日本医科大学総合診療専門医研修プログラム
2024 年度

目次

1. 日本医科大学総合診療専門研修プログラムについて
2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか
3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）
4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得
5. 学問的姿勢について
6. 医師に必要なコアコンピテンシー、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. サブスペシャリティ 領域との連続性について、研修終了後のキャリアパスについて
18. 総合診療研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件
19. 専門研修プログラム管理委員会
20. 総合診療専門研修指導医
21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について
22. 専攻医の採用

1. 日本医科大学病院総合診療専門研修プログラムについて

1)はじめに

日本は急速に高齢化社会を迎えようとしています。そのため高齢者、複数の病気を持った人を支えていく医療制度を含めた社会全体の変革が必要とされています。今後わが国の医療は病気を見つけ、専門的な高度な治療を行う専門志向の医療だけではなく、地域の中で健康的な生活を送り、さまざまな病態と向き合い、社会的な補助制度を受けながら生活を過ごすための総合的補助を行う、社会の中の医療、人間中心の医療への転換がなされるはずです。

これからの時代、かかりつけ医、病院など医療施設の規模は問わず、地域、社会に根差した総合的な診療能力を有する医師の存在はますます重要となると考えられます。しかしながら、かかる時代の要請・重要性にも関わらず、まだ総合診療医の地位・専門性・教育システムは十分に確立されているとは言えません。そこで、これからの時代をになう、新しい形の医療を提供する意欲ある人材を育成するために、新しい専門領域としての総合診療専門医の制度が作られることになりました。

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、日本医科大学総合診療医専門研修プログラム（以下、本研修PG）は病院・診療所などで活躍する高い診断・治療能力を持つだけでなく、医療情勢を理解し、高い人間性を合わせ持つ総合診療専門医を養成するために作成されました。

２）日本医科大学付属病院と同院総合診療科の特徴

日本医科大学付属病院（以下　当院）は東京都文京区千駄木という東京都の山の手と下町の中間地域に位置しています。当院は高度の医療を提供する特定機能病院としてだけではなく地域医療の拠点病院としての側面も有しています。

また当院は、大学の学是“殉公克己”の精神のもと、日本で最も早い時期に救命救急センター、集中治療室を設置、多くの重症患者の受け入れを行い、日本の救急医療領域のリーダーとして診療・人材育成を行ってきました。

高度高齢化社会など時代の要請に対応した、幅広い知識・技量を持つ総合診療医育成・教育を目的に、2013 年 4 月より大学院 総合医療・健康科学分野が創設されました。更に、平成 26 年 8 月の新病院が竣工に伴い内科などの専門科の区別を問わず、24 時間体制で初診および 1 次 2 次救急患者を総合的に診察する診療センターが本格的に稼働しました。本研修PG の基幹施設となる日本医科大学付属病院総合診療科（以下当科）は、総合診療センター運営の中心的役割を果たしています。

当科は大学病院という性質上、医学部学生や初期臨床研修医、他の学部学生・研修生等を対象とした教育に携わる機会も多く、教育を通じた多くの学びの場が存在します。また、院内トリアージや病院前救護など看護師、救命救急士などとともに学習・経験の蓄積を行う機会も多く提供されています。本研修 PG では、院内各専門科の医師やコメディカルスタッフ、 周辺の各地域医療機関の協力のもと、様々な医療現場で細やかなフィードバックを受けながら研修できる環境を整えていることが特徴です。

専攻医は、日常遭遇する疾病と傷害等に対して最新のエビデンスに基づいた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、継続的な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の一員として、他の領域別専門医、歯科医師、 医療や健康に関わるその他職種等のスタッフと連携して、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）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。

本研修 PGにおいては総合診療専門の指導医のほかに内科、救急、小児科など多くの科の専門医が皆さんの教育・指導にあたります。しかしながら、総合診療医の学ぶべき知識、疾患は膨大であり、今後指導医や専門医のいない状況でも適切な判断を求められることが多いと思います。そのためには、主体的に学ぶ姿勢と、まず自らで病態を判断し適切な処置を行えるような意識を持ち続けることが大切です。

本研修 PG では、総合診療専門研修Ⅰ（外来診療・在宅医療中心）、総合診療専門研修Ⅱ（病棟診療、救急診療中心）、内科、小児科、救急科の 5 つの必須診療科と選択診療科で３年間の研修を行います。このことにより、１．人間中心の医療・ケア、２．包括的統合アプローチ、３．連携重視のマネジメント、４．地域志向アプローチ、５．公益に資する職業規範、６．診療の場の多様性という総合診療専門医に欠かせない６つのコアコンピテンシーを効果的に修得することが可能になります。

本研修 PGは専門研修基幹施設（以下、基幹施設）と専門研修連携施設（以下、連携施設）の施設群で行われ、それぞれの特徴を生かした症例や技能を広く、専門的に学ぶことができます。本研修 PG では、都心の山の手・下町両方の特徴を有した本院およびその周辺に加え、都心周辺領域、へき地・医療資源の不足する地域である埼玉秩父・千葉県山武地域の 1 年間の研修、千葉県館山など、地方の医療機関も含め、様々な形の総合診療を研修できるようになっており、今後どのような地域での総合診療を行うにしても十分対応可能な経験が得られる病院施設群、それぞれの地域の医療情勢を周知した優秀な指導医を有しています。

2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか

1）研修の流れ

総合診療専門研修は、卒後 3 年目からの専門研修（後期研修）が 3 年間で行われます

- □ １年次修了時には、患者の情報を過不足なく明確に指導医や関連職種に報告し、 健康問題を迅速かつ正確に同定することを目標とします。また、救急の現場に積極的に関与し指導医とともに適切な初療ができる能力を獲得します。
- □ ２年次修了時には、診断や治療プロセスが標準的で、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。
- □ ３年次修了時には、多疾患を合併し診断や治療プロセスに困難さがあったり、患者を取り巻く背景が疾患に影響したりしている複雑な健康問題に対しても的確なマネジメントを提供することができ、かつ指導できることを目標とします。
- □ また、総合診療専門医は日常遭遇する疾病と傷害等に対する適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を提供するだけでなく、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組むことが求められますので、18 ヵ月以上の総合診療専門研修Ⅰ及びⅡにおいては、後に示す地域ケアの学びを重点的に展開することになります。
- □ ３年間の研修の修了判定には以下の３つの要件が審査されます。
  - □ 定められたローテート研修を全て履修していること
  - □ 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
  - □ 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）を行います。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深めていきます。さらに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と 教育的フィードバックを受ける回診及び多職種を含む病棟カンファレンスを通じて診断・検査・治療・退院支援・地域連携のプロセスに関する理解を深 めます。指導医による診療録レビューや手技の学習法は外来と同様です。

