



岩手県中総診専門医プログラム



—目次—

- 岩手県中総診専門医プログラム (p. 2～16)
 1. 理念・使命・特性
 2. 募集専攻医数
 3. 専門知識・専門技能とは
 4. 専門知識・専門技能の修得計画
 5. 臨床現場を離れた学習
 6. リサーチマインドの養成計画
 7. 学術活動に関する研修計画
 8. コア・コンピテンシーの研修計画
 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. プログラム管理委員会の運営計画
 14. プログラムとしての指導医研修（FD）の計画
 15. 専攻医の就業環境の整備機能（労務管理）
 16. 専門研修プログラムの改善方法
 17. 専攻医の募集および採用の方法
 18. 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
 19. 専門研修施設群の構成要件と地理的範囲

- 本プログラムでの各専門研修施設の案内
 - 1) 専門研修基幹施設 (p. 17～19)：岩手県立中央病院
 - 2) 専門研修連携施設 (p. 20) 岩手医科大学附属病院、岩手県立胆沢病院、岩手県立東和病院、一関市国民健康保険藤沢病院

- 本プログラムでの専攻医研修マニュアル (p. 21～39)

- 本プログラムでの指導医マニュアル（補足）(p. 40)

岩手県中総診専門医プログラム

1. 理念・使命・特性

理念【整備基準1】

- 1) 四国4県に匹敵する広大な面積を持つ岩手県。その県営医療の中核機関である岩手県立中央病院を基幹施設とし、岩手医科大学附属病院および岩手県に広く分布する病院・診療所を連携施設・特別連携施設として、指導医の適切な指導下で専門医制度研修に定められた標準的かつ全人的医療に必要な知識と技能を修得します。さらに、知識や技能に偏らずに患者に人間性をもって接すると同時に、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さまざまな環境下で全人的な医療を実践する先導者を育成します。
- 2) 初期研修を修了した総合診療専攻医はこの3年間で幅広い疾患群を順次経験することによって、基礎的診療を繰り返して学びます。加えて本プログラムの専門研修施設群での専門研修は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が積み重なる点に特徴があります。これらの経験を単に記録するだけでなく、病歴要約やポートフォリオとして科学的根拠や自己反省を含めて記載し、複数の指導医による指導を受けることによって県民に信頼される、あるいは世界へ羽ばたく総合診療医となることを可能とします。

使命【整備基準2】

- 1) 岩手県盛岡医療圏に限定せず、超高齢社会を迎えた日本を支える総合診療医として、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います。
- 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、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医療全体の水準をも高めて、地域住民、日本国民を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います。
- 3) 疾病の予防から治療に至る保健・医療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います。
- 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います。

特性

- 1) 本プログラムは、岩手県盛岡医療圏の中心的な急性期病院である岩手県立中央病院を基幹施設として、岩手県盛岡医療圏、そして広大な県内各地に位置する連携施設とで総合診療専門研修を行います。専攻医は超高齢社会を迎えた我が国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ます。研修期間は基本3年間になります。
- 2) 岩手県立中央病院および連携施設群専門研修では、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ます。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します。
- 3) 基幹施設である岩手県立中央病院は、岩手県盛岡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ります。一方で、地域に根ざす第一線の病院でもあり、コモディジーの経験はもちろん、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ます。
- 4) 総合診療専門医に求められる6つのコアコンピテンシーを培うため本プログラムにおける3年間で、「研修手帳」に定められたポートフォリオ詳細20事例・簡易20事例をはじめ、各種検査および治療、各種疾患・病態を経験できます。
- 5) 岩手県立中央病院と関連研修施設群の各医療機関が地域においてどのような役割を果たしているかを体験するために、適宜立場や地域における役割の異なる医療機関で研修を行うことによって、総合診療専門医に求められる役割を実践します。
- 6) 指導医による定期的な振り返りを行うことで修熟具合の確認や問題点の抽出、更なるプログラムの向上を目指します。3年の研修修了時までに総合診療専門医試験の受験・合格に足る能力を身につけます。

専門研修後の成果【整備基準3】

総合診療領域の使命は、1) 高い倫理観を持ち、2) 最新の標準的医療を実践し、3) 安全な医療に心がけ、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展開することにあります。求められる専門医像は単一ではなく、その環境に応じた可塑性が求められます。本制度の成果とは、必要に応じた可塑性のある幅広い知識・技量を有する専門医を輩出することにあります。

そして総合診療医は、求められる6つのコアコンピテンシー、すなわち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

診療の場の多様性を身につけ、様々な医療に携わることになります。

総合診療専門医がかかわる立場として以下の3つが考えられます。

- 1) 地域医療における領域によらない診療医（かかりつけ医）
- 2) 救急医療の専門医
- 3) 病院医療での総合診療の専門医

本プログラムでの研修終了後はその成果として、総合診療医としてのプロフェッショナリズムの涵養と general なマインドを持ち、それぞれのキャリア形成やライフステージによって、これらのいずれかの形態に合致することもあれば、同時に兼ねることも可能な人材を育成します。

2. 募集専攻医数【整備基準 27】

本プログラムでの総合診療専攻医募集数は学会の整備基準にのっとり1学年2名（3学年で計6名）とします。

- 1) 岩手県立中央病院は従来、初期研修終了後の後期研修医を過去長年にわたって教育・輩出してきた実績があります。
- 2) 剖検検体数は、2019年度11体、2020年度15体、2021年度26体であります。
- 3) 総Ⅰ、総Ⅱ、内科、小児科、救急の5分野に加え選択領域を合わせると専攻医3年終了時に「研修手帳」に定められたポートフォリオ詳細20事例・簡易20事例をはじめ、各種検査および治療、各種疾患・病態を経験できます。

3. 専門知識・専門技能とは

1) 専門知識【整備基準4】

総合診療の専門知識は以下の5領域で構成されます。

指導医のもと各領域にわたり、広くそしてより深く自己学習することが不可欠です。

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

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領域で構成されます。

領域に偏らずあらゆる疾患・病態に対処できる能力を獲得するため日々たゆまぬ鍛錬を必要とします。

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

網羅した知識と経験とに裏付けをされた上記の能力をいかに発揮することで医療面接、身体診察、検査結果の解釈、ならびに科学的根拠に基づいた幅の広い診断・治療方針決定に至ります。さらに全人的に患者・家族とかがかわってゆくことや他科専門医へのコンサルテーション能力も重要です。これらは特定の手技や経験数によって表現することはできません。

