

長野県立病院機構総合診療専門研修プログラム（170602改訂）

地方センター病院基幹型

目次

1. 長野県立病院機構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（到達すべき知識・技能・態度など）
4. 各種カンファレンスによる知識・技能の習得
5. 学問的姿勢について
6. 医師に必要な資質、能力、倫理性、社会性などについて
7. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方
8. 研修プログラムの施設群
9. 専攻医の受入数について
10. 施設群における専門研修コース
11. 研修施設の概要
12. 専門研修の評価について
13. 専攻医の就業環境について
14. 専門研修プログラムの改善方法とサイトビジットについて
15. 修了判定について
16. 専攻医が研修プログラムの終了に向けて行うべきこと
17. Subspecialty 領域との関連性について
18. 総合診療研修の休止・中断・プログラムの移動、プログラム外研修の条件
19. 専門研修プログラム管理委員会
20. 総合診療専門研修指導医
21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について
22. 専攻医の採用

1、長野県立病院機構総合診療専門研修プログラムについて

日本の医療をめぐる状況は、21世紀に入って大きく変容している。世界に類を見ない速度で進行する少子高齢化は以前から予測されていましたが、2008年をピークとする人口の急増と急減、超高齢化、多死社会の出現は日本史上極めて特異な現象といえる。2025年には団塊の世代が後期高齢者になり、2050年には団塊ジュニアが後期高齢者となり、この時期にはすでに高齢化率が38%を超え、これ以降生産年齢人口が増えることが期待できない状況にある。

長野県においては日本全国の高齢化を上回り、2001年をピークに人口減少が始まり、2010年には高齢化率が26.5%と報告されていましたが、2015年10月 高齢化率が30%を超えたことが、2016年1月地元新聞紙上にて発表されている。

このように急速に変動する社会環境のなかで、医療を受ける国民側の心身の問題は予想以上に多様化しており、今この問題に対応できる医師は絶対的に不足しているといえる。

こうした状況の中、高齢者を主体とした、複数の問題を抱える患者一人ひとりの健康問題を、地域医療の現場で、特定の臓器や疾患に限定することなく、家庭や地域の枠のなかで捉えて対処していくことができる、幅広い総合的な診療能力を有する総合診療医を養成することは、この問題を解決していく1つの手段としてますます重要となってきたものと考えられる。

また、医療費の膨大化による保険制度の見直しや、臨床研修医制度の改編による医師不足の顕在化、専門領域の診療に特化した専門医の増加による診療科の偏在などは、今後の超高齢社会における地域医療の維持にますます大きな問題をもたらしている。

この状況は長野県も例外ではないことから、長野県立病院機構では県内の医師不足地域の医療を担う人材を、既存の医療資源を活用しながら新たに養成することを、重要な保健医療政策として実施してきた。平成16年には須坂病院に総合診療部の開設、平成18年には須坂病院を中心に旧家庭医療学会認定の家庭医養成プログラム「家庭医養成塾」を立ち上げた。このプログラムは日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療後期研修プログラム(Ver.1.0)として更新し、2014年度に病院機構内の指導医体制の整備とともに、日本プライマリ・ケア連合学会の新しいプログラム(Ver.2.0)に申請、認可され現在に至っている。平成29年7月1日には本プログラムの基幹施設を予定している須坂病院の名称を信州医療センターと改称し、研修医の教育に携わっていくことを全面的に強調した次第である。

今回日本専門医機構が立ち上がり、総合診療専門医が新たな基本領域の専門医として位置づけられたことは大きな出来事であり、当機構もこれまでのプログラムを基に総合診療専門医プログラムを立ち上げるものである。

総合診療専門医の養成は以下の3つの理念に基づいて構築されている。

- (1) 総合診療専門医の質の向上を図り、国民の健康・福祉に貢献することを第1の目標とする。
- (2) 地域で活躍する総合診療専門医が誇りを持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、総合診療専門医の資格習得を目指す若手医師にとって、夢と希望を与える制度

となることを目指す。

(3) 我が国の今後の医療供給体制の構築に資する制度とする。

こうした制度の理念に則って、長野県立病院機構総合診療専門研修プログラム（以下本研修PG）は病院、診療所などで活躍する高い診断、治療能力を有する総合診療専門医を養成するために、地域拠点病院の中で専門各科と協力して全人的医療を展開しつつ、自らのキャリアパスの形成や地域医療に携わる実力を身につけていくことを目的として創設した。その際須高地域（須坂市、小布施町、高山村）住民、各種団体ボランティアや当院及び連携施設全職員の協力のものとして研修できる環境を整えている。

専攻医は日常遭遇する疾病と障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、看取りなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、たえざる自己研鑽を重ねながら人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する総合診療専門医になることで、以下の機能を果たすことを目指す。

(1) 地域を支える診療所や病院においては、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わる他職種等と連携して、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、柔軟に提供する。

(2) 総合診療部門を有する病院においては、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者、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的ケア、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有する患者への包括的ケア）を提供する。

本研修PGにおいては各病院の指導医が専攻医の教育・指導に当たる。専攻医においては主体的に学ぶ姿勢をもちつつ、総合診療医は医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、プライマリ・ケアの専門家である総合診療専門医としての専門性を自覚しながら日々に診療にあたると同時に、ワークライフバランスを保ちつつも自己研鑽を欠かさず、日本の医療や総合診療領域の発展に資するべく初期研修医や医学生の教育や学術活動に積極的に携わることが求められる。本研修PGの終了後に専攻医は標準的な医療を安全に提供し、疾病の予防に努めるとともに将来の医療の発展に貢献できる総合診療専門医になることができる。

本研修PGでは①総合診療専門研修I（地域病院における外来診療、在宅医療を中心に）②総合専門診療II（地域基幹病院における病棟診療、総合診療外来、一次、二次救急診療を中心に）③内科、④小児科、⑤救急科（3次救急医療を経験する）の5つの必須診療科と⑥福島県立医科大学地域・家庭医療学講座関連施設での必修研修、⑦選択診療科での計3年間の研修を行う。このことにより1 包括的アプローチ、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 地域志向のアプローチ、6 公益に資する職業域半、7 多様な診療の場に対応する能力 という7つの資質・能力を効果的に習得することが可能となる。本研修PGで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ると考えている。

2. 総合診療専門研修はどのように行われるか

1) 研修の流れ：総合診療専門研修は、卒後3年目からの専門研修(後期研修)3年間で構成される。

A 1年次終了時には、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学ぶ。

B 2年次終了時には、診断や治療プロセスも標準的で患者をとりまく背景も安定しているような比較的単純な健康問題に関する確かなマネジメントを提供することを目標とする。

C 3年次終了時には、多疾患合併で診断や治療プロセスに困難さがあつたり、患者をとりまく背景が患者の健康問題に影響しているような複雑な問題に対しても確かなマネジメントを提供することができ、指導できることを目指す。

また、総合診療専門医は日常遭遇する疾病と、障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、看取りなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組むことが求められており、18か月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研修することとなる。

