

宏潤会 大同病院 総合診療 専門研修プログラム



大同地域包括ケアネットワーク
：連携・関連施設群



だいどうクリニック
：関連施設

研修施設群



知多厚生病院、篠島診療所
：連携施設



総合在宅医療クリニック：連携施設



大同病院：基幹施設



豊田地域医療センター：連携施設



諏訪中央病院



南高山地域医療センター
：連携・関連施設



飯塚病院

大同病院 総合診療専門研修プログラム

《 目 次 》

1. 大同病院 総合診療専門研修プログラムについて	1
2. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）	2
3. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得	6
4. 学問的姿勢について	6
5. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性などについて	7
6. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか	7
7. 本プログラム施設群の研修体制と地域医療についての考え方	9
8. 専門研修施設群の地理的範囲	10
9. 大同病院総合診療専門研修プログラムの研修施設概要	12
10. 本プログラムの指導体制と専攻医の受け入れ数について	34
11. 総合診療専門研修特任指導医	34
12. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について	35
13. 専門研修の評価について	35
14. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと	36
15. 修了判定について	36
16. Subspecialty領域との連続性について	37
17. 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	37
18. 専門研修プログラム管理委員会	37
19. 専攻医の就業環境について	38
20. 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	39
21. 専攻医の採用	40
添付. 大同病院総合診療専門研修 指導医マニュアル	<指導マニュアル>

1. 大同病院総合診療専門研修プログラムについて

大同病院の法人である社会医療法人宏潤会は、

『その人の誕生から最期まで 診療・ケアと安心を提供する』

ことを法人の目指す最大価値とし、そのために高度急性期医療を提供し、地域最高の包括ケアネットワークの構築を、地域の医療・介護機関とともに進めています。

社会医療法人宏潤会 大同病院は、名古屋市南部の急性期医療および地域包括ケアの中核的病院です。本プログラムは、大同病院と大同病院の法人である社会医療法人宏潤会および関連法人の施設(だいどうクリニック、日長台ファミリークリニック、内田橋ファミリークリニック、なわファミリークリニック、中央クリニック、大同みどりクリニック、DAIDO MEDICAL SQUARE、重心施設にじいりのいえ、大同老人保健施設、特別養護老人ホームゆうあいの里大同)で構成する「大同地域包括ケアネットワーク」、および豊田地域医療センター、諏訪中央病院、飯塚病院、知多厚生病院(離島の篠島診療所を含む)、総合在宅医療クリニック(本部および名駅)、南高山地域医療センター(高山市国民健康保険高根診療所・朝日診療所・久々野診療所で形成)など、基幹施設大同病院とは異なる特性を持つ地域医療圏の施設を専門研修連携・関連施設としています。それぞれの施設または地域の特性のある疾病・疾患やその患者背景、それに対する診療の技能や体制を、広く、専門的に学ぶことができる総合診療専門研修プログラムです。

現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えています。日本社会の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行う医師が必要となることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価するために、基本診療領域の専門医として総合診療専門医が位置づけられました。

総合診療専門医の養成は以下の3つの理念に基づいて構築されています。

- (1) 総合診療専門医の質の向上を図り、以て、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的とする。
- (2) 地域で活躍する総合診療専門医が、誇りをもって診療等に従事できる専門医資格とする。特に、これから、総合診療専門医資格の取得を目指す若手医師にとって、夢と希望を与える制度となることを目指す。
- (3) 我が国の今後の医療提供体制の構築に資する制度とする。

こうした制度の理念に則って、大同病院総合診療専門研修プログラム(以下、本プログラムとします)は、病院・診療所等の診療の場で、高い診断・治療能力や連携診療におけるマネジメント能力を持って活躍する総合診療専門医を養成するために、ER型救急や急性期専門各科を有する地域拠点病院の中での専門各科と協働した全人的医療の展開や、異なる特性のある地域や分野の中での連携診療の体制やマネジメントの経験を通して、自らのキャリアパスの形成や地域医療に携わる実力を身につけていくことを到達目標としています。その際、基幹施設のある医療圏のみならず、広く、さまざまな地域の住民、各種団体、ボランティアや各施設の全職員などの理解と協力のもとで研修できる環境を整えています。

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、障害児者医療、緩和ケア、高齢者ケア、等を含む)を包括的かつ柔軟に提供する。
- 2) 総合診療部門を有する病院においては、臓器別でない病棟診療(高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等)と臓器別でない外来診療(救急や複数の健康問題をもつ患者への包括的ケア)を提供する。

本プログラムにおいては指導医・指導者が皆さんの教育・指導にあたりますが、皆さんも主体的に学ぶ姿勢をもつことが大切です。総合診療専門医は医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、プライマリ・ケアの専門家である総合診療医としての専門性を自覚しながら日々の診療にあたると同時に、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。本プログラムでの研修後に皆さんは標準的な医療を安全に提供し、疾病の予防に努めるとともに将来の医療の発展に貢献できる総合診療専門医となります。

本プログラムでは、以下の6つの分野で合計3年間(以上)の研修を行います。

- ① 内科 6～12か月(以上)
- ② 小児科 3か月(以上)
- ③ 救急科 3か月(以上)
- ④ 総合診療専門研修Ⅰ 6～12か月(以上)
[診療所・中小病院の外来診療、訪問診療、地域包括ケア]
- ⑤ 総合診療専門研修Ⅱ 6～12か月(以上)
[総合診療部門の外来診療、病棟診療、患者包括ケア、緩和ケア]
- ⑥ その他の領域の研修 任意(選択)研修とする
[各専門診療科(連携)診療、高齢者医療、オンライン診療、予防医療、障害児者医療、福祉医療 等]

これにより、

- 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・能力の効果的な修得が可能になります。

2. 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の経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などのコンテキストが関与していることを全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、家族志向でコミュニケーションを重視した診療・ケアを提供します。(※コンテキスト:患者を取り巻く背景・脈絡を意味し、家族、家計、教育、職業、余暇、社会サポートのような身近なものから、地域社会、文化、経済情勢、ヘルスケアシステム、社会的歴史的経緯など遠景にあるものまで幅広い位置づけを持つ概念)

2. プライマリ・ケアの現場では、疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論に基づく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、更には健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチが求められる。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地域に対する医療機関としての継続性、更には診療の継続性に基づく医師・患者の信頼関係を通じて、一貫性をもった統合的な形で提供されます。
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ません。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ります。
4. 医療機関を受診していない方も含む全住民を対象とした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と同時に、地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の積極的な把握と体系的なアプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与します。
5. 総合診療専門医は日本のプライマリ・ケアの現場が外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえて、各現場で多用な対応能力を柔軟に適用すると共に、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ます。
6. 繰り返し必要となる知識を身に付け、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します。

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、複雑な家族や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法
3. 診療情報の継続性を保ち、自己省察や学術的利用に耐えるように、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ます。(別冊「研修手帳」参照)

なお、この項目以降での経験の要求水準としては、「一般的なケースで、自ら判断して対応あるいは実施できたこと」とします。

1. 以下に示す一般的な症候に対し、臨床推論に基づく鑑別診断および、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します。(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・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します。(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	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	うつ病	不安障害
依存症(アルコール依存、ニコチン依存)		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

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します。なお、下記の経験目標については一律に症例数や経験数で規定せず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。(別冊「研修手帳」参照)

(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・眼底鏡による診察を実施できる。

(イ) 検査

- ① 各種の採血法(静脈血・動脈血)
- ② 簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査、採尿法(導尿法を含む)
- ③ 注射法(皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴・成人及び小児の静脈確保法、中心静脈確保法を含む)
- ④ 穿刺法(腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髓を含む)
- 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)
- 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 消化管内視鏡(上部、下部)
- ⑫ 造影検査(胃透視、注腸透視、DIP)
- ⑬ 頭・頸・胸部単純 CT
- ⑭ 腹部単純・造影 CT
- ⑮ 頭部 MRI / MRA
- ※ 詳細は総合診療専門医専門研修カリキュラムの経験目標1を参照

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します。なお、下記については一律に経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。

(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 外傷救急(JATEC)

(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。処方、調剤方法の工夫ができる。
- ③ 調剤薬局との連携ができる。麻薬管理ができる。

(ウ) 治療手技・小手術

- ① 簡単な切開・異物摘出・ドレナージ
- ② 止血・縫合法及び閉鎖療法
- ③ 簡単な脱臼の整復
- ④ 局所麻酔(手指のブロック注射を含む)
- ⑤ トリガーポイント注射
- ⑥ 関節注射(膝関節・肩関節等)
- ⑦ 静脈ルート確保および輸液管理(IVHを含む)
- ⑧ 経鼻胃管およびイレウス管の挿入と管理
- ⑨ 胃瘻カテーテルの交換と管理
- ⑩ 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
- ⑪ 褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン
- ⑫ 在宅酸素療法の導入と管理
- ⑬ 人工呼吸器の導入と管理
- ⑭ 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)
- ⑮ 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)
- ⑯ 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)
- ⑰ 包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法
- ⑱ 穿刺法(胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等)
- ⑲ 鼻出血の一時的止血
- ⑳ 耳垢除去
- ㉑ 外耳道異物除去
- ㉒ 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)
- ㉓ 睫毛拔去

6) 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)

(ア) 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します。

- ① 介護認定審査に必要な主治医意見書の作成
- ② 各種の居宅介護サービスおよび施設介護サービスについて、患者・家族に説明し、その適応を判断

- ③ ケアカンファレンスにおいて、必要な場合には進行役を担い、医師の立場から適切にアドバイスを提供
 - ④ グループホーム、老健施設、特別養護老人ホームなどの施設入居者の日常的な健康管理を実施
 - ⑤ 施設入居者の急性期の対応と入院適応の判断を、医療機関と連携して実施
- (イ) 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。
- ① 特定健康診査の事後指導
 - ② 特定保健指導への協力
 - ③ 各種がん検診での要精査者に対する説明と指導
 - ④ 保育所、幼稚園、小学校、中学校において、健診や教育などの保健活動に協力
 - ⑤ 産業保健活動に協力
 - ⑥ 健康教室(高血圧教室・糖尿病教室・高脂血症教室など)の企画・運営に協力
- (ウ) 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)

3. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

職務を通じた学習(On-the-job training)において、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図る上で、各種カンファレンスを活用した学習は非常に重要です。主として、外来・在宅・病棟の3つの場面でカンファレンスを活発に開催します。

(ア) 外来医療

幅広い症例を経験し、症例カンファレンスを通じた臨床推論や総合診療の専門的アプローチに関する議論などを通じて、総合診療への理解を深めていきます。

(イ) 在宅医療

症例カンファレンスを通じて学びを深め、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学びます。

(ウ) 病棟医療

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

4. 学問的姿勢について

専攻医には、以下の2つの学問的姿勢が求められます。

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

この項目の詳細は、総合診療専門医専門研修カリキュラムの到達目標5に記載されています。

また、専攻医は原則として学術活動に携わる必要があり、学術大会等での発表(筆頭に限る)及び論文発表(共同著者を含む)を行うことが求められます。本プログラムでは 3 年間に学会発表 3 回、論文発表 1 篇(筆頭著者)を目指しています。

5. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性などについて

総合診療専門医に欠かせない 7 つの資質・能力の修得を目標として、専攻医は以下4項目を実践する研修をおこないます。

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

6. 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 年次以降の専門研修 3 年間で構成されます。

- 専門研修1年目修了時には、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。

主に内科研修を行います。

- 専門研修2年目修了時には、診断や治療プロセスも標準的で患者を取り巻く背景も安定しているような比較的単純な健康問題に対して的確なマネジメントを提供することを目標とします。

主に小児科研修、救急科研修、総合診療専門研修Ⅱを行います。

小児科研修では、基幹施設の豊富な小児疾患を外来・入院診療を通じて経験し、また、小児の在宅診療、障害児者の医療についても研修を行います。

救急科研修では、救急外来診療だけではなく、ICU での重症管理についても学びます。

総合診療専門研修Ⅱでは、基幹施設の二次救急外来の特性を活かし、主にウォークイン受診患者について、疾病・疾患の内容にかかわらず診療にあたり、その中で必要とされる外科系(外科、整形外科、産婦人科、泌尿器科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科 等)診療を含む各診療分野の知識・技術を各分野の指導医から学び、自ら行う診療力や連携診療のマネジメント力を養成します。また基幹施設には無い総合診療科としての研修を、総合診療の必然性がある地域の連携施設で行います。

また、総合診療専門研修Ⅱでは、基幹施設および基幹施設と医療連携体制にある診療所の外来・入院診療を通じ、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が疾患に影響するような複雑な健康問題に対する的確なマネジメント(患者包括ケア・予防医療)の提供を実践し、かつ指導できることを目標とします。

- 専門研修3年目では、総合診療医として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・福祉活動に取り組み、後に示す地域ケアの学びを重点的に展開します。主に総合診療専門研修Ⅰを、基幹施設とは違う特性を持つ地域や環境下にある施設において、その地域での総合診療医の役割や地域連携診療の実際を理解し実践します。

- また、医療資源の乏しい地域の現場の研修では、その地域性及び研修施設となる診療所のそれぞれに求められる医療とその連携を理解し、総合診療専門医に欠かせない 7 つの資質・能力の実践的な研修を、6 か月以上の期間行います。

- 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、作成した最良作品型ポートフォリオを通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること
- 3) 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること

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

2) 専門研修における学び方

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

① 臨床現場での学習

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

(ア) 外来医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。外来診察中に指導医への症例提示と教育的フィードバックを受ける外来教育法(プリセプティング)、また、指導医による定期的な診療録レビューによる評価、更には、症例カンファレンスを通じた臨床推論や総合診療の専門的アプローチに関する議論などを通じて、総合診療への理解を深めていきます。また、技能領域については、習熟度に応じた指導を提供します。主に大同病院の外来診療部門であるだいたいクリニック、および日長台ファミリークリニック、内田橋ファミリークリニック、なわファミリークリニック、大同みどりクリニック、豊田地域医療センター、知多厚生病院(附属施設である離島の篠島診療所を含む)、諏訪中央病院、飯塚病院での選択研修。

(イ) 在宅医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。初期は経験ある指導医の診療に同行して診療の枠組みを理解するためのシャドウイングを実施します。外来診療と同じく、症例カンファレンスを通じて学びを深め、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学びます。主に大同病院の外来診療部門であるだいたいクリニック在宅診療部、および総合在宅医療クリニック(本部・名駅)、豊田地域医療センター、知多厚生病院(附属施設である離島の篠島診療所を含む)、南高山地域医療センターで、また障害児者の在宅診療については、にじいろのいえでの選択研修。

(ウ) 病棟医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。入院担当患者の症例提示と教育的フィードバックを受ける回診及び多職種を含む病棟カンファレンスを通じて診断・検査・治療・退院支援・地域連携のプロセスに関する理解を深めます。指導医による診療録レビューや手技の学習法は外来と同様です。主に大同病院、および豊田地域医療センター、知多厚生病院(附属施設である離島の篠島診療所を含む)、諏訪中央病院、飯塚病院での選択研修。

(エ) 救急医療

経験目標を参考に救急外来や救命救急室等で幅広い経験症例を確保します。外来診療に準じた教育方略となりますが、特に救急においては迅速な判断が求められるため救急特有の意思決定プロセスを重視します。また、救急処置全般については技能領域の教育方略(シミュレーションや直接観察指導等)が必要となり、特に、指導医と共に処置にあたる中から経験を積みます。主に大同病院で研修し、豊田地域医療センター、知多厚生病院(附属施設である離島の篠島診療所を含む)、諏訪中央病院、飯塚病院の選択研修でも、実践的に研修。

(オ) 地域ケア

地域医師会の活動を通じて、地域の実地医家と交流することで、地域包括ケアへ参画し、自らの診療を支えるネットワークの形成を図り、日々の診療の基盤とします。さらには産業保健活動、学校保健活動、障害児者支援等を学び、それらの活動に参画します。参画した経験を指導医と共に振り返り、その意義や改善点を理解します。主に大同病院と「大同地域包括ケアネットワーク」である だいでうクリニック、日長台ファミリークリニック、内田橋ファミリークリニック、なわファミリークリニック、中央クリニック、大同みどりクリニック、DAIDO MEDICAL SQUARE、重心施設にじいろのいえ、大同老人保健施設、特別養護老人ホームゆうあいの里大同 および連携施設群の全ての施設で実践的な研鑽を行う。

② 臨床現場を離れた学習

- ・ 関連学会および団体の学術集会やセミナー・研修会（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、研修カリキュラムの基本的事項の履修）。
- ・ 臨床現場で経験数の少ない手技などのシミュレーション機器による学習。
- ・ 医療倫理、医療安全、感染対策については、基幹施設である大同病院が開催する（日本専門医機構が 審査・認定する）共通講習。
- ・ 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。
- ・ 日本専門医機構が主催する講習会。
- ・ 日本専門医機構総合診療専門医検討委員会が審査・認定した、各領域学会または関連する学会の講習会。
- ・ 日本専門医機構が認定した省庁・各種公共団体およびそれに準じる団体等の講習会。

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本プログラムでの経験を必要としますが、やむを得ず経験を十分に得られない項目については、総合診療領域の各種テキストやWeb教材、更には日本医師会生涯教育制度及び関連のある学会等におけるe-learning教材、医療専門雑誌、各学会のガイドライン等を適宜活用しながら、幅広く学習します。

