

〈新専門医制度〉

# 諏訪中央病院 総合診療専門研修プログラム

組合立諏訪中央病院

# 諏訪中央病院総合診療専門研修プログラム

## 目次

1. 諏訪中央病院 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行われるのか
  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. へき地・離島、被災地、医療資源の乏しい地域における医療についての考え方
  9. 研修プログラムの施設群
  10. 専攻医の受け入れ数について
  11. 施設群における専門研修コースについて
  12. 研修施設の概要
  13. 専門研修の評価について
  14. 専攻医の就業環境について
  15. 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
  16. 修了判定について
  17. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
  18. Subspecialty 領域との連続性について
  19. 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
  20. 専門研修プログラム管理委員会
  21. 総合診療専門研修指導医
  22. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について
  23. 専攻医の採用
- 別表 1. 諏訪中央病院総合診療専門研修管理委員会
- 別表 2. 組合立諏訪中央病院・各センターについて
- 別表 3. 各種診療実績
- 別表 4. プログラム関連施設地域別 人口動態等データ
- 別表 4.A) プログラム基幹・連携施設を有する自治体の人口動態
- 別表 5.A) プログラム連携施設(医療資源不足地域)がカバーする周辺自治体
- 別表 5.B) プログラム連携施設がカバーする周辺自治体の医療資源関連データ
- 別表 6. 長野県過疎地マップ：過疎関係市町村都道府県別分布図 過疎関係市町村都道府県別分布図(H28. 4)

## 1. 諏訪中央病院 総合診療専門研修プログラムについて

### 1) 専門医養成プログラムの理念【整備基準 1-①】

「あたたかな急性期病院」をスローガンとする組合立諏訪中央病院の理念に基づき、諏訪2次医療圏を支える病院としてプライマリケア(一次医療)からセカンダリーケア(二次医療)を中心に、領域においてはターシャリーケア(三次医療)までを提供します。すなわち狭義の病院医療のみならず、住民全体のヘルスケアニーズに応える役割を担うことを使命とします

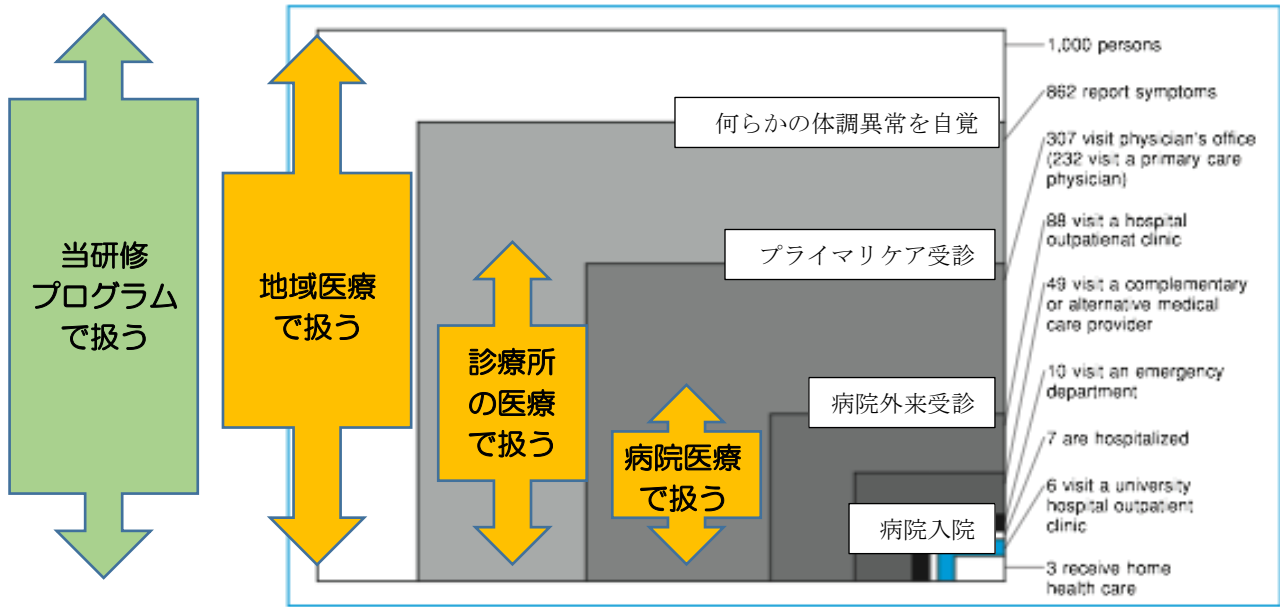
諏訪中央病院は「地域医療」をキーワードに、在宅医療や地域包括ケア、健康づくり運動、まちづくり及び広域の研究会(例 地域医療研究会 名誉会長：鎌田實 当院名誉院長)などの観点から自地域のみならず地域医療全体の向上のために尽力してきました。住民の健康を様々なレベルから包括的にサポートすることが諏訪中央病院の使命であり、少子・超高齢・多障害・多死社会を迎える我が国において、新しい形の地域医療を実践するキープレイヤーになることが総合診療医に求められます。

「医療資源不足地域を支える」ことは地域医療を支える上で重要な観点です。諏訪中央病院は長野県茅野市に位置し、茅野市、原村、諏訪市の組合立の病院です。諏訪二次医療圏に属し、過疎とみなされる区域を含む上小医療圏や上伊那医療圏、中北医療圏(山梨県)と隣接し、研修者のみならずスタッフレベルも含めた重層的な人事交流等を通じてその地域の医療の一翼を担っています

「包括的/横断的に診る」人材育成は地域住民や患者にとって重要な観点です。諏訪中央病院は救急医療から急性期、慢性期医療、在宅医療や緩和ケア等の終末期医療までカバーするケアミックス病院であり、また地域における医療-介護-保健福祉連携を推進する役目を担っています。それと同時に住民教育やコミュニティ支援を通じて地域住民の自助・互助・共助関係の維持発展に努めています。

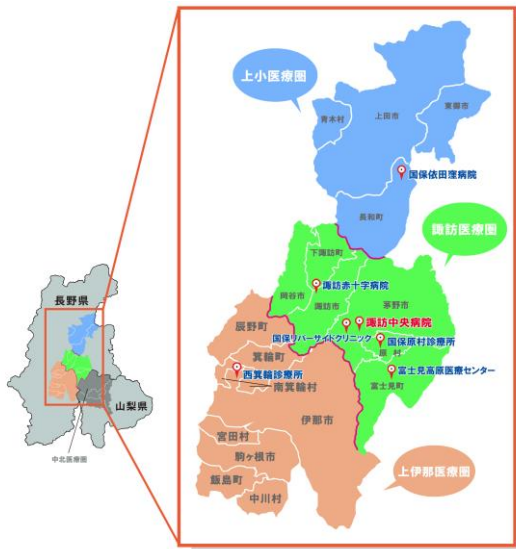
「全国の地域医療を支える人材育成」のために高いレベルの教育を行います。地域医療、総合診療の教育機関としての責任を果たし、全国から訪れる研修者が巣立った後に全国で地域医療の芽を開かせるよう、多種多様なヘルスケアニーズに対応する環境整備、その経験を学習に変換する「ふりかえりの文化」の醸成、積極的な院外講師の招聘、指導医養成プログラムの整備などを行います。

図 1) わが国の一般住民における健康問題の発生頻度と対処行動



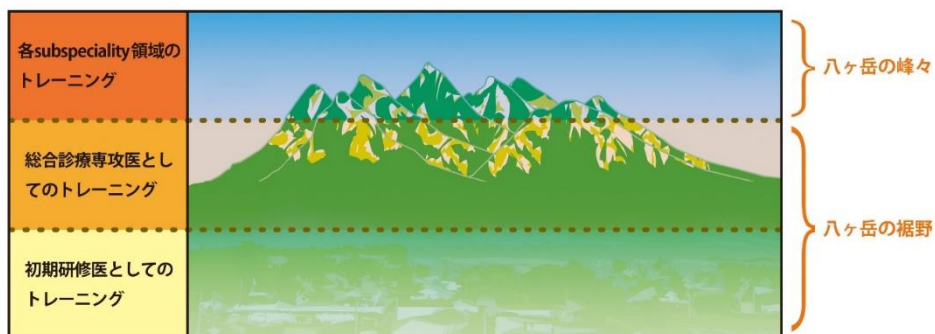
※Fukui T, et al. The ecology of medical care in Japan. JMAJ 2005;48(4):163-167.より改変

図 2) 諏訪中央病院及び各連携施設の位置関係及び医療圏



※各地域における人口動態等のデータは別表 4 参照

図 3) 本プログラムにおける研修理念の概念図



## 2) 総合診療専門医の使命【整備基準 1-②】

- 「今こそ地域だ!」をスローガンに地域医療を実践しながら学んでいきます。  
「地域医療の実践」とは地域ニーズに応えようとする行動の全体を指します。決して田舎で医療を行うことや、在宅医療に行くことで決まるわけではありません。世界標準の侵襲的治療も、患者の生活と苦悩に寄り添った在宅ケアも、受け手との関係の中で初めて意味を持ちます。受け手のニーズに応えようと真剣になったときこそ、研修者の成長は最大化されます。諏訪中央病院は地域医療に真剣です。だからこそワールドスタンダードの質を目指します。時には遠くから、時には近くから地域を眺め、ニーズに自分を変えながら貢献できる人材を育成することは諏訪中央病院の使命です。地域ニーズと一緒に真剣になる仲間を募集しています。
- 「八ヶ岳の裾野の様に幅広い臨床力を身に付ける」(※参考：図3)  
これが諏訪中央病院の初期研修、内科専門研修、総合診療専門研修共通の研修理念です。限られたリソースを駆使しながら担当患者や家族、当該地域住民やコミュニティに資する医師となり、かつ専門医取得後に他地域に移動した際にも当該地域のニーズに合わせて地域医療を支えることのできる医師になるための研修環境が用意されています。日本専門医機構の定める総合診療専門研修の7つの資質・能力（コアコンピテンシー）を実際の業務や研修を通して獲得し、絶えざる自己研鑽を重ねながら果たすべき役割を見出し、成長していくことを期待します。
- 地域を支える診療所や病院において果たすべき役割の実際の例としては  
日常遭遇する疾病や障害等に対して適切な初期対応を行います。疾病への対応のみならず、医師間連携、多職種連携、多部門/多機関連携を通じ、地域の保健・医療・介護・福祉等の様々な分野においてリーダーシップを発揮し、ファシリテートする役割を担います。多様な医療・福祉サービス含む)を包括的かつ柔軟に提供するとともに地域包括ケアの観点からコミュニティや他機関と連携しながら提供します。
- 病院の総合診療部門において果たすべき役割の実際の例としては  
臓器別でない病棟診療、外来診療の提供者です。問診・身体所見を重視しながら適切に診断を行い、EBMに基づいた治療を提供します。高齢者ケア、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、がん・非がん患者の緩和ケア、リハビリ、退院調整等の対応に必要な能力を身に付け、またそれに必要な多職種連携を行います。

### 3) 総合診療専攻医が身に付ける7つの資質・能力【整備基準2】

上記の理念に基づき総合診療医としての使命は果たす課程で、各専攻医は以下の7つの資質・能力（以下コアコンピテンシー）を獲得します。

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. 多彩な診療の場に対応する能力

コアコンピテンシーのベースとなる基本的臨床能力の獲得を当プログラムでは重視します。

- ・病歴/身体所見による臨床推論を全研修期間で徹底的にトレーニングする（毎日）。
- ・「主治医」として様々な問題解決にあたることを重視する。

その上でさらに下記のような環境の中でコアコンピテンシーの獲得を目指します。

- ・近接性：診療所外来や総合外来、救急外来を担当し、プライマリ・ケア医としての対処を身に付ける
- ・継続性：救急-急性期-慢性期-維持期まで主治医として対応。同一医療圏の診療所研修でも同一患者に関与し続ける。また病院の小児科/産婦人科での研修を通じ、当該地域における家族を丸ごと担当する機会を持つ。
- ・包括性：外来・入院において複雑困難事例を担当し、多角的アプローチの技術を身に付ける。
- ・協調性：様々な横断的チーム(NST, ICT, 多職種オリエンテーションなど)に所属する。また、病院・診療所・在宅での合同カンファレンスの推進、保健活動と協働での住民教育への参画などの機会を持つ。
- ・文脈性：同一患者の継続的担当により文脈性の持つ意義を学ぶ。緩和ケア病棟・在宅緩和ケア症例の担当や、住民組織との協働経験によって、様々なステージにある患者・住民の文脈を学び、医療の在り方を検討する機会を持つ。

