日本大学医学部附属板橋病院
総合診療専門研修プログラム冊子

目次

１．　日本大学医学部附属板橋病院総合診療専門研修プログラムについて P2~P3
２．　当院の総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか　P3~P7
３．　専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）　P7~P11
４．　各種カンファレンスによる知識・技能の習得　P11
５．　学問的姿勢について　P11~P12
６．　医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性などについて　P12
７．　施設群による研修プログラム及び地域医療についての考え方　P12
８．　研修プログラムの施設群　P12~P13
９．　専攻医の受け入れ数について　P13
１０．　施設群における専門研修コースについて　P13~P17
１１．　研修施設の概要　P17~P21
１２．　専門研修の評価について　P22~P23
１３．　専攻医の就業環境について　P23~P24
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　P24
１５．　修了判定について　P24～P25
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 P25
１７．　Subspecialty 領域との連続性について　P25
１８．　総合診療研修の休止・中断、プログラムの移動、プログラム外研修の条件 P25~P26
１９．　専門研修プログラム管理委員会 P26~P27
２０．　総合診療専門研修指導医　P27
２１．　専門研修実績記録システム、マニュアルなどについて　P27～P28
２２．　専攻医の採用　P28

１．日本大学医学部附属板橋病院総合診療医専門研修プログラムについて

板橋区は東京都の北西部に位置する人口約５４万人の生活都市であり、歴史的背景から住宅都市として知られています。最近の人口推移から全国の市町村と同じく老年人口の割合が多くなり、ここ数年区総人口に大きな変化がないのにもかかわらず老年人口割合が２０％を超え高齢者は増加の一途を辿っています。日本大学医学部附属板橋病院(以後、板橋病院)は特定機能病院として板橋区の先進医療を支えていますが、上記のような人口変化から高齢者が多くなり、医療依存度の高い在宅療養者などが増え、大学病院といえども高度医療ばかりでなく地域に即した医療を展開する必要が出てきました。また３５科を超える診療科を有している病院であり、患者一人が複数の診療科を受診していることが多く、疾患が多岐にわたり、医師は患者ではなく専門疾患を診る傾向が強く包括的な診療を行うことが難しくなっています。このようなことから地域の医療状況を把握し適切に対応でき、また疾患ばかりでなく心理社会的側面なども含めて患者の全体像を的確に捉える能力を有する医師が求められたため、総合診療専門医を養成することとなりました。大学病院で総合診療専門医を養成することは、大学病院と地域の関係性を深め、養成された専門医が地域で活躍することにより一定以上の医療水準を担保でき、専門的医療や高度先進医療が必要な場合、円滑なやり取りを行えることが期待できると考えています。このことは、すなわち地域医療の活性化であり医療提供体制の再構築に繋がると確信しています。地域医療を見直す今、大学病院の役割は、高度先進医療はもちろんのこと、専攻医を通じた人事交流を促進することで、その地域の病院・クリニックとの関わりを深くし、診療においても地域住民の健康問題に対する継続的・連続的なアプローチをその地域独自のものとして提供できるよう努力することだと思います。当プログラムは東京都・埼玉県・青森県・岩手県、茨城県でそれを実践し、総合診療医の育成を行います。また、プログラムを通じてその地域の問題点を抽出し、連携施設と共にその課題に取り組み、より良い地域医療、さらにはより良い街づくりに貢献したいと考えています。

当プログラムの基本理念は、日本大学医学部の教育目標である「よき臨床医」の育成であり、患者に寄り添い、社会に貢献できる幅広い総合力を持った医師の輩出を目指しています。そのためには偏りのない医学知識ばかりでなく、医療チームのリーダーである自覚を持つとともに、協調性や豊かな人間性を有し、患者を全人的に理解できる医師へと成長することが望まれます。また、地域のニーズを踏まえた疾病予防、介護、看取りなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、地域の人々の命と健康に関わる幅広い問題についても適切に対応して、社会に貢献していくことが大切です。さらに客観的根拠に基づいた最良の医療を適切に提供できるよう学び、それを実践していく必要があります。当プログラムは幅広い総合力を持った医師に成長できる内容になっており、総合診療専門研修指導医が皆さんを指導するのはもちろんのこと、各科専門医・指導医が直接指導にあたる大学病院の強みを生かしたプ

ログラムになっております。当プログラムを終えた専攻医の皆さんは標準的な医療を安全に提供し、疾病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。
当プログラムは、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つの必修研修を３年間で研修します。日本大学医学部附属板橋病院（東京都）を専門研修基幹施設（以下、基幹施設）とし、日本大学病院（東京都）・上尾中央総合病院（埼玉県）・五戸総合病院（青森県）・岩手県立高田病院（岩手県）・小豆畑病院（茨城県）の５つの病院が専門研修連携施設（以下、連携施設）として施設群を構成しています。プログラムを通じて、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．連携重視のマネージメント、５．地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、６．交易に資する職業規範、７．多様な診療の場に対応する能力の７つの総合診療医に欠かせない資質・能力を修得し、それぞれの施設の特徴を生かした症例や技能を幅広く、かつ専門的に学ぶことで充実した研修生活が送ることが出来ます。

２．当院の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
当プログラムは、初期臨床研修を終えた医師を対象とした専門研修（後期研修）であり、３年間で専攻医を育成します。各研修期間は、総合診療専門研修Ⅰ（１２ヵ月）、総合診療専門研修Ⅱ（６ヵ月）、内科（１２ヵ月、内６ヵ月は総合内科で研修）、小児科（３ヵ月）、救急科（３ヵ月）となります。基本的に１年次は内科（板橋病院・日本大学病院・上尾中央総合病院のいずれか）を研修し、２年次は総合診療専門研修Ⅱ・小児科・救急科（板橋病院）、３年次は総合診療専門研修Ⅰ（五戸総合病院・岩手県立高田病院または小豆畑病院のいずれか）を予定しています。（ローテーション順は状況などにより変わることがあります。）
≪各年次の到達目標≫
１年次：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にします。
２年次：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ージメントを提供することを目標にします。
３年次：多疾患合併で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ー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にします。
各年次で目標を達成し、かつ以下の３つの要件を審査し、修了判定を行います。
（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

各年次の到達目標や各ローテーションの経験目標を意識し、実践していくことで自身のレベルを高め、修了時には自らの判断で対応できるようになることを目指します。

２）専門研修における学び方

１．診療現場での学習・教育

診療を通じた学習を基盤とし、診療経験から得た疑問をＥＢＭの方法論に則って文献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。学習記録と自己省察の記録を経験省察研修録の作成という形で全研修過程において実施します。現場での教育方略は下記のように行います。

（１） 外来診療

経験目標を参考に幅広い症例を確保します。指導医への症例掲示と教育的フィードバックを受ける外来教育法を行います。また、指導医による定期的な診療録レビューや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、総合診療の理解を深めます。技能領域については、習熟度に応じた指導を提供します。

（２） 病棟診療

経験目標を参考に幅広い症例を確保します。毎日入院担当患者の症例掲示と教育的フィードバックの回診を行います。また、多職種カンファレンスを通じて、診断・検査・治療・退院支援・地域連携の過程を理解します。指導医による診療録レビューや主義の学習法は外来と同様です。

