした研修記録）を通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること
 - 3) 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること

様々な研修の場において、定められた到達目標と経験目標を常に意識しながら、同じ症候や疾患、更には検査・治療手技を経験する中で、徐々にそのレベルを高めていき、一般的なケースで自ら判断して対応あるいは実施できることを目指していくこととなります。

2) 専門研修における学び方

専攻医の研修は臨床現場での学習、臨床現場を離れた学習、自己学習の大きく3つに分かれます。それぞれの学び方に習熟し、生涯に渡って学習していく基盤とすることが求められます。

① 臨床現場での学習 職務を通じた学習を基盤とし、診療経験から生じる疑問に対して EBM の方法論に則って文献等を通じた知識の収集と批判的吟味を行うプロセスと、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図るプロセスを両輪とします。その際、学習履歴の記録と自己省察の記録を経験省察研修録（ポートフォリオ：経験と省察のプロセスをファイリングした研修記録）作成という形で全研修課程において実施します。場に応じた教育方略は下記の通りです。

(ア) 外来医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。外来診察中に指導医への症例提示と教育的フィードバックを受ける外来教育法（プリセプティング）などを実施します。また、指導医による定期的な診療録レビューによる評価、更には、症例カンファレンスを通じた臨床推論や総合診療の専門的アプローチに関する議論などを通じて、総合診療への理解を深めていきます。また、技能領域については、習熟度に応じた指導を提供します。

(イ) 在宅医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保する。初期は経験ある指導医の診療に同行して診療の枠組みを理解し、次第に独立して訪問診療を提供し経験を積みます。外来医療と同じく、症例カンファレンスを通じて学びを深め、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学びます。

(ウ) 病棟医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。入院担当患者の症例提示と教育的フィードバックを受ける回診及び多職種を含む病棟カンファレンスを通じて診断・検査・治療・退院支援・地域連携のプロセスに関する理解を深めます。指導医による診療録レビューや手技の学習法は外来と同様です。

(エ) 救急医療

経験目標を参考に救急外来や救命救急室等で幅広い経験症例を確保します。外来診療に準じた教育方略となりますが、特に救急においては迅速な判断が求められるため救急特有の意思決定プロセスを重視します。また、救急処置全般については技能領域の教育方略（シミュレーションや直接観察指導等）が必要となり、特に、指導医と共に処置にあたる中から経験を積みます。

(オ) 地域包括ケア

地域医師会の活動を通じて、地域の実地医家と交流することで、地域包括ケアへ参画し、自らの診療を支えるネットワークの形成を図り、日々の診療の基盤とします。さらには産業保健活動、学校保健活動等を学び、それらの活動に参画します。参画した経験を指導医と共に振り返り、その意義や改善点を理解します。

② 臨床現場を離れた学習

- ・総合診療の様々な理論やモデル、組織運営マネジメント、総合診療領域の研究と教育については、関連する学会の学術集会やセミナー、研修会へ参加し、研修カリキュラムの基本的事項を履修します。
- ・医療倫理、医療安全、感染対策、保健活動、地域医療活動等については、日本医師会の生涯教育制度や関連する学会の学術集会等を通じて学習を進めます。地域医師会における生涯教育の講演会は、診療に関わる情報を学ぶ場としてのほか、診療上の意見交換等を通じて人格を陶冶する場として活用します。
- ・なお、本研修 PG においては月に1回「総合診療フォーラム」という専攻医向けの学習会を開催しており、総合診療の様々な理論やモデルのワークショップや症例発表と議論の機会を提供しています。指導医も多く参加し、様々な講義やアドバイスを提供します。

③ 自己学習

研修カリキュラムにおける経験目標は原則的に自プログラムでの経験を必要としますが、やむを得ず経験を十分に得られない項目については、総合診療領域の各種テキストや Web 教材、更には日本医師会生涯教育制度及び関連する学会における e-learning 教材、医療専門雑誌、各学会が作成するガイドライン等を適宜活用しながら、幅広く学習します。

3) 専門研修における研究

専門研修プログラムでは、最先端の医学・医療を理解すること及び科学的思考法を体得することが、医師としての幅を広げるため重要です。また、専攻医は原則として学術活動に携わる必要があり、学術大会等での発表（筆頭演者）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。

4) 研修の週間計画及び年間計画（※ 年度によって変更になる可能性があります）

基幹施設（狭山厚生病院）

総合診療専門研修 I

	月	火	水	木	金	土	日
8:30～9:00 朝カンファレンス							
9:00～12:00 病棟業務							
9:00～12:00 外来							
10:00～15:00 訪問診療							
9:00～16:00 健診、予防接種							
14:00～16:00 多職種カンファ							
平日当直(1回/週)土日(1回/月)							

連携施設(さいたま市民医療センター)

救急総合診療科 (総合診療専門研修Ⅱ)

