

東京都健康長寿医療センター・総合診療専門研修プログラム

2027 年度版

1. 専門研修プログラムの概要
2. 専門研修はどのようにおこなわれるのか

専攻医の到達目標

3. 習得すべき知識・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
6. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性

施設群による研修プログラムと地域医療についての考え方

7. 年次ごとの研修計画
8. 研修施設群と研修プログラム
9. 地域医療について
10. 専門研修の評価
11. 修了判定

専門研修委員会

12. 専門研修プログラム管理委員会の業務
13. 専攻医の就業環境
14. 専門研修プログラムの改善
15. 専攻医の採用と修了
16. 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
17. 研修に対するサイトビジット（訪問調査）
18. subspecialty 領域との連続性

1. 専門研修プログラムの概要

本プログラムは、東京都健康長寿医療センターを基幹施設とし、連携施設との協力のもと、外来・救急・入院・在宅医療に至るまで一貫した診療を実践できる総合診療専門医を育成することを目的とする。

東京都健康長寿医療センターは、超高齢社会における中核医療機関として、多疾患併存、身体機能低下、認知機能低下、ポリファーマシー、栄養障害、社会的課題を併せ持つ患者に対して、包括的かつ全人的な医療を実践してきた。内科専門研修プログラムにおいても、高齢者急性期医療、多職種による高齢者総合機能評価、退院支援、栄養サポート、緩和ケア、地域連携などを特徴としている。

本プログラムでは、こうした基幹施設の診療基盤を活かし、臓器別診療に偏らず、患者の生活背景、家族・介護環境、地域資源を踏まえて診療を組み立てる能力を重視する。特に、救急外来および入院診療における急性期対応から、退院支援、在宅医療への移行、地域医療機関との連携までを連続した診療プロセスとして経験する。

研修は3年間で行い、総合診療専門研修Ⅰ、総合診療専門研修Ⅱ、内科研修、小児科研修、救急科研修を組み合わせる。総合診療専門研修Ⅰでは、医療資源の乏しい地域および在宅医療の現場において、地域に根ざした診療、多職種連携、生活を支える医療を学ぶ。総合診療専門研修Ⅱでは、基幹施設および連携病院において、外来・救急・入院診療を通じた包括的診療能力を修得する。

また、医療資源の乏しい地域での研修を重要な柱として位置づけ、都市部の医療だけでなく、過疎化・高齢化が進む地域での実践を経験することにより、地域特性や医療資源の違いを理解し、それぞれの場に応じて最適な医療を提供できる総合診療能力の修得を目指す。

本プログラムでは、総合診療専門医に求められる幅広い健康問題への対応能力に加え、高齢者に特有の症候群に対する包括的評価、患者中心の医療、多職種協働、共有意思決定、地域連携、在宅医療、緩和ケア、リハビリテーションとの連携を重視する。これらを通じて、都市部および医療資源の乏しい地域の双方で活躍できる、実践的でバランスの取れた総合診療専門医の育成を目指す。

「本プログラムの特徴」

本プログラムの特徴の一つとして、研修施設の構成を明確に設計している点が挙げられる。近年、総合診療専門研修プログラムにおいては、多数の連携施設を有することにより多様な経験が可能である一方、専攻医にとっては研修先や研修内容の見通しが立ちにくいという課題も指摘されている。

これに対し本プログラムでは、高齢者医療において豊富な実績を有する東京都健康長寿医療センターおよび杏林大学医学部附属病院を中核的研修施設と位置づけ、急性期医療から慢性期医療、退院支援、在宅医療への移行までを体系的に学ぶことができる構造としている。さらに、地域医療学を牽引してきた鳥取大学医学部地域医療学講座の関連病院において、医

療資源の乏しい地域での研修を 6 か月間実施することを基本とし、地域に根ざした診療能力を確実に修得できるよう設計している。

このように、本プログラムでは研修の中核となる施設および研修内容を明確に示すことで、専攻医が自身の成長過程を具体的にイメージできるとともに、都市部と地域医療の双方をバランスよく経験できる構造としている。

2. 総合診療専門研修プログラムはどのように行われるのか

本研修プログラムでは、総合診療専門医として求められる診療能力を、実臨床を通じて体系的に修得することを目的とする。

研修の初期には、主に基幹施設および連携施設において内科診療および救急診療を中心とした研修を行い、患者情報の整理、問題の同定、臨床推論、初期対応といった基本的診療能力を身につける。また、指導医および多職種への適切な報告・相談を通じて、安全で質の高い診療を実践する基盤を形成する。

その後、総合診療専門研修ⅠおよびⅡを通じて、比較的安定した健康問題に対する継続的マネジメント能力を養う。特に、医療資源の乏しい地域での研修においては、限られた資源の中で多様な健康問題に対応する力を身につけるとともに、地域医療機関や多職種との連携、地域包括ケアの実践を経験する。また、小児科研修を通じて、ライフサイクル全体を見据えた診療能力を補完する。

研修の後期には、基幹施設を中心として、総合診療専門研修Ⅱおよび内科研修を通じて、より複雑な健康問題への対応能力を高める。多疾患併存、高齢者特有の症候群、社会的課題を背景とした症例に対して、診断・治療のみならず、生活支援、退院支援、在宅医療への移行を含めた包括的マネジメントを実践する能力の修得を目標とする。

さらに、研修の進行に伴い、後輩専攻医や研修医への指導、多職種との協働における調整役としての役割を担い、チーム医療におけるリーダーシップを発揮することが求められる。本研修を通じて、専攻医は急性期医療から地域医療、在宅医療までを一貫して経験し、地域の中で患者を包括的に支える総合診療専門医としての実践能力を身につける。

1) 専門研修における学び方

本プログラムにおける研修は、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3つを柱として構成される。これらを相互に補完しながら、総合診療専門医として必要な知識・技能・態度を段階的に修得する。

（1）臨床現場での学習（On-the-job training）

臨床現場での学習を基盤とし、日常診療の中で経験する症例を通じて能力向上を図る。診療において生じた疑問に対しては、Evidence-Based Medicine（EBM）に基づく文献検索・批

判的吟味を行い、診療に還元するプロセスを重視する。また、経験の振り返りを通じて自己省察を行い、経験省察研修録（ポートフォリオ）として記録する。

各診療の場に応じた教育方略は以下の通りである。

① 外来診療

幅広い症候および慢性疾患のマネジメントを経験する。診療中に指導医へ症例提示を行い、即時のフィードバックを受けるプリセプティングを基本とする。加えて、診療録レビューや症例カンファレンスを通じて臨床推論能力および包括的診療能力を高める。

② 病棟診療

入院患者の診療を担当し、診断・検査・治療に加え、退院支援および地域連携までを一連の流れとして経験する。多職種カンファレンス（看護師、リハビリスタッフ、栄養士、ソーシャルワーカー等）に参加し、高齢患者における多疾患併存および社会的課題を含めた包括的マネジメントを学ぶ。

③ 救急診療

救急外来において、未分化な症候に対する初期対応および重症度判断を経験する。迅速な意思決定プロセスを重視し、指導医とともに診療を行いながら実践的能力を修得する。必要に応じてシミュレーション教育も併用する。

④ 在宅医療・地域医療

訪問診療に同行し、在宅療養患者の診療を経験する。初期は指導医の診療を観察し、段階的に主体的に診療を担う。多職種カンファレンスや地域連携の現場に参加し、在宅医療における意思決定支援およびチーム医療を学ぶ。

⑤ 地域連携・地域ケア

地域医療機関との連携、退院支援、在宅移行支援を通じて、地域包括ケアシステムの実践を経験する。地域の医療機関や多職種との連携を通じて、地域における医療の役割を理解する。

(2) 臨床現場を離れた学習（Off-the-job training）

臨床経験を補完するため、カンファレンス、勉強会、講習会等を通じた体系的な学習を行う。

- ・ 症例カンファレンス、抄読会、教育回診
- ・ 多職種カンファレンス（NST、退院支援カンファレンス等）
- ・ 院内外の講演会、セミナー、ワークショップ
- ・ 学会参加および発表

これらを通じて、総合診療に必要な理論や最新知識を修得するとともに、臨床経験を振り返り、理解を深める。

2) 自己学習

日常診療で経験した症例をもとに、自ら課題を設定し、継続的に学習を行う。教科書、ガイドライン、オンライン教材等を活用し、必要な知識を補完する。また、経験省察研修録（ポ

ートフォリオ)の作成を通じて、自己評価および振り返りを行い、学習の深化を図る。

3) 学術活動

本プログラムでは、臨床経験を基盤とした学術活動を推奨する。症例報告や臨床研究を通じて、日常診療における課題を学術的に検討する姿勢を養う。学会発表や論文作成の機会を設け、指導医が適切に支援を行う。

4) 各領域における専門研修

本プログラムでは、総合診療専門医に求められる能力を体系的に修得するため、総合診療専門研修Ⅰ、総合診療専門研修Ⅱ、内科研修、小児科研修、救急科研修を組み合わせて実施する。

(1) 総合診療専門研修Ⅰ

総合診療専門研修Ⅰは、主に診療所および地域中核病院において実施し、外来診療および在宅医療を中心に、地域に根ざした継続的医療を学ぶことを目的とする。

本研修では、急性疾患から慢性疾患、予防医療、在宅医療に至るまで幅広い健康問題に対応する能力を養うとともに、患者の生活背景、家族関係、社会的要因を踏まえた診療を実践する。

