

## 家庭医療学開発センター（CFMD）総合診療専門研修プログラム・せとうち

### 目次

1. 家庭医療学開発センター（CFMD）総合診療専門研修プログラム・せとうちについて	P2
2. 総合診療専門研修はどのように行われるのか？	P2
3. 専攻医の到達目標	P13
4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得	P17
5. 学問的姿勢	P17
6. 医師に必要な資質・能力、倫理性、社会性など	P18
7. 施設群による研修プログラム及び地域医療についての考え方	P18
8. 専門研修プログラムの施設群	P19
9. 専攻医の受け入れ数	P19
10. 施設群における専門研修コース	P20
11. 研修施設の概要	P25
12. 専門研修の評価	P30
13. 専攻医の就業環境	P32
14. 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）	P32
15. 修了判定	P33
16. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行なうべきこと	P33
17. サブスペシャリティ領域との連続性	P33
18. 総合診療研修の休止・中断、プログラムの移動、プログラム外研修の条件	P33
19. 専門研修プログラム管理委員会	P34
20. 総合診療専門研修特任指導医	P35
21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等	P35
22. 専攻医の採用	P36

## 1. 家庭医療学開発センター（CFMD）総合診療専門研修プログラム・せとうちについて

現在、地域の病院や診療所において、多くの医師が、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関わる問題について適切に対応する医師の必要性がより高くなることから、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。総合診療専門医の質の向上を図り、国民の健康・福祉に貢献することを第1の目的とします

家庭医療学開発センター（CFMD）総合診療専門研修プログラム・せとうちは2010年より家庭医療専門医を養成するため瀬戸内海を超えて中国地方・四国地方を広くつないで構成され、これまでに家庭医療専門医を輩出してきました。新たな専門医制度の下で総合診療専門医を養成する後期研修プログラムとして生まれ変わります。総合診療専門医は「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使命を担う」とされており、家庭医療学開発センター（CFMD）総合診療専門研修プログラム・せとうちは日本医療福祉生協連家庭医療学開発センター・CFMDの統一されたコンセプトで総合診療専門医を育成します。主とする地域での研修を中心に、瀬戸内海を挟んで中国・四国各地の連携施設群で4年間の研修プログラムで学んでいただきます。

総合診療専門研修のアウトカムとして7つの資質・能力を獲得できる事を目標としています。

- 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

プログラムでは総合診療専門研修Ⅰ、Ⅱ、内科、小児科、救急科の5つの必須診療科と選択研修で4年間の研修を行います。基幹施設と複数の連携施設より成る施設群において、各施設のコンテクトに沿ってその特徴を生かした専門的な学びを得ることが可能です。

## 2. 総合診療専門研修はどのように行われるのか？

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4年間で構成されます。

- ・1年次修了時には、入院・病棟医療について上級医らとチームでほぼ標準的な医療を提供できるレベルに到達することを目標としています。外来医療について外来後のふりかえりを重ねながら生物医学モデルとして基礎的なレベルを目指し、且つ心理・社会モデルの切り口でもプロブレム・リストを構築しながら上級医に相談しながら介入できる糸口を探れるレベルを目標とします。
- ・2年次修了時には病棟・外来において標準レベルの医療を提供できるように学びと経験を重ねていきます。幅広い健康問題に対処できる素養の広さを養い、複雑な症例に怯んだとしても逃げ出さない粘り強さを育み深みのある学習をできるように指導医が全力で支援します。
- ・3～4年次にはmulti morbidity症例や複雑困難症例について経験を重ね、修了時にはそれらについて適切に対応できるレベルに到達していることを目標とします。

・内科、小児科、救急科と各専門研修先で総合診療専門研修医として必要十分なトレーニングを受け、各科指導医のお墨付きをいただけるように取り組んでいただきます。

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、さらには検査・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。

研修の最中には形成的評価を受けつつ、各研修修了時には総括的評価を受けることとなります。4年間の研修修了判定には以下の3つの要件を審査します。

- ・定められた研修をすべ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
- ・研修手帳に記録された経験目標がすべてカリキュラムに定められた基準に到達していること

## 2) 学び方

専攻医の研修は臨床現場での学習、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、生涯にわた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なうプロセスと、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、学習履歴の記録を自己省察の記録を経験省察研修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）外来診療

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、熟練度に応じた指導を提供します。” The Inner Consultation”などを参考文献として外来診療「学」を身につけていきます。

#### （イ）在宅医療

経験目標を参考に、幅広く症例を経験します。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し、次第に独立して訪問診療を提供し経験を積みます。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、他職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な他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。初期にはケアマネジャーや訪問看護師に同伴するなど在宅医療の現場を経験します。時には患者宅での家族カンファレンスなど家族志向のプライマリ・ケア、在宅医療を身につけます。

#### （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他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。内科ブロック研修中には指導医の下で、地域立脚型中小規模病院に必要な内科入院診療を身につけます。総合診療Ⅱでの研修中には、非選択的入院診療を身につけます。常に質の向上を図るためEBMを適切に活用するためのジャーナルクラブやカンフ

アレンスを行います。

#### (エ) 救急医療

地域の基幹病院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、特に指導医とともに処置にあたる中から経験を積みみます。

#### (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ともに振り返り、その意義や改善点を理解します。後期研修期間中に産業医資格取得を推奨します。

### ②臨床現場を離れた学習

- ・総合診療の様々な理論やモデル、組織運営マネジメント、総合診療領域の研究と教育については、関連する学会及び団体の学術集会やセミナー、研修会へ参加し、研修カリキュラムの基本的事項を履修します。

- ・医療倫理、医療安全、感染対策、保健活動、地域医療活動等については、日本医師会の生涯教育制度や関連する学会の学術集会等を通じて学習を進めます。地域医師会における生涯教育の講演会は、診療に関わる情報を学ぶ場としてのほか、診療上の意見交換等を通じて、人格を陶冶する場として活用します。中国ブロック、四国ブロックそれぞれの支部大会に参加して交流を図ります。また医療機関にたどり着けないような社会的弱い立場にある人々への働きかけとして、例えばホームレスの人が集まりやすい場所等、現場へ足を運びます。

### 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、二次資料（Up To Date等）、更には日本医師会生涯教育制度及び関連する学会等におけるe-learning教材、医療専門雑誌（NEJM、BMJ、JAMA、Lancet、Annals of Family Medicine、等）、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。学術大会での発表（筆頭）及び論文発表（共同著者を含む）を行います。

### 4) 専攻医振り返りの会

2ヶ月に一度、本専門研修プログラムの専攻医及び指導医、担当事務による振り返りの会を実施します。各専攻医の近況や症例報告、研修内容や経験省察研修録の進捗状況の確認等を行います。作成した経験省察研修録の発表やそれに対する作成支援等も行ないます。また、持ち回りでレクチャーをしたり、ワークショップ等で学びを深める場とも位置づけています。指導医のファカルティ・ディベロップメントも兼ねています。

5) 研修の週間計画及び年間計画（モデルスケジュール）

基幹施設（愛媛生協病院）

総合診療科

	月	火	水	木	金	土	日
8:00~8:30	朝カンファレンス	朝カンファレンス	朝カンファレンス	朝カンファレンス	朝カンファレンス		日直
9:00~12:30	外来	病棟	病棟	病棟	検査研修	病棟	(月1~2回)
13:30~15:00	病棟	病棟	病棟	医局会議	病棟	日直	
15:00~17:00	抄読会・ カンファレンス	外来	病棟	カンファレンス	病棟	(月1~2回)	
17:00~	当直（週1回程度）・救急（月3~4回）						