4) 本研修プログラムでは、①総合診療専門研修Ⅰ（小病院・診療所）、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。本研修プログラム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できます。

## 2. 総合診療専門研修はどのように行われるのか

### 1) 研修の流れ【整備基準3-④, 4-①, 4-②】

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年間で構成されます。

- 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。また、医療資源不足地域において限られたリソースや条件の中で適切な判断や処置、連携ができるようなマネジメント力を涵養す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。
- 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【整備基準3-①, ②, ③】

専攻医の研修は①臨床現場での学習、②臨床現場を離れた学習、③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。また、屋根瓦式教育チーム体制をとっており、研修医や実習学生に対して1：1の指導を行う機会、レクチャー等の教育セッションを行う機会、また多職種スタッフに対しての連携向上や知識技術向上のためのセッションを行う機会があります。これらを通して教育領域の能力向上を図ります。

場に応じた教育方略は下記の通りです。

#### （ア）外来医療

総合外来を担当し、経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。具体的には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、ふりかえり等を行う外来教育法（プリセプティング）や診療場面をビデオ等で直接観察してフィードバックを受けるビデオレビュー、指導医による定期的な診療録レビュー、外来症例ケースカンファレンスを行います。技能・態度領域についても直接観察やビデオレビューを通じ、習熟度に応じた指導を提供します。

#### （イ）在宅医療

救急～病棟～在宅までのシームレスなケアの提供を組織をあげて取り組んでおり、総合診療専門研修Ⅰの時期のみならず、その他の研修期間中においても病棟研修中に担当した事例の訪問診療を担当する等の機会を得ることができます。基幹施設には常時140名程度の在宅患者がおり、在宅看取り例や神経難病、がん・非がんターミナル、慢性臓器不全、認知症、心理社会的困難事例等幅広い経験をバランスよく得ることができます。指導医の同行訪問や毎週の在宅ミーティングを通して常に在宅医療に関わる認知・情意・精神運動領域の能力についてフィードバックを受けることができます。組織内の緩和ケア病棟・地域包括ケア病棟・療養病棟・リハビリ病棟・老人保健施設・特別養護老人ホームと在宅との関連を退院・入院調整や多職種カンファレンスの中から学ぶことができます。

#### （ウ）病棟医療

総合診療科において経験目標にあるような多彩な経験を積むことができます。ICU、急性期、地域包括ケア、回復期、療養病棟のいずれのケースも担当し、必要に応じて病院総合医・家庭医専門医・臓器別専門医の指導を受けながら入院担当患者のマネジメントを進めていきます。屋根瓦式のチーム体制を採用しており、回診、チームカンファレンスに加え、総合診療ミーティング、昼の臨床推論カンファレンス、内科・総



合診療科カンファレンス、総合診療勉強会、CPC等を通じて診断・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、医師会医師むけ勉強会（毎月開催）、ポートフォリオ発表会等を通じて地域の実地医家との交流の機会を持ちます。また地域包括ケアに関わる行政や介護領域の会議への参加、さらには産業保健活動、学校保健活動等を通して学びを深めます。公民館活動への協力や地域住民のコミュニティとの協働を通じて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。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。

#### (カ) 医療資源不足地域での診療・ケア

長野県内、特に諏訪中央病院が存在する南信地方や近隣地には医療資源不足で困っている地域がたくさんあります（別表5、6参照）。医療資源不足地域での臨床経験は、当該地における地域ニーズ、組織ニーズ、患者ニーズを読み取り、かつ周囲のリソースの強み・弱みを読み取りながら自らの診療の振舞いを決める必要があります。現場の指導医とともに進めるOJTに加え、基幹施設指導医とのオリエンテーションや種々の振り返りを通して医療資源不足地で貢献する総合医にとって適切な能力の涵養を目指します。

### 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、家庭医療カンファレンスや定期的に院外指導医を招聘しての勉強会を通じて学ぶ機会を得ます。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、院内で開催する倫理研修会、医療安全研修会、感染対策研修会、地域医療講演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。指導医との定期的なふりかえりや勉強会により研修者本人の自己主導型学習をサポートする体制としています。

### 専門研修における研究【整備基準2-③v, 5-⑧】

専門研修プログラムの専攻医は最先端の医学・医療を理解すること及び科学的思考法を体得すること重要です。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。基幹施設の臨床研修研究センターが開催する研究ワークショップや各種勉強会に参加し、外部講師の協力も得ながら臨床研究に携わる機会を持ちます。研究発表についても経験ある指導医からの支援を提供します。

### 4) 研修の週間計画および年間計画【整備基準7-③】

各研修期間における代表的な研修スケジュールを下記に記します。

各診療科や業務内容により、担当する業務の曜日や時間帯は調整・変更されます。

地域参加型カンファレンス、研修施設群合同カンファレンス、講習会、CPC、学会などは各々の開催日に参加します。

宿直当番については原則いずれの研修期間においても、休日・夜間（月4回程度）に救急外来担当医として経験を積みます。

待機当番については原則ローテーション研修施設・科の運用ルールに基づいて担当します。

< 基幹施設（諏訪中央病院）における研修スケジュール例 >

● 総合診療専門研修Ⅱ（A 期間） 週間スケジュール（例）

	月	火	水	木	金	土	日		
午前			救急勉強会	内科外科 カンファレンス		休日 オンコール/ 日当直/ 講習会・ 学会参加など			
	入院症例カンファレンス/入院患者診療（総合診療科）								
	救急総合診療 センター外来 （※別表2参照）	救急総合診療 センター外来	予約外来診療	人間ドッグ外来 リハビリ外来 ワクチン外来等	選択研修				
昼	昼カンファレンス								
午後	入院患者診療（各診療科）								
	入院症例 カンファレンス	総合診療 教育回診	総合診療 病棟研修	総合診療 病棟研修	救急総合診療 センター				
	内科・総合診療科 カンファレンス	講習会 CPC など	地域参加型 カンファレンス	家庭医療 カンファレンス					
夜	担当患者の病態に応じた診療 / オンコール / 当直など								

● 内科 週間スケジュール（例：循環器科） ※他科もほぼ同様

	月	火	水	木	金	土	日		
午前			救急勉強会	内科外科 カンファレンス		休日 オンコール/ 日当直/ 講習会・ 学会参加など			
	入院症例カンファレンス/入院患者診療（循環器科）								
	救急総合診療 センター外来 （内科初診）	病棟業務	午前検査	病棟研修	病棟研修				
昼	昼カンファレンス								
午後	入院患者診療								
	入院症例 カンファレンス	午後検査	内科予約外来	午後検査	救急総合診療 センター				
	内科・総合診療科 カンファレンス	講習会 CPC など	地域参加型 カンファレンス						
夜	担当患者の病態に応じた診療 / オンコール / 当直など								

● 小児科 週間スケジュール（諏訪中央病院例）※他施設もほぼ同様

	月	火	水	木	金	土	日
午前			救急勉強会	内科外科 カンファレンス		休日 オンコール/ 日当直/ 講習会・ 学会参加など	
	入院症例カンファレンス／入院患者診療（小児科）						
	午前小児外来 （専門外来見学）	病棟業務	病棟業務	病棟研修	病棟研修		
昼	昼カンファレンス						
午後	午後小児外来						
	午後小児外来 （初診）	午後小児外来 （予防接種）	内科予約外来	午後小児外来 （乳幼児健診）	救急総合診療 センター		
	入院症例 カンファレンス						
夜	担当患者の病態に応じた診療 / オンコール / 当直など						

● 救急科 週間スケジュール（諏訪中央病院例）※他施設もほぼ同様

	月	火	水	木	金	土	日
午前			救急勉強会	内科外科 カンファレンス		休日 オンコール/ 日当直/ 講習会・ 学会参加など	
	救急科カンファレンス／入院患者診療（救急科）						
	午前救急対応 （外来）	午前救急対応 （救急車）	午前救急対応 （救急車）	午前救急対応 （救急車）	選択研修		
昼	昼カンファレンス						
午後	救急総合診療センター：救急外来 入院患者診療（救急科）						
	午前救急対応 （外来）	午前救急対応 （救急車）	午前救急対応 （救急車）	内科予約外来	救急総合診療 センター		
	入院症例 カンファレンス						
夜	担当患者の病態に応じた診療 / オンコール / 当直など						

<連携施設群における研修スケジュール例>

● 総合診療専門研修Ⅰ リバーサイドクリニック 週間スケジュール(例) ※多施設も同様

	月	火	水	木	金	土	日
午前	朝カンファレンス/ 朝勉強会					在宅オンコ ール 日当直(基幹施 設) 講習会・ 学会参加など	
	午前外来	午前外来 午前検査	午前外来	午前外来 午前検査	選択研修		
昼	昼休み						
午後	集団予防接種(月1-2回)、学校医業務(適宜)						
	午後外来	訪問診療	施設嘱託医業 務	訪問診療 僻地診療所外来 (隔週)	基幹病院 内科予約外来		
地域包括ケア会 議 医師会会議等	午後外来	午後外来	家庭医療 カンファレンス				
夜	在宅オンコール / 当直(基幹施設) / 小児夜間急病センターなど						

● 総合診療専門研修Ⅱ (B期間) 例) 富士見高原病院 週間スケジュール(例)

※多施設もほぼ同様

	月	火	水	木	金	土	日
午前	週末症例勉強会	外来症例勉強 会		抄読会	他科症例勉強 会	休日 在宅オンコ ール 日当直 講習会・ 学会参加など	
	外来対応/病棟対応						
	午前外来	診療所外来	病棟対応	午前外来	選択研修		
昼	昼休み						
午後	集団予防接種(月1-2回)、学校医業務(適宜)、ポートフォリオ作成						
	午後外来	訪問診療	健診 乳幼児健診 予防接種	午後外来	内科予約外来 (基幹病院)		
地域包括ケア会議 医師会会議等	症例カンファ	多職種カンフ ァ	症例カンファ				
夜	在宅オンコール / 当直など						

● 選択研修 産婦人科 週間スケジュール (例) ※多診療科も同様

	月	火	水	木	金	土	日
午前	医局連絡会		医局勉強会	抄読会		休日 在宅オンコール 日当直 講習会・ 学会参加など	
	外来対応/病棟対応						
	専門外来	内科初診外来	子宮がん検診	専門外来	子宮がん検診		
昼	昼休み						
午後	妊婦健診 (適宜)、母親学級 (適宜)、ポートフォリオ作成						
	救急外来	病棟回診	手術	訪問診療 地域訪問	内科予約外来		
		症例カンファ	多職種カンファ	症例カンファ			
夜	在宅オンコール / 当直など						

本研修プログラム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	<ul style="list-style-type: none"> <li>SR1：研修開始 多職種オリエンテーション 専攻医オリエンテーション 専攻医および指導医に提出用資料の配布 (諏訪中央病院ホームページ)</li> <li>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</li> <li>指導医・プログラム統括責任者：前年度の指導実績報告の提出</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>第1回研修管理委員会：研修実施状況評価、修了判定</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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)</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>研修修了者：専門医認定審査 (筆記試験、実技試験)</li> <li>次年度専攻医の公募および説明会開催</li> </ul>