特に、医療資源の乏しい地域での研修においては、限られた医療資源の中で多様な健康問題に対応する能力を養うとともに、地域医療機関および多職種との連携、地域包括ケアの実践を経験する。

また、訪問診療においては、在宅療養患者の診療、終末期医療、意思決定支援を経験し、患者および家族の生活を支える医療の重要性を理解する。

(2) 総合診療専門研修Ⅱ

総合診療専門研修Ⅱは、基幹施設および連携病院において実施し、外来診療、救急診療、病棟診療を通じて、急性期から慢性期、退院支援、在宅医療への移行までを含めた包括的診療能力を修得することを目的とする。

基幹施設では、高齢患者を中心とした多疾患併存、非典型的症状、機能低下、社会的課題を伴う症例を多く経験し、臓器別診療にとどまらない包括的評価およびマネジメント能力を養う。

また、退院支援、地域連携、多職種カンファレンスへの参加を通じて、医療と介護の連携を含めた実践的なチーム医療を経験する。

連携施設においては、大学病院または地域中核病院における診療を通じて、症例の幅を広げるとともに、異なる診療環境における総合診療の実践を学ぶ。

(3) 内科研修

内科研修は、主に基幹施設において実施し、総合診療専門医として必要な内科的診療能力の基盤を形成することを目的とする。

一般内科診療を中心に、循環器、呼吸器、消化器、内分泌・代謝、腎臓、神経、感染症など幅広い領域の疾患を経験する。

特に高齢患者においては、多疾患併存、ポリファーマシー、機能低下を伴う症例が多く、単一疾患にとどまらない複雑な健康問題に対する統合的な診療能力を養う。

また、緩和ケア内科およびリハビリテーション領域の診療を通じて、終末期医療や機能回復支援に関する理解を深め、患者の生活の質を重視した医療を実践する。

(4) 小児科研修

小児科研修は、連携施設において実施し、小児および思春期に特有の健康問題への対応能力を修得することを目的とする。

急性疾患、感染症、慢性疾患の管理に加え、発達・成長に関する評価、予防接種、保護者への指導など、小児診療に必要な基本的知識および技能を習得する。

また、家庭環境や学校生活を含めた生活背景を踏まえた診療を行い、ライフステージを通じた継続的医療の視点を養う。

(5) 救急科研修

救急科研修は、基幹施設および連携施設において実施し、未分化な症候に対する初期対応能力および重症度判断能力を修得することを目的とする。

救急外来において、発熱、呼吸困難、胸痛、意識障害などの症候に対して迅速に対応し、適切な診断および治療方針を決定する能力を養う。

また、高齢患者における非典型的症状や背景疾患を踏まえた評価を行い、入院適応の判断や地域連携を含めた包括的な初期対応を実践する。

5) 週間スケジュール

① 総合診療専門研修Ⅱ（基幹施設）

時間帯	月	火	水	木	金
午前	病棟診療	外来診療	病棟診療	外来診療	外来診療
午後	病棟診療 入退院カンファ	診療所業務	訪問診療 症例検討	診療所業務	訪問診療
夕方	病棟診療	病棟診療	振り返り	症例検討	振り返り

② 総合診療専門研修Ⅰ（地域：日野病院例）

時間帯	月	火	水	木	金
午前	病棟診療	外来診療	病棟診療	外来診療	外来診療
午後	病棟診療 入退院カンファ	診療所業務	訪問診療 症例検討	診療所業務	訪問診療
夕方	病棟診療	病棟診療	振り返り	症例検討	振り返り

③ 内科研修（基幹施設）

時間帯	月	火	水	木	金
午前	病棟診療	病棟回診	外来診療	病棟回診	外来
午後	検査・処置	病棟診療	カンファ	病棟診療	病棟診療
夕方	症例検討	抄読会	教育回診	症例検討	振り返り

④ 小児科研修（豊島病院）

時間帯	月	火	水	木	金
午前	外来診療	外来診療 予防接種	外来診療	外来診療	外来診療
午後	健診業務	病棟診療	健診業務	病棟診療	カンファ
夕方	症例検討	振り返り	症例検討	振り返り	振り返り

⑤ 救急科研修（杏林大学医学部附属病院）

時間帯	月	火	水	木	金
午前	朝カンファ 救急外来	朝カンファ 救急外来	画像カンファ 救急外来	Weekly カンファ 症例検討	朝カンファ 救急外来
午後	健診業務	病棟診療	救急外来	病棟診療	救急外来
夕方	症例検討	振り返り	当直（適宜）	振り返り	振り返り

年間スケジュール（モデル）

年次	4-6 月	7-9 月	10-12 月	1-3 月
1 年目	総合診療Ⅱ（基幹）	救急（基幹）	総合診療Ⅱ（杏林）	
2 年目	総合診療Ⅰ（地域）		総合診療Ⅱ（大学/地域中核）	小児科
3 年目	内科（基幹）		総合診療Ⅱ（基幹）	

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

月	主な行事
4 月	オリエンテーション、研修開始、指導医面談
5 月	症例カンファレンス、ポートフォリオ指導
6 月	研修状況確認面談
7 月	症例検討会、多職種カンファレンス
8 月	中間評価（自己評価・指導医評価）
9 月	ポートフォリオレビュー
10 月	症例発表会、学会発表支援
11 月	研修状況確認面談
12 月	多職種合同カンファレンス
1 月	ポートフォリオ指導
2 月	最終評価（自己評価・指導医評価）
3 月	研修修了判定、振り返り

本プログラムでは、日常診療に加え、症例カンファレンス、ポートフォリオ指導、評価面談等を、年間を通じて計画的に実施し、専攻医の成長を支援する。

各時期において、症例の振り返りおよび自己省察を重視するとともに、指導医との面談を通じて到達度の確認および今後の課題の明確化を行う。また、多職種カンファレンスや症例検討会を通じて、チーム医療および地域医療における実践力の向上を図る。

専攻医の到達目標

3. 修得すべき知識・技能・態度など

1) 修得すべき症例

①以下に示す一般的な症候に対し、臨床推論にもと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る。（全て必須）

ショック	急性中毒	意識障害	疲労・全身倦怠感	心肺停止
呼吸困難	身体機能の低下	不眠	食欲不振	体重減少・るいそう
体重増加・肥満	浮腫	リンパ節腫脹	発疹	黄疸
発熱	認知能の障害	頭痛	めまい	失神
言語障害	けいれん発作	視力障害・視野狭窄	目の充血	聴力障害・耳痛
鼻漏・鼻閉	鼻出血	さ声	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のみ掲載）

貧血	脳・脊髄血管障害	脳・脊髄外傷	変性疾患	脳炎・髄膜炎
一次性頭痛	湿疹・皮膚炎群	蕁麻疹	薬疹	皮膚感染症
骨折	関節・靱帯の損傷及び障害	骨粗鬆症	脳・脊髄血管障害	静脈・リンパ管疾患
心不全	狭心症・心筋梗塞	不整脈	動脈疾患	異常呼吸
高血圧症	呼吸不全	呼吸器感染症	閉塞性・拘束性肺疾患	肝疾患
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	腎不全
膵臓疾患	腹壁・腹膜疾患	全身性疾患による腎障害	泌尿器科的腎・尿路疾患	糖代謝異常
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	急性・慢性副鼻腔炎
脂質異常症	蛋白および核酸代謝異常	角結膜炎	中耳炎	不安障害
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	細菌感染症

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	小児ウイルス感染症
膠原病とその合併症	中毒	アナフィラキシー	熱傷	老年症候群
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	維持治療期の悪性腫瘍
緩和ケア				

2) 修得すべき診察・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および疾患への評価および治療に必要な身体診察および検査を経験する。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る。

(ア)身体診察

- ①小児の一般的身体診察およ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・成人およ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

3) 修得すべき手術・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および疾患への評価および治療に必

要な治療手技を経験する。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る。

(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外傷救急（JATEC）

(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・縫合法および閉鎖療法
簡単な脱臼の整復	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）	経鼻胃管およ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	在宅酸素療法の導入と管理
導尿および尿道留置カテーテル・膀胱瘻カテーテルの留置および交換	穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）
褥瘡に対する被覆治療およびデブリードマン	耳垢除去、外耳道異物除去
人工呼吸器の導入と管理	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）
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）	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	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）
鼻出血の一時的止血	睫毛拔去

※詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

4) 習得すべき態度

総合診療専門医として、患者中心の医療を実践するために、以下の態度を身につける。

① 患者中心の医療を実践する姿勢

患者の価値観、生活背景、家族関係、社会的状況を十分に理解し、単なる疾患治療にとどまらず、患者にとって最適な医療を提供しようとする姿勢を身につける。

特に高齢患者においては、機能状態や生活の質（QOL）を重視した意思決定支援を行う。

② 包括的・全人的に診療する姿勢

臓器別・疾患別の視点に偏ることなく、身体的・心理的・社会的側面を統合的に捉え、複雑な健康問題に対して柔軟に対応する姿勢を養う。

③ 多職種と協働する姿勢

医師のみならず、看護師、薬剤師、リハビリテーションスタッフ、栄養士、医療ソーシャルワーカー等と連携し、チーム医療の一員として役割を果たす姿勢を身につける。

④ 地域志向性を持つ姿勢

地域の医療資源や社会資源を理解し、患者の生活の場を踏まえた医療を提供する姿勢を養う。また、地域医療機関や在宅医療との連携を通じて、継続的な医療の提供に貢献する。

⑤ 不確実性に向き合う姿勢

未分化症候や診断が確定しない状況においても、過度に単純化せず、不確実性を受け入れながら適切に対応する姿勢を身につける。

⑥ 自己省察と継続的学習の姿勢

日々の診療経験を振り返り、自らの判断や行動を省察することで、継続的に診療能力を向上させる姿勢を養う。

⑦ 医療倫理およびプロフェッショナリズム

医療倫理を遵守し、患者の尊厳と権利を尊重するとともに、説明責任を果たす。

また、医療安全や感染対策を含め、専門職として責任ある行動をとる姿勢を身につける。

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

本プログラムでは、日常診療を通じた学習に加え、総合診療に関する理論やモデルを踏まえつつ、経験を省察し能力向上につなげるプロセスを重視している。

その中で、各種カンファレンスを活用した学習は極めて重要な位置づけを占めており、主として外来医療、在宅医療、病棟医療の3つの場面において実施する。

（ア）外来医療

外来診療では、未分化な症候を含む多様な症例を経験し、症例カンファレンスを通じて臨床推論の過程や診断・治療方針について検討を行う。

総合診療に特有の問題志向型アプローチや包括的視点に基づいた診療について議論を重ね

ることで、個々の症例を通じた学びを深め、総合診療に対する理解を深化させる。

(イ) 在宅医療

在宅医療においては、症例カンファレンスを通じて診療内容の振り返りを行うとともに、訪問看護師、ケアマネジャー、リハビリテーションスタッフ等と連携した多職種カンファレンスに積極的に参加する。

これにより、医療のみならず介護や生活支援を含めた在宅ケアの実際を理解し、患者および家族の意思決定支援を含めた包括的な在宅医療の実践能力を養う。

(ウ) 病棟医療

病棟診療では、担当患者の症例提示を行い、指導医からの教育的フィードバックを受ける回診を実施する。

また、看護師、リハビリテーションスタッフ、栄養士、医療ソーシャルワーカー等を含む多職種カンファレンスに参加し、診断・検査・治療に加え、退院支援および地域連携を含めた一連の診療プロセスについて理解を深める。

特に高齢患者においては、多疾患併存や機能低下、社会的課題を踏まえた包括的マネジメントの重要性を学ぶ。

5. 学問的姿勢

本プログラムでは、総合診療専門医として質の高い診療を継続的に提供し、あわせて総合診療の発展に寄与できる人材の育成を目的として、以下の学問的姿勢の修得を求める。

専攻医には、以下の2つの姿勢が求められる。

- ・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に配慮しつつも、生涯にわたり自己研鑽を継続する姿勢を身につける。

- ・総合診療の発展に貢献するために、教育者および研究者として、教育活動や学術活動を継続的に実践する姿勢を身につける。

これらを実現するため、以下の到達目標の達成を目指す。

1) 教育

- ① 学生および初期・後期研修医に対して、個々の理解度や到達度に応じた1対1の指導を行うことができる。

- ② 学生・研修医を対象としたテーマ別教育セッションについて、企画、実施、評価、改善の一連のプロセスを実践することができる。

- ③ 総合診療の実践に不可欠な多職種連携を踏まえ、看護師、リハビリテーションスタッフ、薬剤師、医療ソーシャルワーカー等に対する専門職連携教育を実践することができる。

2) 研究

① 日常診療の中から臨床的疑問を抽出し、研究課題として設定する能力を修得するとともに、総合診療および地域医療における研究の意義を理解する。

そのうえで、症例報告や臨床研究を通じて、研究活動を実践することができる。

② 量的研究（疫学研究等）および質的研究の双方について、その方法論および特徴を理解し、研究成果を批判的に吟味するとともに、自らの診療に適切に還元することができる。

本項目の詳細については、総合診療専門医専門研修カリキュラムに準拠する。

また、専攻医は原則として学術活動に参加し、学術大会等における発表（筆頭演者）および論文発表（共同著者を含む）を行うことが求められる。

6. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性

本プログラムでは、総合診療専門医として求められる専門的能力に加え、医師としての倫理観、社会的責任、および地域における役割を理解し、実践できる資質の修得を重視する。

専攻医は以下の資質・能力の涵養を目標として研修を行う。

1) プロフェッショナリズムおよび倫理性

医師としての倫理観および説明責任を十分に理解し、患者および家族に対して誠実で透明性の高い医療を提供する。

また、総合診療医としての専門性を自覚し、患者中心の医療を実践するとともに、守秘義務やインフォームド・コンセントを遵守した診療を行う。

2) 医療安全およびリスクマネジメント

医療事故防止、感染対策、医療廃棄物管理、放射線安全管理などに関する基本的知識を理解し、日常診療において適切に実践する。

また、インシデントやアクシデント発生時には、組織としての対応に則り、再発防止に向けた取り組みに主体的に関与する。

3) 地域志向性および社会的役割

地域の人口構造や疾病構造、医療資源の状況を踏まえ、優先度の高い健康課題を把握する能力を身につける。

そのうえで、地域医療機関、多職種、行政、住民組織等と連携し、各種会議や地域活動への参加を通じて、地域の健康課題の解決に貢献する。

また、地域ニーズに応じて自身の診療内容を柔軟に調整し、継続的な医療提供体制の構築に寄与する。

4) 医療アクセス困難地域への対応力

へき地・離島、被災地、医療資源の乏しい地域、あるいは医療アクセスが制限される状況においても、限られた資源の中で最適な医療およびケアを提供する能力を養う。

特に、医療資源の乏しい地域での研修を通じて、診療の優先順位付け、地域連携の工夫、多

職種協働による問題解決能力を修得する。

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

7. 年次毎の研修計画

本プログラムは3年間の研修期間において、総合診療専門研修Ⅰ・Ⅱ、内科研修、小児科研修、救急科研修をバランスよく配置し、段階的に総合診療能力を修得できるよう構成している。

1) 専門研修1年目

1年目は、基幹施設である東京都健康長寿医療センターおよび連携施設である杏林大学医学部付属病院において研修を行う。

基幹施設では総合診療専門研修Ⅱを中心に、外来・病棟診療を通じて総合診療医としての基盤となる臨床能力を修得する。

杏林大学医学部付属病院では、救急科研修を含めた急性期診療を経験し、未分化症候に対する初期対応能力および重症度判断能力を養う。

これにより、総合診療専門医として必要な基本的診療能力を体系的に修得する。

2) 専門研修2年目

2年目は、医療資源の乏しい地域における総合診療専門研修Ⅰとして、鳥取県の連携病院において6か月間の研修を行う。

この研修では、外来診療および入院診療を通じて地域完結型医療を実践的に経験し、限られた医療資源の中で多様な健康問題に対応する能力を養う。

続いて、東京科学大学医学部附属病院等の連携施設において総合診療専門研修Ⅱを実施し、症例の多様性を背景とした診療経験を積む。

さらに、連携施設において小児科研修を行い、小児および思春期に特有の健康問題への対応能力を修得する。

3) 専門研修3年目

3年目は再び基幹施設である東京都健康長寿医療センターを中心に研修を行う。

主として内科研修および総合診療専門研修Ⅱを実施し、多疾患併存、高齢者特有の症候、機能低下や社会的課題を伴う症例に対する包括的マネジメント能力を統合する。

これにより、総合診療専門医としての診療能力を最終的に完成させる。

8. 研修施設群と研修プログラム

専門研修プログラムの施設群について

本研修プログラムは、基幹施設 1 施設、連携施設および関連施設からなる施設群により構成される。主たる研修の中心は東京都健康長寿医療センターを基幹施設とし、これに複数の連携施設を加えることで、総合診療専門医に求められる多様な診療経験を体系的に修得できる体制としている。

1) 専門研修施設群

本研修プログラムでは、基幹施設と連携施設が相互に連携し、専門研修施設群を構成する（図 1）。

基幹施設である東京都健康長寿医療センターにおいては、高齢者医療を中心とした急性期医療から退院支援、在宅医療への移行までを含む包括的診療を経験する。

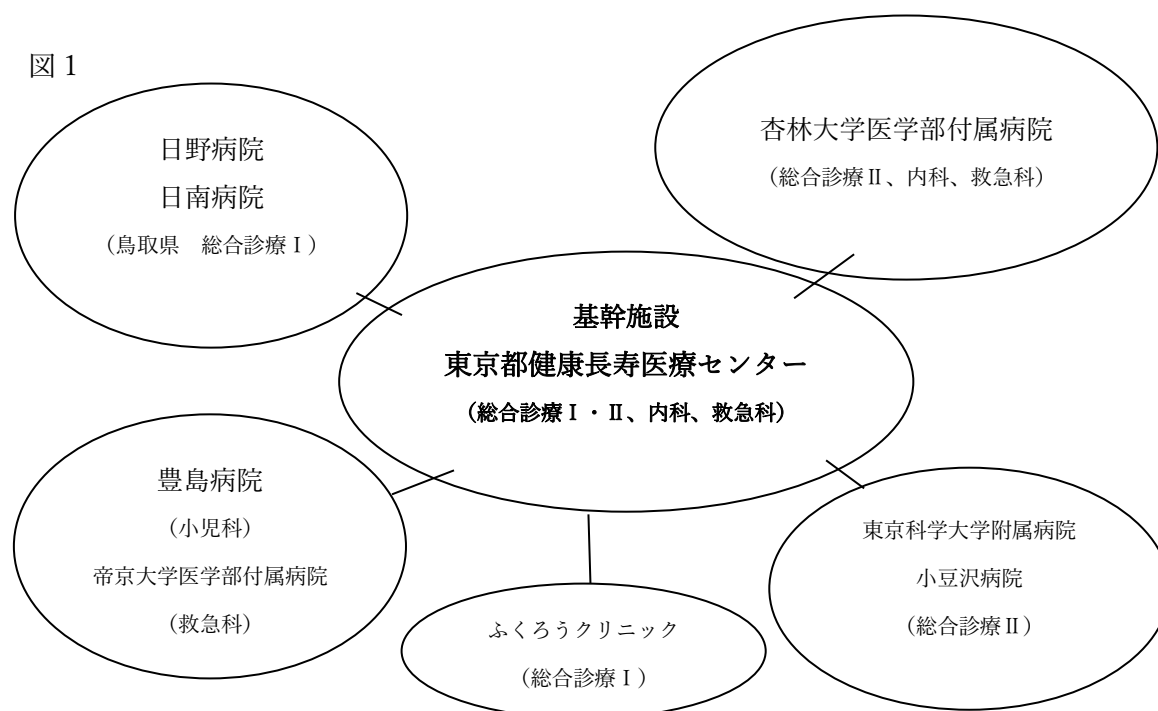
また、杏林大学医学部付属病院をはじめとする連携施設においては、大学病院としての専門性や症例の多様性を背景に、総合診療専門研修Ⅱとしての診療経験を補完する。

