

新潟県立中央病院 総合診療専門研修プログラム

[2025.6.18 更新]

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

制度の理念と専門医の使命

現在、地域の病院や診療所の医師が、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、健康にかかわる諸問題について適切に対応する医師の必要性がより高くなることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を学術的に評価し、新たな基本診療領域の専門医と位置づけられました。総合診療専門医の質の向上を図り、以て、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的としています。

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、地域で生活する人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する使命を担っています。

総合診療医に求められる資質・能力

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できることが求められます。

また、総合診療部門（総合診療科・総合内科等）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）を提供することができることが求められます。

具体的には研修を通して、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

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) 研修の場や医療施設の地域背景や特長

上越地域は新潟県の南西部、上越市・妙高市・糸魚川市を含む広大な地域で、北陸新幹線上越妙高駅・糸魚川駅を結節点とし、西は富山県、南は長野県、東は中越地方に接しています。平野部・海岸部・豪雪山間部を有し、四季の変化や美しい自然に恵まれています。しかし高齢化率は30%を超え、医療提供体制の維持が大きな課題です。一方、新潟県は医師偏在指標が全国でも最下位レベルにあり、深刻な医師不足に直面しています。特に、地域に根ざし

た総合診療医の需要が高まっている一方で、その供給は著しく不足しています。こうした背景と理念に基づき、当院は地域医療の持続的発展に貢献するため、地域内外で活躍する総合診療専門医の育成に力を入れています。新潟県立中央病院 総合診療専門研修プログラムは、新潟県上越地域を中心として展開されます。上越地域を中心に、下記に示すように、特徴のある様々な地域での研鑽を積むことで、社会に貢献できる総合診療専門医になることができます。

基幹施設である新潟県立中央病院（上越市）は、530床を有する**広域基幹病院/地域医療支援病院**で、救命救急センターやNICUを併設し、三次医療・災害医療を担うとともに地域完結型医療の要として、二次医療圏（上越）全体を支えています。大学病院が半径100km以内に存在しないという希少な環境の中、地域の「**最後の砦**」として、地域医療の中核的役割を担っています。そのような環境の中で、**診療科間の垣根が低く**、柔軟で活発なコンサルテーション文化が根付き、全体として教育に高い熱意をもつ医療機関です。

当院総合診療科では、紹介患者を中心に、未分化な症例や診断困難症例の診療のほか、複数疾患併存、ポリファーマシーや心理社会的背景の複雑な患者への包括的な診療に取り組んでいます。また整形外科とのコマネジメントや救急科など他科との連携、医療者教育や感染管理などの病院横断的な活動、多職種連携や地域の医療機関との連携にも力を入れています。病院総合診療に加えて、家庭医療の視点も積極的に取り入れていることが特徴です。

初期研修を地域の二次医療機関で経験した方にとっては、三次医療における専門的治療や重症患者の転帰を理解し、専門医と協働する経験を積むことができます。一方、三次医療機関での初期研修経験者にとっては、当院に在籍する総合診療専門医やプライマリ・ケア指導医のもとで、家庭医療や地域包括ケアの実践に触れ、より広い医療の視野を育むことができます。こうした環境の中で、幅広い実践力と応用力を養うことができるのが当院の特長です。

連携施設となる柿崎病院・妙高病院・松代病院はいずれも地域医療を担う小病院であり、それぞれ海岸部・中山間地・豪雪地帯に立地し、高齢化率は40%前後に達します。過疎・高齢化に直面しながら、地域包括ケアの中核として診療と生活支援を一体的に担っており、現場でしか得られない特徴的な地域医療を経験できます。上越の市街地にある上越地域医療センター病院は、回復期リハビリテーションや域内唯一の緩和ケア病棟での医療に強みがあります。

また、上越医療圏外や県外の多様な医療課題に触れられるよう、離島医療（佐渡総合病院・両津病院）、超高齢化中山間地医療（新潟医療圏：津川病院、魚沼医療圏：十日町病院・小出病院・湯沢町保健医療センター）、総合診療が盛んで教育体制の整った富山の地域医療（かみいち総合病院・あさひ総合病院）など、地域特性の異なる施設でも研修が可能です。これにより、将来的なキャリアに応じた視野の広い研修が実現します。

