島根県立中央病院総合診療専門研修プログラム

目次

１．　島根県立中央病院総合診療専門研修プログラムについて
２．　総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか
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．　医師に必要なコアコンピテンシー、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．　研修施設の概要
１２．　専門研修の評価について
１３．　専攻医の就業環境について
１４．　専門研修プログラムの改善方法とサイトビジットについて
１５．　修了判定について
１６．　専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
１７．　Subspecialty領域との連続性について
１８．　総合診療研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件
１９．　専門研修プログラム管理委員会
２０．　総合診療専門研修指導医
２１．　専門研修実績記録システム、マニュアル等について
２２．　専攻医の採用

ご縁の国しまね　島根には本物の総合診療ＳＥＮＭＯＮ研修がある

Ⅰ.島根県立中央病院総合診療専門研修プログラムについて

理念

Ⅰ）

高齢者医療の先進県である島根県における地域医療支援システムを基礎として、島根県を基盤に地域医療を担い、日本のどこでも活躍できる総合的な診療能力を有する総合診療専門医を育成するプログラムです。第一線の地域医療の現場で本当に必要とされる、診療、検査、手技、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行うことのできる、全般にわたる**本物の**診療能力を身につけることを目指します。**ご縁の国しまね**から総合診療専門医資格の取得を目指す若手医師が自分たちの未来を創造するプログラムとなることを目指します。

２）

島根県立中央病院　臨床研修の理念
患者の視点に立った、全人的医療の実践に努める。
医師としての人格を涵養する。
医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識する。
一般的な診療において、頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、
基本的、専門的な知識、技能、態度を身に付ける。

使命

Ⅰ）

島根県の総合診療の質の向上を図り、島根県民の健康・福祉に貢献できる
総合診療専門医の育成を行います。

２）

島根県立中央病院　臨床研修の基本方針
科学的根拠と高い倫理観に基づいた良質な医療の提供を努める。
総合的視野と科学的思考力・判断力の修得及び能動的生涯学習の習慣を身に付ける。
チーム医療の原則を理解し、他職種との連携に努める。
医療保険制度や医療に関する法令に習熟する。
地域医療の理解と病診連携・病病連携に努める。

特性

島根県立中央病院総合診療専門研修プログラム（以下、本研修PG）は高齢者医療の先進県である島根県における地域医療支援システムを基礎として、ＥＲ型救急や急性期専門各科を有する基幹施設と県内の海と山にある連携施設のなかで、島根県を基盤に地域医療を担い、日本のどこでも活躍できる総合的な診療能力を有する総合診療専門医を育成することを目的としています。2025年度までに自治医科大学卒業医師46期100余名を含む、総合医を育成した経験に則り、第一線の地域医療の現場で本当に必要とされる、診療、検査手技、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行うことのできる、全般にわたる**本物の**診療能力を身につけることを目指します。**ご縁の国しまね**から総合診療専門医資格の取得を目指す若手医師が自分たちの未来を創造するプログラムなることを目指します。**ご縁の国しまね**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**本物の**研修が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、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、以下の機能を果たすことを目指します。

Ⅰ）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、感染症管理等）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

３）地域を支える診療所や病院、総合診療部門を有する病院のいずれにおいても、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

本研修 PG においては指導医が専攻医の教育・指導にあたりますが、専攻医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、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３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3年間で構成されます。

〇１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。

〇２年次修了時には、診断や治療プロセスも標準的で患者を取り巻く背景も安定しているような比較的単純な健康問題に対して的確なマネジメントを提供することを目標とします。

〇３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ったり、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。

〇また、総合診療専門医は日常遭遇する疾病と傷害等に対する適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を提供するだけでなく、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組むことが求められますので、18ヶ月以上の総合診療専門研修Ⅰ及びⅡにおいては、後に示す地域ケアの学びを重点的に展開することとなります。

≪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（ポートフォリオ：経験と省察のプロセスをファイリングした研修記録）を通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること

③ 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること。

様々な研修の場において、定められた到達目標と経験目標を常に意識しながら、同じ症候や疾患、更には検査・治療手技を経験する中で、徐々にそのレベルを高めていき、一般的なケースで、自ら判断して対応あるいは実施できることを目指していくこととなります。

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）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するためのシャドウイングを実施します。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。

（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。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）または論文発表（共同著者を含む）をいずれか1回行うこととします（使用言語は問わない）。

学会発表は、筆頭演者に限るが、臨床研究、症例報告のいずれでも可。それぞれ口演・ポスターのいずれでも可。ただし、学会発表は全国規模の学術大会とその地方会、国際学術大会は可。研究会などは不可。