さらに、在宅医療を担う診療所および医療資源の乏しい地域の中核病院においては、総合診療専門研修Ⅰとして、地域に根ざした継続的医療および多職種連携を実践的に学ぶ。

このように、各施設の機能および役割を明確に位置づけることで、総合診療専門医に必要な能力を段階的かつ体系的に修得できる施設群としている。

基幹施設と連携施設により専門研修施設群を構成。体制は図 1 を参照。

図 1



2) 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、主として首都圏（東京都）に加え、医療資源の乏しい地域（鳥取県）を含む構成となっている。

首都圏においては、超高齢社会に対応した地域医療の中核を担う医療機関において、高齢患者の多疾患併存や非典型的症状、社会的課題を含む症例を経験することができる。

一方で、医療資源の乏しい地域においては、限られた資源の中で地域の健康問題に対応する実践的な診療能力を養うとともに、地域医療機関および多職種との連携を通じて、地域包括ケアの実際を学ぶ。

このように、本研修プログラムは都市部と医療資源の乏しい地域の双方における診療経験を組み合わせることにより、地域特性に応じた柔軟な対応力を備えた総合診療専門医の育成を目指している。

3) 研修コースの特徴

本プログラムの研修コースは、以下の点を特徴とする。

- ・基幹施設における研修を初期および後期に配置し、診療能力の基盤形成と最終的な統合を図る構造としている。

- ・医療資源の乏しい地域での研修を必須とし、地域医療における実践力を確実に修得できるよう設計している。

- ・都市部の高度医療と地域医療の双方を経験することで、地域特性に応じた柔軟な対応能力を養う。

- ・本プログラムでは、研修の中核構造をあらかじめ明確に設計しており、専攻医が自身の研修過程を具体的にイメージしながら段階的に能力を修得できるよう配慮している。

4) 専門研修計画

① 総合診療専門研修

総合診療専門研修は、診療所および地域中核病院において実施する総合診療専門研修Ⅰと、基幹施設および連携病院において実施する総合診療専門研修Ⅱにより構成される。

本プログラムでは、総合診療専門研修Ⅰとして、在宅医療および地域医療を担う診療所ならびに医療資源の乏しい地域の中核病院において、合計6か月以上の研修を行う。

この研修を通じて、外来診療および訪問診療を中心に、慢性疾患管理、予防医療、終末期医療、意思決定支援などを経験し、患者の生活背景や地域資源を踏まえた継続的かつ包括的な診療能力を修得する。特に、医療資源の乏しい地域においては、限られた資源の中で多様な健康問題に対応する実践力および地域連携能力を養う。

一方、総合診療専門研修Ⅱは、東京都健康長寿医療センターおよび杏林大学医学部付属病院を中心に実施し、外来・救急・病棟診療を通じて、急性期医療から退院支援、在宅医療への移行までを一貫して経験する。

特に基幹施設では、多疾患併存、高齢者特有の症候、機能低下や社会的課題を伴う症例を数多く経験し、臓器別診療にとどまらない包括的評価およびマネジメント能力を養う。また、多職種カンファレンスや退院支援を通じて、医療と介護の連携を含めた実践的なチーム医療を学ぶ。

これら総合診療専門研修ⅠおよびⅡを組み合わせ、総合診療領域として18か月以上の研修を行うことで、診療の場および地域特性の違いを踏まえた柔軟な対応力と、総合診療専門医としての統合的診療能力の修得を目指す。

② 必修領域別研修

総合診療専門医として必要な基盤的診療能力を修得するため、本プログラムでは内科、小児科、救急科の各領域について、以下の研修を行う。

内科研修は、主として基幹施設および連携施設において6か月以上実施する。総合診療専門医に必要な内科診療能力の基盤を形成するため、一般内科領域を幅広く経験し、臨床推論、診断、治療方針の立案、入院管理、退院支援までを体系的に学ぶ。特に、高齢患者に多い多疾患併存、ポリファーマシー、機能低下を伴う症例を通じて、単一疾患にとどまらない包括的な内科診療能力を修得する。

救急科研修は、基幹施設または連携施設において3か月実施する。救急外来における未分化症候への初期対応、重症度判断、必要な検査・治療の選択、入院適応の判断などを経験し、総合診療医に求められる初期対応能力を修得する。特に、高齢患者における非典型的な症状や背景疾患を踏まえた評価を行い、迅速かつ安全な救急診療を実践できる能力を養う。

小児科研修は、連携施設において3か月実施する。小児および思春期に特有の急性疾患、感染症、慢性疾患、成長・発達に関する問題を経験し、年齢や発達段階に応じた診療能力を修得する。また、保護者への説明や支援、予防接種、家庭・学校生活を踏まえた対応を学び、全世代に対応できる総合診療能力の基盤を形成する。

③ 研修の柔軟性および発展性

本プログラムでは、研修の中核となる施設および基本的なローテーション構造を明確に設定することで、総合診療専門医として必要な基盤的能力の確実な修得を担保している。

その一方で、専攻医の到達度や関心領域、将来の進路を踏まえ、連携施設における研修内容や配置については一定の柔軟性を持たせている。

具体的には、総合診療専門研修Ⅱにおける研修施設の選択や、在宅医療・地域医療の比重の調整などについて、個々の専攻医の状況に応じて調整を行うことが可能である。

これにより、総合診療専門医として必要な基本能力を確実に修得しつつ、特定領域に対する理解を深めるなど、各専攻医の特性に応じた研修の発展性を確保している。

④ 研修の一貫性

本プログラムでは、基幹施設を中心とした研修期間を適切に配置することにより、研修全体の一貫性および連続性を重視している。

特に、研修の初期段階において基幹施設で総合診療専門研修Ⅱおよび内科研修を行うことで、総合診療医としての基盤となる臨床能力を形成する。

さらに、研修の後期にも基幹施設での研修を配置することにより、多疾患併存や社会的課題を含む複雑な症例に対する包括的マネジメント能力を統合し、最終的な診療能力の完成を図る構造としている。

このように、研修の前半から後半にかけて段階的に能力を積み上げることで、断片的ではない一貫した総合診療能力の修得を目指す。

⑤ 研修計画の決定

施設群における研修の順序および期間については、専攻医の希望を尊重しつつ、これまでの到達度や経験内容、各研修施設の受け入れ状況、地域の医療提供体制などを総合的に考慮して決定する。

具体的には、プログラム統括責任者および指導医との面談を通じて研修計画を作成し、その後プログラム管理委員会において審議・承認を行う。

また、研修期間中においても、専攻医の成長状況や研修環境の変化に応じて、必要に応じた見直しおよび調整を行う体制としている。

5) 研修目標との関係

資料「研修目標及び研修の場」に、本研修プログラムにおける施設群ローテーションと研修目標との対応を示す。

専攻医は各研修期間において、主たる研修の場で設定された目標を意識しながら研修を行い、段階的な能力修得を図ることが求められる。

6) 研修期間について

本研修プログラムの標準研修期間は3年間とする。

ただし、各到達目標の修得状況に応じて、必要に応じた研修期間の延長を行う場合がある。

図2に、本研修プログラムにおける施設群による代表的な研修コースを示す。

本プログラムでは、研修の中核構造をあらかじめ明確に設計しており、専攻医が自身の研修過程を具体的にイメージしながら段階的に能力を修得できるよう配慮している。

ローテーション表

標準プログラム A

	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	東京都健康長寿医療センター						杏林大学					
	総合診療Ⅱ			救急科			総合診療Ⅱ					
2 年目	日野病院(鳥取県)						東京科学大学			豊島病院		
	総合診療Ⅰ（地域）						総合診療Ⅱ			小児科		
3 年目	東京都健康長寿医療センター											
	内科						総合診療Ⅱ					

標準プログラム B

	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	東京都健康長寿医療センター						杏林大学					
	総合診療Ⅱ						救急科			総合診療Ⅱ		
2 年目	日南病院(鳥取県)						東京科学大学			豊島病院		
	総合診療Ⅰ（地域）						総合診療Ⅱ			小児科		
3 年目	東京都健康長寿医療センター											
	内科						総合診療Ⅱ					