（エ）**救急医療**　本PGが最も得意としている領域であり、充実した施設群、指導医群を有しています。経験目標を参考に総合診療センターにおける初期救急、救命救急室センター、CCU、SCUでの重症患者の初療など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。

（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

□ 総合診療の理論やモデル、組織運営マネジメント、総合診療領域の研究と教育については、日本医師会、日本内科学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本病院総合診療医学会、日本救急医学会等の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。

□ 臨床現場で経験の少ない手技などを大学シュミレーションセンターに設置されているシミュレーション機器等を活用して学ぶことができます。また、BLS、ACLS、PALS 、JMEC、JATEC、JPEC、など総合診療・救急の場に必要な資格習得を積極的に支援します。

□ 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、学内で定期的な勉強会が開催され、すべての職員が参加する事（ビデオオンデマンド聴講も含む）が義務化されています。また、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および地域医師会と共同行う症例検討会は、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本研修 PG 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、幅広く学習します。

専攻医は、日本医科大学図書館に自由にアクセスでき、PubMed、医中誌 Web、Up to date などの検索ツール、多数の電子ジャーナル・ブック、EndNote などの文献管理・論文作成ツール、統計ツールとして SPSS を自由に使用できます。

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）及び論文発表（共同著者を含む）を行うこととします。そのために、指導医のもとでの十分な指導を行います。総合診療の領域には、多くの問題、明らかにしなければならない点があります。日常の診療と並行して、早期より、指導医とともにテーマを決め、臨床研究を①計画・②申請・③遂行・④結果の発表から論文化を行っていくプロセスを学びます。

4） 研修の週間計画および年間計画

【基幹施設（日本医科大学付属病院）】

研修内容の進行状況、各科の特性を考慮し指導医とともに研修内容、スケジュールに関しては適時検討していきます。

総合診療科

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-8:30　抄読会・RIP							
8:30-9:00　朝カンファ							
8:30-16:00　病棟業務							
8:30-16:00　総合診療外来							
9:00-10:00　教授病棟ラウンド（１）							
13:30-15:00　教授病棟ラウンド（２）							
16:00-16:30　夕カンファ							
17:00-18:30　症例カンファ							
17:00-18:30　医局カンファ・症例検討							
17:30-18:30　放射線カンファ							
16:30-17:30　退院カンファ							
9:00-17:00　近隣の医療機関で研修							
救急外来での診療（平日１回/週の 夜勤、土日　１回/月の日勤または夜勤）				夜勤			

救急科（日本医科大学付属病院高度救命救急センター）

	月	火	水	木	金	土	日
7:30-8:00　朝カンファ							
8:00-16:00 3 次救急診療/病棟業務							
16:00-16:30　夕カンファ							
16:00-7:30 3 次救急診療/病棟業務（夜勤）							
17:00-19:30　症例カンファ							
12:00-13:00　放射線カンファ							
9:00-12:00　教育カンファ							
9:00-17:00　近隣の医療機関での研修							

内科（日本医科大学付属病院循環器内科を選択した場合）

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00 病棟グループカンファ							
9:00-17:00 病棟業務							
10:00-12:00 外来補助							
10:00-12:00 検査（エコー、心臓カテーテル、カテーテルアブレーション等）							
13:00-17:00 午後外来							
13:00-17:00 処置							
9:00-13:00 総回診							
18:00-20:00 病棟症例カンファ							
18:00-20:00 診療グループカンファ（心不全、虚血、不整脈、エコー、心臓リハビリ、再生）							
平日宿直（1～2 回／週） 土 日の日直・宿直（1 回／月）							

小児科

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-10:00 病棟業務							
8:00-12:00 教授回診							
10:00-12:00 外来診療							
13:00-17:00 外来診療							
13:00-17:00 小児救急外来							
17:00-19:00 病棟カンファ							
17:00-19:00 勉強会							
平日宿直（1～2 回／週） 土 日の日直・宿直（1 回／月）							

選択科（日本医科大学付属病院　精神科を一例として示す）

	月	火	水	木	金	土	日
8:３0-9:00 朝カンファ							
9:00-12:00 午前外来							
13:00-16:00 午後外来							
13:00-16:00 午後リエゾン回診							
16:00-18:00 症例カンファ							

【連携施設（秩父病院の場合）】

総合診療科（総合診療専門研修Ⅱ）

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-9:00　朝カンファ							
9:00-12:00　病棟業務							
9:00-12:00　総合診療外来（午前）							
13:00-16:00　病棟業務							
13:00-16:00　総合診療外来（午後）							
13:00-17:00　救急外来							
16:00-17:00　症例カンファ							
17:00-18:00　多職種勉強会							
17:00-18:00　診療科横断勉強会							
平日宿直（1～2 回／週）　土							

【連携施設（地方独立行政法人さんむ医療センターの場合）】

総合診療科（総合診療専門研修Ⅱ）

	月	火	水	木	金	土	日
8:00- 9:00　朝カンファ							
9:00-12:00　総合診療外来業務							
9:00-12:00　午前病棟業務							
13:00-16:00　午後病棟業務							
13:00-17:00　救急外来							
16:00-17:00　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)							

【連携施設（南須原医院の場合)】

総合診療（総合診療専門研修 I）

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00 勉強会							
9:00-12:30 外来診療							
13:00-15:00 訪問診療							
15:00-18:00 外来診療							
18:00-19:00 症例カンファ							
18:00-19:00 多職種カンファ							
平日待機（1～2 回週） 土日待機（1 回／月）							

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	・ SR1: 研修開始・オリエンテーション専攻医および指導医に提出用資料の配布（日本医科大学病院ホームページ） ・ SR2、SR3、研修修了予定者: 前年度分の研修記録が記載された研修手帳を月末まで提出 ・ 指導医・PG 統括責任者：前年度の指導実績報告の提出 ・ 日本内科学会総会発表（開催時期は要確認）
5	・ 第１回研修管理委員会：研修実施状況評価、修了判定
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）（開催時期は要確認）
7	・ 研修修了者：専門医認定審査（筆記試験、実技試験） ・ 次年度専攻医の公募および説明会開催
8	・ 日本プライマリ・ケア連合学会ブロック支部地方会演題公募（詳細は要確認）
9	・ 第２回研修管理委員会：研修実施状況評価 ・ 公募締切（９月末） ・ 日本病院総合診療医学会参加・発表（開催時期は要確認） ・ 日本医科大学医学会参加・発表
１０	・ 日本プライマリ・ケア連合学会ブロック支部地方会参加・発表（開催時期は要確認） ・ 日本救急医学会総会参加・発表（開催時期は要確認） ・ SR1、SR2、SR3:研修手帳の記載整理（中間報告） ・ 次年度専攻医採用審査（書類及び面接）
１１	・ SR1、SR2、SR3: 研修手帳の提出（中間報告）
１２	・ 第３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	・ ブロック支部ポートフォリオ発表会
3	・ 日本病院総合診療医学会参加・発表（開催時期は要確認） ・ その年度の研修終了 ・ 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・指導責任者：指導実績報告の作成（書類は翌月に提出）

