

中濃厚生病院総合診療専門医研修プログラム
(日本どまんなかプログラム)
(2023 年度)

目次

1. 中濃厚生病院総合診療専門研修プログラムについて	3
2. 総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか	4
3. 専攻医の到達目標（習得すべき知識・技能・態度など）	10
4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得	14
5. 学問的姿勢について	14
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	16
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	16
8. 専門研修プログラムの施設群について	16
9. 専攻医の受け入れ数について	17
10. 施設群における専門研修コースについて	18
11. 研修施設の概要	19
12. 専門研修の評価について	21
13. 専攻医の就業環境について	23
14. 専門研修プログラムの改善方法とサイトビジット（訪問調査）について	23
15. 修了判定について	24
16. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと	25
17. Subspeciality 領域との連続性について	25
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	25
19. 専門研修プログラム管理委員会	26
20. 総合診療専門研修特任指導医	27
21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について	27
22. 専攻医の採用	28

1. 中濃厚生病院総合診療専門研修プログラムについて

現在、地域の病院や診療所等の医師がかかりつけ医として地域医療を支えています。今後の日本社会の急速な高齢化等を踏まえると、幅広い健康問題に対して適切かつ迅速な初期対応等を行う医師が求められます。そのような背景のなか、総合的な診療能力を有する医師を育成し、さらに、その専門性を評価するために新たな基本診療領域の専門医として、総合診療専門医が位置付けられました。

本プログラムでは、地域のプライマリ・ケアを一手に担う診療所、二次救急診療を中心とした医療施設、さらに、中濃圏域唯一の救命救急センターを有し重症患者の診察等を十分に行うことができる医療施設が相互に連携することにより、様々な形で患者の初期診療に携わることが可能なプログラムとなっています。

また、本プログラムの基幹施設である中濃厚生病院は、総合診療専用病床が確保されていることから、ファーストタッチだけではなく入院管理から退院指導まで一連の経験をすることが可能です。さらに、本プログラムの特徴でもある基幹施設の中濃厚生病院における院内各診療科間の円滑な連携により、研修中における自由選択期間の各診療科（整形外科、外科、産婦人科、耳鼻科等）の初期対応についても、専門医のもとで集中的に研修することも可能です。

なお、本研修プログラムでは、

1. 総合診療専門研修Ⅰ（外来診療・在宅医療中心）
2. 総合診療専門研修Ⅱ（病棟診療、救急診療中心）
3. 内科
4. 小児科
5. 救急科

の、5つの必須診療科と選択診療科で3年間の研修を行います。

このことにより、

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

という総合診療専門医に欠かせない6つのコアコンピテンシーを効果的に習得することが可能になります。

本研修プログラムは専門研修基幹施設（以下、基幹施設）と専門研修連携施設（以下、連携施設）の施設群で行われ、それぞれの特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ができるようになることを目標とします。

また、2年次終了時には、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、的確な診断の上で治療を提供することができることを目標とします。

さらに、3年次終了時には、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、的確なマネジメントを提供することができ、かつ、指導できるようになることを目標とします。

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。

様々な研修の場において、定められた到達目標と経験目標を常に意識しながら、同じ症候や疾患、さらには、検査・治療手技を経験する中で徐々にそのレベルを高め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つに大別されます。それぞれの学び方を習熟し生涯に渡り学習していく基盤に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）を基盤として、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て実施します。場に応じた教育方略は次の通りです。

(ア) 外来医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。外来診察中に指導医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）、さらには、診療場面をビデオ等で直接観察してフィードバックを提供するビデオレビューを実施します。

また、指導医による定期的な診療録レビューによる評価、さらには、症例カンファレンスを通じ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、総合診療への理解を深めていきます。なお、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するためのシャドウイングを実施します。また、外来医療と同様に、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の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センター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、救急医療で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

(ア) 総合診療の様々な理論やモデル、組織運営マネジメント、総合診療領域の研究と教育については、日本プライマリ・ケア連合学会や日本病院総合診療医学会等の関連する学会の学術集会・セミナー・研修会へ参加し、研修カリキュラムの基本的事項を履修します。