標準プログラム C

	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	東京都健康長寿医療センター						杏林大学					
	総合診療Ⅰ			救急科			内科					
2 年目	日野病院(鳥取県)						小豆沢病院			豊島病院		
	総合診療Ⅰ（地域）						総合診療Ⅱ			小児科		
3 年目	東京都健康長寿医療センター											
	総合診療Ⅱ											

基幹病院 東京都健康長寿医療センター（総合診療Ⅰ・Ⅱ、内科、救急科）

専門医・指導医数：	総合診療専門指導医2名 内科指導医5名（総合内科・高齢診療科）
診療科・患者数：	病床数550床 ・一般520床、精神30床 総合内科・高齢診療科 21床 患者数 ・内科：入院患者数 321 名／月 外来患者数 7873 名／月 ・救急部門：入院患者数 205 名／月 外来患者数 389 名／月 ・外科：入院患者数 61 名／月 外来患者数 585 名／月 ・精神科：入院患者数 61 名／月 外来患者数 585 名／月 ・整形外科：入院患者数 41 名／月 外来患者数 928 名／月 ・眼科：外来患者数 1103 名／月 ・皮膚科：外来患者数 587 名／月
病院の特徴：	・東京都区西北部保健医療圏の板橋区にある病院であり、28 科 100 名以上の医師で高齢者の全身疾患に対応する充実の診療科を備えている。 東京都健康長寿医療センターは、高齢者医療を専門とする急性期病院（約 550 床）として、我が国における高齢者医療の診療および研究を牽引する中核的医療機関である。 本施設は、地域の中核病院として高度かつ専門的な医療を提供するとともに、併設された研究所との連携により臨床研究を推進し、さらに地域医療機関との連携を通じて退院支援および在宅医療への移行を担うなど、診療・研究・地域連携を一体として実践している点に特徴がある。 診療の中心となるのは、多疾患併存、ポリファーマシー、フレイル、認知機能低下、嚥下障害、社会的課題など、複雑な問題を有する高齢患者である。専攻医は主担当医として、全身状態のみならず心身機能、栄養状態、薬物療

	法、家族背景、社会的支援体制などを総合的に評価し、多職種と連携しながら療養環境を調整し、個々の患者に最適な医療を提供する能力を修得する。 また、本施設では救急医療にも力を入れており、高齢患者に多い非典型的症状や急性増悪に対する初期対応から入院管理までを経験することができる。さらに、急性期から回復期、慢性期、在宅医療へとつながる一連の医療の流れを通じて、地域包括ケアの実際を学び、各医療機関の役割を理解する視点を養う。 教育体制としては、研修委員会を設置し、基幹施設の専門研修プログラム管理委員会と連携しながら、体系的な研修支援を行っている。医療倫理、医療安全、感染対策に関する講習会を定期的に開催し、専攻医に受講を義務付けているほか、CPC（臨床病理検討会）や研修施設群合同カンファレンス、地域連携カンファレンス等を通じて、臨床推論能力および地域志向性を高める教育機会を提供している。 加えて、各診療科において定期的に開催される抄読会や勉強会への参加を通じて、日常診療に根ざした継続的な学習環境が整備されている。これにより、専攻医は臨床能力のみならず、科学的思考力および学術的視点をバランスよく養うことができる。 近年では高齢患者に加え、比較的若年層の症例も経験する機会が増えており、内科医としてのプロフェッショナルリズムと総合的視点（general mind）を併せ持った診療能力の修得が可能である。 以上のように、本施設は高齢者医療の実臨床、教育、研究、地域連携を統合した環境を有しており、超高齢社会に対応できる総合診療専門医を育成するための中核的な研修施設である。
--	--

連携病院

杏林大学医学部付属病院（総合診療Ⅱ・内科・救急科）

専門医・指導医数：	総合診療専門研修指導医 5 名（大学で総合診療を行う医師 5 名） ・ 内科専門医 17 名 ・救急科専門医 8 名
診療科・患者数：	病院病床数 1,153 床、1 日平均外来患者数 2,336人 ・救急総合診療病床 24 床 救命救急センター40 床 （のべ外来患者数 1091 名／月、救急総合診療科お入院患者総数 137名／月）

病院の特徴：	・多摩地域の中核病院として高度医療を提供する特定機能病院 ・高度救命救急センター（3次救急医療）、総合周産期母子医療センター、がんセンター、脳卒中センター、腎・透析センター、もの忘れセンター等に加え、救急初期診療チームが1・2次救急に24時間対応チームとして活動 ・エビデンスの確立した標準的医療を提供することに加えて、大学病院・特定機能病院として先進的な最新の医療を提供できるように努力している。免震構造をもつ病棟施設、診察の待ち時間短縮や業務の効率化・安全管理を目的とした電子カルテシステムを導入し、近代的な手術室、最新鋭の診断・治療装置など病院基盤の充実にも積極的に取り組み、安心・安全そして質の保障された医療を目指している
--------	---

帝京大学医学部附属病院（救急科）

専門医・指導医数：	・救急専門医 11名 ・救急指導医 4名
診療科・患者数：	・病床数：1,014床 ・患者数：のべ三次救急搬送件数 約1,800件／月(2025年度)
病院の特徴：	・帝京大学医学部附属病院は東京都板橋区に位置し、高度救命救急センターおよびERセンターを備え、さらにICU・HCU病床も有している。救急科では、救急搬送患者の受け入れから、その後の診療・全身管理まで一貫して担っており、幅広い救急診療の研修が可能である。 ・救急搬送を受け入れた患者の多くは、まず救命センターのICU病床に入院し、その後HCU病床を経て地域へ戻っていく。引き続き入院加療が必要な患者については、近隣病院へ転院のうえ、継続的な治療が行われる体制となっている。 ・このように、総合内科医として急性期医療、特に重症患者を含む救急対応や重症ICU管理を学ぶことができるため、総合内科研修における救急ローテーション先として、非常に適した医療機関であると考えられる。

日野病院（総合診療Ⅰ）

指導医数 専門医数	【総合診療専門指導医】1名、さらに鳥取大学から4名が非常勤で指導（うち2名はプライマリ・ケア連合学会家庭医療専門医）
病床数・患者数	【施設管理者】 孝田 雅彦 【施設認定】 へき地医療支援病院 【病床】 一般：99 床 【入院外来患者】

	のべ（一日平均） 外来数 36,272(150.5)人 うち訪問診療 267 件 入院 29,721(81.4)人 【研修・研究環境】 図書室・図書館、自習室、インターネット環境
病院の特徴	・手術室、人工透析室を有し、CT、MRI などの高度医療機器を設置している一方で、リハビリテーション機能なども充実しており、急性期から慢性期、回復期の患者に包括的に対応している。また、へき地医療支援病院として2つの附属診療所の活動を支援している。さらに、介護老人保健施設の指定管理を通して、介護・福祉においても重要な役割を演じている。 ・当院の入院患者の7割強、外来患者の4割は75歳以上であり、介護を要する虚弱高齢者が少なくない。そのような患者に対しては疾患によらず入院早期から栄養サポートチームの介入やリハビリテーションを行い、栄養状態、運動・口腔機能の維持を図る。複雑症例には必要に応じて院内の多職種に加え、行政職員、地域の介護施設職員などが参加するカンファレンスを開催し、情報収集と問題解決を図っている。 ・鳥取大学地域医療総合教育研修センターを設置し、地域医療学講座の協力の下で、医学生・初期研修医などへの地域医療教育を行い、人材育成に関しても先進的な役割を果たしている。在宅医療にも力を入れており、医療だけでなく、患者さんが住み慣れた地域で安心して生活が続けられるよう、介護事業所、ケアマネジャー、地域包括支援センターと密接に連携しています。 入院医療については、地域の中核病院と連携しながら、急性期から回復期・慢性期まで切れ目のない医療提供体制を構築しています。 日南病院での研修は、「なんとなく診る」のではなく、「自分で考え、判断し、動く」力を養うことを重視しています。地域医療の現場で、医療と生活をつなぐ実践的な総合診療を学びたい方を歓迎します。

日南町国民健康保険日南病院（総合診療Ⅰ）

指導医数	総合診療専門医 1名、老年科専門医 1名
専門医数	総合診療特任指導医 1名、老年科指導医 1名
病床数・患者数	病床数： 99床 患者数：のべ外来患者数 400名／月、のべ訪問診療件数 100件／月
病院の特徴	日南病院は、鳥取県西部の中山間地域に位置し、地域に根ざした総合診療を実践できる研修施設です。外来・入院・在宅医療を一体的に経験できる環境の中で、同じ患者さんの生活をシームレスに支える医療・ケアを学ぶことができます。 当院の患者さんの平均年齢は80歳を大きく超えており、老年医学の理論やフレームワークに基づいた総合的な患者評価、治療、ポリファーマシー対策などを、実践の中で幅広く学ぶことができます。

	外来では、平日毎日、内科・外科外来を開設し、幅広い症状に対応しています。高齢者の多い地域特性を背景に、慢性疾患管理にとどまらず、生活機能や社会的背景を踏まえた包括的な診療を行っています。また、もの忘れ（認知症）専門外来などの各専門外来も設け、診断から生活支援まで一貫した対応を実践しています。 在宅医療にも力を入れており、医療だけでなく、患者さんが住み慣れた地域で安心して生活続けられるよう、介護事業所、ケアマネジャー、地域包括支援センターと密接に連携しています。 入院医療については、地域の中核病院と連携しながら、急性期から回復期・慢性期まで切れ目のない医療提供体制を構築しています。 日南病院での研修は、「なんとなく診る」のではなく、「自分で考え、判断し、動く」力を養うことを重視しています。地域医療の現場で、医療と生活をつなぐ実践的な総合診療を学びたい方を歓迎します。
--	---

