東京医科大学病院総合診療専門研修プログラム　Ver1.8

目次

１．東京医科大学病院総合診療専門研修プログラムについて
２．総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか
３．専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）
４．各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得
５．学問的姿勢について
６．医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて
７．施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方
８．研修プログラムの施設群について
９．専攻医の受け入れ数について
１０．施設群における専門研修コースについて
１１．研修施設の概要
１２．専門研修の評価について
１３．専攻医の就業環境について
１４．専門研修プログラムの改善方法とサイトビジットについて
１５．修了判定について
１６．専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
１７．Subspecialty 領域との連続性について
１８．総合診療研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件
１９．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．東京医科大学病院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つを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、東京医科大学病院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創設されました。東京医科大学病院（当院）は特定機能病院でありながら、新宿区、中野区、杉並区、渋谷区、世田谷区の一部の住宅地を診療圏として抱えており、地域の拠点病院としても機能しています。しかし、当院には救急外来を中心に、高度に細分化された専門科診療では対処できない患者さんが少なからずおり、総合診療科（当科）ではこうした患者さんを中心に広く全人的医療を展開しています。また、当科は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。本研修 PG では、院内各専門科の医師やコメディカルスタッフ、周辺の各地域医療機関の協力のもと、様々な医療現場で、細やかなフィードバックを受けながら研修できる環境を整えていることが特徴です。

専攻医は、日常遭遇する疾病と傷害等に対して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、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、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）3 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。
- 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ジメ ントを提供することができ、かつ指導できることを目標とします。

- また、総合診療専門医は日常遭遇する疾病と傷害等に対する適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を提供するだけでなく、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組むことが求められますので、18 ヵ月以上の総合診療専門研修Ⅰ及びⅡにおいては、後に示す地域ケアの学びを重点的に展開することとなります。

- 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。
  - 定められたローテート研修を全て履修していること
  - 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した最良作品型ポートフォリオを通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること
  - 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること

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

２）専門研修における学び方

専攻医の研修は臨床現場での学習、臨床現場を離れた学習、自己学習の大きく３つに分かれます。それぞれの学び方に習熟し、生涯に渡って学習していく基盤とすることが求められます。

（１）臨床現場での学習

職務を通じた学習（On-the-job training）を基盤とし、診療経験から生じる疑問に対してEBMの方法論に則って文献等を通じた知識の収集と批判的吟味を行うプロセスと、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図るプロセスを両輪とします。その際、学習履歴の記録と自己省察の記録をポートフォリオ（経験と省察のファイリング）作成という形で全研修課程において実施します。場に応じた教育方略は下記の通りです。

（ア）外来医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。外来診察中に指導医への症例提示と教育的フィードバックを受ける外来教育法（プリセプティング）、更には診療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

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は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

【基幹施設　（東京医科大学病院）　】

総合診療科

	月	火	水	木	金	1.3.5 土	日
8：25-8：30　　朝礼							
8:30-12:00　　病棟業務							
8:30-12:00　　初診外来							
13:00-16:00　　再診外来・初期救急当番							
13:00-16:00　　病棟業務							
16:00-17:00　　カンファレンス（教授回診 教育・症例カンファレンス）							
9:00-11:00　　振り返りカンファレンス(月１回)							
9:00-17:00　近隣の医療機関で研修							
時間外外来での診療　（夜勤月１回）					夜勤		

救急科（救急医療センター）

※専攻医にあわせて救急で作成

	月	火	水	木	金	土	日
7:30-8:00　　朝カンファレンス							
8:00-16:00 二次・三次救急診療／病棟業務							
16:00-16:30　　夕カンファレンス							
16:00-7:30 二次・三次救急診療／病棟業務　　（夜勤）							
17:00-19:30　　症例カンファレンス							
9:00-12:00　教育カンファレンス							
9:00-11:00 振り返りカンファレンス							
9:00-17:00　　近隣の医療機関での研修							

内科

※専攻医にあわせて内科で作成

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00　診療班カンファレンス							

9:00-10:00　病棟業務							
10:00-12:00　午前外来							
10:00-12:00　検査　(エコー、内視鏡)							
13:00-17:00　午後外来							
13:00-17:00　処置							
16:00-17:00　総回診							
16:00-17:00　症例カンファレンス							
平日宿直　(1～2 回／週) 土日の日直　・宿直　(1 回／月)							

小児科

※専攻医にあわせて小児科で作成

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

選択科

※専攻医にあわせて選択科で作成

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

【連携施設】

総合診療科（総合診療専門研修Ⅰ　）

※専攻医にあわせて連携施設で作成

	月	火	水	木	金	土	日

8:00-9:00　朝カンファレンス							
9:00-12:00　　病棟業務							
9:00-12:00　総合診療外来（午前）							
13:00-16:00　病棟業務							
13:00-16:00　総合診療外来（午後）							
13:00-17:00　救急外来							
16:00-17:00　症例カンファレンス							
17:00-18:00　多職種勉強会							
17:00-18:00　診療科横断勉強会							
平日宿直　（ 1～2 回／週） 土日の日直・宿直　（ 1 回／月）							

【連携施設】

総合診療科（総合診療専門研修Ⅱ ）

※専攻医にあわせて連携施設で作成

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

連携施設

総合診療専門研修Ⅱ／内科

	月	火	水	木	金	土	日
8：00-9：00 朝カンファレンス							
9：00-12：00 教育回診							
9：00-12：00 初診外来							
9：00-12：00 病棟業務							
14：00-16：00 総合診療外来							
13：00-17：00 救急外来							
14：00-16：30 訪問診療							
16：30-17：30 勉強会							
17：30-18：00 振り返り							
平日・土日の宿直（計 1～2 回/月）							

