

令和3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

卒前教育から生涯教育に至るシームレスな
総合診療医の養成・確保に関する研究

令和3年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 前野 哲博

令和4年（2022）年4月

目 次

I. 総括研究報告	
卒前教育から生涯教育に至るシームレスな総合診療医の養成・確保に関する研究-----	1
前野 哲博	
(資料) 総合診療医の「必要医師数」の算出方法の検討	
II. 分担研究報告	
1. 総合的な診療能力を修得するための教育制度に関する研究-----	15
長谷川 仁志	
(資料) 各制度の詳細	
2. 医学教育の各段階における総合診療能力の目標設定に関する研究-----	49
高村 昭輝	
(資料) 総合診療専門医人材評価基準	
3. 総合診療医を養成する研修プログラム（ノンテクニカルスキル）のオンライン化に関する研究-----	63
吉本 尚	
4. 総合診療医を養成する研修プログラム（診療実践）のオンライン化に関する研究-----	77
稲葉 崇	
5. 総合診療医を養成するオンライン研修プログラムの教育効果の検証に関する研究-----	82
久野 遥加	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表-----	101

厚生労働行政推進調査事業費補助金 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
総括研究報告書

卒前教育から生涯教育に至るシームレスな総合診療医の養成・確保に関する研究

研究代表者 前野 哲博
筑波大学医学医療系 地域医療教育学 教授

研究要旨

急速に少子高齢化が進む我が国において、地域医療を担う人材として、総合診療医の養成の必要性が高まっている。そのためには、地域医療に従事する総合診療医の必要数を把握したうえで、その医師数を養成するために、卒前教育、臨床研修、専門研修、生涯教育（再教育含む）の各フェーズにおける切れ目のない教育プログラムの提供が求められる。

このような背景を踏まえ、今回我々は、1) 今後の医療需要の変化を反映した地域別の総合診療医の必要数を算出するシステムの開発、2) 現在国内で実施されている総合診療医を養成するための研修制度の比較検討、3) 卒前教育～生涯教育を通して活用できる研修目標及びマイルストーンの作成とその評価ツールの開発、4) 能動学習を可能にする教育効果の高いオンライン研修プログラムの開発と教育効果の検証を目的とする研究を行った。

総合診療医の必要数については、総合診療医の診療範囲や担当する患者数などのパラメータを投入すれば、年別・地域別に算出できるシステムを構築した。総合診療医を養成するための教育制度については、目指す方向性は共通しているものの、その内容は主催者によりさまざまであり、教育カリキュラムとしても多くの課題が残されていることが明らかになった。総合診療能力の修得に関して、卒前教育から生涯教育に至るシームレスな教育を実現するための研修目標とマイルストーンを作成した。そして、研修プログラムのオンライン化と、教育効果をモニタリングするための評価ツールの開発を行った。

今後は、さまざまなセッティングにおける総合診療医の必要数を実際に算出する。教育プログラムの標準化・体系化および評価ツールの開発を行い、このツールを用いて現行の総合診療医養成に関する研修制度の比較検討を行う。研修プログラムのオンライン化と教育効果の検証を進め、感染状況に左右されず、全国どこからでも効果的に研修できるプログラムの開発を進める。このような取り組みを通して、我が国における総合診療医の増加および資質向上に寄与できる知見を提供していく予定である。

研究分担者氏名：所属研究機関名
及び所属研究機関における職名

長谷川仁志：秋田大学・医学教育学講座・教授
高村 昭輝：富山大学・医学教育学・教授
吉本 尚：筑波大学・医学医療系・准教授
稲葉 崇：筑波大学・医学医療系・助教
久野 遥加：筑波大学・医学医療系・助教

A. 研究目的

急速に少子高齢化が進む我が国において、地域包括ケアシステムの推進が求められている。それを担う人材として近年、総合的な診療を行う医師の養成の必要性が高まっており、令和元年6月の「経済財政運営と改革の基本方針2019」においては、医療提供体制確保の観点から、総合診療医の

養成の促進や、総合診療専門研修を受けた専攻医の確保数について議論を行うこととされている。

一方で、総合診療専門医については、制度も始まって日が浅く、人数も専攻医全体の約2%に過ぎない。地域で総合診療医として活躍する医師を増やすために、その必要数を算出したうえで、卒前教育、臨床研修、専門研修、生涯教育（再教育含む）の各フェーズにおける切れ目のない教育プログラムを提供することが求められる。

そのため、本研究では、以下を目的とする研究を行った。

1) 総合診療医の必要数の算出に関する検討（資料1参照）

今後養成すべき総合診療医の必要数を推測するために、医療をめぐる状況の変化や、臓器専門医とのタスクシフティング等を考慮した将来の総合診療医の必要数について、データに基づいて算出するための方法やツールを開発することを目的とした。

2) 総合的な診療能力を修得するための教育制度に関する研究（分担研究1）

現在、医師会や病院団体、学会などの団体が独自に総合的な診療能力を修得するための教育制度を提供しているが、それぞれ、目的や対象、養成・認定のプロセスも異なる。そこで、これらの制度に関する情報収集を行い、比較検討を行って、今後の総合的な診療能力に関する研修プログラム作成の参考資料とすることを目的とした。

3) 医学教育の各段階における総合診療能力の目標設定に関する研究（分担研究2）

今後ますます増える総合診療医に対する国民からのニーズに応えるという社会的使命を考慮すると、総合診療能力の修得について、卒前から初期研修、専門研修まで一貫した目標の設定が不可欠である。目標が明確に設定されれば個々のステークホルダーの強みを生かしながら方略の自由度は許容される。同様に評価も担保することが

可能となる。そこで本研究では上記の目標について医療者教育の各Phase、また、各ステークホルダーにおいて統一して用いることができる目標の設定を主たる目的とした。

4) 総合診療医を養成する研修プログラムのオンライン化および教育効果の検証（分担研究3-5）

これからの地域医療では、総合的・俯瞰的にプライマリ・ケアの機能の改善をはかることができ、かつ組織の運営に積極的に関与できる人材としての総合診療医の養成が重要となる。さまざまな学会・団体がそのような医師の学習を支援するプログラムを導入しているものの、COVID-19の流行により対面での研修が難しくなっている。そこで、既存の対面式の研修をオンライン化し、可能な限り能動的な学習を取り入れることによって、COVID-19の感染状況に左右されずに、地域に居ながら実践力を修得できる教育プログラムや教材を開発した。（ノンテクニカルスキル研修：分担研究3、診療実践研修：分担研究4）また、研修直後の知識の確認だけではなく、研修で学習した内容が、実際に学修者の診療範囲の拡大につながっているか等のモニタリングを含む教育効果の検証を行うツールを開発した。（分担研究5）

B. 研究方法

1) 総合診療医の必要数の算出に関する検討（資料1参照）

患者調査および市区町村別性年齢階級別推計人口などのデータを地域の医療需要の基礎情報として、傷病分類別にみた総外来患者数に対する総合診療医が担当する患者の比率（総合診療スコープ）や、1日あたり外来患者数、重症度別にみた入院患者のうち総合診療医が担当する患者の割合、1日当たり訪問診療患者数などのパラメータを投入すると総合診療医の必要数を外来診療、入院診療、訪問診療に分け

て推計する手法を開発し、そのアルゴリズムを実装したアプリケーションを作成した。

2) 総合的な診療能力を修得するための教育制度に関する研究 (分担研究1)

総合的な診療能力を修得するために、各種団体・学会等が実施している6つの制度および総合診療専門研修プログラムを取り上げて、対象、期間、研修施設や指導医認定基準の有無、目標(実戦経験すべき疾患・病態、手技、診療、連携などの具体的な提示の有無)、方略(研修の場、診療実践の有無、集合研修の有無)、評価(ICT、ポートフォリオ他を活用した経験目標に対する経験値確認や実践力評価の有無、客観的試験・面接試験の有無)などの項目について、比較検討を行った。

3) 医学教育の各段階における総合診療能力の目標設定に関する研究 (分担研究2)

まず、国内外の総合診療教育に係る状況を調査確認した。次に、総合診療専門医制度の整備基準および研修手帳をベースとして、卒前教育・臨床研修・専門研修・生涯教育のそれぞれのフェーズごとに、総合診療能力に関して修得すべき研修目標を設定した。また、項目ごとにレベル別のマイルストーンを試行的に設定した。

4) 総合診療医を養成する研修プログラムのオンライン化および教育効果の検証(分担研究3-5)