論文発表は、原著、症例報告、総説のいずれでも可。査読の有無は問わない。日本語の場合は、医学中央雑誌に掲載される雑誌であること。ただし、査読ありの場合は単著、共著ともに可とするが、査読なしの場合、「筆頭著者かつ指導医との共著であること」が条件。

本研修PGでは、島根県立中央病院臨床教育・研修支援センター、兵庫医科大学臨床疫学講座、島根大学総合診療医センター、地域医療支援学講座・総合医療学講座と連携しながら、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。雲南市立病院、奥出雲病院、飯南町立飯南病院、公立邑智病院、浜田市国保診療所連合体、津和野共存病院、隠岐病院、隠岐島前病院、安来市立病院、済生会江津総合病院、浜田医療センター等、サテライト指導も行います。

４）研修の週間計画および年間計画

基幹施設（島根県立中央病院）

総合診療科　（総合診療専門研修Ⅱ・内科）

	月	火	水	木	金	土	日
朝	ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング		
午前	病棟回診 内視鏡検査	病棟回診 外来診療	病棟回診 エコー検査	病棟回診 救急診療	病棟回診 外来診療	土日の救急日勤 または救急夜勤 （１回/月） 平日代休	

午後	病棟診療 救急診療	病棟診療	部長回診	病棟診療 救急診療	病棟診療	
その他 カンファ 講習会 等	症例検討会 退院検討会	感染症科回診 緩和ケア回診	救急ﾚｸﾁｬｰ ｸﾘﾆｶﾙｼﾞｬｽﾞ	症例検討会 診療手技演習 CPC 参加	緩和ケア回診	土日診療科待機 （２～３回/月）
	平日救急準夜・夜勤（２～３回/月）翌日代休 夜間診療科待機制（１回/週）					

消化器科　（内科）

	月	火	水	木	金	土	日
午前	上部消化管内視鏡検査	上部消化管内視鏡検査	専門外来	腹部超音波検査	上部消化管内視鏡検査	土日の救急日勤または救急夜勤（１回/月） 平日代休	
午後	肝癌、胆のう、胆道、経皮的治療	大腸内視鏡検査	ERCP 検査・治療	肝癌経皮的治療	ERCP 検査・治療		
その他 カンファ 講習会 等	消化器・内視鏡科合同カンファレンス	外科・放科・消化器科合同カンファレンス	救急外来診療	化学療法治療	病棟 Weekly Summary Discussion		
	平日救急準夜・夜勤（２～３回/月）翌日代休 診療科待機（２～３回/月）						

循環器科　（内科）

	月	火	水	木	金	土	日
午前	RI 検査 運動負荷検査	専門外来	心臓カテーテル検査	心エコー検査	心臓カテーテル検査	土日の救急日勤または救急夜勤（１回/月） 平日代休	
午後	心臓カテーテル検査 病棟	心臓カテーテル検査 病棟	心臓カテーテル検査 病棟	心臓カテーテル検査 病棟	心臓カテーテル検査 病棟		
その他 カンファ 講習会 等	病棟回診 症例検討会	薬剤・治療器具・検査 勉強会 症例検討会	心臓血管外科合同カンファレンス	心不全チームｶﾝﾌｧﾚﾝｽ １/１～２週	心エコーｶﾝﾌｧﾚﾝｽ 症例検討会 １/週		
	平日救急準夜・夜勤（２～３回/月）翌日代休 診療科待機（２～３回/月）						

小児科・新生児科　（小児科）

	月	火	水	木	金	土	日

午前	一般外来 病棟業務	一般外来 病棟業務	一般外来 病棟業務	一般外来 病棟業務	一般外来 病棟業務	土日の救急日勤または救急夜勤 （１回/月） 平日代休	
午後	専門外来 （小児腎臓、予防接種） 病棟業務 心臓、腹部超音波検査など適宜	専門外来（小児循環器、ハイリスク児フォロー） 病棟業務	専門外来 （乳児健診） 病棟業務	専門外来 （小児神経、小児内分泌） 病棟業務 膀胱造影検査など適宜	専門外来 （ハイリスク児フォローアップ） 病棟業務		
その他 カンファ 講習会 等	症例検討 カンファ			抄読カンファ			
	平日救急準夜・夜勤（２～３回/月）翌日代休 診療科待機（２～３回/月）						

救命救急科（救急）

	月	火	水	木	金	土	日
午前	朝ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ 救急外来	朝ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ 救急外来	朝ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ 救急外来	朝ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ 救急外来	朝ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ 救急外来	土日の救急日勤または救急夜勤 （１回/月） 平日代休	
午後	救急外来	救急外来	救急外来	救急外来	救急外来		
その他 カンファ 講習会 等		感染症科回診	救急レクチャー	抄読会 症例検討会 診療手技演習 CPC 参加			
	平日救急準夜・夜勤（２～３回/月）翌日代休 診療科待機（２～３回/月）						

