

香川大学医学部附属病院総合診療専門研修プログラム

目次

1. 香川大学医学部附属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. 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

1. 香川大学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、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、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。
- (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、香川大学病院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創設されました。香川大学病院（当院）は特定機能病院でありながら、地域の拠点病院としても機能しています。しかし、当院には救急外来を中心に、高度に細分化された専門科診療では対処できない患者さんが少なからずおり、総合内科（当科）ではこうした患者さんを中心に広く全人的医療を展開しています。また、当科は医学部学生や初期臨床研修医、薬剤師レジデント等を対象とした教育に携わる機会も多く、教育を通じた多くの学びの場が存在します。本研修PGでは、院内各専門科の医師やコメディカルスタッフ、周辺の各地域医療機関の協力のもと、様々な医療現場で、細やかなフィードバックを受けながら研修できる環境を整えていることが特徴です。

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、以下の機能を果たすことを目指します。

- (1) 地域を支える診療所や病院においては、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他職種等と連携して、地域の保健・医療・介護・福祉等の様々な分野におけるリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア、等を含む）を包括的かつ柔軟に提供
- (2) 総合診療部門を有する病院においては、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）と臓器別でない外来診療（救急や複数の健康問題をもつ患者への包括的ケア）を提供

本研修PGにおいては指導医が皆さんの教育・指導にあたりますが、皆さんも主体的に学ぶ姿勢をもつことが大切です。総合診療専門医は医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、プライマリ・ケアの専門家である総合診療医とし

で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、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 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出来ます。

2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか

1) 研修の流れ：総合診療専門研修は、卒後 3 年目からの専門研修（後期研修）3 年間で育成されます。

- 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、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。
 - 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
 - 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

経験目標を参考に救急外来や救命救急室等で幅広い経験症例を確保します。外来診療に準じた教育方略となりますが、特に救急においては迅速な判断が求められるため救急特有の意思決定プロセスを重視します。また、救急処置全般については技能領域の教育

方略（シミュレーションや直接観察指導等）が必要となり、特に、指導医と共に処置にあたる中から経験を積みます。

(オ) 地域ケア

地域医師会の活動を通じて、地域の実地医家と交流することで、地域包括ケアへ参画し、自らの診療を支えるネットワークの形成を図り、日々の診療の基盤とします。さらには産業保健活動、学校保健活動等を学び、それらの活動に参画します。参画した経験を指導医と共に振り返り、その意義や改善点を理解します。

(2) 臨床現場を離れた学習

- 総合診療の様々な理論やモデル、組織運営マネジメント、総合診療領域の研究と教育については、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。
- 臨床現場で経験の少ない手技などをシミュレーション機器を活用して学ぶこともできます。
- 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、学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。

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。

4) 研修の週間計画および年間計画

週間計画の1例

【基幹施設（香川大学医学部附属病院）】
総合内科（総合診療専門研修Ⅱ）

	月	火	水	木	金	土・日
午前	受持患者情報の把握					週末日直 (2/月)
	朝カンファレンス チーム回診					
	初診外来	病棟	初診外来	初診外来	病棟	
午後	学生・初期 研修 医の指 導	緊急当番	専門外来	学生・初期 研修 医の指 導	症例検討会	
			エコーセ ミ ナー	GPC (1/月)		
	患者申し送り					
	初診外来振 り返り	内科合同カ ンファレン ス、抄読 会、研究発 表会	初診外来振 り返り	初診外来振 り返り	Weekly summary discussion	

領域別研修：内科（消化器内科を選択した場合）

	月	火	水	木	金	土・日
午前	受け持ち患者情報の把握			医局会・総回 診	受け持ち患 者情報の把 握	週末当直(1 回/月)
	外来	新患外来 内視鏡検査	内視鏡検査 ・治療	ESD術前・術式 カンファレンス	内視鏡検査 ・治療	
	外来	新患外来 内視鏡検査	内視鏡検査 ・治療	内視鏡検査 ・治療	内視鏡検査 ・治療	
午後	病棟・学生・ 初期研修医 の指導	消化管 ミニレクチャー	病棟・学生・ 初期研修医 の指導	内視鏡検査 ・治療	病棟・学生・ 初期研修医 の指導	
		病棟・学生・ 初期研修医 の指導	病棟	病棟・学生・ 初期研修医 の指導	病棟	
	患者の申し送り			医局会		
	消化管カンファ レンス(ESD術 前・病棟)			消化管症例 検討会		
	当直(1回/W)					

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（香川大学病院ホームページ）

	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 第1回研修管理委員会：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回研修管理委員会：研修実施状況評価 公募締切（9月末）
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）
11	<ul style="list-style-type: none"> SR1、SR2、SR3：研修手帳の提出（中間報告）
12	<ul style="list-style-type: none"> 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
1	<ul style="list-style-type: none"> ブロック支部ポートフォリオ発表会
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PG評価報告の作成（書類は翌月に提出） 指導医・指導責任者：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。（※コンテクスト：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。

※各項目の詳細は、総合診療専門医 専門研修カリキュラムの到達目標 1～4及び6を参照

2) 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

総合診療の専門技能は以下の5領域で構成されます。

- (1) 外来・救急・病棟・在宅という多様な総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査・治療手技
- (2) 患者との円滑な対話と医師・患者の信頼関係の構築を土台として患者中心の医療面接を行い、複雑な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、地域ニーズに応じた技能の修練を行ったり、人的ネットワークを構築することができる能力
- (5) 診療所・中小病院において基本的な医療機器や人材などの管理ができ、スタッフとの協働において適切なリーダーシップの提供を通じてチームの力を最大限に発揮させる能力

3) 経験すべき疾患・病態

以下の経験目標については一律に症例数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。（研修手帳 p. 20-29 参照）

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

- (1) 以下に示す一般的な症候に対し、臨床推論に基づく鑑別診断および、他の専門医へのコンサルテーションを含む初期対応を適切に実施し、問題解決に結びつける経験をする。（全て必須）

ショック 急性中毒 意識障害 疲労・全身倦怠 心肺停止感

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	

※ 詳細は総合診療専門医 専門研修カリキュラムの経験目標3を参照

4) 経験すべき診察・検査等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査を経験します。なお、下記の経験目標については一律に症例数や経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。(研修手帳 p. 16-18 参照)

(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）

※ 詳細は総合診療専門医 専門研修研修カリキュラムの経験目標 1 を参照

5) 経験すべき手術・処置等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な治療手技を経験します。なお、下記については一律に経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。(研修手帳 p. 18-19 参照)

(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	在宅酸素療法の導入と管理
褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン	
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	

※ 詳細は総合診療専門医 専門研修カリキュラムの経験目標 1 を参照

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

職務を通じた学習（On-the-job training）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 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、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（医療疫学・臨床疫学）、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の到達目標5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。

臨床研究の実施にあたっては、必要に応じ、香川大学医学部消化器・神経内科学教室のサポートを受けることができます。

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 では香川大学医学部附属病院総合内科を基幹施設とし、地域の連携施設とともに施設群を構成してします。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。当 PG では、香川大学医学部附属病院総合内科において臨床推論、医療面接、総合診療の概念を学習するための基礎研修を2ヵ月行った後、下記のような構成でローテート研修を行います。

- (1) 総合診療専門研修は診療所・中小病院における総合診療専門研修Ⅰと病院総合診療部門における総合診療専門研修Ⅱで構成されます。当 PG では、総合診療研修Ⅱを香川大学医学部附属病院、さぬき市民病院、小豆島中央病院、香川県立中央病院において合計15ヵ月、総合診療専門研修Ⅰを綾川町国民健康保険陶病院、三豊市立永康病院にて6ヵ月、合計で21ヵ月の研修を行います。
- (2) 必須領域別研修として、香川大学医学部附属病院内科で3ヵ月、坂出市立病院内科で3ヶ月、救急科は香川大学医学部附属病院救命救急センターで6ヵ月、坂出市立病院小児科で3ヵ月の研修を行います。

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4の合計5施設の多様な施設群で構成されます。施設は香川県の高松、中讃、大川、小豆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11. 研修施設の概要を参照して下さい。

