

ハートライフ病院総合診療専門研修プログラム

目次

1. ハートライフ病院総合診療専門研修プログラムについて
2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか
3. 専攻医の到達目標（習得すべき知識・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. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて
7. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方
8. 研修プログラムの施設群
9. 専攻医の受け入れ数について
10. 施設群における専門研修コースについて
11. 研修施設の概要
12. 専門研修の評価について
13. 専攻医の就業環境について
14. 専門研修プログラムの改善方法とサイトビジットについて
15. 修了判定について
16. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
17. Subspecialty 領域との連続性について
18. 総合診療研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件
19. 専門研修プログラム管理委員会
20. 総合診療専門研修指導医
21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について
22. 専攻医の採用

1. ハートライフ病院総合診療専門研修プログラムについて

現在、地域の病院や診療所の医師がかかりつけ医として地域医療を支えています。今後の日本社会の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行う医師が必要となることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価するために、新たな基本診療領域の専門医として総合診療専門医が位置づけられました。そして、総合診療専門医の質の向上を図り、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的としています。

こうした制度の理念に則って、ハートライフ病院総合診療専門研修プログラム（以下、本研修プログラム）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、ER型救急や急性期専門各科を有する地域拠点病院のなかで、専門各科と協働し全人的医療を展開しつつ、自らのキャリアパスの形成や地域医療に携わる実力を身につけていくことを目的として創設されました。

専攻医は、日常遭遇する疾病と傷害等に対して適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するとともに、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、絶えざる自己研鑽を重ねながら人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する総合診療専門医になることで、以下の機能を果たすことを目指します。

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

本研修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、プライマリ・ケアの専門家である総合診療医としての専門性を自覚しながら日々の診療にあたりると同時に、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。本研修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。

本研修プログラムでは、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、以下の総合診療専門医に欠かせない7つの資質・能力を効果的に習得することが可能になります。

- 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

本研修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、それぞれの特性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。

本研修プログラムの主な概要は下記の通りです。

- ① 沖縄県中部医療圏から南部医療圏にかかる県中南部東海岸域の約 50 万人の医療圏をカバーしており、common disease から希少疾患まで診療経験が可能
- ② 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
- ④ 地域病院(離島含む) または診療所と連携し、地域に密着した急性期・亜急性期の病院医療、診療所・在宅ケアを学び、総合的な診療能力を身につける
- ⑤ 病院内では臓器別でない病棟診療と外来診療を通して総合内科（Generality）的視点を養う
- ⑥ 総合診療専門研修 I（外来診療・在宅ケア中心）、総合診療専門研修 II（病棟診療、救急診療中心）、内科、小児科、救急科の 5 つを必須診療科として学ぶ
- ⑦ 専攻医の希望に応じて、選択期間内で整形外科（スポーツ医学含む）研修などを通じて総合診療に必要な診療領域を学ぶ

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・特任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し、患者を取り巻く社会的背景なども把握し多職種に共有できることを目標とします。

・3 年次修了時には、多疾患合併で診断や治療プロセスに困難さがあつたり、患者を取り巻く背景も疾患に影響したりしているような複雑な健康問題に対しても的確なマネジメントを提供することができ、かつ指導できることを目標とします。

・また、総合診療専門医は日常遭遇する疾病と障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、のち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、作成した経験省察研修録（ポートフォリオ：専攻医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プロセスをファイリングした研修記録）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

・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過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・特任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・特任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・特任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・特任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集中治療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・特任指導医と共に処置に当たる中から経験を積みます。

(オ) 地域ケア

地域医師会の活動を通じて、地域の実地医家と交流することで、地域包括ケアへ参画し、自らの診療を支えるネットワークの形成を図り、それらの活動に参画します。参画した経験を指導医・特任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

- (ア) 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。
- (イ) 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。
- (ウ) 医療倫理、医療安全、感染対策については、日本専門医機構が認定する共通講習の必修講習 A を総合診療専門研修期間中に各 1 回以上受講すること。日本専門医機構が認定する共通講習とは、以下のものを指す。
- ・日本専門医機構が主催する講習会
 - ・各基本領域学会または関連する学会の講習会で、日本専門医機構総合診療専門医検討委員会が審査・認定したもの。
 - ・日本医師会の主催する講習会および都道府県医師会、都市区医師会等が主催する講習会で、日本医師会が発出する実施要項にしたがい日本医師会が審査・認定したもの。
 - ・基幹施設・連携施設である医療機関が開催する講習会で、日本専門医機構が審査・認定したもの。
 - ・その他、日本専門医機構があらかじめ認定した省庁、各種公共団体及びそれに準じる団体等が主催する講習会

③ 自己学習

研修カリキュラムにおける経験目標は原則的に自プログラムでの経験を必要としますが、やむを得ず経験を十分に得られない項目については、総合診療領域の各種テキストや Web 教材、更には日本医師会生涯教育制度及び日本プライマリ・ケア連合学会等における e-learning 教材、医療専門雑誌、各学会が作成するガイドライン等を適宜活用しながら、幅広く学習します。

3) 専門研修における研究

専門研修プログラムでは、最先端の医学・医療を理解すること及び科学的思考法を体得することが、医師としての幅を広げるため重要です。また、専攻医は原則として学術活動に携わる必要があり、学術大会等での発表（筆頭に限る）または論文発表（共同著者を含む）を行うこととします。使用言語は問いません。研究発表については、経験ある指導医・特任指導医からの支援を提供します。

a.学会発表は、筆頭演者に限るが、臨床研究、症例報告のいずれでも可、それぞれ口演・ポスターのいずれでも可。ただし、学会発表は全国規模の学術大会とその地方会、国際学術大会は可とするが、研究会などは不可とする。

b.論文発表は、原著、症例報告、総説のいずれでも可。査読の有無は問わない。日本語の場合は、医学中央雑誌に掲載される雑誌であること。ただし、査読ありの場合は単著、共著ともに可とするが、査読なしの場合、「筆頭著者かつ指導医・特任指導医との共著であること」を条件とする。