3年間の研修終了判定には以下の3つの要件が審査される。

1) 定められたローテーション研修をすべ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)を通じて、カリキュラムに定められた到達目標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、さらには検査・治療手技を経験する中で、徐々にそのレベルを高め、一般的なケースでは自ら判断して対応実施できることを目指すこととなる。

2) 専門研修における学びかた

専攻医の研修は臨床現場での学習、臨床現場を離れた学習、自己学習と大きく3つに分かれます。それぞれの学び方に習熟し生涯にわたって学習する基盤とすることが求められる。

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たいして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おこなうプロセスと、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する。その際学習履歴の記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践する。場に応じた教育方略は下記の通りです。

(ア) 外来医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保する。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）、さらには診療場面をビデオ等で直接観察してフィードバックを提供するビデオレビューを実施する。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くことが重要である。また技能領域においては習熟度に応じた指導を提供する。

(イ) 在宅医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保する。初期は経験のある指導医の診療に同行して診療の枠組を理解し、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、連携の方法を学ぶ。

(ウ) 病棟医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保する。入院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他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る。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ある。

(エ) 救急医療

経験目標を参考に幅広い救急外来で経験症例を確保する。基幹病院である信州医療センターでは救急者搬入患者は 1500 -1600 人/年で、時間外患者は救急部担当医、上記以外の患者は総合診療部で初診を対応するシステムであり、おもに一次、二次患者の対応が主体となる。初期診断、初期対応と迅速な対応が求められ、専門診療科への適切なコンサルト、指導医との相談のうえでの三次医療機関への搬送等経験できることは多いと考える。救急科の関連施設となる信州大学高度救命救急センターでは地域の基幹医療機関では経験できない高度救急症例、三次救急症例の診断・治療過程を学ぶために選定している。地域基幹センター病院においては経験できない症例の診断・治療過程を経験することは診療の幅が広がるものと考えている。救急処置全般においては当院に設置されている機構本部研修センターの施設を利用し skill トレーニングだけでなく、機構が重視しているシナリオ用いたシミュレーショントレーニングが有効に役立てるものと考えている。

(オ) 地域ケア

須高地域医療福祉推進協議会の活動（看取りのできる地域をめざすことを活動のテーマとして掲げている）を通じて、地域包括ケアに参画し、地域の抱える問題について学び、日々の診療の基礎とする。更に信州医療センターは地域包括ケア病棟を有しており、病棟の入院患者の主治医となることで地域ケア全体像を学ぶことができる。また院内職員安全衛生委員会活動を通じて産業保健活動について学ぶ。総合診療 II の研修において看護専門学校の校医

活動に参加し、総合診療 I においては義務教育関連の学校医活動に参加し、学校保健活動を学ぶことが可能である。

②臨床現場を離れた学習

- ・総合診療の様々な理論やモデル、組織運営マネジメント、総合診療領域の研究と教育については、日本プライマリ・ケア連合学会等関連する学会の学術集会やセミナー、研修会へ参加しカリキュラムの基本的事項を履修する。
- ・医療安全、感染対策、については院内研修会が活発に行われており可能な限り研修会に参加するものとする。医療倫理については看護部を主体として院内研修会が開催されており、積極的に参加するものとする。院内の倫理委員会の下部組織として臨床研究行為審査委員会があり、臨床現場で解決が困難な医療倫理関連問題は委員会に提出し、議論をしていただく。また多職種とのカンファレンスにおいては医療倫理に関する話題、延命治療の有無に関する話題が多く、これらカンファレンスへの自発的な参加が望まれる。保健活動、地域医療活動については院内研修会、日本医師会の生涯教育制度、関連する学会等の学術集会等を通じて学習を継続する。地域医師会における講演会、症例検討会等は診療に関する情報を学ぶ場として、さらに意見交換の場として可能な限り参加するものとする。

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するが、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、日本プライマリ・ケア連合学会、日本医師会生涯教育制度及び関連する学会等における e-learning 教材、医療専門職雑誌、各学会が作成するガイドライン等を適宜使用しながら幅広く学習する。

3) 専門研修における研究

専門研修プログラムでは、最先端の医学・医療を理解することおよ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に重要である。また専攻医は原則的に学術活動に携わる必要があり、学術大会での発表（筆頭者に限る）及び論文発表（共同著者でも可）を行うこととする。本研修 PG では福島県立医科大学地域・家庭医療学講座（葛西龍樹教授）と連携し、臨床研究に携わる機会を提供するものである。研究発表については経験のある指導者からの支援を提供する。

4) 研修の週間計画、年間計画

研修の週間計画 は図 1（別紙）に記載する

本研修 PG に関連した全体行事のスケジュール

総合診療専門研プログラムに関連した年間スケジュール

	SR1:1年次専攻医	SR2:2年次専攻医	SR3:3年次専攻医
月	全体業事予定		
4	SR1:研修開始 専攻医及び指導医に資料配布(長野県立病院機構ホームページ) オリエンテーション 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の提出依頼(月末まで) 指導医、PG統括責任者 :前年度の指導実績報告の提出		
5	第1回研修管理委員会 研修実施状況評価 終了判定 本年度の研修予定の承認		
6	研修修了者:専門医認定審査書類を日本専門医機構へ提出 日本プライマリ・ケア連合学会参加(発表)		
7	研修修了者 : 専門医認定審査(筆記試験、実技試験) 次年度専攻医の公募、説明会開催		
8	専攻医夏季実習 基幹病院訪問		
9	専攻医公募 第2回研修管理委員会:研修実施状況の確認、専攻医公募状況の報告		
10	日本プライマリ・ケア連合学会支部地方回参加(発表)(開催時期は要確認) SR1、SR2、SR3:研修手帳の記載整備(中間報告) 次年度専攻医採用審査(書類、面接)		
11	SR1、SR2、SR3:研修手帳の提出(中間報告)		
12			
1	経験省察記録発表会(院内 および ブロック支部等) 第3回 研修管理委員会:研修実施状況評価、採用予定者の承認		
2			
3	年度研修修了 SR1、SR2、SR3:研修手帳の作成(年次報告、書類は翌月に提出) SR1、SR2、SR3:研修PG評価報告の作成(書類は翌月提出) 指導医、PG統括責任者:指導報告書の作成(書類は翌月「提出)		

3. 専攻医の到達目標（習得すべき知識・技能・態度など）

1) 専門知識

総合診療の専門知識は以下の 6 領域で構成される。

1. 地域住民が抱える健康問題には単に生物学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病の経験が絡み合い、患者をとりまく家族、地域社会、文化などのコンテクスト（*）が関与していることを全人的に理解し、患者家族が豊かな人生を送れるように、家族志向でコミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する（*コンテクスト：患者をとりまく背景、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の遠景にあるものまでの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アプローチが求められる。そうした包括的アプローチは断片的に提供されるものではなく、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・患者関係を通じて、一貫性を持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・介護サービス間で円滑な切れ目の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、マネジメントは不断に行う必要がある。
4. 地域包括ケア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、その能力を場に応じて柔軟に適応することが求められ、その際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 領域で構成される。

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病態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、自己省察や学術的に耐えうるように、過不足なく適切な診療記