全日本病院協会/日本プライマリ・ケア連合学会の協力の下で、両者が実施している総合医育成プログラムを対象として、2021年度に開催されたノンテクニカルスキル研修コースおよび診療実践コースをオンライン化した。オンラインでの開催に当たっては、既存の対面での内容をそのまま施行するのではなく、受講者が集中力を持続させられるようにブレイクアウトセッションを取り入れたり、実演指導のハンズオンな

などを新たに追加したりするなどの工夫を行った。

また、診療実践コースについては、オンライン研修を実現するためのアプリケーションや、自宅で実習できる安価な模型の開発も合わせて行った。

評価方法としては、日常診療における総合診療医の専門的な知識・スキルの修得と実践に関する状況を重点的に測定するため、研修前/研修後の調査だけではなく、研修期間中のプロセス評価(進捗状況の評価)および研修終了後のフォローアップ評価を行う計画とした。

(倫理面への配慮)

本年度実施した内容は、公開されている統計資料に基づく総合診療医の必要数算出ツールの開発、教育プログラムやオンデマンド教材、評価ツールの開発等が中心であり、本年度に関しては、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」において、倫理審査委員会における審査が必要な内容は含まれていない。

C. 研究結果

1) 総合診療医の必要数の算出に関する検討(資料1参照)

Excelのマクロ機能を利用して、以下の機能を持つアプリケーションを開発した。いずれも、推計に必要なパラメータを変更すれば、感度分析ができる機能を備えている。

① 外来医師数推計

・患者調査や人口統計・人口推計などから、二次医療圏別、都道府県別に外来の必要総合医数を推計する。

② 病棟医師数推計

・地域医療構想などから、都道府県別に病棟の必要総合医数を推計する。

③ 往診・訪問診療医師数推計

・地域医療構想などから、都道府県別に往診・

訪問診療の必要総合医数を推計する。

2) 総合的な診療能力を修得するための教育制度に関する研究(分担研究1)

本研究で検討の対象としたいずれの制度も、総合的な診療能力の向上と地域包括ケアによる医療連携の向上を目標としていた。一方で、日常診療を基本としているものの経験すべき疾患・病態、診察・検査、手術・処置、地域医療の経験等の詳細項目が明確化されていない場合が多いこと、研修内容(方略)や指導体制(指導医・指導施設)の課題があること、本人に対する最終的な知識や実践力の評価規準がない制度が多いことなど、総合診療専門医制度と比較して具体的な知識や技能を習得するための研修機会や評価において大きな差異があることが明らかになった。

3) 医学教育の各段階における総合診療能力の目標設定に関する研究(分担研究2)

国外においては特に総合診療医がその国の医療の大きな役割を担っている国(アメリカ、カナダ、イギリス、オーストラリア)においては国として統一した総合診療医が持つべき能力=コンピテンシーを規定し、それらを修得するための研修方略と評価がなされていた。また、医師としての発達段階に応じて修得すべきコンピテンシーのレベルも設定されており、卒前から生涯教育に至る段階ごとに評価が可能なレベル別の評価表(マイルストーン)も設定されていた。

本研究では、日本専門医機構の総合診療領域が掲げる7つのコンピテンシーを基本に、上記の国内外の総合診療の教育研修に係る文献的調査の結果を踏まえて、日本の総合診療医の共通のコンピテンシーとその評価可能なレベル段階としてのマイルストーンの作成を試みた。マイルストーンは医学科卒業時から初期臨床研修修了時、中間地点、専門研修修了時、それ以上の5

段階に設定し、他診療科から総合診療を目指す医師の評価にも対応できるようなフォーマットとした。

4) 総合診療医を養成する研修プログラムのオンライン化および教育効果の検証(分担研究3-5)

10回の診療実践コース10回、ノンテクニカル研修コース11回についてオンライン化した。対面形式との環境の違いを十分意識して、オンラインに適した個人ワーク、グループワーク課題の提示や、ブレイクアウトセッションの導入、同時オンライン編集できるアプリケーションの活用などの工夫を重ねた結果、オンラインであってもかなりinteractiveな研修を導入することができ、受講者の反応もおおむね良好で、実践的な学びにつながっていることが確認できた。受講者からは、全国どこからでも、自宅や職場から参加できる利便性を評価するコメントも多く寄せられた。その一方で、インターネット接続環境が悪く十分に聞き取れなかったり、画面操作に慣れず、グループワークに十分参加できなかったりすることもあるなど、オンライン特有の課題も指摘された。

オンラインに適した研修ツールの開発については、本年度はプロトタイプの開発と、インストラクターによるトライアルを行って、抽出された課題への対応を行っている段階である。

教育評価に関しては、教育効果の検証のため、プログレス評価(進捗状況の評価)として、コース開始時のベースライン調査およびコース開始の1年後、2年後及び修了時評価を行い、さらに、フォローアップ評価として、修了から6か月~1年後にWebアンケートによる評価を実施する計画とした。評価項目については、現場での実践に生じた変化を効果的に測定するために、想定される主な対象者が、受講前の日常診療では行っていないことが多い項目で、研修プ

プログラムを受講することによって、診療の範囲や診療の幅を広げられることが期待される内容にフォーカスして協議を行い、設定した。

D. 考察

1) 総合診療医の必要数の算出に関する検討

総合診療医の必要数の算出においては、医療の需要と供給両方の側面から検討する必要がある。今回開発したツールを活用すれば、年別、地域別、疾患別、医療サービス別（外来、病棟、在宅）の医療ニーズの数値化がある程度可能である。しかしながら、総合診療医が診療を担当する（すべき）範囲とアクティビティ（1日に診療する患者数）を設定しなければ、必要数の算出はできない。さらに、この設定条件は、医師多数地域と医師少数地域では異なる場合もあるため、シチュエーションによる違いも考慮する必要がある。

本年度は、上記のパラメータを設定すれば、自動的に必要数を算出できる環境を整えた。次年度以降は、さらにアプリケーションの利便性を高めるとともに、パラメータを設定するための検討を行っていく予定である。パラメータの設定には、さまざまな条件が関係するうえ、客観的な数的根拠が出しにくい側面がある。そのため、どのような枠組みで検討し、どのようなプロセスで決定するのかについて議論を深めていく必要がある。あわせて、多様なシミュレーションが可能となったシステムを活用して、最適なモデルを探索する試みも行っていく予定である。

2) 総合的な診療能力を修得するための教育制度に関する研究（分担研究1）

いずれの制度も、総合的な診療能力の向上と医療連携の向上を目標としている一方で、中には特定の施設における日常診療を基本とするだけで、経験すべき疾患・病態、診察・検査、手

術・処置、地域医療の経験等の細かい目標が明確化されておらず研修内容（方略）や指導体制に課題がある制度や、本人に対する最終的な知識や実践力の評価規準がない制度が多いなど、基準となる総合診療専門研修プログラムと比較して、カリキュラム構築に大きな差異があり、またカリキュラムの基本要素を満たしていない部分が多いことが明らかになった。

次年度は、今回の比較を踏まえ、各制度の担当者や受講者にインタビュー等を行ってさらに詳細な情報を集めて各研修制度の特徴や教育効果、課題を明らかにするとともに、研修の共有化や相互乗り入れの可能性などに関する検討を行う予定である。

3) 医学教育の各段階における総合診療能力の目標設定に関する研究（分担研究2）

国外の総合診療における研修においては、いずれの国でも国民の求める医療に資する総合診療医の育成を行っており、それに比べて、日本のシステムはまだ改善の余地が大きく残されていると言わざるを得ない。

国内においては各種学術団体や組織が総合診療医の育成に力を入れ始めているが、現状、具体的なコンピテンシーを設定し、それらを評価している組織は限られている。そこで、評価尺度を関連団体で統一して、どの施設でも、どの段階でも、同じ尺度で日本の総合診療医が修得すべきコンピテンシーを評価することができれば、地域で総合診療医として働く医師が、国民の期待に沿う能力を有していることを担保できる可能性がある。

今回、日本専門医機構が掲げる総合診療専門医のコンピテンシーを基に卒前から初期臨床研修、専門医研修でも用いることができるマイルストーンの作成を行った。しかし、これを現場で用いるためには、実用可能な評価ツールが必要となる。特に今回のマイルストーンで設定し

たレベル3、総合診療専門医ではないものの地域医療の現場で総合診療医として患者のマネジメントを行っている医師の質の担保は、今後の日本の地域医療の質の担保に直結するものなので、レベル3の部分を中心に現場での医師の能力判定の共通の物差し＝測定ツールとして活用できるものの作成が望まれ、次のStepとして作成していく予定である。

