

(変更点は赤字で記載)

## 目次

1. [総合診療専門医について](#)
2. [新潟県立中央病院 総合診療専門研修プログラム概要 定員、期間](#)
3. [専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）](#)
4. [専攻医の評価、修了判定について](#)
5. [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](#)
6. [専攻医の採用、労働環境](#)
7. [研修施設の概要](#)
8. [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](#)
9. [専門研修プログラム管理委員会について](#)
10. [研修における学び方](#)
11. [学問的姿勢について](#)
12. [医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性などについて](#)
13. [Subspecialty領域との連続性について](#)
14. [総合診療専門研修特任指導医について](#)
15. [専門研修実績記録システム、マニュアル等について](#)

## 1. 総合診療専門医について

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が評価され、新たな基本診療領域の専門医と位置づけられました。以下の3つの理念に基づいて構築されています。

- 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。
- 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。
- 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。

こうした理念に基づき、当院では、地域で活躍する総合診療専門医を育成するために本プログラムを創設しました。

総合診療専門医は、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使命を担います。

総合診療専門医は、以下の機能を果たします。

- 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する。
- 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）を提供する。

そのために、以下の7つの資質・能力を獲得することを目指します。

- 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 連携重視のマネジメント
- ⑤ 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ
- ⑥ 公益に資する職業規範
- ⑦ 多様な診療の場に対応する能力

本プログラムは新潟県上越地方を中心に、継続的にその地域に関わり、県立病院群を中心とした医療連携などを通し、地域の実情を理解し、地域のニーズに即した医療を構築・実践で

きる医師を養成します。ここで養われる力は、地域が変わっても同じように発揮できる、普遍的なものとなるはずです。

また、小規模・地域医療病院から広域基幹・地域医療支援病院、外来から入院まで、幅広い診療の場で、大部分の健康問題に対応する基本的な診療能力を身につけます。7つのコアコンピテンシーを中心とした総合診療医・家庭医として重要な能力とともに、医師としてのプロフェッショナルリズムや人間性を重視し、継続的に養います。

## 2. 新潟県立中央病院 総合診療専門研修プログラム概要 定員、期間

### 1) 研修の場と特長

本プログラムは新潟県立中央病院を基幹とし、新潟県上越地方の県立病院群（新潟県立柿崎病院、新潟県立妙高病院、新潟県立松代病院）を中心に展開されます。上越地方は新潟県の南西端に位置し、平成27年3月には北陸新幹線が開業するなど三大都市圏とほぼ等距離に位置する中で陸・海の交通ネットワークが整った地方です。平野部、海岸部、山間部と変化に富んだ地形を有し、四季の変化がはっきりしており、美しい景観や多様な自然に恵まれています。人口は約28万人、高齢化率は約28%です。新潟県立中央病院は上越地方の平野部に位置する救急救命センターとNICUを併設した534床の広域基幹・地域医療支援病院で、高度医療や災害医療を行うとともに、周辺地域の二次医療の中心を担っています。新潟県立柿崎病院、新潟県立妙高病院、新潟県立松代病院の3病院は高齢化・過疎化が進んだ上越地方の海岸部、豪雪山間部に位置する地域医療病院です。高齢化率30～40%台のへき地を抱え、地

域に特徴的な医療を展開しその中核を担っています。これら4つの県立病院群を中心に、他の病院、診療所・開業医と連携し、上越地方全体の地域医療を構築しています。

また、上越圏域外ですが、これからの日本の医療の縮図ともいえるべき中山間地の超高齢化社会において、巡回診療等特徴的な地域医療を展開してきた新潟県立津川病院、また同様に離島医療を展開する佐渡総合病院、佐渡市立両津病院を研修の場に加えました。更に、新潟県立松代病院は上越地方と中越地方に医療圏がまたがっており、同院を介して医療圏の重なる新潟県立十日町病院も加え、新潟県の医療を広く見据える研修も可能となっています。