録を作成し、他の医療・介護・福祉関係施設に紹介する時には、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できる能力

4. 生涯学習のために、技術情報（information technology ;IT）を適切に用いたり、地域の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、スタッフとの協同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は規定しない。各項目に応じた到達段階を満たすことが求められる。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」とする。

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、問題解決に結び付ける経験をする。

(すべて必須)

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	身体機能医の低下	不眠	食欲不振	体重減少・るいそう
大樹増加・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	嗝声	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	精神科領域の救急	流・早産及び満期産	
女性特有の訴え・症状		成長・発達の障害		

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

貧血	脳・脊髄血管障害	脳・脊髄外傷	変性疾患	脳炎・脊髄炎
一次性頭痛	湿疹・皮膚炎群	蕁麻疹	薬疹	皮膚感染症
骨折	脊柱障害	心不全	狭心症・心筋梗塞	不整脈
動脈疾患	静脈・リンパ管疾患	高血圧症	呼吸不全	呼吸器感染症
閉塞性・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
 女性生殖器及びその関連疾患 男性生殖器疾患 甲状腺疾患 糖代謝疾患
 脂質異常症 蛋白および核酸代謝疾患 角結膜炎 中耳炎
 急性・慢性副鼻腔炎 アレルギー性鼻炎 認知症 依存症
 気分障害 身体表現性障害 ストレス関連障害・心身症 不眠症
 アルコール依存 ニコチン依存 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

4) 経験すべき観察・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する。なお以下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目標を満たすことが求められる。

1. 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 高齢者へ的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、眼底鏡による診察を実施できる
- ⑤ 死亡診断を実施し、死亡診断書を作成

2. 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・静脈注射・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 呼吸器機能検査
- ⑩ オージオメトリーによる聴力評価およ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する。なお以下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目標を満たすことが求められる。(研修手帳 p 18-19)

1) 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 ALS) または内科救急・ICLS 講習会(JMECC)
- ③ 病院前外傷処置法(PTLS)

2) 薬物治療

- ① 使用頻度の高い薬剤の副作用・相互作用・形状・薬価・保険適応を理解し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

3) 治療手技・小手術

簡単な切開・遺物摘出・ドレナージ	止血・縫合法及び閉鎖療法
簡単な脱臼の制服、包帯・副木・ギブス法	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)
静脈ルート確保及び輸液管理 (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管理及び交換	
褥瘡に対する被服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・交差試験の判定を含む)
各種ブロック注射 (仙骨硬膜外ブロック・正中神経ブロック等)	
小手術 (局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法・滅菌消毒法)	
包帯・テーピング・副木・ギブス等による固定法	穿刺法 (胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等)
鼻出血の一時的止血	耳垢除去、外耳道異物除去
咽喉頭異物の除去 (間接喉頭鏡・上部消化管内視鏡などを使用)	
睫毛抜去	

* 詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

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

1) 外来医療

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

2) 在宅医療

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

3) 病棟医療

一般病棟入院患者および地域包括ケア病棟の主治医となり、カンファレンスでの症例提示と教育的な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るものとする。

5. 学問的姿勢について

専攻医には以下の2つの学問的姿勢が求められる。

- 常に標準以上の診断能力を有し、さらにその能力を向上させるために、生涯にわたり自己研鑽を積む習慣を身に着ける。その際にはワークライフバランスを考慮することが重要となる。
- 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の啓発活動や学術活動を継続する習慣を身に着ける。

この実現のために下記の研修目標の達成を目指す。

1. 教育

- 1) 学生、初期研修医に対して1対1の教育を行うことができる。
- 2) 学生、初期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、質的研究の双方の方法と特徴について理解し、批判的吟味ができ、各種研究成果を自らの診療に生かすことができる。

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）をおこなうことが求められる。

6. 医師に必要な資質、能力、倫理性、社会性などについて

総合診療医は以下の4項目の実践を目指し研修を行う。

- 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、可能な限り医療・ケアを率先して提供できる。

7. 施設群による研修 PG および地域医療の考え方

本研修 PG では長野県立病院機構県立信州医療センターを基幹施設とし、長野県立病院機構内病院、信州大学医学部附属病院高度救命救急センター、福島県立医科大学地域・家庭医療学講座関連施設を連携施設として構成しています。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る。ローテート研修は下記の構成となる。

- (1) 総合診療専門研修は診療所・中小病院における総合診療専門研修 I と病院総合診療部門における総合診療専門研修 II で構成されます。当 PG では信州医療センターないしは木曽病院において総合診療専門研修 II を 12 か月（**内科研修と同時研修 6 か月**）、阿南病院にて総合診療専門研修 I を 6 か月、合計で 18 か月の研修を行う。
- (2) 必須領域別研修として、内科は信州医療センターないしは木曽病院にて 12 か月（**総合診療研修 II 6 か月を同時研修**）、小児科は信州医療センターないしはこども病院にて 3 か月、救急科は信州大学医学部附属病院高度救命・救急センターにて 3 か月の研修を行います。同時研修とするため総合診療専門研修 II と内科研修は同じ施設とします。
- (3) その他の領域別研修として、信州医療センターにて外科、整形外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、麻酔科、臨床検査科の研修を行うことが可能です、木曽病院では外科の研修が可能であり、こころの医療センター駒ヶ根病院では精神科の研修が可能です。期間は各診療科とも最低 1 か月とし、合計 3 か月の範囲で専攻医の意向を踏まえて決定する。
- (4) 福島県立医科大学地域・家庭医療学講座関連 5 施設のうち 1 施設を選択して、3 か月の研修を必修研修とします。福島県立医科大学地域・家庭医療学講座（葛西龍樹教授）での研修は県外研修となりますが、長野県立病院において家庭医養成プログラムを立ちあげた時以来（平成 18 年）、プログラム作成の支援をいただいております、長野県立病機構に再編された以降も信州型総合医のアドバイザーとして相談しており、さらに日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療後期研修プログラム Ver1.0、 Ver2.0 においても研修施設に組み込ませていただいております、今回も連携施設として登録させていただいた。研修は総合診療 I の内容ではあるが必修の選択研修として捉えている。研修期間として 3 か月を予定しており、総合診療（特に家庭医療）の基礎

の再確認、研修期間中及び今後の臨床研究の方向を見出していただくためにも是非とも必要な研修と考えている。

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、総合診療専門医を目指す専攻医個々の希望と研修進捗状況、各病院の状況、地域の医療体制を勘案して本研修 PG 統括責任者と相談し、本研修 PG 管理委員会が決定するものとする。

8. 専門研修 PG の施設群について

本研修 PG 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。施設は長野医療圏 1 施設（県立信州医療センター）、松本医療圏 2 施設（長野県立こども病院、信州大学医学部附属病院高度救命救急センター）、上伊那医療圏 1 施設（長野県立こころの医療センター駒ヶ根）、木曾医療圏 1 施設（長野県立木曾病院）、飯伊医療圏 1 施設（長野県立阿南病院）、および県外施設である福島県立医科大学地域・家庭医療学講座関連 5 施設の 11 施設です。長野県内においては 10 医療圏のうち 4 医療圏と広範囲に施設が存在することとなる。

