



JADECOM「地域医療のススメ」 東京北医療センター 総合診療プログラム

2017年8月22日改訂

公益社団法人 地域医療振興協会

東京北医療センター 臨床研修センター

公益社団法人地域医療振興協会
JADECOM「地域医療のススメ」東京北医療センター総合診療プログラム

目次

- 1) JADECOM「地域医療のススメ」東京北医療センター総合診療プログラムについて
- 2) 本プログラムにおける総合診療専門研修
- 3) 専攻医の到達目標
- 4) 研修内容について
- 5) 研修施設の概要について
- 6) プログラムの年間計画
- 7) 専門研修の評価について
- 8) 修了判定について
- 9) 専門研修実績記録システム、マニュアル等について
- 10) 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
- 11) 専門研修プログラム管理委員会
- 12) 総合診療専門研修指導医
- 13) 指導医の質の維持
- 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) 専攻医の受け入れ数について
- 16) 専攻医の就業環境について
- 17) 専攻医の採用

1) JADECOS「地域医療のススメ」東京北医療センター総合診療プログラムについて

JADECOS「地域医療のススメ」東京北医療センター総合診療プログラムは公益社団法人地域医療振興協会（以下 JADECOS）の設立の目的である「へき地等の医療の確保と質の向上をはかり、もって地域の振興を図る」を達成するのに必要な総合診療専門医を養成するために立ち上げられたプログラムです。

基幹病院である東京北医療センターの総合診療科は、343 床の地域中核病院において最大の診療科であり、地域包括ケアシステムの要として、病診連携、病病連携を積極的に行っています。研修医にとっては、病院で行う総合診療のトレーニングの場として最適な環境ですが、これまで病院総合（診療）医の専門医が存在しなかったため、内科専門医の取得を目指した後期研修専門プログラムを提供してきました。毎年多数の専攻医が入職し、着実に多くの研修医を指導してきた実績があります。そしてこのたび、病院総合診療の専門医でもある総合診療専門医が創設されたことにより、当科では、総合診療専門医の育成を主軸に置くことと致しました。

一方、JADECOS は 2005 年に独自に家庭医療後期研修プログラム「地域医療のススメ」を設立し、日本のへき地や離島などの医師不足地域で研修を行いながら、家庭医を主として多くの総合診療医を育成してきました。日本プライマリ・ケア連合学会認定の研修プログラムとなった後も多くの家庭医療専門医を育成し、日本の地域医療、僻地医療に貢献してきました。これまで「地域医療のススメ」にはプログラム基幹施設という概念はなく、JADECOS という組織全体でプログラムが運営してきました。今回の新専門医制度開始にあたり、東京北医療センターを基幹施設として、「JADECOS「地域医療のススメ」東京北医療センター総合診療プログラム」を設定し、同センターを中心に病院総合（診療）医と家庭医の育成を行うことにしました。

高齢化の進む日本においては、都市部でも田舎でも老若男女に関わらず一人の人をトータルで見ることのできる医師が求められています。医療や介護の制度も複雑となり、また個人の生活、ニーズも多様化してきたなかで、異なるニーズに的確に対応できるだけでなく、患者それぞれの背景を考えて診療に当たることが必要です。また診察室の自分の眼の前にこない、地域の人々を見る眼をもち、地域全体のために自分の知識や技術を提供することの出来る「地域を診る視点を持つ医師」が必要です。

本プログラムはそのような「人を、家族を、地域をまるごと診る」というコンセプトに立ち、地域のニーズに応えることのできる、「地域医療の5の軸」を意識した診療を行い、「求められる役割に応じて協調、変容でき、あらゆる問題に対応できる能力をもった総合診療医」を育成することを目的としています。これは日本専門医機構の総合診療専門研修プログラム整備基準に定められている以下の7つの資質・能力を包括しています。

1. 包括的統合アプローチ
2. 一般的な健康問題に対する診療能力
3. 患者中心の医療・ケア
4. 連携重視のマネジメント
5. 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ
6. 公益に資する職業規範

