

ながさき上戸町病院 総合診療専門研修プログラム

社会医療法人健友会 上戸町病院

2017年8月12日 Ver. 3.1

目次

1. ながさき上戸町病院総合診療専門研修プログラムについて
2. 総合診療専門研修はどのように行われるのか
3. 専門医の到達目標（習得すべき知識・技能・態度など）
4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得
5. 学問的姿勢について
6. 医師に必要な資質・能力、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. 専門研修プログラムの施設群について
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・プログラム移籍の条件
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. ながさき上戸町病院総合診療専門研修プログラムについて

1) はじめに

上戸町病院は1982年の開設以来、地域密着型の小規模病院として独自に総合的な力量をもった医師育成を行い、長崎市南部地域の住民の健康に関わってきました。現在日本は急速に高齢化が進んでおり、それに対応していくため総合的な力量を持った医師の存在が今まで以上に必要となっています。その中で2017年から専門医制度が変わり、「総合診療専門医」という新たな専門医が加わることになりました。総合診療専門医育成制度の中で「国民の健康と福祉に貢献し、適切な医療提供体制を構築するために、総合的な力量を持った質の高い医師を育成する」という理念が掲げられています。この理念は上戸町病院の目指す医師養成と深く通じており、当院でも総合診療専門医を育成していく方針となりました。そのためながさき上戸町病院総合診療専門研修プログラム（以下、本研修PG）を構築し、小規模病院である上戸町病院を基幹施設として、大規模病院、地域の診療所や介護施設、長崎市南部の地域住民とも協力・連携しながら、総合的な力量を持った医師を育成していきます。

2) 本研修PGの研修理念

長崎市南部地域の住民の幸せな暮らしに寄与するため、そして全国に総合診療を普及していくために、ながさき上戸町病院総合診療研修プログラムは長崎市南部地域における総合診療専門医育成の中心的組織となり、小規模病院を基盤とした質の高い総合診療教育を行います。そして、自ら学び成長し続けながら、人々の命と健康に関わる幅広い問題に適切に対応できる専門医を育成します。また専攻医と指導医においては医師としてのみでなく人間としての成長を目指します。

3) 本研修PGの特徴

①小規模病院を基幹施設とした研修プログラム

本研修PGは上戸町病院を基幹施設としています。上戸町病院は104床の小規模病院で、外来医療（初診外来や慢性疾患管理）、救急医療（1次と2次救急）、病棟医療、在宅医療のすべてを行っているのが特徴です。そのため救急⇒病棟⇒外来、在宅⇒病棟⇒在宅、など1人の患者さんを継続的に診ることが可能となり、それぞれの場面に応じた適切な診療方法を習得し、また患者さんに責任を持つという姿勢が養われます。また小規模病院のためそれぞれのスタッフとの距離感が近く、1人の患者さんに関して多職種でカンファレンスを行ったり、それぞれの専門性を発揮してアプローチしたりするため、多職種連携の技術やリーダーシップの能力が養われます。また小規模病院だからこそ、近隣の多数の介護施設や医療機関（大規模病院、診療所）と密に連携をとっており、医療機関連携や医療介護連携を経験することができます。

②長崎市南部地域における診療経験

長崎市南部地域は低所得者の方が多く複雑な背景を抱える患者さんが多数いるため、その診療やカンファレンス等を通じて病気だけでなく「人を診る力」を養うことができます。また周辺に大規模病院がありますが専門分化しており、「多併存疾患を持つ高齢者を総合的に診る」ことのできる医療機関が少ないため、上戸町病院ではそのような患者さんのマネジメントを多数経験します。また周辺の医療機関や介護施設で看取りが行えないケースが多く、上戸町病院の病棟や在宅において「最期まで診る」ことも多く経験します。

③へき地や離島を含めた長崎県全体でのプログラム構築

本研修PGでは長崎県内の医療機関との連携・教育体制を構築しています。それぞれの医療機関では規模や地域性はさまざま、異なるセッティングを経験することで幅広い能力の獲得や価値観形成に役立ちます。また長崎県内の他の総合診療研修プログラムと相互乗り入れを行うことが可能になっており、「all長崎」で総合診療専門医の育成に取り組んでいます。長崎県はへき地や離島が多く存在しており、本研修プログラムにおいてもへき地の医療機関とも積極的に連携を行っており、地域医療に貢献するためのプログラム構築を行っています。

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

本研修PGは医師臨床研修修了後の4年間で構成されます。各年次修了時の到達の目安を以下に示します。

- ・ 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、2年次よりもより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を目標とします
- ・ 4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さがあつたり、患者を取り巻く背景が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も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。

4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、作成した経験省察研修録（ポートフォリオ：経験と省察のプロセスをファイリングした研修記録）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、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、一般的なケースで、自ら判断して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。4年次修了時に到達が不十分な場合は研修期間を延長する場合があります。

2) 専門研修における学び方

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及び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経験省察研修録（ポートフォリオ）作成という形で全研修過程において実施します。診療の場に応じた学習方法は以下のとおりです。