3) 専門研修における研究

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

7. 本プログラム施設群の研修体制と地域医療についての考え方

(ア) 本プログラムでは大同病院を基幹施設とし、さまざまな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により、多彩で偏りのない充実した研修を行うことが可能となります。

(イ) 本プログラムは基幹施設 1 施設、連携施設 10 施設、特別連携施設・関連施設 9 施設の合計 20 施設の施設群で構成されており、愛知県内は名古屋・尾張中部医療圏、知多半島医療圏、西三河北部医療圏、愛知県外は岐阜県の岐阜医療圏・飛騨医療圏、長野県の諏訪医療圏、福岡県の飯塚医療圏に位置します。そのうち医療資源の乏しい地域での研修は愛知県内の西三河北部医療圏・知多半島医療圏と、隣県である岐阜県の飛騨医療圏の施設で行います。（各施設の診療実績や医師の配属状況は、P.12～16「表1 大同病院総合診療専門研修プログラムの研修施設概要」を参照して下さい。）

① 専門研修基幹施設

- ・ 大同病院：名古屋・尾張中部医療圏南部の各種専門診療を提供する急性期病院であると同時に、関連法人施設を含む地域包括ケアネットワークの中核病院です。主に大同病院では入院診療研修、大同病院の外来部門でもあるだいでうクリニック（連携施設）では、外来診療研修を行います。基幹施設大同病院では、内科・小児科・救急科の必須診療科研修の他、総合診療Ⅱの研修も行います。総合診療部門にあたる診療科は総合

内科となりますが、総合診療力養成の上では、各専門診療科の充実と連携、症例数の多い二次救急外来の特性を活かし、救急科研修の他、総合診療Ⅱの研修も基幹施設研修中は救急外来を中心に行います。また、近隣に位置する関連施設での研修を定期的に組み込むことにより、より広い患者包括ケアの実践を可能としています。

② 専門研修連携施設

本プログラムの施設群は以下の専門研修連携施設で構成されており、いずれの施設も所定の診療実績基準と施設基準を満たしています。

- ・ 諏訪中央病院：長野県茅野市に位置し、茅野市・原村・諏訪市の組合立病院です。救急医療から急性期・慢性期医療、在宅医療や緩和ケア等の終末期医療までカバーするケアミックス病院であり、また地域における医療-介護-保健福祉連携を推進する役割を担っています。本プログラムでは、総合診療Ⅱの総合診療科研修を行います。
- ・ 飯塚病院：筑豊地域の基幹病院として、救命救急センター、地域医療支援病院、開放型病院、地域がん診療拠点病院等の指定を受け、プライマリ・ケアから三次までの救急医療や高度医療を提供しています。本プログラムでは、総合診療Ⅱの総合診療科研修を行います。
- ・ 総合在宅医療クリニック(本部・名駅)：本部(本院)を岐阜県羽島郡に置く、在宅医療の総合(診療)クリニックです。都市部にある同クリニック名駅も連携施設としています。地域性に合わせた(地域に無い)、年齢層を問わない充実した在宅診療を提供しています。総合診療Ⅰの研修を行います。一般外来診療の研修については他施設で補完します。
- ・ 豊田地域医療センター：医師会・歯科医師会、薬剤師会からなる公設民営の病院で、在宅医療支援病院として救急医療から在宅医療支援・地域保健まで、充実した地域医療を提供しています。主に総合診療Ⅰの研修を行います。
- ・ 知多厚生病院：知多半島医療圏にある総合病院で、医療資源の乏しい地域に指定されています。附属施設である離島の篠島診療所での医療活動も盛んに行っています。総合診療Ⅰの研修を行います。
- ・ 南高山地域医療センター：岐阜県飛騨医療圏の医療資源の乏しい地域である高根、朝日、久々野の各地区に開設されている国民健康保険診療所から成ります。各地区唯一の医療機関を統括運営し、地域に密着した医療活動を行っています。総合診療Ⅰの研修を行います。

③ 特別連携施設・関連施設

- ・ 基幹施設大同病院の法人である社会医療法人宏潤会および関連法人の施設群(「大同地域包括ケアネットワーク」/だいたいどうクリニック、日長台ファミリークリニック、内田橋ファミリークリニック、なわファミリークリニック、中央クリニック、大同みどりクリニック、重心施設にじいのいえ)を特別連携施設・関連施設として、地域包括ケアネットワーク上の施設で週1日程度、内科・小児科・総合診療Ⅱの研修の一部を行います。
- (ウ) 施設群における研修計画については、専攻医を中心に考え、個々の総合診療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、本プログラム管理委員会が決定します。
- (ローテーション研修について、[P.18 表2「大同病院総合診療科専門研修プログラム\(ローテーション例\)」参照](#))
- (研修目標別研修環境については、[P.19～27「表3 研修目標と研修の場」参照](#))
- (エ) 愛知県地域枠医師のキャリア形成と地域医療の充実に資するプログラムとして、本プログラムでの研修は、愛知県地域枠医師の2年間の義務履行となります。

8. 専門研修施設群の地理的範囲

本プログラムの専門研修施設群は、医療資源の乏しい地域での研修および総合診療Ⅱ研修の一部の施設以外は、基幹施設の大同病院とは地域包括ケア等、連携体制のある中小病院・診療所です。移動距離にして20km以内、移動時間は30分以内の範囲にあります。施設間での移動や連携に支障をきたす可能性は少ないと考えられます。

離島診療所を附属施設とする知多厚生病院は、隣接する知多半島医療圏にあり、大同病院か

らは移動距離にして40km程度、有料道路を使用して40分程度で移動が可能です。また、必要時には宿泊可能な施設があります。

豊田地域医療センターは、県内西三河北部医療圏にあり、大同病院からは移動距離にして30km程度、自動車で50分程の移動距離です。

在宅医療を中心に研修を行う総合在宅医療クリニックは、隣県の岐阜医療圏にあり、移動距離にして約45km、自動車で高速道路を使用して50分程、公共交通機関でも約1時間の移動であり、初期臨床研修の地域医療研修では実際に通勤できている距離です。

南高山地域医療センターは国民健康保険高根診療所、朝日診療所、久々野診療所で構成され、いずれも岐阜県飛騨医療圏にあります。最も遠距離にある国民健康保険高根診療所で、移動時間は高速道路を使用して3時間30分程かかります。研修期間中は宿泊可能な施設を手配します。

なお、基幹施設には診療科として総合診療科が無いため、総合診療の必然性がある地域での総合診療科研修が可能な施設として、基幹施設への非常勤総合診療医の派遣がある長野県諏訪医療圏の諏訪中央病院、内科専門研修でも連携し専攻医の往来がある福岡県飯塚医療圏の飯塚病院を、その整備されている指導・教育体制および地域医療の特性から、総合診療Ⅱの連携研修施設としています。いずれも研修期間中は宿泊可能な施設を手配します。

9. 大同病院総合診療専門研修プログラムの研修施設概要

(表1)

区分	分野	施設名	専門医・指導医数	診療科・患者数	病院の特徴
基幹施設	内科・小児科・救急科・総合診療科	大同病院 (愛知県名古屋市南区) (名古屋・尾張中部医療圏)	- 総合診療専門研修特任指導医 1名 - 総合内科専門医 15名 - 小児科専門医 9名 - 救急科専門医 2名 - 外科専門医 7名 - 整形外科専門医 5名 - 産婦人科専門医 6名 - 泌尿器科専門医 3名 - 皮膚科専門医 2名 - 眼科専門医 2名 - 耳鼻咽喉科専門医 2名 - 脳神経外科専門医 5名 - 麻酔科専門医 5名 - 放射線科専門医 3名 - リハビリテーション科専門医 1名 - 精神科専門医 1名 - 口腔外科専門医 1名	- 総病床数 404床 - 総合内科 - 入院患者数 (のべ) 988名/月 - 外来患者数 (のべ) 34名/月 - 全内科 - 入院患者数 (のべ) 4,840名/月 - 外来患者数 (のべ) 2,547名/月 - 小児科： - 入院患者数 (のべ) 838名/月 - 外来患者数 (のべ) 175名/月 - 救急科： - 救急外来受診者数 2,239名/月 - 救急車搬送件数 7,440件/年	- 名古屋市南部地区から知多半島北部医療圏の中心的病院で、広汎な初期から二次、一部の三次症例までの救急医療や高度医療を提供している。 - 関連施設はじめ地域の医療・福祉施設と連携した地域包括ケアの中心的役割を担う地域基幹病院です。 - 総合診療科(総合内科)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、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、神経内科、糖尿病内分泌内科、血液化学療法科、腎臓内科、膠原病リウマチ内科を持ち、地域への専門医療を提供している。 - 小児科においては、基本、一般小児であるが、急性期症例を含め幅広い外来診療、病棟診療を提供している。また愛知県の地域周産期・母子医療センター、愛知県の医療的ケア児支援センターの指定を受けており、専門的な高度医療も行っている。 - 救急科においては、豊富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。
関連施設・特別連携施設	総合診療科・内科・小児科	だいでうクリニック (愛知県名古屋市南区) (名古屋・尾張中部医療圏)	- プライマリ・ケア学会指導医 1名 - 家庭医療専門医 1名 - 総合内科専門医 1名 - 外科専門医 1名	- 総病床数 0床 - 総合内科外来患者数 (のべ) 800名/月 - 全内科外来患者数 (のべ) 7,153名/月 - 小児科外来患者数 (のべ) 2,510名/月 - 訪問診療数 (のべ) 40名/月	- 基幹施設 大同病院と同じ、社会医療法人宏潤会の無床診療所である。 - 基幹施設 大同病院の外来診療部門を担う施設であり、大同病院からの往来医師により、ほとんどの診療が行われている。 37 標榜科の外来診療を提供している他、在宅診療部、訪問看護ステーション、医療医療連携室があり、大同病院とともに地域包括ケアの中核施設を担っている。 - 健診センター、予防接種センター、海外渡航センター等があり、予防医療も積極的に行っている。

区分	分野	施 設 名	専門医・指導医数	診療科・患者数	病院・施設の特徴
連携施設・特別連携施設	内科	なわファミリークリニック (愛知県東海市) (知多半島医療圏)	・ 総合内科専門医 1 名	・ 病床なし ・ 外来患者数 (のべ) 743 名/月 ・ 訪問診療数 (のべ) 23 名/月	・ 内科全般の診療を行っている。 ・ オンライン診療を行っている。 ・ 訪問診療 (定期診察 (血圧測定、処方箋発行、注射等)、尿検査・血液検査、呼吸器管理 (在宅酸素療法、人工呼吸、気管切開チューブの管理など)、栄養管理 (胃ろう、経管栄養、中心静脈栄養などの管理)、排泄管理 (膀胱留置カテーテルの管理など)、褥瘡管理、苦痛・疼痛緩和、お看取り等) を行っている。 ・ 大同病院、だいどうクリニックと電子カルテで情報を共有化し、大同病院で行った精密検査について、一部検査を除いて結果説明を受けることができる。 ・ 居宅介護支援事業所を併設している。 ・ 基幹施設大同病院の研修期間中、選択で週 1 日程度の研修を行う。
	小児科・総合診療科	重心施設にじいろのいえ (愛知県東海市) (知多半島医療圏)	・ 小児科専門医 2 名	・ 総病床数 64 床 ・ 小児科 外来患者数 (のべ) 476 名/月 入院患者数 (のべ) 146 名/月 ・ 訪問診療数 (のべ) 4 名/月	・ 重症心身障害児者、医療的ケア児者、在宅療養を必要とする子どもたちを対象に、入所、通所、外来、訪問、相談に関するサービスを提供している。 ・ 乳幼児期の重症児も対象としている。 ・ 人工呼吸器が必要な児を多く受け入れている。 ・ 「動ける医療的ケア児」の入所 (短期) も可能としている。 ・ 緊急時のお預かりニーズに応えている。 ・ 終末期を家族で過ごすケースも想定 (悪性腫瘍のターミナルケア)。 ・ 健常児との交流、子育て支援機能を持っている。
	総合診療科	大同みどりクリニック (愛知県名古屋市緑区) (名古屋・尾張中部医療圏)	・ 総合内科専門医 1 名	・ 病床なし ・ 外来患者数 (のべ) 1,212 名/月	・ 診療部門は、内科診療と一般整形外科診療を行っている。 ・ 短時間運動特化型の通所リハビリテーション事業を運営している。 ・ 大同病院、だいどうクリニックと電子カルテで情報を共有化し、大同病院で行った精密検査について、一部検査を除いて結果説明を受けることができる。 ・ 認知症の方を中心としたコーヒータ임을開催している。 ・ 基幹施設大同病院の研修期間中、選択で週 1 日程度の研修を行う。
		中央クリニック (愛知県名古屋市南区) (名古屋・尾張中部医療圏)	・ 総合内科専門医 1 名	・ 病床なし ・ 外来患者数 (のべ) 589 名/月	・ 隣接する重工業地帯の事業所の社員および住民の方々に、「働くものにやさしいクリニック」として医療、健診サービスを提供している。 ・ 大同病院、だいどうクリニックと電子カルテで情報を共有化し、大同病院での救急診療や内視鏡検査、CT・MRI 検査などの各種検査をスムーズに受けることができたり、だいどうクリニックの専門外来の受診が可能となっている。 ・ 企業健康診断、住民健康診断、特定健康診断、労災二次健診、特定保健指導など健康増進にも力を入れており、生活指導や禁煙指導も積極的に行っている。 ・ 基幹施設大同病院の研修期間中、選択で週 1 日程度の研修を行う。

区分	分野	施 設 名	専門医・指導医数	診療科・患者数	病院・施設の特徴
関連施設	総合診療口	内田橋ファミリークリニック (愛知県名古屋市緑区) (名古屋・尾張中部医療圏)	・ 総合内科専門医 1 名	・ 病床なし ・ 外来患者数 (のべ) 1,183 名/月	・ 内科全般と小児科診療を行っている。 ・ 大同病院、だいどうクリニックと電子カルテで情報を共有化し、大同病院で行った精密検査について、一部検査を除いて結果説明を受けることができる。 ・ 栄養指導、禁煙外来、物忘れ検診を行っている。 ・ 帯状疱疹や肺炎球菌等、予防接種も行っている。 ・ 訪問診療 (定期訪問・緊急往診・お看取り) も行っている。 ・ 定期的な医師の診察 (血圧測定、処方箋発行、注射等)、尿検査、血液検査など、患者さんが利用している訪問看護ステーションと連携し、在宅酸素療法や中心静脈栄養などの医療的管理にも対応している。 ・ 基幹施設大同病院の研修期間中、選択で週 1 日程度の研修を行う。
		日長台ファミリークリニック (愛知県知多市) (知多半島医療圏)	・ 外科専門医 1 名	・ 病床なし ・ 外来患者数 (のべ) 671 名/月	・ 内科、外科、整形外科、泌尿器科を標榜しているが、家庭医としてプライマリケア診療を行っており、生活習慣病の管理や介護予防から小外科手術・さまざまな処置まで対応を行う。 ・ 訪問診療では、医療機器管理、退院後サポート、がん末期・緩和ケア病棟入院までのサポート、介護施設への訪問も行っている。 ・ オンライン診療も行っている。 ・ 予防・医療・介護の地域ネットワークの構築に積極的に貢献している。 ・ 基幹施設大同病院の研修期間中、選択で週 1 日程度の研修を行う。
連携施設・関連施設	総合診療Ⅰ	南高山地域医療センター 高山市国民健康保険高根診療所 高山市国民健康保険久々野診療所 高山市国民健康保険朝日診療所 (岐阜県高山市) (飛騨医療圏)	・ 総合診療専門研修特任指導医 1 名 ・ プライマリケア学会指導医 1 名	・ 病床なし ・ のべ外来患者数 約 1090 名/月 ・ のべ訪問診療件数 約 50 名/月	・ 隣接する高山市高根、朝日、久々野地区の国保診療所で南高山地域医療センターを形成し、統括した運営により、医師および医療スタッフの相互協力体制を構築している。 ・ 地域ケア会議や在宅診療におけるサービス担当者が会議などを定期開催し、利用者を中心に保健、医療、福祉および行政等との連携を密にしている。 ・ 小児から高齢者までの幅広い年齢層の外来・訪問診療とともに、予防接種業務や健診事業等の委託を受けて行っている。 ＜高山市国民健康保険高根診療所＞ 高山市高根町は、高山市街まで車で約 50 分を要する距離にあり、人口約 280 人、高齢化率が 50%を越え、小児は非常に少ない地域である。高根診療所は、同地域唯一の医療機関である。地域内に出張診療所を置き、高齢者をはじめ通院困難な患者の診療も行っている。 ＜高山市国民健康保険朝日診療所＞ 高山市朝日町は、高山市街地まで 16km、車で 25 分程の距離にあり、人口約 1500 人の少子高齢化、急激な人口減少地域である。朝日診療所は、同地域唯一の医療機関であり、日々の診療のみならず、保健・医療・福祉を一体化した地域包括ケアを理念としている。 ＜高山市国民健康保険久々野診療所＞ 高山市久々野町は、人口約 3200 人の地域であり、久々野診療所は同地域の唯一の医療機関である。地域内に出張診療所を置き、高齢者をはじめ通院困難な患者の診療も行っている。