8	<ul style="list-style-type: none"> <li>日本プライマリ・ケア連合学会長野県ブロック支部ポートフォリオ発表会（詳細は要確認）</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>第2回研修管理委員会：研修実施状況評価</li> <li>公募締切（9月末頃予定）</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>SR1、SR2、SR3：研修手帳の記載整理（中間報告）</li> <li>次年度専攻医採用審査（書類及び面接）</li> </ul>
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>SR1、SR2、SR3：研修手帳の提出（中間報告）</li> </ul>
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>第3回研修プログラム管理委員会：研修実施状況評価、採用予定者の承認</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>日本プライマリ・ケア連合学会長野県ブロック支部地方会演題公募（詳細は要確認）</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>その年度の研修終了</li> <li>SR1、SR2、SR3：研修手帳の作成（年次報告）（書類は翌月に提出）</li> <li>SR1、SR2、SR3：研修プログラム評価報告の作成（書類は翌月に提出）</li> <li>指導医・プログラム統括責任者：指導実績報告の作成（書類は翌月に提出）</li> <li>日本プライマリ・ケア連合学会長野県ブロック支部地方会演題締切（詳細は要確認）</li> </ul>

### 3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）【整備基準2-①, ②, ③】

#### 1) 専門知識

総合診療の専門知識は以下の6領域で構成されます。

1. 地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病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. 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。

## 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。（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	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	関節・靭帯の損傷及び障害		骨粗鬆症	脊柱障害
心不全	狭心症・心筋梗塞	不整脈	動脈疾患	
静脈・リンパ管疾患		高血圧症	呼吸不全	呼吸器感染症
閉塞性・拘束性肺疾患		異常呼吸	胸膜・縦隔・横隔膜疾患	
食道・胃・十二指腸疾患		小腸・大腸疾患	胆嚢・胆管疾患	肝疾患
膵臓疾患	腹壁・腹膜疾患	腎不全	全身疾患による腎障害	
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（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	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）

##### (ア) 身体診察

- ① 小児の一般的身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察
- 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）
- 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）
- ④ 耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察
- ⑤ 死亡診断を実施し、死亡診断書を作成

##### (イ) 検査

- ① 各種の採血法（静脈血・動脈血）、簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査
- ② 採尿法（導尿法を含む）
- ③ 注射法（皮内・皮下・筋肉・静脈内・点滴・成人及び小児の静脈確保法、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）
- ⑤ 単純X線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）
- ⑥ 心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査
- ⑦ 超音波検査（腹部・表在・心臓・下肢静脈）
- ⑧ 生体標本（喀痰、尿、皮膚等）に対する顕微鏡的診断
- ⑨ 呼吸機能検査
- ⑩ 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
- ⑪ 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

#### 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)

(ア)救急処置

- ① 新生児、幼児、小児の心肺蘇生法 (PALS)
- ② 成人心肺蘇生法 (ICLS または ACLS) または内科救急・ICLS 講習会 (JMECC)
- ③ 病院前外傷救護法 (PTLS)

(イ)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。

(ウ)治療手技・小手術

簡単な切開・異物摘出・ドレナージ	止血・縫合法及び閉鎖療法
簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギプス法	局所麻酔 (手指のブロック注射を含む)
トリガーポイント注射	関節注射 (膝関節・肩関節等)
静脈ルート確保および輸液管理 (IVH を含む)	経鼻胃管及びイレウス管の挿入と管理
胃瘻カテーテルの交換と管理	
導尿及び尿道留置カテーテル・膀胱瘻カテーテルの留置及び交換	
褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン	在宅酸素療法の導入と管理
人工呼吸器の導入と管理	
輸血法 (血液型・交差適合試験の判定や在宅輸血のガイドラインを含む)	
各種ブロック注射 (仙骨硬膜外ブロック・正中神経ブロック等)	
小手術 (局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法滅菌・消毒法)	
包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法	穿刺法 (胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等)
鼻出血の一時的止血	耳垢除去、外耳道異物除去
咽喉頭異物の除去 (間接喉頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用)	
睫毛抜去	

※ 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【整備基準 3-①, 4-①】

諏訪中央病院では「救急→急性期→慢性期→維持期→終末期」を主治医として一貫して担当できる環境があり、「患者中心・家族志向の診療・ケア」を提供する文化がある。

救急外来・病棟の場面で主治医として直面する問題の解決および、知識・技能の習得のため、各種カンファレンスを有効利用することができる。

・外来カンファレンス(毎月)

総合診療外来で経験する多様な症例をカンファレンスで振り返り、臨床推論や、ビデオレビューも織り交ぜながら人間中心の医療・ケアの観点に立った総合診療の専門的アプローチについて議論を行い、総合診療への理解を深めていく。

・在宅医療カンファレンス(毎週)

多職種も参加する場で、多職種との連携の重要性を学び、連携方法を学ぶ。

・家庭医療カンファレンス(毎週)

在宅・外来・病棟ケースの困難事例、地域ケア活動について、質改善運動について、専攻医ふりかえりなどを指導医と専攻医が参加する中で行っていく。

・内科・総合診療科カンファレンス(毎週)

各内科専門医も参加する場で、外来や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ことで、診断・検査・治療のプロセスに関する理解を深め、担当患者の多様な問題点に対処できるようにする。

## 5. 学問的姿勢について【整備基準 2-②iii, 2-③v】

専攻医には、以下の2つの学問的姿勢が求められる。

- 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。

実施においては諏訪中央病院 臨床研修研究センターや外部講師の協力を得ることができます。

### 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) 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

- 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（疫学研究など）、質的研究双方の方法と特長について理解し、批判的に吟味でき、各種研究成果を自らの診療に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。

## 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【整備基準2-②iv】

総合診療専攻医は以下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。

各ローテーションでは360度評価を行うことにより倫理性や社会性などの評価、指導を行っていく予定としています。

## 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【整備基準5-①～⑦】

本研修プログラムで諏訪中央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。ローテート研修にあたっては下記の構成となります。

- 1) 総合診療専門研修は診療所における総合診療専門研修Ⅰ(C)と病院総合診療部門(期間A)及び医療資源不足地域における小中規模病院総合診療科(期間B)における総合診療専門研修Ⅱで構成されます。当プログラムでは(A)(B)(C)を各6か月、合計で18ヶ月以上の研修を行うことを原則とします。
- 2) 医療資源が不足している地域での診療は、地域医療に貢献する観点のみならず、研修効果の観点からも非常に重要です。(B)の期間を充実させるための研修環境の整備や指導医派遣、オンラインでの振り返りなどを重視します。適切なサポート下での不足地域の経験、および経験を学びに変換するための工夫が用意されています。
- 3) 必須領域別研修として、諏訪中央病院にて内科12ヶ月、小児科3ヶ月、救急科3ヶ月以上の研修を行います。状況に応じて救急科研修においては諏訪中央病院救急科

以外に諏訪赤十字病院救命救急センター、東京医科大学八王子医療センター、山梨県立中央病院救命救急センター、小児科研修においては諏訪赤十字病院小児科での研修も相談可能です。

- 4) その他の領域別研修として、諏訪中央病院にて専攻医の研修ニーズが高い領域（以下 Special interest 領域）を受け入れ科の状況に応じて研修を行うことが可能です。ブロック研修（3ヶ月程度）は研修修了基準に差し支えない範囲で専攻医の意向と受け入れ可の状況を踏まえて決定します。ハーフデイバック型（週半日）研修も研修者個人と受け入れ科の希望を踏まえ、ローレート科の研修に支障を来さない範囲（少なくとも週4日は当該科研修）での選択研修を認めます。週半日のうちの1枠は Special interest 領域（原則は総診Ⅰ、Ⅱ、救急科、選択期間中）、もう1枠は病院業務に関わる研修（救急、総合診療、診療所、その他業務等）を原則とします。Special interest の研修候補先は各領域別診療科の他、内科系診療科、小病院・診療所を含み、診療と研修の継続性が保てるように工夫することができます。なお、ハーフデイバック型研修による研修期間は修了判定における領域別研修としての研修期間には含みません。

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、本研修プログラム管理委員会が決定します。

## 8. へき地・離島、被災地、医療資源の乏しい地域への医療の考え方【整備基準5-⑥】

諏訪中央病院は当該地域、長野県、また全国に対し「地域医療」のモデルであり続ける自負を持って医療と地域ケアに取り組んでいます。そのために、医療資源不足地域に研修者を派遣するのみならず、スタッフレベルを派遣し長期的な観点からその地域の地域包括ケアの維持発展に貢献する体制を整えています。

長野県内、特に諏訪中央病院が存在する南信地方や近隣地には医療資源不足で困っている地域がたくさんあります（別表5、6参照）。医療資源不足地域で医療を行うことは、その地域における地域医療に貢献するのみならず、総合診療専門医としての能力を身につける上で大きな学習機会となります。

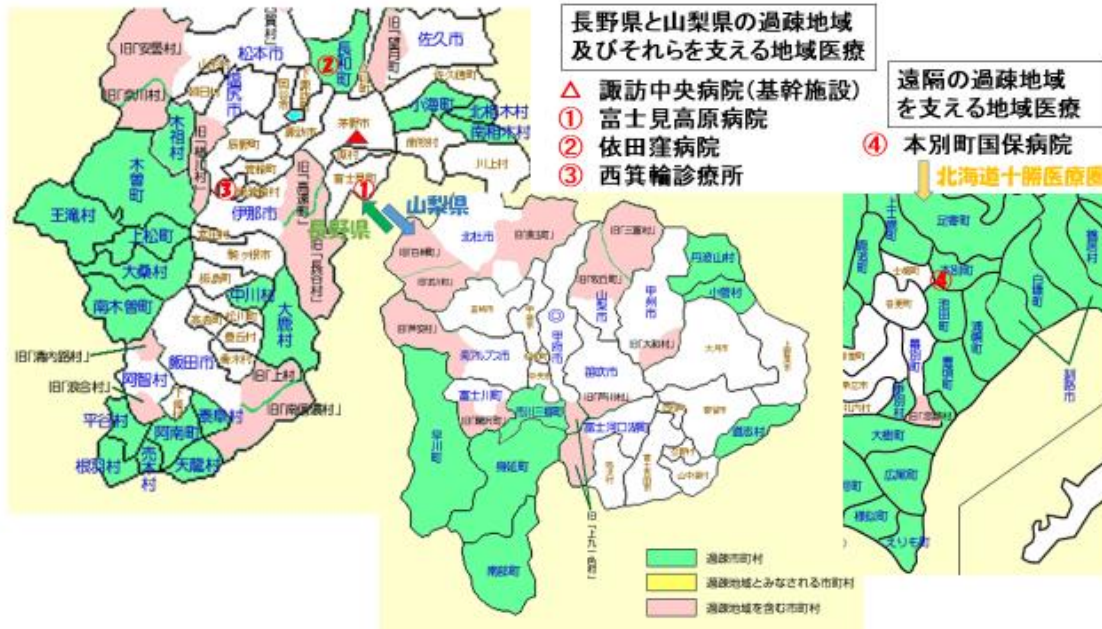
また、災害時の短期的～長期的な医療協力はプライマリ・ケアの重要な役割です。その実践と研修が効果的になるためのサポートを提供します。

当方のプログラムの総合診療専門研修ⅡにおけるB期間（医療資源不足地域での研修）を中心として下記のような場所、サポートの元で研修を行うことができます。

-1) 場所（へき地、及びへき地医療に貢献する医療資源不足機関）（※下図参照）

- へき地指定（総務省自治行政局過疎対策室 過疎関係市町村都道府県別分布図 H29.4版より）
- ・長野県小県郡長和町（国保依田窪病院）

- ・北海道中川郡本別町（本別町国保病院）
- 医療資源不足地域、かつへき地地区の患者を受け入れる医療機関
- ・長野県諏訪郡富士見町（富士見高原病院）：山梨県旧白州町地区など
- ・長野県伊那市（西箕輪診療所）：長野県旧高遠町地区、木曾医療圏など



- 2) 医師派遣スキーム

- ・病院医療だけでなく地域包括ケアを重視（派遣先自治体の福祉施策等の会議に関与等）
- ・指導医と研修医を共に派遣する（派遣先外来、研修ふりかえりなど）

例) 諏訪中央病院スタッフが外来診療：リバーサイドクリニック、原村国保診療所、富士見高原病院、国保依田窪病院

例) 諏訪中央病院スタッフが常勤で出向派遣：リバーサイドクリニック、富士見高原病院

例) その他の関与：本別町国保病院（一般社団法人 地域包括ケア研究所 <代表：鎌田實 当院名誉院長>が本別町から業務委託受け指導医派遣や包括的な福祉街づくり支援）

