出雲徳洲会病院総合診療専門研修プログラム

（2026 年版一部改訂）

目　次

1.　出雲徳洲会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（修得すべき知識・技能・態度など）
4.　各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得
5.　学問的姿勢について
6.　医師に必要な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

医療法人 徳洲会
出雲徳洲会病院
IZUMO TOKUSHUKAI HOSPITAL

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

こうした制度の理念に則って、出雲徳洲会病院病院総診専門研修プログラム（以下、本研修 PG）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。その際、「神話の夢舞台出雲」、「世界を結ぶご縁都市」を提唱する出雲市、そこに居住する地域住民、各種団体や当院の全職員などの理解と協力のもとで研修できる環境を整えています。

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

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

本研修 PG においては指導医が皆さんの教育・指導にあたりますが、皆さんも主体的に学ぶ姿勢をもつことが大切です。総合診療専門医は医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、総合診療医としての専門性を自覚しながら日々の診療にあたると同時に、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 PG 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 PG では、①総合診療専門研修Ⅰ（外来診療・在宅医療中心）、②総合診療専門研修Ⅱ（病棟診療、救急診療中心）、③内科、④小児科、⑤救急科の 5 つの必須診療科と選択診療科で3年間の研修を行います。このことにより、1.包括的統合アプローチ、2.一般的な健康問題に対する診

療能力、3.患者中心の医療・ケア、4.連携重視のマネジメント、5.地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、6.公益に資する職業規範、7.多様な診療の場に対応する能力という総合診療専門医に欠かせない7つの資質・能力を効果的に修得することが可能になります。

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

2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか

1) 研修の流れ：総合診療専門研修は、卒後 3 年目からの専門研修（後期研修）3 年間で構成されます。

→1年次修了時には、患者の情報を過不足なく明確に指導医や関連職種に報告し、健康問題を迅速かつ正確に同定することを目標とします。主たる研修の場は内科研修となります。

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

→3年次修了時には、多疾患合併で診断や治療プロセスに困難さがあったり、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傷害等に対する適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を提供するだけでなく、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組むことが求められますので、18ヶ月以上の総合診療専門研修Ⅰ及びⅡにおいては、後に示す地域ケアの学びを重点的に展開することとなります。

3年間の研修の修了判定には以下の3つの要件が審査されます。

1) 定められたローテート研修を全て履修していること

2) 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した経験省察研修録（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）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課程において実施します。場に応じた教育方略は下記のとおりです。

(ア) 外来医療

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

(イ) 在宅医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。初期は経験ある指導医の診療に同行して診療の枠組みを理解し、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、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学びます。

(ウ) 病棟医療

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

(エ) 救急医療

経験目標を参考に救急外来や救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、指導医と共に処置にあたる中から経験を積みます。

(オ) 地域ケア

地域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共に振り返り、その意義や改善点を理解します。

② 臨床現場を離れた学習

・総合診療の様々な理論やモデル、組織運営マネジメント、総合診療領域の研究と教育については、日本病院総合診療医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。

・臨床現場で経験数の少ない手技などシミュレーション機器を活用して学ぶこともできる。

・医療倫理、医療安全、感染対策、保健活動、地域医療活動等については、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。

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病院総合診療医学会における 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。

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）をいずれか 1 回行うこととします。

4) 研修の週間計画および年間計画

基幹施設（出雲徳洲会病院）

総合診療専門研修Ⅱ

<table>
<tr><td></td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>土</td><td>日</td></tr>
<tr><td>8:30-9:00</td><td colspan="5">医局会</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>午前</td><td>外来診療</td><td>エコー検査</td><td>外来診療</td><td>内視鏡検査</td><td>外来診療</td></tr>
<tr><td>午後</td><td>病棟業務
救急外来
往診</td><td>病棟業務
入院面談</td><td>病棟業務
各種検査</td><td>病棟業務
救急外来
往診</td><td>病棟業務
内視鏡検査</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">振り返り・カンファレンス</td></tr>
<tr><td colspan="8">平日当直（1/週）、土曜当直（1/月）
＊当直明けは休み</td></tr>
</table>

内科

<table>
<tr><td></td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>土</td><td>日</td></tr>
<tr><td>8:30-9:00</td><td colspan="5">医局会</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>午前</td><td>各種検査</td><td>外来診療</td><td>各種検査</td><td>外来診療</td><td>各種検査</td></tr>
<tr><td>午後</td><td>救急外来
病棟業務</td><td>内視鏡検査</td><td>外来診療
病棟業務</td><td>内視鏡検査</td><td>救急外来
病棟業務</td></tr>
</table>

		入院面談 往診		病棟業務	往診		
	振り返り・カンファレンス						
平日当直（1/週）、土曜当直（1/月） ＊当直明けは休み							

連携施設（島根大学医学部附属病院）

小児科

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00	朝カンファレンス						
午前	病棟業務	外来	病棟業務	外来	病棟業務		
午後	救急外来		救急外来		救急外来		
	振り返り・カンファレンス						
平日当直（1/週）、土曜当直（1/月）							

