



熊谷生協病院

総合診療医専門研修プログラム

基幹施設：医療生協さいたま生活協同組合 熊谷生協病院

2023年1月更新

熊谷生協病院 総合診療医専門研修プログラム

目次

1. 熊谷生協病院 総合診療医プログラムについて	3
2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか	4
3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）	10
4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得	14
5. 学問的姿勢について	15
6. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性などについて	15
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	16
8. 研修プログラムの施設群	17
9. 専攻医の受け入れ数について	20
10. 施設群における専門研修コースについて	21
11. 研修施設の概要	22
12. 専門研修の評価について	27
13. 専攻医の就業環境について	29
14. 専門研修プログラムの改善方法とサイトビジット（訪問調査）について	29
15. 修了判定について	30
16. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと	30
17. SUBSPECIALTY 領域との連続性について	30
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	31
19. 専門研修プログラム管理委員会	32
20. 総合診療専門研修特任指導医	33
21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について	34
22. 専攻医の採用	35

1. 熊谷生協病院 総合診療医専門研修プログラムについて

現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えています。今後の日本社会の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行う医師が必要となることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価するために、新たな基本診療領域の専門医として総合診療専門医が位置づけられました。そして、総合診療専門医の質の向上を図り、以て、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的としています。

こうした制度の理念に則って、『熊谷生協病院 総合診療医プログラム』（以下、「本研修 PG」）は埼玉県北部医療圏を土台にして、生涯を通して総合診療医として研鑽を積める3年間の研修プログラムです。本研修 PG は、医療生協の理念をもとに地域組合員とともに歩み、地域の健康の増進に貢献し、自ら目標を持ち学び続ける総合診療医を養成することを目指します。

- 1) 医療生協の組合員組織を最大限利用し、班会などを通して患者教育を経験することができます。
- 2) 医療生協の組合員・患者および、多職種からのフィードバックを受けることができます。
- 3) 診療所、中小病院、総合病院に勤務することで、診療の場に応じたマネジメントを学ぶことができます。
- 4) 北部医療圏の医療機関との連携を重視し、地域医療ニーズに対応できる研修を実践します。
- 5) 専攻医のライフスタイルの変化にも対応できるよう、ニーズに合わせて研修場所を選択できます。
- 6) 訪問診療、介護事業所、老人保健施設、デイケア、回復期リハビリ病棟、緩和ケア病棟を同一法人内に有し、地域の社会資源を有効に活用できます。
- 7) 研修医どうしで月に1回集まって振り返りを行い、研修内容を作り上げることができます。

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、地域で生活する人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する総合診療専門医になることで、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、薬剤師等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
- 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

本研修 PG においては指導医が皆さんの教育・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、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。本研修 PG 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。

2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか

- 1) 研修の流れ：総合診療専門研修は、卒後3年目からの専門研修（後期研修）3年間で構成されます。
- 本人の希望と適性を考慮し、1～3年目を組み立てます。
 - 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。主たる研修の場は総合診療Ⅱまたは内科研修となります。
 - 初期研修医の地域研修を担当する施設でもあり、上級医と相談をしながら初期研修医の教育や医系学生の実習にも積極的に関わります。
 - 2年次修了時には、診断や治療プロセスも標準的で患者を取り巻く背景も安定しているような比較的単純な健康問題に対して的確なマネジメントを提供することを目標とします。主たる研修の場は総合診療研修Ⅱまたは内科研修となります。
 - 併せて、基幹施設、連携施設での専門領域研修（小児科・救急科）が開始します。（時期は前後あり）指導医の下で急性疾患・初診を数多く経験し、各科特有の疾患を含む日常的によく遭遇する症候や疾患、マネジメント対応を経験します。
 - 3年次修了時には、多疾患合併で診断や治療プロセスに困難さがあつたり、患者を取り巻く背景も疾患に影響したりしているような複雑な健康問題に対しても的確なマネジメントを提供することができ、かつ指導できることを目標とします。主たる研修の場は総合診療研修Ⅰ（診療所・中小病院）となります。
 - 併せて、地域の健康問題に対応し予防、健康増進、緩和ケアなど幅広く担当します。また、医療専門職・介護専門職との連携を図るため多職種協働の視点を学び実践していくことも期待します。
 - 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ヶ月以上の総合診療専門研修Ⅰ及びⅡにおいては、後に示す地域ケアの学びを重点的に展開することとなります。
 - 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。
 - ① 定められたローテート研修を全て履修していること
 - ② 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した経験省察研修録（ポートフォリオ：経験と省察のプロセスをファイリングした研修記録）を通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること
 - ③ 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること

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

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

「外来医療研修」では、週1回以上の外来研修を必須とします。

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）、更には診察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。

（イ） 在宅医療

「在宅医療研修」では、在宅療養支援病院・在宅支援診療所の体制下で定期訪問診療研修を3年間
継続して行うと同時に、小児在宅、臨時往診やがん・非がんを含めた在宅緩和ケアを学ぶことを提供
します。在宅医療における継続したケアを実践するとともに、入院対応を含めた地域の医療・介護リ
ソースを熟知することも在宅医療の研修とします。

