

岡崎医療センター総合診療専門研修概要

(総合診療専門研修プログラム：大学病院基幹型)

藤田医科大学岡崎医療センター 総合診療プログラム

目次

1. 藤田医科大学岡崎医療センター総合診療プログラムについて
 2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか
 3. 専攻医の到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)
 4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得
 5. 学問的姿勢について
 6. 医師に必要な資質・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. 研修プログラムの施設群
 9. 専攻医の受け入れ数について
 10. 施設群における専門研修コースについて
 11. 専門研修の評価について
 12. 専攻医の就業環境について
 13. 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
 14. 修了判定について
 15. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
 16. Subspecialty領域との連続性について
 17. 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
 18. 専門研修プログラム管理委員会
 19. 総合診療専門研修指導医
-
1. 藤田医科大学岡崎医療センター総合診療プログラムについて

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た。

総合診療専門医の養成は以下の3つの理念に基づいて構築されている。

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

こうした制度の理念に則って、藤田医科大学岡崎医療センター総合診療プログラム(以下、本研修PG)は、病院・診療所などで活躍できる高い診療能力を持ち、地域包括ケアを担う総合診療専門医の育成を目的に設置された。本研修PG修了後には、診療所のみならず、中小病院や大病院では総合診療専門医として働くことができるほか、行政・多職種と連携し、医療・介護・福祉に関わる能力を習得する。継承開業を目標とする医師にとっては、将来に必要な知識・技能・態度を必要十分に得ることのできるプログラムである。

本研修PGでは、総合診療専門研修I(外来診療・在宅医療中心)、総合診療専門研修II(病棟診療、救急診療中心)、内科、小児科、救急科の5つの必須診療科と選択診療科で構成される3年間の研修を行う。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となる。

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る。

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)3年間で育成される。

- 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年次修了時には、多疾患を合併し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。
- 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能力が必要である。さら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・福祉活動に取り組むことが求められるため、18ヵ月以上の総合診療専門研修I・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になる。
- 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。

- 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
- 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
- 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、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になる。

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つに分かれる。

(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自身の経験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。

(ア) 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)、診療場面をビデオで直接観察してフィードバックを提供するビデオレビューを実施する。また、外来終了後に毎回指導医による定期的な診療録レビューを行い振り返りと安全の担保を行う。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。継続に伴う包括性や個別ケアについての学びを深めるため「1デイバック」、「ハーフデイバック」を毎年行う事で診療の継続性を担保する。

(イ) 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に同行して診療の枠組みを理解するためのシャドウイングを実施する。外来医療と同様に、症例カンファレンスを通じて学びを深め、在宅医療に特徴的な多職種が連携した多職種カンファレンスに積極的に参加し、連携の方法を学ぶ。シャドウイングを行う時期が終了した後は、外来診療と同様、診療録レビューを行い振り返りと安全の担保を行う。

(ウ) 病棟医療

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、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。

(エ) 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で幅広い経験症例を確保する。継続外来診療とは異なる判断や迅速な対応を学ぶ。多くの緊急・重症疾患を経験することで最終的には総合診療専門医として、救命センター以外でも緊急・重症疾患を見逃さない能力を得ることを目標とする。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む。

(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する。さらには乳幼児健診、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。

(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、日本プライマリ・ケア連合学会や日本病院総合診療医学会

等の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。基本的な知識についてはレクチャーを行い、実践の振り返りやポートフォリオ作成を通してレクチャー内容の重要性の理解を促す。

- 1デイバック、ハーフデイバックを毎年行う事で継続診療の経験だけでなく、繰り返し行う症例カンファレンス・Family Medicine カンファレンス（FMカンファ）を通じ臨床推論や総合診療の専門的アプローチを学ぶ。また継続による安全性の確保から小グループ学習の利点である他者の観察から学ぶこと、他者の行動や発言から自己内省すること(社会構成主義)から多様な視点を理解することや自分自身を俯瞰するメタ認知の視点を学ぶ機会となる。
- 指導医との振り返りを中心に成人教育理論に基づいて、経験からの学び・気づきの言語化を促し、学びの概念化を促す。
- 臨床現場で経験の少ない手技などを大学のシュミレーションラボを利用して経験することができる。
- 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、大病院内の各種勉強会や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であるほか、将来の自己の目標とする診療を実践している先輩医師の貴重な経験を知る機会となる。