本研修 PG に関連した全体行事の年度スケジュール

SR1：1 年次専攻医、SR2：2 年次専攻医、SR3：3 年次専攻医

月	全体行事予定
4	・SR1：研修開始。専攻医および指導医に提出用資料の配布（東京医科大学病院ホームページ） ・SR2、SR3、研修修了予定者：前年度分の研修記録が記載された研修手帳を月末まで提出 ・指導医・PG 統括責任者：前年度の指導実績報告の提出
5	・第 1 回研修管理委員会：研修実施状況評価、修了判定
6	・研修修了者：専門医認定審査書類を日本専門医機構へ提出 ・日本プライマリ・ケア連合学会参加（発表）（開催時期は要確認）
7	・研修修了者：専門医認定審査 （筆記試験、実技試験） ・次年度専攻医の公募および説明会開催
8	・日本プライマリ・ケア連合学会ブロック支部地方会演題公募 （詳細は要確認）
9	・第 2 回研修管理委員会：研修実施状況評価 ・公募締切（9 月末）
10	・日本プライマリ・ケア連合学会ブロック支部地方会参加（発表）（開催時期は要確認） ・SR1、SR2、SR3：研修手帳の記載整理（中間報告） ・次年度専攻医採用審査（書類及び面接）
11	・SR1、SR2、SR3：研修手帳の提出 （中間報告）
12	・第 3 回研修 PG 管理委員会：研修実施状況評価、採用予定者の承認
1	・ブロック支部ポートフォリオ発表会
3	・その年度の研修終了 ・SR1、SR2、SR3：研修手帳の作成（年次報告）（書類は翌月に提出） ・SR1、SR2、SR3：研修 PG 評価報告の作成（書類は翌月に提出） ・指導医・指導責任者：指導実績報告の作成（書類は翌月に提出）

・専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

１）専門知識

総合診療の専門知識は以下の５領域で構成されます。

（１）地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病いの経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などのコンテクスト(※)が関与していることを全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、家族志向でコミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。(※コンテクスト：患者を取り巻く背景・脈絡を意味し、家族、家計、教育、職業、余暇、社会サポート

のような身近なものから、地域社会、文化、経済情勢、ヘルスケアシステム、社会的歴史的経緯など遠景にあるものまで幅広い位置づけを持つ概念）

（２）プライマリ・ケアの現場では、疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論に基づく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、更には健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチが求められる。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地減に対する医療機関としての継続性、更には診療の継続性に基づく医師・患者の信頼関係を通じて、一貫性をもった統合的な形で提供される。

（３）多様な健康問題に的確に対応するためには、地域の多職種との良好な連携体制の中での適切なリーダーシップの発揮に加えて、医療機関同士あるいは医療・介護サービス間での円滑な切れ目ない連携も欠かせない。更に、所属する医療機関内の良好な連携のとれた運営体制は質の高い診療の基盤となり、そのマネジメントは不断に行う必要がある。

（４）医療機関を受診していない方も含む全住民を対象とした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と同時に、地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の積極的な把握と体系的なアプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与する。

（５）総合診療専門医は日本のプライマリ・ケアの現場が外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえて、その能力を場に応じて柔軟に適用することが求められ、その際には各現場に応じた多様な対応能力が求められる。

※各項目の詳細は、総合診療専門医 専門研修カリキュラムの到達目標１～４及び６を参照

２）専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

総合診療の専門技能は以下の５領域で構成されます。

（１）外来・救急・病棟・在宅という多様な総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査・治療手技

（２）患者との円滑な対話と医師・患者の信頼関係の構築を土台として患者中心の医療面接を行い、複雑な家族や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法

（３）診療情報の継続性を保ち、自己省察や学術的利用に耐えうるように、過不足なく適切な診療記録を記載し、他の医療・介護・福祉関連施設に紹介するときには、患者の診療情報を適切に診療情報提供書へ記載して速やかに情報提供することができる能力

（４）生涯学習のために、情報技術（information technology ; IT）を適切に用いたり、地域ニーズに応じた技能の修練を行ったり、人的ネットワークを構築することができる能力

（５）診療所・中小病院において基本的な医療機器や人材などの管理ができ、スタッフとの協働において適切なリーダーシップの提供を通じてチームの力を最大限に発揮させる能力

３）経験すべき疾患・病態

以下の経験目標については一律に症例数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満

たすことが求められます。
なお、この項目以降での経験の要求水準としては、「一般的なケースで、自ら判断して対応あるいは実施できたこと」とします。

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

ショック	急性中毒	意識障害	疲労・全身倦怠感	心肺停止
呼吸困難	身体機能の低下	不眠	食欲不振	体重減少・るいそう
体重増加・肥満	浮腫	リンパ節腫脹	発疹	黄疸
発熱	認知脳の障害	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	嗄声	胸痛	動悸
咳・痰	咽頭痛	誤嚥	誤飲	嚥下困難
吐血・下血	嘔気・嘔吐	胸やけ	腹痛	便通異常
肛門・会陰部痛	熱傷	外傷	褥瘡	背部痛
腰痛	関節痛	歩行障害	四肢のしびれ	肉眼的血尿
排尿障害　（尿失禁・排尿困難）		乏尿・尿閉	多尿	不安
気分の障害　（うつ）		精神科領域の救急	流・早産および満期産	
女性特有の訴え・症状		成長・発達の障害		

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

貧血	脳･脊髄血管障害	脳・脊髄外傷	変性疾患	脳炎・脊髄炎
一次性頭痛	湿疹･皮膚炎群	蕁麻疹	薬疹	皮膚感染症
骨折	脊柱障害	心不全	狭心症･心筋梗塞	不整脈
動脈疾患	静脈･リンパ管疾患	高血圧症	呼吸不全	呼吸器感染症
閉塞性・拘束性肺疾患		異常呼吸	胸膜・縦隔・横隔膜疾患	

食道・胃・十二指腸疾患		小腸･大腸疾患	胆嚢･胆管疾患	肝疾患
膵臓疾患	腹壁･腹膜疾患	腎不全	全身疾患による腎障害	
泌尿器科的腎・尿路疾患		妊婦・授乳婦・褥婦のケア		
女性生殖器およびその関連疾患		男性生殖器疾患	甲状腺疾患	糖代謝異常
脂質異常症	蛋白および核酸代謝異常		角結膜炎	中耳炎
急性･慢性副鼻腔炎		アレルギー性鼻炎	認知症	依存症
気分障害	身体表現性障害	ストレス関連障害・心身症		不眠症
ウイルス感染症	細菌感染症	膠原病とその合併症		中毒
アナフィラキシー	熱傷	小児ウイルス感染	小児細菌感染症	小児喘息
小児虐待の評価	高齢者総合機能評価	老年症候群	維持治療機の悪性腫瘍	
緩和ケア				