連携施設（出雲市民病院）（総合診療Ⅱ）

	月	火	水	木	金	土	日
午前	病棟回診	外来	病棟回診	外来	救急外来	病棟回診	
午後	救急外来	病棟回診	病棟カンファレンス	病棟回診	検査・処置等		

その他 カンファ 講習会 等	振り返り		家庭医療セミナー	症例検討会 テレビｶﾝﾌｧ CPC 参加			

連携施設（大曲診療所）（総合診療Ⅰ）

	月	火	水	木	金	土	日
午前	外来	外部研修	外来	外来	外来	外来	
午後	訪問診療	訪問診療	カンファレンス 訪問診療	会議等	訪問診療		
その他 カンファ 講習会 等	振り返り		家庭医療セミナー		夜間外来		

連携施設（飯南病院・来島診療所群）（総合診療Ⅰ・総合診療Ⅱ）

	月	火	水	木	金	土	日
午前	初診外来 救急当番	ｴｺｰ検査 上消化管内視鏡	島根県立 中央病院 総合診療科外来	再診予約外来	診療所 外来診療		
午後	養護老人ホーム診察	病棟診療 救急当番 大腸内視鏡検査	臨床研修医医学生指導	病棟診療 大腸内視鏡	訪問診療 大腸内視鏡 検査		
その他 カンファ 講習会 等	地域ケア会議		クリニカルジャズ参加 介護認定審査会	症例検討会 テレビｶﾝﾌｧ CPC 参加			
	平日宿直（２～３回/月） 土日の日直・宿直（１回/月）						

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	・ SR1: 研修開始。専攻医および指導医に提出用資料の配布 ・ SR2、SR3、研修修了予定者: 前年度分の研修記録が記載された研修手帳を月末までに提出 ・ 指導医・PG 統括責任者：前年度の指導実績報告の提出
5	・ 第１回研修管理委員会：研修実施状況評価、修了判定

6	・ 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 ・ 関連学会参加（発表）（開催時期は要確認）
7	・ 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	・ 関連学会地方会演題公募（詳細は要確認）
9	・ 第２回研修管理委員会：研修実施状況評価 ・ 次年度専攻医の公募締切（9-10 月頃）
10	・ 関連学会地方会参加（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）
11	・ SR1、SR2、SR3: 研修手帳の提出（中間報告）
12	・ 公募２次募集締切（１２月頃）
1	・ 次年度専攻医２次採用審査（書類及び面接） ・ 第３回研修 PG 管理委員会：研修実施状況評価、採用予定者の承認
2	・ 経験省察研修録発表会
3	・ 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 PG 評価報告の作成（書類は翌月に提出） ・ 指導医・PG 統括責任者：指導実績報告の作成（書類は翌月に提出）

３．専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

１）専門知識

総合診療の専門知識は以下の６領域で構成されます。

１． 地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観察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られるように、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。

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領域で構成されます。

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

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

４． 生涯学習のために、情報技術（information technology; IT）を適切に用いたり、地域ニーズに応じた技能の修練を行ったり、人的ネットワークを構築することができる能力

５． 診療所・中小病院において基本的な医療機器や人材などの管理ができ、スタッフとの協働において適切なリーダーシップの提供を通じてチームの力を最大限に発揮させる能力

３）経験すべき疾患・病態

以下の経験目標については一律に症例数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。（研修手帳参照）

なお、この項目以降での経験の要求水準としては、「一般的なケースで、自ら判断して対応あるいは実施できたこと」とします。

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	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	嗄声	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ーのみ掲載）

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・靱帯の損傷及び障害、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、全身性疾患による腎障害、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

４）経験すべき診察・検査等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査を経験します。なお、下記の経験目標については一律に症例数や経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。（研修手帳参照）

（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

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・頚・胸部単純 CT、腹部単純・造影 CT、頭部 MRI/MRA
※ 詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

⑫ 消化管内視鏡（上部、下部）

⑬ 造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）
※⑫⑬は必須ではないが、島根県立中央病院総合診療専門研修プログラムにおいては
消化器系スクリーニング検査ができる研修が可能である。

５）経験すべき手術・処置等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な治療手技を経験します。なお、下記については一律に経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。（研修手帳参照）

（ア）救急処置

① 新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS、JPLS）、小児蘇生のトレーニングが含まれている BLS）

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）

（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
胃瘻カテーテルの挿入と管理
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

６）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。
（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
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。
（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・高脂血症教室など）の企画・運営に協力
３．主治医として在宅医療を 10 症例以上経験する。（看取りの症例を含むことが望ましい）

