

つくば家庭医・病院総合医プログラム（筑波大学附属病院）

目次

1. 筑波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. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性などについて
7. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方
8. 研修プログラムの施設群
9. 専攻医の受け入れ数について
10. 施設群における専門研修コースについて
11. 研修施設の概要
12. 専門研修の評価について
13. 専攻医の就業環境について
14. 専門研修プログラムの改善方法とサイトビジットについて
15. 修了判定について
16. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
17. **Subspecialty** 領域との連続性について
18. 総合診療専門研修の休止・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

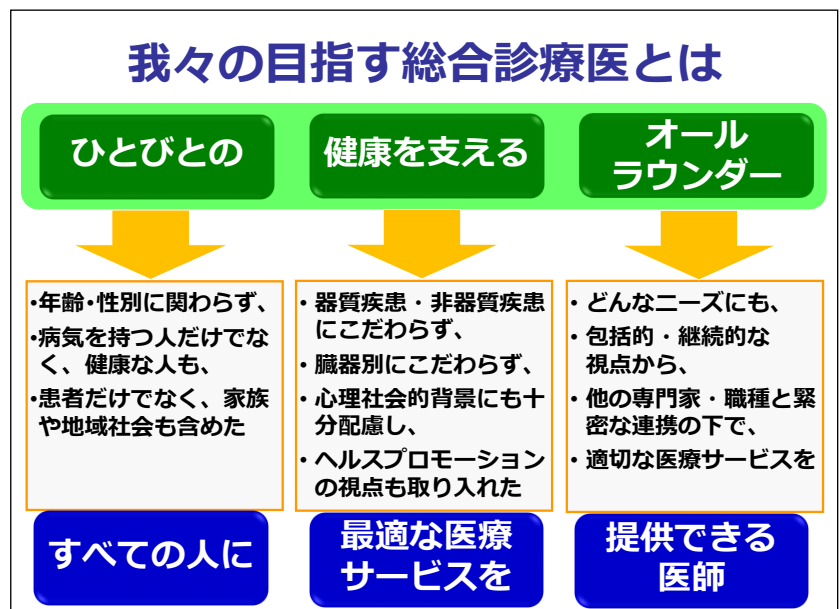
1. 筑波大学総合診療専門研修プログラムについて

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。

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、筑波大学総合診療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・治療能力を持つ総合診療専門医を養成するために設置されています。筑波大学附属病院（当院）は特定機能病院として高度な医療を提供するとともに、医学部学生や初期臨床研修医、薬剤師レジデント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、地域医療教育センター・ステーション制度を導入するなど、大学一地域を循環しながら、幅広い臨床能力を修得できる研修体制が整備されています。本研修 PG では、各専門科の医師やメディカルスタッフ、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。



本研修 PG が目指す医師像は、「ひとびとの健康を支えるオールラウンダー」です。これは、年齢・性別にかかわらず、患者だけでなく健常者も、家族・地域社会も含めた、すべての人を対象として、臓器別にこだわらず、器質疾患・非器質疾患にこだわらず、心理社会的背景にも十分配慮し、ヘルスプロモーションの視点も取り入れて、包括的・継続的な視点から、他の専門家・職種と緊密な連携の下で、効果的に医療サービスを提供する医師を意味しています。

本研修 PG で研修を終えた総合診療専門医は、以下の機能を果たせるようになることを目指します。

- (1) 地域を支える診療所や病院においては、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他職種等と連携して、地域の保健・医療・介護・福祉等の様々な分野におけるリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、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
- (3) 地域においては、医療機関内にとどまらず、生活習慣病予防や介護予防等のヘルスプロモーション、介護・福祉施設との連携・協働、自治体の行う医療政策への参画・助言など、住民が安心して健康に暮らすためのアプローチを実践
- (4) 大学や研修病院等の教育施設においては、専攻医教育はもちろんのこと、総合診療医の専門性を生かした医療人の育成に積極的に貢献
- (5) 自らが従事するさまざまなフィールドにおいて、常にリサーチマインドを持ち、現場からの疑問を科学的手法を用いて明らかにし、その成果を広く発信

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、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りると同時に、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。

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 4 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出来ます。

