

# 東京女子医科大学総合診療専門研修プログラム

## 目次

1. 東京女子医科大学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. 東京女子医科大学総合診療専門研修プログラムについて

様々な立地（巨大都市、郊外、遠隔地）、規模（大規模・中規模・小規模病院や診療所）の研修施設で、様々な患者（外来、在宅、救急、入院）を診療する。また、そこにいる多くの指導医、豊富な教育資源で総合診療を研修できる。必修のカリキュラム以外にウイメンズヘルス、画像読影、リハビリなど、選択ローテーションも多く用意されている。学習者のニーズに合わせて個々のローテーションが組まれる。優れた指導医、そして非常に豊富な教育資源が存在している。とくに基幹研修施設である東京女子医科大学は、学閥もなく自由で開かれた雰囲気がいっぱいである。

そんな東京女子医科大学総合診療専門研修プログラムは、以下のような特徴がある。

### 1) プログラムの理念・使命

日本の少子高齢化、そしてそれによる医療費の増大など、日本の社会保障が抱える問題は、解決どころか年々、悪化をたどっている。問題は地方のみならず、高齢者人口が地方に比べて増加が激しい大都市においてもその問題は顕在化しつつある。特に首都圏は埼玉県や茨城県など、人口当たりの医師数が少ない県に囲まれており、状況は深刻である。他の道府県と異なり、首都圏は医療需要がこれから20年以上増加すると考えられる。さらに首都圏においては独居世帯が多く、またソーシャルキャピタルが極めて低い。収入の格差も他の地域に比べて非常に大きい。特記すべきは東京都内における医師の分化度が大きく、在宅医療などを担えるような総合的な臨床技能を持つ人材が極めて少ない。

高齢者人口のこの問題を解決するために、さまざまな対処方法があると思われる。包括性の高い医療を提供できる環境、在宅医療の促進、それに伴って回復期病床の増加、地域包括ケアの効率化、そして地域共生社会の構築などは現状の医療制度を大きく変えないでも対処できるかもしれない。そしてこれらの施策の各々に総合診療医が関与している。それ故に地域で活動できる総合診療医の育成は、今後の日本の社会保障にとって不可欠である。

東京においては、巨大都市である23区や市部のみならず、奥多摩郡や島しょ部も抱えており、東京にある大学として、総合診療医育成の必要性は非常に高いといえる。

全国から集まり、出身大学が偏らない東京女子大学は、理想的な「夢」と熱い「情熱」によって、東京都の医療を、そして全国、さらには世界の医療を総合診療で再構築する気概にあふれている。

それゆえに、本研修プログラムの理念（目的）、使命、ビジョン、価値基準を下記のように定める。

#### 【プログラムの理念（目的）】

- ・ 地域に貢献し、地域から愛される医療者を、自由で開かれた東京女子医科大学から育成する。
- ・ 診療所・病院・地域のいずれでも活躍できる、総合診療医を育成する。
- ・ 学習者が指導者と共に、総合診療のプロフェッショナルとして、学び続けられる安全な場・環境を提供する。
- ・ 医療・教育・研究のいずれの分野にもチャレンジし、各分野のリーダーとなる医療者を育成する。

#### 【プログラムの使命】

- ・ 学習者とともに学び続けるロールモデルとなる。
- ・ 地域住民すべてを笑顔にするプロデューサーとなる。

- ・ 医療・教育・研究のイノベーターになる。

### 【プログラムのビジョン】

「TWMU（東京女子医科大学）MIND」

- ・ T タイム：いつでも、いつまでも
- ・ W ワイド：東京のみならず、地方も含め、全国・全世界もどこでも
- ・ M みんな：私たち総合診療医、保健・医療・福祉に携わる人、そして地域住民のみんなが、
- ・ U うれしい：思わずうれしくなるような社会を創造。
- ・ Magnet マグネット：志を持った人が集まり、
- ・ Innovation イノベーション：革新的な医療・教育・研究で、日本をリードし、
- ・ Needs ニーズ：少子高齢化に対応できるシステムを実現し、
- ・ Development ディベロップメント：世界中の地域の持続的な発展に貢献する。

### 【プログラムの価値基準】

プログラムを通して私たちが大切にするのは「夢・革新へのチャレンジ、多様性と調和、あふれる笑顔」である。

## 2) プログラムの特徴

本研修プログラムは、修了時に優れた総合診療専門医となるためにプログラムの期間を3年間とする。なお、内科とのダブルボードを希望する場合は4年となる。

専門研修基幹施設（以下、基幹施設）である東京女子医科大学病院が研修全体をコーディネートする統括組織としての役割を担い、専門研修連携施設（以下、連携施設）の施設群と協働して研修が行われ、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る。本研修プログラムでは、総合診療専門研修Ⅰ（外来診療・在宅診療が中心）、総合診療専門研修Ⅱ（病棟診療・外来診療・救急診療が中心）、内科（病棟・救急が中心）、小児科、救急などの必修を組合せたローテーションを行う。総合診療医として必要とされる選択研修も豊富に用意されている。

### (a) 多様な医療機関で活躍できる総合診療医の養成

将来、総合診療医として活動する場に応じて、診療所に比べて主に病院での研修に重点を置く研修（病院重点）や病院に比べて主に診療所での研修に重点を置く研修（診療所重点）など、多様なローテーションを組み立てることができる。そのために、規模としては中小規模病院・診療所・大学病院等、立地としては巨大都市・郊外・遠隔地といった様々なセッティングの医療施設を用意している。専攻医の選択での研修も充実している。

様々なセッティングの医療施設で、総合診療医としての核となる臨床能力や、専門医として必要なその他の臨床能力、手技を含めた多様な希望に応じた研修が可能である。あらゆる場面やニーズに総合診療医として対応できる能力習得を目標とする。

### (b) ローテーションしやすい研修施設

様々なセッティングの代表的医療施設で研修可能であるが、いずれも東京女子医科大学関連医療

機関を中心とした研修施設であり、専攻医の意見・ニーズを十分に尊重して決定される。基幹病院である東京女子医科大学は、学閥がない自由で開かれた雰囲気の特徴であり、他の専門診療科との連携も非常に良好である。

(c) 指導医の充実

それぞれのセッティングで、診療・教育・学術活動で経験、実績ともに豊富な指導医がそろっている。

(d) 研修サポートシステムの充実

- ・多くの施設で医療検索ソフト(UpToDate、DynaMed、今日の診療サポート、Current Decision Support、今日の診療など)が使用でき、基幹施設にはMiniCEXやビデオレビュー等のために教育機器をすべての専攻医のために用意している。TVネットワークシステムを利用し、どの施設でも毎週開催のweb勉強会、東京女子医大総合診療セミナー等に参加できる。その他、J-GOALやJ-OSLERのブラッシュアップのための経験省察研修録(ポートフォリオ)発表会(年3回)、国際総合診療フォーラム、そして共通講習で必要とされる医療安全講習会、感染対策講習会、医療倫理講習会等、学びの場が用意されている。
- ・研修が終了した段階で、総合診療の指導医としての能力も兼ね備えられるように、研修期間中にファカルティディベロップメント講習会(生涯教育や指導者講習会)や大学院の総合診療医学講義、医学教育学講義への参加や学生・初期研修医を実際に診療の場で指導をするなど、指導・教育能力の養成も行う。
- ・日本プライマリ・ケア連合学会学術大会や春季および秋季生涯教育セミナー、若手医師のための家庭医療学冬期セミナー、学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナー、また日本内科学会による学術大会や地方会などといった学会やセミナーに参加できるよう配慮する。
- ・筆頭演者として学会発表や論文発表(共同著者を含む)を少なくとも3年間に1回ずつ行うが、学会発表や論文発表の学習機会として、大学院講義、リサーチミーティング等もある。また、適宜、研究日も設定することもできる。
- ・レジデント会(ピアサポート)や指導医とのメンタリング・コーチングによって、使命やビジョンを実現していくことを全面的にサポートする。
- ・東京女子医大のモットーである男女共同参画のために、結婚・出産・育児等の支援をプログラムで最大限に配慮する。原則として研修医が相談してローテーションを決定する研修決定システムである。

(e) 多職種連携や、地域の住民・医療機関の利用者などの協力

- ・多職種連携カンファレンスといった多職種医療介護従事者と議論する多くのカンファレンス、そして各地でのタウンミーティングなど地域住民とともに医療体制を構築する機会が豊富である。
- ・東京都庁など関連が深い行政からの支援体勢を構築しつつある。
- ・看護師や薬剤師、その他と医師以外からの多職種からの360度評価を適宜受ける。

(f) フェローシップ、大学院進学など多彩なキャリアの選択肢

アドバンスド総合診療フェローシップなどのフェローシップ、また、東京女子医科大学大学院(大学院コース)等、東京女子医科大学ならではの専門研修修了後のキャリアパスも充実している。

さらに、内科とのダブルボードを経て、内科専門医、さらに内科サブスペシャリティも同時に取得することができる。

(g) 海外研修の充実

インドネシア、オーストラリア、アメリカ、英国、香港、シンガポールなどの海外との連携が多くあり、海外の地域医療を知ることができる。それによってさらに総合診療の必要性を知ることができ、また日本ならではの総合診療が理解できるようになる。

3) 専門研修後の成果 (Outcome)

将来、病院において活動する総合診療専門医を目指す3年修了時のアウトカムは、病院での診療・組織での活動においてリーダーとしてその能力を発揮し、その病院の地域で包括的なケアを提供できることである。

将来、診療所において活動する総合診療専門医を目指す3年修了時のアウトカムは、診療所で院長・副所長として、診療・組織での活動を実践し、診療所の地域で包括的なケアを提供できることである。

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、具体的なアウトカムとしては以下の機能を果たすことを目指す。

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できる。また、総合診療部門（総合診療科・総合内科等）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）を提供することができる。

具体的には以下の7つの資質・能力を獲得することを目指す。

- ・ 包括的統合アプローチ
- ・ 一般的な健康問題に対する診療能力
- ・ 患者中心の医療・ケア
- ・ 連携重視のマネジメント
- ・ 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ
- ・ 公益に資する職業規範
- ・ 多様な診療の場に対応する能力

また、医学生、若手専攻医、多職種学生等、後進などの教育・指導にあたるために必要な教育的技能を身につけることができる。さらには世界の総合診療に寄与するアカデミズムを身に付けて、調査研究活動も実施できる技能を身に付ける。

