

# 埼玉石心会病院総合診療専門研修プログラム

## 目次

1. 埼玉石心会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. 埼玉石心会病院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る。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位置づけられた。そして、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る。こうした制度の理念に則って、埼玉県内の病院・診療所が連携しながら総合診療専門医を育成する「埼玉石心会病院総合診療研修プログラム」を作成した。

本研修プログラムでは、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年間の研修を行う。

研修施設は、専門研修基幹施設である埼玉石心会病院と、県内の6つとへき地&医療資源に乏しい地域の研修を行う為他県の専門研修連携1施設の合計8施設で構成されている。

埼玉石心会病院は埼玉西部医療圏において高度な急性期医療を担っており、年間に約8000 台の救急搬送を受け入れて「断らない救急医療」を実践している。また急性期医療に限らず、慢性疾患から健康相談、緩和治療、在宅ケアまで幅広く地域に貢献する地域中核病院である。埼玉石心会病院では、主に総合診療専門研修Ⅱ・内科、救急科をローテーションし、急性期治療から退院後のケアまで一貫して関わりながら研修を積む。県内の連携施設では、総合診療専門研修Ⅰと小児科の研修を行い、かかりつけ医としてあらゆる健康問題に対応し、継続的な診療を提供するだけでなく予防医学も重視して、医療・介護・福祉が一体となった地域ケアについても学ぶ。また総合診療専門研修Ⅰではへき地及び医療資源に乏しい地域における研修も行う。

3年間の専門研修により、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である。

## 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: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、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する。主たる研修の場は内科研修となる。
- ・2年次修了時には、診断や治療プロセスも標準的で患者を取り巻く背景も安定しているような比較的単純な健康問題に対して的確なマネジメントを提供することを目標とする。主たる研修の場は総合診療研修Ⅱ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する。主たる研修の場は総合診療研修Ⅰとなる。
- ・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る。そのため 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る。

・基幹病院である埼玉石心会病院は、臨床研修指定病院のため、専攻医は初期研修医と一緒に患者を受け持ち指導を行う。上級医と相談をしながら初期研修医教育や医学生実習にも積極的に関わっていく。

・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る。

①定められたローテート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。

## 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ある。

#### (ア) 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。

#### (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。

#### (エ) 救急医療

経験目標を参考に外来患者、救急搬送患者で幅広い経験症例を確保する。教育方略は外来診療に準じ  
 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)が必要であり、指導  
 医と共に処置にあたる中で経験を積む。

(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、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体得することが医師とし  
 ての幅を広げるために重要である。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(共同筆者を含む)を行う。

4) 研修の週間計画および年間計画

<週間スケジュール>

【基幹施設:埼玉石心会病院】

総合診療科(総合診療専門研修Ⅱ)

		月	火	水	木	金	土	日
7:30-8:30	勉強会・カンファレンス		勉強会	勉強会	勉強会		カンファ	
8:30-9:00	朝カンファレンス・申し送り							
9:00-12:00	病棟業務/救急当番							
13:00-17:00	病棟業務/救急当番/外来		外来					
17:00-20:00	学習会、カンファレンス							
・平日当直、土日日直当直(4回程度/月)								
・Reflection カンファレンス(1回/1カ月)								

内科(各科個別にスケジュールあり)

		月	火	水	木	金	土	日
7:30-8:30	勉強会・カンファレンス		勉強会	勉強会	勉強会		カンファ	
8:30-9:00	朝カンファレンス・申し送り							
9:00-12:00	病棟業務/救急当番							
13:00-17:00	病棟業務/救急当番/外来		外来					
17:00-20:00	学習会、カンファレンス							
・平日当直、土日直当直(4回程度/月) ・Reflectionカンファレンス(1回/1カ月)								

救急科

		月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00	朝カンファレンス・申し送り							
9:00-13:00	救急外来							
14:00-17:00	救急外来							
17:00-18:00	症例カンファレンス・振り返り							
・平日当直、土日直当直(4回程度/月) ・Reflectionカンファレンス(1回/1カ月)								

【連携施設】

総合診療研修 I (さいわい診療所ほか)

		月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00	職員朝礼							
9:00-13:00	外来診療・訪問診療							
14:00-17:00	外来診療・訪問診療							
17:00-20:00	会議・学習会、カンファレンス							
・平日待機(1~2回/週程度)、 ・土日の待機(1回/月程度)								