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)4 年間で育成されます。
 - 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。
 - 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。
 - 4 年次修了時には、多疾患合併で診断や治療プロセスに困難さがあつたり、患者を取り巻く背景も疾患に影響したりしているような複雑な健康問題に対して的確なマネジメントを提供することができ、かつ指導できる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 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。
 - 4 年間の研修の修了判定には以下の 4 つの要件が審査されます。
 - 定められたローテーション研修を全て履修していること
 - 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。
- 学会発表または論文発表を2件以上行っていること。

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）、更には診療場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

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

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

処置にあたる中から経験を積みます。

(オ) 地域ケア

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

(2) 臨床現場を離れた学習

- 総合診療の様々な理論やモデル、組織運営マネジメント、総合診療領域の研究と教育については、日本プライマリ・ケア連合学会や日本病院総合診療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シミュレーション機器を活用して学ぶこともできます。
- 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、学内の各種勉強会や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。

- 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。

4) 研修の週間計画および年間計画

総合診療専門研修 I（北茨城市民病院附属家庭医療センターの例）

	月	火	水	木	金	土	日
8:15-8:25 朝礼	○	○	○	○	○		
9:00-13:00 外来	○		隔週	○	○		
9:00-13:00 市民病院予約外来		○					
9:00-16:30 僻地巡回診療			隔週				
14:00-17:15 外来	○				○		
14:00-17:15 訪問診療		○	隔週	○			
17:15-18:00 在宅患者カンファレンス			○				
18:00-19:00 勉強会／振り返り			○				

総合診療専門研修Ⅱ（筑波メディカルセンター病院の例）

	月	火	水	木	金	土	日
8:15-8:30 救急合同カンファレンス	○	○	○	○			
8:15-8:30 画像カンファレンス					○		
8:30-12:00 病棟回診	○	○	○	○	○		
9:00-12:00 初診外来	○	○	○	○	○		
13:00-17:00 病棟業務	○	○			○		
13:00-17:00 予約外来		○	○	○	○		
13:00-17:00 救急外来			○	○			
13:00-15:00 多職種カンファレンス	○						
17:00-18:00 勉強会		○					
17:00-18:00 申し送り					○		
18:00-19:00 筑波大学との合同症例検討会		○					

内科研修（水戸協同病院の例）

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00 モーニングカンファレンス	○						
9:00-12:00 教育回診	○						
9:00-12:00 病棟回診		○	○	○	○		
9:00-12:00 外来		○	○	○	○		
12:00-13:00 レクチャー		○					
13:00-17:00 病棟業務	○	○	○	○	○		
13:00-17:00 外来			○				
17:00-18:00 代謝内分泌カンファレンス	○						
17:00-18:00 循環器内科カンファレンス	○						
17:00-18:00 腎臓内科カンファレンス		○					
17:00-18:00 臨床推論勉強会				○			
17:00-18:00 EBM 勉強会				○			
17:00-18:00 CPC(不定期)					○		
18:00-18:30 ミニレクチャー	○	○					
18:00-18:30 消化器内科ミニレクチャー				○			
18:00-18:30 呼吸器内科ミニレクチャー					○		

小児科研修（石岡第一病院の例）

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-12:00 病棟回診	○	○	○	○	○	○	
8:30-12:00 外来	○	○	○	○	○	○	
13:00-17:00 病棟業務	○	○	○	○	○		
13:00-17:00 乳児健診	○				○		
13:00-17:00 外来	○	○	○	○	○		
13:00-17:00 予防接種		○	○	○			
17:00-18:00 病棟回診	○	○	○	○	○		

救急研修（筑波大学附属病院の例）

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-8:15 HCU 回診	○	○	○	○	○		
8:15-8:30 PICU 回診	○	○	○	○	○		
8:30-8:45 ICU 回診	○	○	○	○	○		
8:45-9:30 カルテ回診	○	○	○	○	○		
8:30-17:15 ER 日勤			○	○			
8:30-17:15 ICU 日勤	○						
8:30-17:15 フリー日勤		○					
18:00-18:45 夕回診	○	○	○	○			
17:15-8:30 夜勤				○			

緩和医療研修（筑波メディカルセンター病院の例）

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00 申し送り	○	○	○	○	○		
9:00-10:00 回診前カンファレンス	○	○	○	○	○		
9:00-12:00 病棟回診	○	○	○	○	○		
13:00-15:00 多職種カンファレンス	○						
13:00-17:00 病棟業務	○	○	○	○	○		
17:00-18:00 病棟回診	○	○	○	○	○		
18:00-19:00 レクチャー(月 1 回)		○					
18:00-19:00 ジャーナルクラブ(隔週)		○					

