

東京警察病院総合診療専門研修 プログラム

東京警察病院総合診療専門研修プログラム

目 次

- 1 . 東京警察病院総合診療専門研修プログラムについて
- 2 . 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか
- 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. 総合診療専門研修特任指導医
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

1. 東京警察病院 総合診療専門研修プログラムについて

東京警察病院は、昭和4年(1929年)に警視庁全職員の共同出資により千代田区富士見に開院された病院であり、平成20年(2008年)に中野区に新築移転しました。その様な経緯から公務災害で負傷したり、罹患した警視庁職員の治療に当たる職域病院として社会的使命を果たすと同時に、一般患者さんも利用できる地域の中核病院として多くの地域住民の方々の診療にあたっています。

診療部門では、30の診療科と専門性ごとに統合された10のセンターを設置し、さまざまな病気を持つ多くの患者さんに対応し、十分な診療が提供できる体制を整備しており、救急診療においては、救急センターを中心に診療を行い、年間5,000人を超える救急車による搬送患者の診療に当たり、さらにそれ以上の数の一般救急患者も受け入れており、急性期地域医療の中核として、担っています。

緑豊かな中野の地に位置する東京警察病院は、地域社会の健康を支える中核病院として、質の高い医療を提供しています。東京警察病院総合診療専門研修プログラム(以下、本研修PG)は、内科疾患全般にわたる深い知識と卓越した診療能力に加え、患者さん一人ひとりの背景を理解し、全人的な視点を持って診療に取り組むことのできる医師を育成することを目指しています。

本研修PGの大きな特徴は、多様な症例を経験できる点にあります。一般的な内科疾患はもとより、救急医療における急性期疾患、さらには各専門科との緊密な連携によって取り扱う複雑な症例に至るまで、幅広い臨床経験を積むことが可能です。この豊富な経験を通して、研修医は広範な知識と総合的な判断力を磨き、どのような状況にも対応できる臨床医としての基盤を確立します。

また、充実した指導体制も当院の強みです。経験豊かな指導医陣が、研修医一人ひとりの成長を丁寧にサポートします。屋根瓦式の指導体制の下、日々の診療における疑問や課題を気軽に相談できる環境が整っており、安心して臨床経験を積むことができます。指導医からの具体的なフィードバックは、研修医の着実なスキルアップを促します。

さらに、当院ではチーム医療を重視しています。各専門科との垣根が低く、緊密な連携を通じて患者さん中心の医療を実践しています。多職種との医療従事者と協働することで、患者さんを取り巻く様々な側面を理解し、より質の高い医療を提供するための協調性を育むことができます。

地域医療への貢献も、当プログラムの重要な柱の一つです。定期的に行われている多職種カンファレンス等を通じて、地域社会のニーズに応じた医療を学ぶ機会が提供されます。地域住民の健康を支える一員として、社会に貢献する実感を持ちながら研修に取り組むことができます。

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

ことを目指します。

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

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) 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 つの必須診療科目と選択科目で3年間研修を行います。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 年間で構成される。

- 1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する。主たる研修の場は総合診療研修 II となる。
- 2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る。
- 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する。主たる研修の場は総合診療研修Ⅰとなる。

- また、総合診療専門医は日常遭遇する疾病と傷害等に対する適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を提供するだけでなく、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど保健－医療－介護－福祉活動に取り組むことが求められますので、18ヶ月以上の総合診療専門研修Ⅰ及びⅡにおいては、後に示す地域ケアの学びを重点的に展開することとなります。
- 3年間の研修の修了判定には以下の3つの要件が審査されます。
 - 1) 定められたローテー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る。

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つに分かれる。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る。

- 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する。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する。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)などを実施する。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く。また、技能領域については、習熟度

に応じた指導を提供する。

(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む。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、連携の方法を学ぶ。

(ウ) 病棟医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保する。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るが、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する。また、救急処置全般については技能領域の教育方略（シミュレーションや直接観察指導等）が必要となり、特に、指導医と共に処置にあたる中から経験を積みます。

(オ) 地域ケア

地域医師会の活動を通じて、地域の実地医家と交流することで、地域包括ケアへ参画し、自らの診療を支えるネットワークの形成を図り、日々の診療の基盤とする。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する。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する。

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する。
- 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る。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する。

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するが、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、幅広く学習する。

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備えることが、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（筆頭に限る）及び論文発表（共同著者を含む）を行うこととする。研究発表についても経験ある指導医からの支援を提供する。

4) 研修の週間計画および年間計画基幹施設(東京警察病院)

