

総合診療専門研修プログラム：米の山病院

米の山病院総合診療専門研修プログラム

目次

1. 米の山病院総合診療専門研修プログラムについて
2. 総合診療専門研修の概要
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. 医師に必要な資質・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、特任指導医
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. 米の山病院総合診療専門研修プログラムについて

米の山病院は、福岡県大牟田市に位置し人口 11.2 万あまり、高齢化率約 36.7%と全国でトップレベルの地域に位置する病院です。また近年は人口減少に伴う医療過疎地域に認定されており、当市の医療情勢は深刻なものと言えます。地域には、独居老人、認知症患者さんが多くいらっしゃり、病院のみならず、診療所、訪問看護、小規模な機能施設などを連携して医療、介護を展開する必要があります。米の山病院は各種、事業所と連携を取り、24 時間対応で救急患者を受け入れています。また、病院内だけにとどまらず、患者会活動、地域へ出での健康相談なども積極的に実施しています。病院は、一般病床、回復期リハビリ病床を有しています。患者層としては高齢者が大半をしめ、一人の患者に多様な疾患を合併しています。当院ではそのような患者様に対して、内科医師はもちろんのこと、各診療科の医師で合同カンファレンスを開き、多角的な面から治療方針などカンファレンスをします。

また、当院での研修で内科、および総合診療における診療技術はもちろんのこと、患者の社会的な背景にも目を向け、幅広い問題に対応できる知識、技術の習得、患者さんや家族の気持ちに寄り添うことができる医師を目標としています。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、現在の 30 年後の高齢化率である大牟田地区において、総合診療専門研修を行うことは、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行うことができる、総合的な診療能力を身に着けることができます。

総合診療専門医の養成は以下の 3 つの理念がモデルプログラムにおいても触れられています。

- (1) 総合診療専門医の質の向上を図り、以て、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的とする。
- (2) 地域で活躍する総合診療専門医が、誇りをもって診療等に従事できる専門医資格とする。特に、これから、総合診療専門医資格の取得を目指す若手医師にとって、夢と希望を与える制度となることを目指す。
- (3) 我が国の今後の医療提供体制の構築に資する制度とする。

こうした制度の理念を基に、米の山病院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・治療能力はもとより、患者の社会的背景まで踏まえて科学的に考察することのできるプライマリな総合診療専門医を養成するために、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。その際、前述したとおり、高齢化率約 36.7%の大牟田市、そこに居住する地域住民、各種団体、ボランティアや当院の全職員などの理解と協力のもとで研修できる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な診療を提供するとともに、全人的医療を実践する能力を涵養します。大牟田市の地域に寄り添う疾病の予防、社会的責任を果たすために、無差別・平等の医療・介護・福祉を担い創造しうる医師、基本的人権を尊重できる総合的視点を持つ医師、地域に求められる役割に応じてチーム医療を実践できる医師を目指します。そのために「地域に出て、地域に学び、育つ」地域基盤型教育を重視し、ヘルスプロモーション活動など地域の人々との協力共同の場を研修に生かすことにより、患者の社会的背景を含めて、患者全体をとらえる医療・社会的問題に対する科学的視点、変革の視点を身につけることを目指します。

また総合診療専門医になることで、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職種等と連携して、地域の保健・医療・介護・福祉等の様々な分野における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・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）と臓器別でない外来診療（救急や複数の健康問題をもつ患者への包括的ケア）を提供する。

研修 PG においては各医療機関で指導医が専攻医の教育・指導にあたります。しかし、専攻医自身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、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、ワークライフバランスを保ちつつも自己研鑽を欠かさず、教育や学術活動に積極的に携わることが求められます。なので、専攻医として各自研修することに加え、初期研修医や病院実習に来た医学生、また後輩の専攻医へ指導する経験も主体的にしていくことが求められます。

本研修 PG での研修後に皆さんは標準的な医療を安全に提供し、疾病の予防に努めるとともに将来の医療の発展に貢献できる総合診療専門医となります。

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 つの必須診療科と選択診療科で 3 年間の研修を行います。このことにより、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. 診療の場の多様性という総合診療専門医に欠かせない 6 つを効果的に修得することが可能になります。

本研修 PG は専門研修基幹施設（以下、基幹施設）と専門研修連携施設（以下、連携施設）の施設群で行われ、それぞれの特徴を生かした症例や技能を広く、専門的に学ぶことができます。また、上記必須研修に加え、産婦人科や精神科、整形外科や外科などのかかわりの深い分野を選択研修として選択できます。専攻医の希望で、選択研修は選択することができます。

できます。

2. 総合診療専門研修概要

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することを目標とします。
- 2年次修了時には、診断や治療プロセスも標準的で患者を取り巻く背景も安定しているような比較的単純な健康問題に対して的確なマネジメントを提供することを目標とします。
- 3年次修了時には、多疾患合併で診断や治療プロセスに困難があったり、患者を取り巻く背景も疾患に影響したりしているような複雑な健康問題に対して的確なマネジメントを提供することができ、かつ指導できることを目標とします。