学会研究会に関しては、Covid-19 の影響も勘案し状況に応じて適時対応していきます。
上記のほかに

- 日本内科学会等の学会地方会の発表（症例提示を中心に適時）
- 適時、他の学会でも発表（症例提示、総合診療に関係ある分野に関する発表）
- 地域医師会との間の症例検討（年に 4 回）
- 他大学総合診療科と間の症例検討会（年に２回）
- 海外学会での発表（適時）　などを計画しています。

3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

1） 専門知識

総合診療の専門知識は以下の５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。（※コンテクスト：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) 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。

※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（１～４及び６）を参照

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 p.20-29 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	嗄声	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）		精神科領域の救急	流・早産および満期産	
女性特有の訴え・症状		成長・発達の障害		

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

貧血	脳・脊髄血管障害	脳・脊髄外傷	変性疾患	脳炎・脊髄炎
一次性頭痛	湿疹・皮膚炎群	蕁麻疹	薬疹	皮膚感染症
骨折	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
気分障害	身体表現性障害	ストレス関連障害・心身症		不眠症
ウイルス感染症	細菌感染症	膠原病とその合併症		中毒
アナフィラキシー	熱傷	小児ウイルス感染	小児細菌感染症	小児喘息
小児虐待の評価	高齢者総合機能評価	老年症候群	維持治療期の悪性腫瘍	
緩和ケア				

※ 詳細は総合診療専門医専門研修カリキュラムの経験目標３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 p. 16-18 参照）

(1) 身体診察

- □ 小児の一般的身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察
- □ 成人患者への身体診察（直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、 神経系、皮膚を含む）
- □ 高齢患者への高齢者機能評価を目的とした身体診察（歩行機能、転倒・骨折リスク評価など）や認知機能検査（HDS-R、MMSE など）
- □ 耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる。

□ 婦人科的診察（腟鏡診による内診や外陰部の視診など）を実施できる。

(2) 検査

□ 各種の採血法（静脈血・動脈血）

□ 簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査、採尿法（導尿法を含む）

□ 注射法（皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴・成人及び小児の静脈確保法、中 心静脈確保法を含む）

□ 穿刺法（腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）

□ 単純Ｘ線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）

□ 心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査

□ 超音波検査（腹部・表在・心臓）

□ 生体標本（喀痰、尿、腟分泌物、皮膚等）に対する顕微鏡的診断

□ 呼吸機能検査

□ 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

□ 子宮頸部細胞診

□ 消化管内視鏡（上部、下部）

□ 造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）

※ 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。当 PG においては外科系処置に関しても、1 次２次から３次に至るまで豊富な救急症例を経験でき、また救命救急、整形外科・形成外科専門医から直接指導受ける機会が豊富にあり、臨床現場で必要な処置を数多く学ぶ機会があります。（研修手帳 p.18-19 参照）

(1) 救急処置

□ 新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS）

□ 成人心肺蘇生法（JAMEC、ICLS または ACLS）

□ 病院前外傷救護法（PTLS）

(2) 薬物治療

□ 使用頻度の多い薬剤の副作用・相互作用・形状・薬価・保険適応を理解して処方することができる。

□ 適切な処方箋を記載し発行できる。

□ 処方、調剤方法の工夫ができる。

□ 調剤薬局との連携ができる。

□ 麻薬管理できる。

(3) 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（CV を含む）	経鼻胃管及び胃瘻カテーテルの挿入と管理
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・腹腔・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

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

職務を通じた学習（On-the-job training）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

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。カンファランスは毎日の新患、重要症例の検討のほか、週に１回の問題症例の検討を行います。また、重要な症例に関しては月１－２回のエビデンス・文献的考察を含めた症例発表会を行います。

(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。

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：大学病院という特性を生かした学生教育の機会に恵まれています。

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 総合診療を提供する上で連携する多職種への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（医療疫学・臨床疫学）、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。 臨床研究の実施にあたっては、院内の研究統括センター臨床研究倫理委員会に研究計画を提出、同委員会の承認を得た後に行われます。必要に応じ、日本医科大学医学部公衆衛生学教室のサポートをうけることができます。また、日本医科大学では定期的臨床研究に関する講演会を開催しており、最新の臨床研究方法を学びます。

6. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて

総合診療専攻医は以下４項目の実践を目指して研修をおこないます。

1) 医師としての倫理観や説明責任を持ち、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従事することができる。

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。基幹病院で定期的に安全管理の講習会を開催されており、研修医も参加義務がある。

3) 地域の現状から見出される優先度の高い健康関連問題を把握し、その解決に対して各種会議への参加や住民組織との協働、あるいは地域ニーズに応じた自らの診療の継続や変容を通じて貢献できる。

4) へき地・離島、被災地、都市部にあっても医療資源に乏しい地域、あるいは医療

アク セスが困難な地域でも、可能な限りの医療・ケアを率先して提供できる。

7. 施設群による研修 PG および地域医療についての考え方

本研修 PG では、日本医科大学付属病院総合診療科を基幹施設とし、地域の連携施設とともに施設群を構成してします。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。

当 PG では、日本医科大学付属病院総合診療科において臨床推論、医療面接、初診対応、1 時 2 次救急対応、基本的な処置など、総合診療の概念を学習するための基礎研修を 6 ヵ月行った後、下記のような構成でローテート研修を行います。

(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で構成されます。本研修 PG では、総合診療研修Ⅱを基幹施設での研修後、秩父病院、我孫子病院総合診療科、さんむ医療センターいずれかにおいて 6 ヵ月、総合診療専門研修Ⅰを菊坂診療所、南須原医院、桜新町アーバンクリニック、亀田ファミリークリニック館山、にて計 6 ヵ月、合計で 18 ヵ月の研修を行います。 (2) 必須領域別研修として、日本医科大学付属各病院にて内科 12 ヵ月、小児科 3 ヵ月、救急科 3 ヵ月の研修を行います。
(3) その他の領域別研修として、日本医科大学付属病院にて消化器一般外科・整形外科・精神科・産婦人科・皮膚科・泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉科・放射線科・眼科・リハビリテーション科、東洋医学科、緩和ケアの研修を行うことが可能です。また、必要に応じ、内科、小児科、救急医療の追加研修を充当することができます。追加研修に関しては合計 3 ヵ月の範囲で専攻医の意向を踏まえて決定します。

施設群における研修の順序、期間等については、専攻医の希望、キャリアパス中心に考え、個々の総合診療科専攻医の希望と研修進捗状況、各病院の状況、地域の医療体制を勘案して、本研修 PG 管理委員会が決定します。