連携施設（宇治徳洲会病院）

小児科

	時間	月	火	水	木	金	土	日
午前	8:00~9:00	朝カンファレンス		ER カンファレンス	朝カンファレンス		申し送り	担当患者の病態に応じた診療/日当直/講習会・学会参加など
	9:00~12:00	総合診療科外来（プライマリーケアセンター）/病棟回診・病棟管理/救急対応/内視鏡検査/在宅訪問/緩和ケア病棟回診						
午後	12:00~16:00	時間外外来/救急対応/在宅訪問/緩和ケア病棟回診/ 病棟回診・病棟管理/病棟カンファレンス						
	16:00~17:00	病棟申し送り						
	17:00~	内科当直など						

救急・内科・感染症・神経内科・循環器科・呼吸器・内視鏡・緩和ケア等のカンファレンス

※救急・内科カンファレンスについては 5 日/週（その他、1 日/週）、医局会 1 回/月

連携施設（島根大学医学部附属病院）

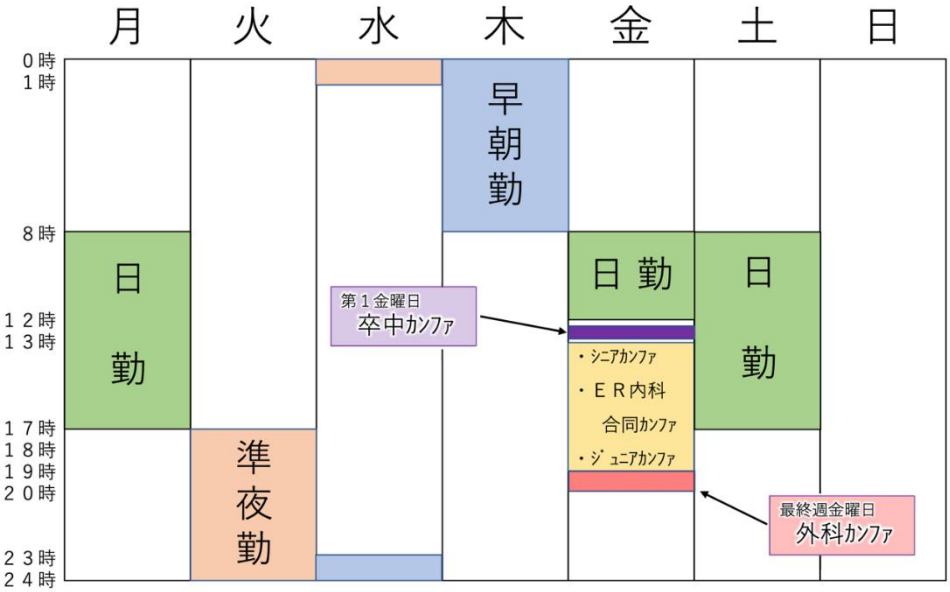
救急科

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00	朝カンファレンス						
午前	救急外来						
午後	救急外来						

	振り返り・カンファレンス		
平日当直（1/週）、土曜当直（1/月）			

連携施設（湘南鎌倉総合病院）

救急科



連携施設（宇治徳洲会病院）

救急科

	時間	月	火	水	木	金	土	日
午前	8:00~9:00	朝カンファレンス		ER カンファレンス	朝カンファレンス		申し送り	担当患者の病態に応じた診療/日当直/講習会・学会参加など
	9:00~12:00	総合診療科外来（プライマリーケアセンター）/病棟回診・病棟管理/救急対応/内視鏡検査/在宅訪問/緩和ケア病棟回診						
午後	2:00~16:00	時間外外来/救急対応/在宅訪問/緩和ケア病棟回診/病棟回診・病棟管理/病棟カンファレンス						
	6:00~17:00	病棟申し送り						
	17:00~	内科当直など						

連携施設（沖永良部徳洲会病院）

総合診療専門研修Ⅰ

	月	火	水	木	金	土	日
8:40-9:00	朝カンファレンス						
午前	病棟業務						

午後	検査	外来	検査	検査	外来		
	振り返り・カンファレンス				総回診		
平日宿直(1 回/週)、土日日直・宿直(1 回/月)							

連携施設(与論徳洲会病院)

総合診療専門研修 I

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00	病棟回診						
午前	外来診療(3~4 回/週)						
午後	訪問診療		訪問診療		訪問診療		
	病棟業務						
	外来診療(3~4 回/週)						
	健診・予防接種等 不定期(診療時間内)						
当直(1/週)							

連携施設(瀬戸内徳洲会病院)

総合診療専門研修 I

	月	火	水	木	金	土	日
8:15~8:30	8 時会・医局会						
8:30~9:00	カンファレンス						
午前	外来診療	病棟・救急業務	外来診療	病棟・救急業務	外来診療	外来診療	
午後	病棟業務 救急外来	在宅診療	病棟業務 救急外来	外来診療	病棟業務 多職種カンファレンス		
平日宿直(1/週)、土曜・日曜・祝日(1~2/月)							

連携施設(名瀬徳洲会病院)

総合診療専門研修 I

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
8:30−8:50	内科カンファレンス・フィジカル回診						
8:50−9:00	医局会						
9:00−12:00	内科外来(初診・再診)	入院患者診療	入院患者診療	救急当番	リハ当 9:00~10:30 透析当番 10:30~	入院患者診療 ~12:30	休暇
12:00−13:00	昼休憩						

