

未来医療研究人材養成拠点形成事業 申請書

申請担当大学名 (連携大学名)	東京慈恵会医科大学		
テーマ	テーマB	申請区分	単独事業
事業名 (全角20字以内)	卒前から生涯学習に亘る総合診療能力開発 ―地域における臨床研究の推進を目指して―		

1. 事業の構想 ※事業の全体像を示した資料（ポンチ絵 1 枚）を【様式 2】の後ろに添付すること。

(1) 事業の全体構想

①事業の概要等

〈テーマに関する課題〉
本学は開学以来、建学の精神である「病気を診ずして病人を診よ」を実践できる医師の養成を行っている。現在、**超高齢化社会**を迎えるわが国において、**地域で必要な総合診療能力**を持つだけでなく、プライマリケア現場での問題を解決することのできる**臨床研究能力**を合わせ持つ人材の養成が急務である。プライマリケア現場では、従前の大学が主導する研究において対象になってこなかった、地域で生活する患者、高齢者を含む地域住民の健康問題の多くが未解決のままである。地域医療で直面した問題を解決しつつ、質の高い医療を提供する人材養成を行うためには、「大学」と「地域」が協働し、卒前、臨床研修、専門修得コース（レジデント）、生涯学習にいたる「時間軸」の中で、附属病院、教育病院・施設群そして在宅という多様な「場」で求められる能力を有する医師を養成するシステムを作る必要がある。

〈事業の概要〉（400字以内厳守）
地域と大学が強く連携し、卒前から卒後・生涯に亘る時間軸の中で、「**幅広い多様性**」という総合診療の専門性を基礎に、**地域医療で生じた問題を自ら解決するための臨床研究**を発案・遂行し、エビデンスを発信できる医師を養成するプログラムを開発する。本学は既に卒前教育において地域での様々な医療ニーズを体験する実習を低学年から体系的に導入し、さらに社会人教育として地域医療に従事する医師を対象に臨床研究者育成プログラムも実施している。そこで本事業では、卒前、臨床研修での「地域医療体験」の拡充、専門修得コース（レジデント）における教育病院・施設群と連携した「総合診療コース」の新設、大学院博士課程での授業細目「地域医療プライマリケア医学」の確立、大学院と専門修得コース（レジデント）のコンバインドプログラムを構築し、プライマリケア現場で活躍する**clinician researcher**を育成する**全学的なシステム**を開発・整備し、地域医療のための人材養成拠点となる。

②新規性・独創性

本事業は**社会のニーズ**に応えるべく、**地域と大学が連携**し、地域特性に合致した医療システムを整備した上で患者一人ひとりへの医療を大切にする、すなわち**system-based practice**を**地域包括ケアとして実践**することができる総合診療医を養成する。診療能力の養成だけでなく、地域医療でのエビデンスを発信できる臨床研究者（clinician researcher）としての能力をも合わせ持つ人材を養成する。

本事業により、地域での研修先となる教育病院・施設群と大学は強い相互関係を構築する。教育病院・施設群は大学の総合診療専門能力養成の教育資源となり、これに対し大学は教育病院・

施設群に医療レベルの質向上に貢献する相互関係を作る。これにより、本学は建学の精神である「病気を診ずして病人を診よ」を具体化する教育システムを構築する。事業の内容を、卒前教育、臨床研修、専門修得コース（レジデント）、大学院、生涯学習の時間軸に沿って記載する。

1) 卒前教育での地域医療ニーズ体験実習の拡充-高齢者医療体験実習の新設(コース概要2-1):
本学では、全医学科学生が地域医療ニーズを体験するプログラムが実施されている。1~5年次に段階的に福祉体験実習、重症心身障害児療育体験実習、地域子育て支援体験実習、在宅ケア実習、病院業務実習、家庭医実習の合計6単位が必修で、そのほかに選択科目としてプライマリケア・選択学外臨床実習と産業医実習で単位取得ができる。現行のカリキュラムでは、障害者、小児、在宅、在宅や病院での多職種連携、地域での医師の活動などを通じての地域医療ニーズの体験学習が可能となっているが、「高齢者」、特に高齢者とのコミュニケーションや高齢者が地域で生活するときの生活支援の部分が不足している。本事業では3年次に「**高齢者医療体験実習**」を1単位新設し、医学生が卒業までに体験できる地域医療ニーズの範囲を拡大する。(実施責任者：福島統教育センター長)

2) 附属病院の臨床研修での「へき地医療」プログラムの必修化(コース概要2-2):
本学の医学生は卒前教育で、都市型地域医療、在宅や病院での多職種連携協働といった多様な「場」での医療ニーズの体験をするが、東京都内にある医科大学としての欠点である「へき地医療」についての体験の場がないという問題点が残る。そこで本学臨床研修センターは、平成22年度から、新潟県小千谷市魚沼市医師会、南魚沼郡医師会、十日町市中魚沼郡医師会の協力を得て、年間8名の2年次研修医を派遣し、へき地医療研修の実践を可能とした。平成24年度からは新潟県での地域医療研修医枠を15名に拡大するとともに、25年度からは介護老人保健施設、訪問看護ステーション、在宅介護支援センターを併設する福島県東白河郡の塙厚生病院、いわき市のかしま病院、静岡県静岡市の桜ヶ丘病院においても、年間15名が研修を行っている。本事業においてこの**へき地医療プログラム**の参加人数を平成26年度から増員し、平成28年度までに全員必修とする。さらに希望者には8週間以上の地域保健・医療研修が可能なシステムにする。これにより、卒前教育、臨床研修という8年間の教育を通じて、都市型地域医療とへき地医療の両方を全員が体験することとなる。本学の研修を終了した研修医は、幅広い地域医療ニーズを知ったうえで、自分自身の専門修得コース（レジデント）の選択肢を選ぶこととなる。(実施責任者：川村哲也臨床研修副センター長)

3) 専門修得コース（レジデント）での「総合診療コース」の新設 - 総合診療専門医取得を想定した「地域での総合診療研修」の充実(コース概要2-3):