区分	分野	施 設 名	専門医・指導医数	診療科・患者数	病院・施設の特徴
連携施設	総合診療Ⅰ	J A 愛知厚生連 知多厚生病院 および 篠島診療所 (愛知県知多郡美浜町) (知多半島医療圏)	- 総合診療専門研修特任指導医 3 名 - 日本内科学会指導医 4 名 - 日本内科学会総合内科専門医 4 名	- 病床 199 床 - のべ外来患者数 10,800 名/月 - のべ訪問診療件数 20 件/月 - 篠島診療所における受診者数 300 名/月 (うち小児科 5.7%)	- 知多厚生病院がある知多半島南部は、伊勢湾と三河湾に囲まれた温暖な気候のもと、美しい海と里山、新鮮な海の幸、野菜や果物など、豊かな自然の宝庫です。 - 穏やかな空気に包まれ、誰もが自分らしくいられる場所があります。 - 知多半島医療圏の美浜町に位置し、外来・救急・病棟診療を中心に、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ます。救急に関しては、離島からの海上搬送等も含め知多南部出動件数の約 70%を受け入れており、地域医療を一手に引き受ける病院として機能しています。 - なお、当院は愛知県へき地医療拠点病院に指定されており、離島医療（篠島診療所での診療）を実践しています。 〈 篠島診療所の特徴 〉 - 知多厚生病院の附属診療所として、毎週月曜日から金曜日までの毎日診療を行っています。 - ここでは、一般診療の他、在宅医療を経験することも可能です。 - 愛知県地域枠キャリア形成プログラムの指定医療機関です。
		豊田地域医療センター (愛知県豊田市) (西三河北部医療圏)	- 総合診療専門研修指導医 2 名 - 総合診療専門研修特任指導医 19 名	- 総合診療科 100 床 (全病床数 190 床) - のべ外来患者数 6,835 名／月 - 入院患者総数 178 名／月 - 内科：入院患者総数 131 名／月 - 小児科：のべ外来患者数 385 名／月 - 救急科：救急による搬送等の件数 2,275 件／年 - 在宅での看取り 205 名 (2023/4-2024/3 月)	コミュニティ・ホスピタルの病院像（豊田地域医療センターが有する病院像） 次の3つの機能を有し、病棟・外来・在宅をシームレスにつなぎ、「地域」との関わりを大切にした病院である。 ①総合診療を中心とし、地域住民の健康管理や救急医療をはじめとする必要な医療・介護・福祉を提供できる病院 ②充実した在宅医療体制を有し、地域の医療・介護・福祉機関と協力して地域包括ケアシステムの構築に貢献する病院 ③地域医療に関わる人材が体系的に学び、成長できる環境を備え、人々が集い交流する地域に開かれた病院（以下は教育の概要） - 多数の家庭医療専門医を有する総合診療特任指導医がおり、藤田医科大学 総合診療 PG の中核を病院である。 - 地域包括ケアの要となっている病院であり、1 次救急、継続外来、訪問診療、総合診療医としての病棟診療をバランスよく学ぶことができる。 - 幅広い疾患に対する初診を中心とした外来診療、指導医がプリレプティングし、ビデオレビューを含め振り返りを実践している。 - 癌・非癌の末期・神経難病・小児など多様な在宅医療・最先端の在宅医療を学ぶことができる。

区分	分野	施 設 名	専門医・指導医数	診療科・患者数	病院・施設の特徴
連携施設	総合診療Ⅰ	総合在宅医療クリニック (岐阜県羽島郡岐南町) (岐阜医療圏)	(総合在宅医療クリニック) ・ 総合診療専門研修特任指導医 1 名	・ 病床なし ・ のべ訪問診療件数 936 件/月	0 歳～100 歳を越える方まで、24 時間 365 日の体制で、その方の人生がかがやくように見守らせていただきます。 何よりもご本人やご家族の希望や日々の暮らしを大切に考え、自分たちの価値観を押しつけることなく、安心して「いつもの場所で」暮らせるようお手伝いしています。 ・ 在宅医療専門の ・ 24 時間 365 日体制で、深夜早朝や休日の緊急対応も行っています。 ・ 多様な専門性をもった複数の医師が協働することで、総合的な診療を行っています。 ・ 患者さんの病院主治医と連携し、情報共有を行ないながら今後の診療方針を決定していきます。 ・ 近隣総合病院との連携により、在宅療養患者さんの検査や急性期医療にも対応しています。 ・ 外来化学療法など、治療中の方の在宅療養にも対応しています。 ・ 在宅医療を教育をもって広めていくティーチングホスピタル（教育的医療機関）として、学びたい人に来てもらい、それぞれの土地でそれぞれのやり方でやっていただけるよう積極的に研修を受入れている。 ・ 都市部～郊外における訪問診療を行っています。 ・ 24 時間 365 日体制で、深夜早朝や休日の緊急対応も行っています。 ・ 多様な専門性をもった複数の医師が協働することで、総合的な診療を行っています。 ・ 患者さんの病院主治医と連携し、情報共有を行ないながら今後の診療方針を決定していきます。 ・ 近隣総合病院との連携により、在宅療養患者さんの検査や急性期医療にも対応しています。 ・ 外来化学療法など、治療中の方の在宅療養にも対応しています。 (総合在宅医療クリニック 本部) ・ 地域に無かった、音楽療法、管理栄養（発展して食楽支援チーム）、地域看護チーム、小児リハビリチーム、小児に特化した特定医療型短期入所施設と地域に貢献している。
		総合在宅医療クリニック 名駅 (愛知県名古屋市中村区) (名古屋・尾張中部医療圏)	(総合在宅医療クリニック 名駅) ・ 総合診療専門研修特任指導医 1 名		

		施 設 名	専門医・指導医数	診療科・患者数	病院・施設の特徴
連携施設	総合診療口	諏訪中央病院 (長野県茅野市) (諏訪医療圏)	・総合診療専門研修指導医 8 名 ・内科指導医 16 名 ・総合内科専門医 12 名 ・小児科専門医 3 名 ・救急科専門医 1 名 ・整形外科専門医 3 名 ・東洋医学会専門医 2 名 ・外科専門医 6 名	・総病床数 360 床 (うち療養病床 36 床) ・総合診療科 のべ外来患者数 1,575 名／月 入院患者総数 139 名／月	・諏訪二次医療圏の中規模中核病院。平成 25 年より長野県の総合診療医（信州型総合医）養成研修病院の指定を受け、長野県と連携して総合診療医の養成に努めており、家庭医療専門医を輩出している。 ・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、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、神経内科、腎臓内科、腫瘍内科、緩和ケア科等を持ち、地域への専門医療を提供している。また内科専門研修プログラムの基幹施設であり、JMECC 等の研修機会を確保している。 ・小児科においては、乳幼児健診、予防接種、幅広い外来診療、病棟診療を提供している。 ・救急科においては、ER 型救急として幅広い救急医療を提供している。 ・総合診療専門研修（選択）は、研修者および受け入れ先診療科ニーズの一致、各科の状況を鑑みた上で、各領域別指導医、専門医、常勤医が所属している研修科での研修が可能である。
		飯塚病院 (福岡県飯塚市) (飯塚医療圏)	・総合診療専門研修指導医 4 名 (プライマリ・ケア認定医、指導医) ・内科専門医 36 名 (うち指導医 14 名) ・小児科専門医 8 名 (うち指導医 5 名) ・救急科専門医 3 名 ・産婦人科専門医 5 名 (うち指導医 5 名) ・皮膚科専門医 1 名	・総合診療科 のべ外来患者数 1,325 名／月 入院患者総数 3,335 名／月 ・内 科 入院患者総数 15,324 名／月 ・小児科 のべ外来患者数 2,731 名／月 ・救急部 救急車搬送件数 8,578 件／年 ・産婦人科 のべ外来患者数 2,126 名／月 入院患者総数 1,363 名／月 ・皮膚科 のべ外来患者数 1,502 名／月 入院患者総数 151 名／月	・筑豊地域の基幹病院として、救命救急センター、地域医療支援病院、開放型病院、地域がん診療連携拠点病院等の指定を受け、プライマリ・ケアから三次までの救急医療や高度医療を提供している。 ・総合診療科にはスタッフ・後期研修医を合わせて 40 名が在籍。外来では、毎日 20～30 名の初診、病棟では年間 3,000 件以上の重症ケアも含めた内科入院診療を提供している。 ・内科においては、肝臓内科、呼吸器内科、糖尿病・内分泌内科、消化器内科、血液内科、膠原病・リウマチ内科、腎臓内科、循環器内科、神経内科を持ち、地域への専門医療を提供している。 ・小児科においては、救命救急センター診療、幅広い外来診療、NICU・GCU を含めた病棟診療を提供している。 ・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。 ・産婦人科においては、分娩や手術、ハイリスク妊婦超音波外来、不妊外来、婦人科腫瘍専門外来まで幅広い診療を提供している。 ・皮膚科においては、救命救急センターからの救急疾患（熱傷、マムシ咬傷など）から慢性疾患、軽症から重症まで幅広い診療を提供している。

大同病院総合診療科専門研修プログラム（ローテーション概要）

（表2）

※ 実際の研修計画は、年度ごとに各専攻医の希望や研修状況を判断し、研修分野、研修施設単位で研修時期、研修順を考慮する。

定員：2 人/年

月度	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
1 専攻医 年攻目	内科研修（9～12 か月） <基幹施設> 大同病院 <特別連携施設> だいどうクリニック なわファミリークリニック											
	・ 内科ローテーション研修 ・ 外来診療：総合内科 6 か月、内科専門診療 7 分野（消化器、呼吸器、循環器、神経、糖尿病・内分泌、腎・膠原病、血液）を一部並行して 6 か月、担当または当番制の外来診療を行う ・ 入院診療（必要 40 症例と提出病歴要約 10 件、大同内科研修システム「内科は一つ」に属し、必要症例を選択し、主担当医として診療を行う） ・ 退院調整に積極的に携わる（介護保険制度、看とり、老人保健施設、特別養護老人施設などの現状把握） ・ 入院患者が外科、整形外科、歯科口腔外科治療が必要になったら専門科の担当医と共に診療に参加する ・ 認知症疾患医療チーム、医療安全チーム、嚥下機能評価チーム、院内感染制御チーム、抗生剤適正使用監視チーム、緩和医療チームに参加する ・ 担当患者の病理検体や喀痰などの生体標本は病理医や検査技師と共に検討する ・ 当直業務											
2 専攻医 年攻目	小児科研修（3 か月） <基幹施設> 大同病院 <連携施設> 重心施設にじいろのいえ <関連施設> だいどうクリニック			救急科研修（各 3 か月） <基幹施設> 大同病院			総合診療Ⅱ研修（3～6 か月） <基幹施設> 大同病院 <連携施設> 中央クリニック 大同みどりクリニック <関連施設> だいどうクリニック 日長台ファミリークリニック 内田橋ファミリークリニック			総合診療Ⅱ研修（6～12 か月） <連携施設> 諏訪中央病院 飯塚病院		
	・ 外来診療 ・ 入院病棟診療（NICU を含む） ・ 小児在宅診療 ・ 障害児者の診療 ・ 学童検診、乳幼児健診 ・ 予防接種業務 ・ 小児虐待対策委員 ・ 当直業務			・ E R 業務 ・ I C U 業務 ・ 当直業務			・ 患者包括ケア ・ 総合内科（総合診療部門）として、救急外来の受診患者について、疾病・疾患の内容にかかわらず診療にあたり、必要な専門診療分野の知識・技術を各分野指導医から学び、総合診療力や連携診療のマネジメント力を養成する ・ 当直業務 ・ 初期研修医の指導			・ 総合診療科研修		
3 専攻医 年攻目	総合診療Ⅱ研修（6～12 か月） <連携施設> 諏訪中央病院 飯塚病院			総合診療Ⅰ研修（3～9 か月） <連携施設> 総合在宅医療クリニック（本部・名駅） <関連施設> だいどうクリニック			総合診療Ⅰ研修（6～12 か月） <連携施設> 知多厚生病院・附属篠島診療所， 豊田地域医療センター， 南高山地域医療センター					
	・ 総合診療科研修			・ 地域包括ケア病棟診療、療養病棟診療 ・ 在宅医療 ・ 健康増進活動（各種健診、特定保健指導）			・ 医療資源の乏しい地域での研修					

以下、表3 に本プログラムでの 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示しました。ローテーションの際には特に主たる研修の場では目標を達成できるように意識して修練を積むことが求められます。本プログラムの研修期間は 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。

研修目標と研修の場

(表3)

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場		総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨												◎:主たる研修の場 ○:従たる研修の場 ◎:主たる研修の場、○:研修可能な場	
I. 一般的な症候及び疾患へのへの評価及び治療に必要な診察及び検査・治療手技		総合診療 I (診療所/ 中小病院)		総合診療 II (病院総合診療 部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別 研修			
以下に示す検査・治療手技のうち、※印の項目は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。		設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨		
(ア) 身体診察															
※①小児の一般的な身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察を実施できる。		○	◎					◎	◎						
※②成人患者への身体診察（直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む）を実施できる		○	◎	◎	◎	◎	◎			○	◎			○	
※③高齢患者への高齢者機能評価を目的とした身体診察（歩行機能、転倒・骨折リスク評価など）や認知機能検査（HDS-R、MMSEなど）を実施できる。		○	◎	◎	◎	○	○								
※④耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる。		○	◎	◎	◎									○	
※⑤死亡診断を実施し、死亡診断書を作成できる。		◎	◎	◎	◎	◎	○	○		◎	○				
⑥死体検案を警察担当者とともに実施し、死体検案書を作成できる。		○	◎	◎	○	◎				◎	◎				
(イ) 実施すべき手技															
※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）		◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
(ウ) 検査の適応の判断と結果の解釈が必要な検査															
※①単純X線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎				
※②心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査		◎	◎	◎	◎	◎	○	◎		◎	○				
※③超音波検査（腹部・表在・心臓、下肢静脈）		◎	◎	◎	◎	◎	○	◎		◎	○				
※④生体標本（喀痰、尿、皮膚等）に対する顕微鏡的診断		○	◎	◎	◎	◎	○	◎	○	○	○				
※⑤呼吸機能検査		○	◎	◎	◎	◎	○								
※⑥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		○	◎	◎										○	
⑦消化管内視鏡（上部）		◎	○	◎	○	◎	◎								
⑧消化管内視鏡（下部）		◎	○	◎	○	◎	◎								
⑨造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）		○	○	○	○	◎	◎								
※⑩頭・頸・胸部単純CT、腹部単純・造影CT				◎	◎	◎	◎		○	◎	◎				
⑪頭部MRI/MRA				◎	◎	◎	◎		○	◎	◎				

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場				総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨				◎:主たる研修の場 ○:従たる研修の場 ◎:主たる研修の場、○:研修可能な場						
I. 一般的な症候及び疾患へのへの評価及び治療に必要な診察及び検査・治療手技		総合診療Ⅰ (診療所/ 中小病院)		総合診療Ⅱ (病院総合診療 部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別 研修		
		設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	
以下に示す検査・治療手技のうち、※印の項目は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。		(エ) 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外傷救急 (JATEC)										◎	◎	
(オ) 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。		○	◎	◎	◎	◎	○							
(カ) 治療法														
※①簡単な切開・異物摘出・ドレナージ		◎	◎	◎	○						◎		○	
※②止血・縫合法及び閉鎖療法		◎	◎	◎	○					◎	◎		○	
※③簡単な脱臼の整復		◎	◎	◎	○				○	◎	◎		○	
※④局所麻酔（手指のブロック注射を含む）		◎	◎	◎	○					◎	◎		○	
※⑤トリガーポイント注射		○	◎	◎	○								○	
※⑥関節注射（膝関節・肩関節等）		○	◎	◎	○								○	
※⑦静脈ルート確保および輸液管理（IVHを含む）		○	◎	◎	◎	◎	○	◎	○	◎	◎			
※⑧経鼻胃管及びイレウス管の挿入と管理		○	◎	◎	◎	◎	○				○			
※⑨胃瘻カテーテルの交換と管理		○	◎	◎	○	◎	○							
※⑩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		○	◎	◎	◎	◎	○				○			
※⑪褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン		◎	◎	◎	◎								○	
※⑫在宅酸素療法の導入と管理		◎	◎	○	○	◎	○	◎						
※⑬人工呼吸器の導入と管理		○	○	◎	○	◎	○	◎			◎			
⑭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）		○	○	◎	○	○	○	○		○				
⑮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）		○	○	◎	○								○	
⑯小手術（局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法）		◎	○	◎	○					○	◎			
※⑰包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法		◎	◎	◎	○					○	◎		○	
⑱穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）		◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎			
※⑲鼻出血の一時的止血		○	◎	◎						○	◎		○	
※⑳耳垢除去、外耳道異物除去		○	◎	◎				○	◎				○	
㉑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）		○	○	◎						◎	◎		◎	
㉒睫毛拔去		○	◎	◎									◎	

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場												
総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨 ◎:主たる研修の場 ○:従たる研修の場 ◎:主たる研修の場、○:研修可能な場												
II. 一般的な症候への適切な対応と問題解決 以下に示す症候すべてにおいて、臨床推論に基づく鑑別診断および、初期対応(他の専門医へのコンサルテーションを含む)を適切に実施できる。	総合診療 I (診療所/ 中小病院)		総合診療 II (病院総合診療 部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別 研修	
	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
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	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎		
咽頭痛	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎		

