

1 理念と使命

1 領域専門制度の理念

我が国の人口・傷病・社会構造の劇的な変化と人工知能をも含めた科学技術の急速な発展が進む中、地域住民の健康的な生活を守る医療等のあり方には、将来を見据えた確実な対応が求められている。全国各地で地域住民の健康を支えながら変革を推進するリーダーが必要であることから、「地域医療を守る病院協議会」の会員団体が行ってきた認定制度や学術活動を発展させ、多様な専門職・一般職および組織と協働し、地域における保健・医療・介護・福祉に関する包括ケアの一体的な実践を担う、あるいはこれらの実践を支援する「地域総合診療専門医」を育成・認定する。

上記の観点から、地域総合診療専門医は基本領域を特定しない専門医として、いずれの臨床系基本領域専門医にも門戸を開く。また、大学医学教育課程の地域枠カリキュラム出身者、ならびに、将来医療機関管理者の役割を担う可能性がある医師は、本専門研修を修了することが強く望まれる。

2 領域専門医の使命

地域総合診療専門医は、実際に患者に接し、地域の、時に限定された医療資源を最大限に活用して診療するとともに、医療機関内外の多職種や医療外セクター、地域住民とも協働して保健・医療・介護・福祉サービスや環境リスク・社会システムに働きかけ、地域住民の健康と生活を維持・増進・改善する使命を負う。いわば臨床医学と社会医学双方の視点を併せ持つ存在であり、地域社会システムに対する医療機関側代表者の役割を果たす。

研修カリキュラム

2 専門研修の目標

1 専門研修後の成果(Outcome)

地域社会および医療現場に存在または発生する健康に関わる多様な課題が生じる構造を把握し、システム・環境・職能・集団・個人といった幅広い対象に働きかけて一体的な解決を図ることができる。その際、医療・保健専門職のみならず、幅広い立場の関係者との協働および調整ができる。具体的には、地域における保健・医療・介護・福祉に関して以下の7つの資質・能力の獲得を目指す。

【地域総合診療専門医の7つの資質・能力】

- 1 地域の課題を設定する力
- 2 地域の課題を解決する力
- 3 情報を発信し合意形成に導く力
- 4 連携を推進しチームを構築する力
- 5 人材を育成する力
- 6 危機を管理する力
- 7 事業および組織を運営する力

2 到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)

i 専門知識

1. レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)、国保データベース(KDB)、DPCデータ、介護保険総合データベース等のビッグデータ
2. 人口動態(保健所・市区町村別)および標準化死亡比(SMR)を含む疾病統計
3. 健康・疾病に関わる人口動態・産業構造・インフラストラクチャ
4. 病原体や健康リスク行動の伝搬に関わる社会心理学的背景
5. 生活習慣と健康(地域特有の課題抽出と介入の方法論)
6. 健康の社会的決定要因

- 6.1. 地域(コミュニティ)の文化と健康
- 6.2. 労働環境と健康(職業病、職場文化、ヒエラルキーなど)
- 6.3. 自然環境(汚染を含む)と健康
- 6.4. 経済状況と健康
- 6.5. 教育と健康
- 6.6. ジェンダーと健康
- 6.7. ライフラインと健康
- 6.8. 交通事情と健康
- 7. 医療機関等の管理と経営
- 8. 保健・医療・福祉・介護の提供体制
- 9. 高齢者の保健・医療・福祉
 - 9.1. フレイルとその予防
 - 9.2. リハビリテーション
 - 9.3. 多臓器疾患併存とポリファーマシー
 - 9.4. 栄養管理
 - 9.5. 嚥下障害
 - 9.6. 排泄ケア
 - 9.7. 認知機能
 - 9.8. 高齢者総合的機能評価(CGA)
 - 9.9. 国際生活機能分類(ICF)
 - 9.10. 在宅医療
 - 9.11. Advance Care Planning と臨床倫理
- 10. 精神障害の予防・医療およびノーマライゼーション
 - 10.1. 精神的健康度に影響する要因
 - 10.2. 積極的休養、睡眠の質と量、ストレスとその対応
 - 10.3. うつ病の早期発見および自殺予防
 - 10.4. 睡眠薬・精神安定剤、アルコールおよび喫煙を含む薬物
 - 10.5. 知的障害者、発達遅滞者、精神障害者のノーマライゼーション

ii 専門技能(診察、検査、診断、処置、手術など)

