

# 国立病院機構九州医療センター総合診療専門研修プログラム冊子

研修期間3年(基幹施設2年間+連携施設1年間)

## 目次

1. 基幹施設と連携施設の概要について
2. 理念・使命・特性
3. 募集専攻医数
4. 到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)
5. 専門知識, 専門技能の習得計画
6. 専門研修の方法
7. プログラム全体と各施設におけるカンファランス
8. リサーチマインドの養成計画
9. 地域医療における施設群の役割
10. 地域医療に関する研修計画
11. 総合診療専攻医研修モデル
12. 専攻医の評価時期と方法
13. Subspecialty領域との連続性について
14. 専門研修の休止, 中断, プログラム移動, プログラム外研修の条件
15. 専門研修プログラムを支える体制
16. 専門研修プログラムの改善方法
17. 専攻医の募集及び採用の方法
18. 専門研修修了要件
19. 研修医マニュアル、指導医マニュアル、その他専門研修必要資料について

## 国立病院機構九州医療センター総合診療専門研修プログラム

### 1. 基幹施設と連携施設の概要について【整備基準23～31】

国立病院機構九州医療センターは九州における有数の高度総合医療施設であり、循環器、消化器、呼吸器をはじめ内分泌代謝、血液、膠原病等幅広い分野で専門的医療を行い、さらに九州ブロックにおけるエイズ診療、災害医療の拠点病院、がん診療連携拠点病院、地域医療支援拠点病院として地域医療の中核として高い専門性と総合力を有している。

#### 【原土井病院】

総合診療センターを設置し、総合診療医の育成に力を注いでいる。臨床的には、総合診療外来であらゆる疾病の患者に対応し、病棟では未診断の患者あるいは種々の併存症のある患者の主治医をする。毎週、病棟症例検討会、セミナー、読影会、英会話教室を開催している。臨床研究もセンター長の指導のもと盛んに行われ、日本病院総合診療医学会を中心に学会活動も行っている。

#### 【医療法人にのさかクリニック】

医療法人にのさかクリニックは、地域のかかりつけ医として、外科・消化器内科の専門分野のみならず、在宅医療・在宅ホスピスに力を入れている。在宅療養を支える訪問看護ステーション、居宅介護支援施設、地域の中核病院等との連携をとりながら、包括的な医療の提供に取り組んでいる。近年は、在宅ホスピスポランティアの育成や活動支援も行っている。

また、健康教室の開催、広報誌「ひまわり」の発行、チャリティイベントの開催を通して地域との交流を深め、バングラデシュを中心とした国際保険医療支援活動にも取り組んでいる。現在は、特に看護学校建設プロジェクトを実行中である。

#### 【医療法人しんどう小児科医院】

地域の開業医として、乳幼児健診では乳幼児、小児の健診時における発達段階の観察や育児指導を行い、また予防接種計画を個別にたてる。幼稚園・保育園健診においては感染防御や発達障害児などの早期発見を習得する。一般外来では診断のためのアプローチの仕方や、よく遭遇する感染症に使用されるようになった迅速キットなどについても学ぶことができる。臨床心理士による月に3回の心理外来では発達障害児、自閉症児などへの面接の仕方などを研修する。

#### 【山本内科・糖尿病内科】

糖尿病を中心に生活習慣病の予防と治療を行い、地域の急性期病院と連携して診療を行っています。

## 【柿添病院】

常に安全で質の高い急性期医療を心がけ、他の医療機関との連携を図ることにより、患者様中心の地域完結型医療を実践する。

超高齢化社会に対応すべく周辺の介護福祉施設などと密に連携協力し、地域の急性期病院の立場で在宅医療をはじめとする医療、福祉を支援する

## 2. 理念・使命・特性

### ① 理念【整備基準1】

- 1) 本総合診療専門研修プログラムは、当院を基幹施設として、福岡・糸島医療圏、北九州医療圏の地域包括ケアや在宅医療、病病連携・病診連携に力を入れている医療機関を連携施設として形成している。この研修プログラムを経て、福岡県の医療事情を理解し、地域の実情に合わせた実践的な医療も行えるように訓練され、基本的臨床能力獲得後は必要に応じた可塑性のある総合診療専門医として福岡県全域を支える総合診療専門医の育成を行う。
- 2) 初期臨床研修を修了した総合診療専攻医は、本プログラム専門研修施設群での3年間に、豊富な臨床経験を持つ指導医の適切な指導の下で、総合診療専門医制度研修カリキュラムに定められた研修を通じて、標準的かつ全人的な総合診療医療の実践に必要な知識と技能とを修得する。また、知識や技能に偏らずに、患者に人間性をもって患者の立場に立った診療を実践すると同時に、医師としてのプロフェッショナリズムとリサーチマインドの素養をも修得して、可塑性が高く様々な環境下で全人的な内科医療を実践する先導者の持つ能力である。総合診療の専門研修では、幅広い疾患群を順次経験することによって、総合診療の基礎的診療を繰り返して学ぶとともに、疾患や病態に特異的な診療技術や患者の抱える多様な背景に配慮する経験とが加わることに特徴がある。さらに、これらの経験を単に記録するのではなく、病歴要約として科学的根拠や自己省察を含めて記載し、複数の指導医による指導を受けることを積み重ねることによって総合診療専門医として必要な能力を涵養することが可能になる。
- 3) 現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えている。今後の日本社会の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行う医師が必要になることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、新たな基本診療領域の専門医と位置づけられる。  
[1]総合診療専門医の質向上を図り、以て、国民の健康・福祉に貢献することを第一目標とする。

