

筑波大学附属病院

つくば家庭医・病院

総合医プログラム

研修カリキュラム



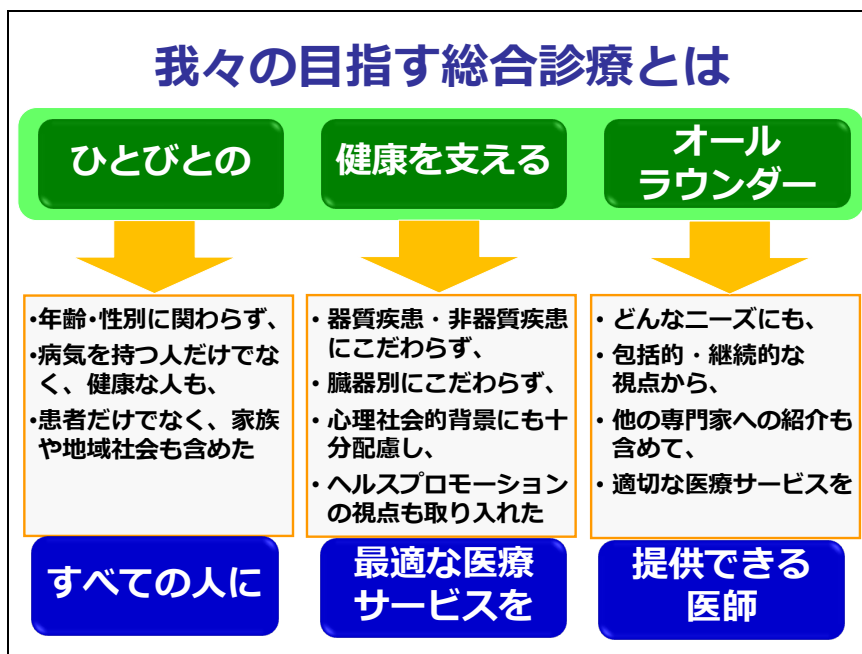
筑波大学附属病院

## 1. はじめに

### ■我々が目指す「総合診療」とは

総合診療科の位置づけはさまざまですが、筑波大学では、「ひとびとの健康を支えるオールラウンダー」を目指したいと思っています。

この言葉には、以下のような意味が込められています。



#### 「ひとびとの」

年齢・性別にかかわらず、患者だけでなく健康者も、家族・地域社会も含めた、すべての人を対象とします。

#### 「健康を支える」

健康の定義である「身体的・精神的・社会的に良好な状態」でいられるように、臓器別にこだわらず、器質疾患・非器質疾患にこだわらず、心理社会的背景にも十分配慮し、ヘルスプロモーションの視点も取り入れた働きかけと支援を行います。

#### 「オールラウンダー」

ひとびとの抱える健康問題に対して、幅広く、包括的に、効果的に医療サービスを提供できる能力を持つ医師を表しています。

「オールラウンダー」は、万能を意味する「オールマイティ」とは異なります。一人の医師が修得できる臨床能力の範囲には限界があります。「オールラウンダー」は、手術手技などの個別のスキルではそれを専門とする specialist には及びませんが、その一方で「大きな穴がない」「どこからでもアプローチできる」という特徴をもっています。

### ■研修プログラムで、どのような医師を育てたいか

ひとびとの健康を支えるオールラウンダーとして、診療所や病院といったセッティングに拘らず、どのような場所でも地域のニーズを的確に捉え適応し、働くことのできる能力を持った総合診療医の育成を目指します。その第一歩となる4年間の研修プログラムで身に着けるべき能力の目標をまとめたものが、このプログラム書になります。

内容は専門医制度に準拠しており、日本専門医機構の認定する総合診療専門医、日本プライマリ・ケア連合学会の認定する家庭医療専門医の取得が可能ですが、プログラムではこの2つの専門医が取得できるレベルへと成長することを目指します。

プログラム書の内容を100%身に着けるのは容易ではありません。しかし、研修だけでは身に着けられなかった能力があったとしても、それを継続的に自己研鑽し生涯学習していく能力、更には同僚や多職種と協調して学びあうことができる人間性を高めることも目指します。

### ■研修プログラムの構成

シニア課程(研修1・2年目)では、総合診療医としてのしっかりとした基盤を作る研修を行います。医師としてのベースとなる能力を身につけるために、特に医学的な能力を重点的に学びます。

チーフ課程(研修3・4年目)では、医学的な能力に留まらず、心理・社会的な面を含めたマネジメント能力、多職種連携能力、地域全体を見据えたマネジメント能力を身に着けます。研修を進めていく中で、専攻医それぞれ興味や関心を持つ領域は様々で、将来目指す医師像にもバリエーションが出てきます。そのため、専攻医と相談をしながら、より強化したい領域やセッティングでの研修を、主に基礎チーフ課程の中でアレンジしながら行っていきます。専門医制度に則った範囲内で、グループ外の施設や診療科などでの研修も相談できます。

### ■研修プログラムの特徴 ~つくば総合医・家庭医プログラムの強み~

#### ・県内全域に広がる多様な研修施設

茨城県内のさまざまな地域にある様々な施設で研修できるのが最大の特徴です。各施設は診療所から大規模病院まで多種多様で、同じ診療所であっても各施設それぞれに特徴があり、各施設で異なる経験を積むことが出来ます。各施設にはグループの指導医が必ず勤務しており、専攻医制度に則った手厚い指導が受けられます。そのため、臨床医としての基盤となる臨床能力と幅広い診療技能を、高いレベルで修得することができます。

#### ・緩和に強い

超高齢社会となり、総合診療医にとっては必須の能力となっている緩和医療ですが、このプログラムではほぼ全ての専攻医が緩和研修を希望します。緩和研修では、緩和医療の領域で有名な筑波メディカルセンターの緩和医療科で主に研修し、緩和ケア病棟で行われる質の高い緩和ケアを、緩和医療専門医の資格を持つ指導医の元で学ぶ事ができます。また、他の施設でもそれぞれ地域に根差した緩和医療を高いレベルで行なっており、その両方を経験できます。