本研修 PG に関連した全体行事の年度スケジュール

SR1：1 年次専攻医、SR2：2 年次専攻医、SR3：3 年次専攻医、SR4：4 年次専攻医

月	全体行事予定
4	<ul style="list-style-type: none"> SR1：研修開始。専攻医および指導医に提出用資料の配布 SR2、SR3、SR4、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・PG 統括責任者：前年度の指導実績報告の提出
5	<ul style="list-style-type: none"> 第 1 回研修管理委員会：研修実施状況評価、修了判定
6	<ul style="list-style-type: none"> 研修修了者：専門医認定審査書類を日本専門医機構へ提出 日本プライマリ・ケア連合学会参加（発表）（開催時期は要確認）
7	<ul style="list-style-type: none"> 研修修了者：専門医認定審査（筆記試験、実技試験） 次年度専攻医の公募および説明会開催
8	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 第 2 回研修管理委員会：研修実施状況評価
10	<ul style="list-style-type: none"> 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） SR1、SR2、SR3：研修手帳の記載整理（中間報告） 公募締切（10 月末）
11	<ul style="list-style-type: none"> SR1、SR2、SR3、SR4：研修手帳の提出（中間報告） 次年度専攻医採用審査（書類及び面接）
12	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> ブロック支部ポートフォリオ発表会
2	
3	<ul style="list-style-type: none"> その年度の研修終了 SR1、SR2、SR3、SR4：研修手帳の作成（年次報告）（書類は翌月に提出） SR1、SR2、SR3、SR4：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）

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 7 領域で構成されます。

- (1) 地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病いの経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などのコンテキスト（※）が関与していることを全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、家族志向でコミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。（※コンテキスト：患者を取り巻く背景・脈絡を意味し、家族、家計、教育、職業、余暇、社会サポートのような身近なものから、地域社会、文化、経済情勢、ヘルスケアシステム、社会的歴史的経緯など遠景にあるものまで幅広い位置づけを持つ概念）
- (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。
- (6) 地域医療においてリーダーの役割を担う機会の多い総合診療専門医にとって、後進や他職種、住民に対して教育的な立場に立つことが多く、基本的な教育原理や成人学習理論を理解しておくことは極めて重要である。また「教えることは学ぶこと」という言葉にもあるように教育は自らの学びを深めることにも役立つ。
- (7) プライマリ・ケアの現場で使えるエビデンスは現場からしか得ることが出来ない。総合診療専門医は日常診療で遭遇する臨床疑問や問題点に対して、研究や質の改善活動（Quality Improvement）といった科学的手法を用いて解決する手法を理解しておく必要がある。

※ 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7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
- (6) 学生、レジデント、多職種からなる医療チームのメンバーに対して5マイクロスキルを含めたフィードバック技法を適切に用いたり、カリキュラムプランニングの原則に基づく教育効果の高い教育プログラムを企画実施したりできる能力
- (7) 臨床疑問や問題点を抽出し、科学的手法を用いて改善をはかることができ、研究の実践を通して科学的な論理的思考能力を持ち、そのプロセスや成果を社会に向けて発信できる能力

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

- (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	皮膚感染症	静脈・リンパ管疾患
脳・脊髄血管障害	骨折	高血圧症
脳・脊髄外傷	関節・靭帯の損傷及び障害	呼吸不全(在宅酸素療法含む)
変性疾患(パーキンソン病)	骨粗鬆症	呼吸器感染症腎不全
脳炎・髄膜炎	脊柱障害	全身性疾患による腎障害
一次性頭痛	心不全	泌尿器科的腎・尿路疾患
湿疹・皮膚炎群	狭心症、心筋梗塞	妊婦・授乳婦・褥瘡のケア
蕁麻疹	不整脈	女性生殖器及びその関連疾患
薬疹	動脈疾患	男性生殖器疾患
甲状腺疾患	依存症	アナフィラキシー
糖代謝異常	気分障害	熱傷
脂質異常症	不安障害	小児ウイルス感染症
蛋白及び核酸代謝異常	身体表現性障害、ストレス関連障害	小児細菌感染症
角結膜炎	不眠症	小児喘息
中耳炎	ウイルス感染症	高齢者総合機能評価
急性・慢性副鼻腔炎	細菌感染症	老年症候群
アレルギー性鼻炎	膠原病とその合併症	維持治療期の悪性腫瘍
認知症	中毒	緩和ケア