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
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

「救急医療研修」では、年間約4000台の救急車を受け入れる埼玉協同病院ER科での研修となりま
す。

経験目標を参考に救急外来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。

（オ） 地域ケア

医療生協組合員の活動（健康チェック、ロコモティブシンドローム予防体操等）、地域コミュニテ
ィ活動（自治会と協同の防災訓練・トリアージ訓練、熊谷市防災訓練、納涼祭開催等）、地域医師会
活動（疾患別講習会、医師交流会等）など、地域の医療・介護・福祉・保健活動に参加、交流するこ
とで、地域ケアの視点を養い、地域ネットワークの形成を図ります。

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、子育て支援活動等を学び、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、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。

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（共同筆者を含む）を行うこととします。

また本研修 PG では、連携施設が日本医療福祉生協連合会 家庭医療学開発センターリサーチネットワーク（CFMD-PBRN：Center for Family Medicine Development-Practice-Based Research Network）に参加しており、臨床現場での研究活動を行っています。研究発表についても、経験のある指導医をはじめ CFMD-PBRN の支援を受けながら進めていきます。

4) 研修の週間計画および年間計画

<週間計画>例 基幹施設：熊谷生協病院

- 総合診療専門研修Ⅱ（地域包括ケア病棟・一般病棟）

		月	火	水	木	金	土	日
8:20-8:30	医局朝礼							
8:30-9:00	朝カンファレンス							
9:00-13:00	病棟業務 or 救急外来担当 or 外来診療							
14:00-17:00	病棟業務 or 救急外来担当							
17:00-20:00	学習会、カンファレンス							
※	平日当直、土日直当直（4~5回/月）							
※	レジデントデー（1回/月）							

➤ 内科（総合内科病棟／一般病棟）

		月	火	水	木	金	土	日
7:00-8:20	朝カンファレンス							
8:20-8:30	医局朝礼							
8:30-9:00	朝カンファレンス							
9:00-13:00	病棟業務 or 救急外来担当 or 外来診療							
14:00-17:00	病棟業務 or 救急外来担当							
17:00-20:00	学習会、カンファレンス							
※ 平日当直、土日直当直（4～5回／月）								
※ レジデントデー（1回／月）								

➤ 小児科（小児科病棟：C3病棟他）

		月	火	水	木	金	土	日
8:20-8:30	医局朝礼							
8:30-9:00	朝カンファレンス							
9:00-13:00	病棟業務 or 小児科外来							
14:00-17:00	病棟業務 or 小児科外来 （予防接種、乳児健診他）							
17:00-20:00	学習会、カンファレンス							
※ 平日当直、土日直当直（4～5回／月）								
※ レジデントデー（1回／月）								

➤ 救急科 (ER 科)

		月	火	水	木	金	土	日
7:00- 8:20	朝カンファレンス							
8:20- 8:30	医局朝礼							
8:30- 9:00	朝カンファレンス							
9:00- 13:00	救急外来・搬送対応							
14:00- 17:00	救急外来・搬送対応							
17:00- 20:00	学習会、カンファレンス							
※ 平日当直、土日日直当直 (4~5 回/月)								
※ レジデントデー (1 回/月)								

連携施設：大塚医院ファミリークリニック他施設

➤ 総合診療研修 I

		月	火	水	木	金	土	日
8:30- 9:00	職員朝礼							
9:00- 13:00	外来診療・訪問診療							
14:00- 17:00	病棟業務・外来診療							
17:00- 20:00	職員会議・学習会・カンファレンス							
※ 平日当直、土日日直当直 (4~5 回/月)								
※ レジデントデー (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>