総合診療専門医の養成においては、外来・在宅医療を含めたプライマリ・ケアを学ぶ中小病院での研修（研修Ⅰ）と、病院総合診療中心の研修（研修Ⅱ）、内科・小児科・救急科等の必修診療科に加え、個別ニーズに応じて家庭医療診療所などの関連施設や選択診療科での研修も含む3年間の研修を行います。さらに、将来的な活躍の多様性に対応するため、「**新・家庭医療専門研修プログラム**」や「**病院総合診療専門研修プ**

プログラム」との並行研修も可能とし、柔軟な制度設計と多彩な症例経験を提供しています。

指導体制も充実しており、総合診療専門医を含む経験豊富で温厚な指導医が3名在籍。「つながるって、楽しい。」を合言葉に、プライマリ・ケアと病院医療をつなぐ視点を持ち、地域を俯瞰しながら指導と診療にあたっています。症例の豊富さに加え、ビデオレビューや徹底した振り返りを通じ、臨床力を深める教育体制が整っています。

上越の豊かな自然と県内外の多様な地域医療の現場に身を置きながら、地域に根ざし、幅広い視野と実践力を備えた信頼される総合診療専門医へと成長することができます。

2) プログラムの理念

本プログラムは、地域住民の健康を包括的に支え、高齢化や人口減少が進む社会において、地域医療の持続可能性を高めることを目的としています。

本プログラムでは、在宅医療を含めたプライマリ・ケア機能の習熟をはじめ、家族、地域や医療施設のニーズに柔軟に対応し、地域の課題解決や地域づくりに貢献できる幅広い視野と実践力を持った総合診療専門医を育成します。また、多様な医療施設や機関との連携を通じて、専攻医が実際の地域医療の現場で学び、地域に根ざした医療を実践する能力を身につける環境を提供します。

私たちは「地域住民に最も近い医療者」としての総合診療医の役割の重要性を深く認識し、地域医療の未来を担う医師を育成することで、住民の安心と健康を支える医療基盤の強化を目指します。

3) 研修施設群

【施設種別】

基幹施設：新潟県立中央病院（当院）

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、国民健康保険魚沼市立小出病院、湯沢町保健医療センター、上越地域医療センター病院、新潟県立十日町病院、新潟県厚生農業協同組合連合会佐渡総合病院、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、かみいち総合病院、あさひ総合病院、塚田こども医院、厚生連けいなん総合病院 小児科、医療法人社団清華ファミリークリニック 塚田医院、独立行政法人国立病院機構 さいがた医療センター（精神科）

関連施設：塚田こども医院、厚生連けいなん総合病院 小児科、医療法人社団清華ファミリークリニック 塚田医院

【研修種別】

総合診療専門研修Ⅰ：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、国民健康保険魚沼市立小出病院、湯沢町保健医療センター、上越地域医療センター病院、あさひ総合病院、かみいち総合病院

総合診療専門研修Ⅱ：新潟県立中央病院、新潟県立十日町病院、かみいち総合病院

総診Ⅰ関連施設（研修を補完する施設）：塚田こども医院（小児科）、厚生連けいなん総合病院 小児科、医療法人社団清華ファミリークリニック 塚田医院（家庭医療）

内科：新潟県立中央病院、新潟県立十日町病院、新潟県立柿崎病院、新潟県立妙高病院、新潟県厚生農業協同組合連合会佐渡総合病院

小児科：新潟県立中央病院、新潟県立十日町病院

救急科：新潟県立中央病院、新潟県立十日町病院

その他の領域の研修：新潟県立中央病院（外科、整形外科、産婦人科、皮膚科、放射線診断科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、麻酔科、形成外科）、新潟県立新発田病院（精神科）、新潟県立がんセンター新潟病院（皮膚科）、塚田こども医院（小児科）、厚生連けいなん総合病院 小児科、医療法人社団清華ファミリークリニック 塚田医院（家庭医療）、独立行政法人国立病院機構 さいがた医療センター（精神科）