小児科

	月	火	水	木	金	土	日
8:00~8:30		病児診察		病児診察		病児診察	日直
9:00~12:30	外来	外来	外来	外来	外来	外来	(月1~2回)
13:30~15:00	病棟	病棟	病棟	医局会議	病棟	日直	
15:00~17:00	外来	外来	病棟	外来	外来	(月1~2回)	
17:00~	当直（週1回程度）・救急（月3~4回）						

連携施設（新居浜協立病院）

総合診療科

	月	火	水	木	金	土	日
9:00~12:30	外来	外来	外来	外来	病棟	外来 (隔週)	
13:30~15:00			委員会	在宅カンファレンス	院外 専攻医カンファ		
15:00~17:00	往診 (隔週)	新入院カンファレンス 総回診	病棟	病棟	院外 専攻医カンファ		
17:00-18:00				夜間診療			
19:00-20:00	内科カンファレンス				リサーチカンファ		
当直（月4~6回）							

連携施設（宇部協立病院）

総合診療科

	月	火	水	木	金	土	日
9：00～12：30	外来	外来	病棟	外来	訪問診療	外来(1/4)	
13：30～15：00	病棟	病棟	病棟	CF	病棟		
15：00～17：30	病棟	病棟	外来	CF	外来		

連携施設（伊予診療所）

総合診療科

	月	火	水	木	金	土	日
9：00～12：30	フリー	病棟	フリー	外来	小児科研修 （愛媛生協 病院）	訪問診療	
13：30～15：00	外来 or		訪問診療	勉強会			
15：00～17：00	訪問診療	フリー		カンファ レンス			
17:00-	宅直（週2回程度）						

連携施設（善通寺診療所）

総合診療科

	月	火	水	木	金	土	
08:35-09:00	朝礼・打ち合わせ						
09:00-12:30	外来	小児科 （へいわこ どもクリニ ック）	外来	外来	外来	公休/救急担当	
12:30-13:30	昼休み						
13:30-15:00	訪問診療	レジデント デイ	外来	会議	往診		
15:00-17:00				内科会議 医局会議			
17:00-19:00							
19：00-21：00	-	-	CPC	-	レントゲン カンファ		

連携施設（高松平和病院）

総合診療科

	月	火	水	木	金	土
08:00-08:30	-	循環器カンファレンス	救急カンファレンス	内科カンファレンス	抄読会	-
08:35-09:00	医局朝礼・打ち合わせ					
09:00-12:30	初診外来	救急担当	病棟	訪問診療	腹部エコー 病棟	公休/救急担当
12:30-13:30	昼休み					
13:30-15:00	病棟	レジデント デイ		病棟	病棟	
15:00-17:00		外来	内科総回診			
17:00-19:00				内科会議 医局会議		
19:00-21:00	-	-	CPC	-	レントゲン カンファ	

小児科（病棟は高松平和病院、外来・健診・ワクチンはへいわこどもクリニック）

	月	火	水	木	金	土
08:35-09:00	医局朝礼・打ち合わせ					
09:00-12:00	病棟 /外来	病棟 /外来	病棟 /外来	病棟 /外来	病棟 /外来	公休/ 外来・病棟
12:00-13:00	昼休み					
13:00-13:30	外来カンファ	発達カンファ	病棟	総回診/病棟カンファ		
13:30-16:00	健診 ・ワクチン	レジデント デイ	健診 ・ワクチン	病棟/会議	病棟	
16:00-17:00	外来	外来	総回診		外来	
17:00-19:00	外来		外来	医局会議		

連携施設（岡山協立病院）

総合診療科

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-9:00 朝カンファレンス		○		○			
9:00-12:00 病棟業務	○		○	○		○	
9:00-13:00 午前外来		○			○		
13:00-17:00 救急外来				○			
16:00-17:00 症例カンファレンス				○			
13:00-17:00 病棟業務		○	○		○		
平日・土曜の宿直あるいは、日の日直・宿直 を合計4～5回/月							

内科

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-9:00 朝カンファレンス		○		○			
9:00-12:00 病棟業務		○		○	○		
9:00-12:00 午前外来	○		○				
10:00-12:00 午前検査		○	○				
13:00-17:00 救急外来		○			○		
13:00-17:00 病棟業務	○		○				
13:00-17:00 訪問診療				○			
18:00-20:00 カンファレンス	○			○			
平日宿直（1～2回/週）、 土日の日直・宿							



連携施設（高知生協病院）

総合診療科

時間	内容	月	火	水	木	金	土	日
8:00～8:30	病棟回診(指導医とのラウンド)	○				○		
8:00～8:30	在宅療養センタースタッフ、院内各 部署との打ち合わせ		○	○	○			
8:00～8:40	抄読会 1/月					○		
8:40～8:50	医局朝礼	○	○		○	○		
9:00～12:30	初診外来	○				○		
9:00～12:30	訪問診療		○		○			
13:30～16:30	初診外来		○					
13:30～16:30	再来外来				○			
13:30～16:30	救急当番	○						
13:30～14:00	退院支援病診連携の会 1/月					○		
13:30～16:30	病棟業務					○		
13:30～16:30	訪問診療			○				
13:30～15:00	地域包括ケア研修（医療生協地域健 康班会での健康講座）1/3ヶ月			○				
13:45～15:00	総合診療カンファレンス（受け持ち 患者のプレゼン、臨床推論トレーニ ング）				○			
16:30～17:00	外来カルテレビュー	○		○		○		
16:30～17:00	訪問診療振り返り		○		○			
17:00～17:30	1週間の振り返り					○		
17:00～19:00	SEA(Significant Event Analysis 1/3 ヶ月)	○						
17:00～9:00	当直（平日1/週、土日1/月）				○		○	○
17:00～18:00	医局会議			○				

連携施設（水島協同病院）

総合診療Ⅱ

	月	火	水	木	金	土
午前	8:30～ モーニングカンファレンス					
	病棟	病棟	救急外来	病棟	初診外来	内科輪番
午後	病棟	12:30- 小児科レクチャ	12:30- 専攻医カンファ	12:30- 救急外来	病棟	
	16:30- 消化器カンファ	16:30- 予約外来	16:00- 医局カンファ	16:00- 神経カンファ	15:00- 腎・透析 カンファ	
17時以降	抄読会	癌カンファ		抄読会	胸部 X 線 読影回	

内科

	月	火	水	木	金	土
午前	8:30～ モーニングカンファレンス					
	救急外来	病棟	病棟	病棟	初診外来	内科輪番
午後	病棟	予約外来	12:30- 専攻医カンファ	12:30- 救急外来	病棟	
	16:30- 消化器カンファ		16:00- 医局カンファ	16:00- 神経カンファ	15:00- 腎・透析 カンファ	
17時以降	抄読会	癌カンファ		抄読会	胸部 X 線 読影回	

小児科

	月	火	水	木	金	土
午前	新生児診察					
	外来	回診	アトピー外 来	病棟	外来	
午後	病棟	12:30- 小児科レクチャ	12:30- 専攻医カンファ	13:30- 乳児検診・予 防接種	13:30- 乳児検診・予 防接種	
		13:30- 乳児検診・予 防接種	16:00- 医局カンファ	16:00- 外来		
17時以降	抄読会		予防接種		胸部 X 線 読影回	

