

ようか総合診療専門研修プログラム

2025年度

目次

1. ようか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到達目標
3. 総合診療専門研修の経験目標
4. 総合診療専門研修はどのように行われるのか
5. 施設群における専門研修コースについて
6. 総合診療専門研修の評価について
7. 施設群による研修プログラム及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. 専門研修の休止・中断・再開、延長、プログラム移動について
11. プログラム統括責任者及び専門研修プログラム管理委員会について
12. 専攻医の就業環境について
13. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について
14. 専門研修プログラムの評価と改善について
15. 専攻医の採用と修了について

1. ようか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、健康にかかわる諸問題について適切に対応する医師の必要性がより高くなることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を学術的に評価し、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。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が制度の第一の目的とされています。

こうした制度の理念に則って、ようか総合診療専門研修プログラム(以下、本研修プログラム)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に、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。兵庫県において、少子高齢化が進み、住民の医療へのアクセスが困難な地域の一つである但馬地域を基盤に、地域社会・地域住民との相互作用のなか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、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、絶えざる自己研鑽を重ねながら、地域で生活する人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する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。

* 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。

* 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。

本研修プログラム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、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、日本の医療や総合診療領域の発展に資するべく教育や学術活動に積極的に携わることが求められます。本研修プログラム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。

本研修プログラムでは、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つの必須診療科で3年間の研修を行います。このことにより総合診療専門医に欠かさない7つの資質・能力（以下）を効果的に修得することが可能になります。:

- 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

本研修プログラム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。

2. 総合診療専門研修の到達目標

(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、文化などの環境（コンテクスト）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患者・医師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、そのマネジメントを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患者・医師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時には、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) 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。

1) 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。

2) 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。

(4) 医師としての倫理性、社会性など

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行います。

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、可能な限りの医療・ケアを率先して提供できる。

3. 総合診療専門研修の経験目標

(1) 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及び、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。(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 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)

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) 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のみ掲載)

貧血 脳・脊髄血管障害 脳・脊髄外傷 変性疾患 脳炎・髄膜炎

一次性頭痛 湿疹・皮膚炎群 蕁麻疹 薬疹 皮膚感染症

骨折 関節・靭帯の損傷及び障害 骨粗鬆症 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
女性生殖器及びその関連疾患 男性生殖器疾患 甲状腺疾患 糖代謝異常
脂質異常症 蛋白及び核酸代謝異常 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
身体症状症(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 膠原病とその合併症 中毒 アナフィラキシー 熱傷
小児ウイルス感染症 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 維持治療期の悪性腫瘍 緩和ケア

(2) 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

- ・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
- ・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)
- ・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)
- ・耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察

2) 検査

- ・各種の採血法(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
- ・採尿法(導尿法を含む)
- ・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)
- ・穿刺法(腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む)
- ・単純X線検査(胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に)
- ・心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査
- ・超音波検査(腹部・表在・心臓、下肢静脈)
- ・生体標本(喀痰、尿、皮膚等)に対する顕微鏡的診断
- ・呼吸機能検査

- ・オージ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
- ・消化管内視鏡(上部)、消化管内視鏡(下部)
- ・造影検査(胃透視、注腸透視、DIP)
- ・頭・頸・胸部単純CT、腹部単純・造影CT、頭部MRI / MRA

(3) 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

- ・新生児、幼児、小児の心肺蘇生法(PALS)
- ・小児蘇生のトレーニングが含まれているBLSまたはPEARS
- ・成人心肺蘇生法(ICLS または ACLS)または内科救急・ICLS 講習会(JMECC)
- ・外傷救急(JATEC)

2) 薬物治療

- ・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。
- ・適切な処方箋を記載し発行できる。
- ・処方、調剤方法の工夫ができる。
- ・調剤薬局との連携ができる。
- ・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

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)

静脈ルート確保及び輸液管理(中心静脈ルートを含む)

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) 睫毛抜去

(4) 地域医療の経験(病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など)

1) 適切な医療・介護連携を行うために、介護保険制度の仕組みやケアプランに即した各種サービスの実際、更には、介護保険制度における医師の役割および医療・介護連携の重要性を理解して下記の活動を地域で経験する。

- ・介護認定審査に必要な主治医意見書の作成
- ・各種の居宅介護サービスおよび施設介護サービスについて、患者・家族に説明し、その適応を判断する。
- ・ケアカンファレンスにおいて、必要な場合には進行役を担い、医師の立場から適切にアドバイスを提供する。
- ・グループホーム、老健施設、特別養護老人ホームなどの施設入居者の日常的な健康管理を実施する。
- ・施設入居者の急性期の対応と入院適応の判断を、医療機関と連携して実施する。