4) 総合診療医を養成する研修プログラムのオンライン化および教育効果の検証(分担研究3-5)

本年度は、診療実践コースのオンライン化は、多くのコンテンツにおいて問題なく実現され、参加者からの満足度も非常に高かった。また、コースを運営していく中でオンラインでの教育コンテンツの提供に関するスキルも上がり、よりスムーズな運営が可能となっていった。実際の教育効果を検証した結果も踏まえながら、対面と遜色ないレベル、もしくは対面以上のレベルの教育プログラムを引き続き開発していく。

オンライン研修ツールの開発については、実際にコース実施が可能なレベルまで改良が進んでおり、来年度は実際に受講者を対象にしたコース運営を企画する予定である。

教育効果の検証については、本年度開発したツールを、次年度以降に実際に運用して、研修前/研修後の評価だけではなく、フォローアップ評価を行って、地域の現場での診療の改善につながっているかを評価していく予定である。

E. 結論

総合診療医の必要数については、総合診療医の診療範囲や担当する患者数などのパラメータを投入すれば、地域別に算出できるシステムを構築した。今後は、パラメータの設定に関する検討を進めていく予定である。

総合的な診療能力を修得するための教育制度

については、目指す方向性は共通しているものの、その内容は主催する団体等によりにはさまざまであり、教育カリキュラムとしての課題が多く残されていることが明らかになった。

総合診療医の養成は、卒前教育から生涯教育までのシームレスな教育システムの構築が重要であり、標準化・体系化された教育カリキュラムや評価ツールの開発が必要不可欠であり、本研究で作成された試案をベースに、より完成度を高め、実用的なものに改善していくことが求められる。

そして、その知見を活用することで、各種団体が実施している教育プログラムの特徴を明らかにするとともに、内容の標準化や、教育コンテンツの相互補完や共有化を図ることができ、もって我が国における総合診療医の増加および資質向上に貢献できる可能性が示唆された。

研修のオンライン化については、研修内容の工夫や各種オンラインシステムの活用、オンライン研修に特化した研修ツールの開発により、対面研修と遜色のない教育効果の高いオンライン研修プログラムが実施できることが示された。オンライン研修は、感染状況に左右されることなく、全国どこからでも参加できることから、地域医療の第一線で診療に従事する医療者にとって、研修機会の増加につながる大きなメリットがある。今後さらにプログラムの改善を図るとともに、その教育効果についても、単なる知識の修得だけではなく、実際に地域で実践される診療の変化という観点から体系的にモニタリングし、その成果をプログラム開発にフィードバックすることによって、さらなる研修プログラムの改善を図るとともに、上述した各種団体の研修プログラムでも計画的に活用することにより、より効果的な研修が実施できる可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

総合診療医の「必要医師数」の算出方法の検討

研究協力者 筑波大学医学医療系 客員准教授・

住友重機械工業株式会社本社人事本部安全衛生グループ 主管 佐藤 幹也

研究協力者 自治医科大学 地域医療学センター 地域医療政策部門 教授 小池 創一

1. 緒言

我々は2018年に、2016年国民生活基礎調査、日本の将来推計人口、2016年介護保険事業状況報告を用いて、2025年の外来通院者数、通院傷病件数、要介護認定者数を外来診療需要の変化の指標として算出した（厚生省の指標に「高齢化に伴う今後の外来診療需要の推計と総合診療の役割」として公表）。その結果からは、2025年に向けて都市部の後期高齢者の外来需要が著しく増加すると推測され、総合診療医型の外来診療への転換がその対策として有効であると考えられた。

本研究班はこの研究を発展させて、患者調査および市区町村別性年齢階級別推計人口などのデータを地域の医療需要の基礎情報として、傷病分類別にみた総外来患者数に対する総合的な医療を行うことのできる医師（以下「総合診療医」という。）が担当する患者の比率（以下「総合診療スコープ」という。）、1日あたり外来患者数、重症度別にみた入院患者のうち総合診療医が担当する患者の割合、1日あたり訪問診療患者数などのパラメータを投入すると必要数を外来診療、入院診療、訪問診療に分けて推計する手法を検討し、必要総合診療医数を外来、入院、訪問診療別に推計可能なアプリケーションを開発した。

2. アプリケーションの仕様

【アプリケーション名】二次医療圏別総合診療医師数推計アプリケーション

【発注先】株式会社ライトウェル（東京都千代田区）

【機能仕様】

① 外来医師数推計

・患者調査や人口統計・人口推計などから、二次医療圏別、都道府県別に外来の必要総合診療医数を推計できること。

・データソースは、ダウンロードしたままのフォーマットで読み込めるようにすること。

・推計に必要なパラメータを変更して感度分析ができること。

・推計結果（設定シート、都道府県別推計結果、二次医療圏別推計結果）が別ファイルとして切り出せること。

② 病棟医師数推計

- ・地域医療構想などから、都道府県別に病棟の必要総合医数を推計できること。
- ・推計に必要なパラメータを変更して感度分析ができること。
- ・推計結果(設定シート、都道府県別必要総合医数推計)を別ファイルに切り出せること。

③ 往診・訪問診療医師数推計

- ・地域医療構想などから、都道府県別に往診・訪問診療の必要総合医数を推計できること。
- ・推計に必要なパラメータを変更して感度分析ができること。
- ・推計結果(設定シート、都道府県別必要総合医数推計)を別ファイルに切り出せること。

④ ①から③は、いずれも EXCEL マクロを使用して作成し、推計結果のアウトプットは表形式等とする。

【成果物】

次ページ以降に成果物のスナップショットを示す。

3. アプリケーションの概要

① 必要総合診療医数推計：外来推計 作業ポータル

データ入力（初回のみ）

1. 患者調査
(※所要時間目安：約3秒)

ファイル選択(csv)

2. 市区町村別の性年齢階級別人口
(※所要時間目安：約2分)

ファイル選択(Excel)

パラメータ・マスタ設定

パラメータ設定

設定シートへ移動

傷病分類マスタ

マスタ設定シートへ移動

必要医師数の推計

1. 推計の実行
(※所要時間目安：約40秒)

推計！

2. 推計結果を別ファイルに保存
(※所要時間目安：約1秒)

出力

パラメータ設定画面

1. 設定

年	2025	作業画面に戻る
必要総合医数（全国・外来）	42,437	

医師1人当たり1日外来患者数	60
1診療当たり診察傷病数	1.6

総合医が担当する患者の割合(0%-100%)

100	I 感染症及び寄生虫症（101-104除く）	20%
101	腸管感染症	20%
102	結核	90%
103	皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス性疾患	30%
104	真菌症	40%
200	II 新生物<腫瘍>	80%
201	（悪性新生物<腫瘍>）	0%
202	胃の悪性新生物<腫瘍>	0%
203	結腸及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	0%
204	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	0%
300	III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	70%
400	IV 内分泌、栄養及び代謝疾患（401、402除く）	50%
401	甲状腺障害	40%
402	糖尿病	30%
500	V 精神及び行動の障害（501-503除く）	70%
501	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	90%
502	気分「感情」障害（躁うつ病を含む）	80%

使用方法の説明

二次医療圏別総合診療医師数（外来医師数）推計 使用方法

2021/12/27

Ver1.1

1 概要

このプログラムは、

- ①患者調査による傷病分類別の1日あたり受療率
 - ②社会保障人口問題研究所による推計人口
- を元に、各都道府県・二次医療圏ごとの外来医療における総合診療医の必要数を推計するものです。

2 動作環境

OS Windows 10 (64bit)
Excel Microsoft 365 (32bit)

3 使用手順

1 データの入力

初回のみ。2回目以降は実施不要。

1 患者調査

以下のURLより、「平成29年度の患者調査」データをダウンロードする。

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000031790648&fileKind=1>

※「e-Stat 政府統計の総合窓口」ホームページより

「作業画面」で「データ入力」項「1. 患者調査」の「ファイル選択(csv)」ボタンをクリックする。
ファイル選択ダイアログが表示されるので、上でダウンロードしたファイルを選択する。
ファイルの取込結果が「(入力)患者調査」シートに入力される。

2 社会保障人口問題研究所による推計人口

以下のURLより、「市区町村別の性年齢階級別推計人口（社会保障・人口問題研究所）」データをダウンロードする。

http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/3kekka/suikei_kekka.xls

