

加古川中央市民病院 総合診療専門研修プログラム

目次

1. 加古川中央市民病院 総合診療専門研修プログラムについて	1
2. 専門研修修了時のアウトカム	2
3. 研修の流れ	3
4. 専門研修の方法	4
5. 研修の週間計画および年間計画	6
6. 到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）	8
7. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得	12
8. 学問的姿勢	12
9. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性など	13
10. 施設群・地理的範囲・地域医療の経験	13
11. 総合診療専攻医研修モデル	13
12. 各研修施設の概要	14
13. 募集専攻医数	16
14. 専門研修の評価	16
15. 専攻医の就業環境	18
16. 専門研修 PG の改善方法とサイトビジット（訪問調査）	18
17. 修了判定基準	19
18. 専攻医が専門研修 PG の修了に向けて行うべきこと	19
19. Subspecialty 領域との連続性	19
20. 総合診療研修の休止・中断、PG 移動、PG 外研修の条件	19
21. 専門研修 PG 管理委員会	20
22. 総合診療専門研修指導医	21
23. 専門研修実績記録システム、マニュアル等	21
24. 募集及び採用の方法	22
25. 研修開始届け	22
26. 研修目標と研修の場	22

※文中に記載されている様々な資料は日本専門医機構サイトの総合診療ページを参照のこと

1. 加古川中央市民病院 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る。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学術的に評価するために、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る。

加古川中央市民病院総合診療専門研修プログラム（以下、本研修 PG）はこの理念に則り、総合診療専門医となって地域医療で活躍するために、

- (1) 高い診断・治療能力を持つ
- (2) 多職種と連携して包括的医療を提供できる
- (3) 継続的に自ら学習し、周囲に教育を提供できる
- (4) 地域における病診連携、在宅支援といった地域包括ケアを推進するコアとなる

総合診療専門医を養成することを目指す。そのために、33の急性期専門診療科を有し、又一次から三次の様々な救急疾患を受け入れる救急体制が整った加古川中央市民病院を中心として、同じ医療圏にある中田医院、藤岡内科眼科医院両診療所と共に、東播磨地域における地域包括医療が実践されている現場で研修を行い、西播磨の中核病院である公立宍粟総合病院ではへき地医療の現場で研修を行う。本研修 PG においては各指導医始め研修医療機関の全職員、そこに居住する地域住民、各種団体、ボランティアなどの理解と協力のもとで専攻医がその目標に到達するための研修だけでなく、専門医取得後も継続してその実力を発揮できるような環境が整備されており、この研修を通じて、皆さんが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ができるプログラムであると自負している。

本研修 PG の特徴としては、次のことが挙げられる。

- i. 基幹施設である加古川中央市民病院では、33の各専門診療科を有し、豊富な指導医と充実した指導体制をとっており、幅広い内容の研修が可能である。
- ii. 本研修PGの施設群が全て同じ医療圏に位置しており、実際に行われている地域住民に密着した病診連携を学ぶことが可能である。
- iii. 加古川中央市民病院は、この地域の地域包括ケアシステムの中核を担っており、研修中のみならず、専門医取得後も継続してキャリア形成できる環境がある。
- iv. 内科は、総合内科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、糖尿病・代謝内科、腎臓内科、脳神経内科、リウマチ・膠原病内科、腫瘍・血液内科からなり、幅広くかつ専門性の高い研修を実施できる。年間の内視鏡検査治療は約12,000件、心臓・血管カテーテル治療は約500件、アブレーションは約300件、デバイス治療は約200件と、症例が豊富であり、同時に、各専門医との人的ネットワーク構築にも役立つ。
- v. 外科系診療科においては、手術件数は年間約8,300件超えと症例が豊富で、かつ実践

