

## 国立病院機構 大阪医療センター 総合診療専門研修プログラム

### 目次

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| 1. 国立病院機構大阪医療センター病院総合診療専門研修プログラムについて | 1  |
| 2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか            | 3  |
| 3. 専攻医の到達目標                          | 8  |
| 4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得            | 12 |
| 5. 学問的姿勢について                         | 12 |
| 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     | 13 |
| 7. 施設群における研修 PG および地域医療の考え方          | 13 |
| 8. 専門研修 PG の施設群について                  | 14 |
| 9. 専攻医の受け入れ数について                     | 15 |
| 10. 施設群における専門研修コースについて               | 15 |
| 11. 研修施設の施設概要                        | 15 |
| 12. 専門研修の評価について                      | 17 |
| 13. 専攻医の就業環境について                     | 19 |
| 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  | 19 |
| 15. 修了判定について                         | 20 |
| 16. 専攻医が専門研修 PG の修了に向けて行うべきこと        | 21 |
| 17. Subspecialty 領域との連続性について         | 21 |
| 18. 総合診療研修の休止・中断、PG 移動、PG 外研修の条件     | 21 |
| 19. 専門研修 PG 管理委員会                    | 22 |
| 20. 総合診療専門研修指導医                      | 23 |
| 21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について          | 23 |
| 22. 専攻医の採用                           | 23 |

## 1. 国立病院機構大阪医療センター病院総合診療専門研修プログラムについて

### 1-1. はじめに

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。

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ます。

- (1) 総合診療専門医の質の向上を図り、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的とする。
- (2) 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。
- (3) 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、国立病院機構大阪医療センター総合診療専門研修プログラム（以下、本研修PG）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、救命救急センターや急性期専門各科を有する地域拠点病院のなかで、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。

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. 人間中心の医療・ケア、2. 包括的統合アプローチ、3. 連携重視のマネジメント、4. 地域志向アプローチ、5. 公益に資する職業

規範、6. 診療の場の多様性という総合診療専門医に欠かせない6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。

## 1-2. 国立病院機構大阪医療センター総合診療専門研修プログラムの特色

近年、大阪など都市部の患者の高齢化や職業・経済状況、生活環境などの多様化に伴い、救急患者や複数疾患を有する患者、さらには病態の複雑な疾患を有する患者など、単一の専門診療科における診療では解決できない患者が増加しつつあります。また、外来でも、慢性的、難治性の症状を訴える患者や、急性疾患に関してもたとえば輸入感染症など、一般診療所では対応が困難な患者の診療をも幅広く担当する病院総合診療医の重要性は高まってきています。

大阪医療センターは大阪市の中心部にある病床数約600床の総合病院です。おもに、癌、循環器の専門診療を中心としていますが、救命救急センターを有し、高度救急医療・災害医療を担うほか、地域医療支援病院として、プライマリ・ケアをになう近隣の診療所や病院などから紹介された、入院加療が必要な重症患者や病態の複雑な患者、救急患者を幅広く受け入れています。大阪医療センター総合診療部はその役割を担う診療科として、2010年より本格稼働しています。総合診療部は必要に応じて専門診療科と連携して上記のような患者の診療に当たるほか、専門診療を受けていただくために入院された患者の科を越えた様々な問題に対して、コンサルトに答え、共に問題解決を図ることも行っています。このために総合診療部では、内科全般についての広い知識・技能を核とし、小児科、婦人科、整形外科などの基本的な診療能力をも備え、さまざまな患者の状態に対応できる病院総合診療医を育成することが必要であるとの考えで、2012年日本プライマリ・ケア連合学会の病院総合医認定制度の試行事業に参加しています。本研修PGは、このような大阪医療センターのおかれた地域的特性や、地域から期待される機能に答えるべく作成されています。

また、本研修PGで研修した専攻医が、将来的に、都市部の大病院にとどまらず、広く地域の医療に従事することも考えていただくよう、本研修PGは地方都市である福井県敦賀市の地域医療を支えている、敦賀医療センターおよびその周辺の診療所を連携施設とし、地域のニーズに即した総合診療研修をもしてもらいたいと考え作成されています。