※詳細は総合診療専門医　専門研修カリキュラム経験目標３を参照

４）経験すべき診察・検査等

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

（１）身体診察

●小児の一般的身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察

●成人患者への身体診察（直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む）

●高齢患者への高齢者機能評価を目的とした身体診察（歩行機能、転倒、骨折リスク評価など）や認知機能検査（HDS-R、MMSE など）

●耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる。

●婦人科的診察（腟鏡診による内診や外陰部の視診など）を実施できる。

（２）検査

●各種の採血法（静脈血・動脈血）

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

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

●穿刺法（腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）

●単純 X 線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）

●心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査

●超音波検査（腹部・表在・心臓）

●生体標本（喀痰、尿、腟分泌物、皮膚等）に対する顕微鏡的診断

●呼吸機能検査

●オージオメトリーによる聴力評価及び視力検査表による視力評価

●子宮頸部細胞診

●消化管内視鏡（上部、下部）

●造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）

※詳細は総合診療専門医　専門研修カリキュラム経験目標１を参照

５）経験すべき手術・処置等

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

・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。

・適切な処方護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

※詳細は総合診療専門医　専門研修カリキュラムの経験目標１を参照

４．各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

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

（ア）外来医療

幅広い症例を経験し、症例カンファレンスを通じた臨床推論や総合診療の専門的アプローチに関する議論などを通じて、総合診療への理解を深めていきます。

（イ）在宅医療

症例カンファレンスを通じて学びを深め、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学びます。

（ウ）病棟医療

入院担当患者の症例提示と教育的フィードバックを受ける回診及び多職種を含む病棟カンファレンスを通じて診断・検査・治療・退院支援・地域連携のプロセスに関す

る理解を深めます。

5．学問的姿勢について

専攻医には、以下の２つの学問的姿勢が求められます。

●常に標準以上の診療能力を維持し、さらに向上させるために、ワークライフバランスを保ちつつも、生涯にわたり自己研鑽を積む習慣を身につける。

●総合診療の発展に貢献するために、教育者あるいは研究者として啓発活動や学術活動を継続する習慣を身につける。

この実現のために、具体的には下記の研修目標の達成を目指します。

（1）教育

①学生・研修医に対して１対１の教育をおこなうことができる。

②学生・研修医向けにテーマ別の教育目的のセッションを企画・実施・評価・改善することができる。

③総合診療を提供する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すという、プライマリ・ケアや地域医療における研究の意義を理解し、症例報告や臨床研究を様々な形で実践できる。

②量的研究（医療疫学・臨床疫学）、質的研究双方の方法と特長について理解し、批判的に吟味でき、各種研究成果を自らの診療に活かすことができる。

この項目の詳細は、総合診療専門医　専門研修カリキュラムの到達目標５に記載されています。

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

臨床研究の実施にあたっては、必要に応じ、東京医科大学医学部総合診療医学分野ならびに臨床研究推進センターのサポートをうけることができます。

6．医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて

総合診療専攻医は以下４項目の実践を目指して研修をおこないます。

1）医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、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、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．施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方

本研修 PG では東京医科大学病院総合診療科を基幹施設とし、地域の連携施設とともに施設群を構成しています。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、東京医科大学病院総合診療科において臨床推論、医療面接、総合診療の概念を学習するための基礎研修 12 ヵ月行った後、下記のような構成でローテート研修を行います。

（１）総合診療専門研修は診療所・中小病院における総合診療専門研修Ⅰと病院総合診療部門における総合診療専門研修Ⅱで構成されます。当 PG では、総合診療研修Ⅱを東京医科大学病院または慈恵会医科大学第 3 病院または聖路加国際病院または立川相互病院総合診療科または茨城医療センターにおいて 6 ヵ月､必須領域別研修として、東京医科大学病院または立川相互病院の救急科にて 3 ヶ月、東京医科大学病院の小児科にて 3 ヵ月の研修を行います。

（２）総合診療専門研修Ⅰを大島医療センターまたは西伊豆健育会病院にて 12 ヶ月の研修を行います。

（３）その他の領域別研修として、東京医科大学病院総合診療科にて 9 ヶ月、東京医科大学病院整形外科、皮膚科などにおいて 3 ヶ月の研修を行います。

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、個々の総合診療科専攻医の希望と研修進捗状況、各病院の状況、地域の医療体制を勘案して、本研修 PG 管理委員会が決定します。

８．研修プログラムの施設群について

本研修プログラムは基幹施設 1、連携施設 9 の合計 10 施設の多様な施設群で構成されます。施設は東京都心の二次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】

