

# 地域医療・地域共生総合診療研修プログラム

## 目次

1. 地域医療・地域共生プログラムについて
2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるか
3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能態度など）
4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得
5. 学問的姿勢について
6. 医師に必要なコアコンピテシー、倫理性、社会性などについて
7. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方
8. 研修プログラムの施設群
9. 専攻医の受け入れ数について
10. 施設群における専門研修コースについて
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修了に向けて行うべきこと
17. Subspecialty 領域との連続性について
18. 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
19. 専門研修プログラム管理委員会
20. 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. 地域医療・地域共生プログラムについて

地域医療研究会は、地域医療の経験交流と地域医療を担う若手医師の確保と養成を目的として、日本各地域において地域医療に先進的に取り組んでいる医療機関が集まって、1980年に発足されました。その後30年以上にわたり、2年に1回の全国大会の開催を含め、医療制度に関する時事的な問題を検討するシンポジウムの開催など、積極的な活動を継続しています。「NPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク」は1995年（平成7年）に設立され、全国各地でのセミナーや実践交流会等を積み上げながら、年1回の全国の集いを開催し、在宅医療、在宅ケアシステムの普及と充実をすすめてきました。今後、この2つの団体は、地域共生社会の実現を目指して、共同して活動していく予定です。

本プログラムはこの2つの団体が共同して、「主治医」として地域の現場で真に必要なとされる医師の養成を目指すものです。当研究会が目指す、未来の地域医療を担う若手医師を養成するというのがプログラムの理念です。プログラムが目指すものは、研究会が養成を目指す医師像である、患者のあらゆる健康問題をともに請け負い、人生の長期にわたって伴奏し、家族の諸問題にも耳を傾けることができる、「主治医」を養成することです。臨床的課題・社会的課題に関しては、幅広い臨床能力のみならず、自分で解決できない問題に対するコンサルテーション能力や連携能力を持つ医師を養成したいと考えます。同時に、患者という人間そのものに関心を持って活動し、患者に主治医として「選ばれる」豊かな人間性も育てていくことを研修の全体的な目標とします。

主治医とは何か、プログラム統括責任者である、いらはら診療所和田忠志より、若手医師へのメッセージを紹介し、当プログラムの骨子をお伝えします。

### (1) 主治医とは何か

私どもは、「専門的な技術」を自分のアイデンティティとするよりは、「主治医」というアイデンティティで仕事をしたいと思っています。特定の臓器の領域を得意とする医師は、専門領域の患者さんが自分のところに来ることを期待し、自分の「技術」を振るって患者さんを治療することに生きがいを感じるかもしれません。もしかすると、自分の専門領域以外の患者さんが来ると、生きがいを感じる事が少ないかもしれません。また、患者さんも心得ていて、例えば、眼科の先生に「お腹が痛い」とは言いません。

一方、「大部分の医療」とか「継続診療」に責任を負い、患者さんの「生活」とか、「社会背景」とか、「家族」へ配慮しながら医療を行うことを考えると、「主治医」というアイデンティティで仕事をしたい、という考えに行き着いたのです。

私どもは、「人間としての主治医」を考えています。人間にとって、かけがえのないものは「交換不能」です。例えば、「恩師」や「親友」は、かけがえのない関係で、そのような人物は交換不能です。例えば、ある書道の先生に10年、20年と習字を教わったとします。ある時、より優れた別の書道の師範に会っても、長年教わった先生が「恩師」であり、高度の能力のある師範でも、教わったことがなければ、「恩師」にはなりません。医師も、患者

さんと長くおつき合いしているうちに、信頼が蓄積され、「主治医」という関係を獲得し、身体各部に関する相談や、家族の相談を受けるような関係に到達します。この関係性こそが「主治医」の本質です。

私は、「主治医」は、「患者さんが選ぶもの」と考えています。

この「患者さんが選ぶ主治医」は、医師が自らを「総合医」あるいは「家庭医」と自覚することはニュアンスを異にします。例えば、医師が「総合診療」を勉強し、その領域を深く習得したとしても、それは、「医師の関心」でこの領域を選んだに過ぎないわけです。一方、私どもの考える「主治医」とは、患者さんが選ぶ人物のことです。そして、医師の側としては、自分が習得した「医療の領域」ではなく、自分を選んでくれた、自分にかかってくださった患者さんという「人間」そのものに関心を持つということと考えています。主治医の精神性は、特定領域に関心を払うという意識ではなく、患者そのものに関心を持つため、患者のニーズに直接的に呼応する特性を持つと考えています。