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場					総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨				◎:主たる研修の場 ○:従たる研修の場 ◎:主たる研修の場、○:研修可能な場							
Ⅱ．一般的な症候への適切な対応と問題解決 以下に示す症候すべてにおいて、臨床推論に基づく鑑別診断および、初期対応(他の専門医へのコンサルテーションを含む)を適切に実施できる。					総合診療Ⅰ (診療所/ 中小病院)		総合診療Ⅱ (病院総合診療 部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別 研修	
					設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
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					○	○	○				◎	◎				○

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場					総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨				◎: 主たる研修の場 ○: 従たる研修の場 ◎: 主たる研修の場、○: 研修可能な場								
Ⅲ. 一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント 以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じて他の専門医・医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントができる。また、（ ）内は主たる疾患であるが、例示である。 ※印の疾患・病態群は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。					総合診療Ⅰ (診療所/ 中小病院)		総合診療Ⅱ (病院総合診療 部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別 研修		
					設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	
(１) 血液・造血器・リンパ網内系疾患																	
※[1]貧血（鉄欠乏貧血、二次性貧血）					○	◎	◎	◎	○	◎	○	○	○	○			
[2]白血病									◎	◎							
[3]悪性リンパ腫									◎	◎							
[4]出血傾向・紫斑病							○	○	◎	◎				○			
(２) 神経系疾患																	
※[1]脳・脊髄血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）					○	○	◎	◎	◎	◎				○	◎		◎
※[2]脳・脊髄外傷（頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫）					○	○	◎							◎	◎		◎
※[3]変性疾患（パーキンソン病）					○	○	◎	○	◎	◎							
※[4]脳炎・髄膜炎							◎	○	◎	◎	○	○	○	◎			
※[5]一次性頭痛（片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛）						◎	◎	◎	◎	○	○	○					
(３) 皮膚系疾患																	
※[1]湿疹・皮膚炎群（接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎、皮脂欠乏性皮膚炎）					◎	◎	◎	○			○	◎					◎
※[2]蕁麻疹					◎	◎	◎		○		○	◎	○	○			◎
※[3]薬疹					○	◎	◎	◎	○	◎	○	○	○	○			◎
※[4]皮膚感染症（伝染性膿痂疹、蜂窩織炎、白癬症、カンジダ症、尋常性ざ瘡、感染性粉瘤、伝染性軟属腫、疥癬）					○	◎	◎	○			○	◎					◎
(４) 運動器（筋骨格）系疾患																	
※[1]骨折（脊椎圧迫骨折、大腿骨頭部骨折、橈骨骨折）					○	○	◎							○	◎		◎
※[2]関節・靱帯の損傷及び障害（変形性関節症、捻挫、肘内障、腱板炎）					○	○	◎				○			○	◎		◎
※[3]骨粗鬆症					○	◎	◎	○		○							◎
※[4]脊柱障害（腰痛症、腰椎椎間板ヘルニア、腰部脊柱管狭窄症）					○	◎	◎							○	○		◎
(５) 循環器系疾患																	
※[1]心不全					○	◎	◎	◎	◎	◎				◎	◎		
※[2]狭心症、心筋梗塞					○	○	◎	○	◎	◎				◎	◎		
[3]心筋症							◎		○	○	○	○	○	○			
※[4]不整脈（心房細動、房室ブロック）					○	○	◎	○	◎	◎				◎	◎		
[5]弁膜症（僧帽弁膜症、大動脈弁膜症）					○	○	○	○	◎	◎	○	○					
※[6]動脈疾患（動脈硬化症、大動脈瘤）					○	○	○	○	◎	◎				○	○		
※[7]静脈・リンパ管疾患（深部静脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ浮腫）					○	◎	○	◎	◎	◎				○			
※[8]高血圧症（本態性、二次性）					◎	◎	◎	◎	◎	◎	○			○			

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場				総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨													
				◎:主たる研修の場 ○:従たる研修の場 ◎:主たる研修の場、○:研修可能な場													
Ⅲ. 一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント				総合診療Ⅰ (診療所/ 中小病院)		総合診療Ⅱ (病院総合診療 部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別 研修			
				設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨		
以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じて他の専門医・医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントができる。また、（ ）内は主たる疾患であるが、例示である。 ※印の疾患・病態群は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。																	
(6) 呼吸器系疾患																	
※[1]呼吸不全（在宅酸素療法含む）				◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎				
※[2]呼吸器感染症（急性上気道炎、気管支炎、肺炎）				◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎				
※[3]閉塞性・拘束性肺疾患（気管支喘息、気管支拡張症、慢性閉塞性肺疾患、塵肺）				◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎				
[4]肺循環障害（肺塞栓・肺梗塞）				○		◎	○	◎	◎			◎	◎				
※[5]異常呼吸（過換気症候群、睡眠時無呼吸症候群）				◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎				
※[6]胸膜・縦隔・横隔膜疾患（自然気胸、胸膜炎）				○	○	◎	◎	◎	◎	○		◎	◎				
[7]肺癌				○	○	○	○	◎	◎								
(7) 消化器系疾患																	
※[1]食道・胃・十二指腸疾患（食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎、逆流性食道炎）				◎	◎	◎	◎	◎	◎			○	○				
※[2]小腸・大腸疾患（イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻、過敏性腸症候群、憩室炎、大腸癌）				◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○				
※[3]胆嚢・胆管疾患（胆石、胆嚢炎、胆管炎）				◎	○	○	○	◎	◎			○					
※[4]肝疾患（ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害）				◎	○	○	○	◎	◎			○	○				
※[5]膵臓疾患（急性・慢性膵炎）				◎	○	○	○	◎	◎			○	○				
※[6]横隔膜・腹壁・腹膜疾患（腹膜炎、急性腹症、鼠径ヘルニア）				◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
(8) 腎・尿路系（体液・電解質バランスを含む）疾患																	
※[1]腎不全（急性・慢性腎不全、透析）				○	○	○	○	◎	◎				○				
[2]原発性糸球体疾患（急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群）							○	◎	◎	○	○		○				
※[3]全身性疾患による腎障害（糖尿病性腎症）				○	◎	○	◎	◎	◎								
※[4]泌尿器科的腎・尿路疾患（尿路結石、尿路感染症、過活動膀胱）				○	◎	◎	◎		◎			◎	◎		◎		
(9) 妊娠分娩と生殖器疾患																	
[1]妊娠分娩（正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、産褥）				○		◎									◎		
※[2]妊婦・授乳婦・褥婦のケア（妊婦・授乳婦への投薬、乳腺炎）				○	◎	◎									◎		
※[3]女性生殖器及びその関連疾患（月経異常《無月経を含む》、不正性器出血、更年期障害、外陰・陰・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍）				○	◎	◎									◎		
※[4]男性生殖器疾患（前立腺疾患、勃起障害）				○	◎	◎	○								◎		

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場				総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨				◎:主たる研修の場 ○:従たる研修の場 ◎:主たる研修の場、○:研修可能な場							
Ⅲ. 一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント 以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じて他の専門医・医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントができる。また、（ ）内は主たる疾患であるが、例示である。 ※印の疾患・病態群は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。				総合診療Ⅰ (診療所/ 中小病院)		総合診療Ⅱ (病院総合診療 部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別 研修	
				設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
(10) 内分泌・栄養・代謝系疾患															
[1]視床下部・下垂体疾患（下垂体機能障害）								◎	◎						
※[2]甲状腺疾患（甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症）				○	◎	○	◎	◎	◎						
[3]副腎不全								◎	◎						
※[4]糖代謝異常（糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖）				○	◎	○	◎	◎	◎	○					
※[5]脂質異常症				○	◎	○	◎	◎	◎						
※[6]蛋白及び核酸代謝異常（高尿酸血症）				○	◎	○	◎	◎	◎						
(11) 眼・視覚系疾患															
[1]屈折異常（近視、遠視、乱視）					○	◎								◎	
※[2]角結膜炎（アレルギー性結膜炎）					◎	◎								◎	
[3]白内障					◎	◎								◎	
[4]緑内障					○	◎						◎		◎	
[5]糖尿病、高血圧・動脈硬化による眼底変化						◎								◎	
(12) 耳鼻・咽喉・口腔系疾患															
※[1]中耳炎				○	◎	◎				○	◎			◎	
※[2]急性・慢性副鼻腔炎				○	◎	◎	○		○					◎	
※[3]アレルギー性鼻炎				○	◎	◎	○			○	◎			◎	
※[4]咽頭炎（扁桃炎、扁桃周囲膿瘍）				○	○	◎	○			○	◎			◎	
[5]外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物					○	◎				○	○	◎	◎	◎	
(13) 精神・神経系疾患															
[1]症状精神病				○	○	○	○						◎	◎	◎
※[2]認知症（アルツハイマー型、血管型）				○	◎	◎	○	◎	○					◎	◎
※[3]依存症（アルコール依存、ニコチン依存）				○	◎	○	○							◎	◎
※[4]うつ病				○	◎	○		○						◎	◎
[5]統合失調症				○	○	○								◎	◎
※[6]不安障害（パニック障害）				○	◎	○							◎	◎	◎
※[7]身体症状症（身体表現性障害）、適応障害				○	◎	○								◎	◎
※[8]不眠症				○	◎	○	○	○						◎	◎

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場					総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨				◎:主たる研修の場 ○:従たる研修の場 ◎:主たる研修の場、○:研修可能な場								
Ⅲ. 一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント 以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じて他の専門医・医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントができる。また、（ ）内は主たる疾患であるが、例示である。 ※印の疾患・病態群は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。					総合診療Ⅰ (診療所/ 中小病院)		総合診療Ⅱ (病院総合診療 部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別 研修		
					設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	
(14) 感染症																	
※[1]ウイルス感染症（インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎、HIV）					◎	◎	○	○	◎	○	◎	◎					
※[2]細菌感染症(ブドウ球菌、MRSA、A群レンサ球菌、クラミジア)					◎	◎	◎	◎	○		◎	○					
[3]結核							○		◎	◎							
[4]真菌感染症					○	◎	◎		○			○				◎	
[5]性感染症					○	○	◎		○							◎	
[6]寄生虫疾患					○		◎			○		○					
(15) 免疫・アレルギー疾患																	
※[1]膠原病とその合併症（関節リウマチ、SLE、リウマチ性多発筋痛症、シェーグレン症候群）					○	◎	○	◎	◎	◎					○	○	
[2]アレルギー疾患					○	○	◎	○	◎	◎	◎	◎			○	○	
※[3]アナフィラキシー					○	○	◎	○	◎	◎	○	◎	◎	◎			
(16) 物理・化学的因子による疾患																	
※[1]中毒（アルコール、薬物）							◎	◎		◎	○			◎	◎	○	
[2]環境要因による疾患（熱中症、寒冷による障害）					○		◎	◎		◎	○			◎	◎		
※[3]熱傷					○	◎	◎							◎	◎		◎
(17) 小児疾患																	
[1]小児けいれん性疾患												◎	◎	◎	◎		
※[2]小児ウイルス感染症（麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ、RS、ロタ）					◎	◎						◎	◎				
※[3]小児細菌感染症					◎	◎						◎	◎				
※[4]小児喘息					◎	◎						◎	◎	◎	◎		
[5]先天性心疾患												◎	◎				
[6]発達障害（自閉症スペクトラム、学習障害、ダウン症、精神遅滞）						○						◎	◎	◎	◎		
[7]小児虐待の評価						○						◎	◎	◎	◎		
(18) 加齢と老化																	
※[1]高齢者総合機能評価					○	◎	◎	◎	◎							◎	◎
※[2]老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡）					◎	◎	◎	◎	◎							◎	◎
(19) 悪性腫瘍																	
※[1]維持治療期の悪性腫瘍					○	◎	○	◎	◎	◎						◎	◎
※[2]緩和ケア					○	◎		◎	◎	◎						○	

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場													
総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨													
◎:主たる研修の場 ○:従たる研修の場 ◎:主たる研修の場、○:研修可能な場													
Ⅳ. 医療・介護の連携活動 以下に示す診療を適切に実施することができる。		総合診療Ⅰ (診療所/ 中小病院)		総合診療Ⅱ (病院総合診療 部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別 研修	
		設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
(1) 介護認定審査に必要な主治医意見書の作成		◎	◎	◎	◎							◎	◎
(2) 各種の居宅介護サービスおよび施設介護サービスについて、患者・家族に説明し、その適応を判断		◎	◎	◎	○							◎	◎
(3) ケアカンファレンスにおいて、必要な場合には進行役を担い、医師の立場から適切にアドバイスを提供		◎	◎	◎	○							◎	◎
(4) グループホーム、老健施設、特別養護老人ホームなどの施設入居者の日常的な健康管理を実施		◎	◎	◎	○							◎	◎
(5) 施設入居者の急性期の対応と入院適応の判断を、医療機関と連携して実施		◎	◎	◎	○							◎	◎
Ⅴ. 保健事業・予防医療 以下に示すケアや活動を適切に提供・実践することができる。													
(1) 特定健康診査の事後指導		◎	◎	◎	◎							◎	◎
(2) 特定保健指導への協力		◎	◎	◎	◎							◎	◎
(3) 各種がん検診での要精査者に対する説明と指導		◎	◎	◎	◎							◎	◎
(4) 保育所、幼稚園、小学校、中学校において、健診や教育などの保健活動に協力		◎	◎		○			◎	◎			○	○
(5) 産業保健活動に協力		◎	◎	◎	○							○	○
(6) 健康教室（高血圧教室・糖尿病教室など）の企画・運営に協力		◎	◎	◎	○							○	○
Ⅵ. 在宅医療 以下に示すケアを適切に提供・実践することができる。													
(1) 主治医として在宅医療を10例以上経験（看取りの症例を含むことが望ましい）		◎	◎		○			○	○			◎	◎

各施設の週間研修計画（例）

基幹施設（大同病院とその関連施設）

大同病院総合内科（総合診療Ⅱ）

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-8:45 朝カンファ、勉強会							
8:45-12:00 総合内科回診							
8:45-12:00 他診療科外来							
9:00-17:00 一般診療所							
13:00-16:00 病棟業務							
8:30-12:00または13:00-16:00救急外来							
16:00-17:00 症例カンファ							
16:00-17:00 抄読会、講演会							
ER準夜当番(3回/月)、 ERまたはICUの宿直(1回/月)							

- ・ 基本の研修の場は、救急外来とし、各専門診療科の治療が必要となったら専門科医師と共に治療に参加する。
(入院の場合は、担当医として継続診療も可能)
- ・ 一般外来診療はだいたいクリニックで行う。
- ・ 病棟業務の日は、救急待機当番を兼ねる。
- ・ その他診療科(外科・整形外科・産婦人科・泌尿器科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科・脳神経外科・麻酔科・放射線科(診断・治療)・リハビリテーション科・精神科・歯科口腔外科)研修は選択制研修とする。
- ・ 一般診療所(大同みどりクリニック・内田橋ファミリークリニック・日長台ファミリークリニック・中央クリニック)での研修は選択制とし、週1回程度で行う。
- ・ 当直業務は内科専攻医と同じ。

大同病院（内科）

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-9:00 朝カンファ							
9:00-10:00または-12:00 病棟業務							
9:00-12:00 午前外来							
8:30-17:00 一般診療所							
13:00-16:00 病棟業務							
13:00-16:00 検査							
16:00-17:00 症例カンファ							
ER準夜当番(3回/月)、 ERまたはICUの宿直(1回/月)							

- ・ 外来診療：総合内科外来診療 1～2回/週、専門内科外来診療(消化器、呼吸器、循環器、神経、内分泌、腎・膠原病、血液) 選択制とし、だいたいクリニックで行う。
- ・ 入院診療(必要40症例と提出病歴要約10件、大同内科研修システム「内科は一つ」に属し、必要症例を選択・担当する。)
- ・ 退院調整に積極的に携わる(介護保険制度、看とり、老人保健施設、特別養護老人施設などの現状把握)
- ・ 一般診療所(なわファミリークリニック)での研修は選択制とし、週1回程度で行う。
- ・ 認知症疾患医療チーム、医療安全チーム、嚥下機能評価チーム、院内感染制御チーム、抗生剤適正使用監視チーム、緩和医療チーム等に月2回参加する。
- ・ 担当患者の病理検体や喀痰などの生体標本は病理医や検査技師と共に検討する。
- ・ 当直業務は内科専攻医と同じ。

大同病院（小児科）

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-9:00 朝カンファランス							
9:00-12:00 外来業務							
9:00-12:00または13:00-16:00病棟業務							
13:00-17:00 小児救急外来							
13:00-17:00 予防接種業務							
13:00-17:00 小児在宅診療・重心施設							
16:00-17:00 症例カンファ							
平日宿直(1~2回/週)、 土日の日直・宿直(1~2回/月)							

- ・ 病棟業務にNICUを含む。
- ・ 小児虐待対策委員のメンバーに加わる。
- ・ 外来診療
- ・ 小児在宅診療
- ・ 重心施設での診療
- ・ 予防接種業務
- ・ 当直業務