（３） 救急診療

経験目標を参考に救急外来や救急救命センターで幅広い症例を確保します。基本的な方略としては外来診療と似た形になりますが、緊急度・重症度に応じた迅速的な判断・処置が求められるため、救急診療特有の意思決定プロセスを学ぶことを重視します。救急処置については指導医と共に処置にあたり、経験を積みます。

（４） 在宅診療

経験目標を参考に幅広い症例を確保します。始めは指導医と同行し、在宅診療の枠組み及び流れを理解します。次第に独立して訪問診療を提供し経験を積みます。また、症例カンファレンスや多職種カンファレンスを通じて在宅診療の理解を深め、連携の方法を学びます。

（５） 地域ケア

地域を支える実地医家と医師会活動を通じて交流し、自身の診療ネットワークを形成して、

診療の基盤とします。学校保健活動・産業保健活動に参画し、指導医と共に振り返り、その意義や改善点を学びます。

２．　診療現場を離れた学習

（１）総合診療の様々な理論やモデル、組織運営マネージメント、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。

（２）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、原則的に当プログラムでの経験を必要としますが、経験を十分に得られない項目については、総合診療領域の各種テキストや Web 教材、日本医師会生涯教育制度や関連する学会などにおける e-learning 教材、医療専門雑誌、各学会が作成するガイドラインなど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

医師としての幅を広げるために最先端の医学・医療を理解し、科学的思考法を体得することは重要なことと考えています。専攻医は原則、学術活動に携わる必要があり、学術大会などでの発表（筆頭）や論文発表（共同著者を含む）を行います。

４）研修の週間（例）および年間スケジュール

【基幹施設（日本大学医学部附属板橋病院）】

総合診療専門研修Ⅱ

総合内科

	月	火	水	木	金	土	日
8:10～9:00　朝カンファレンス・教授回診							
9:00～16:00　病棟業務							
9:00～14:00　外来診療							
9:00～16:00　救急当番							
16:00～16:30　夕カンファレンス							
16:00～17:00　教育カンファレンス							
17:00～19:00　症例カンファレンス							
17:00～翌日9:00　当直業務(平日週1回)							
9:00～翌日9:00　日当直業務(月1～2回)							
外勤日							

内科

腎臓高血圧内分泌内科

	月	火	水	木	金	土	日
9:00～13:00　グループ回診・病棟診療							
15:00～17:00　夕回診							
9:00～11:00　教授回診							
17:00～18:00　勉強会							
17:00～翌日9:00　当直業務(平日週1回)							
9:00～翌日9:00　日当直業務（月1～2回）							
外勤日							

小児科

	月	火	水	木	金	土	日
9:00～17:00　病棟診療（当直明けはなし）							
9:00～12:00　外来診療							
9:00～11:00　教授・准教授回診							
17:00～18:00　勉強会							
17:00～翌日9:00　当直業務(平日週1回)							
9:00～翌日9:00　日当直業務（月1～2回）							
外勤日							

救急救命センター

	月	火	水	木	金	土	日
7:30～8:00　勉強会							
8:00～8:30　グループカンファレンス							
9:00～11:00　入院カンファレンス・回診							
11:00～16:30　病棟業務・救急診療							
16:30～17:30　夕回診							
13:00～15:00　教授回診							
17:00～翌日9:00　当直業務(平日週1回)							
9:00～翌日9:00　日当直業務（月1～2回）							
外勤日							

【連携施設（国民健康保険五戸総合病院）】

内科

	月	火	水	木	金	土	日
8:15～17:00　病院業務	○	○	○	○	○		
9:00～12:00　外来業務		○	○	○	○		
9:00～15:00　内視鏡検査業務	○						
14:00～16:00　訪問診療	○						
17:00～18:00　勉強会				○			
17:00～翌 8:15　当直業務(平日週 1 回程度)			○				

【連携施設（小豆畑病院）】

総合診療科

	月	火	水	木	金	土	日
8:15～17:00　病院業務	○	○	○	○	○		
9:00～12:00　外来業務		○	○	○	○		
9:00～15:00　内視鏡検査業務	○						
14:00～16:00　訪問診療	○						
17:00～18:00　勉強会				○			

17:00～翌 8:15　当直業務(平日週 1 回程度)			○				
8:15～翌 8:15　日当直業務(月 1～2 回程度)						○	○

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	
4	・SR1: 研修開始。専攻医及び指導医に提出用資料配布。 ・SR2、SR3: 前年度分の研修記録が記載された研修手帳を月末までに提出。 ・指導医・PG統括責任者: 前年度の指導実績報告の提出。
5	・第1回研修管理委員会: 研修実施状況の評価。
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。 ・SR1、SR2、SR3: 日本プライマリ・ケア連合学会参加(発表)。
7	・研修修了者: 専門医認定審査(筆記試験、実技試験)。 ・次年度専攻医公募及び説明会開催。
8	
9	・次年度専攻医公募締切(9月末)。
10	・次年度専攻医採用審査(書類及び面接)。
11	・SR1、SR2、SR3: 研修手帳の中間報告。 ・第2回研修管理委員会: 研修実施状況の評価、採用予定者の承認。
12	
1	・経験省察研修録発表会。
2	・SR3: まとめた研修手帳を提出。 ・第3回研修管理委員会: 研修実施状況の評価、修了判定。
3	・その年度の研修終了。

３．専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

＊詳細は研修手帳および総合診療医専門研修カリキュラムを参照してください。

１）専門知識

総合診療の専門知識は以下の６領域で構成されます。

（１）　地域住民が抱える健康問題には、単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病の経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などのコンテ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・ケアを提供する知識。

（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、さら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ます。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、さら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する知識。

（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で切れ目のない連携も欠かせません。また、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、そのマネージメントは不断に行われる必要があります。そのため良好なコミュニケーションとり、適切な連携を提供できるような知識。

（４） 医療機関を受診した方のみではなく、地域の全住民を対象にした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の把握および体系的なアプローチを通じて、地域全体の健康向上を考えられる知識。

（５） 総合診療医の現場が外来・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対応できる知識。

（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できる知識。

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・疾患への評価および治療に必要な身体診察・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、他科の医療・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ができる能力。

（４） 生涯学習のために、情報技術を適切に用いたり、地域ニーズに応じた技術の修練を行ったり、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をとり、チームの力を最大限に発揮できる能力。

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。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、自ら判断し対応あるいは実施できたこと」とします。

（１） いかに示す一般的な症候に対し、臨床推論に基づく鑑別診断および他の専門医へのコンサルテーションを含む初期対応を適切に実施し、問題解決に結びつける経験をします。（全て必須）

