

ALL MIYAZAKI 総合診療専門医研修プログラム

目次

1. ALL MIYAZAKI 総合診療専門医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について
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. 専攻医の評価と方法
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、PG 移動、PG 外研修の条件
19. 専門研修プログラム管理委員会の運営
20. 総合診療専門研修特任指導医
21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について
22. 専攻医の募集及び採用の方法

1. ALL MIYAZAKI 総合診療専門医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学術的に評価するために、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。そして、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しています。

医師少数県である宮崎県においては、総合診療専門医の養成は今後の地域医療の質に大きく関係する喫緊の課題です。こうした制度の理念に則って、ALL MIYAZAKI 総合診療医研修プログラム（以下、本プログラム）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、総合診療に携わる宮崎県内各地の指導医が結集し、研修フィールドは都市部から地方・へき地まで展開され、各医療機関や地域の強みを活かしながら理想的な研修体制を構築しました。

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、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、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

本プログラム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、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りると同時に、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。本プログラム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。

本プログラムでは、①総合診療専門研修Ⅰ（外来診療・在宅医療中心）、②総合診療専門研修Ⅱ（病棟診療、救急診療中心）、③内科、④小児科、⑤救急科の5つの必須診療科と選択診療科で3年間の研修を行います。このことにより、1. 包括的統合アプローチ、2. 一般的な健康問題に対する診療能力、3. 患者中心の医療・ケア、4. 連携重視のマネジメント、5. 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、6. 公益に資する職業規範、7. 多様な診療の場に対応する能力という総合診療専門医に欠かせない7つの資質・能力を効果的に修得することが可能になります。

本プログラムは専門研修基幹施設（以下、基幹施設）と専門研修連携施設（以下、連携施設）の施設群で行われ、それぞれの特徴を生かした症例や技能を広く、専門的に学ぶことができます。

2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか

1) 研修の流れ：総合診療専門研修は、卒後3年目からの専門研修（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。
 - 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) 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（経験と省察のプロセスをファイリングした研修記録）作成という形で全研修課程において実施します。場に応じた教育方略は下記の通りです。

(ア) 外来医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。外来診察中に指導医への症例提示と教育的フィードバックを受ける外来教育法（プリセプティング）を実施します。また、指導医による定期的な診療録レビューによる評価、更には、症例カンファレンスを通じた臨床推論や総合診療の専門的アプローチに関する議論などを通じて、総合診療への理解を深めていきます。また、技能領域については、習熟度に応じた指導を提供します。

(イ) 在宅医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。初期は経験ある指導医の診療に同行して診療の枠組みを理解するためのシャドウイングを実施します。外来医療と同じく、症例カンファレンスを通じて学びを深め、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学びます。

(ウ) 病棟医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。入院担当患者の症例提示と教育的フィードバックを受ける回診及び多職種を含む病棟カンファレンスを通じて診断・検査・治療・退院支援・地域連携のプロセスに関する理解を深めます。指導医による診療録レビューや手技の学習法は外来と同様です。

(エ) 救急医療

経験目標を参考に救急外来や救急救命室など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

地域の行政や医師会等の活動を通じて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。
- ・ 宮崎県内で定期的に行われるレジデントデイやポートフォリオ検討会、総合診療に関するセミナーを通して学習の機会を増やし、時には発表者側になることでプレゼンテーション能力を高めます。また ICT ツールも活用し、専攻医同士で学びあう場づくりをします。
- ・ 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。

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ます、日本プライマリ・ケア連合学会などの学術大会での発表（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。本プログラムでは、宮崎大学医学部地域診療・総合診療医学講座と連携した臨床研究に携わる機会、経験ある指導医からの研究発表等の支援を提供します。

4) 研修の年間計画および週間計画

週間計画として朝夕の回診やカンファレンス、勉強会などを各研修先独自に用意します。また基幹施設、連携施設合同での Web カンファレンスや勉強会も月 1 回定期的に行っています。

【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資料配布 SR2、SR3、研修修了予定者：研修手帳提出（前年度分の研修記録を月末までに） 指導医、PG統括責任者：前年度指導実績報告書の提出 みやざき総合診療スプリングセミナー（オリエンテーション）
5	第1回研修管理委員会：研修実施状況評価、修了判定
6	研修修了者：専門医認定審査書類を日本専門医機構へ提出 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	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の開催・参加
8	みやざき総合診療サマーセミナー 日本プライマリ・ケア連合学会支部地方会演題公募 ※詳細は要確認
9	※演題公募締め切り
10	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 みやざき総合診療オータムセミナー 次年度専攻医採用審査（書類及び面接）
11	SR1、SR2、SR3：研修手帳の提出（中間報告）
12	第2回研修管理委員会：研修実施状況評価、採用予定者の承認等
1	みやざき総合診療ウインターセミナー
2	日本プライマリ・ケア連合学会九州支部総会学術大会（発表） ※開催時期は要確認
3	経験省察研修録（ポートフォリオ）発表会