大同病院（救急科）

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-8:30 朝カンファ							
8:30-9:00 ICU患者診察							
9:00-12:00 午前救急外来							
9:00-12:00 午前救急搬送対応							
13:00-16:00 午後救急外来							
13:00-16:00 午後救急搬送対応							
16:00-17:00 症例カンファ							
平日宿直(1回/週)、 土日の日直・宿直(1~2回/月)							

- ・ ER業務
- ・ 当直業務
- ・ 救急センターから搬入したICU患者は積極的に対応する。

総合在宅医療クリニック・総合在宅医療クリニック名駅（総合診療Ⅰ）

	月	火	水	木	金	土	日
朝	モーニングレクチャー						
午前	カンファレンス						
	診療同行・訪問診療						
	一般外来・在宅外来 (だいでうクリニック総合内科)						
昼	ランチョンセミナー						
午後	診療同行・訪問診療						
時間外	担当患者の病態に応じた診療・夜間コール						

- ・ 看護師とペアで患者宅を訪問する
- ・ 適宜多職種同行を行う。
- ・ 外来診療の補完研修は、関連施設 だいでうクリニックで行う。

連携施設

愛知厚生連 知多厚生病院・篠島診療所（総合診療Ⅰ）

	月	火	水	木	金	土	日
9:00-13:00 篠島診療所外来・訪問診療							
9:00-12:00 病院内科外来							
13:00(15:00)-16:00 病院検査業務							
16:00-17:00 多職種カンファ							
16:00-17:00 症例カンファ							
平日宿直(1回/週)、 土日の日直・宿直(1~2回/月)							

豊田地域医療センター（総合診療Ⅰ）

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-9:00 モーニングカンファ							
9:00-12:00 外来							
9:00-12:00 病棟							
9:00-12:00 訪問診療							
13:00-17:00 外来							
13:00-17:00 病棟							
13:00-17:00 訪問診療							
13:00-17:00 レジデントデイ							
13:00-17:00 健診、乳幼児健診、 予防接種							
平日当直(1~2回/月) 土日の当直(1回/月)							
平日在宅オンコール(3~5回/月) 土日の在宅オンコール(2回/月)							

諏訪中央病院（総合診療Ⅱ）

		月	火	水	木	金	土	日
朝	救急勉強会・内科外科カンファレンス							
午前	入院症例カンファレンス・入院患者診察							
	救急総合診療センター外来							
	予約外来診療							
	人間ドッグ外来・リハビリ外来・ワクチン外来							
	選択研修							
昼	昼カンファレンス							
午後	総合診療教育回診・病棟研修							
	入院症例カンファレンス							
	内科・総合診療科カンファレンス							
	地域参加型カンファレンス							
	家庭医療カンファレンス							
	救急総合診療センター							
	CPC・講習会							
夜	担当患者の病態に応じた診察							
	オンコール・日当直							
休日	講習会・学会参加							

飯塚病院（総合診療Ⅱ）

		月	火	水	木	金	土	日
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							
8:30-9:30	退院患者カンファレンス							
9:00-17:00	外来診療・入院患者診療							
17:00-18:30	輪読会（総/研）							
18:00-19:00	シニアカンファレンス							
時間外	担当患者の病態に応じた診療							
	オンコール・当直など							

本プログラムに関連した全体行事の年度スケジュール

SR1:専攻医1年次、SR2:専攻医2年次、SR3:専攻医3年次

月	全体行事予定
4	- SR1：研修開始。専攻医および指導医に提出用資料の配布、日本内科学会内科領域専攻医登録評価システム(J-Osler)への研修者登録 - SR2、SR3、研修終了予定者：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、PG 統括責任者：前年度の指導実績報告の提出
5	第1回研修PG管理委員会：研修実施状況評価、終了判定
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 - 日本プライマリ・ケア連合学会参加（発表） - 次年度専攻医のPG説明会開催 および 公募開始
7	研修修了者：専門医認定審査（筆記試験、実技試験）
8	次年度専攻医採用審査（書類及び面接）開始
9	日本病院総合診療医学会学術総会出席（発表）
10	SR1、SR2、SR3:研修手帳の記載整理（中間報告）
11	- SR1、SR2、SR3: 研修手帳の提出（中間報告） - 中部プライマリ研究会に出席
12	第2回研修PG管理委員会：研修実施状況評価、採用予定者の承認
1	ポートフォリオ発表会
2	次年度専攻医公募締め切り
3	- 第3回研修PG管理委員会：研修実施状況評価 - その年度の研修終了 - SR1：日本内科学会内科領域専攻医登録評価システム(J-Osler)による病歴要約評価、技術・技能評価、専攻医の全体評価の完了 - 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PG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）

専門研修施設群・連携体制

研修施設群



だいどうクリニック
： 関連施設



知多厚生病院、篠島診療所
： 連携施設



大同病院： 基幹施設



豊田地域医療センター： 連携施設



飯塚病院： 連携施設



南高山地域医療センター
： 連携・関連施設



大同地域包括ケアネットワーク
： 連携・関連施設群



総合在宅医療クリニック： 連携施設



諏訪中央病院： 連携施設

10. 本プログラムの指導体制と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・特任指導医数×2名です。3学年の総数は総合診療専門研修指導医・特任指導医数×6名です。本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指導医・特任指導医1名に対して3名までとします。受入専攻医数は施設群が専攻医の必要経験数を十分に提供でき、質の高い研修を保証するためのものです。

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

小児科領域と救急科領域を含むその他の診療科のローテー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。

現在、本プログラムの研修にあたる総合診療専門研修指導医・特任指導医数は36名であり、この基準に基づくと毎年72名が最大受入数となりますが、本プログラムでは毎年2名を定員としています。

11. 総合診療専門研修特任指導医

本プログラムには、総合診療専門研修指導医・特任指導医が総計36名(大同病院1名、諏訪中央病院5名、飯塚病院5名、知多厚生病院2名、知多厚生病院附属篠島診療所1名、豊田地域医療センター21名、南高山地域医療センター1名)在籍しています。

本プログラムにおいては、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、また、特任指導医は、卒後の臨床経験7年以上の医師のうち、以下の1)～10)のいずれかに該当する医師から選任され、総合診療専門研修特任指導医講習会の受講を経て、その能力が担保されています。

- 1) 日本プライマリ・ケア連合学会認定プライマリ・ケア認定医、または家庭医療専門医
- 2) 全国自治体病院協議会(全自病協)・全国国民健康保険診療施設協議会(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) 全日本病院協会(全日病)認定総合医
- 6) 日本病院会(日病)認定総合医
- 7) 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
- 8) 大学病院または臨床研修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
- 9) 大学病院または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
- 10) 都道府県医師会ないし市区医師会から「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

12. 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

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ます。総括的評価は総合診療専門研修カリキュラムに則り、少なくとも年 1 回行います。

大同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 年間以上保管します。

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ます。

- 研修手帳 (専攻医研修マニュアル / 別冊「研修手帳」参照)
- 指導医マニュアル (P.41～「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 (別冊「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 (別冊「研修手帳」参照)

13. 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す。

以下に、「振り返り」、「ポートフォリオ作成」、「研修目標と自己評価」の三点を説明します。

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(資料 1)の記録及び定期的な指導医との振り返りセッションを 1～数ヶ月おきに定期的に行います。その際に、日時と振り返りの主要内容について記録を残します。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) 最良作品型ポートフォリオ作成

常に到達目標を見据えた研修を促すため、最良作品型ポートフォリオ(学習者がある領域に関して最良の学びを得たり、最高の能力を発揮できたりした症例・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 のポートフォリオを作成することが求められますので、指導医は定期的な研修の振り返りの際に、ポートフォリオ作成状況を確認し適切な指導を提供します。また、施設内外にて作成した最良作品型ポートフォリオの発表会を行います。

なお、最良作品型ポートフォリオの該当領域については研修目標にある 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) 研修目標に対する自己評価

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)を定期的に行います。また、多職種による 360 度評価を各ローテーション終了時等、適宜実施します。

更に、年に複数回、他の専攻医との間で相互評価セッションを実施します。

最後に、ローテート研修における生活面も含めた各種サポートや学習の一貫性を担保するために専攻医にメンターを配置し定期的に支援するメンタリングシステムを構築します。メ

ンタリングセッションは数ヶ月に一度程度を保証しています。

【内科ローテート研修中の評価】

内科ローテート研修においては、症例登録・評価のため、内科領域で運用する日本内科学会内科領域専攻医登録評価システム(J-Osler)による登録と評価を行います。これは、期間と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有用となるためです。システムを利用するにあたり、日本内科学会に入会する必要はありません。

6～12 ヶ月間の内科研修の中で、最低 40 例を目安として入院症例を受け持ち、その入院症例(主病名、主担当医)のうち、提出病歴要約として 10 件を登録します。分野別(消化器、循環器、呼吸器など)の登録数に所定の制約はありませんが、可能な限り幅広い異なる分野からの症例登録を推奨します。病歴要約については、同一症例、同一疾患の登録は避けてください。提出された病歴要約の評価は、所定の評価方法により内科の担当指導医が行いますが、内科領域のようにプログラム外の査読者による病歴評価は行いません。

6～12 ヶ月の内科研修終了時には、病歴要約評価を含め、技術・技能評価、専攻医の全体評価(多職種評価含む)の評価結果が専攻医登録・評価システムによりまとめられます。その評価結果を内科指導医が確認し、総合診療プログラムの統括責任者に報告されることとなります。

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

【小児科及び救急科ローテート研修中の評価】

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

3 ヶ月の小児科及び 3 ヶ月の救急科の研修終了時には、各科の研修内容に関連した評価を各科の指導医が実施し、総合診療プログラムの統括責任者に報告することとなります。専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合します。

◎指導医のフィードバック法の学習(FD)

指導医は、最良作品型ポートフォリオ、短縮版臨床評価テスト、ケースに基づくディスカッション及び 360 度評価などの各種評価法を用いたフィードバック方法について、指導医資格を取得時に受講を義務づけている 1 泊 2 日の日程で開催される総合診療専門研修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きます。

14. 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最良作品型ポートフォリオを専門医認定申請年の 4 月末までに専門研修プログラム管理委員会に送付してください。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します。専攻医は日本専門医機構の総合診療専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行ってください。

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 月末までに本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本プログラム管理委員会において評価し、本プログラム統括責任者が修了の判定をします。

その際、具体的には以下の 4 つの基準が評価されます。

- 1) 研修期間を満了し、かつ認定された研修施設で総合診療専門研修Ⅰ 6 ヶ月以上、およびⅡ 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) 内科研修は 6～12 か月の研修を行い、40 症例以上の担当(主担当医)入院症例(主病名)を登録し、その登録症例から 10 症例以上を病歴要約として登録し、内科の担当指導医の評価(承認)を受けていること。
- 3) 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した最良作品型ポートフォリオを通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること
- 4) 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
- 5) 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. Subspecialty 領域との連続性について

総合診療分野と、総合診療分野に関連する様々な Subspecialty 領域の制度設計の動向を踏まえながら、引き続き本プログラムの内容を検討していくこととしますが、いずれにおいても専攻医個々の環境や条件の多様性を考慮し、そのキャリアを支援できる柔軟なプログラムとするために、随時性のある整備を進めていきます。

17. 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) 専攻医が次の 1 つに該当するときは、研修の休止が認められます。研修期間を延長せずに休止できる日数は、所属プログラムで定める研修期間のうち通算 120 日(平日換算)までとします。
 - (ア) 病気の療養
 - (イ) 産前・産後休業
 - (ウ) 育児休業
 - (エ) 介護休業
 - (オ) その他、やむを得ない理由
- (2) 専攻医は原則として 1 つの専門研修プログラムで一貫した研修を受けなければなりません。ただし、次の 1 つに該当するときは、専門研修プログラムを移籍することができます。その場合には、プログラム統括責任者間の協議だけでなく、日本専門医機構・領域研修委員会への相談等が必要となります。
 - (ア) 所属プログラムが廃止され、または認定を取消されたとき
 - (イ) 専攻医にやむを得ない理由があるとき
- (3) 大学院進学など専攻医が研修を中断する場合は専門研修中断証を発行します。再開の場合は再開届を提出することで対応します。
- (4) 妊娠、出産後など短時間雇用の形態での研修が必要な場合は研修期間を延長する必要がありますので、研修延長申請書を提出することで対応します。

18. 専門研修プログラム管理委員会

基幹施設である大同病院総合診療科には、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)を置きます。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、および専門研修連携施設の研修責任者で構成されます。研修プログラムの改善へ向けての会議には 専門医取得直後の若手医師代表が加わります。専門研修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います。専門研修プログラム統括責任者は一定の基準を満たしています。本プログラムに於いては 1)専門研修特任指導医であること、2)総合診療専門研修プログラムの専門研修基幹施設に所属していること、3)日本内科学会認定総合内科専門医を有する内科学会指導医であること、4)日本専門医機構が指定するプログラム統括責任者講習会を修了している、を満たしプログラム統括責任者の資格要件を満たしています。

i. 基幹施設の役割

基幹施設は連携施設とともに施設群を形成します。基幹施設に置かれた専門研修プログラム統括責任者は、総括的評価を行い、修了判定を行います。また、専門研修プログラムの改善を行います。

ii. 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総合診療研修委員会への専攻医登録
- ・ 専攻医ごとの、研修手帳及び最良作品型ポートフォリオの内容確認と中間評価の実施、今後の専門研修の進め方についての検討
- ・ 研修手帳及び最良作品型ポートフォリオに記載された研修記録、総括的評価に基づく、専門医認定申請のための修了判定
- ・ 各専門研修施設の前年度診療実績、施設状況、指導医数、現在の専攻医数に基づく、次年度の専攻医受け入れ数の決定
- ・ 専門研修施設の評価に基づく状況把握、指導の必要性の決定
- ・ 専攻医および指導医・特任指導医へのフィードバックの提供、専攻医および指導医・特任指導医からのフィードバックを受ける
- ・ 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

iii. 連携施設での委員会組織

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

19. 専攻医の就業環境について

1) 労働環境・労働安全・勤務条件

基幹施設および連携施設の研修責任者とプログラム統括責任者は専攻医の労働環境改善と安全の保持に努めます。

専攻医の勤務時間、休日、当直、給与などの勤務条件については、労働基準法を遵守し、各施設の労使協定に従います。さらに、専攻医の心身の健康維持への配慮、当直業務と夜間診療業務の区別とそれぞれに対応した適切な対価を支払うこと、バックアップ体制、適切な休養などについて、勤務開始の時点で説明を行います。

研修年次毎に専攻医および指導医は専攻医指導施設に対する評価も行い、その内容は大同病院総合診療専門研修管理委員会に報告されますが、そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれます。

i. ストレートに専門研修を修了しない場合について【整備基準 33】

- ・ 専攻医が次の 1 つに該当するとき、研修休止が認められる。研修期間を延長せずに休止する日数、所属プログラムで定める研修期間うち通算 120 日(平日換算)までとします。
 - (1) 病気 療養
 - (2) 産前・産後休業
 - (3) 育児休業
 - (4) 介護休業
 - (5) その他、やむを得ない理由
- ・ 専攻医は原則として 1 つ 専門研修プログラムで一貫した研修を受けなければなりませんが、次の 1 つに該当するとき、専門研修プログラムを移籍することができます。その場合は、プログラム統括責任者間協議だけでなく、日本専門医機構・領域研修委員会へ相談等が必要となります。
 - (1) 所属プログラムが廃止され、また認定を取消されたとき
 - (2) 専攻医がやむを得ない理由(大学院進学なども含む)で研修を中断する場合、専門研修中断証を発行します。再開の場合には再開届を提出することで対応します。

- ・ 妊娠、出産後など短時間雇用形態で研修が必要な場合は、研修期間を延長する必要があり、研修延長申請書を提出することで対応します。

2) 専攻医の就業環境の整備機能(労務管理)

労働基準法や医療法を順守することを原則とします。

基幹施設、連携施設の所属の如何に関わらず、総合診療専門医研修を行う施設における就業規則と給与規則に準じて就業環境を整えていきます。ただし異動を伴う必須研修の場合には、病院間の調整で定めた就労規則と給与規則に従って総合診療専門研修を行います。

基幹施設である大同病院の整備状況：

- (1) 初期臨床研修制度基幹型研修指定病院である。
- (2) 研修に必要な図書室とインターネット環境がある。
- (3) 社会医療法人宏潤会常勤医師または非常勤医師として労務環境が保障されている。
- (4) メンタルストレスに適切に対処する部署(健康管理室)がある。
- (5) ハラスメントに適切に対処する部署がある。
- (6) 女性専攻医が安心して勤務できるように、休憩室、更衣室、仮眠室、シャワー室、当直室が整備されている。
- (7) 敷地に隣接し院内保育所(「大同保育所おひさま」)があり、入所対象は職員(パートタイム職員を含む)の子で、延長保育、夜間保育、病児・病後児保育にも利用可能である。

また、総括的評価を行う際、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、その内容は大同病院総合診療専門研修プログラム管理委員会に報告されますが、そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれ、適切に改善を図ります。

20. 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を行うこととしています。

1) 専攻医による指導医および本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、本プログラムに対する評価を行います。また、指導医も専攻医指導施設、本プログラムに対する評価を行います。専攻医や指導医等からの評価は、専門研修プログラム管理委員会に提出され、専門研修プログラム管理委員会は本プログラムの改善に役立てます。このようなフィードバックによって本プログラムをより良いものに改善していきます。