連携施設（玉島協同病院）

総合診療科

	月	火	水	木	金	土
午前	8:30～ モーニングカンファレンス					
	病棟	外来	訪問診療	外来	病棟	
午後	病棟	病棟	新入院カンファ	病棟カンファ	訪問診療	
17時以降			勉強会 (月1回)		1週間の 振り返り	

連携施設（福島生協病院）

総合診療科

		月	火	水	木	金	土	日
8:30～9:00	朝カンファレンス	○	○	○	○	○	○	
9:00～12:30	病棟業務			○				
9:00～12:30	午前外来	○			○		○	
9:00～12:30	内科救急		○			○		
13:30～17:00	病棟業務					○		
13:30～17:00	午後検査		○		○			
13:30～17:00	訪問診療			○				
13:30～17:00	内科救急	○						
17:00～17:30	症例カンファ	○			○			
平日当直（2～3回/月）、土日直または当直（2～3回/月）				○			○	○

連携施設（生協さえき病院）

総合診療科

		月	火	水	木	金	土	日
8:30～9:00	朝カンファレンス	○	○	○	○	○	○	
9:00～12:30	病棟業務				○			
9:00～12:30	午前外来	○		○		○		
9:00～12:30	内科救急		○					
13:30～17:00	病棟業務					○		
13:30～17:00	午後検査		○		○			
13:30～17:00	訪問診療	○		○				
13:30～17:00	内科救急							
17:00～17:30	症例カンファ	○			○			
平日当直（1～2回/月）、土日直または当直（1～2回/月）				○			○	○

連携施設（愛媛県立中央病院）

救急科

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00 朝カンファレンス	○	○	○	○	○		
9:00-12:00 午前救急外来・搬送対応	○		○		○		
9:00 -12:00 病棟対応		○		○			
13:00-16:00 午後救急外来・搬送対応	○		○				
13:00-16:00 病棟対応		○		○			
9:00-10:30 症例カンファレンス	○	○	○	○	○		
平日宿直・待機当番（1～2回／週）、 土日の日直・宿直（1回／月）		○			○	○	○

当直明けは休み。

基幹施設（愛媛労災病院）

産婦人科

	月	火	水	木	金	土	日
8：30～12：00	外来	病棟	外来	病棟	外来		
13：00～15：00	手術	外来	手術	病棟	手術		
15：00～17：00			カンファレンス				
17：00～	分娩待機						

本専門研修プログラムに関連した全体行事の年間スケジュール

月	全体行事予定
4	SR1：研修開始。専攻医及び指導医に提出用資料の配布。 SR2、3、研修修了予定者：前年度分の研修医手帳を提出 指導医・統括責任者：前年度の指導実績報告の提出 専攻医振り返りの会
5	
6	第1回専門研修プログラム管理委員会 研修修了者：専門医認定審査書類を日本 専門医機構に提出 日本プライマリ・ケア連合学会学術集会 専攻医振り返りの会
7	研修修了者：専門医認定審査 次年度専攻医の公募開始 説明会開催
8	家庭医療学夏期セミナー 専攻医振り返りの会
9	専攻医公募締め切り SR1～3：研修医手帳中間提出
10	次年度専攻医採用審査 専攻医振り返りの会
11	第2回専門研修プログラム管理委員会 日本プライマリ・ケア連合学会四国ブロック支部地方会
12	専攻医振り返りの会
1	
2	SR1～3：研修医手帳の提出 四国支部経験省察研修録発表会 専攻医振り返りの会
3	第3回専門研修プログラム管理委員会 SR1～3：研修医手帳年度最終作成 指導医・統括責任者：指導実績報告作成

### 3. 専攻医の到達目標

#### 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学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病の経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などの環境（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・ケアを提供します。

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ます。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て、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、一貫性をもった総合的な形で提供されます。

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・介護サービス間の円滑な切れ目ない連携も欠かせません。更に、所属する医療機関内の良好な連携の取れた運営体制に貢献する必要があります。

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、地域の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します。

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ともに、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ます。

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します。

## 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・治療手段

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、複雑な人間関係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。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、問題解決に結び付ける経験をします。（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 嗄声 胸痛 動悸 咳・痰 咽頭痛 誤嚥 誤飲  
嚥下困難 吐血・下血 嘔気・嘔吐 胸やけ 腹痛 便通異常  
肛門・会陰部痛 熱傷 外傷 褥瘡 背部痛 腰痛 関節痛 歩行障害  
四肢のしびれ 肉眼的血尿 排尿障害（尿失禁・排尿困難） 乏尿・尿閉 多尿  
不安 気分の障害（うつ） 興奮 女性特有の訴え・症状 妊婦の訴え・症状

成長・発達の障害

②以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じて他の専門医・医療職と連携を取りながら、適切なマネジメントを経験します。(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 小児喘息 小児虐待の評価  
高齢者総合機能評価 老年症候群 維持治療期の悪性腫瘍 緩和ケア

#### 4) 経験すべき診察・検査等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候およ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。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。

##### (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)
- ②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)
- ③注射法(皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴・成人及び小児の静脈確保法、中心静脈確保法)
- ④穿刺法(腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む)
- ⑤単純X線検査(胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に)
- ⑥心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査
- ⑦超音波検査(腹部・表在・心臓・下肢静脈)
- ⑧生体標本(喀痰・尿・皮膚等)
- ⑨呼吸機能検査
- ⑩オーディ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消化管内視鏡（上部・下部）
- ⑫造影検査（胃透視・注腸透視・DIP）
- ⑬頭・頸・胸部単純CT
- ⑭腹部単純・造影CT
- ⑮頭部MRI/MRA

#### 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およ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。経験数の規定はなく、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。

##### (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外傷救急（JATEC）

##### (イ) 薬物療法

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

##### (ウ) 治療手技・小手術（簡単な小手術ができる）

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 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  
 導尿及び尿道カテーテル・膀胱瘻カテーテルの留置と交換  
 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（局所麻酔下での適切な切開・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  
 咽頭異物の除去（間接咽頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用） 睫毛抜去

#### 6) 地域医療の経験

(ア) 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則った各種サービスの実際、さらには介護保険制度における医師の役割及び医療・介護連携の重要性を理解して下記の活動を地域で実践します。

- 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及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等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

(イ) 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します。

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

(ウ) 主治医として在宅医療（看取り症例含む）を10症例以上経験します。

#### 4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

職務を通じた学習において総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら、経験そのものを省察して能力向上を図るプロセスにおいて各種カンファレンスを活用した学習は非常に重要です。主として、外来・在宅・病棟の3つの場面でカンファレンスを活発に開催します。

##### 1) 外来診療

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。

##### 2) 在宅医療

症例カンファレンスを通じて学びを深め、他職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な他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。

##### 3) 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他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

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、生涯に渡り自己研鑽を積む習慣を身に付ける。

・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週間を身につける。

以上の実現のために、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・研修医への1対1の教育を行なうことができる

②学生・研修医向けにテーマ別の教育目標のセッションを企画・実施・評価・改善することができる

③専門職連携教育を提供することができる

## 2) 研究

①日々の臨床の中から研究課題を見つけ出すという、総合診療や地域医療における研究の意義を理解し、症例報告や臨床研究を様々な形で実践できる

②量的研究、質的研究双方の方法と特徴について理解し、批判的に吟味でき、各種研究成果を自らの診療に活かすことができる。

また、専攻医は原則として学術活動に携わる必要があり、学術大会等での発表（筆頭）及び論文発表（共同著者を含む）を行な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