本学ではすでに、専門修得コース（レジデント）の制度が確立されている。本事業ではこのレジデントに「総合診療コース」を新設する。2017年度開始予定の専門医制度「総合診療」を踏まえ、このコースでは、①小児科から高齢者医療の「**ゆりかごから墓場まで**」を対象に、②内科・小児科・精神科・小外科等の幅広い標準的総合診療能力、③**生物・心理・社会モデル**、④**救急**を主とした急性期、一般病棟・外来での**慢性期**、さらに**臨死期への対応**、⑤**在宅での医療**、⑥**地域での予防医療、福祉**にも配慮できる医師を養成する。プログラムは、12か月は診療所・小病院での研修（在宅医療、小児科診療も経験）、加えて12か月の病院総合診療部門研修（附属病院および教育病院）とし、その他、内科、小児科、救急部での研修を行い、「**幅広い多様性**」を学ぶ。診療所から地域病院での研修に2年以上を割き、将来、設定される「**総合診療専門医**」の取得を目標にする。この「総合診療コース」は総合診療部がコーディネートし、附属病院研修と学外の教育病院・施設群で行う地域医療研修とで構成する。附属病院は、高度先進医療を担う本院以外に、地域中核病院として葛飾医療センター（青戸）、第三病院（調布・狛江）、柏病院（柏）の3分院を有している。葛飾医療センターは専門内科の診療部とは別に「総合内科」があり、初診患者や多臓器にわたる疾患を有する患者の外来、入院医療を行い、臨床研修や内科レジデント教育に成果を積み上げている。第三病院は住民が高齢化している多摩川住宅（団地）の近くにあるため、多臓器にわたる疾患を有する高齢の入院患者が多いという特性を有する。これら特徴ある分院は総合診療の研修資源として有用である。さらに本事業を推進するには、学外での地域医療研修の場の確保を行わなければならない。本学は、医療福祉生協連・家庭医療学開発センター（所長：藤沼康樹）や東京北社会保険病院（総合診療科・医長：南郷栄秀）など伝統的に家庭医療専門医、総合診療医を養成してきた地域医療機関と協力関係を築いてきた。例えば**平成19年度医療人GP「プライマリケア現場の臨床研究者の育成**」の推進を通じて連携を強化した家庭医療学開発センターは、高齢化問題の影響を強く受ける東京・埼玉・神奈川に10か所以上の教育診療所を備え、本学と密接に連携することによって**高い質が担保された研修**を行うことが可能である。これら2施設群の協力、また平成19年度医療人GPに参加したプライマリケア医、さらには本学第三病院が行っている大学病院・地域連携の関係者などを中心に地域医療を担う医師のネットワークが形成されている。このネットワークを使い、地域の教育力を活用することで学外での地域医療研修の施設を開発する。(実施責任者：大野岩男総合診療部長)

4) 大学院での授業細目「地域医療プライマリケア医学」の新設 - 自立した臨床研究能力を大学院博士課程で養成する(コース概要2-4、2-5、2-6):

地域で生じている問題は、その現場で医療に従事している者でなければ肌で感じることは出来ない。「臨床研究」は問題解決を図る大きな手段であるにもかかわらず、その知識・技術はわが国では地域医療者には浸透しておらず、地域医療現場において解決すべき問題が山積されている。プライマリケア現場での臨床研究による問題解決は高齢者医療を中心とした地域医療の質の向上に欠かせないものである。大学が地域と連携して「総合診療医」を養成するプログラムは散見されるようになってきたが、大学の地域への支援は診療のみにとどまり、プライマリケア現場での臨床研究によるエビデンス発信という「知」の共有には至っていない。本事業では、地域で医療を実践している総合診療医が現場で臨床研究によって問題解決を行うのに必要な疫学・臨床疫学、統計学、EBM方法論、家庭医療学、等を学べる**大学院の授業細目「地域医療プライマリケア医学」**を新設する。本学ではすでに、平成19年度医療人GP「プライマリケア現場の臨床研究者育成」により、大学外の地域医療に従事する若手医師を対象とした「プライマリケアのための臨床研究者育成プログラム」が稼働し、既に100名にもおよぶ受講生が参加し多数の学会発表や学術雑誌への論文掲載を達成した。さらに2012年にはこのプログラム修了生を中心とした診療所研究ネットワーク(Practice-Based Research Network: PBRN)による共同研究である在宅医療コホート研究も開始された(平成24年度科学研究費補助金. 課題番号24590819)。本事業で新設する授業細目「地域医療プライマリケア医学」は、わが国では未開の研究領域であるプライマリケア現場からエビデンスを発信していく臨床研究者を大学院で育成する。対象者は、①すでに地域で活動している医師を社会人大学院生として**授業細目「地域医療プライマリケア医学」(博士課程)**に、②本事業で新設されるレジデント「総合診療コース」の医師をリサーチレジデントとして**レジデントと大学院の両方を同時期に修得するコンバインドコース(博士課程)**に迎える。さらに③従来、大学内外の医療人を対象に行ってきた慈恵医大クリニカルリサーチコースを発展・拡充し、「**EBMと臨床研究セミナー**」(インテンシブコース)として大学院生以外の地域医療者にも提供し、広く地域で総合診療を実践している医師たちに臨床研究による問題解決というアカデミックな支援を行う。このような事業活動を通じて**clinician researcher**を育成し、ひいては地域の医師が供給する医療の質の向上を目指す。大学院生やインテンシブコースの参加者には地域での研究を支援し、eラーニング等の教材を作成し配信する。運営体制としては「**地域医療学センター**」を初年度から設置し、大学院授業細目「地域医療プライマリケア医学」は平成26年度から開講し、大学院生の研究活動が増えていく場合は、研究活動のさらなる活性化を図るために大学の講座としての設置を検討する。(実施責任者:松島雅人臨床疫学研究室長)

5) 総合診療医を目指す医師へのキャリアサポート(コース概要2-7、2-8):

臓器別専門医から地域の総合診療医への再研修を希望する医師を対象に総合診療を学ぶコースとして「**総合診療・家庭医療ブラッシュアッププログラム**」(インテンシブコース)を提供する。また、育児などの理由で長期にわたり臨床から離れていた医師を対象に、総合診療を学び直すコースとして「**復職支援スタートアッププログラム**」(インテンシブコース)を提供する。また、地域と大学との相互協力関係を継続するため、附属病院でのシミュレーション教育プログラムやeラーニングによる学習プログラム、医療安全講座、大学院公開講座などの教育プログラムを地域医療者へ提供する。キャリアサポートの取組として、大学病院がどのような医師キャリア支援をすべきかの調査研究を実施する。調査研究は本学卒業生、臨床研修修了者、レジデントコース修了者、附属病院勤務者のキャリアを管理して、医師のキャリア変遷についてのデータベースを構築して行う。また、キャリア変更を希望する医師を把握し、その医師にあった再研修プログラムの提供も行う。再研修参加医師のキャリアのデータベースには本事業の学習ポートフォリオを付加する。運営体制としては教育センター内に「**医師キャリアサポートセンター**」を新設する。本学教育センターには既に「**看護キャリアサポートセンター**」が設置され、看護師の復職支援やキャリアアップ教育を行っている。本事業で医師と看護師両方のキャリアサポートが実現化する。(実施責任者:大野岩男総合診療部長)

③達成目標・評価指標

1) 卒前教育での地域医療ニーズ体験実習の拡充: 高齢者医療体験実習の新設

「高齢者医療体験実習」は平成25年度にカリキュラム委員会の承認を得て、平成26年度に実習施設の確保を行い、平成27年度から3年次必修科目として**医学科全員110名**が受講する。実習の教育成果は、実習先の学生評価、学生による自己評価および学生が提出するレポートでの評価により測定するが、本来の教育成果の評価は卒業して実務に就いてからのアンケートによって測定される。本学では5年に一度の卒業生アンケートを実施しており、平成24年度の調査では、地域医療実習による多様な医療体験について高い評価を得ている。