ショック、急性中毒、意識障害、疲労・全身倦怠感、心肺停止、呼吸困難、身体機能の低下、不眠、食欲不振、体重減少・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）、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、必要に応じて他専門医・医療職と連携をとりながら、適切なマネージメントを経験します。(必須項目のカテゴリーのみ掲載)
貧血、脳・脊髄血管障害、脳・脊髄外傷、変性疾患、脳炎・脊髄炎、一次性頭痛、湿疹・皮膚炎群、蕁麻疹、薬疹、皮膚感染症、骨折、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、全身性疾患による腎障害、泌尿器科的腎・尿路疾患、 妊婦・授乳婦・褥婦のケア、女性生殖器及びその関連疾患、男性生殖器疾患、甲状腺疾患、糖代謝異常、脂質異常症、蛋白及び核酸代謝異常、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、小児ウイルス感染症、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

４）経験すべき診察・検査など

以下に示す総合診療の現場で遭遇する一般的な症候・疾患への評価および治療に必要な身体診察・検査を経験します。下記の経験目標は一律に症例数や経験数で規定されておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。

（１）　身体診察

・小児の一般的身体診察およ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

・死亡診断を実施し、死亡診断書を作成

（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（小児・成人への皮内・皮下・筋肉・静脈注射、静脈路確保法、中心静脈確保法）

・穿刺法（腰椎、膝関節、肩関節、胸腔、腹腔、骨髄など）

・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（心臓、腹部、体表、下肢静脈）

・生体標本（喀痰、尿、皮膚など）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および視力検査表による視力評価

・頭・頚・胸部単純 CT、腹部単純・造影 CT

５）経験すべき手術・処置など

以下に示す総合診療の現場で遭遇する一般的な症候・疾患への評価および治療に必要な治療手技を経験します。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。

（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（ICLS または ACLS）または内科救急・ICLS 講習会（JMECC）

・病院前外傷救護法（PTLS）

（２） 薬物治療

・使用頻度の高い薬剤の副作用・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。

・麻薬管理ができる。

（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（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

４．各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

各種カンファレンスを通じた学習は、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図るうえで非常に重要です。以下の場で活発にカンファレンスを行います。

（１） 外来診療

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行い、総合診療への理解を深めていきます。

（２） 病棟診療

入院担当患者の症例掲示と教育的回診および多職種に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。

（３） 在宅診療

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

５．学問的姿勢について

専攻医は以下の学問的姿勢が求められます。

（１） 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、ワークライフバランスを保ちつつ、生涯にわたり自己研鑽を積む姿勢

（２） 総合診療の発展に貢献するため、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姿勢

具体的には下記の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うえ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生かすことができる。

６．医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性になどについて

専攻医は以下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、プライマリ・ケアの専門家である総合診療医としての専門性を自覚しながら日々の診療にあたる。

（２） 安全管理（医療事故、感染症、廃棄物、放射線など）を行う。

（３） 地域の現状を把握し、優先度の高い健康関連問題に対して自らの診療や地域組織との協働などを通じて貢献する。

（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する。（当プログラムは東日本大震災の被災地である茨城県取手市・那珂市で研修することになっています。）

７．施設群における研修プログラムおよび地域医療についての考え方

日本大学医学部附属板橋病院（東京都）を基幹施設とし、日本大学病院（東京都）・上尾中央総合病院（埼玉県）五戸総合病院（青森県）・岩手県立高田病院（岩手県）・小豆畑病院（茨城県）の 5 つの病院が連携施設として施設群を構成しています。専攻医はこれらの施設群をローテートすることで、多彩で偏りのない充実した研修を行うことができます。基本的に１年次は内科を研修し、２年次は総合診療専門研修Ⅱ・小児科・救急科、３年次は総合診療専門研修Ⅰを予定しています。各研修期間は、総合診療専門研修Ⅰ（１２ヵ月）、総合診療専門研修Ⅱ（６ヵ月）、内科（１２ヵ月）、小児科（３ヵ月）、救急科（３ヵ月）となります。ただし、プログラム管理委員会において専攻医の希望や進歩状況、各病院の状況や地域の医療体制を勘案して、研修順序・研修先や期間が変更になる場合があります。

８．専門研修プログラムの施設群について

当プログラムは基幹施設１、連携施設５の合計６施設の多様な施設群で構成されます。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ください。全ての施設で診療実績基準と施設基準を満たします。

≪基幹施設≫
日本大学医学部附属板橋病院
≪連携施設≫
日本大学病院
上尾中央総合病院
国民健康保険五戸総合病院
岩手県立高田病院
小豆畑病院

９．専攻医の受け入れ数について

当プログラムの専攻医受け入れ定員数は３名です。３学年合わせて最大で９名となります。

１０．施設群における専門研修コースについて

図に当プログラムの施設群による研修コース例を示します。１年次は基幹施設である日本大学医学部附属板橋病院で内科研修（１２ヵ月、内６ヵ月は総合内科）を行います。２年次は引き続き基幹施設で総合診療専門研修Ⅱ（６ヵ月）・小児科（３ヵ月）・救急科（３ヵ月）を研修します。３年次は五戸総合病院で総合診療専門研修Ⅰ（１２ヵ月）を行います。

図１：ローテーション例

<table>
<tr><th></th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1年次</td><td colspan="12">日本大学医学部附属板橋病院</td></tr>
<tr><td colspan="12">内科（各科２か月の研修・総合内科研修６ヵ月）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2年次</td><td colspan="12">日本大学医学部附属板橋病院</td></tr>
<tr><td colspan="6">総合診療専門研修Ⅱ</td><td colspan="3">小児科</td><td colspan="3">救急救命センター</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3年次</td><td colspan="12">国民健康保険五戸総合病院</td></tr>
<tr><td colspan="12">総合診療専門研修Ⅰ</td></tr>
</table>

図２に３年間の施設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は特に主たる研修の場での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。当プログラムの研修期間は３年間ですが、修得が不十分な場合は期間を延長することになります。