7. 多様な診療の場に対応する能力

本プログラムにはこの目標を到達するための以下の3つの大きな特徴を有しています。

- 総診が主役で活躍する最適環境で研修
- EBMでとことん質にこだわる診療を研鑽
- 豊富な教育コンテンツと情報発信

特に本プログラムの大きな特徴として、根拠に基づいた医療(Evidence-Based Medicine: EBM)の方法論を活用して、エビデンスを調べたり、論文を批判的に吟味したりしながら、ひとりひとりの患者の背景や事情を考慮した、質の高い医療の実践を行うことのトレーニングを行います。そして、エビデンスを使うだけでなく、地域に根ざした臨床データから研究を行い、エビデンスを創ることに積極的に力を発揮できる人材を育成します。これは、総合診療医が他領域の専門医と協力しながらも自立して質の高い診療をしていくために大変重要なことと考えています。

本プログラムにおける主役は専攻医の皆さんです。指導医はきめ細かな指導を心がけますが、あくまで実際の診療のマネジメントを行うのは専攻医の皆さんですから、プライマリ・ケアの専門家である総合診療医としての自覚を持ち、患者に誠実に向き合い、日本の医療や総合診療領域の発展に資するべく教育や学術活動に積極的に携わることが求められます。

本プログラムで行う研修では、へき地を含む日本全国に広く展開しているJADECOMの地域医療を実践する第一線医療機関での研修を行うことのできる、「地域で育てる」ことを主軸にした質の高い総合診療医育成プログラムです。

<地域医療の5の軸>

1. 患者によって自分を変える。
2. 患者や問題の種類により差別をしない。
3. 生物学的問題だけでなく心理社会的問題も重視する。
4. 臓器、人ととどまらず、家庭・地域も視点とする。
5. 診察室にこない人のことも考慮する。

2) 本プログラムにおける総合診療専門医研修

① 研修の流れ

本プログラムでは、日本専門医機構の定める総合診療医養成プログラムで必要な、総合診療専門研修Ⅱ、内科研修、小児科研修、救急研修を東京北医療センターで、それ以外の研修を東京北医療センターを含む医療機関で行います。総合診療専門研修Ⅰは全国の医師不足地域やへき地で診療を行っているJADECOMの施設を利用して研修を行うこととしています。日本専門医機構も推奨しているとおり、へき地での診療は年間を通じて行うことが重要との考えから、ブロックで12ヶ月以上研修します。総合診療専門研修Ⅱは、多彩な疾患や問題を抱える多様な患者が集まる病院総合診療の研修を行うのに最適な環境である当院の総合診療科で6ヶ月以上行います。そして研修を通じて、総合診療医に必要な知識・技術・地域を見る視点を、地域医療の現場で経験豊かな指導医の元で、実践の中(On the job)から学ぶ事のできる研修を行います。

またプログラム在籍中自分の働く地域で楽しみながら診療ができるようになるようにサポートを行います。

本プログラムでは、プログラム全体の研修期間を4年と定めています。日本専門医機構の定める修練のプロセスによると、

- ・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、他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。

となっていますが、「地域医療のススメ」ではさらに、

- ・4年次修了時には、医療機関のマネジメントや地域全体の医療・保健・福祉に関わり、そのリーダーシップをとるために必要な知識・態度を習得し、実践できるようになる。

ことを追加し、その評価は研修手帳における達成状況やポートフォリオなどを用いて評価を行います。

研修項目、各種ローテーションについては、初年度はプログラム参加時、2年日以降は各年度に行われる秋ミーティング(中間振り返り)で次年度勤務先調査を行い、研修内容などを指導医と検討の上決定します。

指導においてはプログラム統括責任者を中心として、各研修担当指導医・研修者を中心として行いますが、JADECOCOM の「地域医療のススメ」全体として、プログラム全体統括者および JADECOCOM 研修センターがプログラムのチェックを行い、各プログラムをサポートします。

各専攻医にはスーパーバイザーを配置し、月に一度何らかの形で面談(直接もしくは Web)を行い、現状の研修状況の振り返りを行います。また JADECOCOM 全体として、Web での全体振り返りと勉強会を月に一度行います。

日本プライマリ・ケア連合学会やその他の関連学会等の主宰する各種研修会、セミナー、学会、地方会への参加・発表、地域医師会などの主宰する勉強会などにも積極的に参加するように求めています。

Reflective Practitioner としての自己学習は、医師にとっては必須です。JADECOCOM では UpToDate や DynaMed などの二次媒体の利用が無料で可能となっています。