S1 : 1 年次専攻医、S2 : 2 年次専攻医、S3 : 3 年次専攻医、SGFAM : 事務局

月	全体行事予定
4	S1 : 研修開始、法人・事業所オリエンテーション S2, S3, 研修修了予定者 : 前年度分の研修記録が記載された研修手帳を月末までに提出 指導医、プログラム統括責任者 : 前年度の指導実績報告の提出 SGFAM : 専攻医、および指導医に提出用資料の配布、報告書処理、提出
5	指導医、プログラム統括責任者 : 第 1 回専門研修管理委員会 (研修実施状況評価、修了判定) SGFAM : 専門研修管理委員会報告、事務処理、専門研修プログラム見直し作業
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 S1, S2, S3, 指導医 : 日本プライマリ・ケア連合学会学術大会参加、レジナビ後期参加
7	研修修了者 : 専門医認定審査 (筆記試験、実技試験) S1, S2, S3 : レジナビ参加 SGFAM : 次年度専攻医の公募および説明会開催
8	S1, S2, S3, 指導医 : 家庭医療学夏期セミナーに参加
9	指導医、プログラム統括責任者 : 第 2 回研修管理委員会 (研修実施状況評価) S1, S2, S3, 指導医 : 秋季生涯教育セミナーに参加 SGFAM : 専門研修管理委員会報告、事務処理、公募×切
10	S1, S2, S3 : 研修手帳の記載整理 (中間報告) S1, S2, S3, 指導医 : 指導医講習会 (初期研修) 参加 SGFAM : 次年度専攻医採用審査 (書類及び面接)
11	S1, S2, S3 : 研修手帳の提出 (中間報告)
12	
1	指導医、プログラム統括責任者 : 第 3 回専門研修管理委員会 (研修実施状況評価、採用予定者の承認)
2	S1, S2, S3, 指導医 : 家庭医療学冬期セミナーに参加
3	S1, S2, S3 : 研修手帳の作成 (年次報告) (書類は翌月に提出) S1, S2, S3 : 研修プログラム評価報告の作成 (書類は翌月に提出) 指導医、プログラム統括責任者 : 指導実績報告の作成 (書類は翌月に提出) SGFAM : 評価報告書等、取りまとめ、提出実務、年度総括 S1, S2, S3, 研修修了者 : 埼玉経験省察研修録発表会 (発表)

3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

1) 専門知識

総合診療の専門知識は以下の6領域で構成されます。

- 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、文化などの環境（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、コミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。
- ② 総合診療の現場では、疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論に基づく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、更には健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチが求められる。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地域に対する医療機関としての継続性、更には診療の継続性に基づく医師・患者の信頼関係を通じて、一貫性をもった統合的な形で提供される。
- ③ 多様な健康問題に的確に対応するためには、地域の多職種との良好な連携体制の中での適切なリーダーシップの発揮に加えて、医療機関同士あるいは医療・介護サービス間での円滑な切れ目ない連携も欠かせない。更に、所属する医療機関内の良好な連携のとれた運営体制は質の高い診療の基盤となり、そのマネジメントは不断に行う必要がある。
- ④ 地域包括ケア推進の担い手として積極的な役割を果たしつつ、医療機関を受診していない方も含む全住民を対象とした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と同時に、地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の積極的な把握と体系的なアプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与する。
- ⑤ 総合診療専門医は日本の総合診療の現場が外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえて、その能力を場に応じて柔軟に適用することが求められ、その際には各現場に応じた多様な対応能力が求められる。
- ⑥ 繰り返し必要となる知識を身につけ、臨床疫学的知見を基盤としながらも、常に重大ないし緊急な病態に注意した推論を実践する。

2) 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

総合診療の専門技能は以下の5領域で構成されます。

- 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、複雑な人間関係や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法
- ③ 診療情報の継続性を保ち、自己省察や学術的利用に耐えうるように、過不足なく適切な診療情報を記載し、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やる。(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	維持治療機の悪性腫瘍	緩和ケア

※ 詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

4) 経験すべき観察・検査等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査を経験します。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) 身体所見

- ① 小児の一般的身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察
- ② 成人患者への身体診察(直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む)
- ③ 高齢患者への高齢者機能評価を目的とした身体診察(歩行機能、転倒・骨折リスク評価など)や認知機能検査(HDS-R、MMSE など)
- ④ 耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察
- ⑤ 死亡診断を実施し、死亡診断書を作成

(イ) 検査

- ① 各種の採血法(静脈血・動脈血)、簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査
- ② 採尿法(導尿法を含む)
- ③ 注射法(皮内・皮下・筋肉・静脈内・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段を経験します。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。(研修手帳参照)

(ア) 救急処置

- ① 新生児、幼児、小児の心肺蘇生法(PALS)
- ② 成人心肺蘇生法(ICLSまたはACLS)または内科救急・ICLS講習会(JMECC)
- ③ 病院前外傷救護法(PTLS)

(イ) 薬物治療

- ① 使用頻度の多い薬剤の副作用・相互作用・形状・薬価・保険適応を理解して処方することができる。
- ② 適切な処方箋を記載し発行できる。
- ③ 処方、調剤方法の工夫ができる。
- ④ 調剤薬局との連携ができる。
- ⑤ 麻薬管理ができる。

(ウ) 治療手技・小手術

簡単な切開・異物摘出・ドレナージ	止血・縫合法及び閉鎖療法
簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギプス法	局所麻酔（手指のブロック注射を含む）
トリガーポイント注射	関節注射（膝関節・肩関節等）
静脈ルート確保および輸液管理（IVHを含む）	経鼻胃管及びイレウス管の挿入と管理
胃瘻カテーテルの交換と管理	
導尿及び尿道留置カテーテル・膀胱瘻カテーテルの留置及び交換	
褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン	在宅酸素療法の導入と管理
人工呼吸器の導入と管理	
輸血法（血液型・交差適合試験の判定や在宅輸血のガイドラインを含む）	
各種ブロック注射（仙骨硬膜外ブロック・正中神経ブロック等）	
小手術（局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法滅菌・消毒法）	
包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法	穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）
鼻出血の一時的止血	耳垢除去、外耳道異物除去
咽喉頭異物の除去（間接喉頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用）	
睫毛抜去	