13:00－14:00	入院患者診療	訪問診療	WEB 症例検討会	救急当番	入院患者診療	休暇	
14:00－15:00	CT カンファレンス		入院患者診療		CT カンファレンス		
15:00－16:00	入院患者診療			透析カンファレンス	入院患者診療		
16:00－17:00	申し送り						

・月 1 回 → 小林 Dr(大隅鹿屋 HP)による 画像カンファ ※CT カンファの1時間前に実施、南部徳洲会病院と合同

・奇数月 第2木・金 → 八重樫 Dr による勉強会

・不定期 年3～4回 → 緩和ケア勉強会（田上 Dr・奥 Dr）

・不定期 法医学勉強会 → 鹿児島大学 法医学 林 敬人 Dr

・奇数月 第3土曜日 → 研修医勉強会

本研修 PG に関連した全体行事の年度スケジュール

SR1：1年次専攻医、SR2：2年次専攻医、SR3：3年次専攻医

月	全体行事予定
4	・SR1： 研修開始。専攻医およ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提出 ・指導医・PG 統括責任者：前年度の指導実績報告の提出
5	・第1回研修管理委員会：研修実施状況評価、修了判定
6	・研修修了者： 専門医認定審査書類を日本専門医機構へ提出 ・関連学会参加（発表）（開催時期は要確認）
7	・研修修了者：専門医認定審査（筆記試験、実技試験） ・次年度専攻医の公募および説明会開催
8	・関連学会地方会演題公募（詳細は要確認）
9	・第2回研修管理委員会：研修実施状況評価 ・公募締切（9月末）
10	・関連学会地方会参加（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	・SR1、SR2、SR3： 研修手帳の提出（中間報告）
12	・第3回研修 PG 管理委員会：研修実施状況評価、採用予定者の承認
1	・経験省察研修録発表会
3	・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） ・SR1、SR2、SR3： 研修 PG 評価報告の作成（書類は翌月に提出）

	・指導医・PG 統括責任者：指導実績報告の作成（書類は翌月に提出）

3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

1） 専門知識

総合診療の専門知識は以下の5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、文化などのコンテクスト（※）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。（※コンテクスト：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　専門研修カリキュラムの到達目標1～4及び6を参照

2） 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

総合診療の専門技能は以下の 5 領域で構成されます。

1. 外来・救急・病棟・在宅という多様な総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査・治療手技
2. 患者との円滑な対話と医師・患者の信頼関係の構築を土台として、患者中心の医療面接を行い、複雑な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（information technology; IT）を適切に用いたり、地域ニーズに応じた技能の修練を行ったり、人的ネットワークを構築することができる能力

5. 診療所・中小病院において基本的な医療機器や人材などの管理ができ、スタッフとの協働において適切なリーダーシップの提供を通じてチームの力を最大限に発揮させる能力

3) 経験すべき疾患・病態

以下の経験目標については一律に症例数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。（研修手帳参照）

なお、この項目以降での経験の要求水準としては、「一般的なケースで、自ら判断して対応あるいは実施できたこと」とします。

1. 以下に示す一般的な症候に対し、臨床推論に基づく鑑別診断および、他の専門医へのコンサルテーションを含む初期対応を適切に実施し、問題解決に結びつける経験をする。（全て必須）

ショック	急性中毒	意識障害	疲労・全身倦怠感	心肺停止
呼吸困難	身体機能の低下	不眠	食欲不振	体重減少・るいそう
体重増加・肥満	浮腫	リンパ節腫脹	発疹	黄疸
発熱	認知脳の障害	頭痛	めまい	失神
言語障害	けいれん発作	視力障害・視野狭窄	目の充血	聴力障害・耳痛
鼻漏・鼻閉	鼻出血	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・医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントを経験する。（必須項目のカテゴリーのみ掲載）

貧血	脳・脊髄血管障害	脳・脊髄外傷	変性疾患	脳炎・脊髄炎
一次性頭痛	湿疹・皮膚炎群	蕁麻疹	薬疹	皮膚感染症
骨折	関節・靱帯の損傷及び障害		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	維持治療機の悪性腫瘍	緩和ケア

※ 詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

4) 経験すべき診察・検査等

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

（研修手帳参照）

(ア) 身体診察

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

(イ) 検査

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

⑩ オージオメトリーによる聴力評価及び視力検査表による視力評価
⑪ 消化管 内視鏡（上部）、消化管内視鏡（下部）
⑫ 造影検査（胃透視、 注腸透視、DIP）
⑬ 頭・頚・胸部単純 CT、腹部単純・造影 CT、頭部 MRI
※ 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）

(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）
③ 病院前外傷救護法（PTLS）

(イ) 薬物治療
① 使用頻度の多い薬剤の副作用・相互作用・形状・薬価・保険適応を理解して処方することができる。
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

簡単な切開・異物摘出・ドレナージ　　止血・縫合法及び閉鎖療法
簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギプス法　　局所麻酔（手指のブロック注射を含む）
トリガーポイント注射　　関節注射（膝関節・肩関節等）
静脈ルート確保および輸液管理（IVH を含む）　　経鼻胃管及びイレウス管の挿入と管理
胃瘻カテーテルの交換と管理
導尿及び尿道留置カテーテル・膀胱瘻カテーテルの留置及び交換
褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン　　在宅酸素療法の導入と管理
人工呼吸器の導入と管理
輸血法（血液型・交差適合試験の判定や在宅輸血のガイドラインを含む）
各種ブロック注射（仙骨硬膜外ブロック・正中神経ブロック等）
小手術（局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法滅菌・消毒法）
包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法　　穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）
鼻出血の一時的止血　　耳垢除去、外耳道異物除去
咽喉頭異物の除去（間接喉頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用）　　睫毛抜去