#### ・ノンテクニカルスキルの研修が充実

総合診療医に求められる能力は、医学の知識やスキルに留まりません。多職種と協力するコミュニケーション能力や、業務を円滑にしていく業務改善の能力など、医療機関で普通に勤務しては身につかないノンテクニカルなスキルを、on the job/off the job の両面のトレーニングで学びます。

#### ・研究への取り組みが盛ん

大学の研修プログラムである利点を生かし、研究への指導が手厚いことが特徴です。全国でも珍しい、総合診療での大学院を持つグループであり、指導医の中には大学院での指導教官を兼ねている先生も多数います。後期研修プログラム内では学会発表や論文・書籍の執筆が主になりますが、プログラム開始前から研究への興味関心が強いレジデントはアカデミックレジデント制度を利用してレジデントと大学院の両方を併行して進め、効率的にキャリアを重ねることも可能です。また、関連施設が連携して共通のリサーチクエストンに対して研究を実施する PBRN (Practice-Based Research Network) と名付けられたプロジェクトに専攻医が加わることで、研究の経験を積むことができます。

#### ・研修へのサポート体制が充実

研修の4年間で専攻医をどうサポートするかは非常に重要です。そのサポート体制は、グループ内に組織された教育部門を中心に、グループ全体で専攻医を育てるために組織的に4年間をサポートします。

その1つとして、レジデントの研修状況や学びを同期・指導医と共有するレジデントデイを2か月に1回行っています。これは同学年の専攻医全員が集まり、メンバー同士の対話による振り返り、メンバー各自のポートフォリオ作成による振り返り、メンバー各自が修得した知識・技術の確認を行います。各学年に主担任1名、副担任2~3名の指導医が配置され、サポートにあたります。グループでの振り返りを行うことで、ピアサポートを強めるとともに、指導医からのコアレクチャーやポートフォリオ作成支援などを行い、継続的なグループ学習の場となります。

また、研修修了後のキャリアや翌年度の研修環境についてプログラム責任者などと相談するヒアリングを毎年9～10月頃に行い、翌年度の研修内容だけでなく、中長期的な視点でのキャリア形成支援を行っています。

尚、レジデントデイをはじめとするサポート体制の多くは COVID-19 への対応を機にオンラインでの開催が基本となっていますが、県内に散らばるスタッフや専攻医の参加ハードルが更に低くなり、サポート体制は更に充実しています。

## ■プログラム修了後の進路

研修終了後の進路は様々で、家庭の事情や人生設計や嗜好の変化により大きく左右されます。キャリアについては一括りにできませんが、ここでは主なプログラム修了後のキャリアについて述べます。

### ・大学教員

大学は全ての医学生が通る教育機関です。大学の教員となり、次代を担う総合診療医を育成すべく、授業や実習のコーディネートや大学病院・地域医療現場での教育などを行い、学生・研修医教育へ従事するキャリアです。また、プライマリ・ケアにおける様々な領域に関する研究を実践します。大学教員になる人の多くは地域で総合診療医としても活躍しており、臨床・教育・研究の全てで地域に貢献します。

### ・診療所や病院スタッフ・院長

グループ内の各施設のスタッフや院長としてキャリアを積みます。各施設の運営を行っていくには、経営面や地域との関わりなどにおいても高いマネジメント能力が必要であり、その実経験を積むことでスキルアップしていきます。また、一つの組織を運営し、多職種をまとめあげるリーダーシップも養われます。

### ・家業継承

実家が医療機関である専攻医も多数います。家業継承のタイミングは自分で選べない事が多いですが、グループ内には家業継承の経験のあるメンバーも多数おり、家業継承における困難や解決策をたくさん学べる事もグループの強みです。また、上記の診療所や病院の管理職としての経験を積めることも、家業継承において大いに役立ちます。

### ・在宅医療専門医

在宅医療は当プログラムを研修すれば経験できますが、希望があれば日本在宅医療連合学会の認定する在宅医療専門医を取得できます。将来的に在宅医療を専門に行っていくことも可能です。

・産業医

神栖市にある地域密着型病院での勤務をしながら、神栖市産業医学研修プログラムの中で産業医研修も可能です。

日医認定産業医資格の取得や日本有数の鹿島臨海工業地帯で勤務する産業衛生学会の指導医のもと、実務経験ができるよう支援します。

## 2. 研修目標

つくば家庭医・病院総合医プログラムでは、以下の9領域について研修で修得すべき能力(コンピテンシー)の目標を設定し、研修期間中にまんべんなく修得できるように配慮しています。

1. 行動科学的アプローチ
2. 問題解決のスキル
3. 医学的ケア
4. ヘルスプロモーション
5. 地域志向型ケア
6. プロフェッショナリズム
7. 研究
8. 教育
9. 組織をマネジメントする力

それぞれの研修領域にはいくつかのカテゴリーがあり、それぞれ Goal(研修修了時までには到達してほしい医師像)と Objective(そのために修得すべき具体的な臨床能力)が記載されています。つくば家庭医・病院総合医プログラムでは、ここに挙げられた一つ一つの項目について、研修期間中にきちんと修得できるように十分配慮しています。

### 1. 行動科学的アプローチ

行動科学のアプローチでは、患者、家族、住民の行動がなぜ起きているのかを理解するために、コミュニケーションや意思決定のメカニズムに焦点を当てます。このアプローチによって、その人にとって望ましい行動を支援することが可能になります。この能力によって生み出された良好な患者-医療者-家族関係は、質の高いケアにつながります。

#### 1-1 コミュニケーションスキル

Goal:

一般的なコミュニケーションはもちろん、救急医療、緩和ケアなどのさまざまな診療環境において患者とその家族に対し適切なコミュニケーションをとることができる。

Objectives:

1. 医療面接を効果的に行うことができる。
  - a. ラポールの形成
  - b. 診断に必要な情報収集
  - c. 治療に対する動機付け
2. ラポール形成が困難な場合にも、状況に応じた患者-医師関係を作ることができる。

## 1-2 心理社会的アプローチ

Goal:

患者の心理社会的側面に充分配慮したコミュニケーションをとることができる。

Objectives:

1. 心理社会的側面に関する情報収集ができる。
2. 心理社会的側面に関する問題に適切に対応できる。
3. 外来における簡易精神療法(認知行動療法・森田療法)の理論と方法を理解し、実践できる。

## 1-3 家族志向のケア

Goal:

患者のみならず、家族の持つ感情や心理社会的側面に充分配慮し、適切に働きかけることができる。

Objectives:

1. 患者の問題に対する家族の解釈、感情、希望を把握できる。
2. 家族の社会的・文化的背景を把握できる。
3. 収集した情報をもとに、家族図の作成と家族関係の仮説を立てられる。
4. 家族ライフサイクルや家族内の人間関係・役割を把握して効果的に働きかけることができる。
5. 必要時に家族カンファレンスを計画し、患者の抱える問題のマネジメントにおけるそれぞれの役割について合意を得ることができる。
6. 患者の抱える問題における、家族の感情・影響に配慮して、適切なマネジメントができる。

## 1-4 行動変容支援

Goal:

行動科学の理論に基づく適切なアプローチによって患者・家族・住民の行動変容を支援できる。

Objectives:

1. LEARN のアプローチ(※2)を理解し、実践できる。
2. 行動変容のステージ(※3)を理解し、ステージに応じた対応を適切に行うことができる。

### ※2 LEARN のアプローチ

Listen(傾聴)

Explain(説明)

Acknowledge(相違の明確化)

Recommend(推奨)



Negotiate(交渉)

Berlin EA, et al. West J Med 1983;139:934-8

### ※3 行動変容のステージ

前熟考期(無関心期)

熟考期(関心期)

準備期

行動期

維持期

確立期

Prochaska JO, et al. Am J Health Promot 1997;12:38-48

## 2. 問題解決のスキル

問題解決は、患者、家族、住民の持つ問題を明らかにし、適切に分析を行い、その人にとってベストと思われる解決方法を模索します。解決のために必要があれば、関係者と協働を図ります。これらの能力によって、初めて出会う問題、複雑な問題、迅速に対処すべき問題、継続的に関わるべき問題を含めた全ての問題へ適切に対応することが可能となります。

### 2-1 患者中心の医療の方法

Goal

複数の問題、複雑な問題を抱える患者について、患者中心の医療の方法(※4)を適切に用いることができる。

Objectives:

1. 患者の disease(疾病)、illness(病い)、health(健康観)を統合的に理解できる。
2. 患者の持つ家族、社会的背景や地域社会などの様々なコンテキストを理解し、患者を全人的にとらえることができる。
3. 患者と医療者との考えの相違を認識したうえで共通の理解基盤を見出し、問題解決に向けてのマネジメントができる。
4. 思いやり、共感、癒し、信頼感を通じて患者-医師関係を深め、患者との持続的な協力関係を構築できる。
5. 患者との関係性において、転移・逆転移を認識できる。(※5)
6. 解決すべき問題の優先順位をつけて、その解決方法を立案できる。
7. 多職種と連携して、問題解決に必要な資源を効果的に活用できる。
8. 問題を解決できない場合も、実行しうる最善のケアを提供し、問題の不確実性を受け入れ、継続的に関係を維持できる。

#### ※4 患者中心の医療の方法

Stewart, Brown, Weston, Mcwhinney. Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method. Radcliffe Medical Press (2014)

#### ※5 転移・逆転移

転移:面接の過程で患者が過去に経験した感情,特に両親など自分にとって重要だった人物に対して抱いた負の感情あるいは求めて得られなかった愛情を,治療者に対して向けること。

逆転移:治療者の側に未解決な心理的問題があった場合に患者に対して転移をおこすこと。広義には治療者が患者に何らかの感情を抱くこと。

#### 2-2 EBM(Evidence-Based Medicine)と臨床決断

##### Goal

臨床上の疑問について、EBM の手法に基づいた問題解決を実践できる。

##### Objectives:

1. 臨床決断に必要な基本的な指標について理解し、個々の数値について解釈することができる。臨床疫学、臨床判断学の知識を身につけ、実際の診療で応用できる。

RR、ARR、RRR、NNT

感度、特異度、尤度比

検査前確率・検査後確率

2. EBM は、常に患者にベストの医療を提供するための行動指針であることを理解できる。

3. EBM の概念・5つのステップを理解し、臨床上の問題解決において実践できる。

STEP1:疑問の定式化:実際の患者について臨床疑問を抽出し、疑問を PICO(Patient、Intervention、Comparison、Outcome)で置き換え定式化ができる。

STEP2:情報収集:PICOのキーワードを用いて、適切な二次資料や原著論文にアクセスし、情報を収集できる。

STEP3:批判的吟味:収集した論文を批判的に吟味し、研究結果を解釈できる。

STEP4:患者への適用:「臨床的状況・環境」「研究によるエビデンス」「患者の価値観と行動」といった要素を、「臨床家としての経験・熟練」によって統合し、臨床決断ができる。

STEP5:評価:STEP1~4のプロセス臨床決断とその結果について、振り返り、次に生かすことができる。

#### 2-3 臨床倫理

##### Goal:

プライマリ・ケアで遭遇する様々な診療場面において、倫理的な側面に配慮した臨床決断ができる。

Objectives:

1. 臨床倫理の基本的な考え方を述べることができる。
2. 日常的な診療の中で、倫理的な問題が存在していることに気づくことができる。
3. 4分割法(※6)を用いて、倫理的課題に対する多角的な情報収集と分析ができる。
4. 関係者と協働して、倫理的問題に関する妥当な意思決定・合意形成ができる。

#### ※6 4分割法

倫理的問題について様々な問題点を多角的に考慮し意思決定を行うために Jonsen らによって提唱されたアプローチ。事例の問題点を「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」の4つの項目に分けて整理し多角的に分析検討する。

Jonsen AR, et al. Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. 8th ed. McGraw-Hill Education; 2015 (赤林朗, 他 監訳. 臨床倫理学—臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ 第5版. 新興医学出版社; 2006)

#### 2-4 多職種連携協働のアプローチ

Goal:

患者・家族・コミュニティにとっての重要な関心事/課題に焦点を当て、協働する職種で共通の目標を設定することができる。

Objectives:

1. 互いの職種背景が異なることに配慮し、職種としての役割、意見、価値観を伝え合うことができる。
2. 他の職種の役割や知識を理解し、そのうえで医師としての役割を全うすることができる。
3. 自身の思考、行為、感情、価値観を振り返り、複数の職種との連携協働の経験をより深く理解し、連携協働に活かすことができる。
4. 他の職種の思考、行為、感情、価値観を理解し、連携協働に活かすことができる。
5. 複数の職種との関係性の構築・維持・成長を支援・調整することができる。また、時に生じる職種間の葛藤に、適切に対応することができる。

### 3. 多様な診療の場に対応する能力

総合診療医は、プライマリ・ケアにおいて外来・救急・病棟・在宅と多様な場で遭遇する、幅広い領域の医学的な問題・疾患に対応する必要があります。臓器別によらず、年齢・性別によらず、救急から終末期までさまざまな場面において、標準的な医療を提供できる確かな臨床力を身につけることが求められます。

#### 3-1 総合診療医としての基本的なマネジメント

Goal:

総合診療医としての基本的な診断、治療、連携などのマネジメントができる。

Objectives:

1. 臨床推論の理論的背景に基づいて、適切な情報収集とアセスメントを行い鑑別診断を行って、具体的なプランを立てることができる。
2. 診断・治療のために適切な手技(新家庭医療専門研修の経験目標の※の項目\*)を実施できる。
3. common symptom(新家庭医療専門研修の経験目標の※の項目\*)について、病歴および身体所見、検査所見など臨床情報の持つ意義を常に意識したアプローチができる
4. common disease(新家庭医療専門研修の経験目標の※の項目\*)について適切な診断とマネジメントができる。
5. 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することができる。
6. 専門医と連携し、適切なタイミングでの相談や紹介ができる。
7. 外来・救急・病棟・在宅など、多様な場で診療を行うことができる。
8. 外来・救急・病棟・在宅など、それぞれの場における診療の特性を理解し、切れ目のない連携ができる。
9. 病状や患者背景に応じて、診療や療養の場について判断することができる。

\*<https://www.shin-kateiiryo.primary-care.or.jp/experiencegoal>

### 3-2 ライフコースやセクシャリティ/ジェンダーに配慮したケア

Goal:

ライフコースやセクシャリティ/ジェンダーの各特性に配慮したケアを提供できる。

Objectives:

以下のライフコースやセクシャリティ/ジェンダーの特性に配慮し、特有の問題(参考資料3)を解決できる。

#### 1. 小児

a)小児特有の common disease や健康問題に対応できる。

b)成長、発達の過程を理解し、その段階に応じた診療のマネジメント、および乳幼児健診を実施できる。

c)予防接種の適切な接種計画を立て、実施できる。

d)小児をとりまく家庭や社会背景について情報収集し、適切にマネジメントできる。

#### 2. 思春期

a)思春期の心身の発達について理解できる。

b)思春期の患者の、周囲との関係性、コミュニケーションの課題を理解し、適切な診療・ケアにつなげることができる。

#### 3. 老年期

- a)高齢者の心身の変化を理解し、それに配慮した診療のマネジメントができる。
- b)高齢者総合的機能評価(※7)を用いて包括的な評価を行い、適切な介入ができる。

#### 4. セクシャリティやジェンダーに配慮したケア

- a)生物医学的性差を理解し、男性/女性に特徴的な疾患に対応することができる。
- b)性自認や性的指向の多様性を理解し、配慮したケアができる。
- c)セクシャリティ/ジェンダーに特有の領域において、ライフコースや心理社会的側面を含めた評価とマネジメントができる。

#### ※7 高齢者総合的機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment; CGA)

高齢者について、疾患の評価に加え、日常生活機能評価として、日常生活活動度、手段的日常生活活動度、認知能、気分・情緒・幸福度、社会的要素・家庭環境などを、確立した一定の評価手技に則って測定・評価すること。疾患の治療と並行してQOLの維持・向上・悪化予防を目的に、高齢者個人の全体像を把握するために行われる。

#### 3-3 救急診療

Goal:

救急患者に対して、重症度と緊急度の判断を含む診療を実践できる。

Objectives:

1. 適切な重症度・緊急度の判定ができる。
2. 内科系・外科系を問わず幅広い領域における救急の初期診療(参考資料1)ができる。
3. 社会的・身体的な脆弱性を持つ患者に対してその背景に配慮した診療ができる。
4. 在宅・診療所・小病院などのセッティングにある医療資源を踏まえて、患者の転送や緊急時の患者搬送を安全かつ適切に行うことができる。
5. BLS(Basic Life Support)を指導できる。
6. ACLS(Advanced Cardiovascular Life Support)を実践できる。
7. JATEC(Japan Advanced Trauma Evaluation and Care)に基づく外傷初期診療を実践できる。
8. PALS(Pediatric Advanced Life Support)に基づく小児救急診療を実践できる。

#### 3-4 緩和ケアと終末期のケア

Goal:

緩和ケアの理念に基づいて、生命を脅かす疾患に直面する患者と家族に対して、適切なアセスメントとマネジメントができる。

Objectives:

1. 緩和ケアの定義(※8、WHO 2002)を述べることができる。
2. 身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな苦痛(※9)を評価できる。
3. 生命予後が限られた疾患(※10)の病態、自然経過、基本的な治療について患者、家族に具体的に説明できる。
4. 薬物療法(オピオイド、鎮痛補助薬など)、非薬物療法(環境調整など)を用いて、身体的、精神的苦痛を緩和できる。
5. 患者、家族と治療方針や今後の見通しを共有し、Advance Care Planning(※11)を行うことができる。
6. SPIKES(※12)の手法を用い、がん告知などの「悪い知らせ」を効果的にかつ共感的に知らることができる。
7. 否認(※13)という概念を理解し、患者・家族の悲嘆へのケアを実践することができる。
8. 病棟、在宅、介護福祉施設で多職種と連携して緩和ケアを提供し、看取りができる。
9. 遺族ケア、グリーフケア、デスカンファレンスの重要性を理解できる。

※8 緩和ケアの定義:

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処(治療・処置)を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである。