※ 詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

職務を通じた学習（On-the-job training）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。

1) 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。

2) 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。

3) 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) レジデントデー

月に1回、専攻医と指導医が一同に集まり、専攻医の振り返りを実施します。また、総合診療専門医の資質・能力の学習を行い、経験省察研修録作成の支援をしていきます。

また、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します。

総合診療専門医に関わる様々な施設、機構と協力し、プログラムの質改善にも取り組みます。

初期研修医の指導に当たることもあるため、教育・指導の技法を学びます。

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、さらに向上をさせるために、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、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徴について理解し、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。

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、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、医療資源の乏しい地域、あるいは医療アクセスが困難な地域でも、可能な限りの医療・ケアを率先して提供できる。

7. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方

本研修 PG は北部医療圏の医療機関との連携、及び、同一法人内の施設での研修ですが、埼玉県内のあらゆる地域（都市型・地方型・過疎型等）、異なるセッティング（総合病院・診療所）での診療を経験します。

熊谷生協病院を基幹施設とし、地域の医療・介護・福祉施設や医師会・歯科医師会・薬剤師会等とのネットワークを活かし、埼玉県内各地にある教育施設群で研修を実施します。

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。ローテート研修にあたっては下記の構成となります。

- 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（大塚医院ファミリークリニック、秩父生協病院、さいわい診療所、大井協同診療所、おおみや診療所、川口診療所）と、病院総合診療部門における総合診療専門研修Ⅱ（熊谷生協病院、埼玉西協同病院、埼玉協同病院）で構成されます。
- 2) 本研修 PG では熊谷生協病院・埼玉西協同病院・埼玉協同病院のいずれかの施設において総合診療研修Ⅱを6ヶ月、大塚医院ファミリークリニック・秩父生協病院・さいわい診療所・大井協同診療所・おおみや診療所・川口診療所のいずれかの施設において総合診療研修Ⅰを12ヶ月、合計で18ヶ月の研修を行います。
- 3) 必須領域別研修として、内科は熊谷生協病院・埼玉西協同病院・埼玉協同病院のいずれかの施設にて12ヶ月、小児科は埼玉協同病院または熊谷生協病院にて3ヶ月、救急科は埼玉協同病院 ER科で3ヶ月の研修を行います。
- 4) その他の領域別研修として、埼玉協同病院にて整形外科、皮膚科、精神科、婦人科、外科等の選択研修を行うことが可能であり、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、原則的に図2に示すような形で実施しますが、総合診療専攻医の総数、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、専門研修管理委員会が決定します。

8. 専門研修プログラムの施設群

本研修 PG は基幹施設 1、連携施設 8 の合計 9 施設の施設群で構成されます。施設は埼玉県北部を中心に県下医療圏に位置しています。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

医療生協さいたま生活協同組合 熊谷生協病院（埼玉県熊谷市）が専門研修基幹施設となります。

熊谷生協病院は埼玉県北部医療圏にあり、2013 年度から訪問診療や訪問看護といった在宅医療を特に充実させ、2014 年からは小児在宅診療の開始、地域包括ケア病床と強化型療養病床を展開してきました。在宅から地域包括ケア病床、在宅復帰機能強化型医療療養病床を連携させて切れ目のない医療の実践を行い、総合診療Ⅱ、内科（特別連携施設）、小児科専門領域を学ぶことができます。総合診療専門研修指導医は 2 名が常勤しています。

<一般病床・地域包括ケア病床>

急性期疾患の治療、回復を目的とした内科一般病床。急性期治療後からの受入れ、在宅療養されている患者様の受入れ、在宅復帰支援の 3 つの機能を有する地域包括病床があります。リハビリ目的での転院の相談も承っています。病衣機の治療と並行して、可能な限り早期からリハビリテーションを行います。

<医療療養病床（在宅復帰機能強化型医療療養病棟）>

急性期医療等の治療後、継続的な医療提供の必要性があり、在宅療養へ移行する準備が必要な方、施設への入所待機中の方、悪性腫瘍を中心とした終末期ケアの必要な方などを対象に、安心して療養いただける入院環境を整えた病棟です。多職種で連携し、在宅復帰に向けた支援を行っています。

<医療圏の概要>

地域の基幹病院が複数ありますが、急性期医療の提供能力は低く、周囲の医療圏への依存が極めて強いです。急性期以後は、療養病床は全国平均レベルですが、回復期病床は不足気味です。総医師数も少なく、周辺医療圏への患者流出が多くなっています。