- 1. Quality Indicator などを活用した診療の質の改善
- 2. 統計調査等の内外のリソースを活用した地域住民の健康状態の可視化、縦断的な評価、課題の同定
- 3. 地域住民の健康に影響を与える直接的および間接的(社会的なものを含む)決定要因の同定
- 4. 地域の気候・地理・交通等の状況の可視化
- 5. 統計的解析手法の活用
- 6. KJ法、SWOT分析、プロジェクトマネジメントなどの手法を用いた課題発見・問題解決の実施
- 7. 地域に不足するリソースを必要とする患者の搬送(医療・介護用および一般用の緊急車両、船舶、航空機を含む)
- 8. 事故・災害や感染症パンデミックの際の危機管理
- 9. 行動変容理論に沿った行動医学的介入の立案と実行
- 10. イノベーション普及理論等に沿った社会的介入の立案・チームビルディング・協働
- 11. IOTを活用した遠隔診療支援システム(放射線診断、皮膚映像診断等)の活用
- 12. 国際生活機能分類(ICF)コーディングの活用

iii 学問的姿勢

生物医学と社会科学の橋渡しの役割を担う専門医として、両者と関係した課題を学術的に検討した研究成果(例えば社会疫学的研究など)を積極的に活用する姿勢が求められる。ただし、このような研究の結果は地域の状況によって必ずしも適用可能ではない場合も少なくないため、エビ

デンスを批判的に吟味する姿勢も重要である。
また将来的には、地方自治体との密接な信頼関係を基盤として、住民を対象としたコホート研究を計画・実施し、地域初のエビデンスの発信を目指すことも推奨される。ただし、このような研究が研修期間中に完結することは考えにくいので、大規模コホート研究への協力などを通じて、疫学的研究に参画して疫学研究への理解を深めておくことが望まれる。

iv 医師としての倫理性、社会性など

地域総合診療専門医は、医師臨床研修における「医師としての基本的価値観(プロフェッショナルリズム)」、および総合診療専門研修における「公益に資する職業規範」を備えることはもちろんのこと、以下の倫理性・社会性を発揮することが求められる。

1. 地域の伝統・信念・文化・風習などに対する尊重と保護、およびアドボカシーの姿勢
2. 障害を抱えた地域住民が住み慣れた土地とコミュニティで生活と QOL を維持すること(ノーマライゼーション)を支援する姿勢
3. 地域住民の健康と生活の維持・向上に関わる全ての職種ならびに住民を尊重し協働する姿勢
4. 地域住民のヘルスリテラシーを高め、健康文化を醸成する姿勢
5. 地域において縦割りの制度や分野を超えて障害者や医療的ケア児を含めた多様な住民が参画して支え合う「地域共生社会」の実現に貢献する姿勢
6. 全国的・世界的な視点を地域医療に活かす存在として、“Think globally, act locally”を実践する姿勢

3 到達目標(種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等)

i 経験すべき疾患・病態

1. 地域総合診療専門研修プログラム整備基準で経験することが必須とされている疾患・病態に関する診療能力の維持に努める
2. 地域特有(産業特異的、地理・気候特異的、遺伝的浮動 genetic drift 由来、公害由来等)の疾患・病態を抽出し、これらに対応する診療能力を獲得・維持する。各プログラムが指定することもあり得るが、専攻医自らに発見を促す考え方もあり得る

ii 経験すべき診察・検査等

以下の診察・検査手技のうち、9 項目以上を自ら実施することを目標とする。

1. 死体検案の実施、死体検案書の作成(3 例以上)
2. 上部消化管内視鏡または胃透視(20 例以上)
3. 下部消化管内視鏡または注腸透視(7 例以上)
4. 頭・頸・胸部単純 CT、腹部単純・造影 CT(10 例以上)
5. 単純 X 線検査の実施(20 例以上)
6. 心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査(20 例以上)
7. 超音波検査(腹部・表在・心臓、下肢静脈、Point-of-care USを含む)(40 例以上)
8. 生体標本(喀痰、尿、皮膚等)に対する顕微鏡的診断(10 例以上)
9. 呼吸機能検査(10 例以上)
10. オージオメトリーによる聴力評価と視力検査表による視力評価(10 例以上)
11. 妊娠反応検査(3 例以上)
12. 病原体抗原迅速検査(10 例以上)
13. 眼圧測定(接触式・非接触式)(3 例以上)

