

ふじのくに家庭医/総合診療後期研修プログラム

目次

1. ふじのくに家庭医/総合診療後期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(習得すべき知識・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. 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. ふじのくに家庭医/総合診療後期研修プログラムについて



プログラム責任者 静岡県立総合病院救急科医長 牧 信行

まずは、このページをご覧くださいましてありがとうございます。

当プログラムは初期臨床研修を修了した医師を対象に、家庭医ないし総合診療の専門医取得を目指すための後期研修プログラムです。ただ全国の他のプログラムと同じく、医学部卒業年によって日本プライマリ・ケア連合学会の「ふじのくに家庭医後期研修プログラム」(学会制度、平成 27 年卒以前の方が対象)と、日本専門医機構の「ふじのくに総合診療後期研修プログラム」(新制度、平成 28 年卒以降の方が対象)に分かれております(※新制度における当プログラムは、平成 29 年 8 月 18 日現在では申請中です)。

混乱を避けるため、当プログラムでは学会制度・新制度とも出来る限り同じ内容の研修を受けて頂きたいと考えています。このプログラム冊子も基本的に両方の制度における研修内容を紹介しています。ただし制度の違いからどうしても同一にならない部分は学会制度・新制度それぞれについて明記しています。制度の過渡期にあたり応募される皆様には分かりにくい点もあることをお詫びします。

見方を変えればこの過渡期は、右肩上がりの経済成長から超高齢化の中で縮小する社会への、日本全体が過渡期であることの鏡であるともいえます。しかしその中で、小児から高齢者まで、領域横断的に患者を幅広く診ることのできる家庭医・総合診療医への期待は変わることがありません。

この困難な時期に、当プログラムは静岡県で初めて伊豆・駿河・遠江の三国にわたる広い地域のそれぞれで地域医療を支えてきた 9 施設が一致団結して作成され、次の 4 つを「売り」としています。

1) 県庁所在地(政令指定都市)の基幹病院から、地域第一線の中小病院、診療所まで

基幹施設である静岡県立総合病院は全ての専門科が揃っており、「搬送される側」として症例の経過を最後まで見届けることができ、希望に応じた領域別研修が受けられます。一方総合診療 I 等で選択できる連携病院・診療所は、いずれもへき地または医療資源の乏しい地域において長年にわたり地域医療を行い、信頼されてきた施設です。

2) それぞれの立場で多彩な教育環境を提供

有名な「西伊豆早朝カンファレンス」をはじめ、基幹病院での専門各科からのレクチャー、佐久間病院等での地域住民・他の医療・福祉職員も巻き込んだ勉強会などが行われており、日本プライマリ・ケア連合学会の静岡支部会や中部ポर्टフォリオ発表会等を通じて、静岡県内ないし中部地区の他のプログラムとも積極的に情報交換をおこなっていきます。

3) 天の恵み、地の利、人の和

温暖な気候と豊富な海の幸・山の幸(お茶とみかんだけではありません!), 関東にも中京・関西にも日帰り可能な交通の便の良さ, 温厚な住民気質でクレームの少ない医療が可能, そして健康寿命(2013年)は男性3位、女性2位を誇ります。

4) 自治医大・地域卒卒業生が義務年限中に研修可能

他県に頼らず、あくまで静岡県内の施設だけで構成されたプログラムであり、静岡出身の自治医大・地域卒卒業生が義務年限中に派遣される公立・公的病院を多く含んでいます。このため義務年限中の研修・専門医取得が可能であり、新制度でもこの特色を継続すべく県庁とも緊密に連携していきます。

何より、医師として大切なのは「ここにいる人達に、必要とされていること」と、「医師として研鑽を積み、成長できる環境があること」ではないでしょうか。静岡は家庭医の教育という面で先進的な地域ではありませんでしたが、それだけに今後の家庭医の活躍への期待は大きく、今後は家庭医養成のために全県的に協力しようという機運はかつてなく高まっています。ぜひ一人でも多くの皆様に静岡に来ていただけますよう、お待ちしております。

2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか

1) 家庭医(総合診療医)として学ぶべき・身につけるべき内容

家庭医(総合診療医)とは、決して「何でもできる医師」でも「専門をもたない医師」でもありません。「既存の専門科の枠にとらわれず、置かれた立場に応じて自らの役割を変えていける医師」、もっと簡単に言えば『「当科的に問題ありません』』と断ることを断ることのない医師」が家庭医だと考えています。

より具体的には、日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医専門医・認定医の行動目標(図1), 日本専門医機構の総合診療専門医の7つの資質・能力(表1), および研修終了時に提出する経験省察研修録(ポर्टフォリオ)の項目(表2)に、家庭医・総合診療医として目指すべき目標が明示されています。これらは制度の違いによりある程度表現が見直されていますが、基本的な方向性は変わりません。ですので、3年間の研修期間中にこれらを全て経験し、家庭医・総合診療専門医としての基本的な素養を身につけて頂くことが当研修プログラムの

中心的な目標になります。

図1 家庭医専門医・認定医の行動目標

(「日本プライマリ・ケア連合学会専門医・認定医認定制度要綱」より)

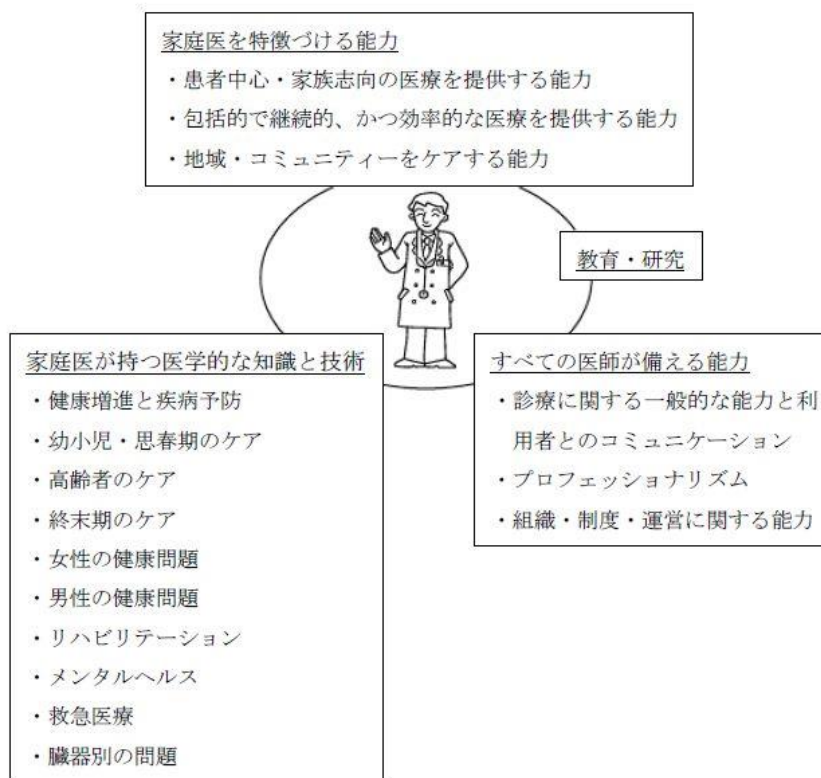


表1 総合診療専門医の7つの資質・能力

(「日本専門医機構 総合診療専門医専門研修カリキュラム」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

表 2 後期研修終了時の経験省察研修録(ポータルフォリオ)詳細事例報告項目

<p>1. 学会制度・新制度共通</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 幼小児・思春期のケア • 高齢者のケア • 終末期のケア(人生の最終段階におけるケア) • 女性もしくは男性特有の健康問題 • リハビリテーション • メンタルヘルス • 救急医療
<p>2. 学会制度のみ</p>
<ul style="list-style-type: none"> • bio-psycho-social model を用いて問題解決を試みた症例 • 家族カンファレンス、もしくは家族が問題を解決するために援助を行った症例 • 複数の健康問題を抱える患者に統合されたケアを実践した症例 • 行動変容のアプローチを用い、患者教育をおこなった症例 • 地域における疾病の予防やヘルスプロモーションに関する活動 • EBM に基づいた意志決定を日常の診療に応用するために取り入れたシステムや工夫の事例 または 患者や家族とのラポール形成やコミュニケーションに困難があったにもかかわらず、問題を解決して良好なコミュニケーションをとるに至った症例(いずれか選択) • 医師としてのプロフェッショナリズム(誠実さ、説明責任、倫理など)を意識しながら問題解決に取り組んだ症例 または生涯学習に取り組む上で有効な取り組みや工夫の事例(学習スタイル、タイムマネジメント、IT など)(いずれか選択) • 研修施設の管理／運営に関して、業務の改善に貢献した事例 または研修施設内外のスタッフとの良好なチームワークやネットワークの構築・促進に貢献した事例(いずれか選択) • 学生・研修医に対する1対1の教育、もしくは、教育セッションの企画運営に取り組んだ事例 • 研修期間中に取り組んだ臨床研究の事例 • 個人への健康増進と疾病予防
<p>3. 新制度のみ</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 患者中心の医療 • 家族志向型医療・ケア • 未分化で多様かつ複雑な健康問題への対応 • 健康増進と疾病予防 • 継続的な医療・ケア • 多職種協働のチーム医療