8. 研修 PG の施設群

本 PG は基幹施設 1 、連携施設 10 の合計 11 施設の多様な施設群で構成されます。

地域志向の総合診療を行うには、地域の特性・社会医療資源を考慮する必要があります。現在、東京を中心に医療の一極集中化現象が起きていますが、都市型の医療は特に総合診療の領域おいてはすべての医療体制の手本になるわけではありません。本 PG では基幹病院のような都市型の医療圏だけではなく、都市近郊型、地方型の医療圏などに関しても連携施設で充実した研修ができることが特徴です。

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】 **日本医科大学付属病院総合診療科**が専門研修基幹施設となります。東京都区中央部に位置し、都市型の医療圏になりますが、前述のように山の手・下町の中間に位置し都市型のさまざまな地域医療に関して学べます。大学病院ならでの豊富な症例・指導陣を有し、教育環境が整っています。救急診療体制が整っており、高度救命救急センター、CCU/SCU を有し、1 次救急から 3 次救急まで含め、年間 7400 例の救急車受け入れ、24 時間体制の独歩救急受け入れを行っています。総合診療 II、内科、救急、小児科、その他の領域の研修を担当します。

【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は以下の通りです。全て、診療実績基準と所定の施設基準を満たしています。

- 日本医科大学武蔵小杉病院：神奈川県川崎南部二次医療圏にある大学付属病院です、各種専門診療を提供する都市型急性期病院です。最近急速な開発とともに若年者を中心に人口の増加をきたしている地域です。内科・小児科・救急の研修を担当します。
- 日本医科大学多摩永山病院：東京都南多摩二次医療圏にある大学付属病院です。各種専門診療を提供する郊外型急性期病院です。かつてのニュータウンは時間経過により、現在では急速な高齢化を迎えている地域です。内科・救急の研修を担当します。
- 日本医科大学千葉北総病院：千葉県印旛地区二次医療圏にある大学病院です。地区の各種専門診療を提供する急性期病院です。都内通勤圏の新興住宅街と昔ながらの地方の要素が混在する地域です。救急、小児科の研修を担当します。
- 秩父病院：埼玉県秩父地域に位置する地域の中核病院です。当院の初期研修関連病院です。一般的な病態から、救急症例を外科・内科を問わず総合診療医が幅広く対応しています。また、南須原医院などの地域の医院との医療連携も積極的に行っています。総合診療 II を担当します。
- さんむ医療センター：千葉県山武地域の中核病院として近隣の家庭医とともに地域に根差した医療を行っています。総合診療 II を担当します。
- 我孫子病院：千葉県我孫子市にある地域の中核病院です。当院の初期研修関連病院です。東京の郊外型の病院で、内科・外科とも専門によらない幅広い医療を行っています。また、退院支援、緩和ケアにも力を入れています。総合診療 II を担当します。
- 南須原医院：埼玉県秩父地域の地域かかりつけ医として、在宅医療などを幅広く行っています。秩父病院との連携を積極的に行っています。総合診療 I を担当します。
- 菊坂診療所：文京区の本院の近くにある医療施設です。本院、特に総合診療科と病診連携を積極的に行っています。都市型かかりつけ医としての研修ができます。総合診療 I を担当します。
- 桜新町アーバンクリニック：東京都世田谷区において、学童から、子育て世代、年配の方まで、ご家族全員の健康管理を支援する医師、それがファミリードクターを目指して活動しています。また、在宅診療、ナースケアステーション、デイサービスなど多彩な地域医療の提供を行っています。総合診療 I を担当します。
- 亀田ファミリークリニック館山：千葉県館山市において、全国でも先駆的な地域志向型家庭医療を提供しています。研修修了者は日本全国の家庭医療・総合診療のリーダーとして活躍しています。総合診療 I を担当します。
- 庄内余目病院：山形県庄内地方の地域の中核病院です。本プログラムでは、在宅、外来などを中心とした地域における総合診療 I を担当します。日本医科大学総合診療科のスタッフも非常勤として勤務中です。

【専門研修施設群の地理的範囲】 本研修 PG の専門研修施設群は本院を中心とする東京都区中央部 2 次医療圏を中心に、東京郊外から、千葉県、山形県にわたる多彩な地域の

医療に関して研修できるような地理的配置となっています。またそれぞれの施設は単独で医療を行うのではなく、地域の他の医療機関と共同して地域の医療を形成している施設です。

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名です。３学年の総数は総合診療専門研修指導医×６名です。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。指導医は、基幹施設である日本医科大学付属病院総合診療科に５名、研修施設群全体では15.3名（他のプログラムとの指導医按分後）在籍しており、この基準に基づくと毎年最大で名受け入れ可能になりますが、当プログラムでは、本人の希望に応じたきめ細かい指導を行うため、毎年２名定員としています。今度、受け入れ態勢に応じ募集定員は変わる可能性があります。

10. 施設群における専門研修コースについて

図１に本研修PGの施設群による研修コース例を示します。後期研修１年目は基幹施設である 日本医科大学付属病院総合診療科３カ月での基礎研修後、および日本医科大学武蔵小杉病院で、２年目にかけて内科、救急科、小児科研修、内科領域別必修研修を行います。また必要に応じて、内科以外の他科研修を追加します。後期研修３年目はへき地・医療資源の足りない地域での研修として秩父地域をフィールドに定め秩父病院、南須原診療所、千葉県さんむ医療センターでの計１年の研修を行います。秩父病院は日本医科大学の研修協力病院として学生・研修医の受け入れを行っており、当院と密接な関係がありスタッフの派遣も行っています。また、南須原医院は秩父病院と密接な連携を行っており、地域における総合診療に必要な病診連携を学ぶことができます。

図１　ローテーション例

例１

<table>
<tr><td rowspan="3">１年目</td><td></td><td>４月</td><td>５月</td><td>６月</td><td>７月</td><td>８月</td><td>９月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td><td>１月</td><td>２月</td><td>３月</td></tr>
<tr><td>施設名</td><td colspan="9">日本医科大学付属病院</td><td colspan="3">日本医科大学
武蔵小杉病院</td></tr>
<tr><td>領域</td><td colspan="3">総診 II</td><td colspan="6">内科</td><td colspan="3">内科</td></tr>
<tr><td rowspan="3">２年目</td><td></td><td>４月</td><td>５月</td><td>６月</td><td>７月</td><td>８月</td><td>９月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td><td>１月</td><td>２月</td><td>３月</td></tr>
<tr><td>施設名</td><td colspan="3">日本医科大学
武蔵小杉病院</td><td colspan="6">日本医科大学付属病院</td><td colspan="3">菊坂診療所</td></tr>
<tr><td>領域</td><td colspan="3">内科</td><td colspan="3">小児科</td><td colspan="3">救急</td><td colspan="3">総診 I</td></tr>
<tr><td rowspan="3">３年目</td><td></td><td>４月</td><td>５月</td><td>６月</td><td>７月</td><td>８月</td><td>９月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td><td>１月</td><td>２月</td><td>３月</td></tr>
<tr><td>施設名</td><td colspan="3">南須原医院</td><td colspan="9">秩父病院</td></tr>
<tr><td>領域</td><td colspan="3">総診 I</td><td colspan="9">総診 II</td></tr>
</table>

