

# 三重大学総合診療専門研修プログラム

## 目次

1. プログラムの理念・使命・プログラムの特徴・専門研修後の成果
2. 専攻医の到達目標と専門知識/技能の習得計画
3. リサーチマインドの養成および学術活動に関する研修計画
4. コアコンピテンシーの研修計画（医療倫理、医療安全、院内感染対策等）
5. 地域医療に関する研修計画
6. 専攻医研修ローテーション（モデル）
7. 専攻医の評価時期と方法
8. 専門研修管理委員会の運営計画
9. 専門研修指導医の研修計画
10. 専攻医の就業環境の整備機能（労務管理）
11. 専門研修プログラムの改善方法
12. 専攻医定員
13. 専攻医の採用方法
14. 専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備
15. 研修プログラム施設
16. Subspecialty 領域との連続性

## 1. プログラムの理念・使命・特徴・専門研修後の成果・プログラムの特色

### ①プログラムの理念・使命

現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えている。今後の日本社会の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行う医師が必要となることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価するために、新たな基本診療領域の専門医として総合診療専門医が位置づけられた。

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。

こうした制度の理念に則って、三重大学総合診療専門研修プログラム(以下、本研修 PG)は、患者に包括的・全人的医療を継続的に提供し、必要に応じて専門医を紹介する役割を的確に行い、ひいては患者の予防面や福祉面を含めた包括的な健康管理を行える医師を養成するために、つまり地域の人々が健康で豊かな生活を営めるために必要なケアを提供できる医師、総合診療専門医を養成する目的をもって構築された。総合的な内科や小児科の病棟、外来管理、救急医療などの臨床能力を身につけることができる。研修期間中に指導医としての資質も体得する。

プログラムの理念(目的)、使命、ビジョン、価値基準を下記のように定める

#### 【プログラムの理念(目的)】

- ・地域に貢献し、地域から愛される医療者を、三重の地から育成します。
- ・診療所・病院・地域のいずれでも活躍できる、総合診療医を育成します。
- ・学習者が指導者と共に、総合診療のプロフェッショナルとして、学び続けられる安全な場・環境を提供します。

- ・医療・教育・研究のいずれの分野にもチャレンジし、各分野のリーダーとなる医療者を育成します。

#### 【プログラムの使命】

- ・学習者とともに学び続けるロールモデルとなります。
- ・地域のみんなを笑顔にするプロデューサーになります。
- ・医療・教育・研究のイノベーターになります。

#### 【プログラムのビジョン】「三重で育む MIE MIND」

- ・M みんな：三重に暮らす人、私たち家庭医、保健・医療・福祉に携わる人、みんなが、
- ・I 一緒：お互いに支え合い、
- ・E 笑顔：いつでもどこでも笑顔でいます。
- ・Magnet マグネット：志を持った人が集まり、
- ・Innovation イノベーション：革新的な医療・教育・研究で、日本をリードし、
- ・Needs ニーズ：少子高齢化に対応できるシステムを実現し、
- ・Development ディベロップメント：地域の持続的な発展に貢献します。

#### 【プログラムの価値基準】

・プログラムを通して私たちが大切にするのは「夢・革新へのチャレンジ、多様性と調和、あふれる笑顔」です。

## ②プログラムの特徴・専門研修後の成果 (Outcome)

### i プログラムの特徴

当プログラムは、修了時に優れた総合診療専門医となるためにプログラムの期間を3年間とする。本研修PGは専門研修基幹施設（以下、基幹施設）である三重大学医学部附属病院が研修全体をコーディネートする統括組織としての役割を担い、専門研修連携施設（以下、連携施設）の施設群とで研修が行われ、それぞれの特徴を生かした症例や技能を広く、専門的に学ぶことができる。本研修PGでは、総合診療専門研修Ⅰ（外来診療・在宅診療が中心）、総合診療専門研修Ⅱ（外来診療・病棟診療・救急診療が中心）、内科、小児科、救急、の必修を組合せたローテーションを行う。

#### 1) 多様な医療機関で活躍できる総合診療医の養成

将来、総合診療医として活動する場に応じて、診療所に比べて主に病院での研修に重点を置く研修（病院重点）や病院に比べて主に診療所での研修に重点を置く研修（診療所重点）など、多様なローテーションを組み立てることができる。そのために、規模としては中小規模病院・診療所・大学病院等、立地としては市中・郊外・遠隔地といった様々なセッティングの医療施設を用意している。専攻医の選択での研修も充実している。

様々なセッティングの医療施設で、総合診療医としての核となる臨床能力や、専門医として必要なその他の臨床能力、手技を含めた多様な希望に応じた研修が可能である。あらゆる場面やニーズに総合診療医として対応できる能力習得を目標とする。

#### 2) 指導医の充実

それぞれのセッティングで、診療・教育・学術活動で経験、実績ともに豊富な指導医がそろっている。

#### 3) 研修サポートシステムの充実

・iPad、医療検索ソフト、ビデオレビュー、シミュレータ等の教育機器をすべての専攻医のために用意している。TVネットワークシステムを利用し、どの施設でも毎週開催のweb勉強会（通称「火曜勉強会」）、三重家庭医療学セミナー等に参加できる。その他、経験省察研修録（ポートフォリオ）（年3回）、国際家庭医療フォーラム、レジデントデイ（年数回、例；関連診療科の指導医が参加する症例検討会など）、医療安全講習会、感染対策講習会、医療倫理講習会等、他のプログラムと比較できないぐらいの潤沢な学びの場が用意されている。

・研修が終了した段階で、総合診療の指導医としての能力も兼ね備えられるように、研修期間中にファカルティディベロップメント講習会（生涯教育や指導者講習会）や三重大学家庭医療学・総合診療医学・医学教育学セミナーへの参加や学生・初期研修医を実際に診療の場で指導をするなど、指導・教育能力の養成を行う。

・日本プライマリ・ケア連合学会学術大会や春季および秋季生涯教育セミナー、若手医師のための家庭医療学冬期セミナー、学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナーといった学会やセミナーに参加できるよう配慮する。

・筆頭演者として学会発表や論文発表（共同著者を含む）を少なくとも3年間に1回ずつ行うが、学会発表や論文発表の学習機会として、リサーチセミナー（月8回）、リサーチミーティング（月2回）、ジャーナルクラブ（週1回）等もある。