東京医科大学病院総合診療科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。

谷津保険病院（千葉県に存立する急性期病院である）

慈恵会医科大学第 3 病院（東京都狛江市、調布市の各種専門診療を提供する急性期病院

である。）

聖路加国際病院（東京都中央区に存立する都心の急性期病院である。）

立川相互病院（東京都立川市に存立する急性期病院である。）

多摩ファミリークリニック（総合診療専門研修指導医が常勤している。）

大島医療センター（東京都大島における唯一の有床診療所である。）

西伊豆健育会病院（静岡県西伊豆に存立する僻地病院である。）

河北ファミリークリニック南阿佐谷（東京都杉並区に存立する急性期病院のひとつである河北病院のｻﾃﾗｲﾄｸﾘﾆｯｸである。総合診療専門研修指導医が常勤している。）

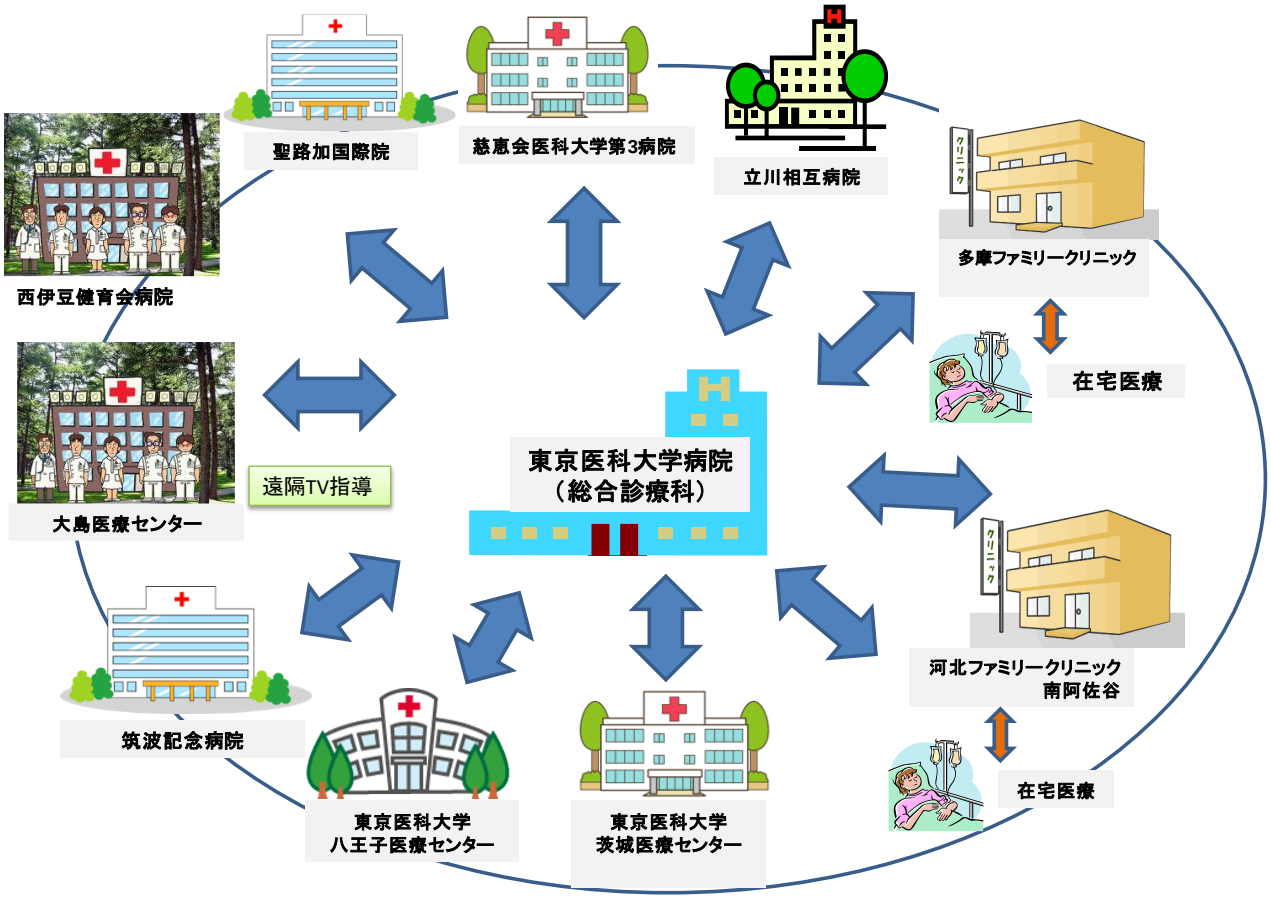
筑波記念病院（茨城県に存立する急性期病院である。）

東京医科大学茨城医療センター（茨城に存在する急性期病院である）

【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。

図 1：研修体制



【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東京都都市部及び僻地･離島にあります。施設群の中には、地域中核病院と診療所が入っています。

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指導医×２です。3 学年の総数は総合診療専門研修指導医×6 です。本研修 PG における専攻医受け入れ可能人数は、基幹施設および連携施設の受け入れ可能人数を合算したものです。

また、ローテートする各診療科において、同時期に受け入れできる専攻医の数は、指導を担当する医師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。

現在、当プログラム内には総合診療専門研修指導医が 5 名（総合診療専門研修 Ⅰ 及びⅡを提供する施設では 12 名）在籍しており、この基準に基づくと、当プログラムでは、毎年 3 名定員としています。

１０．施設群における専門研修コースについて

図 2 に本研修 PG の施設群による研修コース例を示します。後期研修 1 年目は基幹施設である東京医科大学病院で総合診療科での基礎研修と、内科領域別必修研修を行います。後期研修 2 年目は近隣にある慈恵会医科大学第 3 病院または東京医科大学病院または聖路加国際病院または立川相互病院または茨城医療センターにおいて総合診療専門研修Ⅱを、立川相互病院においては内科、救急科、小児科研修も可能とします。

後期研修 3 年目は大島医療センターまたは西伊豆健育会病院または多摩ファミリークリニックにおいて総合診療専門研修Ⅰを行います。東京医科大学病院総合診療科・整形外科、皮膚科、河北ファミリークリニック南阿佐谷においてはその他領域研修を行います。

なお、本プログラムは総合診療専門研修プログラム整備基準「専門研修施設群の構成要件」に則ってプログラム構築することが難しい場合に、整備基準の項目 10「他に自領域のプログラムにおいて必要なこと」に示した「平成 30 年度からの 4 年間に専門研修が開始されるプラグラムについては、専門研修施設群の構成についての例外を日本専門医機構において諸事情を考慮して認めることがある。」に則して作成されたプログラムとなっています。

図２：ローテーション

<table>
<tr><td rowspan="3">1 年目</td><td></td><td>4 月</td><td>5 月</td><td>6 月</td><td>7 月</td><td>8 月</td><td>9 月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td><td>1 月</td><td>2 月</td><td>3 月</td></tr>
<tr><td>施設名</td><td colspan="12">東京医科大学病院、東京医科大学八王子医療センター、谷津保健病院、
筑波記念病院、立川相互病院</td></tr>
<tr><td>領域</td><td colspan="12">内科</td></tr>
<tr><td rowspan="3">2 年目</td><td></td><td>4 月</td><td>5 月</td><td>6 月</td><td>7 月</td><td>8 月</td><td>9 月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td><td>1 月</td><td>2 月</td><td>3 月</td></tr>
<tr><td>施設名</td><td colspan="6">慈恵医大第 3 病院、聖路加国際病院、
立川相互病院、東京医科大学病院
茨城医療センター</td><td colspan="3">東京医科大学病院、
立川相互病院</td><td colspan="3">東京医科大学病院</td></tr>
<tr><td>領域</td><td colspan="6">総診Ⅱ</td><td colspan="3">救急科</td><td colspan="3">小児科</td></tr>
<tr><td rowspan="3">3 年目</td><td></td><td>4 月</td><td>5 月</td><td>6 月</td><td>7 月</td><td>8 月</td><td>9 月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td><td>1 月</td><td>2 月</td><td>3 月</td></tr>
<tr><td>施設名</td><td colspan="12">大島医療センター、西伊豆健育会病院、多摩ファミリークリニック</td></tr>
<tr><td>領域</td><td colspan="12">総診Ⅰ</td></tr>
<tr><td rowspan="3">（4 年目）</td><td></td><td>4 月</td><td>5 月</td><td>6 月</td><td>7 月</td><td>8 月</td><td>9 月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td><td>1 月</td><td>2 月</td><td>3 月</td></tr>
<tr><td>施設名</td><td colspan="9">東京医科大学病院　総合診療科
河北ファミリークリニック南阿佐谷</td><td colspan="3">東京医科大学病院
整形外科、皮膚科など</td></tr>
<tr><td>領域</td><td colspan="9">その他</td><td colspan="3">その他</td></tr>
</table>