例２

<table>
<tr><td rowspan="3">１年目</td><td></td><td>４月</td><td>５月</td><td>６月</td><td>７月</td><td>８月</td><td>９月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td><td>１月</td><td>２月</td><td>３月</td></tr>
<tr><td>施設名</td><td colspan="12">日本医科大学付属病院</td></tr>
<tr><td>領域</td><td colspan="3">総診 II</td><td colspan="6">内科</td><td colspan="3">救急</td></tr>
<tr><td rowspan="3">２年目</td><td></td><td>４月</td><td>５月</td><td>６月</td><td>７月</td><td>８月</td><td>９月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td><td>１月</td><td>２月</td><td>３月</td></tr>
<tr><td>施設名</td><td colspan="3">日本医科大学
付属病院</td><td colspan="6">日本医科大学
武蔵小杉病院</td><td colspan="3">桜新町アーバン
クリニック</td></tr>
<tr><td>領域</td><td colspan="3">小児科</td><td colspan="6">内科</td><td colspan="3">総診 I</td></tr>
<tr><td rowspan="3">３年目</td><td></td><td>４月</td><td>５月</td><td>６月</td><td>７月</td><td>８月</td><td>９月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td><td>１月</td><td>２月</td><td>３月</td></tr>
<tr><td>施設名</td><td colspan="9">秩父病院</td><td colspan="3">南須原医院</td></tr>
<tr><td>領域</td><td colspan="9">総診 II</td><td colspan="3">総診 I</td></tr>
</table>

【補足】内科研修は日本医科大学付属病院内科各科（CCU、SCU を含む）コースと日本医科大学多摩永山病院内科で研修するコースがある。救急、小児科においては日本医科大学付属４病院いずれでも十分な研修が可能である。病院の位置する地域の特性も考慮し選択すべきと考える。総合診療Ｉに関しては、３ヵ月ごと２か所の研修を行うが、異なった医療背景を持った地域での研修を行うことが望ましい。

図 2 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：本プログラムにおける研修目標と研修の場

日本医科大学総合診療専門医研修プログラム（黄色欄）												
研修目標及び研修の場												
日本専門医機構が推奨する研修の場 ◎：主たる研修の場、○：研修可能な場												
	専門研修Ⅰ		専門研修Ⅱ		内科		小児科		救急科		他の領域別	
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 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
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婦人科的診察（腟鏡診による内診や外陰部の視診など）を実施できる。		○		○							◎	◎
※⑥死亡診断を実施し、死亡診断書を作成できる。	◎	◎	◎	◎		○			○			
⑦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。	◎	◎	○	○					◎	◎		
（ア）実施すべき手技												
※①各種採血法(静脈血･動脈血)簡易機器による血液検査･簡易血糖測定･簡易凝固能検査	○	○	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎		
※②採尿法（導尿法を含む）	○	○	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎		
※③注射法(皮内･皮下･筋肉･静脈注射･点滴･成人及び小児静脈確保法､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）	◎	○	○	◎	◎	◎		◎	○	◎		
（イ）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）	◎	◎	◎	◎	○	○			◎	○		
※④生体標本（喀痰、尿、腟分泌物、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子宮頸部細胞診	※	○									◎	◎
⑧消化管内視鏡（上部）	○	○	○	○	◎	◎						
⑨消化管内視鏡（下部）		○		○	◎	◎						
⑩造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）		○		○	◎	◎						

（ウ）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）	○	○	○	○		○			◎	◎		
※③病院前外傷救護法（PTLS）									◎	◎		
（エ）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。	◎	◎	◎	◎	○	○						
（オ）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、包帯・副木・ギプス法	◎	◎	○	○			○	○	◎	◎	○	○
※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経鼻胃管及び胃瘻カテーテルの挿入と管理	◎	◎	◎	◎	○	○			○			
※⑨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	◎	◎	◎	◎	○	○			○	○		
※⑩褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン	◎	◎	◎	◎					○		○	○
※⑪在宅酸素療法の導入と管理	◎	◎	○	○	○	○						
※⑫人工呼吸器の導入と管理	◎	◎	○	○	○	○			◎			
⑬輸血法（血液型・交差適合試験の判定を含む）	○	○	○	○	○	○			○			
⑭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）	○	○	○	○							○	○
⑮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）	○	○	○	○					◎	◎		
※⑯包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法	◎	◎	○	○					◎	◎	○	○
⑰穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
（カ）耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科の治療手技												
※①鼻出血の一時的止血	◎	◎							○	◎	◎	○
※②耳垢除去、外耳道異物除去	◎	◎					◎	◎			○	○
③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）	○	○			◎				○	◎	◎	◎
④睫毛抜去	◎	◎									◎	◎

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。	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	○	○	○	○	○	○			◎	◎		
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	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎	◎	◎		
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	◎	◎	○	○							○	○
	精神科領域の救急	○	○	○	○					◎	◎	◎	◎
	不安	◎	◎	○	○					○		○	○
	気分の障害（うつ）	◎	◎	○	○							○	○
	流・早産及び満期産	○	○									◎	◎
	女性特有の訴え・症状	◎	◎									○	○
	成長・発達の障害	○	○					◎	◎				

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。	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（偏頭痛、緊張性頭痛、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、大腿骨頸部骨折、橈骨骨折）	○	○							◎	◎	◎	◎
※[2]関節・靭帯の損傷及び障害（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、二次性高血圧症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎			○			
（6）呼吸器系疾												
※[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）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	○		
※[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（腹膜炎、急性腹症、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・腟・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、精巣腫瘍）	◎	◎	◎	◎					◎		◎	◎
（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]扁桃の急性・慢性炎症性疾患	○	○					○	○	◎		◎	◎
[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]気分障害（うつ病、躁うつ病）	◎	◎									◎	◎
[5]統合失調症	○	○									◎	◎

※[6]不安障害（パニック症候群）	◎	◎							◎		◎	◎
※[7]身体表現性障害、ストレス関連障害	◎	◎							◎		◎	◎
※[8]不眠症	◎	◎	○	○							◎	◎
（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	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎			
（16）物理・化学的因子による疾患												
※[1]中毒（アルコール、薬物）			◎	◎	◎	◎			◎	◎		
※[2]アナフィラキシー	○	○			◎	◎	◎	◎	◎	◎		
[3]環境要因による疾患（熱中症、寒冷による障害）			◎	◎	◎	◎			◎	◎		
※[4]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）	○	○					◎	◎		◎		
（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	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
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。	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。	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)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	◎	◎	○	○								