図２．研修目標と研修の場

☆☆総合診療専門研修プログラム　研修目標及び研修の場	☆☆総合診療専門研修プログラムでの研修設定　◎:主たる研修の場　○:従たる研修の場 推奨　◎:主たる研修の場、○:研修可能な場）											
	総合診療専門研修Ⅰ（診療所/中小病院）		総合診療専門研修Ⅱ（病院総合診療部門）		内科		小児科		救急科		他の領域別研修	
Ⅰ．一般的な症候及び疾患へのへの評価及び治療に必要な診察及び検査・治療手技 以下に示す検査・治療手技のうち、※印の項目は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
（ア）身体診察												
※①小児の一般的身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察を実施できる。	◎	◎					◎	◎				
※②成人患者への身体診察（直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む）を実施できる	◎	◎	◎	◎	◎	◎			○	◎		○
※③高齢患者への高齢者機能評価を目的とした身体診察（歩行機能、転倒・骨折リスク評価など）や認知機能検査（HDS-R、MMSEなど）を実施できる。	◎	◎	◎	◎	◎	○						
※④耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる。	◎	◎	◎	◎								○
※⑤死亡診断を実施し、死亡診断書を作成できる。	◎	◎	◎	◎	○	○			○	○		
⑥死体検案を警察担当者とともに実施し、死体検案書を作成できる。	◎	◎	○	○					◎	◎		
（イ）実施すべき手技												
※①各種の採血法(静脈血･動脈血)、簡易機器による血液検査･簡易血糖測定･簡易凝固能検査	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
※②採尿法（導尿法を含む）	◎	○	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎		
※③注射法(皮内･皮下･筋肉･静脈内・点滴･成人及び小児静脈確保法、中心静脈確保法)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
※④穿刺法（腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）	◎	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
（ウ）検査の適応の判断と結果の解釈が必要な検査												
※①単純Ｘ線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎		
※②心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査	◎	◎	◎	◎	◎	○			○	○		
※③超音波検査（腹部・表在・心臓、下肢静脈）	◎	◎	◎	◎	○	○			○	○		
※④生体標本（喀痰、尿、皮膚等）に対する顕微鏡的診断	◎	◎	○	◎	○	○	○	○	○	○		
※⑤呼吸機能検査	◎	◎	◎	◎	◎	○						
※⑥オージオメトリーによる聴力評価及び視力検査表による視力評価	◎	◎										○
⑦消化管内視鏡（上部）	○	○	○	○	◎	◎						
⑧消化管内視鏡（下部）	○	○	○	○	◎	◎						
⑨造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）	○	○	○	○	◎	◎						
※⑩頭・頸・胸部単純CT、腹部単純・造影CT	○		◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎		
⑪頭部MRI/MRA			◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎		
（エ）救急処置												
※①新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS）	○	○	○	○		○	◎	◎	◎	◎		
※②成人心肺蘇生法（ICLSまたはACLS）または内科救急・ICLS講習会（JMECC）	○	○	○	○	○	◎			◎	◎		
※③外傷救急（JATEC）									◎	◎		
（オ）薬物治療												
※①使用頻度の多い薬剤の副作用･相互作用･形状･薬価･保険適応を理解して処方することができる。	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○		
※②適切な処方箋を記載し発行できる。	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
※③処方、調剤方法の工夫ができる。	◎	◎	○	○	◎	◎	◎	◎	○	○		
※④調剤薬局との連携ができる。	◎	◎	○	○			○	○				
⑤麻薬管理ができる。	◎	◎	◎	◎	◎	○						
（カ）治療法												
※①簡単な切開・異物摘出・ドレナージ	◎	◎	◎	○	○				◎	◎		○
※②止血・縫合法及び閉鎖療法	◎	◎	○	○					◎	◎		○
※③簡単な脱臼の整復	◎	◎		○				○	◎	◎		○
※④局所麻酔（手指のブロック注射を含む）	◎	◎	○	○					◎	◎		○
※⑤トリガーポイント注射	◎	◎		○								○
※⑥関節注射（膝関節・肩関節等）	◎	◎	○	○								○
※⑦静脈ルート確保および輸液管理（IVHを含む）	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	◎	◎		
※⑧経鼻胃管及びイレウス管の挿入と管理	◎	◎	○	◎	◎	○			○	○		
※⑨胃瘻カテーテルの交換と管理	◎	◎	○	○	○	○						
※⑩導尿及び尿道留置カテーテル・膀胱瘻カテーテルの留置及び交換	◎	◎	○	◎	○	○			○	○		
※⑪褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン	◎	◎	○	◎								○
※⑫在宅酸素療法の導入と管理	◎	◎	○	○	○	○						
※⑬人工呼吸器の導入と管理	○	○	○	○	○	○			◎	◎		
⑭輸血法（血液型・交差適合試験の判定や在宅輸血のガイドラインを含む）	○	○	○	○	○	○						

	⑮各種ブロック注射（仙骨硬膜外ブロック・正中神経ブロック等）	○	○	○	○								○
	⑯小手術（局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法）	○	○	○	○					◎	◎		
	※⑰包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法	◎	◎	○	○					◎	◎		○
	⑱穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
	※⑲鼻出血の一時的止血	◎	◎	○						◎	◎		○
	※⑳耳垢除去、外耳道異物除去	◎	◎					○	◎				○
	㉑咽喉頭異物の除去（間接喉頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用）	○	○							◎	◎		◎
	㉒睫毛抜去	◎	◎										◎
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	○	○	◎	○	○	○			◎	◎		
	疲労・全身倦怠感	◎	◎	◎	◎	◎	○						
	心肺停止	○	○	○	○	○	○			◎	◎		
	呼吸困難	○	○	◎	○	◎	○			◎	◎		
	身体機能の低下	◎	◎	○	○								
	不眠	◎	◎	◎	○								
	食欲不振	◎	◎	◎	○	○	○						
	体重減少・るいそう	◎	◎	◎	○	○	○						
	体重増加・肥満	◎	◎	◎	◎	○							
	浮腫	◎	◎	◎	○	○	○						
	リンパ節腫脹	◎	◎	◎	○	○	○	○	○				
	発疹	◎	◎	◎	○			◎	○	○	○		○
	黄疸	○	○	○	○	◎	◎						
	発熱	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
	認知能の障害	◎	◎	◎	◎	○	○						
	頭痛	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	○	◎		
	めまい	◎	◎	◎	◎	○	○			◎	◎		
	失神	○	○	◎	○	○	○			○	◎		
	言語障害	○	○	◎	◎	◎							
	けいれん発作	○	○	◎	○	◎	○	◎	◎	◎	◎		
	視力障害・視野狭窄	◎	◎	○		○				○	○		○
	目の充血	◎	◎	○				○	○	○			○
	聴力障害・耳痛	◎	◎	◎		○		○	○				○
	鼻漏・鼻閉	◎	◎	◎		○		○	○				○
	鼻出血	◎	◎	○		○				◎	◎		○
	さ声	◎	◎	○		○							○
	胸痛	◎	◎	◎	◎	◎	○			◎	◎		
	動悸	◎	◎	◎	◎	◎	○			◎	◎		
	咳・痰	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎		
	咽頭痛	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	○	◎		
	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	○	○					◎	◎				
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。													
（１）血液・造血器・リンパ網内系疾患													
	※[1]貧血（鉄欠乏貧血、二次性貧血）	◎	◎	◎	◎	◎	◎		○	○	○		
	[2]白血病	○		○		◎	◎	○					
	[3]悪性リンパ腫	○		○		◎	◎						
	[4]出血傾向・紫斑病	○		○	○	◎	◎			○	○		
（２）神経系疾患													
	※[1]脳・脊髄血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）	○	○	◎	◎	◎	◎			◎	◎		◎
	※[2]脳・脊髄外傷（頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫）	○	○	○						◎	◎		◎
	※[3]変性疾患（パーキンソン病）	○	○	○	○	◎	◎						
	※[4]脳炎・髄膜炎	○		○	○	◎	◎	○	○	◎	◎		
	※[5]一次性頭痛（片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛）	◎	◎	◎	◎	○	○	○	◯				