※総診Ⅱと内科領域において 6 ヶ月同時研修をおこなう場合があります。

図 3 に本研修 PG での 3～4 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。ローテーションの際には特に主たる研修の場では目標を達成できるように意識して修練を積むことが求められます。

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

総合診療専門研修プログラム　研修目標及び研修の場	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
身体診察												
※①小児の一般的身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察を実施できる。	◎	◎					◎	◎				
※②成人患者への身体診察（直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む）を実施できる	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎	○	○
※③高齢患者への高齢者機能評価を目的とした身体診察（歩行機能、転倒・骨折リスク評価など）や認知機能検査（HDS-R、MMSEなど）を実施できる。	◎	◎	◎	◎		○						
※④耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる。	◎	◎		◎							○	○
⑤婦人科的診察（膣鏡診による内診や外陰部の視診など）を実施できる。	○	○	○	○								◎
※⑥死亡診断を実施し、死亡診断書を作成できる。	◎	◎	◎	◎	◎	○			◎			
⑦死体検案を警察担当者とともに実施し、死体検案書を作成できる。		◎	◎	○					◎	◎		
（ア）実施すべき手技												
※①各種採血法(静脈血・動脈血)簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査		○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
※②採尿法（導尿法を含む）		○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
※③注射法(皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴・成人及び小児静脈確保法、中心静脈確保法)	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎		
※④穿刺法（腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）		○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
（イ）検査の適応の判断と結果の解釈が必要な検査												
※①単純Ｘ線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）	◎	◎	◎	◎		○		○		○	◎	
※②心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査	◎	◎	◎	◎	◎	○				○	◎	
※③超音波検査（腹部・表在・心臓）	◎	◎	◎	◎	◎	○				○		
※④生体標本（喀痰、尿、膣分泌物、皮膚等）に対する顕微鏡的診断	◎	◎	◎	◎	◎	○		○		○	◎	
※⑤呼吸機能検査	◎	◎	◎	◎	◎	○					◎	
※⑥オージオメトリーによる聴力評価及び視力検査表による視力評価	◎	◎										○
⑦子宮頸部細胞診	○	○									◎	◎
⑧消化管内視鏡（上部）	○	○	○	○	◎	◎						
⑨消化管内視鏡（下部）	○	○	○	○	◎	◎						
⑩造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）	○	○	○	○	◎	◎						
（ウ）救急処置												
※①新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS）		○		○		○	◎	◎	◎	◎		
※②成人心肺蘇生法（ICLSまたはACLS）		○		○		○			◎	◎		
※③病院前外傷救護法（PTLS）									◎	◎		
（エ）薬物治療												
①使用頻度の多い薬剤の副作用・相互作用・形状・薬価・保険適応を理解して処方することができる。	◎	◎	◎	◎		○		○		○	◎	
②適切な処方箋を記載し発行できる。	◎	◎	◎	◎							◎	
③処方、調剤方法の工夫ができる。	◎	◎	◎	○		○	◎	◎		○	◎	
④調剤薬局との連携ができる。	◎	◎	◎	○							◎	
⑤麻薬管理ができる。	◎	◎	◎	◎		○						
（オ）治療法												
※①簡単な切開・異物摘出・ドレナージ	◎	◎		○					◎	◎		○
※②止血・縫合法及び閉鎖療法	◎	◎		○					◎	◎		○
※③簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギプス法	◎	◎		○				○	◎	◎		○
※④局所麻酔（手指のブロック注射を含む）	◎	◎		○					◎	◎		○
※⑤トリガーポイント注射	◎	◎		○								○
※⑥関節注射（膝関節・肩関節等）	◎	◎		○								○
※⑦静脈ルート確保および輸液管理（IVHを含む）	◎	◎	◎	◎		○		○	◎	◎	◎	
※⑧経鼻胃管及び胃瘻カテーテルの挿入と管理	◎	◎	◎	◎		○			◎			
※⑨導尿及び尿道留置カテーテル・膀胱瘻カテーテルの留置及び交換	◎	◎	◎	◎		○				○		
※⑩褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン	◎	◎	◎	◎								○
※⑪在宅酸素療法の導入と管理	◎	◎		○		○						
※⑫人工呼吸器の導入と管理	◎	◎		○		○						
⑬輸血法（血液型・交差適合試験の判定を含む）		○	◎	○		○			◎			
⑭各種ブロック注射（仙骨硬膜外ブロック・正中神経ブロック等）	○	○	○	○								○
⑮小手術（局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法滅菌・消毒法）	○	○	○	○						◎		
※⑯包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法	◎	◎		○					◎	◎		○
⑰穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）		○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
（カ）耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科の治療手技												
※①鼻出血の一時的止血	◎	◎								◎		○
※②耳垢除去、外耳道異物除去	◎	◎					◎	◎				○
③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）		○							◎	◎		◎
④睫毛抜去	◎	◎										◎

Ⅱ．一般的な症候への適切な対応と問題解決 以下に示す症候すべてにおいて、臨床推論に基づく鑑別診断および、初期対応（他の専門医へのコンサルテーションを含む）を適切に実施できる。	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
ショック	○	○	○	○	○	○			◎	◎	○	
急性中毒		○		○		○			◎	◎		
意識障害		○		○		○			◎	◎		
全身倦怠感	◎	◎	◎	◎		○					◎	
心肺停止		○		○		○			◎	◎		
呼吸困難		○		○		○			◎	◎	◎	
身体機能の低下	◎	◎		○								
不眠	◎	◎		○							◎	
食欲不振	◎	◎		○		○					◎	
体重減少・るいそう	◎	◎		○		○					◎	
体重増加・肥満	◎	◎	◎	◎							◎	
浮腫	◎	◎	◎	○		○					◎	
リンパ節腫脹	◎	◎	◎	○		○		○			◎	
発疹	◎	◎	◎	○				○		○	◎	○
黄疸	◎	○	◎	○	◎	◎					◎	
発熱	◎	◎	◎	◎		◎		◎		◎		
認知能の障害	◎	◎	◎	◎		○						
頭痛	◎	○	◎	○		○		○		◎	◎	
めまい	◎	◎	◎	◎	○	○				◎	◎	
失神	◎	○	◎	○	○	○			◎	◎	◎	
言語障害	◎	○	◎	◎								
けいれん発作	○	○	○	○		○	◎	◎	◎	◎		
視力障害・視野狭窄	◎	◎								○		○
目の充血	◎	◎						○				○
聴力障害・耳痛	◎	◎						○				○
鼻漏・鼻閉	◎	◎						○				○
鼻出血	◎	◎										○
さ声	◎	◎										○
胸痛	◎	◎	◎	◎		○				◎	◎	
動悸	◎	◎	◎	◎		○				◎	◎	
咳・痰	◎	◎	◎	◎		○	◎	◎		◎	◎	
咽頭痛	◎	◎	◎	◎		○	◎	◎		◎	◎	
誤嚥	◎	◎	◎	○		○				○		○
誤飲	◎	◎	◎	○		○			◎	○		
嚥下困難	◎	◎	◎	◎		○				○		○
吐血・下血	◎	○	◎	○		○			◎	◎	◎	
嘔気・嘔吐	◎	◎	◎	◎		○		◎		◎	◎	
胸やけ	◎	◎	◎	◎		○				○	◎	
腹痛	◎	◎	◎	◎		○	◎	◎		◎	◎	
便通異常	◎	◎		○		○		○			◎	
肛門・会陰部痛	◎	◎		○		○						
熱傷	◎	◎		○					◎			○
外傷	◎	◎							◎			◎
褥瘡	◎	◎		○								○
背部痛	◎	◎		○							◎	○
腰痛	◎	◎		○							◎	○
関節痛	◎	◎		○							◎	○
歩行障害	◎	◎		○								○
四肢のしびれ	◎	◎		○							◎	○
肉眼的血尿	◎	◎		○								○
排尿障害（尿失禁・排尿困難）	◎	◎		○								○
乏尿・尿閉	◎	◎		○						○		○
多尿	◎	◎		○								○
精神科領域の救急		○		○					◎	◎	◎	◎
不安	◎	◎		○							◎	○
気分の障害（うつ）	◎	◎		○							◎	○
流・早産及び満期産		○									◎	◎
女性特有の訴え・症状	◎	◎										○
成長・発達の障害		○					◎	◎				