府県をまたいだ研修となりますが、その分多様な地域・施設での研修をしていただくなかで将来の地域診療、救急診療をになう総合診療医として育てていただきたいと考えます。

## 2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか

### 2-1. 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年間で構成されます。

- ・ 1年次修了時には、患者の情報を過不足なく明確に指導医や関連職種に報告し、健康問題を迅速かつ正確に同定することを目標とします。
- ・ 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。
- ・ 3年次修了時には、多疾患合併で診断や治療プロセスに困難さがあつたり、患者を取り巻く背景も疾患に影響したりしているような複雑な健康問題に対しても的確なマネジメントを提供することができ、かつ指導できることを目標とします。
- ・ 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、21カ月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、作成した最良作品型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
  - (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。

### 2-2. 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ポートフォリオ(経験と省察のフ

アイリング)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)、更には診療場面をビデオ等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

経験目標を参考に時間内救急外来や救命救急センターで幅広い経験症例を確保します。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、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ながら、幅広く学習します。

## 2-3. 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。

## 2-4. 研修の全体の計画ならびに週間計画

### ローテーションのスケジュールと期間

|             |     | 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<br>年<br>目 | 施設名 | 大阪医療センターと南和歌山医療センター                    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|             | 領域  | 総診Ⅱ                                    | 総診Ⅱ | 総診Ⅱ | 総診Ⅱ | 総診Ⅱ | 総診Ⅱ | 救急  | 救急  | 救急  | 内科  | 内科  | 内科  |
| 2<br>年<br>目 | 施設名 | 南和歌山医療センターと敦賀医療センター・つるが生協診療所・やわらぎクリニック |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|             | 領域  | 内科                                     | 内科  | 内科  | 内科  | 内科  | 内科  | 総診Ⅰ | 総診Ⅰ | 総診Ⅰ | 総診Ⅰ | 総診Ⅰ | 総診Ⅰ |
| 3<br>年<br>目 | 施設名 | 大阪医療センター                               |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|             | 領域  | 小児科                                    | 小児科 | 小児科 | 総診Ⅱ | 総診Ⅱ | 総診Ⅱ | 内科  | 内科  | 内科  | その他 | その他 | その他 |

2年目の総合診療専門研修Ⅰには連携病院である敦賀医療センターの他、つるが生協診療所における研修も含まれます。期間や時期については、個別に決定いたします。

その他の科は産婦人科の他、整形外科など専攻医の希望を考慮して選択

● 基幹施設(大阪医療センター)

① 総合診療科(総合診療専門研修Ⅱ) 例

|         | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|---------|---|---|---|---|---|
| 朝回診     | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 外来(午前)  | ○ |   |   | ○ |   |
| 病棟(午前)  |   | ○ |   |   | ○ |
| 救急(午前)  |   |   | ○ |   |   |
| 病棟(午後)  | ○ |   | ○ | ○ |   |
| 救急(午後)  |   | ○ |   |   | ○ |
| カンファレンス | ○ |   |   |   | ○ |
| 救急症例検討会 |   |   | ○ |   | ○ |

平日の宿当直:月2回、土日の日直、宿直:月1回

② 内科

|             | 月            | 火                | 水                        | 木 | 金              |
|-------------|--------------|------------------|--------------------------|---|----------------|
| 朝カンファレンス    | ○            | ○                | ○                        | ○ | ○              |
| 外来(午前)      | ○            |                  |                          |   |                |
| 腹部エコー(午前)   |              | ○                |                          |   |                |
| 内視鏡(午前)     |              |                  | ○                        | ○ |                |
| 病棟(午後)      | ○            | ○                | ○                        | ○ | ○              |
| カンファレンス、抄読会 | 消化器内科<br>抄読会 |                  |                          |   | 肝胆膵<br>カンファレンス |
| 症例検討会など     |              | 内科系連合<br>抄読会(隔月) | CPC(月1回)<br>Cancer Board |   |                |

内科は8科(脳卒中内科、腎臓内科、糖尿病内科、呼吸器内科、血液内科、消化器内科、循環器内科、感染症内科)あり、この中から複数科を選択

③ 小児科

|           | 月     | 火    | 水     | 木 | 金      |
|-----------|-------|------|-------|---|--------|
| 外来(午前)    | ○     | ○    |       | ○ | ○      |
| 新生児回診(午前) |       |      | ○     |   |        |
| 病棟(午前)    |       |      | ○     |   | ○      |
| 救急(午前)    |       |      | ○     |   |        |
| 外来(午後)    |       | 予防接種 | 1ヶ月検診 |   | 乳幼児健診  |
| 病棟(午後)    | ○     |      |       | ○ |        |
| カンファレンス   | ○(病棟) |      |       |   | ○(新生児) |
| 救急症例検討会   | ○     |      |       |   | ○      |