激甚災害、特定非常災害等に指定され、機構が「被災地」と認めた地域における研修は、「医療資源の乏しい地域」での研修として認める。「被災地」と認める期間は、激甚災害、特定非常災害等に指定されてからおおむね５年間とするが、毎年のプログラム申請期間にあわせて見直しを行う。
①当該専攻医の所属する総合診療専門研修プログラムの基幹施設または連携施設で行う場合は、その研修施設が認定されている研修領域(総合診療Ⅰ・Ⅱ、内科、小児科、救急科、その他の領域)の研修とすることができる。
②当該専攻医の所属する総合診療専門研修プログラムの基幹施設または連携施設でない施設で行う場合は、「その他の領域」の研修とし、最大6か月まで総診I、総診Ⅱの一部とすることができるが、総診I、総診Ⅱの一部とすることができるが、総診I、総診Ⅱともに単独で6か月の研修は必要とする。
③医療救護チーム等の一員として活動する場合は、1つの災害に関する活動が1週間以内の活動であれば、その時点で行っている研修領域の一部とすることができる。1週間を超える部分については上記②として取り扱う。

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．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（筆頭に限る）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、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では島根県立中央病院総合診療科を基幹施設とし、地域の連携施設とともに施設群を構成しています。専攻医はこれらの施設群をローテートすることにより、多彩で偏りのない充実した研修を行うことが可能となります。ローテート研修にあたっては下記の構成となります。

（１） 総合診療専門研修は診療所・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では島根県立中央病院もしくは連携病院において総合診療専門研修Ⅱを６から12ヶ月、連携診療所もしくは連携病院にて総合診療専門研修Ⅰを６から12ヶ月、合計で18ヶ月の研修を行います。

（２） 必須領域別研修として、島根県立中央病院や連携病院にて内科６から１２ヶ月、小児科３ヶ月、救急科３ヶ月の研修を行います。

（３） その他の領域別研修として、島根県立中央病院や連携病院にて外科・整形外科・産婦人科・精神科・放射線科・耳鼻咽喉科・皮膚科・形成外科の研修を行うことが可能です。専攻医の意向を踏まえて決定します。

施設群における研修の順序、期間等については、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、各病院の状況、地域の医療体制を勘案して、本研修　PG管理委員会が決定します。

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，連携施設の施設群で構成されます。施設は島根県内の海と山にある松江・出雲・雲南・大田・浜田・益田・隠岐の二次医療圏に位置しています。各施設の診療実績や医師の配属状況は研修施設の概要を参照して下さい。

専門研修基幹施設

島根県立中央病院が専門研修基幹施設となります。島根県立中央病院は出雲二次医療圏の各種専門診療を提供する急性期病院で、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。

・松江市立病院（松江二次医療圏に位置する各種専門診療を提供する病院である）
・松江生協病院（松江二次医療圏に位置する各種専門診療を提供する病院である）
・松江赤十字病院（松江二次医療圏に位置する各種専門診療を提供する急性期病院である）
・出雲市民病院・大曲診療所（出雲二次医療圏に位置する家庭医療教育に秀でた病院群である）
・出雲市立総合医療センター（出雲二次医療圏に位置する各種専門診療を提供する病院である）
・雲南市立病院・掛合診療所（雲南二次医療圏の医療過疎地域に位置する診療所と各種専門診療を提供する急性期公立病院である）
・飯南町立飯南病院・来島診療所群（雲南二次医療圏の医療過疎地域に位置する公立病院と診療所である。自治体と提携した健康増進や予防医学活動が盛んである）
・町立奥出雲病院（雲南二次医療圏の医療過疎地域に位置する公立病院である）
・平成記念病院(雲南二次医療圏の医療過疎地域に位置する医療法人である）
・加藤病院（大田二次医療圏の医療過疎地域に位置する家庭医療教育に秀でた病院である）
・公立邑智病院（大田二次医療圏の医療過疎地域に位置する各種専門診療を提供する急性期公立病院である）
・浜田医療センター（浜田二次医療圏の各種専門診療を提供する医療過疎地域に位置する急性期病院である）
・浜田市国保診療所連合体(弥栄診療所・あさひ診療所・波佐診療所）（浜田二次医療圏の医療過疎地域に位置する在宅療養支援診療所である。自治体と提携した健康増進や予防医学活動が盛んで、過疎地域でのプライマリ・ケアを学べる）
・益田赤十字病院（益田二次医療圏の各種専門診療を提供する医療過疎地域に位置する急性期病院である）
・益田地域医療センター医師会病院（益田二次医療圏の各種専門診療を提供する医療過疎地域に位置するへき地巡回診療も担当する病院である）
・津和野共存病院（益田二次医療圏の医療過疎地域に位置する公的病院である）
・よしか病院(益田二次医療圏の医療過疎地域に位置する病院である）
・隠岐広域連合立隠岐病院・五箇診療所群（隠岐二次医療圏の離島に位置する各種専門診療を提供する急性期公立病院・診療所である）
・隠岐広域連合立隠岐島前病院・浦郷・知夫診療所群（隠岐二次医療圏の離島に位置する公立病院・診療所である。自治体と提携した健康増進や予防医学活動が盛んである）
・ひたちなか総合病院(茨城県常陸太田･ひたちなか医療圏唯一の総合病院である)
・安来市立病院（松江二次医療圏に位置する各種専門診療を提供する病院である）
・済生会江津総合病院（浜田二次医療圏に位置する各種専門診療を提供する病院である）