	月	火	水	木	金	土	日
8:00～9:00 朝カンファレンス							
9:00～12:00 病棟業務							
13:00～16:00 午後総合診療外来							
13:00～17:00 救急外来							
16:00～17:00 各種カンファレンス(内科・退院・リハビリ)							
当直 (4回/月)							

内科

	月	火	水	木	金	土	日
8:00～9:00 朝カンファレンス							
9:00～12:00 病棟業務							
9:00～12:00 外来							
9:00～12:00 検査							
13:00～16:00 外来							
13:00～16:00 検査							
16:00～17:00 各種カンファレンス							

当直 (4回/月)							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

小児科

	月	火	水	木	金	土	日
8:00～9:00 朝カンファレンス							
9:00～12:00 病棟業務							
9:00～12:00 外来							
13:00～16:00 小児救急外来							
16:00～17:00 各種カンファレンス							
当直 (4回/月)							

救急総合診療科 (救急)

	月	火	水	木	金	土	日
8:00～9:00 朝カンファレンス							
9:00～12:00 救急外来							
13:00～16:00 救急外来							
16:00～17:00 各種カンファレンス							
当直 (4回/月)							

連携施設 (大塚医院ファミリークリニック)

総合診療専門研修 I

	月	火	水	木	金	土	日
8:30～8:40 朝礼							
9:00～12:30 外来							
13:30～16:00 訪問診療							
16:30～18:30 外来							
14:00～15:00 面談、予防接種等							
15:00～16:30 多職種カンファレンス							

連携施設（秩父市立病院）

総合診療専門研修Ⅱ

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00 病棟回診						第 2,4	
9:00-12:00 外来業務						第 2,4	
9:00-12:00 救急対応							
9:00-12:00 内視鏡検査							
13:00-15:00 病棟業務							
15:00-16:00 ポートフォリオ 作成支援							
16:00-17:00 新患カンファレ ンス							
17:00-17:30 抄読会							
17:00-17:30 チームカンファ レンス							

連携施設（熊谷生協病院）

総合診療専門研修Ⅱ

	月	火	水	木	金	土	日
8:30～9:00 朝礼							
9:00～13:00 外来診療・訪問診 療							
14:00～17:00 病棟業務・外来 診療							
17:00～20:00 職員会議・学習 会・各種カンファレンス							
当直（4回/月）、レジデントデー 月1回							

小児科

	月	火	水	木	金	土	日
8:20～9:00 朝礼・朝カンファレンス							
9:00～13:00 病棟業務・外来							
14:00～17:00 病棟業務・外来・ 予防接種・乳児健診							
17:00～20:00 学習会・カンファレンス							
当直（4回/月）、レジデントデー 月1回							

月	全体行事予定
4	<ul style="list-style-type: none"> ・SR1: 研修開始。専攻医及び指導医に提出よ資料の配付 ・SR2、SR3、研修修了予定者: 前年度分の研修記録が記載された研修手帳を月末までに提出 ・指導医・プログラム統括責任者: 前年度の指導実績報告の提出
5	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回研修管理委員会: 研修実施状況評価、終了判定
6	<ul style="list-style-type: none"> ・研修終了者: 専門医認定審査書類を日本専門医機構へ提出 ・日本プライマリ・ケア連合学会に参加・筆頭演者として発表
7	<ul style="list-style-type: none"> ・研修修了者: 専門医認定審査(筆記試験・実技試験) ・次年度専攻医の公募及び説明会実施
8	<ul style="list-style-type: none"> ・日本プライマリ・ケア連合学会関東甲信越支部地方会演題公募
9	<ul style="list-style-type: none"> ・第2回研修管理委員会: 研修実施状況評価 ・公募締め切り(9月末)
10	<ul style="list-style-type: none"> ・日本プライマリ・ケア連合学会関東甲信越支部地方会参加 ・SR1、SR2、SR3: 研修手帳の記載整理(中間報告) ・次年度専攻医採用審査(書類及び面接)
11	<ul style="list-style-type: none"> ・SR1、SR2、SR3: 研修手帳の提出(中間報告)
12	<ul style="list-style-type: none"> ・第3回研修管理委員会: 研修実地状況の評価、採用予定者の承認
1	<ul style="list-style-type: none"> ・日本プライマリ・ケア連合学会ブロック支部ポートフォーリオ発表会
2	
3	<ul style="list-style-type: none"> ・同年度の研修修了 ・SR1、SR2、SR3: 研修手帳の作成(年次報告)(書類は4月に提出) ・SR1、SR2、SR3: 研修プログラム評価報告の作成(年次報告)(書類は4月に提出) ・指導医・プログラム統括責任者: 指導実績報告の作成(書類は翌月に提出)

3. 専攻医の到達目標 (修得すべき知識・技能・態度など)