・レジデント会（ピアサポート）、スタッフとのメンタリング／コーチングを通して、夢やビジョンを実現していくことを全面的にサポートする。

・男女共同参画のために、結婚・出産・育児等の支援をプログラムで最大限に配慮する。

#### 4) ローテーションしやすい研修施設

様々なセッティングの医療施設で研修可能であるが、いずれも三重県内を中心とした医療施設であり、専攻医の意見を十分に尊重して決定される研修決定システムである。

#### 5) 多職種連携や、地域の住民・医療機関の利用者などの協力

・多職種連携カンファレンス、門前薬局とのカンファレンスといった多職種医療従事者との多くのカンファレンス、そして顔の見える会、健康のつどい、ワールドカフェ、各地でのタウンミーティングなど地域住民とともに医療体制を構築する機会が豊富である。

・三重県総合診療地域医療学講座、亀山地域医療学講座、名張地域医療学講座といった寄附講座を有するなど行政からの支援体勢がある。

・看護師といった医師以外からの多職種からの360度評価を受ける。

#### 6) フェローシップ、大学院進学など多彩なキャリアの選択肢

家族システム／心理社会学フェローシップ、在宅・緩和医療フェローシップ、プライマリ・ケア感染症フェローシップなど、また、総合診療のためのPhDコース・Masterコース、アカデミックGP教育コース、海外総合診療医チャレンジコース等、専門研修修了後のキャリアパスも充実している。

### ii 専門研修後の成果 (Outcome)

将来、病院において活動する総合診療専門医を目指す3年修了時のアウトカムは病院での診療・組織での活動においてサブリーダーとしてその能力を発揮し、その病院の地域で包括的なケアを提供できることである。

将来、診療所において活動する総合診療専門医を目指す3年修了時のアウトカムは診療所で副所長として、診療・組織での活動を実践し、診療所の地域で包括的なケアを提供できることである。

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地域で生活する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、具

体的なアウトカムとしては以下の機能を果たすことを目指す。

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（総合診療科・総合内科等）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7つの資質・能力を獲得することを目指す。

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

## 2. 専攻医の到達目標と専門知識/技能の習得計画

### ①到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

#### i 専門知識

総合診療の専門知識は以下の6領域で構成される。

1. 地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病いの経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などの環境（コンテキスト）が関与していることを含めて全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、コミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。
2. 総合診療の現場では、疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論に基づく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、更には健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチが求められる。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地域に対する医療機関としての継続性、更には診療の継続性に基づく患者・医師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に貢献する必要がある。

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人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、各現場で多様な対応能力を発揮すると共に、ニーズの変化に対応して自ら学習・変容する能力が求められる。
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。

## ii 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

総合診療の専門技能は以下の5領域で構成される。

1. 外来・救急・病棟・在宅という多様な総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査・治療手技
2. 患者との円滑な対話と医師・患者の信頼関係の構築を土台として、患者中心の医療面接を行い、複雑な家族や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法
3. 診療情報の継続性を保ち、自己省察や学術的利用に耐えうるように、過不足なく適切な診療記録を記載し、他の医療・介護・福祉関連施設に紹介するときには、患者の診療情報を適切に診療情報提供書へ記載して速やかに情報提供することができる能力
4. 生涯学習のために、情報技術（information technology; IT）を適切に用いたり、地域ニーズに応じ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

## ②経験目標（種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等）

### i 経験すべき疾患・病態

・以下の経験目標については一律に症例数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められる。（資料1：研修手帳 p.20-29 参照） なお、この項目以降での経験の要求水準としては、「一般的なケースで、自ら判断して対応あるいは実施できたこと」とする。

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。 (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 認知能の障害 頭痛 めまい 失神 言語障害 け

いれん発作 視力障害・視野狭窄 目の充血 聴力障害・耳痛 鼻漏・鼻閉 鼻出血 さ  
声 胸痛 動悸 咳・痰 咽頭通 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・靭帯の損傷及び障害、骨粗鬆症、  
脊柱障害、心不全、狭心症・心筋梗塞、不整脈、動脈疾患、静脈・リンパ管疾患、高血  
圧症、呼吸不全、呼吸器感染症、閉塞性・拘束性肺疾患、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

## ii 経験すべき診察・検査等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査を経験する。なお、下記の経験目標については一律に症例数や経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められる。(資料1：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。

2. 検査 各種の採血法(静脈血・動脈血)、簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査、採尿法(導尿法を含む)、注射法(皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴・成人及び小児の静脈確保法、中心静脈確保法を含む)、穿刺法(腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む) 単純X線検査(胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に)、心電図検査・

ホルター心電図検査・負荷心電図検査、超音波検査（腹部・表在・心臓・下肢静脈）、生体標本（喀痰、尿、皮膚等）に対する顕微鏡的診断、呼吸機能検査、オー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、消化管内視鏡（上部）、消化管内視鏡（下部）、造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）、頭・頸・胸部単純 CT、腹部単純・造影 CT、頭部 MRI/MRA

### iii 経験すべき手術・処置等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な治療手技を経験する。なお、下記については一律に経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められる。（資料1：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）または内科救急・ICLS 講習会（JMECC）、外傷救急（JATEC）
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、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）、経鼻胃管およびイレウス管の挿入と管理、胃瘻カテーテルの交換と管理、導尿及び尿道留置カテーテル・膀胱瘻カテーテルの留置及び交換、褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン、在宅酸素療法の導入と管理、人工呼吸器の導入と管理、輸血法（血液型・交差適合試験の判定や在宅輸血のガイドラインを含む）、各種ブロック注射（仙骨硬膜外ブロック・正中神経ブロック等）、小手術（局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法滅菌・消毒法）、包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法、穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）、鼻出血の一時的止血、耳垢除去、外耳道異物除去、咽喉頭異物の除去（間接喉頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用）、睫毛抜去

### ③臨床現場での学習

職務を通じた学習（On-the-job training）を基盤とし、診療経験から生じる疑問に対して EBM の方法論に則って文献等を通じた知識の収集と批判的吟味を行うプロセスと、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図るプロセスを両輪とする。その際、学習履歴の記録と自己省察の記録を経験省察研修録（ポートフォリオ：経験と省察の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）などを実施する。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し、次第に独立して訪問診療を提供し経験を積む。外来医療と同じく、症例カンファレンスを通じて学びを深め、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学ぶ。