本研修プログラムでは、①総合診療専門研修Ⅰ（外来診療・在宅医療中心）、②総合診療専門研修Ⅱ（病棟診療、救急診療中心）、③内科、④小児科、⑤救急科の5つの必須診療科と選択診療科で3年間の研修を行います。

専門研修基幹施設と専門研修連携施設の施設群それぞれの特徴を生かした症例や技能を広く、専門的に学ぶことができます。

**専門研修基幹施設**：新潟県立中央病院（当院）

**専門研修連携施設**：新潟県立柿崎病院、新潟県立妙高病院、新潟県立松代病院、新潟県立津川病院、佐渡市立両津病院、新潟県立十日町病院、佐渡総合病院、新潟県立新発田病院、新潟県立がんセンター新潟病院、新潟県立精神医療センター

新潟県立中央病院では、

- 総合診療専門研修II（総合内科・感染症）、内科研修（呼吸器、消化器、腎臓・膠原病、血液、内分泌・代謝）
- 小児科研修
- 救急科研修
- 選択研修（外科、形成外科、整形外科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、循環器と脳神経は内科と分けてここで研修）

を行い、各領域の基本的な診療能力を身につけるとともに、病院総合医としての研鑽を積みまます。1施設でほぼ全ての診療科の研修が可能であることが特徴です。同院は広域基幹病院、地域医療支援病院で、救命救急センター、NICUを併設し、エイズ治療拠点病院、総合周産期母子医療センター、災害拠点病院、臓器提供施設などに認定されており、高度医療や災害医療にも触れます。

- ・ 総合診療専門研修IIでは、専門科に振り分けられない他院からの紹介患者、紹介状のない内科初診患者の外来診療（初診、再来）を行い、入院が必要な際は継続的に担当します。また、院内他科からのコンサルテーションや、感染症など全科に共通の問題、高齢者や重症病態患者などで多様・複雑な問題をもつ患者の診療にあたります。
- ・ 内科研修では各専門科をローテート、または同時並行で研修します。外来診療（初診、再来）から入院診療まで、プライマリ・ケアに必要な事項を中心に、重症病態の管理まで行います。
- ・ 小児科研修では、外来診療（初診、再来）を中心に、一般的な入院管理についても研修します。

- ・ 救急科研修では、全科の救急搬送患者の初期対応を行うとともに、中毒など救急科特有の疾患の入院管理、救命救急センター入院患者の管理を担当します。
- ・ 領域別研修では、プライマリ・ケアに必要な事項を中心に、外来診療（初診、再来）および一般的な入院管理について研修します。

また、地域連携センターにはメディカルソーシャルワーカー、専任看護師、医療相談員が配置されており、同部門を介して、リハビリテーションや療養が必要な患者では2病院を含めた地域医療病院との病病連携を行い、直接退院できる患者では病診連携や在宅の整備等にも関わります。当院ではほぼ全ての診療科の研修が可能であり、自由度の高いローテーションが組めることが特色です。各科の指導医が揃っており十分な研修が行えるとともに、診療科間の垣根が低く連携が図りやすいのが自慢です。院内ではCPC、各種のセミナー、ICLSや外傷初期対応などの講習会が開催されており、演者やインストラクターとしても参加します。月2回程度の日当直業務を継続的に行います。

新潟県立柿崎病院、新潟県立妙高病院、新潟県立松代病院、新潟県立津川病院、佐渡市立両津病院では、総合診療専門研修Iを行います。柿崎病院、妙高病院では内科研修も可能です。へき地を抱えた超高齢化地域にあり、これからの日本の状況を先取りした、地域医療の縮図ともいべき医療が展開されています。これらの病院は地域のかかりつけ医機能も担っており、診療科にとらわれず1次医療から一般的な2次医療まで対応しています。外来診療では初診から再来まで、地域住民の全ての健康問題に最初に、継続的に対応します。入院診療まで通して、日常的に遭遇する疾患への対応を習得するとともに、高次医療の必要性を判断し、新潟県立中央病院を含めた基幹病院との病病連携を行います。ここでは特に、在宅医療、地