小児科(済生会川口総合病院)

		月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00	朝礼・申し送り							
9:00-12:30	病棟業務 or 小児科外来							
13:30-17:00	病棟業務 or 小児科外来 (予防接種、乳児健診他)							
17:00-19:00	勉強会、カンファレンス							
・平日当直、土日直・当直(4回/月)								

<本研修プログラムに関連した全体行事の年間スケジュール>

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	SR1:研修開始、オリエンテーション 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	第1回研修管理委員会(研修実施状況評価、修了判定) SR1・SR2・SR3・指導医:日本プライマリ・ケア連合学会に参加 7
6	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
7	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・説明会を開催
8	SR1・SR2・SR3・指導医:内科学会地方会演題公募
9	第2回研修管理委員会(研修実施状況評価)
10	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(書類および面接)
11	SR1・SR2・SR3:研修手帳の提出(中間報告) SR1・SR2・SR3・指導医:秋季生涯教育セミナーに参加
12	第3回研修管理委員会(研修実施状況評価、採用予定者の承認)
3	SR1・SR2・SR3:研修手帳の作成(年次報告)(書類は翌月に提出) 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) 指導医・PG 統括責任者:指導実績報告の作成(書類は翌月に提出) SR1・SR2・SR3・研修修了者:経験省察研修録発表会

### 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。

- 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(コンテキスト)が関与していることを全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、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領域で構成される。

- 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。(研修手帳参照) なお、この項目以降での経験の要求水準は「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・むくみ	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	便秘異常	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	
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	変形疾患	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	間接・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・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(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(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	
維持治療期の悪性腫瘍	緩和ケア			

※詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

#### 4) 経験すべき観察・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。(研修手帳参照)

##### (ア) 身体所見

- 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・静脈注射・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CT・造影CT

※詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照



## 5) 経験すべき手術・処置等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な治療手段を経験する。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ます。(研修手帳参照)

### (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)     |                      |
| 睫毛抜去                              |                      |
- ※詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

## 4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

職務を通じた学習(On-the-job training)では、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図ることが求められる。この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。主に、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る。

#### (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、連携の方法を学ぶ。

#### (ウ) 病棟医療

入院担当患者の症例提示と教育的フィードバックを受ける回診及び多職種を含む病棟カンファレンスを通じて診断・検査・治療・退院支援・地域連携のプロセスに関する理解を深める。

#### (エ) Reflection カンファレンス

3カ月に1回、専攻医と指導医が一同に集まり、振り返りのためのカンファレンスを実施する。また、総合診療専門医の7つの資質・能力について学習会を行い、経験省察研修録作成の支援を行う。また初期研修医や後輩専攻医の指導に当たることもあるため、教育・指導の技法を学ぶ。

(オ) 埼玉県内及び県外の総合診療専門研修に関わる様々な施設と合同で勉強会を行いプログラムの質改善に取り組む。

## 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す。

### ①教育

- 1) 学生・研修医に対して1対1の教育を行うことができる。
- 2) 学生・研修医向けにテーマ別の教育目的のセッションを企画・実施・評価・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、プライマリ・ケアや地域医療における研究の意義を理解し、症例報告や臨床研究を様々な形で実践できる。
- 2) 量的研究(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。

これらの項目の詳細は、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. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて

総合診療専攻医は以下4項目の実践を目指して研修を行う。

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

## 7. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方

本研修プログラムは埼玉石心会病院総合診療科を基幹施設とし、地域の連携施設とともに施設群を構成している。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可能となる。ローテート研修にあたっては下記の構成となる。

- 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。当プログラムでは、埼玉県内のさいわい診療所又は大井協同診療所又はおのみや診療所又は熊谷生協病院又は秩父生協病院又は北海道の知床らうす国民健康保険診療所において総合診療研修Ⅰを6ヶ月以上、埼玉石心会病院総合診療科において総合診療研修Ⅱを6ヶ月以上、合計で18ヶ月の研修を行う。
- 2) 必須領域別研修として、埼玉石心会病院にて内科 12ヶ月および救急科3カ月、済生会川口総合病院にて小児科3ヶ月の研修を行う。
- 3) その他の領域別研修として、埼玉石心会病院にて整形外科、皮膚科、外科、形成外科などの選択研修が可能である。また連携施設群での研修も可能である。専攻医の意向を踏まえて決定する。