- ・病棟医療 経験目標を参考に幅広い経験症例を確保する。入院担当患者の症例提示と教育的フィードバックを受ける回診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 経験目標を参考に救急外来や救命救急室等で幅広い経験症例を確保する。外来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。

#### ④臨床現場を離れた学習

- ・レジデント会（ピアサポート）による学習会、スタッフとのメンタリング／コーチングを通して、夢やビジョンを実現していくことを全面的にサポートする。また、TVネットワークシステムを利用し、どの施設でも毎週開催の web 勉強会（通称「火曜勉強会」）、三重家庭医療学セミナー等に参加できる。その他、経験省察研修録（ポートフォリオ）発表会（年3回）、国際家庭医療フォーラム、レジデントデイ（年数回、例；関連診療科の指導医が参加する症例検討会など）、ファカルティディベロップメント講習会（生涯教育や指導者講習会）や三重大学家庭医療学・総合診療医学・医学教育学セミナーをはじめとする様々な学習の場を提供する。

- ・学会発表や論文発表の学習機会及び支援体勢として、リサーチセミナー（月8回）、リサーチミーティング（月2回）、ジャーナルクラブ（週1回）等がある。

- ・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・ケア連合学会等の関連する学会の学術集会や春季および秋季生涯教育セミナー、若手医師のための家庭医療学冬期セミナー、学生・研修医のための家庭医療

学夏期セミナーといったセミナー、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、研修施設で開催される医療安全講習会（年1回）・感染対策講習会（年1回）・医療倫理講習会（年1回）や日本医師会の生涯教育制度や関連する学会の学術集会等を通じて学習を進める。地域医師会における生涯教育の講演会は、診療に関わる情報を学ぶ場としてのほか、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。

### ⑤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。

- ・各施設では、iPad、医療検索ソフト、総合診療関連の雑誌の活用、身体診察の技能向上が可能なシミュレータ等の活用が可能な環境である。

### ⑥習得するコンピテンシーのマイルストーン

主な領域において習得するコンピテンシーは第1段階 Novice(初心者)、第2段階 Advanced Beginner(中級者)、第3段階 Competent(上級者・一人前)、第4段階 Proficient(中堅・熟練者)、とマイルストーン（段階）を設定（領域コンピテンシーのマイルストーン）し、3年修了時において第3段階に到達することを目標とする。

年度毎のプロセスとしては下記の通りである。

1年次修了時には、患者の情報を過不足なく明確に指導医や関連職種に報告し、健康問題を迅速かつ正確に同定することができる。

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

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。

### ⑦各施設での標準的な週間スケジュール

### 3. リサーチマインドの養成および学術活動に関する研修計画

#### ①習得すべき学問的姿勢

1. 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。
2. 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。

#### ②経験すべき学術活動

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。 3) 専門職連携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、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。

#### ③研究に関する考え方

- ・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）を少なくとも3年間に1回ずつ行うこととする。

#### ④研修方略

- ・学会発表や論文発表の学習機会及び支援体勢として、リサーチセミナー（月8回）、リサーチミーティング（月2回）、ジャーナルクラブ（週1回）等がある。
- ・また、学術活動を支援する機会として他に、レジデント会（ピアサポート）、スタッフとのメンタリング／コーチング、TVネットワークシステムを利用したどの施設でも毎週開催のweb勉強会（通称「火曜勉強会」）、レジデントデイ（年数回、例；関連診療科の指導医が参加する症例検討会など）、経験省察研修録（ポートフォリオ）発表会（年3回）、医療倫理講習会（年1回）、ファカルティディベロップメント講習会（生涯教育や指導者講習会）や三重大学家庭医療学・総合診療医学・医学教育学セミナーなど様々な学習の場を提供する。
- ・フェローシップの講義への参加、大学院進学などの機会  
専攻医は研修期間中にも下記の大学院進学やフェローシップの講義に参加する機会がある。
- ・フェローシップ アカデミック GP 教育コース（non MD コース）

総合診療医など、地域で活躍できる医師の育成のための卒前医学教育や卒後臨床研

修を実施できる人材を育成し、そのために必要なカリキュラム開発をするためのコース。

- ・フェローシップ 総合診療のための PhD コース、アカデミック GP 教育コース  
総合診療のフィールドのエビデンスを自らが創造することは重要である。希望者は、総合診療に関する研究や教育研究を行い、また、社会人大学院生として三重大学大学院博士課程（4年間）の併願が研修期間も可能であり、学位取得も可能である。
- ・フェローシップ 総合診療のための Master コース  
総合診療や地域医療などに係る疫学研究を実施する際に必要な基盤的な統計学を身に付ける医師のみ対象の三重大学大学院修士課程（2年間）。
- ・フェローシップ 海外総合診療医チャレンジコース  
米国やオーストラリアやインドなどでの総合診療の実際や途上国での地域医療、その教育・研修の見学を希望する者は、留学することができる。
- ・フェローシップ 家族システム／心理社会医学プログラム  
生物心理社会モデル、家族システム論、行動科学の理論やエビデンスに基づき、日常診療での家族支援や心理社会的支援において効果的なアプローチができることを目標とするプログラム。
- ・さらに、臨床現場を離れた学習機会として、日本プライマリ・ケア連合学会学術大会や春季および秋季生涯教育セミナー、若手医師のための家庭医療学冬期セミナー、学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナーといった学会やセミナーに参加する。

#### 4. コアコンピテンシーの研修計画（医療倫理、医療安全、院内感染対策等）

##### ① 医師としての倫理性、社会性などの到達目標

総合診療専門医としてのコンピテンシーだけでなく、医師としての基本的診療能力（コアコンピテンシー）が重要であることから下記のように医療倫理、医療安全、院内感染対策の能力の習得を目標とする。

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。

##### ②研修方略

- ・TVネットワークシステムを利用したどの施設でも毎週開催の web 勉強会（通称「火曜

勉強会)、レジデントデイ(年数回)、経験省察研修録(ポートフォリオ)発表会(年3回)、医療安全講習会(年1回)・感染対策講習会(年1回)・医療倫理講習会(年1回)、ファカルティディベロップメント講習会(生涯教育や指導者講習会)や三重大学家庭医療学・総合診療医学・医学教育学セミナーなど様々な学習の場を提供する。