域特有の医療やヘルスケアプロモーション活動や通して、全人的・包括的医療、多職種連携、地域志向のアプローチなど、総合診療医・家庭医として重要な能力を習得します。また、病院の管理・運営・委員会活動にも参加します。

新潟県立十日町病院では、総合診療専門研修II、内科、小児科研修ができます。同院は新潟県魚沼医療圏である十日町市、津南町（越後妻有地区）と長野県栄村という日本有数の豪雪地における地域中核病院です。

佐渡総合病院では、内科研修ができます。同院は佐渡島の中核病院として救急、高度医療から予防、検診まで島内の医療の多くを引き受けています。島内の他の医療機関と連携を通じて医療の島内完結を目指しています。

選択研修として、新潟県立新発田病院（広域基幹病院、地域医療支援病院）にて精神科および皮膚科、新潟県立がんセンター新潟病院（県内唯一のがん専門病院）にて皮膚科、新潟県立精神医療センター（精神医療の基幹病院）にて精神科研修が可能です。

## 2) 定員

本プログラム内には約10人の総合診療専門研修指導医が在籍しています。他のプログラムからの専攻医の受け入れもあるため、本プログラムでの新規募集定員は、毎年1～2名（3学年で3～6名）です。病院全体での人数調整がありますので、お問い合わせ下さい。



### 3) 研修期間

3年間

※ 自治医大卒業生の義務年限，県費修学生や地域枠出身者の義務に配慮して、ローテーション順の変更、研修施設の追加や一時中断など随時対応します。研修を一時中断しても、研修再開後にその期間分を履修することで修了可能です。

### 4) 代表的な研修の流れ

- 1年次には患者の情報を過不足なく明確に指導医や関連職種に報告し、健康問題を迅速かつ正確に同定することを目標とします。主たる研修の場は内科研修となります。
- 2年次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ができることを目標とします。主たる研修の場は総合診療専門研修IIとなります。
- 3年次には多疾患合併で診断や治療プロセスに困難さがあつたり、患者を取り巻く背景も疾患に影響したりしているような複雑な健康問題に対しても的確なマネジメントを提供することができ、かつ指導できることを目標とします。主たる研修の場は、総合診療専門研修Iとなります。
- 内科と総合診療IIの研修期間を兼ねることで、選択研修の期間を確保し不足部分の補充や得意分野の発展を目指すことも可能です。

研修全期間を通して上越地方という地域に関わることで、地域の医療の一端を担うとともに、同地域、ひいては新潟県の今後の医療のあり方について考えてゆきます。

<ローテーションのスケジュールと期間>

以下の必修期間の確保を条件とし、比較的自由な組み立てが可能です。個々のローテーションについては、研修開始前にプログラム統括責任者と専攻医が協議して決定します。

**必修期間**

総合診療専門研修Ⅰ 6ヶ月間以上、総合診療専門研修Ⅱ 6ヶ月間以上、計18ヶ月以上

内科 12ヶ月以上

小児科 3ヶ月以上

救急 3ヶ月以上

ローテーションの例

		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	新潟県立中央病院・十日町病院・柿崎病院・妙高病院、佐渡総合病院のいずれか											
	領域	内科											
2年目	施設名	新潟県立中央病院・十日町病院（小児科、総診Ⅱ）のいずれか											
	領域	小児科			救急			総診Ⅱ					
3年目	施設名	新潟県立柿崎病院・妙高病院・松代病院・津川病院、佐渡市立両津病院のいずれか											
	領域	総診Ⅰ											

総合診療 専門研修	総合診療専門研修Ⅰ (6-12)カ月		総合診療専門研修Ⅱ (6-12)カ月	
領域別 研修	内科（うち6カ月まで 総診Ⅱ兼務可） (12)カ月	小児科 (3)カ月	救急科 (3)カ月	その他 (0-6)カ月（内科と総 診Ⅱを兼ねた月数）