2) 附属病院の臨床研修での「へき地医療プログラム」の必修化

附属病院の臨床研修でのへき地医療プログラムの参加人数を平成26年度から40名に増員し(現在15名)、平成28年度までに**全員(51名)**必修とする。さらに希望者には8週間以上の地域保健・医療研修が可能なシステムにする。研修成果については、研修先の研修医評価、研修医による自己評価及び研修医が提出するレポートにより測る。今後は医師キャリアサポートセンター

で、本学臨床研修修了者アンケートを5年ごとに採り、プログラム評価を行っていく。

3) 専門修得コース(レジデント)での「総合診療コース」の新設 - 総合診療専門医取得を想定した「地域での総合診療研修」の充実

総合診療能力の評価には、総合診療医、プライマリケア医、家庭医を特徴づける能力として①幅広い年齢層への対応：高齢者(特に虚弱高齢者)ケア、小児診療(乳児健診など)、②複数の健康問題を抱える患者の包括的ケア、心理・社会・倫理的複雑事例への対応、③臓器別専門医との連携、④癌・非癌患者の緩和ケア、⑤退院支援と地域連携機能の提供、⑥救急外来、⑦臓器別ではない外来で幅広く多くの初診患者の対応、⑧common disease、common symptomの診療、⑨臨床推論とEBM、⑩予防医療、⑪患者中心の医療の技法、⑫在宅医療、の各領域が求められている。レジデントコースではこの12領域についてポートフォリオを作成し、診療部長が評価するだけでなく、コース参加者同士でのpeer-evaluationも行い、コース参加者同士がお互いの経験共有ができるようにする。(年間5名)

4) 大学院での授業細目「地域医療プライマリケア医学」の新設 - 自立した臨床研究能力を大学院博士課程で養成する

日常の診療の中で臨床研究を立案、計画、実施、解析、発信する能力を身に付けた総合診療医の養成を達成目標とする。地域において自立した臨床研究者となるために、①疫学・臨床疫学、②生物統計学、③研究プロトコル作成等の研究手法や④EBM方法論、そしてテーマとなる⑤家庭医療学等を学ぶ。大学院生は地域医療、プライマリケア環境の特性に応じたテーマについて研究を実施し、成果の発表、学位論文の作成、学位取得をもって修了とする。本授業細目は平成26年度から開始する。毎年社会人大学院生5名程度、レジデントとのコンバインドコースとして3名程度を受け入れ目標とする。さらに大学院による臨床研究者養成だけでなく、地域医療に従事している医療人を対象にした疫学・臨床研究・EBM・生物統計学のセミナーを開催し、EBM手法を身に付け、基礎的な臨床研究実施能力を持った医師を養成し、地域での臨床研究の土壌を築く。このインテンシブコースは年間60名の受講者を目指す。

5) 総合診療医を目指す医師へのキャリアサポート

臓器別専門医として従事する医師に対しての総合診療・家庭医療ブラッシュアッププログラムをインテンシブコースとして開発する。具体的には、①プライマリケア外来における代表的な健康問題、②家庭医療・総合診療のプリンシプル(患者中心の医療の技法、家族志向性ケア等)、③コミュニケーションと外来診療の構造化をコアとする集中講義と各領域のセミナー、ワークショップ、公開講座を定期的実施する。また地域医療に従事する医療者の利便性に配慮しeラーニングシステムを用いた遠隔教育も併用する。このプログラムは医師の復職支援スタートアッププログラムとしても機能させる。25、26年度は準備期間、平成27年度に開始し、平成29年度には年間計15名の受講者を目指す。

6) 内部評価

各事業の責任者の福島教育センター長、川村臨床研修副センター長、大野総合診療部長、松島臨床疫学研究室長が毎年、自己点検評価書を学長に提出する。学長は実施責任者からの自己点検評価書を学校法人の大学自己点検・評価委員会(柳澤裕之委員長)に内部評価を委託する。

7) 外部評価

外部評価委員として英国キングス大学医学部のRoger Jones 名誉教授(現在、British Journal of General Practice の編集委員長)および琉球大学植田真一郎教授に依頼する。外部評価者には事前に自己点検評価書が渡され、その上で訪問調査と外部評価書の作成が行われる。外部評価書をもとに、事業責任者は改善のためのaction planを3カ月以内に作成する。

④医学生・男女医師のキャリア教育・キャリア形成支援 (※取組がない場合は記入不要)

本学では女性医師が継続して働くために、平成20年に女性医師キャリア支援室が設置され、先輩女性医師が後輩女性医師をサポートするシステムが整備されている。本事業ではさらに、**医師キャリアサポートセンター**を設立し、大学内外の臓器別専門医から総合診療医へのキャリアパス希望者に、総合診療・家庭医療ブラッシュアッププログラムを構築・提供する。ワークショップ、セミナーによって、総合診療医に必要とされる能力を身に付けることを支援する。

(2) 教育プログラム・コース → 【様式2】

2. 事業の実現可能性

(1) 事業の実施体制

本事業は、卒前教育、臨床研修、専門修得コース、大学院、生涯学習に亘るプログラムからなるため、本事業の最高意思決定機関は、**学長が長である「教授会議」**となる。学長の元に、本事業の推進委員会を設置しこれが具体的な事業の推進を行う。事業推進委員会は、卒前教育を担当する福島教育センター長、臨床研修を担当する川村臨床研修副センター長、レジデントコースの責任者である大野総合診療部長、大学院授業細目の責任者となる松島臨床疫学研究室長、レジデ

ントを支援する根本葛飾医療センター総合内科診療部長、平本第三病院総合診療部長の6名と本事業の事務責任者で構成する。本事業推進のために、教育センター内に①地域医療学センターと②医師キャリアサポートセンターを平成25年度に設置し、教材作成、プログラム開発、医師キャリアデータベース作成を開始する。

(2) 連携体制（連携大学、自治体、地域医療機関、民間企業等との役割分担や連携のメリット等）

卒前教育における高齢者医療体験施設の地域連携は教育センター長福島統が担当する。臨床研修では新潟県南魚沼郡医師会、福島県塙厚生病院、福島県かしま病院、静岡県桜ヶ丘病院等と連携し、総合診療能力を養成する（臨床研修副センター長川村哲也）。レジデントおよび大学院における連携体制は、大学外の地域における総合診療専門研修を行うために、日本プライマリ・ケア連合学会認定・家庭医療専門医、指導医が多く在籍する医療福祉生協連・家庭医療学開発センター、東京北社会保険病院と大学が連携し、プログラム開発およびレジデント研修を行う（担当は総合診療部長大野岩男、臨床疫学研究室長松島雅人）。また、本学第三病院では教育診療所の整備を総合診療部長平本淳、家庭医療専門医吉川哲矢が担当する。葛飾医療センターは総合内科の診療部長根本昌実を中心に地域連携体制を整える。