1~4 は総合診療専門研修プログラム整備基準では経験すべき診察・検査等にあげられているが必須項目となっていない診察・検査手技;5~10 は適応判断と結果の解釈のみが必須となっている診察・検査手技;11~13 は挙がっていない診察・検査手技である。以上に加え、専攻医自らが地域のニーズに応じて修得すべき診察・検査手技を追加することも推奨する。

小病院や診療所では、診療放射線技師や臨床検査技師がいない、あるいは不在の時間帯があり、医師自らが適切な検査を行う必要がある場合があるが、この経験によって検査のオーダーや解釈など(線量管理なども含む)の能力が一層向上する。

iii 経験すべき手術・処置等

総合診療専門研修プログラム整備基準では必須項目となっていない以下の手術・処置の6項目以上を自ら実施する。

1. 麻薬管理
2. 輸血法(血液型判定、交差適合試験を含む)(3例以上)
3. 末梢挿入式中心静脈カテーテル(PICC)の挿入と管理(3例以上)
4. 小手術(局所麻酔下の簡単な切開・摘出・止血・縫合)(5例以上)
5. 創傷治療(切除・止血・縫合等の処理、動物咬傷・熱傷の治療も含む)(10例以上)
6. 褥瘡処置(3例以上)
7. 胸腔・腹腔穿刺(3例以上)
8. トリガーポイント注射・超音波ガイド下 Fascia リリース(10例以上)
9. 膝関節の関節内注射(10例以上)
10. 小児の肘内障の整復(2例以上)
11. 成人の肩関節脱臼の整復(2例以上)
12. 睡眠時無呼吸症候群の管理(2例以上)

iv 地域医療の経験(病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など)

以下の活動において企画・運営・改善・連携強化などに関与し、評価を受ける

1. 地域包括ケア、地域共生社会、医療介護連携の推進における医師の役割を理解するため、以下の10項目中6項目以上を経験して研修手帳に記録し、指導医のフィードバックを受ける
 - (1)介護認定審査に必要な主治医意見書を作成し、および研修医、専攻医による作成を指導する
 - (2)地域における居宅介護サービスおよび施設介護サービスについて把握し、患者・家族に説明し、その適応を判断する
 - (3)サービス担当者会議、地域ケア会議に参加、医師の立場から適切なアドバイスを提供し、地域での多職種連携を推進する
 - (4)訪問診療を行う在宅患者やグループホーム・老人保健施設・特別養護老人ホームなどの施設入所者の日常的な健康管理を実施する
 - (5)訪問診療を行う在宅患者や施設入所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行う
 - (6)障がい支援区分医師意見書を記載する
 - (7)地域における障がい者の状況を把握し、障がい者施設や作業所等を訪問する
 - (8)地域における医療的ケア児の状況を把握し、本人・介護者と面談する機会を持つ
 - (9)市町村や二次医療圏における在宅医療介護連携、入退院支援の勉強会、研修会等に参加し、企画や発表等に関与する
 - (10)医療資源の乏しい地域の医療を経験する
2. 地域包括ケアにおける地域での保健予防活動に寄与するために、以下の7項目のうち3項目以上の活動を経験して研修手帳に記録し、指導医のフィードバックを受ける
 - (1)特定健診の事後指導を行う
 - (2)特定保健指導を行う
 - (3)各種がん検診、および要精査者に対する説明と指導を行う
 - (4)健康教室(生活習慣病教室、運動教室など)を企画・運営する
 - (5)市町村や保健センター、地域包括支援センター等が行う保健予防活動(介護予防を含む)の企画・運営に関与する
 - (6)保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校などにおける健診や教育などの保健活動に参加する
 - (7)産業保健活動に参加する
3. 主治医として在宅医療10症例以上経験する(在宅看取りの症例を含むことが望ましい)

v 学術活動

1. 地域医療を守る病院協議会の参加団体およびその趣旨に賛同する団体、ならびにそれらが関連する学会が主催する学術集会における発表を2回以上行う
2. 地域医療に関する著作物(論文を含む)を研修期間中に1編以上筆頭著者として執筆する。または、他職種の学会発表ないし論文発表を支援し、その経験をレポートにまとめる
3. 地域において行われている研究プロジェクトに積極的に参加する(必須とはしない)