を重視しており、積極的に手術に入ることが可能である。

- vi. 小児周産期領域では、地域周産母子医療センターとして兵庫県西南部の小児周産期医療の中核として機能しており、NICU入院患者数は年間約260件、分娩数は年間約860件と豊富な症例と優れた指導医を有している。
- vii. 年間7,600件を越す救急車搬入件数があり（内 救急科での受付は約2,400件）、一般救急、外傷、循環器救急、小児救急、産婦人科救急と1次から3次の様々な救急疾患を経験できる。内科救急疾患は、救急専門医の指導の下、一般内科救急疾患に加え、循環器救急疾患、消化器救急疾患、呼吸器救急疾患が豊富に経験できる。
- viii. 院内・院外上級医によるミニレクチャーは週に1回、カンファレンスは週に2回は実施しており、総合診療専門医として知っておくべき幅広い基本的な知識や診療技術を習得する良い機会が提供される。年間を通して実施しているシミュレーション教育にも参加可能である。
- ix. 院内にNST活動や地域医療連携室業務など、多職種共同業務を学ぶ機会が豊富である。
- x. 学外から優れた講師を招聘、あるいは他病院の総合内科と合同して、教育的カンファレンスを定期開催しており、幅広い知識と共に他病院医師との交流の場がある。
- xi. 専門診療科が整備されているため、研修は基本的なプログラムに加えて個々の専攻医の希望に沿った内容を盛り込んだオーダーメイド研修プログラムを作成し実施可能である。

2. 専門研修修了時のアウトカム

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、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) その為に、地域の保健・医療・介護・福祉等の様々な分野において自らがリーダーシップを発揮し、医療サービス提供に必要なスタッフを養成
- 3) 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及び外来診療において、日常遭遇する疾病患者、救急患者、複数の健康問題をもつ患者への包括的ケア、癌・非癌患者の緩和ケア、患者個人個人に応じた入院と外来を継続した包括的医療等を提供

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、外来診療、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年間の研修を通じて、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. 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つのコアコンピテンシーを効果的に修得することが可能となる。

本研修PGにおいては指導医が皆さんの教育・指導にあたるが、専攻医が主体的に学ぶ姿勢をもつことが重要である。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、プライマリ・ケアの専門家である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、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る。本研修PG修了後には、皆さんが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包括的な地域医療を実践する中心的な存在を果たすことができる総合診療専門医となれるようサポートを行っていくので、主体的に、積極的に何事にも取り組んでいくことを期待する。

3. 研修の流れ

- (1) 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する。主たる研修の場は内科研修となる。
- (2) 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する。主たる研修の場は総合診療研修Ⅱとなる。
- (3) 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する。主たる研修の場は総合診療研修Ⅰとなる。
- (4) 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る。
- (5) 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る。
 - i. 定められたローテート研修を全て履修していること
 - ii. 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
 - iii. 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る。

4. 専門研修の方法

(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する。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：経験と省察のファイリング) 作成という形で全研修課程において実施する。場に応じた教育方略は下記の通り。

i. 外来医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保する。外来診察中に指導医への症例提示と教育的フィードバックを受ける外来教育法 (プリセプティング)、更には Standardized patient を用いた医療面接指導を実施する。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く。また、技能領域については、習熟度に応じた指導を提供する。

ii. 在宅医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保する。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む。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、連携の方法を学ぶ。

iii. 病棟医療

東播磨地域で最も多い病床数を持つ加古川中央市民病院にて、経験目標を参考に幅広い経験症例を確保する。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、NST 活動、多職種を含む病棟カンファレンス、地域医療連携室との業務等を通じて診断・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る。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ある。

iv. 救急医療

年間7,600件を越す救急車搬入件数 (内 救急科での受付は約2,400件) がある加古川中央市民病院にて、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する。外来医療に準じた教育方略となるが、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する。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) を行い、特に、指導医と共に処置にあたる中から経験を積む。又、ヘリポートを有しており、災害時での対応シミュレーションも可能である。

v. 小児周産期医療

東播磨地域の小児医療の中核施設であり、かつNICU入院患者数は年間約260件、分娩数は年間約860件と豊富な周産期症例と指導医を有する加古川中央市民病院にて、経験目標を参考に入院病棟、一般、救急外来等で、幅広い症例を経験し、外来医療、

病棟医療に準じた方略により知識、技能を習得する。

更に総合診療専門研修Ⅰの期間には、外来にてより一般的な症例を、外来医療に準じた方略により学ぶ。

vi. 地域ケア

地域医師会等の活動を通じて、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する。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する。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する。地域の方のニーズを把握し、市民健康講座や糖尿病教室などを開催する機会から、地域全体の健康度向上への方法論を学ぶ。