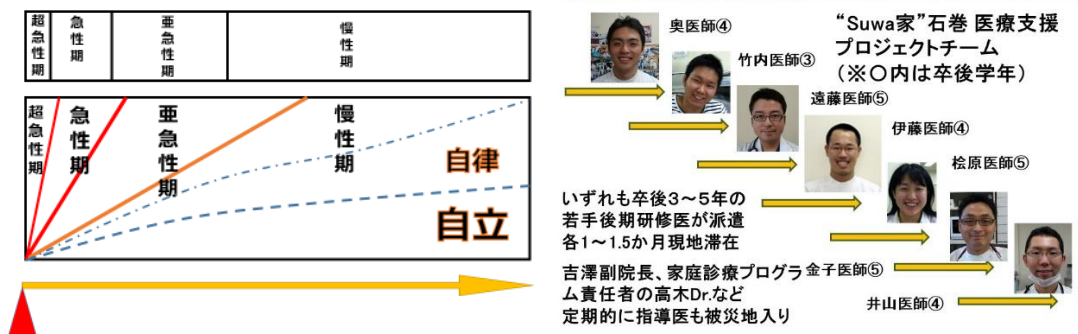
- ・人は抱え込まない（派遣先連携施設での研修終了後の就職も積極的に推奨）

C) 災害医療・被災地支援活動に関して

災害大国において突発的な災害に対して急性期のみならず慢性期支援までを見越した地域支援を行う準備、実績があります（下図左）。またそのプロセスを通じて研修者が学習するサポート体制も整えています。

- ・東日本大震災（福島県南相馬市）：医師 15 名派遣。看護師、リハビリスタッフも派遣あり。
- ・東日本大震災（宮城県石巻市）：医師 12 名派遣。うち 7 名は家庭医療後期研修の一環として各 4~7 週程度派遣（下図右）。合計約 200 日間滞在。指導医も定期派遣。看護師、リハビリスタッフも派遣あり。その後も被災地住民、茅野市行政や住民を巻き込んだ相互訪問あり 2017 年までほぼ毎年交流あり。
- ・熊本地震(2016 年)（熊本県阿蘇市）：医師 8 名派遣、看護師も派遣あり。うち 4 名は家庭医療後期研修の一環として各 1 週派遣。指導医とペアで常時 2 名派遣。

## 発災後のギアチェンジ



### 9. 専門研修プログラムの施設群について【整備基準5-③, ④, ⑥】

本研修プログラムは基幹施設1, 連携施設10の合計11施設の施設群で構成されます。基幹施設は「諏訪」、連携施設は「上小」「上伊那」「中北(山梨県)」の3つの隣接した二次医療圏に加え「十勝(北海道)」「南多摩(東京)」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ください。

#### 専門研修基幹施設

諏訪中央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

本研修プログラム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。

#### <総合診療専門研修Ⅰ>

- リバーサイドクリニック（諏訪二次医療圏の在宅療養支援診療所である。総合診療専門研修指導医、家庭医療専門医2名が常勤している。在宅医療の症例が豊富である。自治体と連携した健康増進や予防医学活動が盛んである。）
- 原村国民健康保険直営診療所（以下原村国保診療所）（諏訪二次医療圏の公立診療所である。総合診療専門研修指導医が常勤している。自治体と提携した健康増進や予防医学活動が盛んである。）
- 中新田診療所（諏訪二次医療圏の診療所である。総合診療専門研修指導医が常勤している。福祉施設との連携が厚い。）
- 西箕輪診療所（上伊那二次医療圏の公立診療所である。総合診療専門研修指導医が常勤している。隣接地域である東部の旧高遠町地域/旧長谷村地域はへき地であり西部の木曽医療圏は医療過疎地域である。）

#### <総合診療専門研修Ⅱ>

- 富士見高原病院（諏訪二次医療圏の中小病院である。医師不足病院である。総合診療専門研修指導医が常勤している。関連介護施設、在宅診療の症例も豊富である。隣接する山梨県中北医療圏の長野県境は過疎地域かつ医療資源不足地域であり同院が地域住民の医療ニーズに込えている。）



- ・ 国民健康保険依田窪病院（以下国保依田窪病院）（上小二次医療圏の中小病院である。へき地指定である。諏訪医療圏と隣接する二次医療圏であるが、極めて医療資源に乏しい地域である。総合診療専門研修指導医が常勤している。整形外科指導医が多数在籍しており、整形外科領域の研修経験が可能である。自治体と提携した健康増進や予防医学活動が盛んである。）
- ・ 本別町国民健康保険病院（十勝医療圏の中小病院である。へき地指定かつ医療資源不足地域である。総合診療専門研修指導医、家庭医療専門医が常勤している。当院名誉院長である鎌田實が代表を務める社団法人地域包括ケア研究所が委託を受け、地域包括ケアシステムを核とした街づくりを行っている。）

< 救急研修・小児科研修(諏訪赤十字病院のみ) >

- ・ 諏訪赤十字病院（諏訪二次医療圏の各種専門診療を提供する高度急性期病院である。同医療圏における拠点病院であり救命救急センター/NICUを有している。救急専門医・指導医、小児科指導医が常駐している。）
- ・ 山梨県立中央病院（中北二次医療圏の各種専門診療を提供する高度急性期病院である。同医療圏における拠点病院であり救命救急センターを有している。救急専門医・指導医が常駐している。諏訪中央病院と同院との間の地域が過疎地域かつ医療資源不足地域である）
- ・ 東京医科大学八王子医療センター（南多摩医療圏の各種専門診療を提供する高度急性期病院である。救命救急センターを有している。救急専門医・指導医が常駐している。2010年から4名の研修実績がある。）

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。（※図4）

図4: 研修体制

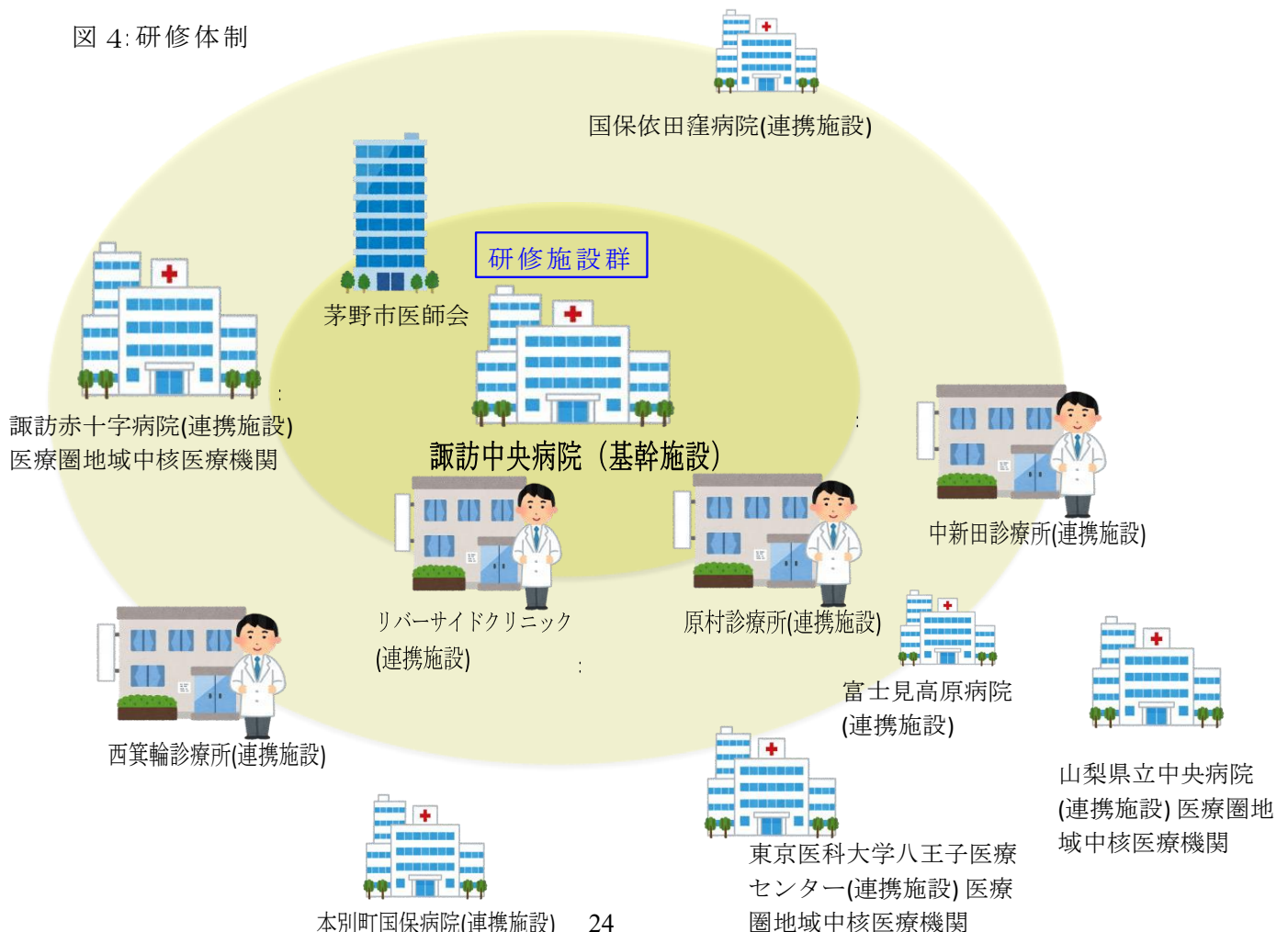
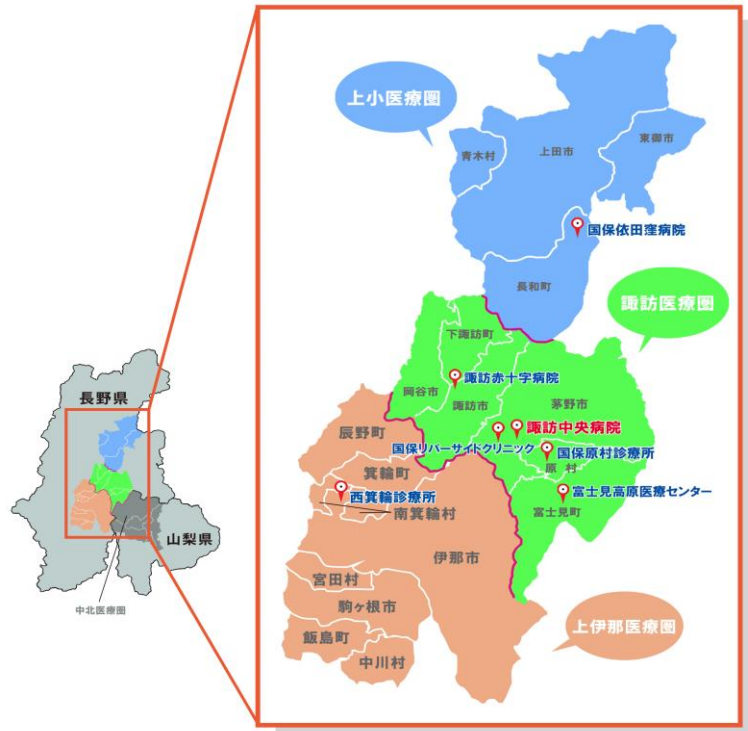


図5：研修関連施設

専門研修施設群の地理的範囲  
 本研修プログラムの専門研  
 修施設群は概ね長野県にあ  
 ります。施設群の中には、  
 地域中核病院や地域中小病  
 院、診療所が入っています。