3 専門研修の方法

1 臨床現場での学習

1. 初診外来、再診外来、救急外来、急性期病棟における臓器を特定しない幅広い診療を行い、多様な基本領域専門医や多職種らとカンファレンス等の機会に方針について議論することを通じて実践知を身につける
2. 在宅診療、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、慢性期病棟などの診療の複数に関わる機会を持ち、多様な基本領域専門医や多職種らとカンファレンスなどで振り返りを行う
3. 以下の活動のいずれか3つ以上に参加する
 - a. 特定健診・特定保健指導・がん検診
 - b. 乳幼児健康診査、予防接種
 - c. 市町村の健康増進計画に基づく運動習慣推進活動、介護予防活動、食育推進活動
 - d. 健康教育
 - e. 学校保健活動
 - f. 産業保健活動

2 臨床現場を離れた学習(各専門医制度において学ぶべき事項)

地域総合診療専門研修は、比較的小規模で、かつ、都心からの物理的・時間的距離が離れた医療機関等で行われることが多いことから、臨床現場を離れた学習については日本地域医療学会及び関連団体が提供する以下の学習機会を活用すること。

1. 到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)については、定められたeラーニング(JACH地域医療ゼミナール)の受講を必須とする
2. 到達目標 ii 経験すべき診察・検査等、iii 経験すべき手術・処置等、iv 地域医療の経験(病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など)、v 学術活動については、各地で開催する研修会・研究会への参加を強く推奨する。各研修施設は、専攻医の参加を時間的・経済的に支援する
 - ・自治体病院リーダー養成塾(全自病協)
 - ・先進的地域医療の現地視察研修(国診協)
 - ・地域包括医療・ケア研修会(国診協)
 - ・多職種研修コーディネータ養成研修会(国診協)
 - ・国保直診・口腔保健研修会(国診協)
 - ・臨床研修指導医講習会(全自病協・国診協)
 - ・医師のための総合リハビリテーション講座(日慢協)
 - ・総合診療医認定講座(日慢協)
 - ・医師のための排尿機能回復に向けた治療とケア講座(日慢協)
 - ・日医かかりつけ医機能研修(日本医師会)
 - ・その他など

3 自己学習(学習すべき内容を明確にし、学習方法を提示)

卒前教育6年、臨床研修2年、基本領域専門研修3年、計11年以上の医学教育を受けてきたサブスペシャリティ専攻医は、既に自律的学習者となっていることを鑑み、地域総合診療専門研修では特定の自己学習方法を指定しない。

ただし、遠隔学習の機会は個人の努力だけでは容易に得ることは難しいため、本制度ではインターネットを介したベストエフォート型通信を利用した遠隔学習のコンテンツを供給するとともに、各専門研修施設には、遠隔学習が可能な通信環境の整備を義務付ける。

4 専門研修中の年度毎の地域・技能・態度の修練プロセス

3年間の研修機関の中で、到達目標を見据えた研修をどの時期に行っても良い。
なお、5-①の要件1に該当する医療機関における研修期間は18ヶ月以上必要であり、
2-③ 到達目標(種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等)
i 経験すべき疾患・病態
ii 経験すべき診察・検査等
iii 経験すべき手術・処置等
iv 地域医療の経験(病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など)
3-①臨床現場での学習
の各項目についてはこの医療機関における on-the-job training が中心となることに留意する。

4 専門研修の評価

1 形成的評価

1) フィードバックの方法とシステム

計11年以上の医学教育を受けてきたサブスペシャリティ専攻医は、自己省察の習慣を身につけていることが前提であり、年に1回の振り返りミーティングを除いて、デマンド型のフィードバックを基本とする。
ただし、有効なフィードバックが成立するためには専攻医にとって安全な環境が必須である。指導医との信頼関係の構築は専攻医のみならず指導医の役割でもあり、信頼関係が確立していない状況でのフィードバックの実施についてはプログラム統括責任者と協議の上で行う必要がある。

2) (指導医層の)フィードバック法の学習(FD)

臨床研修指導医講習会の修了を指導医の要件とする。
また、指導医資格は5年の任期制とし、本専門研修制度運営の母体となる学会が開催するFD講習会の受講を指導医資格更新の要件とする。