また、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な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の予防、介護、看とりの在宅医療など保健・医療・介護・福祉活動に取り組むことが求められますので、18ヶ月以上の総合診療専門研修Ⅰ及びⅡにおいては、後に示す地域ケアの学びを重点的に展開することとなります。

3年間の研修の修了判定には以下の3つの要件が審査されます。

- 1) 定められたローテート研修を全て履修していること
- 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

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、更には検査・治療手技を経験する中で、徐々にそのレベルを高めていき、自ら判断、対応あるいは実施できることを目指していくこととなります。

2) 専門研修における学び方

専攻医の研修は臨床現場での学習、臨床現場を離れた学習、自己学習の大きく3つに分かれます。それぞれの学び方に習熟し、生涯に渡って学習していく基盤とすることが求められます。

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と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

上を図るプロセスを両輪とします。その際、学習履歴の記録と自己省察の記録をポートフォリオ（経験と省察のファイリング）作成という形で全研修課程において実施します。場に応じた教育方略は下記の通りです。

（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）を実施します。また、指導医による定期的な症例検討やカルテ振り返りによる評価、更には、内科にて症例カンファレンスを通じた臨床推論や総合診療の専門的アプローチに関する議論などを通じて、総合診療への理解を深めていきます。また、技能領域については、各専攻医の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。初期は経験ある指導医の診療に同行して診療の枠組みを理解します。外来医療と同じく、症例カンファレンスを通じて学びを深め、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学びます。

（ウ）病棟医療

経験目標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及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。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技能領域の教育方略（シミュレーションや直接観察指導等）が必要となり、特に、指導医と共に処置にあたる中から経験を積みます。

（オ）地域ケア

地域医師会や地域患者との活動を通じて、地域包括ケアへ参画し、自らの診療を支えるネットワークの形成を図り、日々の診療の基盤とします。さらには産業保健活動、学校保健活動等を学び、それらの活動に参画します。それぞれの経験を指導医と共に振り返り、その意義や改善点、地域での役割を理解します。

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のほか、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。

② 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、更には日本医師会生涯教育制度及び関連する学会における 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

専門研修プログラムでは、最先端の医学・医療を理解すること及び科学的思考法を体得することが、医師としての幅を広げるため重要です。また、専攻医は原則として学術活動に携わる必要があります。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）を行うこととします。

本研修 PG では、久留米大学医療センター総合診療と連携しながら、臨床研究に携わる機会を提供する予定です。また、九州大学と連携を結び、地域医療実地研修受け入れ医療機関として認定されています。クリニカルクラークシップで当院受け入れの医学生との交流、指導やフィードバックなど、大学病院とのつながりもあるため、臨床研究に携わる機会も十分に担保されます。また研究発表についても経験ある指導医からの支援を提供します。

4) 研修の週間計画および年間計画

基幹施設（米の山病院）

総合診療科（総合診療専門研修Ⅱ）

平日当直（1～2回/週）、土日の日直・当直（1回/月）

内科

	月	火	水	木	金	土	日
7:45 英文抄読会(カンファレンス)							
8:30-12:30 内科外来							
8:30-12:30 病棟業務 ※随時							
8:30-12:30 各病棟総回診※随時							
14:00-17:00 午後外来							
14:00-17:00 各種検査※随時							
14:00-17:00 病棟業務※随時							
16:00-19:00 夜間外来 ※必要に応じて							
17:00- 症例カンファレンス							

17:00-カルテ振り返り等							
----------------	--	--	--	--	--	--	--

平日当直（1～2回／週）、土日の日直・当直（1回／月）

小児科(例として鹿児島生協病院の1日)

	月	火	水	木	金	土	日
7:45 英文抄読会							
8:30-12:30 小児科外来							
8:30-12:30 病棟業務 ※随時							
8:30-12:30 往診 ※随時							
14:00 部長回診							
13:45- 予防接種							
13:45- 乳幼児健診（3ヶ月～1歳）							
13:45- 神経診察、発達相談							
16:00-19:00 夜間外来 ※必要に応じて							
17:00- 症例カンファレンス							

救急科(例として大手町病院の1日)

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-9:00 ICU・救急初療室申し送り							
9:00-16:50 診療（救急初療室・ICU病棟）							
9:30-11:30 全体回診・放射線カンファレンス							
16:50-17:30 ICU・救急初療室申し送り							

平日当直（4～6回／週）、土日の日直・当直（1回／月）※随時専攻医に応じて

連携施設（久留米大学医療センター病院）

内科を一例として示す。

		月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00	病棟業務							
9:00-13:00	外来業務							
9:00-13:00	生理検査(心エコー図、運動負荷)							
14:00-17:00	病棟業務							
14:00-17:00	心臓カテーテル検査							
14:00-15:00	内分泌内科病棟回診							

15:00-16:00	循環器内科病棟回診							
15:00-16:00	心臓リハビリテーションカンファレンス							
16:00-17:00	循環器内科事例カンファレンス							
17:00-18:00	心臓カテーテルカンファレンス							
17:00-18:00	内分泌カンファレンス							
17:00-18:00	一日の振り返り（夜勤の日を除く）							
18:00-18:30	一日の振り返り（夜勤の日を除く）							
17:30-18:30	医療センター合同セミナー（第1週）							
17:30-18:30	内科合同セミナー（第2週）							
	平日宿直(1回/週)、土日の日直又は宿直(1回/月)							