[2]地域で活躍する総合診療専門医が、誇りをもって診療等に従事できる専門医研修とする。特にこれから資格取得を目指す若手医師にとって、夢と希望を与える研修となることを目指す。

[3]我が国の今後の医療提供体制の構築に資する制度とする。

## ② 使命【整備基準2】

- 1) 地域医療のみならず超高齢化社会を迎えた日本を支える総合診療専門医として、1)高い倫理観を持ち、2)最新の標準的医療を実践し、3)安全な医療を心がけ、4)プロフェッショナルリズムに基づく患者中心の医療を提供し、臓器別専門性に著しく偏ることなく全人的な総合診療を提供すると同時に、チーム医療を円滑に運営できる研修を行う。
- 2) 本プログラムを修了し総合診療専門医の認定を受けた後も、総合診療専門医は常に自己研鑽を続け、最新の情報を学び、新しい技術を修得し、標準的な医療を安全に提供し、疾病の予防、早期発見、早期治療に努め、自らの診療能力をより高めることを通じて総合診療全体の水準をも高めて、地域住民、日本国民に生涯にわたって最善の医療を提供してサポートできる研修を行う。
- 3) 地域医療のニーズを踏まえた、疾病の予防から治療に至る保健・医療・介護・福祉活動を通じて地域住民の健康に積極的に貢献できる研修を行う。
- 4) 将来の医療の発展のために、リサーチマインドを持ち臨床研究、基礎研究を実際に行う契機となる研修を行う。

## ③ 特性

- 1) 本プログラムは、福岡・糸島医療圏の中心的な急性期病院の一つである当院を基幹施設として、福岡・糸島医療圏、北九州医療圏の連携施設での研修を経ることで、超高齢社会を迎えた我が国の医療事情を理解し、必要に応じた可塑性のある、地域の実情に合わせた実践的な医療も行えるように訓練される。研修期間は基幹施設十連携施設で3年間である。
- 2) 本プログラムでは、症例をある時点で経験するというだけでなく、豊富な臨床経験を持つ指導医の適切な指導の下で、主担当医として、一人一人の症例において入院から退院まで可能な範囲で継続的に診療に携わり、全体の流れを通じて全身状態、社会背景、療養環境調整を包括する全人的な総合医療の実践にする。そして、個々の患者に最適な医療を提供する計画を立て実行する能力の修得をもって目標への到達とする。

3) 基幹施設である当院は、福岡市および近郊医療圏における中心的な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る。一方で、地域に根ざす第一線の病院でもあり、コモンディーズの経験はもちろん、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もでき、高次病院や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）との病診連携も経験できる。

#### ④ 専門研修後の成果【整備基準3】

地域を支える診療所や病院においては、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他職種等と連携して、地域の保健・医療・介護・福祉等の様々な分野におけるリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア、等を含む）を包括的かつ柔軟に提供できる。また、総合診療部門を有する病院においては、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）と臓器別でない外来診療（救急や複数の健康問題をもつ患者への包括的ケア）を提供することができる。具体的には以下の6つのコアコンピテンシーを獲得することを目指す。

1. 人間中心の医療・ケア
2. 包括的統合アプローチ
3. 連携重視のマネジメント
4. 地域志向アプローチ
5. 公益に資する職業規範
6. 診療の場の多様性

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

### 3. 募集専攻医数【整備基準27,31】

・総合診療専門医では、2名／年募集とする。指導医数、連携施設の状況を鑑みて十分に専門医機構の基準を症例数、指導医数を満たすことが可能である。

・経験目標（症候・疾患・身体診察・検査・処置・治療・地域活動）にある診療を基幹施設と連携施設で十分に経験するために下記の診療実績基準を示す。

・総合診療専門研修Ⅰ：のべ外来患者数 400名以上／月、のべ訪問診療件数 20件以上／月

・総合診療専門研修Ⅱ：のべ外来患者数 200名以上／月、入院患者総数 20名以上／月

・内科研修：入院患者総数 40名以上／月

・小児科研修：のべ外来患者数 400名以上／月

・救急科研修：救急による搬送等の件数 1000件以上／年

- ・ただし、複数の研修施設によって各診療領域の研修施設群を構築することで上記の基準を満たすことも可能であり、その場合は施設単位で必ずしも上記基準を満たさなくても良い。
- ・また、各研修施設についてはそれぞれ経験が望ましい経験目標があるので、資料7を参考にしながら十分な経験が可能となるように配慮する。