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

主な領域において習得するコンピテンシーは第1段階 Novice（初心者）、第2段階 Advanced Beginner（中級者）、第3段階 Competent（上級者・一人前）とマイルストーン（段階）を設定（領域コンピテンシーのマイルストーン）し、3年修了時において第3段階に到達することを目標とする。

年度毎のプロセスとしては下記の通りである。

- (a) 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ができる。
- (b) 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ができる。
- (c) 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ったり、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。
- (d) もしも内科とのダブルボードを希望する者は、4年次に1年間の内科研修を受けることになる。
- (e) なお、育児・出産や介護などで休暇が必要な場合は、アウトカムが達成できるように配慮しつつ、万全の態勢で男女共同参画支援を行う。これは東京女子医大のチャレンジである。

## 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：J-GOALとJ-OSLER）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。

#### (a) 外来医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保する。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。

#### (b) 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。首都圏に存在する教育施

設として有名な施設にて研修。

(c) 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る。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ある。

(d) 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する。基幹施設の東京女子医科大学では、EMD において 2 次救急患者を多く診療し、その患者を入院させて病棟医療につなげる。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む。

(e) 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

- (a) レジデント会（ピアサポート）による学習会、スタッフとのメンタリング／コーチングを通して、使命やビジョンを実現していくことを全面的にサポートする。また、TV ネットワークシステムを利用し、どの施設でも毎週開催の web 勉強会、東京女子医大総合診療セミナー等に参加できる。その他、経験省察研修録（ポートフォリオ）発表会（年 3 回）、国際家庭医療フォーラム、ファカルティディベロップメント講習会（生涯教育や指導者講習会）や東京女子医科大学の総合診療医学や医学教育学の講義をはじめとする様々な学習の場を提供する。
- (b) 学会発表や論文発表の学習機会及び支援体勢として、講義の他、リサーチミーティング等がある。
- (c) 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・ケア連合学会等の関連する学会の学術集会や春季および秋季生涯教育セミナー、若手医師のための家庭医療学冬期セミナー、学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナー、または日本内科学会によって開催される学術大会・地方会など、さまざまなセミナー、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。
- (d) 臨床現場で経験数の少ない手技などシミュレーション機器を活用して学ぶこともできる。
- (e) 共通講習として履修することとなっている医療倫理、医療安全、感染対策、保健活動、地域医療活動等については、研修施設で開催される医療安全講習会・感染対策講習会・医療倫理講習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できる。

(3) 自己学習

- (a) 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日本プライマリ・ケア連合学会、日本内科学会等における e-learning 教材、医療専門雑誌、各学会が作成するガイドライン等を適宜活用しながら、幅広く学習する。
- (b) 各施設では、iPad、医療検索ソフト、総合診療関連の雑誌の活用、身体診察の技能向上が可能なシミュレータ等の活用が可能な環境である。東京女子医科大学は、その豊富なシミュレータの数で有名である。

3) 専門研修における研究

- (a) 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ある。
- (b) 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）を少なくとも3年間に1回ずつ行うこととする。

4) 研修の週間計画および年間計画

各施設での標準的な週間スケジュールは、各施設において研修医に明示する。

**【基幹施設(東京女子医科大学病院)】**

総合診療科・総合内科

	午前		午後	
月	朝カンファ	外来 病棟	外来 病棟	夕カンファ・グランドカンファ・ジャーナルクラブ
火	朝カンファ	外来 病棟	外来 病棟	夕カンファ・勉強会
水	朝カンファ	外来 病棟	外来 病棟	夕カンファ・勉強会
木	朝カンファ	外来 病棟	外来 病棟	夕カンファ・勉強会
金	朝カンファ	外来 病棟	外来 病棟	夕カンファ・グランドカンファ
土	朝カンファ	外来 病棟		

小児科

	月	火	水	木	金	土・
8:00-8:30	受持患者情報の把握 処置					



8:30-9:00	カンファレンス 新入院患者報告	チーム回診	カンファレンス 及び 教授回診	チーム回診	カンファレンス 新入院患者報告	チーム回診			
9:00-12:00	チーム回診 病棟・外来	病棟 外来		病棟 外来	チーム回診 病棟 外来	病棟 外来			
12:00-13:00			抄読会						
13:00-17:00	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟				
			アレルギーカンファ 〈月1〉 英語プレゼンセミナー						
			専門外来による研修						
			当番制による午後救急患者診察						
グループ回診 申し送り									
17:30-19:00	てんかんカンファレンス	周産期カンファレンス (月1)	臨床カンファレンス	振り返り〈月1〉	てんかん勉強会〈てんかん専門医研修プログラム準備				
当直 (1/週程度)									

救命救急科

救急科後期研修医 1週間の流れ  
(クリティカルケア)

	月	火	水	木	金	土	日 <sup>※1</sup>
8:00-9:30	朝カンファ						朝カンファ 9:00-
9:30-9:45	多職種ミーティング						
9:45-10:30	回診 (ICU、病棟)						

10:30-16:00	ICU、病棟での入院業務				
	12:00-13:00 勉強会、症例検討会、抄読会、M&M <sup>※3</sup> 13:00-または 17:00- リハビリカンファ <sup>※4</sup> stroke カンファ <sup>※5</sup>				
16:00-18:00	タカンファ	タカンファ	タカンファ	タカンファ	タカンファ <sup>※2</sup>
	回診	回診	回診	回診	回診

- ※1 日曜、休日は日・当直業務となる。
- ※2 土曜、日曜はタカンファなし
- ※3 勉強会は週一回、症例検討会、抄読会、M&Mは月二回ずつ（月から金の間）
- ※4 リハビリカンファは毎週月曜日
- ※5 脳外科、神経内科との stroke カンファは、毎週木曜日
- ※6 三次救急の初療、院内急変対応は随時行う
- ※7 夜間帯は、当直業務となる

#### EMD 後期研修医（walk in E R：一次、二次救急外来）

土曜、日曜、祝祭日 関係なく、日勤、夜勤のシフト制

日勤：9:00-17:00

夜勤：17:00-9:00

※朝8：45から指導医と共に教育的な振り返りを毎日行う。

※救急室勤務でも、クリティカルケアで行われている、勉強会、症例検討会、抄読会、M&M、stroke カンファに参加する。

#### 【連携施設（多摩北部医療センターの場合）】

例：内科（循環器内科）

		月	火	水	木	金	土/日/祝
午前	8：15-8：45			抄読会			担当患者の病態に応じた診療／オンコール／日当直／講習会・学会参加／病院イベント参加など
	8：45-	核医学検査	心カテーテル	内科救急外来	総合内科外来	自由研修	
午後	-17：30	内科救急外来	心カテーテル	運動負荷試験	心カテーテル	自由研修	
	17：30-	臨床カンファ					
担当患者の病態に応じた診療／オンコール／当直 など							

【連携施設（練馬光が丘病院の場合）】

		月	火	水	木	金	土/日/祝日	
朝	～8:10	プレラウンド						
		症例確認	総合内科 GC	入院患者プレゼンテーション			症例確認	
午前	9:00～	各チーム 病棟回診						
昼	12:30～		12:30～ 集中治療 EBM	薬剤説明会 (不定期)	コアレクチャー レクチャー	ミーティング	申し送りを して終了	
			14:00～ 2 西病棟 カンファ	コアレクチャー	14:00～ 2 西病棟 カンファ	14:00～ 5 西病棟 カンファ		
午後		各チーム チャートラウンド						
		指示簿見直し				定期処方 指示簿見直し		
夕方	17:00～	レクチャー	レクチャー	英語カンファ 18:00～/月2回				

【連携施設（市立伊勢総合病院の場合）】

内科・総合診療科

		月	火	水	木	金	土/日/祝日
午前	8:15-9:00	入院患者カンファレンス				抄読会	担当患者の病態に 応じた診療／オン コール／日当直／ 講習会・学会／病院 イベント参加など
	9:00-12:00	総合診療科初診外来・再診外来、救急外来、病棟管理					
午後	13:00-16:30	救急外来、病棟管理					
	16:30-17:00	救急外来患者振り返り					
		担当患者の病態に応じた診療／オンコール／当直 など					

【連携施設(東京女子医科大学附属八千代医療センター)】

		午前		午後	
月	各科回診	病棟外来、検査業務		病棟、検査業務	カンファレンス
火	各科回診	病棟外来業務		病棟、検査業務	病棟、検査業務
水	各科回診	病棟外来、検査業務		病棟、検査業務	カンファレンス
木	各科回診	病棟外来業務		病棟、検査業務	病棟、検査業務
金	各科回診	病棟外来、検査業務		病棟、検査業務	病棟、検査業務

土	各科回診	病棟外来業務		
---	------	--------	--	--

【連携施設(千葉大学医学部附属病院)】

	午前		午後	
月	7:30~8:00  外来終了後 (木・金はカンファレンス等終了後)	病棟業務 外来診療(初診・再診)およびプリセプティング	17:00~18:30	千葉市立青葉病院内科 合同カンファレンス (月1回)
火			16:00~17:00	プライマリ・ケア勉強会/抄読会/症候学レクチャー/ハンズオンセミナー
水		病棟業務		
木			15:00~17:00	診断推論カンファレンス 入院カンファレンス
金			15:00~17:00	英語カンファレンス /General Medicine Workshop(外国人医師)

【連携施設(済生会川口総合病院)】

	午前		午後		
月	カンファレンス	一般内科外来	入院患者診療 検査等	医局会・CPC	患者対応 オンコール 当直等
火		一般内科外来		カンサーボード	
水		救急対応		勉強会	
木		一般内科外来		病理合同カンファレンス	
金		救急対応		手術(整形外科)	
土	患者対応・オンコール・日当直・講習会・学会等				

【連携施設(湘南第一病院)】

	午前		午後	
月	早朝ミーティング	病棟	超音波検査(心血管)	
火		訪問診療	外来(内科・救急)	
水		外来(整形外科)/手術	外来(内科・救急)	
木	新患・退院報告	病棟	超音波検査(心血管)	症例検討会
金		小児外来研修(連携施設)	小児外来研修(連携施設)	
土		外来(内科・救急)		

【連携施設(高山赤十字病院)】

	午前		午後	
月		病棟外来、検査業務	病棟、検査業務	
火		病棟外来、検査業務	病棟、検査業務	カンファレンス
水	カンファレンス	病棟外来、検査業務	病棟、検査業務	
木		病棟外来、検査業務	病棟、検査業務	
金		病棟外来、検査業務	病棟、検査業務	