※ 総合診療専門研修Ⅰは基本的に12ヶ月以上としていますが、12ヶ月未満としたい場合は相談に応じます

※ その他の期間に総診Ⅰ、総診Ⅱ、内科、小児科、救急を履修することも可能です

- ※ 自治医大卒業生の義務年限、県費修学生や地域枠出身者の義務に配慮して、ローテーション順の変更、研修施設の追加や一時中断など随時対応します。研修を一時中断しても、研修再開後にその期間分を履修することで修了可能です。例えば、1年次（卒後3年目）に6ヶ月間の内科研修、3ヶ月ずつの小児科・救急研修を行い、2年次（卒後4年目）に総診Ⅰを研修し、翌年（卒後5年目）も同じ病院で勤務する必要がある場合は一旦研修を休止し、卒後6年目に3年次の研修（内科6ヶ月間、総診Ⅱ 6ヶ月間）を履修するなどです。
- ※ 3年の研修終了後、総診Ⅰの場合（地域の中小病院）でさらなる活動を行いたい場合は、翌年もそのまま勤務を継続することも多くの場合で可能です（要相談）。

#### 5) 勉強会、カンファランス等の学習機会

##### <院内研修中>

毎朝：症例検討会、月1回：経験省察研修録（ポートフォリオ）勉強会・作成指導、第1水

曜日：上越地区勉強会、第1以外の水曜日：内科検討会、月1回程度：院内集談会、随時：

テーマ毎の抄読会・セミナー、年数回：院内ICLS／外傷コース受講またはインストラクター

ー。各診療科の検討会には随時参加・コンサルテーション可能。

##### <院外研修中>

週1回：TV会議システムまたはハーフ／ワンデイバックによるカンファレンス、経験省察研

修録（ポートフォリオ）勉強会・作成指導。

##### <その他>

年1回：上越地区合同ポートフォリオ発表会（予定）、新潟プライマリ・ケア研究会、日本

プライマリ・ケア連合学会学術大会・セミナー

### 3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

総合診療の専門知識は以下の6領域で構成されます。

#### 専門知識

- 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・ケアを提供します。（※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 総合診療の現場では、疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論に基づく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、更には健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチが求められます。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、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ます。
- 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ません。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ります。

- ④ 地域包括ケアの推進の担い手として積極的な役割を果たしつつ、医療機関を受診していない方も含む全住民を対象とした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と同時に、地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の積極的な把握と体系的なアプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与します。
- ⑤ 総合診療専門医は日本の総合診療の現場が外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえて、その能力を場に応じて柔軟に適用することが求められ、その際には各現場に応じた多様な対応能力が求められます。
- ⑥ 繰り返し必要となる知識を身につけ、臨床疫学的知見を基盤としながらも、常に重大ないし緊急な病態に注意した推論を実践する。

## 専門技能

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

## 経験目標

### 経験すべき疾患・病態

以下の経験目標については一律に症例数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます（研修手帳参照）。なお、この項目以降での経験の要求水準としては、「一般的なケースで、自ら判断して対応あるいは実施できたこと」とします。

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

（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、嘔声、胸痛、動悸、咳・痰、

咽頭痛、誤嚥、誤飲、嚥下困難、吐血・下血、嘔気・嘔吐、胸やけ、腹痛、便通異常、肛門・会陰部痛、熱傷、外傷、褥瘡、背部痛、腰痛、関節痛、歩行障害、四肢のしびれ、肉眼的血尿、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、乏尿・尿閉、多尿、不安、気分の障害（うつ）、興奮、女性特有の訴え・症状、妊婦の訴え・症状、成長・発達の障害

- ② 以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じて他の専門医・医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントを経験します（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・髄膜炎、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、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、蛋白および核酸代謝異常、角結膜炎、中耳炎、急性・慢性副鼻腔炎、アレルギー性鼻炎、認知症、依存症（アルコール依存、ニコチン依存）、うつ病、不安障害、身体症状症（身体表現性障害）、適応障害、不眠症、ウイルス感染症、細菌感染症、膠原病とその合併症、中毒、アナフィラキシー、熱傷、小児ウイルス感染症、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

※詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

経験すべき診察・検査等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査を経験します。なお、下記の経験目標については一律に症例数や経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。（研修手帳p.16-18参照）

## ① 身体診察

- ・ 小児の一般的身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察
- ・ 成人患者への身体診察（直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む）
- ・ 高齢患者への高齢者機能評価を目的とした身体診察（歩行機能、転倒・骨折リスク評価など）や認知機能検査（HDS-R、MMSEなど）
- ・ 耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察
- ・ 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（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）
- ・ 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・下肢静脈）
- ・ 生体標本（喀痰、尿、腔分泌物、皮膚等）に対する顕微鏡的診断
- ・ 呼吸機能検査
- ・ オーディ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
- ・ 頭・頸・胸部単純CT、腹部単純・造影CT

※詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

### 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や在宅輸血のガイドラインを含む）、各種ブロック注射（仙骨硬膜外ブロック・正中神経ブロック等）、小手術（局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法滅菌・消毒法）、包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法、穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）、鼻出血の一時的止血、耳垢除去、外耳道異物除去、咽喉頭異物の除去（間接喉頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用）、睫毛抜去

※詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

## 地域医療

- ① 適切な医療・介護連携を行うために、介護保険制度の仕組みやケアプランに則した各種サービスの実際、更には、介護保険制度における医師の役割および医療・介護連携の重要性を理解して下記の活動を地域で経験します。
  - ・ 介護認定審査に必要な主治医意見書の作成

- ・ 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
  - ・ 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
  - ・ 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
  - ・ 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
- ② 地域の医師会や行政と協力し、地域での保健・予防活動に寄与するために、以下の活動を経験します。
- ・ 特定健康診査の事後指導
  - ・ 特定保健指導への協力
  - ・ 各種がん検診での要精査者に対する説明と指導
  - ・ 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
  - ・ 産業保健活動に協力
  - ・ 健康教室（高血圧教室・糖尿病教室・高脂血症教室など）の企画・運営に協力

総合診療専門研修では地域ニーズに合わせた医療を行います。必須領域別研修（内科・小児科・救急）においても、地域の中核病院等で救急対応や夜間対応に積極的取り組みます。

#### 研修目標毎の研修の場

※別紙「研修目標及び研修の場」を参照

## 4. 専攻医の評価、修了判定について

### 評価

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プログラム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3年間を通じて専攻医の研修状況の進捗を切れ目なく継続的に把握するシステムが重要です。具体的には、研修手帳の記録及び定期的な指導医との振り返りセッションを1～数ヶ月おきに定期的に行います。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、経験省察研修録（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りした症例・事例に関する経験と省察の記録）作成の支援を通じた指導を行います。専攻医には詳細20事例、簡易20事例の経験省察研修録（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、経験省察研修録（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経験省察研修録(ポートフォリオ)の発表会を行います。

なお、経験省察研修録(ポートフォリオ)の該当領域については研修目標にある7つの資質・能力に基づいて設定しており、詳細は研修手帳にあります。

### ③ 研修目標と自己評価

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

また、上記の3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>

内科ローテーション研修においては、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。

12ヶ月間の内科研修の中で、最低40例を目安として入院症例を受け持ち、その入院症例（主病名、主担当医）のうち、提出病歴要約として10件を登録します。分野別（消化器、循環器、呼吸器など）の登録数に所定の制約はありませんが、可能な限り幅広い異なる分野からの症例登録を推奨します。病歴要約については、同一症例、同一疾患の登録は避けてください。

提出された病歴要約の評価は、所定の評価方法により内科の担当指導医が行いますが、内科領域のようにプログラム外の査読者による病歴評価は行いません。

12ヶ月の内科研修終了時には、病歴要約評価を含め、技術・技能評価、専攻医の全体評価（多職種評価含む）の評価結果が専攻医登録・評価システムによりまとめられます。その評価結果を内科指導医が確認し、総合診療プログラムの統括責任者に報告されることとなります。