4) 定員

本プログラムでの新規募集定員は、各年度あたり4名です。

5) 研修期間

3年間

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

※ 総診Ⅱの期間中には、家庭医療、地域の小児科診療など、さらに深く履修したい項目について、週1回程度研修できるようにしています

内科 6ヶ月以上

小児科 3ヶ月以上

救急 3ヶ月以上

（その他の領域の研修 希望に応じて6ヶ月まで）

6) 年次毎の研修計画

年次ごとの研修目標を示します。

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・特任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ができる。

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ができる。

3年次修了時には、多疾患合併で診断や治療プロセスに困難さがあつたり、患者を取り巻く背景も疾患に影響したりしているような複雑な健康問題に対しても的確なマネジメントを提供することができ、かつ指導できる。

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。

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。

<ローテーション例>

1例を提示します。個々のローテーションについては、研修開始前・研修中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。必修期間を確保できれば、希望やライフプランに応じて柔軟に変更可能です。

- ▶ 初年度は内科研修で一般診療能力と病院総合診療を習得します。本プログラムではサブスペシャリティに偏りやすい内科専門研修プログラムの研修と異なり、**全内科研修を行うことが特徴です！**
- ▶ 2年次は総合診療専門研修Iで1年間プライマリ・ケアや家庭医療、地域医療を習得します。
- ▶ 3年次は小児科、救急科、総合診療専門研修II、その他の領域別研修（総合診療専門研修II）で、病院総合診療の習得と、足りない能力を補いながら研修の総まとめを行います。

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											
	領域	内科											
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
2年目	施設名	柿崎病院、妙高病院、松代病院、津川病院、上越地域医療センター病院、小出病院、湯沢町保健医療センター、両津病院、かみいち総合病院、あさひ総合病院											
	領域	総診 I											
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
3年目	施設名	新潟県立中央病院、十日町病院						新潟県立中央病院、十日町病院、かみいち総合病院					
	領域	小児科			救急科			総診 II					
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

- ※ 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 カ月未満としたい場合は相談に応じます（新・家庭医療専門研修プログラムとの同時履修の場合は短縮できません）
- ※ 総合診療専門研修 II の期間に、その他の領域別研修を 6 ヶ月まで研修可能です
- ※ 自治医大や防衛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、カリキュラム制への変更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）。

7) 勉強会、カンファレンス等の学習機会

OJT

<院内研修中>

毎朝・夕：症例カンファレンス、週1回：Case-based discussion（CbD：診断困難症例、複雑困難症例など）、総合診療科勉強会、月1回：経験省察研修録（ポートフォリオ）勉強会・作成指導、院内集談会、CPC、年数回：院内ICLS／外傷コース受講・インストラクター。各診療科の検討会に随時参加・コンサルテーション可能。

<院外研修中>

週1回～月1回：ハーフ／ワンデイバックによる当院の診療、カンファレンス・CbDへの参加、経験省察研修録（ポートフォリオ）勉強会・作成指導。

Off-JT

隔週：ほたるいかカンファレンス（富山の総診グループの症例検討会）、月1回：えびカン（富山の総診グループのポートフォリオ勉強会）、年数回：不識庵（上越地域の研修医中心のセミナー）や県内総合診療イベントへの参加、上越地区または新潟県内ポートフォリオ勉強会（計画中）、年1-2回：日本プライマリ・ケア連合学会・日本病院総合診療医学会・日本内科学会・全国自治体病院学会・日本地域医療学会などの学術集会での発表。

8) 研修の修了要件

3年間の研修の修了判定には以下の3つの要件が審査されます。

- 1) 定められたローテート研修を全て履修していること。
- 2) 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した経験省察研修録（ポートフォリオ：経験と省察のプロセスをファイリングした研修記録）を通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること。
- 3) 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること。