1) 専門知識

総合診療の専門知識は以下の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ならず、患者自信の健康観や経験が絡みあい、周囲の状況（家族・地域社会・文化・宗教）による文脈が関与している。よって全人的医療を心がけ、家族指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。医療倫理の4分割表（医学的適応・患者の意向・周囲の状況・QOL）を用いて多職種カンファレンスを主導できる。
- 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して臨床推論に基づく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理、複雑な健康問題に対して患者中心で自らが軸になり対処する。健康増進・予防医学からリハビリテーションも連続性を重視し時間軸に沿って管理する。
- ③多様な健康問題に的確に対応するためには、地域の IPW(interprofessional work)が欠かせない。他の専門医・医療資源・介護資源と連携し協調性を重視し、専門職をコーディネートできる能力を獲得する。
- ④医療機関を受診していない住民も含めて、医療機関から地域へ出向く医療の視点を持つ。医療・介護・福祉事業への理解と参画、地域診断から得られたニーズに応じた体系的アプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与する。
- ⑤他国と異なり、日本では総合診療専門医が求められるシーンは多様である。外来のみならず、病棟、救急、在宅と多彩な現場でその能力を発揮することが求められる。

2) 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術）

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、過不足なく適切に診療記録を記載し、他の医療・介護・福祉関連機関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に記載し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、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診療所や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

以下の経験項目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及び、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 けいれいん発作 視力障害・視野狭窄 目の充血
聴力障害・耳痛 鼻漏・鼻閉 鼻出血 嘔声 胸痛 動悸 咳・痰 咽頭痛
誤嚥 誤飲 嚥下困難 吐血・下血 嘔気・嘔吐 胸やけ 腹痛 便通異常
肛門・会陰部痛 熱傷 外傷 褥瘡 背部痛 腰痛 関節痛 歩行障害
四肢のしびれ 肉眼的血尿 排尿障害(尿失禁・排尿困難) 乏尿・尿閉
多尿 不安 気分の障害(うつ) 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 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
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 維持治療期の悪性腫瘍 緩和ケア
※ 詳細は総合診療専門医 専門研修カリキュラムの経験目標 3 を参照

4) 経験すべき診察・検査等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査を経験する。尚、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。

・身体診察

- ①小児の一般的身体診察及び乳幼児発達スクリーニング診察
- ②成人患者への身体診察（直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む）
- ③高齢患者への高齢者機能評価を目的とした身体診察（歩行機能、転倒・骨折リスク評価など）や認知機能検査（HDS-R、MMSE など）
- ④耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる。
- ⑤婦人科的診察（膣鏡診による内診や外陰部の視診など）を実施できる。

・検査

- ①各種の採血法（静脈血・動脈血）
- ②簡易機器による血液検査・簡易血糖測定、簡易凝固能検査、採尿法（導尿法を含む）

- ③注射法（皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴・成人及び小児の静脈路確保法、中心静脈確保法を含む）
- ④穿刺法（腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）
- ⑤単純X線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）
- ⑥心電図検査・ホルター負荷・負荷心電図検査
- ⑦超音波検査（腹部・表在・心臓）
- ⑧生体標本（喀痰、尿、膣分泌物、皮膚等）に対する顕微鏡的診断
- ⑨呼吸機能検査
- ⑩オーディオメトリーによる聴力評価及び視力検査表による視力評価
- ⑪子宮頸部細胞診
- ⑫消化管内視鏡（上部、下部）
- ⑬造影検査(胃透視、注腸透視、DIP)

5) 経験すべき手術・処置等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査を経験する。尚、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。

・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）

・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。

・治療手技・小術

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・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

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

On the job training にて、総合診療の様々な理論やモデルをふまえ、経験を省察して能力向上をはかるプロセスで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ています。

1) 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ます。

2) 在宅医療

症例カンファレンスを通じて学び、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。

3) 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、教育者あるいは研修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。

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研修医に対して1対1の教育を行うことができる。
- ②研修医向けにテーマ別の教育目的のセッションを企画し実施できる。
- ③IPWを通じて他の専門職への教育を提供できる。

2) 研究

- ①日々の臨床の中から研究課題をみつけ、症例報告や臨床研究を実施できる。
- ②量的研究、質的研究の双方の方法と特徴を理解し、批判的吟味を通じて、EBMを日々の臨床に活かすことができる。

また、専攻医は原則として学術活動に携わる必要があり、学術大会等での発表（筆頭演者）及び論文発表（共同著者を含む）を行うことが求められます。

6. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性などについて

総合診療専攻医は以下4項目の実践を目指して研修を行います。

- 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ります。
- 2) 安全管理（医療事故・感染症・廃棄物・放射線など）を行うことができます。
- 3) 地域の現状から見いだせ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ます。

4) へき地や都市部の脆弱な医療体制においても、可能な限り医療を提供する姿勢をもつことができます。

7. 施設群による研修プログラム及び地域医療についての考え方

本研修プログラムは狭山厚生病院を基幹施設とし、埼玉県内の都市部の連携施設、また、山間へき地にある連携施設をローテーションすることにより、大都市圏の病院総合診療と大都市圏の診療所機能、そしてへき地医療の現状を理解し未来志向の地域医療を考えることができる研修です。