3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

1) 専門知識

総合診療の専門知識は以下の6領域で構成されます。

1. 地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病いの経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などの環境（コンテキスト※）が関与していることを全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、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. 総合診療の現場では、疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論に基づく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、更には健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチが求められる。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地域に対する医療機関としての継続性、更には診療の継続性に基づく医師・患者の信頼関係を通じて、一貫性をもった統合的な形で提供される。
3. 多様な健康問題に的確に対応するためには、地域の多職種との良好な連携体制の中での適切なリーダーシップの発揮に加えて、医療機関同士あるいは医療・介護サービス間での円滑な切れ目ない連携も欠かせない。更に、所属する医療機関内の良好な連携のとれた運営体制は質の高い診療の基盤となり、そのマネジメントは不断に行う必要がある。
4. 地域包括ケア推進の担い手として積極的な役割を果たしつつ、医療機関を受診していない方も含む全住民を対象とした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と同時に、地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の積極的な把握と体系的なアプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与する。
5. 総合診療専門医は日本のプライマリ・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。
6. 繰り返し必要となる知識を身につけ、臨床疫学的知見を基盤としながらも、常に重大ないし緊急な病態に注意した推論を実践する。

2) 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

総合診療の専門技能は以下の5領域で構成されます。

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)		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・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	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（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	小児細菌感染症
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			

※詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

4) 経験すべき診察・検査等

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

（ア）身体診察

- ①小児の一般的身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察
- ②成人患者への身体診察（直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む）
- ③高齢患者への高齢者機能評価を目的とした身体診察（歩行機能、転倒・骨折リスク評価など）や認知機能検査（HDS-R、MMSE など）
- ④耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察
- ⑤死亡診断を実施し、死亡診断書を作成

（イ）検査

- ①各種の採血法（静脈血・動脈血）、簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査
- ②採尿法（導尿法を含む）
- ③注射法（皮内・皮下・筋肉・静脈内・点滴・成人及び小児の静脈確保法、中心静脈確保法）
- ④穿刺法（腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）
- ⑤単純X線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）
- ⑥心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査
- ⑦超音波検査（腹部・表在・心臓・下肢静脈）
- ⑧生体標本（喀痰、尿、皮膚等）に対する顕微鏡的診断
- ⑨呼吸機能検査
- ⑩オージオメトリーによる聴力評価及び視力検査表による視力評価
- ⑪頭・頸・胸部単純CT、腹部単純・造影CT

※詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

5) 経験すべき手術・処置等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な治療手技を

経験します。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)

(ア) 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) または内科救急・ICLS 講習会 (JMECC)
- ③病院前外傷救護法 (PTLS)

(イ) 薬物治療

- ①使用頻度の多い薬剤の副作用・相互作用・形状・薬価・保険適応を理解して処方ができる。
- ②適切な処方箋を記載し発行できる。
- ③処方、調剤方法の工夫ができる。
- ④調剤薬局との連携ができる。
- ⑤麻薬管理ができる。

(ウ) 治療手技・小手術

簡単な切開・異物摘出・ドレナージ	止血・縫合法及び閉鎖療法
簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギプス法	局所麻酔 (手指のブロック注射を含む)
トリガーポイント注射	関節注射 (膝関節・肩関節等)
静脈ルート確保および輸液管理 (IVH を含む)	経鼻胃管及びイレウス管の挿入と管理
胃瘻カテーテルの交換と管理	
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	

※詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の獲得

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。

1. 教育

(ア) 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。

(イ) 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。

(ウ) 専門職連携教育（総合診療を実施する上で連携する多職種に対する教育）を提供することができる。

2. 研究

(ア) 日々の臨床の中から研究課題を見つけ出すという、総合診療や地域医療における研究の意義を理解し、症例報告や臨床研究を様々な形で実践できる。

(イ) 量的研究（疫学研究など）、質的研究双方の方法と特長について理解し、批判的に吟味でき、各種研究成果を自らの診療に活かすことができる。

この項目の詳細は、総合診療専門医専門研修カリキュラムの到達目標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。

6. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性などについて

総合診療専攻医は以下4項目の実践を目指して研修をおこないます。

- 1) 医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、総合診療医としての専門性を自覚しながら日々の診療にあたることができる。
- 2) 安全管理（医療事故、感染症、廃棄物、放射線など）を行うことができる。

- 3) 地域の現状から見出される優先度の高い健康関連問題を把握し、その解決に対して各種会議への参加や住民組織との協働、あるいは地域ニーズに応じた自らの診療の継続や変容を通じて貢献できる。
- 4) へき地・離島、被災地、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. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方