3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

専門知識

総合診療の専門知識は以下の6領域で構成されます。

1. 地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病いの経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などの環境（コンテキスト）が関与していることを含めて全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、コミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。
2. 総合診療の現場では、疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論に基づく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、更には健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチ

が求められる。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地域に対する医療機関としての継続性、更には診療の継続性に基づく患者・医師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に貢献する必要がある。
4. 地域包括ケア推進の担い手として積極的な役割を果たしつつ、医療機関を受診していない人も含む全住民を対象とした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と同時に、地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の積極的な把握と体系的なアプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与する。
5. 総合診療専門医は日本の総合診療の現場が外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえて、各現場で多様な対応能力を発揮すると共に、ニーズの変化に対応して自ら学習・変容する能力が求められる。
6. 繰り返し必要となる知識を身につけ、臨床疫学的知見を基盤としながらも、常に重大ないし緊急な病態に注意した推論を実践する。

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患者・医師の信頼関係の構築を土台として、患者中心の医療面接を行い、複雑な人間関係や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法
3. 診療情報の継続性を保ち、自己省察や学術的利用に耐えるように、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・靱帯の損傷及び障害、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

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
- ・ 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

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）、睫毛拔去

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
- ③ 主治医として在宅医療を 10 症例以上経験する。（看取りの症例を含むことが望ましい）

学術活動

- ① 教育
- ・ 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。
 - ・ 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、総合診療や地域医療における研究の意義を理解し、症例報告や臨床研究を様々な形で実践できる。
 - ・ 量的研究、質的研究双方の方法と特徴について理解し、批判的に吟味でき、各種研究成果を自らの診療に活かすことができる。

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、ビデオレビュー・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）を定期的に行います。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（計画）。

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。

最低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。

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。

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。下記URLを参照して下さい。

<https://www.cent-hosp.pref.niigata.jp/recruit/senkoui/>

新規募集定員は、毎年4名です。病院全体での人数調整がありますので、事前にお問い合わせ下さい。日本専門医機構の登録手順に従って登録の上、プログラム統括責任者との面接を行います。

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 神藏 美月（カンゾウ ミツキ）

電話：025-522-7711 FAX：025-521-3720

E-mail: shomu@cent-hosp.pref.niigata.jp

病院ホームページ：<https://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19の合計20施設で構成されています。

専門研修基幹施設群（括弧内はプログラムでの研修分野）

A) 基幹施設

1. 新潟県立中央病院（総診II、内科、小児、救急）

- **特徴**：新潟県上越市に位置する広域基幹病院/地域医療支援病院で、地域医療支援病院として高度医療を提供しています。がん治療、救急診療など多岐にわたる専門医療を展開し、地域の中核医療機関としての役割を担っています。
- **病床数**：524床
- **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

- ・ 特任指導医数：3名
-

B) 連携施設

2. 新潟県立柿崎病院（総診I）

- ・ **特徴：**新潟県上越市の海沿いに位置する地域医療病院/へき地医療拠点病院で、プライマリケア、救急医療、訪問診療・看護などを提供し、地域づくりに貢献しています。平成28年には総合診療科を設立。地域包括ケア病棟を有し、地域包括ケアシステムの中核を担い、医療・福祉・介護・保健分野と密接に連携し、広域機関病院である新潟県立中央病院をはじめとする地域の医療機関と連携して、地域完結型医療を実践しています。
 - ・ **病床数：**55床（地域包括ケア30床）
 - ・ **診療科：**総合診療科、整形外科、皮膚科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、脳神経外科
 - ・ **特任指導医数：**1名
-

3. 新潟県立妙高病院（総診I）

- ・ **特徴：**日本百名山に数えられる妙高山を目前にした山間地に立地し、妙高市（妙高高原、妙高地区）、上越市中郷区、長野県信濃町を診療圏とし、プライマリケアからターミナルケアまで地域医療を提供し、広域機関病院である新潟県立中央病院をはじめとする地域の医療機関と連携して、地域完結型医療を行っています。また、リハビリ医療、訪問診療・看護等の在宅医療を重視した地域医療病院/へき地医療拠点病院です。
 - ・ **病床数：**47床（地域包括ケア21床）
 - ・ **診療科：**内科、脳神経内科、小児科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科
 - ・ **特任指導医数：**1名
-