※9 がん疼痛(神経障害性疼痛、体性痛、内臓痛)、嘔気・嘔吐、食欲不振、便秘、嚥下障害、呼吸困難感、死前喘鳴、適応障害、不安、抑うつ、せん妄、倦怠感、悪液質、高カルシウム血症、脊髄圧迫、喪失体験に伴う否認、予期悲嘆などが含まれる。

※10 悪性腫瘍、ALS、パーキンソン関連疾患、認知症、間質性肺炎/COPD、慢性心不全、慢性腎不全、肝不全などが含まれる。

※11 Advance Care Planning (ACP):

ACP は、将来の状態変化に備えて患者・家族とケア全体の目標や具体的な治療・療養の方法について話し合うプロセス。アドバンスディレクティブ、DNAR(Do not Attempt Resuscitation)オーダーなどが含まれる。

※12 SPIKES:

Setting(面談の設定) Perception(病状認識の確認) Invitation(意思決定に関する希望の確認) Knowledge(情報提供) Empathy & Exploration(共感的対応) Strategy & Summary (治療方針を話し合う)

Baile WF. The Oncologist 2000;5:302-311

※13 否認:

受け入れがたい感情や体験の苦痛を認めることを拒否する反応。喪失に対する無意識な反応(防衛機制)のひとつ。

【例】病気が存在しないもしくは楽観的発言をする。

否認により終末期の話し合いが進まない場合がある。こういった反応も緩和ケアのケアの対象となる。

専門家を目指す人のための緩和医療学. 日本緩和医療学会. 南江堂.

目標の具体的項目については、緩和ケア研修目標シート(2018年度作成)を参照。

<https://qr.paps.jp/77Cwi>

### 3-5 リハビリテーション

Goal:

1.事例を国際生活機能分類(ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health)の視点で捉え、多職種と協力してリハビリの計画やゴール設定に関わることができる。また、適切なリハビリ指示書を作成する、あるいは適切なリハビリを患者・家族に指導できる。

Objectives:

1. 国際機能分類(ICF)の視点で、事例をアセスメントすることができる。
2. 以下の職種役割について述べることができる。
  - a. 理学療法士
  - b. 作業療法士
  - c. 言語聴覚療法士
3. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などとの意見交換や進捗共有といった相互交流を通して、適切なリハビリテーションの指示ができる。
4. 外来や在宅で可能な範囲で、患者や家族に適切なリハビリテーションの指導ができる。

※ICF(国際機能分類)に含まれている領域(domain)は、身体、個人、社会という3つの視点に立って、2つの基本的なリストに記述されている。すなわち(1)心身機能・身体構造と(2)活動と参加に分類して、ICFは、ある健康状態にある人に関連するさまざまに異なる領域(例:ある病気や変調をもつ人が実際にしていること、またはできること)を系統的に分類するものである。ICFは更に個人因子と環境因子のリストを含んでおり、すべての構成概念(constructs)と相互作用するものである。このようにICFは、利用者がさまざまな領域における個人の生活機能、障害および健康について記録するのに役立つものである。

## 4. ヘルスプロモーション

総合診療医は、コミュニティリーダーの役割が求められており、ヘルスプロモーション(人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善できるようにするプロセス)について精通している必要がある。

Goals:

<診療の“場”において>

1. 患者・家族に対して、エビデンスに基づき、ライフステージに合わせた適切なヘルスマネジメントを提供できる

<コミュニティの“場”において>

2. 地域診断などを通して、地域の健康課題を明らかにできる。

3. 地域の課題やニーズに合わせた、効果的なヘルスプロモーションを設計できる。1. 科学的根拠に基づいて、患者の健康的な生活習慣の確立を支援できる。

Objective:

<診療の“場”において>

1. 患者・家族に対して、エビデンスに基づいた適切なヘルスマネジメントを提供できる

a. 国内外の最新のガイドラインやエビデンスを活用し、実践できる。

b. 疾患の有病率など対象者の条件に合わせ適応を判断できる

2. 患者・家族のライフステージに合わせたヘルスマネジメントを生涯に渡って計画し、提供し、再評価できる

a. 多職種協働で運用し、PDCA サイクルを回し続けられる

<コミュニティの“場”において>

3. 地域診断などを通して、地域の健康課題を明らかにできる。

健康の決定要因の視点から考察できることが望ましい。

4. 地域の課題やニーズに合わせた、効果的なヘルスプロモーションを設計できる。

社会的処方につながる視点も含まれていることが望ましい。

## 5. 地域志向型ケア

総合診療医は地域のニーズを適切に把握し、その場で利用できる資源に基づき、自分自身の提供する医療内容を柔軟に変化させる必要があります。また、地域社会全体の健康増進、医療・福祉の向上といった俯瞰的な視点を持ち、地域全体の問題把握・課題解決に関わることが求められます。

### 5-1 地域における包括的なケア

Goal:

1. 地域医療で提供されるケアの特性を理解し、包括的な地域の「場」において求められるベストのケアを提供できる。



2.医療に留まらない地域の抱える様々な問題を認識し、改善に向けた取り組みを行うことができる。

Objectives:

1. 在宅医療の重要性を理解し、必要に応じてその適応を判断し、導入およびマネジメントを行うことができる。
2. 地域の医療・保健・福祉資源についての知識を修得し、診療において活用できる。
  - a. 介護保険制度
  - b. 関係機関の役割や特徴(訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、保健センター、地域包括・在宅介護支援センターなど)
  - c. 特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホームなど
  - d. 他職種の業務(ケアマネージャー、看護師、保健師、ソーシャルワーカー、介護職、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など)
3. 特別養護老人ホーム、グループホームなどの施設入所者の健康管理ができる。
4. 「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」が一体的に提供される地域包括ケアシステムについて理解し、それを活かしたケアを実践できる。
5. 地域に存在する医療機関の役割を理解し、適切な連携(病病連携、病診連携、診診連携)を行うことができる。
6. 自院と他の医療機関や介護・福祉関連施設との連携において、適切な情報収集と情報提供を行って、長期的な地域との関係性を踏まえた医療・ケアを提供することができる。
7. 地域のニーズや医療資源の変化に応じて自身の診療範囲や診療内容を変容させることができる。
8. 地域社会(コミュニティ)の健康増進、医療・福祉の向上のために、地域診断を行い、各種の啓発活動や保健医療福祉行政に参画できる。
9. 地域の健康問題の解決に関わる各種会議への参加や住民組織との協働ができる。
10. 特定の健康問題を持った人口集団(高齢者、要介護者、障がい者、障がい児等)へのアプローチに貢献できる。