Ⅲ　一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント 以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じて他の専門医・医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントができる。また、（ ）内は主たる疾患であるが、例示である。 ※印の疾患・病態群は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
（1）血液・造血器・リンパ網内系疾患												
※[1]貧血（鉄欠乏貧血、二次性貧血）	◎	◎	◎	◎	◎	◎		○		○	◎	
[2]白血病					◎	◎						
[3]悪性リンパ腫					◎	◎						
[4]出血傾向・紫斑病				○	◎	◎				○		
（2）神経系疾患												
※[1]脳・脊髄血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）		○	◎	◎	◎	◎			◎	◎	◎	◎
※[2]脳・脊髄外傷（頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫）		○							◎	◎	◎	◎
※[3]変性疾患（パーキンソン病）	○	○	◎	○	◎	◎						
※[4]脳炎・髄膜炎	○		○	○	◎	◎		○	◎	◎	◎	
※[5]一次性頭痛（偏頭痛、緊張性頭痛、群発頭痛）	◎	◎	◎	◎		○		◯			◎	
（3）皮膚系疾患												
※[1]湿疹・皮膚炎群（接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎、皮脂欠乏性皮膚炎）	◎	◎		○			◎	◎			◎	◎
※[2]蕁麻疹	◎	◎					◎	◎		○	◎	◎
※[3]薬疹	◎	◎		◎		◎		○		○	◎	◎
※[4]皮膚感染症（伝染性膿痂疹、蜂窩織炎、白癬症、カンジダ症、尋常性ざ瘡、感染性粉瘤、伝染性軟属腫、疥癬）	◎	◎		○			◎	◎			◎	◎
	◎											
（4）運動器（筋骨格）系疾患												
※[1]骨折（脊椎圧迫骨折、大腿骨頸部骨折、橈骨骨折）		○							◎	◎		◎
※[2]関節・靭帯の損傷及び障害（変形性関節症、捻挫、肘内障、腱板炎）		○							◎	◎		◎
※[3]骨粗鬆症	◎	◎		○		○						◎
※[4]脊柱障害（腰痛症、腰椎椎間板ヘルニア、腰部脊柱管狭窄症）	◎	◎								○		◎
（5）循環器系疾患												
※[1]心不全	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎	◎	
※[2]狭心症、心筋梗塞		○		○	◎	◎			◎	◎	◎	
[3]心筋症					○	○		○		○	○	
※[4]不整脈（心房細動、房室ブロック）	○	○	○	○	◎	◎				◎	○	
[5]弁膜症（僧帽弁膜症、大動脈弁膜症）	○	○	○	○	◎	◎		○			○	
※[6]動脈疾患（動脈硬化症、大動脈瘤）	○	○	○	○	◎	◎					○	
※[7]静脈・リンパ管疾患（深部静脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ浮腫）		◎	◎	◎	◎	◎					◎	
※[8]高血圧症（本態性、二次性高血圧症）		◎	◎	◎	◎	◎					◎	
（6）呼吸器系疾患												
※[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）	◎	◎	◎	◎	◎	◎		○		○	○	
※[3]胆嚢・胆管疾患（胆石、胆嚢炎、胆管炎）	○	○	◎	○	◎	◎						
※[4]肝疾患（ウイルス性肝炎、急性・ 慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害）	○	○	◎	○	◎	◎				○	○	
※[5]膵臓疾患（急性・慢性膵炎）	○	○	◎	○	◎	◎				○	○	
※[6]横隔膜・腹壁・腹膜（腹膜炎、急性腹症、ヘルニア）	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎		◎	○	
（8）腎・尿路系（体液・電解質バランスを含む）疾患												
※[1]腎不全（急性・慢性腎不全、透析）	○	○	○	○	◎	◎				○		
[2]原発性糸球体疾患（急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群）			○	○	◎	◎		○		○	○	
※[3]全身性疾患による腎障害（糖尿病性腎症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎					○	
※[4]泌尿器科的腎・尿路疾患（尿路結石、尿路感染症、過活動膀胱）	◎	◎	◎	◎	◎	◎				◎	◎	◎
					◎							
（9）妊娠分娩と生殖器疾患												
[1]妊娠分娩（正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、産褥）											◎	◎
※[2]妊婦・授乳婦・褥婦のケア（妊婦・授乳婦への投薬、乳腺炎）	◎	◎									◎	◎
※[3]女性生殖器及びその関連疾患（月経異常《無月経を含む》、不正性器出血、更年期障害、外陰・膣・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍）	◎	◎									◎	◎
※[4]男性生殖器疾患（前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍）	◎	◎	◎	◎							◎	◎
											◎	
(10) 内分泌・栄養・代謝系疾患												
[1]視床下部・下垂体疾患（下垂体機能障害）					◎	◎						
※[2]甲状腺疾患（甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
[3]副腎不全					◎	◎						
※[4]糖代謝異常（糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
※[5]脂質異常症	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
※[6]蛋白及び核酸代謝異常（高尿酸血症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						