【連携施設（武蔵国分寺公園クリニックの場合）】

		月	火	水	木	金	土/日/祝日
午前	8:00-8:30	モーニング レクチャー	8:00~9:00 新患紹介カンファレンス				※第3土曜は レジデント デイ
	8:30-9:30	退院患者カン ファレンス					
	カンファ後	外来診療・入院患者診療					担当患者の病 態に応じた診 療/オンコー ル/日当直/ 講習会・学会 /病院イベン ト参加など
	-17:00	外来診療・入院患者診療					
午後	17:00-18:30			輪読会 [総/研]			
	18:00-19:00				シニアカンフ ァレンス		
		担当患者の病態に応じた診療/オンコール/当直 など					

		月	火	水	木	金	土
8:00-13:00	外来/訪問診療	○	○	○	○		
14:00-16:00	外来/訪問診療	○	○	○	○		
16:30-17:30	外来レビュー/在宅カンファ	○	○	○	○	○	
13:30-16:30	検討会等					○	
18:00-22:00	外来					○	
22:00-8:00	在宅当番					○	

【連携施設（梶原診療所の場合）】

	月	火	水	木	金	土
午前（9:00~12:30）	外来	認知症専門 外来	訪問診療	外来	訪問診療	訪問診療
12:30~13:30	昼休み	昼休み	昼休み	昼休み	昼休み	
午後（13:30~17:30）	訪問診療	訪問診療	外来	訪問診療	外来	
夕方	カンファレンス			カンファレンス		

【連携施設（ゆみのハートクリニック）】

	午前		午後	
月	朝 ミーティング	在宅		在宅・MTG
火	朝 ミーティング	外来		外来

水	朝 ミーティング	小児外来研修（連携施設）		小児外来研修（連携施設）
木	朝 ミーティング	在宅		在宅・MTG
金	朝 症例検討会	外来	昼 技師カンファ	外来
土	朝 ミーティング	在宅		在宅

### 【連携施設(新宿ヒロクリニック)】

		午前	午後
月	朝礼、カンファ	在宅	在宅・症例検討会
火	レンス	外来	在宅
水		在宅	在宅
木		在宅	在宅
金		外来	在宅
土		在宅	在宅

### 【連携施設(下田メディカルセンター)】

		午前	午後
月		病棟業務・外来	内視鏡
火		救急・外来	健診・訪問診療
水		救急・外来	手術（外科）
木	カンファレンス	介護老人保健施設	救急・外来
金		救急・外来	手術（整形外科）
土	-	-	-

## 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領域で構成される。

- (a) 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含めて全人的に理解し、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。
- (b) 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患者・医師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。
- (c) 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に貢献する必要がある。

- (d) 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人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。
- (e) 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、各現場で多様な対応能力を発揮すると共に、ニーズの変化に対応して自ら学習・変容する能力が求められる。
- (f) 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領域で構成される。

- (a) 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
- (b) 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
- (c) 診療情報の継続性を保ち、自己省察や学術的利用に耐えうるように、過不足なく適切な診療記録を記載し、他の医療・介護・福祉関連施設に紹介するときには、患者の診療情報を適切に診療情報提供書へ記載して速やかに情報提供することができる能力
- (d) 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
- (e) 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。

- (a) 以下に示す一般的な症候に対し、臨床推論に基づく鑑別診断および、他の専門医へのコンサルテーションを含む初期対応を適切に実施し、問題解決に結びつける経験をする。（全て必須）

ショック	急性中毒	意識障害	疲労・全身倦怠感	心肺停止
呼吸困難	身体機能の低下	不眠	食欲不振	体重減少・るいそう
体重増加・肥満	浮腫	リンパ節腫脹	発疹	黄疸
発熱	認知能の障害	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	咽頭通	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		

(b) 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・髄膜炎
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	全身性疾患による腎障害	
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	小児ウイルス感染症	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				

#### 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。

##### (a) 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
- ・ 死亡診断を実施し、死亡診断書を作成

(b) 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・下肢静脈）
- ・ 生体標本（喀痰、尿、皮膚等）に対する顕微鏡的診断
- ・ 呼吸機能検査
- ・ オーディオメトリーによる聴力評価及び視力検査表による視力評価
- ・ 消化管内視鏡（上部）、消化管内視鏡（下部）、造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）
- ・ 頭・頸・胸部単純CT、腹部単純・造影CT、頭部MRI/MRA

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。

(a) 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）または内科救急・ICLS 講習会（JMECC）
- ・ 外傷救急（JATEC）
- ・ 病院前外傷救護法（PTLS）

(b) 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。

(c) 治療手技・小手術

簡単な切開・異物摘出・ドレナージ

簡単な脱臼の整復

トリガーポイント注射

静脈ルート確保および輸液管理（IVHを含む）

止血・縫合法及び閉鎖療法

局所麻酔（手指のブロック注射を含む）

関節注射（膝関節・肩関節等）

経鼻胃管およ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）  
 睫毛抜去

#### 4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

職務を通じた学習において、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ある。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。

##### (a) 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く。

##### (b) 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、連携の方法を学ぶ。

##### (c) 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る。

上記以外にも前述したように以下のようなカンファレンスが用意されている。

(a) レジデント会（ピアサポート）による学習会、スタッフとのメンタリング／コーチングを通して、使命やビジョンを実現していくことを全面的にサポートする。また、TVネットワークシステムを利用し、どの施設でも毎週開催のweb勉強会、東京女子医大総合診療セミナー等に参加できる。その他、経験省察研修録（ポートフォリオ）発表会（年3回）、国際家庭医療フォーラム、ファカルティディベロップメント講習会（生涯教育や指導者講習会）や東京女子医科大学の総合診療医学や医学教育学の講義をはじめとする様々な学習の場を提供する。

(b) 学会発表や論文発表の学習機会及び支援体勢として、講義の他、リサーチミーティング等がある。

(c) 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・ケア連合学会等の関連する学会の学術集会や春季および秋季生涯教育セミナー、若手医師のための家庭医療学冬期セミナー、学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナー、または日本内科学会によって開催される学術大会・地方会など、さまざまなセミナー、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。

- (d) 臨床現場で経験数の少ない手技などシミュレーション機器を活用して学ぶこともできる。
- (e) 共通講習として履修することとなっている医療倫理、医療安全、感染対策、保健活動、地域医療活動等については、研修施設で開催される医療安全講習会・感染対策講習会・医療倫理講習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できる。

## 5. 学問的姿勢について

### 1) 習得すべき学問的姿勢

- (a) 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。
- (b) 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。

### 2) 経験すべき学術活動

#### (a) 教育

- ・ 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。
- ・ 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・改善できる。
- ・ 専門職連携教育を提供することができる。

#### (b) 研究

- ・ 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。
- ・ 量的研究、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。

### 3) 研修方略

- (1) 学会発表や論文発表の学習機会及び支援体勢として、大学院講義、リサーチミーティング等がある。
- (2) また、学術活動を支援する機会として他に、レジデント会（ピアサポート）、スタッフとのメンタリング／コーチング、TVネットワークシステムを利用したどの施設でも毎週開催のweb勉強会、経験省察研修録（ポートフォリオ）発表会（年3回）、医療倫理講習会、ファカルティディベロップメント講習会（生涯教育や指導者講習会）や東京女子医科大学の大学院講義（総合診療医学や医学教育学）など様々な学習の場を提供する。
- (3) 大学院進学やアドバンスド総合診療フェロシップなどの講義への参加  
専攻医は研修期間中にも下記の大学院進学やフェロシップの講義に参加する機会がある。
  - (a) 東京女子医科大学総合内科学・総合診療科分野による博士課程  
総合診療のフィールドのエビデンスを自らが明らかにすることは重要である。また、総合診療医など、地域で活躍できる医師の育成のための卒前医学教育や卒後臨床研修を実施できる人材

を育成し、そのために必要なカリキュラム開発することも重要である。希望者は、総合診療に関する研究や教育研究を行い、また、社会人大学院生として東京女子医科大学大学院博士課程（3年間）の併願が研修期間も可能であり、学位が授与される。

(b) 海外総合診療医との連携

インドネシア、オーストラリア、アメリカ、英国、香港、シンガポールなどでの総合診療の実際や途上国での地域医療、その教育・研修の見学を希望する者は、留学することができる。

(c) アドバンスド総合診療フェローシップ

総合診療の上にさらに専門的に知識や技能を習得するプログラム。

(d) さらに、臨床現場を離れた学習機会として、日本プライマリ・ケア連合学会学術大会や春季および秋季生涯教育セミナー、若手医師のための家庭医療学冬期セミナー、学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナー、または日本内科学会による学術大会、地方会といった学会やセミナーに参加する。

## 6. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性などについて

### 1) 医師としての倫理性、社会性などの到達目標

総合診療専門医としてのコンピテンシーだけでなく、医師としての基本的診療能力（コアコンピテンシー）が重要であることから下記のように医療倫理、医療安全、院内感染対策の能力の習得を目標とする。

(a) 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。

(b) 安全管理（医療事故、個人情報、感染症、廃棄物、放射線など）を行うことができる。

(c) 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。

(d) 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。

### 2) 研修方略

(a) TVネットワークシステムを利用したweb勉強会、経験省察研修録（ポートフォリオ）発表会、医療安全講習会・感染対策講習会・医療倫理講習会、ファカルティディベロップメント講習会（生涯教育や指導者講習会）や東京女子医科大学大学院の総合診療医学や医学教育学に係るセミナーなど様々な学習の場を提供する。

(b) 日本プライマリ・ケア連合学会学術大会や春季および秋季生涯教育セミナー、若手医師のための家庭医療学冬期セミナー、学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナー、また日本内科学会による学術大会や地方会といった学会やセミナーに参加する。