本プログラムでは都農町国民健康保険病院を基幹施設とし、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。本プログラムでは都農町国民健康保険病院を中心に総合診療専門研修Ⅰを6-12ヶ月、基幹施設・連携施設（古賀総合病院、宮崎生協病院等）にて総合診療専門研修Ⅱを6-12ヶ月、合計で18ヶ月の研修を行います。
- 2) 必須領域別研修として、内科（主として宮崎県立宮崎病院）12ヶ月、小児科（宮崎生協病院もしくは都農町国民健康保険病院）3ヶ月、救急科（主として宮崎県立宮崎病院）3ヶ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23の合計24施設の施設群で構成されます。施設は西都児湯、宮崎東諸県、日向入郷、都城北諸県、延岡西臼杵、西諸及び日南串間の宮崎県内7つ全ての二次医療圏に位置し、県外では福岡、鹿児島との施設とも提携しています。自治医大卒の医師は、へき地勤務の義務年限中に専門医取得することが可能です。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ください。

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。本プログラム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、質の高い研修を保証するためのものです。

内科研修については、1人の内科指導医が同時に受け持つことができる専攻医は、原則、内科領域と総合診療を合わせて3名までとします。ただし、地域の事情やプログラム構築上の制約によって、これ

を超える人数を指導する必要がある場合は、専攻医の受け持ちを1名分まで追加を許容し、4名までは認められます。

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

この基準に基づきながら研修の充実を図るために、本プログラムにおける専攻医数の定員は毎年6名と定めております。

10. 施設群における専門研修コースについて

下図に本プログラムの施設群による研修コース例を示します。

3年間のプログラムの中では選択研修の期間を確保することが難しくなっており、救急外来や日々の診療コンサルトなどにより経験するような工夫も考えております。また、本プログラムの研修期間は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。

	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Ⅰ						内科					
	都農町国民健康保険病院						宮崎県立宮崎病院					
2年目	内科						救急		小児科			
	宮崎県立宮崎病院						宮崎県立宮崎病院		宮崎生協病院			
3年目	総合診療Ⅱ						総合診療Ⅰ					
	宮崎生協病院						古賀総合病院					

【専門研修基幹施設】

都農町国民健康保険病院：総合診療Ⅰ、総合診療Ⅱ、小児科

【専門研修連携施設】

- ① 宮崎生協病院：総合診療Ⅱ、小児科
- ② 宮崎県立宮崎病院：内科、小児科、救急科
- ③ 古賀総合病院：総合診療Ⅱ
- ④ 宮崎市立田野病院：総合診療Ⅰ、総合診療Ⅱ
- ⑤ 高千穂町国民健康保険病院：総合診療Ⅱ、内科、小児科
- ⑥ 都城市郡医師会病院：救急科
- ⑦ 宮崎大学医学部付属病院：救急科

- ⑧ 小林市立病院：総合診療Ⅱ
- ⑨ 美郷町国民健康保険西郷病院：総合診療Ⅰ、総合診療Ⅱ
- ⑩ 椎葉村国民健康保険病院：総合診療Ⅰ、総合診療Ⅱ
- ⑪ 宮崎県立日南病院：内科、小児科、総合診療Ⅱ
- ⑫ おおつか生協クリニック：総合診療Ⅰ
- ⑬ 和知川原生協クリニック：総合診療Ⅰ
- ⑭ このはな生協クリニック：総合診療Ⅰ
- ⑮ いしかわ内科：総合診療Ⅰ
- ⑯ 西米良診療所：総合診療Ⅰ
- ⑰ 飯塚病院：総合診療Ⅱ、内科
- ⑱ 颯田病院：総合診療Ⅰ、内科
- ⑲ 総合病院鹿児島生協病院：総合診療Ⅱ、内科、小児科、救急科
- ⑳ 国分生協病院：総合診療Ⅱ、内科
- ㉑ 奄美中央病院：総合診療Ⅰ
- ㉒ 串間市民病院：総合診療Ⅰ、総合診療Ⅱ
- ㉓ ホームクリニックみまた：総合診療Ⅰ

1 1. 研修施設の概要

【専門研修基幹施設】

都農町国民健康保険病院：総合診療Ⅰ、総合診療Ⅱ、小児科

人口 1 万人、高齢化率 40%弱の都農町における唯一の病床を有する医療機関であり、宮崎大学医学部寄附講座が設置され、地域包括ケアの核として外来・救急・入院・在宅医療を担っています。

病床数 65 床、医師数 7 人

【専門研修連携施設】

①宮崎生協病院：総合診療Ⅱ、小児科

【病院の特徴】

総合内科・外科・小児科・リハビリテーション科・循環器内科・呼吸器内科 消化器内科・糖尿病内科・肛門外科・小児アレルギー科などを診療科として掲げている病院。家庭医の育成や初期研修医の育成にも積極的に取り組んでいる。

【専門医・指導医数】

- ・総合診療特任指導医 3名
- ・内科専門医 1名
- ・総合内科専門医 1名
- ・呼吸器専門医 1名
- ・消化器病専門医 1名
- ・プライマリ・ケア学会認定医 7名

・小児科専門医 4名

【患者数】 のべ外来患者数 73,865 名／年、入院患者数 39,156 名／年

②県立宮崎病院：内科、小児科、救急研修

【病院の特徴】

大正 10 年に設立され、宮崎市の中心部に位置し、多数の診療科を有し初期研修の基幹型施設にもなっている。宮崎東諸県二次医療圏の各種専門診療を提供する急性期病院で、宮崎県全県下における中心的高次機能・専門病院・急性期病院であるとともに、地域の病診・病病連携の中核であり、高度な急性期医療、より専門的な診療を経験することができます。