➤ 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。

医療機関名	二次医療圏	概要
大塚医院ファミリークリニック	埼玉県北部	<p>病院概要：地域のかかりつけ医として熊谷地域の健康問題に取り組んでいる家庭医療専門医のいる医院です。</p> <p>医療圏の概要：地域の基幹病院が複数ありますが、急性期医療の提供能力は低く、周囲の医療圏への依存が極めて強い医療圏です。急性期以後は、療養病床は全国平均レベルですが、回復期病床は不足気味です。総医師数も少なく、周辺医療圏への患者流出が多くなっています。</p>
埼玉西協同病院	埼玉県西部	<p>病院概要：所沢市に位置し、近くに医療機関の少ない地域で救急医療も担います。隣に 100 床の老人保健施設があり、高齢者医療、緩和医療を学ぶことができます。</p> <p>医療圏の概要：総人口は減少していますが、75 歳以上の人口が増加している地域です。また一人当たりの急性期医療密度指数は 0.73（全国平均 1.0）で、一人当たりの急性期医療の提供能力が低い医療圏となっています。さらに入院患者数が非常に増えている地域です。</p>
秩父生協病院	埼玉県秩父	<p>病院概要：秩父の山間部に位置し、高齢者率の高い地域です。回復期リハビリ病棟があり、高齢者医療、在宅医療を学ぶことができます。</p> <p>医療圏の概要：過疎型地域型二次医療圏です。地域の中核となる病院がなく、急性期医療の提供能力は低く、一人当たりの急性期医療密度指数は 0.44（全国平均 1.0）となっており、川越など周辺医療圏への依存が極めて強い医療圏です。病院勤務医、診療所医師はともに少ないです。</p>
埼玉協同病院	埼玉県南部	<p>病院概要：埼玉県南部二次医療圏の急性期病院で、ER 科は年間約 4000 台の救急車を受け入れており、総合診療Ⅱ・内科・小児科・救急・各科専門領域を学ぶことができます。総合診療専門研修指導医は 3 名常勤しています。</p> <p>医療圏の概要：埼玉県南部二次医療圏には高機能病院や地域の基幹病院が複数ありますが、人口に比して急性期医療の提供能力は低く一人当たり急性期医療密度指数は 0.71（全国平均 1.0）となっており、周囲の医療圏への流出が多い医療圏です。また 75 歳以上の医療需要が急激に増加することが見込まれている地域です。医師数も病院勤務医・診療所医師ともに少ない地域です。</p>
さいわい診療所	埼玉県南部	<p>診療所概要：川口市にある家庭医療診療所です。地域の医療・介護・福祉との多職種連携をはかり、地域の健康問題に取り組んでいます。</p> <p>医療圏の概要：高機能病院や地域の基幹病院が複数ありますが、人口に比して急性期医療の提供能力は低く一人当たり急性期医療密度指数は 0.71（全国平均 1.0）となっており、周囲の医療圏への流出が多い医療圏です。また 75 歳以上の医療需要が急激に増加することが見込まれている地域で</p>

		す。医師数も病院勤務医・診療所医師ともに少ないです。
大井協同診療所	埼玉県南西部	<p>診療所の概要：ふじみ野市にある家庭医療診療所です。地域の医療・介護・福祉との多職種連携をはかり、地域の健康問題に取り組んでいます。</p> <p>医療圏の概要：地域の基幹病院が複数ありますが、急性期医療の提供能力は低く一人当たりの急性期医療密度指数は0.65（全国平均1.0）となっており、周囲の医療圏間の移動が激しいですが、流出の方が多い医療圏です。また療養病床、回復期病床とも不足気味です。医師数も病院勤務医・診療所医師ともに少ないです。</p>
おおみや診療所	埼玉県さいたま	<p>診療所の概要：さいたま市（旧大宮市）にある診療所です。24時間在宅療養支援診療所として定期的な訪問診療を行うとともに、在宅ホスピスケア（疼痛緩和ケア）も提供しています。</p> <p>医療圏の概要：高機能病院や地域の基幹病院は複数ありますが、人口に比して急性期医療の提供能力は低く一人当たりの急性期医療密度指数は0.65（全国平均1.0）と低く、県央などから多くの患者が集まっていますが、周囲の医療圏への流出が多い医療圏です。病院勤務医・診療所医師ともに少ないです。</p>
川口診療所	埼玉県南部	<p>診療所概要：川口市にある家庭医療診療所です。地域の医療・介護・福祉との多職種連携をはかり、地域の健康問題に取り組んでいます。</p> <p>医療圏の概要：高機能病院や地域の基幹病院が複数ありますが、人口に比して急性期医療の提供能力は低く一人当たり急性期医療密度指数は0.71（全国平均1.0）となっており、周囲の医療圏への流出が多い医療圏です。また75歳以上の医療需要が急激に増加することが見込まれている地域です。医師数も病院勤務医・診療所医師ともに少ないです。</p>

* 医療圏の概要 参考文献

高橋泰、江口成美、石川雅俊「地域の医療提供体制の現状 - 都道府県別・二次医療圏別データ集 - (2015年度版)」
http://www.jmari.med.or.jp/download/WP352_data/11.pdf 2017年7月31日アクセス

➤ 専門研修施設群

基幹施設と連携施設により専門研修施設群を構成します。体制は図1のような形になります。本研修PGの専門研修施設群は埼玉県にあります。施設群の中には、医療過疎地域に位置する地域中小病院、地域中核病院、診療所が入っています。