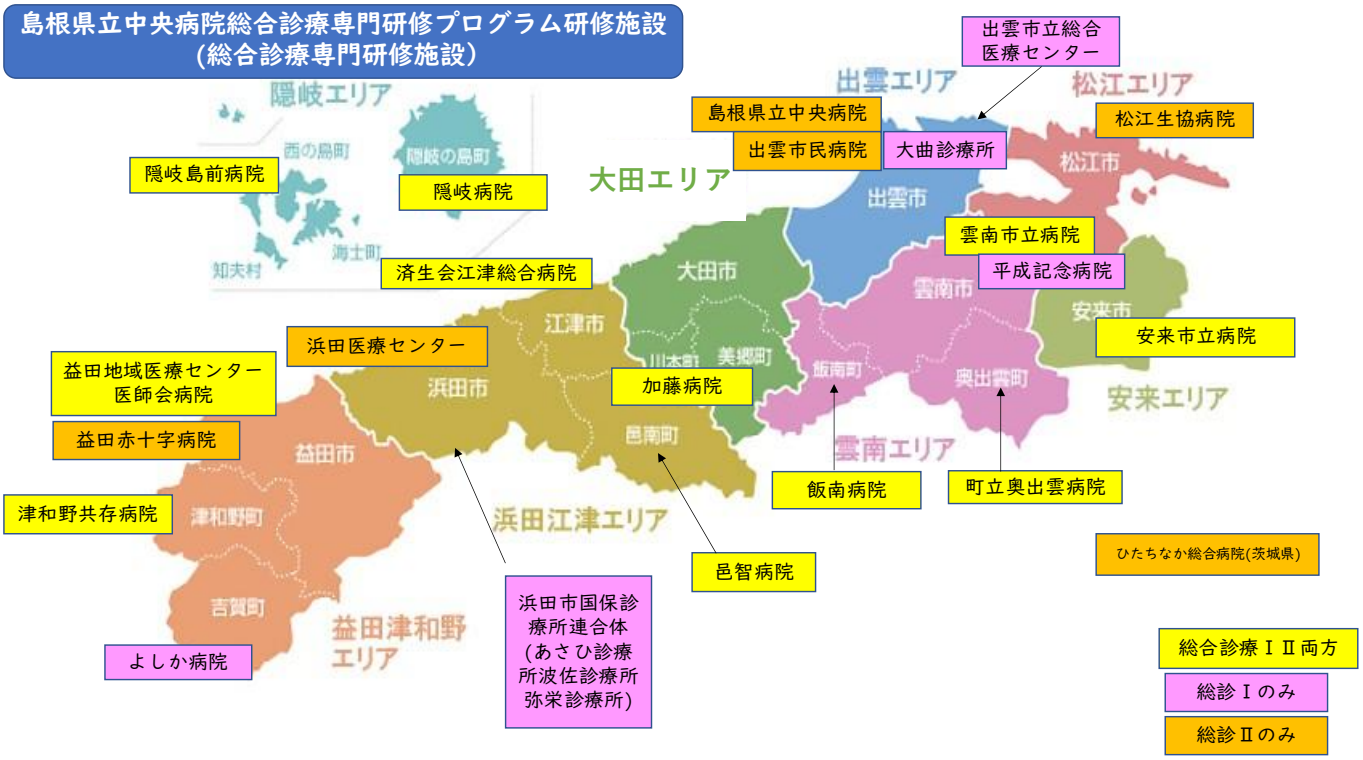
専門研修施設群

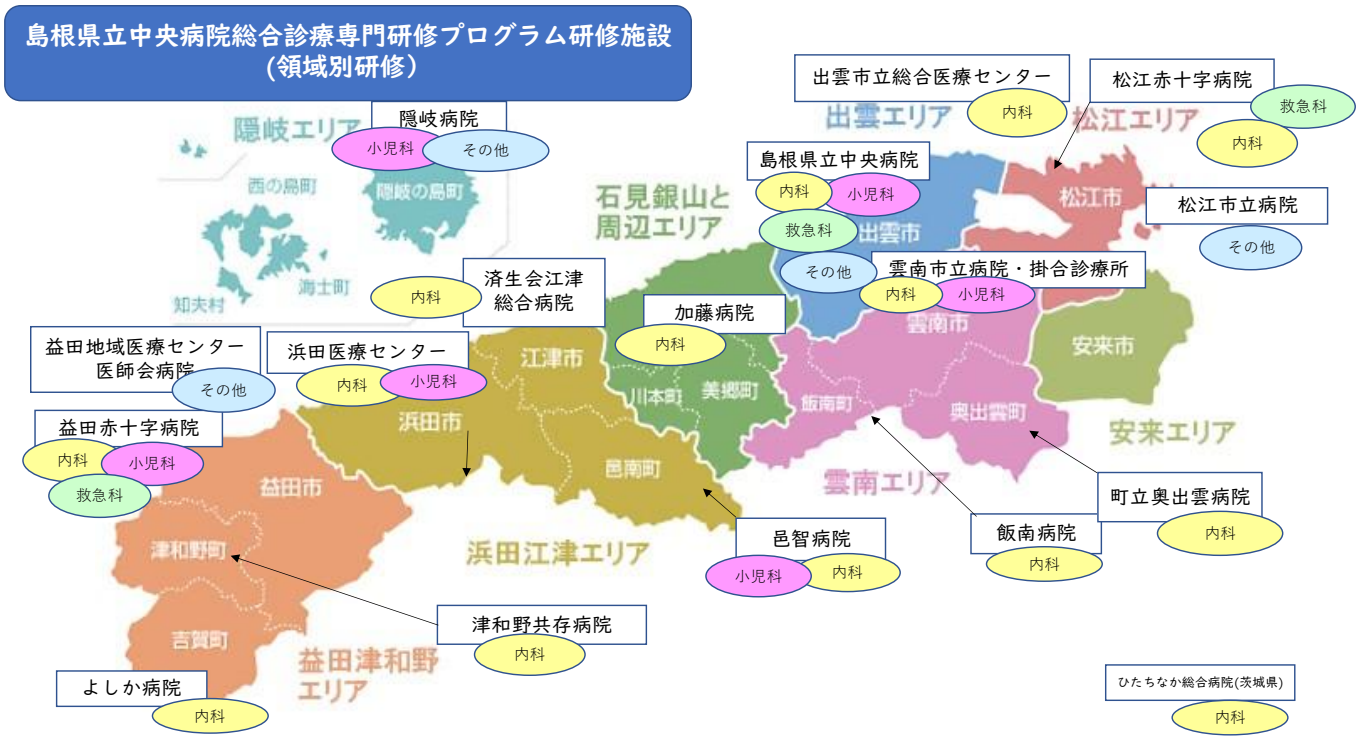
基幹施設と連携施設により専門研修施設群を構成します。体制は次のような形になります。

基幹施設および専門連携施設群	総合Ⅰ	総合Ⅱ	内科	小児	救急	その他
島根県立中央病院		○	○	○	○	整形外科 精神科 産婦人科 外科、眼科 耳鼻科 泌尿器科 放射線科 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ
松江市立病院						泌尿器科
松江生協病院		○				
松江赤十字病院			○		○	
出雲市民病院・大曲診療所	○	○				
出雲市立総合医療センター	○		○			
雲南市立病院・掛合診療所	○	○	○	○		
平成記念病院	○					
奥出雲病院	○	○	○			
町立飯南病院・来島診療所	○	○	○			
加藤病院	○	○	○			
公立邑智病院	○	○	○	○		
浜田医療センター		○	○			
（浜田市国保診療所連合体） 弥栄診療所・あさひ診療所・波佐診療所	○					
益田赤十字病院		○	○	○	○	
益田地域医療センター医師会病院	○	○				
津和野共存病院	○	○	○			
隠岐広域連合立隠岐病院	○	○		○		産婦人科
隠岐広域連合立隠岐島前病院 （浦郷診療所・知夫診療所）	○	○				
ひたちなか総合病院		○	○			
よしか病院	○		○			
安来市立病院	○	○				
済生会江津総合病院 （船津内科医院・花田医院・花田クリニック）	○	○	○			

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島根県にあります。施設群の中には医療過疎地域や離島に位置する地域中核病院や地域中小病院、診療所が入っています。





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特任指導医×２です。３学年の総数は総合診療専門研修特任指導医×６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。

現在、本プログラム内には総合診療専門研修特任指導医（基幹施設、連携施設）が在籍しており、当プログラムでは毎年５名を定員と希望しています。

１０．施設群における専門研修コースについて

本プログラムでは専攻医が抱く専門医像や将来の希望に合わせて、基幹施設、連携施設のいずれの施設でも研修を開始することが可能です。島根県立中央病院での総合診療専門研修Ⅱ・内科・救急・小児科の領域別必修研修、あるいは連携施設において総合診療専門研修Ⅰ・Ⅱ・内科・救急・小児科の領域別必修研修を行い、基幹施設または連携施設において整形外科・産婦人科・精神科・放射線科・耳鼻咽喉科・皮膚科・形成外科等選択科の研修を行い、総合診療専門医に必要な知識や技能を補います。