- 医療機関連携および医療・介護連携
- 組織運営マネジメント
- 保健・医療・介護・福祉事業への参画
- 地域ニーズの把握とアプローチ
- 自己研鑽とワークライフバランス
- 研究と教育
- 生活習慣病のケア(行動変容アプローチを含む)

2) 研修の流れ

当プログラムは初期研修を修了した、卒後 3 年目以降の医師を対象にした 3 年間の後期研修プログラムです。

- 1 年次修了時には、総合診療医の役割・研修全体の流れを理解し、外来・病棟・救急の現場で必要に応じ他の専門科・専門職と連携しつつ、患者の評価およびマネジメントに主体的役割を果たすことを目標とします。
- 2 年次修了時には、地域で医療資源が限られた中での家庭医に期待される役割と限界を理解するとともに、病院外他施設や福祉・行政との連携や地域志向アプローチについても実践することを目標とします。主たる研修の場は総合診療研修 I となり、看取りを含む在宅医療の経験もここで積んでいただくこととなります。
- 3 年次修了時には、それまでの研修の過不足を調整するとともに、多疾患合併など複雑な健康問題を有する例、訴えが曖昧で評価困難な例にも的確なマネジメントを提供すること、初期研修医の教育や臨床研究にも取り組むことを目標とします。
- 3 年間の研修の修了判定には以下の 3 つの要件が審査されます。
 - 1) 定められたローテーション研修を全て履修していること
 - 2) 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した経験省察研修録(ポートフォリオ: 経験と省察のプロセスをファイリングした研修記録)を通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること
 - 3) 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること

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

3) 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、生涯にわたって学習していく基礎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)を基礎とし、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、総合診療の様々な野論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図るプロセスを両輪とします。その際、学習履歴の記録と自己省察の記録を経験省察研修録(ポートフォリオ:経験と省察のプロセスをファイリングした研修記録)作成という形で全研修過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)外来診療

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

(イ)在宅診療

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

(ウ)病棟医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。入院担当患者の症例提示教育的フィードバックを受ける回診及び他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含めます。指導医による診療録レビューや手技の学習法は外来と同様です。

(エ)救急医療

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

(オ)地域ケア

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

② 臨床現場を離れた学習

- ・ 総合診療の様々な理論やモデル、組織運営マネジメント、総合診療領域の研究と教育については、関連する学会の学術集会やセミナー、研修会へ参加し、研修カリキュラムの基本的事項を履修します。
- ・ 医療倫理、医療安全、感染対策については基幹病院である静岡県立総合病院等で開かれている職員対象の研修会に出席するほか、保健活動、地域医療活動等については、日本医師会の生涯教育制度や関連する学会の学術集会等を通じて学習を進めます。地域医師会における生涯教育の講演会は、診療にかかわる情報を学ぶ場としてのほか、診療上に意見交換等を通じて人格を陶冶する場として活用します。

③ 自己学習

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

4) 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ます。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)を行うこととします。

本研修 PG では、基幹施設である静岡県立総合病院のほか、場合によっては浜松医科大学、自治医科大学、静岡県立大学等と連携しながら、臨床研究に携わる機会を提供する予定です。静岡県立総合病院では臨床研究倫理、統計、英語プレゼンテーションなどに関する研修会が開催されており、研究発表についても経験ある指導医からの支援を提供します。

5) 研修の週間計画および年間計画

基幹施設(静岡県立総合病院)

救急科(総合診療専門研修Ⅱ・救急研修)

	月	火	水	木	金	土	日
8:15～9:00 朝カンファレンス							
9:00～9:30 朝回診							
9:30～12:00 救急外来							
9:30～12:00 病棟業務							
12:00～16:30 午後外来							

12:00～16:30 病棟業務							
16:30～17:15 夕回診							
17:15～ clinical jazz/ CbD/ SEA(第1, 3週) mini-CEX 振り返り(第2週) 360° 評価フィードバック/journal club(第3週)							
8:30～17:15 兼任研修							
平日当直(1回/週)、土日の日直・当直(1回/月)							

内科

	月	火	水	木	金	土	日
8:30～12:00 病棟業務							
12:00～17:15 病棟業務							
8:30-12:00 午前外来							
12:00～17:15 午後外来							
16:30～19:00 症例検討会							
17:00～19:30 症例検討カンファレンス							
16:00～17:00 病棟回診							

小児科

	月	火	水	木	金	土	日
8:20～8:30 朝カンファレンス							
8:30～9:30 朝回診							
9:30～12:00 外来							
9:30～12:00 病棟業務							
13:00～16:00 外来							
13:00～16:00 病棟業務							
16:00～17:15 夕回診							
17:15～ カンファレンス(1回/週)							
17:15～ 勉強会(1回/月)							
8:30～17:15 兼任研修							
当直(1～2回/月)							

連携施設(伊東市民病院)

総合診療科 (総合診療専門研修Ⅱ)

	月	火	水	木	金	土	日
--	---	---	---	---	---	---	---

7:30- 9:00 朝カンファレンス							
9:00-12:00 病棟業務							
13:00-16:00 総合診療外来							
13:00-17:00 救急外来							
17:30-19:00 症例カンファレンス							
平日宿直 (1回/週)、 土日の日直・宿直 (1回/月)							

内科

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-9:00 朝カンファレンス							
9:00-10:00 病棟業務							
10:00-12:00 午前外来							
10:00-12:00 午前検査							
13:00-16:00 午後外来							
13:00-16:00 午後検査							
16:00-17:00 総回診							
17:30-19:00 新入院症例カンファ							
平日宿直 (1回/週)、 土日の日直・宿直 (1回/月)							

小児科

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-9:00 朝カンファレンス							
9:00-12:00 病棟および外来業務							
13:30-16:00 小児科外来業務							
13:00-17:00 小児救急外来							
16:00-17:00 症例カンファレンス							
平日オンコール (1~2回/週)、 土日のオンコール (1回/月)							

救急科

	月	火	水	木	金	土	日
8:30- 9:00 朝カンファレンス							
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 症例カンファレンス							
平日宿直 (1~2回/週)、 土日の日直・宿直 (1回/月)							

連携施設(公立森町病院・総合診療専門研修Ⅱ・内科)

	月	火	水	木	金	土	日
7:30~8:30 外科カンファレンス							
7:30~8:30 内科カンファレンス							
8:00~8:30 朝カンファレンス							
9:00~12:30 内科外来							
9:00~12:30 腹部エコー							
13:30~17:00 病棟・救急対応							
13:30~17:00 訪問診療							
13:30~17:00 特別養護老人ホーム往診							
17:00~18:00 内科病棟カンファレンス							
17:00~18:00 診療部会議(月1回は救急勉強会)							
19:00~20:00 放射線カンファレンス(第三金曜日)							
19:00~20:00 盤周医師会 Web 講演会(第四金曜日)							

連携施設(トータルファミリーケア北西医院・総合診療専門研修Ⅰ)

	月	火	水	木	金	土	日
7:50~8:45 早朝外来							
9:10 (8:30) ~12:30 午前外来							
12:30~14:00 勉強会 (総合診療コア領域、他科領域、内科最新診療、ガイドライン、漢方診療、journal club など) clinical jazz/ CbD/ SEA							

12:30～14:00 多職種ミーティング、勉強会							
14:00～14:30 外来、訪問診療振り返り							
14:30～18:30 午後外来もしくは訪問診療							
月に1回程度、一次救急当番や乳幼児健診当番							

連携施設(浜松市国保佐久間病院・総合診療専門研修Ⅰ)

	月	火	水	木	金	土	日
8:00～8:30 画像カンファ							
8:30～12:00 附属診療所外来							
8:30～12:00 超音波・内視鏡							
8:30～12:00 総合診療外来							
8:30～12:00 病棟業務							
13:00～17:00 病棟業務							
13:00～17:00 総合診療外来							
13:00～17:00 訪問診療							
13:00～17:00 施設診療							
17:00～ 在宅ケアカンファ							
17:00～ 内視鏡カンファ/リハビリカンファ/新入院カンファ/病棟カンファ							
17:00～ 抄読会							

連携施設(西伊豆健育会病院内科・総合診療専門研修Ⅰ)

	月	火	水	木	金	土	日
7:00～8:00 プライマリ・ケアカンファレンス							
8:20～8:30 朝カンファレンス							
8:30～11:00 内視鏡検査(研修)							
8:30～9:30 朝回診							
9:30～12:00 外来							
9:30～12:00 救急当番							
9:30～12:00 病棟業務							
13:00～16:00 外来							
13:00～16:00 病棟業務							
16:00～17:15 夕回診							
16:00～17:00 レクチャー(院長) ※不定期							

17:15～ カンファレンス(1回/週)							
17:15～20:00 新入院カンファレンス(1回/週)							
8:30～17:15 兼任研修							
当直(1～2回/月)							

連携施設(伊豆今井浜病院・総合診療専門研修Ⅰ)