「作業画面」で「データ入力」項「2. 市区町村別の性年齢階級別人口」の

二次医療圏別必要総合診療医数推計画面

設定年度		2025						
ID	都道府県コード	都道府県	二次医療圏コード	二次医療圏	必要総合医数	推計人口	1日の総患者数	総合医による総数
全国					42,437	122,544,103	7,294,009	4,073,5
256	35	山口県	3508	萩	18	43,758	3,106	1,7
257	36	徳島県	3601	東部	178	492,205	30,556	17,0
258	36	徳島県	3603	南部	49	128,465	8,450	4,7
259	36	徳島県	3605	西部	27	67,010	4,646	2,5
260	37	香川県	3701	大川	28	70,190	4,795	2,6
261	37	香川県	3702	小豆	10	24,210	1,720	9
262	37	香川県	3703	高松	154	442,968	26,456	14,7
263	37	香川県	3704	中讃	97	272,840	16,740	9,3
264	37	香川県	3705	三豊	42	111,135	7,240	4,0
265	38	愛媛県	3801	宇摩	29	80,618	5,070	2,8
266	38	愛媛県	3802	新居浜・西条	78	213,567	13,389	7,4
267	38	愛媛県	3803	今治	55	145,387	9,520	5,3
268	38	愛媛県	3804	松山	219	620,887	37,595	20,9
269	38	愛媛県	3805	八幡浜・大洲	49	120,111	8,362	4,6
270	38	愛媛県	3806	宇和島	38	93,558	6,596	3,6
271	39	高知県	3901	安芸	16	39,238	2,805	1,5
272	39	高知県	3902	中央	180	494,297	30,933	17,2
273	39	高知県	3903	高幡	19	46,377	3,300	1,8
274	39	高知県	3904	幡多	30	72,845	5,122	2,8
275	40	福岡県	4001	福岡・糸島	559	1,736,389	96,064	53,7
276	40	福岡県	4002	粕屋	95	292,367	16,421	9,1
277	40	福岡県	4003	宗像	56	161,232	9,670	5,3

都道府県別必要総合診療医数推計画面

設定年度 2025

ID	都道府県コード	都道府県	二次医療圏コード	二次医療圏	必要総合医数	推計人口	1日の総患者数	総合医による患者数 総数	I 感 寄生性
全国					42,437	122,544,103	7,294,009	4,073,974	
1	01	北海道	0100	北海道	1,837	5,016,554	315,573	176,350	
2	02	青森県	0200	青森県	434	1,157,332	74,567	41,672	
3	03	岩手県	0300	岩手県	428	1,161,638	73,583	41,066	
4	04	宮城県	0400	宮城県	777	2,227,471	133,463	74,574	
5	05	秋田県	0500	秋田県	346	885,285	59,586	33,261	
6	06	山形県	0600	山形県	375	1,015,910	64,517	35,973	
7	07	福島県	0700	福島県	635	1,733,103	109,107	60,923	
8	08	茨城県	0800	茨城県	972	2,750,204	166,926	93,299	
9	09	栃木県	0900	栃木県	649	1,872,842	111,489	62,319	
10	10	群馬県	1000	群馬県	659	1,865,565	113,251	63,265	
11	11	埼玉県	1100	埼玉県	2,450	7,202,953	420,475	235,221	
12	12	千葉県	1200	千葉県	2,106	6,118,170	361,533	202,214	
13	13	東京都	1300	東京都	4,424	13,845,936	757,741	424,682	
14	14	神奈川県	1400	神奈川県	3,027	9,069,562	519,477	290,560	
15	15	新潟県	1500	新潟県	774	2,131,156	133,196	74,305	
16	16	富山県	1600	富山県	362	996,442	62,224	34,730	
17	17	石川県	1700	石川県	386	1,104,368	66,460	37,081	
18	18	福井県	1800	福井県	262	737,898	45,153	25,172	
19	19	山梨県	1900	山梨県	276	763,274	47,465	26,500	
20	20	長野県	2000	長野県	710	1,957,953	122,345	68,207	
21	21	岐阜県	2100	岐阜県	673	1,901,131	115,722	64,570	
22	22	静岡県	2200	静岡県	1,242	3,506,064	213,784	119,280	

②

入院・訪問診療推計

作業ポータル

データの入力(初回のみ)

必要医師数の推計

1. パラメータ設定
2. 推計結果を別ファイルに保存
(所要時間の目安: 約1秒)

パラメータ設定画面

1. 設定 (入院)

	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
①病床の種類別の必要医師数(慢性期を1とした場合の比)		4.8	2.7	1.5	1.0
病床の種類別の総病床数に対する総合診療医が担当する病床の割合		0%	20%	40%	60%
②全国の必要入院医師数	215,100				

<参考値>

③計画病床数	1,249,994	136,926	419,524	394,509	299,034
④重み付け後病床数：③(病床別)×①(病床別)	2,680,758	657,244	1,132,716	591,764	299,034
重み付け後病床数÷必要医師数：④(合計)÷②	12.5				
必要入院医師数(病床の種類別)：①(合計)×④(病床別)÷④(合計)	215,100	52,736	90,887	47,482	23,994

<推計結果>

必要総合医数 (全国・入院)	51,567	0	18,177	18,993	14,396
----------------	--------	---	--------	--------	--------

2. 設定 (訪問)

訪問診療医のひと月当たりの診療日数	22.0				
訪問診療医ひとり当たりの訪問診療件数	9.1				
訪問診療医に占める総合医の割合(0-100%)	80%				
訪問診療患者の1人月当たり訪問回数	1.889311235				
在宅患者訪問診療総件数	839227				
在宅患者訪問診療総回数	1585561				

<参考値>

在宅患者訪問診療総回数÷総件数	1.889311235
-----------------	-------------

<推計結果>

必要総合医数 (全国・訪問診療)	7,616
------------------	-------

使用方法の説明

二次医療圏別総合診療医師数 (入院・訪問) 推計 使用方法

2021/12/27

Ver1.1

1 概要

- このプログラムは、各都道府県の地域医療構想のデータを元に
- ①二次医療圏・病床の種類別の必要病床数から、入院診療を担当する総合診療医数を推計する
 - ②二次医療圏別の在宅患者数から、訪問診療を担当する総合診療医数を推計するためのものです。

2 動作環境

OS	Windows 10 (64bit)
Excel	Microsoft 365 (32bit)

3 使用手順

1 データの入力

初回のみ。2回目以降は実施不要。

- 各都道府県の地域医療構想を元に、
「(入力)必要病床数・在宅医療需要」シートに
- ①E~H列：病床の種類別(高度急性期/急性期/回復期/慢性期)の必要病床数
 - ②I~J列：在宅医療需要人数(訪問診療のみ、在宅医療等)をそれぞれ入力する。

地域医療構想に記載のない二次医療圏については、E~J列は空欄とする。
②は訪問診療のみのデータがない場合は、J列 (在宅医療等)のみ入力する。

2 設定シートの入力

「設定シート」で、推計に必要な以下の項目を入力する。

①入院診療医師数推計

病床の種類別の必要医師数(慢性期を1とした場合の比)

二次医療圏別必要総合医数推計画面（入院）

都道府県コード	都道府県	二次医療圏		必要医師数			必要総合医	
		二次医療圏コード	二次医療圏名	総合医	全医師	高度急性期	急性期	回復
				51,567	215,100	0	18,177	
01	北海道	0101	南渡島	197	873	0	76	
01	北海道	0102	南檜山	12	32	0	2	
01	北海道	0103	北渡島檜山	25	71	0	4	
01	北海道	0104	札幌	1,482	5,916	0	474	
01	北海道	0105	後志	130	406	0	28	
01	北海道	0106	南空知	86	277	0	21	
01	北海道	0107	中空知	69	242	0	18	
01	北海道	0108	北空知	24	67	0	4	
01	北海道	0109	西胆振	119	446	0	35	
01	北海道	0110	東胆振	104	403	0	33	
01	北海道	0111	日高	29	82	0	4	
01	北海道	0112	上川中部	229	971	0	78	
01	北海道	0113	上川北部	34	124	0	10	
01	北海道	0114	富良野	22	70	0	5	
01	北海道	0115	留萌	25	83	0	6	
01	北海道	0116	宗谷	26	83	0	6	
01	北海道	0117	北網	101	418	0	34	
01	北海道	0118	遠紋	34	113	0	8	
01	北海道	0119	十勝	173	641	0	49	
01	北海道	0120	釧路	122	536	0	49	
01	北海道	0121	根室	22	69	0	4	
02	青森県	0201	津軽地域	130	550	0	48	
02	青森県	0202	八戸地域	135	554	0	49	
02	青森県	0203	青森地域	125	514	0	39	
02	青森県	0204	西北五地域	35	124	0	12	
02	青森県	0205	上十三地域	50	208	0	22	
02	青森県	0206	下北地域	19	77	0	7	
03	岩手県	0301	盛岡	217	872	0	68	
03	岩手県	0302	岩手中部	58	234	0	19	
03	岩手県	0303	岩手北部	53	187	0	15	