4. 新潟県立松代病院（総診I）

- ・ **特徴：**「地域の生活を医療で支えます」を理念に掲げ、山間地に暮らす住民に良質なプライマリケアを提供している地域医療病院です。高齢化が進む地域で、慢性疾患や多疾患併存、社会的課題を抱える患者に対し、外来・訪問診療・リハビリを通じた継続的で包括的な医療を実践しています。医療・介護・福祉が連携する地域包括ケアの現場で、住民に寄り添いながら医療を届ける姿勢と、地域医療の本質を学ぶことができます。
 - ・ **病床数：**39床（地域包括ケア18床）
 - ・ **診療科：**内科、整形外科、精神科、泌尿器科、眼科
 - ・ **特任指導医数：**1名
-

5. 新潟県立津川病院（総診I）

- ・ **特徴：**新潟県阿賀町の中山間地に位置する地域医療病院/へき地医療拠点病院です。山間地に点在する集落への巡回診療、訪問診療・看護、ナイトスクールなど「出向

く医療」を重視した体制を構築しています。健康ファイルによる患者主体の情報管理も広く普及し、検査結果や薬剤情報が多職種で共有されます。医療と生活の接続を意識した包括的ケアを実践し、地域に根ざした学びと信頼を育む場となっています。

- **病床数:** 67床
 - **診療科:** 内科、小児科、神経内科、心療内科、外科、整形外科、脳神経外科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、リハビリテーション科、麻酔科
 - **特任指導医数:** 1名
-

6. 佐渡市立両津病院（総診I）

- **特徴:** 新潟県の離島、佐渡に位置する地域医療病院で、地域に根ざした包括ケアを展開しています。巡回診療、訪問診療・看護を中心に連携体制を構築し、退院後も安心の在宅ケアを提供しています。さらに、人間ドック・学校健診など予防医療にも積極的に取り組み、健康ファイルや多職種協働による情報共有で、住民の生活と医療をつなぐ包括的支援体制を整えています。島の医療課題を肌で学べる貴重な環境です。
 - **病床数:** 60床
 - **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
 - **特任指導医数:** 1名
-

7. 国民健康保険魚沼市立小出病院（総診I）

- **特徴:** 越後山脈や三国山脈に囲まれた中山間地 魚沼市に位置し、冬季には積雪による厳しい環境での地域医療を経験できます。地域の中核として在宅医療、高齢者医療、救急医療を含む幅広い診療を提供し、住民に密着した医療を実践しています。「地域医療魚沼学校」など、保健・医療・福祉が一体となった学びの場では、住民と医療人が共に学び合い、地域を支える取り組みを体験できます。地域完結型医療の基礎から実践までを包括的に学べる環境が整っています。
 - **病床数:** 134床（一般病床90床、療養病床44床）
 - **診療科:** 内科、神経内科、外科、脳神経外科、整形外科、婦人科、小児科、泌尿器科
 - **特任指導医数:** 3名
-

8. 湯沢町保健医療センター（総診I）

- **特徴:** 越後湯沢温泉やスキーリゾートを有する山間地 湯沢町に位置し、観光地ならではの医療ニーズに対応する経験が得られます。一方で、豪雪地帯特有の厳しい冬季環境下での地域医療も学ぶことができます。医療・保健・福祉が一体となった複合施設として、病院、健康増進施設、総合福祉センターを備え、乳幼児から高齢者まで幅広い住民の健康を支えるケアを提供しています。「人が安心し、安全に暮らせるまちづくり」を目指した取り組みを実践的に学べる場として、地域医療や家庭医療の理念を深く体得することができます。
- **病床数:** 情報なし