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で構成される。当プログラムは秩父市立病院、熊谷生協病院、さいたま市民医療センターにおける総合診療専門研修Ⅱを9ヶ月、狭山厚生病院、大塚ファミリークリニックにて総合診療専門研修Ⅰを9ヶ月、合計18ヶ月の研修を行います。

2) 必須領域別研修として、さいたま市民医療センターで内科12ヶ月、救急科3ヶ月、熊谷生協病院、さいたま市民医療センターで小児科3か月の研修を行います。

3) その他の領域別研修として、さいたま市民医療センター外科、整形外科、耳鼻科、泌尿器科、放射線科での研修を総合診療Ⅱ研修期間中に盛り込む事ができます。

施設群における研修の順序、期間等については、研修の効率性と専攻医の希望を重視して考え、各医療機関の状況、地域医療体制を勘案し、研修管理委員会で決定します。

8. 専門研修プログラムの施設群について

本プログラムは基幹施設1施設、連携施設4施設の合計5施設で構成されます。1施設は西部医療圏、1施設はさいたま医療圏、2施設は北部医療圏、1施設は秩父医療圏に位置しています。各施設の診療実績や医師の配属状況は11.研

修施設の概要を参照ください。

専門研修基幹施設

狭山厚生病院が専門研修基幹施設となります。

専門研修連携施設

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

- ・さいたま市民医療センター（さいたま医療圏の急性期病院）
- ・秩父市立病院（秩父医療圏の急性期病院）
- ・大塚医院ファミリークリニック（北部医療圏の在宅医療支援診療所）
- ・熊谷生協病院（北部医療圏の急性期病院）

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ている。体制は次の図1のような形になります。

図1 研修施設群



専門施設群の地理的範囲

本研修プログラムの専門研修施設群は埼玉県内にあり、地域医療支援病院、在宅支援病院、在宅支援診療所などから構成されています。

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特任指導医×2です。3学年の総数は総合診療専門研修特任指導医×6です。本研修PGにおける専攻医受け入れ可能人数は、基幹施設および連携施設の受け入れ可能人数を合算したものです。

また、総合診療専門研修において、同時期に受け入れできる専攻医の数は、指導を担当する総合診療専門研修特任指導医1名に対して3名までとします。受入専攻医数は施設群が専攻医の必要経験数を十分に提供でき、質の高い研修を保証するためのものです。

内科研修については、1人の内科指導医が同時に受け持つことができる専攻医は、原則、内科領域と総合診療を合わせて3名までとします。ただし、地域の事情やプログラム構築上の制約によって、これを超える人数を指導する必要がある場合は、専攻医の受け持ちを1名分まで追加を許容し、4名までは認められます。

小児科領域と救急科領域を含むその他の診療科のローテート研修においては、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。

現在、本プログラム内には総合診療専門研修特任指導医が4名在籍しており、この基準に基づくと毎年8名が最大受入数ですが、当プログラムでは毎年2名を定員と定めております。

10. 施設群における専門研修コースについて

図2に本研修PGの施設群による研修コース例を示します。後期研修1年目は連携施設でさいたま市民医療センターで内科研修を行います。後期研修2年目の前半はさいたま市民医療センターでの救急科研修と小児科研修（小児科研修は熊谷生協病院も可能）を行います。後半は基幹施設の狭山厚生病院での総合診療専門研修Ⅰを行います。後期研修3年目は、連携施設である大塚医院ファミリークリニックで総合診療専門研修Ⅰを行い、医療資源の乏しい地域である熊谷生協病院・秩父市立病院にて総合診療専門研修Ⅱを行います。さいたま市民医療センターでの総合診療専門研修Ⅱの際には、他科と協力して外来研修を行い、必須研修で不足している知識や技能を補う事も可能です。

図2 ローテーションの1例（代表的な例）

		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	施設名	さいたま市民医療センター											

	領域	内科											
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
2年目	施設名	さいたま市民医療センター			さいたま市民医療センター/ 熊谷生協病院			狭山厚生病院					
	領域	救急			小児科			総診Ⅰ					
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
3年目	施設名	さいたま市民医療センター			大塚医院ファミリークリニック			秩父市立病院/ 熊谷生協病院			熊谷生協病院/ 秩父市立病院		
	領域	総診Ⅱ			総診Ⅰ			総診Ⅱ			総診Ⅱ		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