総合診療内科・内科

時間	内容	月	火	水	木	金	土	日
7:30~8:00	朝カンファレンス	○	○	○	○	○		休
8:00~8:30	病棟(ベッドサイド)回診	○	○	○	○	○	○	休
8:30~12:00	外来患者診療	○	○	○	○	○	○	休
13:00~16:00	入院患者診療	○	○	○	○	○	○	休
16:00~17:00	病棟(ベッドサイド)回診	○	○	○	○	○	○	休
15:00~16:00	多職種合同カンファレンス					○		休

-連携施設-練馬光が丘病院(小児科)

時間	内容	月	火	水	木	金	土	日
8:00 ~8:30	朝カンファレンス	○	○	○	○	○	○	休
8:30 ~11:00	病棟(ベッドサイド)回診	○	○	○	○			休
11:00 ~13:00	入院患者診療	○	○	○	○			休
8:30 ~13:00	救急外来診療					○		休
8:30 ~13:00	午前外来							休
14:00 ~17:00	入院患者診療	○	○	○	○	○	○	休
17:30 ~18:30	症例カンファレンス						○	休

-連携施設-倉敷中央病院(小児科)

時間	内容	月	火	水	木	金	土	日
8:00 ~8:30	朝カンファレンス	○	○	○	○	○	休	休
8:30 ~11:00	病棟(ベッドサイド)回診	○	○	○	○	○	休	休
11:00 ~13:00	入院患者診療	○	○	○	○	○	休	休
8:30 ~13:00	救急外来診療	○	○	○	○	○	休	休
8:30 ~13:00	午前外来	○	○	○	○	○	休	休
14:00 ~17:00	入院患者診療	○	○	○	○	○	休	休
17:30 ~18:30	症例カンファレンス					○	休	休

東京警察病院 救急科

時 間	内 容	月	火	水	木	金	土	日
8:00 ~8:30	朝カンファレンス	○	○	○	○	○	○	○
8:30 ~17:00	救急外来	○	○	○	○	○	○	○
15:00~16 :00	多職種合同カンファレンス	○	○	○	○	○	○	○

連携施設(やまと在宅診療所登米)

時 間	内 容	月	火	水	木	金	土	日
9:00～9:15	朝カンファレンス	○	○	○	○	○	休	休
9:15～13:00	午前訪問診療	○	○	○	○	○	休	休
14:00～18:00	午後訪問診療	○	○	○	○	○	休	休

連携施設 浜田市国民健康保険弥栄診療所

時 間	内 容	月	火	水	木	金	土	日
8:30 ～ 9:00	朝カンファレンス	○	○	○	○	○	休	休
9:00 ～ 12:30	午前外来	○	○	○	○	○	休	休
14:00 ～17:00	午後外来・地域ケア会議等	○	○	○	○	○	休	休

連携施設 沖縄県立八重山病院

時 間	内 容	月	火	水	木	金	土	日
7:30 ～ 8:30	朝カンファレンス	○	○	○	○	○	休	休
9:00 ～ 12:00	病棟業務	○	○	○	○	○	休	休
13:00 ～ 16:00	午後外来	○		○	○		休	休
13:00 ～ 17:00	救急外来		○			○		
13:00 ～ 17:00	症例カンファレンス	○		○	○			
平日宿直(1～2回/週)、土日の日直・宿直(1回/月)		○		○			○	○

・上記は1例であり、概略である。専攻医の要望するキャリアに応じて変更する。

3. 専攻医の到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)

1) 専門知識

総合診療の専門知識は以下の6領域で構成されます。

1. 地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病いの経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などの環境(コンテクスト)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、コミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。
2. 総合診療の現場では、疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論に基づく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、更には健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチ

が求められる。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地域に対する医療機関としての継続性、更には診療の継続性に基づく医師・患者の信頼関係を通じて、一貫性をもった統合的な形で提供される。

3. 多様な健康問題に的確に対応するためには、地域の多職種との良好な連携体制の中での適切なリーダーシップの発揮に加えて、医療機関同士あるいは医療・介護サービス間での円滑な切れ目ない連携も欠かせない。更に、所属する医療機関内の良好な連携のとれた運営体制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. 地域包括ケア推進の担い手として積極的な役割を果たしつつ、医療機関を受診していない方も含む全住民を対象とした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と同時に、地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の積極的な把握と体系的なアプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与する。
5. 総合診療専門医は日本の総合診療の現場が外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえて、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。
6. 繰り返し必要となる知識を身につけ、臨床疫学的知見を基盤としながらも、常に重大ないし緊急な病態に注意した推論を実践する。

2) 専門技能(診察、検査、診断、処置、手術など)