ア) 外来医療

経験目標を参考に幅広い症例を経験します。外来診察中にはプリセプティングによる指導、外来終了後にはカルテレビューによる指導を受け、また必要に応じてビデオレビューによる振り返りを行うことで、疾患の診断やマネジメントの力を身につけるだけでなく、医療面接技法も習得します。また臨床推論カンファレンスで議論することで臨床推論の力を高めます。

イ) 在宅医療

経験目標を参考に幅広い症例を経験します。指導医同行による指導、訪問診療終了後にはカルテレレビューや振り返りによる指導を受け、在宅医療の診療能力を獲得します。また多職種で構成されるカンファレンスに参加し、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症例を経験します。病棟回診による指導、カルテレレビューによる指導、科別

カンファレンスを通して、病棟医療の診療能力を獲得します。また多職種で構成されるカンファレンスに参加し、連携の方法を学びます。

エ) 救急医療

経験目標を参考に幅広い症例を経験します。救急対応中の指導、救急対応終了後のカルテレビューによる指導を受け、救急医療の診療能力を獲得します。また臨床推論カンファレンスで議論することで臨床推論の力を高めます。毎月シミュレーション学習を実施することで実践しながらにさまざまな症候に対する対応の仕方を学びます。

オ) 地域ケア

地域包括ケアに参画し、さまざまな医療機関や施設との連携を学び、ネットワークを形成して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。また参画した経験を指導医とともに振り返り、その意義や改善点を見出します。

カ) その他（医療安全、感染対策、医療倫理など）

研修期間中は研修領域によらず、可能な限り院内の医療安全委員会、感染対策委員会、NSTへ参加することを義務付け、医療安全や感染対策に関して学びます。医療倫理に関してのレクチャーを受け、臨床倫理4分割カンファレンスに参加することで医療倫理についても学びます。また倫理委員会へ参加することを推奨します。

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、総合診療領域の教育と研究等について、日本プライマリケア連合学会等の学術集会やセミナーに積極的に参加し、学習します。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も、日本医師会の生涯教育制度や関連する学会の学術集会を通じて学習を深めます。また、地域医師会における生涯学習の講演会は診療上の意見交換等を通じた、交流やネットワーク形成の場として活用します。本研修PGでは専攻医が前述の学術集会、セミナー、講演会へ参加することを積極的に促し、サポートします。

③自己学習

自ら不足している知識や能力を常に認識し、様々なリソースを活用しながら自己学習することで能力を高めていきます。自己学習のリソースとして当研修PGでは書籍140冊、雑誌700冊、各種ガイドライン、電子媒体へのアクセス（Up to date、DynaMed、医中誌など）を準備し、専攻医がいつでも利用可能な環境を整備しています。また指導医は2次資料（ガイドライン、Up to date、DynaMedなど）の活用の仕方、文献検索など必要な情報にアクセスする方法、文献の批判的吟味の方法等を指導します。

3) 専門研修における研究

総合診療専門研修IあるいはIIの期間中に、日々の診療の中から研究課題を見つけ出し、症例報告や臨床研究を様々な形で実践します。また量的研究、質的研究の方法と特徴について理解し、研究結果を自らの研修に生かします。研究に関しては長崎大学とも協力して専攻医の教育を行います。

専攻医は3年間で2回以上、学術大会の筆頭演者として発表することを義務付けます。また可能ならば論文発表を行うことを推奨します。

4) 研修の週間計画及び年間計画

①基幹施設（上戸町病院）

・総合診療専門研修IIの週間計画

	月	火	水	木	金
早朝 8-9時	教育回診	PCCMカンファレンス		教育回診	臨床推論カンファレンス
午前 9-12時	救急	病棟	外来	救急	病棟
午後 13-17時	病棟 多職種カンファレンス	訪問診療 (診療所)	病棟	病棟	外来

時間外 18時-	総合診療科カンファレンス			当直（週1回）	
-------------	--------------	--	--	---------	--

* 土日の日当直は月1回

②連携施設（平戸市民病院・五島ふれあい診療所・大浦診療所）

・総合診療専門研修Ⅰの週間計画（一例）

	月	火	水	木	金
早朝 8-9時		PCCMカンファレンス			臨床推論カンファレンス
午前 9-12時	外来	外来	地域ケア 学校医活動 産業医活動	外来	外来
午後 13-17時	訪問診療	訪問診療	地域ケア 学校医活動 産業医活動	訪問診療	訪問診療
時間外 18時-					

③連携施設（長崎医療センター・長崎大学病院）

・内科研修の週間計画（一例）

	月	火	水	木	金
早朝 8-9時		教育回診			
午前 9-12時	外来	病棟	外来	技術研修 （内視鏡・エコー 一検査など）	外来
午後 13-17時	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟
時間外 18時-		当直（週1回）	内科カンファレンス		

* 土日の日当直は月1回

・小児科研修の週間計画（一例）

	月	火	水	木	金
早朝 8-9時					
午前 9-12時	病棟	外来	外来	外来	病棟
午後 13-17時	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟
時間外 18時-				当直（週1回）	小児科カンファレンス