(イ) 医療倫理、医療安全、感染対策、保健活動、地域医療活動等については、日本医師会の生涯教育制度や関連する学会の学術集会等を通じて学習を進めます。地域医師会における生涯教育の講演会は診療に関わる情報を学ぶ場の他、診療上の意見交換等を通じて人格を陶冶する場として活用します。

③ 自己学習

研修カリキュラムにおける経験目標は、原則、本プログラムでの経験を必要としますが、経験を十分に得られない項目については、総合診療領域各種テキストや Web 教材、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て幅広く学習します。

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となります。

また、専攻医は原則として学術活動に携わる必要があるため、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）を行うことを目標とします。

4) 研修の週間計画及び年間計画

総合診療専門研修Ⅱ（代表例）

	月	火	水	木	金
午前	外来診療	抄読会 外来診療	モーニングセミナー 外来診療	外来診療	外来診療
午後	病棟業務	病棟業務 症例検討会	病棟業務	病棟業務	病棟業務 勉強会

総合診療専門研修Ⅰ（代表例）（連携施設により異なります）

	月	火	水	木	金
午前	外来診療	外来診療	外来診療	外来診療	外来診療
午後	病棟業務	病棟業務 予防接種	病棟業務 症例カンファランス	病棟業務 乳児健診	病棟業務 往診

内科（代表例）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
7:45～ 8:15	M&M カンファランス		抄読会		
8:15～ 9:00	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
9:00～ 12:00	総合内科初診	血液内科外来 （～10:00） 内視鏡検査 （上部）	消化器内科 外来初診 （～10:30） 研修医 症例検討会	神経内科外来 （～10:00） 部長総合回診 （10:00～ 12:00）	腹部超音波
12:00～ 13:00	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩	昼食休憩
13:00～ 14:00	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
14:00～ 17:00	ESD など 諸検査	内科救急患者 外来	ERCP PTBD など	血管造影 ラジオ波焼灼 療法など	内視鏡 （下部）
17:00～ 18:00	病棟回診	病棟回診	病棟回診	多職種病棟 症例検討会	病棟回診
18:00～	シミュレータ研修	外科合同 症例検討会	当直		研修医勉強会

小児科（代表例）

	月	火	水	木	金
午前	外来診療 病棟業務	外来診療 病棟業務	外来診療 病棟業務	外来診療 病棟業務	外来診療 病棟業務
午後	専門外来診療 病棟業務	専門外来診療 乳児健診 病棟業務	ミニレクチャー カンファレンス 病棟業務	専門外来診療 乳児健診 病棟業務	専門外来診療 病棟業務

- 受け持ち症例に応じたミニレクチャー・カンファレンスを随時行います。

救急（代表例）

	研修内容
午前	<ul style="list-style-type: none"> ● ICU、救命病棟カンファレンス ● 救急車搬送患者の診療 ● ICU、救命病棟受け持ち患者診療
午後	<ul style="list-style-type: none"> ● 午前に同じ ● 救急外来患者診療（トリアージ研修、週1回） ● 救急搬送事後検証会（月1回）、救急医学勉強会（年4回）

本研修プログラムに関連した全体行事の年度スケジュール

月	全体行事予定
4月	1年次：研修開始。専攻医氏名報告書の配布 2年次、3年次、研修修了予定者： 前年度分の研修記録が記載された研修手帳を月末までに提出 指導医・プログラム統括責任者：前年度の指導実績報告の提出
5月	第1回研修プログラム管理委員会：研修実施状況評価、修了判定
6月	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
7月	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
9月	第2回研修プログラム管理委員会：研修実施状況評価 公募締切（9月末）
10月	全学年：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月	全学年：研修手帳の提出（中間報告）
12月	第3回研修プログラム管理委員会：研修実施状況評価、採用予定者の承認
3月	研修年度の研修終了 全学年：研修手帳の作成（年次報告） 全学年：研修プログラム評価報告の作成（書類は翌月に提出） 指導医・プログラム統括責任者：指導実績報告の作成（書類は翌月に提出）