2 総括的評価

1) 評価項目・基準と時期

研修期間修了年月日の1カ月前までに、以下の全ての要件を満たしているかを確認する。
1. 定められた研修機関において、規程の研修期間の研修を全て完了する見込みであること
2. 全ての到達目標が定められた基準に到達していること
3. 多職種評価および地域住民による評価が、4)に定めた要件を満たしていること

2) 評価の責任者

各プログラムのプログラム統括責任者が評価の責任者である

3) 修了判定のプロセス

各プログラムの研修委員長は、研修修了年月日の1カ月前までにプログラム管理委員会を招集する。プログラム統括責任者は、1)-1~1)-3に関する評価資料を揃えてこの研修管理委員会に提出し、合議の結果、研修修了認定に相当すると判定された専攻医に対し、研修管理委員長は研修修了期間最終日の日付をもって研修修了証を発行すると共に、当専門研修制度の運営母体に1カ月以内に報告する。

4) 多職種評価および地域住民評価

地域包括医療・ケア多職種評価票および地域住民評価票を用いた評価が、平均で4段階中3以上かつ、4段階中1の評価が2%以下を修了の要件とする。

研修施設

5 専門研修施設の認定基準

1 専門研修基幹施設の認定基準

基幹施設は、以下のいずれかの要件を満たす医療機関または医育機関とする。

- 1-1. 総合診療、一般内科診療、回復期・慢性期医療など複数の機能を果たし、地域包括医療・ケアを実践している医療機関(*)
- 1-2. 上記 1-1 に該当する医療機関を支援する関係にあるへき地医療拠点病院ないし地域医療支援病院、およびこれに準ずる病院
- 1-3. 上記 1-1 に該当する病院と人的交流関係のある大学の医療系学部・学科ないし附属病院

*1-1 の医療機関は、次の<大分類 ①>および<大分類 ②>のいずれにも該当すること。

<大分類 ①> 全人的医療を行っていること

次の 5 項目のうち、3 項目以上に該当していること

- 患者を診断治療するだけでなく、患者の生活面、家族関係などに配慮して診療している
- 地域の医療機関との病診(病病・診診)連携が行われている
- チーム医療を行っている
- 在宅医療・ケアを行っている
- 地域の保健・医療・福祉(介護)サービスと連携して、必要な人に、必要な医療・保健・福祉(介護)サービスを提供している

<大分類 ②> 地域包括医療・ケアを実践していること

次の 5 項目の「地域包括医療・ケアに関する実践の状況」のうち 3 項目に該当し、かつその点数の合計が 60 点以上であること

- 1 在宅医療・ケアサービス 7 項目のうち、2 項目以上を行っていれば 20 点
 - 訪問診療 訪問看護 訪問リハビリ 訪問栄養指導 訪問薬剤管理指導
 - 在宅ターミナルケア 在宅医療・ケアにつなげる退院計画作成
- 2 保健事業 14 項目のうち、2 項目以上を実施していれば 20 点
 - 健康教育事業 健康相談事業 健康診査事業 訪問指導事業
 - 機能訓練事業 栄養指導事業 歯科口腔ケア 転倒・骨折予防事業
 - 認知症予防事業 IADL 事業 運動指導事業 家族介護教室
 - 産業保健事業 学校保健事業
- 3 機能連携 8 項目のうち、3 項目以上に該当すれば 30 点
 - 市町村保健センター(類似施設を含む)を併設している又は機能連携を図っている
 - 保健所と機能連携を図っている 医師会と連携している
 - 歯科医師会と連携している 看護協会と連携している
 - 社会福祉協議会と連携している ボランティアを受け入れている
 - 介護保険施設を併設している、又は機能連携を図っている
- 4 介護保険事業 13 項目のうち、2 項目以上を行っていれば 20 点
 - 訪問介護事業 訪問入浴介護事業 訪問看護事業
 - 訪問リハビリテーション事業 通所介護事業 通所リハビリテーション事業
 - 福祉機器貸与事業 居宅療養管理指導事業
 - 短期入所療養介護(ショートステイ)事業 居宅介護支援(ケアプラン作成)事業
 - 介護保険主治医意見書を作成 介護保険認定審査会に職員が委員として参加
 - 地域ケア会議に参加している
- 5 保健医療福祉統合 6 項目のうち、1 項目以上に該当すれば 10 点
 - 関係役員等(首長・議会・院長・所長)との意思疎通が図られている
 - 保健・医療・福祉(介護)関係職員が常時ミーティングを行っている
 - 保健・医療・福祉(介護)関係職員が施設・機器を共同で使用している
 - 地域リハビリテーションを行っている
 - 離島・へき地医療を行っている
 - その他これらに準じた事項