都立豊島病院（小児科）

指導医数 専門医数	・小児科指導医 2 名 ・小児科専門医 6 名
病床数・患者数	・病床数： 22 床（運用病床） ・患者数：のべ外来患者数 677 名／月（令和 8 年 3 月）、入院患者数 913 人（令和 7 年度）
病院の特徴	・当科は、地域に貢献できる医療を目指しています。一般の開業医院や大学病院、総合病院からご紹介いただき、入院加療などに対応いたします。その他、院内で出生された新生児診療にも担っています。 ・当科は守備範囲が広く、かつ急性疾患を主としたプライマリーケアを中心としています。どのような疾患でもまず応急処置を行い、必要に応じてその後の専門医療へとスムーズに継続することを基本としています。小児疾患を扱う各科とも連絡を密に、よりよい小児医療を目指しています。 ・当科の医師は幅広い小児疾患への対応が可能であり、また、現在 6 つの分野（小児心臓、小児肥満、小児アレルギー、小児神経、発達、小児外科）で常勤または非常勤の専門医による小児科の専門外来を行っています。 ・小児病棟は感染症隔離室を有し、人工呼吸器など高次医療にも対応可能です。

東京科学大学病院（総合診療Ⅱ・内科）

指導医数 専門医数	・総合診療専門研修指導医 5 名 ・内科指導医数 5 名
--------------	---

	・小児科専門医・指導医 1 名 ・救急科専門医・指導医 5 名 ・プライマリ・ケア認定指導医 5 名
病床数・患者数	・内科、呼吸器内科、精神科、リハビリテーション科、小児科、血管外科、外科、消化器内科、心臓血管外科、脳神経内科、脳神経外科、感染症内科、整形外科、歯科、形成外科、小児歯科、眼科、矯正歯科、耳鼻いんこう科、歯科口腔外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、放射線科、麻酔科、呼吸器外科、病理診断科、救急科、循環器内科 ・病床数：総病床 813 床(総合内科：10 床) ・外来患者数：3,078 名/年間 ・総合診療科受診者数：474,761 名/年間 ・入院患者数：243,428 人（2024 年度 延数）
病院の特徴	高度急性期医療を担う大学病院にて、診断困難症例、他専門科疾患を並存し multiplu problem の症例、外科系診療科と連携した周術期管理、各種感染症疾患など幅広い急性期疾患を経験することができます。

小豆沢病院（総合診療Ⅱ）

指導医数 専門医数	・総合診療専門研修特任指導医 2 名（プライマリ・ケア連合学会認定指導医 3 名） ・総合診療専門医 2 名 ・その他の基本領域専門医 小児科専門医 1 名、外科専門医 1 名、
病床数・患者数	病床数 130 床 ・地域包括ケア病棟 90 床、回復期リハ病棟 40 床、 ・うち総合診療科が担当する病棟 90 床 患者数 ・総合診療科（内科・救急）：入院患者数 91 名／月 外来患者数 2837 名（うち救急車搬送 43 件）／月 ・外科：入院患者数 11 名／月、外来患者数 98 名 ・リハビリテーション科：入院患者数 10 名／月 ・小児科：外来患者数 569 名 ・整形外科：外来患者数 222 名／月 ・泌尿器科：外来患者数 150 名／月 ・眼科：外来患者数 168 名／月 ・皮膚科：外来患者数 165 名／月 ・透析科：外来患者数 452 名／月

病院の特徴	・東京都区西北部医療圏の板橋区において、小規模病院ながら 70 年間にわたり都心部の地域医療を展開してきた病院です。 ・地域包括ケア病棟・回復期リハ病棟を持つケアミックスの病院であり、二次救急・透析・健診センターなどの機能も持ちながら、在宅医療を軸にして地域の医療・介護・福祉連携の中心的な役割を果たしています。 ・法人内の 5 つの内科診療所、訪問看護ステーション（サテライト 4 ケ所）、介護老人保健施設、歯科診療所と一体となって、入院から退院、その後の外来通院から在宅医療まで幅広く、一貫した医療・介護活動を展開しています。 ・地域に深く根ざした第一線医療を担う病院だからこそ、コモンディージーズを中心に多くの症例を経験でき、超高齢社会を反映し複数の病態を持った患者の診療経験、高次病院との連携や診療所との病診連携を経験できます。 ・主治医として総合的で継続的な診断・治療を行い、全身管理とともに社会的背景や療養環境調整をも包括する全人的医療を実践し、一人ひとりの患者を地域の中で「断らずに診る」とことと「最期まで診ること」にこだわった医療を追求しています。 ・隣接する在宅医療専門の附属診療所での訪問診療に加え、法人内全体で管理する約 500 件の在宅患者の 24 時間対応に関わるなど、質の高い在宅医療と高齢者医療を経験します。 ・医師としての総合的な診療能力（継続性・包括性・協調性・責任性・人間性など）を高め、生涯研鑽を続ける基礎をつくる研修ができます。地域基盤型教育を重視し、地域で取り組まれる様々な活動への参加を通じ、医療の社会性や Bio Psycho Social モデル（生物・心理・社会モデル）、SDH（健康の社会的決定要因）や HPH（健康増進活動拠点病院）活動への理解を深めます。
-------	---

ふくろうクリニック等々力（総合診療Ⅰ）

指導医数 専門医数	・日本老年医学会指導医 1 名（第 00483） ・日本老年精神医学会指導医 1 名（第 110840 号） ・日本認知症学会指導医 1 名（第 117017 号） ・プライマリ・ケア認定薬剤師制度の見学実習 担当指導医 1 名
病床数・患者数	・内科、老年内科、精神科、緩和ケア内科、皮膚科、リウマチ科、外科、眼科、皮膚科、リハビリテーション科 ・外来患者数：1,730 人（2025 年度 延数） ・訪問診療患者数：8,103 人（2025 年度 延数）
病院の特徴	当院は外来診療に加え、機能強化型在宅療養支援診療所として在宅医療にも対応しております。また、オンライン診療にも積極的に取り組み、地域のさまざまな医

	療機関と密に連携しながら、患者さまが住み慣れた地域で安心して豊かな生活を送っていただけるよう、質の高い医療提供に努めております。 地域医療の一環として、毎年多くの学校から看護学生・医学生の実習を受け入れているほか、病院からの研修医の研修受入れも精力的に行っております。今後も地域の教育機関と連携し、医療人材育成に貢献してまいります。
--	--

9. 地域医療について

本プログラムでは、地域医療学を牽引してきた鳥取大学医学部地域医療学講座の関連病院を連携施設として位置づけ、医療資源の乏しい地域における研修を6か月間必修としている。

医療資源の乏しい地域においては、都市部のように専門分化された医療体制が整っていない環境の中で、限られた資源を最大限に活用しながら診療を行う必要がある。このような環境での研修を通じて、専攻医は診療の優先順位付け、地域医療機関との連携、多職種協働による問題解決、さらには地域住民の生活背景を踏まえた意思決定支援など、総合診療医として本質的に求められる能力を実践的に修得する。

一方、都市部における研修では、超高齢社会を背景とした多疾患併存、フレイル、認知機能低下、社会的孤立といった複雑な問題を抱える患者を数多く経験することができる。これにより、単一疾患の治療にとどまらず、医療・介護・福祉を統合した包括的マネジメント能力を養う。

このように、本研修プログラムは、都市部における高度かつ体系的な医療と、医療資源の乏しい地域における実践的医療という対照的な環境を組み合わせることにより、地域特性に応じた柔軟な対応力を備えた総合診療専門医の育成を目指している。

専攻医はこれらの施設をローテートすることで、診療の場（外来・救急・入院・在宅）および地域特性の違いを実践的に理解し、それぞれの環境において最適な医療を提供する能力を段階的に修得する。

10. 専門研修の評価

専門研修における専攻医と指導医の相互評価は、施設群による研修と並び、本プログラムの中核をなす重要な要素である。

本プログラムでは、専攻医の成長を継続的に支援する観点から、「振り返り」「経験省察研修録（ポートフォリオ）の作成」「研修目標に基づく自己評価」の3つを柱として評価を行う。

1) 振り返り

専攻医の研修状況を継続的かつ切れ目なく把握するため、研修手帳への記録および定期的

な振り返りセッションを実施する。

振り返りは1～数か月ごとに、指導医との面談形式で行い、診療内容、学習状況、課題について確認する。その際には、実施日時および主な内容を記録として残す。

さらに、各年度の終了時には1年間の総括的な振り返りを行い、指導医による形成的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）の作成

専攻医が常に到達目標を意識した研修を行うため、経験省察研修録（ポートフォリオ）の作成を重視する。

本研修では、詳細記載20事例、簡易記載20事例の作成を求める。これらは、臨床経験の中から学びの深かった症例を振り返り、自己省察を通じて診療能力の向上につなげることを目的とする。