#### 4. 到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)

##### ①専門知識【整備基準4】

総合診療の専門知識は以下の5領域で構成される。

1. 地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病いの経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などのコンテキスト(※)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. プライマリ・ケアの現場では、疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論に基づく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、更には健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチが求められる。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地域に対する医療機関としての継続性、更には診療の継続性に基づく医師・患者の信頼関係を通じて、一貫性をもった統合的な形で提供される。
3. 多様な健康問題に的確に対応するためには、地域の多職種との良好な連携体制の中での適切なリーダーシップの発揮に加えて、医療機関同士あるいは医療・介護サービス間での円滑な切れ目ない連携も欠かせない。更に、所属する医療機関内の良好な連携のとれた運営体制は質の高い診療の基盤となり、そのマネジメントは不断に行う必要がある。
4. 医療機関を受診していない方も含む全住民を対象とした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と同時に、地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の積極的な把握と体系的なアプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与する。
5. 総合診療専門医は日本のプライマリ・ケアの現場が外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえて、その能力を場に応じて柔軟に適用することが求められ、その際には各現場に応じた多様な対応能力が求められる。

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

## ②専門技能【整備基準5】

総合診療の専門技能は以下の5領域で構成される。

1. 外来・救急・病棟・在宅という多様な総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査・治療手技
2. 患者との円滑な対話と医師・患者の信頼関係の構築を土台として、患者中心の医療面接を行い、複雑な家族や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法
3. 診療情報の継続性を保ち、自己省察や学術的利用に耐えうるように、過不足なく適切な診療記録を記載し、他の医療・介護・福祉関連施設に紹介するときには、患者の診療情報を適切に診療情報提供書へ記載して速やかに情報提供することができる能力
4. 生涯学習のために、情報技術(information technology; IT)を適切に用いたり、地域ニーズに応じた技能の修練を行ったり、人的ネットワークを構築することができる能力
5. 診療所・中小病院において基本的な医療機器や人材などの管理ができ、スタッフとの協働において適切なリーダーシップの提供を通じてチームの力を最大限に発揮させる能力

## ③学問的姿勢【整備基準6】

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

※各項目の詳細は、総合診療専門医 専門研修研修カリキュラムの到達目標5の2)・3)を参照

## ④医師としての倫理性、社会性など【整備基準7】

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。

※各項目の詳細は、総合診療専門医 専門研修研修カリキュラムの到達目標3, 4及び5の1)を参照

## 5. 専門知識・専門技能の習得計画

### ① 経験すべき疾患・病態【整備基準8】

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

1. 以下に示す一般的な症候に対し、臨床推論に基づく鑑別診断および、他の専門医へのコンサルテーションを含む初期対応を適切に実施し、問題解決に結びつける経験をする。(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 誤嚥 誤飲 嚥下困難 吐血・下血 嘔気・嘔吐 胸やけ 腹痛 便秘異常 肛門・会陰部痛 熱傷 外傷 褥瘡 背部痛 腰痛 関節痛 歩行障害 四肢のしびれ 肉眼的血尿 排尿障害(尿失禁・排尿困難) 乏尿・尿閉 多尿 不安 気分の障害(うつ) 精神科領域の救急 流・早産及び満期産 女性特有の訴え・症状 成長・発達の障害

2. 以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じて他の専門医・医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントを経験する。(必須項目のカテゴリーのみ掲載)

貧血、脳・脊髄血管障害、脳・脊髄外傷、変性疾患、脳炎・髄膜炎、一次性頭痛、湿疹・皮膚炎群、蕁麻疹、薬疹、皮膚感染症、骨折、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、横隔膜・腹壁・腹膜、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、気分障害、不安障害、身体表現性障害、ストレス関連障害・心身症、不眠症、ウイルス感染症、細菌感染症、膠原病とその合併

症、中毒、アナフィラキシー、熱傷、小児ウイルス感染症、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

※詳細は総合診療専門医 専門研修研修カリキュラムの経験目標3を参照

## ②経験すべき診察・検査等【整備基準9】

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査を経験する。なお、下記の経験目標については一律に症例数や経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められる。(資料1:研修手帳 p.16-18参照)

### 1. 身体診察

小児の一般的身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察 成人患者への身体診察(直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む) 高齢患者への高齢者機能評価を目的とした身体診察(歩行機能、転倒・骨折リスク評価など)や認知機能検査(HDS-R、MMSEなど) 耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる。婦人科的診察(腔鏡診による内診や外陰部の視診など)を実施できる。

### 2. 検査

各種の採血法(静脈血・動脈血)、簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査、採尿法(導尿法を含む)、注射法(皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴・成人及び小児の静脈確保法、中心静脈確保法を含む)、穿刺法(腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む) 単純X線検査(胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に)、心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査、超音波検査(腹部・表在・心臓)、生体標本(喀痰、尿、腔分泌物、皮膚等)に対する顕微鏡的診断、呼吸機能検査、オージオメトリーによる聴力評価及び視力検査表による視力評価、子宮頸部細胞診、消化管内視鏡(上部)、消化管内視鏡(下部)、造影検査(胃透視、注腸透視、DIP)

※詳細は総合診療専門医 専門研修研修カリキュラムの経験目標1を参照

## ③経験すべき手術・処置等【整備基準10】

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な治療手技を経験する。なお、下記については一律に経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められる。(資料1:研修手帳p.18-19参照)

### 1. 救急処置

新生児、幼児、小児の心肺蘇生法(PALS)、成人心肺蘇生法(ICLSまたはACLS)、病院前外傷救護法(PTLS)