また、医師には、自分の知識・技能・態度を陶冶するのみならず、患者や地域のニーズを感受し、それに応えるために自らを変容させていく能力が求められます。すなわち、医師は自分の関心によって能力を高めるのみならず、患者や地域の関心ごとに目を向けることによって能力を高めていく必要があると思います。

## (2) 主治医を技術の側面から見たものとしての「総合医」(家庭医)

患者さんとおつき合いですると、生活習慣病のような長期のかかわりを要する疾患を治療したり、その経過中で感染症などの治療を行ったり、そして、ときには、がんを発見することもあります。また、身体の各部の相談のみならず、ご家族のことや介護問題等についても、相談を受けます。

さて「総合医」(家庭医)とは、一般的な(頻度の高い)病気に一定の知識があって、おおよそ、7、8割の方の医療問題に自分で対応しますが、のみならず、いろいろな専門医に相談したり、紹介したりして、問題解決を図ろうとします。つまり「総合医」(家庭医)とは、「主治医を技術的側面」から見たものだとして私どもは考えています。本プログラムでは、主治医を務めるために、「総合医の能力」つまり、総合的な医療技術の習得を目指しますが、あくまで本質は「主治医」です。

## (3) 関係性のなかで問題を解決すること

初期診療の中で、がんを見つけることも珍しくありません。がんを見つけたとき、「出会ったばかりの患者さん」と、「主治医として自分に長年かかっている患者さん」では、異なる対応をします。これは差別とかいう問題ではなく、「関係性の強さ」が違うことによる対応の違いです。今、目の前にいる患者さんと自分との「関係性の強さ」を自覚することは、医療において重要だと考えます。

例えば、1、2回お会いしただけの診療歴の浅い患者さんに「胃がん」を見つけた場合、私

は、「信頼できる外科医につないで、適切な治療が行われる」ことに意識を注ぎます。自分のところにつなぎとめるのではなく、外科医がしっかり関わられるように意識します。

ところが、10年、20年と私がかかわった患者さんに胃がんを見つけ、手術が必要となれば、外科の先生にそのままお願いするのではなくて、やはり、「自分で」説明をしたいと思えます。患者さん側も、私を主治医として考えている場合、まず、私に病状について相談したいかもしれません。また、「私が説明すれば、手術を決意してくれるかもしれない」と思えます。もちろん、細かい手術内容については、子細な説明はできませんが、「手術の概要を話し、それが推奨する治療法である」という話は私でもできます。また、外科医に併診で診てもらっている間も、外科医に治療内容を聞きながら、ともに関心を持ち、手術後は、患者さんがかかってくくださるなら、私のところで診療を続けたいと思えます。

#### (4) 在宅医療とはいかなるものか

また、外来で患者さんを10年、20年と診ていると、その患者さんのご家族から「先生、うちのおばあちゃんが、だんだん足腰が立たなくなって、先生のところへ診察に来るのが大変になりましたが、他の先生ではいやだというので、先生にどうしても診てもらいたい。月に1回でもいいから自宅に往診してもらえませんか。」と言われる、という経験は多くの医師がすると思えます。つまり、「外来を真剣にやると、どうしても在宅医療をせざるを得なくなる」と思えます。

一方、在宅医療を真剣に行っていると、在宅医療の患者さんのご家族やご遺族が外来を訪れて診療を求めてくださることは、珍しくありません。つまり、在宅医療をやっていると、芋づる式に、外来患者さんが発生してくるわけです。この意味で、在宅医療と外来医療は相補性があります。そして、私どもは、「どこでも、患者さんが望むところ」で診る様にしたいと考えています。例えば、入院されたら、病院にその患者さんを診に行ったり、また、外来に来られるうちは外来で診て、足腰が立たなくなれば在宅医療で診ていく、というように、患者さんの病状や活動性に応じて、様々なフィールドで患者さんに関わるような医療を実施したいと考えています。