## 6. プロフェッショナリズム

総合診療医は、高い専門性を持つ医師として、社会からの期待に応え、広く地域住民の健康に貢献する使命を持ち、患者・家族や社会に対して説明責任を果たすことが求められています。それを実現するためには、常に患者を尊重し、患者の利益を追求し、自己研鑽を怠らず、誠実かつ公正な姿勢を保ち、医療の発展や後進の指導に熱意を持って取り組むプロフェッショナリズムを身につけ、生涯にわたりそれを実践していくことが求められています。

## 6-1 プロフェッショナリズム

Goal:

医師としてのプロフェッショナリズムの理論的背景を理解し、それを常に実践できる。

Objectives:

1. 医師のプロフェッショナリズムについてその定義および概念を説明できる。
2. ノブリス オブリージュ(※13)を実践し、自らの能力を自己の利益のために使うのではなく、患者の最大利益を追求する姿勢を示す。
3. さまざまな制約がある環境下でも、利用可能な資源を活用してベストを尽くす姿勢を示す。
4. 明確な解決策がない場合でも、その不確実性を受け入れて、患者と一緒に最善の解決策を探っていくことができる。
5. 患者の最も身近な代弁者(アドボケイト)としての役割や責任を理解し、行動することができる。
6. 公私において公平・公正な態度と行動を保つことができる。
7. 利益相反をできるだけ避けるとともに、やむを得ない場合は適確に開示するなど、常に患者本位の立場を保つことができる。
8. 生涯にわたり自己研鑽に努めるとともに、ワークライフバランスや自らのコンディションにも気を配り、常に一定のパフォーマンスを発揮できる状態を維持できる。(6-2、6-3 参照)
9. 互いに切磋琢磨し、後進を育成するなど、専門職の一員として責任を果たす姿勢を示す。

### ※13 ノブリス オブリージュ

高い地位や身分に伴う義務。昔のヨーロッパ社会で、貴族など高い身分の者にはそれに相応した重い責任・義務があるとする考え方を語源とする。

## 6-2 成長・生涯学習

Goal:

1. 自らの経験を振り返り、常に成長していく習慣をつける。
2. 常に最善のケアを提供できるよう、生涯にわたり自らの能力の維持・向上に努めることができる。

Objectives:

1. 省察的実践家として、自らの経験を振り返り、自らの成長につなげていくことができる。
  - a. 振り返り(reflection)の理論的背景を説明できる。
  - b. 自らの活動をバランス良く振り返り、その成果を次の行動に生かすことができる。
  - c. 振り返りに関する一連のプロセスを言語化して、それを共有できる(ポートフォリオの作成を含む)。
2. 専門医としての能力を向上させていくために、生涯にわたって学習を続けることができる。
  - a. 自分の学習ニーズを探り、優先順位をつけ、学習資源を同定し学習できる。
  - b. 診療に関するサポートを得られる、職業上のネットワーク・学習の資源を形成できる。

c. 標準的な診療能力を有することを、社会に責任を持って明示するために、専門医等の公的な資格を取得し、それを維持する。

※研修期間中に取得・修了すべきもの:

- 日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医 受験資格取得
- 日本専門医機構総合診療専門医 受験資格取得
- AHA-BLS、ACLS プロバイダー取得
- 日本外傷診療研究機構 JATEC 修了
- 日本緩和医療学会 PEACE 修了

### 6-3 セルフマネジメント

Goals:

1. 質の高い医療を継続的に提供するために、ワーク・ライフバランスを意識して自らの心身の健康状態を維持できる。

Objectives:

1. 仕事の優先順位をつけ、タイムマネジメントができる。
2. 自分の健康状態を把握し、マネジメントできる。
3. ストレスマネジメントができる。

## 7. 研究

総合診療医には、日常診療で遭遇する臨床疑問や問題点に対して、症例検討、あるいは研究や質の改善活動(Quality Improvement)といった科学的手法を用いて解決する力が求められます。さらに、そのプロセスや成果を発信することにより、プライマリ・ケアの質の改善に貢献することが求められます。

Goals:

1. 診療上の疑問や問題点を抽出し、科学的手法を用いて改善をはかることができる。
2. 症例報告、あるいは研究の実践を通して科学的な論理的思考能力を持ち、その成果を社会に向けて発信できる。

Objectives:

1. 調べたいテーマに関する先行研究を収集し、解釈できる。
2. 研究倫理の基本的な概念を理解できる。
3. 定型的なフォーマットに基づいた症例報告ができる。
4. 臨床研究に関する基礎的な知識を修得する。
5. 日常診療からリサーチクエスチョンを見つけることができる。
6. 問題を解決するための計画を立てることができる。

7. 研究や質の改善活動のプロセスを学会発表または論文の形で社会に向けて発信することができる。

## 8. 教育

地域医療においてリーダーの役割を担う機会の多い総合診療医にとって、後進や多職種、住民に対して、基本的な教育原理を踏まえた教育スキルを持つことは極めて重要です。また「教えることは学ぶこと」という言葉にもあるように、教育は自らの学びを深めることにも役立ちます。

### Goals

1. 教育の重要性や教育原理を理解し、学生・レジデントに対しての教育ができる。
2. 総合診療に必要な内容について、適切な教育ができる。
3. 多職種からなる医療チームのメンバーに対して適切な教育ができる。

### Objectives

1. 基本的な教育原理および成人学習理論を説明できる。
2. 教育が自らの学びを深めることを理解し、積極的に臨床や教育を実践する姿勢を学生・レジデント・多職種に示すことができる。
3. フィードバックの手法(5マイクロスキルなど(※13))を用いて、学習者の能力を引き出す指導ができる。
4. 学習者(多職種やレジデント)のニーズに合わせた教育プログラム(レクチャー、ワークショップなど)を企画実施できる。
5. 総合診療の基本的臨床技能(医療面接、身体診察、EBM、Common problems のマネジメントなど)について指導ができる。
6. 家庭医療・総合診療を特徴づける能力(患者中心の医療の方法、家族志向のケアなど)について指導できる。