※各地域における人口動態等のデータは別表4参照

## 研修連携施設(諏訪中央病院)

<b>総診Ⅰ</b>	(期間:6か月)	<b>内科研修</b>	(期間:計12か月)
	原村診療所		各専門内科
	リバーサイドクリニック		緩和ケア科
	中新田診療所	<b>救急研修</b>	(期間:3か月)
	西箕輪診療所		諏訪中央病院 救急科
<b>総診Ⅱ</b>	(期間:計6か月)		諏訪赤十字病院
(A期間※1)	総合診療科		山梨県立中央病院
			八王子医療センター
<b>総診Ⅱ</b>	(期間:計6か月)	<b>小児科研修</b>	(期間:3か月)
(B期間※1)	富士見高原病院		諏訪中央病院
	依田窪病院		諏訪赤十字病院
	本別町国保病院	<b>選択研修</b>	(期間:0-3か月)
	(総合診療科※2)		※内科等上記の診療科も選択可能
※1: 総診Ⅱの期間をA期間とB期間にわけ		※時期によってハーフデイ研修追加も可能	
A期間は諏訪中央病院総合診療科		※病院ニーズと研修者ニーズがマッチした場合	
B期間は医療資源不足地域での研修		登録院内専門科から選択可能	
※2: やむをえない事情がある場合			

## 10. 専攻医の受け入れ数について【整備基準5-⑤】

現在、本プログラム内には総合診療専門研修指導医(2017年3月現在予定)が18名在籍しており、この基準に基づくと毎年36名が最大受入数です。内科指導医は現在11名在籍しています。救急科は専門医1名(基幹施設)在籍、小児科は指導医2名(基幹施設)在籍しています。①3年間のうち半年～1年は医療資源不足地域での研修を行うこと ②過去の日本プライマリ・ケア学会認定家庭医療専門医の育成実績が下記であること

- ・受け入れ実績5人(2014年)、4人(2015年)、2人(2016年)、3人(2017年)
- ・専門医取得人数3人(2014年)、1人(2015年)、0人(2016年)、3人予定(2017年)

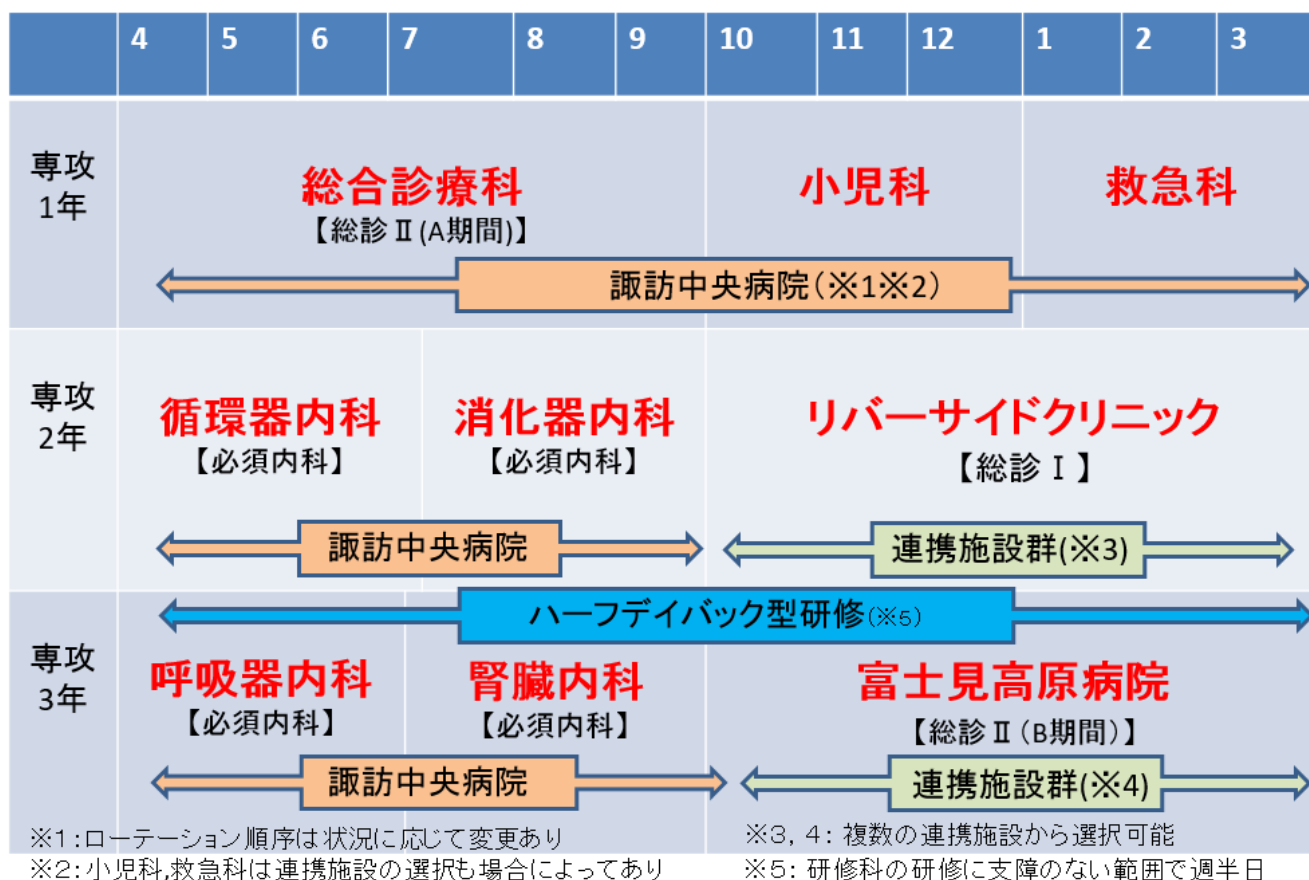
③臨床経験と指導の質を確保しながら各科専攻医と同時に各科のローテート研修を行うこと以上の①～③を鑑み、当プログラムでは毎年6名を定員と定めております。これについては、総合診療専門研修プログラムのプログラム統括責任者と各科の指導医の間で事前調整や修正を行います。

## 11. 施設群における専門研修コースについて【整備基準5-③, ⑥】

下図に本研修プログラムの施設群による研修コース例を示します。原則としては専攻医1年目は基幹施設である諏訪中央病院での総合診療専門研修Ⅱや小児科・救急科、専攻医2年目は内科研修や連携施設の診療所での研修、専攻医3年目には総合診療専門研修Ⅱや修了基準達成に必要な研修を行います。実際のローテーション時期に関しては順不同とし、年度毎の専攻医数や専攻医の希望、診療体制や受け入れ科の状況に応じて研修委員会で判断、認定します。また、選択研修に関しては特定の条件下ではブロック研修(3か月程度)やハーフデイバック型(週半日)の選択研修を選択することも可能です(※本プログラム 7. 参照)

図6) 総合診療研修のローテーション例1

## 総合診療専門研修のローテーション例



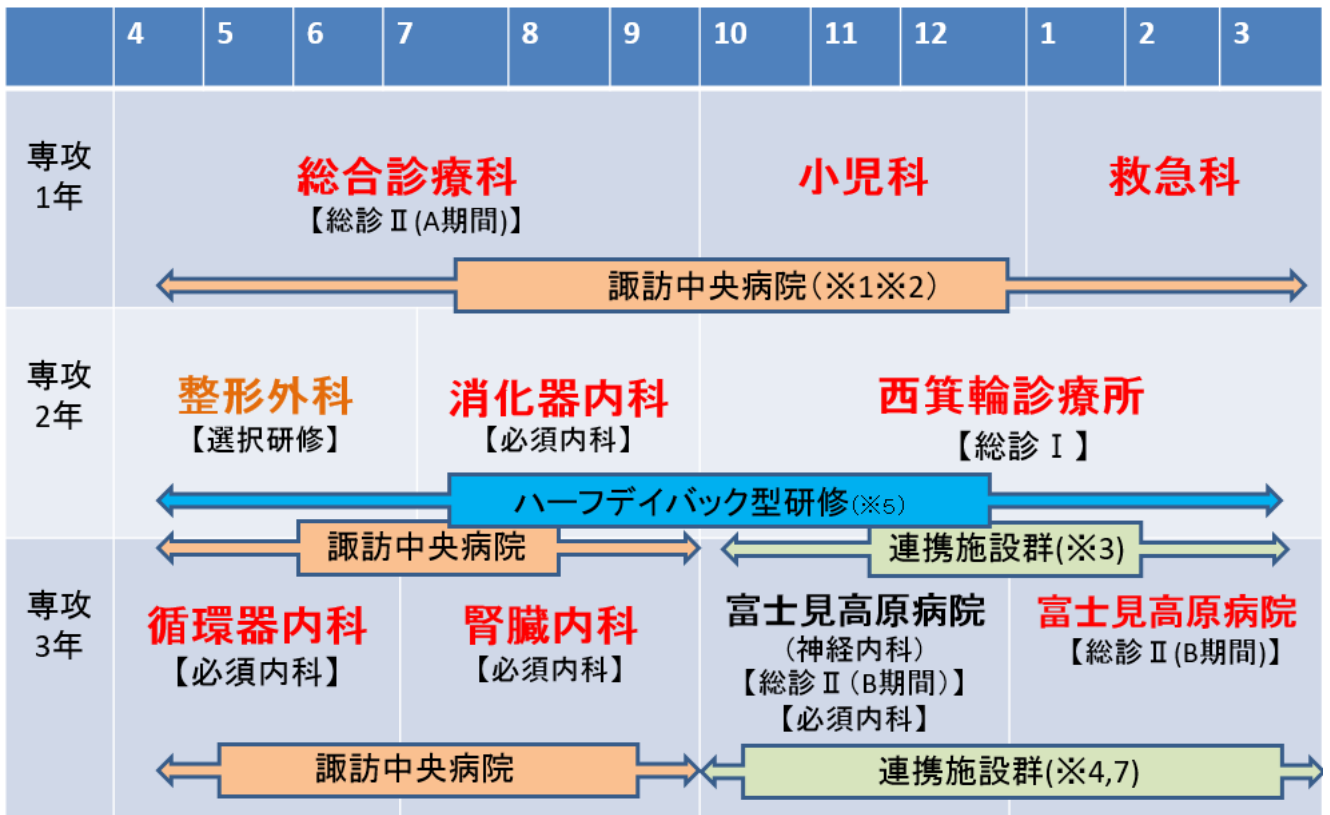
### 【補足】

本モデルで示した研修ローテーションのパターンに加えて、諏訪中央病院にて選択研修を実施するパターンを下記に示した。

これは、諸事情で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3年間に専門研修が開始されるプログラムについては、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。」として、日本専門医機構理事会において例外的に認められた措置である。

図 7) 総合診療研修のローテーション例 2

## 選択研修時のローテーション例



※1:ローテーション順序は状況に応じて変更あり  
 ※2,3,4:複数の連携施設からの選択も場合によってあり

※5:研修科の研修に支障のない範囲で週半日  
 ※7:3か月は神経内科指導医の元で同時研修

別添 2 に本研修プログラムでの 3 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。

本研修プログラムの研修期間は 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。

### 1 2. 研修施設の概要【整備基準 5-①~④, ⑨】

組合立諏訪中央病院（諏訪中央病院）

- 専門医・指導医数
- ・ 総合診療専門研修指導医 10 名（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 4 名、プライマリ・ケア認定医 6 名、うち家庭医療専門医 3 名）
  - ・ 内科指導医 14 名、総合内科専門医 10 名
  - ・ 小児科専門医 3 名
  - ・ 救急科専門医 2 名
  - ・ 産婦人科専門医 3 名
  - ・ 整形外科専門医 3 名

- ・ 東洋医学会専門医 2名
- ・ 外科専門医 6名

診療科・患者数  
(※別表3参照)