在宅医療に関して一言申し上げますと、よく、「看取り可能な在宅医療の推進」といわれますが、この言葉には抵抗感があります。「看取り先にありき」ではなく、「医療の信頼関係が先にある」と思えます。主治医を長く務めた結果、その信頼蓄積を基盤として、「最期の脈を先生に取ってもらいたい」というご依頼を頂ける、と考えています。

#### (5) 病院の在宅医療と診療所の在宅医療

次に、「在宅医療と主治医性」の話をしていきます。「在宅医療は診療所でやるのがいい」と言う先生がおられます。診療所というのはスタッフが数人とか10人程度ですので、患者さん、ご家族が電話を掛けられても、自分が顔見知りの人が電話に出るわけです。また、具合が悪いときに臨時で往診に来る医師、看護師もだいたい顔見知りで、患者さんからは、非常に安

心感があります。この観点から、「診療所が在宅医療を担うべき」との考えがあります。

一方、病院で在宅医療にこだわっている有名なところに、佐久総合病院があります。この病院では、在宅医療で診る先生が、具合が悪くなって患者さんが入院しても、病棟医と連携して治療に参加します。また、退院後もその先生が診るシステムです。継続性の安心感があり、患者さんから見ると、非常に安心感のある医療だと思います。

つまり、「診療所の在宅医療が良い」という医師は、診療所というインフラをうまく使って、「主治医性」をしっかり実践している医師だと思います。「病院が良い」という意見をいう医師は、病院というインフラを使って、「主治医性」をしっかり実践している医師です。いずれにしても、「主治医性の実現」が本質であり、それが良好に発揮される時、患者さんにとって安心できる医療が提供されると考えています。

#### (6) 意思決定支援とは何か

私はテレビで医師が主演のような番組があまり好きではありません。というのは、医師は、しょせんは患者さんの人生にとって、脇役以下の存在だからです。そもそも、医師という職業は対人援助職です。つまり、「人助け」が仕事です。どう考えても、「主演」は患者さんです。医師は脇役ですらありません。脇役はご家族や友人たちであろうと思います。医師は舞台裏、あるいは、舞台下スタッフです。その意味では、人生という舞台において、医師は舞台裏で、「主演が人生を行ききれる」ように支援すると考えています。

私は、患者さんの人生の様々な局面において、重い病気や重い疾患を得た時、その意思決定を支援することが主治医の重要な仕事だと考えています。その意思決定支援とは、患者との信頼蓄積を基盤に行われるものです。

例えば、治癒にいたる強力な治療を行うかどうか、療養場所をどこにするとか、がんに対する治療から緩和ケアへの移行、とか、経管栄養などの延命治療を行うかどうか、とかです。ひとつひとつは、患者や家族にとってせめぎあいと重い心理的負担を伴う事柄に関する対話です。実は、そのひとが本当にのぞんでいること、それを本人や家族すら認識していないこともあるのですが、信頼蓄積を基盤とし、くり返しの対話を通して、患者さんや家族が、本当の望みを自分でもわかり、それを実現することの道筋がみえるようになり、それをたどることができる、その手助けすることが意思決定支援です。これは主治医の重要な仕事だと私は考えています。

いま、医療や介護は、「決める」というドグマに支配されています。「その場の話し合いで方針をきめることができる」という幻想に支配されています。もちろん、緊急のときに決断しなくてはならないことはありますが、人生の本質的な事柄にかかわることに関して、実は、多くの場合、本人や家族は決めることは簡単ではないのです。医師が長期経過を予測していれば、決められるまでの時間のゆとりがどれだけあるかも医師は知っているはずですが、患者や家族に本来の望みの輪郭が見えて決められる時がくるのを待ち、熟したときを見計らい、道筋が本人や家族に理解できたことを、対話を通して直観し、支援する能力が主治医に期待

されていると思います。

以上、主治医とは何かについて述べてきました。このような考え方で、私たちはこの研修プログラムを運営し、主治医を目指す若い先生方と一緒に勉強したいと思います。皆様のご参加をお待ちしています。