総合診療の専門技能は以下の5領域で構成されます。

1. 外来・救急・病棟・在宅という多様な総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査・治療手技
2. 患者との円滑な対話と医師・患者の信頼関係の構築を土台として、患者中心の医療面接を行い、複雑な人間関係や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法
3. 診療情報の継続性を保ち、自己省察や学術的利用に耐えるように、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る。

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」とする。

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・いそう 体重増加・肥満浮腫 リンパ節腫脹 発疹 黄疸 発熱 認知脳の障害 頭痛 めまい 失神言語障害 けいれん発作 視力障害・視野狭窄 目の充血 聴力障害・耳痛
鼻漏・鼻閉 鼻出血 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) 興奮女性特有の訴え・症状 妊婦の訴え・症状 成長・発達の障害

2. 以下に示す一般的な疾患 - 病態について、必要に応じて他の専門医 - 医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントを経験する。(必須項目のカテゴリーのみ掲載) 貧血 脳脊髄血管障害 脳脊髄外傷 変性疾患 脳炎・脊髄炎 一次性頭痛 湿疹・皮膚炎群 蕁麻疹 薬疹 皮膚感染症 骨折 関節・靭帯の損傷及び障害骨粗鬆症 脊柱障害 心不全 狭心症・心筋梗塞 不整脈 動脈疾患 静脈・リンパ管疾患 高血圧症 呼吸不全 呼吸器感染症 閉塞性・拘束性肺疾患 異常呼吸 胸膜・縦隔・横隔膜疾患 食道・胃・十二指腸疾患 小腸・大腸疾患 胆嚢・胆管疾患 肝疾患 膵臓疾患 腹壁・腹膜疾患 腎不全 全身疾患による腎障害 泌尿器科的腎・尿路疾患 妊婦・授乳婦 女性生殖器及びその関連疾患 男性生殖器疾患 甲状腺疾患 糖代謝異常 脂質異常症 蛋白及び核酸代謝異常 角結膜炎 中耳炎 急性・慢性副鼻腔炎 アレルギー性鼻炎 認知症依存症(アルコール依存、ニコチン依存) うつ病 不安障害 身体症状症(身体表現性障害) 適応障害 不眠症 ウイルス感染症 細菌感染症 膠原病とその合併症 中毒 アナフィラキシー 熱傷 小児ウイルス感染 小児細菌感染症 小児喘息 小児虐待の評価 高齢者総合機能評価 老年症候群 維持治療機の悪性腫瘍緩和ケア ※ 詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

4) 経験すべき診察・検査等

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

(ア) 身体診察

- ① 小児の一般的身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察
- ② 成人患者への身体診察(直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、神経

系、皮膚を含む)

- ③高齢患者への高齢者機能評価を目的とした身体診察(歩行機能、転倒・骨折リスク評価など)や認知機能検査(HDS-R、MMSE など)
- ④耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察
- ⑤ 死亡診断を実施し、死亡診断書を作成(イ) 検査
- ①各種の採血法(静脈血・動脈血)簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査
- ②採尿法(導尿法を含む)
- ③注射法(皮内・皮下・筋肉・静脈内・点滴・成人及び小児の静脈確保法、中心静脈確保法)
- ④穿刺法(腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む)
- ⑤単純X線検査(胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に)
- ⑥心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査
- ⑦超音波検査(腹部・表在・心臓・下肢静脈)
- ⑧生体標本(喀痰、尿、皮膚等)に対する顕微鏡的診断
- ⑨呼吸機能検査
- ⑩オージオメトリーによる聴力評価及び視力検査表による視力評価
- ⑪頭・頸・胸部単純 CT、腹部単純・造影 CT

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する。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る。

(ア)救急処置

- ①新生児、幼児、小児の心肺蘇生法(PALS)
- ②成人心肺蘇生法(ICLS または ACLS)または内科救急・ICLS 講習会(JMECC)
- ③病院前外傷救護法(PTLS) (イ)薬物治療
- ①使用頻度の多い薬剤の副作用・相互作用・形状・薬価・保険適応を理解して処方することができる。
- ②適切な処方箋を記載し発行できる。
- ③処方、調剤方法の工夫ができる。
- ④調剤薬局との連携ができる。
- ⑤麻薬管理ができる。

(ウ)治療手技・小手術

簡単な切開・異物摘出・ドレナージ 止血・縫合法及び閉鎖療法 簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギプス法 局所麻酔(手指のブロック注射を含む) トリガーポイント注射 関節注射(膝関節・肩関節等) 静脈ルート確保および輸液管理 (IVH を含む) 経鼻胃管及びイレウス管の挿入と管理 胃瘻カテーテルの交換と管理 導尿及び尿道留置カテーテル・膀胱瘻カテーテルの留置及び交換 褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン 在宅酸素療法の導入と管理 人工