11. 研修施設の概要

日本医科大学付属病院

医師・専門医数	・ 総合診療専門研修指導医 5 名 （プライマリ・ケア認定医 5名、大学で総合診療を行う医師 11 名） ・ 総合内科専門医　 66 名 ・ 小児科専門医　16 名 ・ 救急科専門医　16 名
病床数・患者数	・ 病院病床数 897 床 （一般病棟　870、精神科病棟　27） ・ 総入院患者 14,671 名 ・ 年間救急車受け入れ　7,400　台 ・ 総外来患者　85,746 名 ・ 総合診療科 15 床 ・ 総合診療科年間患者数　200 名 ・ 高度救命救急センター(CCM)　47 床 ・ 救命救急センター入院　1,552　名 ・ 集中治療室（CCU/SCU）　20 床 ・ 外科系集中治療室（S-ICU/S-HCU）36 床 ・ 小児科外来患者数　1,3800　名 ・ 小児科入院患者　10,600（のべ）
病院の特徴	・ 特定機能病院 ・ 高次救命救急センター、災害拠点病院、DMAT　指定医療機関、地域がん診療連携拠点病院などの役割を担っている。 ・ 内科には、総合内科、呼吸器内科、腎臓内科、消化器・肝臓内科、血液内科、循環器内科、神経内科、リウマチ膠原病内科、糖尿病内分泌代謝内科、の各専門内科があり、専門医療を提供している。 ・ 内科、救急、小児科をはじめとした各科の研修指定病院。 ・ 総合診療センターにて 24 時間体制で初診、１次２次救急全般を受けもっている。すべての初診、救急患者に対してナーストリアージをおこなっており、安全で質の高い診療ができるようなシステムが確立している。総合診療センターは、十分な数の経験を積んだ指導医のもとで学生、研修医、専修医に対する教育中心施設として機能している。 ・ がん診療拠点病院として、がんに対する化学療法、放射線療法、緩和ケア、相談支援を行なっている。

日本医科大学多摩永山病院

医師・専門医数	・ 総合内科専門医　７名　内科指導医　13 名 ・ 小児科専門医　10 名 ・ 救急科専門医　10 名

病床数・患者数	・ 病院病床数　401 床 ・ 総入院患者 11804 名 ・ 救命救急センター21床、救急車(病院全体)　 2823 台 ・ 救命救急センター入院 892 名 ・ 小児科外来数　12000 名 ・ 小児科入院患者数　9000 人（のべ）
病院の特徴	・ 東京都指定二次救急医療機関、東京都災害拠点病院、東京都がん診療連携拠点病院、東京都周産期連携病院、東京都脳卒中急性期医療機関、エイズ診療拠点病院、東京都ＤＭＡＴ指定病院 ・ 日本医科大学の卒前・卒後教育や、消防庁管轄の救急救命士の実地修練、薬科大学、看護専門学校の実習、さらに放射線技師、検査技師、理学療法士、視能訓練士、栄養士、臨床心理士、医療事務などを目指す学生の研修施設としての機能も有している。

日本医科大学武蔵小杉病院

医師・専門医数	・ 内科専門医　15 名 ・ 小児科専門医　　14 名 ・ 救急科専門医　　8 名
病床数・患者数	・ 病院病床数 372 床　（2021 年 9 月新病院移転予定） ・ 内科病床 150 床 ・ 救命救急病棟 10 床 ・ NICU6 床、GCU12 ・ 総入院患者(実数) 9570　　名 ・ 総外来患者(実数) ：　33144　名
病院の特徴	・ 総合病院としての機能に加え、重症の傷病者を治療する救命救急センターを有し、地域に対し、高度で先進的な医療を提供するために、高度な技術を有する医療従事者を各診療科に配置。 ・ 小児科は 2011 年 9 月末より社会保険認可 NICU6 床、GCU12 床の計 18 床に拡張し、地域周産期センターとして新生児・未熟児医療を行っている。 ・ 認知症センターは 2012 年 12 月に川崎市の認知症疾患医療センターに認定。もの忘れが心配な方や認知症性疾患の患者さんの診断治療と相談業務を行っている。そして、市民に認知症についての情報発信を行っている。

日本医科大学千葉北総病院

医師・専門医数	・ 小児科専門医　7 名 ・ 救急科専門医　15 名
病床数・患者数	・ 病院病床数 600 床 ・ 救命救急センター54 床 ・ 総入院患者　13236 名 ・ 総外来患者　28602　名 ・ 救命救急センター受け入れ　2200　名 ・ 小児科外来患者数　11575　名 ・ 小児科入院患者数　4120　名

病院の特徴	・ 日本医療機能評価機構認定病院 ・ 高度医療センターとして循環器・消化器・呼吸器・脳神経部門はセンター方式をとり、診療科相互の連携を強化することで、高度な医療を提供できる体制をとっている。 ・ ドクターヘリを常備しており、救急搬送に活用している ・ 救命救急センター、千葉県都災害拠点病院、印旛地域メディカルコントロール（MC）協議会の MC 担当医療機関 ・ 地域の病院や診療所とも密接に連携を図り、地域医療の発展に寄与（脳卒中地域連携、乳がん地域連携、糖尿病地域連携、心筋梗塞地域連携、胃がん地域連携、大腸がん地域連携）。

医療法人花仁会秩父病院

医師・専門医数	・ 総合内科専門医　　１名 ・ 外科専門医　　４名（内、指導医２名） ・ プライマリケア連合学会認定医・指導医　４名
病床数・患者数	・ 病床数　52 床（全て一般総合診療） ・ のべ外来患者数 4,403 名/月、入院患者総数 120 名/月（のべ） ・ 内科　　：入院患者総　64 数名/月 ・ 小児科　：のべ外来患者数　0 名/月 ・ 救急科　：救急による搬送等の件数　680 件/年（救急車受入数）　（総数 2,996）
病院の特徴	・ ５２床全て一般病床で、地域の医療機関との連携が深く、開放型病院として認され更に、独自のオープンシステムを実践し、医師会の先生方による整形外科や脳外科の手術が盛んに行われている。救急告示病院であり夜間二次救急輪番制病院として救急医療に力を入れている。 ・ 外来診療では急性、慢性を問わず、来院する患者さんに対応。 ・ 入院では治す医療から支える医療まで広範囲の医療を提供している。 ・ １４診療科を標榜し、常勤医の専門分野のみならず、大学や医師会の専門医を招聘し各専門医による定期的な専門外来を開設している。 ・ 歯科を併設し一般歯科外来のみならず、歯科と医科の連携による全身麻酔下による歯科手術や入院治療が必要な症例においても対応が可能である。いち早く術前術後口腔ケアを取り入れ、早期の離床、病状の回復に大きな成果を上げている。 ・ 日本外科学会外科専門医制度関連施設を始め、日本消化器内視鏡学会指導施設、日本消化管学会胃腸科指導施設、日本静脈経腸栄養学会 NST 稼働施設、 ・ 更に、平成 26 年 4 月には、当院のプログラムが日本プライマリ・ケア連合学会、家庭医療後期研修プログラム（Ver2）に認定され、幅広い分野において教育体制が整っている。日本医療機能評価機構（Ver1.0）並びに日本人間ドック学会、健診施設機能評価の認定を受けている。現在まで、初期研修医７２名を受け入れており、研修医教育に力を入れ、専門性に特化しすぎた、ある意味偏った医師の育成ではなく、専門性をも兼ね備え、幅広い診療に対応可能な総合医の育成を目指している。