(11) 眼・視覚系疾患												
[1]屈折異常（近視、遠視、乱視）		○									◎	◎
※[2]角結膜炎（アレルギー性結膜炎）	◎	◎									◎	◎
[3]白内障	◎	◎									◎	◎
[4]緑内障		○								◎	◎	◎
[5]糖尿病、高血圧・動脈硬化による眼底変化											◎	◎
(12) 耳鼻・咽喉・口腔系疾患												
※[1]中耳炎	◎	◎					◎	◎			◎	◎
※[2]急性・慢性副鼻腔炎	◎	◎	○	○		○					◎	◎
※[3]アレルギー性鼻炎	◎	◎	○	○			◎	◎			◎	◎
[4]扁桃の急性・慢性炎症性疾患		○					○	○			◎	◎
[5]外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物		○						○		◎		◎
(13) 精神・神経系疾患												
[1]症状精神病		○		○						◎		◎
※[2]認知症（アルツハイマー型、血管型）	◎	◎		○								◎
※[3]依存症（アルコール依存、ニコチン依存）	◎	◎									◎	◎
※[4]気分障害（うつ病、躁うつ病）	◎	◎									◎	◎
[5]統合失調症	○	○										◎
※[6]不安障害（パニック症候群）	◎	◎									◎	◎
※[7]身体表現性障害、ストレス関連障害		◎									◎	◎
※[8]不眠症		◎		○							◎	◎
(14) 感染症												
※[1]ウイルス感染症（インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎、ＨＩＶ）	◎	◎		○		○	◎	◎			◎	
※[2]細菌感染症(ブドウ球菌、ＭＲＳＡ、Ａ群レンサ球菌、クラミジア)	◎	◎	◎	◎				○				
[3]結核					◎	◎						
[4]真菌感染症	◎	◎						○			◎	◎
[5]性感染症		○									◎	◎
[6]寄生虫疾患					◎	◎		○				
(15) 免疫・アレルギー疾患												
※[1]膠原病とその合併症（関節リウマチ、ＳＬＥ、リウマチ性多発筋痛症、シェーグレン症候群）	◎	◎	◎	◎	◎	◎					○	
[2]アレルギー疾患	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎			○	
(16) 物理・化学的因子による疾患												
※[1]中毒（アルコール、薬物）			◎	◎	◎	◎			◎	◎	◎	
※[2]アナフィラキシー	○	○			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
[3]環境要因による疾患（熱中症、寒冷による障害）			◎	◎	◎	◎				◎	◎	
※[4]熱傷	◎	◎								◎		◎
(17) 小児疾患												
[1]小児けいれん性疾患							◎	◎		◎		
※[2]小児ウイルス感染症（麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ、ＲＳ、ロタ）	◎	◎					◎	◎				
※[3]小児細菌感染症	◎	◎					◎	◎				
※[4]小児喘息	◎	◎					◎	◎		◎		
[5]先天性心疾患							◎	◎				
[6]発達障害（自閉症スペクトラム、学習障害、ダウン症、精神遅滞）	○	○					◎	◎		◎		
(18) 加齢と老化												
※[1]高齢者総合機能評価	◎	◎	◎	◎								
※[2]老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡）	◎	◎	◎	◎								
(19) 悪性腫瘍												
※[1]維持治療期の悪性腫瘍	◎	◎	◎	◎	◎	◎						◎
※[2]緩和ケア	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
Ⅳ 医療・介護の連携活動 以下に示す診療を適切に実施することができる。	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
(1)介護認定審査に必要な主治医意見書の作成	◎	◎	◎	◎								
(2)各種の居宅介護サービスおよび施設介護サービスについて、患者・家族に説明し、その適応を判断	◎	◎	○	○								
(3)ケアカンファレンスにおいて、必要な場合には進行役を担い、医師の立場から適切にアドバイスを提供	◎	◎	○	○								
(4)グループホーム、老健施設、特別養護老人ホームなどの施設入居者の日常的な健康管理を実施	◎	◎	○	○								
(5)施設入居者の急性期の対応と入院適応の判断を、医療機関と連携して実施	◎	◎	○	○								
Ⅴ 保健事業・予防医療 以下に示すケアや活動を適切に提供・実践することができる。	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
(1)特定健康診査の事後指導	◎	◎	◎	◎								
(2)特定保健指導への協力	◎	◎	◎	◎								
(3)各種がん検診での要精査者に対する説明と指導	◎	◎	◎	◎								
(4)保育所、幼稚園、小学校、中学校において、健診や教育などの保健活動に協力	◎	◎	○	○								
(5)産業保健活動に協力	◎	◎	○	○								
(6)健康教室（高血圧教室・糖尿病教室など）の企画・運営に協力	◎	◎	○	○								

11. 研修施設の概要

東京医科大学病院

医師･専門医数	・総合診療専門研修指導医　5 名 （プライマリ・ケア認定医 3 名） ・総合内科専門医　42 名 ・小児科専門医　22 名 ・救急科専門医 14　名
病床数･患者数	・病院病床数 904 床 ・総合診療科　45 床 のべ外来患者数　1002　名／月、入院患者総数　51　名／月 ・救命救急センター 20　床 ・内科　217　床 ・小児科 70　床　(NICU　12　床、GCU　18　床) ・のべ外来患者数　およそ 56,005 名／月 ・産婦人科病床 78 床 年間分娩件数　415　件、年間帝王切開術件数　174　件 年間婦人科手術件数　940 件 ・整形外科手術件数　1,190 件／年 ・精神科病床　19　床 外来患者数 およそ　2,373 名／ 月
病院の特徴	・特定機能病院認定、救命救急センター、災害拠点病院、DMAT 指定医療機関、総合周産期母子医療センター、がん診療連携拠点病院、エイズ治療拠点病院、臓器移植登録施設、難病医療拠点病院などの役割を担っている。 ・内科には、呼吸器内科、腎臓内科、消化器内科、血液内科、循環器内科、神経内科、リウマチ膠原病内科、糖尿病代謝内分泌内科、腫瘍内科、感染症内科の各専門内科があり、専門医療を提供している。 ・小児科では、乳幼児健診、予防接種、一般小児科診療に加えて、新生児、神経・精神、内分泌、アレルギー、腎臓、循環器などの専門グループに分かれて、専門医療を提供している。 ・救急は、救急科および総合診療科を中心とする救急医療センターで幅広い救急医療を提供しているほか、専門各科が近隣各医療機関からの紹介による救急患者を積極的に受け入れている。