### 2. 薬物治療

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

### 3. 治療手技・小手術

簡単な切開・異物摘出・ドレナージ、止血・縫合法及び閉鎖療法、簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギプス法、局所麻酔(手指のブロック注射を含む)、トリガーポイント注射、関節注射(膝関節・肩関節等)、静脈ルート確保および輸液管理(IVHを含む)、経鼻胃管及び胃瘻カテーテルの挿入と管理、導尿及び尿道留置カテーテル・膀胱瘻カテーテルの留置及び交換、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を含む)、各種ブロック注射(仙骨硬膜外ブロック・正中神経ブロック等)、小手術(局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法滅菌・消毒法)、包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法、穿刺法(胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等)、鼻出血の一時的止血、耳垢除去、外耳道異物除去、咽喉頭異物の除去(間接喉頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用)、睫毛抜去

※詳細は総合診療専門医 専門研修研修カリキュラムの経験目標1を参照

### ④地域医療の経験(病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など)【整備基準11】

1. 適切な医療・介護連携を行うために、介護保険制度の仕組みやケアプランに則した各種サービスの実際、更には、介護保険制度における医師の役割および医療・介護連携の重要性を理解して下記の活動を地域で経験する。

(1)介護認定審査に必要な主治医意見書の作成

(2)各種の居宅介護サービスおよび施設介護サービスについて、患者・家族に説明し、その適応を判断

(3)ケアカンファレンスにおいて、必要な場合には進行役を担い、医師の立場から適切にアドバイスを提供

(4)グループホーム、老健施設、特別養護老人ホームなどの施設入居者の日常的な健康管理を実施

(5)施設入居者の急性期の対応と入院適応の判断を、医療機関と連携して実施

2. 地域の医師会や行政と協力し、地域での保健・予防活動に寄与するために、以下の活動を経験する。

- (1) 特定健康診査の事後指導
- (2) 特定保健指導への協力
- (3) 各種がん検診での要精査者に対する説明と指導
- (4) 保育所、幼稚園、小学校、中学校において、健診や教育などの保健活動に協力
- (5) 産業保健活動に協力
- (6) 健康教室(高血圧教室・糖尿病教室・高脂血症教室など)の企画・運営に協力

## ⑤学術活動【整備基準12】

### 1. 教育

- 1) 学生・研修医に対して1対1の教育をおこなうことができる。
- 2) 学生・研修医向けにテーマ別の教育目的のセッションを企画・実施・評価・改善することができる。
- 3) 専門職連携教育を提供することができる。

### 2. 研究

- 1) 日々の臨床の中から研究課題を見つけ出すという、プライマリ・ケアや地域医療における研究の意義を理解し、症例報告や臨床研究を様々な形で実践できる。
- 2) 量的研究、質的研究双方の方法と特長について理解し、批判的に吟味でき、各種研究成果を自らの診療に活かすことができる。

※各項目の詳細は、総合診療専門医 専門研修研修カリキュラムの到達目標5の3)を参照

## 6. 専門研修の方法

### ①臨床現場での学習【整備基準13】

職務を通じた学習(On-the-job training)を基盤とし、診療経験から生じる疑問に対してEBMの方法論に則って文献等を通じた知識の収集と批判的吟味を行うプロセスと、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図るプロセスを両輪とする。その際、学習履歴の記録と自己省察の記録をポートフォリオ(経験と省察のファイリング)作成という形で全研修課程において実施する。場に応じた教育方略は下記の通り。

#### ・外来医療

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

については、習熟度に応じた指導を提供する。

#### ・在宅医療

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

#### ・病棟医療

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

#### ・救急医療

経験目標を参考に救急外来や救命救急室等で幅広い経験症例を確保する。外来診療に準じた教育方略となるが、特に救急においては迅速な判断が求められるため救急特有の意思決定プロセスを重視する。また、救急処置全般については技能領域の教育方略(シミュレーションや直接観察指導等)が必要となり、特に、指導医と共に処置にあたる中から経験を積む。

#### ・地域ケア

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

## ② 臨床現場を離れた学習【整備基準14】

- ・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する。
- ・臨床現場で経験数の少ない手技などをシミュレーション機器を活用して学ぶこともできる。
- ・医療倫理、医療安全、感染対策、保健活動、地域医療活動等については、日本医師会の生涯教育制度や関連する学会の学術集会等を通じて学習を進める。地域医師会における生涯教育の講演会は、診療に関わる情報を学ぶ場としてのほか、診療上の意見交換等を通じて人格を陶冶する場として活用できる。

また、基幹施設において、下記の講習会・研修会を開催しているので積極的に参加し自己研鑽を積むことができる。

- i. 定期的(毎週1回程度)に開催する各診療科での抄読会
- ii. 医療倫理, 医療安全, 感染防御に関する講習会(基幹施設: 2014年度医療安全2, 感染防御2, 医療倫理はCITI-JによるWEB講習)
- iii. CPC(基幹施設2014年度実績5回)
- iv. 研修施設群合同カンファレンス
- v. 地域参加型のカンファレンス
- vi. JMECC講習会(基幹施設: 2017年度年1回開催予定)