- **診療科：**内科、外科、小児科、整形外科、眼科、歯科
 - **特任指導医数：**2名
-

9. 上越地域医療センター病院（総診I）

- **特徴：**上越市の南部に位置する回復期病院の要衝です。リハビリテーションや緩和ケアに力を入れた地域密着型の医療を学べます。新潟県立中央病院からも多くの急性期後の患者を受け入れています。特に、上越地域唯一の緩和ケア病棟では、終末期医療に関する知識と実践力を身につけることができるほか、訪問診療を通じて地域住民の生活に寄り添った医療を体験できます。急性期から在宅までの患者中心の医療連携を深く理解できる環境です。
 - **病床数：**197床
 - **診療科：**内科、総合診療科、外科、整形外科、リハビリテーション科、婦人科、麻酔科、緩和ケア科、児童精神科
 - **特任指導医数：**2名
-

10. かみいち総合病院（総診I）

- **特徴：**富山県東部の北アルプスの山々を背にした自然豊かな地域に位置しています。地域包括ケアシステムの中核を担い、医療・福祉・介護・保健分野と密接に連携した地域完結型医療を実践しています。急性期医療に加え、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、精神科病棟を備え、多岐にわたる医療の現場を経験できます。「治し支える医療」を掲げ、在宅医療や地域住民への支援を通じて、家庭医療における基礎から応用まで幅広い学びを得ることができます。
 - **病床数：**199床（一般148床（地域包括ケア49床、回復期リハビリ48床）、精神51床）
 - **診療科：**内科、小児科、婦人科、外科、乳腺外科、消化器外科、耳鼻咽喉科、脳神経外科、形成外科、放射線科、整形外科、眼科、血管外科、神経精神科、泌尿器科、皮膚科、麻酔科、リハビリテーション科
 - **特任指導医数：**2名
-

11. あさひ総合病院（総診I）

- **特徴：**天下の剣「親不知(おやしらず)」や一級河川「黒部川」を擁する富山県朝日町に位置し、新潟県境（上越地域）に接する地域医療の中核病院です。「高齢者医療の先進モデル病院」を目指しており、急性期医療から在宅復帰を目指した回復期リハビリテーションまでを幅広く経験できます。また、住民参加型の健康増進活動や、介護・予防・福祉事業との連携を重視しており、在宅介護支援センターも併設されています。地域住民に密着した活動を通じて、家庭医療の実践力を深める機会が豊富にあります。
 - **病床数：**109床（急性期56床、地域包括ケア53床）
 - **診療科：**内科、胃腸科、循環器科、透析センター、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線技術科
 - **特任指導医数：**1名
-

12. 新潟県立十日町病院（総診II、内科、救急、小児科）

- **特徴：**新潟県南部に位置する中山間地 十日町市を中心とした中核的医療機関です。信濃川の流れる自然豊かな豪雪地域で、積雪期には交通が制約される厳しい環境においても、地域完結型医療を提供する現場で学習できます。急性期医療から在宅医療やかかりつけ医機能まで幅広く対応し、三次医療が必要な患者を適切に高次病院へつなぐスキルを学べます。人口や医療資源が減少する中で、「最後の砦」として地域医療を支える実践を経験し、限られた資源の中で包括的に対応する能力を育成する場となっています。総診I/II両者の特徴を併せ持った研修が可能です。
 - **病床数：**275床（急性期217床、地域包括ケア58床）
 - **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
 - **特任指導医数：**1名
-

13. 新潟県厚生農業協同組合連合会 佐渡総合病院（内科）

- **特徴：**新潟県佐渡市に位置する離島の中核病院で、急性期医療から在宅医療まで幅広く対応しています。地域医療支援病院として、救急医療やがん診療、リハビリテーションなど多岐にわたる医療サービスを提供し、地域完結型医療を実践しています。
 - **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
-

14. 新潟県立新発田病院（精神科）

- **特徴：**新潟県北部の下越医療圏に位置する広域基幹病院で、救命救急医療と高度先端医療を担っています。地域がん診療連携拠点病院として、がん診療にも注力しています。
 - **病床数：**530床（一般：481床、精神：45床、感染：4床）
 - **診療科：**内科、脳神経内科、循環器内科、小児科、外科、消化器外科、乳腺外科、整形外科、形成外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、精神科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、救急科、病理診断科、歯科口腔外科
-