* 土日の日当直は月1回

・救急研修の週間計画（一例）

	月	火	水	木	金
早朝 8-9時					
午前 9-12時	救急	救急	救急	救急	救急

午後 13-17時	救急	救急	救急	救急	救急
時間外 18時-		救急科カンファ レンス	当直（週1回）		

* 土日の日当直は月1回

④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、SR4：4年次専攻医

月	全体行事予定
4	<ul style="list-style-type: none"> ・ SR1：研修開始。専攻医および指導医に提出用資料の配布 ・ SR2、SR3、SR4 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に提出 ・ 指導医、PG 責任者：前年度の指導実績報告の提出
5	
6	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修修了者：専門医認定審査書類を日本専門医機構に提出 ・ 全国学会参加、発表（開催時期は要確認） ・ 第1回研修 PG 管理委員会：研修実施状況評価
7	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	
9	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公募締め切り（9月末）
10	<ul style="list-style-type: none"> ・ SR1、SR2、SR3、SR4：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、面接）
11	<ul style="list-style-type: none"> ・ SR1、SR2、SR3、SR4：研修手帳の提出（中間報告） ・ 第2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
12	
1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経験省察研修録（ポートフォリオ）発表会
2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 学会地方会参加、発表
3	<ul style="list-style-type: none"> ・ その年度の研修終了 ・ SR1、SR2、SR3、SR4：研修手帳の作成（年次報告）（書類は翌月に提出） ・ SR1、SR2、SR3、SR4：研修 PG 評価法徳の作成（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） ・ 第3回研修 PG 管理委員会：研修実施状況評価、修了判定

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、文化などの環境（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、コミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。
- 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ものではなく、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意思・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、地域のお他職種との良好な連携体制の中での適切なリーダー

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取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険・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に注意した推論を実践する。

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、複雑な人間関係や環境の問題に対応する多恵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経験すべき症候

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。（すべて必須）

ショック 急性中毒 意識障害 疲労・全身倦怠感 心肺停止 呼吸困難 身体機能の低下 不眠 食欲不振 体重減少・るいそう 体重増加・肥満 浮腫 リンパ節腫脹 発疹 黄疸 発熱 認知能の障害 頭痛 めまい 失神 言語障害 けいれん発作 視力障害・視野狭窄 目の充血 聴力障害・耳痛 鼻漏・鼻閉 鼻出血 さ声 胸痛 動悸 咳・痰 咽頭痛 誤嚥 誤飲 嚥下困難 吐血・下血 嘔気・嘔吐 胸やけ 腹痛 便通異常 肛門会陰部痛 熱傷 外傷 褥瘡 背部痛 腰痛 関節痛 歩行障害 四肢のしびれ 肉眼的血尿 排尿障害(尿失禁・排尿困難) 乏尿・尿閉 多尿 不安 気分の障害(うつ) 興奮 女性特有の訴え・症状 妊婦の訴え・症状 成長・発達の障害

②経験すべき疾患・病態

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（鉄欠乏貧血、二次性貧血） 脳・脊髄血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血） 脳・脊髄外傷（頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫） 変性疾患（パーキンソン病） 脳炎・髄膜炎 一次性頭痛（偏頭痛、緊張性頭痛、群発頭痛） 湿疹・皮膚炎群（接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎、皮脂欠乏性皮膚炎） 蕁麻疹 薬疹 皮膚感染症（伝染性膿痂疹、蜂窩織炎、白癬症、カンジダ症、尋常性ざ瘡、感染性粉瘤、伝染性軟属腫、疥癬） 骨折（脊椎圧迫骨折、大腿骨頸部骨折、橈骨骨折） 関節・靭帯の損傷及び障害（変形性関節症、捻挫、肘内障、腱板炎） 骨粗鬆症 脊柱障害（腰痛症、腰椎椎間板ヘルニア、腰部脊柱管狭窄症） 心不全 狭心症、心筋梗塞 不整脈（心房細動、房室ブロック） 動脈疾患（動脈硬化症、大動脈瘤） 静脈・リンパ管疾患（深部静脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ浮腫） 高血圧症（本態性、二次性高血圧症） 呼吸不全（在宅酸素療法含む） 呼吸器感染症（急性上気道炎、気管支炎、肺炎） 閉塞性・拘束性肺疾患（気管支喘息、気管支拡張症、慢性閉塞性肺疾患、塵肺） 肺循環障害（肺塞栓・肺梗塞） 異常呼吸（過換気症候群、睡眠時無呼吸症候群） 胸膜、縦隔、横隔膜疾患（自然気胸、胸膜炎） 食道・胃・十二指腸疾患（食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎、逆流性食道炎） 小腸・大腸疾患（イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻、過敏性腸症候群、憩室炎） 胆嚢・胆管疾患（胆石、胆嚢炎、胆管炎） 肝疾患（ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害） 膵臓疾患（急性・慢性膵炎） 腹壁・腹膜疾患（腹膜炎、急性腹症、ヘルニア） 腎不全（急性・慢性腎不全、透析） 全身性疾患による腎障害（糖尿病性腎症） 泌尿器科的腎・尿路疾患（尿路結石、尿路感染症、過活動膀胱） 妊婦・授乳婦・褥婦のケア（妊婦・授乳婦への投薬、乳腺炎） 女性生殖器及びその関連疾患（月経異常（無月経を含む）、不正性器出血、更年期障害、外陰・膣・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍） 男性生殖器疾患（前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍） 甲状腺疾患（甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症） 糖代謝異常（糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖） 脂質異常症 蛋白及び核酸代謝異常（高尿酸血症） 角結膜炎（アレルギー性結膜炎） 中耳炎 急性・慢性副鼻腔炎 アレルギー性鼻炎 認知症（アルツハイマー型、血管型） 依存症（アルコール嗜癖、ニコチン依存） うつ病 不安障害（パニック症候群） 身体症状症（身体表現性障害） 適応障害 不眠症 ウイルス感染症（インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎、HIV） 細菌感染症（ブドウ球菌、MRSA、A群レンサ球菌、クラミジア） 膠原病、その合併症（関節リウマチ、SLE、リウマチ性多発筋痛症、シェーグレン症候群） 中毒（アルコール、薬物） アナフィラキシー 熱傷 小児ウイルス感染症（麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ、RS、ロタ） 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（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡） 維持治療期の悪性腫瘍 緩和ケア（疼痛管理、疼痛以外の症状管理、悲嘆と喪失に対するカウンセリング、グリーフケア等を含む）