※ 詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

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

症例カンファレンスを通じて学びを深め、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学びます。

（ウ） 病棟医療

入院担当患者の症例提示と教育的フィードバックを受ける回診及び多職種を含む病棟カンファレンスを通じて診断・検査・治療・退院支援・地域連携のプロセスに関する理解を深めます。

5. 学問的姿勢について

専攻医には、以下の2つの学問的姿勢が求められます。

〇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たもちつつも、生涯にわたり自己研鑽を積む習慣を身につける。

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

専攻医は原則として学術活動に携わる必要があり、学術大会等での発表（筆頭に限る）及び論文発表（共同著者を含む）を行うことが求められます。

6. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて

総合診療専攻医は以下4項目の実践を目指して研修をおこないます。

1. 医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、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、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 PG および地域医療についての考え方

本研修 PG では出雲徳洲会病院を基幹施設とし、地域の連携施設とともに施設群を構成しています。専攻医はこれらの施設群をローテートすることにより、多彩で偏りのない充実した研修を行うことが可能となります。ローテート研修にあたっては下記の構成となります。

（1） 総合診療専門研修は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 PG では総合診療Ⅱを 6 ヶ月以上（出雲徳洲会病院）、総合診療専門研修Ⅰを 6 ヶ月以上（沖永良部徳洲会病院/与論徳洲会病院/名瀬徳洲会病院/瀬戸内徳洲会病院）の研修を行います。

（2） 必須領域別研修として、内科 12 ヶ月（出雲徳洲会病院）、小児科3ヶ月（島根大学医学部附属病院/宇治徳洲会病院）、救急科3ヶ月（島根大学医学部附属病院/宇治徳洲会病院/湘南鎌倉総合病院）の研修を行います。

（3） その他の領域別研修として、外科（出雲徳洲会病院）の研修を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。

施設群における研修の順序、期間等については、個々の総合診療専攻医の希望と研修進捗状況、各病院の状況、地域の医療体制を勘案して、本研修 PG 管理委員会が決定します。

8. 専門研修 PG の施設群について

本研修プログラムは基幹施設1、連携施設 7 の合計 8 施設の施設群で構成されます。各施設の診療実績や医師の配属状況は研修施設の概要をご参照ください。

専門研修基幹施設

出雲徳洲会病院総合診療科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 PG の施設群を構成する専門研修連携施設は下記のとおりです。

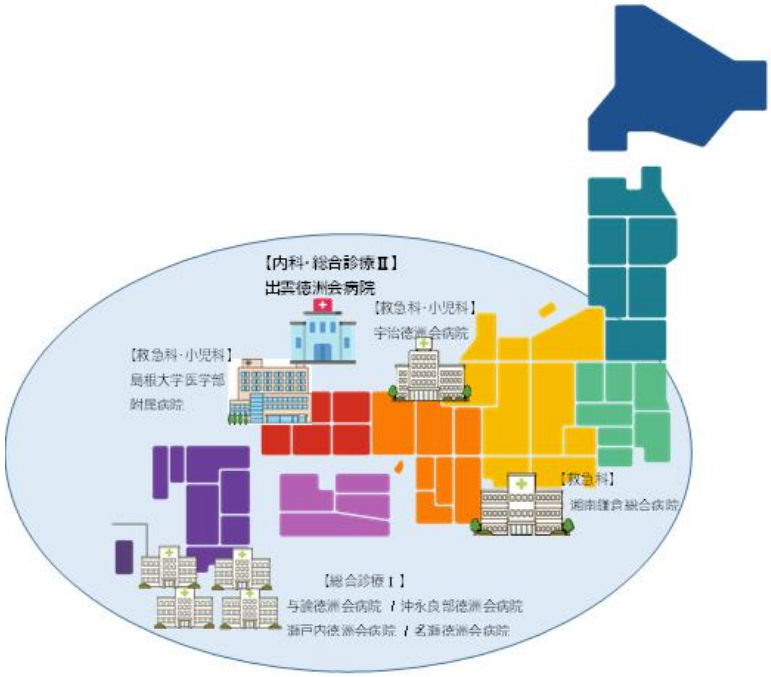
【救急科領域】島根大学医学部附属病院、宇治徳洲会病院、湘南鎌倉総合病院

【小児科領域】島根大学医学部附属病院、宇治徳洲会病院
【総合診療Ⅱ】沖永良部徳洲会病院、与論徳洲会病院、名瀬徳洲会病院、瀬戸内徳洲会病院

専門研修施設群

基幹施設と連携施設により専門研修施設群を構成します。体制は図1のような形になります。

図1：研修体制



専門研修施設群の地理的範囲

本研修 PG の専門研修施設群は島根県、鹿児島県、京都府、神奈川県にあります。施設群の中には、大学病院や地域中核病院、地域中小病院が入っています。

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年度毎の専攻医数の上限は、当該年度の総合診療専門研修Ⅰ及びⅡを提供する施設で指導にあたる総合診療専門研修特任指導医×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 PG における専攻医受け入れ可能人数は、基幹施設および連携施設の受け入れ可能人数を合算したものです。