二次医療圏別必要総合医数推計画面（訪問診療）

都道府県コード	都道府県	二次医療圏		必要医師数			月間訪問診療	
		二次医療圏コード	二次医療圏名	総合医	総合医以外	全医師	訪問診療比	推計患者数
				7,616	1,904	9,519	57.0%	1,008,726
15	新潟県	1503	県央	5	1	7	29.2%	708
15	新潟県	1504	中越	18	5	23	45.4%	2,418
15	新潟県	1505	魚沼	7	2	8	39.8%	893
15	新潟県	1506	上越	18	4	22	57.4%	2,364
15	新潟県	1507	佐渡	1	0	1	23.5%	144
16	富山県	1601	新川	5	1	6	33.1%	641
16	富山県	1602	富山	19	5	24	33.6%	2,496
16	富山県	1603	高岡	13	3	17	40.8%	1,762
16	富山県	1604	砺波	5	1	6	31.8%	642
17	石川県	1701	南加賀	11	3	14	45.5%	1,443
17	石川県	1702	石川中央	46	12	58	50.3%	6,143
17	石川県	1703	能登中部	7	2	8	43.6%	881
17	石川県	1704	能登北部	4	1	4	39.3%	473
18	福井県	1801	福井・坂井	13	3	16	35.7%	1,697
18	福井県	1802	奥越	2	0	2	34.6%	263
18	福井県	1803	丹南	6	1	7	32.5%	772
18	福井県	1804	嶺南	4	1	5	33.3%	551
19	山梨県	1901	中北	20	5	25		2,657
19	山梨県	1902	峡東	7	2	9		943
19	山梨県	1903	峡南	2	1	3		295
19	山梨県	1904	富士・東部	6	1	7		776
20	長野県	2001	佐久	12	3	15	57.4%	1,634
20	長野県	2002	上小	9	2	11	48.1%	1,127
20	長野県	2003	諏訪	11	3	14	57.8%	1,465
20	長野県	2004	上伊那	10	2	12	57.6%	1,281
20	長野県	2005	飯伊	9	2	11	54.8%	1,160
20	長野県	2006	木曾	2	0	2	50.1%	203
20	長野県	2007	松本	22	6	28	58.5%	2,932
20	長野県	2008	大北	4	1	5	58.7%	477
20	長野県	2009	長野	24	6	30	50.1%	3,139
20	長野県	2010	北信	3	1	3	43.3%	353

厚生労働行政推進調査事業費補助金 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
分担研究報告書

総合的な診療能力を修得するための教育制度に関する研究

研究分担者 長谷川 仁志
秋田大学大学院 医学教育学講座 教授

研究要旨

本研究は、目的や対象、養成・認定のプロセスも異なる以下の7つの機関の総合的な診療能力を修得するための教育制度について情報収集を行い、詳細な比較検討を行って、今後の研修プログラム開発の参考資料とすることを目的とする。

各制度について、対象、期間、研修施設や指導医認定基準の有無、目標（実戦経験すべき疾患・病態、手技、診療、連携などの具体的な提示の有無）、方略（研修の場、診療実践の有無、集合研修の有無）、評価（ICT、ポートフォリオ他を活用した経験目標に対する経験値確認や実践力評価の有無、客観的試験・面接試験の有無）などの項目について、比較検討を行った。いずれの制度も、総合的な診療能力の向上と地域包括ケアによる医療連携の向上を目標としている。一方で、日常診療を基本としているものの経験すべき疾患・病態、診察・検査、手術・処置、地域医療の経験等の詳細項目が明確化されていない場合が多いこと、研修内容（方略）や指導体制（指導医・指導施設）の課題があること、本人に対する最終的な知識や実践力の評価規準がない制度が多いことなど、総合診療専門医制度と比較して具体的な知識や技能を習得するための研修機会や評価において大きな差異があることが明らかになった。

今後は、今回の比較検討を踏まえ、各制度の担当者や受講者にインタビューを行って詳細な情報を集め、各研修制度の特徴や教育効果、課題をさらに明らかにするとともに、研修の共有化や相互乗り入れの可能性などに関する検討を行う。

A. 研究目的

現在、病院団体、学会、医師会などの各団体が独自に総合的な診療能力を修得するための教育制度を提供しているが、それぞれ、目的や対象、養成・評価・認定のプロセスも異なる。そこで、これらの制度に関する情報収集を行い、比較検討を行って、今後の総合的な診療能力に関する研修プログラム作成の参考資料とすることを目的とする。本研究により、各制度において提供されている教育・研修制度と整合性をとり

つつ、研修プログラム開発を進めることができる。あわせて、それぞれがカバーしている研修の範囲や深さや教育効果を明確にして、各制度の特徴や違いを明示することで、我が国における教育制度を俯瞰的にとらえ、さらなる充実に役立てることができる。

B. 研究方法

総合的な診療能力を修得するために、団体・学会等が導入している教育制度とし

て、本研究では表 1 に示す計 6 つの制度および、日本専門医機構が運営する総合診療専門研修プログラムを取り上げた。なお、総合診療専門研修後の取得が前提となっている制度（日本プライマリ・ケア連合学会新家庭医療専門医制度、日本病院総合診療医学会 病院総合診療専門医制度等）は、本研修の趣旨から考えて、検討対象に含めなかった。

本研究では、各制度におけるカリキュラムの比較検討を行うために、関連するホームページや関係者からの聞き取り調査により情報を収集し、対象、期間、研修施設や指導医認定の有無、目標（実戦経験すべき疾患・病態、手技、診療、連携などの具体的な提示の有無）、方略（研修の場、診療実践の有無、一定の診療科ローテーション必修化の有無、集合研修の有無）、評価（ICT、ポートフォリオ他を活用した上記経験目標に対する経験値の確認・実践力評価の有無、客観試験・面接試験の有無）などの項目について、総合診療専門研修プログラム（日本専門医機構）を基準として比較検討を行った。

C. 研究結果

1. 選定された制度

表 1 に選定された制度を示す。

表 1 制度のリスト

- | |
|---------------------------------------|
| 1. 総合診療専門研修プログラム(日本専門医機構) |
| 2. 総合医育成プログラム(全日本病院協会/日本プライマリ・ケア連合学会) |
| 3. 病院総合医育成制度 (日本病院協会) |
| 4. かかりつけ医機能研修制度 (日本医師 |

会)

5. JCHO 版病院総合医 (Hospitalist) 育成プログラム (地域医療機能推進機構 (JCHO))
6. 地域包括医療・ケア認定制度 (全国国民健康保険診療施設協議会、全国自治体病院協議会)
7. 日本臨床内科医会認定医・専門医制度 (日本臨床内科医会)

2. 各制度の概要

各機関が運用する制度の概要を以下に、制度のまとめを表 2 に示す。また、各制度の詳細な内容については、後半の資料 1～7 に一定の形式でまとめている。

1) 総合診療専門研修プログラム (日本専門医機構)

新専門医制度として、総合的な臨床能力を保証するための具体的な経験目標や研修内容、知識・技術・態度についての多角的な評価からなるカリキュラムが構築されており、総合的な診療能力育成の規準となる制度である。卒後臨床研修修了者を主な対象として、原則 3 年間の研修期間としている。質保証のための客観的な研修施設、指導医の認定基準が設定され、総合診療版 J-OSLER など ICT を活用したパフォーマンス評価と筆記試験・面接試験が実施されている。(表 2、資料 1 参照)

① 目標

次の 7 つの資質・能力を獲得することを目標としている。

- i) 包括的統合アプローチ
- ii) 一般的な健康問題に対する診療能力

- iii) 患者中心の医療・ケア
- iv) 連携重視のマネジメント
- v) 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ
- vi) 公益に資する職業規範
- vii) 多様な診療の場に対応する能力