施設群における研修の順序、期間等については、個々の専攻医の希望と研修進捗状況、各病院の状況、地域の医療体制を勘案して、本研修プログラム管理委員会が決定する。

## 8. 専門研修プログラムの施設群について

本研修プログラムは基幹施設1、連携施設6の合計7施設の施設群で構成されている。施設群は埼玉県全域を医療圏として位置している。(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)

### **【専門研修基幹施設】**

埼玉石心会病院:埼玉県西部二次医療圏

埼玉県狭山市にある450床の地域中核病院である。「断らない救急」を理念に掲げ、年間8000台の救急車を受け入れている。初期臨床研修の指定病院にも認定されており、総合診療科が研修医の中心的役割を担っている。総合診療研修Ⅱ、内科、救急科の研修が可能である。

## 【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以下の通りである。全て診療実績基準と所定の施設基準を満たしている。

熊谷生協病院	北部二次医療圏	小児科の外来と病棟は療養病棟が併設され、高齢者医療も充実した研修ができる。
秩父生協病院	秩父二次医療圏	秩父の山間部に位置し、高齢者率の高い地域である。回復期リハビリ病棟があり、高齢者医療、在宅医療を学ぶことができる。
さいわい診療所	南部二次医療圏	川口市にある家庭医療診療所。基幹施設である埼玉協同病院とは車で10分の距離にある。病院と連携をしながら、地域医療を学ぶことができる。
大井協同診療所	南西部二次医療圏	ふじみ野市にある家庭医療診療所。地域の医療・介護・福祉との多職種連携をはかり、地域の健康問題に取り組んでいる。
おおみや診療所	さいたま二次医療圏	さいたま市(旧大宮市)にある診療所。 24時間在宅療養支援診療所として定期的な訪問診療を行うとともに、在宅ホスピスケア(疼痛緩和ケア)も提供している。
知床らうす国民健康保険診療所	根室	羅臼町唯一の医療機関。24時間救急医療体制で運営しており、外来・入院・訪問診療・予防活動など地域医療を学ぶことができる。
済生会川口総合病院	南部二次医療圏	川口市の地域中核的な総合病院。小児科は「小児の総合診療科」として運営されており、年間1000～1200名の入院がある。幅広く一般小児医療の研修を行うことができる。

## 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指導医×2であり、3学年の総数は総合診療専門研修指導医×6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。

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ある。

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。

現在、本プログラム内には総合診療専門研修指導医が3名在籍しており、この基準に基づくと毎年6名が最大受入数であるが、当プログラムでは毎年2名を定員(3年間で総数最大6名)と定めている。

## 10. 施設群における専門研修コースについて

図1に本研修プログラムの施設群による研修コース例を示す。

ローテーション例(図1)

		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	埼玉石心会病院 内科、総合診療科											
	領域	内科(12カ月)											
2年目	施設名	埼玉石心会病院 救急科			済生会川口総合病院 小児科			埼玉石心会病院 総合診療科					
	領域	救急(3カ月)			小児科(3カ月)			総診Ⅱ(6カ月)					
3年目	施設名	さいわい診療所 or 大井協同診療所 or おおみや診療所 or 熊谷生協病院 or 秩父生協病院 or 知床らうす国民健康保険診療所											
	領域	総診Ⅰ(12カ月)											

※研修内容及びローテーションのスケジュールは、専攻医の希望を考慮し、協議の上組み立てる。

原則1年目は基幹病院である埼玉石心会病院で内科研修を行う。内科研修は腎臓内科、消化器内科、循環器内科、糖尿病・内分泌代謝内科からバランス良く選択して研修を行う。ただし内科研修12カ月のうち6カ月は総合診療科で呼吸器、感染、総合内科領域の研修を行う(したがって総合診療専門研修Ⅱと内科研修で合計12カ月は総合診療科で研修を行う)。2年目は埼玉石心会病院で救急研修および総合診療専門研修Ⅱを行い、済生会川口総合病院で小児科研修を行う。総合診療専門研修Ⅱでは、様々な症状や複数の臓器に問題を抱えた患者、医学的問題以外にも社会的・心理的問題を抱えた患者を多く担当する総合診療科で研修を行う。埼玉石心会病院では、救急科で3カ月のブロック研修をする以外に、総合診療研修Ⅱ及び内科研修中も指導医と一緒に救急当番を週に1~2回程度担当し、また日直や当直に入ることによって、幅広い救急疾患に対応できる能力を研鑽する。小児科研修では、小児の common disease をできるかぎり多く経験し、外来→入院→退院までのマネジメントについて研修を行う。また健診、予防接種の研修を通じて健康な子どもの成長・発達と予防医学の関わり方についても学ぶ。