資料「研修目標及び研修の場」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。

1.1. 施設研修の概要

狭山厚生病院（総合診療Ⅰ）

専門医・指導医数 ・総合診療専門研修特任指導医 1名

（日本プライマリ・ケア連合学会指導医）

・家庭医療専門医 1名

・内科専門医 1名

病床数・患者数 ・一般病床 42床

のべ外来患者数 1391名/月 新規入院 17名/月 のべ
訪問診療件数 55件

病院の特徴 ・埼玉県狭山市に位置する小規模病院である。50年以上地域住民に親しまれている。

・外来では、一般内科以外にも小児科診療や精神科診療等、様々な疾患や年齢層を対象とする。生活習慣病の他、不登校や更年期障害等の生活が大きく関わる健康の悩みにも対応する。

・予防接種（小児含む）、健康診断、個人宅、サービス付

き高齢者住宅や介護保健施設への訪問診療を実施している。

・地域包括ケアセンターや介護支援専門員等の外部の方も交えた多職種カンファレンスを実施している。医師会を始め、近隣の医療機関や介護施設・訪問事業所・行政・保健師・学校等の、様々な職種の方々と多職種・多施設間連携を行っている。

・乳児健診や学校保健を実施しており、院内職員の産業保健にも力を入れている。

さいたま市民医療センター（内科・救急科・小児科・総合診療Ⅱ）

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・ケア連合学会指導医3名）

・家庭医療専門医 2名

・総合内科専門医 15名

・小児科専門医 3名

・救急科専門医 3名

・その他（外科専門医、整形外科専門医、耳鼻科専門医、

泌尿器科専門医、放射線科専門医多数）

診療科・患者数 ・救急総合診療科：

のべ外来患者数 約 900 名/月、入院患者総数約 50 名/月

救急搬送件数 約 5000 件/年

・内科：入院患者総数 約 200/月

・小児科：のべ外来患者数 600 名/月

病院の特徴

・地域医療支援病院、がん診療指定病院である。全国的にも珍しい初期臨床研修の「ホスピタリスト重視コース」を自治医科大学附属さいたま医療センターと協同で実施している。

・救急搬送約 5000 件/年は、340 床規模の病院では珍しく、総合診療科、救急科と内科を一体的に運営している。毎日、スタッフは一堂に会して情報交換し、ACP journal club や内科カンファレンスも全体で行い、総合診療と専門

診療、救急のいったい運営を理念にしている。

- ・救急総合診療科は初診外来、継続外来、開業医からの紹介を担当している。一方、脳梗塞に対する t-PA 静注療法、脳血管治療も総合診療科で自ら施行している。

- ・内科においては、循環器、消化器、呼吸器、糖尿病、アレルギー・リウマチ科、神経内科をもち政令指定都市であるさいたま市西部の中核病院として専門診療を提供している。

- ・小児科はさいたま市の委託事業として小児二次救急を担当しており年間 1000 件以上の救急搬送を受け入れ、さいたま市の小児救急の約 1/3 以上を担っている。またアレルギー減感作療法においては全国有数の規模である。

- ・救急科においては全ての年齢層における内因疾患はもちろんのこと、外科、整形外科、脳外科などの外傷も受けている。

- ・外科領域は、総手術数は 700 件/年以上であり、うち腹腔鏡手術が 200 件/年以上をしめる。

- ・整形外科領域は、24 時間体制で救急搬送に対応している。特に大腿骨頸部骨折に対しては総合診療科と協働し、入院後遅滞なくリスク評価を行い、48 時間以内の手術にこだわっている。回復期リハビリテーションまでの継続的な医療を経験できる。

- ・耳鼻科領域は、めまい診療・中耳炎・難聴などの common disease から鼓室形成術まで対応している。

- ・泌尿器科領域は、前立腺がんの診断と治療、過活動膀胱、ED、尿失禁、神経因性膀胱などのプライマリ・ケア領域の十分な経験を積むことができる。

- ・放射線科領域は、各種読影をマンツーマンで指導する体制を構築している。IVR の基礎も学ぶことが可能である

大塚医院ファミリークリニック（総合診療 I）

専門医・指導医数 ・総合診療専門研修特任指導医 1 名

(日本プライマリ・ケア連合学会指導医)

- ・家庭医療専門医 1名
 - ・日本内科学会総合内科専門医 1名
- 病床数・患者数
- ・一般病床 0床
 - のべ外来患者数 439名/月
 - のべ訪問診療件数 24件/月
- 病院の特徴
- ・当院は埼玉県熊谷市にある内科・小児科の診療所である。明治中期に開業し、100年以上に渡り地域医療を担っている。
 - ・当院は地域に密着した医療機関として長年住民の健康を見守り支えてきたことから、地域のプライマリ・ケアを担う医療機関として、地域に暮らすすべての人々に対して、安心と生活を支えるために必要な質の高い医療を提供することを目指している。
 - ・外来では、内科・小児科を中心とし、プライマリ・ケアで遭遇するあらゆる **common disease** に対応し、専門的医療が必要な時は迅速かつ適切なコンサルテーションができるよう近隣病院との連携を構築している。
 - ・外来での通常診療以外では、小児定期ワクチンや新型コロナウイルスワクチン・インフルエンザワクチンなどを行っている。自治体による住民健診・がん検診・物忘れ検診・肝炎ウイルス検診・風疹予防事業などの各種事業の受託もおこなっている。
 - ・在宅医療では、地域的にニーズはあるものの、担い手が少ないことから年齢・疾患を問わずに対応する方針としている。最近では医療的ケア児の依頼が増えており、病院主治医との2人主治医制とすることで在宅医療では主に日常的ケアを担い、病院主治医や訪問看護と協働で患児のケアを行っている。
 - ・院外活動としては、看護専門学校講師（在宅医療）、中学校校医、こども園園医、熊谷市医療・介護連携及び認知症施策推進会議、熊谷市在宅医療・介護の供給体制構築