(c) 医療倫理の習得の機会として他に日々の症例検討会やリサーチミーティング等 on the job の指導がある。

## 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

- 1) 地域医療の経験（病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など）の経験目標（種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等）
  - (1) 適切な医療・介護連携を行うために、介護保険制度の仕組みやケアプランに即した各種サービスの実際、更には、介護保険制度における医師の役割および医療・介護連携の重要性を理解して下記の活動を地域で経験する。
    - (a) 介護認定審査に必要な主治医意見書の作成
    - (b) 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
    - (c) 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
    - (d) 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
    - (e) 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
  - (2) 地域の医師会や行政と協力し、地域包括ケアの推進や地域での保健・予防活動に寄与するために、以下の活動を経験する。
    - (a) 特定健康診査の事後指導
    - (b) 特定保健指導への協力
    - (c) 各種がん検診での要精査者に対する説明と指導
    - (d) 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
    - (e) 産業保健活動に協力
    - (f) 健康教室（高血圧教室・糖尿病教室・高脂血症教室など）の企画・運営に協力
  - (3) 主治医として在宅医療を 10 症例以上経験する。（看取りの症例を含むことが望ましい）
- 2) 地域医療・地域連携への対応
  - (a) 総合診療専門研修では地域ニーズに合わせた医療を行う。
  - (b) 必須領域別研修（内科・小児科・救急の計 18 か月以上）においても、地域の中核病院等で救急対応や夜間対応に積極的に取り組む。
  - (c) 本研修プログラムは東京女子医科大学病院総合診療科を基幹施設とし、東京都や他県の関連施設とともに施設群を構成している。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できる。
  - (d) 多職種連携カンファレンスなどの多職種医療介護従事者との地域連携のカンファレンス、そして各地でのタウンミーティングなど地域住民とともに医療体制を構築する機会が豊富である。
  - (e) なお東京女子医科大学は東京都庁をはじめ、市町村の行政との連携が強く、これらの自治体からの支援体勢がある。

3) 地域において指導の質を落とさないための方法

- (a) 総合診療専門医の専門性から、地域が教育を提供する場所として望ましく、地域に指導医がいることを前提とした体制とする。
- (b) 指導医の生涯学習および指導の学習機会として下記を提供する。  
TVネットワークシステムを利用したどの施設でも毎週開催のweb勉強会、経験省察研修録(ポートフォリオ)発表会(年3回)、国際家庭医療フォーラム、ファカルティディベロップメント講習会(生涯教育や指導者講習会)や東京女子医科大学大学院の総合診療医学、総合内科学、そして医学教育学にかかわる講義など様々な学習の場。
- (c) 日本プライマリ・ケア連合学会学術大会や春季および秋季生涯教育セミナー、若手医師のための家庭医療学冬期セミナー、学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナー、また日本内科学会の学術大会や地方会といった学会やセミナーに参加する。
- (d) 学術活動に関する指導者の学習機会としてさらにリサーチミーティング等がある。
- (e) プログラム内サイトビジット  
総合診療専門研修施設の指導医が相互に施設を訪問することで、自施設の研修を振り返り、研修の発展を検討する機会とする。

## 8. 研修プログラムの施設群

本研修プログラムは基幹施設と東京都や長野県、茨城県、三重県などに立地する連携施設の多様な施設群で構成される。

1) 総合診療専門研修Ⅰ

- (a) 都市型研修施設：梶原診療所、多摩ファミリークリニック、武蔵野国分寺公園クリニック、新宿ヒロクリニック、ゆみのハートクリニック
- (b) 地方型研修施設：奥多摩病院(東京都)、志摩市民病院(三重県)、下田メディカルセンター

2) 総合診療専門研修Ⅱ

- (a) 都市型研修施設：東京女子医科大学総合診療科、東京女子医科大学東医療センター、台東区立台東病院、済生会川口総合病院、千葉大学医学部附属病院総合診療科、聖マリアンナ医大総合診療科
- (b) 地方型研修施設：多摩北部医療センター(東京都)、東京女子医科大学八千代医療センター、常陸大宮済生会病院(茨城県)、市立伊勢総合病院(三重県)、邑智病院(島根県)

3) 内科研修

- (a) 都市型研修施設：東京女子医科大学総合内科、東京女子医科大学東医療センター、練馬光が丘病院、済生会川口総合病院、千葉大学医学部附属病院総合診療科
- (b) 地方型研修施設：多摩北部医療センター(東京都)、常陸大宮済生会病院(茨城県)、市立伊勢総合病院(三重県)

4) 小児科研修

練馬光が丘病院、東京女子医科大学附属八千代医療センター、東京女子医科大学小児科、多摩北部医療センター、常陸大宮済生会病院

5) 救急科研修

東京女子医科大学病院救命救急センター、練馬光が丘病院

6) その他の領域別診療科

★産婦人科（ウイメンズヘルス）

敬寿総合病院家庭医療科

東京女子医科大学病院女性科

★画像診断

東京女子医科大学画像診断科

★リハビリテーション

東京女子医科大学リハビリテーション科（若林教授）

各施設の概要・診療実績や医師の配属状況は**専門医研修プログラムの概要と診療実績**を参照。

【専門研修基幹施設】

東京女子医科大学病院総合診療科が専門研修基幹施設である。

【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全て診療実績基準と所定の施設基準を満たしている。

【専門研修施設群】

基幹施設と連携施設により専門研修施設群を構成する。

【専門研修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東京都（奥多摩郡を含む）、千葉県、埼玉県、神奈川県、静岡県、岐阜県、三重県にある。施設群の中には、規模としては中小規模病院・診療所・地域中核病院・大学病院等、立地としては市中・郊外・遠隔地（へき地）といった様々なセッティングの医療施設を用意している。

## 9. 専攻医の受け入れ数について

- ・ 1年あたり6名（×研修期間年数＝総定員18名）
- ・ 全ての専攻医が十分な診療経験を積むことができるよう、診療実績に基づいて専攻医受入数の上限

を定める。

- ・プログラム全体での、専攻医の年間受入数の上限は、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の総数の2倍とする。3学年の総数は総合診療専門研修指導医×3である。本研修プログラム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ある。
- ・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、質の高い研修が提供できる範囲での育成を目指す。
- ・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）には含まない。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ある。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う。

## 10. 施設群における専門研修コースについて

### 1) モデルとなるローテーション例

本研修プログラムの期間は3年間とする。基幹施設である東京女子医科大学病院総合診療科が研修全体をコーディネートする統括組織としての役割を担い、東京都をはじめとする首都圏、または典型的な地方の県などにある研修では定評のある連携施設の施設群とで研修が行われる。

将来、総合診療医として活動する場に応じて、診療所に比べて主に病院での研修に重点を置く研修（病院重点）や病院に比べて主に診療所での研修に重点を置く研修（診療所重点）など、多様なローテーションを組み立てることができる。

将来、病院の総合診療医として活躍する場合のローテーション例としては、総合診療専門研修Ⅰ6か月、総合診療専門研修Ⅱ12か月、内科12か月、小児科3か月、救急3か月のローテーションを行う。

将来、診療所の総合診療医として活躍する場合のローテーション例としては、総合診療専門研修Ⅰ12か月、総合診療専門研修Ⅱ6か月、内科12か月、小児科3か月、救急3か月のローテーションを行う。

専攻医が考える将来の活動の場に応じて、専攻医自らがメンターなどと相談しながら日本専門医機構の基準に沿いつつ希望するローテーションや研修施設をプログラム管理委員会に申請し、専攻医の研修進捗状況や各研修施設の状況、地域の医療体制を勘案しつつ、他の専攻医と希望が重複するなどした場合の対応を含めて管理委員会において調整、最終決定する。

#### ローテーション例1（病院指向）

	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	総診Ⅱ (12ヶ月)											



2年目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	内科 (12ヶ月)											
3年目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	小児科 (3ヶ月)			救急 (3ヶ月)			総診Ⅰ (6ヶ月)					

ローテーション例2（診療所・小病院指向）

1年目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	内科 (12ヶ月)											
2年目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	総診Ⅰ (12ヶ月)											
3年目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	総診Ⅱ (6ヶ月)						小児科 (3ヶ月)			救急 (3ヶ月)		

2) プログラムの全体構成

ローテーション例1（病院指向）

総合診療 専門研修	総合診療専門研修Ⅰ ( 6 ) カ月		総合診療専門研修Ⅱ ( 12 ) カ月
領域別 研修	救急科 ( 3 ) カ月	小児科 ( 3 ) カ月	内科 ( 12 ) カ月

ローテーション例2（診療所・小病院指向）

総合診療 専門研修	総合診療専門研修Ⅰ ( 12 ) カ月		総合診療専門研修Ⅱ ( 6 ) カ月
領域別 研修	救急科 ( 3 ) カ月	小児科 ( 3 ) カ月	内科 ( 12 ) カ月

3) 専門研修後の成果（Outcome）（再掲）

将来、病院において活動する総合診療専門医を目指す3年修了時のアウトカムは病院での診療・組織での活動においてリーダーとしてその能力を発揮し、その病院の地域で包括的なケアを提供できることである。

将来、診療所において活動する総合診療専門医を目指す3年修了時のアウトカムは診療所で院長・副所長として、診療・組織での活動を実践し、診療所の地域で包括的なケアを提供できることである。

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、具体的なアウトカムとしては以下の機能を果たすことを目指す。

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でき  
 る。また、総合診療部門（総合診療科・総合内科等）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）を提供すること  
 ができる。

具体的には以下の7つの資質・能力を獲得することを目指す。

- ・ 包括的統合アプローチ
- ・ 一般的な健康問題に対する診療能力
- ・ 患者中心の医療・ケア
- ・ 連携重視のマネジメント
- ・ 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ
- ・ 公益に資する職業規範
- ・ 多様な診療の場に対応する能力

また、医学生、若手専攻医、多職種学生等、後進などの教育・指導にあたるために必要な教育的技能をみ  
 につけることができる。さらには世界の総合診療に寄与するアカデミズムを身に付けて、調査研究活動  
 も実施できる技能を身に付ける。

#### 4) 専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス

上記のアウトカムを達成するために、主な領域において習得するコンピテンシーは別表のコンピテンシ  
 ーのマイルストーン：第1段階 Novice（初心者）、第2段階 Advanced Beginner（中級者）、第3段階  
 Competent（上級者・一人前）と定める。

1年次修了時には第1段階 Novice（初心者）、2年次修了時には第2段階 Advanced Beginner（中級者）、  
 3年次修了時には第3段階 Competent（上級者・一人前）に到達することを目標とする。

年度毎のプロセスとしては下記の通りである。

- (a) 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  
 っ正確に同定することができる。
- (b) 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ができる。
- (c) 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。