呼吸器の導入と管理輸血法(血液型・交差適合試験の判定や在宅輸血のガイドラインを含む) 各種ブロック注射(仙骨硬膜外ブロック・正中神経ブロック等)小手術(局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法滅菌・消毒法) 包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法 穿刺法(胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等) 鼻出血の一時的止血 耳垢除去、外耳道異物除去 咽喉頭異物の除去
(間接喉頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用) 睫毛除去

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する。

(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

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る。

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る。

- ・常に標準以上の診療能力を維持し、さらに向上させるために、ワークライフバランスを保ちつつも、生涯にわたり自己研鑽を積む習慣を身につける。
- ・総合診療の発展に貢献するために、教育者あるいは研究者として啓発活動や学術活動を継続する習慣を身につける。

この実現のために、具体的には下記の研修目標の達成を目指します。

1. 教育

- 1) 学生・研修医に対して1対1の教育をおこなうことができる。
- 2) 学生・研修医向けにテーマ別の教育目的のセッションを企画・実施・評価 - 改善することができる。
- 3) 専門職連携教育(総合診療を実施する上で連携する多職種に対する教育)を提供することができる。

2. 研究

- 1) 日々の臨床の中から研究課題を見つけ出すという、総合診療や地域医療における研究の意義を理解し、症例報告や臨床研究を様々な形で実践できる。

2)量的研究(疫学研究など)質的研究双方の方法と特長について理解し、批判的に吟味でき、各種研究成果を自らの診療に活かすことができる。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る。

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おこないます。

1. 医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、総合診療医としての専門性を自覚しながら日々の診療にあたることができる。
2. 安全管理(医療事故、感染症、廃棄物、放射線など)を行うことができる。
3. 地域の現状から見出される優先度の高い健康関連問題を把握し、その解決に対して各種 会議への参加や住民組織との協働、あるいは地域ニーズに応じた自らの診療の継続や変容を通じて貢献できる。
4. へき地・離島、被災地、医療資源に乏しい地域、あるいは医療アクセスが困難な地域でも、可能な限りの医療・ケアを率先して提供できる。

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

本研修プログラムでは、東京警察病院 総合診療内科を基幹施設とし、地域の連携施設とともに施設群を構成しています。専攻医はこれらの施設群をローテートすることで、幅広く偏りのない充実した研修を受けることが可能です。年次ごとの研修計画は以下の通りです。

年次別研修計画

- ・ 1年次 基幹施設である東京警察病院 総合診療内科にて「総合診療専門医研修Ⅱ」を行います。
- ・ 2年次 東京警察病院にて内科(6か月)および救急科(3ヶ月)研修を行います。小児科研修(3ヶ月)は練馬光が丘病院あるいは倉敷中央病院にて行います。
- ・ 3年次 前半は沖縄県立八重山病院にて外来診療、後半は在宅診療をやまと在宅診療所において、あるいは浜田市国民健康保険弥栄診療所にて「総合診療専門医研修Ⅰ」を行います。

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 5の合計 6施設の施設群で構成される。施設は東京都、宮城県、沖縄、島根県、岡山県の1都5県に位置する。各施設の診療実績や医師の配属状況は1 1. 研修施設の概要を参照すること。

専門研修基幹施設

東京警察病院総合診療内科が専門研修基幹施設となる。東京警察病院は 東京都区西部の二次医療圏の各種専門診療を提供する急性期病院で、総合診療専門研修特任指導医が常勤しており、総合診療内科にて初期診療にも対応している。

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る。

- 沖縄県立八重山病院 石垣島の中心部にある急性期病院です。2018年10月に新築移転しました。西表島・小浜島・波照間島に附属診療所をもち、離島へき地医療を担う病院である。

- やまと在宅診療所
宮城県石巻・登米・気仙沼二次医療圏の医療過疎地域に位置する在宅療養支援診療所である。

- 浜田市国民健康保険弥栄診療所
島根県浜田市弥栄町木都賀にある診療所です。1996年に開設し弥栄町唯一の医療機関として、身近で安心できる医療の確保や健康づくりの拠点施設としています。内科、小児科、眼科（月1回）を診療科目としており、小児から高齢者まで、救急から在宅まで幅広く対応しています。保健面では、内視鏡検査や超音波検査を用いた人間ドックや特定健診を含め各種健康診断を実施しております。また、集落の健康づくりを積極的に支援しており、在宅や施設で療養される方への対応を福祉スタッフと協力して行っております。
浜田市内の国保診療所と浜田医療センター総合診療科、浜田市役所の6か所に現在医師が5名おり、グループ診療を行っています。

