

(大学病院基幹型パターン)

熊本大学総合診療専門研修プログラム

目次

1. 熊本大学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. 医師に必要な資質・能力、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. 専門研修の評価について
12. 専攻医の就業環境について
13. 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
14. 修了判定について
15. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
16. サブスペシャリティー領域との連続性について
17. 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
18. 専門研修プログラム管理委員会
19. 総合診療専門研修特任指導医
20. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について
21. 専攻医の採用

2025 年 8 月 22 日

1. 熊本大学総合診療専門研修プログラムについて

1) 総合診療専門医が必要とされる背景、養成の理念

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、もって、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。

2) 本専門研修プログラムの特徴

熊本県では、医師の地域偏在、および専門分野の偏在が大きな問題となっています。また地域包括ケアシステムの構築、導入が言われている中で、今後、総合診療専門医の活躍する場は広がっていくものと考えられます。

前述の社会的背景にもとづいた制度の理念に則り、熊本大学総合診療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創設されました。熊本大学病院が基幹施設となっていますが、連携施設として熊本県内全域に位置する多数の病院や診療所等が参加し、様々な医療の場が研修のために提供されています。加えて本研修 PG の運営には行政からの支援も受け、オール熊本として総合診療専門医を育成するシステムが構築されました。本研修 PG の特徴としては、熊本県内全域の様々な医療現場で幅広い研修が可能であり、様々な支援や細やかなフィードバックを受けつつ研修できる環境が整っていることが挙げられます。また指導医に対しては、指導能力を高めるための講習会等（Faculty Development）が定期的に行われ、指導環境の整備が継続して行われています。現在 14 箇所の病院にテレビ会議システムを設置し、遠隔指導を行っています。

このような充実した支援体制、指導体制に加え、本研修 PG は大学病院基幹型のプログラムであるため、医学部学生や研修医などとかかわる機会が多くあります。後輩たちと共にチームとして診療に携わり、教育を通じたたくさんの学びの場が提供されることになります。さらに研究に関しても大学病院の利点を活かし、日々の研修の中でのリサーチマインドを涵養することにとどまらず、実際に臨床研究に参加、遂行することを積極的に支援していきます。

また本研修 PG は、熊本県出身の自治医科大学卒業生や、熊本県医師修学資金貸与の熊本大学卒業生（地域枠入学者を含む）の義務償還対象となる施設の多くを含み、総合診療専門医としてのキャリア形成支援に寄与することも目指します。

これらの取り組みによって、熊本県内の各地域で活躍する総合診療専門医の継続的な育成と育成の場の拡充を目指し、来る超高齢社会の中での地域包括ケアシステムの中で、県民の健康増進と維持にも貢献できる人材を養成します。

3) 本プログラムの専攻医に求められること

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、看取りなど保健・医療・介

護・福祉活動に取り組み、絶えざる自己研鑽を重ねながら人々の命と健康にかか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、医療や健康にかかわるその他の職種等と連携して、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的ケア）を提供

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、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。

4) 本プログラムの概略

本研修 PG では、「総合診療専門研修Ⅰ（外来診療・在宅医療中心）」、「総合診療専門研修Ⅱ（病棟診療・救急診療中心）」、「内科」、「小児科」、「救急科」の5つ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 は熊本県内全域に位置する、大学病院の専門研修基幹施設（以下、基幹施設）、および専門研修連携施設（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出来ます。

2. 総合診療専門研修はどのように行われるのか

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年間で育成されます。
- ◆ 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。主たる研修の場は総合診療研修Ⅱとなります。
- ◆ 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。主たる研修の場は総合診療研修Ⅰとなります。
- ◆ 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、看取りなど保健・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。
- ◆ 定められたローテート研修を全て履修していること
- ◆ 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、到達目標がプログラムに定められた基準に到達していること
- ◆ 研修手帳に記録された経験目標が全てプログ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）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、さらには、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方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当たる中から経験を積みます。

(オ) 地域ケア

地域医師会の活動を通じて、地域の実地医家と交流することで、地域包括ケアへ参画し、自らの診療を支えるネットワークの形成を図り、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、関連する学会の学術集会やセミナー、研修会へ参加し、研修プログラムの基本的事項を履修します。
- 臨床現場で経験することが少ない手技などを、シミュレーション機器を活用して学ぶこともできます。
- 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、学内の各種勉強会、日本医師会の生涯教育制度および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、診療にかかわる情報を学ぶ場としてのほか、診療上の意見交換等を通じて人格を陶冶する場として活用します。

(3) 自己学習

研修プログ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、さらには日本医師会生涯教育制度及び関連する学会における 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。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）を行うこととします。2021年3月より開始した総合診療科では、本研修PGを専攻しながら社会人大学院生として総合診療の研究に携わることも可能です。