#### 5) 研修プログラムに関連した全体行事の年度スケジュール

SR1：1年次専攻医、SR2：2年次専攻医、SR3：3年次専攻医

月	全体行事予定
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ SR1:研修開始、入職後オリエンテーション</li> <li>・ SR2、SR3：前年度分の研修記録が記載された研修手帳を月末まで提出</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ メンタリング上半期開始</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 第1回研修管理委員会：研修実施状況評価、指導医およびプログラム評価</li> <li>・ 日本プライマリ・ケア連合学会・春季生涯教育セミナー参加</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 研修修了者：専門医認定審査書類を日本専門医機構へ提出</li> <li>・ 日本プライマリ・ケア連合学会参加（発表）（開催時期は要確認）</li> <li>・ 第1回経験省察研修録（ポートフォリオ）発表会</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 研修修了者：専門医認定審査（筆記試験、実技試験）</li> <li>・ 次年度専攻医の公募および説明会（総合診療セミナー in 御茶ノ水）開催（開催時期は要確認）</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナー参加</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ SR1、SR2、SR3：研修手帳の記載整理（中間報告）</li> <li>・ 公募締切（9月末）</li> <li>・ 第2回経験省察研修録（ポートフォリオ）</li> <li>・ ファカルティディベロップメント講習会</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 第2回研修管理委員会：研修実施状況評価</li> <li>・ 次年度専攻医採用審査（書類及び面接）</li> <li>・ メンタリング下半期開始</li> </ul>
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ SR1、SR2、SR3：研修手帳の提出（中間報告）</li> <li>・ 日本プライマリ・ケア連合学会・秋季生涯教育セミナー参加</li> <li>・ 日本プライマリ・ケア連合学会関東甲信越ブロック支部地方会参加（発表）（開催時期は要確認）</li> </ul>
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 第3回研修プログラム管理委員会：研修実施状況評価、採用予定者の承認</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ SR3：修了試験（筆記試験並びに口頭試験）、ポートフォリオ提出</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 若手医師のための家庭医療学冬期セミナー参加</li> <li>・ 専攻医入職予定者：入職前オリエンテーション</li> <li>・ 第3回経験省察研修録（ポートフォリオ）発表会、修了発表会</li> <li>・ ファカルティディベロップメント講習会</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ブロック支部ポートフォリオ発表会</li> <li>・ その年度の研修終了</li> <li>・ SR3：研修手帳の作成・提出（年次報告）</li> <li>・ 第4回研修管理委員会：研修実施状況評価、修了判定</li> <li>・ SR1、SR2、SR3：研修手帳の作成（年次報告）（書類は翌月に提出）</li> <li>・ SR1、SR2、SR3：研修プログラム評価報告の作成（書類は翌月に提出）</li> <li>・ 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）</li> </ul>

上記以外に下記が開催される

- ・ TVネットワークシステムを利用したどの施設でも毎週開催のweb勉強会、東京女子医大総合診療セミナー（不定期開催）等に参加できる。
- ・ 国際家庭医療フォーラム（不定期開催）
- ・ 医療安全講習会、感染対策講習会、医療倫理講習会（共通研修）
- ・ 医学教育学セミナー、総合診療医学セミナー
- ・ リサーチミーティング（月2回）など
- ・ レジデント会（ピアサポート、毎月開催）
- ・ スタッフとのメンタリング／コーチング（数か月に少なくとも1回）

## 6) 研修目標と研修の場

本研修プログラムでの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**を別紙に示す。ロ

一セッ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。

## 11. 研修施設の概要

### 【東京女子医科大学病院】

医師・専門医数

病院医師数 831 名

総合診療専門研修特任指導医 4 名

総合内科専門医 62 名

小児科専門医 37 名

救急医学会専門医 11 名

病床数・患者数

病院病床数 1148 床、一日平均外来患者数 3,780 人 年間延べ 60,485 人

総合診療科一日平均外来患者数 43 人、年間延べ 12,127 人

病院の特徴

東京女子医科大学病院は、1900 年に創設された東京女子医科大学の本院として、約 55 の診療部門とがんセンター部門、そしてそれらを支える 20 の診療支援部門有する。先進医療の推進や高度医療の提供に尽力しつつ、首都圏の地域医療に貢献している。質の高い安全な医療を提供しながら、医療連携を通して地域医療により一層貢献している。女性など多様性のある人々に対して最大限の考慮をしている。学閥にとらわれない自由で開かれた雰囲気がある。優れた医学教育・研修では長い歴史があり、明日を担う人間性豊かな医療人の育成をめざし、充実したカリキュラムや実践的な研修プログラムを実施している病院。

### 【東京女子医科大学東医療センター】

医師数・専門医数

常勤医師数 247 名

総合診療研修指導医数 9 名（プライマリ・ケア指導医 3 名、プライマリ・ケア認定医 6 名）

総合内科専門医 21 名

小児科専門医 17 名

救急医学会専門医 6 名

病床数・患者数

病院病床数 450 床（歯科口腔外科 5 床を含む）

総入院患者数 10,647 名／年

総外来患者数 226,802 名／年

病院の特徴

東京都区東北部医療圏の中核病院である東京女子医科大学東医療センターは、すでに高齢化社会の波が押し寄せ、かつ社会・経済的弱者が多い地域に位置し、高齢者の緊急入院や重症化した日常疾患が多い病院。一方で、周辺地域に病院小児科がないため、軽症から重症まで多様な小児科患者も来院する。また、

救命救急センターを有しており、一次、二次、三次のいずれの救急患者も多く来院する。地域の病院・診療所との連携も密接で紹介率・逆紹介率も向上しており、地域支援病院を目指している。大学病院であるため指導医の層も厚く、総合診療医養成に非常にふさわしい施設である。

#### 【東京女子医科大学附属八千代医療センター】

医師・専門医数

常勤医師数： 204 名

専門医数： 111 名

病床数・患者数

病床数： 501 床

患者数：一日平均外来患者数 936 人 年間延べ 262,014 人

病院の特徴

東京女子医科大学八千代医療センターは、開院 2006 年 12 月開院した新しい病院で、救急、周産期、小児医療を中心に、また成人では現在患者数が急増しているがん、心血管病、生活習慣関連疾患など幅広い分野で地域連携を中心にしたハイブリッド型の大学病院。各疾患分野では、専門医とその育成にあたる指導医をそろえている。

#### 【千葉大学医学部附属病院】

医師・専門医数

総合診療科：総合診療専門研修指導医 8 名、

総合内科専門医 7 名

病床数・患者数 850 床・一日平均外来患者数 2,179 人

総合診療科 1床+共通病床 数床・年間入院数 304名、年間新患者数 1,392名

病院の特徴

- ・ 東京から 40 分の距離にある千葉市（政令指定都市）の中心部に位置する、千葉県内最大規模の基幹医療施設。
- ・ 総合診療科は、他院で診断がつかなかった紹介患者を中心に臓器横断的な診療を行っている。専攻医が診察したすべての症例について、指導医が person to person の指導を行っている。
- ・ また、毎週木曜日に行うカンファレンスでは、診断学のエキスパートが診断推論のプロセスを詳細に解説している。
- ・ 研修に必要なインターネット環境があり、病院内で UpToDate などの医療情報サービスの他、多数の e ジャーナルを閲覧できる。

#### 【多摩北部医療センター】

専門医・指導医数：	日本内科学会指導医 5 名、 日本プライマリ・ケア連合学会指導医・認定医 1 名
診療科・患者数：	・ 内科、リウマチ膠原病科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、腎臓内科、神経内科、血液内科、内分泌・代謝内科、外科、消化器外科、脳神経外科、整形外科、精神科、小児科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、歯科口腔外科、放射線科、麻酔科、病理診断科

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 総入院患者数：85,789 名</li> <li>・ 総外来患者数：131,625 名</li> </ul>
病院の特徴：	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当院は東村山市にあり地域の急性期病院として、北多摩北部医療圏（西東京市、東村山市、清瀬市、東久留米市、小平市）73万人の医療を支えている。</li> <li>・ 東京都庁が、地域における総合診療育成拠点と位置付けている。</li> <li>・ 救急医療（年間救急患者約1.1万人、救急車約3千台）、がん医療（東京都がん診療連携協力病院（大腸がん・前立腺がん）に認定）を重点医療とし、さらに小児医療（年間救急患者6,333人、救急車669台）にも力を入れており、新生児から超高齢者までオールラウンドな診療を展開している。</li> <li>・ 総合診療科をはじめ、内科系・外科系ともに各領域の専門医のもとにあらゆる疾患に対応できる総合診療基盤を有している。また、横断的なカンファレンス、抄読会、院外有名講師によるレクチャーなどを定期的に開催しており、教育体制も充実している。</li> </ul>

#### 【台東区立病院】

専門医・指導医数：	日本内科学会指導医 1 名、 日本プライマリ・ケア連合学会指導医・認定医 6 名
診療科・患者数：	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 総合診療科 整形外科 リハビリテーション科 眼科 泌尿器科 耳鼻科 皮膚科</li> <li>・ 総入院患者数： 39,885 名 2019 年度実績</li> <li>・ 総外来患者数： 74,961 名 2019 年度実績</li> </ul>
病院の特徴：	台東区における高齢者医療の基幹病院として、総合的な医療を展開するとともに、老年医学・リハビリテーションの専門性を生かした高齢者医療を提供しています。併設の介護老人保険施設千束との緊密な連携により、医療と介護を一体化し、高齢者がいつまでも地域で生活できる地域包括ケアを施設全体で提供しており、特に在宅医療を支援する病院としての役割を担っている。

#### 【練馬光が丘病院】

専門医・指導医数：	日本内科学会指導医 12 名、 日本プライマリ・ケア連合学会指導医・認定医 4 名
診療科・患者数：	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 内科、総合救急診療科（総合診療部門、救急部門、集中治療部門）、循環器内科、小児科、神経内科、精神科、外科、呼吸器外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、産婦人科、泌尿器科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、麻酔科、放射線科、病理診断科、呼吸器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内分泌内科、リウマチ内科、乳腺外科、頭頸部外科、臨床検査科、形成外科</li> <li>・ 総入院患者数：106,917 名/年</li> <li>・ 総外来患者数：217,532 名/年</li> </ul>
病院の特徴：	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当院は、東京都練馬区における中核病院であり、救急・小児周産期・災害医療の基幹病院としての役割を果たしつつ、地域医療連携活動に注力する急性期総合病院です。342 床と中規模病院ながら、ほぼすべての診療科を有し、総合診療科を中心としたプライマリ・ケアから各専門診療科による高度専門医療まで、幅広い医療を提供している。練馬区は東京都の中でも医療供給量の少ない地域であることから、多数の救急疾患を受け入れており、その担い手である救急集中治療部では、専属の医師が内科系・外科系すべての成人救急疾患の初療を行っている。当院の研修においては、これら当院の特徴を活用して、多岐にわたる疾患に対応できる地域医療を担う医師、ならびに高度専門診療を実践する医師を育成することを目標として、その基礎となる知識、技術、考え方を身に付けてもらうことを目指している。建物はやや老朽化が進んでいますが、隣接地に新病院の建設が開始されており、100 床ほど</li> </ul>