※ 詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

- 4) 経験すべき診察・検査等以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査を経験します。なお、下記の経験目標については一律に症例数や経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。

(研修手帳参照)

(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（陰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、膣分泌物、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）

※ 詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

- 5) 経験すべき手術・処置等以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な治療手技を経験します。なお、下記については一律に経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。（研修手帳 p.18-19 参照）

(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）
- 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）をにおいて、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。

5. 学問的姿勢について

専攻医には、以下の2つの学問的姿勢が求められます。

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

この実現のために、具体的には下記の研修目標の達成を目指します。

(1) 教育

- ① 教育原理を理解し、学生・レジデントに対しての指導ができる。
- ② 多職種からなる医療チームのメンバーに対して適切な教育ができる。

(2) 研究

- ① 診療上の疑問や問題点を抽出し、科学的手法を用いて改善をはかることができる。
- ② 研究の実践を通して科学的な論理的思考能力を持ち、そのプロセスや成果を社会に向けて発信できる。

(3) EBM (Evidence-Based Medicine) と臨床決断

- ① 臨床上の疑問について、EBMの手法に基づいた問題解決を実践できる。

この項目の詳細は、筑波大学総合診療専門研修プログラム研修カリキュラムの到達目標7、8および2-2に記載されています。

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

基幹施設である筑波大学は、大学院（地域医療教育学分野）を有しており、臨床研究の実施にあたっては、指導教員から必要に応じて手厚いサポートを受けることができます。

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

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 では筑波大学附属病院総合診療グループを基幹施設とし、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、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。当 PG では、総合診療研修Ⅱを主として筑波メディカルセンター病院 又は 水戸協同病院総合診療科等において、総合診療専門研修Ⅰを主として地域医療教育ステーションに指定されている診療所にて研修を行います。地域医療教育ステーションは、地域医療教育に最も適した地域のフィールドで、充実した指導体制を実現することを目的として、2006年より全国に先駆けて導入したもので、精力的に地域医療に取り組んでいる診療所を研修ステーションとして指定し、そこに専任の指導医を派遣して専攻医の地域教育にあたる仕組みです。現在、里美、大和、笠間、利根、神栖、北茨城に地域医療教育ステーションが設置されており、そのいずれかで研修を行います。研修期間は専攻医の希望を考慮し、総合診療専門研修Ⅰ、Ⅱそれぞれ6～12か月以上、合計18か月以上の研修を行います。
- (2) 必須領域別研修として、水戸協同病院等にて内科12か月、石岡第一病院等にて小児科3か月、筑波大学附属病院等にて救急科3か月の研修を行います。
- (3) その他の領域別研修として、全員が筑波大学附属病院総合診療科にて基礎研修を行います。基礎研修は、臨床推論、医療面接、総合診療の概念を学習するための期間です。それ以外に連携施設において、緩和ケア科・整形外科・産婦人科・皮膚科・耳鼻咽喉科・放射線科・リハビリテーション科等の研修を行います。また、6か月を上限として、筑波大学大学院地域医療教育学分野にて研究に取り組むことも可能です。診療科の選択および期間は、専攻医の意向を踏まえて合計18か月の範囲で決定します。

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

8. 専門研修 PG の施設群について

本研修プログラムは基幹施設1、連携施設16の合計17施設の多様な施設群で構成されます。連携施設は茨城県のほぼ全ての二次医療圏に分布しています。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】

筑波大学附属病院総合診療グループが専門研修基幹施設となります。

【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。

大森医院

北茨城市民病院附属家庭医療センター

小豆畑病院
笠間市立病院
医療法人恒貴会 大和クリニック
利根町国保診療所
北茨城市民病院
株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院
総合病院水戸協同病院
公益社団法人 地域医療振興協会 石岡第一病院
茨城西南医療センター病院
公益財団法人 筑波メディカルセンター 筑波メディカルセンター病院
独立行政法人国立病院機構 霞ヶ浦医療センター
神栖済生会病院
社会医療法人若竹会 つくばセントラル病院