【専門研修基幹施設】

香川大学医学部附属病院が専門研修基幹施設となります。

【専門研修連携施設】

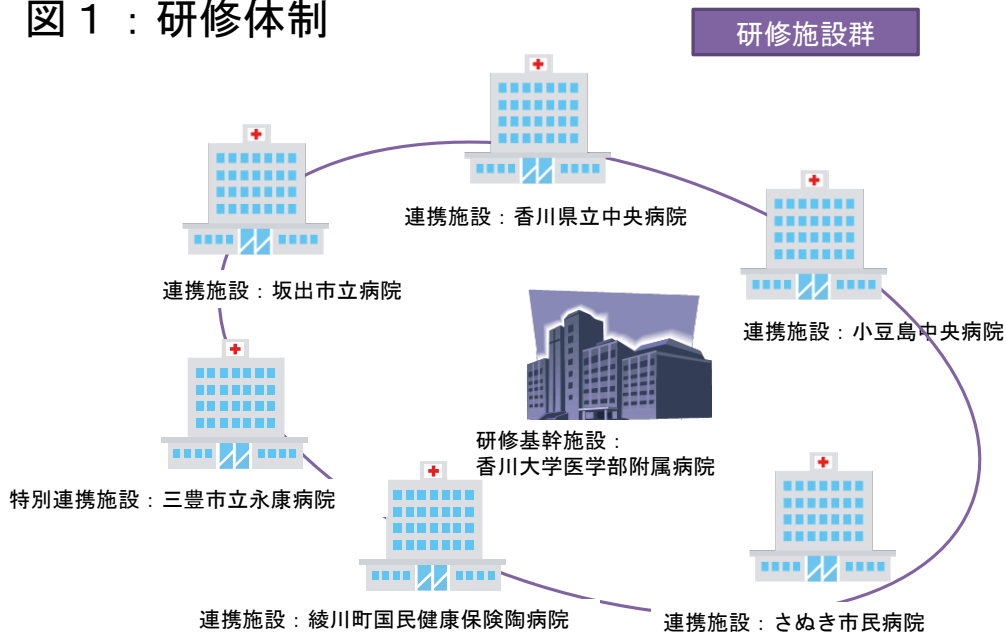
本研修 PG の施設群を構成する専門研修連携施設は以下の通りです。全て、診療実績基準と所定の施設基準を満たしています。

- ・ 坂出市立病院（香川県中讃地区の各種専門診療を提供する急性期病院である。）
- ・ さぬき市民病院（香川県大川地区の各種専門診療を提供する急性期病院である。）
- ・ 小豆島中央病院（香川県小豆地区の各種専門診療を提供する急性期病院である。）
- ・ 香川県立中央病院（香川県高松市の各種専門診療を提供する急性期病院である。）
- ・ 綾川町国民健康保険陶病院（香川県中讃地区の公立病院である。家庭医療を専門とする総合診療専門研修指導医が常勤している。在宅医療の症例が豊富であるだけでなく、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。）
- ・ 三豊市立永康病院（香川県西讃地区の公立病院である。家庭医療を専門とする総合診療専門研修指導医が常勤している。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。）

【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。体制は図1のような形になります。

図1：研修体制



【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香川県にあります。施設群の中には、地域中核病院と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指導医×2です。3学年の総数は総合診療専門研修指導医×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、質の高い研修を保障するためのものです。

内科研修については、1人の内科指導医が同時に受け持つことができる専攻医は、原則、内科領域と総合診療を合わせて3名までとします。ただし、地域の事

情やプログラム構築上の制約によって、これを超える人数を指導する必要がある場合は、専攻医の受け持ちを1名分まで追加を許容し、4名までは認められます。

小児科領域と救急科領域を含むその他の診療科のローテーション研修においては、各科の研修を行う総合診療専攻医については各科の指導医の指導可能専攻医数（同時に最大3名まで）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ション研修を受ける場合には、臨床経験と指導の質を確保するために、実態として適切に指導できる人数までに（合計の人数が過剰にならないよう）調整することが必要です。これについては、総合診療専門研修プログラムのプログラム統括責任者と各科の指導医の間で事前に調整を行います。

現在、当プログラム内には総合診療専門研修指導医が9名在籍しており、この基準に基づくと毎年最大で18名程度受け入れ可能になりますが、当プログラムでは、毎年2名定員としています。

10. 施設群における専門研修コースについて

図2に本研修PGの施設群による研修コース例を示します。後期研修1年目は基幹施設である香川大学医学部附属病院で、総合診療科基礎研修と内科領域別必修研修を行います。後期研修2年目は近隣にあるさぬき市民病院、小豆島中央病院、坂出市立病院において総合診療専門研修Ⅱと内科及び小児科領域別必修研修を行います。後期研修3年目の前半は綾川町国民健康保険陶病院で総合診療専門研修Ⅰ、後半は香川大学医学部附属病院で救急科領域別必修研修を行います。

図2

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	総合診療専門研修Ⅱ (香川大学医学部附属病院 総合内科)									領域別研修：内科 (香川大学医学部附属病院消化器内科)		
2年目	総合診療専門研修Ⅱ (さぬき市民病院)		総合診療専門研修Ⅱ (内海病院)			領域別研修：内科 (坂出市立病院)			領域別研修：小児科 (坂出市立病院小児科)			
3年目	総合診療専門研修Ⅰ (綾川町国民健康保険陶病院)						領域別研修：救急科 (香川大学医学部附属病院救命救急センター)					

図3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3：当プログラムにおける研修目標と研修の場

S 大学院総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場												
本プログラムが設定する研修の場（黄色欄に記載） ◎：主たる研修の場 ○：従たる研修の場 日本専門医機構が推奨する研修の場 ◎：主たる研修の場、○：研修可能な場												
I. 一般的な症候及び疾患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。	専門研修 I		専門研修 II		内科		小児科		救急科		他の領域別研修	
	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
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。	◎	◎		○								◎
※⑥死亡診断を実施し、死亡診断書を作成できる。	◎	◎	◎	◎		○			○			
⑦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。	◎	◎	○	○					◎	◎		
(ア) 実施すべき手技												
※①各種採血法（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）	◎	○	◎	◎	◎	◎		◎	○	◎		
(イ) 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）	◎	◎	◎	◎		○	○		◎	○		
※④生体標本（喀痰、尿、腔分泌物、皮膚等）に対する顕微鏡的診断	◎	◎	◎	◎		○	○	○	○	○		
※⑤呼吸機能検査	◎	◎	◎	◎		○	○					
※⑥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	◎	◎										○
⑦子宮頸部細胞診	◎	○										◎
⑧消化管内視鏡（上部）	○	○	○	○	◎	◎						
⑨消化管内視鏡（下部）			○	◎	◎							
⑩造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）			○	◎	◎							
(ウ) 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）	○	○	○	○	○				◎	◎		
※③病院前外傷救護法（PTLS）									◎	◎		
(エ) 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。	◎	◎	◎	◎	○	○						
(オ) 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、包帯・副木・ギプス法	◎	◎	○	○			○	○	◎	◎		○
※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経鼻胃管及び胃瘻カテーテルの挿入と管理	◎	◎	◎	◎	○	○			○			
※⑨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	◎	◎	◎	◎	○	○			○	○		
※⑩褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン	◎	◎	◎	◎					○			○
※⑪在宅酸素療法の導入と管理	◎	◎	○	○	○	○						
※⑫人工呼吸器の導入と管理	◎	◎	○	○	○	○			○			
⑬輸血法（血液型・交差適合試験の判定を含む）	○	○	○	○	○	○			◎			
⑭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）	○	○	○	○								○
⑮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）	○	○	○	○					◎	◎		
※⑯包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法	◎	◎	○	○					◎	◎		○
⑰穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
(カ) 耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科の治療手技												
※①鼻出血の一時的止血	◎	◎							○	◎		○
※②耳垢除去、外耳道異物除去	◎	◎					◎	◎				○
① 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）	◎	○			◎				○	◎		◎
④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	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
ショック	○	○	○	○	○	○	○		◎	◎		
急性中毒	○	○	○	○	○	○			◎	◎		
意識障害	○	○	○	○	○	○			◎	◎		

[1]小児けいれん性疾患								◎	◎	○	◎		
※[2]小児ウイルス感染症（麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ、RS、ロタ）	◎	◎						◎	◎				
※[3]小児細菌感染症	◎	◎						◎	◎				
※[4]小児喘息	◎	◎						◎	◎	◎	◎		
[5]先天性心疾患								◎	◎				
[6]発達障害（自閉症スペクトラム、学習障害、ダウン症、精神遅滞）	○	○						◎	◎			◎	
(18) 加齢と老化													
※[1]高齢者総合機能評価	◎	◎	◎	◎						○			
※[2]老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡）	◎	◎	◎	◎						◎			
(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	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	
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	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	
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	◎	◎	○	○									

11. 研修施設の概要

香川大学医学部附属病院

医師・専門医数	<ul style="list-style-type: none"> 総合診療専門研修指導医 4 名 （プライマリ・ケア認定医 1 名、大学で総合診療を行う医師 3 名） 内科専門医 19 名 小児科専門医 12 名 救急科専門医 4 名 産婦人科専門医 9 名 精神科専門医 7 名 整形外科専門医 15 名 耳鼻咽喉科専門医 7 名 放射線診断専門医 2 名
病床数・患者数	<ul style="list-style-type: none"> 病院病床数 613 床、1 日平均外来患者数 930 人 総合診療科 5 床 のべ外来患者数 700 名／月、入院患者総数 40 名／月 救命救急センター 28 床 内科 124 床 小児科 33 床（NICU を含む） 産婦人科病床 61 床 精神科病床 11 床
病院の特徴	<ul style="list-style-type: none"> 特定機能病院認定、救命救急センター、災害拠点病院、DMAT 指定医療機関、総合周産期母子医療センター、がん診療連携拠点病院、エイズ治療拠点病院、臓器移植登録施設、難病医療拠点病院などの役割を担っている。 内科には、呼吸器内科、腎臓内科、消化器内科、血液内科、循環器内科、神経内科、膠原病・リウマチ内科、糖尿病代謝内分泌内科、腫瘍