## 2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるか

総合診療専門研修においては、特に総合診療専門研修Ⅰの研修を重視しており、当プログラムでは、研修の初年度に総合診療専門研修Ⅰを置き、4年間のプログラム中、継続して月に数回の最初の研修先への one day back を行い、地域医療の継続性を学ぶことをプログラムの特徴とします。

総合診療専門研修Ⅱにおいては、地域医療における小規模病院の位置づけを学び、多様な疾患を経験して総合的な臨床能力を高めることが可能です。

モデルとなるプログラムは10. を参照してください。

実際の学びは、臨床現場での学習 (On-the-job training) を主としますが、その内容は大きく、外来医療、在宅医療、病棟医療、救急医療に分かれます。いずれも診療後の指導医との振り返り (レビュー) やケースカンファレンスを重視し、一人一人のケースから学びを積み重ねていきます。

また外来診療の教育方法としては、実際の診療場面を患者さんの了解を得てビデオ撮影させて頂き、後に診療の様子を指導医とともに振り返るビデオレビューも定期的に行います。

## 3. 専攻医の到達目標 (修得すべき知識・技能態度など)

習得すべき知識としては、総合診療専門医整備基準に則り (整備基準項目4参照)、4年間のプログラム修了時に、5つの専門領域が修得されることが目標となります。

## 4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

当プログラムでは、総合診療専門研修においては、日々の診療のレビューを重視していません。

- ① 病歴と身体所見から考え得る診断についての適切な臨床推論
- ② ありふれた疾患の診断、治療の標準的マネジメント
- ③ 他科への適切なタイミングでのコンサルテーション
- ④ 医療面のみならず、家族志向、地域志向といった多軸的な要素に配慮

これらが適切にできるように、指導医との診療の振り返りを日々レビューとして行います。また、週に一度のケースカンファレンスも行い、学びとなる症例について知識や考察を深めます。ケースカンファレンスの症例から、研修修了の要件たるポートフォリオ作成のケースを選択していくことになります。

## 5. 学問的姿勢について

専攻医に対しては、研修開始時に日本プライマリ・ケア連合学会への入会をすすめます。

当プログラムが重視している地域医療に関する研究テーマの設定と研究デザインの設定を初年度に行い、2年次には実際のデータ収集と分析、3-4年次に発表、を目指します。日本プライマリ・ケア連合学会が主催する臨床研究の手法についてのセミナー等での研修機会も積極的に提供します。質的研究への取り組みも積極的に支援します。

また、専攻医の希望により、指導医の所属する学会等での発表も奨励します。また、希望者には、国外(米国老年学会、米国在宅医療学会、その他海外講演、外国研修生対象の講演)での指導医と共同発表の機会を提供します。

学生や初期研修医に対する屋根瓦式教育も学問的姿勢として重視します。

## 6. 医師に必要なコアコンピテシー、倫理性、社会性などについて

総合診療専門研修においては、①人間中心の医療・ケア、②包括的統合アプローチ、③連携重視のマネジメント、④地域志向アプローチ、⑤公益に資する職業規範、⑥診療の場の多様性、の6つのコアコンピテンシーを獲得することを目指すとされています。

プログラム管理委員会にて専攻医の各コンピテンシーの到達度について、定期的に評価を行い、本人にフィードバックを行います。研修修了時にはいずれもが十分達せられていることを目指します。

## 7. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方

プログラムを構成する医療機関は都市部あるいは山間部の診療所、中小規模病院、三次医療を担う大規模の病院とそれぞれであり、また地域背景も都市部や地方など様々な設定であり、地域医療の多様性を学ぶチャンスととらえています。

どのような設定であっても柔軟に対応できる総合医を養成することを目標としています。一方で、地域性は違っても、「あくまでも患者と地域のニーズにこたえる」という本質は変わらないことを学べると考えます。

## 8. 研修プログラムの施設群

母体団体は全国に会員医療機関を有していますが、本年度の当プログラムは関東甲信越地域を中心に、総合診療領域の診療に従事し、「主治医」たる診療を実践している指導医がいる医療機関をネットワーク化しました。それぞれの医療機関の特徴等は、11.をご参照ください。