本研修 PG に関連した全体行事の年度スケジュール

SR1：1年次専攻医、SR2：2年次専攻医、SR3：3年次専攻医

月	全体行事予定
4	SR1: 研修開始。専攻医および指導医に提出用資料の配布（S病院ホームページ） SR2、SR3、研修修了予定者: 前年度分の研修記録が記載された研修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	第1回研修管理委員会: 研修実施状況評価、修了判定
6	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 各総合診療関係の学会参加（発表）（開催時期は要確認）
7	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	総合診療関係 地方会演題公募（詳細は要確認）
9	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	各総合診療関係地方会参加（発表）（開催時期は要確認） SR1、SR2、SR3: 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	SR1、SR2、SR3: 研修手帳の提出（中間報告）
12	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	ブロック支部ポータルフォーリオ発表会
2	
3	SR1、SR2、SR3: 研修手帳の作成（年次報告）（書類は翌月に提出） SR1、SR2、SR3: 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）

※専攻医の人数によって変更あり。

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5領域で構成されます。

1. 地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病気の経験が絡み合い、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全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、家族志向でコミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。（※コンテキスト：患者を取り巻く背景・脈絡を意味し、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、ヘルスケアシステム、社会的歴史的経緯など遠景にあるものまで幅広い位置づけを持つ概念）
2. 総合診療の現場では、疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論に基づく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、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なアプローチが求められる。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地域に対する医療機関としての継続性、更には診療の継続性に基づく医師・患者の信頼関係を通じて、一貫性をもった統合的な形で提供される。
3. 多様な健康問題に的確に対応するためには、地域の多職種との良好な連携体制の中での適切なリーダーシップの発揮に加えて、医療機関同士あるいは医療・介護サービス間での円滑な切れ目ない連携も欠かせない。更に、所属する医療機関内の良好な連携のとれた運営体制は質の高い診療の基盤となり、そのマネジメントは不断に行う必要がある。
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、地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の積極的な把握と体系的なアプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与する。
5. 総合診療専門医は日本の総合診療の現場が外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえて、その能力を場に応じて柔軟に適用することが求められ、その際には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着け、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に注意した推論を実践する。

※各項目の詳細は、総合診療専門医 専門研修カリキュラムの到達目標 1～4及び6を参照

2) 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

総合診療の専門技能は以下の5領域で構成されます。

1. 外来・救急・病棟・在宅という多様な総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査・治療手技
2. 患者との円滑な対話と医師・患者の信頼関係の構築を土台として、患者中心の医療面接を行い、複雑な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. 診療情報の継続性を保ち、自己省察や学術的利用に耐えうるように、過不足なく適切な診療記録を記載し、他の医療・介護・福祉関連施設に紹介するときには、患者の診療情報を適切に診療情報提供書へ記載して速やかに情報提供することができる能力
4. 生涯学習のために、情報技術（information technology; IT）を適切に用いたり、地域ニーズに応じた技能の修練を行ったり、人的ネットワークを構築することができる能力
5. 診療所・中小病院において基本的な医療機器や人材などの管理ができ、スタッフとの協働において適切なリーダーシップの提供を通じてチームの力を最大限に発揮させる能力

3) 経験すべき疾患・病態

以下の経験目標については一律に症例数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。（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、他の専門医へ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 認知脳の障害 頭痛 めまい 失神 言語障害 けいれん発作 視力障害・視野狭窄 目の充血 聴力障害・耳痛 鼻漏・鼻閉 鼻出血 嘔声 胸痛 動悸 咳・痰 咽頭痛 誤嚥 誤飲 嚥下困難 吐血・下血 嘔気・嘔吐 胸やけ 腹痛 便通異常 肛門・会陰部痛 熱傷 外傷 褥瘡 背部痛 腰痛 関節痛 歩行障害 四肢のしびれ 肉眼的血尿 排尿障害（尿失禁・排尿困難） 乏尿・尿閉 多尿 不安 気分の障害（うつ） 精神科領域の救急 流・早産および満期産

女性特有の訴え・症状 成長・発達の障害

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

貧血 脳・脊髄血管障害 脳・脊髄外傷 変性疾患 脳炎・脊髄炎 一次性頭痛 湿疹・皮膚炎群 蕁麻疹 薬疹 皮膚感染症 骨折 脊柱障害 心不全 狭心症・心筋梗塞 不整脈 動脈疾患 静脈・リンパ管疾患 高血圧症 呼吸不全 呼吸器感染症 閉塞性・拘束性肺疾患 異常呼吸 胸膜・縦隔・横隔膜疾患 食道・胃・十二指腸疾患 小腸・大腸疾患 胆嚢・胆管疾患 肝疾患 膵臓疾患 腹壁・腹膜疾患 腎不全 全身疾患による腎障害 泌尿器科的腎・尿路疾患 妊婦・授乳婦・褥婦のケア 女性生殖器およびその関連疾患 男性生殖器疾患 甲状腺疾患 糖代謝異常 脂質異常症 蛋白および核酸代謝異常 角結膜炎 中耳炎 急性・慢性副鼻腔炎 アレルギー性鼻炎 認知症 依存症 気分障害 身体表現性障害 ストレス関連障害・心身症 不眠症 ウイルス感染症 細菌感染症 膠原病とその合併症 中毒 アナフィラキシー 熱傷 小児ウイルス感染 小児細菌感染症 小児喘息 小児虐待の評価 高齢者総合機能評価 老年症候群 維持治療機の悪性腫瘍 緩和ケアなど