	月	火	水	木	金	土	日
8:30～9:00 朝回診							
9:00～12:00 初診外来・救急							
9:00～12:00 検査 診療所実習(火), 巡回診療(水・1回/月)							
9:00～12:00 再診外来, 巡回診療(1回/月), 特養診療							
13:00～17:30 内視鏡 特養診療(火), 訪問診療(金)							
13:00～17:30 外科手術							
13:00～17:30 新入院カンファレンス, 内視鏡カンファレンス, リハビリカンファレンス							
18:00～20:30 今井浜カンファレンス(1回/2か月)							
当直(1回/週)							

連携施設(伊豆赤十字病院)

	月	火	水	木	金	土	日
8:30- 9:00 朝カンファレンス							
9:00-12:00 病棟業務							
13:00-16:00 午後外来							
13:00-16:00 午後検査							
16:00-17:00 総回診							
16:00-17:00 症例カンファレンス							
平日宿直(1～2回/週)、土日の日直・宿直(1回/月)							

連携施設（こころの医療センター）

	月	火	水	木	金	土	日
9:30～12:00 外来	■		■				
9:30～12:00 病棟業務		■		■		■	
10:00～11:00 回診	■						
13:00～13:15 昼カンファレンス		■		■			
13:15～16:00 病棟業務	■		■				
17:15～ カンファレンス(1回/週)		■					
17:15～ 勉強会(1回/月)		■					
当直(1～2回/週)			■			■	

本研修 PG に関連した全体行事の年度スケジュール

SR1：1年次専攻医、SR2：2年次専攻医、SR3：3年次専攻医

月	全体行事予定
4	<ul style="list-style-type: none"> SR1：研修開始。専攻医および指導医に提出用資料の配布 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	<ul style="list-style-type: none"> 第1回研修管理委員会：研修終了判定の承認、前年度 PG 運営の振り返り、研修開始専攻医の実施状況評価
6	<ul style="list-style-type: none"> 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)(開催時期は要確認)
7	<ul style="list-style-type: none"> 研修修了者：専門医認定審査(筆記試験、実技試験)
8	<ul style="list-style-type: none"> 次年度専攻医の公募および説明会開催※
9	<ul style="list-style-type: none"> 公募締め切り(9月末※) SR1、SR2、SR3：研修手帳の記載整理・提出(中間報告)
10	<ul style="list-style-type: none"> 次年度専攻医採用審査(書類及び面接) SR1、SR2、SR3：第1回ポートフォリオ発表会 第2回研修管理委員会：研修実施状況評価、採用予定者の承認
11	<ul style="list-style-type: none"> SR1、SR2、SR3：日本プライマリ・ケア連合学会秋季セミナー SR1、SR2、SR3：静岡地域医学研究会
1	<ul style="list-style-type: none"> 第3回研修管理委員会：研修実施状況評価、二次募集以降を含めた採用予定者の最終確認
2	<ul style="list-style-type: none"> SR1、SR2：第2回ポートフォリオ発表会(日本プライマリ・ケア連合学会静岡支部会での発表を予定)
3	<ul style="list-style-type: none"> その年度の研修終了

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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) ・ SR3：プログラム終了評価(中部ブロックポートフォリオ発表会との日程調整により) ・ 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)
--	--

※専門医機構からの通知等により時期変更可能性あり

3. 専攻医の到達目標(習得すべき知識・技能・態度など)

以下の記載は新制度における分類であり、学会制度での分類は若干異なりますが、内容はほぼ同一です。

1) 専門知識

総合診療の専門知識は以下の6領域で構成されます。

1. 地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病いの経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などのコンテクスト(※)が関与していることを全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、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。
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状態に対する対処、更には健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチが求められる。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地域に対する医療機関としての継続性、更には診療の継続性に基づく医師・患者の信頼関係を通じて、一貫性をもった統合的な形で提供される。
3. 多様な健康問題に的確に対応するためには、地域の多職種との良好な連携体制の中での適切なリーダーシップの発揮に加えて、医療機関同士あるいは医療・介護サービス間での円滑な切れ目ない連携も欠かせない。更に、所属する医療機関内の良好な連携のとれた運営体制は質の高い診療の基盤となり、そのマネジメントは不断に行う必要がある。
4. 地域包括ケア推進の担い手として積極的な役割を果たしつつ、医療機関を受診していない方も含む全住民を対象とした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と同時に、地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の積極的な把握と体系的なアプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与する。
5. 総合診療専門医は日本の総合診療の現場が外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえて、その能力を場に応じて柔軟に適用することが求められ、その際には各現場に応じた多様な対応能力が求められる。
6. 繰り返し必要となる知識を身につけ、臨床疫学的知見を基盤としながらも、常に重大ないし緊急な病態に注意した推論を実践する。

2) 専門技能(診察、検査、診断、処置、手術など)

総合診療の専門技能は以下の5領域で構成されます。

1. 外来・救急・病棟・在宅という多様な総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査・治療手技
2. 患者との円滑な対話と医師・患者の信頼関係の構築を土台として、患者中心の医療面接を行い、複雑な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能力
3. 診療情報の継続性を保ち、自己省察や学術的利用に耐えうるように、過不足なく適切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。(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する。(全て必須)

ショック	急性中毒	意識障害	疲労・全身倦怠感	心肺停止
呼吸困難	身体機能の低下	不眠	食欲不振	体重減少・るいそう
体重増加・肥満	浮腫	リンパ節腫脹	発疹	黄疸
発熱	認知能の障害	頭痛	めまい	失神
言語障害	けいれん発作	視力障害・視野狭窄	目の充血	聴力障害・耳痛
鼻漏・鼻閉	鼻出血	嘔声	胸痛	動悸
咳・痰	咽頭痛	誤嚥	誤飲	嚥下困難
吐血・下血	嘔気・嘔吐	胸やけ	腹痛	便通異常
肛門・会陰部痛	熱傷	外傷	褥瘡	背部痛
腰痛	関節痛	歩行障害	四肢のしびれ	肉眼的血尿
排尿障害(尿失禁・排尿困難)		乏尿・尿閉	多尿	不安
気分の障害(うつ)		興奮	女性特有の訴え・症状	

妊婦の訴え・症状

成長・発達の障害

2. 以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じて他の専門医・医療食と連携をとりながら、適切なマネジメントを経験する。(必須項目のカテゴリーのみ掲載)

貧血	脳・脊髄血管障害	脳・脊髄外傷	変性疾患	脳炎・脊髄炎
一次性頭痛	湿疹・皮膚炎群	蕁麻疹	薬疹	皮膚感染症
骨折	関節・靭帯の損傷及び障害		骨粗鬆症	脊柱障害
心不全	狭心症・心筋梗塞	不整脈	動脈疾患	
静脈・リンパ管疾患		高血圧症	呼吸不全	呼吸器感染症
閉塞性・拘束性肺疾患		異常呼吸	胸膜・縦隔・横隔膜疾患	
食道・胃・十二指腸疾患		小腸・大腸疾患	胆嚢・胆管疾患	肝疾患
膵臓疾患	腹壁・腹膜疾患	腎不全	全身疾患による腎障害	
泌尿器科的腎・尿路疾患		妊婦・授乳婦・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(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	維持治療期の悪性腫瘍	

※詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

4) 経験すべき診察・検査等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査を経験します。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)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 高齢患者へ的高齢者機能評価を目的とした身体診察(歩行機能、転倒・骨折リスク評価など)や認知機能検査(HDS-R、MMSE など)
- ④ 耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察

- ⑤ 死亡診断を実施し、死亡診断書を作成

(イ)検査

- ① 各種の採血法(静脈血・動脈血)、簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査
- ② 採尿法(導尿法を含む)
- ③ 注射法(皮内・皮下・筋肉・静脈内・点滴・成人及び小児の静脈確保法、中心静脈確保法)
- ④ 穿刺法(腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む)
- ⑤ 単純 X 線検査(胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に)
- ⑥ 心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査
- ⑦ 超音波検査(腹部・表在・心臓・下肢静脈)
- ⑧ 生体標本(喀痰、尿、皮膚等)に対する顕微鏡的診断
- ⑨ 呼吸機能検査
- ⑩ オージオメトリーによる聴力評価及び視力検査表による視力評価
- ⑪ 頭・頸・胸部単純 CT、腹部単純・造影 CT

※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。(研修手帳 p.18-19 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

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

(ア) 外来医療

毎朝のカンファレンスで前日夕～当日朝の主要な症例の振り返りを行ないます。平日日中の症例については、専攻医が問題を感じる時は適宜コンサルトできる体制をとっているとともに、隔週の clinical jazz/ case-based discussion(CbD)/ significant event analysis (SEA)にて特徴的な症例を提示していただき、総合診療医の役割と到達度合いについて指導医と確認します。

(イ) 在宅医療

訪問診療前のカンファレンスで、前日に訪問した症例の報告とこれから訪問する症例の課題を確認します。週末には在宅症例のレビューを行い、週末に備えます。毎月新患症例検討会を、また数か月に1回デスカンファレンス(死亡症例検討会)を多職種で行います。