4) 研修の週計画および年間計画

【例：基幹施設（大学病院）】

<総合診療科>

週間スケジュール					
	月	火	水	木	金
7:30～			プライマリケアレクチャー		
8:00～	朝カンファレンス				
9:00～	外来	外来	外来	外来	近隣医療機関で 研修
13:30～					
15:00～	外来レビュー	外来レビュー	外来レビュー	外来レビュー	
15:30～				合同テレビ カンファレンス	
16:30～	抄読会				
17:00～	振り返り				週間振り返り
17:30～	症例カンファレンス				
18:00～	自己研修				自己研修
<備考> ・ プライマリケアレクチャー:地域医療支援機構で受講可能なオンラインレクチャーである。 ・ 朝カンファレンス:毎朝8:00から医局で前夜の時間外新規入院患者のレビューと、その日の予定を確認する。 ・ 外来(初診・ 再診):総合診療科外来に参加する。 ・ 初期救急:救急外来を担当する。 ・ 外来レビュー:当日自分が担当した外来患者について、レビューを行う。この時に昼食を摂ってもよい。 ・ 教育カンファレンス:准教授によるレクチャー。 ・ 病棟業務:受け持ち入院患者の診療にあたる。この時間帯に各種カンファレンスや、回診が入ることがある。 ・ 病棟総回診:教授教育回診 ・ 抄読会:論文の抄読会に参加する。輪番で担当する。 ・ 症例カンファレンス:各診療チームで、受け持ち入院患者の診療方針についてディスカッションする。 ・ 振り返り:当日担当指導医とのテーマ別研修に關しての振り返り。 ・ 週間振り返り:指導医との今週の目標の到達状況の確認と次週への修正。 ・ 自己研修:院内に留まる必要はない。自由時間。 ・ 昼食、昼休みは合わせて1時間ほど外来終了後適宜とる。 ・ 平日宿直(1回／週) ・ 土日の日直・ 宿直(1回／月)					

【例：連携施設（くまもと県北病院）】

<救急科（救急医療センター）>

週間スケジュール							
	月	火	水	木	金	土	日
7:30～	朝カンファレンス				朝カンファレンス		
8:00～	二次・三次 救急診療 病棟業務	近隣医療機関 で研修	二次・三次 救急診療 病棟業務			教育 カンファレンス	二次・三次 救急診療 病棟業務
9:00～						病棟業務	
13:00～							
15:00～							
15:30～							
16:00～	症例カンファレンス		多施設共同 症例カンファ レンス	二次・三次 救急診療 病棟業務 (夜勤)	症例カンファレンス		
17:00～	振り返り		振り返り 抄読会		週間振り返り		
<備考> ・ 朝カンファレンス:毎朝8:00から医局で前夜の時間外新規入院患者のレビューと、その日の予定を確認する。 ・ 二次・三次救急診療:救急外来を担当する。 ・ 病棟業務:受け持ち入院患者の診療に当たる。 ・ 症例カンファレンス:当日の救急外来受診患者のレビューと、診療方針を検討する。 ・ 教育カンファレンス:救急の場面で必要とされる知識・ 技術をシミュレーター等を使用し実施する。 ・ 多施設共同カンファレンス:周辺医療機関の医療スタッフも参加して症例検討会を実施する。 ・ 抄読会:論文の抄読会に参加する。 ・ 振り返り:当日担当指導医とのテーマ別研修についての振り返り。 ・ 週間振り返り:指導医とのその週の目標の到達状況の確認と次週への修正。 ・ 昼食、昼休みは合わせて1時間ほど外来終了後適宜とる。							

【例：連携施設（くまもと県北病院）】

< 内科（消化器内科を選択した場合） >

週間スケジュール					
	月	火	水	木	金
8:30～	診療チームミーティング				
9:00～	初診外来	再診外来	腹部超音波研修	内視鏡研修	
13:30～	外来レビュー		検査レビュー		
14:30～	病棟業務	病棟総回診 症例カンファレンス	病棟業務		
17:00～	振り返り			抄録会	週間振り返り
17:30～	自己研修				
<備考> ・ 診療チームミーティング:毎朝8:30から診療チーム毎に、その日の予定を確認する。 ・ 腹部超音波研修:入院・ 外来患者の腹部超音波検査を実施する。 ・ 内視鏡研修:入院・ 外来患者の上部下部消化管内視鏡検査を実施する。 ・ 初再診外来研修:消化器専門外来に参加する。 ・ 外来レビュー:毎日、当日担当した外来患者について、レビューを行う。この時に昼食を摂ってもよい。 ・ 検査レビュー:当日実施した検査の所見書の作成と、症例の検討を行う。 ・ 病棟業務:受け持ち入院患者の診療に当たる。この時間帯に各種カンファレンスや、回診が入ることがある。 ・ 病棟総回診:部長の総回診に参加する。 ・ 症例カンファレンス:総回診終了後、入院患者の症例検討会に参加する。 ・ 抄読会:論文の抄読会に参加する。定期的に輪番で担当する。 ・ 振り返り:当日担当指導医とのテーマ別研修に関しての振り返り。 ・ 自己研修:院内に留まる必要はない。自由時間。 ・ 週間振り返り:指導医とのその週の目標の到達状況の確認と次週への修正。 ・ 昼食、昼休みは合わせて1時間ほど外来終了後適宜とる。 ・ 平日オンコール(1～2回／週) ・ 土日祝日のオンコール(1回／月)					

【例：連携施設（くまもと県北病院）】

<小児科>

週間スケジュール					
	月	火	水	木	金
8:30～	診療チームミーティング				
9:00～	初診外来	再診外来	乳幼児予防接種	新生児外来	てんかん外来
13:30～	外来レビュー		抄録会	外来レビュー	
14:30～	病棟業務	病棟総回診 症例カンファレンス	病棟業務		
17:00～	振り返り			産婦人科合同 症例カンファレンス	週間振り返り
17:30～	自己研修				
<備考> ・ 診療チームミーティング:毎朝8:30から診療チーム毎に、その日の予定を確認する。 ・ 初再診外来研修:小児科一般外来に参加する。 ・ 新生児外来研修:特に先天性疾患を有する新生児の外来に参加する。 ・ てんかん外来:小児神経専門の指導医が実施する外来に参加する。 ・ 外来レビュー:毎日、当日担当した外来患児について、レビューを行う。この時に昼食を摂ってもよい。 ・ 病棟業務:受け持ち入院患児の診療に当たる。この時間帯に各種カンファレンスや、回診が入ることがある。 ・ 病棟総回診:教授の総回診に参加する。 ・ 症例カンファレンス:総回診終了後、入院患児の症例検討会に参加する。 ・ 産婦人科合同症例カンファレンス:入院中のハイリスク妊産婦の症例検討会に参加する。 ・ 抄読会:論文の抄読会に参加する。定期的に輪番で担当する。 ・ 振り返り:当日担当指導医とのテーマ別研修に関しての振り返り。 ・ 自己研修:院内に留まる必要はない。自由時間。 ・ 週間振り返り:指導医とのその週の目標の到達状況の確認と次週への修正。 ・ 昼食、昼休みは合わせて1時間ほど外来終了後適宜とる。 ・ 平日オンコール(1～2回／週) ・ 土日祝日のオンコール(1回／月)					