※ 詳細は別紙資料「研修目標及び研修の場」を参照

4) 経験すべき診察・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及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査を経験します。なお、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ます。

(研修手帳)

(ア) 身体診察

- ① 小児の一般的身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察
- ② 成人患者への身体診察（直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む）
- ③ 高齢患者へ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・眼底鏡による診察を実施できる。
- 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）
- ② 簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査、採尿法（導尿法を含む）
- ③ 注射法（皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴・成人及び小児の静脈確保法、中心静脈確保法を含む）
- ④ 穿刺法（腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）

- ⑤ 単純X線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）
- ⑥ 心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査
- ⑦ 超音波検査（腹部・表在・心臓）
- ⑧ 生体標本（喀痰、尿、腔分泌物、皮膚等）に対する顕微鏡的診断
- ⑨ 呼吸機能検査
- ⑩ オーディオメトリーによる聴力評価及び視力検査表による視力評価
- ⑪ 頭・頸・胸部単純CT、腹部単純・造影CT

※ 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及び治療に必要な治療手技を経験します。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ます。（研修手帳 p.18-19 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）
- ③ 病院前外傷救護法（PTLS）

(イ) 薬物治療

- ① 使用頻度の多い薬剤の副作用・相互作用・形状・薬価・保険適応を理解して処方することができる。
- ② 適切な処方箋を記載し発行できる。
- ③ 処方、調剤方法の工夫ができる。
- ④ 調剤薬局との連携ができる。
- ⑤ 麻薬管理ができる。

(ウ) 治療手技・小手術

簡単な切開・異物摘出・ドレナージ 止血・縫合法及び閉鎖療法

簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギプス法 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） 経鼻胃管及び胃瘻カテーテルの挿入管理

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及びデブリードマン 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

咽喉頭異物の除去（間接喉頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用）

睫毛抜去

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

(ア) 外来医療

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

(イ) 在宅医療

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

(ウ) 病棟医療

入院担当患者の症例提示と教育的フィードバックを受ける回診及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つつも、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に、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（総合診療を実施する上で連携する多職種に対する教育）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、批判的に

吟味でき、各種研究成果を自らの診療に活かすことができる。

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。研修医が総合診療に関して研究したい場合はもちろんですが、原則として3年間の研修の期間中に最低1演題、総合診療に関連する学会などの学術大会での筆頭演者としての学会発表、もしくは論文執筆を課題とします。その機会は総合診療専門研修Ⅰ、もしくは総合診療専門研修Ⅱの研修期間中に発表、論文執筆することを原則とします。

6. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性などについて

総合診療専攻医はモデルプログラムにも記載されている以下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、都市部にあっても医療資源に乏しい地域、あるいは医療アクセスが困難な地域でも、可能な限りの医療・ケアを率先して提供できる。

7. 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 では米の山病院総合診療科を基幹施設とし、地域の連携施設とともに施設群を構成しています。各必須研修の中でも選択肢をそろえており、専攻医はこれらの施設群をローテートすることにより、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。ローテート研修にあたっては下記の構成となります。

（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 では米の山病院。もしくは飯塚病院において総合診療専門研修Ⅱを12ヶ月、佐賀の神野診療所もしくはみさき病院にて総合診療専門研修Ⅰを6ヶ月（もしくは神野診療所とみさき病院を分割して研修することも可能）、合計で18ヶ月の研修を行います。（専攻医が選択研修を希望した場合は米の山病院で研修する総合診療Ⅱと内科の研修に限り平行研修もあり得る。）

（2）必須領域別研修として、米の山病院、もしくは久留米大学医療センターにて内科12ヶ月、鹿児島生協病院、もしくは千鳥橋病院、久留米大学医療センター、飯塚病院にて小児科3ヶ月、大手町病院、千鳥橋病院、飯塚病院そして米の山病院にて救急科3ヶ月

の研修を行います。

(3) その他の領域別研修として、久留米大学医療センターにて整形外科、まつおレディースクリニックにて産婦人科、菊陽病院にて精神科、米の山病院にて外科、整形外科、泌尿器科、眼科の研修を行うことが可能です。合計6ヶ月の範囲で専攻医の意向を踏まえて決定します。

施設群における研修の順序、期間等については、専攻医を中心に考え、個々の総合診療専攻医の希望と研修進捗状況、各病院の状況、地域の医療体制を勘案して、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 8 の合計 9 施設の施設群で構成されます。米の山病院総合診療科が専門研修基幹施設となります。