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。受入専攻医数は施設群が専攻医の必要経験数を十分に提供でき、質の高い研修を保証するためのものです。 内科研修については、1人の内科指導医が同時に受け持つことができる専攻医は、原則、内科領域と総合診療を合わせて3名までとします。ただし、地域の事情やプログラム構築上の制約によって、これを超える人数を指導する必要がある場合は、専攻医の受け持ちを1名分まで追加を許容し、4名までは認められます。

小児科領域と救急科領域を含むその他の診療科のローテート研修においては、各科の研修を行う総合診療専攻医については各科の指導医の指導可能専攻医数（同時に最大3名まで）に

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

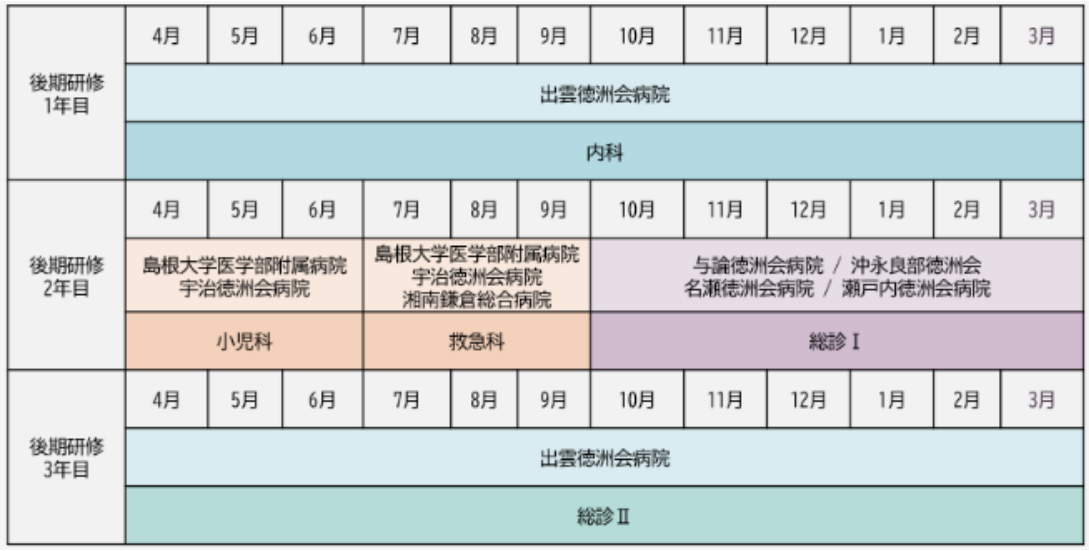
現在、本プログラム内には総合診療専門研修特任指導医（基幹施設、連携施設）が在籍7名在籍しており、当プログラムでは毎年１名を定員と定めております。

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 PG の施設群による研修コース例を示します。研修１年目は基幹施設である出雲徳洲会病院での内科研修を行います。研修2年目では、総合診療専門研修Ⅱ、病総合診療専門研修Ⅰ、小児科、救急科の領域別必修研修を選んで行います。研修3年目は出雲徳洲会病院を中心に総合診療専門医に必要な知識や技能を補います。

図2：研修コース例

ローテーションの1例



総診Ⅰ：与論徳洲会病院、沖永良部徳洲会病院、名瀬徳洲会病院、瀬戸内徳洲会病院から選択

救急科：島根大学医学部附属病院、宇治徳洲会病院、湘南鎌倉総合病院から選択

小児科：島根大学医学部附属病院、宇治徳洲会病院から選択

図 3 に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、修得が不十分な場合は修得できるまでの期間を延長することになります。

図3：本プログラムにおける研修目標と研修の場

☆☆**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	
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 以下に示す検査･治療手技のうち、※印の項目は90%以上の経験が必須が、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。	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
（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を実施できる。	◎	◎					◎	◎				
※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）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死体検案を警察担当者とともに実施し、死体検案書を作成できる。	◎	◎	○	○					◎	◎		
（イ）実施すべき手技												
※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）	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
（ウ）検査の適応の判断と結果の解釈が必要な検査													
	※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・頚・胸部単純 CT、腹部単純・造影 CT			◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎		
	⑪頭部 MRI/MRA			◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎		
（エ）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）									◎	◎		
（オ）薬物治療													
	※①使用頻度の多い薬剤の副作用・相互作用・形状・薬価・保険適応を理解して処方することができる。	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○		
	※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。	◎	◎	◎	◎	○	○						
（カ）治療法													
	※①簡単な切開・異物摘出・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胃瘻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・膀胱瘻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ードマン	◎	◎	◎	◎							○	○
	※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・摘出・止血・縫合法）	○	○	○	○					◎	◎		
	※⑰包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法	◎	◎	○	○					◎	◎	○	○
	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	◎	◎									◎	◎