● 連携施設(南和歌山医療センター)

① 救急

|              | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|--------------|---|---|---|---|---|
| 他職種合同カンファレンス | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 集中治療部長回診     | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 一般病棟部長回診     |   | ○ |   |   | ○ |
| 病棟(午前)       | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 救急(午前)       | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 病棟(午後)       | ○ | ○ | ○ |   | ○ |
| 救急(午後)       | ○ | ○ | ○ |   | ○ |
| 手術           |   |   |   | ○ |   |
| 当直カンファレンス    | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

② 内科

|             | 月            | 火           | 水           | 木                | 金              |
|-------------|--------------|-------------|-------------|------------------|----------------|
| カンファレンス     |              | ○           |             | ○                | ○              |
| 外来(午前)      | ○            |             |             |                  |                |
| 気管支鏡(午前)    |              | ○           |             |                  | ○              |
| 心臓カテーテル(午前) | ○            |             | ○           | ○                |                |
| 病棟(午後)      | ○            | ○           | ○           | ○                | ○              |
| カンファレンス、抄読会 | 循環器内科<br>抄読会 |             | 腫瘍内科<br>抄読会 | 消化器内科<br>カンファレンス | 呼吸器<br>カンファレンス |
| 症例検討会など     |              | 内科<br>症例検討会 |             | CPC(月1回)         |                |

内科は5科(内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、腫瘍内科)あり、この中から複数科を選択

● 連携施設(敦賀医療センター) (総合診療専門研修 I)

|               | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|---------------|---|---|---|---|---|
| 朝回診           | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 外来(午前)        | ○ |   |   | ○ |   |
| 一般病棟(午前)      |   | ○ |   |   | ○ |
| 救急(午前)        |   |   | ○ |   |   |
| 救急(午後)        |   | ○ |   | ○ |   |
| 重症心身障害児病棟(午後) | ○ |   | ○ |   | ○ |

|         |   |  |   |  |   |
|---------|---|--|---|--|---|
| カンファレンス | ○ |  |   |  | ○ |
| 救急症例検討会 |   |  | ○ |  | ○ |

平日の宿当直：月2回、土日の日直、宿直：月1回

つるが生協診療所への出向も含む(例：週1，2日3－6ヶ月間)

### 3. 専攻医の到達目標

#### 3-1. 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)
- (2) プライマリ・ケアの現場では、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) 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。

### 3-2. 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

### 3-3. 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)      | 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     | 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・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             | 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        |        |
| 気分障害           | 身体表現性障害      | 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           |              |              |            |        |

### 3-4. 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。

#### (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・眼底鏡による診察を実施できる。
- ・ 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。

## (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)
- ・ 生体標本(喀痰、尿、腔分泌物、皮膚等)に対する顕微鏡的診断
- ・ 呼吸機能検査
- ・ オージオメトリーによる聴力評価及び視力検査表による視力評価
- ・ 子宮頸部細胞診
- ・ 消化管内視鏡(上部、下部)
- ・ 造影検査(胃透視、注腸透視、DIP)

## 3-5. 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)

### (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    | 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を含む) |
| 各種ブロック注射(仙骨硬膜外ブロック・正中神経ブロック等)     |                       |
| 小手術(局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法滅菌・消毒法) |                       |
| 包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法            | 穿刺法(胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等)  |
| 鼻出血の一時的止血                         | 耳垢除去、外耳道異物除去          |
| 咽喉頭異物の除去(間接喉頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用)     |                       |
| 睫毛抜去                              |                       |

#### 4. 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(On-the-job training)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。

#### 5-1. 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。

#### 5-2. 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、プライマリ・ケア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。

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、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. 施設群における研修PGおよび地域医療の考え方**