専門研修基幹施設

長野県立信州医療センターが専門研修基幹施設となる。

専門研修連携施設

本研修 PG の施設群を構成する専門研修連携施設は以下の通りである。それぞれの連携施設は診療実績と所定の施設基準を満たしている。

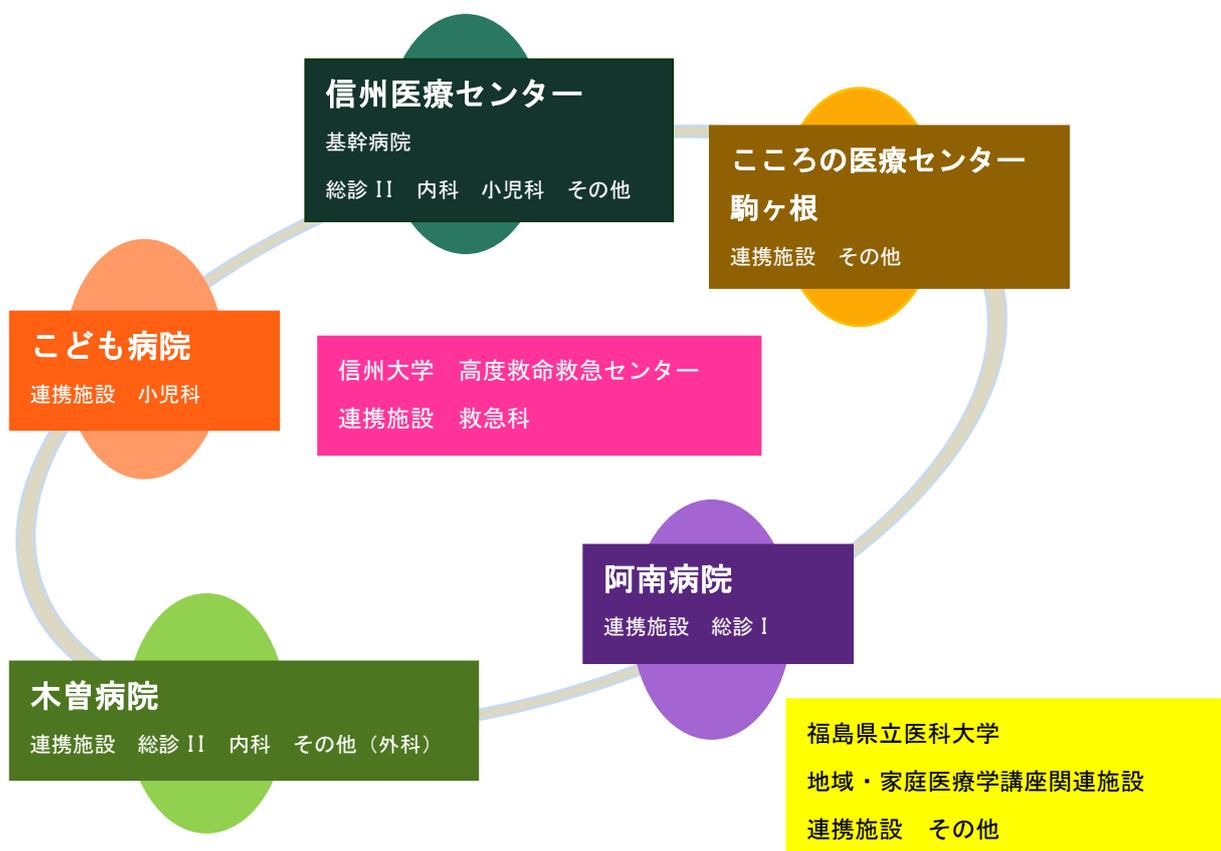
- ・ 長野県立木曾病院：木曾医療圏唯一の病院として 24 時間 365 日救急医療を提供する急性期病院である。診療圏が広く老健施設を併設している。
- ・ 長野県立こども病院：松本医療圏に属し長野県の小児医療の中心的存在である。救急診療から難治性小児疾患等の小児専門診療にとどまらず、総合小児科を標榜し診療の幅が広がっている。
- ・ 長野県立阿南病院：飯伊医療圏に属するが、下伊那南部地域唯一の病院である。昭和 56 年長野県へき地医療拠点病院に指定されている。高齢化に対応するため H6 年県立老人保健施設を併設し、高齢者の看護、介護、リハビリテーションを担っている。在宅医療にも早期より取組み、H3 より訪問看護を開始、以来医師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士による訪問医療を展開している。自治医大初期研修医の地域医療の研修病院である。
- ・ 長野県立こころの医療センター駒ヶ根：県立病院唯一の精神科単科病院である。長野県の精神科救急医療にも対応している。
- ・ 信州大学医学部附属病院高度救命・救急センター：長野医療圏には現在 4 つの 3 次救命センターがあるがその上位の高度救命センターである。ドクターヘリが常備され長野県内全域から救急患者が搬送される施設である。長野県立信州医療センターの初期研修プログラムの救急研修の選択施設であり、さらにプライマリ・ケア連合学会家庭医療後期研修プログラム Ver2.0 の救急科研修施設となっている。
- ・ 福島県立医科大学地域・家庭医療学講座（葛西龍樹教授）：この関連 5 施設のうち 1 施設での研

修は県外研修となりますが、長野県立病院において家庭医養成プログラムを立ちあげた時以来（平成 18 年）、プログラム作成の支援をいただいております、さらに長野県立病機構に再編された以降も信州型総合医のアドバイザーとして相談しており、さらに日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療後期研修プログラム Ver1.0、 Ver2.0 においても研修施設に組み込ませていただいております。今回も関連施設として登録させていただいた。研修関連施設は大学病院でなく、地域の基幹病院、さらには小病院、診療所であり、総合診療研修、特に家庭医療研修には欠く事のできない施設と考えている。

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する。体制は図 2 のようになる。

図 2 研修体制



専門施設群の地理的範囲

本研修 PG の専門研修施設群は福島県立医科大学地域・家庭医療学関連 5 施設をのぞいて長野県に存在する。施設群の中には地域中核病院、地域中小病院、大学附属病院、小児専門病院、精神科単科病院が含まれている。

福島県立医科大学地域・家庭医療学講座関連施設は県外施設となりますが、これまでの経緯からこ

ちらでの研修が非常に有用であると考えており、施設群に登録させていただいた次第である。

9. 専攻医の受け入れ数について

各専門研修施設における年度ごとの専攻医数の上限は、当該年度の総合診療専門研修ⅠおよびⅡを提供する施設で指導にあたる総合診療専門研修指導医 ×2 である。3 学年の総数は総合診療専門指導医 ×6 である。本研修 PG における専攻医受け入れ可能人数は基幹施設及び連携施設の受け入れ人数を合算したものである。また総合診療専門研修において、同時期に受け入れることができる専攻医の数は、指導を担当する総合診療専門研修指導医 1 名に対して 2 名までとします。受け入れ専攻医数は施設群が専攻医の必要経験数を十分に提供でき、質の高い研修を保証するためのものである。

