

---

# 倉敷医療生協 総合診療専門研修 プログラム

---

2022 年度版

〒712-8567

岡山県倉敷市水島南春日町1-1

TEL : 086-444-3211

FAX : 086-444-3230

E-Mail : [kns-center@mizukyo.jp](mailto:kns-center@mizukyo.jp)

部署 : 医師臨床研修センター



## 【目次】

1.	倉敷医療生協総合診療専門研修プログラムについて	P1-2
2.	総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか	P3-11
3.	専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）	P12-15
4.	各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得	P15
5.	学問的姿勢について	P16
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	P16
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	P17
8.	研修プログラムの施設群	P18
9.	専攻医の受け入れ数について	P19
10.	施設群における専門研修コースについて	P19
11.	研修施設の概要	P20-23
12.	専門研修の評価について	P24-25
13.	専攻医の就業環境について	P25
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	P26
15.	修了判定について	P26
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	P27
17.	<b>Subspecialty</b> 領域との連続性について	P27
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	P27
19.	専門研修プログラム管理委員会	P28-29
20.	総合診療専門研修特任指導医	P30
21.	専門研修実績記録システム、マニュアル等について	P30
22.	専攻医の採用	P31

## 1. 倉敷医療生協総合診療専門研修プログラムについて

### 倉敷医療生協総合診療専門研修 PG の地域背景および特徴

本研修プログラム（以下、研修 PG）のセンター病院である水島協同病院は、岡山県の西南部、倉敷市にある 65,000 人をこえる組合員数の医療生協が運営する 282 床の総合病院です。当法人には、総合病院の他に 108 床の小病院と 127 床のリハビリ病院、診療所 3 カ所を有しています。倉敷市は中国地方第 3 の市であり 47 万人の人口を有します。当院がある水島地区は 9 万人が住む地域で、戦前は農業、埋め立て地でしたが、戦後日本でも有数の規模をほこる水島臨海工業地帯を形成しました。現在も高い稼働率のコンビナートではありますが、隆盛を極めた時代は過ぎ、現在は日本経済の空洞化と人口の老齢化がすすむ状況となっています。コンビナートがもたらした健康問題で、最も大きなものが大気汚染公害であり、現在も多く公害認定患者が暮らしています。また、全国から多くの労働者が働き口を求めて流入し、人口規模を拡大してきたまちであり、日雇い労働者が溢れるばかりの時代もありました。現在では、単身男性、高齢者二人暮らしや高齢単身者が多くなっており、雇用問題、貧困問題、アルコールの問題、喫煙問題や精神科疾患といった複雑な問題を抱えた患者も多く、ソーシャルワークの視点が必要な特徴的な地域と言えます。

当院の医療活動では、心肺停止患者の救急搬入も多く、救急医療で言えば倉敷市で 3 番目の救急搬入数を誇っています。倉敷市には 1000 床を超える大病院が 2 つあり、当院は 3 番目の病床数であり、地域の急性期急性期病院としての役割を果たしています。開業医さんとの連携、断らない救急、全年代、全科診療、介護施設との緊密な連携など当院の役割は大きいと考えています。

当院は、WHO の HPH に加盟し、組合員参加で健康増進活動を進めており、地域の中での健康増進の拠点としての活動を行っています。

研修教育活動としては、医療生協、民医連（全日本民主医療機関連合会）の病院として、グループとして良い医師を育てる活動を進めており、各加盟病院との連携を進めています。

当院の医療活動で重視している点は、全職種参加型のチーム医療を進めている点です。褥瘡、呼吸器管理、NST、緩和ケア、感染、医療倫理などのチーム医療を旺盛に進めており、医師教育の重要な柱としています。

最後に、当院はこれまで中国四国の医療生協や民医連の研修での連携を進めてきましたが、合わせて、このプログラムでは倉敷では倉敷中央病院と、岡山県内としては奈義ファミリークリニック、過疎地に立地する成羽病院、哲西町診療所、金田病院等と連携を開始しています。それぞれの良いところを学ぶことで幅広い医療を学ぶことができる利点があります。これらの経験をふまえ倉敷市の医療を広い視点で見ることにつながります。また、学会の中での連携を図ることを大きな視点として考えています。