また生涯研修の成果を発表する研究については、地域の現場で働く総合診療医からの発信が今後の日本の医療においても大きな意味や役割を持つだけでなく、総合診療医の医学界における地位の向上、確立のためにも必要なものです。プログラム全体で定期的な報告を行い、プログラム指導医・修了生、JADECOCOM の臨床研修センター、地域医療研究所、ヘルスプロモーション研究センターによるサポートを得ながら研究を行うことができ、また積極的に行い、日本プライマリ・ケア連

合学会などの関係学会での積極的な発表、論文発表を行うことが研修期間中に義務付けられています。

② 専門研修における学び方

専攻医の研修は臨床現場での学習(On the job training)、臨床現場を離れた学習(Off the job training)、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、生涯渡って学習していく基盤とすることが求められます

A) 臨床現場での学習(On the job training)

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などを通じた知識の収集と批判的吟味を行って、それを目の前の患者に適用させるプロセスと、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図るプロセスを両輪とします。その際、学習履歴の記録と自己省察の記録をポートフォリオ(経験と省察のファイリング)作成という形で全研修課程において実施します。場に応じた教育方略は下記のとおりです。

(ア) 外来医療

経験目標を参考に幅広い症例を経験します。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)、実際の診療の場面に指導医が入って評価をする(Mini-CEX)、更に必要に応じて診療場面をビデオなどで直接観察してフィードバックを提供するビデオレビューを実施します。また、指導医による定期的な診療録レビューによる評価(One day back)、更には症例カンファレンス(総合診療科カンファレンス)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、習熟度に応じて hands-on で指導を提供します。

(イ) 在宅医療

経験目標を参考に幅広い症例を経験します。主として総合診療研修 I において、最初は経験ある指導医の診療に同行して診療の枠組みを理解するためのシャドウイングを実施します。外来医療と同じく、症例カンファレンスを通じて学びを深め、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学びます。

(ウ) 病棟医療

経験目標に基づいて研修を積んでいきます。東京北医療センター総合診療科では、病院総合診療研修に最適なあらゆる分野に渡る多彩な症例を幅広く経験することができます。指導医、専攻医、初期研修医、時に学生が加わる診療チームで診療し、屋根瓦式教育を行っているため、教えながら自らも学びます。チームごとの回診とは別に教育回診に参加し、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、エビデンスを調べながらその適用の方法についてディスカッションし、EBM を実践できる能力を徹底的に養います。研修を通じて、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、それぞれに最適な決断を下せるようになります。

(エ) 救急医療

経験目標を参考に救急外来や救命救急室などで幅広い症例を経験します。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など)が必要となり、特に指導医とともに処置に当たる中から経験を積みます。

(オ) 地域ケア

地域医師会の活動を通じて、地域の実地医科と交流することで、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。病棟医療の研修中に近隣診療所との病診連携カンファレンスを参加することにより、良好なコミュニケーションの構築に努めます。さらには産業保健活動、学校保健活動などを学び、それらの活動に参画します。参画した経験を指導医とともに振り返り、その意義や改善点を理解します。

B) 臨床現場を離れた学習(Off the job training)

(ア) 総合診療や家庭医療のさまざまな理論やモデル、EBM の方法論、慢性疾患の管理方法、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、シニアコアレクチャーという形で定期的に座学が提供されます。また、日本プライマリ・ケア連合学会など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たり、総説執筆や各種ワークショップでの講義やチューターを担当したりすることで自ら学んだことをアウトプットすることによって学びを深めます。

(イ) 医療倫理、医療安全、感染対策、保健活動、地域医療活動などについては、日本医師会の生涯教育制度や関連する学会の学術集会や研究会など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他、地域の医療機関との良好な関係の構築と診療上の意見交換などを通じて人格を陶冶する場として活用します。

C) 自己学習

JADECOR 内で UpToDate, DynaMed, メディカルオンラインの施設契約をしており、どこにいても手軽に情報検索ができる環境を用意しています。研修カリキュラムにおける経験目標は原則的に本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および日本プライマリ・ケア連合学会などにおける e-learning 教材、医療専門雑誌、各学会が作成する診療ガイドラインなどを適宜活用しながら、幅広く学習します。