「第三次救急医療施設」、「地域がん診療連携拠点病院」などの他、多くの専門学会認定医・専門医の研修・教育（関連）施設に指定されています。地域病院との病病連携や診療所（在宅訪問診療施設などを含む）との他職種の間を病診連携、地域基幹病院でのホスピタリストなど、地域医療の中での総合内科的診療を数多く経験することが可能である。救命救急センターには主に 2 次救急から 3 次救急の患者が搬送されており、症例も多岐にわたるため、救急医療の研修施設として相応しい施設である。

【専門医・指導医数】

・総合診療専門研修特任指導医 1 名

・内科専門医 9 名

・総合内科専門医 4 人

・救急科専門医 2 人

【病床数・患者数】

・一般病床 4 5 9 床、精神病床 3 5 床、感染症病床 8 床

・のべ外来患者数 151,303 名／年、入院患者数 124,204 名／年

③古賀総合病院：総合診療Ⅱ

【病院の特徴】

古賀総合病院は宮崎市の北西部（宮崎駅から車で 20 分程度）に位置する、内科・外科を中心に 25 の診療科で構成され 363 床のベッド数を有する総合病院である。宮崎県は医師の偏在が強い県であり、古賀総合病院が属している宮崎東諸県医療圏は人口あたりの病床数、医師数ともに全国平均を上回っているが、隣接する西都児湯医療圏は人口あたりの医師数が全国の中でもきわめて少ない医療圏である。古賀総合病院は西都・児湯医療圏からアクセスが良く入院・外来患者のおおよそ四分の一は同医療圏の患者で占められているように宮崎市北西部地域の要として重要な病院である。

民間病院ではあるが平成 23 年より地域医療支援病院として承認され、病気の予防、診断、治療後の社会復帰までと、幅広く地域住民の医療の要としての活動を続けている。また平成 24 年より社会医療法人へ認定されたように、地域のためにより公益性の高い医療を提供すべく日夜努力し成長を続けている病院である。

【専門医・指導医数】

・総合内科専門医 1 6 人

【病床数・患者数】

- ・病床数 363 床
- ・のべ外来患者数 9,146 名／年、入院患者数 6,061 名／年

④宮崎市立田野病院：総合診療Ⅰ、総合診療Ⅱ

【病院の特徴】

宮崎市旧田野町の唯一の入院できる施設で、宮崎大学が委託管理し、宮崎大学の医学部学生や研修医が地域包括ケアを学習する病院として位置づけられています。

【病院データ】 総合診療科、整形外科、放射線科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科

【病床数】 42 床、医師数 5 人

⑤宮崎県立日南病院：内科、小児科、総合診療Ⅱ

【病院の特徴】

昭和 23 年に設立され、県南部地域において総合的な医療を提供できる唯一の医療機関として、地域の医療機関等と連携し、急性期医療や高度医療、救急医療等を担っています。また、症例数も多く、特にプライマリ・ケアを学ぶ研修医には理想的な環境です。

【病院データ】

病床数：281 床（一般 277 床・感染症 4 床）、医師数：36 人

⑥高千穂町国民健康保険病院：総合診療Ⅱ、小児科、内科

【病院の特徴】

神話と伝説の里として知られる宮崎県高千穂町にあります。病床数 120 床の病院ですが、県北部高千穂町の唯一の入院できる施設で、地域の中核的病院として、高千穂町内だけではなく、周辺の町からも多くの患者様を受け入れています。へき地医療支援病院として地域包括ケアを学習する病院として位置づけられています。外来では総合内科診療、高齢者の多彩な疾患群の診療をすることができます。また、町内病院・診療所などからの紹介患者を受け入れ、必要時には入院診療を行い、可能な限り町内で完結するよう治療にあたっています。

【専門医・指導医数】

- ・総合診療専門研修特任指導医 1 名

【病床数・患者数】

- ・120 床（一般病床 60 床、療養病棟 60 床）

⑦都城市郡医師会病院：救急科

【病院の特徴】

都城・北諸県 2 次医療圏においてすべての救急医療を担っており、救急対応能力の習得には最も適した医療施設です。

【病院データ】

病床数：224床（一般220床、感染症4床）、医師数：28人

⑧宮崎大学医学部附属病院：救急科

【病院の特徴】

医師養成教育機関として1977年10月に開設された地上7階の宮崎県における中核的医療機関。診療、教育、研究を通して社会に貢献することを理念としており、県内唯一の医育機関及び特定機能病院としての取組や都道府県がん診療連携拠点病院、総合周産期母子医療センター及び救命救急センターのドクターヘリ等の取組を通じて、宮崎県における地域医療の中核的役割を担っています。県内でドクターヘリを有する唯一の病院で、宮崎県内のすべての三次救急医療を担っている病院です。豊富な指導医を有し、プライマリ・ケアに必要な臨床能力の習得にも適した施設です。