3) 学問的姿勢と医師としての倫理性、社会性【整備基準 6・7】

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ことが肝要である。また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（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の2)・3)を参照)。

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求められる。施設内では安全管理(医療事故、感染症、廃棄物、放射線など)を行うことができること、地域では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こと、さらにはへき地・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ことが目標である(※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3、4及び5の1)を参照)。

4. 専門知識・専門技能の修得計画

1) 到達目標【整備基準8~15、42】

専門医機構の定める「経験すべき疾患・病態」「経験すべき診察・検査等」「経験すべき手術・処置等」を主担当医として経験することを目標とします(※詳細は総合診療専門医 専門研修カリキュラムの経験目標1および3を参照)。

総合診療領域研修を幅広く行うため、領域内のどの疾患を受け持つかについては多様性があります。そこで研修領域ごとに総合診療専門医に求められる知識・技能・態度の修練プロセスは以下のように設定します。

【総Ⅰ】予防から治療、療養まで、すべてに携わることができる。個々の専攻医のニーズ、スキルに合わせた研修内容を各診療チームに所属して実地研修をします。

- ・知識：日常的なプライマリケアの実践および適切な医療・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地域で経験します。
- ・技能：研修中の疾患について診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈および治療方針決定を指導医とともに行うことができます。在宅医療や地域ケアにも携わります。施設外でも健康講演会等に参加し地域の一員としても研鑽を積みます。
- ・態度：専攻医自身の自己評価と指導医、Subspeciality 上級医およびメディカルスタッフによる360度評価を複数回行って態度の評価を行い、担当指導医がフィードバックを行います。

【総Ⅱ】病院総合診療の側面から多種多様な症例に携わることができます。個々の専攻医のニーズ、スキルに合わせた研修内容を総合診療医として実地研修をし、学会発表や臨床研究のほか医学教育にも積極的に介入してもらいます。

- ・知識：外来、病棟を中心に初療から慢性期フォローまでを主治医として担当し、適切かつ高度な総合診療の実践に努めることで幅広い知識を修得します。
- ・技能：研修中の疾患について診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈および治療方針決定を指導医とともに行うことができます。他科からのコンサルトを受けることも多く、論文検索能力やEBMの応用能力を身につけます。

- 態度：専攻医自身の自己評価と指導医、Subspeciality 上級医およびメディカルスタッフによる 360 度評価を複数回行って態度の評価を行い、担当指導医がフィードバックを行います。
- 【内科】内科各領域の上級医のもと、その領域の専門研修をします。内科系当直医として内科領域の救急診療の経験を積みます。
- 知識：その領域の先進医療を実践する上級医に師事し、総合診療領域に必要な臓器疾患の専門知識を優先的に修得します。
- 技能：各種専門領域疾患について診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈および治療方針決定を指導医とともに行うことができます。内視鏡やエコー等、領域特有の検査・手技・治療にも携わります。
- 態度：専攻医自身の自己評価と指導医、Subspeciality 上級医およびメディカルスタッフによる 360 度評価を複数回行って態度の評価を行い、担当指導医がフィードバックを行います。
- 【小児科】予防から治療までに携わることができる。外来診療を中心に入院患者も主治医として受け持つ。
- 知識：プライマリケア領域で必要となる小児および小児科疾患の知識が修得できます。予防接種や新生児診療にも携わります。
- 技能：小児について診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈および治療方針決定を指導医とともに行うことができます。新生児蘇生をはじめとした専門技術を学びます。
- 態度：専攻医自身の自己評価と指導医、Subspeciality 上級医およびメディカルスタッフによる 360 度評価を複数回行って態度の評価を行い、担当指導医がフィードバックを行います。
- 【救急】救急専門医のもと、救急症例に関する専門研修をします。
- 知識：救急外来・病棟にて上級医に師事し、救急初期対応や高度外傷に必要な専門知識を修得します。
- 技能：診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈（画像読影含む）および治療方針決定を指導医とともに行うことができます。心肺蘇生法をはじめ胸腔ドレナージや気管挿管など、救急現場で必要とされるの検査・手技・治療にも携わります。
- 態度：専攻医自身の自己評価と指導医、Subspeciality 上級医およびメディカルスタッフによる 360 度評価を複数回行って態度の評価を行い、担当指導医がフィードバックを行います。

※本プログラムでは、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。

2) 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。

この過程によって専門医に必要な知識および技術・技能を修得します。また、自らが経験することができなかった症例についてはカンファレンスや自己学習によって知識を補足します。これらを通じて遭遇することが稀な疾患であっても類縁疾患の経験と自己学習によって適切な診療を行えるようにします。

5. 臨床現場を離れた学習【整備基準 14】

1. 最新エビデンスや病態理解・治療法の理解
2. 各種研修会医、勉強会への参加
3. 標準的な医療安全や感染対策に関する事項
4. 医療倫理、医療安全、感染防御、臨床研究や利益相反に関する事項
5. 専攻医の指導・評価方法に関する事項

上記について以下の方法で研鑽します（岩手県立中央病院実績）。

(ア) ローテートする各科での抄読会

(イ) 医療倫理・医療安全・感染防御に関する講習会（基幹施設 2021 年実績ではそれぞれ年 2 回開催

されています。専攻医はすべて受講します。)

- (ウ) CPC (基幹施設 2021 年実績 5 回)
- (エ) 研修施設群合同カンファレンス (2022 年度: 2 回開催予定)
- (オ) 地域参加型カンファレンス {死亡検討会(毎週)、救急事例検討会 (2 か月毎)、緩和ケアカンファレンス (毎月)}
- (カ) JMECC 受講 (基幹施設: 2021 年度に 1 回開催、内科専攻医は 2 年次に受講)
- (キ) 内科系学術集会
- (ク) 各種指導医講習会/JMECC 指導者講習会

6. リサーチマインドの養成計画【整備基準 6,12,30】

総合診療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です。この能力は自己研鑽を生涯にわたってゆく際に不可欠となります。本プログラムでは基幹施設、連携施設、特別連携施設のいずれにおいても