③ 専門研修における研究

専門研修プログラムでは、最先端の医学・医療を理解すること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重要です。また、専攻医は原則として学術活動に携わる必要があり、学術大会や地方会、各セミナーなどでの発表(筆頭に限る)および論文作成(共同著者を含む)を行うこととします。本プログラムは東京慈恵会医科大学臨床疫学教室と連携しながら、臨床研究に携わる機会を提供します。研究発表についても指導医が支援します。

④ 研修の週間計画及び年間計画

(ア) 週間計画

基幹病院である東京北医療センター総合診療科(総合診療専門研修Ⅱ)を例に挙げる。

	月	火	水	木	金	土	日
08:00-08:15 医局会(月2回)							
08:15-08:45 総合診療科ミーティング(土曜日は月2回程度)							
08:45-12:30 初診外来(土曜日は月2回)							
10:00-12:30 教育回診							
13:30-14:00 リハビリテーションカンファレンス							
14:00-17:00 再診外来							
16:30-17:00 One day back 振り返り(月1回)							
17:00-18:00 シニアコアレクチャー							
17:00-18:00 木曜抄読会(EBM抄読会)							
17:15-18:00 内科カンファレンス							
18:00-19:00 総診カンファレンス							
平日当直(2~4回/月) 土日の当直(1回/月程度), 土日の待機(2回/月)							

(イ) プログラムの年間計画

全体での年間計画を予定しています。

4月	全体オリエンテーション、前年度修了者の修了判定
5月	前年度修了者への修了認定証の発送
6月	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
7月	研修修了者:専門医認定審査(筆記試験、実技試験)、次年度専攻医の公募および説明会開催
8月	日本プライマリ・ケア連合学会学生部会夏季セミナー参加
9月	全体中間振り返りミーティング、研修プログラム管理委員会開催、公募締切(9月末)
10月	次年度専攻医採用審査
11月	日本プライマリ・ケア連合学会秋季セミナー参加、研修プログラム管理委員会開催(採用予定者の承認)
12月	
1月	全体ポートフォリオ発表会
2月	日本プライマリ・ケア連合学会冬季セミナー参加
3月	修了判定

3) 専攻医の到達目標

「求められる役割に応じて協調、変容でき、あらゆる問題に対応できる能力をもった総合診療医」となることが目標です。

具体的には、プログラム終了時に

- ・どのような診療現場においても EBM を実践することができる。

- ・地域の中小病院で独立して、勤務することができる。
- ・地域の診療所で管理者として勤務することができる。

レベルに到達することを目標とします。

そのために以下の知識、技能の習得を行うこととします。

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、文化などの環境(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。
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診療推論に基づく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題への対処、ポリファーマシーの問題、さら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、さら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・介護サービス間での円滑で切れ目ない連携も欠かせない。さらに、所属する医療期間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中心的役割を積極的に果たしつつ、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、各現場で多様な対応能力を発揮するとともに、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、臨床疫学的意見を基盤としながらも、常に重大ないしは緊急な病態に注意した推論を実践する。

各項目の詳細は、総合診療専門医 研修手帳の4.総合診療専門医に必要な6つのコアコンピテンシー 1～4及び6を参照

② 専門技能(診察、検査、診断、処置、手術など)

総合診療の専門技能は以下の5領域で構成されます。

1. 外来・救急・病棟・在宅という多様な総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査・治療手技
2. 患者との円滑な対話と医師・患者の信頼関係の構築を土台として、患者中心の医療面接を行い、複雑な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

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。(総合診療専門医 研修手帳 p16-31)

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。(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) 精神科領域の救急 流・早産および満期産 女性特有の訴え・症状 成長・発達の障害

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

貧血 脳・脊髄血管障害 脳・脊髄外傷 変性疾患 脳炎・脊髄炎 一次性頭痛 湿疹・皮膚炎群 蕁麻疹 薬疹 皮膚感染症 骨折 関節・人体の損傷及び障害 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

※詳細は総合診療専門医専門研修カリキュラムの経験目標3を参照

④ 経験すべき診察・検査等

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. 婦人科的診察(腔鏡診による内診や外陰部の視診など)を実施できる