指導医は定期的な振り返りの際に作成状況を確認し、内容に対する助言および指導を行う。また、施設内外での発表機会を設け、専攻医同士および多職種との学びの共有を図る。

なお、ポートフォリオの対象領域は、総合診療専門医に求められる7つの資質・能力に基づいて設定されており、詳細は研修手帳に準拠する。

3) 研修目標に基づく自己評価

専攻医は、研修目標の各項目について達成段階を自己評価し、研修手帳に記録する。

指導医は定期的な振り返りにおいて到達度を確認し、専攻医の強みおよび課題を明確化するとともに、今後の研修方針について助言を行う。

また、年度末には進捗状況の総括的評価を行い、到達度および今後の課題についてコメントを記録する。

4) 職場における評価（Workplace-based assessment）

日常診療に基づく評価として、短縮版臨床評価テスト（Mini-CEX）等を用いた直接観察評価や、症例に基づくディスカッション（Case-based discussion）を定期的実施する。

これにより、実際の診療場面における臨床能力、判断力、コミュニケーション能力を多面的に評価する。

5) 多職種評価および相互評価

看護師、リハビリテーションスタッフ、薬剤師、医療ソーシャルワーカー等による多職種評価（360度評価）を、各ローテーション終了時等に実施する。

また、専攻医同士による相互評価セッションを年に複数回実施し、他者からの視点を取り入れた自己省察を促進する。

6) メンタリング体制

専攻医の研修継続および生活面を含めた支援のため、メンター制度を導入する。

各専攻医に対してメンターを配置し、数か月ごとにメンタリングセッションを実施することで、研修の一貫性の確保および心理的サポートを行う。

これにより、専攻医が安心して研修に専念できる環境を整備する。

7) 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、症例経験の質と到達度を適切に評価するため、内科領域で運用されている専攻医登録評価システム（Web 版研修手帳：J-OSLER）を用いて症例登録および評価を行う。

本システムを活用することで、研修期間の長短にかかわらず、内科専攻医と同等の基準に基づいた評価を行うことが可能となり、総合診療専攻医および内科指導医双方にとって効率的かつ質の高い研修運用を実現する。

内科研修（6 か月以上）においては、専攻医は主担当医として一定数の入院症例を受け持ち、目安として 40 例以上の症例経験を積むことを求める。これらの症例のうち、代表的な 10 症例については病歴要約として登録・提出する。

症例登録にあたっては、消化器、循環器、呼吸器など特定の分野に偏らないよう、可能な限り幅広い領域から症例を選択することを推奨する。また、同一症例または同一疾患の重複登録は避け、多様な臨床経験の蓄積を図る。

提出された病歴要約は、所定の評価基準に基づき内科指導医が評価を行い、臨床推論能力、診療内容の適切性、記録の質などについてフィードバックを行う。

内科研修終了時には、病歴要約の評価に加え、技術・技能評価、診療態度、コミュニケーション能力、多職種との連携能力を含めた総合的な評価を実施する。これらの評価結果は専攻医登録・評価システムに集約され、内科指導医が内容を確認したうえで、総合診療専門研修プログラム統括責任者へ報告される。

その後、専攻医と統括責任者は当該評価結果に基づき、研修手帳における到達目標の達成状況を確認し、プログラム全体の評価体系に統合する。

これにより、内科研修における経験と評価が総合診療専門研修全体の到達度評価に適切に反映される体制としている。

8) 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の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、各診療科における common disease を中心に幅広い症例を経験する。

専攻医は、各診療科の指導医のもとで診療にあたり、症例ごとに適切な指導およびフィードバックを受けながら、診療能力の向上を図る。

小児科研修では、小児および思春期に特有の急性疾患、感染症、慢性疾患、成長・発達に関する問題への対応を通じて、年齢特性を踏まえた診療能力を評価する。

救急科研修では、未分化症候に対する初期対応、重症度判断、迅速な意思決定および適切な診療プロセスの実践を通じて、総合診療医に求められる初期対応能力を評価する。特に、高齢患者における非典型的症状や背景疾患を考慮した診療についても重要な評価項目とする。各科の研修終了時（原則として3か月）には、担当指導医が研修内容に基づいた評価を実施し、その結果を総合診療専門研修プログラム統括責任者に報告する。その後、専攻医と統括責任者が当該評価結果をもとに研修手帳における到達目標の達成状況を確認し、プログラム全体の評価体系に統合する。

9) 指導医のフィードバック法の学習（FD：Faculty Development）

本プログラムでは、専攻医の育成において質の高いフィードバックが重要であると位置づけており、指導医に対する教育（Faculty Development：FD）を重視している。

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（Mini-CEX）、症例に基づくディスカッション（Case-based discussion）、多職種による360度評価などの各種評価手法を適切に活用し、専攻医に対して具体的かつ建設的なフィードバックを行う能力を修得する。

これらのフィードバック手法については、特任指導医資格取得時に受講を義務づけられている講習会や、医学教育に関する教材を通じて体系的に学習し、継続的に質の向上を図る。また、日常診療やカンファレンスにおいても、即時的かつ反復的なフィードバックを行うことで、専攻医の学習効果を高める体制としている。

11. 修了判定

本研修プログラムにおける修了判定は、4年間の研修期間における研修記録および到達度評価に基づき、専攻医が総合診療専門医試験を受験するにふさわしい知識・技能・態度を修得しているかを総合的に判断して行う。

修了判定は、専門医認定申請年の5月末までに、プログラム統括責任者および専門研修連携施設担当者が、総合診療専門研修プログラム管理委員会において評価を行い、その審議結果を踏まえてプログラム統括責任者が最終的に判定する。

判定にあたっては、以下の基準を総合的に評価する。

1) 研修期間および研修内容の充足

認定された研修施設において所定の研修期間を満了し、以下の研修要件を満たしていること。

- ・総合診療専門研修ⅠおよびⅡをそれぞれ6か月以上、合計18か月以上実施していること
- ・内科研修6か月以上

- ・小児科研修 3 か月以上
- ・救急科研修 3 か月以上

2) 到達目標の達成状況（自己評価および省察）

専攻医自身による自己評価および省察の記録、ならびに経験省察研修録（ポートフォリオ）の内容を通じて、カリキュラムに定められた到達目標に達していることを確認する。

3) 経験目標の達成状況

研修手帳に記録された症例経験および到達目標について、すべての項目がカリキュラムに定められた基準を満たしていることを確認する。

4) 多面的評価（360 度評価）

研修期間中に複数回実施される医師、看護師、医療スタッフ等による 360 度評価の結果を重視し、コミュニケーション能力、チーム医療への参画、職業倫理などの観点から総合的に評価する。

特に、多職種連携を基盤とした診療能力や患者・家族との関係構築能力については、総合診療専門医として重要な評価項目と位置づける。

これらの評価を総合的に判断し、総合診療専門医として必要な能力を十分に修得していると認められた場合に修了と判定する。

12. 専門研修管理委員会および専門研修プログラム管理委員会の業務

本研修プログラムの運営にあたっては、基幹施設に専門研修プログラム管理委員会および専門研修プログラム統括責任者を設置し、施設群全体の統括的管理および質の担保を行う体制としている。

専門研修プログラム管理委員会は、プログラム統括責任者、指導医、事務局代表者、専門研修連携施設の研修責任者、ならびに看護師、リハビリテーションスタッフ、医療ソーシャルワーカー等の関連職種の管理者により構成される。

また、プログラム改善に関する検討においては、専門医取得直後の若手医師代表も参画し、現場に即した視点を反映させる体制としている。

本委員会は、専攻医の研修管理および評価、ならびに専門研修プログラムの継続的改良を担う中核組織である。

1) 専門研修プログラム統括責任者の役割

専門研修プログラム統括責任者は、所定の要件を満たした医師がこれにあたり、プログラム全体の管理・運営に最終責任を負う。

具体的には、専攻医の採用、研修進捗の管理、修了判定の実施、および専門医認定申請に必要な証明書の発行を行う。

また、施設群全体の研修の質を担保する観点から、各施設との連携および調整を行い、プログラムの適切な運営を統括する。

2) 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し、プログラム全体の運営を中核的に担う。

統括責任者に対しては、管理業務および教育活動に十分に専念できるよう、時間的・経済的配慮を行う。

また、総合診療専門研修および各領域別研修の実施状況を把握し、専門研修プログラム管理委員会を開催して、専攻医の研修進捗管理および修了判定（総括的評価）を行う。

3) 専門研修プログラム管理委員会の役割と権限

専門研修プログラム管理委員会は、以下の事項について審議および決定を行う。

- ・専門研修を開始した専攻医の把握および日本専門医機構への登録
 - ・専攻医ごとの研修手帳および経験省察研修録（ポートフォリオ）の内容確認と、今後の研修方針の検討
 - ・研修記録および総括的評価に基づく修了判定の審議
 - ・各研修施設の診療実績、施設状況、指導医数、専攻医数に基づく次年度の受け入れ人数の決定
 - ・各研修施設の評価に基づく状況把握および必要な指導・支援の決定
 - ・プログラム評価に基づく改善方策の検討および実施
 - ・外部評価（サイトビジット等）の結果に基づく改善内容の検討
 - ・プログラム更新に向けた審議
 - ・翌年度の専攻医応募者の選考および採否の決定
 - ・各研修施設からの報告の集約および評価
 - ・プログラムの評価および改善内容に関する日本専門医機構への報告内容の審議
 - ・専門研修プログラム連絡協議会に関する報告の共有
- これらの機能を通じて、本プログラムの質の維持および継続的改善を図る。