※ 年度スケジュールには掲載していませんが、関連学会には積極的に参加します。

3. 専攻医の到達目標（習得すべき知識・技能・態度など）

1) 専門知識

総合診療の専門知識は以下の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・ケアを提供します。
(※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、さらには、健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチが求められます。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地域に対する医療機関としての継続性、さらには、診療の継続性に基づく医師・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ます。
- ③ 多様な健康問題に的確に対応するために、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ません。さらに、所属する医療機関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ります。
- ④ 医療機関を受診していない方を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します。
- 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ます。

各項目の詳細は、総合診療専門医専門研修カリキュラム到達目標 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（IT：information technology）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します。

（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・閉 鼻出血 嘔声 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（失禁・困難） 乏尿・閉 多尿 不安 気分の障害（うつ）
 精神科領域の救急 流・早産および満期 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、必要に応じ他の専門医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントを経験します。

（必須項目のカテゴリーのみ掲載）

貧血 脳・脊髄血管障害 脳・脊髄外傷 変性疾患 脳炎・脊髄炎
 一次性頭痛 湿疹・皮膚炎群 蕁麻疹 薬疹 皮膚感染症 骨折
 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・拘束肺疾患 異常呼吸 胸膜・縦隔横疾患
 食道・胃十二指腸疾患 小腸・大疾患 胆嚢・管疾患 肝疾患
 膵臓疾患 腹壁・膜疾患 腎不全 全身疾患による腎障害
 泌尿器科的腎・路疾患 妊婦・授乳褥のケア
 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・慢副鼻腔炎 アレルギー性鼻炎 認知症 依存症
 気分障害 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 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
 維持治療器の悪性腫瘍 緩和ケア
 ※ 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 3 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. 高齢患者へ的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。

(イ) 検査

1. 各種の採血法（静脈血・動脈血）
2. 簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査、採尿法（導尿法を含む）
3. 注射法（皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴・成人及び小児の静脈確保法、中心静脈確保法を含む）

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・ホルダー心電図検査・負荷心電図検査
7. 超音波検査（腹部・表在・心臓）
8. 生体標本（喀痰、尿、腔分泌物、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. 子宮頸部細胞診
12. 消化管内視鏡（上部、下部）
13. 造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）

※詳細は総合診療専門医 専門研修カリキュラムの経験目標 1 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・肩等） 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・膀胱瘻の交換
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（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・正中神経等）
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）
包帯・テーピング副木ギプス等による固定法 穿刺法（胸腔・腹骨髄等）
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（間接鏡、上部消化管内視などを使用） 睫毛抜去
※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 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つの場面を学習できるモーニングセミナー・診療科カンファレンス・抄読会を自主的な研修の場として定期的（2回/週）な学習機会を設けます。

(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。

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、WLB（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姿勢。
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姿勢。

この実現のために、具体的には次の通り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、プライマリ・ケアや地域医療における研究の意義を理解し、症例報告や臨床研究を様々な形で実践できる。
- ② 量的研究（疫学研究など）、質的研究双方の方法と特長について理解し、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。

※ この項目の詳細は、総合診療専門医専門研修カリキュラムの到達目標5に記載されています。また、専攻医は原則として学術活動に携わる必要があり、学術大会等での発表（筆頭に限る）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。
（医療倫理・医療安全・感染防御に関する講習を 2 回/年以上受講します。）
3. 地域の現状から見出される優先度の高い健康関連問題を把握し、その解決に対して各種会議への参加や住民組織との協働、あるいは地域ニーズに応じた自らの診療の継続や変容を通じて貢献できる。
4. へき地・離島、被災地、都市部にあっても医療資源に乏しい地域、あるいは医療アクセスが困難な地域でも、可能な限りの医療・ケアを率先して提供できる。

7. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方

本研修プログラムでは中濃厚生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、診療所・中小病院における総合診療専門研修 I と病院総合診療部門における総合診療専門研修 II で構成されます。
本プログラムでは中濃厚生病院において総合診療専門研修 II を 6 ヶ月以上、津保川診療所、又は、久美愛厚生病院・郡上市民病院・市立美濃病院にて総合診療専門研修 I を 6 ヶ月以上、合計で 18 ヶ月の研修を行います。
2. 必須領域別研修として、中濃厚生病院にて内科 12 ヶ月、小児科 3 ヶ月、救急科 3 ヶ月の研修を行います。
3. その他の領域別研修として、当院で経験出来る全ての診療科について研修を行うことが可能です。合計 6 ヶ月の範囲で専攻医の意向を踏まえて決定します。
施設群における研修の順序、期間等については、専攻医を中心に考え、個々の総合診療専攻医の希望と研修進捗状況、各病院の状況、地域の医療体制を勘案して、本研修プログラム管理委員会が決定します。

8. 専門研修プログラムの施設群について

本プログラムは基幹施設 1、連携施設 4 の合計 5 施設の施設群で構成されます。

本プログラムの施設群は中濃・飛騨医療圏の 2 つの二次医療圏に位置しています。

各施設の診療実績や医師の配属状況は「1.1. 研修施設の概要」を参照して下さい。

専門研修基幹施設

中濃厚生病院が専門研修基幹施設となります。

専門研修連携施設

本プログラムの施設群を構成する専門研修連携施設は以下の通りです。

全て、診療実績基準と所定の施設基準を満たしています。

- ① 久美愛厚生病院
- ② 市立美濃病院
- ③ 郡上市民病院
- ④ 関市国民健康保険津保川診療所

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。

本プログラムにおける専攻医受け入れ可能人数は、基幹施設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。

受け入れ専攻医数は施設群が専攻医の必要経験数を十分に提供でき、質の高い研修を保證するためのものです。

10. 施設群における専門研修コースについて

下記に本プログラム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中濃厚生病院での内科研修を行います。

研修2年目では中濃厚生病院にて救急（3ヶ月）・小児科（3ヶ月）の領域別必修研修、総合診療専門研修Ⅱを行います。

後期研修3年目の前半は中濃厚生病院にて総合診療専門研修Ⅱ、もしくは連携施設にて総合診療専門研修Ⅰを行い、後半は連携施設における総合診療専門研修Ⅰを行います。

なお、3年間の研修期間中に他の診療科と連携して幅広い疾患管理能力を習得するための研修を行い、総合診療専門医に必要な知識や技能を補います。

研修コース（例）

	4月	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
1年目	領域別研修：内科（基幹施設）12ヶ月											
2年目	領域別研修：救急 （基幹施設）				領域別研修：小児 （基幹施設）				総合診療専門研修Ⅱ （基幹施設）			
3年目	総合診療専門研修Ⅱ（基幹施設） または、 総合診療専門研修Ⅰ（連携施設）						総合診療専門研修Ⅰ（連携施設）					

1 1. 研修施設の概要

【基幹施設】

中濃厚生病院

医師・専門医数	総合診療専門研修特任指導医 5 名（プライマリ・ケア認定医 1 名） （地域包括医療・ケア認定医 3 名） （病院総合診療医 1 名） 総合内科専門医 13 名 ・ 消化器病専門医 9 名 肝臓専門医 3 名 ・ 血液専門医 1 名 神経内科専門医 1 名 ・ 呼吸医専門医 3 名 循環器専門医 5 名 ・ 糖尿病専門医 2 名 内分泌代謝専門医 1 名 ・ 腎臓専門医 2 名 小児科専門医 4 名 ・ 救急科専門医 4 名
病床数・患者数	病院病床数 495 床、1 日平均外来患者数 903.3 人 総合診療科年間総患者数 3,944 人、年間救急搬送対応件数 3,202 件
病院の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ● 岐阜県関市に立地し、岐阜市から車で約 30 分、名古屋市中心部からでも高速道路を使用すれば 60 分の距離にあり、関市、美濃市から来院される患者さんが多く、バックグラウンドの人口は 10 万人を超えています。 このため、臨床経験できる症例は common disease を含め多岐に渡り、且つ、十分な症例数が確保されています。 また、中濃医療圏の救命救急センターを併設しており、総合診療に適した救急患者も多く来院されます。指導医の数も豊富で様々な科の研修病院となっています。 ● 総合診療については、自院でも専門医研修基幹病院としての役割を担っております。また、地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟を開設しており、地域に密着した総合診療症例及び終末期の患者にも携わることができます。 ● 当院は地域に密着した地域完結型の病院を目指しており、地域包括ケアセンターも備えています。