本学は、地域連携施設に対し、地域研修意見交換会、地域医療者教育会議等を開催し、地域医療ニーズを把握し、大学の教育資源を地域に還元することで人材養成拠点の役割を果たす。

(3) 事業の評価体制

評価体制は各事業責任者（福島教育センター長、川村臨床研修副センター長、大野総合診療部長、松島臨床疫学研究室長）で構成される本事業自己点検評価委員会による自己点検評価作成から始める。学長は委員会からの自己点検評価書を学校法人の「自己点検・評価委員会」（柳澤裕之委員長）に内部評価を委託する。外部評価委員として英国キングス大学医学部のRoger Jones 名誉教授（British Journal of General Practice の編集委員長）および琉球大学植田真一郎教授に実施状況の評価を依頼する。外部評価者には事前に自己点検評価書を渡し、その上で大学の訪問調査を行い、外部評価書を作成いただく。この外部評価をもとに、事業責任者が改善のためのaction plan を外部評価書提出後3カ月以内に作成する。なお、自己点検評価書と外部評価書およびaction plan は大学ホームページで公表する。評価は毎年行う（PDCAサイクル）。

(4) 事業実施計画

25年度	<ol style="list-style-type: none"> 1) 医学科3年次高齢者医療体験実習：カリキュラム委員会での審議、承認 2) 臨床研修でのへき地医療研修：現行15名参加を派遣研修医数を増やす準備 3) 専門修得での総合診療コース：カリキュラム作成と学外施設の開発、医師キャリアサポートセンター設置及びデータベース（ポートフォリオ）構築 4) 大学院授業細目「地域医療プライマリ医学」開設準備、カリキュラム作成とeラーニング教材作成、地域医療学センター設置 5) 総合診療・家庭医療、復職支援のカリキュラム作成 6) 内部評価及び外部評価（事業1年目）
26年度	<ol style="list-style-type: none"> 1) 医学科3年次高齢者医療体験実習：実習施設の開発 2) 臨床研修でのへき地医療研修：40名まで増員 3) 専門修得での総合診療コース：カリキュラムの作成と学外施設の開発 4) 大学院授業細目「地域医療プライマリ医学」を開設し「EBMと臨床研究セミナー（インテンシブコース）」の開始 5) 総合診療・家庭医療ブラッシュアップ、復職支援スタートアップのトライアル 6) 内部評価及び外部評価（事業2年目）
27年度	<ol style="list-style-type: none"> 1) 医学科3年次高齢者医療体験実習の実施（必修科目として） 2) 臨床研修でのへき地医療研修：研修医全員51名に実施 3) 専門修得での総合診療コース：コース開始（1年目） 4) 大学院授業細目「地域医療プライマリ医学」（博士課程）とコンバインドコース（博士課程）の開始、「EBMと臨床研究セミナー」の継続 5) 総合診療・家庭医療ブラッシュアップ、復職支援スタートアップの実施 6) 内部評価及び外部評価（事業3年目）
28年度	<ol style="list-style-type: none"> 1) 医学科3年次高齢者医療体験実習の実施（必修科目として） 2) 臨床研修でのへき地医療研修：研修医全員に実施 3) 専門修得（レジデント）での総合診療コース：コース継続（2年目） 4) 大学院授業細目「地域医療プライマリ医学」（博士課程）とコンバインドコース（博士課程）、「EBMと臨床研究セミナー」の継続 5) 総合診療・家庭医療ブラッシュアップ、復職支援スタートアップの継続 6) 内部評価及び外部評価、PDCAサイクルによる詳細な事業改善（事業4年目）

29年度	<ol style="list-style-type: none"> 1) 医学科3年次高齢者医療体験実習の実施（必修科目として） 2) 臨床研修でのへき地医療研修：研修医全員に実施 3) 専門修得（レジデント）での総合診療コース：コース継続（3年目に修了者を認定する） 4) 大学院授業細目「地域医療プライマリ医学」（博士課程）とコンバインドコース（博士課程）、「EBMと臨床研究セミナー」の継続 5) 総合診療・家庭医療ブラッシュアップ、復職支援スタートアップの継続 6) 内部評価及び外部評価、PDCAサイクルおよび成果発表（公開シンポジウム）
------	---

教育プログラム・コースの概要 (2-1)

大学名等	東京慈恵会医科大学医学部医学科						
プログラム・コース名	高齢者医療体験実習						
対象者	医学科3年生全員 (必修科目)						
修業年限 (期間)	1週間 (1単位)						
養成すべき人材像	<p>本学では既に、医学科1年次に「福祉体験実習」、2年次に「重症心身障害児療育体験実習」、「地域子育て支援体験実習」、3年次に「在宅ケア実習」、4年次に「病院業務実習」、5年次に「家庭医実習」の6単位が必修科目として設定されている。これら地域医療福祉保健及び多職種協働をテーマにした実習で、広く地域での医療ニーズを学生が体験することができるが、現状では「高齢者」に関する体験実習が不足している。そこで今回の申請に合わせ、医学科3年生に必修科目として「高齢者医療体験実習」を新設し、子ども、障害者、難病患者、高齢者という時間軸と、在宅、地域福祉施設、診療所、保健センター、病院という地域の場を軸とした体験実習を完成させる。これにより<u>学生は地域での多様な医療ニーズに触れることとなる</u>。これらの体験は学生が臨床研修後に自分の専門を選ぶとき、地域医療の選択肢を考えるきっかけとなる。</p>						
修了要件・履修方法	高齢者医療施設に医学生を5日間全日 (1単位) 派遣する。毎日の実習記録、実習後のレポート及び実習先の聞き取り調査で実習成果を評価する。						
履修科目等	医学科3年生に必修科目として「高齢者医療体験実習」						
教育内容の特色等 (新規性・独創性等)	<p>本学は平成8年度のカリキュラム改革以来、積極的に卒前教育で地域医療や患者接触プログラム、さらには多職種協働の実習を実践してきた実績がある。これらの学外実習は学生からも実習施設からも高い評価を得ている。今回、卒前教育で「高齢者医療体験実習」を新設することで、大学附属病院では得ることのできない地域医療ニーズをさらに広く医学生が全員経験することになり、医学生の総合診療への理解が深まることとなる。</p>						
指導体制	<p>このプログラムは学外実習の形式で行われる。学外実習では学外施設での指導者の質が学生の学習成果を決めることとなる。本学では今まで多くの学外実習を成功させてきた実績がある。学外実習指導者に、この教育プログラムの意味と、大学が求める医師像を理解してもらうことが指導体制整備で最も重要なことである。そのためには実習責任者が実習先に訪問し、コミュニケーションを図ること、そして実習に行く学生にこの実習の意義を説くことをしなければならない。<u>本学は学外実習に関しては多くの経験を有している。</u></p>						
受入開始時期	平成27年4月1日						
受入目標人数	対象者	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	計
	医学生	0	0	110	110	110	330
	計	0	0	110	110	110	330