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。（研修手帳参照）

①身体診察

- ア) 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療を実施できる
- イ) 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）を実施できる
- ウ) 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）を実施できる
- エ) 耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる
- オ) 死亡診断を実施し、死亡診断書を作成できる。

②検査

- ア) 各種採血法（静脈血・動脈血）簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査
- イ) 採尿法（導尿法を含む）
- ウ) 注射法（皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴・成人及び小児静脈確保法、中心静脈確保法）
- エ) 穿刺法（腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）
- オ) 単純X線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）
- カ) 心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査
- キ) 超音波検査（腹部・表在・心臓・下肢静脈）
- ク) 生体標本（喀痰、尿、皮膚等）に対する顕微鏡的診断
- ケ) 呼吸機能検査
- コ) 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
- サ) 頭・頸・胸部単純CT、腹部単純・造影CT、頭部MRI・MRA

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。（研修手帳参照）

①救急処置

- ア) 新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS）
- イ) 成人心肺蘇生法（ICLS または ACLS）
- ウ) 外傷救急（JATEC）

②薬物治療

- ア) 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
- イ) 適切な処方箋を記載し発行できる
- ウ) 処方、調剤方法の工夫ができる
- エ) 調剤薬局との連携ができる
- オ) 麻薬管理ができる

③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） 経鼻胃管及びイレウス管の挿入と管理 胃瘻カテーテルの交換と管理 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や在宅輸血のガイドラインを含む） 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 咽喉頭異物の除去（間接喉頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用） 睫毛除去

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。本研修 PG では以下のようなカンファレンスを開催し、積極的に学びます。

1) 科別カンファレンス

毎週、総合診療科、内科、小児科、救急科など、科別でのカンファレンスを実施することで主に病棟医療の医学的内容に関してディスカッションを行い、診療能力の向上を図ります。

2) 臨床推論カンファレンス

総合診療専門研修 I と II の期間中は毎週、専攻医や研修医が経験した症例に関して、臨床推論カンファレンスを実施することで臨床推論の能力を向上させます。

3) PCCM (患者中心の医療の方法) カンファレンス

総合診療専門研修 I と II の期間中は毎週、患者中心の医療の方法の枠組みを利用したカンファレンスを実施することで、患者中心の医療の方法について学びます。また、特に複雑性の高い患者さんに関して、病い体験や社会背景を考慮しつつ多角的に方針を立てていく方法論について学びます。

4) 臨床倫理の4分割カンファレンス

総合診療専門研修 I と II の期間中は必要な際に、臨床倫理の4分割の枠組みを利用したカンファレンスを実施することで、倫理的に複雑な患者さんに関するディスカッションを通して医療倫理について学びます。

5) 多職種カンファレンス

総合診療専門研修 I と II の期間中は毎週、病棟医療や在宅医療の場面で、医師、看護師、リハビリテーションセラピスト、MSW、薬剤師等で構成される多職種カンファレンスを実施し、多角的な視点を身につけるとともに連携の方法を学びます。

5. 学問的姿勢について

1) 身につけるべき学問的姿勢

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ます
- ・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ます

2) 教育、研究、学会発表と論文発表の実施

上記の学問的姿勢を身につけるために以下の3つを実施します。

①教育

総合診療専門研修 I あるいは II の期間中に、臨床実習中の学生や研修医に対して1対1の指導を行います。また学生、研修医向けにテーマ別の教育目的の企画、実行、評価、改善を行います。多職種との合同セッションを企画して専門職連携教育を実践します。

②研究

総合診療専門研修 I あるいは II の期間中に、日々の診療の中から研究課題を見つけ出し、症例報告や臨床研究を様々な形で実践します。また量的研究、質的研究の方法と特徴について理解し、研究結果を