	<p>内科の各専門内科があり、専門医療を提供している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 小児科では一般小児科診療に加えて、新生児、神経・精神、内分泌、アレルギー、腎臓、循環器などの専門グループに分かれて、専門医療を提供している。 ・ 救急は、救急科を中心とする救急医療センターで幅広い救急医療を提供しているほか、専門各科が近隣各医療機関からの紹介による救急患者を積極的に受け入れている。
--	--

坂出市立病院

医師・専門医数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 総合診療専門研修指導医 7 名 ・ 内科専門医 7 名
病床数・患者数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病床 194 床 ・ のべ外来患者数 1660 名／月、のべ訪問診療件数 20 件以上／月 ・ 救急による搬送等の件数 1300 件以上／年
病院の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 香川大学病院の位置する近隣の坂出市に位置し、坂出市における公的病院として外来・救急・病棟診療を中心に、多くの住民にとってかかりつけ医療機関としての機能を果たしている。 ・ 小児から高齢者までの幅広い患者層を持ち、栄養士を中心とした生活習慣病への介入を近年強化している。町の保健師と連携した地域の子育て支援プロジェクトは一定の成果を収めている。 ・ 小児から高齢者までの幅広い患者層を持ち、予防医療や在宅医療、介護専門職と連携した認知症への対応に力を入れている。 ・ 病棟診療は主に急性期入院医療を提供している。 ・ 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。 ・ 学校医、保健医としての活動や、地域住民を対象とした健康教室の開催などにも積極的に取り組んでいる。

さぬき市民病院

医師・専門医数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 総合診療専門研修指導医 7 名（プライマリ・ケア認定医 1 名） ・ 内科専門医 7 名
病床数・患者数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病床 179 床（感染 4 床） ・ のべ外来患者数 1827 名／月、のべ訪問診療件数 20 件以上／月 ・ 救急による搬送等の件数 1300 件以上／年
病院の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 香川大学病院の位置する近隣のさぬき市に位置し、さぬき市における公的病院として外来・救急・病棟診療を中心に、多くの住民にとってかかりつけ医療機関としての機能を果たしている。 ・ 小児から高齢者までの幅広い患者層を持ち、栄養士を中心とした生活習慣病への介入を近年強化している。町の保健師と連携した地域の子育て支援プロジェクトは一定の成果を収めている。 ・ 小児から高齢者までの幅広い患者層を持ち、予防医療や在宅医療、介護専門職と連携した認知症への対応に力を入れている。 ・ 病棟診療は主に急性期入院医療を提供している。 ・ 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。 ・ 学校医、保健医としての活動や、地域住民を対象とした健康教室の開催などにも積極的に取り組んでいる。

小豆島中央病院

医師・専門医数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 総合診療専門研修指導医 7 名（プライマリ・ケア認定医 2 名） ・ 内科専門医 7 名
病床数・患者数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病床 234 床 ・ のべ外来患者数 1646 名／月、のべ訪問診療件数 20 件以上／月 ・ 救急による搬送等の件数 1300 件以上／年
病院の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 香川大学病院の位置する近隣の小豆郡に位置し、小豆郡における公的病院として外来・救急・病棟診療を中心に、多くの住民にとってかかりつけ医療機関としての機能を果たしている。 ・ 小児から高齢者までの幅広い患者層を持ち、栄養士を中心とした生活習慣病への介入を近年強化している。町の保健師と連携した地域の子育て支援プロジェクトは一定の成果を収めている。 ・ 小児から高齢者までの幅広い患者層を持ち、予防医療や在宅医療、介護専門職と連携した認知症への対応に力を入れている。 ・ 病棟診療は主に急性期入院医療を提供している。 ・ 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。 ・ 学校医、保健医としての活動や、地域住民を対象とした健康教室の開催などにも積極的に取り組んでいる。

綾川町国民健康保険陶病院

医師・専門医数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 総合診療専門研修指導医 2 名（プライマリ・ケア認定医 2 名）
病床数・患者数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病床 63 床 ・ のべ外来患者数 5222 名／月、のべ訪問診療件数 20 件以上／月
診療所の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 香川大学病院の位置する近隣の綾歌郡綾川町に位置し、綾川町における唯一の公的病院として外来・救急・病棟診療を中心に、多くの町民にとってかかりつけ医療機関としての機能を果たしている。 ・ 小児から高齢者までの幅広い患者層を持ち、栄養士を中心とした生活習慣病への介入を近年強化している。町の保健師と連携した地域の子育て支援プロジェクトは一定の成果を収めている。 ・ 小児から高齢者までの幅広い患者層を持ち、予防医療や在宅医療、介護専門職と連携した認知症への対応に力を入れている。 ・ 病棟診療は主に急性期入院医療を提供している。 ・ 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。 ・ 学校医、保健医としての活動や、地域住民を対象とした健康教室の開催などにも積極的に取り組んでいる。

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。

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（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～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。

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）（資料2.1～2.3）作成の支援を通じた指導を行ったりします。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。

3) 研修目標と自己評価

専攻医には研修目標の各項目の達成段階について、研修手帳を用いて自己評価を行うことが求められます。指導医は、定期的な研修の振り返りの際に、研修目標の達成段階を確認し適切な指導を提供します。また、年次の最後には、進捗状況に関する総括的な確認を行い、現状と課題に関するコメントを記録します。

また、上記の三点以外にも、実際の業務に基づいた評価（Workplace-based assessment）として、短縮版臨床評価テスト（Mini-CEX）等を利用した診療場面の直接観察やケースに基づくディスカッション（Case-based discussion）を定期的実施します。また、多職種による360度評価を各ローテーション終了時等、適宜実施します。また、学習方略、形成的評価としてビデオレビューを行う。

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。

3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。

3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は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、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大学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科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科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。関連する学術団体などによるサイトビジットを企画しますが、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科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

基幹施設である香川大学医学部附属病院総合内科には、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、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

【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。

【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

本プログラムには、総合診療専門研修指導医が総計 21 名、具体的には香川大学病院総合内科に 4 名、坂出市立病院に 7 名、さぬき市民病院に 1 名、小豆島中央病院に 7 名、綾川町国民健康保険陶病院に 2 名在籍しております。

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。

なお、指導医は、以下の(1)～(6)のいずれかの立場の方より選任されており、本 PG においては(1)のプライマリ・ケア認定医 3 名、家庭医療専門医 2 名、(4)の大学病院または初期臨床研修病院で総合診療を行う医師 3 名、(2)の全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定医医師 1 名が参画しています。

- (1) 日本プライマリ・ケア連合学会認定のプライマリ・ケア認定医、及び家庭医療専門医
- (2) 全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定医
- (3) 日本病院総合診療医学会認定医
- (4) 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(卒後の臨床経験7年以上)
- (5) (4)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)
- (6) 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6つのコアコンピテンシー」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(同上)

21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

【研修実績および評価の記録】

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。総括的评价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。

香川大学医学部附属病院総合内科にて、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评价、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）と指導者マニュアルを用います。

- 研修手帳（専攻医研修マニュアル）
所定の研修手帳参照
- 指導医マニュアル
別紙「指導医マニュアル」参照
- 専攻医研修実績記録フォーマット
所定の研修手帳参照
- 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

22. 専攻医の採用

【採用方法】

香川大学病院総合診療専門研修 PG 管理委員会は、毎年7月から説明会等を行い、総合診療科専攻医を募集します。PG への応募者は、9月30日までに研修 PG 責任者宛に所定の形式の『香川大学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。申請書は(1)電話で問い合わせ(087-891-2349)、(3) e-mail で問い合わせ (masugata@med.kagawa-u.ac.jp)、のいずれの方法でも入手可能です。原則として10月中に書類選考および面接を行い、採否を決定して本人に文書で通知します。応募者および選考結果については12月の香川大学病院総合診療専門研修 PG 管理委員会において報告します。

【研修開始届け】

研修を開始した専攻医は、各年度の5月31日までに以下の専攻医氏名報告書を、香川大学病院総合診療専門研修 PG 管理委員会 (masugata@med.kagawa-u.ac.jp) 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

