

慈愛会総合診療専門研修プログラム（2022年7月）

目次

1. 慈愛会総合診療専門研修プログラムについて
2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか
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ンシー、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. 総合診療専門研修指導医
21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について
22. 専攻医の採用

1. 慈愛会総合診療専門研修プログラムについて

現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えています。今後の日本社会の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行う医師が必要となることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価するため、新たな基本診療領域の専門医として総合診療専門医が位置づけられました。その第一の目的は、総合診療専門医の質の向上を図り、国民の健康・福祉に貢献することとしています。

こうした制度の理念に則って、慈愛会総合診療専門研修プログラム(以下、本研修PG)は 病院、診療所などで活躍する、高い診断・治療能力を持つ総合診療専門医を養成するため、ER 型救急や急性期専門各科を有する地域拠点病院のなかで、専門各科と協働し全人的医療を展開しつつ、自らのキャリアパスの形成や地域医療に携わる実力を身につけていくことを目的として創設されました。当プログラムの研修の場としては、鹿児島県本土および離島にあるいくつかの医療介護施設を選定しており、その地域に居住している住民、各種団体、ボランティアや当院の全職員の理解と協力のもとで研修可能な環境を整えています。

専攻医は、日常遭遇する疾病と傷害等に対して適切な初期対応と、必要に応じた継続的診療を全人的に提供するとともに、地域のニーズを踏まえた、疾病の予防・介護・看取りなど、保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、自己研鑽を重ねながら地域住民の、命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応できる総合診療専門医として、以下の機能を果たすことを目指します。

- 1) 地域を支える診療所や病院においては、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他の職種等と連携して、地域の保健・医療・介護・福祉の分野においてリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス(在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア等を含む)を包括的かつ柔軟に提供する。
- 2) 総合診療部門を有する病院においては、臓器別でない病棟診療(高齢入院患者や、心理・社会・倫理的な問題および、複数の健康問題を抱える患者の包括的マネ

ージメント、癌・非癌患者の緩和ケアなど)と、臓器別でない外来診療(救急や、複数にわたる健康問題をかかえる患者の包括的マネジメント)を行う。

本研修 PG においては、指導医が皆さんの教育・指導にあたりますが、皆さんも主体的に学ぶ姿勢をもつことが大切です。総合診療専門医は、医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、プライマリ・ケアの専門的知識、技能を備えた「総合診療医」としての専門性を自覚しながら、日々の診療にあたりると同時に、仕事と自身の生活のバランスを保ちながら自己研鑽に励み、日本の医療や総合診療領域の発展に寄与できるよう、教育や学術活動に積極的に携わることを求められています。本研修 PG での研修後は、標準的医療を安全にかつ適切に提供し、地域住民の疾病予防に努めることを通じて地域医療の発展に貢献できる総合診療専門医として活躍することを期待されています。

本研修 PG では、1 総合診療専門研修 I (外来診療・在宅医療中心)、2 総合診療専門研修 II (病棟診療、救急診療中心)、3 内科、4 小児科、5 救急科の 5 つの必須診療科と、総合診療医として経験習得が望ましい複数の選択診療科での研修を織り交ぜてトータルで3年間の研修を行います。そして、総合診療専門医に欠かせない以下の7つの資質・能力の効果的な修得が可能になります。

- 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

本研修 PG は、専門研修基幹施設(以下、基幹施設)と複数の専門研修連携施設(以下、連携施設) の施設群で研修の場を構成することにより、それぞれの施設の特色を生かして、総合診療医にとって必須の知識・技能を、幅広くかつバランスよく身につけられるようなカリキュラムとなっています。

2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか

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

➤ 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できること」を目標とします。主たる研修の場は**内科研修**となります。

➤ 2年次修了時には、診断や治療の課程も標準的で、患者を取り巻く背景も安定している比較的単純な健康問題に対して的確な管理を行えることを目標とします。主たる研修の場は**総合診療研修Ⅱ**となります。

➤ 3年次修了時には、多疾患を合併しており診断や治療課程が複雑な事例や、患者を取り巻く背景の疾患に及ぼす影響も考慮すべき事例なども適切に管理でき、かつ1年次、2年次専攻医あるいは初期研修医や医学生、医療介護スタッフを教育、監督し、また現場においてリーダーシップを発揮できることを目標とします。主たる研修の場は**総合診療研修Ⅰ**となります。

➤総合診療専門医は、日常遭遇する疾病と傷害等に対する適切な初期対応と必要に応じた継続的診療を提供するだけでなく、地域のニーズを踏まえた疾病予防・介護・看とりなど保健・医療・介護・福祉活動にも積極的に取り組むことが期待されていますので、18ヶ月以上の総合診療専門研修Ⅰ及びⅡにおいては、地域ケアについてできるだけ多く学び、経験できるように配慮します。

➤ 3年間の研修修了の判定要件は、以下の3つです。

- 1) 定められたローテート研修を全て履修している事
- 2) 専攻医自身による自己評価と省察の記録、そして経験省察研修録(ポートフォリオ: 経験と省察の課程の記録)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
- 3) 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること。

様々な研修の場において、定められた到達目標と経験目標を常に意識しながら、同じ症候や疾患、検査・治療手技を反復して経験することを通じて徐々にその質を高め、最終的に自らの判断で適切に対応、実施できることを目指します。

2) 専門研修における学び方

専攻医の研修は、①臨床現場での学習 ②臨床現場を離れた学習 ③自己学習の3つに分かれます。それぞれの学び方に習熟し、生涯に渡る継続的な学習が求められます。

1. 臨床現場での学習

職務を通じた学習(On-the-job training)を基盤とし、診療経験から生じる疑問に対して、EBMの方法論に則って文献等を通じた知識の収集し批判的吟味を行うプロセスと、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら、経験そのものを省察して能力向上を図るプロセスの2つを両輪とします。その際、学習履歴の記録と自己省察の記録として、ポートフォリオ(経験と省察の課程をファイリングした研修記録)の作成を、全研修課程において実施します。研修の場に応じた教育方略は下記の通りです。

(ア) 外来医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。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)、更には、年に1-2回ほど、専攻医の診療場面をビデオ等で直接観察し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や症