Ⅱ.一般的な症候への適切な対応と問題解決 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。	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
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	○	○					◎	◎				
Ⅲ.一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント 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。													
（1）血液・造血器・リンパ網内系疾患													
	※[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）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
（8）腎尿路系（体液・電解質バランスを含む）疾患													
	※[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）	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎	◎	◎
（9）妊娠分娩と生殖器疾患													
	[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]女性生殖器及びその関連疾患（月経異常《無月経を含む》、不正性器出血、更年期障害、外陰・腟・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍）	◎	◎									◎	◎
	※[4]男性生殖器疾患（前立腺疾患、勃起障害）	◎	◎	○	○							◎	◎
（10）内分泌・栄養・代謝系疾患													
	[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）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
（11）眼・視覚系疾患													
	[1]屈折異常（近視、遠視、乱視）	○	○									◎	◎
	※[2]角結膜炎（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											◎	◎
（12）耳鼻・咽喉・口腔系疾患													
	※[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・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物	○	○						○	◎	◎	◎	◎
（13）精神・神経系疾患													
	[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	◎	◎	○	○							◎	◎
（14）感染症													
	※[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						○	○	○				
（15）免疫・アレルギー疾患													
	※[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	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
（16）物理・化学的因子による疾患													

	※[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	◎	◎							◎	◎	◎	◎
（17）小児疾患													
	[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	○	○					◎	◎	◎	◎		
（18）加齢と老化													
	※[1]高齢者総合機能評価	◎	◎	◎	◎								
	※[2]老年症候群(誤嚥、転倒、失禁、褥瘡)	◎	◎	◎	◎								
（19）悪性腫瘍													
	※[1]維持治療期の悪性腫瘍	◎	◎	◎	◎	◎	◎					◎	◎
	※[2]緩和ケア	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
Ⅳ.医療・介護の連携活動 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	◎	◎	○	○								

V.保健事業・予防医療 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	◎	◎	○	○								
VI.在宅医療 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）	◎	◎	○	○			○	○				

11.研修施設の概要

【出雲徳洲会病院】

専門医・指導医 ・ 総合診療専門研修特任指導医6名（総合診療部門に所属し総合診療を行う医師）

・総合内科専門医　　3 名

・外科専門医　　5 名

診療科・患者数

・一般病床 89 症、療養病床 47 床、回復期リハビリ病棟 47 床

・外来患者数（延べ） 319,326 名/年(2025 年度)

・入院患者数（延べ） 190,465 名/年(2025 年度)

・救急による搬送等の件数件 954／年(2025 年度)

病院の特徴

・出雲圏域の中核病院として、初期から二次までの救急医療を提供している。

・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、神経内科を持ち、地域への専門医療を提供している。

・救急においては、二次救急を中心に救急医療を提供している。

【沖永良部徳洲会病院】

診療科・患者数　・一般病床 60 症、療養病床 72 床
・外来患者数約 61,041 名/年
・入院患者数約 44,362 名/年

病院の特徴　・鹿児島県奄美大島群島の離島僻地の病院。
・沖永良部島唯一の病院であり島民の拠り所的存在となっている。
・在宅医療が豊富で総合診療専門研修指導医が常勤している。

【与論徳洲会病院】

診療科・患者数　・一般病床 49 床、療養 32 床
・入院患者数 24,523 名／年
・外来患者数 42,566 名／年

病院の特徴　・鹿児島県奄美医療圏の与論島に位置し、島唯一の病院で小児から高齢者まで幅広い患者層を持ち「地域に密着した“入院のできる在宅医療”、“医療のある介護”の実践」を基本理念とする病院であり、急性期医療と在宅医療を繋ぐ役割を担っている。
・終末期ケア、緩和ケア、認知症ケア、褥瘡ケア、廃用症候群のケア、嚥下障害を含めた栄養管理、リハビリテーションに関する技術・技能を総合的に研修することが可能である。
・訪問診療も担当し、高齢者医療のゴールである在宅医療（看取り）の実際についても研修する。
・総合診療医として、必要な医療介護制度を理解し、「全身を診る医療」、治す医療だけではなく「支える医療」、「医療と介護の連携」について経験することが可能。

【瀬戸内徳洲会病院】

診療科・患者数　・病床 60 床
・外来患者数約 41,079 名/年
・入院患者数約 22,405 名/年

病院の特徴　・青く透き通った海とその先の加計呂麻島を眺めることができる魅力的な地域密着型の病院です。奄美南部地域と加計呂麻島・請島・与路島を医療県内とする当院は、徳洲会の理念に基づく断らない救急医療はもちろんですが,地域唯一の有床病院医療施設として、多職種連携、医療関連施設との連携を介して、切れ目のない最適な医療を追及していきます。

【名瀬徳洲会病院】

診療科・患者数　・病床 259 床、療養病床 60 床

・外来患者数約　55,152 名/年
・入院患者数約　84,860 名/年

病院の特徴　・奄美大島の中心に位置する 319 床の急性期病院。奄美医療圏の中では恵まれた立地条件下にある。そのため離島の病院としての近隣の医療のみならず、各島々の力になれる病院を目指して、実践している。
・離島診療の経験が可能

【島根大学医学部附属病院】

診療科・患者数　・病床 600 床
・外来患者数約 20,020 名/年
・入院患者数約 15,308 名/年

病院の特徴　・島根県唯一の大学病院で、教育・臨床・研究の拠点を担い、特定機能病院として高度急性期医療・がん医療の推進、教育・研修の充実を図っている。
・地域医療の最後の砦機能の維持・推進、救急医療の充実、災害医療への対応、優れた医療人の養成などを通じて島根県の地域医療に継続的に貢献することを目標としている。