総合診療医は以下4項目の実践を目指して研修を行います。

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) 僻地・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及び地域医療についての考え方

本専門研修プログラムでは愛媛生協病院内科・家庭医療科を基幹施設とし、地域の連携施設とともに施設群を構成しています。専攻医はこれらの施設群をローテートすることにより、多彩で偏りのない充実した研修を行なうことが可能になります。ローテート研修にあたっては下記の構成となります。

1) 総合診療専門研修は診療所・中小病院における総合診療専門研修Ⅰと病院総合診療部門における総合診療専門研修Ⅱで構成されます。当プログラムでは下記の医療機関が総合診療専門研修を担当します。

総合診療専門研修Ⅰ（6～12ヶ月）

- ・伊予診療所           ・新居浜協立病院           ・香川医療生協善通寺診療所
- ・宇部協立病院       ・高知生協病院           ・玉島協同病院

総合診療専門研修Ⅱ（6～12ヶ月）

- ・愛媛生協病院       ・香川医療生協高松平和病院       ・福島生協病院
- ・生協さえき病院   ・岡山協立病院           ・水島協同病院

2) 必須領域別研修として、内科12ヶ月、小児科3ヶ月、救急科3ヶ月の研修を行います。下記の医療機関が、それぞれの必須研修を担当します。

内科

- ・香川医療生協高松平和病院       ・岡山協立病院           ・水島協同病院

小児科

- ・香川医療生協高松平和病院       ・へいわこどもクリニック       ・水島協同病院
- ・愛媛生協病院

救急科

- ・愛媛県立中央病院

3) その他の領域別研修として、愛媛生協病院にて整形外科、外科、精神科の研修を、愛媛労災病院にて産婦人科の研修を行なうことが可能です。専攻医の意向を踏まえて決定します。

施設群における研修の順序、期間等については専攻を中心に考え、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、本専門研修プログラム管理委員会が決定します。

## 8. 専門研修プログラムの施設群

本専門研修プログラムは基幹施設 1、連携施設 14 の合計 15 施設の施設群で構成されています。施設は、瀬戸内海をはさみ、6つの県にわたります。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>

愛媛生協病院となります。

### <専門研修連携施設>

本専門研修プログラムの施設群を構成する専門研修連携施設は以下のとおりです。

- ・愛媛生協病院      ・伊予診療所      ・新居浜協立病院      ・愛媛県立中央病院
- ・香川医療生協善通寺診療所      ・香川医療生協高松平和病院      ・へいわこどもクリニック
- ・岡山協立病院      ・水島協同病院      ・玉島協同病院      ・福島生協病院      ・生協さえき病院
- ・宇部協立病院      ・高知生協病院      ・愛媛労災病院

### <専門研修施設群>

上記の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。

### <専門研修施設群の地理的範囲>

本専門研修プログラムは愛媛県に基幹施設を置き、連携施設が香川県、高知県、岡山県、広島県、山口県と広範囲に広がっています。

## 9. 専攻医の受け入れ数

各専門研修施設における年度ごと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を提供する施設内の特任指導医数×2です。4学年の総数は特任指導医数×8となります。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特任指導医1名に対し3名までとします。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人の内科指導医は同時に受け入れることのできる専攻医数は、内科領域と総合診療領域を合わせて3名までとします。

小児科や救急、その他の診療科のローテート研修においては、各科の指導医の指導可能専攻医数に決まりはありませんが、臨床経験と指導の質を確保するために、適切な数に調整いたします。

現在、当プログラム内には総合診療専門研修特任指導医が11.45名（他プログラムとの按分後）在籍しており、この基準に基づくと毎年22名が最大受け入れ数ですが、当プログラムでは毎年3名を定員と定めます。

## 10. 施設群における専門研修コース

本専門研修プログラムの施設群による研修コース例を示します。当プログラムは他県にわたり多くの連携施設があり、選択肢もかなり広いものとなっておりますので、専攻医の希望によりカスタマイズが可能です。一例では愛媛を中心とした研修プログラムを示します。

		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	施設名	水島協同病院	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	領域	内科	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
2年目	施設名	愛媛生協病院	→	→	→	→	→	愛媛生協病院	→	→	愛媛県立中央病院	→	→
	領域	総診Ⅱ	→	→	→	→	→	小児科	→	→	救急科	→	→
3年目	施設名	伊予診療所	→	→	→	→	→	愛媛生協病院	→	→	→	→	→
	領域	総診Ⅰ	→	→	→	→	→	総診Ⅱ	→	→	→	→	→
4年目	施設名	愛媛労災病院	→	→	愛媛生協病院	→	→	→	→	→	→	→	→
	領域	その他	→	→	その他	→	→	→	→	→	→	→	→

次に本専門研修プログラムでの4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場では目標を達成できるように意識して修練を積んで下さい。

☆☆総合診療専門研修プログラム 研修目標及び研修の場		☆☆総合診療専門研修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 (診療所/中小病院)		総合診療専門研修Ⅱ (病院総合診療部門)		内科		小児科		救急科		他の領域別研修	
家庭医療学開発センター(CFMD)総合診療専門研修プログラム・せとうち		設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
<b>I. 一般的な症候及び疾患へのへの評価及び治療に必要な診察及び検査・治療手技</b>		以下に示す検査・治療手技のうち、※印の項目は90%以上の経験が必要だが、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。											
<b>(ア) 身体診察</b>													
※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(直視、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死亡診断を実施し、死亡診断書を作成できる。		◎	◎	◎	◎	○	○			○	○		
⑥死体検案を監察担当者とともに実施し、死体検案書を作成できる。		◎	◎	○	○					◎	◎		
<b>(イ) 実施すべき手技</b>													
※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)		◎	◎	○	◎	◎	◎		◎	○	◎	○	
<b>(ウ) 検査の適応の判断と結果の解釈が必要な検査</b>													
※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、下肢静脈)		◎	◎	◎	◎	○	○			○	○		
※④生体標本(喀痰、尿、皮膚等)に対する顕微鏡的診断		◎	◎	◎	◎	○	○		○	○	○		
※⑤呼吸機能検査		◎	◎	◎	◎	○	○						
※⑥オー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消化管内視鏡(上部)		○	○	◎	○	◎	◎						
⑧消化管内視鏡(下部)			○	◎	○	◎	◎						
⑨造影検査(胃透視、注腸透視、DIP)			○		○	◎	◎						
※⑩頭・頸・胸部単純CT、腹部単純・造影CT				◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎		
⑪頭部MRI/MRA				◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎		
<b>(エ) 救急処置</b>													
※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外傷救急(JATEC)										◎	◎		
<b>(オ) 薬物治療</b>													
※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。		◎	◎	◎	◎	○	○						
<b>(カ) 治療法</b>													
※①簡単な切開・異物抽出・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		○	◎	○	○			○	○	◎	◎	○	○
※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経鼻胃管及びイレウス管の挿入と管理		◎	◎	◎	◎	○	○			○	○		
※⑨胃腸カテーテルの交換と管理		◎	◎	◎	○	○	○						
※⑩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		◎	◎	◎	◎	○	○			○	○		
※⑪褥瘡に対する被覆治療及びデブリドマン		◎	◎	◎	◎							○	○
※⑫在宅酸素療法の導入と管理		◎	◎	◎	○	○	○						
※⑬人工呼吸器の導入と管理		◎	○	○	○	○	○			◎	◎		
⑭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)		○	○	○	○	○	○			◎			
⑮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)				◎	○							○	○
⑯小手術(局所麻酔下での簡単な切開・抽出・止血・縫合法)		○	○	○	○					◎	◎		
※⑰包帯・テーピング・副木・ギブス等による固定法		◎	◎	◎	○	◎	◎			◎	◎	○	○
⑱穿刺法(胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等)		○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
※⑲鼻出血の一時的止血		◎	◎	○						◎	◎	○	○
※⑳耳垢除去、外耳道異物除去		◎	◎					◎	◎			○	○
㉑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)		○	○	○						◎	◎	○	◎
㉒睫毛抜去		◎	◎									○	◎