【連携施設】

久美愛厚生病院

医師・専門医数	総合診療専門研修特任指導医 3 名（プライマリ・ケア認定医） 内科専門医 4 名、消化器専門医 2 名、循環器専門医 3 名、呼吸器専門医 1 名、感染症学会専門医 1 名
病床数・患者数	病床 300 床 （急性期 216 床、地域包括病床 49 床、緩和ケア 23 床、結核 8 床、感染 4 床） 内科外来患者 227 名（1 ヶ月平均）、内科入院患者 104 名（1 ヶ月平均）
病院の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ● 冬季は積雪が長期間残りますが、立地場所が高速道路近くであり都心部へ交通は便利です。また、医師官舎もあり、いつでも入居可能です。 ● 飛騨地域において急性期から慢性期医療、また予防医療についても役割を担っており、地域に密着した内科診療が経験できます。地域包括ケアや緩和ケアの研修も可能です。一般的な疾患から稀な疾患まで幅広く診療ができます。

美濃市立美濃病院

医師・専門医数	<p>総合診療専門研修特任指導医 1名 (プライマリ・ケア認定医 1名)</p> <p>総合内科専門医 1名</p> <p>認定内科医 3名</p> <p>地域包括医療・ケア認定医 4名</p> <p>外科専門医 3名</p> <p>整形外科専門医 2名</p>
病床数・患者数	<p>病院病床数 122床</p> <p>総合診療科病床数 約20床</p> <p>1日平均入院患者数 10人 1日平均外来患者数 20人</p> <p>全体：外来患者 5,800名(1ヶ月平均)</p> <p>入院患者(延) 3,360名(1ヶ月平均)</p>
病院の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ● 中濃厚生病院からのアクセスが車で約10分の距離と良好。 <p>施設の得意分野(アピールポイント)：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域密着型のコンパクトな病院として機能している病院です。総合診療医+専門的医療を各科の枠を超えて横断的に学ぶことが出来ます。地域医療の臨床現場(在宅医療)に参加したり、訪問診療を実践することもできます。個々の希望に応じた柔軟なカリキュラムを組むことが可能です。当直室・官舎などハイ・アメニティーを揃えています。 ● 電子カルテを採用しています。 <p>得意分野の症例数：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● みの糖尿病センターは約1,000名の外来患者を抱えています。みの内視鏡センターの内視鏡検査件数は年間2,000件以上です。外科は年間約300件の手術を施行(内視鏡外科手術が全身麻酔手術件数の約1/3)しています。整形外科は年間約300件の手術を施行しています。

郡上市民病院

医師・専門医数	<p>総合診療専門研修特任指導医 1名 (プライマリ・ケア認定医 0名)</p> <p>(地域包括医療・ケア認定医 1名)</p> <p>総合内科専門医 2名</p> <p>救急科専門医 1名</p>
病床数・患者数	<p>病院病床数 150床、1日平均外来患者数 400人</p> <p>総合診療科年間総患者数 28,352人、年間救急搬送対応件数 707件</p>
病院の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ● 岐阜県の中山間地に位置するへき地拠点病院で、最も近い3次救急病院までは30km以上あり、郡上市の2次救急を担う中核病院で市内の救急搬送の45%を受け入れています。市内唯一の出産施設で、外科、産婦人科、整形外科、脳外科など多彩な手術症例があります。 ● 急性期病院としての役割以外に、療養病床を管理し、在宅へ移行後は訪問診察・訪問看護・訪問リハビリ、各種がん検診、学校検診をおこなっている。精神科・緩和ケアにも力を入れています。 ● 急性期初期対応から入院治療及び在宅まで、総合診療科としての幅広い分野を行い診療科間の連携・地域医師会との連携も良好です。