【例：連携施設（くまもと県北病院）】

<選択科（麻酔科を一例として示す）>

週間スケジュール					
	月	火	水	木	金
6:30～		診療チームミーティング			
8:30～		手術室患者搬入			
9:00～	ペイン外来研修	手術麻酔			
13:30～	外来レビュー				
15:00～	病棟回診				
16:00～	診療科合同術前カンファレンス				
17:00～	振り返り			抄録会	週間振り返り
17:30～	自己紹介				
<備考> ・ 診療チームミーティング:毎朝6:30から診療チーム毎に、その日の手術予定を確認し、準備する。 ・ ペイン外来研修:ペイン専門外来に参加する。 ・ 外来レビュー:毎日、当日担当した外来患者について、レビューを行う。この時に昼食を摂ってもよい。 ・ 病棟回診:その週に麻酔を担当する予定の患者の回診を行う。 ・ 手術麻酔:指導医の指導の下、手術麻酔を実施する。 ・ 診療科合同術前カンファレンス:手術担当診療科と合同の術前カンファレンスに参加する。 ・ 抄読会:論文の抄読会に参加する。定期的に輪番で担当する。 ・ 振り返り:当日担当指導医とのテーマ別研修に関しての振り返り。 ・ 自己研修:院内に留まる必要はない。自由時間。 ・ 週間振り返り:指導医とのその週の目標の到達状況の確認と次週への修正。 ・ 昼食、昼休みは合わせて1時間ほど外来終了後適宜とる。 ・ 平日オンコール(1～2回／週) ・ 土日祝日のオンコール(1回／月)					

【例：連携施設（くまもと県北病院）】

<総合診療科（総合診療専門研修Ⅱ）>

週間スケジュール					
	月	火	水	木	金
7:30～			プライマリケアレクチャー		
8:30～	医局ミーティング／新規入院患者病棟回診				
9:00～	総合診療科・救急外来研修				訪問診療研修
13:30～	外来レビュー	外来レビュー・ 総合診療科入院患者カンファレンス	外来レビュー		
15:00～	多職種 カンファレンス	病棟回診(6F)	病棟業務		
15:30～	緩和ケア回診	病棟業務			
16:30～	新患回診				
17:00～	振り返り			振り返り・抄録会	週間振り返り
17:30～	自己研修				
<備考> ・ プライマリケアレクチャー:Webによるオンラインレクチャーである。 ・ 医局ミーティング:毎朝8:30から医局でその日の予定を確認する。 ・ 総合診療科入院患者カンファレンス:診療チーム毎に受け持ち患者回診に参加する。 ・ 外来研修:総合診療科外来・ 救急外来に参加する。 ・ 外来レビュー:毎日、当日担当した外来患者について、レビューを行う。この時に昼食を摂ってもよい。 ・ 訪問診療研修:不定期であるが、金曜日午前中の訪問診療に参加する。 ・ 病棟業務:受け持ち入院患者の診療に当たる。この時間帯に各種カンファレンスや、回診が入ることがある。 ・ 病棟回診:副院長の内科病棟回診に参加する。 ・ 新患回診:1週間の新規入院患者のカンファレンスに参加する。 ・ 抄読会:論文の抄読会に参加する。定期的に輪番で担当する。 ・ 振り返り:当日担当指導医とのテーマ別研修に関する振り返り。 ・ 自己研修:院内に留まる必要はない。自由時間。 ・ 週間振り返り:指導医とのその週の目標の到達状況の確認と次週への修正。 ・ 昼食、昼休みは合わせて1時間ほど外来終了後適宜とる。 ・ 平日宿直(1～2回／週) ・ 土日の日直・ 宿直(1回／月)					

【例：連携施設（安成医院の場合）】

週間スケジュール					
	月	火	水	木	金
8:50～	申し送り				
9:00～	外来研修	外来研修	外来研修 町民向けヘルス プロモーション	外来研修	外来研修 週間振り返り
12:30～					
13:30～ 18:00～	特別養護老人ホーム回診 外来研修 訪問診療研修	多職種間カンファレンス 外来研修 訪問診療研修 医師会関連活動	外来研修 訪問診療研修 屋根瓦式教育活動 保育園健診 1歳半健診 3歳児健診	外来研修 訪問診療研修	自己研修
18:00～	振り返り 総合レビュー				
18:30～	自己研修 介護認定審査会(3ヶ月に1階) たまな在宅ネットワーク活動				
<備考> ・ 勉強会・ミーティング:毎朝8:50から医療、福祉関連の勉強会に参加し、その日の予定を確認する。 ・ 外来研修:総合診療科外来・救急外来に参加する。腹部、心臓、運動器超音波、上部消化管内視鏡、レントゲン、CT撮影なども指導の下実践する。 ・ 総合レビュー:毎日、当日学生が担当した外来患者について、レビューを行う。 ・ 訪問診療研修:在宅・関連施設の往診、訪問診療に参加する。院内スタッフが同行する。基幹病院への共同指導なども適宜行う。 ・ 介護認定審査会:行政で実施される審査会に臨床医の立場で参加する。 ・ 振り返り:当日担当指導医とのテーマ別研修についての振り返り。 ・ 自己研修:院内に留まる必要はない。自由時間。 ・ 週間振り返り:指導医とのその週の目標の到達状況の確認と次週への修正。 ・ 昼食、昼休みは合わせて1時間ほど外来終了後適宜とする。 ・ 保育園健診は町内2カ所 年2回。1歳半健診、3歳児健診は2か月に1度程度の頻度。 ・ 小中学校の集団健診実施することがある。(例年5～6月) ・ 平日オンコール(1～2回/週) ・ 土日祝日のオンコール(1回/月) 日曜日の休日当番医 2か月に1回程度。 ・ 町民向けヘルスプロモーション 6ヶ月で10回程度。 ・ たまな在宅ネットワーク活動 在宅医療多職種関係者の研修などに企画から関わる。 ・ 医師会関連活動:JMAT、地域検査センター、地域医療機関への業務保管活動への参加(オンデマンドで)。 ・ 屋根瓦式教育活動:くまもと県北病院総合診療科からの研修医、クリクラ学生への教育活動。					