### 総合診療専門医が求められる背景と養成理念

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に、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。そして、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しています。

こうした制度の理念に則って、倉敷医療生協総合診療専門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、地域密着型の病院から高度急性期病院とともに、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。その際、医療生活協同組合としての基盤を活かし、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。

- 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
- 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

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、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 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 4 年間の研修を行います。このことにより、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思考アプローチ、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という総合診療専門医に欠かせない 7 つの資質・能力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。

## 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）4年間で構成されます。

	到達目標
1年次	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。主たる研修の場は内科研修となる。
2年次	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。主たる研修の場は総合診療研修Ⅱとなる
3年次	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。主たる研修の場は総合診療研修Ⅰとなる。
4年次	専攻医と相談のうえ、必要な研修を行う。
修了要件	1) 定められたローテーション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

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るので、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。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。

【モデルスケジュール】

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	施設名	水島協同病院											
	領域	内科											
2年目	施設名	水島協同病院、金田病院、成羽病院、岡山協立病院						水島協同病院			倉敷中央病院		
	領域	総合診療専門研修Ⅱ						小児科			救急科		
3年目	施設名	哲西町診療所、伊予診療所											
	領域	総合診療専門研修Ⅰ(僻地・被災地)											
4年目	施設名	水島協同病院、金田病院、成羽病院、岡山協立病院、倉敷中央病院、玉島協同病院 コープくらしき診療所、哲西町診療所、伊予診療所、奈義ファミリークリニック											
	領域	総合診療専門研修Ⅰ・Ⅱ、内科、小児科、救急科、領域別研修											

## 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）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呈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。

#### (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、次第に独立して訪問診療を提供し経験を積みます。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呈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。
- ・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。

## 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、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、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、臨床研究に携わる機会を提供する予定です。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

##### 総合診療専門研修 I

玉島協同病院・コープくらしき診療所

	月	火	水	木	金	土
午前	8:30 モーニングカンファレンス					
		外来	訪問診療	外来		
午後			15:00— 新入院 CC	病棟 CC	訪問診療	
			玉南医懇 (1回/M)		1週間の ふり返り	

- 空きコマは病院の場合は病棟医療、診療所の場合は外来および訪問診療にあてる
- 月1回の家庭医療学センター（CFMD）振り返り会議へ参加する
- サービス調整会議への参加・班会への参加

##### 哲西町診療所

時間・内容	月	火	水	木	金	土	日
8:30～ 9:00 Echo GIF 検査	○	○	○	○	○		
9:00～12:00 外来診療	○	○	○	○	○		
13:30～14:00 CF CT 検査	○		○	○	○		
13:30～16:00 特養定期診療		○					
14:00～16:00 訪問診療	○			○	○		
14:00～16:30 UCG 検査 主治医意見書作成等			○				
16:00～16:30 予防接種	○			○	○		
16:30～17:15 院内カンファレンス 読影会 症例カンファレンス	○	○	○	○	○		
16:30～18:00 夕方診療			○				
待機： 10回/月							
土・日・祝祭日・盆・年末年始は休診							

- 月1回の家庭医療学センター（CFMD）振り返り会議へ参加する

伊予診療所

	月	火	水	木	金	土
9:00~12:30	フリー	病棟	フリー	外来	小児科研修 (愛媛生協病院)	訪問診療
13:30~15:00	外来 or 訪問診療		訪問診療	勉強会		
15:00~17:00		フリー		カンファレンス		
17:00~	宅直 (週2回程度)					

- 月1回の家庭医療学センター (CFMD) 振り返り会議へ参加する

総合診療専門研修Ⅱ

水島協同病院

	月	火	水	木	金	土
午前	7:45~ ※抄読会 (月) WebCC (水木)					
	病棟	病棟	救急外来	病棟	初診外来	内科輪番
午後	病棟	12:30- 小児科レクチャ	12:30- 専攻医カンファ	12:30- 救急外来	病棟	
		16:00 総診カンファ	16:00- 医局カンファ	16:00- 救急カンファ		
17時以降						

- カンファレンス (CC) への参加は受け持ち患者の状況によって変更する
- 月1回の家庭医療学センター (CFMD) 振り返り会議へ参加する
- サービス調整会議への参加
- 班会への参加