【専門医・指導医数】

・救急科専門医 7人

【病院データ】

病床数：632床（一般596床、精神36床）、医師数：救急科15人

⑨小林市立病院：総合診療Ⅱ

【病院の特徴】

当院は、地域医療支援病院、二次救急医療機関及び災害拠点病院等として宮崎県西部に位置する西諸医療圏における中核病院です。

地域医療支援病院として、一次医療と二次医療の役割分担を推進しており、消化器外科、整形外科及び泌尿器科の外科系疾患の手術や検査を主務とし、西諸医師会や医療圏に属する公立病院及び行政と密に連携をとりながら、可能な限り地域完結型に務めた医療を提供しています。

また、救急科・総合診療科では、一次救急及び二次救急の受け入れやウォークインでの来院患者の対応を幅広く行っており、当院での様々な症例から、指導医と共にプライマリ・ケアに必要な臨床経験を積むことができる施設です。

【専門医・指導医数】

・総合診療専門研修特任指導医 1名
・常勤医師数 11名

【病院データ】

病床数：147床（一般143床、感染症4床）

⑩美郷町国民健康保険西郷病院：総合診療Ⅰ、総合診療Ⅱ

【病院の特徴】

美郷町国保西郷病院は宮崎県日向入郷医療圏にあり、美郷町唯一の病院です。このため、近隣の診療所とも連携をとりながら、必要な急性期及び慢性期の入院患者の診療を行っております。また、地域包括医療・ケアを長年にわたり実践してきており、限られた社会資源、医療資源の中で住民を中心に他職種協働で取り組んでおります。

【専門医・指導医数】

- ・総合診療専門研修特任指導医 1 名
- ・内科専門医 1 名

【病床数・患者数】

- ・一般病床 29 床
- ・のべ外来患者数 954 名／年、入院患者数 633 名／年

⑪椎葉村国民健康保険病院：総合診療Ⅰ、総合診療Ⅱ

【病院の特徴】

椎葉村国民健康保険病院は昭和36年開院以来、九州山地の山懐、宮崎県椎葉村、唯一の病院として長年、地域住民に親しまれてきています。椎葉村では、536平方キロメートルの広大な面積の中に、約3,000人の村民が谷筋に沿った小さな集落に点在しています。医師3名を含む職員数45名の小さな病院ですが、目標は大きく「私たちの椎葉村民の皆様にとっては、世界一のかかりつけ病院」を目指しています。

【専門医・指導医数】

- ・総合診療専門研修特任指導医 1 名

【病床数・患者数】

- ・一般病床 30 床

⑫おおつか生協クリニック：総合診療Ⅰ

【診療所の特徴】

小児から高齢者まで幅広い患者層をもち、生活習慣病管理は全身管理表を使用した治療計画を患者と共同で行っています。宮崎市大塚地区の在宅医療を取り組む在宅療養支援診療所として、宮崎生協病院や和知川原生協クリニックなどと連携し、包括的な在宅医療を行っています。宮崎市の特定健診やがん検診に積極的に取り組み、地域での健康チェックや医療講演会など、地域の健康づくりの拠点として活動しています。医学部を目指す高校生の医療体験や、医学生の診療所実習を受け入れ地域の医療後継者づくりに貢献しています。

【専門医・指導医数】 総合診療専門研修特任指導医 1 名

【のべ外来患者数】 10,500 人／月

⑬和知川原生協クリニック：総合診療Ⅰ

【診療所の特徴】

おおつか生協クリニックと同様に、小児から高齢者まで幅広い患者層をもち、生活習慣病管理は、全身管理表を使用した治療計画を患者と共同で行っています。宮崎市和知川原地区の在宅医療のとりくむ在宅療養支援診療所として、宮崎生協病院やおおつか生協クリニックなどと連携し、包括的な在宅医療をおこなっています。宮崎市の特定健診やがん検診に積極的に取り組み、地域での健康チェックや医療講演会など地域の健康づくりの拠点として活動しています。医学部を目指す高校生の医療体験や、医学

生の診療所実習を受け入れ地域の医療後継者づくりに貢献しています。

【専門医・指導医数】 総合診療専門医 1人

【のべ外来患者数】 13,350人/月

⑭このはな生協クリニック：総合診療Ⅰ

【診療所の特徴】

おおつか生協クリニックや和知川原生協クリニックと同様に、小児から高齢者まで幅広い患者層を持ち、生活習慣病管理は、全身管理表を使用した治療計画を患者と共同で行っています。包括的な在宅医療や、宮崎市の特定健診やがん検診に積極的に取り組み、地域での健康チェックや医療講演会など地域の健康づくりの拠点として活動しています。医学部を目指す高校生の医療体験や、医学生の実習を受け入れ地域の医療後継者づくりに貢献しています。