増床して2022年秋の開業予定となっている。

【常陸大宮済生会病院】

専門医・指導医数：	日本内科学会指導医 2名、 日本内科学会総合内科専門医 2名、 日本プライマリ・ケア連合学会指導医・認定医 2名
診療科・患者数：	<ul style="list-style-type: none"> <li>内科、循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、内分泌・代謝内科（糖尿病・脂質異常症）、小児科、外科、消化器外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、肛門外科、皮膚科、形成外科、放射線科、リハビリテーション科、救急科</li> <li>総入院患者数： 37,736名</li> <li>総外来患者数： 62,862名</li> </ul>
病院の特徴：	<p>当院開院前の茨城県北西部地域は、県内で唯一中核的な病院が存在しない地域であったが、2006年に開院した当院は、救急医療体制の充実のために設立された病院である。検査科、放射線科の当直があり、24時間体制で、血液・尿検査、レントゲン、CT、MRI検査が可能。内科疾患をはじめ様々な疾患に対して初期診療から入院治療、退院後の通院まで継続的かつ包括的な診療を行っている。場合によっては、当院または他施設専門診療科への紹介を行い、協力して対応することもある。また、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士、ソーシャルワーカー、医療事務職員など多職種で連携を取りながらチーム医療に取り組んでいる。</p> <p>すべての茨城県出身の自治医大生が研修を受ける施設であり、教育のための投資が非常に多い。</p>

【市立伊勢総合病院】

専門医・指導医数：	日本内科学会指導医 7名、 日本プライマリ・ケア連合学会指導医・認定医 3名
診療科・患者数：	<ul style="list-style-type: none"> <li>内科： のべ外来患者数 2,380名／月、入院患者総数 2,045名／月</li> <li>循環器内科： のべ外来患者数 375名／月、入院患者総数 392名／月</li> <li>脳神経内科： のべ外来患者数 510名／月、入院患者総数 262名／月</li> </ul>
病院の特徴：	<ul style="list-style-type: none"> <li>市立伊勢総合病院は、三重県南勢地区の急性期病院として、外来・救急・病棟（一般260床、療養40床）・リハビリテーション・透析等を行っている。</li> <li>当院の総合診療医は、救急外来や内科外来を通じて、内科系疾患を初めとするあらゆる疾患・健康問題に対しての初期診療・診断から入院治療、退院後の通院までの継続的・包括的な診療を行っている。疾患や状態によっては、当院や診療圏の専門診療科へ紹介を行い、協力して対処することもある。なお、全科の混合医局となっており、科同士の連携も強く、外科系疾患も気軽にコンサルトできる。病院総合診療非内科系診療科からの感染症や全身管理のコンサルテーションを受けることも多く、全国的にも有名な感染症専門医、病院総合診療認定医の指導の元、地域のニーズに合ったホスピタリスト像を学ぶことができる。</li> <li>独身寮（R1年度リフォーム済）有。冷蔵庫、エアコン、wi-fi 完備で、利用料は光熱費のみ実費負担。</li> </ul>

【公立邑智病院】

専門医・指導医数：	・ 総合診療専門研修指導医 1名（プライマリ・ケア認定医、指導医）
-----------	-----------------------------------

診療科・患者数:	・ 総合診療科 : のべ外来患者数13,895名、入院患者総数23,533名
病院の特徴:	・ 大田二次医療圏の医療過疎地域に位置する各種専門診療を提供する急性期公立病院である。様々な総合診療医に必要な技能をチャレンジできる。 ・ 島根県出身の自治医大生が研修する施設であり、教育的投資が非常に多く、教育資源が豊富。

### 【済生会川口総合病院】

医師・指導医数

常勤医師数：141名

指導医数：62名

病床数・患者数

病床数：424床

患者数：一日平均外来患者数 1,147人

一日平均入院患者数 366人

病院の特徴

地域の急性期を担う中核病院として、地域の方が安心して暮らせるように、各医療施設をはじめとする施設・機関とより良い連携を図りながら、安心・安全で質の高い医療が提供できる地域完結型の医療を目指している病院。救急・総合内科が充実しており、臓器別でない総合診療専門研修が幅広い領域に渡って可能である。

### 【武蔵国分寺公園クリニック】

専門医・指導医数:	総合診療専門研修指導医 2名 (プライマリ・ケア認定医、指導医)
診療科・患者数:	内科・小児科: のべ外来患者数 約 3000名/月
病院の特徴:	多様な年齢層・健康問題に対応する医療施設。指導医に全国でも有名な総合診療指導医が多く常駐している。

### 【梶原診療所】

専門医・指導医数:	日本内科学会指導医 名、 日本プライマリ・ケア連合学会指導医・認定医 1名
診療科・患者数:	・ 内科、呼吸器内科、消化器内科、外科、整形外科、 小児科、リハビリテーション科、放射線科 ・ 総外来患者数: 約 4,500名/月
病院の特徴:	東京で唯一の路面電車の走っている町・梶原にある診療所である。北区・荒川区・足立区を中心に、子供から高齢者まで、予防から end of life care までの地域ケアを行う医療機関。 外来・在宅医療、そして他の診療所にはない多職種 (コメディカル) が 1か所に結集しており、医療・介護の連携が取れたチーム医療を行っている。 指導医は在宅分野では非常に有名な教育的資質を持つ在宅医である。

### 【多摩ファミリークリニック】

専門医・指導医数:	日本プライマリ・ケア連合学会指導医・認定医 4名
診療科・患者数:	・ 内科、小児科、外科 ・ 総外来患者数: 年間約 7000名



病院の特徴：	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当院は新宿まで 20 分程度の距離にある登戸（神奈川県川崎市の北部）に位置する、無床診療所である。</li> <li>・常勤医 4 名を中心に、外来診療、訪問診療、予防接種、乳幼児健診などを行っている。外来診療は成人から小児まで、急性期から慢性期まで幅広く対応している。訪問診療においても安定した症例から癌のターミナルまで多岐にわたる患者を診療している。総合診療医として必要な能力を十二分に獲得できる環境。</li> <li>・指導医も総合診療分野では有名な総合診療医である。</li> <li>・臨床だけでなく、多職種連携、教育・研究、経営・組織マネジメントなど、様々な角度から、経験を積むことができる診療所である。</li> </ul>
--------	--

### 【新宿ヒロクリニック】

#### 医師

常勤医師：5 名 非常勤医師 20 名

#### 患者数

在宅患者数：1000 名

月間訪問件数：2000 件

一日平均外来患者数：50 人

一日平均在宅訪問件数：8～12 件/ルート

#### 病院の特徴

総合診療を行っており、患者本人や家族が抱える療養、介護などの生活面での問題までサポートし、「患者さんが望む生活を叶える」ために、医師をはじめとする多職種の専門家で構成する「チーム医療」で支援していくクリニック。多数の介護施設とも連携しており、訪問診療研修も充実している。

### 【ゆみのハートクリニック】

医師・専門医数 総合診療専門研修指導医 2 名（非常勤含む）

循環器専門医 19 名 総合内科専門医 8 名

在宅医学会認定専門医 0 名 神経内科専門医 2 名

脳卒中専門医 1 名 脈管専門医 1 名

呼吸器専門医 2 名 気管支鏡専門医 1 名

アレルギー専門医 1 名 腎臓専門医 0 名

透析専門医 0 名

リハビリテーション科専門医 1 名

日本心血管インターベンション治療学会専門医 2 名

病床数・患者数 4 床・一日平均 70 人・年間延べ 20,843 人

#### 病院の特徴

豊島区内で地域のかかりつけ医として外来診療を行うだけでなく東京都 23 区内で幅広く在宅訪問診療を行っており、複数の専門医（各内科専門医、リハビリテーション科、精神神経科など）がチームとなって診療に当たる体制で、しかも 24 時間 365 日対応をしている先駆的なクリニックである。

【奥多摩町国民健康保険 奥多摩病院】

専門医・指導医数：	日本プライマリ・ケア連合学会指導医・認定医 1 名
診療科・患者数：	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 内科、外科、整形外科</li> <li>・ 総入院患者数： 6,303 名</li> <li>・ 総外来患者数： 13,117 名</li> </ul>
病院の特徴：	<p>・奥多摩町は東京都の最西北部に位置し、面積は東京都の1割に及び、森林面積が94%を占める山間へき地。人口は5,000人余り、高齢化率は50%を超えている。</p> <p>・当院は町立の医療機関として、日常の外来診療・訪問診療を通じてプライマリ・ケアを担う“地域の診療所”、東京都指定二次救急医療機関としての“救急病院”、病床を有して入院診療を行う“地域の小病院”など、地域住民の健康を守る多彩な顔を持った医療機関である。疾患の多様性もさることながら、患者さんの年齢、性別、家族や地域とのかかわりなど様々な社会的背景も考慮しながらの医療の提供が必要とされている。</p> <p>・年間400件の訪問診療の他に、病院看護師が年間1,700件の訪問看護を提供している。訪問診療と訪問看護を同施設で行っているメリットを生かして医師・看護師の綿密な連携の下で在宅医療を提供している。</p> <p>・小児医療においても、外来診療、乳幼児健診、予防接種、学校医など積極的に取り組んでいる。</p> <p>・特別養護老人ホームの配置医（嘱託医）となっており、病院、在宅、施設の連携による地域内の終末期医療を積極的に行っている。</p> <p>・奥多摩町は一自治体として見ると非常にコンパクトにまとまっており、関わる事業所やスタッフの数も少ないため、地域包括ケアシステムを理解、体感するのに非常に効果的である。</p> <p>・指導医は、愛情あふれる東京都では非常に有名な総合診療医。</p> <p>・地域医療を志す若い先生方に、総合診療や医療・福祉連携などをここ奥多摩で学んでいただき、日本の各地で活躍していただきたい、と夢を抱いております。</p>