- ・ 診療実績は別表参照
- ・ 専攻医研修科：総合診療科/内科系各科/小児科/救急科/選択各科

病院の特徴

- ・ 諏訪二次医療圏の中規模中核病院。平成25年より長野県の総合診療医（信州型総合医）養成研修病院の指定を受け、長野県と連携し、総合診療医の養成に努めている。平成28年度までに家庭医療専門医を10名輩出している。
- ・ 初期臨床研修制度帰還形研修指定病院であり、初期研修医が存在する。
- ・ 組合立諏訪中央病院嘱託職員として勤務環境が保証されている。
- ・ メンタルヘルスに配慮・対処する部署（総務課庶務係）がある。
- ・ 女性専攻医の安心できる勤務環境のために休憩室、更衣室、仮眠室、シャワー室等が整備され、育児休暇の推進、院内保育所の整備もある。
- ・ 剖検数（2014年度実績13体、2013年度11体）を確保し随時CPCカンファレンスを開催している。
- ・ 診療科横断的なカンファレンス、地域の開業医が参加する勉強会、多職種カンファレンスの機会を設けている。
- ・ 感染対策、医療倫理、医療安全などの研修会を随時開催している。
- ・ 臨床研修・研究センターを有しており、臨床研究や学会発表のサポートを行っている。
- ・ 総合診療科においては、幅広い疾患に対する初診を中心とした外来診療、専門各科にまたがる問題を持つ患者に対する病棟診療、救急科と連携した初期救急などを提供している。
- ・ 内科においては、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、神経内科、腎臓内科、腫瘍内科、緩和ケア科等を持ち、地域への専門医療を提供している。また内科専門研修プログラムの基幹施設であり、JMECC等の研修機会を確保している。
- ・ 小児科においては、乳幼児健診、予防接種、幅広い外来診療、病棟診療を提供している。
- ・ 救急科においては、ER型救急として幅広い救急医療を提供している。
- ・ 選択研修においては本人の希望と合わせ、各領域別指導医、専門医、常勤医が所属している研修科での研修が可能である。

諏訪赤十字病院

専門医・指導医数

- ・ 小児科専門医 4名
- ・ 救急科専門医 4名

診療科・患者数  
(※別表3参照)

- ・ 診療実績は別表参照
- ・ 専攻医研修科：小児科/救急科

病院の特徴

- ・ 諏訪二次医療圏の拠点病院。地域救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院等の指定を受け、広汎な初期から三次までの救急医療や高度医療を提供している。
- ・ 小児科においては、乳幼児健診、予防接種、幅広い外来診療、病棟診療を提供してい

る。

- 救急科においては、重度外傷への救急医療から ER 救急まで幅広い救急医療を提供している。

#### リバーサイドクリニック

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| 専門医・指導医数              | ・ 総合診療専門研修指導医 2 名（プライマリ・ケア認定医 2 名、うち家庭医療専門医 1 名）   |
| 診療科・患者数<br>（※別表 3 参照） | ・ 診療実績は別表参照<br>・ 病床 なし<br>・ 在宅療養支援診療所  |
| 診療所の特徴                | ・ 小児から高齢者まで幅広い患者さんを持ち、マルチモディティ（多疾患併存）患者や困難症例を積極的に担当し多職種で支援している。<br>・ 同一建物内に保健福祉サービスセンター、社会福祉協議会、ヘルパーステーション、デイサービスセンターがあり多職種・他部門での連携が多い。<br>・ 外来リハビリや東洋医学外来、鍼灸外来も持ち、幅広い視点から患者を捉え、診療にあたっている。<br>・ 諏訪二次医療圏で積極的に在宅医療に取り組む在宅療養支援診療所として認定されており、諏訪中央病院と連携して積極的に在宅看取りを含めた包括的な診療を提供している。<br>・ 茅野市 4 階に置いて乳幼児健診や産業医、学校医活動にも積極的に取り組んでいる。<br>・ 地域住民のコミュニティー（公民館活動、保健指導員）に対して、講演などの健康づくり運動も盛んである。<br>・ 家庭医療専門医が常勤し層の厚い指導を行っている。 |

#### 原村国民健康保険直営診療所（原村国保診療所）

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| 専門医・指導医数              | ・ 総合診療専門研修指導医 1 名（プライマリ・ケア認定医）  |
| 診療科・患者数<br>（※別表 3 参照） | ・ 診療実績は別表参照<br>・ 病床 なし  |
| 診療所の特徴                | ・ 諏訪中央病院と同じ諏訪二次医療圏である原村に位置し、村における公的診療所として外来・在宅診療を中心に、多くの村民にとって唯一のかかりつけ医療機関としての機能を果たしている。<br>・ 小児から高齢者までの幅広い患者層を持ち、特に筋骨格系疾患を持つ患者への外来リハビリテーションや東洋医学外来も開設。<br>・ 高齢者の在宅診療を実施、十分な経験症例数や重症・困難事例経験数を確保するために諏訪中央病院在宅地域ケアセンターのハーフデイ研修を加える。<br>・ 村の保健福祉課健康づくり係や保健師と連携した地域ロコモティブシンドロームの啓発活動を実施。住民参加型ワールドカフェ等も開催。<br>・ 村唯一の小学校や中学校の校医として健診活動に参加<br>・ 同一建物内に村の保健福祉課、社会福祉協議会、デイサービスセンターがあり、多職種/多部門関係で困難事例に取り組む機会あり。 |

#### 中新田診療所

- |          |                   |
|----------|-------------------|
| 専門医・指導医数 | ・ 総合診療専門研修指導医 1 名 |
|----------|-------------------|

- 診療科・患者数  
(※別表 3 参照)
- ・ 診療実績は別表参照
  - ・ 病床 なし
  - ・ 在宅療養支援診療所
- 診療所の特徴
- ・ 諏訪中央病院と同じ諏訪二次医療圏である原村に位置し、原村診療所とともに村における公的診療所として外来・在宅診療を中心に、多くの村民にとってのかかりつけ医療機関としての機能を果たしている。
  - ・ 小児から高齢者までの幅広い患者層を持ち、特に神経疾患を持つ患者への外来リハビリテーションやボトックス治療なども実施。
  - ・ 高齢者の在宅診療を実施している。
  - ・ 付属の高齢者施設を持ち、施設担当医としてケアを提供している

#### 西箕輪診療所

- 専門医・指導医数
- ・ 総合診療専門研修指導医 1 名
- 診療科・患者数  
(※別表 3 参照)
- ・ 診療実績は別表参照
  - ・ 病床 なし
  - ・ 在宅療養支援診療所
- 診療所の特徴
- ・ 隣接する上伊那医療圏の診療所。診療所が所在する伊那市はへき地ではないもののプライマリ・ケアの医療資源は不足している。また隣接する旧高遠町地区や木曾医療圏は過疎かつ重大な医療資源不足地域であり、この診療所が支える部分がある。

#### 国民健康保険依田窪病院（国保依田窪病院）

- 専門医・指導医数
- ・ 総合診療専門研修指導医 4 名（按分後 2 名）（プライマリ・ケア認定医）
- 診療科・患者数  
(※別表 3 参照)
- ・ 診療実績は別表参照
  - ・ 一般病床 140 床
  - ・ 内科・外科・整形外科・眼科・小児科・皮膚科・泌尿器科・脳神経外科・循環器科・消化器科・リウマチ科・呼吸器科・リハビリテーション科・耳鼻咽喉科・心臓血管外科（専門外来）循環器・胃腸・呼吸器・肝臓・人工透析

#### 施設の特徴

- ・ 諏訪中央病院と隣接する上小医療圏である長和町（へき地指定）に位置し、町における公的病院として外来・入院・在宅診療を中心に、多くの町民にとって唯一のかかりつけ医療機関としての機能を果たしている。
- ・ 小児から高齢者までの幅広い患者層を持ち、特に整形外科においては県内外から患者が訪れる中核病院となっている。
- ・ 歴史的に地域包括ケアが行われてきた自治体であり、医療・行政・保健・介護の連携体制が強く、会議等も頻繁に開催されている。
- ・ 国立病院機構まつもと医療センターMMC 総合診療専門医研修プログラムにおいても連携施設として登録予定
- ・ 指導医の人事交流もあり、直接指導機会や研修の修正機会が確保されている。

#### 富士見高原病院

- 専門医・指導医数
- ・ 総合診療専門研修指導医 1 名（プライマリケア認定医 1 名）



- 診療科・患者数  
(※別表3参照)
- ・ 診療実績は別表参照
  - ・ 161床
  - ・ 内科・精神科・神経内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・小児科・外科・心臓血管外科・整形外科・形成外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・こう門科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科・歯科口腔外科
- 施設の特徴
- ・ 諏訪中央病院と同じ諏訪二次医療圏である富士見町に位置する。
  - ・ 外来・入院・在宅診療を中心に、多くの町民にとって唯一のかかりつけ医療機関としての機能を果たしている。
  - ・ 医師数は不十分で医療資源不足地域である。
  - ・ 小児から高齢者までの幅広い患者層を持ち、特に福祉施設の充実があり、虚弱高齢者の対応やケアコーディネートをを行う機会が多い
  - ・ 関連診療所(中新田診療所)をからの入院患者も多く、連続性や継続性を維持した研修が可能である。
  - ・ 諏訪中央病院内科専門研修プログラム連携施設として必須ローテーション先となっており、指導医の往来も多く施設間人事交流が盛ん。

#### 本別町国民健康保険病院(本別町国保病院)

- 専門医・指導医数
- ・ 総合診療専門研修指導医1名(家庭医療専門医)

- 診療科・患者数  
(※別表3参照)
- ・ 診療実績は別表参照
  - ・ 一般病床60床
  - ・ 内科・外科・耳鼻科・人工透析

- 施設の特徴
- ・ 北海道十勝医療圏(へき地指定)の病院
  - ・ 一般社団法人 地域包括ケア研究所(代表:鎌田實諏訪中央病院名誉院長)が本別町から委託を受け、指導医が派遣されている。
  - ・ 地域を支える唯一の病院として地元患者が訪れる中核病院となっている。
  - ・ 町ぐるみで地域包括ケアに取り組んでいる自治体であり、医療・行政・保健・介護の連携体制が強く、会議等も頻繁に開催されている。
  - ・ 指導医の人事交流もあり、家庭医療専門医・指導医が在籍することで指導体制が確保できる。

#### 山梨県立中央病院

- 専門医・指導医数
- ・ 救急科専門医9名

- 診療科・患者数  
(※別表3参照)
- ・ 診療実績は別表参照
  - ・ 専攻医研修科:救急科
  - ・ 一般病床629床

- 病院の特徴
- ・ 山梨県の高度医療機関として山梨県民の医療に大きく貢献するとともに、基幹災害拠点センターなどの公的な役割を担っている。山梨県唯一の救命救急センター認定施設でドクターヘリ運用も行い、山梨県の先進的中核的医療機関としての機能を強化している。

- ・ 2010年8月18日よりドクターカーの運用も開始し、山梨県内全域の重症救急患者さんを対象に、休日も含めて原則24時間出動する体制をとっている。
- ・ 甲府・中巨摩地域の二次救急当番病院として時間外診療も行っており軽症から超重症例まで救急という場を通して幅広いケースに対応する力を育成することができる。

東京医科大学八王子医療センター

専門医・指導医数 ・ 救急科専門医 9名

診療科・患者数  
(※別表3参照)

- ・ 診療実績は別表参照
- ・ 専攻医研修科：救急科
- ・ 一般病床 602床

病院の特徴

- ・ 救命救急センターとして西東京都下の広い範囲をカバーしている。現場から直接搬送される3次救急を受け入れるとともに、平日日勤帯は広く救急の窓口として救急車全般の対応も行なっている。ヘリポートやヘリ搬送専用初療室を整備して近隣県からの救急にも対応している。
- ・ 東京都の災害医療派遣チーム（東京DMAT）にも指定され、災害対策にも力を入れている。
- ・ 重篤な急性機能不全患者の集中治療を24時間体制で行い徹底した管理・看護をするために、救急医や他科専門医・看護師間での連携を密接に行なっている。
- ・ 救急領域の専門研修に力を入れており、また諏訪中央病院と研修での連携実績があり、当院専攻医が最近では2013年1名1年間、2016年1名3か月間の研修を行っている。

### 13. 専門研修の評価について【整備基準4-①, ②, 8-①, ②, ③】

本専門研修プログラムでは専攻医と指導医の相互評価を重視しています。

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」「総括的評価」の4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。

- ・ 指導医との振り返りセッション：研修手帳（資料1）の記載項目に合わせ、日時、振り返りの主要内容等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。
- ・ 家庭医療カンファレンスでの振り返りセッション：定各科ローテート中においても定期的に行っている勉強会にて行う
- ・ ポートフォリオ発表会：必要に応じて院外講師を招聘し、他の専攻医や多職種の前で行う場合もあります。

#### 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）（資料 2.1～2.3）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。ポートフォリオを作成するにあたり、定期的で開催している勉強会において専攻医同士でディスカッションしたり、指導医から直接指導を受けながら作成を行います。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。具体的には年 2 回のポートフォリオ合宿・年 1 回のポートフォリオ発表会でポートフォリオの発表を行います。