・日本プライマリ・ケア連合学会学術大会や春季および秋季生涯教育セミナー、若手医師のための家庭医療学冬期セミナー、学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナーといった学会やセミナーに参加する。

・医療倫理の習得の機会として他に、リサーチセミナー(月8回)、リサーチミーティング(月2回)、ジャーナルクラブ(週1回)等がある。

## 5. 地域医療に関する研修計画

①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)の経験目標(種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等)

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)

②地域医療・地域連携への対応

・総合診療専門研修では地域ニーズに合わせた医療を行う。

- ・必須領域別研修（内科・小児科・救急の計18か月以上）においても、地域の中核病院等で救急対応や夜間対応に積極的に取り組む。
- ・本研修 PG は三重大学医学部附属病院総合診療科を基幹施設とし、へき地を含む地域の連携施設とともに施設群を構成している。専攻医はこれらの施設群をローターとすることにより、多彩で偏りのない充実した研修を行うことができる。
- ・多職種連携カンファレンス、門前薬局とのカンファレンスといった多職種医療従事者との地域連携のカンファレンス、そして顔の見える会、健康のつどい、ワールドカフェ、各地でのタウンミーティングなど地域住民とともに医療体制を構築する機会が豊富である。
- ・三重県総合診療地域医療学講座、亀山地域医療学講座、名張地域医療学講座といった寄附講座を有するなど行政からの支援体勢がある。

### ③地域において指導の質を落とさないための方法

- ・総合診療専門医の専門性から、地域が教育を提供する場所として望ましく、地域に指導医がいることを前提とした体制とする。

- ・指導医の生涯学習および指導の学習機会として下記を提供する。

TVネットワークシステムを利用したどの施設でも毎週開催の web 勉強会（通称「火曜勉強会」）、レジデントデイ（年数回、例；関連診療科の指導医が参加する症例検討会など）、経験省察研修録（ポートフォリオ）発表会（年3回）、国際家庭医療フォーラム、ファカルティディベロップメント講習会（生涯教育や指導者講習会）や三重大学家庭医療学・総合診療医学・医学教育学セミナーなど様々な学習の場。

- ・日本プライマリ・ケア連合学会学術大会や春季および秋季生涯教育セミナー、若手医師のための家庭医療学冬期セミナー、学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナーといった学会やセミナーに参加する。

- ・学術活動に関する指導者の学習機会としてさらにリサーチセミナー（月8回）、リサーチミーティング（月2回）、ジャーナルクラブ（週1回）等がある。

- ・プログラム内サイトビジット

総合診療専門研修施設の指導医が相互に施設を訪問することで、自施設の研修を振り返り、研修の発展を検討する機会とする。各研修施設は年に1回の受け入れを行う。

## 6. 専攻医研修ローテーション（モデル）

### ①. モデルとなるローテーション例

本研修 PG の期間は3年間とする。本研修 PG は基幹施設である三重大学医学部附属病院総合診療科が研修全体をコーディネートする統括組織としての役割を担い、連携施設の施設群とで研修が行われる。

将来、総合診療医として活動する場に応じて、診療所に比べて主に病院での研修に重点を置く研修（病院重点）や病院に比べて主に診療所での研修に重点を置く研修（診療所重点）

など、多様なローテーションを組み立てることができる。

将来、病院の総合診療医として活躍する場合のローテーション例としては、総合診療専門研修Ⅰ6か月、総合診療専門研修Ⅱ12か月、内科12か月、小児科3か月、救急3か月必修のローテーションを行う。

将来、診療所の総合診療医として活躍する場合のローテーション例としては、総合診療専門研修Ⅰ12か月、総合診療専門研修Ⅱ6か月、内科12か月、小児科3か月、救急3か月必修のローテーションを行う。

専攻医が考える将来の活動の場に応じて、専攻医自らがメンターなどと相談しながら日本専門医機構の基準に沿いつつ希望するローテーションや研修施設をプログラム管理委員会に申請し、専攻医の研修進捗状況や各研修施設の状況、地域の医療体制を勘案しつつ、他の専攻医と希望が重複するなどした場合の対応を含めて管理委員会において調整、最終決定する。

ローテーション例 1

	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	総診Ⅱ (12ヶ月)											
2年目	内科 (12ヶ月)											
3年目	小児科 (3ヶ月)			救急 (3ヶ月)			総診Ⅰ (6ヶ月)					

ローテーション例 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	総診Ⅰ (12ヶ月)											
2年目	内科 (ヶ月)											
3年目	小児科 (3ヶ月)			救急 (3ヶ月)			総診Ⅱ (6ヶ月)					

## ②プログラムの全体構成

ローテーション例 1

総合診療 専門研修	総合診療専門研修Ⅰ ( 6 ) カ月		総合診療専門研修Ⅱ ( 12 ) カ月
領域別 研修	内科 ( 12 ) カ月	小児科 ( 3 ) カ月	救急科 ( 3 ) カ月

ローテーション例 2

総合診療 専門研修	総合診療専門研修Ⅰ ( 12 ) カ月		総合診療専門研修Ⅱ ( 6 ) カ月
領域別 研修	内科 ( 12 ) カ月	小児科 ( 3 ) カ月	救急科 ( 3 ) カ月

③専門研修後の成果 (Outcome) (再掲)

将来、病院において活動する総合診療専門医を目指す 3 年修了時のアウトカムは病院での診療・組織での活動においてサブリーダーとしてその能力を発揮し、その病院の地域で包括的なケアを提供できることである。

将来、診療所において活動する総合診療専門医を目指す 3 年修了時のアウトカムは診療所で副所長として、診療・組織での活動を実践し、診療所の地域で包括的なケアを提供できることである。

具体的なアウトカムとしては以下の通りである。

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（総合診療科・総合内科等）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 7 つの資質・能力を獲得することを目指す。

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



#### ④専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス

上記のアウトカムを達成するために、主な領域において習得するコンピテンシーは別表のコンピテンシーのマイルストーン：第1段階 Novice(初心者)、第2段階 Advanced Beginner(中級者)、第3段階 Competent(上級者・一人前)、第4段階 Proficient(中堅・熟練者)と定める。