4) 研修の週間計画および年間計画

基幹施設（ハートライフ病院）

総合診療専門研修 II

	月	火	水	木	金	土	日
8:15~8:45	ケースカンファ		医局勉強会	ケースカンファ		ケースカンファ	
9:00~12:30	病棟回診	病棟回診	病棟回診	午前外来	病棟回診	病棟回診	
13:30~14:30	チーム回診	チーム回診	半休	チーム回診	チーム回診		
14:30~17:30	病棟業務	病棟業務		病棟業務	病棟業務		
内科救急当直(月3~4回)							

内科（所属診療科によって異なる）

	月	火	水	木	金	土	日
8:00~8:15	消化器 カンファ						
8:15~8:45	総合内科 カンファ	心リハカンファ・ 勉強会 (循環器)	医局勉強会 (抄読会)	総合内科 カンファ 抄読会 (循環器)		総合内科 カンファ 病棟回診 (循環器)	
午前	外来診療/ 病棟業務	外来診療/ 病棟業務	外来診療/ 病棟業務	外来診療/ 病棟業務	外来診療/ 病棟業務	外来診療/ 病棟業務	
12:00~13:00		研修医向け レクチャー(ランチョン)			研修医向け レクチャー(ランチョン)		
13:00~	呼吸器内科 カンファ						
午後	外来診療/ 病棟業務	外来診療/ 病棟業務	外来診療/ 病棟業務	外来診療/ 病棟業務	外来診療/ 病棟業務		
14:00~	ICT 回診	気管支鏡検査 (呼吸器)			病棟回診 (呼吸器)		
15:00~			内科会議				
16:00~	呼吸器・放射線 カンファ						
17:00~	消化器						

	カンファ						
その他	内科救急当直(月 3~4 回)						

救急科

	月	火	水	木	金	土	日
8:00~8:15	ERカンファ	ERカンファ	ERカンファ	ERカンファ	ERカンファ	ERカンファ	
8:30~			医局勉強会 (抄読会)				
9:00~17:30	救急診療/ 集中医療	救急診療/ 集中医療	救急診療/ 集中医療	救急診療/ 集中医療	救急診療/ 集中医療	救急診療/ 集中医療 (午前のみ)	
	内科救急当直(月 3~4 回)						

連携施設

沖縄県立中部病院

総合診療科 (総合診療専門研修 II)

	月	火	水	木	金	土	日
07:30-08:30 ケースカンファ、抄読会など							
08:30-12:30 病棟回診、外来診療 (週 1 回)							
12:30-13:15 コアレクチャー (全科合同)							
13:15-17:00 入院患者診察等							
17:00-17:00 病棟回診、申し送りなど							
当直業務 (週 2 回程度)							

内科

	月	火	水	木	金	土	日
	各専科カンファ アレンス	グランドラウン ド (内科全 体)	各専科カンファ アレンス	医療安全、 CPC、内科外科 ER 合同カンファ	症例検討会		

午前				ァレンス		
	各専科単位で救急室回診					病棟業務、救急、当直または休日
総合内科外来（週1回）および病棟回診、各専科検査、処置など						
午後	コアレクチャー（病院全体）					
	病棟業務、各専科検査、処置					
	各専科カンファレンス					
	救急、病棟、当直業務					

小児科

	月	火	水	木	金	土	日
07:30-08:20 ケースカンファ、抄読会など							
08:30-12:30 病棟回診、外来診療（週1回）							
12:30-13:15 コアレクチャー（全科合同）							
13:15-15:00 入院患者診察等							
15:00-17:00 病棟回診、申し送りなど							
当直業務（週2回程度）							

救急科

	月	火	水	木	金	土	日
06:45-07:30 症例カンファ・振り返り							
07:30-12:30 救急診療							
12:30-13:15 コアレクチャー							
13:15-17:00 救急診療							
入院ケース回診（週2回）							
夜勤（週1回）							

中頭病院

総合診療専門研修 II

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-8:30					カンファレンス		
8:30-9:30	救急カンファレンス						
9:00-12:00	外来	朝回診、病棟業務			外来	回診 病棟業務	
13:00-14:00			カンファレンス		カンファレンス	土・日 日当直（月2回）	
14:00-16:30	病棟業務		外来	病棟業務			
16:30-17:30	カンファレンス、夕回診						
	平日当直（月3～4回）						

浦添総合病院

総合診療専門研修 II

	月	火	水	木	金	土
午前	研修医教育カンファレンス 回診 病棟業務	研修医教育カンファレンス 回診 病棟業務 入退院支援カンファレンス	研修医教育カンファレンス 回診 病棟業務	研修医教育カンファレンス 回診 病棟業務 NST回診	研修医教育カンファレンス 回診 病棟業務	研修医教育カンファレンス 回診 病棟業務
午後	回診 循環器内科カンファレンス 病棟業務	回診 入退院支援カンファレンス 神経内科カンファレンス 膠原病・腎臓内科カンファレンス 病棟業務	回診 入退院支援カンファレンス 病院総合内科カンファレンス 消化器内科カンファレンス 病棟業務	回診 薬剤師・リファーマシーカンファレンス 呼吸器内科カンファレンス 病棟業務	回診 糖尿病・内分泌内科カンファレンス 病棟業務	回診 病棟業務

救急

	月	火	水	木	金	土
午前	研修医教育カンファレンス 回診 病棟業務	研修医教育カンファレンス 回診 病棟業務	研修医教育カンファレンス 回診 病棟業務	研修医教育カンファレンス 回診 病棟業務	研修医教育カンファレンス 回診 病棟業務	
午後	病棟業務 回診	病棟業務 回診	病棟業務 回診	ランチオンレクチャー 病棟業務 回診	病棟業務 回診	