内科研修については、1 人の内科指導医が同時に受け持つことができる専攻医は、原則内科領域と総合診療を合わせて 3 名までとする。

小児科領域と救急科領域を含むその他の診療科ローテーション研修においては、各科の研修を行う総合診療専攻医については各科の指導医の指導可能専攻医数（同時に 3 名まで）には含まない。しかし、総合診療専攻医が各科専攻医と同時に各科のローテーション研修を受ける場合には、臨床経験と指導の質を確保するために、適切に指導できる人数に調整することが必要であることは言うまでもない。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に調整を行う。

本 PG の総合診療専門研修指導医（全員日本プライマリ・ケア連合学会認定医、指導医で今後特任指導医講習会を受けて指導医資格習得予定者です）は総合診療専門研修ⅠおよびⅡで 5 名在籍しており、この基準に基づくと毎年 10 名が最大受け入れ人数ですが、当研修 PG の専攻医定員は 2 名/年と定めている

10. 施設群における専門研修コースについて

図 3 に本研修 PG における施設群による研修ローテーションの例を示す。

図 3

	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	内科 (信州医療センター、内科研修と総合診療専門研修Ⅱ同時研修6か月)											
	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 (阿南病院地域医療総合支援センター)						必修研修 (福島県立医科大学 地域・家庭医療学講座 関連5施設から選択)			領域別研修 (整形外科、精神科等 1か月単位で選択可能、 機構内病院)		
3年目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	小児科 (信州医療センター)			救急科 信州大学高度救命・救急センター)			総合診療専門研修Ⅱ (信州医療センター)					

後期研修 1 年目は基幹施設である県立信州医療センターで内科研修を行うモデルである。(ただし内科研修と総合診療専門研修 II の同時研修を 6 か月としている。)

後期研修 2 年目には阿南病院地域医療総合支援センターで総合専門診療 I の研修、福島県立医科大学地域・家庭医療学関連施設で総合診療、特に家庭医療の基礎的研修並びに臨床研究の指導を受けるものとする。ここでの研修はその他の研修と位置付け、期間は 3 か月とし本 PG での必修研修としている。このうち領域別選択研修を 1 か月単位で計 3 か月機構内病院で選択できるものとしている。

後期研修 3 年目は小児科研修を信州医療センターで行い、さらに信州大学附属病院高度救命・救急センターで救急科の研修を行い、その後総合診療専門研修 II を信州医療センター行うものである。この総合診療専門研修 II の研修期間は 6 か月であるが、後期研修 1 年目に内科研修と総合診療専門研修を 6 か月同時研修としているため、総合診療専門研修 II の期間は計 1 2 か月となる。

補足 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を構築することが難しい場合に、整備基準の項目 10 に「他に、自領域のプログラムにおいて必要なこと」を示した「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き例外を日本専門医機構において諸事情を考慮して認められることがある。」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。

内科研修、総合診療専門研修 II の研修病院、領域別選択研修及び研修プログラムの順序は専攻医の意向を最大限重視するものとし、プログラム統括責任者と相談し、最終的にはプログラム管理委員会で決定するものとする。

図 4 (別紙) に本研修での 3 年間の施設群ローテーションにおける研修目標及び研修の場を示す。

ローテーションの際は特に主たる研修の場で目標を達成できるように意識して経験を積むことが求められる。

本研修 PG の研修期間は 3 年間としていますが、習得が不十分な場合は習得できるまで期間を延長することとなる。

1 1. 研修施設の概要

1. 長野県立信州医療センター 本研修 PG の基幹施設 総合診療専門研修 II、内科、小児科

その他領域別研修担当

専門医・指導医数 ・総合診療専門研修指導医 4 名 (日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医、3 名、初期臨床研修病院にて総合診療科に所属する医師 1 名、今後の特任指導医講習会の受講後、指導医資格取得予定)

・内科専門医 7 名

・小児科専門医 2 名

・外科専門医 4 名 (外科学会専門医 3 名、呼吸器外科学会専門医 1 名)

・整形外科専門医 1 名

- ・眼科専門医 1名
- ・耳鼻咽喉科専門医 1名
- ・産婦人科専門医 3名
- ・麻酔科専門医 2名
- ・臨床検査専門医 2名

診療科・患者数

- ・総合診療科（部）
のべ外来患者 1600人/月 入院患者総数 30人/月
- ・内科（循環器内科、呼吸器・感染症内科を含む）入院患者総数 90人/月
- ・小児科 のべ外来患者数 1000人/月
- ・在宅診療患者（訪問診察、訪問看護、訪問リハ等） 400件/月
- ・救急者搬送件数 1600件/年 上記数字は2015年度の数字

病院の特徴

- ・須高地域の基幹病院としてまた県立病院機構の中心的総合病院としての存在価値がある。地域を支える基幹病院として一般急性期医療から亜急性期医療に対応すべく2014年8月より地域包括ケア病棟（46床）を開設した。他の急性期病院からの転院患者の主治医は総合診療科医師としている。また慢性期医療として在宅医療（訪問診察、訪問看護、訪問リハビリ）、在宅医療支援を実施している。H29年9月には内視鏡センター、健診センターを新築移転する予定である。
- ・政策医療の第1点として、県の感染症拠点病院として結核病棟を有し、HIV感染症の治療、更に第1種感染症病棟を有し県内の特殊感染症の治療にあたっている。
- ・政策医療の第2点として、医療を担う人材育成という大きな目標があり、専門領域だけでなく総合診療を含めた各分野の専門医を養成している。さらに自治医大卒業医師を始めてとする管理型初期臨床研修指定病院として県立5病院のほか信州大学附属病院や近隣病院と連携して医師の育成を行っている。
- ・機構の研修センターが当院に併設されており、初期臨床研修医を含めた医師だけでなく、医学生・当院並びに機構職員全体の研修の企画運営を行っている。成人教育としてシミュレーション教育を早期から取り入れ、機構においてはシミュレーション教育を普及させるため、センター専従医師をHawaii大学SimTikiシミュレーションセンターに1年間派遣し、シミュレーション指導者としての資格を獲得してもらい、今後さらにシミュレーション教育を実施・普及させる予定である。家庭医育成においても早期から取り組んでおり、福島県立医科大学地域・家庭医療学講座葛西龍樹教授との連携を開始し2006年日本家庭医療学会後期研修プログラムを立ち上げている。このプログラムはその後日本プライリ・ケア連合学会家庭医療後期研修プログラムVer1.0となり、その後信州型総合医養成プログラム、日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療後期研修プログラムVer2.0となっている。そして今回長野県立病院機構総合診療専門研修プログラムを申請することとなる。