図1



9. 専攻医の受け入れ数について

当研修 PG では毎年2名定員、プログラム3年間で最大6名を定員と定めております。

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特任指導医×2です。3学年の総数は総合診療専門研修特任指導医×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に）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。

10. 施設群における専門研修コースについて

図2：ローテーション

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
専攻医 1年目	熊谷生協病院						熊谷生協病院 or 埼玉協同病院			埼玉協同病院		
	総合診療Ⅱ						小児科			救急		
専攻医 2年目	埼玉西協同病院 or 熊谷生協病院 or 埼玉協同病院											
	内科											
専攻医 3年目	秩父生協病院 or 大塚医院ファミリークリニック or 連携診療所群 (6~12ヶ月) (6~12ヶ月) (6ヶ月)											
	総合診療専門研修Ⅰ											

- 研修内容は本人の希望と適性を考慮し、1年次～3年次を組み立てます。
- 総合診療専門研修Ⅱではあらゆる症状、疾患、地域救急医療・高齢者医療・緩和医療も学べる一般病棟（熊谷生協病院）での研修を行います。
- 内科では呼吸器内科・消化器内科・糖尿病科・循環器内科・腎臓科の指導医のもと、初期研修では学べなかった内科の専門的力を深めます。病棟医療と併せ、病院の外来研修を週に1日、指導医と一緒に担当し急性期の内科外来や救急疾患にも継続的に関わることで救急内科疾患にも対応できる能力を身につけていきます。（埼玉協同病院または埼玉西協同病院）
- 小児科では健診、予防接種から外来、入院まで幅広く研修を行います。地域における common disease をできるかぎり多く経験すること、小児の急性期の外来→入院→退院までのマネジメントについても指導医からの指導を受けます。病児保育室の運営・管理、小児在宅診療についても指導を受けます。保育園健診など地域の小児施設との連携をしながら、健康な子どもへの関わり方についても学びます。
- 診療所又は小病院で行う総合診療専門研修Ⅰは12ヶ月間を必修としています。かかりつけ医としてその方が地域で安心して過ごしていけるための地域の資源の一つであることを意識した研修を行っていきます。
- 総合診療医としてあらゆる地域の健康問題に対応することを想定し、僻地・医療資源の乏しい地域での研修を6ヶ月以上の実施し、その地域ならではのプライマリ・ケア実践を学びます。
- 研修場所の場面に応じて、初期研修医・医療系学生の指導にもあたり、教育・指導の技能を経験します。
- 研修期間の全期間を通し、医療生協班会、医療懇談会、患者指導、健康相談会にも取り組みます。
- 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。

11. 研修施設の概要

➤ 医療生協さいたま生活協同組合 熊谷生協病院

【専門医・指導医数】

- ・ 総合診療専門研修指導医 2名
- ・ 小児科専門医 1名
- ・ 日本糖尿病学会糖尿病指導医 1名

【病床数・患者数】

- ・ 病床数 105床 (一般病床 50床)
- ・ 外来患者数(実数) 22,875名/年
- ・ 入院患者数(実数) 1,399名/年

【病院の特徴】

- ・ 在宅医療を特に充実させ、在宅から地域包括ケア病床、在宅復帰機能強化型医療療養病床を連携させて切れ目ない医療を行っています。多職種との連携、地域事業所との連携を図り困難な事例にもひとつひとつ応えていく医療を行います。
- ・ 小児科医療では、地域の小児医療の中核として子どもの生活相談・生活指導も視野に入れた小児医療を行っています。子どもの病気を治すことだけでなく、子どもをとりまく生活環境を含めた保護者の方との対話も大切にしています。
- ・ 地域の子育て支援組織と協力して、子育て支援や小児救急の講演会を開催しています。熊谷市から委託された病児保育室が院内にあり、働く親御さんの支援も行っています。
- ・ 認知症チーム、口腔ケアチーム、糖尿病医療チーム、緩和ケアチーム、在宅NSTチームがあり、多様な職種が自分たちの知識や技術、専門性をフルに活かして、チーム医療として深く関わり、お互いの力を高め合っています。
- ・ 熊谷歯科医師会、熊谷薬剤師会と連携して、在宅患者の口腔ケア、服薬指導、入院患者への口腔アセスメント等を実施しています。

➤ 大塚医院ファミリークリニック

【専門医・指導医数】

- ・ 総合診療専門研修指導医 1名 (うち家庭医療専門医1名)

【診療所の特徴】

- ・ 埼玉県熊谷市において明治時代から地域のかかりつけ医として医療を提供しており、地域住民の一人一人の健康を支え、活力ある地域づくりの活動を続けています。
- ・ 家庭医療/総合診療・緩和ケアにも携わり、地域連携として協働して熊谷市及び隣接している住民に医療を提供しています。