(2) 臨床現場を離れた学習

- i. 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する。
- ii. 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。
- iii. 医療倫理、医療安全、感染対策、保健活動、地域医療活動、医学教育等については、日本医師会の生涯教育制度や関連する学会の学術集会、及び院内で開催される内部、外部講師による講習会等を通じて学習を進める。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できる。
- iv. カンファレンスや学会へ出席し、未経験の症例に対しての知識を深め、症例のまとめ方や考察方法、発表技術などを習得できる。
- v. 院内、及び兵庫県下の総合内科と共同して開催するカンファレンスに発表者として参加し、症例発表の方法、インタラクティブなカンファレンスの教育手法を学ぶ。
- vi. 院内で開催される、院外の優れた Clinician Educator による教育的カンファレンスに参加し、診断学などを学ぶ。
- vii. Japan Hospitalist Network の参加施設として、Web 上の Journal Club、Clinical Question に自ら学んだことを投稿し、教育的な発表方法を学ぶ。

(3) 自己学習【整備基準 15】

自身の経験が十分にえられない項目については以下の方法で幅広く学習する。

- i. 総合診療領域の各種テキストや Web 教材（施設契約の UpToDate 等）
- ii. 日本医師会生涯教育制度及び日本プライマリ・ケア連合学会等における e-learning 教材
- iii. 医療専門雑誌
- iv. 各学会が作成するガイドライン等

5. 研修の週間計画および年間計画

(1) 加古川中央市民病院 必修科目 週間スケジュール

総合内科

	月	火	水	木	金
午前	モーニングカンファレンス 病棟回診	モーニングカンファレンス 全体カンファレンス 病棟回診 TeachingRound	モーニングカンファレンス 病棟回診	モーニングカンファレンス 病棟回診 TeachingRound	モーニングカンファレンス 病棟回診 一般外来
午後			院内レクチャー		
終日	Walk-in救急症例外来診察/ベッドサイドティーチング				

小児科

	月	火	水	木	金
午前	病棟回診 新生児カンファレンス 一般外来	全体カンファレンス・ミーティング 病棟回診 一般外来 新生児神経カンファレンス	病棟回診 総回診 一般外来 心エコー	病棟回診 一般外来 心エコー	ミーティング 病棟回診 一般外来
午後	専門外来 乳児フォローアップ・内分泌 神経発達 小児病棟カンファレンス・抄読会	専門外来 乳児フォローアップ・神経 アレルギー・循環器 循環器カンファレンス	専門外来 代謝・神経 乳児健診・フォローアップ 母子カンファレンス・抄読会	神経カンファレンス 専門外来 アレルギー・腎臓 乳児フォローアップ・予防接種 小児病棟カンファレンス	若手勉強会 専門外来 循環器・アレルギー・神経 在宅医療・フォローアップ

救急科

	月	火	水	木	金
午前	ICU回診/救急科入院病棟回診(治療方針検討、ミニレクチャー)				
	救急科再診診療(1~3名/日:主に外傷例)				
午後	ICU回診/救急科入院病棟回診(治療方針検討、ミニレクチャー)				
	不定期 院内研修会への出席				
終日	救急傷病者診療				
	ベッドサイド(ER,ICU)における個々の傷病者)ティーティング・症例カンファレンス				

公立宍粟総合病院

	月	火	水	木	金
朝		内科外科カンファレンス	内科カンファレンス	内科カンファレンス	抄読会
午前	病棟回診・救急外来・消化器検査・血液透析	病棟回診・救急外来・消化器検査・血液透析	病棟回診・救急外来・消化器検査・血液透析	病棟回診・救急外来・消化器検査・血液透析	病棟回診・救急外来・消化器検査・血液透析
昼					
午後	病棟回診・救急外来・消化器検査・血液透析	感染制御チーム回診	病棟回診・救急外来・消化器検査・血液透析	認知症サポートチーム回診	栄養サポートチーム回診
夕方					

(2) 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	<ul style="list-style-type: none"> SR1：研修開始。必要資料の取得（加古川中央市民病院 院内サイトより） 指導医：必要資料の取得（加古川中央市民病院 院内サイトより） 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4月15日までに提出 指導医、プログラム統括責任者：前年度の指導実績報告の提出
5	<ul style="list-style-type: none"> 第1回研修プログラム管理委員会：研修実施状況評価、修了判定
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へ提出 日本プライマリ・ケア連合学会参加（発表）（開催時期は要確認）
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	<ul style="list-style-type: none"> 日本プライマリ・ケア連合学会ブロック支部地方会演題公募（詳細は要確認）
9	<ul style="list-style-type: none"> 第2回研修プログラム管理委員会：研修実施状況評価 公募締切（9月末予定）
10	<ul style="list-style-type: none"> 日本プライマリ・ケア連合学会ブロック支部地方会参加（発表）（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）