- ① 患者から学ぶという姿勢を基本とする。
- ② 科学的根拠に基づいた診断、治療を行う (EBM: evidence based medicine)
- ③ 最新の知識、技能を常にアップデートする (生涯学習)
- ④ 診断と治療の evidence の構築・病態の理解につながる研究を行う。
- ⑤ 症例報告を通じて深い洞察力を磨く。

といった基本的なリサーチマインドおよび学問的姿勢を涵養します。併せて

- ① 臨床現場はもちろん各カンファレンスにおいて初期研修医あるいは医学部学生の指導を行う。
- ② 臨床指導のほか、学会発表や臨床研究に関して後輩専攻医の指導を行う。
- ③ 医療チームのリーダーとしてメディカルスタッフを尊重し、指導を行う。

上記のごとく総合診療専攻医としての教育活動を行います。

7. 学術活動に関する研修計画【整備計画 12】

本プログラムでは基幹病院、連携病院、特別連携病院のいずれにおいても

- ① 各領域の学術集会や企画に年 1 回以上参加します (必修)。
- ② 経験症例についての文献検索を行い、症例報告を行います。
- ③ 臨床的疑問を抽出して臨床研究を行います。
- ④ 総合診療学に通じる基礎研究を行います。

を通じて科学的根拠に基づいた嗜好を全人的に活かせるようにします。3 年間で総合診療専攻医は学会発表あるいは論文発表は筆頭者 2 件以上行います。

なお、専攻医が社会人大学院などを希望する場合でも、市民病院内科専門研修プログラムの修了認定基準を満たせるようにバランスを持った研修を推奨します。

8. コア・コンピテンシーの研修計画【整備基準 7】

総合診療医に求められる6つのコアコンピテンシー、すなわち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、以上に関し研修手帳やポートフォリオを通じてプログラム全体と各ローテーション先の指導医によるフィードバックを定期的に行います。

9. 地域医療における施設群の役割【整備基準 11、28、29】

多岐にわたる疾患群を経験するために本プログラムでは盛岡医療圏に加え、岩手県内全域の各規模病院から構成されています。基幹施設である岩手県立中央病院は急性期型病院であるとともに、地域の病診・病病連携の中核です。コモンディーズ、救急症例、超高齢化社会を反映した複数の病態を持った症例、専門医による治療が必要な症例のいずれの症例の診療経験もでき、研修手帳に定められた疾患群を主担当医として経験できます。知識習得のための各種カンファランスおよび講習会が実施されています。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ます。

連携施設では専攻医の多彩な希望・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、高次機能・専門病院である岩手医科大学附属病院、地域基幹病院である岩手県立胆沢病院、および地域医療密着型病院である岩手県立東和病院、一関市国民健康保険藤沢病院で構成しています。

高次機能・専門病院では、高度な急性期医療、より専門的な内科診療、希少疾患を中心とした診療経験を研修し、臨床研究や基礎的研究などの学術活動の素養を身につけます。地域基幹病院では、病院と異なる環境で、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します。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ます。

地域医療密着型病院(診療所)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します。

プログラム管理委員会が管理と指導の責任を行います。岩手県立中央病院の担当指導医が特別連携施設の上級医とともに、専攻医の研修指導にあたり、指導の質を保ちます。

10. 地域医療に関する研修計画【整備基準 28,29】

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、主担当医として入院から退院<初診・入院～退院・通院>まで可能な範囲で継続的に診断・治療の流れを通じて一人ひとりも患者の全身状態、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的としています。診療・経験する患者を通して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ます。

11. 総合診療専攻医研修(モデル)【整備基準 16】

ローテーションの順番は各専攻医によるが、各年次ごとに達成目標を設定する。図1にプログラム例のを示す。

- ・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して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。

図1 (例)

D. ローテーションのスケジュールと期間													
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	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立東和病院	岩手県立東和病院	岩手県立東和病院
	領域	総Ⅱ	総Ⅱ	総Ⅱ	総Ⅱ	総Ⅱ	総Ⅱ	内科	内科	内科	総Ⅰ	総Ⅰ	総Ⅰ
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	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立胆沢病院	岩手県立胆沢病院	岩手県立胆沢病院	一関国保藤沢病院	一関国保藤沢病院	一関国保藤沢病院
	領域	小児科	小児科	小児科	内科	内科	内科	内科	内科	内科	総Ⅰ	総Ⅰ	総Ⅰ
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	岩手医大附属病院	岩手医大附属病院	岩手医大附属病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院
	領域	救急	救急	救急	内科	内科	内科	総Ⅱ	総Ⅱ	総Ⅱ	総Ⅱ	総Ⅱ	総Ⅱ
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 ()カ月			

12. 専攻医の評価時期と方法【整備基準 17-22】

(1) プログラム管理委員会の役割

- ・岩手県立中央病院内に設置し事務一般を行います。
- ・プログラム開始時に、各専攻医が初期研修期間などで経験した疾患についてカテゴリー別の充足状況を確認します。
- ・3か月ごとに専攻医の研修実績と到達度を適宜追跡し、専攻医による研修手帳への記入を促す。また、各カテゴリー内の研修実績と到達度が充足していない場合は該当疾患の診療経験を促します。
- ・6か月ごとにポートフォリオ作成状況を適宜追跡し、専攻医による作成を促す。また、各カテゴリー内の症例が充足していない場合は該当疾患の診療経験を促します。
- ・6か月ごとにプログラムに定められている所定の学術活動の記録と各種講習会出席を追跡します。
- ・年に複数回（8月と2月、必要に応じて臨時に）、専攻医自身の自己評価を行います。その結果は、1か月以内に担当指導医によって専攻医に形式的にフィードバックを行って、改善を促します。
- ・プログラム管理委員会は、メディカルスタッフによる360度評価（内科専門研修評価）を毎年複数回（8月と2月、必要に応じて臨時に）行います。担当指導医、上級医に加えて、看護師長、看護師、臨床検査・放射線技師・臨床工学技士、事務などから、接点の多い職員5人を指名し、評価する。評価表では社会人としての適性、医師としての適正、コミュニケーション、チーム医療の一員としての適性を多職種が評価します。評価は無記名方式で、プログラム管理委員会もしくは統括責任者が各研修施設の研修委員会に委託して5名以上の複数職種に回答を依頼し、その回答は担当指導医が取りまとめ、形式的にフィードバックを行います。