(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するが、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日本プライマリ・ケア連合学会等における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、幅広く学習する。

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ある。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)あるいは論文発表(共同著者を含む)を行う。

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領域で構成される。

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。
 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領域で構成される。
1. 外来・救急・病棟・在宅という多様な総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査・治療手技
 2. 患者との円滑な対話と医師・患者の信頼関係の構築を土台として患者中心の医療面接を行い、複雑な家族や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法
 3. 診療情報の継続性を保ち、自己省察や学術的利用に耐えうるように、過不足なく適切な診療記録を記載し、他の医療・介護・福祉関連施設に紹介するときに

は、患者の診療情報を適切に診療情報提供書へ記載して速やかに情報提供することができる能力

4. 生涯学習のために、情報技術(information technology; IT)を適切に用いたり、地域ニーズに応じて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る。(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」とする。

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

(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 骨折 関節・靭帯の損傷及び障害 骨粗鬆症 皮膚感染症 脊柱障害 呼吸器感染症 心不全 狭心症・心筋梗塞 静脈・リンパ管疾患 閉塞性・拘束性肺疾患 食道・胃・十二指腸疾患 膵臓疾患 腹壁・腹膜疾患 泌尿器科的腎・尿路疾患 妊婦・授乳婦・褥婦のケア 身体症状症(身体表現性障害) 適応障害 ウイルス感染症 細菌感染症 アナフィラキシー 熱傷 小児虐待の評価 高齢者総合機能評価 緩和ケア 不整脈 動脈疾患 高血圧症 呼吸不全 異常呼吸 胸膜・縦隔・横隔膜疾患 小腸・大腸疾患 胆嚢・胆管疾患 肝疾患 腎不全 全身疾患による腎障害 女性生殖器およびその関連疾患 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 男性生殖器疾患 甲状腺疾患 糖代謝異常 不眠症 膠原病とその合併症 中毒 小児ウイルス感染 小児細菌感染症 小児喘息 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
- 死亡診断を実施し、死亡診断書を作成

(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：POCUSという勉強会を開催する)
- 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
- 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。(研修手帳参照)

(1) 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)
- 病院前外傷救護法(PTLS)

(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 簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギプス法トリガーポイント注射静脈ルート確保および輸液管理(IVH を含む) 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ブリードマン 在宅酸素療法の導入と管理 人工呼吸器の導入と管理 輸血法(血液型・交差適合試験の判定を含む) 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) 関節注射(膝関節・肩関節等) 経鼻胃管及び胃瘻カテーテルの挿入と管理 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

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

職務を通じた学習をにおいて、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図るプロセスに各種カンファレンスを活用した学習

は非常に重要である。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。

(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る。

(イ)在宅医療 症例カンファレンスを通じて学びを深め、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。

(ウ)病棟医療 入院担当患者の症例提示と教育的フィードバックを受ける回診及び多職種を含む病棟カンファレンスを通じて診断・検査・治療・退院支援・地域連携のプロセスに関する理解を深める。

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

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. 総合診療を提供するうえで連携する多職種への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)あるいは論文発表(共同著者を含む)を行うことが求められる。臨床研究の実施にあたっては、必要に応じ専門家のサポートを受けることができる。

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、都市部にあっても医療資源に乏しい地域、あるいは医療アクセスが困難な地域でも、可能な限りの医療・ケアを率先して提供できる。

7. 施設群による研修 PG および地域医療についての考え方

本研修 PG では 藤田医科大学岡崎医療センターを基幹施設とし、地域の連携施設とともに施設群を構成している。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る。

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で構成されるれ、合計で18ヵ月の研修を行う。
2. 必須領域別研修として内科12ヵ月、小児科3ヵ月、救急科3ヵ月において研修を行う。
3. その他の領域別研修として、耳鼻咽喉科、緩和医療科、皮膚科、整形外科、産婦人科などがあり、選択研修を行うことが可能である。合計6ヵ月の範囲で専攻医の意向を踏まえて決定する。

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、個々の総合診療科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管理委員会が決定する。