なお、こうした評価内容は記録されますが、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います。評価にもとづいて何をどのように改善したかを記録し、毎年 3 月 31 日までに日本専門医機構の総合診療研修委員会に報告します。

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

2) 研修に対する監査(サイトビジット等)・調査への対応

本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)が行われます。その評価にもとづいて専門研修プログラム管理委員会で本プログラムの改良を行います。本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します。

また、同時に、総合診療専門研修プログラムの継続的改良を目的としたピアレビューとして、総合診療領域の複数のプログラム統括責任者が他の研修プログラムを訪問し観察・評価す

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

21. 専攻医の採用

採用方法

大同病院総合診療専門研修プログラム管理委員会は、2025 年度から研修を開始する専攻医の募集について、プログラム公開後、随時、選考応募を受け付け、選考面接を行います。採否については、専門医機構の示す募集期間（専攻医登録システムへの登録期間）開始後、プログラム登録手続きの完了を確認次第、文書で通知します。プログラムへの応募者は、研修プログラム責任者宛に所定書式の『大同病院専門研修基幹プログラム 専攻医申込履歴書』および『推薦状』（いずれも大同病院ホームページよりダウンロード可）、医師免許証（写）、臨床研修修了見込証明書または臨床研修修了登録証（写）を下記まで郵送してください。なお、応募期日については、専門医機構の示す募集期間に沿って設定し、ホームページで公表します。

応募者および選考結果については 12 月の大同病院総合診療科専門研修プログラム管理委員会において報告します。

（問合せ・応募書類郵送先）

大同病院卒後研修支援センター

〒457-8511 名古屋市南区白水町9番地

E-mail: kenshu@daidohp.or.jp（大島 巧）

HP: <http://www.daidohp.or.jp>

研修開始届け

研修開始時期に合わせ、専攻医登録システムより行ってください。

以上

大同病院総合診療専門研修 指導医マニュアル

1. 総合診療専門研修特任指導医の定義・要件

2020 年に総合診療専門医となった若手医師たちが、その専門医資格を更新する 2025 年以降、「専門医資格を 1 回以上更新した、新しい総合診療専門研修指導医」が誕生することになる。その「新しい総合診療専門研修指導医」が誕生し一定の数に増えるまで、総合診療医育成の重要な役割を担うことが期待されるのは、以下の要件に該当する総合診療専門研修特任指導医である。

臨床能力と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が求められ、総合診療専門研修特任指導医講習会の受講を必要とする。

卒後の臨床経験 7 年以上の医師のうち、以下の 1)～8)のいずれかに該当する医師が特任指導医の候補となる。

- 1) 日本プライマリ・ケア連合学会認定プライマリ・ケア認定医及び家庭医療専門医
- 2) 全国自治体病院協議会(全自病協)・全国国民健康保険診療施設協議会(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

2. 総合診療専門研修特任指導医の役割

専門研修指導医にはさまざまな役割がある。質の高い専門研修を保证するためには、すべての指導医が自分自身の果たすべき役割について共通の認識を持つ必要がある。以下に総合診療専門研修特任指導医の 6 つの役割を示す。

I. 総合診療領域の専門性に基づいた学習の提供

総合診療領域は日本の医療において、その専門性に対する理解が十分には浸透していない分野である。専門研修においても、内科、小児科、救急科など関連の深い診療科でのローテート研修で多様な学びが展開されるが、そうした場で総合診療の専門性に対するアイデンティティは時に揺らぎやすい。それゆえ、主たる研修である総合診療専門研修 I・II においては、直接指導にあたる総合診療専門研修指導医が日々の症例検討や振り返りの作業の中で総合診療の概念や学術的背景理論を基盤として専攻医と議論することが求められる。また、「4.専門研修プログラム統括責任者の業務と権限」で詳述するように、プログラム統括責任者はこうした 3 年間のローテート研修全体を通して継続的に専攻医の学習へのサポートをメンタリング等で行い、総合診療の概念や学術的背景理論を伝える必要がある。

こうした研修の積み重ねの中で、次第に専攻医は総合診療専門医としての能力と責任感を身につけ、真に地域に貢献する専門医として育っていく。この専門性に関する教育が欠如した状態での知識と技能に偏った教育は、専攻医の総合診療医としてのアイデンティティ形成に深刻な歪みをもたらすであろう。そのためにも、総合診療専門医のコアコンピテンシーとして定められた 7 つの能力については全ての指導医が他者に対して説明できる程度に十分理解することが求められ、医療制度や地域の医療資源の変化に応じて常にその知識を洗練させていく必要がある。

Ⅱ. 医学知識とその検索・活用方法の提供

膨大な医学知識すべてを、一人の医師が記憶することはもはや不可能である。とくに近年、毎年数十万篇もの医学論文が発表されていて、中には、従来定説となっていた知識が覆される事例もある。このような、いわば“生きている”医学知識に常に追いついていくことは、狭い専門分野に限ってさえ容易ではない。まして、総合診療領域は取り扱う健康問題の幅が広く、その労力は更に大きい。指導医にはこのような膨大な知識を切り売りすることのみが求められているわけではなく、必要な時に必要な知識を短時間で入手、活用するテクニックを伝えることのほうが重要である。

知識の検索方法としては、原著論文などをいわゆる Evidence-based Medicine(EBM) の手順で批判的に吟味し適応する方法や、2 次資料と診療ガイドラインを適確に活用する方法を専攻医に教えることが重要である。その際、そうしたエビデンスをいかに患者に適応すべきか判断し、そのケアのプロセスを評価することが特に強調されるべきである。費用対効果を考慮することも今後ますます重要になるものと思われる。

なお、総合診療領域を特徴付ける知識としては以下の項目が挙げられる。指導医はその内容に十分精通する必要がある。

- 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、文化などのコンテキスト(※)が関与していることを全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、家族志向でコミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。(※コンテキスト:患者を取り巻く背景・脈絡を意味し、家族、家計、教育、職業、余暇、社会サポートのような身近なものから、地域社会、文化、経済情勢、ヘルスケアシステム、社会的歴史的経緯など遠景にあるものまで幅広い位置づけを持つ概念)
- プライマリ・ケアの現場では、疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論に基づく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、更には健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチが求められる。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地域に対する医療機関としての継続性、更には診療の継続性に基づく医師・患者の信頼関係を通じて、一貫性をもった統合的な形で提供される。
- 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。
- 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。
- 総合診療専門医は日本のプライマリ・ケアの現場が外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえて、その能力を場に応じて柔軟に適用することが求められ、その際には各現場に応じた多様な対応能力が求められる。

Ⅲ. 臨床手技(スキル)の学習の提供

知識とあわせて総合診療に必要な各種検査や治療の手技についても様々な教育方略を用いて指導することが求められる。

なお、総合診療領域を特徴付ける技能としては以下の項目が挙げられる。指導医はその技能に十分精通する必要がある。

- 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、治療に必要な身体診察及び検査・治療手技
- 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
- 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
- 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
- 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

IV. 精神心理面への配慮

研修はストレスに満ちている。指導医は、専攻医の認知面、身体面での負担の大きさ、その結果としての情動面での脆弱性に十分配慮しなくてはならない。当然、専攻医一人ひとりの能力を十分見極めた上での配慮ということになる。

1. 専攻医が学ぶべき医学知識や技量が一時に能力を超えて多くはないか？
2. 身体的な負担が、能力を超えて大きくないか？
3. 情動面での負担は大きくないか？
4. 総合診療領域を学ぶ専攻医としてのアイデンティティは様々なローテート研修の中でも保たれているか？

V. 専攻医の評価

指導医が日常の教育活動の中で提供する評価は主として形成的評価である。形成的評価は、評価することで専攻医の学習意欲を高め、より優れた医師になってもらうことに主眼を置く。研修目標を達成するために適切な方向に向かっているのかを知らせる上で形成的評価は非常に重要である。

成人学習理論に基づき、指導医は次のような形成的評価の仕方を心がけるべきであろう。

- ① 専攻医の優れた点、良いパフォーマンスを見つけて誉めることを忘れない。
- ② 良くない点、改善を要する点についても必ず言及する。しかし、あくまでも指導医が自ら観察した専攻医の決断や行為について具体的に指摘するべきで、性格を非難したり、人格を否定したり、一般化するような言葉を投げかけてはならない。
- ③ 良くない点、改善を要する点について言及するにあたって、どうしてそのようなパフォーマンスになってしまったのか、専攻医に説明してもらうこと。行動の背後にある論理、思考・認知過程と専攻医の置かれたコンテキストを理解することで、どこに誤りがあるのか明確になることが多い。

VI. ロールモデル

なんと言っても、指導医が果たすべきもっとも重要な役割は専攻医のロールモデルとなることであろう。医学知識を伝授するのみでなく、臨床現場での技能や態度を伝えるためには、同時代を生きるモデルとしての振る舞いが必要である。指導医が医師としてヒューマニズムあふれる診療態度や教育態度を示すことにより、専攻医はそのような態度を自然に身に付けていくものである。実際、学習者は「するようにと教えられたこと」よりも「実際に行われていること」により強く影響される。

指導医はロールモデルとしての役割を十分に認識し、思慮深く振舞う必要がある。一人ひとりの専攻医の能力やニーズ、パーソナリティの違いに配慮し、できるだけ教育のための時間(ディスカッションとフィードバック)をとることが望まれる。教えることによって自分自身も学ぶという指導者の態度は、それ自体、生涯学習の態度として専攻医に伝えるべきものである。

3. 専門研修プログラム統括責任者の基準・資格要件

プログラム統括責任者の資格要件として、以下の 1)、2)、3)の全てを満たすことを原則とする。

- 1) 専門研修特任指導医であること
- 2) 総合診療専門研修プログラムの専門研修基幹施設に所属していること
- 3) 以下の①②③④⑤のいずれかである
 - ① 日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医
 - 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 大学病院または臨床研修指定病院における総合診療部門の十分な教育経験を有する医師
 - ⑤ 日本内科学会認定総合内科専門医を有する内科学会指導医

4. 専門研修プログラム統括責任者の業務と権限

- 1 プログラム統括責任者あたりの最大専攻医数はプログラム全体で 20 名とする。それ以上になれば副プログラム統括責任者を置く。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

5. 総合診療専門研修カリキュラムの目指すもの

A. 総合診療専門医制度の理念

- (1) 総合診療専門医の質の向上を図り、以て、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的とする。
- (2) 地域で活躍する総合診療専門医が、誇りをもって診療等に従事できる専門医資格とする。特に、これから、総合診療専門医資格の取得を目指す若手医師にとって、夢と希望を与える制度となることを目指す。
- (3) 我が国の今後の医療提供体制の構築に資する制度とする。

B. 総合診療専門医の使命

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使命を担う。

C. 専門研修後の成果 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。

- 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

※各項目の詳細は、総合診療専門医専門研修カリキュラムの到達目標 1～6 参照

6. 専攻医が身に付けるべき専門知識、専門技能、学問的姿勢、医師としての態度、経験目標

当マニュアルの P.9(資料 1) 及び別冊専門研修カリキュラムの経験目標を参照

7. 基本的な研修スケジュールと年次到達度

総合診療専門研修プログラムは、複数の連携施設の協力体制が基盤となり、その中にある基幹施設が研修全体をコーディネートするスタイルとなる。その施設群の構成要件として 3 年以上の研修期間において、以下の基準を満たさなければならない。

- (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、それぞれ 6 ヶ月以上、合計で 18 ヶ月以上の研修を行う
- (2) 必須領域別研修として、内科 12 ヶ月以上、小児科 3 ヶ月以上、救急科 3 ヶ月以上の研修を行う
- (3) その他の領域別研修では、研修目標の達成に必要な範囲で外科・整形外科・産婦人科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科などの各科での研修を行う。

大同病院総合診療専門研修プログラム P.18 に「本プログラムのローテーション概要」を示す。

なお、専攻医 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レベル、専攻医 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レベル、専攻医 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、かつ指導できるレベルを習得することが求められている。

総合診療専門研修においては、ローテーション終了時に診療専門医が身に付けるべき専門知識、専門技能、学問的姿勢、医師としての態度、経験目標が欠落なく習得できるように構成されている。ローテーション中に研修目標を習得しやすい研修の場については、当マニュアルの P.9(資料 1) のように想定されている。また内科、救急科、小児科での研修の典型例はそれぞれ、当マニュアルの P.18(資料 2)、P.20(資料 3)、P.23(資料 4) のように考えられている。基幹施設以外の研修内容も考慮しながら、指導医が指導に当たることが好ましい。

8. 研修方略ならびに指導医に必要な指導法

(1) 臨床現場での学習(OJT)

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ポートフォリオ(経験と省察のファイリング)作成という形で全研修課程において実施する。場に応じた教育方略は下記の通りとする。

・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(プリセプティンク)、`更には診療場面をビデオ等で直接観察してフィードバックを提供するビデオレビューを実施する。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。

・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するためのシャドウイングを実施する。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。

・病棟医療

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。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。

・救急医療

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。

・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(Off-JT)

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。臨床現場で経験数の少ない手技などに関してはシミュレーション機器を活用して学ぶこともできる。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できる。

(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日本プライマリ・ケア連合学会等における 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。

(4) 学術活動

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。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。

9. 研修実績記録と評価

A. 形成的評価

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ことが重要である。具体的には、研修手帳の記録及び指導医との振り返りセッションを定期的実施する。

常に到達目標を見据えた研修を促すため、最良作品型ポートフォリオ(学習者がある領域に関して最良の学びを得たり、最高の能力を発揮できた症例・事例に関する経験と省察の記録)作成の支援を通じた指導を行う。作成した最良作品型ポートフォリオの発表会を行う。

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、適宜実施する。

日々のフィードバックに加えて、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。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。以上の、フィードバック(形成的評価)の結果については、研修手帳(7 研修振り返りのページ)などに過不足なく記録を残す。

B. 総括的評価

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、カリキュラム基準に到達していることを確認する。その際は当マニュアル P.9「[研修目標と研修の場](#)」(資料1)を参考に、そのローテート研修での経験が望ましい項目を中心に評価する。なお、ローテート研修の修了評価は、当該領域の指導責任者とプログラム統括責任者が共同で行う。

全プログラム修了時に、プログラム統括責任者は、研修手帳をもとに専攻医の研修内容、目標到達度、専攻医の自己評価、関係した多職種からの 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確認し、以下のプロセスで総括的評価を行う。

プログラム統括責任者がプログラム管理委員会を招集し、次の基準を満たしていることを確認し専攻医の専門研修修了判定を行い、日本専門医機構はその結果を確認して修了登録を行う。

- 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 18 ヶ月以上、および II 8 ヶ月以上・合計 26 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 6 ヶ月以上、精神科 1 ヶ月以上を行っていること。
- 2) 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した最良作品型ポートフォリオを通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること
- 3) 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること
- 4) その他、プログラム毎に定める基準に達していること。

10. 研修手帳の使い方

「研修手帳」は、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等で構成されている。専攻医が日常的に研修手帳を利用する際に、指導医が提供すべきサポートや評価は以下の通りである。

- 研修の振り返り：専攻医と指導医は 1～数ヶ月おきに定期的な研修の振り返りを実施する必要がある。その際に、日時と振り返りの主要内容 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記録する。
- ポートフォリオ作成：専攻医は詳細 20 事例、簡易 20 事例のポートフォリオを作成することが求められる。指導医は、定期的な研修の振り返りの際に、ポートフォリオ作成状況を確認し適切な指導を提供する。
- 研修目標と自己評価：専攻医は研修目標の各項目の達成段階について 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。

11. 評価のために指導医に求められること

総合診療指導医は、指導医養成ワークショップなどに加えて、最良作品型ポートフォリオ、短縮版臨床評価テスト、ケースに基づくディスカッション及び360度評価などの各種評価法を用いたフィードバック方法について学ぶために、指導医資格を取得時に受講を義務づけている1泊2日の日程で開催される指導医講習会や医学教育のテキストを用いて学習を深める必要がある。

12. 専門研修の休止・中断等への対応

専攻医が専門研修を休止・中断せざるを得ない状況もありうる。その場合の対応の責任はプログラム統括責任者にあるが、現場での教育を担う指導医は、専攻医にとっての最も身近な上級医として、またプログラム統括責任者との調整役として、専攻医のサポートにあたることが求められる。

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120日(平日換算)までとする。

- (1) 病気の療養
- (2) 産前・産後休業
- (3) 育児休業
- (4) 介護休業
- (5) その他、やむを得ない理由

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。

- (1) 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
- (2) 専攻医にやむを得ない理由があるとき

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。

妊娠、出産後など短時間雇用の形態での研修が必要な場合は研修期間を延長する必要があり、研修延長申請書を提出することで対応する。

13. 指導能力の維持・向上

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、その受講を促す役割を担う。

指導医はプログラム統括責任者の示した研修計画に従って、指導能力を維持・向上させるための計画的な自己学習を継続しなければならない。日本専門医機構、関係学会や組織が提供する指導医養成講座を受講するなど、定期的な学習の機会を確保することが必要である。

受講の際、各指導医は当マニュアル [P.25 資料 5「指導医としての自己学習履歴」](#)に記録を残し、年に1度、プログラム統括責任者にその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こととなる。

以下、(資料1)に本プログラムでの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示す。ローテーションの際には特に主たる研修の場では目標を達成できるように意識して修練を積むことが求められる。本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こととなる。