(2) 専攻医と担当指導医の役割

- ・専攻医1人に1人の担当指導医（メンター）が岩手県立中央病院内科専門研修プログラム委員会により決定されます。
- ・専攻医は「研修手帳」に定められる症例の経験とポートフォリオを3年間で行いますがそれぞれの年次で登録された内容は都度、担当指導医が評価・承認します。
- ・担当指導医は専攻医と十分なコミュニケーションを取り、研修手帳での専攻医による症例登録の評価などにより研修の進捗状況を把握します。専攻医は連携施設の上級医と面談し、専攻医が経験すべき症例について報告・相談します。担当指導医と連携施設の上級医は、専攻医が充足していないカテゴリー内の疾患を可能な範囲で経験できるよう、主担当医の割り振りを調整します。
- ・担当指導医は連携施設の上級医と協議し、知識、技能の評価を行います。
- ・担当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。

(3) 評価の責任者

年度ごとに担当指導医が評価を行い、基幹施設あるいは連携施設のプログラム管理委員会で検討します。その結果を年度ごとに統括責任者が承認します。

(4) 修了判定基準【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。

13. プログラム管理委員会の運営計画【整備基準 34, 35, 37-39】

① 本プログラムの管理運営体制の基準

- 1) 岩手県立中央病院内に設置するプログラム管理委員会にて、連携施設に設置されている研修委員会との連携を図ります。
- 2) プログラム管理委員会の委員長1名（指導医）は、基幹施設との連携のもと、活動するとともに、専攻医に関する情報を定期的に共有するために、連携施設および専門医機構へ定期的に以下の報告を行います。
 - 1) 各専攻医の前年度の診療実績
 - a) 1か月あたり内科外来患者数、b) 1か月あたり入院患者数、
 - 2) 専門研修指導医数および専攻医数
 - a) 前年度の専攻医の指導実績、b) 今年度の指導医数/総合内科専門医数、c) 今年度の専攻医数、d) 次年度の専攻医受け入れ可能人数
 - 3) 各専攻医の前年度の学術活動
 - a) 学会発表、b) 論文発表
 - 4) 施設状況
 - a) 施設区分、b) 指導可能領域、c) カンファレンス、d) 他科との合同カンファレンス、e) 抄読会、f) 机、g) 図書館、h) 文献検索システム、i) 医療安全・感染対策・医療倫理に関する研修会、j) その他

※プログラム管理委員会名簿

- ・宮田 剛（岩手県立中央病院 院長）
- ・相馬 淳（岩手県立中央病院、副院長）

- ・三上 仁（岩手県立中央病院、小児科長）
- ・須原 誠（岩手県立中央病院、救急医療部長）
- ・坂本 和太（岩手県立中央病院 総合診療科医長、本プログラム責任者）
- ・下沖 収（岩手医科大学附属病院 救急・災害・総合医学講座教授）
- ・米田 真也（岩手県立胆沢病院 医療研修科長）
- ・松浦 和博（岩手県立東和病院 院長）
- ・佐藤 元美（一関市国民健康保険藤沢病院 病院事業管理者）
- ・高木 史江（一関市国民健康保険藤沢病院 内科長）
- ・佐藤 俊郎（一関市国民健康保険藤沢病院 内科医師）
- ・稲見 敬子（岩手県立中央病院 看護部長）
- ・海沼 建司（岩手県立中央病院 事務局長）

14. プログラムとしての指導者研修（FD）の計画【整備基準 18, 43】

厚生労働省や各学会の指導医講習会の受講を推奨・支援します。

15. 専攻医の就業環境の整備機能（労務管理）【整備基準 40、41】

労働基準法や医療法を順守することを原則とします。

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、この記録は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。

◎基幹施設である岩手県立中央病院の整備状況

- ・研修に必要な図書室とインターネット（Wi-Fi）環境があります。
- ・岩手県常勤医師として労務環境が保障されています。
- ・メンタルストレスに適切に対処する部署（総務課職員担当）があります。
- ・6名の院内職員がハラスメント相談員として相談を受ける体制となっています。
- ・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ます。
- ・敷地内に院内保育所があり、利用可能であります。

また、総括的評価を行う際、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、その内容は岩手県立中央病院内科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、適切に改善を図ります。

16. 専門研修プログラムの改善方法【整備基準 48-51】

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

専攻医登録評価システム（仮称）を用いて無記名式逆評価を行います。逆評価は年に複数回行います。

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います。その集計結果は担当指導医、施設の研修委員会、およびプログラム管理委員会が閲覧します。また、集計結果に基づき、プログラムや指導医あるいは研修施設の研修環境の改善に役立てます。

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

専門研修施設の研修委員会、本プログラム管理委員会は専攻医登録評価システム（仮称）を用いて、専攻医による上級医の逆評価、専攻医の研修状況を把握します。把握した事項については、本プログラム管理委員会が以下に分類して対応を検討します。

- 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 内科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、専攻医や指導医から日本専門医機構研修委員会を相談先とします。

- ・担当指導医、関連施設の研修委員会、本プログラム管理委員会は専攻医の研修状況を定期的に調査し、プログラムが円滑に進められているか否かを判断・評価します。
- ・担当指導医、関連施設の研修委員会、本プログラム管理委員会は専攻医登録評価システム（仮称）を用いて担当指導医が専攻医の研修にどの程度関与しているかをモニタし、自律的な改善に役立てます。状況によって、日本専門医機構研修委員会の支援、指導を受け入れ、改善に役立てます。

3) 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

プログラム管理委員会は、本プログラムに対する日本専門医機構研修委員会からのサイトビジットを受け入れ対応します。その評価を基に、必要に応じてプログラムの改良を行います。