2. 長野県立阿南病院 連携施設 総合診療専門研修 I

- 専門医・指導医数
- ・総合診療専門研修指導医 1名（日本プライマリ・ケア連合学会認定、指導医、今後の特任指導医講習会の受講後、指導医資格取得予定）
 - ・小児科専門医 1名
- 病床数・患者数
- ・一般病床 85床
 - ・のべ外来患者 4200名/月 在宅診療患者 280件/月
 - ・総入院患者（実数） 1023名/年 上記数字は2015年度の数字
- 病院の特徴
- ・阿南病院の診療圏である下伊那南部地域は高齢人口が40%を超え高齢先進地域となっている。当院は地域唯一の病院として昭和36年から無医地区の住民に対する巡回診療を行っており、地域住民の福祉向上に寄与している。昭和56年には長野県へき地医療拠点病院に指定されている。このような状況下で巡回診療はいうまでもなく、在宅訪問看護・在宅医療・在宅リハビリの実施、更には併設する老人保健施設の運営など手厚い医療支援を行っている。これに加え小児医療、精神医療、学校保健活動まで幅広い医療を提供している。平成26年4月『地域医療総合支援センター』が整備され在宅医療、地域の健康管理事業、認知症への対応、町村の小児保健などの支援にも取り組んでいる。
 - ・総合診療専門研修 I は一般内科で研修する。小児科は専門外来が別にあるため小児診療（学童期以下の小児）の研修のために1回/週小児科外来研修とする。

3. 長野県立木曽病院 連携施設 総合診療専門研修 II 内科 領域別選択研修 外科

- 専門医・指導医数
- ・総合診療専門研修指導医 1名（日本プライマリ・ケア連合学会認定、指導医、今後の特任指導医講習会の受講後、指導医資格取得予定）
 - ・内科指導医 3名 内科常勤医 7名
 - ・外科指導医 1名
- 病床数・患者数
- ・病床数 259（一般207、感染 4、療養 48） 内科 80床 外科 40床
 - ・総入院患者（実数） 2,915名 総外来患者（実数） 16,512名
 - ・在宅診療件数 530件/月 上記数字は2015年度の数字
- 病院の特徴
- ・木曽医療圏（香川県の8割以上の広さを有する医療圏）唯一の病院で、24時間365日 急性期（1次から2.5次救急医療）から慢性期にわたり、地域住民の医療を守るために、あらゆる診療を行っており 地域医療、プライマリ・ケアを学ぶ場所として最適であるといえる。H19年に長野県のへき地医療拠点病院に指定され、さらに災害拠点病院に指定され DMAT は2チーム整備されている。H27年の御嶽山噴火災害での活躍は広く知られている。

H27年には地域がん診療病院に指定され、高度のがん治療、緩和医療を提供できる体制となっている。

- ・老人保健施設（50床）を併設し、療養型病床（48床）を有し、更に無医地区巡回診療を実施しており、地域包括ケアの研修が十分可能となっている。
- ・自ら医師を育成しようという考え方から医師の基幹型臨床研修指定病院として、積極的に臨床研修を推進している。また信州大学とのたすき掛け臨床研修も実施している。

4. 長野県立こども病院 連携施設 小児科

専門医・指導医数 ・小児科専門医 23名

- ・常勤医師（外科系医師を含めて）52名

病床数・患者数 ・病床数 200

- ・のべ外来患者 59660人/年 総入院患者 3636人/年

- ・総合小児科外来患者 4929人/年 上記数字は2015年度の患者数

病因の特徴

- ・平成5年5月 長野県で不足している小児医療を充実するために設立された。県立こども病院は県下各地の小児医療、新生児ネットワークの形成とともにその中核的役割を果たすことを要望され運営されており、長野県小児医療全般の質的・量的向上を目指して成長を遂げてきている。

- ・平成12年には小児医療だけではなく出産前後の母体・胎児から新生児に至る一貫した高度専門的医療の提供を目的として、総合周産期母子医療センターとして県の指定を受けて運用を開始している。

- ・医師だけではなく小児医療に携わる医療従事者の研修機能が充実している病院となっており、小児専門診療研修ばかりでなく、総合小児科では信州大学医学生、当院の小児科後期研修医、一般病院の初期研修医などを受け入れて小児科診療全般に関する指導に当たっている。

- ・当初は紹介患者のみを診療対象としていたが、救急診療の充実をはかるため総合小児科が開設され救急診療の中心的存在となり、更にPICU,NICUなどの集中治療後の小児患者の主治医として、また院内の重症感染症の診断・治療において活躍している。H26年からは食物アレルギー診療にも力を入れて診療にあたっている。

5. 長野県立こころの医療センター駒ヶ根 連携施設 領域別選択研修 精神科

専門医・指導医数 ・4名

常勤医師 ・11名

病床数 ・129床

病院の特徴

- ・昭和31年 精神科単科の精神病院として設立される。昭和46年改築、新しい医療に即応し、患者の立場を尊重し、社会復帰に力を注ぎ、全国に先駆

けて全病棟開放化を行う。平成 23 年名称をこころの医療センター駒ヶ根と変更し、精神救急医療や専門医遼（児童精神科、医療観察法等）といった大きな役割を担いつつ、地域に開かれた病院として診療を開始している。病院から地域へ出て行うサービスが認知症においても重要視されており、『ひらかれた病院』をスローガンに掲げている。

6. 信州大学医学部附属病院高度救命救急センター 連携施設 救急科

専門医・指導医数 ・救急指導医 4名 教官・医員 15名

・研修医 4-5 名

病床数 ・救命センター 20床

・附属病院 707床

病院（救命センター）の特徴：信州大学医学部附属病院高度救命・救急センターは平成 17 年 東日本の国立大学で初めて救命救急センターとして開設され、平成 19 年 4 月には高度救命・救急センターとなっている。救急専門医、集中治療専門医、循環器専門医、麻酔専門医、脳外科専門医、小児科専門医などのスタッフが集まり責任ある救急診療と研修医教育をおこなっている。当センターは救急患者の受け入れ初療から重症救急患者の救命処置、集中治療まで一貫した救命救急治療を提供しており、松本医療圏の救命救急治療の中核となるばかりでなく県内唯一の高度救命救急センターとして全県下からの重症患者を受け入れている。医学生や研修医、若手医師の教育にも力を入れており、県下の救急医療体制の支援を行っている。第 1 次から第 3 次までの救急患者を扱っており、教育体制が充実していることより専攻医の研修をお願いすることとしている。

7. 福島県立医科大学地域・家庭医療学講座関連施設 5 施設

研修先は 5 施設のうち 1 施設

必修研修 3 か月（家庭医療・臨床研究等）総合診療研修期間には含めない必修研修とする。

関連施設は下記の 5 施設である

保原中央クリニック

社団医療法人養生会かしま病院

只見町国民健康保険朝日診療所

ほし横塚クリニック

大原総合病院

専門医・指導医数 ・総合診療専門研修指導医 6名（福島県立医科大学地域・家庭医療学講座

教授 1名、各関連 5 施設にプライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医在籍、今後の研修で指

導医資格取得の予定)

施設（講座）の特徴・家庭医療とはどのような問題にも対処し、家族と地域のつながりのなかで、疾患の背景にある問題を重視しながら、病気を持つ人を人間として理解し、体と心をバランスよくケアし、患者と継続したパートナーシップを創り、十分な説明と情報の提供を行うことに責任を持つ、家庭医によって提供されるサービスです。家庭医は健康問題や病気の8割を占める「日常よく遭遇する状態」を適切にケアすることができ、各科専門家やケアにかかわる人々と連携し、患者の気持ち、家族の事情、地域の特性を考慮した、エビデンスの基づく「患者中心の医療」を実践できる専門医です。当講座の研修は大学病院ではなく、福島県内の協力連携医療機関で地域に根差した研修を行います。（ホームページから）