研修3年目には、県内外の診療所および小規模病院にて総合診療専門研修Ⅰを6ヶ月以上行う。かかりつけ医

としてあらゆる健康問題に対応し、継続的な診療を提供するだけでなく予防医学も重視し、医療・介護・福祉が一体となった地域ケアについても学ぶ。救急、内科、総合診療Ⅱの研修を選択して行う事も出来る。

その他の領域別研修(外科、皮膚科、整形外科、形成外科)をブロック研修する場合は、総合診療専門研 と内科研修を同時研修としてカウントする。

本研修プログラムの研修期間は3年間であるが、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必要がある。

## 11. 研修施設の概要

### 埼玉石心会病院

#### 【専門医・指導医数】

- ・総合診療専門研修指導医3名(初期臨床研修病院にて総合診療部門に所属する医師2名、総合内科専門医1名)
- ・日本内科学会総合内科専門医 8名
- ・救急科専門医・指導医 1名

#### 【診療科・患者数】

- ・総合診療科 入院患者総数 118名/月 延べ外来患者数 1477名/月
- ・内科 入院患者総数 786名/月
- ・救急科 救急搬送 8061件/年

#### 【病院の特徴】

埼玉石心会病院は埼玉西部医療圏において高度な急性期医療を担っており、年間に約8000台の救急搬送を受け入れて「断らない救急医療」を実践している。また急性期医療に限らず、慢性疾患から健康相談、緩和治療、在宅ケアまで幅広く地域に貢献する地域中核病院である。

総合診療科では肺炎、気管支喘息、COPD、尿路感染症、脳梗塞、認知症、糖尿病などの頻度の高い疾患(Common disease)、呼吸・循環管理が必要な重症感染症、診断がついていない不明熱などの多彩な症例を担当している。救急外来からの緊急入院が多く、また介護を要する施設入所者や在宅往診患者など複数の医学的問題を抱えた高齢者の入院が多い。

### 医療生協さいたま 熊谷生協病院

#### 【専門医・指導医数】

- ・総合診療専門研修指導医 3名
- ・日本内科学会総合内科専門医 1名

#### 【病床数・患者数】

- ・病床数 105床(一般病床 50床)
- ・外来患者数 2361名(1ヶ月平均) 入院患者数 55名(1ヶ月平均)

#### 【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る。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。

#### 医療生協さいたま 秩父生協病院

##### 【専門医・指導医数】

- ・総合診療専門研修指導医 2名
- ・日本内科学会総合内科専門医 1名

##### 【病床数・患者数】

- ・病床数 75床
- ・外来患者数 19419名/年間(実数)

##### 【病院の特徴】

- ・秩父地域における地域リハビリテーションのニーズから回復期リハビリ病棟への転換をした病棟35床を有する病院である。その人らしく生き生きと生活が送れるように、医療・保健・福祉および生活に関わる人々や機関・組織が連携・協同して、安心して医療・福祉を利用できる地域づくりを目指している。
- ・地域の高齢化を反映して認知症や独居老人も多く、総合的な対応力を必要とする高齢者医療に真正面から取り組みめる。

#### 医療生協さいたま さいわい診療所

##### 【専門医・指導医数】

- ・総合診療専門研修指導医 1名(家庭医療専門医 1名)

##### 【病床数・患者数】

- ・病床数 0床
- ・外来患者数 21992名/年間(実数)

##### 【診療所の特徴】

- ・川口市にある診療所で、基幹病院の埼玉協同病院とは車で10分の距離にある。病院と連携をしながら地域医療を学ぶことができる。
- ・家庭医が所長の診療所であり、チームとして家庭医療が提供できるように、すぐれた在宅支援診療所を目指して、日々研修を積むことができる。