また、臨床疫学を学ぶ研修施設として大学院と連携しています。
筑波大学大学院人間総合科学研究科地域医療教育学分野

【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。

【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全て茨城県内にあります。

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特任指導医×2 です。4 学年の総数は総合診療専門研修特任指導医×8 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ション研修においては、各科の研修を行う総合診療専攻医については各科の指導医の指導可能専攻医数（同時に最大 3 名まで）には含めません。しかし、総合診療専攻医が各科専攻医と同時に各科のローテーション研修を受ける場合には、臨床経験と指導の質を確保するために、実態として適切に指導できる人数までに（合計の人数が過剰にならないよう）調整することが必要です。これについては、総合診療専門研修プログラムの統括責任者と各科指導医の間で事前に調整を行います。

現在、本プログラム内には総合診療専門研修特任指導医が 21 名（他の総合診療専門研修プログラムに割り当てる指導医数を除くと 9.5 名）在籍しており、この基準に基づくと毎年最大で 19 名程度受け入れ可能になりますが、当プログラムでは、毎年 10 名を定員としています。

10.施設群における専門研修コースについて

図 1～3 に本研修 PG の施設群による研修ローテーション例を示します。総合診療専門研修プログラム整備基準に示された研修年限の最低限は 3 年ですが、本研修 PG は 4 年プログラムとしています。これにより、より高い臨床能力の習得を目指すとともに、専攻医の関心領域に応じた柔軟性の高いローテーションを可能にしています。

後期研修 1,2 年目では総合診療医としての基本を形成します。基幹施設である筑波大学附属病院総合診療科での研修 3 ヶ月、内科研修 6 ヶ月、救急科研修 3 ヶ月、総合診療専門研修 I 6 ヶ月、総合診療専門研修 II 6 ヶ月を行うことを基本パターンとして、内科・救急診療能力を向上させ、各診療分野での知識・技能を integrate するとともに、総合診療の専門的な視点についてしっかりとした基盤を作ります。

後期研修 3,4 年目では専攻医の関心領域に応じて幅広い研修をするとともに、総合診療専門研修 I または / および II を更に掘り下げて行い、総合診療の専門性を深めます。2 年目と 3 年目の研修内容は全体のバランスを考慮して多少前後することもあります。

4 年という研修期間を活かして、総合診療専門研修 I と II は合計 24 ヶ月行うことができます。I と II を均等に行うこともできれば、どちらかの比重を大きく研修することもできます。図 1 は総合診療専門研修 I に比重をおく場合の例、図 2 は総合診療専門研修 II に比重をおく場合の例、図 3 は総合診療専門研修 I と II を均等に行い、また臨床疫学のローテートをする例です。

図 1 総合診療専門研修 I に比重をおくローテーション例

		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
1 年目	施設名	筑波大学附属病院 総合診療科			筑波大学附属病院 救急・集中治療部			筑波メディカルセンター病院 総合診療科					
	領域	その他（大学総診）			救急			総診 II 兼 内科					
2 年目	施設名	水戸協同病院 総合診療科						大森医院					
	領域	内科						総診 I					
3 年目	施設名	石岡第一病院 小児科			水戸協同病院 整形外科			つくばセントラル病院 緩和医療科		つくばセントラル病院 産婦人科			
	領域	小児科			その他（整形）			その他（緩和）		その他（産婦）			
4 年目	施設名	大和クリニック											
	領域	総診 I											

図2 総合診療専門研修Ⅱに比重をおくローテーション例

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	施設名	筑波大学附属病院 総合診療科			筑波大学附属病院 救急・集中治療科			筑波メディカルセンター病院 総合診療科					
	領域	その他			救急			総診Ⅱ					
2年目	施設名	水戸協同病院 総合診療科						つくばセントラル病院 緩和医療科			石岡第一病院 小児科		
	領域	内科						その他			小児科		
3年目	施設名	北茨城市民病院附属家庭医療センター						北茨城市民病院 内科					
	領域	総診Ⅰ						内科					
4年目	施設名	水戸協同病院 総合診療科											
	領域	総診Ⅱ											