## 9. 専攻医の受け入れ数について

当プログラムでは、一年あたりの専攻医受入れ数は2名と設定しています。

当プログラムの指導医数やプログラムの構成(履修科目の順序)に拘らなければ、より多い専攻医の受け入れは可能ですが、初年度の診療所研修を重視していることによります。

それ以上の応募数があった際には、面接等により選考を行います。

#### 10. 施設群における専門研修コースについて

基本となるプログラムを下の図に示します。

		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	施設名	いらはら診療所											
	領域	総診Ⅰ											
2年目	施設名	佐久総合病院 佐久医療センター											
	領域	内科						救急			小児科		
3年目	施設名	諏訪中央病院						佐久総合病院 小海分院					
	領域	内科						総診Ⅱ					
4年目	施設名	浦佐診療所											
	領域	総診Ⅰ(医療資源の乏しい地域での研修)											

#### 11. 研修施設の概要

##### ①いらはら診療所【専門研修基幹施設・総合診療専門研修Ⅰ】

住所：〒270-0021 千葉県松戸市小金原 4-3-2

電話：047-347-2231

紹介：松戸市の地域を支える有床診療所で、研修医のホームとなる施設です。外来診療、在宅医療を中心にしながら、最近では新型コロナウイルス対応にも力を入れています。

プログラム委員長の和田忠志医師のサポートのもと、密度の濃い研修が可能です。

##### ②佐久総合病院小海分院【専門研修連携施設・総合診療専門研修Ⅱ】

住所：〒384-1103 長野県南佐久郡大字豊里 78

電話：0267-92-2077

紹介：地域医療の先端を行く佐久総合病院グループの診療所です。地域医療を目指す研修医



が多く集まる研修病院であり、多くの若手医師との交流も可能です。副院長の由井和也先生が指導にあたります。

③佐久総合病院佐久医療センター【専門研修連携施設・内科・小児科・救急科研修】

住所：〒385-0051 長野県佐久市中込 3400 番地 28

電話：0267-62-8181

紹介：日本の地域医療を牽引してきた佐久総合病院が、専門医療と救急・急性期医療に特化した病院を平成 26 年に新たに開院しました。経験豊富な指導医のもと、各科専門医療研修を行います。

④諏訪中央病院【専門研修連携施設・内科】

住所：〒391-8503 長野県茅野市玉川 4300 番

電話：0266-72-1000

紹介：地域の三次医療、救急医療を担う病院であり、幅広い症例の経験を積むことができます。

⑤浦佐診療所【専門研修連携施設・総合診療専門研修 I (医療資源の乏しい地域)】

住所：〒391-8503 新潟県南魚沼市浦佐 5263-1

電話：025-777-5222

紹介：地域に根差した医療を行い、様々な公益的地域活動を行う診療所です。院長の黒岩巖志先生が指導します。

⑥はちのへファミリークリニック【専門研修連携施設・総合診療専門研修 I】

住所：〒031-0072 青森県八戸市城下 4 丁目 11-11

電話：0178-72-3000

紹介：地域に根差した医療を行い、様々な公益的地域活動を行う診療所です。院長の小倉和也先生が指導します。

## 1 2. 専門研修の評価について

専門研修の評価については、形成的評価と総括的评价をそれぞれ系統だてて行います。

研修手帳の記録を重視して、各研修施設の指導医の定期的な評価を行い、4 年間のプログラムで修了を目指します。

また 360° 評価により、よき地域医療医として成長できるよう多職種からの評価も行います。

## 1 3. 専攻医の就業環境について

専攻医の就業環境は、プログラム統括責任者が最終責任を持ちますが、各研修施設の指導責任者との連携により、問題があれば解決が図られるように絶えず努力します。また、副プログラム統括責任者の大西康史先生が、研修全体を通して専攻医をサポートします。

#### 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

プログラム管理委員会を定期的で開催し、プログラムの質の改善に向けて検討を行います。その際は実際の専攻医からの意見も重視します。

また日本専門医機構からのサイトビジットの受け入れにより、プログラムの改善点の指摘があれば、プログラム管理委員会で検討を行います。

また、他のプログラムとの交流としてのサイトビジットも積極的に行い、他のプログラムから学ぶべき点があれば、柔軟かつ積極的に導入を行っていきます。

#### 15. 修了判定について

4年間のプログラムを修了するにあたり、知識、技能、態度において、その到達度が修了に相応しいかどうか、プログラム管理委員会において検討し、プログラム統括責任者の責任において修了判定を行います。