	月	火	水	木	金	土
午前	研修医教育カンファレンス ER業務	研修医教育カンファレンス ER業務	研修医教育カンファレンス ER業務 勉強会	研修医教育カンファレンス ER業務	研修医教育カンファレンス ER業務	
午後	ER業務	ER業務	ER業務	ランチオンレクチャー ER業務	ER業務	

整形外科

	月	火	水	木	金	土
午前	整形外科カンファレンス 回診 手術/病棟業務	整形外科カンファレンス 回診 手術/病棟業務	整形外科カンファレンス 回診 手術/病棟業務	整形外科カンファレンス 回診 手術/病棟業務	整形外科カンファレンス 回診 手術/病棟業務	回診 病棟業務
午後	回診 手術/病棟業務	回診 手術/病棟業務	回診 手術/病棟業務	回診 手術/病棟業務	回診 手術/病棟業務	

沖縄県立八重山病院

総合診療科（総合診療専門研修 II）

	月	火	水	木	金	土	日
7:30-8:30 朝カンファレンス							
8:30-12:00 病棟業務							
13:00-16:00 午後総合診療外来							
13:00-17:00 救急外来							
16:00-17:00 症例カンファレンス							
平日宿直（1～2回/週）、土日の日直・宿直（1回/月）							

内科

	月	火	水	木	金	土	日
7:30-8:30 朝カンファレンス							
8:30-12:00 病棟業務							
8:30-12:00 午前外来							
10:00-12:00 午前検査							
13:00-16:00 午後外来							
13:00-16:00 午後検査							
16:00-17:00 総回診							
16:00-17:00 症例カンファレンス							
平日宿直（1～2回/週）、土日の日直・宿直（1回/月）							

小児科

	月	火	水	木	金	土	日
7:30-8:30 朝カンファレンス							
8:30-12:00 病棟業務							
13:00-16:00 午後小児科外来							
13:00-17:00 小児救急外来							
16:00-17:00 症例カンファレンス							
平日宿直 (1~2 回/週)、土日の日直・宿直 (1 回/月)							

救急科

	月	火	水	木	金	土	日
7:30-8:30 朝カンファレンス							
8:30-12:00 午前救急外来							
9:00-12:00 午前救急搬送対応							
13:00-16:00 午後救急外来							
13:00-16:00 午後救急搬送対応							
16:00-17:00 症例カンファレンス							
平日宿直 (1~2 回/週)、土日の日直・宿直 (1 回/月)							

ファミリークリニックきたなかぐすく

総合診療専門研修 I

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00 勉強会							
9:00-12:30 外来診療							
11:00-12:00 他職種カンファレンス							
14:00-18:00 訪問診療							
14:00-18:00 外来診療							
18:00-19:00 症例カンファレンス							

伊江村立診療所

総合診療専門研修 I

		月	火	水	木	金	土	日
8:30~9:00	朝カンファレンス							
9:00~12:00	外来業務							
9:00~12:00	コンサルテーション							
13:00~17:00	外来業務							
13:00~17:00	コンサルテーション							
土日の ER 日直 (1~2 回/月)								

- ・毎週火曜日 透析センター
- ・毎週木曜日 (PM) 老人ホーム回診、在宅診療
- ・週 1 回 救急搬送事例検討

本研修プログラム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、SR3:3年次専攻医

月	全体行事予定
4	<ul style="list-style-type: none"> ・SR1:研修開始。専攻医及び指導医に提出用資料の配布 ・SR2、SR3、研修修了予定者:前年度分の研修記録が記載された研修手帳を月末までに提出 ・指導医・プログラム統括責任者:前年度の指導実績報告の提出
5	<ul style="list-style-type: none"> ・第 1 回研修管理委員会:研修実施状況評価、修了判定 ・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(開催時期は要確認)
6	<ul style="list-style-type: none"> ・研修修了者:専門医認定審査書類を日本専門医機構へ提出 ・日本プライマリ・ケア連合学会学術大会参加(発表)(開催時期は要確認)
7	<ul style="list-style-type: none"> ・研修修了者:専門医認定審査(筆記試験、実技試験) ・次年度専攻医の公募および説明会開催
8	<ul style="list-style-type: none"> ・日本プライマリ・ケア連合学会ブロック支部地方会公演公募(詳細は要確認)
9	<ul style="list-style-type: none"> ・第 2 回研修管理委員会:研修実施状況評価
10	<ul style="list-style-type: none"> ・日本プライマリ・ケア連合学会ブロック支部地方会参加(発表)(開催時期は要確認) ・SR1、SR2、SR3:研修手帳の記載整理(中間報告) ・次年度専攻医採用審査(書類及び面接)
11	<ul style="list-style-type: none"> ・SR1、SR2、SR3:研修手帳の提出(中間報告) ・日本プライマリ・ケア連合学会秋季生涯教育セミナー産科(開催時期は要確認)
12	<ul style="list-style-type: none"> ・第 3 回研修プログラム管理委員会:研修実施状況評価、採用予定者の承認
1	<ul style="list-style-type: none"> ・ブロック支部経験省察研修録(ポートフォリオ)発表会
3	<ul style="list-style-type: none"> ・その年度の研修終了 ・SR1、SR2、SR3:研修手帳の作成(年次報告)(書類は翌月に提出)

	<ul style="list-style-type: none"> ・SR1、SR2、SR3: 研修プログラム評価報告の作成(書類は翌月に提出) ・指導医・プログラム統括責任者: 指導実績報告の作成(書類は翌月に提出)
備考	・医療安全・医療倫理・感染対策に関する講習会を年間通して受講する。