図3 総合診療専門研修ⅠとⅡを均等に行い臨床疫学のローテーションをする例

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	施設名	筑波大学附属病院 総合診療科			筑波大学附属病院 救急・集中治療部			筑波メディカルセンター病院 総合診療科					
	領域	その他（大学総診）			救急			総診Ⅱ					
2年目	施設名	水戸協同病院 総合診療科						利根町国保診療所					
	領域	内科						総診Ⅰ					
3年目	施設名	県西総合病院 小児科			筑波メディカルセンター病院 緩和医療科			筑波大学大学院人間総合科学研究科 地域医療教育学分野					
	領域	小児科			その他（緩和）			その他（臨床疫学）					
4年目	施設名	北茨城市民病院 内科						北茨城市民病院附属家庭医療センター					
	領域	総診Ⅱ						総診Ⅰ					

本研修 PG での4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（別紙：研修目標及び研修の場）。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4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

■基幹施設

筑波大学附属病院 http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/	
所在地	茨城県つくば市天久保 2-1-1
研修内容	必修の領域別研修：内科、救急科 その他の領域別研修：大学総合診療科（全員ローテートします）、リハビリテーション科
病床数	785床（一般744床 精神41床）
診療実績	年間入院患者（実数）16,101名 年間外来患者（実数）19,272名 年間救急搬送受入件数 2,076件
医師数	医師総数 669名（教員 306名、病院講師 73名、レジデント 290名） 総合診療科：スタッフ 13名（地域医療機関との兼務を含む） うち総合診療専門研修指導医 13名 （家庭医療専門医 12名、プライマリ・ケア認定医 1名） 内科：スタッフ 98名 うち指導医 76名（総合内科専門医 40名） 救急・集中治療部：スタッフ 12名 うち指導医 3名（救急科専門医 3名） リハビリテーション部：スタッフ 4名 うち指導医 1名（リハビリテーション科専門医 1名）

■連携施設（総合診療専門研修Ⅰ）

大森医院 筑波大学里美地域医療教育ステーション	
所在地	茨城県常陸太田市徳田町 474
研修内容	総合診療専門研修Ⅰ
病床数	19床（一般11床 療養8床）
診療実績	年間入院患者（実数）40名 年間外来患者（実数）300名 月間訪問患者（延べ数）60名
医師数	常勤医師数 1名（総合診療専門研修指導医） ほかに非常勤指導医 1名（総合診療専門研修指導医）

北茨城市民病院附属家庭医療センター http://family.kitaibaraki.info/ 筑波大学北茨城地域医療教育ステーション	
所在地	茨城県北茨城市中郷町上桜井 844-5
研修内容	総合診療専門研修 I
病床数	無床
診療実績	年間外来患者（延べ数）16,000名 月間訪問診療患者（延べ数）140名
医師数	常勤医師数 2名（総合診療専門研修指導医（家庭医療専門医）） ほかに非常勤指導医 3名（総合診療専門研修指導医）

小豆畑病院 http://www.azuhata-hosp.com/	
所在地	茨城県那珂市菅谷 605
研修内容	総合診療専門研修 I
病床数	90床（一般42床 療養48床）
診療実績	年間入院患者（実数）997名 年間外来患者（実数）8,317名
医師数	常勤医師数 7名 総合診療専門研修指導医 1名

笠間市立病院 http://www.city.kasama.lg.jp/page/page005536.html 筑波大学附属病院かさま地域医療教育ステーション	
所在地	茨城県笠間市中央 1-2-24
研修内容	総合診療専門研修 I
病床数	30床（一般30床）
診療実績	年間入院患者（延べ数）7,987名 年間外来患者（延べ数）26,804名 年間訪問患者（実数）129名
医師数	常勤医師数 4名 総合診療専門研修指導医 2名（家庭医療専門医 1名 プライマリ・ケア認定医 1名） ほかに非常勤指導医 1名（総合診療専門研修指導医）

大和クリニック http://www.kokikai.com/yamato/ 筑波大学大和地域医療教育ステーション	
所在地	茨城県桜川市大国玉 2513-12
研修内容	総合診療専門研修 I
病床数	無床
診療実績	年間外来患者（延べ数）18,000 名 月間訪問患者（延べ数）376 名
医師数	常勤医師数 4 名 総合診療専門研修指導医 2 名（家庭医療専門医 2 名） ほかに非常勤指導医 2 名（総合診療専門研修指導医）