これらの目標を達成するために経験すべき疾患・病態、診察・検査、手術・処置、地域医療の経験等、幅広い実践目標が細かく設定され明記（資料1参照）されており、各種評価によりこれらをクリアすることが基準とされている。

② 研修内容

目標を達成するために、一定の基準を満たし認定された研修施設において、指導医（講習会受講と試験で認定される）により指導を受ける。上述の細かい経験目標をクリアするために必要な診療科のローテート期間が設定されている。さらに、規定の講習受講や学術的な経験が認定の必須要件とされる。

③ 評価・認定条件

i) 実践力評価

・ICTやポートフォリオを活用した経験値の確認と評価が行われている。

・面接試験（客観試験と同時に実施）

ii) 客観試験

筆記試験および面接試験を実施。：筆記試験は全 250 問の多肢選択方式で、専門医共通から 10 問、総合診療 I・II から 120 問、内科から 80 問、救急科から 20 問、小児科から 20 問を出題。毎年 9 月頃に筆記試験、

（以上、文献 1）を参考に構成）

このように目標達成のための知識・技

術・態度の多角的な評価が継続的に行われており、実践力の質保証における信頼性が高い。

2) 総合医育成プログラム（全日本病院協会/日本プライマリ・ケア連合学会）

個々の専門性や日常の診療経験を生かしつつ、実践力を向上するための 35 回の体験型ワークショップ（各 8 時間）受講を特徴とする。全日本病院協会に勤務する医師を主な対象として、原則 2 年間の研修期間としている。（表 2、資料 2 参照）

① 目標

個々の医師が有する専門性や経験を生かしつつ、さらにプライマリ・ケアを実践できる能力を身につけてプライマリ・ケアの現場で一步踏み出せること目標を達成するための体験型ワークショップの目標が具体的に設定されている。

② 研修内容

i) 自施設での診療実践指導医の支援を受けながら診療・実践を行う。

ii) 「診療実践コース」22 回、「ノンテクニカルスキルコース」10 回、「医療運営コース」2 回の 3 コース（詳細は次項）から構成される体験型のワークショップ形式の集合研修（1 回 6 時間）が行われている。

③ 評価・認定条件

「診療実践コース」「ノンテクニカルスキルコース」「医療運営コース」の 3 コースから構成される体験型のワークショップ形式の集合研修を行い、それぞれ所定の単位数を受講することが修了条件となっている。知識・技術・態度の実践力評価は、一部のワークショップで行われている。客観試験は行われていない。

(以上、文献2) 3) を参考に構成)

3) 病院総合医育成制度 (日本病院協会)

日本病院会の会員病院における総合的診療能力を育成する制度で、目標とする5つのスキルや経験すべき診療、症候や病態に関してチェックリスト化されており、日々の診療の中で身につけることを目指している。主な対象は、日本病院会の会員病院における勤務する医師であり、原則2年間の研修期間としている。客観的な研修施設、指導医の認定基準は設定されていない。(表2、資料3参照)

① 目標

診療実践により、インテグレーションスキル、コンサルテーションスキル、コーディネーションスキル、ファシリテーションスキル、マネジメントスキルの5つのスキルを身につけることを目指している。チェックリストとして、上記の具体的な詳細項目に加え、全体としての経験すべき疾患・病態などの実践目標が設定されている。

② 研修内容

日本病院会の会員病院において指導医のもと、日々の診療の中で5つのスキルについて研修する。指導医の認定基準は、臨床研修指導医講習会修了者または病院管理者となっている。

③ 評価・認定条件

5つのスキルの詳細項目や主要症候・病態に関するチェックリストおよびレポートを作成して提出し、指導医が総合的に判断する。客観試験は実施されていない。

(以上、文献4) を参考に構成)

4) かかりつけ医機能研修制度 (日本医師会)

かかりつけ医機能としての実践力修得のために講習会を中心に企画されている。主な対象は、かかりつけ医としての診療を行う医師であり、原則3年間の研修期間に i) 基本研修、ii) 応用研修、iii) 実地研修の規準をクリアする。(表2、資料4参照)

① 目標

かかりつけ医機能としての、患者中心の医療の実践、継続性を重視した医療の実践、チーム医療、多職種連携の実践、社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践、地域の特性に応じた医療の実践、在宅医療の実践といった目標を設定している。その実現のために必要な経験すべき疾患・病態、診察・検査、手術・処置、地域医療の経験についての細かい実践目標は設定されていない。

② 研修内容

以下の研修が必要とされている。

- i) 基本研修として講習会やe-ラーニングからなる日医生涯教育認定症の取得、(3年間 60単位)
- ii) 応用研修として規定の座学研修10単位、
- iii) 実地研修として、学校医、健康スポーツ医、感染症定点観測、休日診療など12の社会的活動のうちの2つ以上を実施する。

③ 評価・認定条件

基本的に講習会や規定活動への参加による単位登録が認定条件であり、知識・技術・態度の実践評価や客観試験は実施され

ていない。

(以上、文献5)を参考に構成)

5) JCHO 版病院総合医 (Hospitalist) 育成プログラム (地域医療機能推進機構 (JCHO))

主な対象は、全国 57 施設の地域医療機能推進機構 (JCHO) の病院に勤務する医師であり、研修期間 2 年間の個々のニーズにあった診療実践を経験することにより認定される。

(表 2、資料 5 参照)

① 目標

i) 総合診療を実践するために必要な臨床推論、臨床疫学、マネジメント等、ii) 内科を中心とした救急医療、iii) 循環・呼吸器管理 (集中治療)、iv) 一般的な感染症管理、v) 在宅医療、vi) 5 疾病をはじめとした複合疾患、vii) 緩和・終末期医療、viii) フレイル・認知症、ix) 放射線読影・超音波手技全般の修得を目標としている。個々のニーズに沿って診療できるが、全体としての経験すべき疾患・病態、診察・検査、手術・処置、地域医療の経験などの具体的な実践目標は設定されていない。

② 研修内容

全国 57 の認定施設 (JCHO) 病院および診療科での 2 年間勤務による実践研修が認定条件となる。個々の希望により、申請時に総合診療重点病院、地域研修病院、専門研修病院 (診療科・手技) から、最初に研修希望する 2 つの病院を提出 (必ず地域研修病院は含まれる)。

③ 評価・認定条件

2 年間の勤務状況により認定される。他に知識・技術・態度の実践評価、客観試験

は実施されていない。

(以上、文献 6) を参考に構成)

6) 地域包括医療・ケア認定制度 (全国国民健康保険診療施設協議会、全国自治体病院協議会)

全自病協あるいは国診協の会員施設、あるいは地域包括医療・ケアを実践している施設に勤務している医師が対象で、2 年間の診療実践により認定される。(表 2、資料 6 参照)

① 目標

地域包括医療・ケアの専門性の確立と向上、地域包括医療・ケアを実践している医療機関の機能の向上が目標となっている。全体としての経験すべき疾患・病態、診察・検査、手術・処置、地域医療の経験に関して実践目標は設定されていない。

② 研修内容

以下の規準を満たした施設での地域の医療機関との病診 (病病・診診) 連携、チーム医療、在宅医療・ケアの診療実践が研修内容となる

i) 在宅医療ケアサービス、保健事業、機能連携、介護保険事業、保険医療福祉統合に関する実施事項が施設の実践状況として提示され、それらの実績が 5 年以上ある

ii) 所属職員が地域包括医療・ケアに関する学会・研究会への参加又は地域包括医療・ケアに関する研究の実績がある

iii) 新臨床研修制度に積極的に取り組み、研修医の受け入れ・指導に意欲がある

④ 評価・認定条件

一定期間の勤務状況により認定される。他に知識・技術・態度の実践評価、客観試験は実施されていない。

(以上、文献7)を参考に構成)

7) 日本臨床内科医会認定医・専門医制度 (日本臨床内科医会)

臨床内科医会が認定する生涯教育、講習会等の単位取得により認定される。主に会員を対象とした2年間の制度である。(表2、資料7参照)

① 目標

臨床内科医としての資質の向上をはかり、より良質な医療を提供することを目標とする。経験すべき疾患・病態、診察・検査、手術・処置、地域医療の経験に関して、細かい実践目標は設定されていない。

② 研修内容

日本臨床内科医会が認定する学会、研究会、ビデオ教材、雑誌、学会発表、日医生涯教育の単位、等の出席と研修単位の実績で認定する制度になっている。専門医は、これに加えて論文と筆記試験を要する。