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して、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た指導を提供します。

(イ) 在宅医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。初期は経験豊富な指導医の診療に同行して診療の枠組みを理解し、段階的に独立して訪問診療を提供し経験をつみます。その他、外来医療と同様に症例カンファレンスを通して在宅医療についての学びを深め、多職種と連携して行われる在宅医療に特徴的な他職種カンファレンスへも積極的に参加し、連携の方法を学びます。

(ウ) 病棟医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。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る回診、および多職種による病棟カンファレンスへの参加を通して、診断・検査・治療・退院支援・地域連携に関する理解を深めます。指導医による診療録レビューや手技の学習法は外来と同様です。

(エ) 救急医療

経験目標を参考に救急外来や救命救急室等で幅広い経験症例を確保します。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、シミュレーションや直接観察指導などの技能領域の教育方略を用い、指導医と共に、あるいは直接観察による指導の下で、実際の手技や処置経験を積みます。

(オ) 地域ケア

地域医師会の活動を通じての地域医療に従事する先生方との交流により、地域包括ケアへ積極的に参画し、自らの診療を支えるネットワーク形成を図り日々の診療の基盤とします。さらに産業保健活動、学校保健活動等も学び、その活動へも参画します。それらの経験を指導医と共に振り返り、その意義や役割について学びます。

2 臨床現場を離れた学習

- ・ 総合診療の様々な理論やモデル、組織運営マネジメント、総合診療領域の研究と教育については、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ます。
- ・ 医療倫理、医療安全、感染対策、保健活動、地域医療活動等については、日本医師会の生涯教育制度や関連する学会の学術集会等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、また診療上の意見交換等を通じて人格を陶冶する場として活用します。

3 自己学習

研修カリキュラムにおける経験目標は原則的に自プログラムでの経験を必要としますが、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、日本医師会生涯教育制度及び関連学会における e-learning 教材、医療専門雑誌、各学会が作成するガイドライン等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

最先端の医学・医療を理解し、科学的思考法を体得することは、医師としての幅を広げるためにも重要です。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)を研修期間中に行うこととします。本研修 PG では、臨床研究に携わる機会も提供する予定です。また研究発表についても経験豊富な指導医からの支援の機会を提供します。

4) 研修の週間計画および年間計画 (参考例:最終予定表は、個々の専攻医毎にローテーション先に違いがあるため、個別に研修開始までに配布します)

基幹施設 (今村総合病院)

救急・総合内科(総合診療専門研修Ⅱ) 例(土曜日半日、日曜日休日の場合)
2年目、3年目ローテーションでは、外来枠増加を考慮(一般外来、救急外来)

	月	火	水	木	金	土	日
7:30-8:00 臨床推論カンファレンス	●	●	●	●	●		
8:00-8:30 勉強会	●	●	●	●	●	●	
8:45-9:00 当直引き継ぎ	●	●	●	●	●	●	
9:00-13:00 病棟業務	●		●			●	
9:00-13:00 救急外来		●		●	●		
10:30-12:30 指導医回診	●		●				
14:00-17:00 救急外来	●						
14:00-16:30 外来診療				●			
16:30-17:30 チャートレビュー				●			
14:00-17:00 病棟業務		●	●		●		
17:00 患者申し送り	●	●	●	●	●		
17:00-翌8:30 救急外来・当直					●		

内科（例） 土曜日半日、日曜日休みの場合。他に消化器内科、糖尿病内科、腎臓内科、循環器内科など、ローテーションの科によってスケジュールの詳細は異なる。

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-12:30 午前検査	●		●		●	●	
13:30-16:30 午後検査		●		●			
8:30-12:30 午前外来				●			
8:30-12:30 病棟業務		●			●		
13:30-16:30 病棟業務			●				
14:00-15:30 症例カンファレンス			●				
16:00-17:00 勉強会				●			

小児科（鹿児島こども病院）

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-8:30 朝礼・病棟回診	●	●	●		●	●	
8:30-12:00 外来・処置	●	●	●		●	●	
13:00-14:00 指導医回診	●		●		●		
14:00-15:00 症例カンファレンス					●		
15:00-18:00 外来・処置	●				●		
18:00-患者申し送り	●	●	●		●	●	
18:00-救急外来・病棟業務			●			●	

救急科（鹿児島市立病院救命救急センター）

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-8:30	前日救急外来活動の申し送り・救急入院症例の要トリアージ症例検討 ICU/救急病棟空床状況確認					前日救急外来活動の申し送り ICU/救急病棟空床状況確認	
9:00-10:30	救急科新入院症例検討 入院症例検討						
11:00-16:30	診療（救急外来、手術室、カテ室、集中治療室、救急病棟、一般病棟） 研修医症例発表会／医局会／合同カンファ抄読会						
17:00-17:30	午後回診／日勤帯入院患者の申し送り					日勤帯患者の申し送り	

救急科（鹿児島市立病院 ドクターヘリ（DH）・ドクターカー（DC））

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-8:30	DH/DC の準備とブリーフィング						
9:00-16:30	DH/DC 活動 救急外来診療支援						
17:00-日没	DH/DC 記録作成 事後ブリーフィング						

連携施設 (かごしまオハナクリニック) 総合診療専門研修 I

	月	火	水	木	金	土
8:20-8:30 スタッフミーティング	●	●	●	●	●	●
9:00-12:00: 訪問診療	●	●	●	●	●	
12:00-12:30 昼食 ミニレク		●			●	
13:30-16:30 訪問診療	●	●		●	●	
17:00-17:30 申し送り、振り返り	●	●	●	●	●	

本研修 PG に関連した全体行事の年度スケジュール

JF1:1 年次専攻医、JF2:2 年次専攻医、JF3:3 年次専攻医 (JF: Jiaikai Fellow)

月	全体行事予定
4 月	JF1: 研修開始。専攻医および指導医に提出用資料配布 JF2・JF3・研修修了予定者: 前年度分の研修記録手帳を月末まで提出 指導医・PG 統括責任者:前年度の指導実績報告の提出
5 月	第 1 回研修管理委員会: 研修実施状況評価、修了判定
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(発表)