4) 副統括責任者

専攻医数が一定規模を超える場合には副統括責任者を配置することができるが、本研修プログラムでは現時点でその規模にないため設置していない。

5) 連携施設における研修管理体制

本研修プログラムでは、連携施設ごとに個別の委員会を設置するのではなく、基幹施設に設置された専門研修プログラム管理委員会に、各連携施設の指導責任者が参加する形で一体的な管理体制を構築している。

これにより、施設間での情報共有および研修内容の標準化を図り、施設群全体として均質かつ質の高い研修の提供を実現している。

13. 専門研修管理委員会専攻医の就業環境

基幹施設および連携施設の研修責任者ならびにプログラム統括責任者は、専攻医の適切な就業環境の確保と安全の維持に努める。

専攻医の勤務時間、休日、宿日直、給与等の勤務条件については、労働基準法を遵守するとともに、各施設の就業規則および労使協定に基づいて適切に運用される。

また、専攻医の心身の健康維持に配慮し、宿日直業務と通常の夜間診療業務の区別を明確にしたうえで、それぞれに応じた適切な対価を支払う。さらに、急な業務負担や体調不良時に対応できるバックアップ体制を整備し、適切な休養が確保されるよう配慮する。

これらの勤務条件および支援体制については、研修開始時に十分な説明を行い、専攻医が安心して研修に専念できる環境を整備する。

さらに、本プログラムでは就業環境の継続的な改善を目的として、研修年次ごとに専攻医および指導医による研修施設評価を実施する。評価項目には、労働時間、宿日直回数、給与、教育環境等が含まれ、その結果はプログラム管理委員会に報告される。

管理委員会ではこれらの評価内容をもとに必要な改善策を検討し、専攻医の就業環境の向上および研修の質の維持・向上を図る体制としている。

14. 専門研修管理委員会専門研修プログラムの改善

本研修プログラムでは、専門研修管理委員会を中心として、専攻医および指導医からの評価・フィードバックをもとに、継続的なプログラム改善を行う体制を整備している。

専門研修管理委員会は、研修の質の維持および向上を目的として、研修内容、指導体制、就業環境等に関する評価結果を定期的に集約し、改善策の検討および実施を行う。

1) 評価およびフィードバックの収集

専攻医は、各研修施設におけるローテーション期間の中間または終了時に、指導医、研修施設お

よび本研修プログラムに対する評価を行う。

また、指導医においても、研修施設およびプログラム運営に関する評価を実施する。

これらの評価には、教育内容、指導体制、労働環境、症例経験の質などが含まれ、専攻医の実際の研修経験に基づく重要な情報として位置づけられる。

なお、評価内容は適切に記録・管理され、当該評価によって専攻医に不利益が生じることがないように配慮する。

2) 専門研修管理委員会による改善の実施

収集された評価は専門研修管理委員会において検討され、課題の抽出および改善策の立案を行う。

必要に応じて、研修施設への指導や調整を実施し、教育内容や研修環境の改善を図る。

特に、臨床現場における教育の質、多職種連携の実践状況、地域医療における経験内容などについては、本プログラムの特性を踏まえた重要な改善項目として位置づける。

3) 改善内容の記録と共有

専門研修管理委員会は、評価結果およびそれに基づく改善内容を記録し、継続的に管理する。

また、必要に応じて関係施設および指導医間で情報を共有し、施設群全体として均質かつ質の高い研修の提供を図る。

4) 継続的改善 (PDCA サイクル)

本プログラムでは、評価 (Plan/Check) に基づく改善 (Do/Act) を継続的に行う PDCA サイクルを確立している。

これにより、専攻医の成長状況や研修環境の変化に応じた柔軟なプログラム運営を可能とし、総合診療専門医の育成に資する質の高い研修体制を維持する。

15. 専門研修管理委員会専攻医の採用と修了

1) 採用方法

本研修プログラムでは、専門研修プログラム管理委員会が中心となり、毎年 7 月頃より説明会の開催や情報発信を行い、総合診療専攻医の募集を行う。

本プログラムへの応募者は、所定の期間内（原則として 9 月末まで）に、東京都健康長寿医療センターwebsite の医師募集要項に従って応募する。

選考は、応募締切後、10 月から 11 月にかけて実施し、書類選考に加え、面接等により総合的に評価する。評価にあたっては、総合診療専門医としての適性、臨床に対する姿勢、地域医療への関心、多職種連携への理解などを重視する。

採否は選考終了後速やかに決定し、本人に文書で通知する。なお、応募者および選考結果については、専門研修プログラム管理委員会において報告し、適切に管理する。

問い合わせ先：東京都健康長寿医療センター研修医担当

TEL 03-3964-1141

FAX 03-3964-1392

E-mail jinjik@tmghig.jp

HP <https://www.tmghig.jp/hospital/>

2) 研修開始手続き

研修開始にあたり、専攻医は各年度の5月31日までに、以下の書類を専門研修プログラム管理委員会に提出する。

- ・専攻医氏名報告書（氏名、医籍登録番号、卒業年度、研修開始年度）
- ・履歴書
- ・初期臨床研修修了証

これらの情報は、日本専門医機構への登録および研修管理の基礎資料として適切に管理される。

3) 修了に向けた手続き

専攻医は、専門医認定申請年の4月末までに、研修手帳および経験省察研修録（ポートフォリオ）を専門研修プログラム管理委員会に提出する。

専門研修プログラム管理委員会は、提出された記録およびこれまでの評価結果に基づき、原則として3月末までに修了判定を行う。

修了が認められた専攻医には、研修修了証明書を発行する。

その後、専攻医は日本専門医機構の総合診療専門医委員会に対して専門医認定試験の受験申請を行う。

16. 総合診療専門研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件

本研修プログラムでは、専攻医が安心して研修を継続できるよう、休止・中断・プログラム移動等について適切な制度を整備している。

1) 研修の休止

専攻医が以下のいずれかに該当する場合には、研修の休止を認める。

なお、研修期間を延長せずに休止できる期間は、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。

ただし、内科・小児科・救急科・総合診療専門研修ⅠおよびⅡの各必修研修については、それぞれ規定された研修期間の3分の2以上を満たすことを要件とする。

- (ア) 疾病による療養
- (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) 専門研修プログラムの移動

専攻医は原則として1つの専門研修プログラムにおいて一貫した研修を受けるものとする。
ただし、以下のいずれかに該当する場合には、専門研修プログラムの移動を認める。

- (ア) 所属する専門研修プログラムが廃止または認定取消となった場合
- (イ) 専攻医にやむを得ない事情がある場合

プログラム移動に際しては、プログラム統括責任者間の協議に加え、日本専門医機構および領域研修委員会への相談・承認を必要とする。

3) 研修の中断および再開

大学院進学等の理由により専攻医が研修を中断する場合には、専門研修中断証を発行する。
その後、研修を再開する際には再開届を提出し、所定の手続きを経て研修を再開する。

4) 短時間勤務および研修期間の延長

妊娠・出産・育児等のライフイベントにより、短時間勤務での研修継続が必要となる場合には、研修期間の延長を前提として柔軟に対応する。

この場合、専攻医は研修延長申請書を提出し、プログラム管理委員会の審議を経て研修期間の調整を行う。

17. 専門研修管理委員会による研修に対するサイトビジット（訪問調査）

本研修プログラムでは、日本専門医機構によるサイトビジット（訪問調査）を、研修の質を客観的に評価し、継続的改善につなげる重要な機会と位置づけている。

サイトビジットでは、研修体制、指導内容、症例経験、評価方法、就業環境等について総合的な評価が行われる。

1) サイトビジットへの対応

日本専門医機構によるサイトビジットが実施された場合、専門研修管理委員会はその評価結果を真摯に受け止め、内容を精査する。

指摘事項がある場合には、その原因を分析したうえで具体的な改善策を検討し、関係施設と

連携して速やかに対応する体制を整備している。

2) 改善および報告

サイトビジットの評価結果およびそれに基づく改善内容については、専門研修管理委員会において記録・管理し、必要に応じて関係施設間で共有する。

また、プログラム更新時には、これらの評価結果および改善方策を日本専門医機構に報告し、外部評価と内部改善を連動させた研修体制の向上を図る。

3) ピアレビューとしてのサイトビジット

本研修プログラムでは、総合診療領域における質の向上を目的として、他施設のプログラム統括責任者による相互訪問（ピアレビュー型サイトビジット）にも対応する。

この過程では、研修内容や指導体制に加え、専攻医への聞き取り調査等を通じて、実際の研修環境について多面的な評価が行われる。

これらの外部からの視点を積極的に取り入れることで、研修の透明性を確保するとともに、より実践的で質の高いプログラムへの改善につなげる。

1. Subspecialty 領域との連続性

本研修プログラムは、総合診療専門医としての基盤的能力の修得を目的とするものであるが、その後のキャリア形成において、各 Subspecialty 領域への発展や、病院総合診療領域への展開にも柔軟に対応可能な構造としている。

本プログラムにおいては、内科各領域をはじめとする専門診療科との連携のもとで研修を行うほか、基幹施設および連携施設における研修を通じて、急性期医療から慢性期医療、退院支援、在宅医療までを一貫して経験することで、病院総合診療に求められる実践的能力を修得することが可能である。

本プログラム修了後は、専攻医の志向に応じて、各 Subspecialty 領域への進学や、病院総合診療専門医研修への円滑な移行が可能となるよう配慮しており、将来的には病院総合診療専門医としての研修・取得につながるキャリアパスの構築を想定している。

このように、本研修プログラムは、総合診療専門医の育成にとどまらず、その後の専門性の深化および発展を見据えた継続的なキャリア形成を支援するものである。