(ウ) 病棟医療

毎朝のカンファレンスで入院担当患者の症例提示、その後の回診を指導医とともに行ない、共同で患者評価・マネジメント・退院支援・地域連携に当たるとともに、専攻医の到達度合いの確認をおこないます。

5. 学問的姿勢について

専攻医には、以下の2つの学問的姿勢が求められます。

- 常に標準以上の診療能力を維持し、さらに向上させるために、ワークライフバランスを保ちつつも、生涯にわたり自己研鑽を積む習慣を身につける。
- 総合診療の発展に貢献するために、教育者あるいは研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の教育を行なうことができる。
- 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うえで連携する多職種に対する教育)を提供することができる。

2. 研究

- 1) 日々の臨床の中から研究課題を見つけ出すという、総合診療や地域医療における研究の意義を理解し、症例報告や臨床研究を様々な形で実践できる。
- 2) 量的研究(疫学研究など)、質的研究双方の方法と特長について理解し、批判的に吟味でき、各種研究成果を自らの診療に活かすことができる。

この項目の詳細は、総合診療専門医 専門研修カリキュラムに記載されています。

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

6. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性などについて

総合診療専攻医は以下4項目の実践を目指して研修を行います。

1. 医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、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)を行なうことができる。
3. 地域の現状から見出される優先度の高い健康関連問題を把握し、その解決に対して各種会議への参加や住民組織との協働、あるいは地域ニーズに応じた自らの診療の継続や変容を通じて貢献できる。
4. へき地・離島、被災地、医療資源に乏しい地域、あるいは医療アクセスが困難な地域でも、可能な限りの医療・ケアを率先して提供できる。

7. 施設群による研修PGおよび地域医療についての考え方

学会制度・新制度における必修領域のローテート基準として、診療所または地域の小病院で行う総合診療Ⅰと病院の総合診療部門で行う総合診療Ⅱ(それぞれ6か月以上、あわせて18か月)、小児科(3か月)、救急(3か月)はどちらも共通です。内科の研修期間については学会

制度は6か月、新制度は12か月です。

3年間のうち、学会制度では必修領域以外の6か月はその他を含めた領域別研修を自由に選択することが可能です。新制度でも日本専門医機構理事会において例外的に認められた措置(詳細は10.施設群における専門研修コースについての【補足】の項を参照)によりその他領域別研修を選択することが可能です。ただし初期臨床研修で外科を研修していない専攻医については外科を研修することが望ましいとされています。このほか当プログラムでは、前述の総合診療医(家庭医)として備えるべき能力を考慮し、メンタルヘルス、終末期のケア、女性・男性の健康問題、リハビリ等を経験することが出来る診療科を優先的に選択することを推奨しています(総合診療I等で十分経験できた場合にはこの限りではありません)。内科は県立総合病院ではサブスペシャリティ科のローテーション、伊東市民病院・公立森町病院では総合内科の研修、その他領域も研修先を専攻医の希望により選択することができます。

総合診療IとIIでの研修は内容に共通するところも多くありますが、当プログラムの総合診療I研修施設はすべてへき地や医療資源の乏しい地域の乏しい地域に所在しており、そうした地域における総合診療医の役割(継続的なケア、地域とのつながり等を含む)を十分に理解していただくために、総合診療Iを12か月間通じて行い、総合診療IIを6か月間行うことを基本とします。その他の研修は地域に出るまでに身につけるべきことと、地域を経験した後にさらに深く学ぶ価値が見えるものがありますので、専攻医の到達度や希望を考慮しプログラム責任者や研修先の指導医と相談して組んでいきます。

3年間を通じて、週4日の本研修のほか週1日の兼任研修を行います。兼任研修では、本研修が総合診療I以外の間は臓器別によらない総合外来を行うことを原則とします(専攻医の到達目標や経験症例その他の事情により、領域別研修に充てることも考慮可能です)。総合診療Iローテーション中は、兼任研修では希望する領域別研修を行います。

8. 専門研修 PG の施設群について

本研修プログラムは基幹施設である静岡県立総合病院に8つの連携施設を加えた9施設で構成されます。各施設の診療実績や医師の配属状況は11.研修施設の概要を参照して下さい。

専門研修基幹施設

静岡県立総合病院(720床、静岡市葵区)が専門研修基幹施設となり、総診II、内科、救急、その他(外科、整形外科、産婦人科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、緩和医療科)の研修を行います。

専門研修連携施設

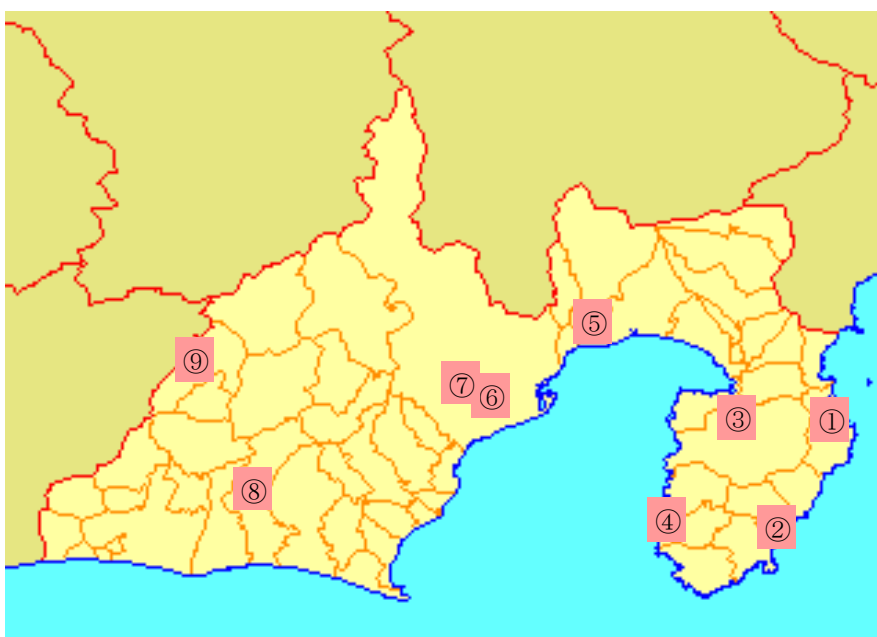
本研修PGの施設群を構成する専門研修連携施設と研修領域は以下の通りです。

- 伊東市民病院(250床、伊東市): 総診II、内科、小児科、救急、その他(外科、整形外科、

産婦人科，皮膚科，眼科，耳鼻咽喉科，リハビリテーション科)

- 伊豆今井浜病院*(160床、河津町)：総診Ⅰ
- 伊豆赤十字病院(94床、伊豆市)：その他(学会制度)，総診Ⅰ(新制度)
- 西伊豆健育会病院(78床、西伊豆町)：総診Ⅰ
- トータルファミリーケア北西医院(富士市)：総診Ⅰ
- 静岡県立こころの医療センター(静岡市葵区)：その他(精神科)
- 公立森町病院(93床、森町)：総診Ⅱ，内科
- 浜松市国保佐久間病院(60床、浜松市天竜区)：総診Ⅰ

* 伊豆今井浜病院は新制度のみ研修可能です。



ふじのくに家庭医後期研修プログラム参加施設

- | | |
|----------------|--------------------|
| ① 伊東市民病院 | ⑥ 静岡県立総合病院 |
| ② 伊豆今井浜病院*1,*2 | ⑦ 静岡県立こころの医療センター |
| ③ 伊豆赤十字病院 | ⑧ 公立森町病院 |
| ④ 西伊豆健育会病院 | ⑨ 浜松市国保佐久間病院 |
| ⑤ 北西医院 | (*1：申請中， *2：新制度のみ) |

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です。3学年の総数は総合診療専門研修指導医×6です。本研修PGにおける専攻医受け入れ可能人数は、基幹施設お

よび連携施設の受け入れ可能人数を合算したものです。

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

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

小児科領域と救急科領域を含むその他の診療科のローテート研修においては、各科の研修を行う総合診療専攻医については各科の指導医の指導可能専攻医数(同時に最大 3 名まで)には含めません。しかし、総合診療専攻医が各科専攻医と同時に各科のローテート研修を受ける場合には、臨床経験と指導の質を確保するために、実態として適切に指導できる人数までに(合計の人数が過剰とならないよう)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、当プログラム内には総合診療専門研修指導医が 20 名(他プログラムとの按分後は 6.8 名)在籍しており、この基準に基づくと毎年 13 名が最大受入数ですが、当プログラムでは毎年 4 名を定員と定めております。

10. 施設群における専門研修コースについて

図 2 に本研修 PG の施設群による研修コース例を示します。後期研修 1 年目は静岡県立総合病院、伊東市民病院などで救急・小児科を含む地域で必要とされる領域の研修を行います。後期研修 2 年目は西伊豆健育会病院、北西医院、佐久間病院などで総合診療 I の地域医療研修を行います。後期研修 3 年目ではそれまでの到達度合いに応じて目標に達していない領域や研修医の教育・研究を含めた研修を行います。これらを満たしていれば、地域の経験や本人の興味を踏まえた領域の研修を追加することも可能です。