3. 専攻医の到達目標（習得すべき知識・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（コンテクスト）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、さら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、一貫性を持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。

(2) 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

総合臨床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患者・医師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出来る能力

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出来る能力
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・会陰部通	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・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

※詳細は「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)

① 身体診察

ア. 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

イ. 成人患者への身体診察（直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠経、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む）

- ウ. 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）
- エ. 耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察
- オ. 死亡診断を実施し、死亡診断書を作成

② 検査

- ア. 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
 - イ. 採尿法（導尿法を含む）
 - ウ. 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）
 - エ. 穿刺法（腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）
 - オ. 単純 X 線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）
 - カ. 心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査
 - キ. 超音波検査（腹部・表在・心臓・下肢静脈）
 - ク. 生体標本（喀痰、尿、皮膚等）に対する顕微鏡的診断
 - ケ. 呼吸機能検査
 - コ. 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
 - サ. 消化管内視鏡（上部）、消化管内視鏡（下部）
 - シ. 造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）
 - ス. 頭・頸・胸部単純 CT
 - セ. 腹部単純・造影 CT
 - ソ. 頭部 MRI/MRA
- ※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。（研修手帳参照）

① 救急処置

- ア. 新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS、JPLS）
- イ. 小児蘇生のトレーニングが含まれている BLS
- ウ. 成人心肺蘇生法（ICLS または ACLS）または内科救急・ICLS 講習会（JMECC）
- エ. 外傷救急（JATEC）

② 薬物治療

- ア. 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。
- イ. 適切な処方箋を記載し発行できる。
- ウ. 処方、調剤方法の工夫ができる。
- エ. 調剤薬局との連携ができる。

オ. 麻薬管理ができる。

③ 治療手技・小手術

簡単な切開・異物摘出・ドレナージ

止血・縫合法及び閉鎖療法

簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギプス法

局所麻酔（手指のブロック注射を含む）

トリガーポイント注射

関節注射（膝関節・肩関節等）

静脈ルート確保および輸液管理（IVHを含む）

経鼻胃管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およびデブリードマン

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・交差適合支店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・技能の習得

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

（ア）外来医療

幅広い症例を経験し、症例カンファレンスを通じた臨床推論や総合診療の専門的アプローチに関する議論などを通じて、総合診療への理解を深めていきます。

（イ）在宅医療

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。

- ・常に標準以上の臨床能力を維持し、さらに向上させるために、ワークライフバランスを保ちつつも、生涯にわたり自己研鑽を積む習慣を身につける。
- ・総合診療の発展に貢献するために、教育者あるいは研究者として啓発活動や学術活動を継続する習慣

を身につける。

この実現のために、具体的には下記の研修目標の達成を目指します。

1. 教育

- ① 学生・研修医に対して1対1の教育を行うことができる。
- ② 学生・研修医向けにテーマ別の教育目的のセッションを企画・実施・評価・改善することができる。
- ③ 専門職連携教育（総合診療を実施する上で連携する多職種に対する教育）を提供することができる。

2. 研究

- ① 日々の臨床の中から研究課題を見つけ出すという、プライマリ・ケアや地域医療における研究の意義を理解し、症例報告や臨床研究を様々な形で実践できる。
- ② 量的研究（疫学研究など）、質的研究双方の方法と特徴について理解し、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。

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）または論文発表（共同著者含む）をいずれか1回行うことが求められます。使用言語は問わない。

- a.学会発表は、筆頭演者に限るが、臨床研究、症例報告のいずれでも可、それぞれ口演・ポスターのいずれでも可。ただし、学会発表は全国規模の学術大会とその地方会、国際学術大会は可とするが、研究会などは不可とする。
- b.論文発表は、原著、症例報告、総説のいずれでも可。査読の有無は問わない。日本語の場合は、医学中央雑誌に掲載される雑誌であること。ただし、査読ありの場合は単著、共著ともに可とするが、査読なしの場合、「筆頭著者かつ指導医との共著であること」を条件とする。

6. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて

総合診療専門医は以下の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、プライマリ・ケアの専門家である総合診療医としての専門性を自覚しながら日々の診療にあたることができる。
- (2) 安全管理（医療事故、感染症、廃棄物、放射線など）を行うことができる。
- (3) 地域の現状から見出される優先度の高い健康関連問題を把握し、その解決に対して各種会議への参加や住民組織との協働、あるいは地域ニーズに応じた自らの診療の継続や変容を通じて貢献できる。
- (4) へき地・離島、被災地、都市部にあっても医療資源に乏しい地域、あるいは医療アクセスが困難な地域でも、可能な限りの医療・ケアを率先して提供できる。

7. 施設群による研修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、ハートライフ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。ローテート研修に当たっては下記の構成を基本とします。

- (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、ハートライフ病院、沖縄県立中部病

院、沖縄県立八重山病院または浦添総合病院において総合診療専門研修 II を 12 ヶ月、ファミリークリニックきたなかぐすくまたは伊江村立診療所にて総合診療専門研修 I を 6 ヶ月、合計 18 ヶ月の研修を行います。指導医が不在となるへき地・離島に位置する伊江村立診療所では、本プログラム統括責任者が週に 1 回の遠隔テレビ会議等による振り返りと、3 ヶ月に 1 回の研修先訪問を必須としています。

- (2) 必須領域別研修として、内科 6 ヶ月研修はハートライフ病院、沖縄県立中部病院、浦添総合病院、または中頭病院にて行い、小児科 3 ヶ月研修は沖縄県立中部病院、中頭病院、または沖縄県立八重山病院にて行い、救急科 3 ヶ月研修はハートライフ病院、沖縄県立中部病院、中頭病院、浦添総合病院、または沖縄県立八重山病院にて行います。
- (3) その他の領域別研修として、ハートライフ病院または連携施設にて外科、整形外科、産婦人科、泌尿器科、皮膚科の研修を合わせて 6 ヶ月行うことが可能です。専攻医の意向を踏まえて決定します。
- (4) 6 ヶ月以上の研修を「医療資源の乏しい地域」である伊江村立診療所および沖縄県立八重山病院にて行います。