1 1	・ SR1、SR2、SR3：研修手帳の提出（中間報告）
1 2	・ 第3回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	・ ブロック支部経験省察研修録発表会
3	<ul style="list-style-type: none"> ・ その年度の研修終了 ・ 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：研修プログラム評価報告の作成（書類は翌月に提出） ・ 指導医・プログラム統括責任者：指導実績報告の作成（書類は翌月に提出）

6. 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領域で構成される。

- i. 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）
- ii. 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。
- iii. 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。
- iv. 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。
- v. 総合診療専門医は日本のプライマリ・ケアの現場が外来・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。

- vi. 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）

以下の5領域にわたる専門技能の獲得を目指す。

- i. 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
- ii. 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
- iii. 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
- iv. 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
- v. 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【整備基準 8】

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る。（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」とする。

- i. 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	女性特有の訴え・症状
妊婦の訴え・症状	成長・発達の障害	

ii. 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・拘束性肺炎患		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		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	

※ 詳細は資料「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する。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る。(研修手帳 p. 16-18 参照)

i. 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. 婦人科的診察(腔鏡診による内診や外陰部の視診など)を実施できる。

ii. 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・静脈内・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する。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る。（研修手帳 p. 18-19 参照）

i. 救急処置

新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS）、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）

ii. 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。

iii. 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	

※詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

7. 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あり。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する。

(1) 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く。

(2) 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、連携の方法を学ぶ。

(3) 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。

8. 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る。

- 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す。

(1) 教育

- i. 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。
- ii. 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。
- iii. 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

- i. 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。
- ii. 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る。

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る。

9. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性など

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う。

- (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。

10. 施設群・地理的範囲・地域医療の経験

- (1) 基幹施設：加古川中央市民病院（総合診療専門研修Ⅱ、内科、小児科、救急科）
- (2) 連携施設：中田医院（総合診療専門研修Ⅰ）、藤岡内科眼科医院（総合診療専門研修Ⅰ）、公立宍粟総合病院（内科）

- 兵庫県東播磨医療圏：加古川中央市民病院、中田医院、藤岡内科眼科医院
- 兵庫県西播磨医療圏：公立宍粟総合病院

※各施設の概要は、「12. 各研修施設の概要」参照。

加古川中央市民病院内科専門研修プログラムの施設群は、兵庫県加古川市にある中田医院、藤岡内科眼科医院、兵庫県宍粟市（過疎地域）にある公立宍粟総合病院が連携施設となっている。基幹施設である加古川中央市民病院は、地域住民に密着して病診連携や病病連携を依頼する立場でもあるので、基幹施設でも地域医療も経験ができる。ローテーションの詳細については、「11. 総合診療専攻医研修モデル」を参照。

11. 総合診療専攻医研修モデル

総合診療専攻医は初期臨床研修終了後、3年（以上）の専門研修で育成される。

- (1) 「研修カリキュラム」の知識、技術・技能修得は必要不可欠なものであり、修得するまでの最短期間は3年間とするが、修得が不十分な場合、修得できるまで研修期間を1年単位で延長することがある。
- (2) 総合診療専門研修…総合診療専門研修Ⅰ（診療所）、総合診療専門研修Ⅱ（病院総合診療部門）は各6ヶ月以上、合計で18ヶ月以上の研修を行う。
- (3) 必須領域研修…内科は12ヶ月以上を、小児科、救急科は各3ヶ月以上の研修を行う。
- (4) へき地では6ヶ月以上の研修を行う。

(5) 加古川中央市民病院では総合内科に席を置き、年間通じて様々な症例を経験する。ただし、稀少な症例や剖検を経験する為に、一部の症例については、診療領域を越えて経験することもある。

(6) 決定済の1年間のローテーションの変更は原則認めない。(連携施設の指導医状況等の関係上)

○研修ローテーション (例)

1

<1年次>

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
総合診療専門研修Ⅱ ・加古川中央市民病院											

<2年次>

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
内科 ・公立宍粟総合病院 (へき地)											

<3年次>

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
総合診療専門研修Ⅰ 中田医院		総合診療専門研修Ⅰ 藤岡内科眼科医院			小児科 ・加古川中央市民病院			救急科 ・加古川中央市民病院			