（３）皮膚系疾患												
※[1]湿疹・皮膚炎群（接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎、皮脂欠乏性皮膚炎）	◎	◎	○	○			◎	◎				◎
※[2]蕁麻疹	◎	◎	○				◎	◎	○	○		◎
※[3]薬疹	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○		◎
※[4]皮膚感染症（伝染性膿痂疹、蜂窩織炎、白癬症、カンジダ症、尋常性ざ瘡、感染性粉瘤、伝染性軟属腫、疥癬）	◎	◎	○	○			◎	◎				◎
（４）運動器（筋骨格）系疾患												
※[1]骨折（脊椎圧迫骨折、大腿骨頸部骨折、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）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
（６）呼吸器系疾患												
※[1]呼吸不全（在宅酸素療法含む）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
※[2]呼吸器感染症（急性上気道炎、気管支炎、肺炎）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
※[3]閉塞性・拘束性肺疾患（気管支喘息、気管支拡張症、慢性閉塞性肺疾患、塵肺）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
[4]肺循環障害（肺塞栓・肺梗塞）			◎	○	◎	◎			◎	◎		
※[5]異常呼吸（過換気症候群、睡眠時無呼吸症候群）		◎		◎		◎		○		◎		
※[6]胸膜・縦隔・横隔膜疾患（自然気胸、胸膜炎）	○	○	◎	◎	◎	◎			◎	◎		
[7]肺癌	○	○	◎	○	◎	◎						
（７）消化器系疾患												
※[1]食道・胃・十二指腸疾患（食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎、逆流性食道炎）	◎	◎	◎	◎	◎	◎			○	○		
※[2]小腸・大腸疾患（イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻、過敏性腸症候群、憩室炎、大腸癌）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○		
※[3]胆嚢・胆管疾患（胆石、胆嚢炎、胆管炎）	○	○	○	○	◎	◎			◎			
※[4]肝疾患（ウイルス性肝炎、急性・ 慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害）	○	○	◎	○	◎	◎			○	○		
※[5]膵臓疾患（急性・慢性膵炎）	○	○	○	○	◎	◎			◎	○		
※[6]横隔膜・腹壁・腹膜疾患（腹膜炎、急性腹症、鼠径ヘルニア）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
（８）腎・尿路系（体液・電解質バランスを含む）疾患												
※[1]腎不全（急性・慢性腎不全、透析）	○	○	○	○	◎	◎			○	○		
[2]原発性糸球体疾患（急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群）			○	○	◎	◎	○	○	○	○		
※[3]全身性疾患による腎障害（糖尿病性腎症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
※[4]泌尿器科的腎・尿路疾患（尿路結石、尿路感染症、過活動膀胱）	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎		◎
（９）妊娠分娩と生殖器疾患												
[1]妊娠分娩（正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、産褥）	○											◎
※[2]妊婦・授乳婦・褥婦のケア（妊婦・授乳婦への投薬、乳腺炎）	◎	◎										◎
※[3]女性生殖器及びその関連疾患（月経異常《無月経を含む》、不正性器出血、更年期障害、外陰・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）	◎	◎	○	○								◎
（10）内分泌・栄養・代謝系疾患												
[1]視床下部・下垂体疾患（下垂体機能障害）			○		◎	◎						
※[2]甲状腺疾患（甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
[3]副腎不全			○		◎	◎						
※[4]糖代謝異常（糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
※[5]脂質異常症	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
※[6]蛋白及び核酸代謝異常（高尿酸血症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
（11）眼・視覚系疾患												
[1]屈折異常（近視、遠視、乱視）	○	○	○									◎
※[2]角結膜炎（アレルギー性結膜炎）	◎	◎										◎
[3]白内障	◎	◎	◎									◎
[4]緑内障	○	○	○						○	◎		◎
[5]糖尿病、高血圧・動脈硬化による眼底変化	○		○		○							◎
（12）耳鼻・咽喉・口腔系疾患												
※[1]中耳炎	◎	◎					◎	◎				◎
※[2]急性・慢性副鼻腔炎	◎	◎	○	○	○	○						◎
※[3]アレルギー性鼻炎	◎	◎	○	○	○		◎	◎				◎
※[4]咽頭炎（扁桃炎、扁桃周囲膿瘍）	○	○	◎	○	○		◎	◎				◎
[5]外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物	○	○					○	○	◎	◎		◎
（13）精神・神経系疾患												
[1]症状精神病	○	○	○	○					◎	◎		◎
※[2]認知症（アルツハイマー型、血管型）	◎	◎	◎	○	○	○						◎
※[3]依存症（アルコール依存、ニコチン依存）	◎	◎	◎	○	○							◎
※[4]うつ病	◎	◎	○									◎
[5]統合失調症	○	○	○									◎
※[6]不安障害（パニック障害）	◎	◎	○						○	◎		◎
※[7]身体症状症（身体表現性障害）、適応障害	◎	◎	○									◎
※[8]不眠症	◎	◎	○	○								◎
（14）感染症												
※[1]ウイルス感染症（インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎、ＨＩＶ）	◎	◎	○	○	○	○	◎	◎				
※[2]細菌感染症（ブドウ球菌、ＭＲＳＡ、Ａ群レンサ球菌、クラミジア）	◎	◎	◎	◎			○	○				
[3]結核			○		◎	◎						
[4]真菌感染症	◎	◎			○		○	○				◎
[5]性感染症	○	○	○									◎
[6]寄生虫疾患			○		○	○	○	○				
（15）免疫・アレルギー疾患												
※[1]膠原病とその合併症（関節リウマチ、ＳＬＥ、リウマチ性多発筋痛症、シェーグレン症候群）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
[2]アレルギー疾患	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎				
※[3]アナフィラキシー	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
（16）物理・化学的因子による疾患												
※[1]中毒（アルコール、薬物）			◎	◎	◎	◎			◎	◎		
[2]環境要因による疾患（熱中症、寒冷による障害）	○		◎	◎	◎	◎			◎	◎		
※[3]熱傷	○	◎							◎	◎		◎

(17) 小児疾患													
	[1]小児けいれん性疾患							◎	◎	◎	◎		
	※[2]小児ウイルス感染症（麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ、ＲＳ、ロタ）	◎	◎					◎	◎				
	※[3]小児細菌感染症		◎					◎	◎				
	※[4]小児喘息		◎					◎	◎	◎	◎		
	[5]先天性心疾患							◎	◎				
	[6]発達障害（自閉症スペクトラム、学習障害、ダウン症、精神遅滞）	○	○					◎	◎	○	◎		
	[7]小児虐待の評価	○	○					◎	◎	○	◎		
(18) 加齢と老化													
	※[1]高齢者総合機能評価	◎	◎	◎	◎								
	※[2]老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡）	◎	◎	◎	◎								
(19) 悪性腫瘍													
	※[1]維持治療期の悪性腫瘍	◎	◎	◎	◎	◎	◎						◎
	※[2]緩和ケア	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
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。													
	(1)介護認定審査に必要な主治医意見書の作成	◎	◎	◎	◎								
	(2)各種の居宅介護サービスおよび施設介護サービスについて、患者・家族に説明し、その適応を判断	◎	◎	○	○								
	(3)ケアカンファレンスにおいて、必要な場合には進行役を担い、医師の立場から適切にアドバイスを提供	◎	◎	○	○								
	(4)グループホーム、老健施設、特別養護老人ホームなどの施設入居者の日常的な健康管理を実施	◎	◎	○	○								
	(5)施設入居者の急性期の対応と入院適応の判断を、医療機関と連携して実施	◎	◎	○	○								
Ⅴ 保健事業・予防医療 以下に示すケアや活動を適切に提供・実践することができる。													
	(1)特定健康診査の事後指導	◎	◎	◎	◎								
	(2)特定保健指導への協力	◎	◎	◎	◎								
	(3)各種がん検診での要精査者に対する説明と指導	◎	◎	◎	◎								
	(4)保育所、幼稚園、小学校、中学校において、健診や教育などの保健活動に協力	◎	◎	○	○								
	(5)産業保健活動に協力	◎	◎	○	○								
	(6)健康教室（高血圧教室・糖尿病教室など）の企画・運営に協力	◎	◎	○	○								
Ⅵ 在宅医療 以下に示すケアを適切に提供・実践することができる。													
	(1)主治医として在宅医療を10例以上経験（看取りの症例を含むことが望ましい）	◎	◎	○	○				○				