➤ 医療生協さいたま生活協同組合 秩父生協病院

【専門医・指導医数】

- ・ 総合診療専門研修指導医 2名
- ・ 総合内科専門医 1名

【病床数・患者数】

- ・ 病床数 75床
- ・ 外来患者数（実数） 21,390名/年
- ・ 入院患者数（実数） /年

【病院の特徴】

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

➤ 医療生協さいたま生活協同組合 埼玉西協同病院

【専門医・指導医数】

- ・ 総合診療専門研修指導医 1名
- ・ 総合内科専門医 1名
- ・ 日本消化器病学会消化器病専門医 1名

【病床数・患者数】

- ・ 一般病床 26床
- ・ 地域包括ケア病床 24床 合計 50床
- ・ 外来患者数（実数） 38,143名/年
- ・ 入院患者数（実数） 1,349名/年

【病院の特徴】

- ・ 埼玉県西部地区の拠点病院としてこの地域の医療に取り組んできました。隣接する老人保健施設、ケアセンター、2診療所、1歯科など医療福祉、介護のネットワークを支えています。
- ・ 医療機関の少ない地域で、救急医療も担います。老人保健施設が隣接しているため、高齢者救急、緩和医療を学ぶことができます。

➤ **医療生協さいたま生活協同組合 埼玉協同病院**

【専門医・指導医数】

・ 総合診療専門研修指導医	3名	(うち家庭医療専門医 1名)
・ 総合内科専門医	9名	
・ 小児科専門医	4名	
・ 救急科専門医	0名	(2017年度取得予定)

【診療科・患者数】

・ 患者実習	総入院患者 (実数)	8,458人/年
	総外来患者 (実数)	51,800人/年
(小児科)	延べ外来患者数	1,482人/月
(救急科)	救急による搬送等の件数	3997件/年

【病院の特徴】

- ・ 1978年開院以来、一貫して地域医療を担う医療従事者の育成に取り組んできました。特に医師養成については公的な医療機関がない埼玉県において、地域住民の医療要求を受け止め、それに応えられるような医師づくりを行ってきました。
- ・ 埼玉県の南部地域において、地域医療に力を注ぎ、地域の方たちとの保健予防活動、救急医療、慢性疾患医療、リハビリ、在宅医療まで一貫した総合的医療を実践しています。診療圏は川口市、戸田市、蕨市、さいたま市を中心とした急性期医療を担う中核病院です。
- ・ 総合内科病棟では専門科が確定できない複雑な症例や、複数の疾患をもつ症例を担当し救急や診療所から継続的に診療をすることで研修の面以外でも効果が期待されています。
- ・ 内科においては、症例をある時点で経験するというだけでなく、主治医として、入院から退院（初診・入院～退院・通院）まで診断・治療の流れを通じて、一人一人の患者の全身状態、社会背景、療養環境をも包括する全人的医療を研修することができます。
- ・ 小児科においては、川口市の入院設備を備えた主要な小児科として大きな役割を担っています。他院からの紹介も多数あり、川口市小児夜間救急診療体制で一次救急と二次救急も担当しています。入院・外来ともに小児の common disease を中心に幅広い疾患を研修できます。また、アレルギー、神経（発達）、腎臓、循環器の専門外来での研修も可能です。
- ・ 救急科は年間約4000台の救急車を受け入れ、地域の二次救急を担っています。高齢者救急から外傷、ER救急まで幅広い救急医療を提供しています。

➤ 医療生協さいたま生活協同組合 さいわい診療所

【専門医・指導医数】

- ・ 総合診療専門研修指導医 1名
- ・ 総合内科専門医 1名

【病床数・患者数】

- ・ 病床数 0床
- ・ 外来患者数（実数） 21,495名/年

【診療所の特徴】

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

➤ 医療生協さいたま生活協同組合 大井協同診療所

【専門医・指導医数】

- ・ 総合診療専門研修指導医 1名 (うち家庭医療専門医 1名)

【病床数・患者数】

- ・ 病床数 0床
- ・ 外来患者数 18,114名/年

【診療所の特徴】

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

➤ 医療生協さいたま生活協同組合 おおみや診療所

【専門医・指導医数】

- ・ 総合診療専門研修指導医 1名

【病床数・患者数】

- ・ 病床数 0床
- ・ 外来患者数（実数） 14,452名/年

【診療所の特徴】

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

➤ 医療生協さいたま生活協同組合 川口診療所

【専門医・指導医数】

- ・ 総合診療専門研修指導医 1名 （うち家庭医療専門医 1名）

【病床数・患者数】

- ・ 病床数 0床
- ・ 外来患者数（実数） 20,407名/年

【診療所の特徴】

- ・ 埼玉県川口市にある診療所です。1953年に開所し、地域住民や患者とともに保健予防、医療を幅広く実施しています。
- ・ 介護サービス事業に着手し、すこやかネットワークとして展開しています。

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本研修 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」「研修目標の自己評価」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～数ヶ月おきに定期的実施します。

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。

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います。

なお、経験省察研修録の該当領域については研修目標にある7つの資質・能力に基づいて設定しており、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。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年に数回メンターとの面談を行います。