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。

- ・ 千鳥橋病院 (福岡・糸島二次医療圏の各種専門診療を提供する急性期病院である。)
- ・ 大手町病院 (北九州二次医療圏の急性期病院である。救急台数が年間 6,000 件を超え、外傷をはじめとする救急の症例が豊富である。)
- ・ 飯塚病院 (飯塚医療圏の急性期病院であり、年間救急車搬入件数が 7,000 件を超える。プライマリケアから三次救急までの幅広い救急経験ができる。)
- ・ 神野診療所 (佐賀二次医療圏の有床診療所である。総合診療専門研修指導医が常勤している。健康増進や予防医学活動が盛んであり、外来から往診まで幅広く経験することができる。)
- ・ みさき病院 (有明二次医療圏に位置する病院であり、認知症等の外来診療、往診、在宅医療を経験することができる。)
- ・ 久留米大学医療センター (久留米医療圏に位置する病院であり、プライマリケアに必要な診療技術を学ぶことができ、様々な疾患の患者を経験することができる。)
- ・ まつおレディースクリニック (熊本県に位置するクリニックであり、分娩や妊婦のスクリーニング検査等、産婦人科一般を経験することができる。)
- ・ 菊陽病院 (熊本県に位置する精神科の病院であり、一人で外来医療から入院医療まで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、2名となります。3学年の総数は毎年コンスタントに受け入れをすると想定し、6名です。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、同時期に受け入れできる専攻医の数は、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、質の高い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、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って、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名までは認められます。

ですが当院の場合は一人の専攻医に対して十分な指導医体制がとれるよう、1年の専攻医の募集人数は2名としております。

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に各科の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に、実態として適切に指導できる人数までに（合計の人数が過剰にならないよう）調整することが必要です。これについては、総合診療専門研修プログラムのプログラム統括責任者と各科の指導医の間で事前に調整を行います。

10. 施設群における専門研修コースについて

以下に専門研修コースの例を挙げます。専攻医は以下のコースにとらわれず、専攻医自身が選択して研修を決めることができます。

スタンダードコース

		1年目			2年目			3年目		
総合診療Ⅰ	みさき病院									
総合診療Ⅱ	米の山病院									
内科	飯塚病院									
小児科	千鳥橋病院									
救急科	大手町病院									

総診Ⅱ内科平行研修コース

		1年目			2年目			3年目		
総合診療Ⅰ	神野診療所									
総合診療Ⅱ	米の山病院									
内科										
小児科	久留米医療センター									
救急科	千鳥橋病院									
選択(精神科)	菊陽病院									

九州各地コース

		1年目			2年目			3年目		
総合診療Ⅰ	神野診療所									
総合診療Ⅱ	米の山病院									
内科	久留米大学医療センター									
小児科	鹿児島生協病院									
救急科	飯塚病院									

上記はあくまで 1 例です。専攻医のニーズに合わせて変更、様々な組み合わせが可能となります。

1.1. 施設の概要

基幹施設：米の山病院

■研修分野：総合診療Ⅱ、内科、選択研修(外科、整形外科、泌尿器科)

■専門医・指導医数：総合診療専門研修指導医 6名（プライマリ・ケア認定医、日本内科学会認定総合内科専門医）

内科専門医 10名(うち指導医 2名)

外科専門医 2名、整形外科専門医：2名

泌尿器科専門医 1名、小児科専門医 2名

病床数・患者数：延べ患者数：総合診療科：のべ外来患者数 約 6060名／月、入院患者総数 約 243名／月

内科：入院患者総数 200名／月

救急科：救急による搬送等の件数 1300件／年

■病院の特徴

米の山病院は、福岡県大牟田市に位置し人口 11.2 万あまり、高齢化率 36.7%と全国でトップレベルの地域に位置する病院です。(福岡県高齢化率：27.2%)

地域には、独居老人、認知症患者さんが多くいらっしゃり、病院のみならず、診療所、訪問看護、小規模な機能施設などを連携して医療、介護を展開する必要があります。各種、事業所と連携を取り、24時間対応で救急患者を受け入れています。また、病院内だけにとどまらず、患者会活動、地域へ出での健康相談なども積極的に実施しています。病院は、一般病床、回復期リハビリ病床を有しています。患者層としては高齢者が大半をしめ、一人の患者に多様な疾患を合併しています。当院ではそのような患者様に対して、内科医師はもちろんのこと、各診療科の医師で合同カンファレンスを開き、多角的な面から治療方針などカンファレンスをします。

また、当院での研修で内科、および総合診療の診療技術はもちろんのこと、患者の社会的な背景にも目を向け、幅広い問題に対応できる知識、技術の習得、患者さんや家族の気持ちに寄り添うことができる医師を目標としています。

連携施設：公益財団法人福岡医療団 千鳥橋病院

■研修分野：小児科、救急

■専門医・指導医数：総合診療専門研修指導医 5名（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）

小児科専門医 2名

■病床数・患者数：総合診療科 入院患者総数 90名／月

救急科 救急による搬送等の件数 3000 件／年

■病院の特徴

博多区の 1-2 次救急を担っていて、臨床研修指定病院です。

2012 年より日本プライマリ・ケア連合学会家庭プログラムに登録し家庭医の養成を行っています。総合診療科においては、幅広い疾患に対する初診を中心とした外来診療、専門各科にまたがる問題を持つ患者に対する病棟診療、救急科と連携した初期救急などを提供しています。