なおこのローテート順序は、専攻医または受け入れ施設等の事情で前後することがあります。

資料「研修目標及び研修の場」に本研修 PG での 3 年間の施設群ローテーションにおける研修目標と研修の場を示しました。ローテーションの際には特に主たる研修の場では目標を達成できるように意識して修練を積むことが求められます。

本研修 PG の研修期間は 3 年間としていますが、修得が不十分な場合は修得できるまでの期間を延長することになります。

図2 モデルとなるローテーション例(新制度)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	総診Ⅱ		救急			内科		内科		小児科		
	総合外来または領域別研修(週1回)											
2年目	総診Ⅰ											
	領域別研修(週1回)											
3年目	内科		内科		内科		内科		総診Ⅱ			
	総合外来または領域別研修(週1回)											

選択可能施設・診療科

総診Ⅰ：佐久間病院(内科)，北西医院(内科・小児科)，西伊豆健育会病院(内科)，
伊豆今井浜病院(内科)，伊豆赤十字病院(内科)

総診Ⅱ：静岡県立総合病院(救急科)，公立森町病院(内科)，
伊東市民病院(総合内科・総合診療科)

内科：静岡県立総合病院(救急科，循環器内科，腎臓内科，糖尿病・内分泌内科，神経内科，
消化器内科，呼吸器内科)，伊東市民病院(内科)，公立森町病院(内科)

小児科：静岡県立総合病院(小児科)，伊東市民病院(小児科)

救急：静岡県立総合病院(救急科／高度救命救急センター)，伊東市民病院(救急科)

【補足】

本モデルで示した研修ローテーションのパターンに加えて、静岡県立総合病院、伊東市民病院、静岡県立こころの医療センターにて選択研修を実施するパターンを図2(別)として下記に示した。

これは、諸事情で総合診療専門研修プログラム整備基準「専門研修施設群の構成要件」に則ってプログラム構築することが難しい場合に、整備基準の項目10「他に、自領域のプログラムにおいて必要なこと」に示した「平成30年度からの3年間に専門研修が開始されるプログラムについては、専門研修施設群の構成についての例外を日本専門医機構において諸事情を考慮して認めることがある」として、日本専門医機構理事会において例外的に認められた措置である。

また、学会制度の対象となる専攻医については内科の必修期間が6か月であるので、図2(別)と同様のローテーション期間で研修を行うことになる。

図 2(別) モデルとなるローテーション例
(静岡県立総合病院ローテーション例)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	総診Ⅱ(内科 ^{※1})		救急			内科		その他(選択)		小児科		
	総合外来または領域別研修(週1回)											
2年目	総診Ⅰ											
	領域別研修(週1回)											
3年目	内科		内科		その他(選択)		その他(選択)		総診Ⅱ(内科 ^{※1})			
	総合外来または領域別研修(週1回)											

(伊東市民病院, または静岡県立総合病院+公立森町病院ローテーション例)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	内科 ^{※1}						小児科			救急		
	総合外来または領域別研修(週1回)											
2年目	総診Ⅰ											
	領域別研修(週1回)											
3年目	総診Ⅱ(内科 ^{※2})						その他(選択)		その他(選択)		その他(選択)	
	総合外来または領域別研修(週1回)											

選択可能施設・診療科

総診Ⅰ：佐久間病院(内科), 北西医院(内科・小児科), 西伊豆健育会病院(内科),
伊豆今井浜病院(内科), 伊豆赤十字病院(内科; 新制度のみ^{※3})

総診Ⅱ：静岡県立総合病院(救急科), 公立森町病院(内科),
伊東市民病院(総合内科・総合診療科)

内科：静岡県立総合病院(救急科, 循環器内科, 腎臓内科, 糖尿病・内分泌内科, 神経内科,
消化器内科, 呼吸器内科), 伊東市民病院(内科), 公立森町病院(内科)^{※4}

小児科：静岡県立総合病院(小児科)，伊東市民病院(小児科)

救急：静岡県立総合病院(救急科／高度救命救急センター)，伊東市民病院(救急科)

その他：静岡県立総合病院(外科，整形外科，産婦人科，皮膚科，泌尿器科，眼科，
頭頸部・耳鼻咽喉科，放射線科，緩和医療科※5)

静岡県立こころの医療センター(精神科)

※1：静岡県立総合病院で行う場合は、内科各科を2か月単位でローテート研修。

※2：新制度のみ総診Ⅱ・内科を兼任研修。

※3：学会制度ではその他(へき地医療、週1回)として選択可。

※4：総診Ⅱとの兼任研修のみ選択可。

※5：兼任研修(週1回)のみ選択可能。

11. 研修施設の概要

静岡県立総合病院

専門医・指導医数

- ・ 総合診療専門研修指導医 2名(牧 信行，三宅 章公)
- ・ 内科専門医・指導医 38名
- ・ 小児科専門医 3名
- ・ 救急科専門医 4名

診療科・患者数

- ・ 救急科：のべ外来患者数 1038.5名/月、救急車等による搬送数 5103件/年、
入院患者数 319.4名/月
- ・ 内科：入院患者総数 707.4名/月
- ・ 小児科：のべ外来患者数 533.5名/月

病院の特徴



救急重症処置室での患者受け入れ

静岡県立総合病院は県庁所在地の基幹病院であり、総合診療Ⅰとその他の一部を除く全ての領域の研修を行う、プログラム全体のベースキャンプとなる施設です。

総合診療Ⅱと救急研修を通じて救急科で行うため、救急・急性期疾患の症例を豊富に経験できるのが特徴です。もちろん救命救急の技術を学ぶためのトレーニングコース(BLS, ACLS, ICLS, JMECC等)も盛んに開催されていますが、これらの症例の対応はそうした技術だけではなく、疾患・臓器



CVC 講習会

横断的に患者全体を診る視点や、専門各科との連携が欠かせません。専門各科への紹介後に何が必要となるのか、家庭医(総合診療医)としての役割は何か等について、領域別研修や症例検討会等を通じて学んでいきます。あらゆる領域の急性期疾患の初期対応を専門各科と一緒に経験できるのは、救急科研修ならではの。

その他、療養病院や在宅医療施設、訪問看護師等との連携を目指した勉強会「慢性期医療を考える会」、専門各科による

基礎臨床講座、スキルアップセンターでの縫合トレーニングや中心静脈カテーテル(CVC)講習会、医療安全や感染対策の講演会、緩和ケア研修会、拡大がんサージボードなど数多くの講演会・研修会が開催されており、これらにも積極的に参加して頂きます。

初期研修医の教育や研究活動も、当院での研修における重要な要素と考えています。当院は年間約 20 名(2 年次まで合わせて約 40 名)の初期研修医が在籍しており、研修科指導医と相談して初期研修医の指導に当たっていただきます。研究については医学文献(MedicalFinder, メディカルオンライン等)、検索サイト(PubMed, 医中誌, Scopus 等)、電子教科書(UpToDate, Dynamed, Cochrane Library 等)の利用が全て無料のみならず使い方の講習会も行われており、英語勉強会や国際学会発表時の補助もあります。

職員宿舎・院内保育所完備、当直明けは昼 11 時以降は仕事休みなど福利厚生にも配慮しており、女性医師の産休・子育て対応なども相談に応じます。

伊東市民病院

専門医・指導医数

- ・ 総合診療専門研修指導医 4 名(荒川洋一, 川合耕治, 築地治久、山田哲也)
- ・ 内科専門医 4 名
- ・ 小児科専門医 2 名
- ・ 救急科専門医 1 名

診療科・患者数

- ・ 総合内科/総合診療科：のべ外来患者数 4258 名/月、入院患者総数 118 名/月
- ・ 小児科：のべ外来患者数 510 名/月
- ・ 救急科：救急車等による搬送数 3754 件/年

病院の特徴

伊東市が開設者で地域医療振興協会が指定管理運営している施設です。伊豆半島東部地区の基幹病院として、1 次と 2 次救急を 365 日 24 時間対応しています。温暖な観光地として東京を中心とした観光客が年間 650 万人訪れ、別荘地としての居住者も多く、高齢化率が 35%を越えており、このため入院患者様の 70 歳以上の割合が 69%となっています。平成

16 年度より管理型臨床研修病院として初期研修医および後期研修医を受け入れています。平成 20 年度には日本医療機能評価機構の認定病院となり、電子カルテシステムを導入しました。平成 21 年度には DPC 対象病院となり、市内唯一の急性期医療を担う医療機関として地域連携を図っています。建物の老朽化に伴い、平成 25 年 3 月に新病院に移転し、より機能を高め、若手医師も増えました。

家康の時代に、伊東の技術で日本初の帆船がつくられ、メキシコまで航海できたように、伊東の力で、世界へ飛び立てる力量を備えた専攻医を育成することを目標としました。



救急医療は症例が豊富（平成 28 年度の実績）

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1) 年間救急外来件数 8263 件（時間外 約 87%） | 2) 年間救急車搬入件数 3754 台（時間外 約 45%） |
| 3) 伊豆半島東海岸、伊東地区唯一の 2 次医療機関 | 4) ヘリポートを完備 3 次救急との連携も |
| 5) HCU/CCU 救急体制の充実 | 6) 救急搬送患者を 入院から退院まで担当できる |
| 7) 幅広い疾患の救急医療に携わることができる | 8) 研修医の役割も非常に大きく、やりがいのある現場です。 |