長野県立病院機構と福島県立医科大学地域・家庭医療学講座（葛西龍樹教授）とのかかわりについて（どうして県外研修をプログラムに取り入れているか）

2006年長野県衛生部（現 健康福祉部）が家庭医の必要性を以下の理由からとりあげた。

- ①少子高齢化
- ②医療を受ける国民側の心身の問題の多様性
- ③医療従事者の絶対的不足
- ④ひとりひとりの健康問題を患者の身体所見だけではなく、家庭や地域の枠で捉えて解決していくことは、日本の医療でもっと重視されてよい概念である。
- ⑤欧米の **family doctor** と称する家庭医を養成することはこれを満たすひとつの手段である。
- ⑥県内の過疎地域を主体とした医療を担う人材を、既存の医療資源を活用しながら新たに要請することは長野県では重要な医療政策として決定した。

須坂病院では2004年総合診療部の診療開始。2005年自治医大卒業医師の初期臨床研修開始。長野県衛生部からの家庭医養成の指導もあり2006年9月家庭医療の先駆的活躍をしていた福島県立医科大学地域・家庭医療学講座葛西龍樹教授との連携開始。日本家庭医療学会後期研修プログラム「家庭医養成塾」を立ち上げ、同プログラムは学会認定され、2007年から後期研修医募集開始となる。その後信州型総合医構想が県より示され、県立病院機構プログラムとして申請し認可される。家庭医療後期研修プログラムは学会再編成により日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療後期研修プログラム Ver1.0として認可され、2015年には同 Ver2.0として認定されて今日に至っている。葛西教授は長野県立病院機構信州型総合医プログラムの長野県のアドバイザーとして関わっていただいている。日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療後期研修プログラム Ver2.0において、さらに信州型総合医プログラムにおいても、福島県立医科大学地域・家庭医療学講座連携施設で研修を行う

ことをプログラムに記載している。また毎年最低1回、機構において家庭医療についての講演を機構内研修医・指導医に対して行っていただいている。研修中は家庭医療の基礎の再研修、臨床研究の指導等をしていただきたいと考えている。県外施設であります、長野県立病院機構総合診療専門研修プログラムでは欠かせない研修と捉えている。

1.2. 専門研修の評価について

専門研修中の専攻医と指導医の相互評価は施設群による研修とともに専門研修 PG の根幹となるものである。以下に「振り返り」、「経験省察診療録（ポートフォリオ）作成」、「研修目標と自己評価」の三点を説明する。

1) 振り返り

他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ある。具体的には、研修手帳の記録および定期的な指導医との振り返りセッションを1-2か月おきに定期的実施する。その際に日時と振り返りの記録を残すこととする。また各年次の最期には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する。

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に、経験省察研修録（学習者がある領域に関して最良の学びを得たり、最高の能力を発揮できた症例・事例に関する経験と省察の記録）作成の支援を通じた指導を行う。専攻医には詳細20例、簡易20例の経験省察研修録を作成することを求め、指導医は定期的振り返りの際に、経験省察研修録作成状況を確認し適切な指導を行うものである。

また施設内外で作成した経験省察研修録の発表会を行うものとする。なお経験省察研修録の該当領域については研修目標の7つの資質・能力に基づいて設定しており、詳細は研修手帳に記載してある。

3) 研修目標と自己評価

専攻医には研修目標の各項目の到達段階について、研修手帳を用いて自己評価を行うことが「求められる。指導医は定期的な研修の振り返りの際に、研修手帳の達成段階を確認し適切な指導を提供する。また、年次の最期には、進捗状況に関する総括的な確認をおこない、現状と課題に関するコメントを記録する。

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の基づくディスカッション（Case-based discussion）を定期的開催します。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、適時実施する。

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する。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、敵機的に支援するメンタリングシステムを構築する。メンタリングセッションは数か月に1度程度実施する。

・内科ローテーション研修中の評価

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システム(Web版研修手帳)による登録と評価を行う。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と考えるからであり、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ない。

12か月間の内科研修(総合診療Ⅱと同時研修を6か月とする)の中で最低40例の入院患者を受け持ち、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例を登録する。分野別(消化器、循環器、呼吸器など)の登録数に制限はつけないが、可能な限り幅広い異なる分野からの症例登録を推奨する。病歴要約については同一症例、同一疾患の登録は避けることを原則とする。

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うこととする。

12か月の内科研修修了時には、病歴要約評価を含め、技術・技能評価、専攻医の全体評価(多職種評価も含む)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る。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統括責任者に報告されることとなる。

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登録する。

・小児科および救急科ローテート研修中の評価

小児科および救急科ローテート研修においては、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指導を受ける。

3か月の小児および救急科の研修修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る。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登録する。

◎指導医のフィードバック法の学習(FD)

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、ケースの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義務付けられてい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ることが重要である。

1.3. 専攻医の就業環境について

基幹施設および連携施設の研修責任者とプログラム統括責任者は専攻医の労働環境改善と安全の保持に努めるものである。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順守し、各施設の労使協定に従う。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十分な説明を行うものとする。

研修年次毎に専攻医及び指導医は専攻医指導施設に対する評価も行い、その内容は信州医療センターに設置される総合診療専門研修プログラム管理委員会に報告することとなる。その中には労働条件についての内容も含むものとする。日直・半当直・当直は信州医療センターにて勤務中はセンターの勤務医師案内の記載内容に従うものとする。機構内病院での勤務は機構職員として勤務先の病院の内規に従うものとする。機構外の関連施設での研修(信州大学医学部附属病院高度救命救急センター、福島県立医大地域・家庭医療学関連施設)では関連施設内規に従うものとする。

専攻医は本研修 PG に登録した段階で長野県立病院機構の常勤職員となる。機構内関連施設をローテーションするときには研修先の病院が給与を負担することを原則とする。機構外の関連施設での研修(信州大学医学部附属病院高度救命救急センター、福島県立医大地域・家庭医療学関連施設)では基幹病院が給与については責任を持つこととなる。すなわち機構以外での研修中においても機構職員の身分は保証するものとする。

1.4. 専門研修 PG の改善方法とサイトビジット（訪問調査）について

本研修 PG では専攻医からのフィードバックを重視してプログラムの改善を行うこととしている。

1) 専攻医による指導医及び本研修 PG に対する評価

専攻医は、年次毎に指導医、専攻医指導施設、本研修 PG に対する評価を行う。また指導医も専攻医、指導施設、本研修 PG に対する評価を行う。専攻医や指導医からの評価は、専門研修 PG 管理委員会に提出され、専門研修 PG 管理委員会は本研修 PG の改善に役立てる。このようなフィードバックによって本研修 PG をより良いものに改善していくものである。

なおこうした評価内容は記録され、また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ないように対処する。