以上

総合診療専門研修指導医マニュアル

【目 次】

はじめに

1. 総合診療専門研修指導医の定義・要件
2. 総合診療専門研修指導医の役割
 - I 総合診療領域の専門性に基づいた学習の提供
 - II 医学知識とその検索・活用方法の提供
 - III 臨床手技（スキル）の学習の提供
 - IV 精神心理面への配慮
 - V 専攻医の評価
 - VI ロールモデル
3. 専門研修プログラム統括責任者の基準・資格要件
4. 専門研修プログラム統括責任者の業務と権限
5. 総合診療専門研修カリキュラムの目指すもの
 - A 総合診療専門制度の理念
 - B 総合診療専門医の使命
 - C 専門研修後の成果
6. 総合診療専門医が身に付けるべき専門知識、専門技能、学問的姿勢、医師としての態度、経験目標
7. 基本的な研修スケジュールと年次到達度
8. 研修方略ならびに指導医に必要な指導法
 - 1) 臨床現場での学習
 - 2) 臨床現場を離れた学習
 - 3) 自己学習
 - 4) 学術活動
9. 研修実績記録と評価
 - A 形成的評価
 - B 総括的评价
10. 研修手帳の使い方
11. 評価のために指導医に求められること
12. 専門研修の休止・中断等への対応
13. 指導能力の維持・向上

はじめに

国民に質の高い医療を提供するために、我が国の専門医制度は大幅に変更され、新しい専門医制度が 2015 年の医師国家試験合格者から適用されることとなった。2 年間の初期臨床研修を修了後、2017 年から、日本専門医機構が認定する新専門医養成プログラムがスタートする。学会主導で行われていた従来の専門医制度から、専門研修プログラムの評価・認定を中立的な第三者機関（日本専門医機構）が行うことと、その「研修プログラム」に基づいた（program-based）専門医研修となることの 2 点が重要なポイントである。

加えて、厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」で検討された制度の根幹は、「基本診療領域と subspecialty 領域からなる二段階制」を敷くことと「総合診療専門医を加えた 19 の診療領域を基本領域とする」ことであった。そこには疾病構造の変化とともに、医師に対する社会の要請の変化が反映されているといえる。18 領域が既存の学会を母体にカリキュラム整備基準やモデルカリキュラムを作成していったのに比べて、総合診療領域は様々な学会や組織の経験と知を統合しながら、新しい総合診療医像がある意味オールジャパンで創生していくことになった。

時代の負託に応えるべく総合診療医の養成にあたる指導医には、総合診療専門研修指導医マニュアルに基づき、プロフェッショナルオートノミーを基盤として新しい総合診療医のあるべき姿を指し示していただきたい。

1. 総合診療専門研修指導医の定義・要件

2020 年に総合診療専門医となった若手医師たちが、その専門医資格を更新する 2025 年以降、「専門医資格を 1 回以上更新した、新しい総合診療専門研修指導医」が誕生することになる。その新しい総合診療専門研修指導医が誕生し一定の数に増えるまで、総合診療医育成の重要な役割を担うことが期待されるのは、以下のような経歴から選抜された総合診療専門研修指導医である。

- 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) 全国自治体病院協議会（全自病協）・全国国民健康保険診療施設協議会（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) 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
（卒後の臨床経験 7 年以上）

- 5) 4)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)
- 6) 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6つのコアコンピテンシー」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(同上)

その優れた臨床能力と教育能力に加えて、6つのコアコンピテンシーに関するレポートの提出、総合診療専門研修指導医講習会(1泊2日程度)の受講と理解度を確保する試験合格を経て指名される。

2. 総合診療専門研修指導医の役割

専門研修指導医にはさまざまな役割がある。質の高い専門研修を確保するためには、すべての指導医が自分自身の果たすべき役割について共通の認識を持つ必要がある。以下に総合診療専門研修指導医の6つの役割を示す。

I. 総合診療領域の専門性に基づいた学習の提供

総合診療領域は日本の医療において、その専門性に対する理解が十分には浸透していない分野である。専門研修においても、内科、小児科、救急科など関連の深い診療科でのローテート研修で多様な学びが展開されるが、そうした場で総合診療の専門性に対するアイデンティティは時に揺らぎやすい。それゆえ、主たる研修である総合診療専門研修Ⅰ・Ⅱにおいては、直接指導にあたる総合診療専門研修指導医が日々の症例検討や振り返りの作業の中で総合診療の概念や学術的背景理論を基盤として専攻医と議論することが求められる。また、「4. 専門研修プログラム統括責任者の業務と権限」で詳述するように、プログラム統括責任者はこうした3年間のローテート研修全体を通して継続的に専攻医の学習へのサポートをメンタリング等で行い、総合診療の概念や学術的背景理論を伝える必要がある。

こうした研修の積み重ねの中で、次第に専攻医は総合診療専門医としての能力と責任感を身につけ、真に地域に貢献する専門医として育っていく。この専門性に関する教育が欠如した状態での知識と技能に偏った教育は、専攻医の総合診療医としてのアイデンティティ形成に深刻な歪みをもたらすであろう。そのためにも、総合診療専門医のコアコンピテンシーとして定められた6つの能力については全ての指導医が他者に対して説明できる程度に十分理解することが求められ、医療制度や地域の医療資源の変化に応じて常にその知識を洗練させていく必要がある。

II. 医学知識とその検索・活用方法の提供

膨大な医学知識すべてを、一人の医師が記憶することはもはや不可能である。とくに

近年、毎年数十万篇もの医学論文が発表されていて、中には、従来定説となっていた知識が覆される事例もある。このような、いわば“生きている”医学知識に常に追いついていくことは、狭い専門分野に限ってさえ容易ではない。まして、総合診療領域は取り扱う健康問題の幅が広く、その労力は更に大きい。指導医にはこのような膨大な知識を切り売りすることのみが求められているわけではなく、必要な時に必要な知識を短時間で入手、活用するテクニックを伝えることのほうが重要である。

知識の検索方法としては原著論文などをいわゆる Evidence-based Medicine (EBM)

の手順で批判的に吟味し適応する方法や、2次資料と診療ガイドラインを適確に活用する方法を専攻医に教えることが重要である。その際、そうしたエビデンスをいかに患者に適応すべきか判断し、そのケアのプロセスを評価することが特に強調されるべきである。費用対効果を考慮することも今後ますます重要になるものと思われる。

なお、総合診療領域を特徴付ける知識としては以下の項目が挙げられる。指導医はその内容に十分精通する必要がある。

- 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）
- 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。
- 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。
- 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。

- 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る、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。

Ⅲ. 臨床手技（スキル）の学習の提供 知識とあわせて総合診療に必要な各種検査や治療の手技についても様々な教育方略

を用いて指導することが求められる。なお、総合診療領域を特徴付ける技能としては以下の項目が挙げられる。指導医はその

の技能に十分精通する必要がある。

- 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
- 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
- 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
- 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
- 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

Ⅳ. 精神心理面への配慮

研修はストレスに満ちている指導医は専攻医の認知面身体面での負担の大きさ、その結果としての情動面での脆弱性に十分配慮しなくてはならない。当然、専攻医一人ひとりの能力を十分見極めた上での配慮ということになる。

1. 専攻医が学ぶべき医学知識や技量が一時に能力を超えて多くはないか？
2. 身体的な負担が、能力を超えて大きくないか？
3. 情動面での負担は大きくないか？
4. 総合診療領域を学ぶ専攻医としてのアイデンティティは様々なローテーション研修の中でも保たれているか？

V. 専攻医の評価

指導医が日常の教育活動の中で提供する評価は主として形成的評価である。形成的評価は、評価することで専攻医の学習意欲を高め、より優れた医師になってもらうことに主眼を置く。研修目標を達成するために適切な方向に向かっているのかを知らせる上で形成的評価は非常に重要である。

成人学習理論に基づき、指導医は次のような形成的評価の仕方を心がけるべきであろう。

- ① 専攻医の優れた点、良いパフォーマンスを見つけて誉めることを忘れない。
- ② 良くない点、改善を要する点についても必ず言及する。しかし、あくまでも指導医が自ら観察した専攻医の決断や行為について具体的に指摘するべきで、性格を非難したり人格を否定したり、一般化するような言葉を投げかけてはならない。
- ③ 良くない点、改善を要する点について言及するにあたって、どうしてそのようなパフォーマンスになってしまったのか、専攻医に説明してもらうこと。行動の背後にある論理、思考・認知過程と専攻医の置かれたコンテキストを理解することで、どこに誤りがあるのか明確になることが多い。

VI. ロールモデル

なんと言っても、指導医が果たすべきもっとも重要な役割は専攻医のロールモデルとなることであろう。医学知識を伝授するのみでなく、臨床現場での技能や態度を伝えるためには、同時代を生きるモデルとしての振る舞いが必要である。指導医が医師としてヒューマニズムあふれる診療態度や教育態度を示すことにより、専攻医はそのような態度を自然に身に付けていくものである。実際学習者ばするようにと教えられたことよりも「実際に行われていること」により強く影響される。

指導医はロールモデルとしての役割を十分に認識し、思慮深く振舞う必要がある。一人ひとりの専攻医の能力やニーズ、パーソナリティーの違いに配慮し、できるだけ教育のための時間（ディスカッションとフィードバック）をとることが望まれる。教えることによって自分自身も学ぶという指導者の態度は、それ自体、生涯学習の態度として専攻医に伝えるべきものである。