検討部会、埼玉県医師会地域包括ケアシステム推進委員会、熊谷保健所難病対策地域協議会などの公職を担い、地域活動にも積極的に取り組んでいる。

研修施設の概要

秩父市立病院（担当領域 総合診療Ⅱ）

専門医・指導医数

・総合診療専門研修特任指導医	3名
・日本プライマリ・ケア連合学会 認定医・指導医	2名
・日本プライマリ・ケア連合学会 家庭医療専門医	1名
・総合内科専門医	1名
・外科専門医	1名
・小児科専門医	2名
・整形外科専門医	1名
・泌尿器科専門医	2名
・麻酔科指導医	1名

病床数・患者数 病床165床

・総合診療：のべ外来患者数213名／月、入院患者数30名／月

病院の特徴

・埼玉県秩父地域に位置する急性期から地域包括ケアまで、幅広く扱う地域の中核病院として、内科、外科、脳神経外科、整形外科、泌尿器科、循環器内科、消化器内科、小児科等を担うとともに秩父保健医療圏の二次救急輪番制病院として救急医療の提供を行っている。

・病院内に「ちちぶ在宅医療・介護連携相談室」を開設し患者、家族からの相談に多職種で連携し対応している。また、病院から在宅へ戻るため、往診医や訪問看護師等の関係職種と連携を図り患者を支えている。

・幅広い疾患に対する初診を中心とした外来診療、専門各科にまたがる問題を持つ患者に対する病棟診療、救急医療を

提供しています。

・内科においては、循環器内科、消化器内科を標榜し、またアレルギー膠原病内科、神経内科の専門外来を開設し、地域への専門医療を提供している。

・小児科においては、乳幼児健診、予防接種、幅広い専門外来診療等を提供している。

・平成23年以降、連携を組んでいる大学病院等の初期研修医の地域医療研修を受け入れており、研修医教育にも力を入れている。

熊谷生協病院（総合診療Ⅱ・小児科）

専門医・指導医数 ・総合診療専門研修特任指導医 2名
(2名とも日本プライマリ・ケア連合学会指導医)

・総合内科専門医 1名

・小児科専門医 1名

病床数・患者数

・一般病床 105床

・外来患者数（実数） 20,652名/年

・入院患者数（実数） 一般 2314名/年

地域包括ケア 10971名/年

□ 訪問診療（のべ） 5,647名/年

病院の特徴

・在宅医療を特に充実させ、在宅から地域包括ケア病床、在宅復帰機能強化型医療療養病床を連携させて切れ目ない医療を行っています。多職種との連携、地域事業所との連携を図り困難な事例にもひとつひとつ応えていく医療を行っている。

□ 小児科医療では、地域の小児医療の中核として子どもの生活相談・生活指導も視野に入れた小児医療を行っている。子どもの病気を治すことだけでなく、子どもをとりまく生活環境を含めた保護者の方との対話も大切にしている。一般病床 105床

1 2. 専門研修の評価について

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

1) 振り返り

多科多施設の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1~数ヶ月おきに定期的 to 実施します。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。そのためには、専攻医自身が振り返りの題材を見逃さぬよう、普段から記録を怠らないような環境を整備することも重要であると考えます。また、専攻医の心理的安全性に配慮する事も重要です。年次の最後には、1年の振り返りを行い、指導医からの形成的な評価を研修手帳に記録します。

2) 経験省察研修録作成

常に到達目標を見据えた研修を促すため、経験省察研修録（学習者がある領域に関して最良の学びを得たり、最高の能力を発揮できた症例・事例に関する経験と省察の記録）作成の支援を通じた指導を行います。専攻医には詳細 20 事例、簡易 20 事例の経験省察研修録を作成することが求められますので、指導医は定期的な研修の振り返りの際に、経験省察研修録作成状況を確認し適切な指導を提供します。また、施設内外にて作成した経験省察研修録の発表会を行います。なお、経験省察研修録の該当領域については研修目標にある7つの資質・能力に基づいて設定しており、詳細は研修手帳にあります。