1年次修了時には第1段階 Novice(初心者)、2年次修了時には第2段階 Advanced Beginner(中級者)、3年次修了時には第3段階 Competent(上級者・一人前)に到達することを目標とする。

※(別紙) コンピテンシーのマイルストーンを参照

年度毎のプロセスとしては下記の通りである。

1年次修了時には、患者の情報を過不足なく明確に指導医や関連職種に報告し、健康問題を迅速かつ正確に同定することができる。

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

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。

#### ⑤研修 PG に関連した全体行事の年度スケジュール

SR1：1年次専攻医、SR2：2年次専攻医、SR3：3年次専攻医

月	全体行事予定
4	<ul style="list-style-type: none"><li>・SR1:研修開始、入職後オリエンテーション</li><li>・SR2、SR3、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</li><li>・指導医・PG 統括責任者：前年度の指導実績報告の提出</li><li>・メンタリング上半期開始</li></ul>
5	<ul style="list-style-type: none"><li>・第1回研修管理委員会：研修実施状況評価、指導医およびプログラム評価</li><li>・日本プライマリ・ケア連合学会・春季生涯教育セミナー参加</li></ul>
6	<ul style="list-style-type: none"><li>・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</li><li>・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)</li><li>・第1回 経験省察研修録(ポートフォリオ)発表会</li></ul>
7	<ul style="list-style-type: none"><li>・研修修了者：専門医認定審査(筆記試験、実技試験)</li><li>・次年度専攻医の公募および説明会(総合診療セミナー in 三重)開催(開催時期)</li></ul>

	は要確認)
8	・学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナー参加
9	・SR1、SR2、SR3:研修手帳の記載整理（中間報告） ・公募締切（9月末） ・第2回 経験省察研修録（ポートフォリオ） ・ファカルティディベロップメント講習会
10	・第2回研修管理委員会：研修実施状況評価 ・次年度専攻医採用審査（書類及び面接） ・メンタリング下半期開始
11	・SR1、SR2、SR3: 研修手帳の提出（中間報告） ・日本プライマリ・ケア連合学会・秋季生涯教育セミナー参加 ・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）
12	・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	・SR3：修了試験（筆記試験並びに口頭試験）、ポートフォリオ提出
2	・若手医師のための家庭医療学冬期セミナー参加 ・専攻医入職予定者:入職前オリエンテーション ・第3回 経験省察研修録（ポートフォリオ）発表会、修了発表会 ・ファカルティディベロップメント講習会
3	・ブロック支部ポートフォリオ発表会 ・その年度の研修終了 ・SR3:研修手帳の作成・提出（年次報告） ・第4回研修管理委員会：研修実施状況評価、修了判定 ・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）

上記以外に下記が開催される

- ・TVネットワークシステムを利用したどの施設でも毎週開催のweb勉強会（通称「火曜勉強会」）、三重家庭医療学セミナー（不定期開催）等に参加できる。
- ・国際家庭医療フォーラム（不定期開催）、レジデントデイ（年数回）
- ・医療安全講習会、感染対策講習会、医療倫理講習会
- ・医学教育学セミナー（月1.5回） 家庭医療学・総合診療医学セミナー（月2回）
- ・リサーチセミナー（月8回）、リサーチミーティング（月2回）、ジャーナルクラブ（週1回）
- ・レジデント会（ピアサポート、毎月開催）
- ・スタッフとのメンタリング／コーチング（数か月に少なくとも1回）

## ⑥研修目標と研修の場

本研修 PG での 3 年間の施設群ローテーションにおける **研修目標と研修の場**を別紙に示す。ローテーションの際には特に主たる研修の場では目標を達成できるように意識して修練を積むことが求められる。

## 7. 専攻医の評価時期と方法

### A. 専攻医の評価

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システムが重要である。研修期間中は形成的評価が重要であり、総括的評価にて修了認定の評価を行う。具体的には、研修手帳（**資料 1**）の記録及び領域 **コンピテンシーのマイルストーン**（別紙）を活用し、定期的な指導医との振り返りセッションを定期的実施する。フィードバックの結果については、研修手帳などに過不足なく記録を残す

#### i. 形成的評価

① **各ローテーションでの振り返り**：指導医から研修に対してフィードバックを受ける。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）（**資料 3**）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）（**資料 4.1～4.2**）を定期的実施する。

② **各ローテーションでの評価**：自己評価および指導医からの評価表およびコメディカルといった多職種からの 360 度評価表（**資料 5**）をもとに指導医からフィードバックを受ける。360 度評価の項目は、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 3 つにより構成される。

\*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、J-OSLER）による登録と評価を行う。

12 ヶ月間の内科研修の中で、最低 40 例を目安として入院症例を受け持ち、その入院症例（主病名、主担当医）のうち、提出病歴要約として 10 件を登録する。分野別（消化器、循環器、呼吸器など）の登録数に所定の制約はないが、可能な限り幅広い異なる分野からの症例登録を推奨する。病歴要約については、同一症例、同一疾患の登録は避ける。

提出された病歴要約の評価は、所定の評価方法により内科の担当指導医が行う。

12 ヶ月の内科研修終了時には、病歴要約評価を含め、技術・技能評価、専攻医の全体評価（多職種評価含む）の評価結果が専攻医登録・評価システムによりまとめられる。その評価結果を内科指導医が確認し、総合診療プログラムの統括責任者に報告する。

専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合する。

\*小児科及び救急科のローテート研修においては、基本的に総合診療専門研修の研修手帳

を活用しながら各診療科で遭遇する common disease をできるかぎり多く経験し、各診療科の指導医からの指導を受ける。

3ヶ月の小児科及び救急科の研修終了時には、各科の研修内容に関連した評価を各科の指導医が実施し、総合診療プログラムの統括責任者に報告することとなる。

専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合する。

③ 年度終了時の振り返り：年度開始時に設定した目標や、自己評価および各ローテーションにおける指導医・多職種からの評価表をもとに指導医からフィードバックを受ける。

④ 定期的な経験省察研修録（ポートフォリオ）発表会：常に到達目標を見据えた研修を促すため、最良作品型経験省察研修録（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りした症例・事例に関する経験と省察の記録）（資料 2.1～2.3）の作成を行う。年に3回、作成した経験省察研修録（ポートフォリオ）をもとにピアおよび指導医からフィードバックを受ける。なお、経験省察研修録（ポートフォリオ）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する。