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・ケア連合学会ブロック支部地方会演題公募
9月	第2回研修管理委員会:研修実施状況評価・公募締切(9月末)
10月	日本プライマリ・ケア連合学会ブロック支部地方会参加(発表) JF1、JF2、JF3:研修手帳の記載整理(中間報告) 次年度専攻医採用審査(書類及び面接)
11月	JF1、JF2、JF3:研修手帳の提出(中間報告)
12月	第3回研修PG管理委員会:研修実施状況評価、採用予定者の承認
1月	ブロック支部ポートフォリオ発表会
2月	
3月	その年度の研修終了 JF1、JF2、JF3:研修手帳の作成(年次報告)(書類は翌月に提出) JF1、JF2、JF3:研修PG評価報告の作成(書類は翌月に提出) 指導医・PG統括責任者:指導実績報告の作成(書類は翌月に提出)

3. 専攻医の到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)

1) 専門知

識

総合診療の専門知識は以下の6領域で構成されます。

1. 地域住民が抱える健康問題には、生物医学的問題だけでなく、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・文化などのコンテキスト(※)が関与していることを理解し、家族志向で(患者、家族の人生に寄り添う姿勢をもって)、コミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。

(※コンテキスト:患者を取り巻く背景・脈絡を意味する。家族・家計・教育・職業・余暇・社会サポートのような身近なものから、地域社会、文化、経済情勢、医療体制、社会的、歴史的経緯など幅広い概念まで含む)

2. 総合診療の現場では、疾患の初期の多様な訴えに対する適切な臨床推論に基づく診断・治療、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対応、更には健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的アプローチが求められる。それらは断片的に提供されるわけではなく、地域に存在する医療機関として、診療を継続性に行う中で医師・患者の信頼関係を構築し、一貫性をもって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切れ目ない連携も不可欠である。更に、所属する医療機関内での連携のとれた良好な運営体制は質の高い診療の基盤となるため、継続的に行う必要がある。
 4. 地域包括ケア推進の担い手として積極的な役割を果たしつつ、医療機関を受診していない方も含む全住民を対象とした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と同時に、地域のニーズに応じた優先度の高い健康関連問題を把握し、その問題の改善に体系的にアプローチすること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・在宅と多様なことを踏まえて、習得した能力を場に応じて柔軟に適用することが求められ、各現場に応じた多様な対応能力が求められる。
 6. 繰り返し必要となる知識を身につけ、臨床疫学的知見を基盤としながらも、常に重大ないし緊急な病態を優先し、推論を実践する。
- 2) 専門技能(診察、検査、診断、処置、手術など)
- 以下の5領域で構成されます。
1. 外来・救急・病棟・在宅など多様な総合診療の現場で遭遇する一般的な症候・疾患の診断、治療に必要な情報収集・解釈力、身体診察・検査・治療手技
 2. 患者との円滑な対話と医師・患者の信頼関係を土台として、患者中心の医療面接を行い、複雑な家族や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法
 3. 医療情報の継続性を保ち、自己省察や学術的利用を行えるよう、過不足なく適切に診療記録へ記載し、他の医療・介護・福祉関連施設に紹介する際には、患者の診療情報を適切に診療情報提供書へ記載し速やかに情報提供できる能力

4. 生涯学習のために、情報技術(information technology; IT)を適切に用い、地域のニーズに応じた技能の修練を行い、人的ネットワークを構築できる能力
5. 診療所・中小病院において医療機器や人材の管理ができ、スタッフとの協働の中で適切なリーダーシップを発揮し、チーム力を最大限に引き出すことのできる能力

3) 経験すべき疾患・病態

以下の経験目標については、一律に症例数で規定しているわけではなく、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) 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・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・発熱・認知機能障害
言語障害・けいれん発作・鼻漏・鼻閉 鼻出血・咳、痰、咽頭痛・吐下血・嘔気、嘔吐
肛門・会陰部痛・熱傷・腰痛・関節痛・排尿障害(尿失禁・排尿困難)・気分の障害(うつ)
・女性特有の訴えや症状・成長、発達障害・リンパ節腫脹・発疹・黄疸・頭痛・めまい
・失神・視力、視野狭窄・目の充血・聴力障害・耳痛・嘔声・胸痛・動悸・誤嚥
誤飲・嚥下困難・胸やけ・腹痛・便通異常・外傷・褥瘡・背部痛・歩行障害・四肢のしびれ
・肉眼的血尿・乏尿・尿閉・多尿・不安・妊婦の訴えや症状

2. 以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じ他の専門医・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・一次性頭痛・湿疹/皮膚炎群・骨折・関節/靭帯の損傷および障害
・骨粗鬆症・脊柱障害・動脈疾患・静脈/リンパ管疾患・閉塞性/拘束性肺疾患
・食道/胃/十二指腸疾患・脳/脊髄外傷・変性疾患・脳炎/脊髄炎・湿疹/皮膚炎群
・蕁麻疹・薬疹・皮膚感染症・心不全・狭心症・心筋梗塞・不整脈・高血圧症・呼吸不全
・呼吸器感染症・異常呼吸・胸膜・縦隔・横隔膜疾患・小腸/大腸疾患・胆嚢/胆

管疾患・肝疾患・腎不全・全身疾患による腎障害・膵臓疾患・腹壁/腹膜疾患・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・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・身体表現性障害・適応障害・不眠症・ウイルス感染症・細菌感染症・アナフィラキシー・熱傷・小児虐待の評価・高齢者総合機能評価・緩和ケア・膠原病とその合併症・中毒・小児ウイルス感染・小児細菌感染症・小児喘息・老年症候群・維持治療期の悪性腫瘍・男性生殖器疾患・甲状腺疾患・糖代謝異常

※ 詳細は「研修目標及び研修の場」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、疾患への評価や治療に必要な身体診察、検査は以下のとおりである。なお、下記の経験目標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。（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 採血法(静脈血・動脈血)、簡易機器による血液検査・血糖測定・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、中心静脈確保)
- 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、膿、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、視力検査表による視力評価
- 11 頭・頸・胸部単純 CT、腹部単純・造影 CT

※ 詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

5) 経験すべき手術・処置等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価・治療に必要な治療手技を経験する。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。(研修手帳参照)