【下田メディカルセンター】

医師・指導医数

常勤医師数：11名

病床数・患者数

病床数：142床

患者数：一日平均外来患者数 227.8人

一日平均入院患者数 90.4人

所在する医療圏が医療過疎地域であるため、最重要使命は急性期医療への対応であり、この分野での研修が充実している。また、同地域は高齢化率が40%前後と極めて高く、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病床において一施設内で回復期・慢性期医療にも対応しているため、急性期から診療流れ全体を見渡しながらの研修が可能である。

## 12. 専門研修の評価について

複数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ある。研修期間中は形成的評価が重要であり、総括的評価にて修了認定の評価を行う。具体的には、研修手帳の記録及び領域 **コンピテンシーのマイルストーン** を活用し、定期的な指導医との振り返りセッションを定期的実施する。フィードバックの結果については、研修手帳などに過不足なく記録を残す

## 1) 形成的評価

### (a) 各ローテーションでの振り返り

「J-GOAL」の記載に基づき指導医から研修に対してフィードバックを受ける。

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。

### (b) 各ローテーションでの評価

自己評価および指導医からの評価表およびコメディカルといった多職種からの 360 度評価表をもとに指導医からフィードバックを受ける。360 度評価の項目は、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 3 つにより構成される。

\* 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 (総合診療版 J-OSLER) による登録と評価を行う。

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 件を登録する。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ないが、可能な限り幅広い異なる分野からの症例登録を推奨する。病歴要約については、同一症例、同一疾患の登録は避ける。

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。

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する。

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る。

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。

### (c) 年度終了時の振り返り

年度開始時に設定した目標や、自己評価および各ローテーションにおける指導医・多職種からの評価表をもとに指導医からフィードバックを受ける。

### (d) 定期的な経験省察研修録 (ポートフォリオ) 発表会

常に到達目標を見据えた研修を促すため、最良作品型経験省察研修録 (ポートフォリオ: J-GOAL、J-OSLER) の作成を行う。年に 3 回、作成した経験省察研修録 (ポートフォリオ) をもとにピアおよび指導医からフィードバックを受ける。なお、総合診療専門研修 I・II の経験省察研修録 (ポートフォリオ) 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する。

- (e) 経験リスト  
自己評価したチェックリストをもとに、今後必要な経験に対する計画立案、調整を受ける。
- (f) 筆記試験並びに口頭試験（後述）  
試験後、指導医からフィードバックを受ける
- (g) 修了発表会（後述）  
発表後、指導医よりフィードバックを受ける
- (h) メンタリング  
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運営する。メンタリングセッションは数か月に一度程度を保証する。メンターである指導医とメンタリングが実施され、フィードバックを受ける。
- (i) ピアサポート  
月1回程度、研修医が運営するレジデント会を通してサポートを受ける。

## 2) 総括的評価

プログラムに則った3年の研修を行い、目標に達すること

- (a) 学会が定めるエントリーの経験省察研修録（ポートフォリオ）：18エントリーに対して各20点満点で指導医が提出1ヶ月以内に評価。評価された点数の上位5つにおいて100点満点中60点以上で合格とする。ただし、評価後にも再提出が認められ、合計60点を満たせば合格とする。
- (b) 研修日数の必須要件：研修日数表を提出し、各ローテーションの研修期間で8割の研修期間を満たすこと、かつ、3年の研修期間で合計120日以内の休止であること（研修施設の定める休日を含めない）。
- (c) 研修ローテーションの必須要件：研修ローテーション表を提出し、総合診療専門研修Ⅰの定める施設のうち、継続して6か月以上研修すること、かつ、総合診療専門研修Ⅱの定める施設のうち、継続して6か月以上研修すること、総合診療専門研修Ⅰ及びⅡで合計18か月以上研修すること、内科研修施設の定める施設のうち、合計12か月以上研修すること、かつ、小児科研修の定める施設のうち、合計3か月以上研修すること、かつ救急科研修施設の定める施設のうち、合計3か月以上研修すること。
- (d) 評価表：各ローテーションで終了3ヶ月以内に自己評価表および指導医からの評価表、多職種による360度評価表をプログラム責任者へ提出する。提出をもって各ローテーションの修了とする。
- (e) 経験リスト：それぞれのローテート研修終了時にローテート研修における到達目標と経験目標が、カリキュラムに定められた基準に到達していることを確認する。その際「**研修目標と研修の場**」を参考に、そのローテート研修において経験が望ましい項目を中心に評価する。  
チェックリストに自己評価の上、指導医が評価を行い、プログラム統括責任者へ提出する。  
\*全研修期間終了1ヶ月前に到達目標と経験目標が、カリキュラムに定められた基準に到達していることを確認する。
- (f) 筆記試験並びに口頭試験：総合診療のコアコンポーネントに関して、3年修了最終月予定の2か月前（3月修了予定であれば1月）から筆記試験および口頭試験を行う。各50点満点中それぞれ

30 点以上で合格とする。ただし、合格基準に満たなかった場合は、何度でも月に 1 回程度で再試験が行われる。

- (g) 修了発表会：個々のビジョンやミッションを確立したり実現したりすること、患者・家族、地域社会、組織、日本および世界に貢献できる人材になること、並びに reflective learner になることを目的として発表会を修了年度末に行う。テーマや内容・方法・構成など自由。評価基準に従って指導医が 100 点満点で評価を行う。評価点の平均が 50 点を満たせば合格。

### 13. 専攻医の就業環境について

#### 【労働環境と安全への配慮】

- ・ ローテーションする研修施設の各管理者とプログラム統括責任者が責務を負う。
- ・ 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。
- ・ 東京女子医科大学が力を入れている男女共同参画のモデル的プログラム。
- ・ さらに、下記の項目について記載された書面を用いて勤務開始の時点で説明を行う。  
専攻医の心身の健康維持への配慮、週の勤務時間の基本と原則、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、バックアップ体制、適切な休養、労働条件・勤務時間/休日・当直・給与
- ・ 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. 専門研修プログラムの改善方法とサイトビジットについて

#### 1) プログラムの柔軟性

研修可能な施設が多岐にわたっており、各施設の診療・教育などの状況やビジョンをプログラムとして共有し、課題の解決やプログラムおよび専攻医が目指す目標達成に向けて対応をする。さらに、より優れた総合診療専門医に到達できるようなシステムを構築するために、専攻医・指導医・プログラム評価を含む先進的な評価システムを導入する。このように柔軟にプログラムの発展に努める。

#### 2) 指導医評価およびプログラム評価

上記の専攻医に対する評価に加え、指導医評価およびプログラム評価を通してプログラムの質の向上を図る。

##### (a) 指導医評価

- ・ プログラムの総合診療専門研修 I 及び II の指導医は年に 1 回、自己評価を行い、研修プログラム責任者に提出する。
- ・ プログラムに在籍する専攻医はローテーション毎に指導医に対して評価を行い、研修プログラム責任者に提出する。これら専攻医による評価の内容によって専攻医に対する不利益があってはならないようにプログラム内で周知し、オリエンテーションで専攻医に明示する。
- ・ プログラム統括責任者およびプログラムに所属する専攻医は、これらと下記プログラム評価について年次報告をおこなう。

- ・ 指導医は、提出した自己評価表および専攻医からの評価表をもとに、年に1回、プログラム責任者と面談を行い、形成的評価を受ける。ただし、プログラムの指導医として適格でなく、かつ、改善が認められない場合は、指導医から外れることがある。

#### (b) プログラム評価

- ・ 年に1回3月に、プログラム研修管理委員会およびプログラムに在籍する専攻医で、プログラム評価を行う。研修管理委員会は必要と判断した場合、研修施設の実地調査および指導を行う。その上で、プログラムの改訂案が作成され、プログラム研修管理委員会の承認（要件：2/3の委員の賛成）をもって翌年度より改訂されたプログラムが実施される。ただし、緊急の要件にあっては、年度の途中でも承認が得られれば、改訂される。
- ・ プログラム内サイトビジット  
総合診療専門研修施設の指導医が相互に施設を訪問することで、自施設の研修を振り返り、研修の発展を検討する機会とする。各研修施設は年に1回の受け入れを行う。  
※専攻医が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、改善を促すことができることを、オリエンテーションで専攻医に明示する。

#### (c) 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

- ・ 第三者評価の役割を果たす日本専門医機構によるサイトビジットを受ける。
- ・ また、それと同時に、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受ける。
- ・ 研修プログラムは、この2種類のサイトビジットに真摯に対応する。

## 15. 修了判定について

### 1) 修了の条件

専門医認定申請年の3月末までに、プログラム研修管理委員会で修了要件である総括的評価⑩～⑯の合格基準を満たし、プログラムの到達目標に達しているか評価し、プログラム統括責任者が修了認定を行う。修了判定会議では、研修期間中複数回実施される、多職種による360度評価の結果も重視する。

### 2) プログラム修了証交付

修了認定者に対して、研修プログラム統括責任者から交付され、認定者は総合診療専門医認定試験の資格が与えられる。

### 3) ベストレジデントの表彰

最終学年である3年次専攻医を対象に研修管理委員会で定める。ただし、該当なしの場合もありえる。研修日数の必須要件、研修ローテーションの必須要件を満たしていること、かつ、経験リストを提出していること、かつ、ポートフォリオで60点および筆記試験並びに口頭試験でそれぞれ30点の合格基準に達していることを必要条件とする。表彰基準は、各ローテーションでの指導医からの評価および修了発表会での評価を参考に定めるものとする。

## 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

専攻医は経験省察研修録（ポートフォリオ）を専門医認定申請年の1月末までに、研修手帳を3月までに専門研修プログラム管理委員会に送付する。また、1月に筆記試験及び口頭試験を受ける。2月に修了発表会で発表する。専門研修プログラム管理委員会は3月末までに修了判定を行い、4月初め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科専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行う。

## 17. ダブルボードや Subspecialty 領域との連続性について

内科とのダブルボード取得を希望する者は、4年目に東京女子医科大学病院にて総合内科、その他の内科を研修することとなる。様々な関連する Subspecialty 領域の研修を希望する者は、ダブルボードで内科研修を受けたのちに各 Subspecialty 領域を研修することとなる。