	総合診療専門研修Ⅰ (診療所/中小病院)		総合診療専門研修Ⅱ (病院総合診療部門)		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
<b>Ⅱ. 一般的な症候への適切な対応と問題解決</b>												
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。												
ショック	○	○	◎	○	○	○			◎	◎		
急性中毒	○	○	○	○	○	○			◎	◎		
意識障害	○	○	◎	○	○	○			◎	◎		
疲労・全身倦怠感	◎	◎	◎	◎	○	○						
心臓停止	○	○	◎	○	○	○			◎	◎		
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	◎	◎	○	○			○	○	○	○	○	○
黄疽	○	○	◎	○	◎	◎						
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	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎	◎	◎		
咽頭痛	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎	◎	◎		
扁桃	◎	◎	◎	○	○	○			○	○	○	○
咽乾	◎	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎		
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	◎	◎	○	○	○	○					○	○
熱痛	◎	◎	○	○			○	○	◎	◎	○	○
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・発達障害	○	○					◎	◎				

	総合診療専門研修Ⅰ (診療所/中小病院)		総合診療専門研修Ⅱ (病院総合診療部門)		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
<b>Ⅲ 一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント</b>												
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ができる。また、( )内は主たる疾患であるが、例示である。 ※印の疾患・病態群は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。												
<b>(1) 血液・造血器・リンパ網内系疾患</b>												
※[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			○	○	◎	◎			○	○		
<b>(2) 神経系疾患</b>												
※[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(片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛)	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○				
<b>(3) 皮膚系疾患</b>												
※[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]蕁麻疹	◎	◎					◎	◎	○	○	◎	◎
※[3]薬疹	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	◎	◎
※[4]皮膚感染症(伝染性膿痂疹、蜂窩織炎、白癬症、カンジダ症、尋常性ざ瘡、感染性疣瘻、伝染性軟属腫、疥癬)	◎	◎	○	○			◎	◎			◎	◎
<b>(4) 運動器(筋骨格)系疾患</b>												
※[1]骨折(脊椎圧迫骨折、大腿骨頭部骨折、橈骨骨折)	○	○	○	○					◎	◎	◎	◎
※[2]関節・靭帯の損傷及び障害(変形性関節症、捻挫、肘内障、腱膜炎)	○	○	○	○					◎	◎	◎	◎
※[3]肩袖腱症	◎	◎	○	○	○	○					◎	◎
※[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)	◎	◎	○	○					○	○	◎	◎
<b>(5) 循環器系疾患</b>												
※[1]心不全	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎		
※[2]狭心症、心筋梗塞	○	○	○	○	◎	◎			◎	◎		
[3]心筋症					○	○	○	○	○	○		
※[4]不整脈(心房細動、心房ブロック)	○	○	○	○	◎	◎			◎	◎		
[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)	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
<b>(6) 呼吸器系疾患</b>												
※[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	○	○	○	○	◎	◎						
<b>(7) 消化器系疾患</b>												
※[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、大腸癌)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○		
※[3]胆嚢・胆管疾患(胆石、胆嚢炎、胆管炎)	○	○	◎	◎	◎	◎						
※[4]肝疾患(ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、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・腹膜疾患(腹膜炎、急性腹症、鼠径ヘルニア)	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
<b>(8) 腎・尿路系(体液・電解質バランスを含む)疾患</b>												
※[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]泌尿器科的腎・尿路疾患(尿路結石、尿路感染症、過活動膀胱)	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎		
<b>(9) 妊娠分娩と生殖系疾患</b>												
[1]妊娠分娩(正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、産褥)											◎	◎
※[2]妊婦・授乳婦・褥婦のケア(妊婦・授乳婦への投薬、乳腺炎)	◎	◎									◎	◎
※[3]女性生殖系及びその関連疾患(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]男性生殖系疾患(前立腺疾患、勃起障害)	◎	◎	◎	◎							◎	◎
<b>(10) 内分泌・栄養・代謝系疾患</b>												
[1]視床下部・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)	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
<b>(11) 眼・視覚系疾患</b>												
[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											◎	◎
<b>(12) 耳鼻・咽喉・口腔系疾患</b>												
※[1]中耳炎	◎	◎					◎	◎			◎	◎
※[2]急性・慢性副鼻腔炎	◎	◎	○	○	○	○					◎	◎
※[3]アレルギー性鼻炎	◎	◎					◎	◎			◎	◎
※[4]咽頭炎(扁桃炎、扁桃周囲膿瘍)	○	○	○	○			○	○			◎	◎
[5]外耳道・鼻腔・咽喉・喉頭・食道の代表的な異物	○	○					○	○	◎	◎	◎	◎

	総合診療専門研修Ⅰ (診療所/中小病院)		総合診療専門研修Ⅱ (病院総合診療部門)		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
<b>(13) 精神・神経系疾患</b>												
[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] うつ病	◎	◎	○	○							◎	◎
[5] 統合失調症	○	○									◎	◎
※[6] 不安障害(パニック障害)	◎	◎	○	○					◎	◎	◎	◎
※[7] 身体症状症(身体表現性障害)、適応障害	◎	◎	○	○							◎	◎
※[8] 不眠症	◎	◎	○	○							◎	◎
<b>(14) 感染症</b>												
※[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			○	○	◎	○	○	○				
<b>(15) 免疫・アレルギー疾患</b>												
※[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	◎	○	○	○	◎	◎	◎	◎				
※[3] アナフィラキシー	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
<b>(16) 物理・化学的因子による疾患</b>												
※[1] 中毒(アルコール、薬物)			◎	◎	◎	◎			◎	◎		
[2] 環境要因による疾患(熱中症、寒冷による障害)	○	○	◎	◎	◎	◎			◎	◎		
※[3] 熱傷	◎	◎	○	○					◎	◎	◎	◎
<b>(17) 小児疾患</b>												
[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)	○	○					◎	◎	◎	◎		
[7] 小児虐待の評価	○	○	○	○			◎	◎	◎	◎		
<b>(18) 加齢と老化</b>												
※[1] 高齢者総合機能評価	◎	◎	◎	◎								
※[2] 老年症候群(誤嚥、転倒、失禁、褥瘡)	◎	◎	◎	◎								
<b>(19) 悪性腫瘍</b>												
※[1] 維持治療期の悪性腫瘍	◎	◎	◎	◎	◎	◎					◎	◎
※[2] 緩和ケア	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
<b>IV 医療・介護の連携活動</b>												
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	◎	◎	○	○								
<b>V 保健事業・予防医療</b>												
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	◎	◎	◎	◎								
<b>VI 在宅医療</b>												
以下に示すケアを適切に提供・実践することができる。												
(1) 主治医として在宅医療を10例以上経験(看取りの症例を含むことが望ましい)	◎	◎	○	○				○				