内科においては、循環器科、消化器科、呼吸器科、神経内科、糖尿病科を持ち、地域への専門医療を、小児科においては、乳幼児健診、予防接種、幅広い外来診療、病棟診療を、そして救急科においては、重度外傷への救急医療から ER 救急まで幅広い救急医療を提供しています。

WHO の提唱している HPH (Health Promoting Hospital) に属し患者・職員・地域に向けた健康増進を展開しています。

連携施設：公益財団法人健和会 健和会大手町病院

■研修分野：救急科

■病床数・患者数：病床数 499 床

総入院患者数（実数）7,615 名、総外来患者数（実数）15,018 名／2019 年度

■救急車搬入台数 7,322 台／2019 年度

■病院の特徴

健和会大手町病院は政令指定都市である北九州市で最も多くの救急車を受け入れる総合病院であり、その入院患者の 7 割が ER（断らない救急外来）経由の急性期病院です。土地柄を反映し様々な背景を持った患者が受診し、病棟には社会的な支援が必要な方々も入院しています。

北九州・京築医療圏で「友の会」と呼ばれる会員とともに「安心して住みつづけられるまちづくり、健康づくり」に取り組んでおり、友の会の会員向けの健康講座や健康チェックを実施して、地域の健康増進活動に積極的に取り組んでいます。

当院の総合診療科は特定の臓器だけを対象とした診療ではなく、身体的、心理的、予防医学的といった総合的に診療を行うことを目的としています。外来では一般外来診療だけではなく救急医療にも積極的に取り組んでいます。また、入院診療では集中治療室から一般病床、療養型病床まで幅広く患者さんを担当します。総合診療科ではこのような病院の特性を存分に生かし、あらゆる問題に対応できる本当の意味でのジェネラリストの育成を目指しています。

救急科は、年間救急車 7000 台以上、救急患者 23000 人以上を受け入れており、「断らない救急」をモットーに 24 時間 365 日、一次から三次までの救急医療を対応しています。救急初療室は北米型 ER の体制をとっており、専門科に関わらず救急医が幅広い視野で全科の初

期対応を行い、緊急 CT、MRI および緊急手術、IVR 対応も迅速に出来るように医師・看護師・コメディカル全体で体制を整えています。重症・多発外傷や心肺停止状態の症例も受け入れており、初期から根治的治療までの円滑で迅速な診療を行います。

感染症内科は、様々な細菌やウイルス、真菌、原虫などの微生物によって引き起こされる疾患の治療と予防を担当しています。病院内では重症肺炎や敗血症、原因不明の発熱疾患、治療困難な感染症などの患者様を各診療科の担当医と共に治療を行います。外来機能としては、海外旅行後の発熱などの特殊な感染症が疑われる患者様や長期間の発熱が続く患者様の診療、麻疹・風疹などのワクチン予防や治療のご相談、海外渡航前の予防のコンサルテーションなどと共に、最近増加傾向にある HIV 感染症も診療しております。

久留米大学医療センター

■指導医・専門医数：総合診療専門研修特任指導医 2 名、内科指導医 8 名、
小児科専門医 1 名、整形外科専門医 7 名

■病床数・患者数

- ・総合診療科（2016 年 4 月 1 日に新設）：新入院患者総数 17 名／月
- ・内科：新入院患者総数 66 名／月
- ・小児科：新入院患者総数 10 名／月 のべ外来患者数 310 名／月
- ・救急科：救急による搬送等の件数 136 件／年

■病院の特徴

福岡県南部（筑後）久留米市内にある久留米大学医学部の第二付属病院です。高度救命救急センターや地域がん診療連携拠点病院として高度先進医療をリードする久留米大学病院と機能分化することにより、福岡県南部、佐賀県・大分県の一部まで広範な地域の一般急性期医療、回復期リハビリテーション、慢性疾患診療、関節疾患に特化した整形外科（関節外科・スポーツ外科）、先進漢方医学を担うユニークな病院です。

地域包括ケア病棟を開設しています。地域に密着した大学付属病院です。総合診療科においては、外来にて幅広い健康問題に対する診療を行っています。

内科においては、循環器内科、消化器内科、リウマチ・膠原病内科、内分泌代謝内科の専門医療を提供しています。冠動脈カテーテル治療や消化管内視鏡治療などの急性期医療も行っています。リハビリテーションセンターは本院の柱のひとつです。整形外科的疾患、心臓・血管疾患、脳血管障害など幅広く、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカー、義肢装具士などの多職種がチームを組んでリハ医療を提供しています。要介護・寝たきりを予防し健康長寿社会を作るために、ロコモ症候群など“目に見えるフレイル”のみならず、心血管疾患や糖尿病、精神疾患（うつ、軽度認知症）といった“目に見えないフレイル”への早期介入、治療をはかる“総合的アンチフレイル医療”を目指しています。