資料「研修目標及び研修の場」に本研修PG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ました。ローテーションの際には特に主たる研修の場では目標を達成できるように意識して修練を積むことが求められます。

本研修 PG の研修期間は 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。

図２ローテーション

後期研修１年目	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（島根県立中央病院・連携施設）											
後期研修２年目	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（島根県立中央病院・連携施設）						救急科（島根県立中央病院・連携施設）			小児科（島根県立中央病院・連携施設）		
後期研修３年目	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（連携病院・診療所）											

図２ローテーション（別）

後期研修１年目	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（連携施設・島根県立中央病院）						総合診療専門研修Ⅰ（連携病院・診療所）					
後期研修２年目	４月	５月	６月	７月	８月	９月	１０月	１１月	１２月	１月	２月	３月
	選択研修（連携施設・島根県立中央病院）						救急科（島根県立中央病院・連携施設）			小児科（連携施設・島根県立中央病院）		
後期研修３年目	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（連携病院・島根県立中央病院）											

図２で示した研修ローテーションのパターンに加えて、基幹病院・連携病院にて選択研修を実施するパターンを図２（別）として示した。

これは、諸事情で総合診療専門研修プログラム整備基準「専門研修施設群の構成要件」に則ってプログラム構築することが難しい場合に、整備基準の項目 10「他に、自領域のプログラムにおいて必要なこと」に示した「平成 30 年度からの３年間に専門研修が開始されるプログラムについては、専門研修施設群の構成についての例外を日本専門医機構において諸事情を考慮して認めることがある。」として、日本専門医機構理事会において例外的に認められた措置である。

基幹施設と１つ以上の連携施設での研修を行う。研修期間は、基幹施設は６ヶ月以上、連携施設は１箇所につき３ヶ月(選択研修の場合は１ヶ月)以上とする。研修期間がこれ未満となる場合は、予め理由書(指定様式)を提出し、機構の承認を受ける必要がある

１１．研修施設の概要　（別紙参照）

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に実施します。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（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）を定期的に実施します。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。これは期間が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。

6～12ヶ月間の内科研修の中で、最低20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5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。

6～12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。

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やJPLSあるいは、小児蘇生のトレーニングが含まれているAHA BLSコース、またはAHA PEARSコースの修了をもって代えることも可とします。

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、その内容は島根県立中央病院総合診療専門研修管理委員会に報告されますが、そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれます。

１４．専門研修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の総合診療研修委員会に報告します。

また、専攻医が日本専門医機構に対して直接、指導医やプログラムの問題について報告し改善を促すこともできます。

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PG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の総合診療研修委員会に報告します。

また、同時に、総合診療専門研修プログラムの継続的改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。該当する学術団体等によるサイトビジットが企画されますが、その際には専攻医に対する聞き取り調査なども行われる予定です。

１５．修了判定について

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どうか、症例経験数が日本専門医機構の総合診療研修委員会が要求する内容を満たしているものであるかどうかを、専門医認定申請年の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6～12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 管理委員会に送付してください。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、連続性を持った制度設計を今後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。

島根県立中央病院は日本内科学会内科専門研修プログラム認定施設です。また、日本病院総合診療医学会認定施設です。日本プライマリ・ケア連合学会認定　新・家庭医療専門研修プログラムと日本病院会認定　病院総合専修医プログラムを併設しています。

１８．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ヶ月までとします。
なお、内科・小児科・救急科・総合診療Ⅰ・Ⅱの必須研修においては、研修期間がそれぞれ規定の期間の３分の２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PG管理委員会

基幹施設である島根県立中央病院総合診療科には、専門研修PG管理委員会と、専門研修PG統括責任者（委員長）を置きます。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の継続的改良を行います。専門研修PG統括責任者は一定の基準を満たしています。

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します。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、修了判定を行います。また、専門研修PGの改善を行います。

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

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います。

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在籍しています。島根県立中央病院総合診療科（感染症科、地域医療科含）、雲南市立病院、町立奥出雲病院、飯南町立飯南病院、出雲市立総合医療センター、出雲市民病院、大曲診療所、加藤病院、公立邑智病院、（浜田市国保診療所連合体）弥栄診療所 あさひ診療所 波佐診療所、益田赤十字病院、益田地域医療センター医師会病院、津和野共存病院、隠岐病院、隠岐島前病院、平成記念病院、ひたちなか総合病院、よしか病院、安来市立病院、済生会江津総合病院に在籍しています。

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I)～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おります。