研修目標と研修の場

(資料1)

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場						総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨						◎：主たる研修の場 ○：従たる研修の場 ◎：主たる研修の場、○：研修可能な場					
Ⅰ．一般的な症候及び疾患へのへの評価及び治療に必要な診察及び検査・治療手技 以下に示す検査・治療手技のうち、※印の項目は90％以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。						総合診療Ⅰ (診療所/ 中小病院)		総合診療Ⅱ (病院総合診療 部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別 研修	
						設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
(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を実施できる。						○	◎					◎	◎				
※②成人患者への身体診察（直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む）を実施できる						○	◎	◎	◎	◎	◎			○	◎	○	
※③高齢患者への高齢者機能評価を目的とした身体診察（歩行機能、転倒・骨折リスク評価など）や認知機能検査（HDS-R、MMSEなど）を実施できる。						○	◎	◎	◎	○	○						
※④耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる。						○	◎	◎	◎							○	
※⑤死亡診断を実施し、死亡診断書を作成できる。						◎	◎	◎	◎	◎	○	○		◎	○		
⑥死体検案を警察担当者とともに実施し、死体検案書を作成できる。						○	◎	◎	○	◎				◎	◎		
(イ) 実施すべき手技																	
※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）						◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
(ウ) 検査の適応の判断と結果の解釈が必要な検査																	
※①単純×線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）						◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎		
※②心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査						◎	◎	◎	◎	◎	○	◎		◎	○		
※③超音波検査（腹部・表在・心臓、下肢静脈）						◎	◎	◎	◎	◎	○	◎		◎	○		
※④生体標本（喀痰、尿、皮膚等）に対する顕微鏡的診断						○	◎	◎	◎	◎	○	◎	○	○	○		
※⑤呼吸機能検査						○	◎	◎	◎	◎	○						
※⑥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						○	◎	◎								○	
⑦消化管内視鏡（上部）						◎	○	◎	○	◎	◎						
⑧消化管内視鏡（下部）						◎	○	◎	○	◎	◎						
⑨造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）						○	○	○	○	◎	◎						
※⑩頭・頸・胸部単純CT、腹部単純・造影CT								◎	◎	◎	◎		○	◎	◎		
⑪頭部MRI/MRA								◎	◎	◎	◎		○	◎	◎		

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場		総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨										◎:主たる研修の場 ○:従たる研修の場 ◎:主たる研修の場、○:研修可能な場	
I. 一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な診察及び検査・治療手技		総合診療 I (診療所/ 中小病院)		総合診療 II (病院総合診療 部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別 研修	
以下に示す検査・治療手技のうち、※印の項目は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてでもできる限り経験することが望ましい。		設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
(エ) 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外傷救急 (JATEC)										◎	◎		
(オ) 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。		○	◎	◎	◎	◎	○						
(カ) 治療法													
※①簡単な切開・異物摘出・ドレナージ		◎	◎	◎	○						◎		○
※②止血・縫合法及び閉鎖療法		◎	◎	◎	○					◎	◎		○
※③簡単な脱臼の整復		◎	◎	◎	○				○	◎	◎		○
※④局所麻酔 (手指のブロック注射を含む)		◎	◎	◎	○					◎	◎		○
※⑤トリガーポイント注射		○	◎	◎	○								○
※⑥関節注射 (膝関節・肩関節等)		○	◎	◎	○								○
※⑦静脈ルート確保および輸液管理 (IVHを含む)		○	◎	◎	◎	◎	○	◎	○	◎	◎		
※⑧経鼻胃管及びイレウス管の挿入と管理		○	◎	◎	◎	◎	○				○		
※⑨胃瘻カテーテルの交換と管理		○	◎	◎	○	◎	○						
※⑩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		○	◎	◎	◎	◎	○				○		
※⑪褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン		◎	◎	◎	◎								○
※⑫在宅酸素療法の導入と管理		◎	◎	○	○	◎	○	◎					
※⑬人工呼吸器の導入と管理		○	○	◎	○	◎	○	◎			◎		
⑭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)		○	○	◎	○	○	○	○		○			
⑮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)		○	○	◎	○								○
⑯小手術 (局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法)		◎	○	◎	○					○	◎		
※⑰包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法		◎	◎	◎	○					○	◎		○
⑱穿刺法 (胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等)		◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎		
※⑲鼻出血の一時的止血		○	◎	◎						○	◎		○
※⑳耳垢除去、外耳道異物除去		○	◎	◎				○	◎				○
㉑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)		○	○	◎						◎	◎		◎
㉒睫毛抜去		○	◎	◎									◎

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場												
総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨 ◎:主たる研修の場 ○:従たる研修の場 ◎:主たる研修の場、○:研修可能な場												
II. 一般的な症候への適切な対応と問題解決 以下に示す症候すべてにおいて、臨床推論に基づく鑑別診断および、初期対応(他の専門医へのコンサルテーションを含む)を適切に実施できる。	総合診療Ⅰ (診療所/ 中小病院)		総合診療Ⅱ (病院総合診療 部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別 研修	
	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
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	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎		
咽頭痛	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎		

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場		総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨 ◎:主たる研修の場 ○:従たる研修の場 ◎:主たる研修の場、○:研修可能な場											
Ⅱ．一般的な症候への適切な対応と問題解決 以下に示す症候すべてにおいて、臨床推論に基づく鑑別診断および、初期対応(他の専門医へのコンサルテーションを含む)を適切に実施できる。		総合診療Ⅰ (診療所/ 中小病院)		総合診療Ⅱ (病院総合診療 部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別 研修	
		設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
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）		○	◎	○	○							◎	○
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		○	○	○				◎	◎			○	

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場		総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨 ◎: 主たる研修の場 ○: 従たる研修の場 ◎: 主たる研修の場、○: 研修可能な場											
Ⅲ. 一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント		総合診療Ⅰ (診療所/ 中小病院)		総合診療Ⅱ (病院総合診療 部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別 研修	
以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じて他の専門医・医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントができる。また、()内は主たる疾患であるが、例示である。 ※印の疾患・病態群は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。		設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
(1) 血液・造血器・リンパ網内系疾患													
※[1] 貧血 (鉄欠乏貧血、二次性貧血)		○	◎	◎	◎	○	◎	○	○	○	○		
[2] 白血病						◎	◎						
[3] 悪性リンパ腫						◎	◎						
[4] 出血傾向・紫斑病				○	○	◎	◎				○		
(2) 神経系疾患													
※[1] 脳・脊髄血管障害 (脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血)		○	○	◎	◎	◎	◎			○	◎		◎
※[2] 脳・脊髄外傷 (頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫)		○	○	◎						◎	◎		◎
※[3] 変性疾患 (パーキンソン病)		○	○	◎	○	◎	◎						
※[4] 脳炎・髄膜炎				◎	○	◎	◎	○	○	○	◎		
※[5] 一次性頭痛 (片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛)			◎	◎	◎	◎	○	○	○				
(3) 皮膚系疾患													
※[1] 湿疹・皮膚炎群 (接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎、皮脂欠乏性皮膚炎)		◎	◎	◎	○			○	◎				◎
※[2] 蕁麻疹		◎	◎	◎		○		○	◎	○	○		◎
※[3] 薬疹		○	◎	◎	◎	○	◎	○	○	○	○		◎
※[4] 皮膚感染症 (伝染性膿痂疹、蜂窩織炎、白癬症、カンジダ症、尋常性ざ瘡、感染性粉瘤、伝染性軟肉腫、疥癬)		○	◎	◎	○			○	◎				◎
(4) 運動器 (筋骨格) 系疾患													
※[1] 骨折 (脊椎圧迫骨折、大腿骨頭部骨折、橈骨骨折)		○	○	◎						○	◎		◎
※[2] 関節・靱帯の損傷及び障害 (変形性関節症、捻挫、肘内障、腱板炎)		○	○	◎				○		○	◎		◎
※[3] 骨粗鬆症		○	◎	◎	○		○						◎
※[4] 脊柱障害 (腰痛症、腰椎椎間板ヘルニア、腰部脊柱管狭窄症)		○	◎	◎						○	○		◎
(5) 循環器系疾患													
※[1] 心不全		○	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎		
※[2] 狭心症、心筋梗塞		○	○	◎	○	◎	◎			◎	◎		
[3] 心筋症				◎		○	○	○	○	○	○		
※[4] 不整脈 (心房細動、房室ブロック)		○	○	◎	○	◎	◎			◎	◎		
[5] 弁膜症 (僧帽弁膜症、大動脈弁膜症)		○	○	○	○	◎	◎	○	○				
※[6] 動脈疾患 (動脈硬化症、大動脈瘤)		○	○	○	○	◎	◎			○	○		
※[7] 静脈・リンパ管疾患 (深部静脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ浮腫)		○	◎	○	◎	◎	◎			○			
※[8] 高血圧症 (本態性、二次性)		◎	◎	◎	◎	◎	◎	○		○			

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場		総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨				◎: 主たる研修の場 ○: 従たる研修の場 ◎: 主たる研修の場、○: 研修可能な場							
Ⅲ. 一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント		総合診療Ⅰ (診療所/ 中小病院)		総合診療Ⅱ (病院総合診療 部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別 研修	
以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じて他の専門医・医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントができる。また、（ ）内は主たる疾患であるが、例示である。 ※印の疾患・病態群は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。		設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
(6) 呼吸器系疾患													
※[1]呼吸不全（在宅酸素療法含む）		◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎		
※[2]呼吸器感染症（急性上気道炎、気管支炎、肺炎）		◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎		
※[3]閉塞性・拘束性肺疾患（気管支喘息、気管支拡張症、慢性閉塞性肺疾患、塵肺）		◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎		
[4]肺循環障害（肺塞栓・肺梗塞）		○		◎	○	◎	◎			◎	◎		
※[5]異常呼吸（過換気症候群、睡眠時無呼吸症候群）		◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎		
※[6]胸膜・縦隔・横隔膜疾患（自然気胸、胸膜炎）		○	○	◎	◎	◎	◎	○		◎	◎		
[7]肺癌		○	○	○	○	◎	◎						
(7) 消化器系疾患													
※[1]食道・胃・十二指腸疾患（食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎、逆流性食道炎）		◎	◎	◎	◎	◎	◎			○	○		
※[2]小腸・大腸疾患（イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻、過敏性腸症候群、憩室炎、大腸癌）		◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○		
※[3]胆嚢・胆管疾患（胆石、胆嚢炎、胆管炎）		◎	○	○	○	◎	◎			○			
※[4]肝疾患（ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害）		◎	○	○	○	◎	◎			○	○		
※[5]膵臓疾患（急性・慢性膵炎）		◎	○	○	○	◎	◎			○	○		
※[6]横隔膜・腹壁・腹膜疾患（腹膜炎、急性腹症、鼠径ヘルニア）		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
(8) 腎・尿路系（体液・電解質バランスを含む）疾患													
※[1]腎不全（急性・慢性腎不全、透析）		○	○	○	○	◎	◎				○		
[2]原発性糸球体疾患（急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群）					○	◎	◎	○	○		○		
※[3]全身性疾患による腎障害（糖尿病性腎症）		○	◎	○	◎	◎	◎						
※[4]泌尿器科的腎・尿路疾患（尿路結石、尿路感染症、過活動膀胱）		○	◎	◎	◎		◎			◎	◎		◎
(9) 妊娠分娩と生殖器疾患													
[1]妊娠分娩（正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、産褥）		○		◎									◎
※[2]妊婦・授乳婦・褥婦のケア（妊婦・授乳婦への投薬、乳腺炎）		○	◎	◎									◎
※[3]女性生殖器及びその関連疾患（月経異常《無月経を含む》、不正性器出血、更年期障害、外陰・陰・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍）		○	◎	◎									◎
※[4]男性生殖器疾患（前立腺疾患、勃起障害）		○	◎	◎	○								◎

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場												
総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨												
◎:主たる研修の場 ○:従たる研修の場 ◎:主たる研修の場、○:研修可能な場												
Ⅲ. 一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント												
以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じて他の専門医・医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントができる。また、()内は主たる疾患であるが、例示である。 ※印の疾患・病態群は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。												
総合診療Ⅰ (診療所/ 中小病院)												
総合診療Ⅱ (病院総合診療 部門)												
内科												
小児科												
救急科												
他の領域別 研修												
設定 推奨												
(10) 内分泌・栄養・代謝系疾患												
[1]視床下部・下垂体疾患（下垂体機能障害）												
※[2]甲状腺疾患（甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症）												
[3]副腎不全												
※[4]糖代謝異常（糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖）												
※[5]脂質異常症												
※[6]蛋白及び核酸代謝異常（高尿酸血症）												
(11) 眼・視覚系疾患												
[1]屈折異常（近視、遠視、乱視）												
※[2]角結膜炎（アレルギー性結膜炎）												
[3]白内障												
[4]緑内障												
[5]糖尿病、高血圧・動脈硬化による眼底変化												
(12) 耳鼻・咽喉・口腔系疾患												
※[1]中耳炎												
※[2]急性・慢性副鼻腔炎												
※[3]アレルギー性鼻炎												
※[4]咽頭炎（扁桃炎、扁桃周囲膿瘍）												
[5]外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物												
(13) 精神・神経系疾患												
[1]症状精神病												
※[2]認知症（アルツハイマー型、血管型）												
※[3]依存症（アルコール依存、ニコチン依存）												
※[4]うつ病												
[5]統合失調症												
※[6]不安障害（パニック障害）												
※[7]身体症状症（身体表現性障害）、適応障害												
※[8]不眠症												

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場												
総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨												
◎:主たる研修の場 ○:従たる研修の場 ◎:主たる研修の場、○:研修可能な場												
Ⅲ. 一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント												
以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じて他の専門医・医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントができる。また、()内は主たる疾患であるが、例示である。 ※印の疾患・病態群は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。												
(14) 感染症												
総合診療Ⅰ (診療所/ 中小病院)												
総合診療Ⅱ (病院総合診療 部門)												
内科												
小児科												
救急科												
他の領域別 研修												
設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定
※[1]ウイルス感染症（インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎、HIV）												
◎	◎	○	○	◎	○	◎	◎					
※[2]細菌感染症（ブドウ球菌、MRSA、A群レンサ球菌、クラミジア）												
◎	◎	◎	◎	○		◎	○					
[3]結核												
		○		◎	◎							
[4]真菌感染症												
○	◎	◎		○			○					◎
[5]性感染症												
○	○	◎		○								◎
[6]寄生虫疾患												
○		◎			○		○					
(15) 免疫・アレルギー疾患												
※[1]膠原病とその合併症（関節リウマチ、SLE、リウマチ性多発筋痛症、シェーグレン症候群）												
○	◎	○	◎	◎	◎						○	○
[2]アレルギー疾患												
○	○	◎	○	◎	◎	◎	◎				○	○
※[3]アナフィラキシー												
○	○	◎	○	◎	◎	○	◎	◎	◎			
(16) 物理・化学的因子による疾患												
※[1]中毒（アルコール、薬物）												
		◎	◎		◎	○		◎	◎	○		
[2]環境要因による疾患（熱中症、寒冷による障害）												
○		◎	◎		◎	○		◎	◎			
※[3]熱傷												
○	◎	◎						◎	◎		◎	
(17) 小児疾患												
[1]小児けいれん性疾患												
						◎	◎	◎	◎			
※[2]小児ウイルス感染症（麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ、RS、ロタ）												
◎	◎					◎	◎					
※[3]小児細菌感染症												
◎	◎					◎	◎					
※[4]小児喘息												
◎	◎					◎	◎	◎	◎			
[5]先天性心疾患												
						◎	◎					
[6]発達障害（自閉症スペクトラム、学習障害、ダウン症、精神遅滞）												
	○					◎	◎	◎	◎			
[7]小児虐待の評価												
	○					◎	◎	◎	◎			
(18) 加齢と老化												
※[1]高齢者総合機能評価												
○	◎	◎	◎	◎						◎	◎	
※[2]老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡）												
◎	◎	◎	◎	◎						◎	◎	
(19) 悪性腫瘍												
※[1]維持治療期の悪性腫瘍												
○	◎	○	◎	◎	◎					◎	◎	
※[2]緩和ケア												
○	◎		◎	◎	◎					○		

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場		総合診療専門研修プログラムでの研修 設定 推奨				◎:主たる研修の場 ○:従たる研修の場 ◎:主たる研修の場、○:研修可能な場							
Ⅳ. 医療・介護の連携活動 以下に示す診療を適切に実施することができる。		総合診療Ⅰ (診療所/ 中小病院)		総合診療Ⅱ (病院総合診療 部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別 研修	
		設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
(1) 介護認定審査に必要な主治医意見書の作成		◎	◎	◎	◎							◎	◎
(2) 各種の居宅介護サービスおよび施設介護サービスについて、患者・家族に説明し、その適応を判断		◎	◎	◎	○							◎	◎
(3) ケアカンファレンスにおいて、必要な場合には進行役を担い、医師の立場から適切にアドバイスを提供		◎	◎	◎	○							◎	◎
(4) グループホーム、老健施設、特別養護老人ホームなどの施設入居者の日常的な健康管理を実施		◎	◎	◎	○							◎	◎
(5) 施設入居者の急性期の対応と入院適応の判断を、医療機関と連携して実施		◎	◎	◎	○							◎	◎
Ⅴ. 保健事業・予防医療 以下に示すケアや活動を適切に提供・実践することができる。													
(1) 特定健康診査の事後指導		◎	◎	◎	◎							◎	◎
(2) 特定保健指導への協力		◎	◎	◎	◎							◎	◎
(3) 各種がん検診での要精査者に対する説明と指導		◎	◎	◎	◎							◎	◎
(4) 保育所、幼稚園、小学校、中学校において、健診や教育などの保健活動に協力		◎	◎		○			◎	◎			○	○
(5) 産業保健活動に協力		◎	◎	◎	○							○	○
(6) 健康教室（高血圧教室・糖尿病教室など）の企画・運営に協力		◎	◎	◎	○							○	○
Ⅵ. 在宅医療 以下に示すケアを適切に提供・実践することができる。													
(1) 主治医として在宅医療を10例以上経験（看取りの症例を含むことが望ましい）		◎	◎		○			○	○			◎	◎