○ 本研修 PG に関連した全体行事の年間スケジュール

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: オリエンテーション。研修開始。専定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 ・ レジデントデイ開催
5	・ 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	・ 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 ・ プログラム経験省察研修録発表会
7	・ 研修修了者: 専門医認定審査(筆記試験、実技試験) ・ 次年度専攻医プログラムの説明会開催、および公募開始 ・ レジデントデイ開催
8	・ 日本プライマリ・ケア連合学会ブロック支部地方会演題応募(詳細は要確認)
9	・ 次年度プログラム専攻医公募締切(9月末)
10	・ 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) ・ レジデントデイ開催
11	・ SR1、SR2、SR3: 研修手帳の提出(中間報告)
12	・ 第2回研修プログラム管理委員会: 研修実施状況評価、研修終了判定会議 ・ 採用予定者の承認 ・ SR3: 研修終了後の進路相談 ・ レジデントデイ開催
1	・ プログラム経験省察研修録発表会 ・ 日本プライマリ・ケア連合学会演題応募(詳細は要確認) ・ SR1、SR2、: 次年度研修計画の策定、次年度研修先、指導医決定 ・ 研修プログラムの振り返り
2	・ SR1、SR2、: 次年度研修計画の策定、次年度研修先、指導医決定 ・ 研修プログラムの振り返り ・ レジデントデイ開催
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・指導責任者: 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6領域で構成されます。

- (1) 地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病いの経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などの環境（コンテキスト）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、コミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。
- (2) 総合診療の現場では、疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論にもとづく診断・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る。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地域に対する医療機関としての継続性、さらには診療の継続性にもとづく医師・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。さらに、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) 地域包括ケア推進の担い手として積極的な役割を果たしつつ、医療機関を受診していない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総合診療の現場が外来・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。
- (6) 繰り返し必要となる知識を身につけ、臨床疫学的知見を基盤としながらも、常に重大ないし緊急な病態に注意した推論を実践する。

2) 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

総合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（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）ただし、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、臨床推論にもと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、認知機能の障害、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、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、便秘異常、肛門・会陰部痛、熱傷、外傷、褥瘡、背部痛、腰痛、関節痛、歩行障害、四肢のしびれ、肉眼的血尿、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、乏尿・尿閉、多尿、不安、気分の障害（うつ）、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、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）、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、維持治療期の悪性腫瘍、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)

(1) 身体診察

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

(2) 身体検査

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

※詳細は資料「研修目標及び研修の場」を参照

5) 経験すべき手術・処置等

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

(1) 救急処置

- 新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS）
- 成人心肺蘇生法（ICLS または ACLS）または内科救急・ICLS 講習会（JMECC）
- 病院前外傷救護法（PTLS）

(2) 薬物治療

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

(3) 治療手技・小手術

簡単な切開・異物摘出・ドレナージ
止血・縫合法及び閉鎖療法
簡単な脱臼の整復
包帯・副木・ギプス法
局所麻酔（手指のブロック注射を含む）
トリガーポイント注射
関節注射（膝関節・肩関節等）
静脈ルート確保および輸液管理（IVH を含む）
経鼻胃管及び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）
睫毛拔去

※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) 外来診療

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. 学問姿勢

専攻医には、以下の2つの学問的姿勢が求められます。

- 常に標準以上の診療能力を維持し、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。
- 総合診療の発展に貢献するために、教育者あるいは研究者として啓発活動や学術活動を継続する習慣を身につける。

この実現のために、具体的には下記の研修目標の達成を目指します。

(1) 教育

- ① 学生・研修医に対して1対1の教育を行うことができる。
- ② 学生・研修医向けにテーマ別の教育目的のセッションを企画・実施・評価・改善することができる。
- ③ 総合診療を提供するうえで連携する多職種への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（医療疫学・臨床疫学）、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プログラム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。

臨床研究の実施にあたっては、必要に応じ、熊本大学病院地域医療・総合診療実践学寄附講座および救急・総合診療部からのサポートを受けることができます。選択で1ヵ月間、熊本大学病院での臨床疫学の研修を受けることもできます。また計画書の作成や倫理委員会の審査から、データ収集や整理、データ解析、さらには学会発表や論文執筆まで、支援します。

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行います。

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

7. 施設群による研修プログラムと地域医療についての考え方

本研修 PG では熊本大学病院総合診療科および地域医療・総合診療実践学寄附講座を基幹施設とし（同講座のくまもと県北病院、天草郡市医師会立天草地域医療センター、天草市立河浦病院に設置された教育拠点を含む）、熊本県内全域に位置する地域の連携施設とともに施設群を構成してします。専攻医はこれらの施設群をローテートすることにより、多彩な地域において、各地域独特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。本研修 PG では、熊本大学病院総合診療科において臨床推論、医療面接、総合診療の概念を学習するための基礎研修を行うことができます。さらに、下記のような構成でローテート研修を行います。