屋根瓦式の研修体制をとり、上級医－シニアレジデント－ジュニアレジデントによる診療チームで、上級医のバックアップの元でシニアレジデントに気軽に質問・相談でき、教育に熱意のあるシニアが東京ベイ浦安市川医療センターからも派遣されており、良い意味での刺激を受けることができます。

総合診療後期研修プログラムでは、連携施設として、領域別の内科、小児科、救急の研修に加え、その他の診療科の研修も、外科・整形外科・泌尿器科・産婦人科・皮膚科などで調整が可能です。

総合診療指導医も複数おり、専攻医の個性を尊重しながら、明日を担う総合診療専門医を育てます。

公立森町病院

専門医・指導医数

- ・ 総合診療専門研修指導医 3 名（中村昌樹，岩本達治，廣岡正史）

- ・ 内科専門医 1名
- ・ 外科専門医 2名
- ・ 小児科専門医 1名
- ・ 整形外科専門医 1名

診療科・患者数

- ・ 内科：のべ外来患者数 2,328名/月、入院患者数 55.4名/月
- ・ 救急外来：のべ外来患者数 402名/月、救急車等による搬送数 615件/年

病院の特徴



当院は、静岡県西部、中東遠2次医療圏の北部に位置する、人口1万9千人の森町が単独で運営している町立病院です。平成3年から在宅医療に積極的に取り組んできましたが、現在は病院に隣接して建設された森町家庭医療センター内に、森町家庭医療クリニックと森町訪問看護ステーション、さらに在宅医療支援室を設置し、家庭医療クリニックが外来と在宅医療の専門性を、病院がそれをバックアップする役割へと機能分化を進めています。現状では訪問診療患者数は、病院と家庭医療クリニックで3:2の割合です。また医師会との連携を進め、森町医会の医師も週1回当直に参加し、病院で24時間365日あらゆる救急患者を受け入れています。平成28年度の救急受入れは4,821件で、当日入院は全体の8.5%、当日他院への転院搬送率は0.7%でした。

病床数は131床で、うち急性期病床93床と回復期リハビリテーション病棟38床を運営してきました。その後急性期病棟を診療科別の運用から機能別の運用への切り替えを進め、急性期医療を集約することで、現在はDPC適用の急性期病棟45床、地域包括ケア病棟48床、そして回復期リハビリテーション病棟38床と3つの病棟の機能を分けて、それぞれの病棟の専門性向上を目指しています。

当院はこれまで、多職種合同カンファレンスを定期的に行い、地域住民の会との協働による地域への啓発活動を行うなど、行政と一体的に活動できる公立病院の強みを活かして地域包括ケアシステムの構築に取り組んできました。

また隣接市の磐田市立総合病院、中東遠総合医療センターの2つの救急医療センターのバックアップがあるため、当院は地域に密着した医療に特化できる体制となっています。そのため、地域の一般急性期の入院の受け皿となると同時に、急性期から生活の場へとつなぐ医療として、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟を活用しています。

森町は新東名高速道路が開通したことで、静岡市や浜松市の医療機関との連携も取りやすく、非常勤医師による専門外来と連携し、専門医を交えた定期的なカンファレンスを開催するなど、総合診療医の育成には適した病院であると思われます。

また、平成 27 年 3 月には天竜浜名湖鉄道の「森町病院前駅」が、病院の目の前に開設され、交通の便はさらによくなりました。町全体をひとつの生活圏として地域包括ケアシステムの構築を進めている森町で、総合診療医を目指す若手医師とともに学んでいきたいと考えています。

浜松市国民健康保険佐久間病院

専門医・指導医数

- ・ 総合診療専門研修指導医 1 名(三枝智宏)

診療科・患者数

- ・ 内科：のべ外来患者数 1430 名/月、のべ訪問診療数 20 名/月

病院の特徴



病院は保健・福祉施設と隣接

浜松市国民健康保険佐久間病院は、愛知県や長野県との県境が間近にある、静岡県の北西部に位置します。平成 17 年の合併により政令指定都市である浜松市天竜区佐久間町となりました。とはいえ、実際は天竜川と中央構造線が複雑に絡みあう山間の過疎山村で、行政的にへき地に該当します。

病院の所在する旧佐久間町は人口約 4000 人、高齢化率 53%と過疎化、少子化、高齢化の三拍子揃った地域で、20 か所以上の集落が分散しております。それぞれいわゆる限界集落の影が忍び寄っておりますが、地域内のつながりは保たれ住民は生き生きと生活しております。



小地域福祉活動

病院としての診療圏人口は約 6000 人、病床数は急性期 40 床、療養型 20 床の合わせて 60 床です。医療機関は隣町に診療所が 2 軒ありますが、旧佐久間町には佐久間病院と 2 か所の附属診療所のみですので、一次救急から急性期入院機能と、生活習慣病や運動器疾患などの慢性期機能を織り交ぜた診療を行っています。

当院の理念は、「“ここ”での健康で生きがいある暮らしを支え、いきいき長寿の郷を実現するため、生活者の視点に立つ暖かな医療を行います」です。したがって活動の特徴は通常の医療（外来診療、入院診療、在宅医療、産業保健、学校保健など）ばかりでなく、地域住民や地区社協との関わり、保健担

当部署と協働した保健予防活動、介護福祉機関との密接な連携を行っているところにあります。

当院はプログラムの中で総合診療 I を担当しますが、地域内の多くの人との関わりの中で地域包括ケアの魅力をたっぷりと味わっていただくことができます。具体的には多彩な課題を抱えた高齢者とじっくり向き合い患者中心の医療の神髄に触れることができます。高齢単身世帯と遠隔地の家族の問題、老老介護の問題などで家族志向性の醍醐味を味わうことができます。小地域福祉活動や地域のイベントに参加して地域ケアの一翼を担うことができます。何より、病院・診療所という箱から飛び出して、広がりのある地域、いきいきとした地域の人を感じながら羽ばたくことができます。

是非、佐久間の地にお越しく下さい。そして地域の多くの人たちと楽しく勉強し合いましょう。

トータルファミリーケア北西医院

専門医・指導医数

- ・ 総合診療専門研修指導医 1 名(北西史直)

診療科・患者数

- ・ 内科・小児科：のべ外来患者数 1500 名/月、のべ訪問診療数 20～25 名/月

病院の特徴

トータルファミリーケア北西医院は静岡県東部富士市（人口 25 万人）の市街地にあり内科・小児科等を標榜する無床診療所です。周辺地域は比較的高齢化が進んでおらず、外来患者の年齢構成は小児が断然多くなっています。外来診療は、小児の感染症、成人の慢性疾患が中心で、乳児健診、予防接種の数も近年多くなっています。在宅医療も開院以来積極的に行っており、看取りの数は年間数名ですが、高齢化に伴いその数は増えると予想しています。また私は回復期リハ、緩和ケア病棟の経験があり、質の高い在宅医療を行っていると思います。病児保育施設も運営しており、小児保健、子育て支援のさらなる展開を模索しています。

また、看護師の専門性を尊重し、糖尿病療養指導、小児喘息指導、乳児健診（2、4、10 か月）、看取り家族指導、行動変容カウンセリング、認知症指導等を当院作成のプログラムを用い看護外来を行っています。薬剤師も 2 名常勤で、医師、看護師、薬剤師、保育士、医療事務による週 1 回のランチョンミーティングなど多職種協働（IPW）、多職種連携教育（IPE）を小規模ながら行っています。

一次救急、1 歳半・3 歳健診、特定健診、BCG、学校医、介護認定審査会、多職種協働研修会などの医師会活動の経験や平成 28 年度より「ケアカフェふじ」という地域の医療、介護、福祉の多職種勉強会を行っており、その運営や講師を経験することができます。

後期研修医の先生がいらしたら、年間を通して、「総合診療のコア」、「内科診療アップデート」、「最新ガイドラインレビュー」、「他科領域」、「漢方診療」の勉強会をしていきたいと思っています。

僻地医療とは少し違いますが、家庭医療の経験は、今後の医師人生にとっても貴重な経験になってくると思います。共に働き、共に学びあいましょう。



数多くのお子さんが来院されます



「ケアカフェふじ」の様子です

西伊豆健育会病院病院

専門医・指導医数

- ・ 総合内科専門医 2 名、救急科専門医 2 名、家庭医療専門医 1 名
泌尿器科専門医 1 名
- ・ 総合診療専門研修指導医 4 名(仲田和正, 吉田英人, 野々上智、西村光滋)