3. 専門研修プログラム統括責任者の基準・資格要件

プログラム統括責任者の資格要件として、以下の 1)、2)、3)の全てを満たすことを原則とする。

- 1) 専門研修指導医であること
- 2) 総合診療専門研修プログラムの専門研修基幹施設に所属していること
- 3) 以下の①、②、③、④のいずれかである

- ① 日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医
- ② 全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定施設の教育責任者
- ③ 日本病院総合診療医学会の認定医養成施設の教育責任者
- ④ 大学病院または臨床研修指定病院における総合診療部門の責任者

4. 専門研修プログラム統括責任者の業務と権限

1プログラム統括責任者あたりの最大専攻医数はプログラム全体で 20 名とする。それ以上になれば副プログラム統括責任者を置く。

プログラム統括責任者は研修プログラムの管理・遂行や専攻医の採用・修了につき最終責任を負う。プログラム統括責任者は専門研修プログラム管理委員会における評価に基づいて、専攻医の最終的な研修修了判定を行い、その資質を証明する書面を発行する。その他、以下の役割・権限を担う。

- ・研修プログラムの企画・立案と実施の管理
- ・指導体制の構築・指導医への支援
- ・専攻医に対する指導と評価
- ・専攻医への配慮・メンタリング
- ・研修プログラムの点検・評価
- ・研修プログラムのプロモーションやリクルートメント戦略

5. 総合診療専門研修カリキュラムの目指すもの

A. 総合診療専門医制度の理念

(1) 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。

(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。

B. 総合診療専門医の使命

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使命を担う。

C. 専門研修後の成果

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できる。また、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）を提供することができる。

具体的には以下の6つのコアコンピテンシーを獲得する。

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

※各項目の詳細は、総合診療専門医専門研修カリキュラムの到達目標1～6を参照

6. 専攻医が身に付けるべき専門知識、専門技能、学問的姿勢、医師としての態度、経験目標

当マニュアルの資料1及び専門研修カリキュラムの経験目標を参照

7. 基本的な研修スケジュールと年次到達度

総合診療専門研修プログラムは、複数の連携施設の協力体制が基盤となり、その中にある基幹施設が研修全体をコーディネートするスタイルとなる。その施設群の構成要件として3年以上の研修期間において、以下の基準を満たさなければならない。

- (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、それぞれ6ヶ月以上、合計で18ヶ月以上の研修を行う
- (2) 必須領域別研修として、内科6ヶ月以上、小児科3ヶ月以上、救急科3ヶ月以上の研修を行う
- (3) その他の領域別研修では、研修目標の達成に必要な範囲で外科・整形外科・産婦人科・精神科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科などの各科での研修を行う

以下に、香川大学医学部附属病院が研修基幹施設となった場合のローテーションパターンを図1、表1にて示す。

なお、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ができるレベル、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ができるレベル、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、かつ指導できるレベルを習得することが求められている。

総合診療専門研修においては、ローテーション終了時に診療専門医が身に付けるべき専門知識、専門技能、学問的姿勢、医師としての態度、経験目標が欠落なく習得できるように構成されている。

ローテーション中に研修目標を習得しやすい研修の場については、当マニュアルの資料1のように想定されている。また内科、救急科、小児科の過ごし方の典型例はそれぞれ、当マニュアルの資料2、資料3、資料4のように考えられている。自施設以外の研修内容も考慮しながら、指導医が指導に当たることが好ましい。

図 1 : 研修体制

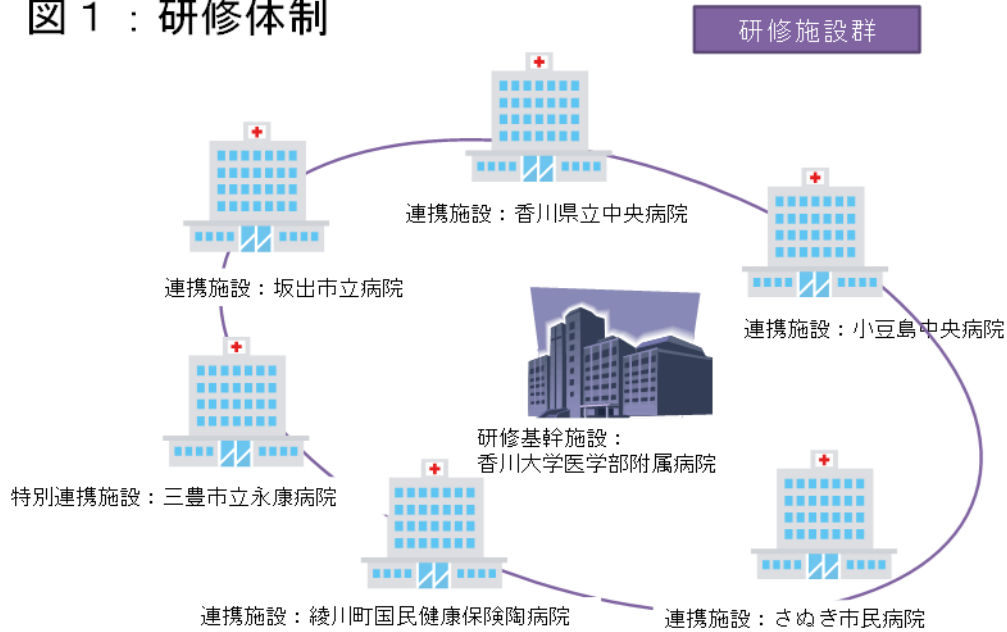


表 1. ローテーション例

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	総合診療専門研修Ⅱ (香川大学医学部附属病院 総合内科)									領域別研修: 内科 (香川大学医学部附属病院消化器内科)		
2年目	総合診療専門研修Ⅱ (さぬき市民病院)			総合診療専門研修Ⅱ (内海病院)			領域別研修: 内科 (坂出市立病院)			領域別研修: 小児科 (坂出市立病院小児科)		
3年目	総合診療専門研修Ⅰ (綾川町国民健康保険陶病院)						領域別研修: 救急科 (香川大学医学部附属病院救命救急センター)					

8. 研修方略ならびに指導医に必要な指導法

1) 臨床現場での学習 (OJT)

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。

・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)、更には診療場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。

・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するためのシャドウイングを実施する。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。

・病棟医療

経験目標を参考に救急外来や救命救急室等で幅広い経験症例を確保する。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。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。

・救急医療

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) 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。

・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 (Off-JT)

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。

臨床現場で経験数の少ない手技などをシミュレーション機器を活用して学ぶこともできる。

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、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。

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ながら、幅広く学習する。

4) 学術活動

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。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）を行うこととする。

9. 研修実績記録と評価

A. 形成的評価

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ことが重要である。具体的には、研修手帳の記録及び指導医との振り返りセッションを定期的実施する。

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う。作成した最良作品型ポートフォリオの発表会を行う。

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。

日々のフィードバックに加えて、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。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する。以上の、フィードバック（形成的評価）の結果については、研修手帳（7 研修振り返りのページ）などに過不足なく記録を残す。

B. 総括的評価

それぞれのローテート研修終了時にローテート研修における到達目標と経験目標が、カリキュラムに定められた基準に到達していることを確認する。その際は資料1「研修目標と研修の場」を参考に、そのローテート研修において経験が望ましい項目を中心に評価する。なお、ローテート研修の修了評価は、当該領域の指導責任者とプログラム統括責任者が共同で行う。

全プログラム修了時に、プログラム統括責任者は、研修手帳をもとに専攻医の研修内容、目標に対する到達度、専攻医の自己評価、関係した多職種が行った 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確認し、以下のプロセスで総括的評価を行う。

プログラム統括責任者がプログラム管理委員会を招集し、次の基準を満たしていることを確認し専攻医の専門研修修了判定を行い、日本専門医機構はその結果を確認して修了登録を行う。

- 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) その他、プログラム毎に定める基準に達していること。

10. 研修手帳の使い方

「研修手帳」は、専攻医の研修実績、目標の達成度、ポートフォリオ作成の進捗、指導医との振り返り、生涯学習および学術活動等の記録等で構成されている。

専攻医が日常的に研修手帳を利用する際に、指導医が提供すべきサポートや評価は以下の通りである。

- 研修の振り返り : 専攻医と指導医は 1～数ヶ月おきに定期的な研修の振り返りを実施する必要がある。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

導医からの形式的な評価を記録する。

- ポートフォリオ作成 : 専攻医は詳細 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る。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する。
- 研修目標と自己評価 : 専攻医は研修目標の各項目の達成段階につ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。

1 1. 評価のために指導医に求められること

総合診療指導医は、指導医養成ワークショップなどに加えて、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学ぶために、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る必要がある。