津保川診療所

医師・専門医数	総合診療専門研修特任指導医 1 名 (日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医)
病床数・患者数	病床なし 延外来患者数 950 人/月、延訪問診療件数 30 件/月
病院の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ● 岐阜県関市の山間へき地、武儀・上之保地区に位置する地域唯一のへき地診療所です。 ● 地域住民のかかりつけ医として、乳幼児から終末期の在宅医療まで、科を問わない幅広い診療を行っています。 ● 乳幼児健診、特定健診などの各種健診、予防接種や健康教育をはじめとする予防医療、学校医、産業医活動などの地域保健活動、高齢者のみならずあらゆる世代への地域包括ケアと、幅広い保健・福祉・医療の活動に取り組んでいます。 ● 家庭医療学の研修施設として、構造化された教育プログラムを提供しています。 研修のための宿泊施設の有無：有 託児所の有無：無、地域保育所の利用が可能

1 2. 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 3 点を説明します。

1. 振り返り

多科ローテーションが必要な総合診療専門研修においては 3 年間を通じて専攻医の研修状況の進捗を切れ目なく継続的に把握するシステムが重要です。具体的には、研修手帳（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 1～数ヶ月おきに定期的実施します。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）（資料 2.1～2.3）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 6 つのコアコンピテンシーに基づいて設定しており、詳細は研修手帳にあります。

3. 研修目標と自己評価

専攻医には研修目標の各項目の達成段階について、研修手帳を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 3 点以外に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。

さらに、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）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。

なお、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ありません。

また、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、呼吸器等）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。なお、病歴要約については、同一症例、同一疾患の登録は避けてください。

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

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（多職種による評価含む）の結果が専攻医登録・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き、研修手帳の研修目標の達成段階を確認し、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。

◎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。

(具体的な労働条件等(給与面・待遇)は、ホームページに掲載してあります。)

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。

また、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、その内容は中濃厚生病院総合診療専門研修プログラム管理委員会に報告されますが、その中には、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. 専門研修プログラムの改善方法とサイトビジット(訪問調査)について

本研修プログラムは専攻医からのフィードバックを重視しプログラムの改善を行うこととしています。

1. 専攻医による指導医および本研修プログラムに対する評価

専攻医は、年次毎に指導医、専攻医指導施設、本プログラムに対する評価を行います。

また、指導医も専攻医指導施設、本研修プログラム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、専門研修プログラム管理委員会に提出され、専門研修プログラム管理委員会は本研修プログラム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プログラムをより良いものに改善していきます。
なお、こうした評価内容は記録され、その内容によって専攻医に対する不利益が生じることはありません。

また、専門研修プログラム管理委員会が必要と判断した場合、専攻医指導施設の現地調査および指導を行います。評価に基づいて何をどのように改善したかを記録し、毎年3月31日までに日本専門医機構の総合診療研修委員会に報告します。

また、専攻医が日本専門医機構に対して直接、指導医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

本プログラムに対して日本専門医機構からサイトビジット（現地調査）が行われます。

その評価に基づいて、専門研修プログラム管理委員会で本プログラムの改良を行います。

本プログラム更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本専門医機構の総合診療研修委員会に報告します。

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

15. 修了判定について

3年間の研修期間における研修記録に基づいて、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、また、症例経験数が日本専門医機構の総合診療研修委員会が要求する内容を満たしているものであるかを、専門医認定申請年の5月末までに専門研修プログラム統括責任者または専門研修連携施設担当者が専門研修プログラム管理委員会において評価し、専門研修プログラム統括責任者が修了の判定を行います。

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を各6ヶ月以上・合計18ヶ月以上、内科研修12ヶ月以上、小児科研修3ヶ月以上、救急科研修3ヶ月以上を履修していること。
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た基準に到達していること。
4. 研修期間中に複数回実施される、医師・看護師・事務職員等多職種による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）結果も重視します。

16. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと

専攻医は研修手帳及び最良作品型ポートフォリオを専門医認定申請年の4月末までに専門研修プログラム管理委員会に送付してください。

専門研修プログラム管理委員会は5月末までに修了判定を行い、6月初めに研修修了証明書を専攻医に送付します。

専攻医は日本専門医機構の総合診療専門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. Subspeciality 領域との連続性について

様々な関連する Subspeciality 領域については、連続性を持った制度設計を今後検討していくこととなりますので、その議論を参考に当研修プログラムでも計画していきます。