一方、内科専門医取得を取得しているものは、本プログラムにおいては1年間の総合診療プログラムを研修施設で履修することで、ダブルボードを取得できる。

## 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

### 1) 未修了

- ・ 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る。研修期間を延長せずに休止できる日数は、プログラムで定める研修期間のうち通算6ヶ月（研修施設の定める休日を含めない）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こと。
  - (a) 病気の療養
  - (b) 産前・産後休業
  - (c) 育児休業
  - (d) 介護休業
  - (e) その他、やむを得ない理由
- ・ 3年終了の時点で修了認定されなかったもの（未修了者）に対しては、引き続き本プログラムで研修を行うことが望ましい。傷病、妊娠・出産・育児、介護、その他正当な理由で6ヶ月を超えて休止した場合、6ヶ月を超えた日数以上の研修を行う。ただし、他のプログラムや進路を希望するものに対して、相談の上、移動が行われることがある。
- ・ 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、研修延長申請書を提出することで対応する。男女共同参画は東京女子医大の最もチャレンジしたい事業である。

### 2) 中断

- ・ 研修期間の途中で研修管理委員会が研修継続困難と評価、勧告した場合や大学院進学など専攻医が研修を中断することをプログラム責任者に申し出た場合に中断が行われ、専門研修中断証を発行する。中断した者に対しての研修再開にあたっては研修管理委員会の承認を得た上で、プログラム責任者との最終的な合意で行われ、再開の場合は再開届を提出することで対応する。その場合、研修日

数の必須要件および研修ローテーションの必須要件を満たすべく研修期間の延長が行われる。ただし、他のプログラムや進路を希望するものに対して、相談の上、移動が行われることがある。

### 3) プログラム移動の条件

- ・ 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が、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・領域研修委員会への相談等が必要となる。
  - (a) 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
  - (b) 専攻医にやむを得ない理由があるとき

附記. プログラム研修管理委員長はプログラム統括責任者が担う。

## 19. 専門研修プログラム管理委員会

### 1) 専門研修プログラムの管理運営体制の基準

- ・ 「研修プログラム管理委員会」を専門研修基幹施設に設置する。
- ・ 「研修プログラム管理委員会」は、プログラム統括責任者、専門研修基幹施設に設置される管理委員会事務局、専門研修連携施設における各診療科の指導責任者及び関連職種の管理者、ローテーションの検討やプログラム評価などの必要時は専攻医代表により構成される。

### 2) 基幹施設の役割

専門研修基幹施設の役割は「プログラム統括責任者」の時間的・経済的援助（管理・教育業務への十分な配慮）を行い、総合診療専門研修の確保や連携施設での各診療科研修の確保、全体のプログラム管理を手助けするとともに、「研修プログラム管理委員会」を開催し、専攻医の研修の修了判定（総括的評価）などを行う。

### 3) プログラム管理委員会の役割と権限

- ・ 専門研修基幹施設に専門研修プログラム管理委員会を設置し、専門研修プログラムと専攻医を統括的に管理する。
- ・ 専門研修プログラム管理委員会では専門研修基幹施設と専門研修連携施設の緊密な連絡のもと、プログラムの作成やプログラム施行上の問題点の検討や再評価を継続的に行う。また、各専攻医の学習機会の確保、研修環境の整備、継続的・定期的に専攻医の研修状況を把握するシステムの構築、適切な評価の保証を行う。
- ・ 専門研修プログラム管理委員会は専攻医の採用判定、中間評価、修了判定を行うが、判定の最終責任はプログラム統括責任者が負う。
- ・ 専門研修プログラム管理委員会は、必要に応じて専攻医及び指導医へのフィードバックを提供し、専攻医及び指導医からのフィードバックを受ける。

### 4) プログラム統括責任者および役割と権限



### 【プログラム統括責任者】

プログラム統括責任者氏名 竹村 洋典  
所属・役職 東京女子医科大学総合内科学・総合診療科分野 教授  
所在地・連絡先 住所 〒162-8666 東京都新宿区河田町 8-1  
電話 03-3353-8111 FAX 03-5269-7618  
E-mail takemura.yousuke@twmu.ac.jp

### 【役割と権限】

プログラム統括責任者は研修プログラムの管理・遂行や専攻医の採用・修了につき最終責任を負う。プログラム統括責任者は専門研修プログラム管理委員会における評価に基づいて、専攻医の最終的な研修修了判定を行い、その資質を証明する書面を発行する。その他、以下の役割・権限を担う。

- ・ 研修プログラムの企画・立案と実施の管理
- ・ 指導体制の構築・指導医への支援
- ・ 専攻医に対する指導と評価
- ・ 専攻医への配慮・メンタリング
- ・ 研修プログラムの点検・評価
- ・ 研修プログラムのプロモーションやリクルートメント戦略

### 【副専門研修プログラム統括責任者】

プログラム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、副専門研修プログラム統括責任者を置き、副専門研修プログラム統括責任者は専門研修プログラム統括責任者を補佐する。

#### 5) 連携施設での委員会組織

各科診療研修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

- ・ 臨床能力、教育能力については、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る。総合診療専門研修特任指導医講習会の受講を経て、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る。
- ・ 経験省察研修録（ポートフォリオ：J-GOAL、J-OSLER）、短縮版臨床評価テスト（Mini-CEX）、ケースに基づくディスカッション（CbD）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。
- ・ 指導医の生涯学習および指導の学習機会として下記を提供する。  
TVネットワークシステムを利用したどの施設でも参加可能な毎週開催のweb勉強会、東京女子医科大学総合診療セミナー、経験省察研修録（ポートフォリオ）発表会、国際家庭医療フォーラム、医療安全講習会、感染対策講習会、医療倫理講習会、ファカルティディベロップメント講習会（生涯教育

- や指導者講習会) や東京女子医科大学大学院の総合診療医学、医学教育学講義など様々な学習の場。
- ・ 日本プライマリ・ケア連合学会学術大会や春季および秋季生涯教育セミナー、若手医師のための家庭医療学冬期セミナー、学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナーといった学会やセミナーに参加する。
  - ・ 学術活動に関する指導者の学習機会としてリサーチセミナー、リサーチミーティング等がある。
  - ・ なお、指導医の候補としては、以下の(1)～(8)が挙げられている。
    - (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) 地域医療において総合診療を実践している日本臨床内科医会認定専門医
    - (6) (7)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) 大学病院または初期臨床研修病院にて総合診療部門(総合診療科・総合内科等)に所属し総合診療を行う医師
    - (8) 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

### 1) 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム

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、修了判定等の記録は基幹施設において鍵管理で保管する。この記録は専攻医の研修修了または研修中断から少なくとも5年間以上保管する。

### 2) プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

下記のマニュアルおよびフォーマットを活用する。なお、専攻医の研修実績、目標の達成度、ポートフォリオ作成の進捗、指導医との振り返り、生涯学習および学術活動等の記録には「J-GOAL」を用いる。

#### (a) 専攻医研修マニュアル(「GRS」及び本冊子)

次の項目について、専攻医および専攻医になることを希望する者に明示する。

#### 【記載項目】

- ・ プログラムの期間
- ・ プログラムの概要
- ・ 標準的なローテーション例
- ・ 研修する施設・部署とその期間
- ・ 専門医資格取得のために必要な知識・技能・態度
- ・ 経験すべき症例、手術、検査等の種類と数
- ・ 自己評価と他者評価の方法と実施時期
- ・ プログラムの修了要件

- ・ 専門医申請に必要な書類と提出方法
  - ・ 施設や指導医に対する評価方法
  - ・ プログラム改善のため、ハラスメントを相談するための方法
  - ・ その他
- (b) 指導者マニュアル（総合診療専門研修指導医マニュアル）  
プログラム内の総合診療専門研修の指導医に明示する。  
【専攻医研修マニュアルに加えて記載している項目】
- ・ 専門研修指導医の要件
  - ・ 専門研修指導医として必要な教育法
  - ・ 専攻医に対する評価法
  - ・ その他
- (c) 専攻医研修実績記録フォーマット  
「J-GOAL、J-OSLER」を用いる。
- (d) 指導医による指導とフィードバックの記録  
「J-GOAL、J-OSLER」を用いる。
- (e) 指導者研修計画（FD）の実施記録
- ・ プログラム統括責任者は、研修の質を維持するために各診療科研修の指導にあたる指導医の指導能力の維持向上に責任を持つ。そのために、各指導医が受講すべき研修計画を示し、その受講を促すものとする。
  - ・ その際、各指導医は総合診療専門研修指導医マニュアルに掲載された指導医としての自己学習履歴欄に記録を残し、年に1度、プログラム統括責任者に写しと受講証明書を提出する。プログラム統括責任者はその受講歴を保管し、サイトビジット等の際に第三者に提示できるように整理し保管する。

## 22. 専攻医の採用

- ・ Web サイトおよび総合診療関連のメーリングリスト等において総合診療専門研修の募集を公示するとともに、研修プログラムの概要を掲載する。
- ・ また、毎年6月及び/または7月に東京女子医科大学総合診療専門研修プログラムの説明会を行う。詳しくは東京女子医科大学総合診療科、東京女子医科大学病院のホームページまたは Facebook などで掲載する。
- ・ 専攻医の選考および採用は下記のように行う。
  - (a) 選考方法  
願書・面接（プログラム責任者、指導医、専攻医代表との面接）より総合的に審査
  - (b) 応募書類
    - (1) 申請書、(2) 履歴書、(3) 医師免許証の写し
    - (4) 臨床研修修了登録証（コピー）あるいは修了見込証明書 (5) その他（エッセイ、推薦状）
 プログラムへの応募者は、上記応募書類を締切日までに研修プログラム責任者宛てに提出のこと。応募書類は下記お問い合わせ先に連絡の上、入手可能である。

- ・ 選考評価

10月以降に書類選考及び面接を行う。エッセイと面接を、評価者が概略評価で点数化する。その点数に、プログラムディレクターによる概略評価を加えたものを総得点とし順位付けする。

上記で評価された点数をもとに、合計点数の合格基準、かつ、指導医による面接概略評価の合格基準、かつ、専攻医による面接概略評価の合格基準のすべてを満たした候補者のうち、上位6名を採用とする。採否を決定して機構にて示された日程に本人に文書で通知する。

- ・ プログラム管理委員会は専攻医の採用判定を行うが、判定の最終責任はプログラム統括責任者が負う。

**【お問合せ先】**

東京女子医科大学総合内科学・総合診療科分野、東京女子医科大学病院総合診療科

住所 〒162-8666 東京都新宿区河田町 8-1

電話 03-3353-8111 (内線 37312)

FAX 03-5269-7618 (内線 37310)

E-mail [aonuma.yui@twmu.ac.jp](mailto:aonuma.yui@twmu.ac.jp)

担当：青沼

以上