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研修医手帳などに記録します。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。

### 4) 総括的評価

各ローテーション研修修了時には研修目標と経験目標がカリキュラムに定められて基準に到達しているかどうかを、360 度評価表等を用いて確認し、研修管理委員会にて修了を判定します。全研修期間終了 1 か月以上前には 1) 研修期間 2) 最良型ポートフォリオや自己評価・省察の記録 3) 研修目標と経験目標が基準に到達しているか否かを研修管理委員会にて判断し、修了判定を行います。

#### 【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（J-OSLER）による登録と評価を行います。これは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。

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。また、家庭医療カンファレンスにおいて研修ふりかえり発表の機会を設けます。

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(Faculty Development: 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。また、基幹施設又は連携施設内で定期的に行う指導医のためのFD勉強会でFD領域の知識や技術を高めていきます。

#### 14. 専攻医の就業環境について【整備基準6-⑦】

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、諏訪中央病院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、その内容は諏訪中央病院 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。

## 15. 専門研修プログラムの改善方法とサイトビジット（訪問調査）について【整備基準8-①, ②, ③】

本研修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研修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、本研修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、本研修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、専門研修プログラム管理委員会に提出され、専門研修プログラム管理委員会は本研修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研修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。

専門研修プログラム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

本研修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専門研修プログラム管理委員会で本研修プログラムの改良を行います。本研修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。

## 16. 修了判定について【整備基準9-②】

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専門研修プログラム管理委員会において評価し、専門研修プログラム統括責任者が修了の判定をします。

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。

## 17. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと【整備基準9-②】

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プログラム管理委員会に送付してください。専門研修プログラム管理委員会は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。

## 18. Subspecialty 領域との連続性について【整備基準5-⑩】

各専門内科及び整形外科、産婦人科、東洋医学科などの様々な関連する 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プログラムでも計画していきます。

## 19. 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【整備基準5-⑪】

- (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。

## 20. 専門研修プログラム管理委員会 【整備基準 6-①～⑥】

基幹施設である諏訪中央病院総合診療科には、専門研修プログラム管理委員会と、専門研修プログラム統括責任者（委員長）を置きます（※別表 1）。専門研修プログラム管理委員会は、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。研修プログラム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もしくは専攻医代表が加わります。専門研修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。専門研修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専門研修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。

### 専門研修プログラム管理委員会の役割と権限

- ・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

#### 副専門研修プログラム統括責任者

プログラム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、副専門研修プログラム統括責任者を置き、副専門研修プログラム統括責任者は専門研修プログラム統括責任者を補佐しますが、当プログラムではその見込みがないため設置しておりません。

#### 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。

## 2 1. 総合診療専門研修特任指導医【整備基準 6-③】

本プログラムには、総合診療専門研修特任指導医が総計 18 名、具体的には諏訪中央病院に 8 名、リバーサイドクリニックに 2 名、原村診療所に 1 名、中新田診療所に 1 名、西箕輪診療所に 1 名、国保依田窪病院に 2 名(按分後)、富士見高原病院に 1 名及び本別町国保病院に 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、本プログラム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、総合診療専門研修特任指導医講習会(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)～8)のいずれかの立場の方より選任されており、本プログラムにおいては 1)のプライマリ・ケア認定医 9 名、家庭医療専門医 4 名、4)の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 3 名、6)の郡市区医師会から推薦された医師 2 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) 地域医療において総合診療を実践している日本臨床内科医会認定専門医
- 6) 7) 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



- 7) 大学病院または初期臨床研修病院にて総合診療部門（総合診療科・総合内科等）に所属し総合診療を行う医師
- 8) 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

## 2 2. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について【整備基準7-①, ②, ③】

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。

諏訪中央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。

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）  
所定の研修手帳（資料1）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（資料1）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（資料1）参照

## 2 3. 専攻医の採用【整備基準9-①】

採用方法

諏訪中央病院総合診療専門研修プログラム管理委員会は、随時見学を受け入れ、総合診療専攻医を募集します。プログラムへの応募者は、期日までに研修プログラム責任者宛に所定の形式の『諏訪中央病院総合診療専門研修プログラム応募申請書』および履歴書を提出してください。申請書は(1) 諏訪中央病院のホームページ (<http://www.suwachuo.jp/>) の専攻医募集要項（諏訪中央病院総合診療専門研修プログラム）よりダウンロード、(2) e-mail で問い合わせ ([kensyu@suwachuo.jp](mailto:kensyu@suwachuo.jp))、のいずれの方法でも入手可能です。見学実施の上、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

ては諏訪中央病院総合診療科専門研修プログラム管理委員会において報告します。  
問い合わせ先：組合立諏訪中央病院 臨床研修・研究センター

#### 研修開始届け

研修を開始した専攻医は、各年度の5月31日までに以下の専攻医氏名報告書を、諏訪中央病院総合診療科専門研修プログラム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

別表1 諏訪中央病院総合診療専門研修管理委員会

(2017年8月現在)

組合立諏訪中央病院

統括責任者(管理委員会委員長)	◎奥 知久
統括責任者補佐	渡辺 慶介
総合診療Ⅱ分野責任者	小平 のり子
内科分野責任者	山中 克郎
救急科分野責任者	今井 拓
小児科分野責任者	佐藤 広樹
看護部責任者	田島 由美子
薬剤部責任者	秋月 茂樹
技術部責任者	濱 一広
事務部責任者	有賀 秀敏
専攻医代表	専攻医プログラム代表

連携施設担当委員

リバーサイドクリニック	安藤 親男
原村診療所	安藤 公二
中新田診療所	丸山 恵子
西箕輪診療所	井上 憲昭
富士見高原病院	安達 亙
国保依田窪病院	白川 晴章
諏訪赤十字病院	酒井 龍一
山梨県立中央病院	岩瀬 史明
東京医科大学八王子医療センター	新井 隆男
本別町国保病院	一条 正彦

事務局

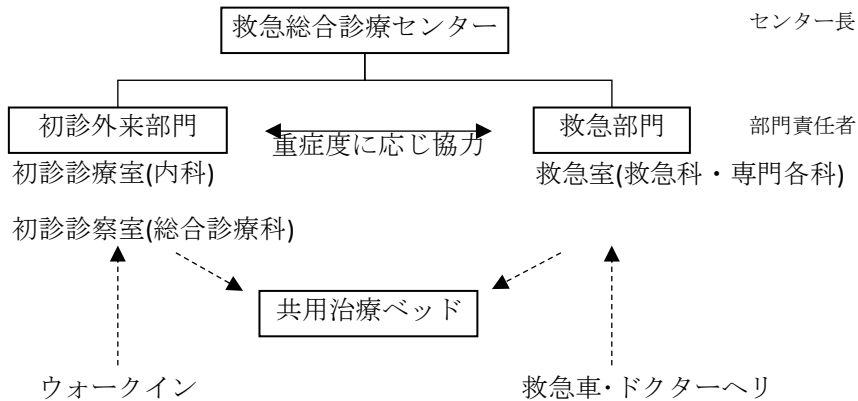
臨床研究・研修センター

(◎：委員長)

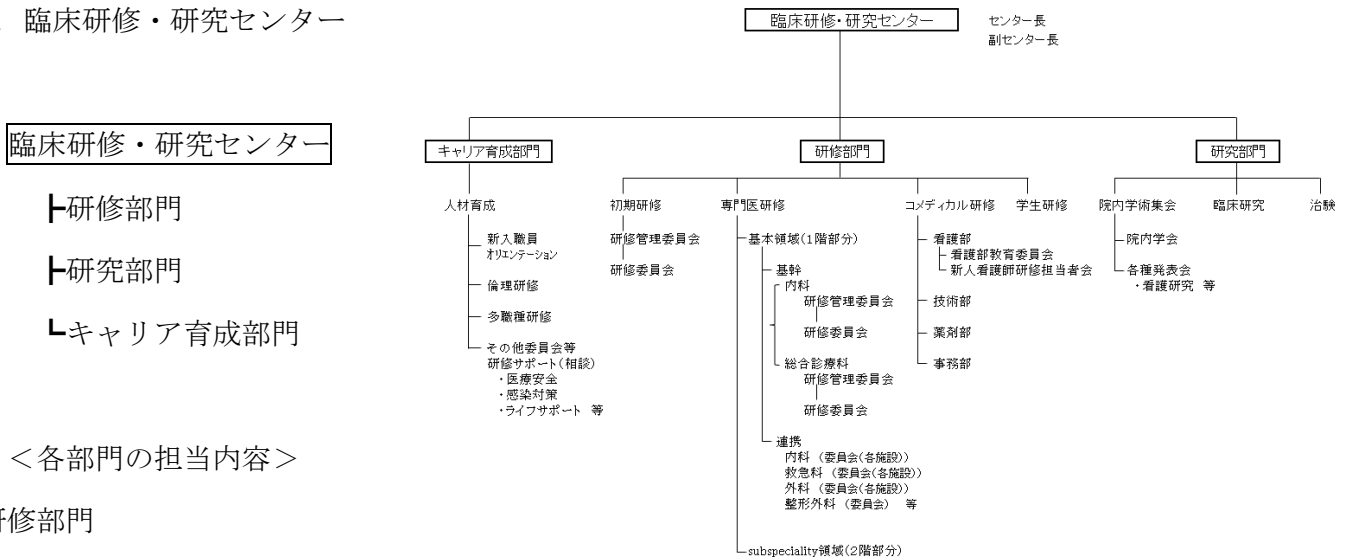
別表2 組合立諏訪中央病院・各センターについて

1. 救急総合診療センター

- ・北棟1階に、救急総合診療センターを設置する。
- ・初診外来及び救急車・ドクターヘリ対応を含めた救急外来を行う。
- ・内科、総合診療科、救急科、専門各科が、重症度に応じ協力して診療・治療を行う。



2. 臨床研修・研究センター



①研修部門

初期研修、専攻医研修、専門医研修及び、メディカルスタッフの各職種の教育研修のプログラム化と実施、学生研修の実施

②研究部門

院外学術集会の運営と臨床研修、治験への支援

③キャリア育成部門

新人職員から管理職までの多職種連携による研修の企画運営、全職員のキャリア育成に関わること、学生研修の受け入れ環境の調整

別表3 各種診療実績

1. 診療実績

【総合診療専門研修Ⅰ施設別診療実績（H28）】

区分	延べ 外来患者数 (/月)	75歳以上 件数 (/月)	%	75歳以下 件数 (/月)	%	訪問診療 件数 (/月)
川～サイトクリニック (指導医2名)	1,407	603	42.9	25.1	1.8	72.7
原村国保診療所（※） (指導医1名)	892	290	40	71	10	11.5
中新田診療所 (指導医1名)	727	335.9	46.2	21.1	2.9	51.3
西箕輪診療所 (指導医1名)	282	156.6	55.5	1.3	0.5	3

※ 研修中に諏訪中央病院 在宅・地域ケアセンターから訪問診療(週1回)

【総合診療専門研修Ⅱ施設別診療実績（H28）】

区分	領域	延べ外来件 数 (/月)	延べ入院 件数(/月)	指導医	他
諏訪中央病院	総合診療	(初診) 236 (再診) 1,339	139	総合診療専門研修指導医7名	
富士見高原病院	内科系	(初診) 413.8 (再診) 4045.5	83.5		
国保依田窪病院	内科系	(初診) 100.8 (再診) 1,583.8	47.5		