自らの研修に生かします。研究に関しては長崎大学とも協力して専攻医の教育を行います。

③学会発表と論文発表

専攻医は3年間で2回以上、学術大会の筆頭演者として発表することを義務付けます。また可能ならば論文発表を行うことを推奨します。

6. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性などについて

総合診療専攻医は以下の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、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、可能な限り医療・ケアを優先して提供できる。

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では上戸町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。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

上戸町病院において総合診療専門研修Ⅱを12～18カ月、五島ふれあい診療所、平戸市民病院、大浦診療所のいずれかで総合診療専門研修Ⅰを12～18カ月間、合計24～30カ月の研修を行います。

2) 必須領域別研修

長崎医療センターあるいは長崎大学病院で内科研修12カ月、小児科3カ月、救急3カ月の研修を行います。

3) その他の領域別研修

整形外科、リハビリテーション科、皮膚科、産婦人科、放射線科の選択研修を最大6カ月行うことが可能です。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、原則的に「10. 施設群における専門研修コースについて」に示すような形で実施しますが、専攻医の総数、個々の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。

また本研修プログラムでは総合診療専門研修Ⅰにおいて1年以上、へき地・離島で研修することを推奨しており、へき地・離島の医療機関を連携施設に加えています。またへき地・離島ではない地域においても積極的に当直研修等を行うことで、地域医療に貢献します。

8. 専門研修プログラムの施設群について

本研修PGは基幹施設1、連携施設5の合計6施設の施設群で構成されます。施設はすべて長崎県にあり、施設群の中には地域中核病院や地域中小病院、診療所が入っています。各施設は長崎、県央、佐世保県北、五島の4つの2次医療圏に位置しています。各施設の診療実績や医師の配属状況は「11. 研修施設の概要」を参照して下さい。基幹施設と連携施設により専門研修施設群を構成します。(図1)

1) 基幹施設

上戸町病院総合診療科が専門研修基幹施設となります。上戸町病院は長崎医療圏に位置する中小規模のケアミックス病院で、総合診療専門研修指導医が常勤しており、総合診療科にて初期診療にも対応しています。

2) 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。すべて、診療実績基準と所定の施設基準を満たしています。