2 専門研修連携施設の認定基準(連携施設を設ける場合は記載の必要あり)

連携施設は、以下のいずれかの要件を満たす施設とする。

- 2-1. 基幹施設要件1-1を満たす医療機関
- 2-2. へき地医療拠点病院ないし地域医療支援病院に指定されている医療機関
- 2-3. 地域医療人材の育成に関わる大学の医療系学部・学科ないし附属病院
- 2-4. 基幹施設要件 1-1～1-3、または連携施設要件 2-1～2-3 を満たす機関が所在する市町村および都道府県を管轄する保健所
- 2-5. 基幹施設要件 1-1～1-3、または連携施設要件 2-1～2-3 を満たす機関が所在する市町村および都道府県の行政機関
- 2-6. 基幹施設要件 1-1～1-3、または連携施設の要件 2-1～2-3 を満たす機関から支援を受ける関係にある地域医療機関ないし介護施設

3 専門研修施設群の構成要件

研修期間は、原則 3 年間(フルタイム勤務換算)とする。

- ・ 基幹施設が 1-1 および「4 地域医療・地域連携への対応」に該当する医療機関の場合、単独での申請を可とする
- ・ 基幹施設が 1-2 ないし 1-3 に該当する医療機関の場合、必ず連携施設として 2-1 に該当する施設を 1 つ以上含むこと
- ・ 1-1 に該当する基幹施設または 2-1 に該当する連携施設での研修期間が合計 24 ヶ月以上あること
- ・ 必ず「4 地域医療・地域連携への対応」に該当する施設を 1 つ以上含むこと

4 地域医療・地域連携への対応

本専門研修は、日本専門医機構が定める「総合診療専門研修プログラム整備基準」において「医療資源が乏しい地域」とされた地域、または、回復期・慢性期を主体とする医療機関において、研修期間の 1/3にあたる12ヶ月以上を研修することとする。残る期間についても、へき地医療拠点病院ないし地域医療支援病院、およびそれに準じた施設において地域連携を通じた地域医療支援に関わるか、あるいは地域総合診療に関わる研究などを行うことから、研修期間を通じて地域医療の維持・向上に寄与する制度となっている。

5 地域において指導の質を落とさないための方法

本専門医制度は、基本的に地域における実践を通じて能力を身につけるプログラムであり、地域での研修は必須である。以下の点に留意が必要である。

- 5-1. 指導医の指導能力の担保
- 5-2. Off-the-Job Training の機会の提供

6 研究に対する考え方

本専門医制度においては、

- 6-1. 地域住民の健康的な生活の維持・向上に資する社会システムに関する疫学的研究ならびに実践研究
- 6-2. 地域住民に対する予防医療的介入の効果に関する研究
- 6-3. 高齢者等の地域住民が抱える傷病に対する医学的介入の効果に関する研究などの立案や遂行、公表の過程に関与することを推奨する。

7 診療実績基準(研修)[症例数・疾患・検査/処置・手術など]

- ・ 一般外来を実施し、外傷処置の受入れを(原則として断らずに)行っている
- ・ 小児から高齢者までの疾病と傷害を(原則として断らずに)受入れている
- ・ 救急車の受入れを行っている(搬送例数は問わない)
- ・ 往診・訪問診療を(原則として断らずに)行っている

8 基本領域との連続性について

主たる基本領域は総合診療領域である。同領域では総合的な診療能力の修得に加え、「地域を診る医師」の視点での研修が行われることとなっており、その点で本サブスペシャリティ研修へとシームレスに移行することが可能である。

なお、患者の診療に直接従事する他領域の基本領域専門医についても、当専門研修を受けることができるが、内科、外科、救急科以外の基本領域専門医については、幅広い傷病に対応してきた実績の証明書類を提出し、学会の審査を受けることとする。