I）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、または家庭医療専門医

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

特任指導医の任期は、認定を受けた日から5年間です。

特任指導医を更新するには日本専門医機構が指定するｅ－ラ－ニング研修を修了します。

２Ｉ．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

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I回行います。

島根県立中央病院総合診療科にて、専攻医の研修内容、目標に対する到達度、専攻医の自己評価、360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。

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）と指導医マニュアルを用います。

〇研修手帳（専攻医研修マニュアル）　所定の研修手帳を使用
〇指導医マニュアル　別紙「指導医マニュアル」を使用
〇専攻医研修実績記録フォーマット　所定の研修手帳を使用
〇指導医による指導とフィードバックの記録　所定の研修手帳を使用

２２．専攻医の採用

採用方法

島根県立中央病院総合診療専門研修PG管理委員会は、毎年６月頃から説明会等を行い、総合診療専攻医を募集します。PGへの応募者は、研修PG責任者宛に所定の形式の『島根県立中央病院総合診療専門研修PG応募申請書』および履歴書を提出してください。詳細は当院ホームページに記載します。申請書は(1)島根県立中央病院総合診療科のwebsite（http://www.spch.izumo.shimane.jp/)よりダウンロード、(2)電話で問い合わせ(0853-30-6445)、(3)e-mailで問い合わせ（kouki@spch.izumo.shimane.jp）、のいずれの方法でも入手可能です。原則として日本専門医機構の示すスケジュールに沿い書類選考および面談を行い、採否を決定して専攻医登録システムへ登録します。採否は同システムから期日より確認ができます。応募者および選考結果については随時、島根県立中央病院総合診療科専門研修PG管理委員会において報告します。

地域医療・地域連携への対応

・医療資源の乏しい地域での研修は、プログラム制、カリキュラム制、他基本領域とのダブルボードにおける研修のいずれの場合においても、原則として、総合診療専門研修中に ６ ヶ月以上行うこととするが、下記に該当する場合は、専攻医の希望により、その全部または一部の期間を総合診療専門研修修了後、初回の専門医資格更新までの間に行うことも認める。

1)出産、育児、介護、療養等のライフイベント
2)海外・国内留学
3)臨床研究医コースの者
4)その他、日本専門医機構が認めた合理的な理由のある場合

・総合診療専門研修修了後に全部または一部の期間の研修を行う場合、研修修了証明書にプログラム統括責任者がその旨を記載する。
・医療資源の乏しい地域での研修は、総合診療専門 研修Ⅰ・Ⅱ、内科研修、救急科研修、小児科研修、その他の領域の研修の期間を対象とする。
・日本専門医機構（以下、機構）の定めるダブルボードの制度を用いて総合診療専門医取得を目指す場合、機構の基本領域で行った研修を総合診療専門研修プログラム整備基準で定める医療資源の乏しい地域で行った期間は、総合診療専門研修の医療資源の乏しい地域での研修期間に組み入れることができる。
・総合診療専門研修修了後に医療資源の乏しい地域での研修の全部または一部の期間の研修を行う場合に、初回の専門医資格更新までに医療資源の乏しい地域での研修を修了することができない場合は、専門医資格を失効する。その場合、総合診療専門医検討委員会の審査を受け、正当な理由があると認められた事例に限り、失効後 １ 年以内に医療資源の乏しい地域での研修を修了することで、機構専門医資格を復活することができる（失効後復活までの期間は専門医ではない）。失効後 １ 年を超えて医療資源の乏しい地域での研修を修了した場合は、本人が資格回復資格喪失の理由書を添えて資格回復の申請を行い、それが総合診療専門 医検討委員会で認められ、日本専門医機構で承認された場合に限り、機構で承認された時点から５ 年後に更新基準を満たすことにより資格を回復できる。
・研修を行う施設は、下記に定める医療資源の乏しい地域に所在する施設、かつ、プログラム制における基幹施設、連携施設、カリキュラム制および ダブルボードにおけるカリキュラム制で規定された研修施設とする。
・総合診療専門研修修了後に全部または一部の期間の研修を行う場合は、ブロック研修で行うことに加え、週 １ 日等の研修で研修期間に相当する単位数を取得することでも代替できる。また、両者を組み合わせて行うことも可とする。なお、１ 週あたりの勤務時間と単位数の関係は、下記の表の通り定める。

・総合診療専門研修修了後に全部または一部の期間の研修を行った場合は、初回の専門医資格更新申請時までに実施報告書を機構へ提出すること。

1 週あたりの勤務時間数と単位数の関係

	勤務時間	「1カ月」の研修単位
フルタイム	週 40 時間	1 単位
	週 32 時間以上 40 時間未満	0.8 単位
非フルタイム	週 24 時間以上 32 時間未満	0.6 単位
	週 16 時間以上 24 時間未満	0.4 単位
	週 8 時間以上 16 時間未満	0.2 単位