## 1 1. 研修施設の概要

### 愛媛生協病院

#### 専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修特任指導医数 3名
- ・小児科専門医数 1名
- ・外科専門医数 1名
- ・整形外科専門医数 0名
- ・精神科専門医数 2名

#### 診療科・患者数

- ・総合診療科 のべ外来患者数 2,480名／月、入院患者総数 78.0名／月
- ・小児科 926名／月

#### 病院の特徴

- ・松山市近郊に位置する地域立脚型小規模病院として、外来・入院・在宅そして教育を古くから行っています。
- ・「日本で一番小さな」基幹型臨床研修病院として初期研修医を受け入れ、地域の関係者・住民の協力を得て地域を丸ごと診ることができる医師養成を行っています。
- ・松山市の二次救急輪番病院として急性期医療を担う一方で、地域の慢性期疾患の患者さんの拠り所にもなっています。
- ・総合診療研修は主に、内科・家庭医療科が担当します。内科系は専門分化されず外来・入院とも非選択的診療を行っています。
- ・小児科、整形外科、精神科、外科の各科が総合診療研修に協力してくれます。

### 伊予診療所

#### 専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修特任指導医数 1名

#### 診療科・患者数

- ・総合診療科 のべ外来患者数 1,420名／月、のべ訪問診療件数 65件／月

#### 診療所の特徴

- ・地域住民のかかりつけ医として50年以上の歴史がある有床診療所です。
- ・患者の多くは高齢者でありWHOの進める「高齢者にやさしい診療所」としてスクリーニングなどに全職員が取り組んでいます。
- ・入院病床は療養型のみで、軽症の肺炎や尿路感染症でも入院する事があります。看取りも行っています。
- ・外来、病棟、在宅と切れ目ない医療を提供するべく、地域の医療介護資源との連携を行っています。

### 新居浜協立病院

#### 専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修特任指導医数 1名

#### 診療科・患者数

- ・総合診療科 のべ外来患者数 2075名／月、のべ訪問診療件数 89件／月

## 病院の特徴

- ・ 近隣の総合病院とも連携をとっている一般病床（地域包括ケア病床あり）と療養病床を持つ強化型在宅療養支援病院です。
- ・ 地域包括ケア病床と療養病床は、総合病院の急性期後の受け皿となっています。
- ・ 高齢者の慢性疾患を中心に外来を行い、急変時の入院対応、在宅での療養の支援を行っているなど、切れ目のない医療を提供しています。

## 宇部協立病院

### 専門医・指導医数

- ・ 総合診療専門研修特任指導医数 3名

### 診療科・患者数

- ・ 総合診療科 のべ外来患者数 1,956名／月、のべ訪問診療件数 167件／月

## 病院の特徴

- ・ 医療生活協同組合の病院であり、開院以来住民と共同しての健康づくりや高齢者の暮らしやすい地域づくりにとりくんでいます。
- ・ 専門分化していない外来・病棟で、外来から病棟、さらには在宅までの一連の診療に主治医として患者さんに寄り添い、全人的に患者さんに向き合う医療を実践を通して学んでいきます。その中で、来院した目の前の患者さんのみでなく、受診することの出来ない人々や他院所にかかっている患者さんなども含めたその地域の人々全体の健康をどう守ってゆくか、という家庭医としてのコミュニティー・ケア能力を養い、地域のオピニオン・リーダーとしても成長できるよう援助します。

## 高知生協病院

### 専門医・指導医数

- ・ 総合診療専門研修特任指導医数 1名

### 診療科・患者数

- ・ 総合診療科 のべ外来患者数 2,500名／月、のべ訪問診療件数 228件／月

## 病院の特徴

- ・ 地域のみなさまとともに「いつでも誰でも、安心してかかれる」病院として、あたたかく心の通う地域医療を提供しています。また、内科のほか、外科、整形外科の専門医療を提供しており、初期・二次救急診療なども行っています。
- ・ 総合診療科においては、日本プライマリ・ケア連合学会認定の後期研修プログラム Ver2 を取得しており、家庭医療学を特徴づける能力、特に患者中心の医療、家族志向型ケア、包括的アプローチ、多職種連携チーム医療に強い医師養成に取り組んできました。また、初期研修、後期研修、医学生の臨床実習に積極的に取り組んでいます。外来診療では非選択的に生物・心理・社会的アプローチを行い幅広い健康問題に対応しています。入院診療では総合診療病棟で各科と協力しながら複数の疾患をもった方にも主治医として関わります。
- ・ 在宅医療に力を入れており在宅療養センターを中心に地域のさまざまなリソース（行政、介護施設、地域包括支援センターなど）と協力して地域包括ケアを展開しています。
- ・ 医療生協の組合員が行っている地域の中での健康班会、食事会、サロン、多世代カフェなどに医療従事者として関わり、地域の中での重要なソーシャル・キャピタルとしての役割が果たせるよう支援しています。

## 香川医療生活協同組合善通寺診療所

### 専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修特任指導医数 1名

### 診療科・患者数

- ・総合診療科 のべ外来患者数 646名／月、のべ訪問診療件数 70件／月

### 病院の特徴

・西讃地域の医療生協の事業所として、医療・介護・福祉で「健康で明るいまちづくり」に貢献しています。「往診は善通寺診療所に」という連携ができ始めており、約30件の管理をし、在宅支援診療所強化型を取得しています。

## 香川医療生活協同組合 高松平和病院

### 専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修特任指導医数 3名
- ・内科専門医数 4名
- ・小児科専門医数 1名

### 診療科・患者数

- ・総合診療科 のべ外来患者数 2,574名／月、入院患者総数 109名／月
- ・内科 入院患者総数 109名／月

### 病院の特徴

・かかりつけ医としてプライマリケアをはじめ、1.5次～2次までの救急医療で高松保健圏域の医療を担っています。また、地域包括ケアへの挑戦も地域とともに進めています。また、2011年7月には県庁所在地の高松市内で初となるホスピス緩和ケア病棟の開設など、患者のライフステージに見合った総合的な医療の提供を目指して、医療福祉生協連の「いのちの章典」に基づく患者を中心としたチーム医療の充実、関係医療・福祉機関とのネットワークの強化などを進めています。

## 福島生協病院

### 専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修特任指導医数 2名

### 診療科・患者数

- ・総合診療科 のべ外来患者数 3,719名／月、入院患者総数 2862名／月

### 病院の特徴

・各分野の医師がそれぞれ専門性を活かし、総合的な診療を提供することで、地域のかかりつけ病院としての役割を担っており、二次救急指定医療機関として救急受入れにも対応しています。また、医師臨床研修制度上、指導・評価体制の整った基幹型臨床研修病院として、厚生労働省の認定を受けています。

・1955年、前身である診療所開設時より在宅医療には特に力を入れており、制度のない時代から医師と看護師が自宅での訪問診療、看護を行ってきました。疾患は患者の暮らしの中で発生するという認識の下、地域の生協組合員と職員が協同して実践してきた歴史があります。現在も周辺地域には、複数疾患を有する高齢患者はもちろん、疾患の根底に社会的問題を背景に抱えている患者が多く、医師だけでなく、看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなどの多職種の協力のもとに、ひとりの患者にとってより良い医療を維持継続できるよう問題解決に努めています（同一法人内に複数の介護事業所を有しています）