連携施設：神野診療所

■研修分野：総合診療 I

■専門医、指導医：病床 19 床

・外来患者数 20148 名／年、入院患者数 333 名／年、のべ訪問診療件数 100 件／月

診療所の特徴

有床診療所であり、がんおよび非がん末期の患者の受け入れを行い、看取りの医療も行っていきます。在宅支援診療所として認定されており、約 50 件の管理を行っている。13 カ所の介護施設に往診を行っており、自宅や介護施設での看取りも含めた包括的な診療を提供しています。

院所から訪問看護・デイサービスの介護サービスを提供し、法人としてホームヘルプサービスや居宅介護支援事業も展開しており、地域包括ケアの取り組みも進めています。

無料低額診療制度を取得して、経済的に困窮している患者さんの救済活動を行う一方で医療生活協同組合の院所として、保健予防活動および健康づくりの取り組みに力を入れており、健診活動や地域での健康講話会・健康チェック会、医療生協組合員の班会の運営や講師活動などを通して、地域のニーズを取り入れた活動にも取り組んでいます。

3 カ所の保育園の園医および障害者施設の健診などを担当しており、産業医として職番巡視などの活動も取り組んでいます。

連携施設：みさき病院

■研修分野：総合診療 I

■専門医・指導医数： 総合診療専門研修指導医 1 名、内科専門医 1 名
研修指導者資格を有する緩和医療認定医 1 名

■患者数：総合診療科 入院患者総数 144 名／月

■往診件数：約 320 件/月

■病院の特徴

当院では、総合内科・老年科的な視点から、患者さんを全人的に診ていく方法を学びます。中小規模の優れた点を最大限に生かした総合的な臨床能力・多職種にわたるチームの中で力を発揮する方法を身につけることができます。高齢者を中心に、認知症医療、リハビリテーション医療、終末期医療などについて、外来・在宅・入院と切れ目のない医療を提供していくことを経験します。また、地域住民の健診や、地域での健康教室などの講師活動などを通して、地域医療の中における内科医の役割を幅広く学ぶことができます。研修は、医師のみでなく、民主的なチーム医療のリーダーとしての点など評価については他職種も密にかかわりながら進めていきます。

連携施設：鹿児島生協病院

- 研修分野：小児科
- 専門医・指導医数：小児科専門医 8名
- 患者数：小児科救急患者数 約 6,000 件/年
- 病院の特徴：地域に密着した医療を実践しつつ、総合診療医としての能力・力量を高めることを目標としています。病院や診療所、施設や地域、都市部や離島など、豊富なフィールドを有し、Common disease はもちろん、救急医療、小児疾患、外傷などの初期対応を経験していきます。また在宅医療や介護福祉の連携、社会保障制度などを実践的に学びます。

特にその中でも特徴的なのは、「離島診療所を担える力量を身に付ける」ことを目指し、人権を尊重し、安全で信頼される医療と平和で健康な社会作りを、地域の人々と共にすすめることのできる能力を身に付けることができます。内科・小児科のみならず、皮膚科、整形外科、耳鼻科などの広範囲の分野での地域のニーズにも対応し、一定の重症疾患管理まで行っています。

連携施設：飯塚病院

- 専門医・指導医：総合診療専門研修指導医 4名(プライマリ・ケア認定医、指導医)
内科専門医 36名(うち指導医14名)
小児科専門医 8名(うち指導医5名)
救急科専門医 3名

■診療実績

- ・総合診療科：のべ外来患者数 1,325名/月、入院患者総数 3,335名/月
- ・内科：入院患者総数 15,324名/月
- ・小児科：のべ外来患者数 2,731名/月
- ・救急部：救急車搬送件数 8,578件/年

■病院の特徴：

- ・筑豊地域の基幹病院として、救命救急センター、地域医療支援病院、開放型病院、地域がん診療連携拠点病院等の指定を受け、プライマリ・ケアから三次までの救急医療や高度医療を提供している。
- ・総合診療科にはスタッフ・後期研修医を合わせて40名が在籍。外来では、毎日20～30名の初診、病棟では年間3,000件以上の重症ケアも含めた内科入院診療を提供している。
- ・内科においては、肝臓内科、呼吸器内科、糖尿病・内分泌内科、消化器内科、血液内科、膠原病・リウマチ内科、腎臓内科、循環器内科、神経内科を持ち、地域への専門医療を提供している。
- ・小児科においては、救命救急センター診療、幅広い外来診療、NICU・GCUを含めた病棟診療を提供している。
- ・救急科においては、重度外傷への救急医療から ER 救急まで幅広い救急医療を提供している。

連携施設：菊陽病院

■指導医：5名 常勤精神科医 12名

■診療実績：精神科入院数 20～.30名/月

■病院概要：熊本県中部に位置する精神科病院です。地方型の単科精神科病院であり、精神科救急病棟・急性期治療病棟を中心とした精神疾患の全ての急性期治療を学ぶことができます。当院は精神科疾患における救急車搬送件数も県内有数です。精神科救急病棟には従来からの統合失調症に加え、気分障害・アルコール依存症・認知症など軽症例だけでなく難治例も数多く経験できます。