１１．研修施設の概要

専門医・指導医のみ記載してあります。詳細は各病院のホームページを参照してください。

日本大学医学部附属板橋病院

専門医・指導医	・総合診療専門研修指導医 ・内科専門医・指導医 ・児科専門医・指導医 ・救急科専門医・指導医 ・放射線科専門医・指導医 ・眼科専門医・指導医 ・形成外科専門医・指導医 ・外科専門医・指導医 ・産婦人科専門医・指導医 ・耳鼻咽喉科専門医・指導医 ・整形外科専門医・指導医 ・精神科専門医・指導医 ・脳神経外科専門医・指導医 ・泌尿器科専門医・指導医 ・皮膚科専門医・指導医 ・麻酔科専門医・指導医 ・臨床検査専門医・指導医 ・リハビリテーション科専門医・指導医 ※基本領域のみ記載
病床数・患者数	病院病床数　1,025 床、一般床　970 床、精神科　43 床、結核　12 床 平均外来患者数　1752.8 名/日、平均入院患者数　680.2 名/日 総合内科　平均外来患者数　51.9 名/日、平均入院患者数　1.5/日 内科　平均入院患者数　247.0 名/日 小児科　平均外来患者数　73.6 名/日 救急救命センター　救急搬送件数　1,288/年

病院の特徴	・ 特定機能病院、特定承認保健医療機関、東京都災害時後方医療施設臨床研修指定病院、救急医療機関、救急救命センター、総合周産期母子医療センター、母体救命対応総合周産期母子医療センター、日本医療機能評価機構認定病院 Ver.6.0、東京都脳卒中急性期医療機関、治験拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、東京子ども救命センター、災害医療派遣チーム東京DMAT指定病院、東京都小児がん診療病院などの役割を担っています。 ・ 総合内科は幅広い疾患に対する初診を中心とした外来診療、専門各科にまたがる問題を持つ患者に対する病棟診療、一次・二次救急診療を行っています。 ・ 内科には、呼吸器内科、血液膠原病内科、腎臓高血圧内分泌内科、循環器内科、消化器肝臓内科、糖尿病代謝内科、神経内科、総合内科の各専門内科があり、専門医療を提供しています。当院で研修を行う場合、研修先を2カ月ごとにローテーションします。 ・ 小児科では新生児、血液腫瘍、循環器、神経・心身症、腎臓、内分泌・糖尿病、代謝などの専門グループに分かれて、専門医療を提供しています。 ・ 救急救命センターは3次救急患者を中心に重症救急疾患に対する救命救急医療・集中治療を行っているほか、近隣医療機関からの紹介による救急・重症患者を積極的に受け入れています。

日本大学病院

専門医・指導医	・内科専門医・指導医 ・小児科専門医・指導医 ・救急科専門医・指導医
病床数・患者数	・病院病床数 320 床 ・平均外来患者数 568 名/日　平均入院患者数 231 名/日 ・内科 平均入院患者数 20 名/日 ・小児科 平均外来患者数 33 名/日 ・救急科 救急搬送件数 454 件/年
病院の特徴	・ 救急指定病院、エイズ拠点病院、臓器移植提供病院、災害医療拠点病院、東京DMAT指定医療機関、臨床研修指定病院などの役割をになっています。 ・ 内科は各科専門医を募い混合内科体制で診療を行っています。自科で各専門医がいるので適宜コンサルテーションができ、円滑に診療ができます。 ・ 小児科では肺炎や脱水など小児一般診療はもちろんのこと、救急診療にも力を入れており、24時間365日救急患者さんを受け入れています。 板橋病院同様、各専門グループがあり、専門医療も提供しています。 ・ 救急科は都市部に位置する千代田区唯一の救急救命センターです。

上尾中央総合病院

専門医・指導医数	総合診療専門研修指導医:3 名 （初期臨床研修病院にて総合診療部門に属し総合診療を行う医師含む） 総合内科専門医:35 名 / 小児科専門医:6 名 / 救急科専門医:10 名 外科専門医:29 名 / 整形外科専門医:6 名 / 産婦人科専門医:3 名 皮膚科専門医:1 名 / 泌尿器科専門医:12 名 /耳鼻いんこう科専門医:9 名 放射線診断専門医:7 名 /臨床検査専門医:1 名 ※2021.5.15 在籍医師より
診療科・患者数	総合診療科:延平均外来患者数 697 名/月、延平均入院患者数 1,964/月 内科 :延平均外来患者数 10,133 名/月、延平均入院患者数 6,869/月 （消化器内科・循環器内科・呼吸器内科・脳神経内科・腎臓内科・血液内科・糖尿病内科・腫瘍内科含む） 小児科 :延平均外来患者数 1,263 名/月、延平均入院患者数 289 名/月 救急科 :救急車受入件数 7.552 件／年 外科 :延平均外来患者数 1,126 名/月、延平均入院患者数 1,741 名/月 手術件数 1,396 件/年 整形外科:延平均外来患者数 4,567 名/月、延平均入院患者数 2,195 名/月 手術件数 1,014 件/年 産婦人科: 延平均外来患者数 1,941 名/月、延平均入院患者数 541 名/月 分娩件数 476 件/年、内、帝王切開術 132 件/年 皮膚科 :延平均外来患者数 1,295 名/月、延平均入院患者数 82 名/月 泌尿器科:延平均外来患者数 2,166 名/月、延平均入院患者数 1,033 名/月 手術件数 1,180 件/年 耳鼻いんこう科:延平均外来患者数 2,185 名/月、延平均入院患者数 906 名/月 手術件数 495 件/年 形成外科:平均延外来患者数 1,090 名/月、延平均入院患者数 177 名/月 手術件数 798 件 リハビリテーション科:平均延入院患者数 1,122 名/月 2020 年度実績
病院の特徴	当院は 1964 年 12 月に 11 床の上尾市立病院を前身として設立し、これまで地域住民の信頼と支持を得て発展してきた。現在では 733 床の急性期医療を中心とした総合病院となり、2015 年 12 月には地域医療支援病院の指定を受け、上尾市のみならず埼玉県県央保健医療圏の基幹病院として重要な役割を果たしてきている。 また、首都圏を中心に 27 病院を有する上尾中央医科グループの中枢として、積極的に医療の質の向上に取り組むと共に、患者本位の医療サービスを提供することを心がけ、日本医療機能評価、プライバシーマーク、卒後臨床研修評価機構（JCEP）などの第三者評価を積極的に受審している。 さらに、高度最新医療機器の導入も積極的に行っており、2013 年にはダ・ヴィン