1.2. 各研修施設の概要

(1) 加古川中央市民病院

専門医・指導医数 (常勤医)	総合診療専門研修指導医1名、日本内科学会内科指導医43名、日本内科学会総合内科専門医31名、日本小児学会小児科専門医13名、日本救急医学会救急科専門医3名、日本救急医学会救急科指導医2名
診療科・患者数	<総合内科>のべ外来患者数：約330名/月、入院のべ患者数：約270名/月 <内科 (総合内科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、糖尿病・代謝内科、腫瘍・血液内科、リウマチ・膠原病内科、腎臓内科、脳神経内科)>：入院のべ患者数：約7150名/月 <小児科>のべ外来患者数：約2040名/月 <救急科>救急車搬入件数：約2700件/年 (救急科のみ)
病院の特徴	兵庫県東播磨医療圏の中で中心的な急性期病院であるとともに、地域の病診・病連携の中核である。一方で、地域医療を担う第一線の病院でもある。生命の誕生から、成長期、青年期そして壮年期、高齢者の疾患に至るまで、人生の全ての時期に関わる急性期疾患が経験でき、幅広くかつ専門性も高い全人的医療を身につけることが出来る。

(2) 中田医院

専門医・指導医数（常勤医）	総合診療専門研修指導医1名 内・日本内科学会総合内科専門医1名
病床数・患者数	・病床：なし ・のべ外来患者数2,200名/月、のべ訪問診療200名/月
病院の特徴	小児から高齢者まで幅広い患者層を持ち、特に糖尿病、高血圧症、脂質異常症、消化器病疾患を中心とした生活習慣病外来を展開している。また、禁煙外来削除もの忘れ外来、神経内科外来など専門外来にも近年力を入れている。在宅医療にも積極的に取り組む強化型在宅支援診療所として認定されており、前院長は加古川東地区在宅看取り連携チームの代表でもある。また500人以上の企業や大学の産業医、保育園、幼稚園、中学校、大学の学校医活動にも積極的に取り組んでいる。院長は救急専門医、総合内科専門医、消化器病専門医、消化器内視鏡専門医の資格を有しており前院長は加古川市の介護認定審査、自立支援審査や兵庫県支払基金業務、加古川医師会会長の職務も兼任している。
指導責任者	中田 一弥 【総合診療専攻医へのメッセージ】 中田医院は加古川市にあり地域住民や企業で働く人たちの健康を守る医院です。外来診療や在宅診療で多くの疾患を経験し、産業医や学校医など様々な保健活動にも協力し、総合診療医としての幅を広げてください。

(3) 藤岡内科眼科医院

専門医・指導医数（常勤医）	総合診療専門研修指導医1名
病床数・患者数	・病床：なし ・のべ外来患者数 600名/月、のべ訪問診療件数 20名/月
病院の特徴	・内科全般の幅広い患者層を持ち、生活習慣病のケアについては看護師とも協力した生活習慣病外来を展開。また、禁煙外来や認知症外来、緩和ケア外来にも近年力を入れている。 ・積極的に在宅医療にも取り組む在宅療養支援診療所として 認定されており、加古川中央市民病院と連携して積極的に在宅看取りも含めた包括的な診療を提供している。 ・加古川医師会において健診や産業医、学校医活動にも積極的に取り組む。 ・平荘町に位置する特別養護老人ホームの嘱託医の職責も果たす。
指導責任者	藤岡 武人 【総合診療専攻医へのメッセージ】 当院は加古川市にある、地域密着型の診療所です。家庭医として、一次救急、生活習慣病外来、認知症外来、緩和ケア外来など多岐にわたって診療しております。そのほか学校医や産業医などの保険活動にも協力しており、総合診療医としての幅を広げてください。

(4) 公立宍粟総合病院

専門医・指導医数（常勤医）	・認定内科医 5名（内 総合内科専門医 2名）・総合診療領域特任指導医 2名
病床数・患者数	・混合（産婦人科、小児科を含む）95床 地域包括ケア病床 84床 入院患者総数 110名／月 外来患者総数 2,936名／月
病院の特徴	・宍粟市で唯一の総合病院で、へき地医療拠点病院の指定を受け、一次救急・二次救急の患者の受け入れを行っています。宍粟市及び周辺地域である姫路市の一部、たつの市の一部、佐用町などが主な診療圏で、近隣の開業医・施設等からの紹介患者も多いです。 ・包括ケア病棟を有し、急性期を過ぎた患者のリハビリテーションや退院支援をおこなっています。 ・急性期の脳血管疾患や虚血性心疾患などに対しては、近隣の姫路市の専門病院などと連携して診療を行っています。
指導責任者	山城 有機 【総合診療専攻医へのメッセージ】 当院では、例えば、肺炎で入院してきた患者が重症な糖尿病やCKDを合併していたり、認知症があったり、あるいは、整形外科的疾患や皮膚科的疾患を有しているなど、一人の患者を単一疾患ではなく、総合的に診療することが可能です。