## 岡山協立病院

### 専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修特任指導医数 3名
- ・内科専門医数 7名

### 診療科・患者数

- ・総合診療科 のべ外来患者数 5,668名／月、入院患者総数 445名／月
- ・内科 のべ入院患者総数 6,247名／月

### 病院の特徴

- ・318床の総合病院で救急指定病院です。
- ・岡山医療生活協同組合の病院で、岡山市を中心とした県南東部約6万7千人の組合員の出資で運営されています。地域住民が設立した病院なので、組合員、職員が一体となって保健・医療・介護活動を展開しています。
- ・内科循環器では、PCIやペースメーカーの埋め込み、消化器では内視鏡を年間6,292件、透析患者は70人を超え、糖尿病通院患者は1,500人以上います。
- ・救急患者は年間6,337件（内救急車搬入は1,308件）で年々増加傾向にあります。
- ・各科・職種間での垣根が低く、科を超えてチームを組んで患者の問題解決に取り組んでいます。
- ・法人内の療養型の病院、4つの診療所、6つの介護事業所や協力医療機関との連携で、外来、在宅、病棟診療など、幅広い健康問題に的確に対応する臨床能力を養うことができます。

## 生協さえき病院

### 専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修特任指導医数 2名

### 診療科・患者数

- ・総合診療科 のべ外来患者数 1570名／月、入院患者総数 50名／月

### 病院の特徴

- ・各分野の医師がそれぞれ専門性を活かし、総合的な診療を提供することで、地域のかかりつけ病院としての役割を担っており、二次救急指定医療機関として救急受入れにも対応しています。
- ・2005年開院以来、訪問診療を行っています。現在は機能強化型の在宅支援病院として、地域の3つの診療所と協力して在宅、施設からの急変時の受け入れをしています。また、施設内に通所リハビリを併設し、地域包括支援センター、居宅介護事業所との顔の見える関係を構築しています。特徴として地域の生協組合員と職員が協同して実践してきた歴史があります。現在も周辺地域には、複数疾患を有する高齢患者はもちろん、疾患の根底に社会的問題を背景に抱えている患者が多く、医師だけでなく、看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなどの多職種の協力のもとに、ひとりの患者にとってより良い医療を維持継続できるよう問題解決に努めています（同一法人内に複数の介護事業所を有しています）

## 水島協同病院

### 専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修特任指導医数 2名
- ・内科専門医数 4名
- ・小児科専門医数 2名

### 診療科・患者数

- ・総合診療科 のべ外来患者数 9114名／月、入院患者総数 6114名／月
- ・内科 入院患者総数 6114名／月
- ・小児科 のべ外来患者数 1486名／月

#### 病院の特徴

・倉敷市南部を主要診療圏とする急性期病院で、地域に根差す第一線の病院であるとともに、地域の救急医療を積極的に担っています。また、医療生協のセンター病院・健康づくり地域拠点病院でもあり、地域住民とともに健康づくり・明るいまちづくりに積極的に参加し、保健・予防活動から治療・リハビリまで幅広い活動を行っています。

・水島地域は約9万人が暮らす地域で、戦前は農業が盛んな地域でしたが、戦後日本でも有数の規模をほこる水島臨海工業地帯を形成しました。現在も高い稼働率のコンビナートではありますが、隆盛を極めた時代は過ぎ、現在は日本経済の空洞化と人口の老齢化がすすむ状況となっています。

・コンビナートがもたらした健康問題で、最も大きなものが大気汚染公害であり、現在も多くの公害認定患者が暮らしています。また、全国から多くの労働者が働き口を求めて流入し、人口規模を拡大してきたまちであり、日雇い労働者が溢れるばかりの時代もありました。現在では、単身男性、高齢者二人暮らしや高齢単身者が多くなっており、雇用問題、貧困問題、アルコールの問題、喫煙問題や精神科疾患といった複雑な問題を抱えた患者も多く、ソーシャルワークの視点が必要な特徴的な地域と言えます。

#### 内科

- ・ゆるやかな専門性を有する各病棟は総合診療方式をとっており、総合的な臨床能力を養うことができます。
- ・医局がひとつであり、各専門医とのコンサルテーションが容易です。
- ・内科領域の専門研修プログラムを有しており、十分な症例・手技の経験が可能です。

#### 小児科

- ・午前診療はもちろん保育園帰りでもかかれるよう夜間診療（月・火・木・金）を行っています。
- ・専門外来として気管支喘息、アトピー外来、腎臓病などの診察を行っています。
- ・外来患者数は十分な数があり、プライマリな小児疾患への対応を学べます。
- ・保健師による保健指導・発達相談員による発達・相談検査等もを行っています。
- ・保育園での検診も実施しています。

### 玉島協同病院

#### 専門医・指導医数

- ・総合診療専門研修特任指導医数 3名

#### 診療科・患者数

- ・総合診療科 のべ外来患者数 2558名／月、のべ訪問診療件数 235件／月

#### 病院の特徴

・内科系疾患全般と、地域包括ケア時代の地域密着型医療を実践的に学び、身に着けることができる病院です。

・強化型在宅支援病院として、往診（訪問診療）と訪問看護や介護事業を提供しており、院外のような介護サービス施設との連携を通じて在宅や施設での看取りを含めた在宅療養を支えています。

・内科系のコモディティーズに対応できるよう、急性期一般病棟と地域包括ケア病床、医療療養病床を有し、Sub-Acute として地域の二次救急を担っており、Post-Acute として高次医療機関との連携を行っています。

#### 香川医療生活協同組合へいわこどもクリニック

専門医・指導医数

- ・小児科専門医数 1名

診療科・患者数

- ・小児科 のべ外来患者数 2,323名/月

クリニックの特徴

・高松平和病院の門前診として、2010年、へいわこどもクリニックを開設しました。クリニックから入院施設として高松平和病院への連携が機能しています。外来では、一般診に加え、発達、アレルギーの専門外来、乳幼児健診、ワクチンを行っています。病児保育は2017年度1,336人の利用があり、19時までの診療などかかりやすさの提供を追求し、地域の要求に応じています。臨床心理士が3名在籍し、発達相談や療育相談に応じています。また、患者会活動としてアレルギー、肥満、発達の活動が活発です。

#### 愛媛県立中央病院

専門医・指導医数

- ・救急専門医数 9名

診療科・患者数

- ・救急科 救急搬送件数 6,679件/年

病院の特徴

・高度救命救急センター、総合周産期母子医療センター、へき地医療拠点病院、地域がん診療連携拠点病院等の指定を受け、広汎な初期から三次までの救急医療や高度医療を提供しています。

・救急科においては、重度外傷への救急医療からER救急まで幅広い救急医療を提供しています。

#### 愛媛労災病院

専門医・指導医数

- ・日本産科婦人科学会専門医 3名
- ・手術件数 約 240件/年（産科 約 100件、婦人科 約 140件）
- ・分娩件数 約 160件/年

病院の特徴

・日本産科婦人科学会専門医制度卒業研修指導施設です。

・癌の治療や不妊症に力を入れています。癌の治療には手術や抗癌剤、放射線療法などを組み合わせで行っています。

・不妊症には通常の治療法から体外受精胚移植や顕微受精まで、幅広く行っています。

## 1.2. 専門研修の評価

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年間の振り返りを行い、指導医からの形成的な評価を研修手帳に記録します。