１２．専門研修の評価について

専門研修中の専攻医と指導医の相互評価は施設群による研修とともに専門研修 PG の根幹となるものです。以下に、『振り返り』、『ポートフォリオ作成』、『研修目標と自己評価』の三点を説明します。

１）振り返り

多科ローテーションが必要な総合診療専門研修においては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（資料 1）の記録及び定期的な指導医との振り返りセッションを 1～数ヶ月おきに定期的に実施します。その際に、日時と振り返りの主要な内容について記録を残します。また、年次の最後には、１年の振り返りを行い、指導医からの形成的な評価を研修手帳に記録します。

２）最良作品型ポートフォリオ作成

常に到達目標を見据えた研修を促すため、最良作品型ポートフオリオ（学習者がある領域に関して最良の学びを得たり、最高の能力を発揮できた症例・事例に関する経験と省察の記録）（資料 2.1～2.3）作成の支援を通じた指導を行ったりします。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最良作品型ポートフォリオの発表会を行います。なお、最良作品型ポートフォリオの該当領域については研修目標にある６つのコアコンピテンシーに基づいて設定しており、詳細は研修手帳にあります。

３)研修目標と自己評価

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

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

【指導医のフィードバック法の学習(FD)】

指導医は、最良作品型ポートフォリオ、短縮版臨床評価テスト、ケースに基づくディスカッション及び 360 度評価などの各種評価法を用いたフィードバック方法について、指導医資格を取得時に受講を義務づけている１泊２日の日程で開催される指導医講習会や医学教育のテキストを用いて学習を深めていきます。

１３．専攻医の就業環境について

基幹施設および連携施設の研修責任者とプログラム統括責任者は専攻医の労働環境改善と安全の保持に努めます。

専攻医の勤務時間、休日、当直、給与などの勤務条件については、労働基準法を遵守し、各施設の労使協定に従います。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Ｓ大学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．専門研修プログラムの改善方法とサイトビジットについて

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 I12 ヶ月以上、総合診療専門研修Ⅱ6 ヶ月以上・合計 18 ヶ月以上、内科研修 12 ヶ月以上、小児科研修 3 ヶ月以上、救急科研修 3 ヶ月以上を行っていること。

（２）専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した最良作品型ポートフォリオを通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること

（３）研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること

（４）研修期間中複数回実施される、医師・看護師・事務員等の多職種による 360 度評価（コミュニケーション、チームワーク、公益に資する職業規範）の結果も重視する。

１６．専攻医が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、連続性を持った制度設計を今後検討していくこととなりますので、その議論を参考に当研修 PG でも計画していきます。

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回数は、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．専門研修プログラム管理委員会

基幹施設である東京医科大学病院総合診療科には、専門研修 PG 管理委員会と、専門研修 PG 統括責任者（委員長）を置きます。専門研修 PG 管理委員会は、委員長、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。委員会は年 2 回以上実施し、プログラムの質の向上維持に反映します。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、研修手帳及び最良作品型ポートフォリオの内容確認と、今後の専門研修の進め方についての検討
・研修手帳及び最良作品型ポートフォリオに記載された研修記録、総括的評価に基づく、専門医認定申請のための修了判定
・各専門研修施設の前年度診療実績、施設状況、指導医数、現在の専攻医数に基づく、次年度の専攻医受け入れ数の決定
・専門研修施設の評価に基づく状況把握、指導の必要性の決定
・専門研修 PG に対する評価に基づく、専門研修 PG 改良に向けた検討
・サイトビジットの結果報告と専門研修 PG 改良に向けた検討
・専門研修 PG 更新に向けた審議
・翌年度の専門研修 PG 応募者の採否決定
・各専門研修施設の指導報告

・専門研修 PG 自体に関する評価と改良について日本専門医機構への報告内容についての審議
・専門研修 PG 連絡協議会の結果報告

【副専門研修 PG 統括責任者】
PG で受け入れる専攻医が専門研修施設群全体で 20 名をこえる場合、副専門研修 PG 統括責任者を置き、副専門研修 PG 統括責任者は専門研修 PG 統括責任者を補佐します。

【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、総合診療専門研修特任指導医が東京医科大学病院総合診療科に 5 名、茨城医療センターに１名、慈恵会医科大学第 3 病院に１名、聖路加国際病院に１名、立川相互病院に１名、河北ファミリークリニック南阿佐ヶ谷に１名、西伊豆健育会病院に１名、大島医療センターに１名在籍しております。
指導医には臨床能力、教育能力について、６つのコアコンピテンシーを具体的に実践していることなどが求められており、本 PG の指導医についてもレポートの提出などによりそれらを確認し、総合診療専門研修指導医講習会（１泊２日程度）の受講を経て、理解度などについての試験を行うことでその能力が担保されています。
なお、指導医は、以下の(1)～(6)のいずれかの立場の方より選任されており、本 PG においては(1)のプライマリ・ケア認定医、家庭医療専門医、(4)の大学病院または初期臨床研修病院で総合診療を行う医師、(6)の郡市区医師会から推薦された医師が参画しています。
(1)日本プライマリ・ケア連合学会認定のプライマリ・ケア認定医、及び家庭医療専門医
(2)全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定医
(3)日本病院総合診療医学会認定医
(4)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)(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（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。
東京医科大学病院総合診療科にて、専攻医の研修内容、目標に対する到達度、専攻医の自己評価、360 度評価と振り返り等の研修記録、研修ブロック毎の総括的評価、修了判定等の記録を保管するシステムを構築し、専攻医の研修修了または研修中断から 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】

東京医科大学病院総合診療専門研修 PG 管理委員会は、毎年 6 月に専攻医の募集要項を掲載し、10 月・11 月の 2 回採用試験を開催する。応募受付期間は各開催の 1 ヵ月前から開催 10 日前に締め切る。応募者は研修プログラム責任者宛に出願書類一式を提出することとする。申請書は(1)東京医科大学病院専攻医研修センター（仮）の website よりダウンロード、(2)電話で問い合わせ、(3)e-mail で問い合わせのいずれかで入手可能。10 月・11 月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する。応募者および選考結果については 12 月の東京医科大学病院内科専門研修プログラム管理委員会において報告する。

【研修開始届け】

研修を開始した専攻医は、各年度の 4 月 1 日までに以下の専攻医氏名報告書を、東京医科大学病院総合診療専門研修 PG 管理委員会に提出します。

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

以上