### ③自己学習【整備基準15】

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

### ④専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス【整備基準16】

1年次修了時には、患者の情報を過不足なく明確に指導医や関連職種に報告し、健康問題を迅速かつ正確に同定することができる。2年次修了時には、診断や治療プロセスも標準的で患者を取り巻く背景も安定しているような比較的単純な健康問題に対する的確なマネジメントを提供することができる。3年次修了時には、多疾患合併で診断や治療プロセスに困難さがあつたり、患者を取り巻く背景も疾患に影響したりしているような複雑な健康問題に対しても的確なマネジメントを提供することができ、かつ指導できる。

### ⑤ 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム【整備基準41】

当院では、電子媒体及び紙媒体で専攻医の研修内容や到達度等の研修記録、研修毎の総合的評価、修了判定の際に、総合診療専門研修プログラム管理委員会に諮り研修修了を決定する。当委員会の記録は電子媒体及び紙媒体で永久保存することとしている。

また、九州医療センター総合診療専門研修評価表も、電子媒体及び紙媒体で永久保存する予定にしており、過去を顧みて専門研修の改善に役立てるようになっている。

## 7. プログラム全体と各施設におけるカンファレンス【整備基準13, 14】

プログラムに参加する連携施設の特徴と研修内容について添付資料に記載した。プログラム全体と各施設のカンファレンスについては、基幹施設である国立病院機構九州医療センター教育部が把握し、定期的に専攻医に連絡周知し、出席を促す。

## 8. リサーチマインドの養成計画【整備基準6, 12, 30】

内科専攻医に求められる姿勢とは単に症例を経験することにとどまらず、これらを自ら深めてゆく姿勢である。このリサーチマインドは自己研績を生涯にわたってゆく際に必要不可欠となる。自己研績の姿勢を涵養するために、当院の臨床教育部の指導の下に以下の点について努力する。

- 1) 患者から学ぶ姿勢を基本とする。
- 2) 科学的な根拠に基づいた診断, 治療を行う (EBM; evidence based medicine)。
- 3) 最新の知識, 技能を常に習得する (生涯学習)。
- 4) 診断や治療のevidenceの構築や病態の理解につながる研究を行う。
- 5) 学術大会等での発表及び論文発表を行う。
- 6) 症例報告を通じて疾患に対する深い理解と考察を行い, 洞察力を磨く。

以上のような基本的なリサーチマインドおよび学問的姿勢を涵養する。併せて、

- 1) 初期研修医の指導を行う。
  - 2) 後輩総合診療専攻医の指導を行う。
  - 3) メディカルスタッフとの協調, 連携を尊重する。
- を通じて、総合診療専攻医としての教育活動を行う。

## 9. 地域医療における施設群の役割【整備基準11, 28】

総合診療領域では、多岐にわたる疾患群を経験するための研修は必須である。本プログラム研修施設群は、当院を基幹病院として、福岡市医療圏、北九州医療圏から構成されている。

当院は、福岡県福岡市医療圏の中心的な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る。一方で、地域に根ざす第一線の病院でもあり、コモディージェズの経験はもちろん、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もでき、高次病院や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) との病診連携も経験できる。また、臨床研究や症例報告などの学術活動の素養を身につけることもできる。連携施設には、総合診療専攻医の多様な希望・将来性に対応し、地域医療や全人的医療を組み合わせ、急性期医療、慢性期医療および患者の生活に根ざした地域医療を経験できることを目的に構成している。地域基幹病院では、当院と異なる環境で、地域の第一線における中核的な医

療機関の果たす役割を中心とした診療経験をより深く研修する。また、臨床研究や症例報告などの学術活動の素養を積み重ねる。地域医療密着型病院では、地域に根ざした医療、地域包括ケア、在宅医療などを中心とした診療経験を研修する。

#### 10. 地域医療に関する研修計画【整備基準28, 29】

総合診療専門医に必要な多面的な医療の経験を積む観点から、高度専門医療施設としての基幹施設、地域の中心的な医療施設や在宅診療、小児医療を地域の中心としている施設を連携施設群に組み込んでおり、患者背景や療養環境調整を含めた経験が可能である。症例をある時点で経験するというだけでなく、主担当医として、入院から退院(初診, 入院～退院, 通院)まで可能な範囲で経時的に、診断・治療の流れを通じて、一人一人の患者の全身状態、社会的背景、療養環境調整をも包括する全人的医療を実践し、個々の患者に最適な医療を提供する計画を立て実行する能力の修得を目標としている。

また、地域医療では訪問診療・在宅医療を学ぶことで見識の幅を広げ、医療だけでなく、介護・福祉等との連携を図り全人的な医療の提供を実践し、個々の患者の療養・生活環境の整備まで含めた計画を立て実行する能力の修得を目標としている。

専攻医は、連携研修施設の指導医だけでなく、基幹施設の担当指導医ともメールや電話などで容易に連絡取れる体制を取ることで、研修に対する相談や症例相談が可能となっている。専攻医は、連携施設で研修中でも基幹施設で行われる各種カンファレンスや講習会等に積極的に参加可能な体制を作っている。