プログラム修了判定は、総合診療専門医試験受験資格を満たしていることも前提とするもので、修了者は原則的に総合診療専門医試験を受験するものとします。

#### 16. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと

専攻医は総合診療専門医試験の受験を前提として、研修手帳を常に自らの研修に携え、ポートフォリオの作成などを自発的に行うことが望まれます。

当然、プログラム統括責任者や各連携施設の指導医はプログラム修了に向けて、専攻医のサポートを継続して行います。

#### 17. Subspecialty 領域との連続性について

研修を修了し、総合診療専門医の資格を得た後、どのようなキャリアを積んでいくか、研修期間内からともに検討します。

当プログラムの基本理念である「主治医」たる医師となるには、総合診療専門医となった後もたゆみない努力を要すると考えています。

#### 18. 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

(1) プログラム整備基準において、専攻医が次の1つに該当するときは（病気の療養、産前・産後休業、育児休業、介護休業、その他やむを得ない理由）、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、4年の研修期間のうち通算120日（平日換算）とします。

(2) 専攻医は原則として1つの専門研修プログラムで一貫した研修を受けなければなりません。ただし、整備基準においては、次の1つに該当するときは（所属プログラムが廃止または認定を取消されたとき、専攻医にやむを得ない理由があるとき）、専門研修プログ

ラムを移籍することが可能であり、その場合、プログラム統括責任者間の協議だけでなく、日本専門医機構・領域研修委員会への相談等が必要となります。仮にこのような場合となった場合、専攻医に不利益がないよう、責任を持って対応します。

(3) 大学院進学などで、専攻医が研修を中断する場合は専門研修中断証を発行します。再開の場合は再開届を提出することで対応します。

(4) 妊娠、出産後など短時間雇用の形態での研修が必要な場合は研修期間を延長する必要がありますので、研修延長申請書を提出することで対応します。

#### 19. 専門研修プログラム管理委員会

基幹施設であるいらはら診療所には、専門研修プログラム管理委員会（以下、委員会）と、専門研修プログラム統括責任者（以下、統括責任者）を置きます。

委員会は、統括責任者、副統括責任者、各専門研修連携施設の研修指導責任者、プログラム運営事務局にて構成され、プログラム改善に向けた検討や、研修中の専攻医の研修状況等について報告や検討を行います。

#### 20. 専門研修指導医

専門研修指導医は基幹施設であるいらはら診療所に1名、総合診療専門研修Ⅱの連携施設である佐久総合病院小海診療所に2名、専門研修連携施設の佐久総合病院佐久医療センターに2名、専門研修連携施設の諏訪中央病院に1名、総合診療専門研修Ⅰの連携施設である浦佐診療所に1名、その他に副統括責任者1名が在籍しています。

いずれも日本プライマリ・ケア連合学会認定医、指導医を取得しており、長年の地域医療の実践から、本プログラムの指導医に相応しい人材と考えています。

#### 21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

研修記録は基本的に研修手帳にその総括的な内容を記載し、プログラム統括責任者や各連携施設指導医は研修修了に向けた到達度について、定期的に研修手帳に基づいて評価を行います。プログラム運用マニュアルは、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。

#### 22. 専攻医の採用

本プログラムにおいては、毎年6月から次年度の総合診療専攻医を募集します。プログラムへの応募者は、「地域医療・地域共生総合診療研修プログラム」ホームページ内に案内された本プログラムの事務局に、電子メールでご連絡ください。申請に必要な書類等について、事務局よりご連絡します。

プログラム申請は12月末までとしますが、専攻医が2名に満たない場合は、それ以降の申し込みも可能とします。

1月中に書類選考と面接を実施し、採否を決定してご連絡します。

地域医療・地域共生総合診療研修プログラム  
連絡先 いらはら診療所 担当 小野、浅沼  
〒270-0021 千葉県松戸市小金原 4-3-2  
TEL 047-347-2231 FAX 047-347-2551