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ション研修中の評価>

小児科及び救急科のローテーション研修においては、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。

## 修了判定

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プログラム統括責任者または専門研修連携施設担当者が臨床研修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の判定をします。

その際、具体的には以下の4つの基準が評価されます。

- ① 研修期間を満了し、かつ認定された研修施設で総合診療専門研修IおよびII各6ヶ月以上・合計18ヶ月以上、内科研修12ヶ月以上、小児科研修3ヶ月以上、救急科研修3ヶ月以上を行っていること。
- ② 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した経験省察研修録（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。

#### 専攻医が研修期間終了後に行うべきこと

専攻医は研修手帳及び経験省察研修録（ポートフォリオ）を専門医認定申請年の4月末までに臨床研修管理委員会に送付してください。臨床研修管理委員会は5月末までに修了判定を行い、6月初めに研修修了証明書を専攻医に送付します。専攻医は日本専門医機構の総合診療専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行ってください。

#### 5. 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

専攻医が次の1つに該当するときは、研修の休止が認められます。研修期間を延長せずに休止できる日数は、所属プログラムで定める研修期間のうち通算6ヶ月までとします。なお、内科・小児科・救急科・総合診療Ⅰ・Ⅱの必修研修においては、研修期間がそれぞれ規定の期間の2/3を下回らないようにします。

- ・ 病気の療養
- ・ 産前・産後休業
- ・ 育児休業
- ・ 介護休業
- ・ その他、やむを得ない理由



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。

- ・ 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
- ・ 専攻医にやむを得ない理由があるとき

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。

自治医大卒業生、県費修学生や地域枠出身者の義務年限上の制約に対応するようローテーション順の変更や研修施設の追加等配慮しますが、止むを得ず専門研修を中断する必要がある場合は、専門研修中断証を発行します。再開届の提出により研修再開後、中断期間分を研修することで修了可能です。

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。

## 6. 専攻医の採用、労働条件

専攻医の採用は、当院の後期臨床研修医募集要項に準じます。別紙および下記URLを参照して下さい。

[http://www.cent-hosp.pref.niigata.jp/kenshuui/kouki\\_rinshou.html](http://www.cent-hosp.pref.niigata.jp/kenshuui/kouki_rinshou.html)

新規募集定員は、毎年1-2名です。病院全体での人数調整がありますので、お問い合わせ下さい。

募集は随時行っております。応募書類到着後、面接を行い、面接後数日以内に結果を公表します。

問い合わせ先

〒943-0192 新潟県上越市新南町205 新潟県立中央病院

庶務課 白石 優一（シライシ ユウイチ）

電話：025-522-7711 FAX：025-521-3720

E-mail: [shomu06@cent-hosp.pref.niigata.jp](mailto:shomu06@cent-hosp.pref.niigata.jp)

病院ホームページ： <http://www.cent-hosp.pref.niigata.jp>

<労働環境、安全への取り組み>

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、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があること、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、その内容は当院臨床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。

## 7. 研修施設の概要

本プログラムは基幹施設1、連携施設10の合計11施設の新潟県病院群で構成されています。

### 専門研修基幹施設

#### A) 新潟県立中央病院

新潟県上越地方最大の広域基幹病院・地域医療支援病院。内科学会、外科学会等18件の学会指定の教育病院。

病床数 530床（感染病床含む） 総合診療専門研修特任指導医 2名

診療科：内科、循環器内科、脳神経内科、外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、精神科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、病理診断科、臨床検査科、救急科、歯科口腔外科

### 専門研修連携施設

B) 新潟県立柿崎病院

上越圏域の地域医療病院。

病床数 55床 総合診療専門研修特任指導医 1名

診療科：内科、外科、整形外科、皮膚科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科

C) 新潟県立妙高病院

上越圏域の地域医療病院。

病床数 60床 総合診療専門研修特任指導医 1名

診療科：内科、神経内科、整形外科、小児科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻咽喉科

D) 新潟県立松代病院

魚沼圏域の地域医療病院。

病床数 55床 総合診療専門研修特任指導医 1名

診療科：内科、整形外科、精神科、泌尿器科、眼科

E) 新潟県立津川病院

新潟圏域のへき地医療拠点病院。

病床数 67床 総合診療専門研修特任指導医 1名

診療科：内科、神経内科、外科、整形外科、脳神経外科、小児科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科