8. 研修プログラムの施設群

本研修プログラムは基幹施設 1、連携施設 6 の合計 7 施設の施設群で構成されています。基幹施設と 3 つの連携施設は沖縄県の中部医療圏にあり、1 つの連携施設は南部医療圏に位置しています。さらに、離島・へき地での医療を実施するため、沖縄県石垣島に位置する連携施設と北部医療圏に位置する連携施設を含む施設群です。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。

専門研修基幹施設

ハートライフ病院が専門研修基幹施設となります。

専門研修連携施設

本研修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通りです。全て、診療実績基準と所定の施設基準を満たしています。

総合診療研修 I

- ・ファミリークリニックきたなかぐすく（中部地区医療圏に位置する診療所であり、予防接種や健診、生活習慣指導、セルフケアなどの患者教育、一般診療、在宅診療、機能回復訓練という継続性を重視した診療を実践している。総合診療専門研修特任指導医が常勤している。）
- ・伊江村立診療所（北部地区医療圏の離島公立診療所で、自治体と連携した健康増進や予防医学が盛んである。小児から高齢者まで幅広く診療を行っており、在宅の往診等も行っている。）

総合診療研修 II・内科・救急・その他診療科

- ・沖縄県立中部病院（中部地区医療圏に位置する、各種専門診療を提供する急性期病院で、総合診療専門研修特任指導医が常勤している。）

- ・中頭病院（中部地区医療圏に位置する、各種専門診療を提供する急性期病院で、総合診療専門研修特任指導医が常勤している。）
- ・浦添総合病院（南部地区医療圏に位置する、各種専門診療を提供する急性期病院で、総合診療専門研修特任指導医が常勤している。）
- ・沖縄県立八重山病院（八重山医療圏に位置する、地域救命救急センター、へき地拠点病院、地域がん診療連携病院や各種専門診療を提供する急性期病院で、総合診療専門研修特任指導医が常勤している。）

専門研修施設群の地理的範囲

本研修プログラムの専門研修施設群は沖縄県内にあります。施設群の中には、地域中核病院や地域中小病院、診療所、離島診療所が入っています。

9. 専攻医の受け入れ数について

各専門研修施設における毎年度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特任指導医×2です。3学年の総数は総合診療専門研修特任指導医×6です。本研修プログラムにおける専攻医受け入れ可能人数は、基幹施設及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特任指導医1名に対して3名までとします。受け入れ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ション研修においては、各科の研修を行う総合診療専攻医については各科の指導医の指導可能専攻医数（同時に最大3名まで）には含めません。しかし、総合診療専攻医が各科専攻医と同時に各科のローテーション研修を受ける場合には、臨床経験と指導の質を確保するために、実態として適切に指導できる人数までに（合計の人数が過剰にならないよう）調整することが必要です。これについては、総合診療専門研修プログラムのプログラム統括責任者と各科の指導医の間で事前に調整を行います。

現在、本プログラム内には総合診療専門研修特任指導医が20名在籍しており、この基準に基づくと毎年60名が最大受入数ですが、当プログラムでは毎年2名を定員と定めております。

10. 施設群における専門研修コースについて

図2に本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。

専攻医1年目の前半の6ヶ月は基幹施設であるハートライフ病院にて総合診療専門研修Ⅱを行い、後半の6ヶ月を沖縄県立中部病院にて領域別必修研修である救急科（3ヶ月）と小児科（3ヶ月）を行います。

専攻医 2 年目では、浦添総合病院にて選択研修（整形外科：3 ヶ月）を行い、ファミリークリニックきたなかぐすくにて 6 ヶ月の総合診療専門研修 I を行い、離島の沖縄県立八重山病院にて 3 ヶ月の内科研修を行います。

専攻医 3 年目では、再度前半の 6 ヶ月を基幹施設であるハートライフ病院にて総合診療専門研修 II を行い、離島診療所の伊江村立診療所にて 3 ヶ月の総合診療専門研修 I を行い、沖縄県立中部病院にて 3 ヶ月の内科研修を行います。

図 2：ローテーション例

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	施設名	ハートライフ病院						沖縄県立中部病院					
	領域名	総合診療 II						救急			小児科		
2年目	施設名	浦添総合病院			ファミリークリニックきたなかぐすく						沖縄県立八重山病院		
	領域名	整形外科			総合診療 I						内科		
3年目	施設名	ハートライフ病院						伊江村立診療所			沖縄県立中部病院		
	領域名	総合診療 II						総合診療 I			内科		

本研修プログラムでの 3 年間の施設群ローテーションにおける研修目標と研修の場を示しました。ローテーションの際には特に主たる研修の場では目標を達成できるように意識して修練を積むことが求められます。

本研修プログラムの研修期間は 3 年間としていますが、習得が不十分な場合は習得できるまでの期間を延長することになります。

11. 研修施設の概要

ハートライフ病院

【専門医・指導医数】 総合診療専門研修特任指導医 1 名

総合内科専門医 5 名

救急科専門医 1 名

【診療科・患者数】 内科： 外来患者延数：2,905 名/月 入院患者延数：3,515 名/月

救急科： 救急車搬送件数：3,589 台/年

【病院の特徴】

- ・ 沖縄県中部医療圏から南部医療圏にかかる県中南部東海岸域の約 50 万人の医療圏をカバーしており、Common diseases から希少疾患まで診療経験が可能