1 2. 専門研修の休止・中断等への対応

専攻医が専門研修を休止・中断せざるを得ない状況もありうる。その場合の対応の責任はプログラム統括責任者にあるが、現場での教育を担う指導医は、専攻医にとっての最も身近な上級医として、またプログラム統括責任者との調整役として、専攻医のサポートにあたることを求められる。

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。

- (1) 病気の療養
- (2) 産前・産後休業
- (3) 育児休業
- (4) 介護休業
- (5) その他、やむを得ない理由

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が、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。

- (1) 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
- (2) 専攻医にやむを得ない理由があるとき

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。

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、研修延長申請書を提出することで対応する。

13. 指導能力の維持・向上

プログラム統括責任者は、研修の質を維持するために各診療科研修の指導にあたる指導医の指導能力の維持・向上に責任を持つ。そのために、各指導医が受講すべき研修計画を示し、その受講を促す役割を担う。

指導医はプログラム統括責任者の示した研修計画に従って、指導能力を維持・向上させるための計画的な自己学習を継続しなければならない。日本専門医機構、関係学会や組織が提供する指導医養成講座を受講するなど、定期的な学習の機会を確保することが必要である。

受講の際、各指導医は当マニュアルの資料5として掲載した【指導医としての自己学習履歴】欄に記録を残し、年に1度、プログラム統括責任者にその写しと受講証明書を提出する。プログラム統括責任者はその受講歴を保管し、サイトビジット等の際に第三者に提示できるように整理し保管することとなる。

資料1 研修目標と研修の場

総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場		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		総合診療専門研修 II		内科		小児科		救急科		他の領域別研修	
		設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
I. 一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な診察及び検査治療													
手 以下に示す検査治療手技の※印の項目は90%以上の経験が必須だが、それ以外													
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婦人科的診察（産科診による内診や外陰部の視診など）を実施できる。		◎	○	○	○								◎
※⑥死亡診断を実施し、死亡診断書を作成できる。		◎	◎	◎	◎	○	○						
⑦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		◎	◎	○	○					◎	◎		
(ア) 実施すべき手技													
※①各種採血法（静脈血・動脈血）簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易尿糖検査		○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
※②採尿法（導尿法を含む）		○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
※③注射法（皮下・皮下・筋肉・静脈注射・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・関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）		○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
(イ) 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）		◎	◎	◎	◎	○	○			○	○		
※④生体標本（喀痰、尿、腔分泌物、皮膚等）に対する顕微鏡的診察		◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	○	○		
※⑤呼吸機能検査		◎	◎	◎	◎	○	○						
※⑥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		◎	◎										○
⑦子宮頸部細胞診		◎	○										◎
⑧消化管内視鏡（上部）		○	○	○	○	◎	◎						
⑨消化管内視鏡（下部）		○	○	○	○	◎	◎						
⑩造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）		○	○	○	○	◎	◎						
(ウ) 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（IQLSまたはACLS）		○	○	○	○	○	○			◎	◎		
※③病院前外傷救護法（PHTLS）										◎	◎		
(エ) 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。		◎	◎	◎	◎	○	○						
(オ) 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、包帯・副木・ギプス法		◎	◎	○	○			○	○	◎	◎		○
※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経鼻胃管及び胃腸カテーテルの挿入と管理		◎	◎	◎	◎	○	○						
※⑨導尿及び尿道留置カテーテル・膀胱留置カテーテルの留置及び交換		◎	◎	◎	◎	○	○			○	○		
※⑩褥瘡に対する被覆治療及びデブリドマン		◎	◎	◎	◎								○
※⑪在宅酸素療法の導入と管理		◎	◎	○	○	○	○						
※⑫人工呼吸器の導入と管理		◎	◎	○	○	○	○						
⑬輸血法（血液型・交差適合試験の判定を含む）		○	○	○	○	○	○						
⑭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）		○	○	○	○								○

Ⅲ 一 疾患病態に対する適切なマシント												
(1) 血液・造血												
※[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（偏頭痛、緊張性頭痛、群発頭痛）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
(3) 皮膚												
※[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]尋常性乾癬	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[3]蕁麻疹	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[4]皮膚感染症（伝染性顔面疹、蜂窩織炎、白癬症、カンジダ症、尋常性ざ瘡、帯状疱疹、伝染性軟属腫、疥癬）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
(4) 運動器（筋骨格）												
※[1]骨折（骨挫症、骨骨折、大腸骨頭骨折、指骨骨折）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[2]関節・筋帯の損傷及び障害（変形性関節症、捻挫、肘内障、腱断裂）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[3]骨粗鬆症	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[4]脊柱障害（腰痛症、腰椎椎間板ヘルニア、腰部脊柱管狭窄症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
(5) 循環器系疾患												
※[1]心不全	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[2]狭心症、心筋梗塞	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[3]心房症	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[4]不整脈（心房細動、房室ブロック）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[5]弁膜症（僧帽弁膜症、大動脈弁膜症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[6]動脈疾患（動脈硬化症、大動脈瘤）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[7]静脈・リンパ管疾患（深部静脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ浮腫）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[8]高血圧症（本態性、二次性高血圧症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
(6) 呼吸器系疾患												
※[1]呼吸不全（在宅酸素療法含む）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[2]呼吸器感染症（急性上気道炎、気管支炎、肺炎）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[3]閉塞性・拘束性肺疾患（気管支喘息、気管支拡張症、慢性閉塞性肺疾患、塵肺）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[4]肺循環障害（肺塞栓、肺梗塞）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[5]異常呼吸（過換気症候群、睡眠時無呼吸症候群）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[6]胸膜・縦隔・横隔膜疾患（自然気胸、胸膜炎）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[7]肺癌	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
(7) 消化器系疾患												
※[1]食道・胃・十二指腸疾患（食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎、逆流性食道炎）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[2]小腸・大腸疾患（イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻、過敏性腸症候群、憩室炎）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[3]胆嚢・胆管疾患（胆石、胆管炎、胆管炎）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[4]肝疾患（ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝臓、アルコール性肝障害、薬物性肝障害）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[5]膵臓疾患（急性・慢性膵炎）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[6]横隔膜・腹壁・腹膜（腹膜炎、急性腹症、ヘルニア）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
(8) 腎・尿管・膀胱												
※[1]腎不全（急性・慢性腎不全、透析）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[2]原発性糸球体疾患（急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[3]全身性疾患による腎障害（糖尿病性腎症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[4]泌尿器的腎・尿管疾患（尿管結石、尿管感染症、過活動膀胱）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
(9) 妊娠分娩と 産生												
※[1]妊娠分娩（正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、産褥）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[2]妊娠・授乳期・産後のケア（妊娠・授乳期への投薬、乳癌）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[3]女性生殖器及びその関連疾患（月経異常（無月経を含む）、不正性器出血、更年期障害、外陰・陰・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[4]男性生殖器疾患（前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
(10) 内分泌												
※[1]糖尿病・下垂体疾患（下垂体機能障害）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[2]甲状腺疾患（甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[3]副腎不全	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[4]糖代謝異常（糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[5]脂質異常症	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[6]蛋白及び核酸代謝異常（高尿酸血症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
(11) 眼・視覚系疾患												
※[1]屈折異常（近視、遠視、乱視）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[2]角膜炎（アレルギー性結膜炎）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[3]白内障	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[4]緑内障	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[5]糖尿病・高血圧・動脈硬化による眼底変化	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
(12) 耳鼻咽喉・咽喉・口												
※[1]中耳炎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[2]急性・慢性副鼻腔炎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[3]アレルギー性鼻炎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[4]扁桃の急性・慢性炎症疾患	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※[5]外耳道・鼻腔・咽喉・喉頭・食道の代表的な異物	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎

(13) 精神・神経系疾患												
[1] 症状精神病	◎	○	○	○						◎	◎	◎
※[2] 認知症（アルツハイマー型、血管型）	◎	◎	○	○								◎
※[3] 依存症（アルコール依存、ニコチン依存）	◎	◎										◎
※[4] 気分障害（うつ病、躁うつ病）	◎	◎										◎
[5] 統合失調症	◎	○										◎
※[6] 不安障害（パニック症候群）	◎	◎										◎
※[7] 身体表現性障害、ストレス関連障害	◎	◎										◎
※[8] 不眠症	◎	◎	○	○								◎
(14) 感染症												
※[1] ウイルス感染症（インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎、HIV）	◎	◎	○	○	○	○	◎	◎				
※[2] 細菌感染症（ブドウ球菌、MRSA、A群レンサ球菌、クラミジア）	◎	◎	◎	◎			◎	◎	○	○		
[3] 結核							◎	◎				
[4] 真菌感染症	◎	◎							○	○		◎
[5] 性感染症	◎	○										◎
[6] 寄生虫疾患							◎	◎	○	○		
(15) 免疫・アレルギー疾患												
※[1] 膠原病とその合併症（関節リウマチ、SLE、リウマチ性多発筋痛症、シェーグレン症候群）	◎	◎		◎	◎	◎						
[2] アレルギー疾患	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎				
(16) 物理・化学的因子												
※[1] 中毒（アルコール、薬物）			◎	◎	◎	◎			◎	◎		◎
※[2] アナフィラキシー	○	○					◎	◎	◎	◎		◎
[3] 環境要因による疾患（熱中症、寒冷による障害）				◎	◎	◎					◎	◎
※[4] 熱傷	◎	◎									◎	◎
(17) 小児												
[1] 小児けいれん性疾患										◎	◎	◎
※[2] 小児ウイルス感染症（麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ、RS、ロタ）	◎	◎							◎	◎		
※[3] 小児細菌感染症	◎	◎							◎	◎		
※[4] 小児喘息	◎	◎							◎	◎	◎	◎
[5] 先天性心疾患									◎	◎		◎
[6] 発達障害（自閉症スペクトラム、学習障害、ダウン症、精神遅滞）	○	○							◎	◎	◎	◎
(18) 高齢と高齢者												
※[1] 高齢者総合機能評価	◎	◎										
※[2] 老年症候群（損傷、転倒、失禁、褥瘡）	◎	◎										
(19) 慢性腫瘍												
※[1] 腫瘍治療後の慢性腫瘍	◎	◎	◎	◎	◎	◎						◎
※[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	◎	◎	○	○								