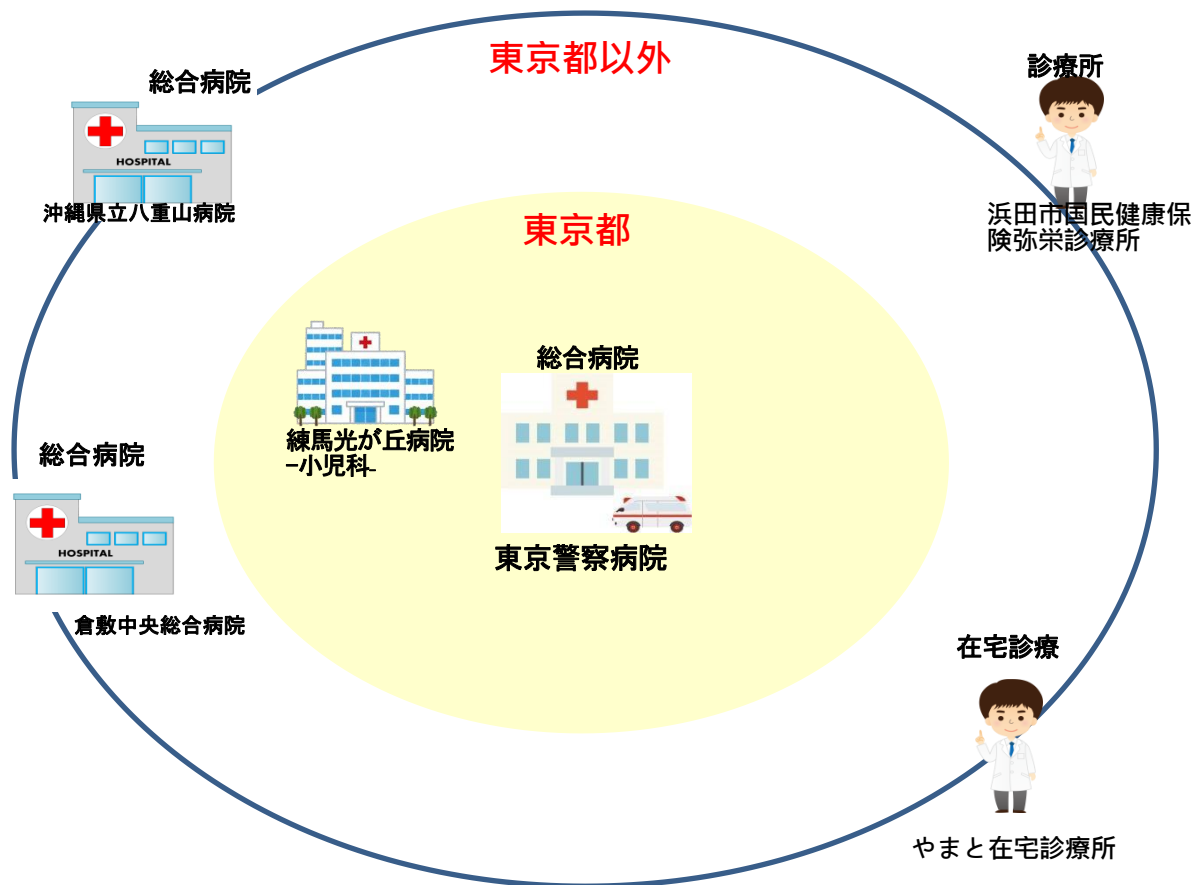
- 練馬光が丘病院 小児科
練馬光が丘病院は、東京都練馬区光が丘にある総合病院です。地域医療振興協会が運営しており、「皆様とともに地域の発展に貢献します」を理念に掲げ、地域に根ざした医療を提供しています。

- 倉敷中央病院 小児科-
倉敷中央病院は、岡山県倉敷市にある総合病院です。1923年6月2日倉敷紡績の大原孫三郎によって創設され、人道主義の元、最新の医療機器・設備ならびに医学情報を取り入れ、療育環境にも行き届いた心配りをする診療を行ってきました。小児科は、30名を超えるスタッフ医師で「心臓」「腎臓」「早産児・新生児」「血液・腫瘍」「神経」「代謝・内分泌」「児童精神」などの幅広い分野の診療を行っています。救命救急センターの小児救急は1次から3次救急までを24時間体制で小児科医・救急医が対応しています。