	チ サージカルシステムの導入、2014 年にはハイブリッド手術室を新設し、また 2015 年 3 月には TAVI を導入するなど最先端の医療にも取り組んでいる。 　最後に、当院は基幹型臨床研修指定病院であり、2015 年には看護師の特定行為に関わる研修についての指定研修機関(特定行為 13 区分)の認可、2016 年には臨床修練等指定病院の指定を得ている。また毎年、指導医のための教育ワークショップや緩和ケア研修会を主催しており、教育病院としても積極的に取り組んでいるとともに、2017 年には臨床講堂を新設し教育および研究環境の充実を図っている。

五戸総合病院

専門医･指導医	･総合診療専門研修指導医･
病床数･患者数	･病院病床数　165 床 ･平均外来患者数　300 名/日　　平均入院患者数　120 名/日 ･内科　平均外来患者数　120 名/日 ･訪問診療件数　18～20件／月
病院の特徴	･青森県五戸町にある病院です。 ･町内小中学校の学校医や特養施設等の嘱託医など地域に根差した地域密着型の病院です。 ･救急告示病院として、町内はもとより周辺市町村の救急医療も取り扱っています。

岩手県立高田病院

専門医･指導医	･総合診療専門研修指導医
病床数･患者数	･病院病床数　60 床 ･平均外来患者数　136 名／日　　平均入院患者数　22 名／日 ･内科　平均外来患者数　58 名／日 ･訪問診療件数　19 件／月
病院の特徴	･協力型臨床研修指定病院 ･岩手県立高田病院は市内(岩手県陸前高田市)で唯一の一般病院であり、地元の 1 次医療･慢性期医療の他、若干の救急医療も行っており、専門医療／高次救急医療を必要とする患者は、大船渡市の岩手県立大船渡病院、盛岡市の岩手立中央病院及び岩手医科大学附属病院との連携を図り対応しています。 ･東日本大震災で壊滅的被害を受けたが、地元からの強い要望もあって、平成 24 年 2 月に一般病床 41 床の仮設病院とし復活。平成 30 年 3 月 1 日に新築移転が完了し、60 床の新病院として診療しています。 ･高田病院は震災前から急性期医療と慢性期医療、とりわけ在宅医療への展開では地域でも特徴的な病院となっていたが、現在も訪問診療を継続しながら地域医療の中心的な病院となっています。

	・陸前高田における保健・福祉活動への関わりは、以前から重要な業務と位置づけ、学校医や乳児検診等の各種健康診断業務、予防接種業務及び特別養護老人ホームの嘱託医などを受けており、介護保険に関する会議にも参加しています。また住民を対象とした「健康講演会」では市内各地を巡回して開催しており、健康に関する講演及び地域との懇談を行っています。

小豆畑病院

専門医・指導医数	＜常勤＞ 外科指導医・専門医 3 名　脳外科専門医 1 名　循環器科専門医 1 名　救急科専門医 2 名 日本消化器外科学会指導医・専門医 3 名　／　日本救急医学会指導医・専門医 2 名 日本消化器病会専門医 1 名　／　日本ヘリコバクターピロリ菌感染症認定医 1 名 ＜非常勤＞ 外科指導医・専門医 1 名　　麻酔科指導医・専門医 1 名　整形外科専門医 1 名 日本消化器外科学会指導医・専門医　1 名　／　泌尿器科指導医・専門医 3 名 救急科指導医・専門医 1 名　神経内科指導医・専門医 1 名　脳神経外科専門医 1 名
病床数・患者数	一般病床（急性期入院基本料 5：外科・内科・循環器科・脳神経外科・消化器外科）42 床　年間延べ入院患者数(H31.4～R2.3)13,110 名 医療療養病床　　48 床年間延べ入院患者数　17,004 名 年間延べ外来受診患者数　32,792 名 （内科・外科・循環器科・脳神経外科・泌尿器科・整形外科・消化器外科・消化器内科） 年間手術件数　76　件・年間CT撮影件数　1,598 件
病院の特徴	・　当病院は「急性期病棟（10 対 1 看護基準）」を中心に医療療養病棟・訪問診療等、地域の包括的診療を展開している。・平成 30 年 4 月「救急告示病院」認定受ける。 ・　平成 27 年 11 月「在宅療養支援病院」として認定を受ける。 ・　平成 23 年 2 月「日本大学医学部　板橋病院」の関連病院として認定を受ける。 ・　同医療法人内に「地域包括支援センター」があり常時連携を図っている。 ・　同医療法人内に「介護老人保健施設」「訪問看護・訪問介護ステーション」がある。同敷地内にも関連社会福祉法人施設「特別養護老人ホーム」「地域密着型サービス施設」があり常時連携を図っている。

１２．専門研修の評価について

全体として以下の３点を中心に評価・指導していきます。

１）振り返り

様々な科をローテーションする総合診療専門研修は、３年間を通じて専攻医の研修状況を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および定期的な指導医との振り返りセッションを１～数ヵ月おきに定期的に実施します。その際、日時と振り返りの主要な内容について記録を残します。年度末に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。

３）研修目標と自己評価

専攻医は、研修目標の各項目の達成段階について、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。年度末には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。

上記以外に、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）など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に実施します。

総合診療専門研修以外の必修研修中について

≪内科研修中の評価≫

内科研修においては、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。

１２ヵ月の内科研修の中で、最低４０症例を目安に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、１０件を提出病歴要約として登録します。分野別（消化器、呼吸器、循環器など）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ヵ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、プログラム統括責任者に報告され、プログラム全体の評価制度に統合します。

≪小児科および救急科研修中の評価≫
小児科および救急科研修においては、研修手帳を参考に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指導を受けます。研修終了時には、各科の指導医が研修内容を評価し、プログラム統括責任者に報告を受け、プログラム全体の評価制度に統合します。

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総括責任者は専攻医の労働環境改善と安全保持に努めます。
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時点で説明を行います。

基本的な勤務や処遇については以下のようになります。
≪基幹施設および関連病院≫日本大学医学部附属板橋病院・日本大学病院
（日本大学医学部後期研修プログラム専修医と同様の扱い）
勤務条件：週４日、その他休日・祝祭日勤務あり
社会保険：年金、医療保険（日本私立学校振興・共済事業団）加入
労災、雇用保険に加入
給与：１年目（卒後３年目）; 215,000 円
以降：一律 155,000 円
当直手当：5,000 円／回
賞与・退職金：なし
※ほかに外勤による収入が見込まれます。

≪連携施設≫
基本的には各病院の就労条件に従います。下記は基本的な概要です。
勤務条件：週４～５日、その他休日・祝祭日勤務あり
社会保険：年金、医療保険加入
労災、雇用保険に加入