## 9. 組織をマネジメントする力

総合診療医は、地域のさまざまなセッティングで、さまざまな職種と協働しながら最善のケアを提供していくことが求められています。そのためには、専門的な医学的知識・技術だけではなく、チームの中での役割に貢献し、周囲と協調しつつ組織(数人単位のプロジェクトチームだけではなく、病棟、所属施設全体などを含む)のパフォーマンスを最大化できる能力が必要となります。このような能力は、組織全体の生産性を高め、限りある医療資源を最大限有効活用することにもつながっていきます。

## 9-1 チームへの貢献

Goal:

自らの役割を認識し、周囲と協調しつつ、組織としてのパフォーマンスを最大化できる。

Objectives:

1. メンバー同士の信頼関係を構築し、共通の目標に向かって一丸となって業務に取り組むことができる。
2. メンバーが自分の役割を理解し、モチベーションを持って協働して業務に取り組み、チームとして目標に到達できるように働きかけていくことができる(チームファシリテーション)。
3. チームの中で、現状を分析し、課題を抽出して、問題解決のための目標を定めて具体的な計画を立てることができる。

## 9-2 組織の管理

Goal:

組織の維持・発展のため、管理・運営を意識して行動ができる。

Objectives:

1. 継続的な組織作りのため、経営を意識した行動ができる。
2. CQI(Continuous Quality Improvement)活動に参画できる。
3. 患者の利便性に配慮した環境の整備に参画できる。
4. 医療安全、感染対策に配慮した診療活動ができる。
5. 保険制度の仕組みを理解し、医療経済的側面に配慮した診療活動ができる。
6. 組織の施設・設備の管理に参画できる。

### 3. 研修方略

#### 1. 各研修施設の概要および研修目標

別冊を参照

#### 2. Off the job training

##### 1) レジデントのためのセミナー、ワークショップ

###### (1) ウェルカムセミナー(毎年4月、1泊2日)

新人シニアレジデントを対象に、総合診療のコアとなるスキルを集中的に学ぶことと、4年間の研修プログラムに関するオリエンテーションが中心となります。先輩レジデントやスタッフも参加し、新人レジデントの歓迎会も兼ねているので、総合診療グループメンバーとの交流も大切な目的になっています。

###### (2) レジデントデイ(2ヶ月に1回)

レジデントデイは、振り返りを通してレジデントの学びを同期・指導医と共有することを目標としたものです。2か月に1回、同学年のレジデント全員が集まり、メンバー同士の対話による振り返り、メンバー各自のポートフォリオ作成による振り返り、メンバー各自が修得した知識・技術の確認を行います。各学年に主担任1名、副担任1~2名の指導医が配置され、サポートにあたります。グループでの振り返りを行うことで、ピアサポートを強めるとともに、指導医からのコアレクチャーやポートフォリオ作成支援などを行い、継続的なグループ学習の場となります。

###### (3) つくば式ポートフォリオを100倍楽しむ方法「つぼたの」(年1~2回)

レジデントにより立ち上がった勉強会です。各施設での研修を通じて作成したポートフォリオを活用して研修の振り返りを行い、日々の臨床につながる新しい学びを得ることを目的としています。様々な領域に強みのある多数のレジデント、指導医で構成されているつくば家庭医・病院総合医プログラムの特徴を活かし、ポートフォリオを用いてレジデントの学び・経験を皆で共有しています。多様な視点からフィードバックし合うことを通して学びを深め、レジデントと指導医が協力して、互いに学び合える場となっています。

###### (4) コアレクチャー(大学総合診療科)

患者中心の医療の方法、家族志向のケアなど、総合診療医の基盤となるテーマについて基礎となる知識を修得することを目的としています。大学総診ローテーション期間中、毎週1回、90分間のワークショップ形式で学び、その後の研修先で学んだテーマについて実践を通じて深められるようになることを目的としています

###### (5) 教育カンファレンス

レジデントが主体となって、1か月に1回テーマを決めてオンラインで勉強会を実施しています。ポートフォリオの各領域や疾患についての知識を深めるための勉強会です。

#### (6) 夏期セミナーおよび冬季セミナー

日本プライマリ・ケア連合学会が主催して毎年実施しているセミナーにレジデントがワークショップを出展して、医学教育／組織運営／在宅医療／多職種連携教育／ヘルスプロモーション／スポーツ医学／病院総合診療などについて学ぶことが可能です

### 2) 総合診療グループが主催するセミナー、ワークショップ

#### (1) 臨床研究勉強会(年1回程度)

大学院と合同で行う研究のスキルを修得するための勉強会です。臨床研究の方法論に関するレクチャーやワークショップを行い、現場での研究を実施可能にするためのスキルについて学びます。

#### (2) ノンテクニカルスキル研修

総合診療医が地域において指導的役割を担う「リーダー」として高い成果を生み出すために必要なコンピテンシーを、「自分を知る」「人と関わる」「人を育てる」「チームを作る」「チームを動かす」という5つの要素として抽出し、それらを学ぶプログラムを筑波大学で開発しました。総合診療医は、チームを動かす、組織全体として成果を上げることが必要になる機会が多く、この研修への参加を必須としています。

#### (3) つくセミ(家庭医療・総合診療全国公開セミナーin Tsukuba)

筑波大学で毎年医療系学生を対象に開催しているセミナーで、レジデントがワークショップを運営・企画することで総合診療や家庭医療について学びます。

### 3) 参加が必須とされるセミナー、ワークショップ

#### (1) BLS、ACLS、ICLS

AHA 認定 BLS、ACLS プロバイダー、もしくは ICLS の取得を必須としています。

#### (2) がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会(日本緩和医療学会 PEACE プロジェクト)<http://www.jspm-peace.jp/>

日本緩和医療学会が主催する「症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム」(PEACE)を修了することを必須としています。