疾患別統計では、統合失調症 47%、気分障害 10%、アルコール依存症 18%、認知症 17%、年齢層も10代から80代まで幅広く受け入れています。

連携施設：まつおレディース

■専門医・指導医：1名

■病院概要：熊本県北西部に位置するクリニックです。家庭的な雰囲気を大切にし、先端医療への入口として、“かぜ”や“はらいた”から相談にのれる家庭医を目指しています。

「家庭的」というのは家庭でお産をしたり、民間療法に頼ることではなく、皆さんと私達が家族のように心でつながり、信頼関係で結ばれることにより、安心して医療を受けられる雰囲気をつくることです。ぜひ、気軽に受診してください。

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」、「経験省察県収録作成」、「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）の記録及び定期的な指導医との振り返りセッションを1～数ヶ月おきに定期的に実施します。その際に、日時と振り返りの主要内容について記録を残します。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な評価を研修手帳に記録します。

2) 経験省察研修録作成

常に到達目標を見据えた研修を促すため、経験省察研修録作成（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事例の経験省察研修録作成を作成することが求められますので、指導医は定期的な研修の振り返りの際に、経験省察研修録作成状況を確認し適切な指導を提供します。また、施設内外にて作成した

経験省察研修録作成の発表会を行います。

なお、経験省察研修録作成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、詳細は研修手帳にあります。

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、定期的な研修の振り返りの際に、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ケースに基づくディスカッション（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、ローテート研修における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に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。メンタリングセッションは数ヶ月に一度程度を保証しています。

【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。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ようにすることが総合診療専攻医と内科指導医双方にとって運用しやすいからです。

12 ヶ月間の内科研修の中で、最低 40 例を目安として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が、内科領域のようにプログラム外の査読者による病歴評価は行いません。

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、経験省察研修録、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。

1 3. 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の区別とそれぞれに対応した適切な対価を支払うこと、バックアップ体制、適切な休養などについて、勤務開始の時点で説明を行います。

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S病院総合診療専門研修管理委員会に報告されますが、そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれます。

1 4. 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の改善を行うこととしています。

1) 専攻医による指導医および本研修 PG に対する評価

専攻医は、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、こうした評価内容は記録され、その内容によって専攻医に対する不利益が生じることはありません。専門研修 PG 管理委員会は必要と判断した場合、専攻医指導施設の実地

調査および指導を行います。評価にもとづいて何をどのように改善したかを記録し、毎年 3 月 31 日までに日本専門医機構の総合診療研修委員会に報告します。

また、専攻医が日本専門医機構に対して直接、指導医やプログラムの問題について報告し改善を促すこともできます。

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 年間の研修期間におけ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ものであるかどうかを、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 統括責任者が修了の判定をします。

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、作成した経験省察研修録を通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること
- 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

専攻医は研修手帳及び経験省察研修録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

様々な関連する Subspecialty 領域については、連続性を持った制度設計を今後検討していくこととなりますので、その専門医機構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 120 日（平日換算）までとします。

(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・領域研修委員会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

基幹施設である米の山病院総合診療科には、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、研修手帳及び経験省察研修録の内容確認と、今後の専門研修の進め方についての検討
- ・ 研修手帳及び経験省察研修録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

20. 総合診療専門研修特任指導医

本プログラムには、総合診療専門研修指導医が総計 19 名、具体的には米の山病院総合診療科に 4 名、連携施設のみさき病院に 1 名、飯塚病院に 15 名、神野診療所に 1 名在籍しております。

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レポートの提出などによりそれらを確認し、総合診療専門研修特任指導医講習会の受講を経て、理解度などについての試験を行うことでその能力が担保されています。

なお、指導医は、以下の 1)~6)のいずれかの立場の方で卒後の臨床経験 7 年以上の方より仙人されており、本 PG においては 1) のプライマリ・ケア認定医 1 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 1 名、6) の郡市区医師会から推薦された医師などが参画しています。

- 1) 日本プライマリ・ケア連合学会認定のプライマリ・ケア認定医、及び家庭医療専門医
- 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

2 1. 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。

米の山病院総合診療科にて、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（資料 1）参照。

○指導医マニュアル

○専攻医研修実績記録フォーマット

所定の研修手帳（資料 1）参照

○指導医による指導とフィードバックの記録

所定の研修手帳（資料 1）参照

2 2. 専攻医の採用

採用方法

米の山病院総合診療専門研修 PG 管理委員会は、毎年 7 月(2017 年度に限り 10 月より)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『米の山病院総合診療専門研修 PG 応募申請書』および履歴書を提出してください。

(1)電話で問い合わせ(0944-51-3311 内線 4040)、

(2) e-mail で問い合わせ (rinsyou-kensyuu@kome-net.or.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(2017 年度に関しては 11 月もしくは)、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米の山

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、米の山病院総合診療専門研修 PG 管理委員会(上記資料請求先)に提出します。

- ・ 専攻医の氏名と医籍登録番号、専攻医の卒業年度、専攻医の研修開始年度
- ・ 専攻医の履歴書
- ・ 専攻医の初期研修修了証

以上