①大浦診療所

長崎医療圏に位置する在宅療養支援診療所である。総合診療専門研修指導医が常勤している。外来、予防医療、在宅医療の症例が豊富である。

②五島ふれあい診療所

五島医療圏に位置する診療所である。総合診療専門研修指導医は常勤していないが、離島にあり、外来や在宅医療の症例が豊富である。

③平戸市民病院

佐世保県北医療圏に位置するケアミックス病院である。総合診療専門研修指導医が常勤している。へき地にあり、外来や在宅医療の症例が豊富である。

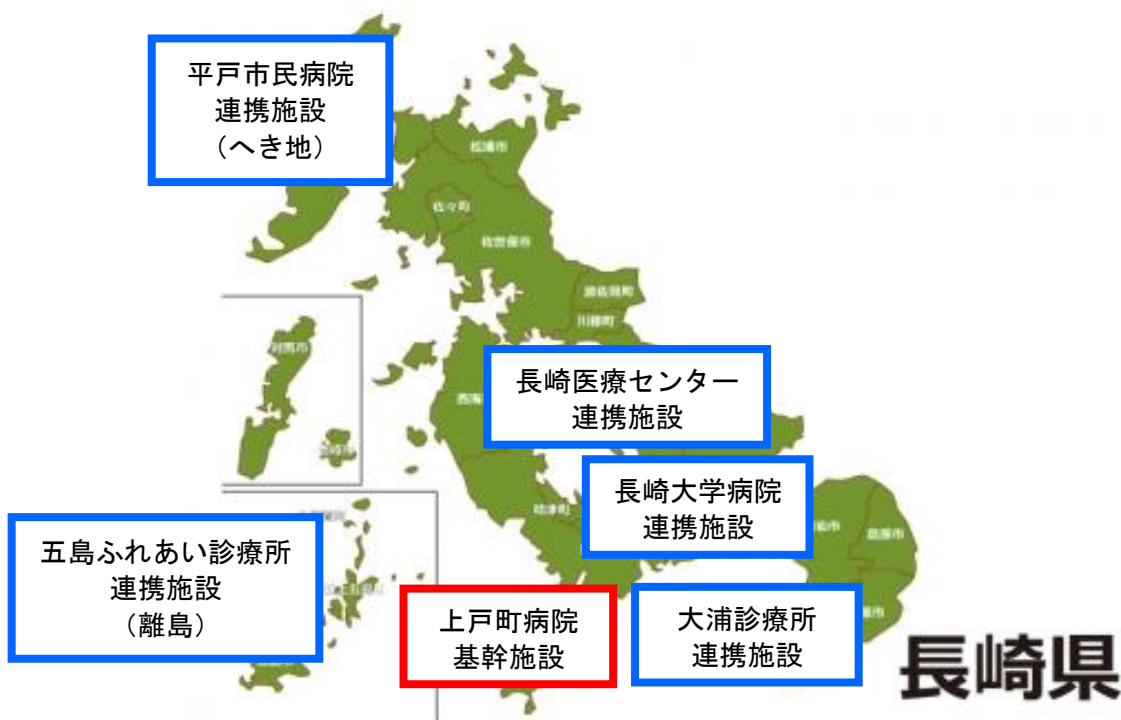
④長崎医療センター

県央医療圏に位置し、各種専門診療を提供する急性期病院である。

⑤長崎大学病院

長崎医療圏に位置し、各種専門診療を提供する急性期病院である。

<図1>



9. 専攻医の受け入れ数について

年度毎の専攻医採用数の上限は、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名です。また4学年の総数は総合診療専門研修指導医×8名です。しかし本研修PGでは指導医数だけでなく、症例数などの研修のリソースを加味して受け入れ数を決定します。

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、質の高い研修を保证するために、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。

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。

小児科領域と救急科領域を含むその他の診療科の領域別研修において、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領域別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、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。

なお、本研修PGでは毎年2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

図2に本研修PGの施設群による研修コース例を示します。専門研修1年目は基幹施設である上戸町病院での総合診療研修Ⅱを行います。専門研修2年目と3年目は長崎医療センターあるいは長崎大学病院で内科、救急、小児科の研修を行います。専門研修4年目は平戸市民病院や五島ふれあい診療所で総合診療専門研修Ⅰを行います。なお、4年間の研修期間中に外科、整形外科、産婦人科、精神科、放射線科、リハビリテーション科など連携して幅広い疾患管理能力を習得するための研修を行い、総合診療専門医に必要な知識や技能を補います。

資料「研修目標及び研修の場」に本研修PGの4年間の施設群ローテーションにおける研修目標と研修の場を示しました。ローテーションの際には特に主たる研修の場では目標を達成できるように意識して修練を積むことが求められます。

本研修PGの研修期間は4年間としていますが、修練が不十分な場合は修練できるまでの期間を延長することになります。

<図2>

		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年次	施設	上戸町病院											
	領域	総合診療専門研修Ⅱ											
2年次	施設	長崎医療センター											
	領域	内科											
3年次	施設	長崎医療センター						上戸町病院					

	領域	救急	小児科	整形外科	リハビリテーション科
4年次	施設	平戸市民病院			
	領域	総合診療専門研修 I			

11. 研修施設の概要

1) 基幹施設

社会医療法人健友会 上戸町病院

- ・ 病床数：一般 104 床（急性期 51 床、地域包括ケア 9 床、回復期 44 床）
- ・ 標榜科：内科（総合診療科）、神経内科、外科、整形外科、リハビリテーション科、リウマチ科
放射線科
- ・ 年間外来患者数：50,620 名
- ・ 年間入院患者数：1,306 名
- ・ 年間救急搬入台数：520 台
- ・ 領域別研修：総合診療Ⅱ、整形外科、リハビリテーション科
- ・ 総合診療専門研修指導医数：4 名

2) 連携施設

①社会医療法人健友会 大浦診療所

- ・ 病床数：なし
- ・ 標榜科：内科、呼吸器内科、外科、整形外科、リウマチ科、リハビリテーション科
- ・ 年間外来患者数：45,673 名
- ・ 年間訪問診療患者数：1,860 名
- ・ 領域別研修：総合診療Ⅰ
- ・ 総合診療専門研修指導医数：1 名

②社会医療法人健友会 五島ふれあい診療所

- ・ 病床数：なし
- ・ 標榜科：内科、外科、整形外科、リハビリテーション科
- ・ 年間外来患者数：9,669 名
- ・ 年間訪問診療患者数：838 名
- ・ 領域別研修：総合診療Ⅰ
- ・ 総合診療専門研修指導医数：0 名

③国民健康保険 平戸市民病院

- ・ 病床数：一般 58 床、療養 42 床
- ・ 標榜科：内科、外科、整形外科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科
- ・ 年間外来患者数：34,991 名
- ・ 年間入院患者数：616 名
- ・ 領域別研修：総合診療Ⅰ
- ・ 総合診療専門研修指導医数：3 名

④国立病院機構 長崎医療センター

- ・病床数：一般 610 床、精神 3.3 床
- ・標榜科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、神経内科、外科、呼吸器外科、心臓血管外科
消化器外科、小児外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、精神科、リウマチ科、小児科
皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科
病理診断科、臨床検査科、救急科、腫瘍内科、乳腺外科、内分泌外科、血液内科
内分泌・代謝内科、腎臓内科肝臓内科、感染症内科、緩和ケア内科
- ・年間外来患者数：185,808 名
- ・年間入院患者数：14,701 名
- ・領域別研修：内科、小児科、救急、産婦人科、皮膚科、放射線科

⑤長崎大学病院

- ・病床数：一般 788 床、精神 42 床、感染 2 床、結核 6 床
- ・標榜科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、神経内科、外科、呼吸器外科、心臓血管外科
消化器外科、小児外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、精神科、アレルギー科
リウマチ科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科
麻酔科、病理診断科、臨床検査科、救急科、内分泌代謝内科、膠原病内科、腎臓内科
血液内科、感染症内科、乳腺内分泌外科、総合診療科、歯科
- ・年間外来患者数：403,817 名
- ・年間入院患者数：254,549 名
- ・領域別研修：内科、小児科、救急