### 11. 総合診療専攻医研修モデル【整備基準16】

総合診療専攻医の研修モデルは、下記のとおりになります。

#### ローテーション①

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	施設名	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	原土井病院	原土井病院	原土井病院	原土井病院	原土井病院	原土井病院
	領域	総合診療Ⅱ	総合診療Ⅱ	総合診療Ⅱ	総合診療Ⅱ	総合診療Ⅱ	総合診療Ⅱ						
2年目	施設名	しんどう小児科	しんどう小児科	しんどう小児科	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター
	領域	小児科	小児科	小児科	救急部	救急部	救急部	内科	内科	内科	内科	内科	内科
3年目	施設名	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	にのさかクリニック	にのさかクリニック	にのさかクリニック	にのさかクリニック	にのさかクリニック	にのさかクリニック
	領域	内科	内科	内科	内科	内科	内科	総合診療Ⅰ	総合診療Ⅰ	総合診療Ⅰ	総合診療Ⅰ	総合診療Ⅰ	総合診療Ⅰ

ローテーション②

1年目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	施設名	柿添病院	柿添病院	柿添病院	しんどう小児科	しんどう小児科	しんどう小児科						
	領域	総合診療Ⅱ	総合診療Ⅱ	総合診療Ⅱ	小児科	小児科	小児科						
2年目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	施設名	柿添病院	柿添病院	柿添病院	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター
	領域	総合診療Ⅱ	総合診療Ⅱ	総合診療Ⅱ	救急部	救急部	救急部	内科	内科	内科	内科	内科	内科
3年目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	施設名	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	九州医療センター	にのさかクリニック	にのさかクリニック	にのさかクリニック	にのさかクリニック	にのさかクリニック	にのさかクリニック
	領域	内科	内科	内科	内科	内科	内科	総合診療Ⅰ	総合診療Ⅰ	総合診療Ⅰ	総合診療Ⅰ	総合診療Ⅰ	総合診療Ⅰ

総合診療 専門研修	総合診療専門研修Ⅰ (6)カ月				総合診療専門研修Ⅱ (12)カ月			
領域別 研修	内科 (12)カ月		小児科 (3)カ月		救急科 (3)カ月		その他 (0)カ月	

## 12. 専攻医の評価時期と方法

### ①形式的評価

#### 1) フィードバックの方法とシステム【整備基準17、42、43、46】

・多科ローテーションが必要な総合診療専門研修においては3年間を通じて専攻医の研修状況の進捗を切れ目なく継続的に把握するシステムが重要である。具体的には、研修手帳(資料1)の記録及び定期的な指導医との振り返りセッションを定期的実施する。

・常に到達目標を見据えた研修を促すため、最良作品型ポートフォリオ(学習者がある領域に関して最良の学びを得たり、最高の能力を発揮できた症例・事例に関する経験と省察の記録)(資料2.1~2.3)作成の支援を通じた指導を行う。作成した最良作品型ポートフォリオの発表会を行う。なお、最良作品型ポートフォリオの該当領域については研修目標にある6つのコアコンピテンシーに基づいて設定する。

・実際の業務に基づいた評価(Workplace-based assessment)として、短縮版臨床評価テスト(Mini-CEX)(資料3)等を利用した診療場面の直接観察やケースに基づくディスカッション(Case-based discussion)(資料4.1~4.2)を定期的実施する。また、多職種による360度評価(資料5)を各ローテーション終了時等、適宜実施する。

・年に複数回、他の専攻医との間で相互評価セッションを実施する。

・ローテート研修における生活面も含めた各種サポートや学習の一貫性を担保するために専攻医にメンターを配置し定期的に支援するメンタリングシステムを構築する。メンタリングセッションは数ヶ月に一度程度を保証する。

・以上の、フィードバックの結果については、研修手帳などに過不足なく記録を残す。

・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う。ただし、システムを利用するにあたり、内科学会に入会する必要はない。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件を登録する。分野別(消化器、循環器、呼吸器など)の登録数に所定の制約はないが、可能な限り幅広い異なる分野からの症例登録を推奨する。病歴要約については、同一症例、同一疾患の登録は避ける。提出された病歴要約の評価は、所定の評価方法により内科の担当指導医が行う。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る。その評価結果を内科指導医が確認し、総合診療プログラムの統括責任者に報告する。専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合する。

・小児科及び救急科のローテート研修においては、基本的に総合診療専門研修の研修手帳を活用しながら各診療科で遭遇するcommon diseaseをできるかぎり多く経験し、各診療科の指導医からの指導を受ける。3ヶ月の小児科及び救急科の研修終了時には、各科の研修内容に関連した評価を各科の指導医が実施し、総合診療プログラムの統括責任者に報告することとなる。専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合する。

## 2) 指導医のフィードバック法の学習(FD)【整備基準18、47、48】

最良作品型ポートフォリオ、短縮版臨床評価テスト、ケースに基づくディスカッション及び360度評価などの各種評価法を用いたフィードバック方法について、指導医資格を取得時に受講を義務づけている1泊2日の日程で開催される指導医講習会や医学教育のテキストを用いて学習を深めていく。