F) 佐渡市立両津病院

佐渡圏域の地域医療病院。

病床数 99床 総合診療専門研修特任指導医 1名

診療科：内科、外科、整形外科、小児科、産婦人科、耳鼻咽喉科、歯科口腔外科、矯正歯科

G) 新潟県立十日町病院

魚沼圏域のへき地医療拠点病院。

病床数 275床 総合診療専門研修特任指導医 2名

診療科：内科、神経内科、外科、消化器外科、整形外科、脳神経外科、小児科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科

H) 佐渡総合病院

佐渡圏域の基幹病院。

病床数 354床（感染症病床含む）

診療科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、神経内科、外科、心臓血管外科、消化器外科、小児外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、精神科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、放射線治療科、歯科、歯科口腔外科

I) 新潟県立新発田病院

下越圏域の広域基幹病院、地域医療支援病院。

病床数 452床（精神科、感染病床含む）

診療科：内科、神経内科、外科、呼吸器外科、心臓血管外科、整形外科、脳神経外科、精神科、小児科、皮膚科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、病理診断科、救急科、歯科口腔外科

J) 新潟県立がんセンター新潟病院

県内唯一のがん専門病院。

病床数 450床

診療科：内科、神経内科、外科、呼吸器外科、消化器外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、精神科、小児科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、リハビリテーション科、麻酔科、

病理診断科、乳腺外科、頭頸部外科、放射線診断科、放射線治療科、歯科口腔外科、緩和ケア科

K) 新潟県立精神医療センター

精神科の基幹病院。

病床数 400床（精神科）

診療科：内科、精神科、児童精神科、歯科

## 8. 専門研修プログラムを管理する組織について

基幹施設である当院には、専門研修プログラムを管理する組織として、臨床研修管理委員会があります。当院院長が委員長であり、本プログラム統括責任者はその委員です。臨床研修管理委員会は、本プログラムのみならず、全ての初期および後期臨床研修を管理します。臨床研修管理委員会は、専攻医および専門研修プログラム全般の管理と、専門研修プログラムの継続的改良を行います。本プログラム統括責任者は、一定の基準を満たしています。

### 基幹施設の役割

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

## 臨床研修管理委員会の役割と権限

- ・ 専門研修を開始した専攻医の把握と日本専門医機構の総合診療研修委員会への専攻医の登録
- ・ 専攻医ごとの、研修手帳及び経験省察研修録（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
- ・ 研修手帳及び経験省察研修録（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
- ・ 専門研修プログラムに対する評価に基づく、専門研修プログラム改良に向けた検討
- ・ サイトビジットの結果報告と専門研修プログラム改良に向けた検討
- ・ 専門研修プログラム更新に向けた審議
- ・ 翌年度の専門研修プログラム応募者の採否決定
- ・ 各専門研修施設の指導報告
- ・ 専門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
- ・ 専門研修プログラム連絡協議会の結果報告

## 連携施設での委員会組織



総合診療専門研修においては、連携施設における各科で個別に委員会を設置するのではなく、専門研修基幹施設で開催されるプログラム管理委員会（臨床研修管理委員会）に専門研修連携施設の各科の指導責任者も出席、あるいはプログラム統括責任者が連携施設を訪問する形で、連携施設における研修の管理を行います。

## 9. 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

本プログラムでは専攻医からのフィードバックを重視してプログラムの改善を行うこととされています。

### ① 専攻医による指導医および本プログラムに対する評価

専攻医は、年次毎に指導医、専攻医指導施設、本プログラムに対する評価を行います。また、指導医も専攻医指導施設、本プログラム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、臨床研修管理委員会に提出され、臨床研修管理委員会は本プログラムの改善に役立っています。このようなフィードバックによって本プログラム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。