- 1) 総合診療専門研修は、診療所や中小病院等における総合診療専門研修Ⅰ、および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。

本研修 PG では総合診療専門研修Ⅰを本人の希望に応じ、阿蘇医療センター、小国公立病院、天草市立河浦病院、天草市立栖本病院、天草市立御所浦診療所、八代市立椎原診療所、山都町包括医療センターそよう病院、球磨郡公立多良木病院、安成医院、天草市立新和病院、上天草市立湯島へき地診療所において合計3から12ヵ月行います。また総合診療研修Ⅱは、国立病

院医機構熊本医療センター、上天草市立上天草総合病院、くまもと県北病院、地域医療機能推進機構人吉医療センター、天草郡市医師会立天草地域医療センター、あるいは国保水俣市立総合医療センターにおいて同様に、3 から 12 ヶ月行います。総合診療ⅠおよびⅡのいずれも、1 ヶ所での研修期間は原則として最低 3 ヶ月とし、総合診療ⅠおよびⅡの合計で 18 ヶ月以上となる研修を行います。

- 2) 必須領域別研修として、熊本大学病院、国立病院医機構熊本医療センター、阿蘇医療センター、くまもと県北病院、地域医療機能推進機構人吉医療センター、地域医療機能推進機構熊本総合病院、熊本赤十字病院、天草郡市医師会立天草地域医療センター、あるいはくまもと森都総合病院にて、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。原則として 1 か所での研修期間は、最低 3 ヶ月とします。なお、特に熊本県医師修学資金貸与医師、自治医科大学卒業医師においては、小児科、および救急科について、義務償還のための勤務場所・施設の都合上、連続したブロック研修を行うことが困難な場合があります。その場合、カリキュラム制を併用することも可能とします。

すなわち、内科等の他診療科の研修中に、1 週間に 1 日、別施設を含むこれらの診療科の研修を行うことができます。また施設によっては、救急外来棟の当直に入ること、継続して必須領域の研修を行うこともできます。これらのカリキュラム制による研修を行った場合、1 週間に 1 日、4 ヶ月の研修をブロック研修 1 ヶ月相当とする割合で換算します。

- 3) 研修目標の達成に必要な範囲で本人の希望に応じ、外科、整形外科、産婦人科、皮膚科、泌尿器科、放射線科、精神科、リハビリテーション科、麻酔科などの各科で選択研修を行うこともできます。臨床研修で外科を選択していない場合は、外科研修を行うことが推奨されます。選択研修は一つの診療科あたり最低 1 カ月とし、複数の施設で研修を受けることができます。

施設群における研修の順序、期間等については、原則的に図 2（p.24）に示すような形で実施しますが、総合診療専攻医の総数、個々の総合診療科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. 専門研修プログラムの施設群について

本研修 PG は基幹施設 1、連携施設 24 の合計 25 施設の多様な施設群で構成されます。施設は熊本県内全域に位置しています。各施設の診療実績や医師の配属状況は 11.研修施設の概要を参照して下さい。

【専門研修基幹施設】

熊本大学病院総合診療科および地域医療・総合診療実践学寄附講座が専門研修基幹施設となります。熊本大学病院は熊本県熊本市の都市部にあります。

【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。

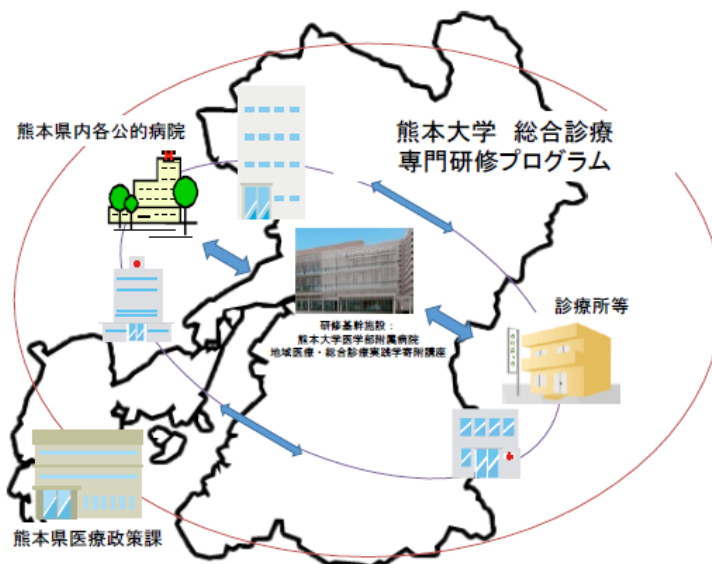
専門研修連携施設	施設概要
阿蘇医療センター	熊本県阿蘇医療圏の公的病院である。総合診療専門研修指導医が常勤している。
小国公立病院	熊本県阿蘇医療圏の公的病院である。総合診療専門研修指導医が常勤している。
天草市立河浦病院	熊本県天草医療圏の公的病院である。地域医療・総合診療実践学寄附講座の教育拠点を設置している。総合診療専門研修指導医が常勤している。
天草市立栖本病院	熊本県天草医療圏の公的病院である。総合診療専門研修指導医が常勤している。
山都町包括医療センター そよう病院	熊本県熊本・上益城医療圏の公的病院であり、熊本県が指定したへき地医療拠点病院である。総合診療専門研修指導医が常勤している。
球磨郡公立多良木病院	熊本県球磨医療圏の公的病院であり、熊本県外指定したへき地医療拠点病院である。総合診療専門研修指導医が常勤している。
天草市立新和病院	熊本県天草医療圏の公的病院である。総合診療専門研修指導医が常勤している。
安成医院	熊本県有明医療圏の在宅療養支援診療所である。家庭医療を専門とする総合診療専門研修指導医が常勤している。在宅医療の症例が豊富であるだけでなく、自治体と提携した健康増進や予防医学活動も盛んである。
天草市立御所浦診療所	熊本県天草医療圏の公立の診療所である。総合診療専門研修指導医が常勤している。自治体と提携した健康増進や予防医学活動が盛んである。
八代市立椎原診療所	熊本県八代医療圏の公立診療所であり、熊本県の指定したへき地診療所である。総合診療専門研修指導医が常勤していない。山間部に位置し地域唯一の医療機関であるために、家族全員で当診療所かかりつけという例が多い。限られた医療資源の中で、他施設と連携して診療を行っている。
上天草市立湯島へき地診療所	熊本県天草医療圏の公的の診療所であり、熊本県が指定したへき地診療所である。総合診療専門研修指導医が常勤していない。
国立病院機構 熊本医療センター	熊本県熊本医療圏域の各種専門診療を提供する急性期病院である。救急診療を中心とした総合診療専門研修指導医が常勤している。
上天草市立 上天草総合病院	熊本県天草医療圏の各種専門診療を提供する急性期病院であり、熊本県が指定したへき地医療拠点病院である。総合診療専門研修指導医が常勤している。
くまもと県北病院	熊本県有明医療圏の各種専門診療を提供する急性期病院である。地域医療・総合診療実践学寄附講座の教育拠点が設置され、総合診療専門研修指導医が常勤している。
地域医療機能推進機構 人吉医療センター	熊本県球磨医療圏域の各種専門診療を提供する急性期病院である。総合診療専門研修指導医が常勤している。