教育プログラム・コースの概要（2-2）

大学名等	東京慈恵会医科大学附属病院 臨床研修						
プログラム・コース名	へき地医療プログラム（地域保健・医療）						
対象者	研修医 2年次生						
修業年限（期間）	4～8週間						
養成すべき人材像	<p>本学では卒前教育で、地域での障害者、重症心身障害児、健康な子ども（児童館やプレーパークなどでは発達障害や軽度の知的障害、生育環境に問題がある児とも接触する）、高齢者、という時間軸、さらに在宅医療（高齢者だけでなく、難治性疾患患者、精神疾患患者、生活保護受給患者やその家族）、開業医ネットワークを中心とする都市型地域医療、在宅や病院での多職種連携協働といった多様な「場」での医療ニーズの体験をするが、東京都内にある医科大学としての弱点として「へき地医療・離島医療」についての体験の場の欠如を解決する必要がある。そこで、臨床研修で「へき地医療プログラム」を必修化することで、研修医が自分の進路を決める前に、都市型地域医療だけでなく、へき地医療についても経験させる。</p>						
修了要件・履修方法	各派遣先施設における研修プログラムを90%以上遂行し、自己評価を行うとともに、指導医、コメディカルからの評価を受ける。						
履修科目等	<ol style="list-style-type: none"> 1. 診療所、地域基盤病院における外来診療を体験 2. 訪問診療、訪問看護、訪問リハビリに随行し在宅医療の見学・介助 3. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム（認知症対応型共同生活介護）など地域の看護・介護施設体験 4. 地域基盤病院において急性期一般、療養、回復期リハビリテーションなど、退院支援 5. 健診、産業医活動、小中学校の保健授業での講義など 6. 「健康増進のためのイベント」「まつり」「スポーツ大会」「花見」など地域行事に参加し、住民との交流 						
教育内容の特色等 （新規性・独創性等）	<p>平成22年6月より新潟県小千谷市魚沼市医師会、南魚沼郡市医師会、十日町市中魚沼郡医師会の協力を得て、年間8名の2年次初期研修医を派遣し、地域保健・医療プログラムのブラッシュアップを試みた。平成24年度からは新潟県での地域医療研修医枠を15名に拡大するとともに、25年度からは介護老人保健施設、訪問看護ステーション、在宅介護支援センターを併設する福島県東白河郡の塙厚生病院、いわき市のかしま病院、静岡県静岡市の桜ヶ丘病院においても、年間15名が研修を行っている。今後は、上記施設の指導医と定期的な話し合いの場を設け、地域医療研修の質の向上と派遣人数の増加を図るとともに、希望者には8週間の地域医療研修が可能なシステムに改良することで、2年次初期研修医全員が遠隔地で質の高い地域医療研修を行える環境を整えていく。</p>						
指導体制	<ol style="list-style-type: none"> 1. 新潟県各医師会：上村医院、北村医院、さわなか医院、片貝医院、浦佐萌気園診療所、宮医院、富田医院等の診療所・クリニックの院長。新潟県立小出病院、小千谷総合病院、町立津南病院等の指導医 2. 塙厚生病院（福島県東白川郡塙町）：佐川恵一病院長を始めとする指導医 3. かしま病院（福島県いわき市鹿島町）：中山元二前理事長、中山大理事長、石井敦（福島県立医科大学医学部地域・家庭医療学講座助教）を初めとする指導医 4. 社会保険桜ヶ丘総合病院（静岡県静岡市清水区）：島田孝夫病院長を初めとする指導医 						
受入開始時期	平成25年4月1日						
受入目標人数	対象者	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	計
	初期研修医 （遠隔地）	15	40	51	51	51	208
	計	15	40	51	51	51	208

教育プログラム・コースの概要 (2-3)

大学名等	東京慈恵会医科大学附属病院・専門修得コース (レジデント)
プログラム・コース名	総合診療コース
対象者	臨床研修を修了した医師を対象とし、将来の総合診療専門医資格を目指す者。
修業年限 (期間)	3年
養成すべき人材像	<p>地域のニーズに応える「幅広い多様性」すなわち総合診療能力を持ち、プライマリ・ケアで生じる問題を臨床研究という手段で解決する能力を持つ人材を育成すべきと考える。</p> <p>国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口 (平成24年1月推計)」によると高齢化が進行し2025年には年間死亡数が1,537,000人と予測されており、高齢者医療とくに在宅医療のニーズは極めて大きい。また本学の教育病院・施設群の多くが存在する東京は、平成23年度の総務省統計局「平成23年10月1日現在推計人口」によると、65歳以上の老年人口は20.6%と全国レベルよりやや低い、人数とすると270万人と他府県と比較して圧倒的に多く高齢化の問題を最も受ける地域であり、総合診療医を育成するニーズが高い。さらに高齢者はさまざまな疾病を同時に抱えるため臓器横断的診療が必要なだけでなく、在宅医療を中心とした地域医療においては高齢者の日常生活評価、家族機能との関連、社会福祉資源の活用等を身に付ける必要がある。高齢者医療だけでなく、地域で重要となる小児医療、ワクチン接種などの予防医療の知識と実践、プライマリ・ケアにおける適切な初期診療とトリアージ能力をもつためにER型救急医療を担える能力を持つことも必須である。地域医療で生じる問題は、大学の特定機能病院で発生する問題とは異なる。例えばcommon diseaseの診断と治療、患者-医師関係、家族機能、複雑性、一次予防、行動科学、在宅医療など、特定機能病院ではテーマとなりにくい問題に日々直面するため、それを解決する能力を育てる必要がある。</p>
修了要件・履修方法	<p>各研修ブロック内での指導医の評価、および総合診療を特徴づける能力としての①幅広い年齢層への対応：高齢者 (特に虚弱高齢者) ケア、小児診療 (乳児健診など)、②複数の健康問題を抱える患者の包括的ケア、心理・社会・倫理的複雑事例への対応、③臓器別専門医との連携、④癌・非癌患者の緩和ケア、⑤退院支援と地域連携機能の提供、⑥救急外来、⑦臓器別ではない外来で幅広く多くの初診患者の対応、⑧common disease、common symptomの診療、⑨臨床推論とEBM、⑩予防医療、⑪患者中心の医療の技法、⑫在宅医療の各領域についてポートフォリオを作成し、提出、評価を行う。ポートフォリオ作成にあたっては、地域研修中においても大学に集まり月に1度の集合研修として形成的評価を繰り返す。</p>
履修科目等	<p>1年次：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 内科研修6か月 2) 救急部研修 (ER型) 附属病院救急部3か月 3) 小児科研修 葛飾医療センター。第三病院 3か月 <p>2年次</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) 総合診療専門研修I (診療所・小病院での研修)：第三病院関連教育診療所、家庭医療学開発センター教育診療所 12か月 <p>3年次</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) 総合診療専門研修II (病院総合診療部門での研修)：葛飾医療センター、第三病院、東京北社会病院等 12か月 <p>レジデント終了後、下記のプログラムを選択できる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) 総合診療に関連の深い外科、整形外科、精神科、婦人科、リハビリテーション科、皮膚科等を3～6か月ごと選択可能とする (この期間中においても、週に1日の診療所研修を行う)
教育内容の特色等 (新規性・独創性等)	<p>地域と大学が協力して行う総合診療医養成。2017年に予定されている新専門医制度を見据え、日本プライマリ・ケア連合学会の改訂後期研修プログラムに準拠し地域での研修を延長し、総合診療の「あるべき姿」の研修を実現する。</p>