18. 総合診療研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件

1. 専攻医が以下の項目に該当するときは、研修の休止が認められます。
なお、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、以下の項目に該当するときは、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と判断される理由があるとき。
 - (ウ) 大学院進学など専攻医が研修を中断する場合。この場合、専門研修中断証を発行します。
3. 再開の場合は再開届を提出することで対応します。
 - (ア) 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. 専門研修プログラム管理委員会

基幹施設である中濃厚生病院には、専門研修プログラム管理委員会と、専門研修プログラム統括責任者（委員長）を置きます。

専門研修プログラム管理委員会は、委員長、副委員長、事務局代表者、および専門研修連携施設の研修責任者で構成されます。

研修プログラムの改善へ向けての会議には専門医取得直後の若手医師代表が加わります。

専門研修プログラム管理委員会は、専攻医および専門研修プログラム全般の管理と、専門研修プログラムの継続的改良を行います。

なお、専門研修プログラム統括責任者は一定の基準を満たしています。

基幹施設の役割

- ① 基幹施設は連携施設とともに施設群を形成します。
- ② 基幹施設に置かれた専門研修プログラム統括責任者は総括的評価を行い、修了判定を行います。
- ③ 専門研修プログラム統括責任者は、専門研修プログラムの改善を行います。

専門研修プログラム管理委員会の役割と権限

- ① 専門研修を開始した専攻医の把握と日本専門医機構の総合診療研修委員会への専攻医の登録
- ② 専攻医ごとの研修手帳及び最良作品型ポートフォリオの内容確認と、今後の専門研修の進め方についての検討
- ③ 研修手帳及び最良作品型ポートフォリオに記載された研修記録、総括的評価に基づく、専門医認定申請のための修了判定
- ④ 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、次年度の専攻医受入れ数の決定
- ⑤ 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
- ⑥ 専門研修プログラムに対する評価に基づく、専門研修プログラム改良に向けた検討
- ⑦ サイトビジットの結果報告と専門研修プログラム改良に向けた検討
- ⑧ 専門研修プログラム更新に向けた審議
- ⑨ 翌年度の専門研修プログラム応募者の採否決定
- ⑩ 各専門研修施設の指導報告
- ⑪ 専門研修プログラム自体に関する評価と改良について日本専門医機構への報告内容についての審議
- ⑫ 専門研修プログラム連絡協議会の結果報告

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こととして、連携施設における研修の管理を行います。

20. 総合診療専門研修特任指導医

本プログラムには、総合診療専門研修特任指導医が総計 10 名、具体的に施設別では、中濃厚生病院 5 名、久美愛厚生病院 1 名、市立美濃病院 2 名、郡上市市民病院 1 名、津保川診療所に 1 名在籍しております。

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、総合診療専門研修特任指導医講習会の受講を経て、理解度等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、本プログラムにおいてはプライマリ・ケア認定医 6 名、地域包括医療・ケア認定医 4 名、日本病院総合診療医学会認定医 1 名が参画しています。

21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

研修実績および評価の記録

プログラム運用マニュアル・フォーマットにある実地経験目録様式に研修実績を記載し、指導医による形成的評価、フィードバックを受けます。

なお、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。

中濃厚生病院にて、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又は研修中断から 5 年以上保管します。

プログラム運用マニュアルは以下の研修手帳（専攻医研修マニュアルを兼ねる）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（資料 1）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（資料 1）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（資料 1）参照

22. 専攻医の採用

採用方法

中濃厚生病院総合診療専門研修プログラム管理委員会は、毎年7月に説明会等を行い、総合診療専攻医を募集します。

プログラムへの応募者は、9月30日までに中濃厚生病院総合診療専門研修プログラム統括責任者宛に所定の形式の履歴書を提出してください。

原則として10月中旬に面接を行い、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11月の中濃厚生病院総合診療専門研修プログラム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、以下の報告書を中濃厚生病院総合診療専門研修プログラム管理委員会に提出します。

- ① 専攻医の履歴書（厚生連様式）
- ② 専攻医の初期研修修了証