⑤ 経験リスト：自己評価したチェックリストをもとに、今後必要な経験に対する計画立案、調整を受ける。

⑥ 筆記試験並びに口頭試験（後述）：試験後、指導医からフィードバックを受ける

⑦ 修了発表会（後述）：発表後、指導医よりフィードバックを受ける

⑧ メンタリング：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運営する。メンタリングセッションは数か月に一度程度を保証する。メンターである指導医とメンタリングが実施され、フィードバックを受ける。

⑨ ピアサポート：月1回程度、研修医が運営するレジデント会を通してサポートを受ける。

ii. 総括的評価 プログラムに則った4年の研修を行い、目標に達すること

⑩ 学会が定めるエントリーの経験省察研修録（ポートフォリオ）：18エントリーに対して各20点満点で指導医が提出1ヶ月以内に評価。評価された点数の上位5つにおいて100点満点中60点以上で合格とする。ただし、評価後にも再提出が認められ、合計60点を満たせば合格とする。

⑪ 研修日数の必須要件：研修日数表を提出し、各ローテーションの研修期間で8割の研修期間を満たすこと、かつ、3年の研修期間で合計120日以内の休止であること（研修施設の定める休日を含めない）。

⑫ 研修ローテーションの必須要件：研修ローテーション表を提出し、総合診療専門研修Ⅰの定める施設のうち、継続して6か月以上研修すること、かつ、総合診療専門研修Ⅱの定める施設のうち、継続して6か月以上研修すること、総合診療専門研修Ⅰ及びⅡで合計18か月以上研修すること、内科研修施設の定める施設のうち、合計12ヶ月以上研修すること、

かつ、小児科研修の定める施設のうち、合計3ヶ月以上研修すること、かつ救急科研修施設の定める施設のうち、合計3ヶ月以上研修すること。

⑬ **評価表**：各ローテーションで終了3ヶ月以内に自己評価表および指導医からの評価表、多職種による360度評価表をプログラム責任者へ提出する。提出をもって各ローテーションの修了とする。

⑭ **経験リスト**：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「**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。

チェックリストに自己評価の上、指導医が評価を行い、プログラム統括責任者へ提出する。

\*全研修期間終了1ヶ月前に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。

⑮ **筆記試験並びに口頭試験**：総合診療のコアコンポーネントに関して、4年修了最終月予定の2か月前（3月修了予定であれば1月）から筆記試験および口頭試験を行う。各50点満点中それぞれ30点以上で合格とする。ただし、合格基準に満たなかった場合は、何度でも月に1回程度で再試験が行われる。

⑯ **修了発表会**：個々のビジョンやミッションを確立したり実現したりすること、患者・家族、地域社会、組織、日本および世界に貢献できる人材になること、並びに **reflective learner** になることを目的として発表会を修了年度末に行う。テーマや内容・方法・構成など自由。評価基準に従って指導医が100点満点で評価を行う。評価点の平均が50点を満たせば合格。

## B. 研修修了の認定 修了判定のプロセス

### 1. 修了・未修了・中断、プログラム移動の条件

#### ① 修了

専門医認定申請年の3月末までに、プログラム研修管理委員会で修了要件である総括的評価⑩～⑯の合格基準を満たし、プログラムの到達目標に達しているか評価し、PG統括責任者が修了認定を行う。修了判定会議では、研修期間中複数回実施される、多職種による360度評価の結果も重視する。

#### ② 未修了

・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、プログラムで定める研修期間のうち通算6ヶ月（研修施設の定める休日を含めない）までとする。なお、内科・小児科・救急科・総合診療Ⅰ・Ⅱの必修研修においては、研修期間がそれぞれ規定の期間の2/3を下回らないようにすること。（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

・3年終了の時点で修了認定されなかったもの（未修了者）に対しては、引き続き本プログ

ラムで研修を行うことが望ましい。傷病、妊娠・出産・育児、介護、その他正当な理由で6ヶ月を超えて休止した場合、6ヶ月を超えた日数以上の研修を行う。ただし、他のプログラムや進路を希望するものに対して、相談の上、移動が行われることがある。

・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。

### ③ 中断

研修期間の途中で研修管理委員会が研修継続困難と評価、勧告した場合や大学院進学など専攻医が研修を中断することをプログラム責任者に申し出た場合に中断が行われ、専門研修中断証を発行する。中断した者に対しての研修再開にあたっては研修管理委員会の承認を得た上で、プログラム責任者との最終的な合意で行われ、再開の場合は再開届を提出することで対応する。その場合、研修日数の必須要件および研修ローテーションの必須要件を満たすべく研修期間の延長が行われる。ただし、他のプログラムや進路を希望するものに対して、相談の上、移動が行われることがある。

### ④ プログラム移動の条件

・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

附記. プログラム研修管理委員長はプログラム統括責任者が担う。

## 2. プログラム修了証交付

修了認定者に対して、研修プログラム統括責任者から交付され、認定者は総合診療専門医認定試験の資格が与えられる。

## 3. ベストレジデントの表彰

最終学年である3年次専攻医を対象に研修管理委員会で定める。ただし、該当なしの場合もありえる。研修日数の必須要件、研修ローテーションの必須要件を満たしていること、かつ、経験リストを提出していること、かつ、ポートフォリオで60点および筆記試験並びに口頭試験でそれぞれ30点の合格基準に達していることを必要条件とする。表彰基準は、各ローテーションでの指導医からの評価および修了発表会での評価を参考に定めるものとする。

## C. 専攻医が専門研修 PG の修了に向けて行うべきこと

専攻医は経験省察研修録（ポートフォリオ）を専門医認定申請年の1月末までに、研修

手帳を3月までに専門研修 PG 管理委員会に送付する。また、1月に筆記試験及び口頭試験を受ける。2月に修了発表会で発表する。専門研修 PG 管理委員会は3月末までに修了判定を行い、4月初めに研修修了証明書を専攻医に送付する。専攻医は日本専門医機構の総合診療科専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行う。