成羽病院

	月	火	水	木	金	土
午前	内科外来	内科研修	内視鏡 腹部エコー	内科外来	内視鏡 腹部・心エコー	第1,3,5週 外来
午後	病棟業務 救急担当	下部内視鏡 病棟回診	僻地診療所	下部内視鏡 救急担当	病棟回診	
夕方	医局会 内視鏡カンファ レンス			ケースカン ファレンス	一週間の 振り返り	

- 月1回の家庭医療学センター (CFMD) 振り返り会議へ参加する

金田病院

	月	火	水	木	金	土
午前	内科外来	救急担当		内科外来		
午後	病棟業務	病棟回診	病棟回診		救急担当	
夕方			ケースカンファレンス		一週間の振り返り	

- 月1回の家庭医療学センター（CFMD）振り返り会議へ参加する

岡山協立病院

総合診療科

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-9:00 朝カンファレンス	○		○		○		
9:00-12:00 病棟業務	○		○	○		○	
9:00-13:00 午前外来		○			○		
13:00-17:00 救急外来				○			
16:00-17:00 症例カンファレンス				○			
13:00-17:00 病棟業務		○	○		○		
平日・土曜の宿直あるいは、日の日直・宿直を合計4～5回/月							

内科

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-9:00 朝カンファレンス	○		○		○		
9:00-12:00 病棟業務		○		○	○		
9:00-12:00 内視鏡			○		○		
9:00-12:00 午前外来	○		○				
10:00-12:00 午前検査		○	○				
13:00-17:00 救急外来		○			○		
13:00-17:00 病棟業務	○		○				
13:00-17:00 訪問診療				○			
18:00-20:00 カンファレンス	○			○			
平日宿直（1～2回/週）、土日の日直・宿直							

内科（水島協同病院）

	月	火	水	木	金	土
午前	8:30～ モーニングカンファレンス ※抄読会（月）					
	救急外来	病棟	病棟	病棟	初診外来	内科輪番
午後	病棟	予約外来	12:30- 専攻医カンファ	12:30- 救急外来	病棟	
			16:00- 医局カンファ	16:00- 神経カンファ		
17時以降					胸部 X 線 読影会	

- 3ヶ月で病棟（4北・4南・3南の中から選択）をローテートする
- カンファレンス（CC）への参加は研修中の病棟によって変更する
- サービス調整会議への参加 班会への参加

小児科（水島協同病院）

	月	火	水	木	金	土
午前	新生児診察					
	外来	回診	アトピー外来		外来	
午後	12:30-16:00 救急外来	12:30- 小児科レクチャー 13:30- 乳児検診・予防 接種 16:00-外来	12:30- 専攻医 CC  16:00-17:30 医局 CC  17:00- 予防接種	13:30- 予防接種  16:00-外来	13:30- 乳児検診・予防 接種  17:30-19:00 胸部 X 線読影会	

- 小児科レクチャーの講師を務める

救急科（水島協同病院・倉敷中央病院）

	月	火	水	木	金	土
午前	8:30 モーニングカンファレンス					
	初診外来	救急外来	救急外来	救急外来	救急外来	
午後	救急外来	12:30- 小児科レクチャー  16:00-19:30 予約外来	12:30- 専攻医 CC  16:00-17:30 医局 CC	救急外来	救急外来	

本研修 PG に関連した全体行事の年度スケジュール

	1 年次	2 年次	3 年次	4 年次	修了予定者
4 月	研修開始 専攻医および指導 医に提出用資料の 配布	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			
5 月	第 1 回専門研修プログラム管理委員会				
6 月	学会参加（発表）（開催時期は要確認）				専門医認定審査書類を 日本専門医機構へ提出
7 月	※次年度専攻医の公募および説明会開催				専門医認定審査（筆記試験、実技試験）
8 月	学会地方会演題公募（詳細は要確認）				
9 月	第 2 回専門研修プログラム管理委員会：研修実施状況評価 ※公募締切（10～11 月）				
10 月	学会地方会参加（発表）（開催時期は要確認） ・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） ※ 定数に達しなかった場合は 2 次募集へ				
11 月	研修手帳の提出（中間報告）				
12 月	第 3 回専門研修プログラム管理委員会：研修実施状況評価、採用予定者の承認				
1 月	経験省察研修録発表会				
2 月					
3 月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修手帳の作成（年次報告）（書類は翌月に提出）</li> <li>・研修 PG 評価報告の作成（書類は翌月に提出）</li> <li>・指導医・PG 統括責任者：指導実績報告の作成（書類は翌月提出）</li> </ul>				
				4 年次は修了判定を実施	