資料2. 内科での研修期間の過ごし方

【内科研修の目的】 総合診療カリキュラムを基盤としながら内科領域での豊富な臨床経験を積むことを目的とする。

【内科研修の目標】

1. 成人内因性疾患に対する標準的で総合的なアプローチの方法を学び、包括的アプローチに必要な基本的知識と技能を身につける。
 - ▶ 見逃しがなく安全で効率的な医療・ケアを提供するための、適切な臨床推論の能力を身につける場として期待される。
2. 当該地域医療機関において入院頻度の高い疾患あるいは健康問題、すなわち地域におけるCommon diseaseを中心に、臨床経験を積む。

【内科研修の場】

総合内科のほか、循環器・消化器・呼吸器といった主要臓器の診療に携わる診療科が適していると考えられるが、以下のことを学べるのであれば、特に研修の場にはこだわらない。

【内科研修で何を学ぶか】

診断については、一般的な症候（※経験目標参照）を中心に経験することが望ましい。

1. 診断の過程：臨床推論の基礎を学ぶとともに、それらを研修医に指導することができる。
 - (1) 病歴聴取
 - ◇ 患者やその家族の話を効率的に聴取し、症状の特徴（発症時の状況、時間経過、悪化寛解因子、性質、定量化、位置と放散、随伴症状）を整理することができる。
 - ◇ 発症や受診に至った様々な背景について情報を整理することができる。
 - (2) 身体所見の評価
 - ◇ 系統的な身体診察により、信頼性の高い所見を得ることができる。
 - ◇ 患者の症候に関わりのある臓器を絞り込むため、基本的な診察のほかに適宜診断精度の高い様々な診察項目を追加することができる。
 - (3) 鑑別診断の列挙
 - ◇ 病歴と身体診察に基づき、最も可能性の高い疾患、除外すべき疾患、その他考慮することが妥当な疾患に分け、臓器の枠を超えて広く鑑別疾患を挙げることができる。
 - (4) 行うべき検査の選択、実施と結果の解釈

- ◇ 鑑別疾患に基づき、行うべき検査に優先順位をつけて選択することができる。
 - ◇ 検査前診断に基づいて検査の結果を適切に解釈し、適宜、さらに診断を絞り込むための検査を追加することができる。
 - ◇ 主要な疾患の診断に必要な検査手技を経験する。
- (5) 鑑別診断の絞り込み
- ◇ 病歴聴取、身体診察、検査結果に基づいて、地域での有病率や発生率を考慮しながら診断を絞り込むことができる。
- (6) 診断の確定と検証の後、重症度や病期の判定を行い、患者やその家族に診断の内容や標準的な予後について説明することができる。

治療については、一般的な疾患・病態（※経験目標参照）を中心に経験することが望ましい。

2. 治療の計画

- (1) 患者の抱える健康問題を整理し、優先順位をつけながら解決すべき手順を検討することができる。
- (2) 入院の適応を判断し、退院のための目標を設定することができる。
- (3) 科学的根拠や診療ガイドライン、専門医からの助言を含む様々な資源から得た情報に基づいて、治療計画を立てることができる。
- (4) 患者やその家族に予定する治療の内容(方法、期間、有害反応の危険性等を含む)を説明し、共通の理解に基づいて治療を開始することができる。また、最良の治療が、当該診療科あるいは施設内で提供できない場合、患者の希望に応じて他施設へ紹介したり、治療計画を変更したりすることができる。
- (5) 適宜セカンド・オピニオンを提案し、患者や家族が希望する際には必要な手続きを講じることができる。
- (6) 外科医や医師以外の医療専門職とも協働し、患者の入院治療を効率的に進めるための医療チームを形成することができる。

3. 治療の実施

- (1) 定期的に治療効果を判定し、治療方針を修正することができる。
- (2) 治療への反応が予測したものと異なる場合
 - ◇ 治療方針を見直すだけでなく、診断の妥当性についても再度検討することができる。
 - ◇ 専門医や他医療機関への紹介の必要性を考慮し、適切なタイミングで紹介することができる。
- (3) 治療により有害事象が生じた場合、必要に応じて治療を中止し、その原因についての正しい評価を行い、患者への被害を最小限に留めるとともに、患者やその家

族に現在生じていることを説明し、関係各機関に報告することができる。

- (4) 治療の限界が生じた場合、患者やその家族の希望に応じてセカンド・オピニオンの提案や、治療目標の変更、緩和医療への切り替えなどを行うことができる。

4. 退院に向けての調整

- (1) 退院後の治療や定期的な経過観察の方法について、患者の生活背景を考慮しながら計画を立案するとともに、他の医療機関と連携し、適切に紹介することができる。
- (2) 退院後の薬物療法や食事療法の継続について、薬剤師や栄養士と連携しながら指導することができる。
- (3) 退院後の日常生活上の注意について説明することができる。

資料3. 救急科での研修期間の過ごし方

【救急科研修で何を学ぶか】

- a) 救急患者特有の問題への対処法
- b) 緊急度の異なる複数の患者への対応の仕方
- c) 緊急性の高い症候に対する初期治療の手順（ACLS、PALS、JATECなどに基づく1次・2次評価）
- d) 頻度の高い救急疾患の診断と初期治療の方法
- e) 帰宅判断（disposition）と帰宅指示のしかた（見逃しリスクへの対策）
- f) 重症患者の家族に対するサポート
- g) 災害時の医療（EMARGO、DMATなど）

【総合診療専門医 6つのコアコンピテンシーから】

1. 人間中心の医療・ケア

1) 患者中心の医療

- ① 救急患者特有の医学的、社会的、精神的背景について理解し、情報収集や対応に努めることができる
- ② 重度の傷病からの回復に必要な努力や、後遺症により必要となりうる支援について共通の理解基盤を見出し、患者・医療者それぞれの役割について計画することができる

2) 家族志向型の医療・ケア

- ① 救急患者の家族特有の背景（希薄な人間関係、虐待や家庭内暴力など）について理解し、情報収集や介入をすることができる
- ② 突然の不幸な事態に直面した家族の心情を理解し、配慮することができる

3) 患者・家族との協働を促すコミュニケーション

- ① 患者家族の視点による救急受診に至るまでの背景や過程について情報収集するとともに、解決の必要な問題を認識してもらうことができる

2. 包括的統合アプローチ

1) 未分化で多様かつ複雑な健康問題への対応

- ① 発症からごく間もない超急性期の症候について、検査所見に頼らず、生理学的徴候を重視した対応を行うことができる
- ② 救急受診後帰宅させる患者および家族に対しては、暫定的な診断の他に治療の内容、予想される経過、救急再受診を考慮すべき指標、平常外来受診の必要性やタイミングについても適切に説明することができる
- ③ 身体症状を合併する精神疾患患者や介護の必要な高齢者をはじめとする、い

わゆる救急難民*の時間外診療を経験し、診療上の問題点を把握するとともに、関係各者（家族、主治医、民生委員、ケアマネジャー、ヘルパー等）と連携しながら対応することができる。

(*救急難民：医学的・社会的要因や、医療機関における時間的・人的制約によって受け入れ困難、搬送困難となりやすい患者)

2) 効率よく的確な臨床推論

- ① 事前情報のない患者について、診療に必要な病歴・身体所見を短時間で確認し、整理する力を身につける
- ② 時間・設備・人的資源に制約がある中で、行うべき検査を適切に選択し、治療や帰宅判断（disposition）につながる確定診断ないし病態診断をもたらすとともに、患者の利益を最大限に考慮した治療および観察方針を計画することができる