【湘南鎌倉総合病院】

診療科・患者数　・病床 659 床
・外来患者数約 570,263 名/年
・入院患者数約 25,710 名/年

病院の特徴　1)救急科領域の病院機能：三次救急医療施設（救命救急センター）
2) 指導者数：20 名
3) 救急車搬送件数：18,512 件/年
4) 研修部門：救急部門(外来・病棟)
5) 研修内容（研修方策）：
（ア）救急外来・病棟での臨床研修
小児から高齢者まで内因性から外因性まで、救急搬送、Walkin 全ての救急受診に対応する事で重症患者への迅速な対応と軽度の症状で来院した患者でも緊急疾患を見逃さない診療を学ことができる。更に救急科をローテーションしている初期研修医の指導も担い教育的姿勢を身に付ける事ができる。
（イ）臨床現場を離れた学習
・毎週金曜日 13 時から 17 時まで専攻医カンファレンスを行い救急医学の学びを深める事ができる。
・総合内科、呼吸器内科、外科、脳卒中、脳神経外科との定期合同カンファレンスで専門科とケースディスッカッションを行い、診療のフィードバック

や専門知識を得ることができる。

【宇治徳洲会病院】

診療科・患者数　・病床 529 床、感染病床 6 床
・外来患者数約 378,064 名/年
・入院患者数約 178,545 名/年

病院の特徴　・当院総合診療専門研修プログラムは、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。その際、「医療のまち」を提唱する宇治市、そこに居住する地域住民、各種団体、ボランティアや当院の全職員などの理解と協力のもとで研修できる環境を整えています。
また内科、小児科、救急科の他、外科、形成外科、眼科、産婦人科、整形外科など選択も可能です。

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」、「ポートフォリオ作成」、「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必要があります。そのため、研修手帳の記録及び定期的な指導医との振り返りセッションを 1～数ヶ月おきに定期的に実施します。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）　最良作品型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、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）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、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最良作品型ポートフォリオの発表会を行います。

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7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、研修手帳を用いて自己評価を行うこ

とが求められます。指導医は、定期的な研修の振り返りの際に、研修目標の達成段階を確認し適切な指導を提供します。また、年次の最後には、進捗状況に関する総括的な確認を行い、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（Workplace-based assessment）として、短縮版臨床評価テスト（Mini-CEX）等を利用した診療場面の直接観察やケースに基づくディスカッション（Case-based discussion）を定期的に実施します。また、多職種による 360 度評価を各ローテーション終了時等、適宜実施します。

更に、年に複数回、他の専攻医との間で相互評価セッションを実施します。最後に、ローテート研修における生活面も含めた各種サポートや学習の一貫性を担保するために 専攻医にメンターを配置し定期的に支援するメンタリングシステムを構築します。メンタリングセッションは数ヶ月に一度程度を保証しています。

【内科ローテート研修中の評価】

内科ローテート研修においては、症例登録・評価のため、内科領域で運用する専攻医登録評価システム（Web 版研修手帳、J-OSLER）による登録と評価を行います。これは期間が短くとも研修の質をできる限り内科専攻医と同じようにすることが総合診療専攻医と内科指導医双方にとって運用しやすいからです。

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

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

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

【小児科及び救急科ローテート研修中の評価】

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

3ヶ月の小児科及び救急科の研修終了時には、各科の研修内容に関連した評価を各科の指導医が実施し、総合診療プログラムの統括責任者に報告することとなります専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合します。

【選択科ローテート研修中の評価】

選択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。6 ヶ月の選択科の研修終了時には、各科の研修内容に関連した評価を選択科の指導医が実施し、総合診療プログラムの統括責任者に報告することとなります専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合します。

◎指導医のフィードバック法の学習(FD) 指導医は、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きます。

13.専攻医の就業環境について

基幹施設および連携施設の研修責任者とプログラム統括責任者は専攻医の労働環境改善と安全の保持に努めます。

専攻医の勤務時間、休日、当直、給与などの勤務条件については、労働基準法を遵守し、各施設の労使協定に従います。さらに、専攻医の心身の健康維持への配慮、当直業務と夜間 診療業務の区別とそれぞれに対応した適切な対価を支払うこと、バックアップ体制、適切な 休養などについて、勤務開始の時点で説明を行います。

研修年次毎に専攻医および指導医は専攻医指導施設に対する評価も行い、その内容は出雲徳洲会病院総合診療専門研修管理委員会に報告されますが、そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれます。

14.専門研修 PG の改善方法とサイトビジット(訪問調査)について

本研修 PG では専攻医からのフィードバックを重視し PG の改善を行うこととしています。

1) 専攻医による指導医および本研修 PG に対する評価

専攻医は、年次毎に指導医、専攻医指導施設、本研修 PG に対する評価を行います。また、指導医も専攻医指導施設、本研修 PG に対する評価を行います。専攻医や指導医等からの評価は、専門研修 PG 管理委員会に提出され、専門研修 PG 管理委員会は本研修 PG の改善に役立てます。このようなフィードバックによって本研修 PG をより良いものに改善していきます。