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プログラムの根幹となるものです。以下に具体的内容について示します。

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、研修手帳の記録及び定期的な指導医との振り返りセッションを毎月定期的に行います。その際に、日時と振り返りの主要な内容について記録を残します。振り返りの中で到達目標や経験目標の到達度を確認し、次に向けた学習課題をみつけます。また振り返りの中で専攻医の心身の状態についても評価し、その結果に基づいて適切に対応します。振り返りは専攻医と指導医が集まって face-to-face で実施することを原則としますが、それが難しい場合にはTV会議システムを活用します。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（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、最高の能力を発揮したりできた症例・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を作成することが義務付けられていますので、1～2カ月毎に専攻医と指導医で経験省察研修録の検討会を行います。その中で指導は事例を通して専攻医のコアコンピテンシーの到達度についての評価を行います。また年に1回は経験省察研修録の発表会をおこないます。

なお、経験省察研修録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) 研修評価と自己評価

専攻医は研修目標の各項目の到達段階について適宜、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、研修目標の到達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、現状と課題に対するコメントを記録します。

4) 360° 評価

専攻医の態度評価のために360° 評価を実施します。各領域別研修の修了時に必ず、多職種、指導医、同僚医師による評価を行います。

5) その他

その他にも、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。また原則として専攻医にはメンターを配置し数カ月に1回はメンタリングセッションを保証します。

評価項目	評価方法	評価者	評価時期
到達目標の到達度	ポートフォリオ 振り返り	プログラム責任者、 指導医	総合診療専門研修 I II 中は毎月 その他適宜
経験目標の到達度	研修医手帳 振り返り	プログラム責任者、 指導医、専攻医	各領域別研修終了時（必須） その他適宜
専攻医の態度	360° 評価	多職種、指導医、 同僚医師	各領域別研修終了時（必須） その他適宜
到達目標や経験目標 の到達度	Mini-CEX CbD	指導医、専攻医	適宜

【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。

12ヶ月の内科研修修了時には、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° 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、指導医資格の取得に際して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. 専門研修プログラムの改善方法とサイトビジット（訪問調査）について

1) 自律的なプログラム評価と改善

本研修PGでは専攻医からのフィードバックを重視してプログラムの改善を行うこととしています。毎年2月に下記のとおりプログラム評価を行います。プログラム評価の結果は研修管理委員会に報告され、討議されます。評価結果に基づきプログラム責任者は適切にプログラム改訂作業を行います。プログラムは研修管理委員会で承認され、正式に改訂されます。プログラム評価の結果は研修管理委員会での討議後に報告対象者に報告します。

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。また研修管理委員会が必要と判断した場合、連携施設の実地調査および指導を行います。評価に基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。

評価項目	評価方法	評価者	評価時期	報告対象
理念を達成しているか	非構造化質問紙	プログラム責任者、 院長、多職種代表、 患者代表	年1回	すべてのステイクホルダー
修了生の動向	半構造化質問紙	修了生	2年に 1回	すべてのステイクホルダー
目標を達成しているか	構造化質問紙	プログラム責任者	年1回	すべてのステイクホルダー
カリキュラムの内容と構成が妥当か	半構造化質問紙	プログラム責任者、 専攻医、指導医	年1回	プログラム責任者、 専攻医、指導医
カリキュラムが実行されたか	半構造化質問紙	プログラム責任者、 専攻医、指導医	年1回	プログラム責任者、 専攻医、指導医
教育方略は適切か	半構造化質問紙	プログラム責任者、 専攻医、指導医	年1回	プログラム責任者、 専攻医、指導医
教育風土は適切か	非構造化質問紙	プログラム責任者、 専攻医、指導医、 多職種代表	年1回	プログラム責任者、 専攻医、指導医 多職種代表
専攻医の評価は適切か	半構造化質問紙	プログラム責任者、 専攻医、指導医	年1回	プログラム責任者、 専攻医、指導医

カリキュラムのリソースは適切か	構造化質問紙	プログラム責任者、 専攻医、指導医	年 1 回	プログラム責任者、 院長、事務長、 専攻医、指導医
-----------------	--------	----------------------	-------	---------------------------------

2) サイトビジット（訪問調査）による評価

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研修管理委員会でプログラムの改善を行います。プログラム更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改善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善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

4年間の研修期間における研修記録に基づいて、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3月末までに専門研修プログラム統括責任者または専門研修連携施設担当者が専門研修プログラム管理委員会に提出し、委員会メンバーで総合的に評価し、最終的に専門研修プログラム責任者の責任のもとに修了判定をします。修了可と判断された場合は5月末までに研修修了証明書を発行します。修了に満たないと判断された場合は専攻医と協議の上で研修期間の延長などの措置を講じます。