また、プログラム責任者が研修の質を維持するために指導医の指導能力維持向上のために計画する研修計画を作成し、指導医の受講を促すこととする。

その際、各指導医は総合診療研修指導医マニュアルに掲載された指導医としての自己学習履歴欄に記録を残し、年に1度プログラム統括責任者に写しと受講証明書を提出する。プログラム管理者はその受講歴を保管し、サイトビジット等の際に第三者に提示できるように整理し保管する。

## ②総括的評価

### 1) 評価項目・基準と時期【整備基準19】

・それぞれのローテート研修終了時にローテート研修における到達目標と経験目標が、カリキュラムに定められた基準に到達していることを確認する。その際は資料7「研修目標と研修の場」を参考に、そのローテート研修において経験が望ましい項目を中心に評価する。

・全研修期間終了1ヶ月前に到達目標と経験目標が、カリキュラムに定められた基準に到達していることを確認する。

### 2) 評価の責任者【整備基準20】

・ローテート研修の修了評価は、当該領域の指導責任者とプログラム統括責任者とする。

・全研修の修了評価は、プログラム統括責任者とする。

### 3) 修了判定のプロセス【整備基準21】

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

以上の3点について、プログラム管理委員会において合議により審査し、全てを満たしている場合に修了と判定する。

#### 4) 多職種評価【整備基準22】

\* 修了判定会議では、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(資料5)の結果も重視する。

\* 360度評価の項目は、コミュニケーション、チームワーク、公益に資する職業規範の3つにより構成される。

### 13. Subspecialty領域との連続性について【整備基準32】

総合診療医のサブスペシャリティ領域との連続性の有る専門研修を構築することを目指す。専門医機構による連続性の有る制度設計が整い次第、当プログラムにおいてもその指針に則った専門医研修プログラムになるよう見直しを行う。

### 14. 専門研修の休止・中断、プログラムの移動、プログラム外研修について【整備基準33】

ストレートに専門研修を修了しない場合について・専攻医が次の1つに該当するときは、研修の休止が認められる。研修期間を延長せずに休止できる日数は、所属プログラムで定める研修期間のうち通算120日(平日換算)までとする。

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

・専攻医は原則として1つの専門研修プログラムで一貫した研修を受けなければならないが、次の1つに該当するときは、専門研修プログラムを移籍することができる。その場合には、プログラム統括責任者間の協議だけでなく、日本専門医機構・領域研修委員会への相談等が必要となる。

- (1) 所属プログラムが廃止され、または認定を取消されたとき
- (2) 専攻医にやむを得ない理由があるとき

・大学院進学など専攻医が研修を中断する場合は専門研修中断証を発行する。再開の場合は再開届を提出することで対応する。

・妊娠、出産後など短時間雇用の形態での研修が必要な場合は研修期間を延長する必要があり、研修延長申請書を提出することで対応する。

## 15. 専門研修プログラムを支える体制

### ①専門研修プログラム管理委員会の体制について【整備基準34、35】

九州医療センター総合診療専門研修プログラム管理委員会を組織している。プログラム統括責任者、副プログラム統括責任者、専門連携施設指導責任者、基幹施設関連診療科長、360評価のための教育師長、専門医事務担当で構成される。また、オブザーバーとして専攻医を1名必要な際は委員会に参加させる。

基幹施設として、プログラム統括責任者が十分管理教育業務に従事できるように臨床教育部で支援を行う。専門研修の円滑な運営や連携施設での各診療科研修の確保、全体のプログラム管理を行う。また、研修プログラム管理委員会を開催し、専攻医の研修判定やプログラム全体の見直しを適宜行う。

### ②専門研修指導医の基準について【整備基準36】

当プログラムの研修指導医の基準は、日本専門医機構の要件を満たす者とする。具体的には、下記のいずれかを満たすものとする。

- 1)日本プライマリ・ケア連合学会認定のプライマリ・ケア認定医、及び家庭医療専門医
- 2)全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定医
- 3)日本病院総合診療医学会認定医
- 4)大学病院または初期臨床研修病院にて総合診療部門に所属し総合診療を行う医師(卒後の臨床経験7年以上)
- 5)4)の病院に協力して地域において総合診療を実践している医師(同上)
- 6)都道府県医師会ないし郡市区医師会から「総合診療専門医専門研修カリキュラム」に示される「到達目標:総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー」について地域で実践してきた医師」として推薦された医師(同上)

### ③プログラム管理委員会の役割と権限【整備基準37】

- ・ 専門研修基幹施設に専門研修プログラム管理委員会を設置し、専門研修プログラムと専攻医を統括的に管理する。
- ・ 専門研修プログラム管理委員会では専門研修基幹施設と専門研修連携施設の緊密な連絡のもと、プログラムの作成やプログラム施行上の問題点の検討や再評価を継続的に行う。また、各専攻医の学習機会の確保、研修環境の整備、継続的・定期的に専攻医の研修状況を把握するシステムの構築、適切な評価の保証を行う。

- ・ 専門研修プログラム管理委員会は専攻医の採用判定、中間評価、修了判定を行うが、判定の最終責任はプログラム統括責任者が負う。
- ・ 専門研修プログラム管理委員会は、必要に応じて専攻医及び指導医へのフィードバックを提供し、専攻医及び指導医からのフィードバックを受ける。