③ 評価・

認定医では、上記の学会出席と各種研修会等の参加による認定であり、認定医では、他に知識・技術・態度の実践評価、客観試験は実施されていない。専門医では、論文と郵送式の筆記試験の評価が加わる。

(以上、文献8)を参考に構成)

3. 考察

いずれの制度も、日本の医療問題を解決する鍵となる総合的な診療能力の向上と医療連携の向上を目標としている。一方で、目標を達成するために、中には特定の施設

における日常診療を基本とするだけで、経験すべき疾患・病態、診察・検査、手術・処置、地域医療の経験等の細かい目標が明確化されておらず研修内容(方略)や指導体制(指導医・指導施設の質保証)に課題がある制度や、本人に対する最終的な知識や実践力の評価規準がない制度が多く、基準となる総合診療専門研修プログラムと比較してカリキュラム構築に大きな差異があることが明らかになった。

4. 今後の展望

今回の比較を踏まえ、各制度の担当者や受講者にインタビュー等を行ってさらに詳細な情報を集めて各研修制度の特徴や教育効果、課題を明らかにするとともに、研修の共有化や相互乗り入れの可能性などに関する検討を行う。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他 なし

表2 各制度の比較
(○あり、×なし)

制度名	総合診療専門研修プログラム	総合医育成プログラム	病院総合医育成制度	かかりつけ医機能研修制度	JCHO版病院総合医(Hospitalist)育成プログラム	地域包括医療・ケア認定制度	日本臨床内科医会認定医・専門医制度
認証機関	日本専門医機構	全日本病院協会 日本プライマリ・ケア連合学会	日本病院協会	日本医師会	地域医療機能推進機構(JCHO)	全国国民健康保険診療施設協議会・全国自治体病院協議会	日本臨床内科医会
対象	卒後臨床研修修了者	全日本病院協会に勤務する医師/日本プライマリ・ケア学会会員	日本病院会の会員病院内に勤務する医師	かかりつけ医としての診療を行う医師	JCHO病院に勤務する医師	会員施設か、地域包括医療・ケアを実践している施設に勤務している医師	日本臨床内科医会会員
期間	3年(延長可)	2年(短縮可)	2年(短縮可)	3年(短縮可)	2年	2年	3年
研修施設基準	○	×	×	×	×	○	×
指導医基準	○	×	○	×	×	×	×
研修の場	認定施設	原則として自施設	原則として自施設	×	原則として自施設	原則として自施設	×
診療実践	○	○	○	○	○	○	×
一定の診療科ローテーション必修化	○	×	×	×	×	×	×
実戦経験すべき疾患・病態、手技、診療、連携などの具体的な提示	○	×	○	×	×	×	×
ICT、ポートフォリオ他を活用した経験目標に対する経験値の確認・評価	○	×	○	○	×	×	×
必修の集合研修の有無	○	○	×	○	×	×	○
360度評価	○	×	×	×	×	×	×
客観試験	○	×	×	×	×	×	○(専門医:郵送式)
面接試験	○	×	×	×	×	×	×
学術活動	○	×	×	×	×	×	○(専門医)

文献

- 1) 総合診療専門医 プログラム整備基準 <https://app.box.com/s/ugs2wt1jj23vye2qyvbtojhf8lwrzhk5>
(2022. 5. 20.)
- 2) 全日病総合医育成プログラム HP
<https://www.ajha.or.jp/hms/sougoui/> (2022. 5. 20.)
- 3) 日本プライマリ・ケア連合学会 総合医育成プログラム HP
<https://www.sougouikusei.primary-care.or.jp/> (2022. 5. 20.)
- 4) 日本病院協会 HP
<http://www.hospital.or.jp/sogoi/> (2022. 5. 20.)
- 5) 日本医師会かかりつけ医機能研修制度 HP
<https://www.med.or.jp/doctor/kakari/> (2022. 5. 20.)
- 6) 独立行政法人地域医療機能推進機構 (JCHO) 版 病院総合医育成プログラム
<https://www.jcho.go.jp/hospitalist/> (2022. 5. 20.)
- 7) 全国国民健康保険診療施設協議会 地域包括医療・ケア認定制度
<https://www.kokushinkyo.or.jp/index/system/tabid/65/Default.aspx> (2022. 5. 20.)
- 8) 日本臨床内科医会 HP
<https://www.japha.jp/member/koukoku.html> (2022. 5. 20.)

資料 1～7

各制度の詳細

資料1：総合診療専門研修プログラム（日本専門医機構）

資料2：総合医育成プログラム（全日本病院協会/日本プライマリ・ケア連合学会）

資料3：病院総合医育成制度（日本病院協会）

資料4：かかりつけ医機能研修制度（日本医師会）

資料5：JCHO版病院総合医（Hospitalist）育成プログラム（地域医療機能推進機構（JCHO））

資料6：地域包括医療・ケア認定制度（全国国民健康保険診療施設協議会、全国自治体病院協議会）

資料7：日本臨床内科医会認定医・専門医制度（日本臨床内科医会）

資料1：総合診療専門研修プログラム（日本専門医機構）

制度名	総合診療専門研修プログラム	
運営母体	日本専門医機構	
開始年度	2018年	
対象者	卒後臨床研修修了者	
研修期間	原則3年	
更新制度	あり	
指導医の認定基準	あり	
研修施設の認定基準	あり	
臨床現場での実践経験	あり	
集合研修	あり（医療安全、医療倫理、感染対策などの講習会（e-ラーニング可）受講）	
パフォーマンス評価	あり（総合診療版 J-OSLER 等 ICT を活用した経験・評価、ポートフォリオ）	
客観試験・面接試験	あり（筆記試験および面接試験を実施。：筆記試験は全 250 問の多肢選択方式で、専門医共通から 10 問、総合診療 I・II から 120 問、内科から 80 問、救急科から 20 問、小児科から 20 問を出題。毎年 9 月頃に筆記試験、面接試験を各 1 日程ずつ、計 2 日程で実施）	
研修目標	<p>1. 専門研修後の成果 (Outcome)：7つの資質・能力を獲得することを目指す。</p> <p>1) 包括的統合アプローチ</p> <p>2) 一般的な健康問題に対する診療能力</p> <p>3) 患者中心の医療・ケア</p> <p>4) 連携重視のマネジメント</p> <p>5) 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ</p> <p>6) 公益に資する職業規範</p> <p>7) 多様な診療の場に対応する能力</p>	
	<p>2. 到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）</p>	
	1) 総合診療のかかわる専門知識	<p>① コミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。</p> <p>② 多様な訴え、健康問題に対する包括的なアプローチ</p> <p>③ 多職種との良好な連携体制</p> <p>④ 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体系的なアプローチ</p> <p>⑤ ニーズの変化に対応して自ら学習・変容する能力が</p> <p>⑥ 重大ないし緊急な病態に注意した推論を実践する。</p>
2) 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）	<p>① 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</p> <p>② 患者中心の医療面接を行い、複雑な人間関係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</p> <p>④ 診療情報の継続性を保ち、速やかに情報提供することができる能力</p> <p>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</p> <p>⑤ 診療所・中小病院においてチームの力を最大限に発揮させる能力</p>	

3) 学問的姿勢	<p>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、生涯にわたり自己研鑽を積む習慣を身につける。</p> <p>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。</p>
4) 医師としての倫理性、社会性など	<p>① 医師としての倫理観や説明責任</p> <p>② 安全管理</p> <p>③ 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。</p> <p>④ 医療アクセスが困難な地域における医療・ケアの提供ができる。</p>
<p>3. 経験目標（種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等）</p>	
1) 経験すべき疾患・病態	<p>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る。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」とする。</p> <p><u>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する。（全て必須）</u></p> <p>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、他。</p> <p><u>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。</u></p> <p>（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・髄膜炎、一次性頭痛、湿疹・皮膚炎群、蕁麻疹、薬疹、皮膚感染症、骨折、関節・靭帯の損傷及び障害、骨粗鬆症、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、他。</p>
2) 経験すべき診察・検査	<p>①身体診察小児の一般的な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や認知機能検査（HDS-R、MMSE5 など）耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる。②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）、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）、他。</p>
3) 経験すべき手術・	<p>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する。</p>