1.3. 募集専攻医数

採用定員は、1学年1名とする。

1.4. 専門研修の評価

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ある。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」の三点を説明する。

(1) 「振り返り」、「経験省察研修録作成」、「研修目標と自己評価」

i. 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ある。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する。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する。

ii. 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（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う。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るので、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する。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う。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る。

iii. 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る。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する。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する。

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) を定期的実施する。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、適宜実施する。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する。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する。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る

(2) 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う。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ある。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 件を登録する。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ないが、可能な限り幅広い異なる分野からの症例登録を推奨する。病歴要約については、同一症例、同一疾患の登録は避けること。

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る。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る。

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する。

(3) 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る。

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る。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する。

◎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る。

15. 専攻医の就業環境

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る。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う。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う。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、その内容は総合診療専門研修 PG 管理委員会に報告されるが、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る。

16. 専門研修 PG の改善方法とサイトビジット（訪問調査）

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る。

(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 に対する評価を行う。また、指導医も専攻医指導施設、本研修 PG に対する評価を行う。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 の改善に役立てる。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く。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ない。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う。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する。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る。

(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）が行われる。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 の改良を行う。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する。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する。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。

17. 修了判定基準

- (1) 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専門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する。その際、具体的には以下の4つの基準が評価される。
- i. 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。
 - ii. 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。
 - iii. 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。
 - iv. 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。

18. 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管理委員会に送付すること。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する。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うこと。

19. Subspecialty 領域との連続性

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、日本専門医機構が検討しているため、その議論を参考に当研修PGでも計画していく。

20. 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る。研修期間を延長せずに休止できる日数は、所属プログラムで定める研修期間のうち通算6ヶ月までとする。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。
- (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らない。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る。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る。

- (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する。再開の場合は再開届を提出することで対応する。
- (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るため、研修延長申請書を提出することで対応する。

2.1. 専門研修 PG 管理委員会

基幹施設である加古川中央市民病院には、専門研修 PG 管理委員会と、専門研修 PG 統括責任者（委員長）を置く。専門研修 PG 管理委員会は、委員長、必修診療科医師、事務、および専門研修連携施設の研修責任者で構成される。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ることもある。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 の継続的改良を行う。専門研修 PG 統括責任者は一定の基準を満たしている。

(1) 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する。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、修了判定を行う。また、専門研修 PG の改善を行う。

(2) 専門研修 PG 管理委員会の役割と権限

- i. 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
- ii. 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
- iii. 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
- iv. 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
- v. 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
- vi. 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
- vii. 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
- viii. 専門研修 PG 更新に向けた審議
- ix. 翌年度の専門研修 PG 応募者の採否決定
- x. 各専門研修施設の指導報告
- xi. 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
- xii. 専門研修 PG 連絡協議会の結果報告

(3) 副専門研修 PG 統括責任者

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

(4) 連携施設での委員会組織

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

2.2. 総合診療専門研修指導医

本 PG には、総合診療専門研修指導医が総計 3 名、具体的には加古川中央市民病院に 1 名、中田医院、藤岡内科眼科医院に各 1 名ずつ在籍している。指導医には臨床能力、教育能力について、7 つの資質・能力を具体的に実践していることなどが求められており、本 PG の指導医についても総合診療専門研修指導医講習会の受講を経て、その能力が担保されている。なお、指導医は、以下の 1)～7)のいずれかの立場の方より選任されており、本研修 PG においては、「1) プライマリ・ケア認定医 1 名」「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(同上)2 名」が参画している。

- 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) 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

2.3. 専門研修実績記録システム、マニュアル等

(1) 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る。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 回行う。加古川中央市民病院にて、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 年間以上保管する。

(2) 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

マニュアルを用いる。

- i. 研修手帳（専攻医研修マニュアル）：所定の研修手帳参照。
- ii. 指導医マニュアル：別紙「指導医マニュアル」参照。
- iii. 専攻医研修実績記録フォーマット：所定の研修手帳参照
- iv. 指導医による指導とフィードバックの記録：所定の研修手帳参照