(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)
8. 生体標本(喀痰、尿、腔分泌物、皮膚等)に対する顕微鏡的診断
9. 呼吸機能検査
10. オージオメトリーによる聴力評価及び視力検査表による視力評価
11. 頭・頸・胸部単純CT、腹部単純・造影CT
12. 消化管内視鏡検査(上部、下部は選択)

詳細は総合診療専門医専門研修カリキュラムの経験目標1を参照

⑤ 経験すべき手術・処置等

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。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。(総合診療専門医 研修手帳)

(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

1. 簡単な切開・異物摘出・ドレナージ

2. 止血・縫合法及び閉鎖療法
 3. 簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギプス法
 4. 局所麻酔(手指のブロック注射を含む)
 5. トリガーポイント注射
 6. 関節注射(膝関節・肩関節等)
 7. 静脈ルート確保および輸液管理(IVHを含む)
 8. 経鼻胃管及びイレウス管の挿入と管理
 9. 胃瘻カテーテルの交換と管理
 10. 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
 11. 褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン
 12. 在宅酸素療法の導入と管理
 13. 人工呼吸器の導入と管理
 14. 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)
 15. 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)
 16. 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)
 17. 包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法
 18. 穿刺法(胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等)
 19. 鼻出血の一時的止血
 20. 耳垢除去、外耳道異物除去
 21. 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)
 22. 睫毛拔去
- ※詳細は総合診療専門医専門研修カリキュラムの経験目標1を参照

4) 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

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

(ア) 外来医療

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

(イ) 在宅医療

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

(ウ) 病棟医療

入院担当患者の症例提示と各種情報源を利用したエビデンスの検索、さらにそれを患者の病状や周囲を取り巻く環境、患者の好みと行動、臨床経験を考慮してどのようにして目の前の患者に適用するかについての教育的なフィードバックを受ける教育回診、および多職種を含む病棟カンファレンスや近隣医療機関との病診連携カンファレンスを通じて診断・検査・治療・退院支援・地域連携のプロセスに関する理解を深めます。

5) 学問的姿勢

専攻医には、以下の2つの学問的姿勢が求められます。

- 常に標準以上の診療能力を維持し、さらに向上させるために、ワークライフバランスを保ちつつも、生涯にわたり自己研鑽を積む習慣を身につける。その手段としてEBMIについての理解を深め、インターネットなどを利用して最新の知識を得る能力を習得する。
- 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学童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。

(ア)教育

1. 学生・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・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他職種に対する教育)を提供することができる。

(イ)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、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。
2. 量的研究(疫学研究など)、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。

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) 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性など

総合診療専攻医は医療倫理やプロフェッショナリズムを意識し、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事、総合診療医としての専門性を自覚しながら、常に患者に提供する医療の質にこだわって日々の診療に当たることができる。
2. 安全管理(医療事故、感染性、廃棄物、放射線など)を行うことができる。
3. 地域の現場から見出される優先度の高い健康関連問題を把握し、その解決に対して各種会議への参加や住民組織との協働、あるいは地域ニーズに応じた自らの診療の継続や変容を通じて貢献できる。
4. へき地・離島、被災地、都市部にあっても医療資源に乏しい地域、あるいは医療アクセスが困難な地域でも、可能な限りの医療・ケアを率先して提供できる。

7) 研修内容について

本プログラムでは、基幹病院と連携施設を利用した研修で、日本専門医機構の定める総合診療専門研修に必要な、

(ア) 総合診療専門研修1(ブロックで12ヶ月以上)

(イ) 総合診療専門研修2(6ヶ月以上) (ア)と(イ)の両方で18ヶ月以上

(ウ) 内科研修(12ヶ月)

(エ) 小児科研修(ブロックで3ヶ月)

(オ) 救急研修(ブロックで3ヶ月)

に加えて、

(カ) 選択研修(外科、産婦人科、整形外科、精神科、耳鼻咽喉科、皮膚科、形成外科、緩和ケアなど)の研修を行うことになっています。

を4年間の研修期間の間に行うことになっています。

また本プログラムでは、選択研修において離島や山間へき地などの医療資源や人的資源の少ない地域での診療を4年間の研修期間のうち最低12カ月経験することとしています。これは、本プログラムにおいて総合診療を専門とする医師には1年を通じて地域で四季の移り変わりを経験しながら研修することが、今までの専攻医研修プログラムでの経験と実績を通じて必須であると考えからです。またこれまで専攻医のへき地での診療が地域医療を支えてきたという事実がある中で、今後もそれを継続していくことが重要であると考えています。