## 8. 専門研修管理委員会の運営計画

### ①専門研修プログラムの管理運営体制の基準

- ・「研修プログラム管理委員会」を専門研修基幹施設に設置する。
- ・「研修プログラム管理委員会」は、プログラム統括責任者、専門研修基幹施設に設置される管理委員会事務局、専門研修連携施設における各診療科の指導責任者及び関連職種の管理者、ローテーションの検討やプログラム評価などの必要時は専攻医代表により構成される。

### ②基幹施設の役割

専門研修基幹施設の役割は「プログラム統括責任者」の時間的・経済的援助（管理・教育業務への十分な配慮）を行い、総合診療専門研修の確保や連携施設での各診療科研修の確保、全体のプログラム管理を手助けするとともに、「研修プログラム管理委員会」を開催し、専攻医の研修の修了判定（総括的評価）などを行う。

### ③プログラム管理委員会の役割と権限

- ・専門研修基幹施設に専門研修プログラム管理委員会を設置し、専門研修プログラムと専攻医を統括的に管理する。
- ・専門研修プログラム管理委員会では専門研修基幹施設と専門研修連携施設の緊密な連絡のもと、プログラムの作成やプログラム施行上の問題点の検討や再評価を継続的に行う。また、各専攻医の学習機会の確保、研修環境の整備、継続的・定期的に専攻医の研修状況を把握するシステムの構築、適切な評価の保証を行う。
- ・専門研修プログラム管理委員会は専攻医の採用判定、中間評価、修了判定を行うが、判定の最終責任はプログラム統括責任者が負う。
- ・専門研修プログラム管理委員会は、必要に応じて専攻医及び指導医へのフィードバックを提供し、専攻医及び指導医からのフィードバックを受ける。

### ④プログラム統括責任者および役割と権限

<<プログラム統括責任者>>

プログラム統括責任者氏名 若林 英樹

所属・役職 三重大学医学部附属病院総合診療科 教授・医局長

所在地・連絡先 住所 〒514-8507 三重県津市江戸橋2-174

〈〈役割と権限〉〉 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

〈〈副専門研修 PG 統括責任者〉〉

PG で受け入れる専攻医が専門研修施設群全体で 20 名をこえる場合、副専門研修 PG 統括責任者を置き、副専門研修 PG 統括責任者は専門研修 PG 統括責任者を補佐する。

#### ⑤連携施設での委員会組織

各科診療研修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指導責任者も出席する形で、連携施設における研修の管理を行う。

### 9. 専門研修指導医の研修計画

・臨床能力、教育能力については、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る。総合診療専門研修特任指導医講習会の受講を経て、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る。

・経験省察研修録（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く。

・指導医の生涯学習および指導の学習機会として下記を提供する。

TVネットワークシステムを利用したどの施設でも毎週開催の web 勉強会（通称「火曜勉強会」）、三重家庭医療学セミナー、経験省察研修録（ポートフォリオ）発表会（年 3 回）、国際家庭医療フォーラム、レジデントデイ（年数回、例；関連診療科の指導医が参加する症例検討会など）、医療安全講習会、感染対策講習会、医療倫理講習会、ファカルティディベロップメント講習会（生涯教育や指導者講習会）や三重大学家庭医療学・総合診療医学・医



学教育学セミナーなど様々な学習の場。

・日本プライマリ・ケア連合学会学術大会や春季および秋季生涯教育セミナー、若手医師のための家庭医療学冬期セミナー、学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナーといった学会やセミナーに参加する。

・学術活動に関する指導者の学習機会としてリサーチセミナー（月 8 回）、リサーチミーティング（月 2 回）、ジャーナルクラブ（週 1 回）等がある。

・なお、指導医の候補としては、以下の 1)～8)が挙げられている。

1)日本プライマリ・ケア連合学会認定のプライマリ・ケア認定医、及び家庭医療専門医

2)全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定医

3)日本病院総合診療医学会認定医

4)日本内科学会認定総合内科専門医

5)地域医療において総合診療を実践している日本臨床内科医会認定専門医

6) 7) 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)大学病院または初期臨床研修病院にて総合診療部門(総合診療科・総合内科等)に所属し総合診療を行う医師

8)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

## 10. 専攻医の就業環境の整備機能（労務管理）

＜労働環境と安全への配慮＞

- ・ローテーションする研修施設の各管理者とプログラム統括責任者が責務を負う。
- ・専攻医の勤務時間、休日、当直、給与などの勤務条件については、労働基準法を遵守し、各施設の労使協定に従う。
- ・さらに、下記の項目について記載された書面を用いて勤務開始の時点で説明を行う。  
専攻医の心身の健康維持への配慮、週の勤務時間の基本と原則、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、バックアップ体制、適切な休養、労働条件・勤務時間/休日・当直・給与
- ・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、その内容は専門研修管理委員会に報告されるが、そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれる。

## 11. 専門研修プログラムの改善方法

### ①プログラムの柔軟性

研修可能な施設が多岐にわたっており、各施設の診療・教育などの状況やビジョンをプログラムとして共有し、課題の解決やプログラムおよび専攻医が目指す目標達成に向けて対

応をする。さらに、より優れた総合診療専門医に到達できるようなシステムを構築するために、専攻医・指導医・プログラム評価を含む先進的な評価システムを導入する。このように柔軟にプログラムの発展に努める。

## ②指導医評価およびプログラム評価

上記の専攻医に対する評価に加え、指導医評価およびプログラム評価を通してプログラムの質の向上を図る。

### i 指導医評価

- ・プログラムの総合診療専門研修Ⅰ及びⅡの指導医は年に1回、自己評価を行い、研修プログラム責任者に提出する。
- ・プログラムに在籍する専攻医はローテーション毎に指導医に対して評価を行い、研修プログラム責任者に提出する。これら専攻医による評価の内容によって専攻医に対する不利益があってはならないようにプログラム内で周知し、オリエンテーションで専攻医に明示する。
- ・プログラム統括責任者およびプログラムに所属する専攻医は、これらと下記プログラム評価について年次報告をおこなう。
- ・指導医は、提出した自己評価表および専攻医からの評価表をもとに、年に1回、プログラム責任者と面談を行い、形成的評価を受ける。ただし、プログラムの指導医として適格でなく、かつ、改善が認められない場合は、指導医から外れることがある。