- ・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
- ・病院内では臓器別でない病棟診療と外来診療を通して総合内科（Generality）的視点を養う
- ・専門内科においては、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科を持ち、地域へ専門医療を提供している。
- ・救急科においては、2次救急を行っており、ドクターカー等の病院前診療にも力を入れている。

沖縄県立中部病院

【専門医・指導医】

総合診療専門研修指導医 6名

（初期臨床研修病院にて総合診療部門に所属し総合診療を行う医師）

内科専門医 35名

小児科専門医 9名

救急科専門医 6名

【診療科・患者数】

総合内科・総合診療科：のべ外来患者数 2530名／月、入院患者総数 40名／月

内科：のべ入院患者数 7331名／月、のべ外来患者数 7569名／月

小児科：のべ入院患者数 1637名／月、のべ外来患者数 2384名／月

救急科：救急受診患者（1次から3次まで）の件数 2724件／月

【病院の特徴】

- ・1975年に救命救急センターの指定を受けて以来、県内の救命救急センターの一つとして1次から3次までの救急患者に対応し、地域の救急医療の中心的な役割を担っている。
- ・県立附属診療所に勤務する医師を育成する役割を果たしており、インターネット経由での情報交換や診療所医師の休暇における代診医派遣などの診療支援も行うことで、離島支援の中核的役割を担っている。
- ・日常診療で民間の医療機関が対応できない重症例や特殊な臨床症例を受け入れ、機器・人材を整備して、EBMに基づいた良質な医療を提供するように心がけている。
- ・JICAを窓口として、海外から医療人を受け入れ、短期・長期にわたる臨床現場での教育・研修に関わることで海外医療活動へ協力している。

中頭病院

【専門医・指導医】

総合診療専門研修指導医 2名

総合内科専門医 19名

内科専門医 3名

小児科専門医 5名

救急科専門医 7 名

【診療科・患者数】 内科： のべ外来患者数：5,611 名/月 のべ入院患者数：5,256 名/月
救急科：救急車搬送件数：約 8200 台/年

【病院の特徴】

- ・総合診療科においては、幅広い疾患に対する初診を中心とした外来診療、専門各科にまたがる問題を持つ患者に対する病棟診療を提供している。
- ・内科においては、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、神経内科などをもち、地域へ専門医療を提供している。
- ・小児科においては、乳幼児健診、予防接種、幅広い外来診療、病棟診療を提供している。
- ・救急科においては、幅広い救急医療を提供している。

浦添総合病院

【専門医・指導医】 総合診療専門研修指導医 5 名
内科専門医 14 名
救急科専門医 11 名

【診療科・患者数】 外来患者実数 90,618 名/年、入院患者総数 10,838 名/年
救急科：救急車搬送件数：5,757 件/年

【病院の特徴】

沖縄県浦添市に位置し、地域医療支援病院、救命救急センターとして入院機能を主体に救急患者、重症患者を中心に診療を行っています。また、沖縄県内 3 つの救命救急センターのうちの 1 つを有し、トップクラスの救急車搬送患者数を誇ります。病院前診療にも力を入れており、沖縄県の補助事業であるドクターヘリや消防本部からの要請で交通事故等の現場へ駆けつけるドクターカー研修も可能です。

沖縄県立八重山病院

【専門医・指導医】 総合診療専門研修指導医 6 名（日本プライマリ・ケア連合学会指導医）
内科専門医 4 名
小児科専門医 1 名
救急科専門医 1 名

【診療科・患者数】 総合診療科（内科の中に含まれていて総合診療科としてのデータはありません）
のべ外来患者数 3159 名/月、入院患者総数 281 名/月
内科：入院患者総数 281 名/月
小児科：のべ外来患者数 1323 名/月
救急科：救急車搬送件数：2372 件/年

【病院の特徴】

- ・八重山医療圏の基幹病院、地域救命救急センター、へき地拠点病院、地域がん診療連携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る（三次

において、当院で対応できない特殊なものについては、沖縄本島あるいは県外へ搬送を行っている)。

- ・総合診療科においては、幅広い疾患に対する初診を中心とした外来診療、専門各科にまたがる問題を持つ患者に対する病棟診療、救急科と連携した初期救急などを提供している。
- ・内科においては、循環器科、消化器科、呼吸器科、腎臓病科を持ち、地域への専門医療を提供している。
- ・小児科においては、乳幼児健診、予防接種、幅広い外来診療、病棟診療を提供している。
- ・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る。地域で唯一の精神病床を持ち、重度精神疾患患者への入院治療も含めた幅広い精神医療を提供している。

ファミリークリニックきたなかぐすく

【専門医・指導医】 総合診療専門研修特任指導医 2 名

【診療科・患者数】 のべ外来患者数：676 名/月 訪問診療のべ件数：109 件/月

【診療所の特徴】

ファミリークリニックきたなかぐすくは、高齢者と介護する家族の健康維持・増進と各種専門医療機関、介護・福祉サービスの紹介、連携しながら、以下の 6 つの基本方針として掲げています。

- ① 従来の診療科目にとらわれない幅広い診療を実践すること
- ② 身体的な面のみならず目を向けるのではなく、症状の背景にある心理社会的背景（問題を含む）を考慮した診療を実践すること
- ③ 予防接種や健診、生活習慣指導、セルフケアなどの患者教育、一般診療、機能回復訓練という継続性を重視した診療を実践すること
- ④ 患者を適切に急性期病院へ紹介して、状態が落ち着けば診療所に戻って治療を継続できるような病診連携を実践すること
- ⑤ 患者・家族と医療者が治療パートナーとなるような関係を築くべく努力すること
- ⑥ 必要に応じて家族も治療の対象とすること

主な利用者は急性の健康問題（感染症やケガなど）を抱えるすべての年齢層（乳児から高齢者）、生活習慣病、慢性閉塞性肺疾患、気管支喘息などの慢性疾患管理を必要とする成人及び小児、多系統にわたる疾患管理や各種介護サービスとの連携を必要とする高齢者及び障がい者、心身症、軽症の不安、抑うつ状態の診断と治療、カウンセリングを必要とする成人など。