9 専門研修の休止・中断，研修施設の移動，研修施設外研修の条件

専門研修の中断は、専攻医からの希望があった場合、ならびに、指導医の休職などの止むを得ない事情があった場合、各プログラムが設置する研修管理委員会の承認により認められる。休止後の再開は、休止期間が2年以内の場合には認められる。2年を超えた中断後の再開は、留学や大学院の入学・修了などの合理的な理由がある場合、予め申請し、5年以内の中断後に復帰した場合には認められる。

研修施設の移動は、同一プログラム内の施設間の場合は、双方の医療機関の事情が許せば研修管理委員会の判断により認めることが可能である。プログラムを跨いだ移動については、専攻医からの希望があった場合、ならびに、プログラム側に止むを得ない事情があった場合に申請し、承認した場合には認められる。

研修施設外における研修は通常は認められないが、地域総合診療に関する国内・国外留学などにおいては3か月以内に限り、理由を添えて申請し、承認があった場合には認められる。

6 専門研修を支える体制

1 専門研修の管理運営体制の基準

プログラムには、基幹施設を1施設設定しなければならない。基幹施設にはプログラム管理委員会を置き、統括責任者が委員長となる。プログラムに専攻医が20名超在籍する場合、統括責任者は副統括責任者を任命し、統括責任者および副統括責任者1名当たりが担当する専攻医は20名以内としなければならない。

また、プログラムには指導医を1名以上置かなければならない。指導医1名が担当できる専攻医の数は同時期に5名を超えてはならない。統括責任者は指導医を兼ねることができるが、その場合、担当できる専攻医の数は同時期に3名までとする。

また、プログラムには1以上の連携施設を設定することができる。各連携施設には、1名以上の指導医を配置し、また、各連携施設の研修責任者を1名定めなければならない。ただし、へき地・過疎地域、離島、医療資源の乏しい地域や保健所・行政・介護施設等で指導医が確保できない場合、研修の質を落とさないため、基幹施設指導医が週1回の直接対面または遠隔テレビ会議等による振り返りと3ヶ月に1回の研修先訪問を必須とする。

2 基幹施設の役割

基幹施設は研修管理委員会を主幹する医療機関であり、研修プログラム全体の構築について責任を負うとともに、研修機関中の専攻医の状況をリアルタイムに把握し、必要な調整を行う。また、専攻医のリクルートメントおよびフォローアップも、基幹施設を中心として行う。

3 専門研修指導医の基準

専門研修の指導医は、以下1および2の要件を満たす基幹施設ないし連携施設の常勤医からプログラムが指定する。

1. 本プログラムの運営母体が認定する地域総合診療専門医
2. 医師臨床研修指導医講習会、または、総合診療専門研修(特任)指導医講習会を修了している

4 プログラム管理委員会の役割と権限

プログラム管理委員会は、研修プログラムの企画・立案と実施の管理、専攻医および指導医の評価とフィードバック、ならびに研修の休止・中断や移籍の承認、および修了認定を行う。本委員会は基幹施設および連携施設の責任者、ならびに、各ローテート領域の指導医代表者、複数の多職種(医療職、福祉職、行政職)の代表者を含むものとする。

5 統括責任者の基準, および役割と権限

専門研修の統括責任者は、本専門研修制度の有効な専門医資格を保持し、かつ、以下 1~2 のいずれかの要件を満たす基幹施設ないし連携施設の常勤医とする。

1. 臨床研修協議会主催の臨床研修プログラム責任者講習会を修了している
2. 本研修制度の運営母体が実施する地域総合診療専門研修プログラム統括責任者講習会を修了している

6 労働環境, 労働安全

医師法に定める応召義務は、医師が国に対して負担する公法上の義務であり、医療機関は応召義務を楯に不適切な労働環境下での研修を強いてはならない。プログラム管理委員会は、基幹施設および連携施設において衛生委員会などが適切に開催され、以下の項目等について、専攻医を含めた労働安全衛生が確保されていることを定期的に確認する。

1. 労働者の感染管理
2. 化学的・物理的な有害要因
3. 抗がん剤に対するばく露
4. 腰痛予防
5. 医療現場での暴力
6. 職場のハラスメント
7. メンタルヘルス
8. 健康診断の受診