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を各6カ月以上・合計18カ月以上、内科研修12カ月以上、小児科研修3カ月以上、救急研修3カ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（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、事務員等の他職種による360°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. 専攻医が専門研修プログラム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（ポートフォリオ）を専門医認定申請年の3月までに専門研修プログラム管理委員会に提出して下さい。専門研修プログラム管理委員会は3月末までに修了判定を行い、5月末まで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下さい。

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、連続性を持った研修が可能となるように、2019年度をめどの各領域と検討していくこととなりますので、その議論を参考にしながら本研修PGでも計画していきます。

18. 総合診療専門研修の休止・中断・プログラム移籍の条件

1) 研修の休止

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カ月までとします。なお、総合診療Ⅰ・Ⅱ・内科・小児科・救急の必須研修においては、研修期間がそれぞれ既定の期間の2/3を下回らないようにします。

- ・ 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

2) 研修の中断

大学院進学など専攻医が研修を中断する必要がある場合に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。

3) プログラムの移籍

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出来ます。その場合には、日本専門医機構への相談等が必要となります。

- ・ 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
- ・ 専攻医にやむを得ない理由があるとき

4) その他

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。その他にも専攻医の事情に応じて、必要に応じた対応を行います。

19. 専門研修プログラム管理委員会

1) 基幹施設の役割とプログラム統括責任者

基幹施設である上戸町病院は連携施設とともに施設群を形成し、基幹施設に置かれた専門研修プログラム統括責任者は、プログラムの管理と運営、研修修了判定、専門研修プログラムの評価と改善に責任を負います。プログラム統括責任者は一定の必要な基準を満たした者が任命されます。本研修PGでは専攻医の総数が20名を越えないため、副専門研修統括責任者は設置していません。

2) 専門研修プログラム管理委員会

基幹施設である上戸町病院に専門研修プログラム管理委員会を設置し、プログラムの管理と運営を行います。専門研修プログラム管理委員会（以下、研修管理委員会）は、研修管理委員長（プログラム統括責任者）、研修担当事務、指導医、および各専門研修連携施設の研修責任者で構成されます。またプログラム改善のための大切な意見を述べてもらうためにオブザーバーとして専攻医、患者代表、多職種代表が加わる場合もあります。研修管理委員会は、専攻医および専門研修プログラム全般の管理と運営、専門研修プログラムの継続的な改善を行います。また、連携施設における各科で個別に委員会は設置せず、基幹施設で開催される研修管理委員会に専門研修連携施設の研修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。研修管理委員会の役割と権限を次の通りです。

- ・ 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、研修手帳及び最良作品型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
- ・研修施設の評価に基づく状況把握、指導の必要性の決定
- ・プログラム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
- ・プログラム更新に向けた審議
- ・翌年度の専門研修プログラム応募者の採否決定
- ・各専門研修施設の指導報告
- ・各指導医の評価の確認と必要に応じたフィードバック
- ・プログラムに関する評価と改善について日本専門医機構への報告内容についての審議
- ・プログラム連絡協議会の結果報告

20. 総合診療専門研修指導医

1) 総合診療専門研修指導医について

本研修PGには、総合診療専門研修指導医が総計8名、具体的には上戸町病院総合診療科に4名、大浦診療所に1名、平戸市民病院に3名在籍しています。

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、本研修PGの指導医についても総合診療専門研修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のいずれかの立場の方で卒後の臨床経験7年以上の方より専任されており、本研修PGにおいては①のプライマリ・ケア認定医7名、②の地域包括医療・ケア認定医1名が参画しています。

- 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（日本臨床内科学会認定専門医等）
- ⑥⑤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) 指導医の評価

各領域別研修修了時に指導医評価を行います。指導医評価の結果は研修管理委員会に報告し、討議されます。必要性が判断された場合はプログラム責任者より各指導医にフィードバックを行います。

21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

1) 研修実績および研修の記録

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。

上戸町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°評価と振り返り等の研修記録、研修ブロックごとの総括的評価、修了判定等の記録を補完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年以上保管します。

2) プログラム運用マニュアル

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） 所定の研修手帳を参照。
- ・ 指導医マニュアル 別紙「指導医マニュアル」を参照。
- ・ 専攻医研修実績記録フォーマット 所定の研修医手帳を参照。
- ・ 指導医による指導とフィードバックの記録 所定の研修医手帳を参照。

22. 専攻医の採用

本研修PGは毎年2名の専攻医を募集します。専攻医は上戸町病院の正規職員として採用し、その処遇は当法人の規定に準じます。プログラムへの応募者は、10月30日までに上戸町病院ホームページ (http://www.kenyukai.or.jp/senmon_recruit) 上の「上戸町病院総合診療専門研修プログラム応募申込書」を記載して送信してください。また、お電話で直接のご連絡も可能です。（095-879-0705 医局研修担当事務まで）その後上戸町病院医局宛に「願書」「医師免許証の写し」「履歴書」を送付してもらい、原則として10-11月中に書類選考および面接、レポート提出を行い、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月の研修プログラム管理委員会において報告します。

研修を開始した専攻医は5月31日までに専攻医の氏名、医籍登録番号、卒業年度、初期研修修了証等の必要書類を研修管理委員会に提出します。