なお、こうした評価内容は記録され、その内容によって専攻医に対する不利益が生じることはありません。

専門研修 PG 管理委員会は必要と判断した場合、専攻医指導施設の実地調査および指導を行います。評価にもとづいて何をどのように改善したかを記録し、毎年3月 31 日までに日本専門医機構に報告します。

また、専攻医が日本専門医機構に対して直接、指導医やプログラムの問題について報告し改善を促すこともできます。

2) 研修に対する監査(サイトビジット等)・調査への対応

本研修 PG に対して日本専門医機構からサイトビジット（現地調査）が行われます。

その評価にもとづいて専門研修 PG 管理委員会で本研修 PG の改良を行います。本研修 PG 更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本専門医機構に報告します。

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

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基づいて、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 PG 統括責任者または専門研修連携施設担当者が専門研修 PG 管理委員会において評価し、専門研修 PG 統括 責任者が終了の判定をします。

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. 専攻医が専門研修 PG の修了に向けて行うべきこと

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

17. Subspecialty 領域との連続性について

様々な関連する Subspecialty 領域については連続性を持った研修が可能となるように、各領域と検討していくこととなりますので、その議論を参考に本研修 PG でも計画していきます。

18. 総合診療研修の休止・中断、PG 移動、PG 外研修の条件

(1)専攻医が次の1つに該当するときは、研修の休止・中断が認められます。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 120 日（平日換算）ま

でとします。

(ア) 病気の療養

(イ) 産前・産後休業

(ウ) 育児休業

(エ)介護休業

(オ)その他、やむを得ない理由

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

(ア) 所属プログラムが廃止され、または認定を取消されたとき

(イ) 専攻医にやむを得ない理由があるとき

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

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

19.専門研修 PG 管理委員会

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

基幹施設の役割

基幹施設は連携施設とともに施設群を形成します。基幹施設に置かれた専門研修 PG 統括責任者は、総括的評価を行い、修了判定を行います。また、専門研修 PG の改善を行います。

専門研修 PG 管理委員会の役割と権限

・専門研修を開始した専攻医の把握と日本専門医機構の専攻医の登録

・専攻医ごとの、研修手帳及び経験省察研修録の内容確認と、今後の専門研修の進め方についての検討

・研修手帳及び経験省察研修録に記載された研修記録、総括的評価に基づく、専門医認定申請のための修了判定

・各専門研修施設の前年度診療実績、施設状況、指導医数、現在の専攻医数に基づく、次年度の専攻医受け入れ数の決定

・専門研修施設の評価に基づく状況把握、指導の必要性の決定

・専門研修 PG に対する評価に基づく、専門研修 PG 改良に向けた検討
・サイトビジットの結果報告と専門研修 PG 改良に向けた検討
・専門研修 PG 更新に向けた審議
・翌年度の専門研修 PG 応募者の採否決定
・各専門研修施設の指導報告
・専門研修 PG 自体に関する評価と改良について日本専門医機構への報告内容についての審議
・専門研修 PG 連絡協議会の結果報告

副専門研修 PG 統括責任者

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

連携施設での委員会組織

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

20.総合診療専門研修指導医

指導医には臨床能力、教育能力について、6つのコアコンピテンシー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レポートの提出などによりそれらを確認し、総合診療専門研修指導医講習会(1泊2日程度)の受講を経て、理解度などについての試験を行うことでその能力が担保されています。

なお、指導医は、以下の 1)~6)のいずれかの立場の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、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)

21.専門研修実績記録システム、マニュアル等について

研修実績および評価の記録

PG 運用マニュアル・フォーマットにある実地経験目録様式に研修実績を記載し、指導医による形成的評価、フィードバックを受けます。総括的評価は総合診療専門研修カリキュラムに則り、少なくとも年 1 回行います。

出雲徳洲会病院総合診療科にて、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。

PG 運用マニュアルは以下の研修手帳（専攻医研修マニュアルを兼ねる）と指導医マニュアルを用います。

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

22.専攻医の採用

採用方法

出雲徳洲会病院総合診療専門研修 PG 管理委員会は毎年 6 月から説明会等を行い、総合診療専攻医を募集します。PG への応募者は 11 月 20 日頃までに研修 PG 責任者宛てに所定の形式『出雲徳洲会病院 総合診療専門研修 PG 応募申請書』および履歴書を提出してください。

申請書は、下記いずれの方法でも可能です。

(1)出雲徳洲会病院専攻医募集の Website よりダウンロード
（https://www.izumo-tokushukai.jp/major_doctor/senior_resident）

(2)電話で問い合わせ (代表 0853-73-7000)

(3) e-mail で問い合わせ（ info@izumo-tokushukai.jp ）

原則として 11 月中に書類選考および面接を行い、採否を決定して本人に文書で通知します。応募者および選考結果については 12 月の出雲徳洲会病院総合診療専門研修 PG 管理委員会において報告します。

研修開始届け

研修を開始した専攻医は、各年度の 5 月 31 日までに以下の専攻医氏名報告書を出雲徳洲会病院総合診療専門研修 PG 管理委員会（ info@izumo-tokushukai.jp ）に提出します。

・専攻医の氏名と医籍登録番号、専攻医の卒業年度、専攻医の研修開始年度（様式 1）
・専攻医の履歴書（様式問わず）
・専攻医の臨床研修修了証

以上