研修内容の順序については、プログラム統括責任者との面談、プログラム研修管理委員会での認定において決定するものとします。

以下はそれぞれの研修内容についての詳細です。

(ア) 総合診療専門研修 I

診療所または地域の中小病院で外来診療、訪問診療、および地域包括ケアの研修を行います。研修期間はブロックで6ヶ月以上が必要で、単一の施設で研修を行います。本プログラムでは、12ヶ月以上の研修を推奨します。

(イ) 総合診療専門研修 II

総合診療部門を有する病院で、臓器別でない病棟診療と臓器別でない外来診療(救急も含む)の研修を行います。研修期間は6ヶ月以上必要で、原則ブロックで研修しますが、場合によって分割して研修することが可能です。

(ウ) 内科研修

内科系疾患の病棟診療の研修を行います。研修期間は12ヶ月が必要で、基本的には基幹病院である東京北医療センター総合診療科で研修しますが、分割して研修することが可能であり、また希望があれば離島や山間へき地の小病院で研修することも推奨しています。

(エ) 小児科研修

基幹病院である東京北医療センターまたは連携施設において研修を行います。小児科疾患の病棟診療、外来診療(救急診療を含む)、予防接種、乳幼児健診の研修を行います。研修期間はブロックで3ヶ月が必要です。

(オ) 救急研修

基幹病院である東京北医療センターまたは連携施設である東京ベイ・浦安市川医療センターにおいて研修を行います。救急部における救急研修を行います。救急処置全般、救急診療において必要とされる迅速な判断能力、特有の意思決定やプロセスを研修します。研修期間はブロックで3ヶ月が必要です。

(カ) 選択研修

選択研修においては、総合診療専門医として必要となると思われる外科、産婦人科、整形外科、皮膚科、耳鼻科、眼科、緩和ケア、リハビリテーションなどの診療手技・知識をプログラム内に登録された研修施設において必要な期間行うことができます。離島や山間へき地の診療所・小病院での研修を更に充実したものにするため総合診療研修 I を延長することも推奨しています。また、オレゴン健康科学大学(OHSU)、ハワイ大学における短期海外留学(最大3カ月)を行うことも可能です。

具体的なローテーション例を以下に挙げます。

	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	総合診療専門研修Ⅱ						小児科研修			救急研修		
2年目	総合診療専門研修Ⅰ(例:西吾妻福祉病院など)											
3年目	内科						選択研修(例:神津島など)					
4年目	内科						選択研修 ★					
5年目				○								

★: 修了評価 ○: 専門医試験

各専門診療研修や選択研修先の診療科においては、定期的なカンファレンスや勉強会が行われるので、それぞれのローテーション先で研修目標に設定された内容を学ぶことが可能です。また総合診療専門研修Ⅰなどで地域の医療機関で研修を行っている場合には積極的に地域医師会の勉強会に参加することが求められます。

また全体で知識、技能の習得のために、以下のような勉強会を行います。

1. 春ミーティング(オリエンテーション): 4月に行う。新人専攻医との顔合わせ、年間の目標設定、レクチャー、スーパーバイザー面談を行う。
2. 秋ミーティング(中間振り返り): 9~10月に行う。年度途中での研修状態のチェックと振り返り、スーパーバイザー面談、レクチャー、次年度の研修希望の聴取を行う。
3. 冬ミーティング(ポートフォリオ発表会): 1月に行う。作成した最良作品型経験省察研修録の発表会、スーパーバイザー面談を行う。
4. Web 勉強会: 1ヶ月に1度インターネットテレビ会議システムを利用し、総合診療医に必要な知識のレクチャー、カンファレンスを行う。
5. Web 振り返り: インターネットテレビ会議システムを利用し、1ヶ月の振り返りを行う。
6. 知識問題試験: 1年に1度全体で知識試験を行い、それぞれの知識の不足分野を把握する。

8) 研修施設の概要について

本プログラムでは基幹施設である東京北医療センターだけではなく、JADECOM の日本全国にちらばる医師不足になやむべき地を支える医療機関で研修を行います。それぞれの施設には、現場の第一線で地域医療を実践してきた指導医がおり、その指導を受けることで、総合診療専門医としての能力を要請します。