指導体制	<p>1) 総合診療専門研修I (診療所・小病院での研修) : 総合診療医を養成するにあたって最も重要となるのが、地域における診療所・小病院での研修の質を高め維持することである。分院となる第三病院関連診療所において日本プライマリ・ケア学会認定・家庭医療専門医である、吉川哲矢を中心として指導する体制を整える。さらに、同様に多くの家庭医療専門医を有する家庭医療学開発センター（センター長：藤沼康樹）の教育診療所にて研修を行い、多様なプライマリ・ケア環境を経験することを可能とする。</p> <p>2) 総合診療専門研修II (病院総合診療部門での研修) 総合診療部門研修として、大学関連施設としては第三病院総合診療部（診療部長：平本淳）、葛飾医療センター総合内科（診療部長：根本昌実）、また外部研修施設として東京北社会保険病院（総合診療科医長：南郷栄秀）にて研修が行える。臓器別ではない病棟、臓器別ではない外来診療を担当することができ、高齢入院患者や複数の健康問題（心理・社会・倫理的問題を含む）を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケアなどを経験することができる。</p> <p>3) 内科研修: 大学附属病院において内科学会認定指導医の下（診療部長：大野岩男）、内科研修を行う。附属病院の全ての専門内科の協力を得る。</p> <p>4) 救急部研修: ER型救急部を備える大学附属病院救急部において救急科専従の救急科専門医の下、軽症～中等症の救急症例に対する適切な対応能力を養う。慈恵医大附属病院（本院）では年間約27,000人を診療し、救急搬送も7000～8000台/年に及んでおり、多くの経験を積むことができる。</p> <p>5) 小児科研修: 小児科専門医の指導の下、小児領域における基本的診療能力を養うことができる。</p> <p>6) その他、 研修医と指導者の相談によってオプションとして、外科・整形外科、精神科、婦人科、皮膚科等の中から数科を選択できる。</p>						
受入開始時期	平成27年4月1日						
受入目標人数	対象者	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	計
	後期研修医	0	0	5	5	5	15
	計	0	0	5	5	5	15

教育プログラム・コースの概要（2-4）

大学名等	東京慈恵会医科大学 大学院医学研究科（博士課程）						
プログラム・コース名	授業細目「地域医療プライマリケア医学」						
対象者	地域医療に従事する総合診療医、プライマリ・ケア医、家庭医のうち、臨床研究方法論を体系的に学び学位取得（博士）を目指す者						
修業年限（期間）	4年						
養成すべき人材像	地域で総合診療を行いその中心的存在としてリーダーシップをとっていくためには、 自らの医療現場で生じた問題を解決していく能力 を備え、指導者として後進の指導に当たる必要がある。 <u>地域医療で生じる問題は、大学等高次機能病院で発生する問題とは異なる。</u> 例えばcommon diseaseの診断と治療、患者-医師関係、家族機能、複雑性、一次予防、行動科学、在宅医療など、高次機能病院ではテーマとなりにくい問題に日々直面している。したがって地域で総合診療に携わりながら臨床研究の知識と技術をもち、日々の診療で生じた疑問からリサーチクエスチョンを立案し、計画、実行、さらにその結果を発信していく clinician researcherを養成 する。なお、専門修得（レジデント）で「総合診療コース」にいる医師に対しても社会人大学院入学を認める（コンバインドコース）。						
修了要件・履修方法	東京慈恵会医科大学大学院博士課程の修了要件を満たすと同時に、講義(eラーニング含む)、セミナー、ワークショップに出席、課題提出により評価し単位取得とする。博士課程を通じ研究の実地指導を受け、最終的には博士（医学）の取得をもって修了とする。						
履修科目等	1) 共通カリキュラム 医学教育学、医の倫理、医学研究法概論、医療統計学、疫学臨床研究、大学院特別講義特別セミナー 2) 選択カリキュラム 地域医療プライマリケア医学コース（授業細目）を新設 する。研究分野は、地域医療学、プライマリ・ケア医学、家庭医療学である。これに対して臨床疫学的手法を用いて、従来の疾病中心型の臨床研究のトピックにとらわれず、医療コミュニケーション、医療の質評価、行動科学、質的研究、薬物治療学等幅広いテーマの問題にアプローチする。医療の最前線であるにもかかわらずエビデンスが不足している地域医療、プライマリ・ケア、家庭医療学分野でのエビデンス生成を地域で行えるカリキュラムとする。具体的には、 疫学・臨床疫学、生物統計学アドバンスコース、臨床研究プロトコール作成等の臨床研究方法論と、家庭医療学 の各コースを設ける。						
教育内容の特色等 （新規性・独創性等）	地域にて総合診療に従事しているプライマリ・ケア医、家庭医を対象に、地域で生じた問題をテーマに自立的に研究が行える人材を育成するため、大学院博士課程に地域医療プライマリケア医学コース（授業細目）を新設し、臨床医かつ研究者でもあり（clinician researcher）、臨床のみならず研究面でも後進への指導ができる教育者とも成り得る人材を養成できる。						
指導体制	新設される地域医療プライマリケア医学コース（授業細目）において、疫学・臨床疫学、生物統計学、臨床研究方法論（リサーチクエスチョン生成、研究プロトコール作成、学会発表、論文作成）を学ぶ。指導責任者となる松島雅人は、日本内科学会総合内科専門医、日本プライマリ・ケア学会認定医であるとともに、米国公衆衛生学修士を取得しており、さらに平成19年度文部科学省「地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム」が採択され、現在も継続されている「プライマリケアのための臨床研究者育成プログラム」の主催者でもある。すでにプライマリ・ケア医とともにプライマリ・ケア、地域医療で生じる問題をテーマとした臨床研究を行い共著が複数に及ぶ。本申請で大学院コースとなる地域医療プライマリケア医学においても博士課程として指導することが可能である。						
受入開始時期	平成26年4月1日						
受入目標人数	対象者	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	計
	一般医師	0	0	5	5	5	15
	計	0	0	5	5	5	15