専門研修 PG 管理委員会は必要と判断した場合、専攻医指導施設の実地調査及び指導をおこなうことができる。評価に基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する。また専攻医が日本専門医機構に対し直接、指導医やプログラムの問題に関して報告し、改善を促すことも可能である。

2) 研修に対する監査(サイトビジット等)・調査への対応

本研修 PG について日本専門医機構からサイトビジット（現地調査）が行われる。その評価に基づいて専門研修 PG 管理委員会で本研修 PG の改良を行う。本研修 PG 更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本専門医機構の総合診療研修委員会に報告する。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する。該当する学術団体によるサイトビジットに際しては、専攻医に対する聞き取り調査も行われることがある。

1 5. 終了判定について

3年間の研修期間における研修記録に基づいて、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月末までに専門医研修 PG 統括責任者または専門研修連携施設責任者が専門研修 PG 管理委員会において評価し、専門研修 PG 統括責任者が終了の最終判定を行う。

その際、具体的には以下の4つの基準が評価される。

- 1) 研修期間を終了し、かつ認定された研修施設で総合診療専門研修 I 及び II を各 6 か月以上、合計 18 か月以上、内科研修 12 か月以上、小児科研修 3 か月以上、救急科研修 3 か月以上行っていること。(内科研修と総合診療専門研修 II の兼務 6 か月あり)
- 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) 研修期間中に複数回実施される、医師、看護師、コメディカルスタッフ等の多職種による 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。

1 6. 専攻医が専門研修 PG の終了に向けて行うこと

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月末までに専門研修 PG 管理委員会提出するものとする。専門研修 PG 管理委員会は5月末までに修了判定を行い、6月初めに研修修了証明書を専攻医に発送する。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うものとする。

1 7. Subspecialty 領域との連続性について

様々な関連する Subspecialty 領域については連続制を持った研修が可能となるように、2019 年度を目処に各領域と制度設計を検討していくこととなる。その議論を参考に当 PG においても計画していくこととなる。

1 8. 総合診療専門研修の休止・中断・PG 移動。PG 外研修について

- 1) 専攻医が次の1つに該当するときは、研修の中止が認められる。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 か月までとする。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の規定の期間の 2/3 を下回らないようにする。

- (1) 病気の療養
- (2) 産前・産後休養
- (3) 育児休業

- (4) 介護休業
 - (5) 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らないものとするが、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る。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る。
- (ア) プログラムが廃止され、または認定を取り消されたとき
 - (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する。再開の場合は再開届を提出することで対応する。
- 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るため、研修延長申請書を提出することで対応する。

19. 専門研修プログラム管理委員会

基幹施設である長野県立信州医療センターには、専門研修 PG 管理委員会と、専門研修 PG 統括責任者（委員長）を置きます。専門研修 PG 管理委員会は委員長、副委員長、事務局代表者、専門研修連携施設の研修責任者等で構成する。研修 PG の改善に向けての会議には専門医取得直後の若手医師代表が加わるものとする。専門研修 PG 管理委員会は専攻医および専門研修 PG 全般の管理と専門研修 PG の継続的改良を行うものとする。専門研修 PG 統括責任者は日本専門機構の一定の基準を満たしていることを原則とする。

基幹施設の役割

基幹施設は連携施設とともに専門研修施設群を形成する。基幹施設におかれた専門研修 PG 統括責任者は、統括的評価を行い、終了判定を行い、この終了判定の最終責任者となる。また専門研修 PG の改善を行うものとする。

専門研修 PG 管理委員会の役割と権限

- ・ 専門研修を開始した専攻医の把握と日本専門医機構の総合診療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の経験省察研修録の内容確認と、今後の専門研修のすすめ方についての検討
- ・ 研修手帳及び経験省察研修録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入数の決定
- ・ 専門研修施設の評価に基づく状況把握、指導の必要性の検討
- ・ 専門研修 PG に対する評価に基づく専門研修 PG 改良に向けた検討
- ・ サイトビジットの結果報告と専門研修 PG 改良に向けた検討
- ・ 専門研修 PG 更新に向けた審議

- ・翌年度の専門研修 PG 応募者の採否決定
- ・各専門研修施設の指導報告
- ・専門研修 PG 自体に関する評価と改良について日本専門医機構への報告内容についての審議
- ・専門研修 PG 連絡協議会の結果報告

副専門研修 PG 統括責任者

本研修 PG では定員 2 人/年であり、最大 6 人/3 年であり副専門研修 PG 統括責任者は設置しない。

連携施設での委員会組織

総合診療専門研修では専門研修基幹施設にプログラム管理委員会を設置し、各連携施設の指導責任者は委員として、専門研修 PG 管理委員会に出席する形で連携施設の研修管理を行う。

20. 総合診療専門研修指導医

本プログラムは総合診療専門研修指導医（今後総合診療専門研修特任指導医講習会で指導医資格取得見込）総計 6 名、すなわち県立信州医療センターに 4 名、県立木曽病院に 1 名、県立阿南病院に 1 名在籍している。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が求められており、本 PG 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る。

なお指導医には以下の 1) - 6) のいずれかの立場の方で卒後臨床経験 7 年以上の方より選任される。

- 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) 大学病医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医師から「総合診療専門医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

本 PG においては 1) のプライマリ・ケア連合学会認定のプライマリ・ケア認定医 5 名及び 7) の初期臨床研修病院にて総合診療科の所属し、総合診療を行っている医師 1 名の計 6 名が指導医として参画しています。

2 1. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

研修実績及び評価の記録

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

長野県立信州医療センターにて、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、研修ブロックごとの総括的評価、修了判定等の記録を補完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 年以上保管する。

PG 運用マニュアルは以下の研修手帳（専攻医研修マニュアルを兼ねる）と指導医マニュアルを用いるものとする。

- ・ 研修手帳（専攻医研修マニュアル）
所定の研修手帳参照
- ・ 指導医マニュアル
別紙「指導医マニュアル」参照
- ・ 専攻医研修実績記録フォーマット
所定の研修手帳参照
- ・ 指導医による指導とフィードバックの記録
所定の研修手帳参照

2 2. 専攻医の採用

採用方法

長野県立病院機構総合診療専門研修プログラム管理委員会は、毎年 7 月から説明会等をおこない、総合診療専攻医を募集する。PG の応募者は 9 月 20 日までに研修 PG 責任者あてに所定の形式の『長野県立病院機構総合診療専門研修プログラム応募申請書』及び履歴書を提出していただく。申請書は（1）信州医療センターのホームページよりダウンロード、（2）電話で問い合わせ、（3）e-mail で問い合わせのいずれかの方法で入手可能である。原則として 10 月中に書類選考及び面接を行い、採否を決定して本人に文章で通知する。応募者及び選考結果については 9 月及び 1 月の総合診療専門研修 PG 管理委員会でそれぞれ報告する。

研修開始届け

研修を開始した専攻医は、各年度の 5 月 20 日までに以下の専攻医氏名報告書を長野県立病院機構総合診療専門研修 PG 管理委員会に提出する。

- ・ 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

- ・専攻医の初期臨床研修修了証（コピー）あるいは終了見込証明書
- ・医師免許証（コピー）

以上