専門研修施設群

上記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。

図1: 研修体制



専門研修施設群の地理的範囲

本研修 PG の専門研修施設群は東京都、宮城県、沖縄県、島根県、岡山県に位置し、地域中核病院や地域中小病院、診療所によって形成されている。

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名までとする。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名までとする。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名までは認められる。小児科領域と救急科領域を含むその他の診療科のローテーション研修においては、各科の研修を行う総合診療専攻医については各科の指導医の指導可能専攻医数（同時に最大3名まで）には含めません。しかし、総合診療専攻医が各科専攻医と同時に各科のローテーション研修を受ける場合には、臨床経験と指導の質を確保するために、実態として適切に指導できる人数までに（合計の人数が過剰にならないよう）調整することが必要です。これについては、総合診療専門研修プログラムのプログラム統括責任者と各科の指導医の間で事前に調整を行います。

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す。後期研修 1 年目は基幹施設である東京警察病院での総合診療Ⅱを行う。後期研修2年目では東京警察病院での内科-救急科の領域別必修研修を行う。小児科は専攻医希望により練馬光が丘病院ある倉敷中央病院にて行う。後期研修3年目の前半は、総合診療Ⅰ、県立沖縄八重山病院にて外来診療、後半は医療過疎地にて、在宅診療をやまと在宅診療所において、あるいは後期研修3年目の12か月を浜田市国民健康保険弥栄診療所にて総合診療専門研修Ⅰを行う。

資料「研修目標及び研修の場」に本研 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る。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。

(ダブルボード用プログラムについて)(通常型、カリキュラム制)

救急専門医取得後から総合診療専門医取得までのダブルボード用プログラムにおける2年間の研修要件として、1)総合診療ⅠおよびⅡそれぞれ単独で6か月以上、2)内科研修を単独で6か月、小児科研修を単独で3か月以上行うことが定められており、下記のように2年間でのプログラムを作成した。

また、内科専門医取得後に総合診療専門医取得を希望される方のダブルボードプログラムの場合、2年目に貴院にて6か月～1年間(専攻医の希望による)のローテーションを予定しており、こちらも各施設ご協力のもと、モデルプログラムを作成した。

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
1年目	東京警察病院											
	総合診療専門研修Ⅱ											
2年目	東京警察病院									練馬光が丘病院		
	内科						救急科			小児科		
3年目	沖縄県立八重山病院 浜田市国民健康保険弥栄診療所						やまと在宅診療所 浜田市国民健康保険弥栄診療所					
	総合診療専門研修Ⅰ						総合診療専門研修Ⅰ					

(倉敷中央病院を2年目 7-8月時期にした場合のローテーション)

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
1年目	東京警察病院											
	総合診療専門研修Ⅱ											
2年目	東京警察病院			倉敷中央病院			東京警察病院					
	救急科			小児科			内科					
3年目	東京警察病院						沖縄県立八重山病院 やまと在宅診療所					
	総合診療専門研修Ⅱ						総合診療専門研修Ⅰ					

(ダブルボードの場合)通常2年間に研修が短縮される。

例:救急専門医→総合専門医 (通常型)

	4-6月	7-9月	10-12月	1-3月
1年目	総合診療Ⅱ	総合診療Ⅱ	総合診療Ⅱ	内科
2年目	内科	小児	総合診療1	総合診療Ⅰ

例:内科専門医→総合専門医 (通常型)総合診療Ⅰ、6か月の場合

	4-6月	7-9月	10-12月	1-3月
1年目	総合診療Ⅱ	総合診療Ⅱ	総合診療Ⅱ	総合診療Ⅱ
2年目	救急	小児	総合診療1	総合診療Ⅰ

例:内科専門医→総合専門医 (通常型) 総合診療Ⅰ、1年間の場合

	4-6月	7-9月	10-12月	1-3月
1年目	総合診療Ⅱ	総合診療Ⅱ	救急	小児
2年目	総合診療1	総合診療1	総合診療1	総合診療Ⅰ

内科専門医→総合専門医 (通常型) 総合診療Ⅰ、1年間の場合 (小児科を倉敷中央病院選択の場合)

	4－6月	7－9月	10－12月	1－3月
1年目	総合診療Ⅱ	小児科	救急	総合診療Ⅱ
2年目	総合診療Ⅰ	総合診療Ⅰ	総合診療Ⅰ	総合診療Ⅰ

11. 研修施設の概要

東京警察病院（総合診療Ⅱ、内科、救急）

- 専門医・指導医数
- 総合診療専門研修特任指導医 2名
 - 内科指導医 19名
 - 救急科専門医 1名

- 診療科・患者数
- ・総合診療内科
のべ外来患者数 600名／月、入院患者総数 20名／月
 - ・内科：入院患者総数 200名／月
 - ・救急科：救急による搬送等の件数 2500件／年