教育プログラム・コースの概要（2-5）

大学名等	東京慈恵会医科大学 大学院医学研究科（博士課程）						
プログラム・コース名	授業細目「地域医療プライマリケア医学」 コンバインドコース						
対象者	専門修得「総合診療コース」に在籍し、リサーチレジデントとして大学院コースも同時に履修を希望する者						
修業年限（期間）	4年						
養成すべき人材像	専門修得で「総合診療」を学びながら、地域で総合診療を行いその中心的存在として リーダーシップ をとっていくためには、自らの医療現場で生じた問題を解決していく能力を備え、指導者として後進の指導に当たる必要がある。地域医療で生じる問題は、大学等高次機能病院で発生する問題とは異なる。例えば common diseaseの診断と治療、患者-医師関係、家族機能、複雑性、一次予防、行動科学、在宅医療など、高次機能病院ではテーマとなりにくい問題に日々直面している。こうした地域での総合診療に携わりながら臨床研究の知識と技術をもち、日々の診療で生じた疑問からリサーチクエスチョンを立案し、計画、実行、さらにその結果を発信していく clinician researcherを養成 する。						
修了要件・履修方法	教育プログラム・コースの概要2-3、2-4と同じ						
履修科目等	教育プログラム・コースの概要2-3、2-4と同じ						
教育内容の特色等 （新規性・独創性等）	教育プログラム・コースの概要2-3、2-4と同じ						
指導体制	教育プログラム・コースの概要2-3、2-4と同じ						
受入開始時期	平成27年4月1日						
受入目標人数	対象者	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	計
	一般医師	0	0	3	3	3	9
	計	0	0	3	3	3	9

教育プログラム・コースの概要（2-6）

大学名等	東京慈恵会医科大学 大学院医学研究科（博士課程）						
プログラム・コース名	EBMと臨床研究セミナー（インテンシブコース）						
対象者	学内の医師および学外の地域医療に従事する医師で、EBMと臨床研究方法論の基礎の修得を希望する者						
修業年限（期間）	6か月						
養成すべき人材像	<p>本学では社会人コースとしてクリニカルリサーチセミナーを平成13年度より継続してきた。EBMすなわち外からの質の高いエビデンスに基づいて問題を効率的に解決する手法についても学べるようこれを発展・拡充する。地域医療に従事する医師で、日常診療、業務中に生じた疑問を解決するために、EBMの手法に基づいて、データベースサーチが行え、得られた情報の妥当性等を吟味することが出来、適用を判断できる能力を養成する。さらに疫学や生物統計学の知識と技術が加われば、地域での疑問を研究仮説まで昇華させることができ、疫学・臨床疫学者と連携することによって地域から良質なエビデンスを発信する土壌が形成される。</p> <p>すなわちEBMの手法によっても問題が解決できない場合に、臨床研究によって問題を解決するマインドと、それを実行するのに必要な基礎的な知識と技術を持ち、臨床研究の専門家と連携して研究を実行できる人材を育成する。</p>						
修了要件・履修方法	各モジュールへの出席と課題提出を修了の要件とする。原則として、講義と演習は社会人の出席を容易にするため平日夜間あるいは週末に行う。場所は、東京慈恵会医科大学大学1号館4階講堂を使用し、各受講生に1台のパーソナルコンピュータを割り当てる。						
履修科目等	<p>臨床研究を行うために必要なコースとして</p> <p>1) EBM</p> <p>①診断 ②治療 ③予後</p> <p>2) 疫学概論 3) 生物統計学</p> <p>を設置する。</p>						
教育内容の特色等 （新規性・独創性等）	地域医療者が日常業務の合間に、臨床研究の方法論を効率良く学ぶプログラムは少ない。本プログラムによっては、夜間あるいは週末の時間を利用して、比較的短時間で一般的な臨床研究で応用範囲の広い疫学、臨床疫学、EBM、生物統計学についてのコースを学ぶことが出来る。						
指導体制	<p>松島雅人は、米国公衆衛生学修士の学位を持つとともに、McMaster大学のHow to teach evidence-based medicine workshop: June14-19, 1998に参加し、その後、本学の卒前教育にEBM手法の基礎的実習を導入した。また東京北社会保険病院の南郷栄秀・総合診療科医長は、9th Oxford Workshop in Teaching of Evidence-Based Medicine: July 14th-18th 2003、CASP training week: July 7th to 11th 2003に参加し、EBM手法のpES clubを中心に啓蒙と普及に努めている。この両名を中心にセミナーを企画、提供する。</p>						
受入開始時期	平成26年4月1日						
受入目標人数	対象者	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	計
	一般医師	0	60	60	60	60	240
	計	0	60	60	60	60	240

教育プログラム・コースの概要 (2-7)

大学名等	東京慈恵会医科大学附属病院						
プログラム・コース名	総合診療・家庭医療ブラッシュアッププログラム (インテンシブコース)						
対象者	内科・外科等臓器別専門医資格を取得後に地域において総合診療、家庭医療を行う予定のある医師を対象とする。						
修業年限 (期間)	2年						
養成すべき人材像	現在の総合診療医の養成数のペースでは、急激に高齢化しているわが国の医療需要に対応することは困難である。卒後すぐに総合診療研修を受け専門医を取得していくコースとは別に、既に診療実績のある臓器別専門医のための総合診療を学ぶコースを提供し、地域医療やプライマリ・ケアへの移行をスムーズにする。臓器別専門医としての特徴を生かしながら、地域での総合診療能力を兼ね備える人材を養成する。						
修了要件・履修方法	各モジュールのチュートリアル、セミナー、ワークショップへの出席と課題提出を修了の要件とする。日時、場所は大学内外の医療人が出席しやすいよう調整し、集中講義等も組み入れる。						
履修科目等	<p>総合診療・家庭医療のコアとなる原理についてのチュートリアル、セミナー、ワークショップをシリーズ化する。プライマリケア外来における代表的な健康問題、家庭医療・総合診療のプリンシプル、コミュニケーションと外来診療の構造化の3つをコアとし、集中講義と各領域のセミナーあるいはワークショップを開催し地域で総合診療能力を発揮できるようにする。</p> <p>1) モジュールA: プライマリ・ケア外来における代表的な健康問題に関するチュートリアル (ケースディスカッションと講義)</p> <p>①代表的な成人慢性疾患領域 (高血圧、糖尿病、認知症、慢性腎疾患、慢性心不全、脂質異常症)</p> <p>②筋骨格系領域 (腰痛症、骨粗しょう症)</p> <p>③救急領域 (診療所救急・マイナーエマージェンシー) 等</p> <p>2) モジュールB: 家庭医療・総合診療のプリンシプル(ワークショップと講義)</p> <p>①患者中心の医療</p> <p>②家族志向性ケア 等</p> <p>3) モジュールC: コミュニケーションと外来診療の構造化 (ワークショップとロールプレイ)</p> <p>①外来診療モデル</p> <p>②困難事例への対応</p>						
教育内容の特色等 (新規性・独創性等)	医師キャリアサポートセンターを新設し、学内外のエキスパートの協力の下、セミナー、ワークショップを開催し、従来、必ずしも認知度が高いとは言えなかった総合診療、プライマリケア医学、家庭医療学の原理、技術を学べるキャリアアッププログラムとする。						
指導体制	附属病院総合診療部大野岩男部長をはじめとした総合診療部医師ならびに、先述した家庭医療学開発センターの家庭医療専門医、東京北社会保険病院の総合診療医により、地域での総合診療、家庭医療のコアとなる原理、プライマリ・ケアにおける代表的な健康問題についてのセミナーコース、ワークショップを構築し、提供する。						
受入開始時期	平成27年4月1日						
受入目標人数	対象者	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	計
	一般医師	0	0	10	10	10	30
	計	0	0	10	10	10	30