給与：実勤務および当直料込で税抜 700,000 円
賞与・退職金：なし
住宅手当：支給あり

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

当プログラム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プログラムに対する評価

専攻医は、年次ごとに指導医、指導施設、プログラムに対する評価を行います。また、指導医も指導施設およびプログラムに対する評価を行います。専攻医や指導医からの評価をプログラム委員会に提出し、プログラムの改善に役立てます。（※評価内容によって専攻医に不利益が生じることはありません。）プログラム管理委員会は必要と判断した場合、指導施設の実地調査および指導を行います。その内容を記録し、日本専門医機構の総合診療科専門研修委員会に報告します。

（２） 研修に対するサイトビジットへの対応

当プログラムに対して日本専門医機構からサイトビジットが行われます。その評価に基づいてプログラム管理委員会で当プログラムの改良を行います。当プログラムの更新の際、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。ほかには、プログラムの継続改良を目的として、他のプログラム統括責任者が訪問し、観察・評価するサイトビジットも予定しています。関連する学術団体などによるサイトビジットになると思われますが、その際、専攻医に対して聞き取り調査が行われる予定です。

１５．修了判定について

３年間の研修記録をもとに、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、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、最終年次の２月末に当プログラム管理委員会において評価し、専門研修プログラム統括責任者が修了判定をします。

具体的には、２－１）の≪各年次の到達目標≫を達成すること、かつ以下の４つの要件を審査し、修了判定を行います。

（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） 研修期間中実施される、医師・看護師・事務員などの多職種による３６０度評価。

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

研修修了要件を満たすよう日々努力することはもちろんのこと、楽しく研修生活を過ごしましょう。専門医認定試験にあたっては、最終年次の２月末までに研修手帳および経験省察研修録を当プログラム管理委員会に提出してください。プログラム管理委員会は２月末までに修了判定を行い、４月初めに研修修了証明証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．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、連続性を持った制度設計を今後検討していくことになりますので、その議論を参考に当プログラムでも計画していく予定です。

１８．総合診療研修の休止・中断,プログラムの移動,プログラム外研修の条件

１）専攻医が次の１つに該当するときは、研修の休止が認められます。研修期間を延長せずに休止できる日数は、当プログラムで定める研修期間のうち通算６ヵ月までとします。なお、必修研修（内科・小児科・救急科・総合診療Ⅰ・Ⅱ）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。
（１） 病気の療養
（２） 産前・産後の休業
（３） 育児休業
（４） 介護休業
（５） その他、やむを得ない理由
２）専攻医は原則として当プログラムで一貫した研修を受けることが望まれます。ただし、次の１つに該当するときは、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などが必要となります。
（１） 当プログラムが廃止された場合、または認定を取り消された場合
（２） 専攻医にやむを得ない理由がある場合
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して頂きます。基本的に、プログラムを再開する際は当プログラム

で再開して頂きます。

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あります。その際は研修延長申請をすることで対応します。

１９．総合診療専門研修プログラム管理委員会

専門研修基幹施設である日本大学医学部附属板橋病院に専門研修プログラム管理委員会を設置します。当プログラム管理委員会は、専門研修プログラム統括責任者を委員長とし、専門研修基幹施設の内科・小児科・救急救命センターの代表者、事務局代表者、医学部事務、および専門研修連携施設の研修責任者で構成されます。当プログラムの改善に向けて、会議には専門医取得直後の若手医師代表が今後参加する予定です。当プログラム管理委員会は、専攻医および当プログラム全般の管理と、当プログラムの継続的改良を行います。

≪プログラム管理委員会委員名簿≫

【専門研修基幹病院】

総合診療専門研修プログラム統括責任者	髙山　忠輝（委員長）
内科代表者	石原　寿光
小児科代表者	鮎沢　衛
救急救命センター代表者	木下　浩作
事務局代表者	髙山　忠輝
医学部事務者	清水　梓
看護部代表	佐藤　真祐子

【専門研修連携施設研修責任者】

日本大学病院	鈴木　裕
上尾中央総合病院	高沢　有史
国民健康保険五戸総合病院	安藤　敏典
岩手県立高田病院	田畑　潔
小豆畑病院	小豆畑　丈夫

≪プログラム管理委員会の役割と権限≫

（１）　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専攻医の登録

（２）　専攻医ごとの研修手帳およ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

（３）　研修手帳およ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

（４） 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
（５） 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
（６） 自己評価に基づく研修プログラムの改良に向けた検討
（７） サイトビジットの結果報告と研修プログラムの改良に向けた検討
（８） 研修プログラム更新に向けた審議
（９） 翌年度の研修プログラム応募者の採否決定
（１０）各研修施設の指導報告
（１１）研修プログラム自体に関する評価と改良について日本専門医機構への報告内容についての審議
（１２）研修プログラム連絡協議会の結果報告
（１３）プログラム管理委員会は年３回（５月、１１月、２月）に開催する。

２０．総合診療専門研修指導医

当プログラムには総合診療専門研修指導医が総計 4 名います。日本大学医学部附属板橋病院総合内科に１名、日本大学病院内科に１名、五戸総合病院に１名、岩手県立高田病院に１名です。

指導医は臨床能力、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、当プログラムの指導医についても総合診療専門研修指導医講習会の受講を経て、その能力が担保されます。

２１． 専門研修実績記録システム、マニュアルなどについて

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。
日本大学医学部附属板橋病院　総合診療医専門研修プログラム事務局にて、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度評価と振り返りなどの研修記録、研修ブロックごとの総括的評価、修了判定などの記録を電子媒体で保管し、専攻医の研修修了または研修中断から５年間以上保管します
プログラム運用マニュアルは以下の研修手帳（専攻医研修マニュアルを兼ねる）と指導医マニュアルを用います。
●研修手帳（専攻医研修マニュアル）
●指導医マニュアル
●専攻医研修実績記録フォーマット

●指導医による指導とフィードバックの記録

２２．専攻医の採用

≪採用方法≫
日本大学医学部附属板橋病院　総合診療医専門研修プログラム管理委員会は２０１７年１０月から当プログラム専攻医を募集します。随時説明会などを開催しますので、ホームページをご覧ください。当プログラムの応募者は、２０２１年１１月１５日までに当プログラム事務局宛に所定の形式の『日本大学医学部附属板橋病院　総合診療医専門研修プログラム応募申請用紙』および『履歴書』を郵送してください。以下の方法で入手することができます。

（１）　ホームページよりダウンロード generalmedicine-nihon-u.jp
（２）　電話での問い合わせ（代表 03-3972-8111 内線 2660）
（３）　E-mail での問い合わせ info@generalmedicine-nihon-u.jp
書類郵送先　：　〒173-8610　　東京都板橋区大谷口上町 30-1
日本大学医学部附属板橋病院　総合診療医専門研修プログラム事務局行

原則として１１月中に書類選考および面接を行い、採否を決定し本人に文書で通知します。その後採用書類一式をお送りしますので、記入後返送してください。
応募者および選考結果については当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、初年度の５月３１日までに以下の書類を日本大学医学部附属板橋病院　総合診療医専門研修プログラム事務局へ提出します。
（１）専攻医登録申請書
（２）医師免許証の写し
（３）初期臨床研修修了証の写し