【専門医・指導医数】 総合診療専門医 1人

【のべ外来患者数】 5,796人/月

⑮いしかわ内科：総合診療Ⅰ

【診療所の特徴】

在宅療養支援診療所として、入院や入所の施設をもたず、在宅生活支援を基本方針とします。在宅で最期を迎えることを願う末期癌患者のターミナルケアを行います。在宅生活を継続するためのリハビリテーションサービスを行います。地域住民との交流を積極的に行います。他の医療機関や介護保険事業所との連携に努め、24時間365日、安心して在宅生活が送れるような支援体制を備えます。

【専門医・指導医数】

・総合診療専門研修特任指導医2名 ・内科専門医 2名

【病床数・患者数】

・病床数なし

・のべ外来患者数 10,922名/年

⑯西米良診療所：総合診療Ⅰ

【診療所の特徴】

国民健康保険西米良診療所は、西米良村唯一の医療機関です。高齢化率が42%を超える本村では、外来・入院診療に加えて出張診療や訪問診療、介護保険事業等をとおして幅広く医療を提供しています。

地域包括ケアを推進する中で、保健・福祉との連携を密にしながら、地域住民から信頼されるかかりつけ医療機関を目指しています。

【専門医・指導医数】

・総プライマリ・ケア認定指導医 1名

【病床数・患者数】

・病床数 13床

・のべ外来患者数 400名以上/月

⑰飯塚病院：総合診療Ⅱ、内科

【病院の特徴】

福岡県・筑豊地域の基幹病院として、救命救急センター、地域医療支援病院、開放型病院、地域がん診療連携拠点病院等の指定を受け、プライマリ・ケアから三次までの救急医療や高度医療を提供しています。総合診療科にはスタッフ・後期研修を 40 名が移籍。外来では、毎日 20～30 名の病棟では年間 3,000 件以上の重症ケアも含めた内科入院診療を提供しています。

【病床数・患者数】

- ・一般病床 978 床
- ・のべ外来患者数 107,680 名／年、入院患者数 18,372 名／年

⑱頼田病院：総合診療Ⅰ、内科

【病院の特徴】

福岡県・飯塚病院と同じ医療圏の飯塚市に位置し、小児科から高齢者までの幅広い患者層をもっています。家庭医療センターではあらゆる性別・年齢・主訴に対応するプライマリ・ケアの外来を、一般病棟および回復期病床では亜急性期ケア・リハビリテーション・社会調整を、在宅医療センターでは地域包括ケアを実践・研修することができます。

【病床数・患者数】

- ・一般病床 60 床
- ・のべ外来患者数 24,410 名／年、入院患者数 700 名／年

⑲総合病院鹿児島生協病院：総合診療Ⅱ、内科、小児科、救急科

【病院の特徴】

鹿児島生協病院は鹿児島市南部の谷山地区に位置し、急性期医療を中心とする 306 床の病院です。鹿児島市内だけでなく薩摩半島の南部全域を診療圏とし、高次医療機関や地域の病院・診療所との連携を積極的に展開しています。救急車の搬入件数は年間 2,000 件を超え、小児科においては地域で数少ない入院施設であり、地域の中核病院としての役割を担っています。また、健診事業や地域住民を対象とした医療講演・医療生協の班会などを通じて保健予防活動にも力を入れています。

当院では、地域に根ざした第一線の病院としてコモンディジーズの経験はもちろんのこと、超高齢社会を反映し複数の病態を持った患者の診療経験が可能であり、地域の実情に合わせた実践的な医療を経験することができます。

【専門医・指導医数】

- ・総合診療特任指導医 2 名
- ・日本内科学会総合内科専門医 8 名
- ・日本小児科学会専門医 9 名
- ・日本救急医学会救急科専門医 1 名

【病床数・患者数】

- ・一般病床 306床
- ・のべ外来患者数 60,217名／年、入院患者数 4,708名／年

⑳国分生協病院：総合診療Ⅱ、内科

【病院の特徴】

国分生協病院は、鹿児島県霧島市の中心市街地に位置する129床（一般90床・地域包括ケア39床）の病院です。内科・外科・小児科を中心に地域の医療機関と連携して医療活動を展開しており、救急輪番制度や霧島・始良地区の循環器救急（CCU）輪番に参加するなど救急医療の中核的を担う病院でもあります。自院においては、救急・外来・病棟・訪問診療など多様なフィールドで、急性期医療から慢性疾患まで対応しています。

我々の診療圏においては、山間部など今でも医療機関の少ない地域があり、スムーズに医療の提供が受けられないという課題があります。私たちの病院は、地域の組合員さんの期待に応える存在であり、地域の医療機関や施設との連携をさらに深め、地域の医療を守る役割を果たすよう努めています。

【専門医・指導医数】

- ・総合診療特任指導医 3名
- ・日本内科学会総合内科専門医 1名
- ・日本循環器学会循環器専門医 3名
- ・日本小児科学会専門医 2名
- ・日本外科学会専門医 1名

【病床数・患者数】

- ・一般病床 129床
- ・のべ外来患者数 61,408名／年、入院患者数 2,253名／年

㉑奄美中央病院：総合診療Ⅰ

【病院の特徴】

奄美中央病院は、鹿児島市から南へおよそ400km離れた奄美大島にある110床の病院です。「地理的な離島はあっても、人の生命に離島はあってはならない」を合言葉に、救急医療から比較的長期の療養を必要とする高齢者医療、在宅医療など地域の中核病院として幅広い医療活動を展開しています。