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研修委員会に報告します。

17. 専攻医の募集および採用の方法【整備基準 52】

本プログラムにおける募集人員は、1学年あたり2名とします。プログラム管理委員会は、毎年7月から website での公表や説明会などを行い、専攻医を募集します。翌年度のプログラムへの応募者は、10月31日までに website の岩手県立中央病院医師募集要項（岩手県中総診専門医プログラム：総合診療専攻医）に従って応募します。書類選考および面接を行い、翌年1月の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、本人に文書で通知します。

(問い合わせ先)

岩手県中総合診療医プログラム E-mail: gyomu@chuo-hp.jp

ホームページ: <http://www.chuo-hp.jp>

本プログラムを履行開始した専攻医は、遅滞なく登録を行います。

18. 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【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。

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る、研修延長申請書を提出することで対応する。

本プログラムから移動する場合、移動後のプログラム管理委員会が、その継続的研修を相互に認証することにより、専攻医の継続的な研修を認めます。他のプログラムから本プログラムへの移動の場合も同様であります。

なお、短時間の非常勤勤務期間などがある場合、按分計算（1日8時間、週5日を基本単位とする）を行うことによって、研修実績に加算します。

留学期間は、原則として研修期間として認めません。

19. 専門研修施設群の構成要件と地理的範囲【整備基準 25、26】

多岐にわたる疾患群を経験するために本プログラムでは盛岡医療圏に加え、岩手県内全域の各規模病院から構成されています。基幹施設および連携施設の概要は前述したとおりであるが物理的な距離としては岩手県の南端から北端までは高速道路を利用して自動車でも4時間、新幹線であれば一ノ関駅（南端）～盛岡経由～二戸駅（北端）70分程度です。ただし盛岡市から沿岸各所へは一般道を使用し自動車でもほぼ一律2時間を要します（参考：盛岡～仙台は新幹線で40分）。

本プログラムでの各専門研修施設の案内

1) 専門研修基幹施設

岩手県立中央病院

- 認定基準
- ・初期臨床研修制度基幹型研修指定病院です。
- 【整備基準
- 23】
- ・研修に必要な図書室とインターネット環境（Wi-Fi）があります。
 - ・岩手県常勤医師として労務環境が保障されています。
- 1) 専攻医の
- ・メンタルストレスに適切に対処する部署（総務課職員担当）があります。
- 環境
- ・6名の院内職員がハラスメント相談員として相談を受ける体制となっています。
 - ・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ます。
 - ・敷地内に院内保育所があり、利用可能です。
- 認定基準
- ・プログラム責任者（坂本）は日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医・認定医資格を有する。
- 【整備基準
- 23、24】
- ・基幹施設、地域基幹型病院、地域密着型病院（診療所）にて提携し、いずれの施設も専門医機構の定める下記の施設認定基準を満たす。
- 2) 専門研修
- プログラムの
- ◎総合診療専門研修Ⅰ：外来診療（学童期以下が5%以上、後期高齢者が10%以上）、訪問診療（在宅療養支援診療所・病院またはこれに準じる施設）および地域包括ケアの研修が可能、延べ外来患者数400名以上/月、延べ訪問診療件数20件以上/月
 - ◎総合診療専門研修Ⅱ：延べ外来患者数200名以上/月、入院患者総数20名以上/月
 - ◎内科研修：(1)基幹型または協力型臨床研修病院であること。(2)内科病床数が50床以上あること。(3)内科常勤医が5名以上在籍していること。(4)内科指導医が3名以上在籍していること。(5)内科専門研修プログラムに参加していることの5つを満たす。入院患者総数40名以上/月
 - ◎小児科研修：常勤の小児科指導医がいる病院で外来・救急・病棟の（日常的によく遭遇する疾患を中心とした）研修が行える。延べ外来患者数400名以上/月
 - ◎救急科研修：救命救急センターもしくは救急科専門医指定施設、もしくは救急科専門医等が救急担当として専従する。救急による搬送等の件数1,000件以上/年
 - ◎その他の領域別研修：プライマリ・ケアと関連の深い診療領域（一般外科・整形外科・精神科・産科婦人科・皮膚科・眼科・耳鼻科など）の研修を行える病院または診療所。各領域の専門科指導医を1名以上置くこと。
- ・医療倫理・医療安全・感染対策講習会を定期的を開催（2021年度実績5回）し、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えます。

- ・研修施設群合同カンファレンスを定期的に開催し、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えます。
- ・地域参加型のカンファレンス地域参加型カンファレンス {死亡検討会(毎週)、救急事例検討会(2か月毎)、緩和ケアカンファレンス(毎月)} を定期的に開催し、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えます。
- ・連携施設の専門研修では、電話や週1回の岩手県立中央病院での面談・カンファレンスなどにより指導医がその施設での研修指導を行います。

認定基準

3) 診療経験
の環境

認定基準

【整備基準
23】

4) 学術活動
の環境

指導医数

(常勤医)

【整備基準
36】

外来・入院患
者数

経験できる
疾患群

経験できる
技術・技能

経験できる
地域医療・診
療連携

学会認定施
設(内科系)

- ・専門医機構の定める「経験すべき疾患・病態」「経験すべき診察・検査等」「経験すべき手術・処置等」を主担当医として経験できます(※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および3を参照)。
- ・臨床研究に必要な図書室、写真室などを整備しています。
- ・倫理委員会を設置し、定期的を開催(2021年度実績6回)しています。
- ・治験審査および製造販売後調査審査委員会を設置し、定期的に受託研究審査会を開催(2021年度実績6回)しています。