#### ④プログラム統括責任者の役割と権限【整備基準38】

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

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

#### ⑤連携施設での委員会組織【整備基準39】

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、連携施設の指導責任者も委員として参加する。各連携施設での研修内容の検討やフィードバック、プログラムの見直しに対しての意見を述べ、専攻医にとってよりより研修となるように協力を行う。

#### ⑥労働環境、労働安全、勤務条件【整備基準40】

労働基準法や医療法を順守することを原則とする。

専門研修(専攻医)1年目、2年目ないし3年目の2年間は基幹施設である国立病院機構九州医療センターの就業環境に、専門研修(専攻医)2年目ないし3年目の1年間は連携施設の就業環境に基づき、就業する。

- ・ 基幹施設である国立病院機構九州医療センターの整備状況。
  - 1) 研修に必要な図書室とインターネット環境がある。
  - 2) 非常勤医師として労務環境が保障されている。
  - 3) メンタルストレスに適切に対処する部署(管理課職員担当)がある。
  - 4) ハラスメント委員会が整備されている。
  - 5) 女性専攻医が安心して勤務できるように、休憩室、更衣室、仮眠室、シャワー室、当直室が整備されている。
  - 6) 敷地近辺に職員保育所があり、利用可能である。

総括的評価を行う際、専攻医および担当指導医は専攻医指導施設に対する評価も行い、その内容は当院の総合診療専門研修プログラム管理委員会に報告されるが、そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれ、適切に改善を図る。

## 16. 総合診療専門研修プログラムの改善方法【整備基準49-51】

### ① 専攻医による指導医および研修プログラムに対する評価

九州医療センター総合診療研修プログラム評価表を用いて無記名式逆評価を行う。逆評価は年に複数回行う。また、年に複数の研修施設に在籍して研修を行う場合には、研修施設ごとに逆評価を行う。その集計結果は担当指導医、連携施設の指導責任者、およびプログラム管理委員会が閲覧する。また集計結果に基づき、九州医療センター総合診療専門研修プログラムや担当指導医、あるいは研修施設の研修環境の改善に役立つ。

### ② 専攻医等からの評価(フィードバック)をシステム改善につなげるプロセス

研修関連施設群のそれぞれの指導責任者、基幹病院内である当院の総合診療専門研修プログラム管理委員会は、九州医療センター総合診療研修プログラム評価表を用いて、専攻医の逆評価、専攻医の研修状況を把握する。把握した事項については、総合診療専門研修プログラム管理委員会が以下に分類して対応を検討する。

- 1) 即時改善を要する事項
- 2) 年度内に改善を要する事項
- 3) 数年をかけて改善を要する事項
- 4) 総合診療領域全体で改善を要する事項
- 5) 特に改善を要しない事項

なお、研修施設群内で何らかの問題が発生し、施設群内で解決が困難である場合は、専攻医や担当指導医から日本専門医機構を相談先とする。

### ③ 研修に対する監査(サイトピジット等)・調査への対応

当院の総合診療専門研修プログラム管理委員会、各連携施設は、本プログラムに対する日本専門医機構からのサイトピジットを受け入れ対応する。その評価を基に、必要に応じ本プログラムの改良を行う。本プログラム更新の際には、サイトピ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する。

## 17. 専攻医の募集および採用の方法【整備基準52】

本プログラム管理委員会は、日本専門医機構が示すスケジュールに則り、websiteでの公表や説明会などを行い、総合診療専攻医を募集する。翌年度の本プログラムへの応募者は、研修プログラム責任者宛に、所定の形式の九州医療センター専門研修『申請書』および『履歴書』を提出する(詳細日程は九州医療センターホームページを参照)。必要書類は、下記とおりの方法で入手可能である。

①九州医療センターホームページ(トップページ「臨床研修への取り組み」内「臨床教育研修センター」の「新しい専門研修」)のページよりダウンロード可能。

②電話での資料請求が可能。

担当:臨床教育研修センター専門医担当事務(代表番号:092-852-0700)

③メールでの資料請求が可能。senmoni@kyumed.jp

担当:臨床教育研修センター専門医担当事務。

11月中に書類選考および面接を行い、翌年1月の当院での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、本人に文書で通知する。

(問い合わせ先)

国立病院機構九州医療センター臨床教育研修センター専門医担当事務

E-mail:senmoni@kyumed.jp

HP: <http://www.kyumed.jp>

## 18. 修了要件【整備基準53】

・プログラム統括責任者はプログラム管理委員会を招集し、次の基準により専攻医の専門研修修了判定を行い、日本専門医機構はその結果を確認して修了登録を行う。

1)研修期間を満了し、かつ認定された研修施設で総合診療専門研修ⅠおよびⅡ各6ヶ月以上・合計18ヶ月以上、内科研修6ヶ月以上、小児科研修3ヶ月以上、救急科研修3ヶ月以上を行っていること。

2)専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した最良作品型ポートフォリオを通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること

3)研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること

4)その他、各プログラム毎に定める基準に達していること。

**19. 研修医マニュアル、指導医マニュアル、その他専門研修必要資料について**

**【整備基準44, 45】**

研修医マニュアル、指導医マニュアルについては、別添のとおり。

その他専門研修に必要な資料、項目については日本専門医機構資料によるものとする。