近年では、地域の急性期病院からの紹介も多く、亜急性期から慢性期の患者さんを中心に受け入れており、リハビリにも力を入れています。

離島という狭いエリアではありますが、住民が顔見知りであるという利点を活かして、「人と人とのつながり」を大切に、「困ったときに頼りになる」病院づくりに取り組んでいます。

【専門医・指導医数】

- ・総合診療特任指導医 2名
- ・日本内科学会総合内科専門医 2名
- ・日本呼吸器学会呼吸器専門医 1名
- ・日本糖尿病学会糖尿病専門医 1名

・日本小児科学会専門医 1名

【病床数・患者数】

・一般病床 110床

・のべ外来患者数 51,790名/年、入院患者数 1,142名/年

②串間市民病院：総合診療Ⅰ、総合診療Ⅱ

【専門医・指導医数】

・日本内科学会日本総合内科専門医 3名

・日本外科学会外科専門医 1名

・日本救急科学会救急科専門医 1名

【病床数、患者数】

・一般病床 59床、地域包括ケア 22床

・のべ外来患者数 56,335人/年、のべ入院患者数 26,702人/年

【病院の特徴】

宮崎県の最南端に位置する串間市の中核病院として存在し、16,000人市民の一次及び二次医療を担っております。豊かな自然と温暖の気候の中にあり、CTやMRIなど高度な医療機器も整っています。

また、以下のような認定を取得しています。

在宅療養支援病院として、年間10名程度の在宅看取りがあります。また救急告示施設でもあり多様な症例の患者を受け入れています。宮崎大学医学生の地域医療臨床実習、宮崎大学協力型臨床研修病院として初期研修医の地域医療研修を行っています。

③ホームクリニックみまた：総合診療Ⅰ

【病院の特徴】

在宅医療と外来診療を行う在宅療養支援診療所です。都城市と三股町のほぼ全域を訪問エリアとし、ご自宅や介護施設への訪問診療を行っています。がん末期や神経難病、小児など多様な在宅患者に対応しており、看取りも年間100名程度行っています。通常業務だけでなく研修会などを通して地域の多職種との連携にも取り組んでいます。

【専門医・指導医数】

・総合診療専門研修特任指導医 1名

【病床数・患者数】

・病床なし。のべ外来患者数：約5500名/年、のべ訪問診療患者数：約7000名/年。

12. 専攻医の評価と方法

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、専門研修プログラムの根幹となるものです。以下に、「振り返り」、「経験省察研修録作成」、「研修目標と自己評価」の三点を説明します。

1) 振り返り

多科ローテーションが必要な総合診療専門研修においては3年間を通じて専攻医の研修状況の進捗を切れ目なく継続的に把握するシステムが重要です。具体的には、研修手帳の記録及び定期的な指導医との振り返りセッションを1～数ヶ月おきに定期的に行います。その際に、日時と振り返りの主要な内容について記録を残します。また、年次の最後には、1年の振り返りを行い、指導医からの形式的な評価を研修手帳に記録します。

2) 経験省察研修録（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、経験省察研修録（学習者がある領域に関して最良の学びを得たり、最高の能力を発揮できた症例・事例に関する経験と省察の記録）作成の支援を通じた指導を行います。専攻医には詳細20事例、簡易20事例の経験省察研修録を作成することが求められますので、指導医は定期的な研修の振り返りの際に、経験省察研修録作成状況を確認し適切な指導を提供します。また、施設内外にて作成した経験省察研修録の発表会を行います。

なお、経験省察研修録の該当領域については研修目標にある7つの資質・能力に基づいて設定しており、詳細は研修手帳にあります。

3) 研修目標と自己評価

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

12ヶ月間の内科研修の中で、最低40例を目安として入院症例を受け持ち、その入院症例（主病名、主担当医）のうち、提出病歴要約として10件を登録します。分野別（消化器、循環器、呼吸器など）の

登録数に所定の制約はありませんが、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。

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

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

【小児科及び救急科ローテート研修中の評価】

小児科及び救急科のローテート研修においては、基本的に総合診療専門研修の研修手帳を活用しながら各診療科で遭遇するcommon diseaseをできるかぎり多く経験し、各診療科の指導医からの指導を受けます。

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

専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の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、経験省察研修録、短縮版臨床評価テスト、ケースに基づくディスカッション及び360度評価などの各種評価法を用いたフィードバック方法について、指導医資格の取得に際して受講を義務づけている特任指導医講習会や医学教育のテキストを用いて学習を深めていきます。

1 3. 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、その内容は宮崎県立宮崎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。

1 4. 専門研修プログラムの改善方法とサイトビジット（訪問調査）について

本プログラム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プログラムに対する評価

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。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。