医療法人社団聖仁会我孫子聖仁会病院

医師・専門医数	・ 医師 15 名 ・ 総合診療専門研修指導医 3 名（プライマリ・ケア認定医） ・ 救急科専門医 1 名

病床数・患者数	・　病床　168 床 （一般病床　50 床、療養病床　98 床、緩和ケア病床　20 床） ・　外来総数　1 日平均 230 名。 ・　病棟入院数　1 日平均で 140 名。 ・　救急車受け入れ数　年間約　300 件
病院の特徴	・　緩和ケア病棟をもち、医師や看護師をはじめ様々な医療スタッフが協力し、患者さんとご家族がもつ様々な問題に対応している。 ・　地域包括ケア認定病院：「地域包括医療・ケア」を実践・研究し、新医師臨床研修制度に積極的に取り組むと共に、国民の理解を深め普及推進を図ると共に地域住民が安心して相談、利用できる体制の充実に取り組む施設と認定。 ・　在宅復帰強化病院：平成 26 年 10 月 1 日より、当院の療養病棟（5F・48 床）が、一定の在宅復帰の実績を有する病院と評価され、療養病棟入院基本料 1「在宅復帰機能強化加算」の施設基準が承認されている。 ・　2 次救急指定病院

地方独立行政法人さんむ医療センター

医師・専門医数	・　総合診療専門研修指導医１名 （日本プライマリ･ケア連合学会認定家庭医療専門医１名 ・　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３名、 ・　初期臨床研修病院であるさんむ医療センターにて総合診療部門に所属し総合診療を行う医師（卒後の臨床経験 7 年以上）２名）
病床数・患者数	・　総病床数　312 床 ・　総合診療科 ： 病床 55 床 ・　のべ外来患者数 200 名/月、入院患者総数 20 名/月
病院の特徴	・　即戦力の人材の確保だけではなく、次世代を担う若い医療人が育つ環境を計画的に整備。 ・　地域住民のための２次救急医療の充実。 ・　脳、循環器疾患など３次救急施設で急性期治療を受けた患者さんの連携による早期受け入れと、回復期リハビリテーション病棟の活用による在宅復帰支援も積極的に行う。 ・　医療圏外のがん治療専門施設とのシームレスな連携による地域でのがん医療の充実。

医療生活協同組合養生会セツルメント菊坂診療所

医師・専門医数	・　総合診療専門研修指導医　2 名 （内科認定医、超音波専門医、循環器専門医）
病床数・患者数	・　病床 なし ・　外来　900 人/月 ・　訪問診療　約 45 件/月
病院の特徴	・　循環器（高血圧、心臓病、動脈硬化症 etc.）、糖尿病、消化器疾患などの内科疾患を中心に、診療。 ・　必要に応じ大学病院・基幹病院との医療連携を行なうことにより、より高度な医療への橋渡しも行なっています。 ・　外来通院が困難になった方のために、在宅訪問診療を行なうとともに、近隣の医療・介護事業所とも緊密な連携を行っている。

医療法人社団慶宏会南須原医院

医師・専門医数	・ 総合診療専門研修指導医　1名
病床数・患者数	・ 病床 なし ・ 外来　1300 人/月 ・ 訪問診療　約 50 件/月
病院の特徴	・ 急性期・慢性期の外来診療と、医療・介護にかかる予防・健康増進、訪問診療を含めた緩和ケアを提供できる診療体制がある。その他、非常勤の整形外科専門医、リウマチ専門医、血液内科専門医、糖尿病専門医、神経内科専門医による診療もあり、総合診療専門医に求められる能力以上の病態へも地域で専門医と連携しながらケアをできる体制を整えている。 ・ 現在約 50 名の在宅患者のケア、及び特養 90 名、グループホーム 60 名、ケアハウス 30 名のケアを行っている。往診患者に関しては、看取りも月に 4 件程度ある。月 2 回の定期訪問診療を継続的に行うだけでなく、グループとして臨時往診も時間内及び時間外も含めて積極的に対応している。在宅緩和ケアも積極的に行い、患者・家族が希望する際には在宅看取りがスムーズに行える連携体制をケアマネ・訪問看護師と構築している。

医療法人社団プラタナス　　桜新町アーバンクリニック

医師・専門医数	・ 総合診療専門研修指導医　2名
病床数・患者数	・ 病床　なし ・ のべ外来患者数　12,536 名／年 ・ のべ訪問診療件数　11,282 件／年
病院の特徴	・ 東京都世田谷区において、学童から、子育て世代、年配の方まで、ご家族全員の健康管理を支援する医師、それがファミリードクターを目指して活動している。 ・ また、在宅診療、ナースケアステーション、デイサービスなど多彩な地域医療の提供を行っている。

医療法人鉄蕉会亀田ファミリークリニック館山

医師・専門医数	総合診療専門研修指導医　4名 （日本プライマリ･ケア連合学会認定家庭医療専門医 4 名・ 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 4 名 日本プライマリ･ケア連合学会認定指導医 4 名）
病床数・患者数	・ 病床 なし ・ のべ外来患者数　4,350 名／月 ・ のべ訪問診療件数　70 件／月

病院の特徴	・ 2006 年 6 月に亀田クリニックのサテライトクリニックとして開院した無床診療所で、家庭医の研修および地域医療の充実を目標としてスタートした。日本プライマリ･ケア連合学会認定の家庭医療後期研修プログラムを実施しており、在籍する専攻医は成人、小児、女性、皮膚のケア、メンタルヘルスなどの研修を受ける。 ・ 現在は、外来診療、訪問診療、透析、妊婦健診、子宮頸癌検診、訪問診療、乳児健診、予防接種などを行い、新生児から高齢者までを対象とした幅広い診療を行っている。その幅広さ故、知識の維持および更新のために様々な勉強会や他職種とのカンファレンスが行われている。