#### 医療生協さいたま 大井協同診療所

##### 【専門医・指導医数】

- ・総合診療専門研修指導医 1名(家庭医療専門医 1名)

##### 【病床数・患者数】

- ・病床数 0床
- ・外来患者数 18800名/年間

##### 【診療所の特徴】

- ・ふじみ野市にある家庭医療専門医が所長の診療所であり、チームで家庭医療を提供している。
- ・通所リハビリを併設しており、医療介護連携をしながら健康管理・健康相談を行っている。
- ・家庭医の後期研修医の教育や研究にも力を入れ取り組んでいる。また、家庭医療を支えるスタッフ教育にも取り組んでいる。

#### 医療生協さいたま おおみや診療所

##### 【専門医・指導医数】

- ・総合診療専門研修指導医 1名

##### 【病床数・患者数】

- ・病床数 0床
- ・外来患者数 12507名/年間

##### 【診療所の特徴】

- ・地域住民の「自分たちのかかりやすい診療所がほしい」というたくさんの方の声から完成したさいたま市(旧大宮市)にある診療所である。
- ・個々の患者の問題点に対し医学的に利用可能な最善のエビデンスを適用する医療をチームで提供している。
- ・24時間在宅療養支援診療所として定期的な訪問診療を行うとともに、在宅ホスピスケア(疼痛緩和ケア)も提供している。

#### 知床らうす国民健康保険診療所

##### 【専門医・指導医数】

- ・総合診療専門研修指導医 1名

##### 【病床数・患者数】

- ・病床数 14床
- ・外来患者数 14,656名/年間

##### 【診療所の特徴】

- ・羅臼町唯一の医療機関。24時間救急医療体制で運営しており、外来・入院・訪問診療・予防活動など地域医療を学ぶことができる。
- ・MRIやCT、エコーなど完備しており、遠隔画像システムで釧路孝仁会記念病院や旭川医科大学と連携している。

#### 済生会川口総合病院

##### 【専門医・指導医数】

- ・日本小児科学会小児専門医 10名

##### 【病床数・患者数】

- ・病床数 424床(小児科 37床 内訳:一般 25床/NICU 6床/GCU 6床)
- ・外患者数 306622名/年(うち小児科外来患者数 132127名)

##### 【小児科の特徴】

川口市の地域中核的な総合病院。小児科は「小児の総合診療科」として運営されており、年間1000~1200名の入院がある。幅広く一般小児医療の研修を行うことができる。



## 12. 専門研修の評価について

専門研修中の専攻医と指導医の相互評価は施設群による研修とともに専門研修プログラムの根幹となるものである。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ある。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する。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する。

### 2) 経験省察研修録

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う。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る。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する。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う。

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する(詳細は研修手帳に記載あり)。

### 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る。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する。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する。

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に適宜実施する。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、3～6カ月に一度程度メンタリングセッションを保証する。

### 【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・評価のために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う。これは短期間で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ためである。

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が、内科領域のようにプログラム外の査読者による病歴評価は行わない。

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される。

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。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、その内容は当プログラムの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(訪問調査)について

本研修プログラムでは専攻医からのフィードバックを重視してプログラムの改善に努めていく。

#### 1) 専攻医による指導医および本研修プログラムに対する評価

専攻医は、年次毎に指導医、専攻医指導施設、本研修プログラムに対する評価を行う。また指導医も専攻医指導施設、本研修プログラムに対する評価を行う。専攻医や指導医等からの評価は、専門研修プログラム管理委員会に提出され、本研修プログラムの改善に役立てる。このようなフィードバックによって本研修プログラム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ない。

専門研修プログラム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の総合診療研修委員会に報告する。

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である。

## 2) 研修に対する監査(サイトビジット等)・調査への対応

本研修プログラム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。その評価に基づいて専門研修プログラム管理委員会で本研修プログラムの改善を行う。本研修プログラム更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本専門医機構の総合診療研修委員会に報告する。

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。該当する学術団体等によるサイトビジットが企画されるが、その際には専攻医に対する聞き取り調査なども行われる予定である。