(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 調剤薬局との連携を図れる。
- 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・簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギプス法
トリガーポイント注射・静脈ルート確保および輸液管理(IVH を含む)・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、褥瘡に対する被覆治療・デ

ブリードマン・在宅酸素療法の導入と管理・人工呼吸器の導入と管理・輸血法(血液型・交差適合試験の判定を含む)・各種ブロック注射(仙骨硬膜外ブロック・正中神経ブロック等) 小手術(局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法滅菌・消毒法)・包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法・穿刺法(胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等)・鼻出血の一時的止血・耳垢除去・外耳道異物除去・咽喉頭異物除去(間接喉頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用)・睫毛抜去・止血縫合法及び閉鎖療法・局所麻酔(手指のブロック注射を含む)・関節注射(膝関節・肩関節等)・経鼻胃管及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

※ 詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

職務を通じた学習(On-the-job training)において、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら自らの経験を省察し能力向上を図る課程で、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それぞれ開催します。

(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、多職種との連携が不可欠の在宅医療における多職種カンファレンスで、連携方法を実践的に学びます。またコアレクチャーを通じて体系的に在宅医療に必須の基本知識を(制度なども含めて)習得します。

(ウ) 病棟医療

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るための回診、および多職種を含む病棟カンファレンスを通じて、診断・検査・治療・退院支援・地域連携のプロセスに関する理解を深めます。

5. 学問的姿勢について

専攻医には、以下の2つの学問的姿勢が求められます。

- 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ながら、生涯にわたり自己研鑽を積む習慣を身につける。
- 総合診療の発展に貢献するため、教育者あるいは研究者として啓発活動や学術活動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。

1. 教育

- 1) 学生・研修医に対して1対1の教育をおこなうことができる。
- 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(連携する多職種への教育)を提供することができる。

2. 研究

- 1) 日々の臨床の中から研究課題を見つけ出すという、プライマリ・ケアや地域医療における研究の意義を理解し、症例報告や臨床研究を様々な形で実践できる。
- 2) 量的研究(疫学研究など)、質的研究双方の方法と特長について理解し、批判的吟味でき、各種研究成果を自らの診療に活かすことができる。

この項目の詳細は、総合診療専門医 専門研修カリキュラムに記載されています。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. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて

総合診療専攻医は以下4項目の実践を目指して研修をおこないます。

1. 医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、総合診療医としての専門性を自覚しながら日々の診療にあたることができる。
2. 安全管理(医療事故、感染症、廃棄物、放射線など)を行うことができる。
3. 地域の現状から見出される優先度の高い健康関連問題を把握し、その解決に対して各種会議への参加や住民組織との協働、あるいは地域ニーズに応じた自らの診療の継続や変容を通じて貢献できる。
4. へき地・離島、被災地、都市部で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・ケアを提供できる。

7. 施設群による研修 PG および地域医療についての考え方

本研修 PG では今村総合病院を基幹施設とし、地域の連携施設とともに施設群を構成しています。専攻医はこれらの施設群のローテーションにより、多彩で偏りのない充実した研修を行うことが可能となります。ローテーション群は下記のような基本構成となっています。

(1) 総合診療専門研修は、診療所・中小病院における総合診療専門研修 I と病院総合診療部門における総合診療専門研修 II で構成されます。当 PG では、**今村総合病院救急・総合内科において総合診療専門研修 II で 6-12 ヶ月、かごしまオハナクリニック、または他の総合診療専門研修 I 施設で 6-12 ヶ月、合計で 18 ヶ月間の研修**を行います。

(2) 必須領域別研修として、**いづろ今村病院または今村総合病院において内科 12 ヶ月、鹿児島こども病院で小児科 3 ヶ月、鹿児島市立病院救命救急センターで救急科 3 ヶ月研修**を行います。

(3) その他の領域別研修として以下の施設で選択研修が可能です。専攻医の希望を踏まえて決定します。

整形外科：松岡救急クリニック

産婦人科：今村総合病院

眼科：いづろ今村病院

精神科：谷山病院

皮膚科：今村総合病院

泌尿器科：いづろ今村病院、今村総合病院

緩和ケア：いづろ今村病院

老健施設：愛と結の街

施設群における研修の順序、時期、期間などについては、個々の専攻医の意向を踏まえながら、研修進捗状況、各施設の受け入れ状況など総合的に勘案して、本研修 PG 管理委員会が決定します。

8. 専門研修 PG の施設群について

本研修プログラムは、基幹施設 1、連携施設 12（今後追加、変更の可能性はあります）の合計 13 施設の施設群で構成されます。研修施設は、全て鹿児島県内の二次医療圏に位置しています。（鹿児島・南薩・肝属・奄美）各施設の診療実績や医師の配属状況については「研修施設の概要」を参照して下さい。

専門研修基幹施設

今村総合病院 救急・総合内科が専門研修基幹施設となります。今村総合病院は各種専門診療を提供できる急性期病院で、総合診療専門研修指導医が常勤しており、救急・総合内科が初期診療を担当します。

専門研修連携施設

本研修 PG の施設群を構成する専門研修連携施設は以下の通りです。全て、診療実績基準と所定の施設基準を満たしています。

- **鹿児島こども病院**（小児科研修施設：鹿児島医療圏にある小児科専門病院である。外来、入院、救急対応しており、小児科専門医が 3 名常勤している。小児科研修で入院患者管理を当施設で行う）
- **鹿児島市立病院救命救急センター**（救急科研修施設：鹿児島医療圏にあり、救急科専門医が常勤している。幅広く救急疾患に対応し、外傷も含め 2 次、3 次の重症救急患者を数多く受け入れている）
- **松岡救急クリニック**（南薩医療圏にある 24 時間 365 日対応の救急クリニックである。内科、外科領域の救急にも対応し、禁煙予防、漢方外来などの一般外来も

行い地域に根ざした医療を行っている。特に整形外傷に関しては手術数も豊富であるため、整形外科、創処置などのプライマリケア経験を多く積むことができる)