利根町国保診療所 http://www.town.tone.ibaraki.jp/sp/page/page000273.html 筑波大学利根地域医療教育ステーション	
所在地	茨城県北相馬郡利根町羽中 200
研修内容	総合診療専門研修 I
病床数	無床
診療実績	年間外来患者（延べ数）14,273 名 月間訪問患者（延べ数）50 名
医師数	常勤医師数 1 名（総合診療専門研修指導医（プライマリ・ケア認定医）） ほかに非常勤指導医 1 名（総合診療専門研修指導医）

■連携施設（総合診療専門研修Ⅱ）

筑波メディカルセンター病院 http://www.tmch.or.jp/hosp/	
所在地	茨城県つくば市天久保 1-3-1
研修内容	総合診療専門研修Ⅱ 必修の領域別研修：救急科 その他の領域別研修：緩和医療科
病床数	453 床（一般 450 床 感染症 3 床）
診療実績	年間入院患者（延べ数）135,618 名 年間外来患者（延べ数）188,883 名 年間救急搬送受入件数 4,775 件
医師数	医師総数 142 名 総合診療科：総合診療専門研修指導医 4 名 （家庭医療専門医 3 名、プライマリ・ケア認定医 1 名） 救急診療科：指導医 6 名（救急科専門医 5 名） 緩和医療科：指導医 5 名（緩和医療専門医 1 名）

石岡第一病院 http://www.ishioka1.com/html/	
所在地	茨城県石岡市東府中 1-7
研修内容	総合診療専門研修Ⅱ 必修の領域別研修：内科、小児科
病床数	126床（一般126床）
診療実績	年間入院患者（延べ数）26,127名　年間外来患者（延べ数）117,284名
医師数	常勤医師数 11名 内　科：総合診療専門研修指導医 4名（プライマリ・ケア認定医 4名） 内科指導医 3名（総合内科専門医 2名） 小児科：指導医 2名

■連携施設（領域別研修）

国立病院機構霞ヶ浦医療センター http://kasumi-hosp.jp/ 筑波大学附属病院土浦市地域臨床教育センター	
所在地	茨城県土浦市下高津 2-7-14
研修内容	必修の領域別研修：内科、小児科
病床数	250床（一般250床）
診療実績	年間入院患者（延べ数）62,972名　年間外来患者（延べ数）119,645名
医師数	常勤医師数 名 内　科：指導医 3名（総合内科専門医 1名） 小児科：指導医 1名

神栖済生会病院 http://www.kamisusaisei.jp/	
所在地	茨城県神栖市知手中央 7-2-4
研修内容	必修の領域別研修：内科、小児科
病床数	179床（一般140床、療養39床）
診療実績	年間入院患者（実数）1,913名　年間外来患者（延べ数）74,440名
医師数	常勤医師数 名 内　科：指導医 3名（総合内科専門医 2名） 小児科：指導医 6名（小児科専門医 4名）

茨城西南医療センター病院 http://www.seinan-mch.or.jp/	
所在地	茨城県猿島郡境町 2190
研修内容	必修の領域別研修：内科、小児科
病床数	358床（ICU10床、CCU22床、MFICU6床、NICU9床、GCU12床、感染症2床）
診療実績	年間入院患者（延べ数） 名 年間外来患者（延べ数） 名
医師数	常勤医師数 名 内科：指導医9名（総合内科専門医3名、サブスペシャリティ専門医7名） 小児科：指導医5名（小児科専門医5名）

つくばセントラル病院 http://www.kensei-hospital.or.jp	
所在地	茨城県牛久市柏田町 1589-3
研修内容	その他の領域別研修：緩和医療科、産婦人科
病床数	313床（一般313床）
診療実績	年間入院患者（実数）4,849名 年間外来患者（延べ数）207,753名
医師数	常勤医師数 名 緩和ケア科：指導医3名 産婦人科：指導医5名（産婦人科専門医3名）

12. 専門研修の評価について

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

以下に、「振り返り」、「経験省察研修録（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4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に行います。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（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、ポートフォリオ（学習者がある領域に関して最良の学びを得たり、最高の能力を発揮できた症例・事例に関する経験と省察の記録）作成の支援を通じた指導を行ったりします。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ポートフォリオの発表会を行います。

なお、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。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。システムを利用するにあたり、内科学会に入会する必要はありません。