以下具体的に施設の内容を説明します。

(この部分は Ver2 提出部分のものを流用する。)

9) プログラムの年間計画

「地域医療のススメ」では、以下のように全体での年間計画を予定しています。

4月 春ミーティング、前年度修了者の修了判定

5月 前年度修了者への修了認定証の発送

6月 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

7月 研修修了者:専門医認定審査(筆記試験、実技試験)、次年度専攻医の公募および説明会開催

8月 日本プライマリ・ケア連合学会学生部会学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナー参加

9月 秋ミーティング、研修プログラム管理委員会開催、公募締切(9月末)

10月 次年度専攻医採用審査

11月 日本プライマリ・ケア連合学会秋季生涯教育セミナー参加、研修プログラム管理委員会開催(採用予定者の承認)

1月 冬ミーティング(経験省察研修録発表会)

2月 日本プライマリ・ケア連合学会若手医師のための家庭医療学冬期セミナー参加

3月 修了判定

10) 専門研修の評価について

専門研修中の専攻医の評価および専攻医による指導医・研修施設の相互評価は、「地域医療のススメ」において非常に重要であると考えています。

複数診療科のローテーションが必要な総合診療専門研修については、4年間を通じて専攻医の研修状況の進捗状況を把握するシステムが必要です。

本プログラムでは、

- 研修手帳の記録及び定期的な指導医、スーパーバイザーとの振り返りを1～数ヶ月おきに定期的実施します。その際の内容については、研修手帳に記録を行います。
- プログラム責任者もしくはプログラムアドバイザーによるサイトビジットを行い、研修状況の把握と研修施設指導医にフィードバックを行います。
- 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行います。
- 年次の途中(9月もしくは10月)にJADECOMのプログラム全体で秋ミーティングを行い、そこで年度前半の研修内容のチェック、後半の研修に対しての指導、次年度の研修内容についての検討を行います。
- 年次の途中(8～10月の間を予定)にJADECOMのプログラム全体で、医学知識についての統一テストを行い、総合診療専門医として必要な知識の確認を行います。
- 専攻医には詳細20事例、簡易20事例の経験省察研修録(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)を作成することが求められますので、スーパーバイザー、指導医は定期的な研修の振り返りの際に、経験省察研修録作成状況を確認し適切な指導を提供します。年次の途中(1月)にJADECOM全体での経験省察研修録発表会を行い、それぞれの経験省察研修録について、専攻医相互で評価を行う機会を持ちます。
- 実際の業務に基づいた評価(Workplace-based assessment)として、Mini-CEX(短縮版臨床評価テスト)等を利用した診療場面の直接観察やCase-based discussion(実際の症例に基づくディスカッション)を行います。

- 多職種による360度評価をローテーション終了時等、適宜実施します。
- プログラム内の研修管理委員会だけでなく、JADECOM本部の臨床研修センターが研修医のローテーション、研修内容の把握のサポートを行います。
- 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。

11) 修了判定について

4年修了年次の3月には、OSCE、経験省察研修録、面接(研修中の360度評価結果などを用いる)による修了評価を行い、修了判定を行います。

具体的には、

- 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12ヶ月以上・合計24ヶ月以上、内科研修12ヶ月、小児科研修3ヶ月、救急科研修3ヶ月を行っていること。
- 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した経験省察研修録を通じて、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。
- 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。
- JADECOM臨床研修センターの行う修了評価、特にOSCE、経験省察研修録で基準を達していること。

が必要です。専攻医は研修手帳及び経験省察研修録を研修4年次の2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4月末までに修了判定を行い、5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。

12) 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

指導医による形成的評価、フィードバックを受けます。総括的評価は総合診療専門研修カリキュラムに則り、少なくとも年1回行います。

東京北医療センター総合診療科、JADECOM臨床研修センターにて、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

- その他プログラムで配布する資料を研修中に利用してください。

13) 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つに該当する時は、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平日換算で120日までとします。
 - (ア) 病気療養
 - (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
- 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けを提出することで対応します。
- 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。
- 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つに該当する時には、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、移籍元、移籍先の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などが必要となります。
 - (ア) 所属プログラムが廃止され、または認定を取り消された時
 - (イ) 専攻医にやむを得ない理由がある時