3) 研修目標と自己評価

専攻医には研修目標の各項目の達成段階について、研修手帳を用いて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専攻医とともに確認し、適切な指導を提供します。この時に専攻医自身が考える自分の立ち位置と今後の課題の把握は重要な事と考えます。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）を定期的に実施します。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。期間は短くとも研修の質をできる限り内科専攻医と同じようにすることが総合診療専攻医と内科指導医双方にとって運用しやすいからです。12 ヶ月間の内科研修の中で、最低 40 例を目安として入院症例を受け持ち、その入院症例（主病名、主担当医）のうち、提出病歴要約として 10 件を登録します。分野別（消化器、循環器、呼吸器など）の登録数に所定の制約はありませんが、可能な限り幅広い異なる分野からの症例登録を推奨します。病歴要約については、同一症例、同一疾患の登録は避けます。提出された病歴要約の評価は、所定の評価方法により内科の担当指導医が行います。12 ヶ月の内科研修終了時には、病歴要約評価を含め、技術・技能評価、専攻医の全体評価（多職種評価含む）の評価結果が専攻医登録・評価システムにより統合されます。その評価結果を内科指導医が確認し、総合診療プログラムの統括責任者に報告されることとなります。専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合します。

【小児科及び救急科ローテート研修中の評価】

小児科及び救急科のローテート研修においては、基本的に総合診療専門研修の研修手帳を活用しながら各診療科で遭遇する common disease をできるかぎり多く経験し、各診療科の指導医からの指導を受けます。3 ヶ月の

小児科及び救急科の研修終了時には、各科の研修内容に関連した評価を各科の指導医が実施し、総合診療プログラムの統括責任者に報告することとなります。専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合します。

◎指導医のフィードバック法の学習(FD)

指導医は、経験省察研修録、短縮版臨床評価テスト、ケースに基づくディスカッション及び 360 度評価などの各種評価法を用いたフィードバック方法について、指導医資格の取得に際して受講を義務づけている特任指導医講習会や医学教育の書物を用いて学習を深めていきます。

1 3. 専攻医の就業環境について

基幹施設および連携施設の研修責任者とプログラム統括責任者は専攻医の労働環境改善と安全の保持に努めます。専攻医の勤務時間、休日、当直、給与などの勤務条件については、労働基準法を遵守し、各施設の労使協定に従います。さらに、専攻医の心身の健康維持への配慮、当直業務と夜間診療業務の区別とそれぞれに対応した適切な対価を支払うこと、バックアップ体制、適切な休養などについて、勤務開始の時点で説明を行います。研修年次毎に専攻医および指導医は専攻医指導施設に対する評価も行い、その内容は狭山厚生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。

1 4. 専門研修 PG の改善方法とサイトビジット（訪問調査）について

本研修 PG では専攻医からのフィードバックを重視して PG の改善を行うこととしています。

1) 専攻医による指導医および本研修 PG に対する評価

専攻医は、年次毎に指導医、専攻医指導施設、本研修 PG に対する評価を行います。また、指導医も専攻医指導施設、本研修 PG に対する評価を行います。専攻医や指導医等からの評価は、専門研修 PG 管理委員会に提出

され、専門研修 PG 管理委員会は本研修 PG の改善に役立っています。このようなフィードバックによって本研修 PG をより良いものに改善していきます。

なお、こうした評価内容は記録され、その内容によって専攻医に対する不利益が生じることはありません。

専門研修 PG 管理委員会は必要と判断した場合、専攻医指導施設の実地調査および指導を行います。評価にもとづいて何をどのように改善したかを記録し、毎年 3 月 31 日までに日本専門医機構に報告します。

また、専攻医が日本専門医機構に対して直接、指導医やプログラムの問題について報告し改善を促すこともできます。

2) 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

本研修 PG に対して日本専門医機構からサイトビジット（現地調査）が行われます。その評価にもとづいて専門研修 PG 管理委員会で本研修 PG の改良を行います。本研修 PG 更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本専門医機構に報告します。

また、同時に、総合診療専門研修プログラムの継続的改良を目的としたピアレビューとして、総合診療領域の複数のプログラム統括責任者が他の研修プログラムを訪問し観察・評価するサイトビジットを実施します。その際には専攻医に対する聞き取り調査なども行われる予定です。

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、作成した経験省察研修録を通

- じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること
- 3) 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること
 - 4) 研修期間中複数回実施される、医師・看護師・事務員等の多職種による360度評価（コミュニケーション、チームワーク、公益に資する職業規範の結果も重視する）がなされていること

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経験省察研修録を専門医認定申請年の4月末までに専門研修 PG 管理委員会に送付してください。専門研修 PG 管理委員会は5月末までに修了判定を行い、6月初めに研修修了証明書を専攻医に送付します。専攻医は日本専門医機構の総合診療専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行ってください。

17. Subspecialty 領域との連続性について

様々な関連する Subspecialty 領域については、連続性を持った研修が可能となるように、現在、日本専門医機構が各領域と検討しておりますので、その議論を参考に当研修 PG でも計画していきます。