### ii プログラム評価

- ・年に1回3月に、プログラム研修管理委員会およびプログラムに在籍する専攻医で、プログラム評価を行う。研修管理委員会は必要と判断した場合、研修施設の実地調査および指導を行う。その上で、プログラムの改訂案が作成され、プログラム研修管理委員会の承認（要件：2/3の委員の賛成）をもって翌年度より改訂されたプログラムが実施される。ただし、緊急の要件にあつては、年度の途中でも承認が得られれば、改訂される。

#### ・プログラム内サイトビジット

総合診療専門研修施設の指導医が相互に施設を訪問することで、自施設の研修を振り返り、研修の発展を検討する機会とする。各研修施設は年に1回の受け入れを行う。

※専攻医が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、改善を促すことができることを、オリエンテーションで専攻医に明示する。

### iii 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

- ・第三者評価の役割を果たす日本専門医機構によるサイトビジットを受ける。
- ・また、それと同時に、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受ける。

- ・研修プログラムは、この2種類のサイトビジットに真摯に対応する。

## 1.2. 専攻医定員

1年あたり（8）名（×研修期間年数＝総定員 24名）

・全ての専攻医が十分な診療経験を積むことができるよう、診療実績に基づいて専攻医受入数の上限を定める。

・プログラム全体での、専攻医の年間受入数の上限は、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の総数の2倍とする。3学年の総数は総合診療専門研修指導医×6である。本研修PGにおける専攻医受け入れ可能人数は、基幹施設および連携施設の受け入れ可能人数を合算したものである。

・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、質の高い研修が提供できる範囲での育成を目指す。

・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名までとする。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名までは認める。

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

現在、本プログラム内には総合診療専門研修指導医が37名在籍しており、この基準に基づくと毎年最大で72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8名を定員とする。

## 1.3. 専攻医の採用方法

・Webサイトおよび総合診療関連のメーリングリスト等において総合診療専門研修の募集を公示するとともに、研修プログラムの概要を掲載する。

・また、毎年6月に総合診療セミナー in 三重の説明会を行う。詳しくは三重大学家庭医療学・総合診療科、三重大学病院のホームページで掲載する。

・専攻医の選考および採用は下記のように行う。

- ・選考方法 願書・面接（プログラム責任者、指導医、専攻医代表との面接）より総合的

に審査

- ・ 応募書類 1) 申請書、2) 履歴書、3) 医師免許証の写し  
4) 臨床研修修了登録証（コピー）あるいは修了見込証明書  
5) その他（エッセイ、推薦状：資料請求先 担当 高嶋までご連絡を頂きましたら、指定の書式を送付させていただきます）

プログラムへの応募者は、上記応募書類を締切日までに研修プログラム責任者宛てに提出のこと。応募書類は下記お問い合わせ先に連絡の上、入手可能である。

- ・ 選考評価 10 月以降に書類選考及び面接を行う。エッセイと面接を、評価者が概略評価で点数化する。その点数に、プログラムディレクターによる概略評価を加えたものを総得点とし順位付けする。

上記で評価された点数をもとに、合計点数の合格基準、かつ、指導医による面接概略評価の合格基準、かつ、専攻医による面接概略評価の合格基準のすべてを満たした候補者のうち、上位 6 名を採用とする。採否を決定して機構にて示された日程に本人に文書で通知する。

- ・ プログラム管理委員会は専攻医の採用判定を行うが、判定の最終責任はプログラム統括責任者が負う。

- ・ 三重大学医学部附属病院総合診療科／家庭医療学のホームページ

<http://www.hosp.mie-u.ac.jp/soshin/>

- ・ お問合せ先

三重大学医学部附属病院総合診療科／家庭医療学

TEL:059-231-5290

e-mail:fcmer3@clin.medic.mie-u.ac.jp

担当：高嶋まで

#### 1 4. 専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備

##### ①研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム

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、修了判定等の記録は基幹施設において鍵管理で保管する。この記録は専攻医の研修修了または研修中断から少なくとも 5 年間以上保管する。

##### ②プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

下記のマニュアルおよびフォーマットを活用する。なお、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には研修手帳を用いる。

- 専攻医研修マニュアル（研修手帳（資料 1）及び本冊子）

次の項目について、専攻医および専攻医になることを希望する者に明示する。

【記載項目】

- ・プログラムの期間
- ・プログラムの概要
- ・標準的なローテーション例
- ・研修する施設・部署とその期間
- ・専門医資格取得のために必要な知識・技能・態度
- ・経験すべき症例、手術、検査等の種類と数
- ・自己評価と他者評価の方法と実施時期
- ・プログラムの修了要件
- ・専門医申請に必要な書類と提出方法
- ・施設や指導医に対する評価方法
- ・プログラム改善のため、ハラスメントを相談するための方法
- ・その他

◎指導者マニュアル（総合診療専門研修指導医マニュアル（資料8））

プログラム内の総合診療専門研修の指導医に明示する。

【専攻医研修マニュアルに加えて記載している項目】

- ・専門研修指導医の要件
- ・専門研修指導医として必要な教育法
- ・専攻医に対する評価法
- ・その他

◎専攻医研修実績記録フォーマット

研修手帳（資料1）のp.16-34を用いる。

◎指導医による指導とフィードバックの記録

研修手帳（資料1）のp.35-42を用いる。

◎指導者研修計画（FD）の実施記録

・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、その受講を促すものとする。

・その際、各指導医は総合診療専門研修指導医マニュアル（資料8）に掲載され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。

## 15. 研修プログラム施設

本研修プログラムは基幹施設1、連携施設26の合計27施設の多様な施設群で構成される。施設は三重県に位置している。各施設の概要・診療実績や医師の配属状況は**専門医研修プログラムの概要と診療実績**を参照。

### 【専門研修基幹施設】

三重大学医学部附属病院 総合診療科が専門研修基幹施設である。

### 【専門研修連携施設】

本研修 PG の施設群を構成する専門研修連携施設は全て診療実績基準と所定の施設基準を満たしている。

### 【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する。

### 【専門研修施設群の地理的範囲】

本研修 PG の専門研修施設群は三重県にある。施設群の中には、規模としては中小規模病院・診療所・地域中核病院・大学病院等、立地としては市中・郊外・遠隔地といった様々なセッティングの医療施設を用意している。

## 16. Subspecialty 領域との連続性

様々な関連する Subspecialty 領域については、連続性を持った制度設計を今後検討していくこととする。

以上