診療科・患者数

- ・ 内科：のべ外来患者数 1,350 名/月、のべ訪問診療件数約 80 件（実数約 40 名）/
月

病院の特徴

西伊豆健育会病院が位置する伊豆半島西海岸は、行政区分上のへき地であり、高齢化率が 40%を越える県内でも特に高齢化が進んでいる地域です。また圏域の人口約 15,000 人をカバーする二次救急病院は当院のみであり、地域の中核病院としての役割を担っています。三次救急病院までは峠を越えて車で 90 分以上かかるため、開設以降原則として「救急患者は断らない」ことを基本方針の一つとしており、24 時間 365 日救急患者の受け入れができる体制を整えています。救急疾患は内科系・外科系問わず様々な患者が受診され専門科に関係なく診療にあたることができ総合診療医としての臨床能力を高めることができます。入院診療では、内科（総合内科）として、common disease を中心に診療しますが、近隣に専門科が無い為、地域の疾病構造が濃縮されており、まんべんなく疾患を経験する事ができます。当院の専門医は専門医としての素養だけではなく総合医としても診療にあたっていく必要があり、常に知識をアップデートするため医局では週 10 回の勉強会を実施し勉強してきま

した。勉強会では NEJM や the Lancet の総説を中心に、世界最新の情報を常に勉強し互いに教え合い、へき地にいながらも世界最先端の知識を得て臨床を行うことができます。また全国から年間 40 名程の医学生・初期研修医・後期研修医が当院で研修しておりへき地の教育病院として認知されています。

外来診療については病院ではあるが地域の「かかりつけ病院」であり、同一家族の小児から高齢者までが受診しており、病院にしながら継続医療を実践できる場となっています。患者との距離も近く、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、ケアを学ぶことができます。さらに患者の抱える多様な健康問題に的確に対応するために、地域の多職種との連携体制も整備されており、リーダーシップを発揮できる多職種連携会議が定期的開催されています。

在宅医療については、平成 26 年度から訪問診療を開始しており、急性期医療から在宅医療まで一貫した地域医療を学ぶことができます。近隣の介護保健施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、包括支援センター、居宅介護など）との関係は非常に良好で、医療のみならず介護的な面も学習できます。また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、さらに地域の開業医および診療所との症例検討会を通し、患者情報を共有し、地域全体の健康向上に寄与できることが求められます。

当院は静岡県内で 4 箇所のみ指定されているへき地医療拠点病院であり、無医地区への巡回診療を行い、へき地での医療にも貢献しています。

是非皆さん、風光明媚な西伊豆で一緒に働いてみませんか！！



伊豆今井浜病院

専門医・指導医数

- ・ 総合診療専門研修指導医 3名(小田和弘, 梅田容弘, 吉村誠)

診療科・患者数

- ・ 内科：のべ外来患者数 1737名/月、のべ訪問診療数 3名/月

病院の特徴

当院のあります賀茂郡河津町は、美しい風景、温暖な気候、今や全国区の河津桜、海・川・山の素晴らしい食材、湧き出る温泉など、魅力には事欠かない地域です。

しかし、この町にはそれまで一般病床がなく、入院が必要な患者様は近隣市町の病院に運ばれていました。

高齢化率が40%を越え、自らの交通手段を持たない多くの患者様、そのご家族様には大変な苦勞であったと思われまふ。そんな中、当院はH24年5月に伊豆急行線の今井浜海岸駅に隣接する形でオープンしました。

一番の特徴は駅からエレベーターで昇り降りすると、車いすで病院に入る事ができる、バリアフリー構造です。

このエレベーターはまた、お見舞いに訪れる高齢者にも大変好評です。

お陰様をもちまして、オープン以来4年弱で、外来を中心に御利用頂く患者様は増加の一途です。

平成29年5月には100床増床となり、急性期110床、回復期50床の陣容で、再スタートしました。

この病院は内科・外科・整形外科・婦人科の外来・入院医療と・小児科・眼科・耳鼻科・皮膚科・循環器科の外来診療を行っています。実際には、軽微な疾患から重症患者まで、ありとあらゆる患者さんが当院を訪れます。

地方の病院としてはかなりの数の手術や内視鏡的治療なども行われています。

21年来、近隣の開業医先生と隔月で行って来たカンファランスは100回を越え、病診連携も強固です。

一般診療のみならず、医療に恵まれない地域への巡回診療や、介護保険施設の嘱託医など、福祉分野との連携も図られており、この面での勉強も可能です。

また、当院は公益社団法人「地域医療振興協会」が運営しておりますが、当社団運営の診療所は伊豆半島内だけでも6か所あり、診療所研修も体験できます。

今後は地域医療構想も踏まえ、在宅医療にも注力していく予定であり、総合診療の実習としては非常に適していると考えております。



静岡県立こころの医療センター

専門医・指導医数

- ・ 精神科常勤指導医 16 名(うち精神科専門医 6 名)

診療科・患者数

- ・ 精神科：のべ外来患者数 274.0 名/月、入院患者数 43.6 名/月

病院の特徴

静岡県立こころの医療センターは、本プログラムの基幹施設である静岡県立総合病院と同じく、静岡市内にある単科精神科病院です。静岡県立総合病院、静岡県立こども病院とともに地方独立行政法人静岡県立病院機構の一員であり、県立病院の時代から人事交流などが盛んに行われてきました。

正面玄関



病棟カンファレンス



当センターは、現在4個病棟、180床の稼働病床の構成で運営を行っています。平成8年より開始された静岡県精神救急システム事業に輪番および後方病院として、静岡県内の

精神科救急に深く関与し、2個の精神科救急病棟に年間約500名の新規入院患者を受け入れています。ケースは、統合失調症だけでなく、あらゆる精神疾患を網羅しています。また平成17年に施行された「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）」に規定された指定入院医療機関（12床）および指定通院医療機関になっており、県内のほとんどすべての医療観察法鑑定事例を受けています。これらのことに象徴されるように精神科領域における急性期および重症例に常に向かい合っているのが当センターの立ち姿です。一方で積極的な在宅支援や患者や家族への心理教育も疎かにしないように努めています。このような現場ではありますが、当センターの16名の精神科医師のうち6名が女性医師であり、県立病院機構の託児所の整備など福利厚生への配慮とメリハリのきいた現場運営によるものと思っています。

静岡県立総合病院とは、ほとんどすべての初期研修医を受け入れ、精神障害者の身体合併症の多くを県立総合病院でお願いし、一方で一般救急を訪れる精神疾患合併症例の受け入れを数多く受け入れてきています。これまで両病院の間ではスムーズな連携と実績が積み上げてきていると良いと思います。

「ふじのくに家庭医後期研修プログラム」の連携施設として、当センターでは、主に、①精神疾患との評価と初期対応、②プライマリ・ケアにおける精神科的评价と初期対応、の2点について研修していただく予定です。

日本赤十字社 伊豆赤十字病院

専門医・指導医数

- ・ 総合診療専門研修指導医 2名(志賀清悟, 上田 研)

診療科・患者数

- ・ 内科：のべ外来患者数 3418名/月、入院患者数 2130名/月

病院の特徴



病院全景



伊豆市から見える富士

伊豆赤十字病院のご紹介をさせていただきます。当院は伊豆半島の北部に位置する伊豆市、旧修善寺町にあります。伊豆市の人口は約31,600人で、高齢化率はすでに37%を超えています。地図をご覧ください。一目瞭然ですが、面積は広大で伊豆半島の北半分を占めています。旧修善寺町までは伊豆箱根鉄道が通じており、三島市から30分程度ですので東京からでも2時間かかりません。車でも伊豆縦貫道を利用すれば東名高速と30分以内で結ばれています。案外都市部とは近い環境に病院はありますが、担当する医療圏はほとんどが山間部ということになります。2次医療圏内には順天堂大学静岡病院や静岡県立がんセンターがあり、それぞれの高度医療を担当している医療機関との連携が密になっています。このような現状において当院が目指す医療はどうあるべきか、それはやはり地域で信頼される医療の提供

だと思われま。当院は急性期病棟53床と療養病棟41床を有し、隣には老人保健施設グリーンズ修善寺も併設しています。内科系を中心にした総合診療を提供していますし、在宅医療にも力を入れています。地域における医療についてはとりあえず何でも相談できる病院を目指しているところです。専門的な医療は近隣にあるそれぞれの病院に紹介できますので、当院では総合診療を思う存分研修して頂けると確信しています。近くには2020年には自転車競技の会場となった施設もあり、温泉もあり、自然も豊富にあります。地域医療に興味のある方はぜひお越しください、一緒に地域住民の健康について考えていきましょう。

12. 専門研修の評価について

専門研修中の専攻医と指導医の相互評価は施設群による研修とともに専門研修 PG の根幹となるものです。

以下に、「振り返り」、「経験省察研修録作成」、「研修目標と自己評価」の三点を説明します。

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～数か月おきに定期的に実施します。その際に、日時と振り返りの主要な内容について記録を残します。また、年次の最後には、一年の振り返りを行ない、指導医からの形成的な評価を研修手帳に記録します。

2) 経験省察研修録作成

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

なお、経験省察研修録の該当領域の詳細は研修手帳にある 7 つの資質・能力に基づいて設定しており、詳細は研修手帳にあります。

3) 研修目標と自己評価

専攻医には研修目標の各項目の達成段階について、研修手帳を用いて自己評価を行な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、年度の最後には、進捗状況に関する総括的な確認を行い、現状と課題に関するコメントを記録します。