伊江村立診療所

【専門医・指導医】 救急専門医 1 名

【診療科・患者数】 のべ外来患者数：1135 名/月

【診療所の特徴】

外科系・内科系・産科系を含め、多種多様な救急搬送があります。入院が必要な場合は、沖縄本島への急患搬送を行っています。日勤帯は、ドクターヘリ、MESH 救急ヘリを活用し、夜間は救急搬送船（平成 27 年 4 月 から運航開始、所要時間：伊江→本部間 10 分～15 分）で対応しています。伊江村は、役場職員及び消防団員による急患搬送体制のため、現場での処置が必要な際には、医師・看護師も現場へ向かい救命処置を施します。日常の外来では、小児を含め、common disease の診療・治療をはじめ、内科系、外科・整形外科的処置、人工透析を含め、住民の医療ニーズに応じた幅広い診療を提供しています。その他、村医として年 1 回の学校健診、年 2 回の保育所健診、年 50 回の各種予防接種（保健師と協力）、週 1 回の在宅訪問診療、嘱託医として特養老人ホーム（30 床）の回診を週 1 回実施します。

12. 専門研修の評価について

専門研修中の専攻医と指導医・特任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（ポートフォリオ）作成」、「研修目標と自己評価」の 3 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・特任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、指導医からの形成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、経験省察研修録作成の支援を通じた指導を行う。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する。専攻医には詳細 20 事例、簡易 20 事例の経験省察研修録（ポートフォリオ）を作成することが求められますので、指導医は定期的な研修の振り返りの際に、経験省察研修録（ポートフォリオ）作成状況を確認し適切な指導を提供します。また、施設内外にて作成した経験省察研修録（ポートフォリオ）の発表会を行います。

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 6 つのコアコンピテンシーに基づいて設定しており、詳細は研修手帳にあります。

(3) 研修目標と自己評価

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

また、上記の 3 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)等利用した診療場面の直接観察やケースに基づくディスカッション (Case-based discussion) を定期的実施します。また、多職種による 360 度評価を各ローテーション終了時、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 1 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、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双方にとって運用しやすいからです。

6 ヶ月間の内科研修の中で、最低 20 例を目安として入院症例を受け持ち、その入院症例 (主病名、主担当医) のうち、提出病歴要約として 5 件を登録します。分野別 (消化器、循環器、呼吸器など) の登録数に所定の制約はありませんが、可能な限り幅広い異なる分野からの症例登録を推奨します。病歴要約については、同一症例、同一疾患の登録は避けてください。

提出された病歴要約の評価は、所定の評価方法により内科の担当指導医が行いますが、内科領域のようにプログラム外の査読者による病歴評価は行いません。

6 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。なお、研修手帳の「小児救急の一般目標・診療能力」において、経験する機会がなかった項目、十分に習得できなかった項目については、小児 2 次救命処置コースである PALS や JPLS、あるいは、小児蘇生トレーニングが含まれている AHA BLS コースの修了をもって代えることも可とする。

3 ヶ月の小児科及び救急科の研修終了時には、各課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。なお、3 ヶ月で可能な限り目標を達成することに努め、できなかったものは研修期間の中で必ず達成する必要があります。

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・特任指導医は、経験省察研修録、短縮版臨床研修評価テスト、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・特任指導医資格の取得に際して受講を義務付けている指導医講習会・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。

13. 専攻医の就業環境について

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。

研修年次ごと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い、その内容はハートライフ病院総合診療専門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。

プログラム統括責任者は、専攻医が差別やハラスメントを防止し、良好な研修および就業ができるように環境を維持・確保するように努めます。

プログラム統括責任者および(特任)指導は専攻医がハラスメントを受けている事実を認知したときや問題が生じたおそれがあると認められる場合、これを黙認せず適切に対処する必要があります。

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

本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うこととしています。

(1) 専攻医による指導医・特任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・特任指導医、専攻医指導施設、本研修プログラムに対する評価を行います。また、指導医・特任指導医も専攻医指導施設、本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・特任指導医等からの評価は、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および指導を行います。評価に基づいて何をどのように改善したかを記録し、毎年3月31日までに日本専門医機構の総合診療研修委員会に報告します。

また、専攻医が日本専門医機構に対して直接、指導医・特任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

本研修プログラムに対して日本専門医機構からのサイトビジット(現地調査)が行われます。その評価に基づいて専門研修プログラム管理委員会で本研修プログラムの改良を行います。本研修プログ

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の総合診療研修委員会に報告します。

また、同時に、総合診療専門研修プログラムの継続的改良を目的としたピアレビューとして、総合診療領域の複数のプログラム統括責任者が他の研修プログラムを訪問し観察・評価するサイトビジットを実施します。該当する学術団体等によるサイトビジットが企画されますが、その際には専攻医に対する聞き取り調査なども行われる予定です。

15. 修了判定について

3年間の研修期間における研修記録にもとづいて、知識・技能・態度が専門医試験を受けるのにふさわしいものであるかどうか、症例経験数が日本専門医機構の総合診療研修委員会が要求する内容を満たしているものであるかどうかを、専門医認定申請年の5月末までに専門研修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4つの基準が評価されます。

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

16. 専攻医が研修プログラム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（ポートフォリオ）を専門医認定申請年の4月末までに専門研修プログラム管理員に送付してください。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

総合診療に関連する Subspecialty 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、Subspecialty 連絡協議会にて継続審議される内容を参考に本研修プログラムでも計画していく予定です。