14) 専門研修プログラム管理委員会

基幹施設である東京北医療センター総合診療科には、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。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、JADECOM臨床研修センターで構成されます。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(プログラム修了生)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(指導医資格をもつこと、総合診療専門研修統括プログラム責任者講習会を受講していること)を満たしています。連携施設においては個別に委員会を設置するのではなく、連携施設の指導医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。

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

- 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

15) 総合診療専門研修指導医

本プログラムには、総合診療専門研修指導医が総計48名、按分後は12 2/9名在籍しています。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、総合診療専門研修特任指導医講習会の受講を必要とします。なお、指導医は、以下のア)～キ)のいずれかの立場の方より選任されており「地域医療のススメ」東京北医療センターにおいては(ア)のプライマリ・ケア認定医43名が参画しています。

- (ア) ア)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
- (イ) イ)全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定医
- (ウ) ウ)日本病院総合診療医学会認定医
- (エ) エ)日本内科学会認定総合内科専門医
- (オ) オ)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(日本臨床内科医会認定専門医等)
- (カ) カ)オ)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
- (キ) キ)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

16) 指導医の質の維持

指導医は経験省察研修録、Mini-CEX、Case-discussion、および360度評価などの評価法、振り返りなどのフィードバック法について、日本プライマリ・ケア連合学会やプログラムの行う指導医講習会、JADECOPM の行う指導医講習会などで学習を行います。

17) 専門研修プログラムの改善方法とサイトビジットについて

本研修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PG に対する評価

専攻医は、毎年次の終わりに指導医、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。評価は所定の用紙を用い、JADECOR臨床研修センターが集計を行います。

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。

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。

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。

18) 専攻医の受け入れ数について

各専門研修施設における年度毎の専攻医数の上限は、当該年度の総合診療研修Ⅰ及びⅡを提供する施設で指導にあたる総合診療専門研修指導医×2です。4学年の総数は総合診療専門研修指導医×6です。本プログラムにおける専攻医受け入れ可能人数は、基幹施設および連携施設の受け入れ可能人数を合算したものです。また、受入専攻医数は施設群が専攻医の必要経験数を十分に提供でき、質の高い研修を保証するためのものです。

本プログラムでは専攻医の受け入れ数は年間6名を定員と定めています。これは、これまでの総合診療後期研修プログラムの専攻医採用実績と、従来のプログラムならびに本プログラムが積極的にへき地医療を支援するべく医療過疎地域での地域医療研修を行ってきた／行うことから受け入れが可能、また人員として必要とすることから算出しています。

19) 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、JADECOR臨床研修センターは専攻医の労働環境のチェック、改善と安全の保持に努めます。

専攻医の勤務時間、休日、当直、給与などの勤務条件については、労働基準法を遵守し、各施設の労使協定に従います。さらに、専攻医の心身の健康維持への配慮、当直業務と夜間診療業務の区別とそれぞれに対応した適切な対価を支払うこと、バックアップ体制、適切な休養などについて、勤務開始の時点で説明を行います。サイトビジット時には、労働状況や専攻医の心身の状況についてもチェックを行います。

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。

20) 専攻医の採用

採用方法

JADECOM「地域医療のススメ」東京北医療センター総合診療プログラムの総合診療専門研修プログラム管理委員会は、毎年7月からプログラム独自の説明会や民間企業によるプログラム説明会などでプログラム説明を行い、総合診療専攻医を募集します。プログラムへの応募者は、9月30日(仮)までに研修プログラム責任者宛に所定の形式の『JADECOM「地域医療のススメ」東京北医療センター総合診療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) 東京北医療センター総合診療専門医研修プログラム サイト

<http://www.tokyokita-resident.jp/general-med/>
よりダウンロード

(2) 電話で問い合わせ 03-5963-3412

(3) e-mail で問い合わせ kensyu-s@tokyokita-jadecom.jp

のいずれの方法でも入手可能です。原則として10月中旬に書類選考および面接を行い、採否を決定して本人に文書で通知します。応募者および選考結果については11月の総合診療専門研修プログラム管理委員会において報告します。

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、総合診療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

以上