医療法人徳洲会 庄内余目病院

専門医・指導医数	・ 総合診療専門研修指導医 2 名（プライマリ・ケア認定医・指導医） ・ 総合内科専門医　2 名 ・ 循環器専門医　2 名
病床数・患者数 （2018 年度実績）	・ 総合内科（48 床） ・ 述べ外来患者数 1,700 名/月 ・ 入院述べ患者数 1,295 名/月 ・ 述べ訪問診療件数　60 件/月
病院の特徴	・ 山形県の庄内地方（日本海側）の庄内町に平成 3 年に開設した、ケアミックスの病院で、町内唯一の病院となっております。 ・ 高齢者の多い地域で急性期、回復期リハビリ、療養病棟、地域包括ケア病棟での治療、訪問診療に加えて、当院との関連のある４つの介護老人保健施設とも密接な連携を取り、個々の状態に応じたきめ細かな医療サービスを提供しております。 ・ 二次救急病院として 24 時間診療を行っております。 ・ 町内の診療所と協力し、集団健診の一部も担当しております。 ・ 町内の診療所と合同で定期的に症例検討会を開催しております。 ・ 初期臨床研修の協力型病院として地域医療研修の受入を行っている。

12. 専門研修の評価について

専門研修中の専攻医と指導医の相互評価は施設群による研修とともに専門研修 PG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実施します。その際に、日時と振り返りの主要な内容について記録を残します。また、年次の最後には、1 年の振り返りを行い、指導医からの形成的な評価を研修手帳に記録します。形成的評価として、ビデオレビューを適時行います。

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症例・事例に関する経験 と省察の記録）（資料 2.1～2.3）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６つのコアコ ンピテンシーに基づいて設定しており、詳細は研修手帳にあります。

3）**研修目標と自己評価 専攻医には研修目標の各項目の達成段階について**、研修手帳を用いて自己評価を行う ことが求められます。指導医は、定期的な研修の振り返りの際に、研修目標の達成段 階を確認し適切な指導を提供します。また、年次の最後には、進捗状況に関する総括的な確認を行い、現状と課題に関するコメントを記録します。

また、上記の三点以外にも、実際の業務に基づいた評価（Workplace-based assessment）として、短縮版臨床評価テスト（Mini-CEX）等を利用した診療場面の直接観察やケースに基づくディスカッション（Case-based discussion）を定期的に実施します。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。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。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。

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件を総合診療版 J-Osler に登録します。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。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。

【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。特に、当院および関連施設においては、夜間救急業務中に経験する症例が非常に多いため、当直明けの勤務免除など十分な休養を確保します。さらに、研修開始時に、当科よりメンターを選定し、研修の進捗状況の把握・アドバイスのほかに、専攻医の心身の健康維持への配慮を行います。

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、その内容は日本医科大学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科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

- □ 本研修 PGに対して日本専門医機構からサイトビジット（現地調査）が行われます。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科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。関連する学術団体などに よるサイトビジットを企画しますが、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科研修委員 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 ヶ月以上、小児科研修 3 ヶ月以上、救急科研修 3 ヶ月以上を行っていること。

2) 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した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) 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 PG 管理委員会に送付してください。専門研修 PG 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科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。

17. サブスペシャリティ 領域との連続性について

様々な関連する サブスペシャリティ 領域については、連続性を持った制度設計を今後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。現在日本専門医機構にても検討中の案件ですので、詳細はわかり次第お知らせいたします。また、研修終了後も総合診療医としてのキャリアを十分発揮できるような連続したプログラムを考えていくことになります。

18. 総合診療科研修の休止・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 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 日本医科大学付属病院総合診療科には、専門研修 PG 管理委員会と、専門研修 PG 統括責任者（委員長）を置きます。専門研修 PG管理委員会は、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。PG 管理委員会は年３回開催されます（開始時、7-8 月、年末）。

【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、専攻医からの意見、評価も参考に専門研修 PG の改善を行います。

【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科研修委員会への専攻医の登録
- 専攻医ごとの、研修手帳及び最良作品型ポートフォリオの内容確認と、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

【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２6名（他のプログラムと按分後 15.3 名）在籍しています。具体的には 日本医科大学付属病院総合診療科に５名、秩父病院に４名 他のプログラムと按分後 4/3 名、さんむ医療センターに 3 名（他のプログラムと按分後 1/2 名）、安孫子聖仁会病院に３名、セツルメント菊坂診療所に２名、南須原医院に１名（他のプログラムと按分後 1/3 名）、桜新町アーバンクリニックに 3 名（他のプログラムと按分後１名）、亀田ファミリークリニックに５名（他のプログラムと按分後 1/3 名）です。庄内余目病院に２名です。

指導医には臨床能力、教育能力について、６つのコアコンピテンシー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レポートの提出などによりそれらを確認し、総合診療専門研修指導医講習会（１泊２日程度）の受講を経て、理解度などについての試験を行うことでその能力が担保されています。

なお、指導医は、以下の(1)～(6)のいずれかの立場の方より選任されております。当 PG はすべて、(1)(3)(4)のいずれかを満たしている指導経験豊かな指導医によって構成されています。

(1) 日本プライマリ･ケア連合学会認定のプライマリ・ケア認定医、及び家庭医療専門医
(2) 全自病協･国診協認定の地域包括医療･ケア認定医
(3) 日本病院総合診療医学会認定医
(4) 大学病院または初期臨床研修病院にて総合診療部門に所属し総合診療を行う医師(卒後の臨床経験 7 年以上)
(5) (4)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(同上)
(6) 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６つのコアコンピテンシー」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(同上)

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。

日本医科大学付属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10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）と指導者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（資料１）参照。
□ 指導医マニュアル 別紙「指導医マニュアル」参照。
□ 専攻医研修実績記録フォーマット
　所定の研修手帳（資料１）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（資料１）参照

22. 専攻医の採用

【採用方法】

日本医科大学病院総合診療専門研修 PG 管理委員会は、毎年７月から説明会等を行い、総合診療科専攻医を募集します。PG への応募希望者は、10 月 30 日までに研修 PG 責任者宛に所定の形式の『日本医科大学大学総合診療専門医研修医プログラム応募申請書』および履歴書を提出してください。申請書は(1)日本医科大学付属病院臨床研修センターの website (http://hosp.nms.ac.jp/toin/saiyo/center/index.html)よりダウンロード、(2)e-mail で問い合わせ（f-kenshu@nms.ac.jp：日本医科大学付属病院臨床研修センター担当）、のいずれの方法でも入手可能です。原則として 11 月中に書類選考および面接・筆記試験を行い、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 12 月の 日本医科大学総合診療専門研修 PG 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 5 月 31 日までに以下の専攻医氏名報告書を、日本医科大学付属病院総合診療専門研修 PG 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
・ 専攻医の初期研修修了証

以上