8. 専門研修 PG の施設群について

本研修プログラムは基幹施設と連携施設の多様な施設群で構成される。

【専門研修基幹施設】 藤田医科大学岡崎医療センターが専門研修基幹施設となる。

【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。全て、診療実績基準と所定の施設基準を満たしている。

- 藤田医科大学病院

- ばんだね病院
- 豊田地域医療センター
- 半田中央病院
- 悠翔会ホームクリニック知多武豊
- 総合病院南生協病院
- 飯塚病院（福岡県）
- 同善病院・同善会クリニック（東京都）

【専門研修施設群】

基幹施設と連携施設により専門研修施設群を構成する。体制は図1のような形になる。

【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愛知県及び愛媛県にある。施設群の中には、地域中核病院と中小病院と診療所が入っている。

9. 専攻医の受け入れ数について

各専門研修施設における年度毎の専攻医数の上限は、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である。3学年の総数は総合診療専門研修指導医×6である。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ある。

また、総合診療専門研修において、同時期に受け入れできる専攻医の数は、指導を担当する総合診療専門研修指導医1名に対して3名までとする。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ある。

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名までとする。

小児科領域と救急科領域を含むその他の診療科のローテート研修においては、各科の研修を行う総合診療専攻医については各科の指導医の指導可能専攻医数(同時に最大3名まで)には含めない。しかし、総合診療専攻医が各科専攻医と同時に各科のローテート研修を受ける場合には、臨床経験と指導の質を確保するために、実態として適切に指導できる人数までに(合計の人数が過剰にならないよう)調整することが必要である。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う。

10.施設群における専門研修コースについて

専攻医1年目は病院総合診療と家庭医療の基礎的な知識とスキルをつけることに重点を置き、岡崎医療センターや豊田地域医療センターでの研修が中心となる。病専攻医2年目以降は専攻医のキャリア形成の希望を確認しながら3ヶ月ずつの救急と小児科研修、整形外科・緩和医療科・産婦人科・皮膚科・診療所などにおいて選択研修を織り交ぜながら総合診療専門医に必要な知識や技能を補う。

11.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本研修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(ポートフォリオ)作成」、「研修目標と自己評価」の三点を説明する。

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ある。具体的には、研修手帳(資料1)の記録及び定期的な指導医との振り返りセッションを1月おきに定期的実施する。その際に、日時と振り返りの主要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。専攻医はワンデイバックを行っており、指導医は週1回専攻医と振り返りを行う時間を割くことができる。

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(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。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。

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合的な確認を行い、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)を定期的に行

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。

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レジデントアドバイザーを配置し研修円滑な遂行を定期的に支援するシステムを構築する。アドバイザーとのセッションは数ヶ月に一度程度を保証する。

【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う。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。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。

【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になる。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、経験省察経験録、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られている1泊2日の日程で開催される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く。

12. 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、その内容は藤田医科大学岡崎医療センター総合診療専門研修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。

13. 専門研修 PG の改善方法とサイトビジット(訪問調査)について

本研修 PG では専攻医からのフィードバックを重視してPGの改善を行う。

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科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科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。関連する学術団体などによるサイ

トビジットを企画するが、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ある。

14.修了判定について

3年間の研修期間における研修記録にもとづいて、知識・技能・態度が専門医試験を受けるのにふさわしいものであるか、症例経験数が日本専門医機構の総合診療科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。

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・Ⅱ 各6月上・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、作成した経験省察経験録を通じて、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. 研修期間中に実施される、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。

15.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ポートフォリオを専門医認定申請年の4月末までに専門研修PG管理委員会に送付していただく。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科専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行っていただく。

16.Subspecialty 領域との連続性について

様々な関連する Subspecialty 領域については家庭医療専門研修プログラム・病院総合診療専門研修プログラムへの連続性を持った研修が可能となるようにサポートする。

17.総合診療科研修の休止・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120日(平日換算)までとする。(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ので、研修延長申請書を提出することで対応する。

18. 専門研修PG管理委員会

基幹施設である藤田医科大学岡崎医療センターには、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、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。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。

【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。

【専門研修PG管理委員会の役割と権限】

- 専門研修を開始した専攻医の把握と日本専門医機構の総合診療科研修委員会への専攻医の登録
- 専攻医ごとの、研修手帳及び経験省察研修録の内容確認と、今後の専門研修の進め方についての検討・研修手帳及び最良作品型ポートフォリオ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。

【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。

19.総合診療専門研修指導医

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る。

なお、指導医は、以下の(1)~(7)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)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

以上