15. 新潟県立がんセンター新潟病院（皮膚科）

- **特徴：**新潟県唯一のがん専門病院で、都道府県がん診療連携拠点病院として、がんの診断・治療・緩和ケアを包括的に提供しています。
- **病床数：**367床
- **診療科：**内科、消化器内科、脳神経内科、小児科、外科、消化器外科、乳腺外科、呼吸器外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、婦人科、頭頸部外科、リハビリテ

ーション科、眼科、皮膚科、泌尿器科、放射線診断科、放射線治療科、麻酔科、歯科口腔外科、精神科、病理診断科、緩和ケア内科

16. 新潟県立精神医療センター（精神科）

- **特徴：**新潟県長岡市にある基幹精神医療施設です。精神科・児童精神科を備え、統合失調症や気分障害、認知症、自閉スペクトラムなど幅広い精神疾患の急性期治療から退院後の社会復帰支援まで一貫して提供しています。また、デイケア・訪問看護・訪問診療を実施し、医師とコメディカルによるチーム医療を推進し、退院支援や在宅復帰に向けた多面的なサポート体制が整っています。県立精神医療の中核として質の高いケアを提供する施設です。
 - **病床数：**400床（精神科）
 - **診療科：**精神科、児童精神科、内科、歯科
-

17. 塚田こども医院（その他の領域：小児科）

- **特徴：**新潟県上越市の小児科クリニックで、地域の子どもたちの健康を守る「断らない医療」を実践しています。併設する病児保育室「わたぼうし」は幅広い病児に対応。看護師による保育園等への送迎サービスも展開し、共働き家庭を強力に支援しています。診療と保育の連携を通じて、子どもと家族の生活をまるごと支える小児医療の地域モデルです。
 - **診療科：**小児科
-

18. 厚生連けいなん総合病院（その他の領域：小児科）

- **特徴：**新潟県上越市に位置する総合病院で、小児科では地域の子どもたちの健康管理や病気の治療を行っています。病児・病後児保育室「スマイルポケット」を併設し、地域の子育て世帯を支援しています。
 - **病床数：**120床
 - **診療科：**内科、消化器内科、内視鏡内科、人工透析内科、小児科、外科、産婦人科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、眼科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、歯科口腔外科、リハビリテーション科
-

19. 医療法人社団清華ファミリークリニック 塚田医院（その他の領域：家庭医療）

- **特徴：**新潟県上越市に位置するクリニックで、地域の家庭医として、年齢性別問わずすべての住民に対して、一般診療を中心に、予防医療や健康相談など幅広い医療サービスを提供しています。
 - **診療科：**家庭医療
-

20. 独立行政法人国立病院機構 さいがた医療センター（その他の領域：精神科）

- **特徴：**精神科では急性期から慢性期まで包括的ケアを実施し、医療保護入院・精神科救急・依存症治療・災害時メンタル支援（DPAT）など幅広い機能を担っています。さらに神経難病や重症心身障害者にも対応し、リハビリ・認定看護師・チーム医療など多職種連携の実践拠点です。県内精神科医療の中核として、安全かつ質の高いケアと教育・研究を推進しています。

- ・ 病床数：410床（精神248床、脳神経内科80床、重症心身障害者82床）
 - ・ 診療科：精神科、脳神経内科
-

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、プログラム管理委員会があります。プログラム統括責任者が委員長、病院長が副委員長を努め、各研修分野や連携施設の代表者と、専攻医の代表で構成されています。プログラム管理委員会は、専攻医および専門研修プログラム全般の管理と、専門研修プログラムの継続的改良を行います。プログラム統括責任者は、一定の資格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しています。

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てます。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。
- ・ 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。

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ます、学術大会等での発表及び論文発表（共同著者を含む）を行うこととします。

新潟大学医学部医学科 総合診療学講座と連携しながら、研究デザインや論文作成支援を提供します。

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。

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