天草都市医師会立 天草地域医療センター	熊本県天草医療圏の各種専門診療を提供する急性期病院である。地域医療・総合診療実践学寄附講座の教育拠点が設置され、総合診療専門研修指導医が常勤している。
国保水俣市立総合医療センター	熊本県芦北医療圏の各種専門診療を提供する急性期病院である。
地域医療機能推進機構 熊本総合病院	熊本県八代医療圏の各種専門診療を提供する急性期病院である。
くまもと森都総合病院	熊本県熊本医療圏の各種専門診療を提供する急性期病院である。
熊本赤十字病院	熊本県熊本医療圏の各種専門診療を提供する急性期病院である。総合診療専門研修指導医が常勤している。
沢田内科医院	熊本県熊本医療圏の在宅療養支援診療所である。総合診療研修特任指導医が常駐している。
済生会みすみ病院	熊本県宇城医療圏の各種専門診療を提供する急性期病院である。総合診療研修特任指導医が常駐している。
松本内科・眼科	熊本県天草医療圏の総合クリニックである。総合診療研修特任指導医が常駐している。
熊本地域医療センター	熊本市中心部の各種専門医療を提供する急性期病院である。内科及び小児科領域の研修を行う。

【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熊本県全域にあります。施設群の中には、地域中核病院、中小規模病院、および診療所が含まれています。

9. 専攻医の受入人数について

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数×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が31名在籍しており（複数のプログラム参加を考慮し按分後16名）、この基準にもとづくと毎年最大で64名程度の受け入れ可能になりますが、当プログラムでは、毎年10名定員としています。

10. 施設群に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。

後期研修1年目の最初は、基幹施設である熊本大学病院総合診療科で、総合診療専門研修Ⅱの研修を1ヵ月間行うことができます。これは、選択研修としての位置づけですが、これから始まる専門研修のオリエンテーションを含んでいます。次にくまもと県北病院等の地域の基幹病院で内科研修を行います。後期研修2年目はくまもと県北病院等での総合診療専門研修Ⅱや、小児科領域別専門必修研修、国立病院機構熊本医療センター等での救急領域別専門必修研修を行います。後期研修3年目の前半6ヵ月は、地域医療機能推進機構人吉医療センターやくまもと県北病院等での総合診療専門研修Ⅱの研修を行い、後半6ヵ月では、小国公立病院やそよう病院等の地域の中小病院での総合診療専門研修Ⅰの研修を行います。

図 2：ローテーション

後期研修 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	熊本大学 病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院
後期研修 1年目	領域	総診Ⅱ	内科	内科	内科	内科	内科	内科	内科	内科	内科	内科	内科
	施設名	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	熊本医療 センター	熊本医療 センター	熊本医療 センター
後期研修 1年目	領域	内科	小児科	小児科	小児科	総診Ⅱ	総診Ⅱ	総診Ⅱ	総診Ⅱ	総診Ⅱ	救急	救急	救急
	施設名	人吉医療 センター	人吉医療 センター	人吉医療 センター	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	小国公立 病院	小国公立 病院	小国公立 病院	そよう 病院	そよう 病院	そよう 病院
後期研修 1年目	領域	総診Ⅱ	総診Ⅱ	総診Ⅱ	総診Ⅱ	総診Ⅱ	総診Ⅱ	総診Ⅰ	総診Ⅰ	総診Ⅰ	総診Ⅰ	総診Ⅰ	総診Ⅰ

※研修ローテーション先は、熊本県内全域に広がる、様々な協力施設の各診療科から選択することが可能です。

【補足】

上記モデルで示した研修ローテーションのパターン例に加えて、後期研修3年目に、地域の施設で選択研修を実施するパターンを図2-2として下記に示す。

総合診療専門プログラム整備基準「専門研修施設群の構成要件」に則ってプログラム構築をすることが難しい場合、日本専門医機構理事会において例外的に認められた措置として、整備基準「10 他に自領域のプログラムにおいて必要なこと」に、「平成30年度からの3年間に専門研修が開始されるプログラムについては、専門研修施設群の構成についての例外を日本専門医機構において諸事情を考慮して認めることがある。」と示されてる。