24. 募集及び採用の方法

本研修 PG の研修プログラム管理委員会は、毎年 8 月～9 月（予定）から、ホームページでの公表や説明会などを行い、総合診療専攻医を募集する。翌年度のプログラムへの応募者は、9 月末（予定）までに加古川中央市民病院 後期研修サイトの募集要項に従って応募すること。書類選考および面接を行い、10 月（予定）の研修プログラム管理委員会において協議の上で採否を決定し、本人に文書で通知する。

※確実な日程は、毎年研修プログラム管理委員会にて決定する。

（問い合わせ先）加古川中央市民病院 臨床研修支援室 専門医制度担当

E-mail : w.recruit.sr@kakohp.jp

25. 研修開始届け

研修を開始した専攻医は、各年度の 4 月 15 日（予定）までに以下の専攻医履歴書他を、加古川中央市民病院 総合診療専門研修プログラム管理委員会（w.recruit.sr@kakohp.jp）に提出する。

- (1) 専攻医履歴書
- (2) 初期研修修了証コピー

※(1)の様式は加古川中央市民病院 院内サイトよりダウンロード

26. 研修目標と研修の場

本研修 PG での 3 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ている。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る。

☆☆総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場		☆☆総合診療専門研修プログラムでの研修設定 ◎:主たる研修の場 ○:従たる研修の場 推奨 ◎:主たる研修の場、○:研修可能な場											
		総合診療専門研修Ⅰ (診療所/中小病院)		総合診療専門研修Ⅱ (病院総合診療部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別研修	
I. 一般的な症候及び疾患へのへの評価及び治療に必要な診察及び検査・治療手技 以下に示す検査・治療手技のうち、※印の項目は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。		設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
(ア) 身体診察													
※①小児の一般的な身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察を実施できる。		◎	◎					◎	◎				
※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)を実施できる		◎	◎	◎	◎	○	◎			◎	◎	○	○
※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)を実施できる。		◎	◎	◎	◎	○							
※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、死亡診断書を作成できる。		◎	◎	◎	◎	○	○				○		
⑥死体検案を警察担当者とともに実施し、死体検案書を作成できる。			◎		○					◎	◎		
(イ) 実施すべき手技													
※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・静脈内・点滴・成人及び小児静脈確保法、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)		○	○		◎		◎		◎	◎	◎	◎	
(ウ) 検査の適応の判断と結果の解釈が必要な検査													
※①単純X線検査(胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に)		◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎		
※②心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査		◎	◎	◎	◎	◎	○					○	
※③超音波検査(腹部・表在・心臓、下肢静脈)		◎	◎	◎	◎	◎	○			◎	○		
※④生体標本(喀痰、尿、皮膚等)に対する顕微鏡的診断		◎	◎	◎	◎	○	○		○	○	○		
※⑤呼吸機能検査		◎	◎	◎	◎	○	○						
※⑥オーゾ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			◎									○	○
⑦消化管内視鏡(上部)		○	○	○	○	◎	◎						
⑧消化管内視鏡(下部)		○	○	○	○	◎	◎						
⑨造影検査(胃透視、注腸透視、DIP)		○	○	○	○	◎	◎						
※⑩頭・頸・胸部単純CT、腹部単純・造影CT				◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎		
⑪頭部MRI/MRA				◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎		
(エ) 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外傷救急(JATEC)										◎	◎		
(オ) 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。		◎	◎	○	◎	◎	○						
(カ) 治療法													
※①簡単な切開・異物摘出・ドレナージ		◎	◎		○					◎	◎	○	○
※②止血・縫合法及び閉鎖療法		◎	◎		○					◎	◎	○	○
※③簡単な脱臼の整復		◎	◎		○				○	◎	◎	○	○
※④局所麻酔(手指のブロック注射を含む)		◎	◎		○					◎	◎	○	○
※⑤トリガーポイント注射			◎		○								○
※⑥関節注射(膝関節・肩関節等)		◎	◎		○							◎	○
※⑦静脈ルート確保および輸液管理(IVHを含む)		◎	◎	◎	◎		○		○	◎	◎		
※⑧経鼻胃管及びイレウス管の挿入と管理		○	◎	◎	◎	○	○				○		
※⑨胃瘻カテーテルの交換と管理		◎	◎		○	○	○						
※⑩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		◎	◎	◎	◎	○	○			○	○		
※⑪褥瘡に対する被覆治療及びブリードマン		◎	◎	○	◎							◎	○
※⑫在宅酸素療法の導入と管理		◎	◎	○	○	○	○						
※⑬人工呼吸器の導入と管理		○	○	◎	◎	◎	◎				◎		
⑭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)		○	○	○	○	○	○			◎			
⑮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)		○	○	○	○							○	○