日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医・認定医 1名

日本病院総合診療医学会認定医 1名

※内科系専門医は下記の通り

日本内科学会指導医 30名、日本内科学会総合内科専門医 19名

日本循環器学会循環器専門医 8名、日本腎臓病学会専門医 4名、

日本糖尿病学会専門医 1名、日本呼吸器学会呼吸器専門医 2名、

日本神経学会神経内科専門医 5名、日本消化器病学会消化器専門医 7名、

日本血液学会血液専門医 2名、日本リウマチ学会専門医 1名、

日本臨床腫瘍学会専門医 1名、日本救急医学会救急科専門医 2名

・総合診療科の月間平均人数：外来延患者 258名、新入院患者 24名

・内科9科での月間平均人数：外来患者 667名、新入院患者 678名

基幹施設および連携施設を合わせると「研修手帳」にある症例を幅広く経験することができます。

技術・技能評価手帳にある専門医に必要な技術・技能を、実際の症例に基づきながら幅広く経験することができます。

急性期医療だけでなく、近隣の医療施設と日常的に密な連絡をお互い取り合っており、岩手県の超高齢社会に対応した地域に根ざした医療、病診・病病連携なども経験できます。

日本血液学会認定血液研修施設

日本腎臓学会研修施設

日本高血圧学会専門医認定施設
日本循環器学会認定循環器専門医研修施設
日本消化器内視鏡学会専門医制度規則指導施設
日本消化器病学会専門医制度認定施設
日本心血管インターベンション治療学会研修施設
日本神経学会専門医制度教育施設
日本ペインクリニック学会認定医指定研修施設
日本糖尿病学会認定教育施設
日本透析医学会専門医制度認定施設
日本内科学会認定医制度教育病院
日本不整脈学会・日本心電学会認定不整脈専門医研修施設
日本リウマチ学会教育施設
日本脈管学会認定研修関連施設
日本臨床腫瘍学会認定研修施設
日本胆道学会認定指導医制度指導施設
日本肝臓学会認定施設
日本気管支学会認定医制度規則認定施設
日本呼吸器内視鏡学会専門医制度規則認定施設
日本心血管インターベンション学会認定研修施設
日本脳神経血管内治療学会認定研修施設
日本脳卒中学会認定研修施設

2) 専門研修連携施設

本プログラムにおける連携施設及び研修可能領域は、次の表のとおりです。

連携施設名	所在地	病床数	総合診療Ⅰ・Ⅱ 指導医数	研修可能領域					
				総 診 Ⅰ	総 診 Ⅱ	内 科	救 急	小 児	選 択
岩手県立胆沢病院	岩手県奥州市	346	3		○	○			
岩手県立東和病院	岩手県花巻市	68	1	○					
一関市国民健康保険藤沢病院	岩手県一関市藤沢町	54	3	○					
岩手医科大学附属病院	岩手県紫波郡矢巾町	1,000	5		○	○	○	○	

岩手県中総診専門医プログラム 専攻医研修マニュアル

1) 専門研修後の医師像と終了後に想定される勤務形態や勤務先

総合診療医の使命は、(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) プロフェッショナリズムに基づく患者中心の医療を展開することにあります。

総合診療医のかかわる場は多岐にわたるが、それぞれの場に応じて、

- (1) 地域医療における領域によらない診療医（かかりつけ医）
- (2) 救急医療の専門医
- (3) 病院医療での総合診療の専門医

に合致した役割を果たし、地域住民、国民の信頼を獲得します。それぞれのキャリア形成やライフステージ、あるいは医療環境によって、求められる総合診療医像は単一でなく、本プログラムの目標はその環境に応じて役割を果たすことができる、必要に応じた可塑性のある幅広い総合診療医を多く輩出することにあります。

本プログラム研修修了後はその成果として、総合診療医としてのプロフェッショナリズムの涵養と general なマインドを持ち、それぞれのキャリア形成やライフステージによって、これらいずれかの形態に合致することもあれば、同時に兼ねることも可能な人材を育成します。そして、岩手県に限定せず、超高齢社会を迎えた日本や世界のいずれの医療機関でも不安なく診療にあたる実力を獲得を目指します。

2) 研修施設群の各施設名

基幹施設：岩手県立中央病院

連携施設：岩手県立胆沢病院、岩手県立東和病院、一関市国民健康保険藤沢病院、岩手医科大学附属病院

3) 本プログラム管理責任者

坂本和太（岩手県立中央病院総合診療科、日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医・認定医）

4) 専門研修の期間

専門研修は3年間です。自由選択期間（6ヶ月）の研修科の選択、および各部署での研修期間の長さは指導医との交渉の上、基本的に自由です。ただし必修期間が定められているので自由選択期間はそれを除いた月数となります。

例を下記に示します。

		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	岩手県立中央病院	岩手県立東和病院	岩手県立東和病院	岩手県立東和病院								
	領域	総Ⅱ	総Ⅱ	総Ⅱ	総Ⅱ	総Ⅱ	総Ⅱ	内科	内科	内科	総Ⅰ	総Ⅰ	総Ⅰ
2年目	施設名	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立中央病院	岩手県立胆沢病院	岩手県立胆沢病院	岩手県立胆沢病院	一関国保藤沢病院	一関国保藤沢病院	一関国保藤沢病院
	領域	小児科	小児科	小児科	その他	その他	その他	内科	内科	内科	総Ⅰ	総Ⅰ	総Ⅰ
3年目	施設名	岩手医大付属病院	岩手医大付属病院	岩手医大付属病院	岩手県立中央病院								
	領域	救急	救急	救急	内科	内科	内科	総Ⅱ	総Ⅱ	総Ⅱ	総Ⅱ	総Ⅱ	総Ⅱ

※必修期間は総合診療専門研修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ヶ月以上となります。

5) 各施設での研修内容と期間

多岐にわたる疾患群を経験するために本プログラムでは盛岡医療圏に加え、岩手県内全域の各規模病院から構成されています。基幹施設である岩手県立中央病院は急性期型病院であるとともに、地域の病診・病病連携の中核です。コモンディーズ、救急症例、超高齢化社会を反映した複数の病態を持った症例、専門医による治療が必要な症例のいずれの症例の診療経験もでき、研修手帳に定められた疾患群を主担当医として経験できます。知識習得のための各種カンファランスおよび講習会が実施されています。また、臨床研究や症例報告などの学術活動の素養を身に着けます。

連携施設は専攻医の多彩な希望・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、高次機能・専門病院である岩手医科大学附属病院、地域基幹病院である岩手県立胆沢病院および地域医療密着型病院である岩手県立東和病院、一関市国民健康保険藤沢病院となります。

高次機能・専門病院では、高度な急性期医療、より専門的な内科診療、希少疾患を中心とした診療経験を研修し、臨床研究や基礎的研究などの学術活動の素養を身につけます。地域基幹病院では、病院と異なる環境で、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します。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ます。