18. 総合診療研修の休止・中断、PG 移動、PG 外研修の条件

(1) 専攻医が次の1つに該当するときは、研修の休止が認められます。研修期間を延長せずに休止できる日数は、所属プログラムで定める研修期間のうち通算6ヶ月までとします。なお、内科・小児科・救急科・総合診療Ⅰ・Ⅱの必修研修においては、研修期間がそれぞれ規定の期間の2/3を下回らないようにします。

- (ア) 病気の療養
- (イ) 産前・産後休業
- (ウ) 育児休業

(エ) 介護休業

(オ) その他、やむを得ない理由

(2) 専攻医は原則として 1 つの専門研修プログラムで一貫した研修を受けなければなりません。ただし、次の 1 つに該当するときは、専門研修プログラムを移籍することができます。その場合には、プログラム統括責任者間の協議だけでなく、日本専門医機構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

基幹施設である狭山厚生病院には、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、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専攻医の登録
- ・ 専攻医ごとの、研修手帳及び経験省察研修録の内容確認と、今後の専門研修の進め方についての検討

- ・ 研修手帳及び経験省察研修録に記載された研修記録、総括的評価に基づく、専門医認定申請のための修了判定
- ・ 各専門研修施設の前年度診療実績、施設状況、指導医数、現在の専攻医数に基づく、次年度の専攻医受け入れ数の決定・専門研修施設の評価に基づく状況把握、指導の必要性の決定
- ・ 専門研修 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

統括責任者 PG で受け入れる専攻医が専門研修施設群全体で 20 名をこえる場合、副専門研修 PG 統括責任者を置き、副専門研修 PG 統括責任者は専門研修 PG 統括責任者を補佐しますが、当プログラムではその見込みがないため設置しておりません。

連携施設での委員会組織

総合診療専門研修においては、連携施設における各科で個別に委員会を設置するのではなく、専門研修基幹施設で開催されるプログラム管理委員会に専門研修連携施設の各科の指導責任者も出席する形で、連携施設における研修の管理を行います。

20. 総合診療専門研修特任指導医

本プログラムには、総合診療専門研修特任指導医が総計 10 名、具体的には狭山厚生病院に 1 名、さいたま市民医療センターに 3 名、秩父市立病院に 3 名、大塚ファミリークリニックに 1 名、熊谷生協病院に 2 名在籍しております。指導医には臨床能力、教育能力について、7 つの資質・能力を具体的に実践している

ことなどが求められており、本 PG の指導医についても総合診療専門研修特任指導医講習会の受講を経て、その能力が担保されています。なお、指導医は、以下の 1)~7)のいずれかの立場の方で卒後の臨床経験 7 年以上の方より選任されており、本 PG においては 1) のプライマリ・ケア認定医 3 名、家庭医療専門医 5 名、6) に該当する医師 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) 日本病院総合診療医学会認定医
- 4) 日本内科学会認定総合内科専門医
- 5) 大学病院または初期臨床研修病院にて総合診療部門に所属し総合診療を行う医師（日本臨床内科医会認定専門医等）
- 6) 5)の病院に協力して地域において総合診療を実践している医師
- 7) 都道府県医師会ないし郡市区医師会から<<総合診療専門医専門研修カリキュラムに示される「到達目標：総合診療専門医の 7 つの資質・能力」について地域で実践してきた医師として推薦された医師

2.1. 専門研修実績記録システム等について

研修実績および評価の記録

PG 運用マニュアル・フォーマットにある実地経験目録様式に研修実績を記載し、指導医による形成的評価、フィードバックを受けます。総括的评价は総合診療専門研修カリキュラムに則り、少なくとも年 1 回行います。

狭山厚生病院にて、専攻医の研修内容、目標に対する到達度、専攻医の自己評価、360 度評価と振り返り等の研修記録、研修ブロック毎の総括的评价、修了判定等の記録を保管するシステムを構築し、専攻医の研修修了または研修中断から 5 年間以上保管します。

2.2. 専攻医の採用

採用方法

狭山厚生病院総合診療専門研修 PG 管理委員会は、毎年 8 月頃から説明会等

を行い、総合診療専攻医を募集します。PG への応募者は、10 月末頃までに研修 PG 責任者宛に所定の形式の『狭山厚生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。申請書は(1)電話で問い合わせ(04-2957-9111)、(2)e-mail で問い合わせ (kousei9111@yahoo.co.jp)、のいずれの方法でも入手可能です。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 11 月の狭山厚生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 6 月 15 日までに以下の専攻医氏名報告書を、狭山厚生病院総合診療専門研修 PG 管理委員会(kousei9111@yahoo.co.jp)に提出します。

- ・ 専攻医の氏名と医籍登録番号、専攻医の卒業年度、専攻医の研修開始年度
- ・ 専攻医の履歴書
- ・ 専攻医の初期研修修了証