### 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。  
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。

※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 p.20-29 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） 興奮 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 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・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 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（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 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

※詳細は総合診療専門医専門研修カリキュラムの経験目標3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 p.16-18 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）、簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査
- 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法、中心静脈確保法）
- 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、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

※詳細は総合診療専門医 専門研修カリキュラムの経験目標1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）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
---

※詳細は総合診療専門医専門研修カリキュラムの経験目標 1 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呈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、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。
- 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（筆頭に限り）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、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. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方

本研修 PG では水島協同病院総を基幹施設とし、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 では総合診療専門研修Ⅱおよび総合診療専門研修Ⅰを各 6 ヶ月研修し、更に 6 か月を総合診療Ⅰ・Ⅱのうちどちらかで研修します。また、計 18 カ月の総合診療Ⅰ・Ⅱの研修のうち、6 カ月はへき地・離島、被災地、医療資源に乏しい地域において研修を行います。
- (2) 必須領域別研修として、水島協同病院にて内科 12 ヶ月、小児科 3 ヶ月、水島協同病院もしくは倉敷中央病院で救急科 3 ヶ月の研修を行います。
- (3) 4 年次には領域別研修として、水島協同病院での外科・整形外科・泌尿器科・耳鼻科・皮膚科研修および奈義ファミリークリニックでの家庭医療研修を行うことが可能です。またブロックでの研修ではなく専門科を数日単位で経験することは可能であり、各科専門医へのコンサルトは常時可能です。

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、専門研修プログラム管理委員会が決定します。

モデルパターン

総合診療 専門研修	総合診療専門研修Ⅰ ( 6～12 ) カ月		総合診療専門研修Ⅱ ( 6～12 ) カ月	
領域別 研修	内科 ( 12 ) カ月	小児科 ( 3 ) カ月	救急科 ( 3 ) カ月	その他 ( 12 ) カ月

## 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 8 の合計 9 施設の施設群で構成されます。施設は複数の二次医療圏に位置していますが、過疎地域への派遣を前提とした連携体制となっています。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**を参照してください。

### 専門研修基幹施設

水島協同病院総合診療科・内科が専門研修基幹施設となります。総合診療専門研修特任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。

### 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。

	総合Ⅰ	総合Ⅱ	内科	小児科	救急	領域別	へき地
水島協同病院		○	○	○	○	○	
哲西町診療所	○						○
玉島協同病院	○						
コープくらしき診療所	○						
成羽病院		○					○
金田病院		○					○
倉敷中央病院					○		
奈義ファミリークリニック						○	○

### 専門研修施設群の地理的範囲

本研修 PG の専門研修施設群は岡山県を中心に構成されています。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。またへき地研修（総合Ⅰ・総合Ⅱ）を 1 年間行います。

## 9. 専攻医の受け入れ数について

現在、本研修 PG 内には総合診療専門研修特任指導医が 5.98 名在籍しており、この基準に基づく  
と毎年 12 名が最大受入数ですが、当プログラムでは毎年 2 名を定員と定めております。

### 受け入れ数の考え方

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特任指導医×2 です。4 学年の総数は総合診療専門研  
修特任指導医×8 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  
診療専門研修特任指導医 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。

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）

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. 施設群における専門研修コースについて

本研修 PG の施設群による研修コースおよび到達目標は 2. **総合診療専門研修はどのようにおこ  
なわれるのか**の、1) 研修の流れと【モデルスケジュール】に明示しました。