これを基に、内科の研修は、総合診療専門研修Ⅱの研修も兼ねたプログラムとなっている。

図 2-2：ローテーション

後期研修 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	熊本大学 病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院
後期研修 1年目	領域	総診Ⅱ	内科 (総診Ⅱ)	内科 (総診Ⅱ)	内科 (総診Ⅱ)	内科 (総診Ⅱ)	内科 (総診Ⅱ)	内科 (総診Ⅱ)	内科 (総診Ⅱ)	内科 (総診Ⅱ)	内科 (総診Ⅱ)	内科 (総診Ⅱ)	内科 (総診Ⅱ)
	施設名	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	くまもと 県北病院	熊本医療 センター	熊本医療 センター	熊本医療 センター
後期研修 1年目	領域	内科 (総診Ⅱ)	小児科	小児科	小児科	総診Ⅱ	総診Ⅱ	総診Ⅱ	総診Ⅱ	総診Ⅱ	救急	救急	救急
	施設名	人吉医療 センター	人吉医療 センター	人吉医療 センター	天草地域 医療セン ター	天草地域 医療セン ター	天草地域 医療セン ター	小国公立 病院	小国公立 病院	小国公立 病院	そよう 病院	そよう 病院	そよう 病院
後期研修 1年目	領域	外科	外科	産婦人科	泌尿器科	整形外科	放射線科	総診Ⅰ	総診Ⅰ	総診Ⅰ	総診Ⅰ	総診Ⅰ	総診Ⅰ
	施設名	人吉医療 センター	人吉医療 センター	人吉医療 センター	天草地域 医療セン ター	天草地域 医療セン ター	天草地域 医療セン ター	小国公立 病院	小国公立 病院	小国公立 病院	そよう 病院	そよう 病院	そよう 病院
後期研修 1年目	領域	外科	外科	産婦人科	泌尿器科	整形外科	放射線科	総診Ⅰ	総診Ⅰ	総診Ⅰ	総診Ⅰ	総診Ⅰ	総診Ⅰ
	施設名	人吉医療 センター	人吉医療 センター	人吉医療 センター	天草地域 医療セン ター	天草地域 医療セン ター	天草地域 医療セン ター	小国公立 病院	小国公立 病院	小国公立 病院	そよう 病院	そよう 病院	そよう 病院

資料「研修目標及び研修の場」に本研修 PG 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 PG 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その期間を延長することになります。

11. 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」、「経験省察研修録作成」、「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システムが重要です。具体的には、研修手帳の記録及び定期的な指導医との振り返りセッションを 1～数ヵ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内容について記録を残します。また、年次の最後には、1 年の振り返りを行い、指導医からの形成的な評価を研修手帳に記録します。

2) 経験省察研修録作成

常に到達目標を見据えた研修を促すため、経験省察研修録（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

指導を行ったりします。専攻医には経験省察研修録を作成することが求められますので、指導医は定期的な研修の振り返りの際に、経験省察研修録作成状況を確認し適切な指導を提供します。また、施設内外にて作成した経験省察研修録の発表会を行います。なお、経験省察研修録の該当領域については研修目標にある7つの資質・能力にもと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3点以外にも、実際の業務にもとづいた評価（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もと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、レジデントデイ等で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ヵ月に1度程度を保証しています。

【内科ローテート研修中の評価】

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

12ヵ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ヵ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もとづいて、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もとづいて、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。

なお、特に熊本県医師修学資金貸与医師、自治医科大学卒業医師においては、小児科、および救急科について、義務償還のための勤務場所・施設の都合上、カリキュラム制を併用することも可能です。内科等の他診療科の研修中に、1 週間に 1 日、別施設を含むこれらの診療科の研修を行うことができます。カリキュラム制による研修を行った場合、1 週間に 1 日、4 ヶ月の研修をブロック研修 1 ヶ月相当とする割合で換算する。

【指導医のフィードバック法の学習(FD)】

指導医は、経験省察研修録、短縮版臨床評価テスト、ケースにもと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、指導医資格の取得に際して受講を義務づけている特任指導医講習会や医学教育のテキストを用いて学習を深めていきます。

12. 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、その内容は総合診療専門研修プログラム管理委員会に報告されますが、そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれます。

13. 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 PG では専攻医からのフィードバックを重視してプログラムの改善を行うこととしています。

1) 専攻医による指導医および本研修 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 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ますが、その内容によって専攻医に対する不利益が生じることはありません。
- 専門研修プログラム管理委員会は必要と判断した場合、専攻医指導施設の実地調査および指導を行います。評価にもとづいて何をどのように改善したかを記録し、毎年日本専門医機構の規定にもとづいて報告します。
- 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（訪問調査）が行われます。その評価にもとづいて専門研修プログラム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。

14. 修了判定について

3 年間の研修期間における研修記録にもとづいて、知識・技能・態度が専門医試験を受けるのにふさわしいものであるかどうか、症例経験数が日本専門医機構が要求する内容を満たしているものであるかどうかを、専門医認定申請年の 5 月末までに専門研修プログラム統括責任者または専門研修連携施設担当者が専門研修プログラム管理委員会において評価し、専門研修プログラム統括責任者が修了の判定をします。

その際、具体的には以下の 4 つの基準が評価されます。

- 1) 研修期間を満了し、かつ認定された研修施設で総合診療専門研修ⅠおよびⅡ各 6 ヶ月以上・合計 18 ヶ月以上、内科研修 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、到達目標がプログ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プログ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。