地域医療密着型病院(診療所)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します。

ローテーションの例は前述のとおりです。

※研修の週間スケジュール（事例）

総合診療専門研修Ⅰ

	月	火	水	木	金	土	日
7:50~8:25 朝回診							
8:30~9:00 病棟業務							
9:00~12:00 午前外来診療							
9:00~12:00 検査/病棟							
9:00~12:00 訪問診療							
13:30~14:00 NST 回診							
14:00~16:30 午後外来診療		急患					
14:00~16:30 訪問診療							
14:00~16:00 施設回診				老健	特養		
16:00~16:30 予防接種							
16:30~17:15 多職種カンファレンス							
16:30~17:15 症例カンファレンス							
平日当直：1回/週、土日の当直：1回/月、待機：2回/月 土曜日半日勤務あり							

総合診療科（総Ⅱ）での研修事例

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-8:45 朝・カンファレンス							
8:30-12:00 病棟業務							
9:00-12:00 初診外来							
9:00-12:00 再診外来							
8:30-17:15 初期救急外来							
13:00-16:00 病棟業務							
15:30-16:00 総合診療科総回診							
16:00-16:30 タ・カンファレンス							
14:00-15:00 教育カンファレンス							
14:00-15:00 振り返りカンファレンス							

救急医療センターでの診療(平日 1 回/週の夜勤、土日 2~3 回/月の日勤または夜勤)					夜勤		
--	--	--	--	--	----	--	--

救急科（救急医療センター）での研修事例

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00 朝カンファレンス							
8:30-17:15 二次・三次救急診療/病棟業務							
16:00-16:30 タカンファレンス							
17:15-8:30 二次・三次救急診療/病棟業務(夜勤)							
10:00-11:00 症例カンファレンス							
9:00-11:00 教育カンファレンス							
9:00-11:00 振り返りカンファレンス							

内科(消化器内科を選択した場合)での研修事例

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00 診療班カンファレンス							
9:00-12:00 病棟業務							
9:00-12:00 新患外来							
10:00-12:00 検査(エコー、内視鏡等)							
9:00-12:00 再診外来							
13:00-16:00 検査							
16:00-17:00 総回診							
16:00-17:00 症例カンファレンス							
平日当直(1~2回/週) 土日の日直・宿直(1回/月)							

小児科での研修事例

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-10:00 病棟業務							
10:00-12:00 総回診							

10:00-12:00 外来診療								
13:00-16:00 外来診療（検診・予防接種）								
13:00-17:15 小児救急外来								
16:00-17:00 病棟カンファレンス								
10:00-15:00 帝王切開（待機、新生児蘇生）								
14:00-16:00 勉強会								
平日当直（1～2回／週） 土日の日直・宿直（1回／月）								

6) 経験すべき症例、手術、検査等の種類と数および専門医資格取得のために必要な知識・技能・態度
 ※研修手帳（p. 16-19およびp. 20-29）参照。

総合診療専門研修プログラム 研修 目標及び研修の場		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	
		設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
I. 一般的な症候及び疾患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。													
	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。	○	○	◎	○							◎
※⑥死亡診断を実施し、死亡診断書を作成できる。	◎	◎	◎	◎	◎	○					
⑦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。	◎	◎	◎	○					◎	◎	
(ア) 実施すべき手技											
※①各種採血法（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・静脈注射・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）	○	○	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	
(イ) 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）	◎	◎	◎	◎	○	○			○	○		
※④生体標本（喀痰、尿、腔分泌物、皮膚等）に対する顕微鏡的診断		◎	◎	◎	○	○		○		○		
※⑤呼吸機能検査	○	◎	◎	◎	○	○						
※⑥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	○	◎									○	○
⑦子宮頸部細胞診		○									◎	◎
⑧消化管内視鏡（上部）	○	○	○	○	◎	◎						
⑨消化管内視鏡（下部）	○	○	○	○	◎	◎						
⑩造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）	○	○	○	○	◎	◎						
（ウ）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）									◎	◎		
（エ）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。	◎	◎	◎	◎	◎	○						
（オ）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、包帯・副木・ギプス法	○	◎	○	○				○	◎	◎	○	○
※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経鼻胃管及び胃瘻カテーテルの挿入と管理	◎	◎	◎	◎	○	○			○			
※⑨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	◎	◎	◎	◎	○	○			○	○		
※⑩褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン	◎	◎	◎	◎							○	○
※⑪在宅酸素療法の導入と管理	◎	◎	○	○	○	○						
※⑫人工呼吸器の導入と管理	○	◎	○	○	○	○						
⑬輸血法（血液型・交差適合試験の判定を含む）	○	○	○	○	○	○						
⑭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）	○	○	○	○								○
⑮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）	○	○	○	○					◎	◎		
※⑯包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法	◎	◎	○	○					◎	◎	○	○
⑰穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）	○	○	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎		
（力）耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科の治療手技												
※①鼻出血の一時的止血	◎	◎							◎	◎	○	○
※②耳垢除去、外耳道異物除去	◎	◎					○	◎	◎		○	○

③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）	○	○							◎	◎	◎	◎
④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										
ショック	○	○	◎	○	○	○			◎	◎		
急性中毒	○	○	◎	○	○	○			◎	◎		
意識障害	○	○	◎	○	○	○			◎	◎		
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	◎	◎	○	○						○	○
精神科領域の救急	○	○	○	○					◎	◎	◎
不安	◎	◎	○	○						○	○