- **いづろ今村病院**（内科研修施設：鹿児島医療圏にある病院で今村総合病院と同じ慈愛会グループの総合病院である。在宅患者のバックベッドとしての在宅療養支援病院の役割も担っている。糖尿病内科専門医、血液内科専門医、消化器内科専門医、呼吸器科専門医など内科系専門医が多く存在する。その他に泌尿器科、眼科、緩和ケアなどの領域別研修も当院で行うことができる)
- **谷山病院**（領域別 精神科：慈愛会グループに属する精神科専門病院で外来、病棟診療を行っている。精神科専門医の常勤医が複数存在し認知症、精神科疾患のほとんどの診療経験を積むことができる)
- **介護老人保健施設 愛と結の街**（領域別：介護・福祉：慈愛会グループの1つで、急性期治療の後、在宅復帰を目標にリハビリを行う患者さんや慢性疾患で介護度の高い患者さんなどの健康管理、介護認定、サービス内容につき知識を深め、ケアカンファレンスへの参加などを経験することができる。)

9. 専攻医の受け入れ数について

各専門研修施設における年度毎の専攻医数の上限は、当該年度の総合診療専門研修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。3学年の総数は総合診療専門研修指導医×6です。本研修PG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、総合診療専門研修において、同時期に受け入れ可能な専攻医数は、指導を担当する総合診療専門研修指導医1名に対して3名までとします。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、良質な研修を保証するためのものです。

内科研修については、1人の内科指導医が同時に受け持つことができる専攻医は、原則として内科領域と総合診療を合わせて3名までとします。ただし、地域の事情やプログラム構築上の制約により、これを超える人数を指導する必要がある場合は、専攻医の受け持ちを1名分まで追加を許容し、4名まで認められます。

小児科領域と救急科領域を含むその他の診療科のローテート研修においては、各科の研修を行う総合診療専攻医については、各科の指導医の指導可能専攻医数(同時に最大3名まで)には含めません。しかし、総合診療専攻医が、各科専攻医と同時期にローテート研修を受ける場合には、臨床経験と指導の質を確保するため、適切に指導可能な人数になるよう、総合診療専門研修プログラムの統括責任者と各科指導医間で事前調整を行います。

現在、本プログラム内には総合診療専門研修指導医が基幹施設だけで2名在籍し、この基準に基づけば、毎年4名の専攻医の受入人数ですが、当プログラムでは、初年度は毎年3名を定員と定めています。

10. 施設群における専門研修コースについて

以下に本研修 PG の施設群による研修コース例を2つ示します。

(ローテーション例 1)

例1では、専攻医1年目は基幹施設である今村総合病院での総合診療専門研修Ⅱを12ヶ月連続して行い、2年目はいづろ今村病院または今村総合病院での内科研修、鹿児島こども病院で小児科研修、鹿児島市立病院で救急科研修、領域別必修研修、そして3年目は総合診療専門研修Ⅰであるナカノ在宅医療クリニック、他地域医療を行っているクリニックで計6ヶ月研修、残りの6ヶ月で整形外科・産婦人科・精神科・皮膚科・緩和ケア・老健施設等での研修を行う例です。

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
専攻医1年目	今村総合病院 救急・総合内科 12ヶ月 (総合診療専門研修Ⅱ必修)											
専攻医2年目	鹿児島こども病院 小児科研修		鹿児島市立病院 救命救急センター			いづろ今村病院または今村総合病院 内科研修 6ヶ月						
専攻医3年目	かごしまオハナクリニック (総合診療専門研修Ⅰ) 等で6ヶ月						領域別研修 (精神科・皮膚科・眼科・緩和ケア・整形外科・老健施設)					

(ローテーション例 2)

例2では、基幹施設である今村総合病院、救急・総合内科での研修が6ヶ月間、総合診療専門研修Ⅰで3年間のうちに計12ヶ月間、計18ヶ月のⅠまたはⅡ施設での必修要件を満たし、それ以外の必修である小児科、救急科研修をそれぞれ3ヶ月、内科で6ヶ月（今村総合病院、救急総合内科での研修とあわせて内科12ヶ月）、領域別研修6ヶ月を3ヶ月ずつの2回に分割してローテーションしています。

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
専攻医1年目	今村総合病院 救急・総合内科（総合診療専門研修Ⅱ）6ヶ月						鹿児島こども病院 小児科研修			鹿児島市立病院 救命救急センター		
専攻医2年目	いづろ今村病院・今村総合病院での内科研修 計6ヶ月						医療過疎地研修（総合診療専門研修Ⅰ）					
専攻医3年目	領域別研修（老健・産婦・泌尿）			かごしまオハナクリニック（総合診療専門研修Ⅰ）						総合診療専門研修ⅠまたはⅡ		

このように、個々の専攻医が研修終了後に総合診療専門医として、研修修了後の地域医療に従事する場の希望によって（クリニック、病院、老健施設、在宅医療、あるいは都市部か医療過疎地域かなど）重点的に研修を希望する分野を念頭にローテーションを組むことができるよう、個々の専攻医の要望を最大限尊重しながらオーダーメイドでカリキュラムを作成していきます。

資料「研修目標及び研修の場」に本研修 PG での3年間の施設群ローテーションにお研修目標と研修の場を示しました。特に「主たる研修の場」では、目標達成できるよう、意識して修練を積むことが求められます。

なお本研修 PG の研修期間は3年間としていますが、修得が不十分な場合は、修得できるまでの期間延長が可能です。

11. 研修施設の概要

今村総合病院

- ・ 専門医・指導医数
 - ・ 総合診療専門研修指導医 2名
 - ・ 内科専門医 4名
- ・ 診療科・患者数
 - ・ 救急・総合内科

延べ外来患者数 1,700名／月
 入院患者総数 1,060名／月
 救急搬送件数 1,880件／年

- ・ 病院の特徴
 - ・ 24時間365日のER型救急診療体制を敷いた臓器別でない内科診療を実践する総合内科を有する急性期総合病院。臓器別専門内科（血液内科、消化器内科、神経内科、循環器内科、腎臓内科）に加え、消化器外科、脳神経外科、麻酔科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻科、皮膚科、放射線科、リハビリテーション科、スポーツ整形外科により地域の急性期・高度医療を担っています。