#### (3) PTLIS/JATEC [http://www.jtcr-jatec.org/index\\_jatec.html](http://www.jtcr-jatec.org/index_jatec.html)

外傷診療に必要な知識と救急処置を、模擬診療を介して学習するトレーニングコース。「外傷初期診療ガイドライン」で示した標準的な診療が実践できることを目標としています。総合医として外傷の初期対応が必要となることが多いので、このコースの修了を必須としています。

#### (4) PALS <http://www.jspicc.jp/pals/index.html>

標準的な小児二次救命処置を学ぶコースです。受講にはAHA 認定 BLS プロバイダー資格が必要です。

## 4. 研修評価

研修評価は、フィードバックを目的として行われる形成的評価と、修了認定のための総括的評価の2つから構成されています。つくば家庭医・病院総合医プログラムでは、形成的評価に特に力を入れており、離れたところでローテーション研修をしても、定期的にフィードバックを受け、成長を感じながらキャリアを重ねていける体制をとっています。

## 1. 形成的評価

日々の成長のプロセス評価は、各研修施設やレジデントデイで行われる「振り返り」を中心にを行います。また、普段のパフォーマンスを評価するために、ポートフォリオの提出や実際の業務に基づいた評価(Workplace-based assessment)を適宜実施します。そのほか、CSA、key feature test を年に1回、卒業セミナー時に実施します。

### 1) 振り返り

#### 【目的】

日々流されてしまいがちな日常の学びを大切に、自らの経験を糧にキャリアを重ねていく習慣づけをします。個々がより深いレベルで冷静で建設的な評価を行うだけでなく、ゴールを共有し、周囲からサポートを得ることで、モチベーションを向上できます。

#### 【内容】

各研修施設の指導医との月1回の振り返りを行い、2か月に1回レジデントデイでも学年担任や同期レジデントとともに振り返りを行います。振り返りでは、研修手帳(総合診療専門研修のJ-GOALや家庭医療専門研修のFami-Log)をもとに、自分の研修について自己評価を行い、それを指導医や他のレジデントと共有することで互いにフィードバックを行い、次なるステップへつなげていきます。また同時に、ポートフォリオの作成支援やフィードバックも行います。この振り返りは、レジデントのメンタリングを兼ねており、研修内容以外にも、研修上で困っていることや個人的な悩み、キャリアについての相談なども気軽に行うことができます。

### 2) ポートフォリオ

#### 【目的】

研修期間を通してポートフォリオを作成することで、研修目標を日ごろから意識し、バランスよく研修をすすめていくことをサポートします。到達度を自己評価することで、達成感を感じることができ、また次へのステップを確認できます。

#### 【内容】



研修中は、経験した症例のリスト、読んだ文献や資料、メモなどを継続的にファイルして、ポートフォリオを作成します。そして、日本プライマリ・ケア連合学会および日本専門医機構が提示するポートフォリオ基準に基づいて、自分の診療で最も良いパフォーマンス発揮できたと思うケース(頑張ったものやうまくいったケース、または苦労したので学ぶことが多かったケースなど)を所定の書式(A4で2枚)にまとめて提出します。作成したポートフォリオは1-2月に行われる卒業セミナーや翌年度の4月のウェルカムセミナーで発表・共有します。

### 3) 実際の業務に基づいた評価(Workplace-based assessment)

#### 【目的】

現場の臨床パフォーマンスを指導医から直接観察により評価されることで、専攻医は自分でも気づかない癖や学習課題を明確にしていきます。それをもとに総合診療医としての臨床パフォーマンスを改善していきます。この評価を経て、自分のできている点、できていない点を明確にすることができ、個別性を意識した効果的な指導を受けることが可能になります。

#### 【内容】

研修先に応じて異なっていますが、指導医の直接観察やカルテレビューなどを中心にフィードバックを行い、特に総合診療専門研修・家庭医療専門研修の期間は、短縮版臨床評価テスト(Mini-CEX)やビデオレビュー等を利用したフィードバック、具体的なケースに基づくディスカッション(Case-based discussion)、多職種による360度評価も定期的に実施します。

### 4) CSA

#### 【目的】

後期研修医は模擬患者を対象にした医療面接を通じて自己評価を行い、指導医や模擬患者からのフィードバックを通して診療を見直し、学習・研修の動機付けを得ることを目的としています。また、研修に関わる複数の指導医が、各後期研修医の達成度を認識し今後の研修指導に役立てています。

#### 【内容】

総合診療医としての基本的な臨床技能について、プログラム書の研修目標をもとに設定した複数のステーションで模擬患者を相手に医療面接を実施し、いわゆるOSCE形式

で評価します。また、ステーションごとの自己評価/指導医評価/模擬患者評価のコメントも研修医にフィードバックします。

## 5) Key feature test

### 【目的】

専攻医は、多様なセッティングで幅広い主訴に対応することが求められます。そこで、カナダの医師国家試験や家庭医療専門医試験で活用されている、総合診療医が知っておくべき要点(Key features)を問う Key Feature Test という評価を通じて、研修医は臨床知識の到達度を確認し、学習方法を見直し、学習・研修の動機付けを得ることを目的としています。

### 【内容】

カナダの家庭医療専門医が必要とする Key Feature の中から特に本プログラムの後期研修医に必要と思われる領域を選択し、各領域からなる問題を解き、試験終了後にフィードバックを受けます。

## 2. 総括的評価

### 1) 修了条件

つくば家庭医・病院総合医プログラムを修了するためには、研修期間終了時に以下の条件をクリアしていることが求められています。

- (1) 定められた研修プログラムに沿って研修していること。
- (2) 研修目標について、一定以上のレベルに到達していること。
- (3) ポートフォリオの評価で一定以上のレベルに到達していること。
- (4) 日本専門医機構の総合診療専門医および日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医の受験要件を満たすこと。

### 2) 評価の進め方

上記の修了条件について、研修施設の指導医や学年担任による形成的評価の記録(J-GOAL や Fami-Log を含む)、提出用ポートフォリオの内容を踏まえて、研修管理委員会で審議し、プログラム責任者が修了認定を行います。

また、筑波大学附属病院の専門研修プログラムとして、別途外部評価やレジデント研修委員会での評価を受けます。