本研修 PG の研修期間は 4 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。

また、本研修 PG における研修目標と研修の場は別添 2 “総合診療専門研修プログラム 研修目  
標及び研修の場” の通りとします。

## 11. 研修施設の概要

区分	病院名	病床数	内科系 病床数	内科系 診療科数	総合診療 指導医数	総合内科 専門医数	小児科専 門医数
基幹	水島協同病院	282	184	6	2	6	2
連携	岡山協立病院	318			4	8	
	倉敷中央病院	1161	507	9	救急領域での連携		
	成羽病院	96	76	1	1	総Ⅱで連携	
	哲西町診療所			1	1	総Ⅰで連携	
	伊予診療所			1	2	総Ⅰで連携	
	玉島協同病院	108	108	1	3	総Ⅰで連携	
	コープくらしき診療所			1	1	総Ⅰで連携	
	金田病院	172		7	1	総診Ⅱで連携	
	奈義ファミリークリニック			1	3	その他の領域別研修	

### 水島協同病院

- ・内科のべ外来患者数 7,474 名／月 入院患者総数 5,062 名／月
- ・小児科：のべ外来患者数 859 名／月
- ・救急科：救急による搬送等の件数 1443 件／年
- ・皮膚科：のべ外来患者数 654 名／月
- ・外科：のべ外来患者数 710 名／月
- ・整形外科：のべ外来患者数 515 名／月
- ・泌尿器科：のべ外来患者数 438 名／月
- ・耳鼻科：のべ外来患者数 341 名／月
- ・特徴

水島協同病院は、倉敷市南部を主要診療圏とする急性期病院で、地域に根差す第一線の病院であるとともに、地域の救急医療を積極的に担っています。また、医療生協のセンター病院・健康づくり地域拠点病院でもあり、地域住民とともに健康づくり・明るいまちづくりに積極的に参加し、保健・予防活動から治療・リハビリまで幅広い活動を行っています。水島地域は約9万人が暮らす地域で、戦前は農業が盛んな地域でしたが、戦後日本でも有数の規模をほこる水島臨海工業地帯を形成しました。現在も高い稼働率のコンビナートではありますが、隆盛を極めた時代は過ぎ、現在は日本経済の空洞化と人口の高齢化がすすむ状況となっています。

コンビナートがもたらした健康問題で、最も大きなものが大気汚染公害であり、現在も多くの公害認定患者が暮らしています。また、全国から多くの労働者が働き口を求めて流入し、人口規模を拡大してきたまちであり、日雇い労働者が溢れるばかりの時代もありました。現在では、単身男性、高齢者二人暮らしや高齢単身者が多くなっており、雇用問題、貧困問題、アルコールの問題、喫煙

問題や精神科疾患といった複雑な問題を抱えた患者も多く、ソーシャルワークの視点が必要な特徴的な地域と言えます。

#### 内科

- ・ゆるやかな専門性を有する各病棟は総合診療方式をとっており、総合的な臨床能力を養うことができます。
- ・医局がひとつであり、各専門医とのコンサルテーションが容易です。
- ・内科領域の専門研修プログラムを有しており、十分な症例・手技の経験が可能です。

#### 小児科

- ・午前診療はもちろん保育園帰りでもかかれるよう夜間診療（月・火・木・金）を行っています。
- ・専門外来として気管支喘息、アトピー外来、腎臓病などの診察を行っています。
- ・外来患者数は十分な数があり、プライマリな小児疾患への対応を学べます。
- ・保健師による保健指導・発達相談員による発達・相談検査等も行っていきます。
- ・保育園での検診も実施しています。

#### 哲西町診療所

- ・のべ外来患者数 730 人／月
- ・のべ訪問診療件数 40 人／月
- ・特徴

岡山県北西部にある無床へき地診療所です。まち全体で地域包括ケアを推進しています。院内には上部下部内視鏡、CT、超音波検査装置等設備し、あらゆる科の一次医療を担っています。

来る患者を診る待ちの医療から始まり、いつでも何でも診る（24 時間 365 日何科でも断らず診る）医療、大病院に負けない！という思いで導入した高度機器で癌の早期発見、更に出前医療（在宅医療等）を通し福祉と連携し、地域へ出での健康相談など保健と連携し地域包括ケアを展開。全スタッフが連携し住民一人ひとりを診て、それを地域全体に広げ、更に子供の健康づくりにも取り組み全世代に対しての包括ケアを実践しています。