かごしまオハナクリニック

- ・ 診療科・患者数
 - ・ 内科

延べ訪問診療件数 300件／月

- ・ 病院の特徴
 - ・ 慈愛会のかかりつけ機能を担う診療所で、在宅医療にも取り組む在宅療養支援診療所として認定されている。積極的に在宅看取りも含めた包括的な診療を提供している。高速通信回線を利用したリアルタイム映像送受信による遠隔診療の実験などを行っています。

いづろ今村病院

- ・ 診療科・患者数
 - ・ 内科、眼科、泌尿器科、緩和ケア

延べ外来患者数 4,428名／月
 延べ入院患者数 3,567名／月
 手術件数 116件／月

- ・ 病院の特徴
 - ・ 鹿児島医療圏にある病院で今村総合病院と同じ慈愛会グループの病院である。間口は広く（総合外来）、奥行きは深く（専門外来）という考えのもと、糖尿病内科専門医、血液内科専門医、消化

器内科専門医など内科系専門医が存在し、レベルの高い専門を有している。

- ・幅広い患者層を持ち、糖尿病等生活習慣病のケアについては看護師、栄養士とも協力した診療を展開している。
- ・積極的に地域連携にも取り組む「地域包括ケア病棟」を有しており包括的な診療を提供している。
- ・鹿児島市医師会において乳幼児健診や産業医にも積極的に取り組んでいる。

鹿児島市立病院

・診療科・患者数

・救急科

延べ外来患者数 14,406 名／月

延べ入院患者数 888 名／月

分娩数 59 件／月

手術件数 402 件／月

・病院の特徴

- ・鹿児島市立病院救命救急センターは、救急専門医 5 名を含む 8 名の救急専従医を有し、ドクターヘリ・ドクターカー等を含めると県下随一の 4,789 人／年（救急科による診療は 3,476 人／年）の救急搬入実績を有している。ウォークイン外来も含めると 9,903 人／年（救急科による診療は 5,528 人／年）の診療を行っている。

- ・当施設は救命救急センターとして 31 年の歴史を有し、鹿児島県における救急医療の中核病院として地域に貢献してきました。平成 27 年 5 月に新病院移転を果たし、新たな環境の中、救命救急センターはスペース的にも機能的にも大きく拡充されました。

救命救急センターの初期治療室は 4 か所とも CT 室（320 列）、血管造影室（用途別に IVR-CT 室、循環器内科用、脳神経外科用の 3 室）、MRI 室に短い動線で迅速にアクセスできるように工夫されています。一刻を争う緊急手術は、対応可能な救命救急セ

ンター内手術室も設置されました。小児・産科救急など専門性が高い救急患者への対応も可能な処置室も設置されています。また、ドクターヘリ、ドクターカーを通じて病院前救急診療にも力を入れて地域医療に貢献しており、その活動実績は全国有数です。ドクターヘリは、機体に民間ヘリ最速のAW109SP(GrandNew)をドクターヘリ機種として初導入し、要請方式はキーワード方式を採用しました。これらには1分1秒でも早く傷病者の下へかけつけ救命効果を高めたいという思いと離島を少しでも広域にカバーしなくてはという思いが込められています。ドクターヘリによる年間母子・周産期事例数は全国1位と圧倒的に多く、その活動は“鹿児島モデル”として全国に情報発信しています。ドクターカーはセンター方式を採用し、救命センター内に高度救急隊8名（鹿児島市消防局所属）が専用の待機室で待機しています。ドクターヘリの運航管理室も同じ場所に設置されており、ドクターヘリ、ドクターカーの2つの病院前救急診療システムの情報共有は極めてスムーズです。ウォークイン外来では、当院が県下唯一の小児拠点病院となっているため、小児科の患者も多い。主に、小児科・救急科で診療を行っている。

谷山病院

・診療科・患者数

・精神科

延べ外来患者数 2,103名／月

延べ入院患者総数 768名／月

・病院の特徴

- ・当院は精神科専門医の研修施設にもなっています。又、精神保健指定医の取得実績も多数あり、幅広い症例を経験できます。
- ・精神科救急医療に力を入れており、その実績が評価され、鹿児島市領域を担当する第一次精神科救急拠点病院として鹿児島県より指定を受けました。入院3カ月以内での在宅復帰率は高い値を推移、又は、入院期間1年以上の方の残存率も年々少なくなってお

り、成果が出てきています。そのためのツールの一つとして、クリニカルパスも活用しています。

- ・難治性精神疾患を有する患者に対し、鹿児島県では数少ないクロザピン治療を実施。mECTも施行しています。
- ・鹿児島県指定の認知症疾患医療センターとして、認知症治療にも力を入れています。
- ・鹿児島県下唯一の精神疾患を有する結核患者の病床5床を有しています。
- ・就労支援にも力を入れており、「ときどき入院、ほぼ在宅」を目指す上での一翼を担っています。

松岡救急クリニック

- ・診療科・患者数
- ・救急科、外科、整形外科

延べ外来患者数 5,080件／月

延べ入院患者総数 40名／月

手術件数 8件／月

- ・病院の特徴

1) 1次救急から3次救急までの救急手技を習得できる。

- ・ JATEC、ACLS、BLSに基づいて救急の基本手技を実践する。
- ・ 輪状甲状靭帯切開、心嚢穿刺、心嚢開窓術、開胸心臓マッサージ、緊急ペーシング、経静脈ペーシング、開腹ガーゼパッキング、持続的血液濾過透析、緊急麻酔などの応用手技も習得する。
- ・ 当施設では、重症患者に対して、救命のために徹底した外科的処置を行っている。
- ・ 救急診療指針に基づいて知識・手技の習得を目指す。

2) かかりつけ医としてあらゆる疾患の診断・治療法を習得できる。

- ・ 当施設では、かかりつけ医としてあらゆる疾患の定期外来を行っている。
- ・ 重要な点は、専門科あるいは臓器別ではなく、一人の患者に生じているあらゆる病変に対して、診断・治療を行っていることである。

- ・ 担当領域は、がんの発見、血管病の予防（高血圧、脂質異常、糖尿病管理）、整形外科・脳外科・循環器・呼吸器・一般内科外来、小児外来、専門外来（リウマチ・漢方）、外傷、健診など多岐に渡る。
- ・ 関節腔内注射、神経ブロック、胸水・腹水穿刺、骨折・脱臼整復、異物摘出、内視鏡検査など習得できる手技も多い。