6ヶ月間の内科研修の中で、最低20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5件を登録します。分野別（消化器、循環器、呼吸器など）の登録数に所定の制約はありませんが、可能な限り幅広い異なる分野からの症例登録を推奨します。病歴要約については、同一症例、同一疾患の登録は避けてください。

提出された病歴要約の評価は、所定の評価方法により内科の担当指導医が行いますが、内科領域のようにプログラム外の査読者による病歴評価は行いません。6ヶ月の内科研修終了時には、病歴要約評価を含め、技術・技能評価、専攻医の全体評価（多職種評価含む）の評価結果が専攻医登録・評価システムによりまとめられます。その評価結果を内科指導医が確認し、総合診療プログラムの統括責任者に報告されることとなります。

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

【小児科及び救急科ローテート研修中の評価】

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

3ヶ月の小児科及び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、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。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、その内容は筑波大学附属病院総合診療専門研修管理委員会に報告されますが、そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれます。

14. 専門研修 PG の改善方法とサイトビジット（訪問調査）について

本研修 PG では専攻医からのフィードバックを重視して PG の改善を行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 6 ヶ月以上、小児科研修 3 ヶ月以上、救急科研修 3 ヶ月以上を行っていること。
- (2) 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.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、2019 年度を目処に各領域と検討していくこととなりますので、その議論を参考に当研修 PG でも計画していきます。

18.総合診療専門研修の休止・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証を発行します。再開の場合は再開届を提出することで対応します。
- (4) 妊娠、出産後など短時間雇用の形態での研修が必要な場合は研修期間を延長する必要がありますので、研修延長申請書を提出することで対応します。

19.専門研修 PG 管理委員会

基幹施設である筑波大学附属病院総合診療グループには、専門研修 PG 管理委員会と、専門研修 PG 統括責任者（委員長）を置きます。専門研修 PG 管理委員会は、委員長、副委員長、事務局代表者、および専門研修連携施設の研修責任者で構成されます。研修 PG の改善へ向けての会議には専門医取得直後の若手医師代表が加わります。専門研修 PG 管理委員会は、専攻医および専門研修 PG 全般の管理と、専門研修 PG の継続的改良を行います。専門研修 PG 統括責任者は一定の基準を満たしています。

【基幹施設の役割】

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

【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

【副専門研修 PG 統括責任者】

本研修 PG は専攻医の総数が 20 名をこえるため、副専門研修 PG 統括責任者を置きます。副専門研修 PG 統括責任者は専門研修 PG 統括責任者を補佐します。

【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.総合診療専門研修特任指導医

本プログラムには、総合診療専門研修指導医が総計 21 名在籍しており、他の総合診療専門研修プログラムとの指導医数按分後は 9.5 名相当となります。このほかに、筑波大学附属病院総合診療グループには 13 名の総合診療専門研修指導医が在籍し、大学総合診療科での研修指導と、総合診療専門研修 I において各施設での指導（非常勤）にあたっています。

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 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、本 PG の 21 名の指導医は、(1)のプライマリ・ケア認定医 13 名、家庭医療専門医 7 名、(6)の(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 1 名です。(4)の総合内科専門医をあわせて持っている指導医も 10 名います。

- (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) 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(卒後の臨床経験 7 年以上)
- (6) (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)
- (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 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。

筑波大学附属病院総合診療グループにて、専攻医の研修内容、目標に対する到達度、専攻医の自己評価、360度評価と振り返り等の研修記録、研修ブロック毎の総括的評価、修了判定等の記録を保管するシステムを構築し、専攻医の研修修了または研修中断から5年間以上保管します。

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）
所定の研修医手帳参照
- 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】

筑波大学総合診療専門研修 PG 管理委員会は、毎年5月から説明会等を行い、8月1日より総合診療専攻医を募集します。PG への応募者は、9月30日までに研修 PG 責任者宛に所定の形式の『筑波大学総合診療専門研修 PG 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) 筑波大学附属病院総合臨床教育センターの website (<http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/sotsugo/>)よりダウンロード可能です。原則として10月中に書類選考および面接を行い、採否を決定して本人に文書で通知します。応募者および選考結果については12月の筑波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（2017年度は別に定める）に以下の専攻医氏名報告書を、筑波大学総合診療専門研修 PG 管理委員会(#####@xxxxxxxxx)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（様式####）
- ・ 専攻医の履歴書（様式####）
- ・ 専攻医の初期研修修了証

以上