【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（J-OSLER）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。

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。

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管理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、経験省察研修録、短縮版臨床評価テスト (Mini-CEX)、ケースに基づくディスカッション及び 360 度評価などの各種評価法を用いたフィードバック方法について、指導医資格の取得に際して受講を義務づけている特任指導医講習会や医学教育のテキストを用いて学習を深めていきます。

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. 専門研修プログラムの改善方法とサイトビジット（訪問調査）について

本研修 PG 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、専門研修管理委員会に提出され、専門研修管理委員会は本研修 PG の改善に役立っています。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。その評価に基づいて専門研修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。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、症例経験数は日本専門医機構が要求する内容を満たしているものであるかどうかを、プログラム統括責任者または専門研修連携施設の研修責任者が専門研修管理委員会において評価し、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およびⅡ各6ヶ月以上・合計18ヶ月以上、内科研修12ヶ月以上、小児科研修3ヶ月以上、救急科研修3ヶ月以上を行っていること。
- 2) 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した経験省察研修録を通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること
- 3) 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること
- 4) 研修期間中複数回実施される、医師・看護師・事務員等の多職種による360度評価（コミュニケーション、チームワーク、公益に資する職業規範）の結果も重視する。

16. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと

専攻医は研修手帳及び経験省察研修録を専門医認定申請年の4月末までに専門研修管理委員会に送付してください。専門研修管理委員会は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。

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その議論を参考に本研修 PG でも計画していきます。

18.総合診療研修の休止・中断、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つに該当するときには、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、出産後などの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. 専門研修プログラム管理委員会

基幹施設である「医療生協さいたま生活協同組合 熊谷生協病院」には専門研修管理委員会と、プログラム統括責任者を置きます。専門研修管理委員会は、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。本研修 PG の改善に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。プログラム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。

【専門研修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
- 本研修 PG に対する評価に基づく、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本研修 PG 改良に向けた検討
- 本研修 PG 更新に向けた審議
- 翌年度の本研修 PG 応募者の採否決定
- 各専門研修施設の指導報告
- 本研修 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
- 専門研修プログラム連絡協議会の結果報告

【副専門研修統括責任者】

プログラムで受け入れる専攻医が専門研修施設群全体で 20 名を超える場合、副プログラム統括責任者を置き、副プログラム統括責任者はプログラム統括責任者を補佐しますが、本研修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専門研修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. 総合診療専門研修特任指導医

本研修 PG には総合診療専門研修特任指導医が総計 13 名となっています。具体的には熊谷生協病院に 2 名、大塚医院ファミリークリニックに 1 名、秩父生協病院に 2 名、埼玉西協同病院に 1 名、埼玉協同病院に 3 名、さいわい診療所に 1 名、大井協同診療所に 1 名、おおみや診療所に 1 名、川口診療所に 1 名が在籍しております。

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、本研修 PG の指導医についても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。

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、本研修 PG においては 1) のプライマリ・ケア認定医 9 名、家庭医療専門医 4 名が参画しています。

※指導医要件

- 1) 日本プライマリ・ケア連合学会認定のプライマリ・ケア認定医、及び家庭医療専門医
- 2) 全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定医
- 3) 日本病院総合診療医学会認定医
- 4) 日本内科学会認定総合内科専門医
- 5) 大学病院または初期臨床研修病院にて総合診療部門に所属し総合診療を行う医師（日本臨床内科医会認定専門医等）
- 6) 5) の病院に協力して地域において総合診療を実践している医師
- 7) 都道府県医師会ないし郡市区医師会から「総合診療専門医専門研修カリキュラムに示される「到達目標：総合診療専門医の 7 つの資質・能力」について地域で実践してきた医師」として推薦された医師

21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

【研修実績および評価の記録】

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。

熊谷生協病院及びさいたま総合診療医・家庭医センター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）
所定の研修手帳参照
- 指導医マニュアル
別紙「指導医マニュアル」参照
- 専攻医研修実績記録フォーマット
所定の研修手帳参照
- 指導医による指導とフィードバックの記録
所定の研修手帳参照

22. 専攻医の採用

【採用方法】

『熊谷生協病院 総合診療医専門研修プログラム』専門研修管理委員会は、毎年説明会等を行い、総合診療専攻医を募集します。本研修 PG への応募者は、日本専門医機構の指示にあわせて医療生協さいたま生活協同組合の website (<http://kateei-saitama.jp>) の募集要項に従って応募します。書類選考および面接を行い、『熊谷生協病院 総合診療医専門研修プログラム』専門研修管理委員会において協議の上で採否を決定し、本人に文書で通知します。

(問い合わせ先) 医療生協さいたま生活協同組合 本部医師部

TEL : 048-296-8819(直通)

E-mail : sgfam@mcp-saitama.or.jp

HP : <http://kateii-saitama.jp>

【研修開始届】

各年度、研修を開始した専攻医氏名報告書を、『熊谷生協病院 総合診療医専門研修プログラム』専門研修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