#### 伊予診療所

- ・のべ外来患者数 : 1342／月
- ・のべ訪問診療数 : 66／月
- ・特徴

地域住民のかかりつけ医として 50 年以上の歴史がある有床診療所です。患者の多くは高齢者であり WHO の進める「高齢者にやさしい診療所」としてスクリーニングなどに全職員が取り組んでいます。入院病床は療養型のみで、軽症の肺炎や尿路感染症でも入院する事があります。看取りも行っていきます。外来、病棟、在宅と切れ目ない医療を提供するべく、地域の医療介護資源との連携を行っています。

### 奈義ファミリークリニック

- ・のべ外来患者数 1,714名／月（令和2年度月平均）
- ・のべ訪問診療件数 224件／月（令和2年度月平均）
- ・特徴

当クリニックは平成7年に奈義町、日本原病院が協力して設立されました。家庭医の育成を行う診療所として、以下の点に力を注いでいます。

- 1) 0歳児から100歳の方まで、年齢や性別に関らずあらゆる健康問題に対応致します。
- 2) 専門科受診が必要な方には、最適な専門医への紹介を速やかに行います。
- 3) 病気になったときの診断治療はもちろんのこと、健康な人をより健康になっていただくお手伝いを予防接種や健診、禁煙外来などを通して積極的に行います。
- 4) 臨時往診や定期訪問診療もほぼ毎日行います。
- 5) いつでも気軽に心配事が相談できる家庭医として、どんな相談も引き受けます。

平成18年度より津山中央病院との連携のもと、3年間で優秀な家庭医を育てる日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療後期研修プログラムを継続しています。

### 玉島協同病院

- ・1日平均外来患者数 108名、1日平均入院患者数 95名
- ・年間救急搬送件数 137件
- ・延べ訪問診療数：235（月平均）、在宅看取り 5件（昨年実績）
- ・特徴

内科系疾患全般と、地域包括ケア時代の地域密着型医療を実践的に学び、身に着けることのできる病院です。強化型在宅支援病院として、往診（訪問診療）と訪問看護や介護事業が共同して、家での看取りを含め、様々なサービスで在宅療養を支えています。

内科系のコモディティーズに対応できるよう、急性期一般病棟と地域包括ケア病床、医療療養病床を有し、Sub-Acuteとして地域の二次救急を担っており、Post-Acuteとして高次医療機関との連携を行っています。

### コープくらしき診療所

- ・内科年間新患外来患者数 412名／年
- ・小児科年間新患外来患者数 345名／年
- ・特徴

乳幼児健診から、往診・訪問診療・ターミナルケアに至るまで、幅広い医療活動を行っています。

### 成羽病院

- ・のべ外来患者数 : 3942／月
- ・のべ訪問診療数 : 20／月
- ・のべ内科外来患者数 : 1745／月
- ・内科入院患者総数 : 46／月



・小児科のべ外来患者数： 574／月

・特徴

内科系疾患全般と、地域包括ケア時代の地域密着型医療を実践的に学び、身に付けることができる病院です。往診（訪問診療）と訪問看護や家での看取りを含め、様々な在宅療養を支えています。

内科系のコモンディージーズに対応できるよう、急性期一般病棟と地域包括ケア病床、医療療養病床を有し、地域の二次救急を担っています。

### 岡山協立病院

・専門医・指導医数

総合診療専門研修特任指導医数 2名

内科専門医数 5名

・診療科・患者数

・総合診療科 のべ外来患者数 5,033名／月、入院患者総数 420名／月

・内科 のべ入院患者総数 6,599名／月

・特徴

・318床の総合病院で救急指定病院です。

・岡山医療生活協同組合の病院で、岡山市を中心とした県南東部約6万7千人の組合員の出資で運営されています。地域住民が設立した病院なので、組合員、職員が一体となって保健・医療・介護活動を展開しています。

・内科循環器では、PCIやペースメーカーの埋め込み、消化器では内視鏡を年間4,716件、透析患者は70人を超え、糖尿病通院患者は1,500人以上います。

・救急患者は年間4,782件（内救急車搬入は1,261件）で年々増加傾向にあります。

・各科・職種間での垣根が低く、科を超えてチームを組んで患者の問題解決に取り組んでいます。

・法人内の療養型の病院、4つの診療所、6つの介護事業所や協力医療機関との連携で、外来、在宅、病棟診療など、幅広い健康問題に的確に対応する臨床能力を養うことができます。