1 5. 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及びⅡ各6ヶ月以上・合計18ヶ月以上、内科研修12ヶ月以上、小児科研修3ヶ月以上、救急科研修3ヶ月以上を行っていること。
- 2) 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した経験省察研修録を通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること
- 3) 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること
- 4) 研修期間中複数回実施される、医師・看護師・事務員等の多職種による360度評価（コミュニケーション、チームワーク、公益に資する職業規範）の結果も重視する。

1 6. 専攻医が専門研修PGの修了に向けて行うべきこと

専攻医は研修手帳及び経験省察研修録を専門医認定申請年の4月末までに専門研修PG管理委員会に送付してください。専門研修PG管理委員会は5月末までに修了判定を行い、6月初めに研修修了証明書を専攻医に送付します。専攻医は日本専門医機構の総合診療専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行ってください。

17. Subspecialty領域との連続性について

様々な関連するSubspecialty領域については、連続性を持った研修が可能となるように、2019年度を目処に各領域と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6ヶ月までとします。なお、内科・小児科・救急科・総合診療Ⅰ・Ⅱの必修研修においては、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します。
 - (ア) 病気の療養
 - (イ) 産前・産後休業
 - (ウ) 育児休業
 - (エ) 介護休業
 - (オ) その他、やむを得ない理由
- 2) 専攻医は原則として1つの専門研修プログラムで一貫した研修を受けなければなりません。ただし、次の1つに該当するときは、専門研修プログラムを移籍することができます。その場合には、プログラム統括責任者間の協議だけでなく、日本専門医機構への相談等が必要となります。
 - (ア) 所属プログラムが廃止され、または認定を取消されたとき
 - (イ) 専攻医にやむを得ない理由があるとき
- 3) 大学院進学など専攻医が研修を中断する場合は専門研修中断証を発行します。再開の場合は再開届を提出することで対応します。
- 4) 妊娠、出産後など短時間雇用の形態での研修が必要な場合は研修期間を延長する必要がありますので、研修延長申請書を提出することで対応します。

19. 専門研修プログラム管理委員会

基幹施設である都農町国民健康保険病院には、専門研修PG管理委員会と、専門研修PG統括責任者（委員長）を置きます。専門研修PG管理委員会は、委員長、副委員長、事務局代表者、および専門研修連携施設の研修責任者で構成されます。研修PGの改善へ向けての会議には専門医取得直後の若手医師代表が加わります。専門研修PG管理委員会は、専攻医および専門研修PG全般の管理と、専門研修PGの継続的改良を行います。専門研修PG統括責任者は一定の基準を満たしています。

□ 基幹施設の役割

基幹施設は連携施設とともに施設群を形成します。基幹施設に置かれた専門研修PG統括責任者は、

総括的評価を行い、修了判定を行います。また、専門研修PGの改善を行います。

□ 専門研修PG管理委員会の役割と権限

- ・ 専門研修を開始した専攻医の把握と日本専門医機構の専攻医の登録
- ・ 専攻医ごとの研修手帳及び経験省察研修録の内容確認と、今後の専門研修の進め方についての検討
- ・ 研修手帳及び経験省察研修録に記載された研修記録、総括的評価に基づく、専門医認定申請のための修了判定
- ・ 各専門研修施設の前年度診療実績、施設状況、指導医数、現在の専攻医数に基づく、次年度の専攻医受け入れ数の決定
- ・ 専門研修施設の評価に基づく状況把握、指導の必要性の決定
- ・ 専門研修PGに対する評価に基づく、専門研修PG改良に向けた検討
- ・ サイトビジットの結果報告と専門研修PG改良に向けた検討
- ・ 専門研修PG更新に向けた審議
- ・ 翌年度の専門研修PG応募者の採否決定
- ・ 各専門研修施設の指導報告
- ・ 専門研修PG自体に関する評価と改良について日本専門医機構への報告内容についての審議
- ・ 専門研修PG連絡協議会の結果報告

□ 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. 総合診療専門研修特任指導医

本プログラムには、総合診療専門研修特任指導医が総計50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、7つの資質・能力を具体的に実践していることなどが求められており、本PGの指導医についても総合診療専門研修特任指導医講習会の受講を経て、その能力が担保されています。

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。宮崎大学医学部地域医療・総合診療医学講座にて、専攻医の研修内容、目標に対する到達度、専攻医の自己評価、360度評価と振り返り等の研修記録、研修ブロック毎の総括的評価、修了判定等の記録を保管するシステムを構築し、専攻医の研修修了または研修中断から5年間以上保管します。PG運用マニュアルは以下の研修手帳（専攻医研修マニュアルを兼ねる）と指導医マニュアルを用います。

- ・ 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

2.2. 専攻医の募集および採用の方法

本プログラム管理委員会は、毎年6月からwebサイトでの公表や説明会等を行い、総合診療専攻医を募集します。募集人数は毎年6名です。翌年度プログラムへの応募者は、募集要項に従って指定期日までに応募できます。原則として10～12月中に書類選考および面接を行い、本プログラム管理委員会において協議のうえで採否を決定し、本人に文書で通知します。

以上