2) 地域の医師会や行政と協力し、地域包括ケアの推進や地域での保健・予防活動に寄与するために、以下の活動を経験する。

- ・特定健康診査の事後指導
- ・特定保健指導への協力
- ・各種がん検診での要精査者に対する説明と指導
- ・保育所、幼稚園、小学校、中学校において、健診や教育などの保健活動に協力する。
- ・産業保健活動に協力する。
- ・健康教室(高血圧教室・糖尿病教室・高脂血症教室など)の企画・運営に協力する。

3) 主治医として在宅医療を10症例以上経験する。(看とりの症例を含むことが望ましい)

(5) 学術活動

1) 教育

- ・学生・研修医に対して1対1の教育を行うことができる。
- ・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。
- ・専門職連携教育を提供することができる。

2) 研究

- ・日々の臨床の中から研究課題を見つけ出すという、総合診療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。

・量的研究(疫学研究など)、質的研究双方の方法と特徴について理解し、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。

4. 総合診療専門研修はどのように行われるのか

(1) 研修の流れ

総合診療専門研修は臨床研修修了後の専門研修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。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する的確なマネジメントを提供することを目標とします。主たる研修の場は総合診療専門研修Ⅰとなります。

* 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さがあつたり、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。主たる研修の場は総合診療専門研修Ⅱと小児科・救急研修となります。

* 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、総合診療専門研修Ⅰ(12か月)及び総合診療専門研修Ⅱ(6か月)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

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。

(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経験省察研修録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。

* 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)などを実施します。また、指導医による定期的な診療録レビューによる評価、更には、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、習熟度に応じた指導を提供します。

* 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、次第に独立して訪問診療を提供し経験を積みまます。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。

* 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。

* 救急医療

経験目標を参考に救急外来や救命救急センター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ます。

* 地域ケア

地域医師会の活動を通じて、地域の実地医家と交流することで、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。参画した経験を指導医と共に振り返り、その意義や改善点を理解します。

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。

* 臨床現場で経験数の少ない手技などはシミュレーション機器を活用して学ぶこともできます。

* 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他、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。

* 医療倫理、医療安全、感染対策については、日本専門医機構が認定する共通講習の必修講習 A を総合診療専門研修期間中に各 1 回以上受講します。

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せんが、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。

4) 各種カンファレンス等による知識・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。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。

* 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。

* 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。

* 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) 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、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。これらについても経験ある指導医からの支援を提供します。

(3) 研修時間数

各領域の研修は、週32時間(1日あたり60分以内の休憩時間を含む)以上必要とされます。週32時間未満の短時間勤務の場合は、必要に応じてカリキュラム性への移行を検討します。

5. 施設群における専門研修コースについて

下図に本研修プログラムの施設群による研修コース例を示します。専門研修1年次に基幹施設である公立八鹿病院での内科の領域別必修研修(12か月)を行います。専門研修2年次に公立村岡病院等の連携施設(総合診療専門研修Ⅰを担当する病院)での総合診療専門研修Ⅰを12か月行います。専門研修3年次に公立八鹿病院で6か月の総合診療専門研修Ⅱを行い、3か月の小児科の領域別必修研修を兵庫県立丹波医療センター(または公立豊岡病院組合立豊岡病院)で行い、3か月の救急科の領域別必修研修を公立豊岡病院組合立豊岡病院(または北播磨総合医療センター、公立八鹿病院)で行います。

図:ローテーションの一例

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
1年次	公立八鹿病院											
	内科(12か月)											
2年次	公立村岡病院											
	総合診療専門研修Ⅰ(12か月)											
3年次	公立八鹿病院				公立豊岡病院				丹波医療センター			
	総合診療専門研修Ⅱ(6か月)				救急科(3か月)				小児科(3か月)			

その施設で達成することが難しい研修目標については、プログラム内の他の連携施設で補完・達成できるよう配慮します。

本研修プログラムでは、内科・小児科・救急科以外の領域別研修を設定していません。総合診療専門研修Ⅰ又は総合診療専門研修Ⅱのなかで、専門診療科との連携を通して目標に掲げられている修得すべき知識・技能・態度などを身につけられるよう、指導医が配慮します。総合診療の実践の過程で身につけることが、より総合診療

専門医にとって効果的であると考えからです。

本研修プログラムの研修期間は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を延長することになります。

6. 総合診療専門研修の評価について

(1) 形成的評価

1) フィードバックの方法とシステム

* 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定期的実施します。

* 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の支援を通じた指導を行います。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ます。