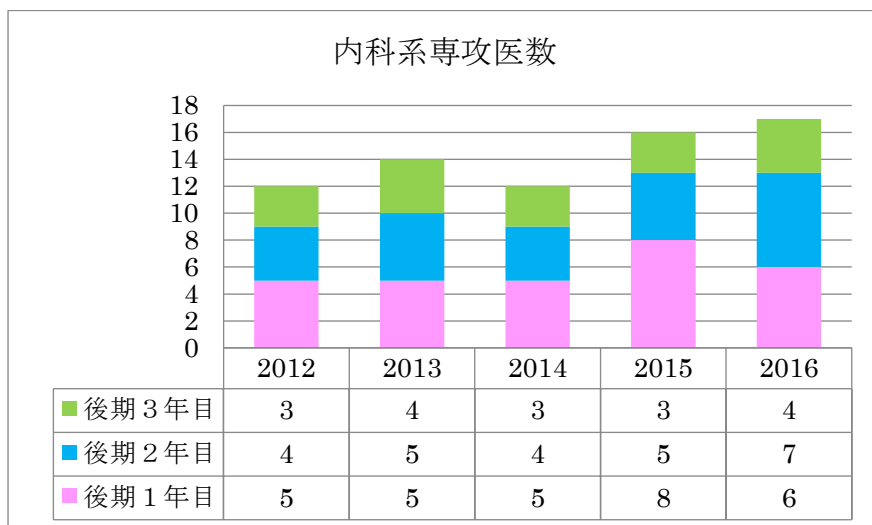
【その他必須研修施設別診療実績（H28）】

区分	領域	延べ外来件 数 (/月)	延べ入院 件数(/月)	指導医	他
諏訪中央病院	救急	2,524件/年 救急車	104	救急医学会専門医 2名	
諏訪赤十字病院	救急	3,430件/年 救急車		救急医学会専門医 4名	
山梨県立中央病院	救急	6,100 件/年 救急車	3,770	救急医学会専門医9名	
東京医科大学 八王子医療センター	救急	2,205件/年 救急車	1,262	救急医学会専門医 7名	
諏訪中央病院	小児	1,198	39	小児科医学会専門医3名	
諏訪赤十字病院	小児	734	480	小児科医学会専門医 3名	
諏訪中央病院	内科	7,607	219	内科医学会指導医14名 総合内科専門医10名	研修生2015 12名 2016 10名 内科専門研修プログラ ム研修生1名
本別町国保病院	選択	1,137	13.5	プライマリケア学会専門医1名	

内科疾患別診療実績(平成28年度)

診療科	入院患者数 (人/年)	診療科	入院患者数 (人/年)
消化器内科	688	血液内科	114
循環器内科	538	神経内科	398
内分泌内科	59	アレルギー内科	33
腎臓内科	268	膠原病内科	61
呼吸器内科	980	感染症内科	310

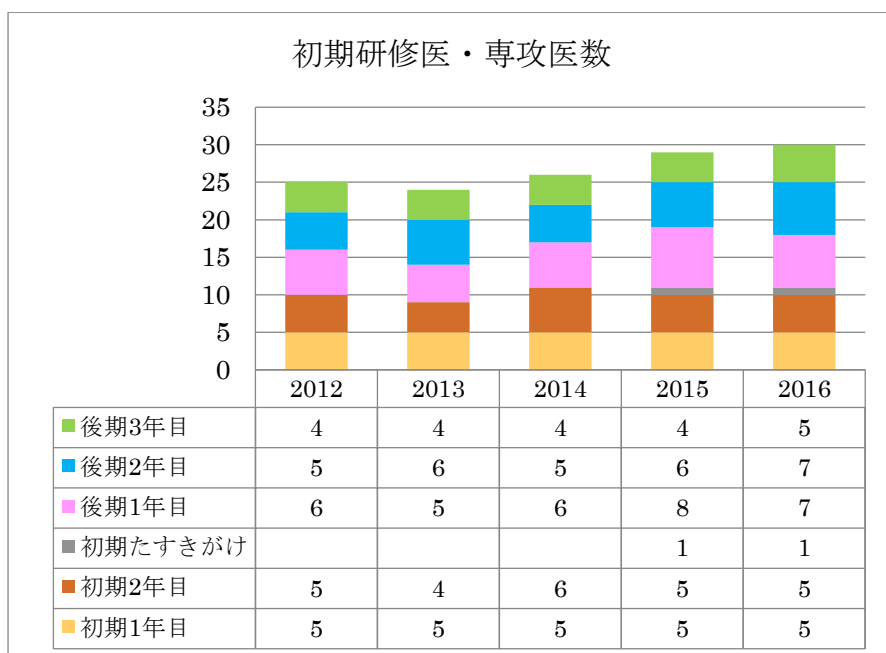
## 2. 内科系専攻医<sup>※1</sup>採用数



※1)

新専門医制度前の当院独自採用の卒後3～5年目の医師のこと。内科認定医・総合内科専門医・家庭医療専門医等を目指し、研修を積んでいる。

## 3. 初期・専攻医<sup>※2</sup>数の推移



※2)

当院採用の初期研修医、たすきがけで受け入れている初期研修医、及び新専門医制度前の当院独自採用の全科（内科を含む）の卒後3～5年目の医師のこと。

## 4. 内科系専攻医修了者数とその後の進路について

年度	人数	修了者数	修了後研修先	
			当院	他院
2011		5	5	0
2012		3	1	2
2013		4	1	3
2014		3	3	0
2015		4	0	4
2016		4	2	2

他院 11 名：大学病院 4 名、市中病院 7 名

別表4 プログラム関連施設地域別 人口動態等データ

別表 4A) プログラム基幹・連携施設を有する自治体の人口動態

## プログラム施設と人口動態等データ

(※緑はへき地指定域を含む)

	茅野市		原村		諏訪市		富士見町		長和町		伊那市		本別町	
医療圏	諏訪		諏訪		諏訪		諏訪		上小		上伊那		十勝	
参加施設	諏訪中央病院 リバーサイドクリニック		原村診療所 中新田診療所		諏訪赤十字病院		富士見高原病院		国保依田産科院		西箕輪診療所		本別産科国保病院	
人口増減率 (2010-2015)	-0.85%		-0.09%		-2.07%		-5.51%		-9.06%		-3.97%		-11.08%	
高齢化率 65歳以上 (2010)	28.3%		32.4%		29.0%		33.6%		38.0%		29.9%		38.1%	
国勢調査/推計	2015	2025	2015	2025	2015	2025	2015	2025	2015	2025	2015	2025	2015	2025
総人口	55912	52743	7556	7196	50140	45395	14493	13988	6166	5357	68271	65181	7358	6387
年少人口 (0-14歳)	7752	6367	976	818	6589	5353	1803	1570	624	485	9226	7718	734	563
後期高齢者 人口(75歳以上)	7652	10197	1232	1497	7306	8952	2688	3185	1291	1411	10975	65181	1494	1753

※参照：JMAP 地域医療情報システム 最終参照：平成 29 年 8 月 22 日

### 別表 4 A

- ・茅野市 <http://jmap.jp/cities/detail/city/20214>
- ・諏訪市 <http://jmap.jp/cities/detail/city/20206>
- ・原村 <http://jmap.jp/cities/detail/city/20363>
- ・富士見町 <http://jmap.jp/cities/detail/city/20362>
- ・長和町 <http://jmap.jp/cities/detail/city/20350>
- ・伊那市 <http://jmap.jp/cities/detail/city/20209>
- ・本別町 <http://jmap.jp/cities/detail/city/1646>

### 別表 5 A, 5 B (次項)

- ・富士見町 <http://jmap.jp/cities/detail/city/20362>
- ・原村 <http://jmap.jp/cities/detail/city/20363>
- ・北杜市 <http://jmap.jp/cities/detail/city/19209>
- ・伊那市 <http://jmap.jp/cities/detail/city/20209>
- ・箕輪町 <http://jmap.jp/cities/detail/city/20383>
- ・南箕輪村 <http://jmap.jp/cities/detail/city/20385>
- ・長和町 <http://jmap.jp/cities/detail/city/20350>

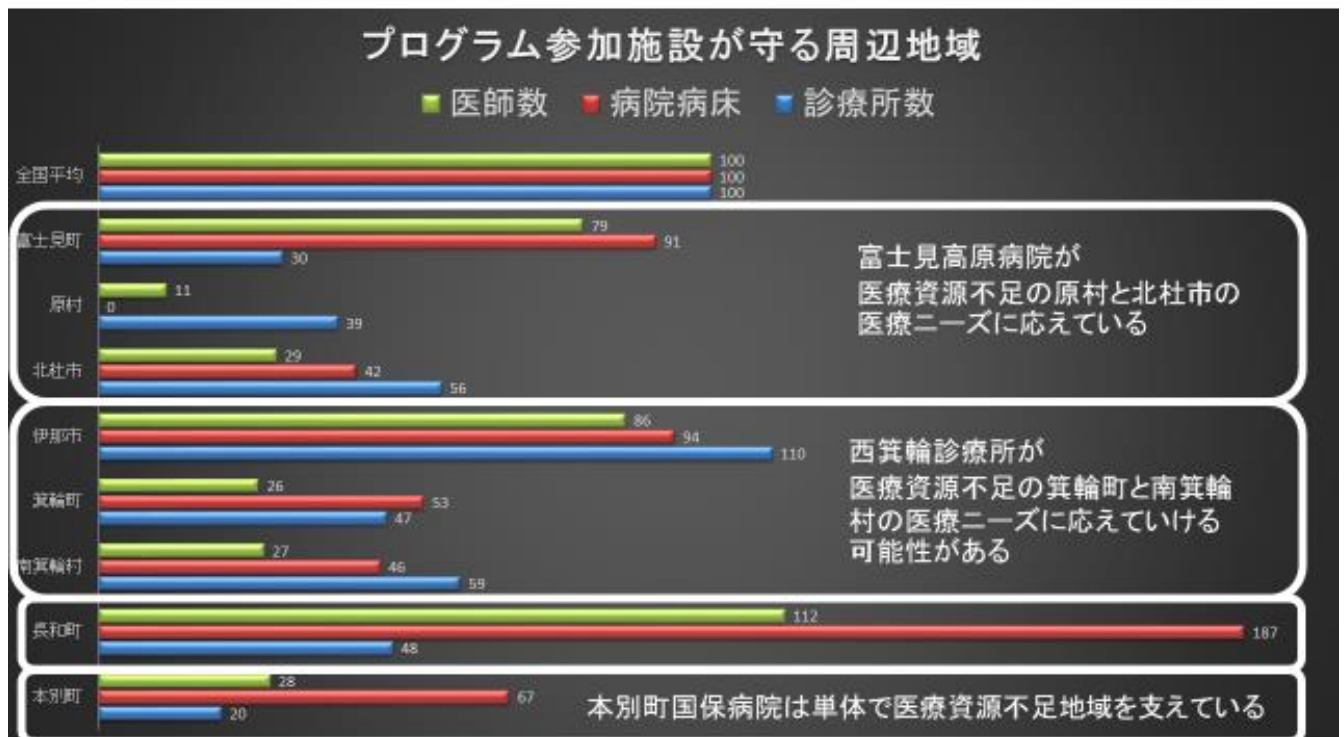
別表 5A) プログラム連携施設(医療資源不足地域)がカバーする周辺自治体

## プログラム参加施設が守る周辺地域

(※緑はへき地指定域を含む)

	富士見町		原村		北杜市		伊那市		箕輪町		南箕輪村		長和町		本別町	
医療圏	諏訪		諏訪		中北		上伊那		上伊那		上伊那		上小		十勝	
参加施設	富士見高原病院		原村診療所 中新田診療所				西箕輪診療所						国保依田産科病院		本別国保病院	
人口増減率 (2005-2010)	-5.51%		-0.09%		-3.95%		-3.97%		-3.71%		3.58%		-9.06%		-11.1%	
高齢化率 65歳以上 (2010)	33.6%		32.4%		36.5%		29.9%		27.3%		22.4%		38.0%		38.1%	
A) 10万人あたり数 B) 全国平均 比(%)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)
診療所数	20.7	30%	26.4	39%	37.9	56%	74.7	110%	31.7	47%	39.8	59%	32.4	48%	13.6	20%
病院病床数	1111	91%	0	0	509.9	42%	1143	94%	650	53%	564	46%	2270	187%	815	67%
医師数	193.2	79%	26.4	11%	70.9	29%	209.5	86%	63.4	26%	66.4	27%	275.7	112%	68.0	28%

別表 5B) プログラム連携施設がカバーする周辺自治体の医療資源関連データ





別表 6) 長野県過疎地マップ：過疎関係市町村都道府県別分布図 過疎関係市町村都道府県別分布図(H28.4)