3) 健康増進と疾病予防

- ① 救急受診を最大の転帰ととらえ、受診理由となった疾患や症状だけでなく、背景疾患や偶発的に発見された異常に対応することができる

4) 継続的な医療・ケア →なし

3. 連携重視のマネジメント

1) 多職種協働のチーム医療

- ① 救急隊員や救急救命士と協働して情報伝達や救護活動を行うことができる
- ② 医療ソーシャルワーカー、理学療法士らと協働し、中長期的視点で社会復帰に向けた取り組みに協力できる

2) 医療機関連携および医療・介護連携

- ① 紹介の受け手として、緊急時の連携の手順について学ぶ
- ② 緊急性のある専門治療の必要性を見極めるとともに、紹介のタイミングについて適切に判断することができる
- ③ 回復期の治療について、他の診療科や医療機関と連携し、適切に依頼・紹介することができる
- ④ 精神科医の介入が必要な患者について、希死念慮等その緊急性を正しく把握し、精神科医と適切な連携を行うとともに、診療を待機する間に必要な安全策を講じることができる

3) 組織運営マネジメント

- ① 院内職員と協働して院内急変や災害、多数傷病者に対応できる
- ② 救急病床の整理、確保や、関連する専門各科の診療状況の確認、調整など、救急患者の応需に必要な体制を構築することができる
- ③ 受け入れ困難事例を振り返り、受け入れを可能にするための対策を立案する

ことができる

4. 地域志向アプローチ

1) 保険・医療・介護・福祉事業への参画

- ① 地域の医療計画、救急医療体制について学ぶ
(救急病院へのアクセス上の問題点、小児救急医療の提供体制)
- ② 地域の救急医療情報システムについて学ぶ
(救急電話相談センターや IT を用いた病院検索システム)

2) 地域ニーズの把握とアプローチ

- ① 一般市民による応急処置、一次救命処置の教室に指導者として参加する
- ② 地域包括ケアシステムにおける救急の役割について学ぶ

5. 公益に資する職業規範

1) 倫理観と説明責任

- ① 短期的および中長期的な生命・機能予後について、明確で誠実な説明を行うことができる
- ② 患者のリビングウィルの存在（延命等の意思）を確認し、患者および家族との共通の理解に基づいて、病態に即した妥当な治療方針を立てることができる。
- ③ 終末期医療の考え方や脳死移植の適応について家族に説明することができる

2) 自己研鑽とワークライフバランス

- ① 救急医療に関係する教育コースや指導者コースに参加し、知識や技術を身につける

教育コース：PALS、JATEC、EMARGO

指導者コース：BLS、ACLS、JMECC、PALS

3) 研究と教育

- ① 研修医や医学生を対象とした基本的な救急初療の教育に携わる
- ② 経験症例を発表し、医師のみならず関係各職種の学習の機会に貢献する

6. 診療の場の多様性

- ① 疾患の診断にこだわらず、症候に基づいて対応することができる
- ② 患者の救命を最優先に考え、状況に応じ、診断に優先して治療を行うことができる
- ③ 診断の不確実性を認識し、患者の状態変化に気づくための指標を見出すとともに、その指標を適切に追跡して治療方針を修正することができる

【救急科研修をどこで学ぶか】

- 1) 救命救急センター（3次救急）
 - ① バイタルサインの不安定な内因性疾患・外傷患者に対する系統的な初期診療手順を学ぶことができる。
 - ② 重症患者の集中治療について学ぶことができる
 - ③ 複数の患者への同時対応や、帰宅判断については経験し難く、経験症例数は少ない
- 2) 救急外来（1・2次救急）
 - ① 緊急度の異なる複数の患者に同時に対応する手順について学ぶことができる
 - ② 救急患者の入院適応と、安全に帰宅させる方法について学ぶことができる
 - ③ 地域によっては院外心肺停止(CPA)の症例や重症多発外傷の症例を経験しがい
 - ④ 入院から自宅への退院までを自科・自施設で完結しない施設もある
- 3) ER型救急施設
 - ① 様々な重症度の症例を経験できるが、初期・2次救急が中心になる
 - ② 入院から自宅への退院までを自科・自施設で完結しない施設もある

【救急科研修の問題点】

- 当該地域周辺に救命救急センターがなく、遠隔地域まで研修にいかなければならないことがある

資料4. 小児科での研修期間の過ごし方

【小児科研修で何を学ぶか】

- a) 正常な小児の発育・発達(健診)
- b) 小児の「病気の基礎的知識」
- c) さまざまな状態の「小児の診察技法」
- d) 小児への投薬・検査・処置
- e) ホームケア・疾病予防(予防接種)
- f) 小児医療の「総合性」／家族・集団生活・地域社会などとの関係
- g) 子育て支援(診療のすべてに「子育て支援の視点」を持つ)
- h) 「小児の権利」を擁護する(アドボカシー)

【総合診療専門医 6つのコアコンピテンシーから】

- 1. 人間中心の医療・ケア
 - 1) 患者中心の医療・ケア
 - ① 小児の正常な成長、発達について知識がある
 - ② 小児の権利を理解できる
 - 2) 家族志向型医療・ケア
 - ① 母子相互作用が理解できる
 - ② 小児の問題と家族環境との関連性を理解できる
 - 3) 患者・家族との協働を促すコミュニケーション
 - ① 小児と上手に会話できる
 - ② 養育者から家庭の状況を聴き出すことができる
- 2. 包括的統合アプローチ
 - 1) 未分化で多様かつ複雑な健康問題への対応
 - ① 患児や養育者の不安を理解できる
 - ② よくある心配に関する知識があり、それを説明できる
 - 2) 効率よく的確な臨床推論
 - ① 病歴と簡単な身体診察から患児の状態を判断できる
 - ② 年齢に応じた好発疾患、流行性疾患の地域の状況などを知っている
 - 3) 健康増進と疾病予防
 - ① 疾病予防、ホームケアが説明できる
 - ② 予防接種を説明し実施できる
 - 4) 継続的な医療・ケア 慢性疾患、障害を持った患児に対応できる(喘息、アトピー性皮膚炎など)

3.連携重視のマネジメント

1)多職種協働のチーム医療

- ①施設内の職員と協働して診療、育児支援が行える
- ②地域の子育てに関わる職種の人たちと協働することができる

2)医療機関連携および医療・介護連携

- ①患児の診療が可能な医療機関へ紹介できる（耳鼻咽喉科、眼科、整形外科など）
- ②地域の保健所、児童相談所、保健センター、子育て支援施設などを紹介できる
- ③在宅医療を行える医療機関を知っている

3)組織運営マネジメント

- ①患児の安心、安全に配慮して医療施設を見直すことができる
- ②職員と協力して養育不全家庭、虐待を発見できる

4.地域志向アプローチ

1)保健・医療・介護・福祉事業への参画

- ①地域の子育て支援事業を知っている（支援センター、病児保育など）
- ②地域の療育施設、障害児通園施設などを知っている
- ③保育、学校の現場が理解できる

2)地域ニーズの把握とアプローチ

- ①地域に展開できていない小児医療(在宅医療が不十分であるなど)などを察知する
- ②上記についての医療提供を自ら率先できる(地域の中核的な施設と連携するなど)

5.公益に資する職業規範

1)倫理観と説明責任

- ①子どもの権利条約について知識がある
- ②受動喫煙防止活動などの小児に対するアドボカシー活動を理解できる

2)自己研鑽とワークライフバランス

家庭における「よき父親ないし母親」を実践している小児科医から学ぶ

3)研究と教育

小児に関する勉強会(地域の小児科医会会合など)に参加する

6.診療の場の多様性

1)外来医療

- ①小児特有のありふれた疾患に対応できる
- ②紹介のタイミングを認識し紹介できる
- ③慢性疾患を持った小児の診療ができる

④診療の中で、子育て支援に取り組むことができる

2)救急医療

見逃してはならない疾患が判断できる

3)病棟医療

①入院が必要な病気を判断できる

②患児の入院が家族に及ぼす影響を理解できる

4)在宅医療

「小児の在宅医療」を経験することが望ましい

【小児科研修をどこで学ぶか】

1)総合病院小児科

①救急や入院中の重症疾患、比較的希な難病を診ることができる

②外来はありふれた病気は多くない可能性がある

2)小児科専門医のクリニック

①日常的な疾患を診ることができる

②健診、予防接種などの予防医学を学ぶことができる

③小児科の総合性を学ぶには良い環境

④総合病院小児科と連携施設群として実習が行えるとよい

3)総合診療専門医のクリニック

小児科の受診者が多ければ小児科専門医のクリニックと同等の経験が積める

資料5 指導医としての自己学習履歴 (年 ~ 年)

指導医講習会等名、年月日、開催地 成果	指導医講習会等名、年月日、開催地 成果
指導医講習会等名、年月日、開催地 成果	指導医講習会等名、年月日、開催地 成果
指導医講習会等名、年月日、開催地 成果	指導医講習会等名、年月日、開催地 成果
指導医講習会等名、年月日、開催地 成果	指導医講習会等名、年月日、開催地 成果