気分の障害（うつ）	◎	◎	○	○							○	○
流・早産及び満期産	○	○									◎	◎
女性特有の訴え・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		設 定	推 奨										
※[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				○	○	◎	◎				○		
(2) 神経系疾患		設 定	推 奨										
※[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（偏頭痛、緊張性頭痛、群発頭痛）		◎	◎	◎	◎	○	○		○				
(3) 皮膚系疾患		設 定	推 奨										
※[1]湿疹・皮膚炎群（接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎、皮脂欠乏性皮膚炎）		◎	◎	○	○			◎	◎			◎	◎
※[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、感染性粉瘤、伝染性軟属腫、疥癬)												
(4) 運動器（筋骨格）系疾患		設定	推奨										
	※[1]骨折（脊椎圧迫骨折、大腿骨頸部骨折、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、腱板炎）	○	○							◎	◎	◎	◎
	※[3]骨粗鬆症	◎	◎	○	○	○	○					○	◎
	※[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）	◎	◎							○	○	◎	◎
(5) 循環器系疾患		設定	推奨										
	※[1]心不全	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎		
	※[2]狭心症、心筋梗塞	○	○	○	○	◎	◎			◎	◎		
	[3]心筋症					○	○	○	○	○	○		
	※[4]不整脈（心房細動、房室ブロック）	○	○	○	○	◎	◎			◎	◎		
	[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、二次性高血圧症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
(6) 呼吸器系疾患		設定	推奨										
	※[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	○	○	○	○	◎	◎						
（7） 消化器系疾患	設 定	推 奨										
※[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）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○		
※[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（腹膜炎、急性腹症、ヘルニア）	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
（8） 腎・尿路系（体液・電解質バランスを含む）疾患	設 定	推 奨										
※[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	設 定	推 奨										
[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・腔・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、精巣腫瘍)	◎	◎	○	◎						◎	◎	
(10) 内分泌・栄養・代謝系疾患		設定	推奨										
	[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		設定	推奨										
	[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		設定	推奨										
	※[1]中耳炎	○	◎					◎	◎			◎	◎
	※[2]急性・慢性副鼻腔炎	◎	◎		○		○					◎	◎
	※[3]アレルギー性鼻炎	◎	◎		○			◎	◎			◎	◎

	[4]扁桃の急性・慢性炎症性疾患	○	○					○	○			◎	◎
	[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		設	推	設	推	設	推	設	推	設	推	設	推
	[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]気分障害（うつ病、躁うつ病）	◎	◎									◎	◎
	[5]統合失調症	○	○									◎	◎
	※[6]不安障害（パニック症候群）	◎	◎									◎	◎
	※[7]身体表現性障害、ストレス関連障害	◎	◎									◎	◎
	※[8]不眠症	◎	◎	○	○							◎	◎
(14) 感染症		設	推	設	推	設	推	設	推	設	推	設	推
	※[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		設	推	設	推	設	推	設	推	設	推	設	推
	※[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	○	○	○	○	○	◎	◎	◎				

(16) 物理・化学的因子による疾患		設定	推奨										
	※[1]中毒（アルコール、薬物）			◎	◎	○	◎			◎	◎		
	※[2]アナフィラキシー		○			○	◎	◎	◎	◎	◎		
	[3]環境要因による疾患（熱中症、寒冷による障害）	○		◎	◎	○	◎			◎	◎		
	※[4]熱傷	○	◎							◎	◎		◎
(17) 小児疾患		設定	推奨										
	[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）	○	○					◎	◎	◎	◎		
(18) 加齢と老化		設定	推奨										
	※[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		設定	推奨										
	※[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		設定	推奨										
以下に示す診療を適切に実施することができる。		設定	推奨										

(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。	設定	推奨										
(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	◎	◎	○	○								

7) 自己評価と他者評価の方法と実施時期

毎年8月と2月とに自己評価と指導医評価、ならびに360度評価を行います。必要に応じて臨時に行うことがあります。

評価終了後、1か月以内に担当指導医からのフィードバックを受け、その後の改善を期して最善をつくします。2回目以降は、以前の評価についての省察と改善とが図られたか否かを含めて、担当指導医からのフィードバックを受け、さらに改善するように最善をつくします。

8) プログラムの修了要件・専門医申請に必要な書類と提出方法

総合診療専門医に求められる6つのコアコンピテンシーを培うため本プログラムにおける3年間で、「研修手帳」に定められたポートフォリオ詳細20事例・簡易20事例をはじめ、各種検査および治療、各種疾患・病態を経験することが修了には必要です。

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、専門医機構の定める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、小兒科研修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。

なお、本プログラムでは管理委員会の選出したメディカルスタッフによる360度評価(専門研修評価)と指導医による専攻医評価を参照し、社会人である医師としての適正があると認められることも必要です。

また総合診療専門研修2年次修了時と、総合診療専門研修修了時の2回、研修手帳の記録の提出が必要です。1回目は中間報告で研修1・2年目の専攻医と指導医が記載した振り返りの記録(p. 20-23)のコピー、2回目は研修手帳そのものを提出となります。

当該専攻医が上記修了要件を充足していることをプログラム管理委員会は確認し、研修期間修了約1か月前にプログラム管理委員会で合議のうえ統括責任者が修了判定を行います。

9) 施設や指導医に対する評価方法

専門研修施設の研修委員会、本プログラム管理委員会は専攻医の逆評価を把握します。把握した事項については、本プログラム管理委員会が以下に分類して対応を検討します。

- 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 内科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

10) プログラム改善のため、ハラスメントを相談するための方法

プログラムの評価は評価は毎年8月と2月に行います。その集計結果は担当指導医、連携施設の研修委員会、およびプログラム管理委員会が閲覧し、集計結果に基づきプログラムや指導医、あるいは研修施設の研修環境の改善に役立てます。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な場合は日本専門医機構内科領域研修委員会を相談先とします。

- 11) プログラムにおける待遇、ならびに各施設における待遇
在籍する研修施設での待遇については、各研修施設での待遇基準に従います。

- 12) その他
特になし。

岩手県中総診専門医プログラム 指導医マニュアル（補足）

主な指導マニュアルに関しては専門医機構ホームページに掲載されている「総合診療指導医マニュアル」を参照のこと。

http://www.japan-senmon-i.jp/comprehensive/doc/comprehensive_doc11.pdf

補足1) 専門研修指導医の要件

臨床能力・教育能力については、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る。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。

指導医の候補としては、以下の1)~6)が挙げられている。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)

補足2) 逆評価を用いた指導医の指導状況把握

専攻医による逆評価の集計結果を、担当指導医、施設の研修委員会、およびプログラム管理委員会が閲覧します。集計結果に基づき、プログラムや指導医、あるいは研修施設の研修環境の改善に役立てます。

補足3) 専門研修指導医として必要な教育法

専攻医の指導にあたり、指導法の標準化のため、専門医機構作製の冊子「総合診療指導マニュアル」を熟読し、形式的に指導します。また、指導医スキルアップのため厚生労働省や各学会の指導医講習会の受講を推奨します。

補足4) その他

特になし。