本研修PGでは、大阪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では大阪医療センターにおいて総合診療専門研修Ⅱを9ヶ月、敦賀医療センター・やわらぎクリニックにて総合診療専門研修Ⅰを6ヶ月、合計で15ヶ月の研修を行います。敦賀医療センターの総合診療専門研修Ⅰには近隣の診療所における研修を含みます。
- (2) 必須領域別研修として、大阪医療センターまたは南和歌山医療センターにて内科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、大阪医療センターにて産婦人科・整形外科・耳鼻咽喉科・皮膚科などの研修を行うことが可能です。合計3ヶ月の範囲で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、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、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1，連携施設3の施設群で構成されます。施設は3つの二次医療圏に位置しています。これは、総合診療の行われる地域性を考えた際に、大阪市のような都市部の地域医療を支える地域医療支援病院としての役割を果たす大阪医療センターと、田辺市（過疎地域とみなされる市町村・33条1項）や敦賀市のような地方市郡の地域医療の相違を勘案し、それぞれで研修することによって、将来どのような地域でも診療を行うことができる豊かな能力を持った総合診療医を育てたいという考えによるものです。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下さい。

### **● 専門研修基幹施設**

大阪医療センター総合診療科が専門研修基幹施設となります。

### **● 専門研修連携施設**

本研修PGの総合診療専門研修Ⅰは主に敦賀医療センターとやわらぎクリニックで行います。診療実績基準と所定の施設基準を満たしています。また、敦賀医療センターの2次医療圏にあるつるが生協診療所も連携施設としています。

また本研修PGの内科、救急は主に南和歌山医療センターで行います。診療実績基準と所定の施設基準を満たしています。

- 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。

## 9. 専攻医の受け入れ数について

本研修PGの1年度の受け入れ数は2名とします。質の高い研修を保証するため上記の定員としております。

## 10. 施設群における専門研修コースについて

上記 2.4)に本研修 PG の施設群による研修コース例を示します。研修 1 年目は基幹施設である大阪医療センターでの総合診療専門研修Ⅱと連携施設である南和歌山医療センターでの救急、内科研修、研修 2 年目は連携施設である南和歌山医療センターでの内科と敦賀医療センター・やわらぎクリニックでの総合診療専門研修Ⅰ、3 年目は小児科・内科・その他（産婦人科や整形外科・耳鼻咽喉科・皮膚科などのうち 2 科）の領域別必修研修と総合診療専門研修Ⅱの研修を行います。2 年目の総合診療専門研修Ⅰには敦賀医療センター近隣にあるつが生協診療所における総合診療専門研修Ⅰを含みます。

本研修プログラムの研修目標と研修の場（別表参照）

## 11. 研修施設の施設概要

### 1) 大阪医療センター

#### 専門医・指導医数

総合診療専門研修指導医 2名

内科専門医 14名

小児科専門医 2名

救急専門医 7名

#### 診療科・患者数

総合診療科 延外来患者数 200人/月、入院患者数 600人/月

内科 延外来患者数 9200人/月、入院患者総数 5500人/月

小児科 延外来患者数 250人/月、入院患者総数 160人/月

救命救急科 救急車受け入れ初診患者数 1500件

また、産婦人科、整形外科などについては、それぞれ日本産婦人科学会、日本整形外科学会などの研修施設であり、新専門医制度の専門医研修プログラムに参加している。

### 2) 敦賀医療センター

#### 専門医・指導医数

総合診療専門研修指導医 3名

内科専門医 1名

小児科専門医 3名

診療科・患者数

総合診療科 延外来患者数 298人/月、入院患者数 196人/月

内科 入院患者数 794人/月

小児科 延外来患者数 6254人/月、入院患者数 33人/月

救急 救急車受け入れ初診患者数 953件/年

また、内科、外科、整形外科などについては、各学会の研修施設であり、新専門医制度の専門医研修プログラムに参加している。

3) 南和歌山医療センター

専門医・指導医数

総合診療専門研修指導医 2名

内科専門医 4名

小児科専門医 2名

救急専門医 3名

診療科・患者数

総合診療科 延外来患者数 0人/月、入院患者数 0人/月

内科 延外来患者数 1617人/月、入院患者総数 67人/月

小児科 延外来患者数 1688人、入院患者数 42人/月

救命救急科 救急車受け入れ初診患者数 2262件

4) 医療法人やわらぎ会 やわらぎクリニック

専門医・指導医数

プライマリケア指導医 1名

家庭医療専門医 1名

総合内科専門医 3名

消化器外科指導医 1名

消化器内視鏡専門医 1名

整形外科専門医 1名

リウマチ専門医 1名

外科指導医 1名

外科専門医 1名

脳神経外科学会専門医 1名

診療科・患者数

総合診療科(院内標榜)内科 延外来患者数 2268人/月

小児科 延外来患者数 75人/月

整形外科  
リハビリテーション科

延外来患者数 77人/月  
延外来患者数 575人/月

アピールポイント:

- ・総合診療外来の症例件数が豊富。乳幼児から超高齢者まで科を問わず対応。急性期・慢性期のコモンディジーズ、ヘルスマネジメントを豊富に経験できます。
- ・在宅医療(訪問診療・往診)も居宅・高齢者施設を合わせて400件以上診療しています。年間50件前後の看取りも行っています。退院前カンファレンスへの参加も適宜します。
- ・学校医や園医(高校・中学校・保育園・幼稚園)、障害者施設・企業健診/検診業務を行います。
- ・行政(主に地域包括支援センター、保健師)との連携、ミーティングなど地域保健活動。
- ・老健施設での業務も希望者には行っていただきます。
- ・必要に応じ、地域機関病院での回診参加、ケア移行カンファレンスへの参加も可能。
- ・経験豊富な常勤・非常勤医師が多く、相談しやすい環境です。

<オフザジョブトレーニングとして>

- ・在宅多職種勉強会への参加、希望者にはレクチャーやケース発表をしていただきます。
- ・書籍執筆など希望者には携わっていただきます。

## 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」、「ポートフォリオ作成」、「研修目標と自己評価」の三点を説明します。

### 12-1. 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。

### 12-2. 最良作品型ポートフォリオ作成

常に到達目標を見据えた研修を促すため、最良作品型ポートフォリオ(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事例のポートフォリオ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、ポートフォリオ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最良作品型ポートフォリオの発表会を行います。

なお、最良作品型ポートフォリオの該当領域については研修目標にある6つのコアコンピテンシーに基づいて設定しており、詳細は研修手帳にあります。

### 12-3. 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)を定期的に行います。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。システムを利用するにあたり、内科学会に入会する必要はありません。

2回に渡る合計12か月の内科研修の中で、最低30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が、内科領域のようにプログラム外の査読者による病歴評価は行いません。

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。

#### 【小児科及び救命救急センターおよびその他の領域別研修の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命救急センター、その他の領域別研修の研修終了時には、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、最良作品型ポートフォリオ、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S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

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。

#### 14-1. 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。

#### 14-2. 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、作成した最良作品型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

- 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最良作品型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。

#### **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120日(平日換算)までとします。
  - (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PG管理委員会**

基幹施設である大阪医療センター総合診療科には、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。

### 19-1. 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。

### 19-2. 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、研修手帳及び最良作品型ポートフォリオの内容確認と、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

### 19-3. 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統括責任者を補佐しますが、当

プログラムではその見込みがないため設置しておりません。

#### 19-4. 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います。

### **20. 総合診療専門研修指導医**

本研修PGには、総合診療専門研修指導医が総計7名(大阪医療センター総合診療科に2名、敦賀医療センターに3名、南和歌山医療センターに2名、ただし、申請中を含む)在籍しております。

指導医には臨床能力、教育能力について、6つのコアコンピテンシー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レポートの提出などによりそれらを確認し、総合診療専門研修特任指導医講習会(1泊2日程度)の受講を経て、理解度などについての試験を行うことでその能力が担保されています。

### **21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について**

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。

大阪医療センター総合診療科にて、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。

### **22. 専攻医の採用**

#### 22-1. 採用方法(予定)

大阪医療センター総合診療専門研修PG管理委員会は、毎年7月頃から説明会、病院ホームページ掲載等を行い、総合診療専攻医を募集します。PGへの応募者は、病院ホームページに掲載する、所定の出願書類を提出してください。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。

#### 22-2. 研修開始届け

研修を開始した専攻医は、各年度の5月31日までに以下の専攻医氏名報告書を、大阪医療センター総合診療専門研修PG管理委員会に提出します。

- ・ 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
- ・ 専攻医の履歴書
- ・ 専攻医の初期研修修了証