- 病院の特徴
- 東京警察病院総合診療内科が専門研修基幹施設となる。東京警察病院は東京都区西部の二次医療圏の各種専門診療を提供する急性期病院で、総合診療専門研修特任指導医が常勤しており、総合診療科にて初期診療にも対応している
 - 総合診療科においては、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、救急科と連携した初期救急などを提供している。
 - 内科においては、循環器科、消化器科、呼吸器科、腎代謝、血液内科を持ち、地域への専門医療を提供している。
 - 救急科においては、重度外傷への救急医療から ER 救急まで幅広い救急医療を提供している。

練馬光が丘病院（小児科）

- 専門医数
- 小児科専門医：7名
 - 小児科指導医：1名
 - 小児科：のべ外来患者数 10,000人以上／月

病床数・患者数

小児科病床数 23床

- 一般床: 20 床
- NICU(新生児集中治療室): 3 床

病院の特徴

- 練馬光が丘病院の小児科は、新生児から中学生まで幅広い疾患に対応する専門医が揃う診療科です。一般小児科に加え、アレルギー、内分泌、神経、腎臓、循環器など専門外来も充実。20床の一般病床と3床のNICUを備え、入院診療も行っています。予防接種や乳幼児健診にも対応し、多職種連携でお子さんの成長をサポートします。地域のかかりつけ医とも連携し、安心して医療を受けられる体制を整えています。

やまと在宅診療所登米

専門医・指導医
数

- 日本在宅医療連合学会在宅医療指導医 1名

病床数・患者数

- 病床 なし
- のべ外来患者数 51.83名／月、のべ訪問診療件数 383件／月

診療所の特徴

東日本大震災後、院長の田上が医療支援ボランティアで宮城県沿岸部を訪れたことをきっかけに開業しました。従来のように主治医一人がすべてを担うのではなく、チームで「24時間365日」「慢性期からお看取りまで」に対応する在宅診療所です。
診療以外にも、地域の多職種や住民の方々との勉強会“OPEN MEDICALCOMMUNITY”を開催したり、地元のラジオ番組を持つなど、顔の見える関係で地域全体のケアスキル向上の促進に努めています。

弥栄 診療所

専門医・指導医数

- 総合診療専門医・指導医1名(家庭医療専門医)

病床数・患者数

- 病床 なし
- のべ外来患者数 450名／月、のべ訪問診療件数 20 件／月

診療所の特徴

- 浜田市弥栄町における公的診療所として外来・救急・在宅を中心に、多くの町民にとって唯一のかかりつけ医療機関としての機能を果たしている。
- 小児から高齢者までの幅広い患者層を持ち、市の保健師と連携し、健康教室や集落の健康づくりを積極的に支援している。
- 町に位置する養護老人ホームの嘱託医の職責も果たす。
- 市内にある他の国保診療所とグループ診療を行っており、医療・保健・福祉にかかわる人材育成の拠点となっている。

沖縄県立八重山病院

専門医・指導医数	■ 総合診療専門研修特任指導医 3名
病床数・患者数	■ 病床 96床
	■ のべ外来患者数 3160名/月、のべ訪問診療件数 24件/月
診療所の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 八重山医療圏の基幹病院、地域救命救急センター、へき地拠点病院、地域がん診療連携病院等の指定を受け、広汎な初期から三次までの救急医療や高度医療を提供している(三次において、当院で対応できない特殊なものについては、沖縄本島あるいは県外へ搬送を行っている)。 ・ 総合診療科においては、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、救急科と連携した初期救急などを提供している。 地域で唯一の精神病床を持ち、重度精神疾患患者への入院治療も含めた幅広い精神医療を提供している。