### 金田病院

・のべ内科外来患者数 : 26,442／年（令和2年度）

・内科入院患者数 : 950／年（令和2年度）

・特徴

真庭市に立地する地域の中核病院です。急性期医療を中心に地域医療を展開しています。総合診療Ⅱで連携します。

### 倉敷中央病院

・特徴

岡山県県南西部の医療の中核として機能し、地域の救急医療を支えながら、又高機能な医療も同時に任っている急性期基幹病院です。救急分野において連携します。

## 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実施します。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。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の発表会を行います。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 J-OSLER（専攻医登録評価システム）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。

## 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、その内容は水島協同病院専門研修プログラム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

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、専門研修プログラム管理委員会に提出され、専門研修プログラム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。

専門研修プログラム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プログラム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。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おいて評価し、専門研修プログラム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を専門医認定申請年の4月末までに専門研修プログラム管理委員会に送付してください。専門研修プログラム管理委員会は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、連続性を持った研修が可能となるように、今年度を目途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、プログラム移動、プログラム外研修の条件

(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ヵ月までとします。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・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. 専門研修プログラム管理委員会

基幹施設である水島協同病院には、専門研修プログラム管理委員会と、専門研修プログラム統括責任者（委員長）を置きます。専門研修プログラム管理委員会は、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。専門研修プログラム管理委員会は、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。専門研修プログラム統括責任者は一定の基準を満たしています。

また、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プログラム統括責任者は、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。

### 専門研修プログラム管理委員会の役割と権限

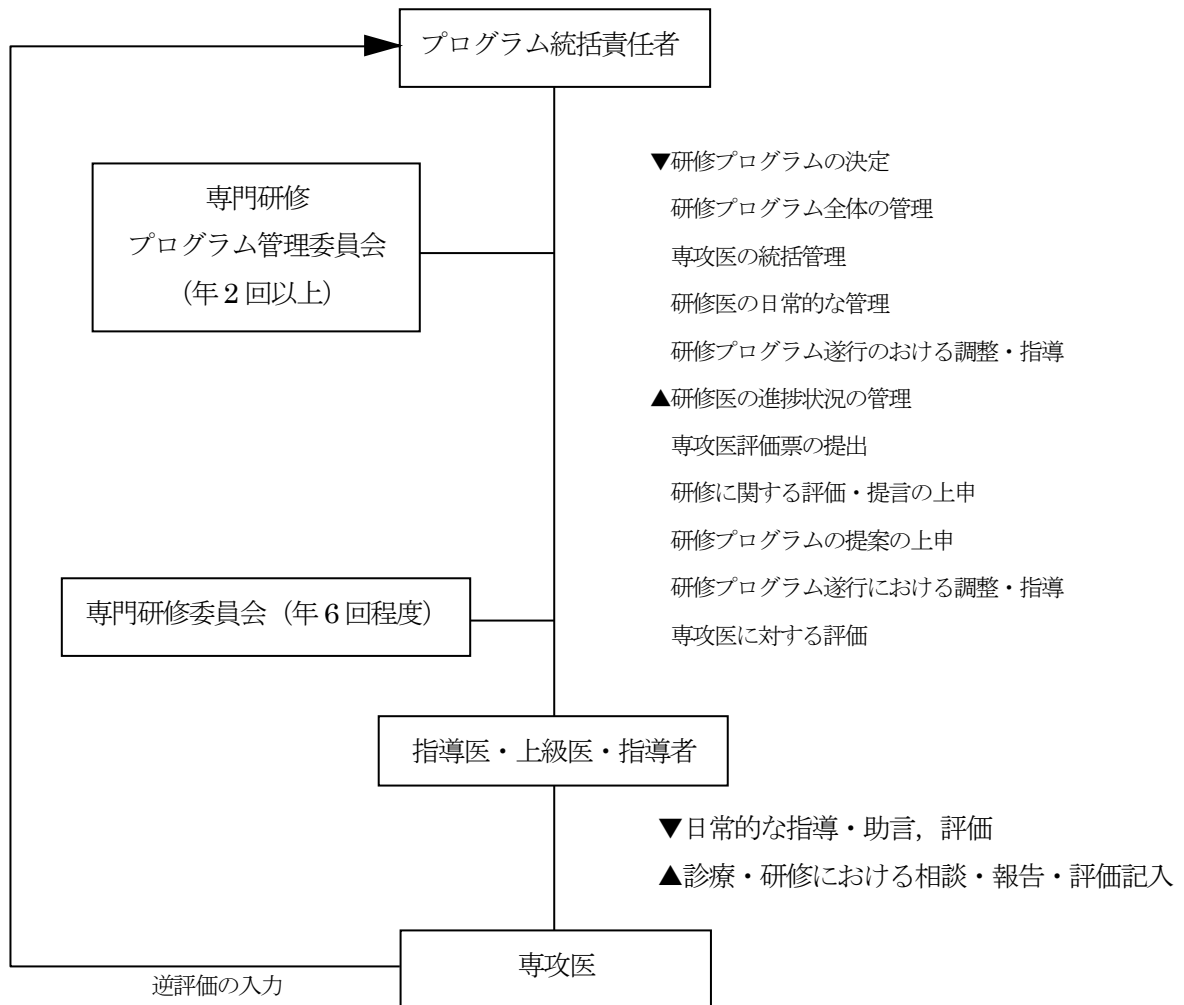
- ・ 専門研修を開始した専攻医の把握と日本専門医機構への専攻医の登録
- ・ 専攻医ごとの、研修手帳及び経験省察研修録の内容確認と、今後の専門研修の進め方についての検討
- ・ 研修手帳及び経験省察研修録に記載された研修記録、総括的評価に基づく、専門医認定申請のための修了判定
- ・ 各専門研修施設の前年度診療実績、施設状況、指導医数、現在の専攻医数に基づく、次年度の専攻医受け入れ数の決定
- ・ 専門研修施設の評価に基づく状況把握、指導の必要性の決定
- ・ 専門研修 PG に対する評価に基づく、専門研修 PG 改良に向けた検討
- ・ サイトビジットの結果報告と専門研修 PG 改良に向けた検討
- ・ 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