* 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度評価などを各ローテーション終了時等、適宜実施します。

* 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。

* 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か月に一度程度を保証します。

* 以上のフィードバックの結果については、研修手帳などに過不足なく記録を残します。

【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(J-OSLER)による登録と評価を行います。

12か月の内科研修の中で、受け持ち入院症例を最低40例登録し、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か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。

【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をできる限り多く経験し、各診療科の指導医からの指導を受けます。なお、研修手帳の「小児救急の一般目標・診療能力」において、経験する機会がなかった項目、十分に修得できなかった項目については、小児2次救命処置コースであるPALS、小児蘇生のトレーニングが含まれているBLSコース、またはPEARSコースの修了をもって代えることも可とします。

3か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。なお、3か月で可能な限り目標を達成することに努め、できなかったものは研修期間の中で必ず達成します。

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。

2) 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。

(2) 総括的評価

1) 評価項目・基準と時期

それぞれのローテート研修終了時にローテート研修における到達目標と経験目標が、カリキュラムに定められた基準に到達していることを確認します。

全研修期間終了1か月前に到達目標と経験目標が、カリキュラムに定められた基準に到達していることを確認します。

2) 評価の責任者

ローテート研修の修了評価は、当該領域の指導責任者とプログラム統括責任者です。全研修の修了評価は、プログラム統括責任者です。

3) 修了判定のプロセス

以下の3点について、プログラム管理委員会において合議により審査し、全てを満た

している場合に修了と判定されます。

- 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) 多職種評価

修了判定会議では、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度評価の結果も重視します。360度評価の項目は、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3つにより構成されます。

7. 施設群による研修プログラム及び地域医療についての考え方

本研修プログラムでは公立八鹿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。

* 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。本研修プログラムでは公立八鹿病院において総合診療専門研修Ⅱを6か月、以下に示す施設において総合診療専門研修Ⅰを12か月、合計で18か月の研修を行います。

総合診療専門研修Ⅰの研修施設

公立村岡病院、公立豊岡病院組合立豊岡病院日高クリニック、公立豊岡病院組合立豊岡病院出石医療センター、公立豊岡病院組合立朝来医療センター、公立浜坂病院、公立香住病院

* 必須領域別研修として、内科の研修(12か月)を公立八鹿病院で、小児科の研修(3か月)を兵庫県立丹波医療センター(または公立豊岡病院組合立豊岡病院)で、救急科の研修(3か月)を公立豊岡病院組合立豊岡病院(または北播磨総合医療センター、公立八鹿病院)で行います。

* 本研修プログラムではその他の領域別研修はなく、総合診療専門研修ⅠまたはⅡにおいて、各専門診療科との連携の過程で必要な経験を積むことを目指します。

* 施設群における研修の順序、期間等については、総合診療専攻医の総数、個々の総合診療専攻医の希望と研修進捗状況、各施設の状況、地域の医療体制を勘案して、本研修プログラム管理委員会が決定します。

「医療資源の乏しい地域」での研修について

基幹施設である公立八鹿病院のある養父市は、その全域が総務省の指定する過疎地であり、「医療資源の乏しい地域」に該当します。総合診療Ⅰ及びⅡを担当する

連携施設も「医療資源の乏しい地域」にあります。「医療資源の乏しい地域」での1年以上の研修が確保されます。

8. 専門研修プログラムの施設群について

本研修プログラムは基幹施設1、連携施設9の合計10施設により専門研修施設群を構成します。大部分の施設(総合診療専門研修Ⅰ・Ⅱを行う全ての施設)は但馬地域に位置しています。小児科と救急科の研修を兵庫県内の他の地域の施設で行う場合があります。

専門研修基幹施設

公立八鹿病院が専門研修基幹施設となります。

専門研修連携施設

本研修プログラム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。

- ・公立村岡病院
- ・公立豊岡病院組合立豊岡病院日高クリニック
- ・公立豊岡病院組合立豊岡病院出石医療センター
- ・公立豊岡病院組合立朝来医療センター
- ・公立浜坂病院
- ・公立香住病院

上記6施設は広大な但馬地域をカバーする50床前後の病院で、外来機能が中心の病院です。

- ・公立豊岡病院組合立豊岡病院

但馬地域の中核となる病院で、各種専門診療を提供する急性期病院です。

- ・兵庫県立丹波医療センター

丹波地域の中核となる病院で、各種専門診療を提供する急性期病院です。

- ・北播磨総合医療センター

北播磨地域の中核となる病院で、各種専門診療を提供する急性期病院です。

〔専門研修施設群の地理的範囲〕

本研修プログラムの専門研修施設群の大部分は但馬地域にあります。施設群の中には、地域中核病院と地域中小病院がありますが、それぞれが一定の地域の医療を担っています。

9. 専攻医の受け入れ数について

* 全ての専攻医が十分な診療経験を積むことができるよう、診療実績に基づいて専攻医受入数の上限が定められます。プログラム全体での、専攻医の年間受入数の上限は、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特任指導医の総数の2倍とされています。