### 2) 最良作品型経験省察研修録作成

常に到達目標を見据えた研修を促すため、最良作品型経験省察研修録（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最良作品型経験省察研修録の発表会を行います。

なお、最良作品型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・能力にもと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な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、研修目標の最終段階を確認し、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を定期的実施します。また、他職種による360度評価を書く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ます。

#### <内科ローテート中の評価>

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、J-OSLER）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例を登録します。分野別（例えば、消化器、循環器、呼吸器など）の登録数に制約はありませんが、可能な限り幅広い分野からの症例登録を推奨します。病歴要約については、同一症例や同一疾患の登録は避けるようにして下さい。

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（他職種評価含む）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、総合診療研修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** を出来る限り多く経験し、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>

指導医は、最良作品型経験省察研修録、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、受講を義務付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

基幹施設及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及び指導医は専攻医指導施設に対する評価も行ない、その内容は研修プログラム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）

本専門研修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、プログラムの改善を行なうこととしています。

#### 1) 専攻医による指導医及び本専門研修プログラムに対する評価

専攻医は、年次毎に指導医、研修指導施設、本専門研修プログラムに対する評価を行ないます。また、指導医も専攻指導施設、本専門研修プログラムに対する評価を行います。専攻医や指導医からの評価は専門研修プログラム管理委員会に提出され、専門研修プログラム管理委員会は本専門研修プログラムの改善に役立っています。このようなフィードバックによって本専門研修プログラム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。

専門研修プログラム管理委員会は、必要と判断した場合、専攻医指導施設の実地調査及び指導を行ないます。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・調査（サイトビジット等）への対応

本専門研修プログラムに対して、日本専門医機構からサイトビジット（現地調査）が行なわれます。



その評価にもとづいて専門研修プログラム管理委員会で本専門研修プログラムの改良を行ないます。本専門研修プログラム更新の際には、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なわれる予定です。

#### 1 5. 修了判定

4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プログラム統括責任者または専門研修連携施設担当者が専門研修プログラム管理委員会において評価し、専門研修プログラム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3つが評価されます。

- 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を各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ヶ月以上を行なっていること
- 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

※研修期間中複数回実施される、医師・看護師・コメディカル・事務等の多職種による360度評価も踏まえる。

#### 1 6. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行なうべきこと

専攻医は研修手帳及び最良作品型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プログラム管理委員会に送付して下さい。専門研修プログラム管理委員会は5月末までに修了判定を行ない、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下さい。

#### 1 7. サブスペシャリティ領域との連続性

様々な関連するサブスペシャリティ領域については、連続性を持った研修が可能になるように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専門研修プログラムでも計画していきます。

#### 1 8. 総合診療研修の休止・中断、プログラムの移動、プログラム外研修の条件

1) 専攻医が次の一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、当プログラムで定める研修期間のうち、通算6か月までとします。ただし、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を下回ることはできません。

- 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

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いといけません、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です。

- ①所属プログラムが廃止され、または認定を取り消されたとき
- ②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ことが必要であり、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

愛媛生協病院には、専門研修プログラム管理委員会と専門研修プログラム統括責任者（専門研修プログラム管理委員長）を置きます。専門研修プログラム管理委員会は、委員長、副委員長、事務局代表者、及び専門研修連携施設の研修責任者で構成されます。専門研修プログラム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。専門研修プログラム管理委員会は、専攻医及び専門研修プログラム全般の管理と専門研修プログラムの継続的改良を行ないます。専門研修プログラム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プログラム統括責任者は、総括的評価を行ない、修了判定を行ないます。また、専門研修プログラムの改善を行ないません。

### < 専門研修プログラム管理委員会の役割と権限 >

- ・ 専門研修を介した専攻医の把握と日本専門医機構への専攻医の登録
- ・ 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
- ・ 研修手帳及び最良作品型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、専門医認定の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
- ・ 専門研修プログラムに対する評価に基づく、専門研修プログラム改良に向けた検討
- ・ サイトビジットの結果報告と専門研修プログラム改良に向けた検討
- ・ 専門研修プログラム更新に向けた審議
- ・ 翌年度の専門研修プログラム応募者の採否決定
- ・ 各専門研修施設の指導報告
- ・ 専門研修プログラム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
- ・ 専門研修プログラム連絡協議会の結果報告

#### <副専門研修プログラム統括責任者>

プログラムで受け入れる専攻医が専門研修施設群全体で 20 名を超える場合、副専門研修プログラム統括責任者を置かなければなりません、当プログラムはその見込がないため、設置しません。

#### <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、専門研修期間施設で開催される専門研修プログラム管理委員会に各連携施設の指導責任者が出席するという形で連携施設における研修の管理を行ないます。

## 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 25 名在籍しております。基幹施設の愛媛生協病院に 3 名、連携施設の宇部協立病院に 4 名、高松平和病院、玉島協同病院、岡山協立病院に各 3 名、福島生協病院、生協さえき病院に 2 名、水島協同病院、伊予診療所、新居浜協立病院、善通寺診療所、高知生協病院に各 1 名です。

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、本プログラムの指導医についても総合診療専門研修特任指導医講習会の受講を経てその能力が担保されています。

なお、指導医は以下の（ア）～（カ）のいずれかの立場の方で卒後の臨床経験 7 年以上の方より専任されており、本プログラムに在籍する指導医は、（ア）及び（オ）となっております。

- （ア）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
- （イ）全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定医
- （ウ）日本病院総合診療医学会認定医
- （エ）日本内科学会認定総合内科専門医
- （オ）大学病院または初期臨床研修病院の総合診療部門に所属し、総合診療を行なう医師
- （カ）（オ）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
- （キ）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

## 21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等

#### <研修実績及び評価の記録>

プログラム運用マニュアル・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、年に 1 回行ないます。

愛媛生協病院にて、専攻医の研修内容、目標に対する到達度、研修医の自己評価、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中断から 5 年以上保管します。

プログラム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）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）
- ・指導医マニュアル
- ・専攻医研修実績記録フォーマット

## 2.2. 専攻医の採用

当専門研修プログラム管理委員会は、毎年5月頃から説明会等を行ない、総合診療専攻医を募集します。応募者は9月末日までに専門研修プログラム統括責任者宛に所定の形式の「家庭医療学開発センター (CFMD) 総合診療専門研修プログラム・せとうち 総合診療専門研修プログラム応募申請書」及び履歴書、初期研修修了証 (写)、医師免許証 (写) を提出してください。なお、応募申請書の入手方法は次の通りです。

(ア) 愛媛生協病院の Website (<http://www.e-seikyo-hp.jp/recruit/recruit.html>) よりダウンロード

(イ) 愛媛生協病院に電話にて問い合わせ (089-976-7001 担当：研修担当事務局 浅田)

(ウ) 電子メールにて問い合わせ ([y-asada@ehime-med.org](mailto:y-asada@ehime-med.org) 担当：研修担当事務局 浅田)

原則として、10月中に書類選考及び面接を行ない、採否を決定して本人まで文書にて通知いたします。応募者及び選考結果については、当専門研修プログラム管理委員会にて報告します。

研修を開始した専攻医の氏名、医籍登録番号、卒業年度、履歴書、初期研修修了証は、当専門研修プログラム管理委員会に提出します。

以上