また、上記の三点以外にも、実際の業務に基づいた評価(Workplace-based assessment)として、短縮版臨床評価テスト(Mini-CEX)等を利用した診療場面の直接観察やケースに基づくディスカッション(Case-based discussion)を定期的実施します。また、多職種による 360 度評価を各ローテーション終了時等、適宜実施します。

更に、年に複数回、他の専攻医との間で相互評価セッションを実施します。

最期に、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か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】

新制度の専攻医は内科ローテート研修においては、症例登録・評価のため、内科領域で運用する専攻医登録評価システム(Web版研修手帳)による登録と評価を行います。これは期間は短くとも研修の質をできる限り内科専攻医と同じようにすることが総合診療専攻医と内科指導医双方にとって運用しやすいからです。

新制度では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せん。

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うえで、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合します。

【小児科及び救急科ローテート研修中の評価】

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

3ヶ月の小児科及び救急科の研修終了時には、各科の研修内容に関連した評価を各科の指導医が実施し、総合診療プログラムの統括責任者に報告することになります。

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うえで、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合します。

◎指導医のフィードバック法の学習(FD)

指導医は、経験省察研修録、短縮版臨床評価テスト、ケースに基づくディスカッション及び360度評価などの各種評価法を用いたフィードバック方法について、指導医資格を取得時に受講を義務付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きます。

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ないます。

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、その内容は静岡県立総合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。

14. 専門研修 PG の改善方法とサイトビジット(訪問調査)について

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

1) 専攻医による指導医および本研修 PG に対する評価

専攻医は、年次毎に指導医、専攻医指導施設、本研修 PG に対する評価を行ないます。また、指導医も専攻医指導施設、本研修 PG に対する評価を行ないます。専攻医や指導医等からの評価は、専門研修 PG 管理委員会に提出され、専門研修 PG 管理委員会は本研修 PG の改善に役立てます。このようなフィードバックによって本研修 PG をより良いものに改善していきます。

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

専門研修 PG 管理委員会は必要と判断した場合、専攻医指導施設の実地調査および指導を行います。評価に基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出来ます。

2) 研修に対する監査(サイトビジット等)・調査への対応

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

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専門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 PG 統括責任者または専門研修連携施設担当者が専門研修 PG 管理委員会において評価し、専門研修 PG 統括責任者が修了の判定をします。

その際、具体的には以下の 4 つの基準が評価されます。

- 1) 研修期間を満了し、かつ認定された研修施設で総合診療専門研修 I および II 各 6 ヶ月以上・合計 18 ヶ月以上、内科研修 12 ヶ月(新制度)または 6 ヶ月(学会制度)以上、小児科研修 3 ヶ月以上、救急科研修 3 ヶ月以上を行なっていること。
- 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のカリキュラムに定められた基準に到達していること
- 4) 研修期間中複数回実施される、医師・看護師・事務員等の多職種による 360 度評価(コミュニケーション、チームワーク、公益に資する職業規範)の結果も重視する。

16. 専攻医が専門研修 PG の修了に向けて行うべきこと

専攻医は研修手帳及び経験省察研修録を専門医認定申請年の 4 月末までに専門研修 PG 管理委員会に送付して下さい。専門研修 PG 管理委員会は 5 月末までに終了判定を行い、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研修委員会に専門医認定試験受験の申請を行なってください。

17. Subspecialty 領域との連続性について

様々な関連する Subspecialty 領域については、連続性を持った研修が可能となるように、今後各領域と検討していくこととなりますので、その議論を参考に当研修 PG でも計画していきます。

18. 総合診療研修の休止・中断、PG 移動、PG 外研修の条件

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

(ア) 病気の療養

(イ) 産前・産後休業

(ウ) 育児休業

(エ) 介護休業

(オ) その他、やむを得ない理由

- (2) 専攻医は原則として 1 つの専門研修プログラムで一貫した研修を受けなければなりません。ただし、次の 1 つに該当するときは、専門研修プログラムを移籍することができます。その場合には、プログラム統括責任者間の協議だけでなく、日本専門医機構・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) 専攻医の事情、大学院進学などで 6 か月を超えてプログラム連携施設以外に勤務する、またはプログラムに定められた必修研修を行えなくなる場合(10. 施設群における専門研修コースについての【補足】にあるその他領域別研修の 6 か月を除く)は、専攻医は研修を中断することとし、専門研修中断証を発行します。再開の場合は再開届を提出することで対応します。
- (4) 妊娠、出産後など短時間雇用の形態での研修が必要な場合は研修期間を延長する必要がありますので、研修延長申請書を提出することで対応します。

19. 専門研修 PG 管理委員会

基幹施設である静岡県立総合病院には、専門研修 PG 管理委員会と、専門研修 PG 統括責任者(委員長)を置きます。専門研修 PG 管理委員会は、委員長、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 PG の改善へ向けての会議には専門医取得直後の若手医師代表が加わります。専門研修 PG 管理委員会は、専攻医および専門研修 PG 全般の管理と、専門研修 PG の継続的改良を行ないます。専門研修 PG 統括責任者は一定の基準を満たしています。

基幹施設の役割

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

専門研修 PG 管理委員会の役割と権限

- ・ 専門研修を開始した専攻医の把握と日本専門医機構の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、今後の専門研修の進め方についての検討
- ・ 研修手帳及び経験省察研修録に記載された研修記録、総括的評価に基づく、専門医認定申請のための修了判定
- ・ 各専門研修施設の前年度診療実績、施設状況、指導医数、現在の専攻医数に基づく、次年度の専攻医受け入れ数の決定

- ・ 専門研修施設の評価に基づく状況把握、指導の必要性の決定
- ・ 専門研修 PG に対する評価に基づく、専門研修 PG 改良に向けた検討
- ・ サイトビジットの結果報告と専門研修 PG 改良に向けた検討
- ・ 専門研修 PG 更新に向けた審議
- ・ 翌年度の専門研修 PG 応募者の採否決定
- ・ 各専門研修施設の指導報告
- ・ 専門研修 PG 自体に関する評価と改良について日本専門医機構への報告内容についての審議
- ・ 専門研修 PG 連絡協議会の結果報告

副専門研修 PG 統括責任者

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

連携施設での委員会組織

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

20. 総合診療専門研修指導医

本プログラムには、総合診療専門研修指導医が総計 20 名、具体的には伊東市民病院、西伊豆健育会病院に 4 名、公立森町病院、伊豆今井浜病院に各 3 名、静岡県立総合病院、伊豆赤十字病院に 2 名、北西医院、浜松市国保佐久間病院に各 1 名在籍しています(各施設において他連携プログラムとの按分後の、当プログラムの指導医数は 6.8 名です)。

指導医には臨床能力、教育能力について、7つの資質・能力を具体的に実践していることなどが求められており、本 PG の指導医についても総合診療専門研修指導医講習会の受講を経て、その能力が担保されています。

なお、指導医は、以下の 1)～7)のいずれかの立場の方で卒後の臨床経験 7 年以上の方より選任されており、本 PG においては 1)の家庭医専門医、プライマリ・ケア認定医あわせて 11 名、2)の地域包括医療・ケア認定医 3 名、3)の日本病院総合診療医学会認定医 9 名、4)の日本内科学会認定総合内科専門医 12 名が参画しています(一人で複数の資格を有する指導医を含みます)。

- 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なう医師
(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群市区医師会から《総合診療専門医専門研修カリキュラムに示された「到達目標：総合診療専門医の7つの資質・能力」について地域で実践してきた医師》として推薦された医師

21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

研修実績および評価の記録

PG 運用マニュアル・フォーマットにある実地経験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。

静岡県立総合病院にて、専攻医の研修内容、目標に対する到達度、専攻医の自己評価、360度評価と振り返り等の研修記録、研修ブロック毎の総括的評価、終了判定等の記録を補完するシステムを構築し、専攻医の研修終了または研修中断から5年間以上保管します。

PG 運用マニュアルは以下の研修手帳(専攻医研修マニュアルを兼ねる)と指導医マニュアルを用います。

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

22. 専攻医の採用

採用方法

ふじのくに家庭医/総合診療後期研修プログラム管理委員会は、毎年7月(日本専門医機構のスケジュールによって変更の可能性あり、以下のスケジュールも同様)から説明会を行ない、総合診療専攻医を募集します。PG への応募者は、9月30日までに下記の連絡先に所定の形式の「ふじのくに家庭医後期研修プログラム応募申請書」および履歴書を提出して下さい。申請書は下記連絡先への電話または e-mail での問い合わせにより入手可能です。原則として10月中に書類選考および面接を行い、採否を決定して本人に文書で通知します。

応募者および選考結果については1月のふじのくに家庭医/総合診療後期研修プログラム管理委員会において報告します。

研修開始届け

研修を開始した専攻医は、各年度の4月30日までに以下の専攻医氏名報告書を、ふじのくに家庭医/総合診療後期研修プログラム管理委員会に提出します。

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

問い合わせ・連絡先

〒420-8527 静岡市葵区北安東 4-27-1 静岡県立総合病院

総務課 大下 将

TEL: 054-247-6111

FAX: 054-247-6140

E-mail: sougou-soumu@shizuoka-pho.jp