7 専門研修実績記録システム, マニュアル等の整備

1 研修実績および評価を記録し, 蓄積するシステム

専攻医は、診療行為について規程の研修手帳に研修実績を記録する。指導医による評価はカンファレンス等を中心にフィードバックを行うこととし、専攻医がこれを研修手帳に記録する。加えて、専攻医は定期的にプログラム統括責任者と面談して研修状況について報告し、フィードバックを受け、これを記録する。

2 研修計画運用マニュアル・フォーマット等の整備

専攻医マニュアルおよび指導医マニュアルは以下の項目例を参考に、各プログラムで整備する。

専攻医マニュアル

専攻医マニュアルは、以下の項目例を参考に整備する。

1. 地域総合診療専門研修の理念
2. 地域総合診療専門医の使命
3. 専門研修の到達目標
4. 専門研修の方略
5. 専門研修の評価

6. 修了要件
7. 研修の休止・中断、移動、未修了について
8. 筆記試験の申請
9. 面接試験の申請
10. 専攻医によるプログラム評価

□指導医マニュアル

専攻医マニュアルは、以下の項目例を参考に整備する。

1. 地域総合診療専門研修の理念
2. 地域総合診療専門医の使命
3. 専門研修の到達目標
4. 専門研修の方略
5. 専門研修の評価
6. 修了要件
7. 研修の休止・中断、移動、未修了について
8. 筆記試験の申請
9. 面接試験の申請
10. 指導医の要件
11. 指導医の役割
12. プログラム統括責任者、連携施設担当者への報告
13. 指導医によるプログラム評価

□専攻医研修実績記録フォーマット

規定の研修手帳を用い、以下の各項目について記録する

- ② 到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)
 - i 専門知識
 - ii 専門技能(診察、検査、診断、処置、手術など)
 - iii 学問的姿勢
 - iv 医師としての倫理性、社会性など
- ③ 到達目標(種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等)
 - i 経験すべき疾患・病態
 - ii 経験すべき診察・検査等
 - iii 経験すべき手術・処置等
 - iv 地域医療の経験(病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など)
 - v 学術活動

□専門研修指導医による指導とフィードバックの記録

指導医は、カンファレンス等の機会にフィードバックを行い、これを専攻医が研修手帳に記録し、指導医が確認の署名を行う。専攻医は、フィードバックの内容が到達目標のどの項目に関するものかを記述することにより、目標達成を意識した研修を行う。

□指導医研修計画(FD)の実施記録

指導医は、日本地域医療学会が提供するオンライン FD 講習を年1回以上受講し、受講証を保管する。

8 専門研修体制の評価と改善

1 専攻医による指導医および研修体制に対する評価

プログラム管理委員会は規定の評価票を用い、専攻医に対し、指導医および研修プログラムに対する評価を依頼する。

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

①の評価結果は、指導医およびプログラムにフィードバックする。ただし指導医に対するフィードバックは、専攻医の不利益にならないように十分に配慮して行わなければならない。

3 研修に対する監査(サイトビジット等)・調査への対応

各プログラムは、日本地域医療学会が実施するサイトビジットの対象となった際はこれに協力し、その結果として通知される改善命令に従う義務を負う。協力しない場合、プログラムの取消を含む処分が下される可能性があり、これに対して 30 日以内に不服申立てをする権利があるが、その結果には従わなければならない。

9 専攻医の採用と修了

1 採用方法

専攻医の募集は、日本地域医療学会が運営する地域総合診療専門研修ウェブサイト上でを行い、書面により応募する。採否の決定は各プログラムが行い、その結果は日本地域医療学会より応募者に通知する。

2 修了要件

以下の3要件を全て満たした場合に、研修修了を各プログラムが認定する。

1. 研修期間(3年以上で、各プログラムが定めた期間)
2. 到達目標の達成
3. 多職種を含めた地域総合診療専門医としてのプロフェッショナリズムの発揮

10 他に、自領域のプログラムにおいて必要なこと

「地域を診る医師」を更に進化させ、地域にやりがいを持って貢献できる医師を養成するプログラムである。プログラム終了後、地域総合診療専門医資格取得者に対してのサポート体制を学会として構築するので、意欲のある医師の応募を期待する。

また、本整備基準は、制度の目的に照らして継続的改善を図るために、関係者の意見を聞きながら改定していく予定である。

なお、整備基準に違反する行為が認められた場合は、認定された資格やプログラムの一時停止や取消、あるいは指導が行われる場合がある。