倉敷中央病院

専門医・指導医数	小児科専門医： 21名 小児科指導医： 16名
病床数・患者数	<ul style="list-style-type: none"> ■小児科一般病床数 44床 ■NICU（新生児集中治療室）21床 + GCU（成長治療室）30床 ■小児科外来患者数:2,500人/月 ■小児救急受診者数:750人/月
診療所の特徴	<p>「心臓」、「腎臓」、「早産児・新生児」、「小児血液・がん」、「神経発達」、「代謝・内分泌・糖尿病」、「呼吸器・気道疾患」、「喘息・アレルギー」、「心身症」など幅広い専門分野の診療を行っています。救命救急センターでの小児救急は総合周産期母子医療センターや集中医療センターとも連携し、1次から集中治療の必要な3次救急にも24時間小児科医が対応できる体制をとっています。NICUはドクターカーを有し、県内外から患者の搬送を行っています。一般の救急車による救急搬送も行っています。院内にヘリポートを備え、ヘリコプターでの救急搬送も受け入れており、これまでに広島や鳥取香川からの搬送がありました。また、夜間の診療に近隣の開業の先生方の援助を受けて、診療・教育が行われているのも特徴です。</p> <p>診療圏は、東は姫路、西は尾道、北は津山・新見、さらには島根、鳥取などに及びます。2000年(平成12年)には厚生労働省の重要施策の一つである総合周産期母子医療センターの指定を受け、岡山県西部地区の新生児医療の中核となっています。一方、子ども療養支援士を配置、長期入院の患児の学習面をサポートするために、倉敷市教育委員会のご支援を得て、小学校および中学校の院内学級を併設しています。</p>

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」「経験省察研修録作成」「研修目標と自己評価」の三点を説明する。

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) を定期的実施する。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する。

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する。メンタリングセッションは数ヶ月に一度程度を保証する。

【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。

6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う。6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る。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

る。

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する。

【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る。

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する。

◎指導医のフィードバック法の学習(FD)

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

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る。

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う。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う。

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、その内容は東京警察病院総合診療専門研修管理委員会に報告されるが、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る。

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る。

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 に対する評価を行う。また、指導医も専攻医指導施設、本研修 PG に対する評価を行う。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 の改善に役立てる。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く。

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う。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する。

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可能となる。

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)が行われる。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 の改良を行う。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する。

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する。その際には専攻医に対する聞き取り調査なども行われる予定です。

15. 修了判定について

3 年間の研修期間における研修記録にもとづいて、知識・技能・態度が専門医試験を受けるのにふさわしいものであるかどうか、症例経験数が日本専門医機構の要求する内容を満たしているものであるかどうかを、研修期間終了1か月前までに専門研修 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する。

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)。

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 1 月末までに専門研修 PG 管理委員会に送付すること。専門研修 PG 管理委員会は 研修期間終了1か月前まで

に修了判定を行い、修了判定終了後順次(総合診療専門医受験出願が、通常4月15日ごろ開始するので、遅くとも4月初旬までに)研修修了証明書を専攻医に送付する。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うこと。

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、2019 年度を目処に各領域と検討していくこととなりますので、その議論を参考に当研修PG でも計画していく。

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ヶ月までとする。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する。

- (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らない。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る。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る。

- (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する。再開の場合は再開届を提出することで対応する。

(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るので、研修延長申請書を提出することで対応する。

19. 専門研修 PG 管理委員会

基幹施設である東京警察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)を置く。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る。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 の継続的改良を行う。専門研修PG 統括責任者は一定の基準を満たしている。

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する。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、修了判定を行う。また、専門研修PGの改善を行う。

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 統括責任者を補佐するが、当プログラムではその見込みがないため設置していない。

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う。

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7名、具体的には東京警察病院に2名、沖縄県立八重山病院に3名、浜田市国民健康保険弥栄診療所1名やまもと在宅診療所登米1名在籍している。

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る。

なお、指導医は、以下の (ア)~(キ)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(エ)日本内科学会認定総合内科専門医2名、(オ)の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1が参画している。

(ア) 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

- (イ) 全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定医
- (ウ) 日本病院総合診療医学会認定医
- (エ) 日本内科学会認定総合内科専門医
- (オ) 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)
- (カ) 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
- (キ) 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

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記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る。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回行う。

東京警察病院総合診療科にて、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年間以上保管する。

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)と指導医マニュアルを用いる。

- ◎ 研修手帳(専攻医研修マニュアル)所定の研修手帳参照。
- ◎ 指導医マニュアル
別紙「指導医マニュアル」参照。
- ◎ 専攻医研修実績記録フォーマット所定の研修手帳参照
- ◎ 指導医による指導とフィードバックの記録所定の研修手帳参照

22. 専攻医の採用

【採用プロセス】

1. 書類選考(7月上旬) 提出された申請書類をもとに、研修PG管理委員会が選考を行う。
2. 面接選考(7月中旬) 書類選考通過者に対して個別面接を実施する。面接では、志望動機、適性、研修への意欲などを確認する。
3. 最終決定(7月下旬) 書類および面接結果をもとに、研修PG管理委員会にて協議の上、採否を決定する。
4. 通知(8月上旬) 採否結果を文書にて本人宛に通知する。

【修了判定】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要求する内容を満たしているものであるかどうかを、研修期間終了1か月前までに専門研修 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する。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。