臨床研修管理委員会は必要と判断した場合、専攻医指導施設の実地調査および指導を行います。評価にもとづいて何をどのように改善したかを記録し、毎年3月31日までに日本専門医機構の総合診療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（現地調査）が行われます。その評価にもとづいて臨床研修管理委員会で本プログラムの改良を行います。本プログラム更新の際には、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。該当する学術団体等によるサイトビジットが企画されますが、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。

## 10. 研修における学び方

### 臨床現場での学習

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

- ・ 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）などを実施します。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。

- ・ 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し、次第に独立して訪問診療を提供し経験を積みます。外来医療と同じく、症例カンファレンスを通じて学びを深め、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学びます。

- ・ 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。

- ・ 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。

- ・ 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する。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。

### 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。
- ・ 臨床現場で経験数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（種類・機会は限られます）。
- ・ 医療倫理、医療安全、感染対策、保健活動、地域医療活動等については、日本医師会の生涯教育制度や関連する学会の学術集会等を通じて学習を進めます。地域医師会における生涯教育の講演会は、診療に関わる情報を学ぶ場としてのほか、診療上の意見交換等を通じて人格を陶冶する場として活用できます。

### 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、止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。

## 11. 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ます。
- ・ 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ます。

具体的には、下記の能力を習得します。

### 学術活動

#### ① 教育

- ・ 学生・研修医に対して1対1の教育を行うことができる。
- ・ 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。
- ・ 専門職連携教育（総合診療を実施する上で連携する多職種に対する教育）を提供することができる。

#### ② 研究

- ・ 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。
- ・ 量的研究、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。

◎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。専攻医は原則として学術活動に携わる必要があります、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。当院では倫理委員会を備えており、臨床研究や社会医学研究を実施できる環境がありますが、必要に応じ外部からのサポートを依頼します。

## 12. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性などについて

以下の4項目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。

### 13. Subspecialty領域との連続性について

総合診療領域として特徴的なSubspecialty分野としては、行動変容、老年医学、予防医学、臨床疫学、小児保健、女性の健康、スポーツ医学、医学教育、医学史、医療経済、医療社会学などが挙げられます。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、その議論を参考に本プログラムでも計画していきます。

### 14. 総合診療専門研修特任指導医について

本プログラムには、総合診療専門研修指導医が総計9名、具体的には当院に2名、新潟県立柿崎病院に1名、新潟県立妙高病院に2名、新潟県立松代病院に1名、新潟県立津川病院に1名、佐渡市立両津病院に1名、新潟県立十日町病院に2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、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、本プログラムの指導医についても総合診療専門研修特任指導医講習会の受講を経て、その能力が担保されています。

なお、指導医は、以下の①～⑥のいずれかの立場で卒後臨床経験7年以上の方より選任されており、本プログラムにおいては①+⑥ 8名、④ 1名が参画しています。

- 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（卒後の臨床経験7年以上）
- 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の7つの資質・能力について地域で実践してきた医師として推薦された医師（卒後の臨床経験7年以上）

◎指導医のフィードバック法の学習（Faculty development）

指導医は、経験省察研修録（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が義務づけられている特任指導医講習会や医学教育のテキストを用いて学習を深めていきます。

## 15. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

研修実績および評価の記録



プログラム運用マニュアル・フォーマットにある実地経験目録様式に研修実績を記載し、指導医による形成的評価、フィードバックを受けます。総括的評価は総合診療専門研修カリキュラムに則り、少なくとも年1回行います。

当院にて、専攻医の研修内容、目標に対する到達度、専攻医の自己評価、360度評価と振り返り等の研修記録、研修ブロック毎の総括的評価、修了判定等の記録を保管するシステムを構築し、専攻医の研修修了または研修中断から10年間保管します。

プログラム運用マニュアルは以下の研修手帳（専攻医研修マニュアルを兼ねる）と指導医マニュアルを用います。

●研修手帳（専攻医研修マニュアル）

●指導医マニュアル

●専攻医研修実績記録フォーマット

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

研修手帳参照。

以上