内科での研修

(資料2)

【内科研修の目的】

総合診療カリキュラムを基盤とし、内科領域で豊富な臨床経験を積むことを目的とする。

【内科研修の目標】

1. 成人内因性疾患に対する標準的で総合的なアプローチの方法を学び、包括的アプローチに必要な基本的知識と技能を身につける。
見逃しがなく安全で効率的な医療・ケアを提供するための、適切な臨床推論の能力を身につける場として期待される。
2. 当該地域医療機関において入院頻度の高い疾患あるいは健康問題、すなわち地域における Common disease を中心に、臨床経験を積む。

【内科研修の場】

総合内科のほか、循環器・消化器・呼吸器といった主要臓器の診療に携わる診療科が適していると考えられるが、以下のことを学べるのであれば、特に研修の場にはこだわらない。

【内科研修で何を学ぶか】

診断については、一般的な症候(※経験目標参照)を中心に経験することが望ましい。

1. 診断の過程:臨床推論の基礎を学ふとともに、それらを研修医に指導することができる。

(1) 病歴聴取

患者やその家族の話を効率的に聴取し、症状の特徴(発症時の状況、時間経過、悪化寛解因子、性質、定量化、位置と放散、随伴症状)を整理することができる。

発症や受診に至った様々な背景について情報を整理することができる。

(2) 身体所見の評価

系統的な身体診察により、信頼性の高い所見を得ることができる。

患者の症候に関わりのある臓器を絞り込むため、基本的な診察のほかに適宜診断精度の高い様々な診察項目を追加することができる。

(3) 鑑別診断の列举

病歴と身体診察に基づき、最も可能性の高い疾患、除外すべき疾患、その他考慮することが妥当な疾患に分け、臓器の枠を超えて広く鑑別疾患を挙げることができる。

(4) 行うべき検査の選択、実施と結果の解釈

鑑別疾患に基づき、行うべき検査に優先順位をつけて選択することができる。

検査前診断に基づいて検査の結果を適切に解釈し、適宜、さらに診断を絞り込むための検査を追加することができる。

主要な疾患の診断に必要な検査手技を経験する。

(5) 鑑別診断の絞り込み

病歴聴取、身体診察、検査結果に基づいて、地域での有病率や発生率を考慮し診断を絞り込むことができる。

(6) 予後判定と説明・同意

診断の確定と検証の後、重症度や病期の判定を行い、患者やその家族に診断の内容や標準的な予後について説明することができる。

治療については、一般的な疾患・病態(※経験目標参照)を中心に経験することが望ましい。

2. 治療の計画

- (1) 患者の抱える健康問題を整理し、優先順位をつけ、解決すべき手順を検討することができる。
- (2) 入院の適応を判断し、退院のための目標を設定することができる。
- (3) 科学的根拠や診療ガイドライン、専門医からの助言を含む様々な資源から得た情報に基づいて、治療計画を立てることができる。
- (4) 患者やその家族に予定する治療の内容(方法、期間、有害反応の危険性等を含む)を説明し、共通の理解に基づいて治療を開始することができる。また、最良の治療か、当該診療科あるいは施設内で提供できない場合、患者の希望に応じて他施設へ紹介したり、治療計画を変更したりすることができる。
- (5) 適宜セカンド・オピニオンを提案し、患者や家族が希望する際には必要な手続きを講じることができる。
- (6) 外科医や医師以外の医療専門職とも協働し、患者の入院治療を効率的に進めるための医療チームを形成することができる。

3. 治療の実施

- (1) 定期的に治療効果を判定し、治療方針を修正することができる。
- (2) 治療への反応が予測したものと異なる場合
治療方針を見直すだけでなく、診断の妥当性についても再度検討することができる。
専門医や他医療機関への紹介の必要性を考慮し、適切なタイミングで介することができる。
- (3) 治療により有害事象が生じた場合、必要に応じて治療を中止し、その原因についての正しい評価を行い、患者への被害を最小限に留めるとともに、患者やその家族に現在生じていることを説明し、関係各機関に報告することができる。
- (4) 治療の限界が生じた場合、患者やその家族の希望に応じてセカンド・オピニオンの提案や、治療目標の変更、緩和医療への切り替えなどを行うことができる。

4. 退院に向けての調整

- (1) 退院後の治療や定期的な経過観察の方法について、患者の生活背景を考慮し計画を立案するとともに、他の医療機関と連携し、適切に紹介することができる。
- (2) 退院後の薬物療法や食事療法の継続について、薬剤師や栄養士と連携し指導することができる。
- (3) 退院後の日常生活上の注意について説明することができる。

【救急科研修で何を学ぶか】

- a) 救急患者特有の問題への対処法
- b) 緊急度の異なる複数の患者への対応の仕方
- c) 緊急性の高い症候に対する初期治療の手順(ACLS、PALS、JATEC などに基づく 1 次・2 次評価)
- d) 頻度の高い救急疾患の診断と初期治療の方法
- e) 帰宅判断(disposition)と帰宅指示のしかた(見逃しリスクへの対策)
- f) 重症患者の家族に対するサポート
- g) 災害時の医療(EMARGO、DMAT など)ゝ

【総合診療専門医 7 つの資質・能力から】

1. 人間中心の医療・ケア

1) 患者中心の医療

- ① 救急患者特有の医学的、社会的、精神的背景について理解し、情報収集や対応に努めることができる
- ② 重度の傷病からの回復に必要な努力や、後遺症により必要となりうる支援について共通の理解基盤を見出し、患者・医療者それぞれの役割について計画することができる

2) 家族志向型の医療・ケア

- ① 救急患者の家族特有の背景(希薄な人間関係、虐待や家庭内暴力など)について理解し、情報収集や介入をすることができる
- ② 突然の不幸な事態に直面した家族の心情を理解し、配慮することができる

3) 患者・家族との協働を促すコミュニケーション

- ① 患者家族の視点による救急受診に至るまでの背景や過程について情報収集するとともに、解決の必要な問題を認識してもらうことができる

2. 包括的統合アプローチ

1) 未分化で多様かつ複雑な健康問題への対応

- ① 発症からごく間もない超急性期の症候について、検査所見に頼らず、生理学的徴候を重視した対応を行うことができる
- ② 救急受診後帰宅させる患者および家族に対しては、暫定的な診断の他に治療の内容、予想される経過、救急再受診を考慮すべき指標、平常外来受診の必要性やタイミングについても適切に説明することができる
- ③ 身体症状を合併する精神疾患患者や介護の必要な高齢者をはじめとする、いわゆる救急難民[※]の時間外診療を経験し、診療上の問題点を把握するとともに、関係各者(家族、主治医、民生委員、ケアマネジャー、ヘルパー等)と連携し対応することができる。(※救急難民:医学的・社会的要因や、医療機関における時間的・人的制約によって受け入れ困難、搬送困難となりやすい患者)

2) 効率よく的確な臨床推論

- ① 事前情報のない患者について、診療に必要な病歴・身体所見を短時間で確認し、整理する力を身につける
- ② 時間・設備・人的資源に制約がある中で、行すべき検査を適切に選択し、治療や帰宅判断(disposition)につながる確定診断ないし病態診断をもたらすとともに、患者の利益を最大限に考慮した治療および観察方針を計画することができる

- 3) 健康増進と疾病予防
 - ① 救急受診を最大の転帰ととらえ、受診理由となった疾患や症状だけでなく、背景疾患や偶発的に発見された異常に対応することができる
 - 4) 継続的な医療・ケア
 - ① 継続的な診療・ケアが必要と判断されるときは
3. 連携重視のマネジメント
- 1) 多職種協働のチーム医療
 - ① 救急隊員や救急救命士と協働して情報伝達や救護活動を行うことができる
 - ② 医療ソーシャルワーカー、理学療法士らと協働し、中長期的視点で社会復帰に向けた取り組みに協力できる
 - 2) 医療機関連携および医療・介護連携
 - ① 紹介の受け手として、緊急時の連携の手順について学ぶ
 - ② 緊急性のある専門治療の必要性を見極めるとともに、紹介のタイミングについて適切に判断することができる
 - ③ 回復期の治療について、他の診療科や医療機関と連携し、適切に依頼・紹介することができる
 - ④ 精神科医の介入が必要な患者について、希死念慮等その緊急性を正しく把握し、精神科医と適切な連携を行うとともに、診療を待機する間に必要な安全策を講じることができる
 - 3) 組織運営マネジメント
 - ① 院内職員と協働して院内急変や災害、多数傷病者に対応できる
 - ② 救急病床の整理、確保や、関連する専門各科の診療状況の確認、調整など、救急患者の応需に必要な体制を構築することができる
 - ③ 受け入れ困難事例を振り返り、受け入れを可能にするための対策を立案することができる
4. 地域志向アプローチ
- 1) 保険・医療・介護・福祉事業への参画
 - ① 地域の医療計画、救急医療体制について学ぶ
(救急病院へのアクセス上の問題点、小児救急医療の提供体制)
 - ② 地域の救急医療情報システムについて学ぶ
(救急電話相談センターや IT を用いた病院検索システム)
 - 2) 地域ニーズの把握とアプローチ
 - ① 一般市民による応急処置、一次救命処置の教室に指導者として参加する
 - ② 地域包括ケアシステムにおける救急の役割について学ぶ
5. 公益に資する職業規範
- 1) 倫理観と説明責任
 - ① 短期的および中長期的な生命・機能予後について、明確で誠実な説明を行うことができる
 - ② 患者のリビングウィルの存在(延命等の意思)を確認し、患者および家族との共通の理解に基づいて、病態に即した妥当な治療方針を立てることができる。
 - ③ 終末期医療の考え方や脳死移植の適応について家族に説明することができる
 - 2) 自己研鑽とワークライフバランス
 - ① 救急医療に関係する教育コースや指導者コースに参加し、知識や技術を身につける
教育コース:PALS、JATEC、EMARGO
指導者コース:BLS、ACLS、JMECC、PALS
 - 3) 研究と教育
 - ① 研修医や医学生を対象とした基本的な救急初療の教育に携わる
 - ② 経験症例を発表し、医師のみならず関係各職種の学習の機会に貢献する

6. 診療の場の多様性

- ① 疾患の診断にこだわらず、症候に基づいて対応することができる
- ② 患者の救命を最優先に考え、状況に応じ、診断に優先して治療を行うことができる
- ③ 診断の不確実性を認識し、患者の状態変化に気づくための指標を見出すとともに、その指標を適切に追跡して治療方針を修正することができる

【救急科研修をどこで学ぶか】

1) 救命救急センター(3次救急)

- 1 バイタルサインの不安定な内因性疾患・外傷患者に対する系統的な初期診療手順を学ぶことができる。
- 2 重症患者の集中治療について学ぶことができる
- 3 複数の患者への同時対応や、帰宅判断については経験し難く、経験症例数は少ない

2) 救急外来(1・2次救急)

- 1 緊急度の異なる複数の患者に同時に対応する手順について学ぶことができる
- 2 救急患者の入院適応と、安全に帰宅させる方法について学ぶことができる
- 3 地域によっては院外心肺停止(CPA)の症例や重症多発外傷の症例を経験しがたい
- 4 入院から自宅への退院までを自科・自施設で完結しない施設もある

3) ER 型救急施設

- 1 様々な重症度の症例を経験できるが、初期・2次救急が中心になる
- 2 入院から自宅への退院までを自科・自施設で完結しない施設もある

【救急科研修の問題点】

当該地域周辺に救命救急センターがなく、遠隔地域まで研修にいかねばならないことがある

【小児科研修で何を学ぶか】

- a) 正常な小児の発育・発達(健診)
- b) 小児の「病気の基礎的知識」
- c) さまざまな状態の「小児の診察技法」
- d) 小児への投薬・検査・処置
- e) ホームケア・疾病予防(予防接種)
- f) 小児医療の「総合性」/家族・集団生活・地域社会などとの関係
- g) 子育て支援(診療のすべてに「子育て支援の視点」を持つ)
- h) 「小児の権利」を擁護する(アドボカシー)

【総合診療専門医 7 つの資質・能力から】

1.人間中心の医療・ケア

- 1) 患者中心の医療・ケア
 - ① 小児の正常な成長、発達について知識がある
 - ② 小児の権利を理解できる
- 2) 家族志向型医療・ケア
 - ① 母子相互作用が理解できる
 - ② 小児の問題と家族環境との関連性を理解できる
- 3) 患者・家族との協働を促すコミュニケーション
 - ① 小児と上手に会話できる
 - ② 養育者から家庭の状況を聴き出すことができる

2.包括的統合アプローチ

- 1) 未分化で多様かつ複雑な健康問題への対応
 - ① 患児や養育者の不安を理解できる
 - ② よくある心配に関する知識があり、それを説明できる
- 2) 効率よく的確な臨床推論
 - ① 病歴と簡単な身体診察から患児の状態を判断できる
 - ② 年齢に応じた好発疾患、流行性疾患の地域の状況などを知っている
- 3) 健康増進と疾病予防
 - ① 疾病予防、ホームケアが説明できる
 - ② 予防接種を説明し実施できる
- 4) 継続的な医療・ケア
慢性疾患、障害を持った患児に対応できる(喘息、アトピー性皮膚炎など)

3.連携重視のマネジメント

- 1) 多職種協働のチーム医療
 - ① 施設内の職員と協働して診療、育児支援が行える
 - ② 地域の子育てに関わる職種の人たちと協働することができる
- 2) 医療機関連携および医療・介護連携
 - ① 患児の診療が可能な医療機関へ紹介できる(耳鼻咽喉科、眼科、整形外科など)
 - ② 地域の保健所、児童相談所、保健センター、子育て支援施設などを紹介できる
 - ③ 在宅医療を行える医療機関を知っている
- 3) 組織運営マネジメント
 - ① 患児の安心、安全に配慮して医療施設を見直すことができる
 - ② 職員と協力して養育不全家庭、虐待を発見できる

4.地域志向アプローチ

- 1) 保健・医療・介護・福祉事業への参画
 - ① 地域の子育て支援事業を知っている(支援センター、病児保育など)
 - ② 地域の療育施設、障害児通園施設などを知っている
 - ③ 保育、学校の現場が理解できる
- 2) 地域ニーズの把握とアプローチ
 - ① 地域に展開できていない小児医療(在宅医療が不十分であるなど)を察知する
 - ② 上記についての医療提供を自ら率先できる(地域の中核的な施設と連携するなど)

5.公益に資する職業規範

- 1) 倫理観と説明責任
 - ① 子どもの権利条約について知識がある
 - ② 受動喫煙防止活動などの小児に対するアドボカシー活動を理解できる
- 2) 自己研鑽とワークライフバランス
家庭における「よき父親ないし母親」を実践している小児科医から学ぶ
- 3) 研究と教育
小児に関する勉強会(地域の小児科医会会合など)に参加する

6.診療の場の多様性

- 1) 外来医療
 - ① 小児特有のありふれた疾患に対応できる
 - ② 紹介のタイミングを認識し紹介できる
 - ③ 慢性疾患を持った小児の診療ができる
 - ④ 診療の中で、子育て支援に取り組むことができる
- 2) 救急医療
見逃してはならない疾患が判断できる
- 3) 病棟医療
 - ① 入院が必要な病気を判断できる
 - ② 患児の入院が家族に及ぼす影響を理解できる
- 4) 在宅医療
「小児の在宅医療」を経験することが望ましい

【小児科研修をどこで学ぶか】

- 1) 総合病院小児科
 - ① 救急や入院中の重症疾患、比較的希な難病を診ることができる
 - ② 外来はありふれた病気は多くない可能性がある
- 2) 小児科専門医のクリニック
 - ① 日常的な疾患を診ることができる
 - ② 健診、予防接種などの予防医学を学ぶことができる
 - ③ 小児科の総合性を学ぶには良い環境
 - ④ 総合病院小児科と連携施設群として実習が行えるとよい
- 3) 総合診療専門医のクリニック
小児科の受診者が多ければ小児科専門医のクリニックと同等の経験が積める

(資料5)

指導医としての自己学習履歴 (年 ～ 年)

指導医講習会等名、年月日、開催地	指導医講習会等名、年月日、開催地
成果	成果
指導医講習会等名、年月日、開催地	指導医講習会等名、年月日、開催地
成果	成果
指導医講習会等名、年月日、開催地	指導医講習会等名、年月日、開催地
成果	成果
指導医講習会等名、年月日、開催地	指導医講習会等名、年月日、開催地
成果	成果



大同病院