教育プログラム・コースの概要（2-8）

大学名等	東京慈恵会医科大学附属病院						
プログラム・コース名	復職支援スタートアッププログラム（インテンシブコース）						
対象者	育児などの理由で医療現場からしばらく離れた医師のうち、将来、地域において総合診療、家庭医療を行う希望のある医師を対象とする。						
修業年限（期間）	6か月						
養成すべき人材像	様々な勤務継続のための支援策を施しても、出産、育児などを理由に女性医師が現場を離れるという現象は一定の割合で起きている。もともとモチベーションも高く、優秀な女性医師がその能力を発揮できないことは国家の損失である。このような医師の中には将来、地域医療に貢献したいという希望を持っている医師も少なくない。本プログラムでは復帰支援の中で総合診療を学ぶ「はじめの一歩」のコースを提供し、将来的に地域で活躍する総合診療医を養成する。						
修了要件・履修方法	演習への出席と各モジュールでの指導医による評価を行う。						
履修科目等	<p>まず、現場感覚を取り戻すことを目指す。次に、指導医のもとで総合診療に従事しつつ、救急対応をシミュレーション教育などで学び、合わせて今後の高齢化社会に欠かせない緩和ケアについて研修する。本プログラムを修了したのちには、引き続き総合診療・家庭医療ブラッシュアッププログラムを開始する。その内容を示す。</p> <p>1）シミュレーターによる身体診察演習</p> <p>2）健診業務研修 当院健診センターにて予防医学について学び、また健診業務を通じて現場の感覚に慣れ、レントゲン写真などの一般的な画像、心電図、血液検査所見の正常、異常について復習する。</p> <p>3）総合診療研修 本学の総合診療部や主に一次救急を担当している救急診療部にて研修する。</p> <p>4）地域医療研修 医学生の家医実習あるいは研修医の地域保健・医療研修での研修先で研修する。</p> <p>5）救急対応研修 患者シミュレーター・シムマンを用いた救急対応のシミュレーション教育をすでに医学生、研修医に対して行っている。これを用いてアナフィラキシーショック、急性冠症候群、大動脈解離など頻度は多くないが遭遇した際の一次対応が非常に重要な疾患について学ぶ。</p> <p>6）緩和ケア研修 本学では東京都医師会後援で緩和ケア研修会が開催されており、これを通して患者、家族とのコミュニケーションや緩和医療の基礎について学ぶ。</p>						
教育内容の特色等 （新規性・独創性等）	医師キャリアサポートセンターを中心として、予防医学、現場の総合診療、地域医療、救急対応、緩和医療などの総合診療専門医に必須と思われる知識、技能、態度を学内外の指導医の下で学びながら、後述のメンターとの面談、キャリア形成ワークショップなどのサポート体制のもと、復職への道を実践してゆくスタートアッププログラムとする。						
指導体制	救急シミュレーション教育スタッフ、附属病院総合診療部医師、健康医学センター医師、緩和ケアチームや、地域での総合診療、家庭医療にあたる医師が指導者となる。 復職希望女性医師には女性医師キャリア支援室から1人メンターを任命し、月1回以上の面談を行い、履修の状況の確認を含めた様々な精神的なサポートを行う。						
受入開始時期	平成27年4月1日						
受入目標人数	対象者	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	計
	一般医師	0	0	5	5	5	15
	計	0	0	5	5	5	15

卒前から生涯学習に亘る総合診療能力開発—地域における臨床研究の推進を目指して—
東京慈恵会医科大学

課題

超高齢化社会において、地域で必要な総合診療能力を持つとともにプライマリケア現場での臨床研究能力を合わせ持つ人材養成が急務

対応

地域と大学が強く連携し、卒前教育から生涯学習に亘るシステムにより、「幅広い多様性」という総合診療の専門性を基礎に、地域医療問題を解決するための臨床研究能力を備える医師養成プログラムを実施

教育プログラム

医学部

- 1年 福祉体験実習
重症心身障害児療養体験実習
- 2年 地域子育て支援体験実習
- 3年 在宅ケア実習
高年齢者医療体験実習
- 4年 病院業務実習
- 5年 家庭医実習(臨床実習)
- 6年 (1~6年:プライマリケア・
選択学外臨床実習と
産業医実習)

臨床研修

- 1年
- 2年 へき地医療プログラム

専門修得コース(レジデント)

- 1年 総合診療コース
- 2年
- 3年

レジデント・大学院
コンバインド
プログラム

大学院博士課程

- 1年 地域医療プライマリケア医学
- 2年
- 3年
- 4年

EBMと臨床研究

総合診療・家庭医療

復職支援

必修科目・研修・博士課程

インテンシブコース

地域と連携した本事業の特徴

1. 卒前教育での地域医療ニーズ体験実習の拡充
2. 附属病院臨床研修での「へき地プログラム」の必修化
3. 地域研修を主とした専門修得コース(レジデント)での「総合診療コース」の新設
4. 大学院での授業細目「地域医療プライマリケア医学」の新設—レジデントとのコンバインドコースも設置—
5. 社会人・生涯教育によつての総合診療医養成—総合診療・家庭医療ブラッシュアッププログラムの開発と医師復職支援プログラムと連携—
6. 英国キングス大学の総合診療医養成プログラムとの連携
7. PDCAサイクルによるプログラム改善

学内医師 学外地域医師

アウトプット

1. 卒前教育・臨床研修で幅広い地域医療ニーズを体験する。⇒研修医は研修終了時に、自らが求める医師の役割を考えて自分の専門修得コースを選択する。
2. 大学附属病院がコーディネートする総合診療医のための専門修得コースを構築する。⇒総合診療を一つの専門領域としてその教育・研修体制を大学・附属病院が責任を持って改善していく。
3. 大学院授業細目「地域医療プライマリケア医学」を開設する。⇒プライマリケア現場での研究課題の発見、問題解決に大学が関与することで、プライマリケア医学の向上を図る。
4. 大学・附属病院と地域とが医師養成に協働する。⇒地域の教育力を大学に、そして大学の知を地域に還元することで、地域で行われる医療の質の向上に大学が支援する。
5. 医師のキャリアサポートを支援する。⇒臓器専門医を総合診療医へ、復職希望医師に総合診療能力を育てる環境を提供することで、生涯にわたって地域で医療を行える医師を増やす。