### 副専門研修プログラム統括責任者

研修 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、副専門研修プログラム統括責任者を置き、副専門研修プログラム統括責任者は専門研修プログラム統括責任者を補佐しますが、当研修 PG ではその見込みがないため設置していません。

### 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専門研修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。



委員会	委員構成
専門研修プログラム管理委員会	○プログラム統括責任者 各科責任者 連携施設担当委員 事務局責任者 専攻医代表
専門研修委員会	○プログラム統括責任者 担当指導医 専門科代表 専攻医 事務局責任者

## 20. 総合診療専門研修特任指導医

本プログラムには、総合診療専門研修特任指導医が総計 5.98 名（実数 10 名）、具体的には水島協同病院に 1.3 名、玉島協同病院に 1 名、コープくらしき診療所に 1 名、岡山協立病院に 0.1 名、成羽病院に 1 名、哲西町診療所に 0.33 名、金田病院に 1 名、伊予診療所に 0.25 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)のいずれかの立場の方で、卒後の臨床経験 7 年以上の方より選任されています。

- 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

## 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

研修 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。

水島協同病院にて、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。

研修 PG 運用マニュアルは、日本専門医機構総合診療領域より提供された、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）
- 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
- 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



## 22. 専攻医の採用

### 採用方法

水島協同病院専門研修プログラム管理委員会は、毎年7月頃から説明会等を行い、総合診療専攻医を募集します。研修PGへの応募者は、研修プログラム責任者宛に所定の形式の「水島協同病院総合診療専門研修プログラム応募申請書」および履歴書を提出してください。

申請書は、(1)水島協同病院のWeb siteよりダウンロード、(2)電話で問い合わせ(086-444-3211 担当：医師臨床研修センター 岸本)、(3)E-mailで問い合わせ(kns-center@mizukyo.jp)、のいずれの方法でも入手可能です。原則として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12月の水島協同病院専門研修プログラム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月下旬頃までに、専攻医氏名報告書等を水島協同病院専門研修プログラム管理委員会に提出します。

- ・専攻医氏名報告書

内容：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

- ・専攻医の初期研修修了証 医師臨床研修修了登録証