18. 総合診療研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件

- (1) 休止：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。この場合、中断届、再開届の提出は不要です。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程の期間の2/3を下回らないようにすることが必要です。ただし、「医療資源の乏しい地域」での研修期間の短縮は原則として認められません。

- ア) 病気の療養
 - イ) 産前・産後休業
 - ウ) 育児休業
 - エ) 介護休業
 - オ) 大学院進学および留学
 - カ) その他、やむを得ない理由
- (2) 中断・再開：研修の再開まで通算 6 カ月を超える場合は専門研修中断となり、中断届を日本専門医機構へ提出する必要があります。また、専門研修を再開する場合は、再開届を日本専門医機構へ提出することになります。再開時は、原則として中断時と同じプログラムで専門研修を再開する必要があります。
- (3) 延長：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延長の必要があり、延長届を日本専門医機構へ提出します。ただし、カリキュラム制（単位制）の対象となるものは、カリキュラム制への移行も考慮します。
- (4) プログラム移動：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、移動前プログラムと移動後のプログラムの統括責任者同士の協議、承認を得た上で、移動申請書を日本専門医機構へ提出し、承認を受ける必要があります。
- ア) 所属プログラムが廃止され、又は認定を取り消されたとき
 - イ) 専攻医にやむを得ない理由があるとき
- (5) プログラム辞退：日本専門医機構が認定する他の基本領域へ転科する場合は、または日本専門医機構の認定する専門研修を辞退する場合は、辞退届を日本専門医機構へ提出します。なお、研修再開の可能性がある場合は、辞退届ではなく中断届を提出します。

19. 専門研修プログラム管理委員会

基幹施設であるハートライフ病院には、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統括責任者を委員長とし、院内その他の関係診療科指導医、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、専攻医およ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。

◆専門研修プログラム管理委員会の役割と権限◆

- ・ 専門研修を開始した専攻医の把握と日本専門医機構の総合診療研修委員会への専攻医の登録
- ・ 専攻医ごとの、研修手帳及び経験省察研修録（ポートフォリオ）の内容確認と、今後の専門研修の進め方についての検討
- ・ 研修手帳及び経験省察研修録（ポートフォリオ）に記載された研修記録、総括的評価に基づく、専門医認定申請のための修了判定
- ・ 各専門研修施設の前年度診療実績、施設状況、指導医・特任指導医数、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院に基づく状況把握、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（必要に応じて専攻医及び指導医・特任指導医へのフィードバックを提供し、専攻医及び指導医・特任指導医からのフィードバックを受けます）
- ・ 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き、副専門研修プログラム統括責任者は専門研修プログラム統括責任者を補佐しますが、当プログラムではその見込みがないため設置しておりません。

連携施設での委員会組織

総合診療専門研修においては、連携施設における各科で個別に委員会を設置するのではなく、専門研修基幹施設で開催されるプログラム管理委員会に専門研修連携施設の各科の指導責任者も出席する形で、連携施設における研修の管理を行います。

20. 総合診療専門研修指導医

本プログラムには、総合診療専門研修特任指導医が総計 20 名、具体的にはハートライフ病院 総合内科に 1 名、沖縄県立中部病院に 6 名、中頭病院に 1 名、浦添総合病院に 4 名、沖縄県立八重山病院に 6 名、ファミリークリニックきたなかぐすくに 2 名在籍しております（伊江村立診療所には在籍無）。

指導医・特任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もとめられており、本プログラムの指導医・特任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・特任指導医は、以下の①～⑩のいずれかの立場の方で、卒後の臨床経験 7 年以上の方、また日本専門医機構が指定する特任指導医講習会（e-ラーニング研修）を修了している方より選任されております。

- ① 日本プライマリ・ケア連合学会認定のプライマリ・ケア認定医、または家庭医療専門医
- 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 全日本病院協会（全日病）認定総合医
- ⑥ 日本病院会（日病）認定総合医
- ⑦ 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認定専門医

- ⑧ 大学病院または臨床研修病院にて協力して総合診療部門（総合診療科・総合内科等）に所属し総合診療を行う医師
- ⑨ 大学病院または臨床研修病院にて
- ⑩ 都道府県医師会ないし群市区医師会から「総合診療専門委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

※1 総合診療専門研修中の専攻医は特任指導医の資格を取得できません。

※2 特任指導医の資格を有する者が総合診療専門研修の専攻医となることは可能である。その特任指導医（専攻医）の特任指導医資格は、⑦その他の特任指導医・指導医更新手続き活動の休止に示す「休止」として取り扱うため、その特任指導医（専攻医）が総合診療専門研修中に指導医となることはできない。

《特任指導医の任期期間は、上記要件が確認された翌年度より5年間とする》

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

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・特任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。

ハートライフ病院 総合内科にて、専攻医の研修内容、目標に対する到達度、専攻医の自己評価、360度評価と振り返り等の研修記録、研修ブロック毎の総括的評価、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。

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
「指導医マニュアル」参照
- ◎ 専攻医研修実績記録フォーマット
所定の研修手帳参照
- ◎ 指導医による指導とフィードバックの記録
所定の研修手帳参照

22. 専攻医の採用

【採用方法】毎年7月頃から website での公表や説明会などを行い、総合診療専攻医を募集します。翌年度のプログラムへの応募者は、指定日（詳しくは病院ホームページまたは募集要項をご確認ください）までに書類選考及び面接を行い、ハートライフ病院総合診療専門研修プログラム管理委員会において協議の上で採否を決定し、本人に文書にて通知します。

お問合せ先：ハートライフ病院 臨床研修センター Email:kenshu@heartlife.or.jp

研修を開始した専攻医は、各年度の5月31日までに以下の必要書類を、ハートライフ病院総合診療専門研修プログラム管理委員会 (kenshu@heartlife.or.jp)に提出します。

- ・ 医師免許証原本
- ・ 初期研修修了証
- ・ 保険医登録証