## 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基づいて、知識・技能・態度が専門医試験を受けるのにふさわしいものであるかどうか、症例経験数が日本専門医機構の総合診療研修委員会が要求する内容を満たしているものであるかどうかを、専門医認定申請年の5月末までに専門研修プログラム統括責任者または専門研修連携施設担当者が専門研修プログラム管理委員会において評価し、専門研修プログラム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る。

- 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。

## 16. 専攻医が専門研修プログラム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を専門医認定申請年の4月末までに専門研修プログラム管理委員会に送付する。専門研修プログラム管理委員会は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。

## 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予定となっている。その議論を参考に当研修プログラムでも計画していく。

## 18. 総合診療研修の休止・中断、プログラムの移動、プログラム外研修の条件

- (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る。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カ月までとする。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・領域研修委員会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ため、研修延長申請書を提出することで対応する。

## 19. 専門研修プログラム管理委員会

基幹施設である埼玉石心会病院には専門研修プログラム管理委員会と、専門研修プログラム統括責任者(委員長)を置く。専門研修プログラム管理委員会は、委員長、副委員長、事務局代表者、専門研修連携施設の研修責任者で構成される。研修プログラムの改善に向けての会議には専門医取得直後の若手医師が加わる。

専門研修プログラム管理委員会は、専攻医および専門研修プログラム全般の管理と、専門研修プログラムの継続的改良を行う。専門研修プログラム統括責任者は一定の基準を満たす。

### 【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する。基幹施設に置かれた専門研修プログラム統括責任者は、総括的評価を行い、修了判定を行う。また、専門研修プログラムの改善を行う。

### 【専門研修プログラム管理委員会の役割と権限】

- ・専門研修を開始した専攻医の把握と日本専門医機構の総合診療研修委員会への専攻医の登録
- ・専攻医ごとの研修手帳及び経験省察研修録の内容確認と、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

- ・専門研修プログラムに対する評価に基づく、専門研修プログラム改良に向けた検討
- ・サイトビジットの結果報告と専門研修プログラム改良に向けた検討
- ・専門研修プログラム更新に向けた審議
- ・翌年度の専門研修プログラム応募者の採否決定
- ・各専門研修施設の指導報告
- ・専門研修プログラム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
- ・専門研修プログラム連絡協議会の結果報告

#### 【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. 総合診療専門研修指導医

本プログラムには、総合診療専門研修指導医が総計 11 名、具体的には埼玉石心会病院に 3 名、熊谷生協病院に 2 名、秩父生協病院に 2 名、さいわい診療所に 1 名、大井協同診療所に 1 名、おおみや診療所に 1 名、知床らうす国民健康保険診療所に 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、本プログラムの指導医についても総合診療専門研修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 1)～6)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、本プログラムにおいては1)のプライマリ・ケア認定医 8 名、5)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 3 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

## 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】

研修プログラム運用マニュアル・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。

埼玉石心会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。研修プログラム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

- 1) 募集定員:2名
- 2) 募集方法: 埼玉石心会病院総合診療専門研修プログラム研修管理委員会は、毎年6月から説明会等を行い、総合診療専攻医を募集する。専門研修プログラムへの応募者は9月30日までに研修プログラム責任者宛に、下記の所定の書類を提出する。(募集期間・選考方法など募集要項の詳細は毎年6月末までに更新して病院ホームページに掲載する。)
- 3) 応募必要書類
  - ①専門研修申込書(当院所定書式)
  - ②履歴書(当院所定書式)
  - ③医師免許証の写し
  - ④臨床研修修了登録証(写し)または臨床研修修了見込証明書
  - ⑤推薦状(研修管理委員長または直属の上司)
- 4) 選考方法:書類、面接により総合的に審査し、採否を決定して本人に文書で通知する。  
(面接日は原則として9月中に行うが、日程は応募者と相談して決める。)
- 5) 研修開始届け  
研修を開始した専攻医は、各年度の5月31日までに以下の専攻医氏名報告書を、埼玉石心会病院総合診療専門研修プログラム研修管理委員会に提出する。
  - ・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
- 6) 申込み(書類送付先)および問い合わせ先:  
〒350-1305 埼玉県狭山市入間川 2-37-20  
埼玉石心会病院 医師採用担当 若松裕二  
電話番号 04-2953-0909  
E-mail: yuji-wakamatsu@saitama-sekishinkai.org