* 専攻医の受け入れ数について、特に理由がない場合には毎年2名が標準となっており、当プログラムでは毎年2名を定員と定めています。

* 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特任指導医1名に対して3名までとし、質の高い研修が提供できる範囲での育成を目指します。

* 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、内科領域と総合診療を合わせて3名までです。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ローテーション研修においては、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ション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. 専門研修の休止・中断・再開、延長、プログラム移動について

(1) 休止・中断・再開

専攻医が次の1つに該当する時は、研修の休止・中断が認められます。

- ・病気の療養
- ・産前・産後休業
- ・育児休業
- ・介護休業
- ・大学院進学および留学
- ・その他、やむを得ない理由

プログラムで定める研修期間のうち通算6か月までは専門研修休止となり、研修期間の延長は不要です。この場合、中断届や再開届の提出は不要です。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する必要があります。ただし、いわゆる「医療資源の乏しい地域」での研修期間の短縮は原則として認められません。

研修の再開まで通算6か月を超える場合は専門研修中断となり、中断届を日本専門医機構へ提出する必要があります。また、専門研修を再開する場合は、再開届を日本専門医機構へ提出する必要があります。再開時は、原則として中断時と同じプログラムで専門研修を再開することになっています。

(2) 延長

妊娠、出産後など短時間勤務の形態での研修が必要な場合は研修期間延長の必要があり、延長届を日本専門医機構へ提出する必要があります。ただし、カリキュラム制(単位制)の対象となる場合があり、プログラム統括責任者に相談して下さい。

(3)プログラム移動

専攻医は1つの専門研修プログラムで研修を受けなければなりません。次のいずれかに該当する時は、専門研修プログラムを移動することができます。

- ・所属プログラムが廃止され、または認定を取り消された時
- ・専攻医にやむを得ない理由がある時

プログラムを移動する場合、移動前のプログラムと移動後のプログラムの統括責任者同士の協議、承認を経た上で、移動申請書を日本専門医機構へ提出し、承認を受ける必要があります。

11. プログラム統括責任者及び専門研修プログラム管理委員会について

専門研修基幹施設である公立八鹿病院に専門研修プログラム管理委員会を設置し、専門研修プログラムと専攻医を統括的に管理します。専門研修プログラム管理委員会は、プログラム統括責任者(委員長)、専門研修基幹施設の指導医、専門研修基幹施設の看護部門の代表者、専門研修連携施設の指導責任者で構成されます。専門研修プログラム統括責任者は一定の基準を満たしています。

(1)専門研修プログラム管理委員会の役割と権限

* 専門研修プログラム管理委員会では専門研修基幹施設と専門研修連携施設の緊密な連絡のもと、プログラムの作成やプログラム施行上の問題点の検討や再評価を継続的に行います。また、各専攻医の学習機会の確保、研修環境の整備、継続的・定期的に専攻医の研修状況を把握するシステムの構築、適切な評価の保証を行います。

* 専門研修プログラム管理委員会は専攻医の採用判定、中間評価、修了判定を行います。判定の最終責任はプログラム統括責任者が負います。

* 専門研修プログラム管理委員会は、必要に応じて専攻医及び指導医へのフィードバックを提供し、専攻医及び指導医からのフィードバックを受けます。

(2)専門研修プログラム管理委員会の開催時期と主な議題

7月:研修を開始した専攻医に係る報告、研修の進捗状況の報告

11月:専攻医採用に係る審議、研修の進捗状況の報告

3月:研修修了に係る審議、研修の進捗状況の報告

(3)プログラム統括責任者の役割と権限

プログラム統括責任者は研修プログラムの管理・遂行や専攻医の採用・修了につ

き最終責任を負います。プログラム統括責任者は専門研修プログラム管理委員会における評価に基づいて、専攻医の最終的な研修修了判定を行い、その資質を証明する書面を発行します。その他、以下の役割・権限を担います。

- ・研修プログラムの企画・立案と実施の管理
- ・指導體制の構築・指導医への支援
- ・専攻医に対する指導と評価
- ・専攻医への配慮・メンタリング
- ・研修プログラムの点検・評価
- ・研修プログラムのプロモーションやリクルートメント戦略