3) 圧倒的な救急患者数を診察・治療する。

- ・ 他院と異なる点は、全患者を自分で診察・診断し、治療方針まで立てる必要があることである。責任を持って診察することで、診断能力が飛躍的に上昇する。
- ・ MRI、CT、採血など全ての検査が 24 時間可能である。
- ・ *研修期間中は指導医が指導します。

4) 整形外科の手術を研修できる。

- ・ 助手・執刀医として、整形外科の手術（年間 100 例）を経験する。
- ・ 上下肢骨折外傷、開放骨折、四肢切断・再接着、四肢ピンニング、腱縫合、手根管症候群、ばね指、ドケルバン氏病、肘部管症候群、軟部腫瘍摘出などの手術を行う。
- ・ 救急領域で必要な処置、減張切開術、創外固定、鋼線牽引などの基本となる手技を身につけることができる。

5) 学会発表と論文作成も行っている。

- ・ 当施設は学会発表、論文作成を積極的に行っている。
- ・ 余裕がある研修医は学会発表や論文の作成の指導まで行う。
- ・ 海外の impact factor のある雑誌に投稿する。

12. 専門研修の評価について

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

1) 振り返り

多科ローテーションが必要な総合診療専門研修においては、3年間を通じて専攻医の研修状況の進捗を切れ目なく継続的に把握するシステムが重要です。具体的には、研修手帳(資料1)の記録、および定期的な指導医との振り返りセッションを1～数ヶ月毎に実施します。その際に、日時と振り返りの主要な内容につき記録を残します。また、年次の最後には、1年の振り返りを行い、指導医からの形成的評価を研修手帳に記録します。

2) 経験省察研修録 (ポートフォリオ) 作成

常に到達目標を見据えた研修を促すため、経験省察研修録(学習者がある領域に関して最良の学びを得たり、最高の能力を発揮できた症例・事例に関する経験と省察の記録)作成の支援を通じた指導を行います。専攻医には詳細20事例、簡易20事例のポートフォリオの作成が求められますので、指導医は定期的な研修振り返りの際に、ポートフォリオ作成状況を確認し適切な指導を提供します。また、施設内外にて、作成したポートフォリオの発表会を行います。なお、ポートフォリオの該当領域については、研修目標にある7つの資質・能力に基づいて設定しており、詳細は研修手帳に記載されています。

3) 研修目標と自己評価

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、定期的な研修振り返りの際に、研修目標の達成段階を確認し適切な指導を提供します。また、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。

また、上記の三点以外にも、実際の業務に基づいた評価(Workplace-based assessment)として、短縮版臨床評価テスト(Mini-CEX)等を利用した診療場面の直接観察や、症例に基づく討論 (Case-based discussion)を定期的実施します。また、多職種による360度評価を各ローテーション終了時等、適宜実施します。更に、年に複数回、他の専攻医との間で相互評価セッションを実施します。

最後に、研修中の生活面も含めた各種サポートや学習の一貫性を担保するため、専攻医にメンターを配置し、定期的に支援するメンタリングシステムを構築します。メンターとの定期ミーティングは3年間を通じて3ヶ月ごとに行います。

【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、症例登録・評価のため、内科領域で運用する専攻医登録評価システム(Web版研修手帳)による登録と評価を行います。これは、期間は短くとも研修の質をできる限り内科専攻医と同じにしたほうが内科指導医側も対応しやすいからです。

12ヶ月間の内科研修中で最低40例を目安に入院症例を受け持ち、その入院症例(主病名、主担当医)のうち、**提出病歴要約として10件を登録**します。分野別(消化器、循環器、呼吸器など)の登録数に所定の制約はありませんが、可能な限り幅広い異なる分野からの症例登録を推奨します。病歴要約については、同一症例、同一疾患の登録は避けてください。提出された病歴要約の評価は、所定の評価方法により内科の担当指導医が行います。12ヶ月の内科研修終了時には、病歴要約評価を含め、技術・技能評価、専攻医の全体評価(多職種評価含む)の評価結果が専攻医登録・評価システムによりまとめられます。その評価結果を内科指導医が確認し、総合診療プログラムの統括責任者に報告されることとなります。専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合します。

【小児科及び救急科ローテート研修中の評価】

小児科及び救急科のローテート研修においては、基本的に総合診療専門研修の研修手帳を活用しながら各診療科で遭遇する common disease をできるかぎり多く経験し、各診療科の指導医からの指導を受けます。3ヶ月の小児科及び救急科の研修終了時には、各科の研修内容に関連した評価を各科の指導医が実施し、総合診療プログラムの統括責任者に報告することとなります。専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合します。

◎指導医のフィードバック法の学習(FD)

指導医は、ポートフォリオ、短縮版臨床評価テスト、ケースに基づくディスカッション及び 360 度評価などの各種評価法を用いたフィードバック方法について、指導医資格を取得時に受講を義務づけている特任指導医講習会や医学教育のテキストを用いて学習を深めていきます。

13. 専攻医の就業環境について

基幹施設および連携施設の研修責任者とプログラム統括責任者は専攻医の労働環境改善と安全の保持に努めます。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を区別し、それぞれに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。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、その内容は今村総合病院 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。

14. 専門研修 PG の改善方法とサイトビジット(訪問調査)について

本研修 PG では専攻医からのフィードバックを重視して PG の改善を行うことにしています。

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、年次毎に指導医、専攻医指導施設、本研修 PG に対する評価を行います。また、指導医も専攻医指導施設、本研修 PG に対する評価を行います。専攻医や指導医等からの評価は、専門研修 PG 管理委員会に提出され、専門研修 PG 管理委員会

は本研修 PG の改善に役立っています。このようなフィードバックによって本研修 PG をより良いものに改善していきます。なお、これらの評価内容は記録されますが、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。専門研修 PG 管理委員会は、必要と判断した場合には、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。

2) 研修に対する監査(サイトビジット等)・調査への対応

本研修 PG に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 PG 管理委員会で本研修 PG の改良を行います。本研修 PG 更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本専門医機構の総合診療研修委員会に報告します。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。