⑥小手術（局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
※⑦包帯・テーピング・副木・ギブス等による固定法	○	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
⑧穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※⑨鼻出血の一時的止血	◎	◎							◎	◎	◎	◎
※⑩耳垢除去、外耳道異物除去	○	◎						◎			○	○
⑪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）	○	○							◎	◎	◎	◎
⑫睫毛抜去		◎									◎	◎
Ⅱ．一般的な症候への適切な対応と問題解決 以下に示す症候すべてにおいて、臨床推論に基づく鑑別診断および、初期対応（他の専門医へのコンサルテーションを含む）を適切に実施できる。	設定	推奨										
ショック	◎	○	◎	○	○	○			◎	◎		
急性中毒	◎	○	◎	○	○	○			◎	◎		
意識障害	◎	○	◎	○	○	○			◎	◎		
疲労・全身倦怠感	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
心臓停止	◎	○	◎	○	○	○			◎	◎		
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	◎	◎							○	◎	○	○
ささ	◎	◎									○	○
胸痛	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○		◎	◎		
動悸	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○		◎	◎		
痰・痰	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎		
咽喉痛	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎		
咽嚥	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎		○
頻尿	◎	○	◎	○	○	○			◎	◎		
嚥下困難	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○		◎	◎		○
吐血・下血	◎	◎	◎	◎	◎	◎		○	◎	◎		
嘔気・嘔吐	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎		
胸やけ	◎	◎	◎	◎	◎	◎					○	
腹痛	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
便秘異常	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○				
紅門・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・発達障害		○						◎	◎			
Ⅲ 一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント 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ができる。また、（ ）内は主たる疾患であるが、例示である。 ※印の疾患・病態は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。	設定	推奨										
(1) 血液・造血器・リンパ網内系疾患												
※[1]貧血（鉄欠乏貧血、二次性貧血）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○		
[2]白血病												
[3]悪性リンパ腫												
[4]出血傾向・紫斑病			○	○	◎	◎					○	
(2) 神経系疾患												
※[1]脳・脊髄血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）	◎	○	◎								◎	◎
※[2]脳・脊髄外傷（頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫）		○							◎	◎		◎
※[3]変性疾患（パーキンソン病）	○	○	○	○	○	○			◎	◎		◎
※[4]脳炎・髄膜炎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		○		◎		
※[5]一次性頭痛（片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛）	○	◎	◎	◎	◎	◎		○				
(3) 皮膚系疾患					○	○						
※[1]湿疹・皮膚炎群（接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎、皮膚欠乏性皮膚炎）	○	◎	○	○					◎			◎
※[2]蕁麻疹	◎	◎	○						◎		◎	◎
※[3]薬疹	○	○	○	◎			◎	◎		○	◎	◎
※[4]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）	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎

(19) 悪性腫瘍											
※[1]維持治療期の悪性腫瘍	◎	◎	○	◎		◎					◎
※[2]緩和ケア	◎	◎	○	◎		◎					
IV 医療・介護の連携活動 以下に示す診療を適切に実施することができる。						◎					
(1) 介護認定審査に必要な主治医意見書の作成	◎	◎	○	◎							
(2) 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	◎	◎	○	○	○						
(3) 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	◎	◎	○	○							
(4) 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	◎	◎	○	○	○						
(5) 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	◎	◎	○	○							
V 保健事業・予防医療 以下に示すケアや活動を適切に提供・実践することができる。											
(1) 特定健康診査の事後指導	◎	◎	○	◎							
(2) 特定保健指導への協力	◎	◎	○	◎							
(3) 各種がん検診での要精査者に対する説明と指導	◎	◎	○	◎							
(4) 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	◎	◎	○	○							
(5) 産業保健活動に協力	◎	◎	○	○							
(6) 健康教室（高血圧教室・糖尿病教室など）の企画・運営に協力	◎	◎	○	○							
VI 在宅医療 以下に示すケアを適切に提供・実践することができる。											
(1) 主治医として在宅医療を10例以上経験（看取りの症例を含むことが望ましい）	◎	◎		○				○			