1プログラム責任者あたりの最大専攻医数はプログラム全体で20名となっています。それ以上になれば副プログラム統括責任者を置きますが、本研修プログラムではその見込みがないため設置していません。

(4) 連携施設での委員会組織

各科診療研修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。ただし、総合診療Ⅰの研修で1年間在籍する連携施設には連携施設研修管理委員会を設置し、3回／年(7月、11月、3月)の開催を原則とします。

12. 専攻医の就業環境について

(1) 労働条件、労働安全・衛生

* 専攻医の労働環境と安全への配慮について、研修施設の管理者とプログラム統括責任者が責務を負います。

* 専攻医の労働条件については、労働基準法等の法令を遵守し、各施設の就業規則や労働協約に従います。勤務開始時に労働条件(労働時間・休憩・休日、当直、給与など)について専攻医に説明します。

* 専攻医の心身の健康維持への配慮、週の労働時間の基本と原則、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、バックアップ体制、適切な休養などについても勤務開始時に説明を行います。

(2) ハラスメント及び差別に係るプログラム責任者の責務

* プログラム統括責任者は、専攻医に対する差別やハラスメントを防止し、良好な研修および就業ができるように環境を維持・確保するように努めます。

* プログラム統括責任者は、基幹施設に設置された相談窓口を活用するなどして、専攻医からの相談に対応します。

*プログラム統括責任者は、専攻医が差別やハラスメントを受けている、またはその恐れがあると認められた場合は適切に対処します。

13. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

(1) プログラム運用マニュアル及びフォーマット

下記のマニュアル及びフォーマットを整備します。専攻医の研修実績、目標の達成度、経験省察研修録作成の進捗、指導医との振り返り、生涯学習及び学術活動の記録には所定の研修手帳(J-GOAL)を用います。

- ・専攻医研修マニュアル
- ・指導医マニュアル
- ・専攻医研修実績記録フォーマット(J-GOAL)
- ・指導医による指導とフィードバックの記録(J-GOAL)
- ・指導者研修計画(FD)の実施記録

(2) 専攻医登録管理料・システム使用料

専攻医は、登録管理料・システム使用料として、研修開始年の6月末日までに一人あたり5万円(消費税別)を日本専門医機構に支払うこととします。

14. 専門研修プログラムの評価と改善について

(1) 専攻医による指導医および本研修プログラムに対する評価

* 専攻医からの個々の指導医に対する評価、および研修プログラムに対する評価を年に1回以上行う方法を定め、それを専攻医に明示します。評価の内容を記録し、これら専攻医による評価の内容によって専攻医に対する不利益がないようにします。

* プログラム統括責任者およびプログラムに所属する専攻医は、これらの評価について年次報告を行います。

(2) 専攻医等からの評価(フィードバック)をシステム改善につなげるプロセス

プログラム管理委員会が、専攻医からの評価や意見を収集し、プログラムの改善につなげるプロセスを示します。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、改善を促すことができることを、専攻医に示します。

(3) 研修に対する監査(サイトビジット等)・調査への対応

第三者評価の役割を果たす日本専門医機構によるサイトビジットが実施されます。また、それと同時に、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が実施されます。研修プログラムは、この2種類のサイトビジットに真摯に対応します。

15. 専攻医の採用と修了について

(1) 採用方法

ようか総合診療専門研修プログラム管理委員会は、公立八鹿病院のウェブサイト
で総合診療専攻医を募集します。本研修プログラムへの応募者は、日本専門医機構
のシステム上で定められた期間に応募し、①履歴書、②医師免許証(コピー)、③臨
床研修修了者登録証(コピー)あるいは修了見込証明書を下記応募書類提出先まで
提出して下さい。

公立八鹿病院のウェブサイト; <http://www.hosp.yoka.hyogo.jp>

日本専門医機構が定めた期間に書類選考及び面接を行い、11月の第2回専門研修
プログラム管理委員会の審議を経て決定します。日本専門医機構のシステム上で採
否を登録しますので本人には当該システムより通知されます。

<応募・研修に関する問い合わせ先、応募書類提出先>

公立八鹿病院 事務部総務課

〒667-8555 兵庫県養父市八鹿町八鹿1878番地1

電話:079-662-5555(代表) FAX:079-662-3134(代表)

メール:kensyu@hosp.yoka.hyogo.jp

(2) 修了要件

プログラム統括責任者はプログラム管理委員会を招集し、次の基準により専攻医
の専門研修修了判定を行います。

- 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及びⅡ各6
か月以上・合計18か月以上、内科研修12か月以上、小児科研修3か月以上、救急
科研修3か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