15. 修了判定について

3 年間にわたる研修記録にもとづいて、知識・技能・態度が、専門医試験を受けるのにふさわしいものであるかどうか、症例経験数が日本専門医機構の総合診療研修委員会が要求する内容を満たしているかを、専門医認定申請年の 5 月末までに専門研修 PG 統括責任者または専門研修連携施設担当者が専門研修 PG 管理委員会において評価し、専門研修 PG 統括責任者が修了判定をします。その際、具体的には以下の 4 つの基準が評価されます。

- 1) 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 6 ヶ月以上・合計 18 ヶ月以上、内科研修 12 ヶ月以上、小児科研修 3 ヶ月以上、救急科研修 3 ヶ月以上、医療過疎地で 6 ヶ月の研修を行っていること。

- 2) 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成したポートフォリオを通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること
- 3) 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること
- 4) 研修期間中複数回実施される、医師・看護師・事務員等の多職種による 360 度評価(コミュニケーション、チームワーク、公益に資する職業規範)の結果も重視する。

16. 専攻医が専門研修 PG の修了に向けて行うべきこと

専攻医は研修手帳、ポートフォリオを専門医認定申請年の 4 月末までに専門研修 PG 管理委員会に送付してください。専門研修 PG 管理委員会は 5 月末までに修了判定を行い、6 月初めに研修修了証明書を専攻医に送付します。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。

17. Subspecialty 領域との連続性について

関連する Subspecialty 領域については、連続性を持った研修が可能となるように、2019 年度を目処に各領域と検討していくこととなりますので、その議論を参考に当研修 PG でも計画していきます。

18. 総合診療研修の休止・中断、PG 移動、PG 外研修の条件

- (1) 専攻医が次の 1 つに該当するときは、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通算 6 ヶ月までとします。なお、内科・小児科・救急科・総合診療 I・II の必修研修においては、研修期間がそれぞれ規定の期間の 2/3 を下回らないようにします。

- (ア) 病気の療養
 - (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 つに該当するときは、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、プログラム統括責任者間の協議だけでなく、日本専門医機構への相談等が必要となります。
- (ア) 所属プログラムが廃止され、または認定を取消されたとき
 - (イ) 専攻医にやむを得ない理由があるとき
- (3) 大学院進学など専攻医が研修を中断する場合は専門研修中断証を発行します。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 PG 管理委員会

基幹施設である今村総合病院 救急・総合内科には、専門研修 PG 管理委員会と、専門研修 PG 統括責任者(委員長)を置きます。専門研修 PG 管理委員会は、委員長、副委員長、事務局代表者、および専門研修連携施設の研修責任者で構成されます。研修 PG 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が加わります。専門研修 PG 管理委員会は、専攻医および専門研修 PG 全般の管理と、専門研修 PG の継続的改良を行います。専門研修 PG 統括責任者は 一定の基準を満たしています。

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 PG 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 PG の改善を行います。

専門研修 PG 管理委員会の役割と権限

- 専門研修を開始した専攻医の把握と日本専門医機構の総合診療研修委員会への専攻医の登録
- 専攻医ごとの、研修手帳及びポートフォリオの内容確認と、今後の専門研修の進め方についての検討
- 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 PG に対する評価に基づく、専門研修 PG 改良に向けた検討
- サイトビジットの結果報告と専門研修 PG 改良に向けた検討
- 専門研修 PG 更新に向けた審議
- 翌年度の専門研修 PG 応募者の採否決定
- 各専門研修施設の指導報告
- 専門研修 PG 自体に関する評価と改良について日本専門医機構への報告内容についての審議
- 専門研修 PG 連絡協議会の結果報告

副専門研修 PG 統括責任者

PG で受け入れる専攻医が専門研修施設群全体で 20 名をこえる場合、副専門研修 PG 統括責任者を置き、副専門研修 PG 統括責任者は専門研修 PG 統括責任者を補佐しますが、当プログラムではその見込みがないため設置しておりません。

連携施設での委員会組織

総合診療専門研修においては、連携施設における各科で個別に委員会を設置するのではなく、専門研修基幹施設で開催されるプログラム管理委員会に専門研修連携施設の各科の指導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。

20. 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5名、具体的には今村病院分院救急・総合内科に4名、その他連携施設にも在籍しております。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ており、本PGの指導医についても総合診療専門研修特任指導医講習会の受講を経て、その能力が担保されています。

なお、指導医は、以下の1)~6)のいずれかの立場で卒後の臨床経験7年以上の方より選任されており、本PGにおいては、少なくとも基幹施設では1)のプライマリ・ケア認定医2名、4)の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3名が存在する。

- 1) 日本プライマリ・ケア連合学会認定プライマリ・ケア認定医、及び家庭医療専門医
- 2) 全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定医
- 3) 日本病院総合診療医学会認定医
- 4) 日本内科学会認定総合内科専門医
- 5) 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)
- 6) 5)の病院に協力して地域において総合診療を実践している医師

7) 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

21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

研修実績および評価の記録

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

今村総合病院 救急総合内科にて、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。

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

研修手帳(専攻医研修マニュアル) 所定の研修手帳参照。

指導医マニュアル 別紙「指導医マニュアル」参照。

専攻医研修実績記録フォーマット 所定の研修手帳参照

指導医による指導とフィードバックの記録 所定の研修手帳参照

22. 専攻医の採用

採用方法

慈愛会総合診療専門研修 PG 管理委員会は、毎年7月から説明会等を行い、総合診療専攻医を募集します。PG への応募者は、9月30日までに研修 PG 責任者宛に所定の形式の『慈愛会総合診療専門研修 PG 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) 今村総合病院の website (jiaikai.or.jp)よりダウンロード、(2)電話で

問い合わせ (099-251-2221)、(3) e-mail で問い合わせ(ko.nagata@jiaikai.jp)、のいずれの方法でも入手可能です。原則として 10 月中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 月の今村総合病院総合診療科専門研修 PG 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、慈愛会総合診療専門研修 PG 管理委員会に提出します。

- 1) 専攻医の氏名と医籍登録番号、卒業年度、研修開始年度
- 2) 専攻医の履歴書ならびに初期研修修了証

以上