15. 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、修了と認められた場合は6月初めに研修修了証明書を専攻医に送付します。修了が認められない場合は、不足部分を引き続き履修します。専攻医は日本専門医機構の総合診療科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。

16. サブスペシャリティー領域との連続性について

様々な関連するサブスペシャリティー領域については、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、その議論を参考に本研修PGでも計画していきます。

17. 総合診療科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件

- 1) 専攻医が次の1つに該当するときは、研修の休止が認められます。研修期間を延長せずに休止できる日数は、所属プログラムで定める研修期間のうち通算6ヵ月までとします。なお、内科・小児科・救急科・総合診療Ⅰ・Ⅱの必修研修においては、それぞれの研修期間が規定の期間の2/3を下回らないようにします。
 - (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。
- 5) 熊本県医師修学資金貸与医師、自治医科大学卒業医師においては、義務償還のための勤務スケジュールの都合上、連続したブロック研修を行うことが困難な場合があります。その場合、カリキュラム制を併用することも可能とします。研修終了に当たっては、合計の研修日数が、連続したプログラム制による研修と同等の日数に達し、定められた目標を達成することが必要です。

18. 専門研修プログラム管理委員会

基幹施設である熊本大学病院総合診療科および地域医療・総合診療実践学寄附講座には、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等で構成されます。専門研修プログラム管理委員会は、専攻医および専門研修プログラム全般の管理と、専門研修プログラムの継続的改良を行います。

専門研修プログラム統括責任者は一定の基準を満たしています。

【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。また、専門研修プログラムの改善を行います。

【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、総括的評価にもとづく、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、現在の専攻医数にもとづく、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もとづく状況把握、指導の必要性の決定
- 専門研修プログラムに対する評価にもとづく、専門研修プログラム改良に向けた検討
- サイトビジットの結果報告と専門研修プログラム改良に向けた検討
- 専門研修プログラム更新に向けた審議
- 翌年度の専門研修プログラム応募者の採否決定
- 各専門研修施設の指導報告
- 専門研修プログラム自体に関する評価と改良について日本専門医機構への報告内容についての審議
- 専門研修プログラム連絡協議会の結果報告

【副専門研修 PG 統括責任者】

プログラムで受け入れる専攻医が専門研修施設群全体で 20 名を超える場合、副専門研修プログラム統括責任者を置き、副専門研修プログラム統括責任者は専門研修 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。

19. 総合診療専門研修特任指導医

本研修 PG には、総合診療専門研修特任指導医が総計 31 名、具体的には、阿蘇医療センター1 名、小国公立病院 2 名、天草市立河浦病院 2 名、天草市立栖本病院 1 名、山都町包括医療センターそよう病院 2 名、球磨郡公立多良木病院 3 名、天草市立新和病院 1 名、安成医院 1 名、天草市立御所浦診療所 1 名、国立病院機構熊本医療センター2 名、上天草市立上天草総合病院 2 名、くまもと県北病院 2 名、地域医療機能推進機構人吉医療センター1 名、天草郡市医師会立天草医療センター 2 名、国保水俣市立総合医療センター1 名、熊本大学病院 4 名が、在籍しています。

指導医には臨床能力、教育能力について、7つの資質・能力を具体的に実践していることなどが求められており、本研修 PG の指導医についても総合診療専門研修特任指導医講習会の受講を経て、その能力が担保されています。

なお、指導医は、以下の(1)～(7)のいずれかの立場の方で卒後の臨床経験 7 年以上の方より選任されており、本プログラムにおいては(1)のプライマリ・ケア認定医 24 名、家庭医療専門医 3 名、(3)日本病院総合診療医学会認定医 1 名、(4)日本内科学会認定総合内科専門医 7 名、(6)大学病院または初期臨床研修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 2 名、(8)都道府県医師会ないし郡市区医師会から《総合診療専門研修プログラムに示される「到達目標：総合診療専門医の 7 つの資質・能力」について地域で実践してきた医師》として推薦された医師 1 名が参画しています（複数の資格保持者を含む）。

- (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) 日本内科学会認定総合内科専門医
- (5) 地域医療において総合診療を実践している日本臨床内科医会認定専門医
- (6) (7) 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
- (7) 大学病院または初期臨床研修病院にて総合診療部門（総合診療科・総合内科等）に所属し総合診療を行う医師
- (8) 都道府県医師会ないし郡市区医師会から《総合診療専門研修プログラムに示される「到達目標：総合診療専門医の 7 つの資質・能力」について地域で実践してきた医師》として推薦された医師

20. 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記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プログラムに則り、少なくとも年1回行います。

熊本大学病院総合診療科および地域医療・総合診療実践学寄附講座にて、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修中断から5年間以上保管します。

本研修 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

21. 専攻医の採用

【採用方法】

総合診療専門研修プログラム管理委員会は、毎年7月から説明会等を行い、総合診療科専攻医を募集します。プログラムへの応募者は、9月30日までに研修プログラム責任者宛に所定の形式の『熊本大学病院地域医療・総合診療専門研修プログラム応募申請書』、履歴書、医師免許コピー、および臨床研修修了登録証（コピー）あるいは修了見込証明書を提出してください。

申請書は下記①～③のいずれの方法でも入手いただけます。

- ① 熊本大学病院総合診療科（地域医療・総合診療実践学寄附講座）ウェブサイト (<http://www2.kuh.kumamotou.ac.jp/chiikiiryo/index.html>) よりダウンロード
- ② 電話で問い合わせ(096-373-5794)
- ③ e-mail で問い合わせ (chiiki_soushin@kumamoto-u.ac.jp)

原則として、10月中旬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、総合診療専門研修プログラム管理委員会(chiiki_soushin@kumamoto-u.ac.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（様式任意）
- 専攻医の履歴書（様式任意）
- 専攻医の初期研修修了証