	<p>処置等</p>	<p>①救急処置新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS、JPLS）、小児蘇生のトレーニングが含まれているBLS、成人心肺蘇生法（ICLSまたはACLS）または内科救急・ICLS講習会（JMECC）、外傷救急（JATEC）</p> <p>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・保険適応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。</p> <p>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、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）、他。</p>
	<p>4) 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)</p>	<p>①適切な医療・介護連携を行うために、介護保険制度の仕組みやケアプランに即した各種サービスの実際、更には、介護保険制度における医師の役割および医療・介護連携の重要性を理解して下記の活動を地域で経験する。</p> <p>i) 介護認定審査に必要な主治医意見書の作成</p> <p>ii) 各種の居宅介護サービスおよび施設介護サービスについて、患者・家族に説明し、その適応を判断、他。</p>
	<p>5) 学術活動</p>	<p>① 教育</p> <p>i) 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。</p> <p>ii) 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。</p> <p>iii) 専門職連携教育を提供することができる。</p> <p>② 研究</p> <p>i) 日々の臨床の中から研究課題を見つけ出すという、総合診療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。</p> <p>ii) 量的研究、質的研究双方の方法と特徴について理解し、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。</p>
<p>研修内容</p>	<p>基幹施設が研修全体をコーディネートするスタイルとなる。その施設群の構成要件として3年以上の研修期間において、以下の基準を満たさなければならない。</p> <p>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(総合診療科・総合内科等)における総合診療専門研修IIで構成され、それぞれ単独で6ヶ月以上、合計で18ヶ月以上の研修を行う。</p> <p>2. 必須領域別研修として、単独で内科12ヶ月以上、小児科3ヶ月以上、救急科3ヶ月以上の研修を行う。</p> <p>その他の領域の研修：研修目標の達成に必要な範囲で外科・整形外科・産婦人科・精神科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科などの各科での研修を行ってもよい。特に、初期臨床研修で外科を選択していない場合は、外科研修を組み込むことを推奨する。なお、その他の領域の研修は、最大6ヶ月まで総診IIの一部とすることができる</p> <p>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</p>	

	<p>のプロセスをファイリングした研修記録) 作成という形で実施する。</p>
<p>研修評価 (修了認定)</p>	<p>1. 下記の資格書類審査が認められる。</p> <p>A. 認定プログラム、またはカリキュラム制を定めた認定施設における研修修了の証明書</p> <p>B. 研修の実績証明</p> <p>C. 研修の達成度評価記録 (修得すべき知識・技能・態度などの到達目標を達成したか否かについての評価)</p> <p>D. 教育研修修了実績 (医療安全、医療倫理、感染対策など)</p> <p>E. 学術業績 (総合診療における学会発表や論文等) 他 医師免許等</p> <p>2. 総合診療専門医認定試験に合格している。(筆記試験、面接試験)</p>
<p>提出物</p>	<p>① 研修手帳</p> <p>② 経験省察研修録</p> <p>③ 総合診療版 J-OSLER : 40 症例の簡易事例+10 症例の詳細事例、技術技能評価および専攻医の全体評価 (多職種評価含む)。</p> <p>④ 総合診療専門研修プログラムを修了したことを証明する書類</p> <p>⑤ 学会発表、論文発表を証明する書類</p> <p>教育研修修了実績 (医療安全、医療倫理、感染対策など) 他。</p>
<p>施設認定の詳細</p>	<p>専門研修基幹施設の認定基準</p> <p>1) 次に示す総合診療専門研修 I、あるいは総合診療専門研修 II の施設基準を満たしていること。大学病院においては病床の規定の適用を猶予する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 総合診療専門研修 I : 診療所または地域の中小病院 (規模は以下の要件を満たせば病床数では規定しない) で、外来診療 (学童期以下の小児、後期高齢者の診療を受け入れていること)、訪問診療 (在宅療養支援診療所・病院またはこれに準じる施設) および地域包括ケアの研修が可能な施設。[総合診療専門研修 I の小児要件は、地域・家族の中で小児を診る姿勢を養うもので、3ヶ月の小児科研修で代替できるものではない。他。 ・ 総合診療専門研修 II : 総合診療部門 (総合診療科・総合内科等) を有する病院 (規模は以下の要件を満たせば病床数などで規定しない) で、一般病床を有し救急医療を提供し、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 (救急も含む初診を数多く経験し、複数の健康問題をもつ患者への包括的ケアを経験等) の研修が可能な施設。総合診療専門研修特任指導医を、その部署で同時に研修する専攻医 3 名あたり 1 名以上置くこと。 <p>2) プログラム統括責任者が常勤で勤務し、コーディネーターとしての役目を十分果たせるように時間的・経済的な配慮が十分なされていること</p> <p>3) 専門研修施設群内での研修情報等の共有が円滑に行われる環境 (例えば TV 会議システム等) が整備されていること</p> <p>4) プログラム運営を支援する事務の体制が整備されていること</p> <p>5) 研修に必要な図書や雑誌、インターネット環境が整備されていること</p> <p>6) 自施設で臨床研究を実施したり、大学等の研究機関と連携した研究ネットワークに加わったりするなど研究活動が活発に行われていること</p>

<p>指導医の認定についての詳細</p>	<p>1. 専門研修指導医の基準臨床能力、教育能力 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、総合診療専門研修特任指導医講習会の受講を必要とする。</p> <p>2. 特任指導医の候補としては、以下の1)～8)が挙げられている(いずれも卒後の臨床経験7年以上)。</p> <p>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、または家庭医療専門医</p> <p>2) 全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定医</p> <p>3) 日本病院総合診療医学会認定医</p> <p>4) 日本内科学会認定総合内科専門医</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>8) 都道府県医師会ないし郡市区医師会から「総合診療専門医専門研修カリキュラム」に示される「到達目標：総合診療専門医の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特任指導医の任期は、認定を受けた日から5年間とする。</p> <p>・特任指導医更新要件・日本専門医機構が指定する「eラーニング研修」を修了すること。</p>
<p>認定期間 更新条件</p>	<p>5年</p> <p>1～3が満たされた場合、総合診療専門医を更新する。</p> <p>1. 下記の更新書類審査が認められる。</p> <p>1) 勤務実態の自己申告書</p> <p>2) 診療実績の証明</p> <p>3) 共通講習の受講証</p> <p>4) 総合診療領域の講習会証</p> <p>5) 学術業績・診療以外の活動実績</p> <p>6) 多様な地域における診療実績</p> <p>※単位数など詳細は3頁目より【更新書類審査の詳細】に定める。</p> <p>2. 総合診療専門医更新認定試験(e-テストを含む)に合格している。</p> <p>3. 専門医更新認定料を支払っている</p>

1) 総合診療専門医プログラム整備基準 <https://app.box.com/s/ugs2wtljj23vye2qyvbtojhf8lwrzhk5> を参考に構成

資料2：総合医育成プログラム（全日本病院協会/日本プライマリ・ケア連合学会）

制度名	総合医育成プログラム
運営母体	全日本病院協会/日本プライマリ・ケア連合学会
開始年度	2018年
対象者	おおむね医師経験6年目以上、 研修を希望する会員・会員施設の全ての診療科の医師
研修期間	2年
更新制度	あり 5年ごと（全日本病院協会のみ）
指導医の認定基準	なし
研修施設の認定基準	なし
臨床現場での実践経験	あり（自設での診療）
集合研修	「診療実践コース」22回、「ノンテクニカルスキルコース」10回、「医療運営コース」2回の3コース（詳細は次項）から構成される体験型のワークショップ形式の集合研修（1回6時間）
パフォーマンス評価	あり（集合研修の一部）
客観試験・面接試験	なし
研修目標	<p>研修を修了した医師が、自院の医師に個々の有する専門性や経験を生かしながら、地域包括ケアシステムのなかでリーダーシップを発揮し、さまざまな診療の場（一般外来、救急、病棟、在宅）を踏まえて、「今後激変するプライマリ・ケアの現場で一步踏み出せること、総合的・俯瞰的にこのような病院機能の改善をはかることができ、かつ組織の運営に積極的に関与できる人材としての医師の育成を目標としている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢患者が著増する中で地域包括ケアシステムを効果的に実現させる ・臓器別にとらわれない幅広い診療、多様なアクセスを担保する診療、そして、多職種からなるチーム医療のマネジメントなどが実践できる組織を構築。 ・予防・健康増進や介護施設との連携など、患者の生活全体を視野に入れた機能を構築する <p>1. 「診療実践コース」</p> <p>【内分泌代謝】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診ではじめて高血糖を指摘された患者の適切な診断と合併症の評価を行い、自ら食事・運動指導ができる。 ・適切な経口糖尿病薬の導入・変更ができ、インスリン自己注射の手技の指導ができる。 <p>【地域包括ケア実践】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアの概要と将来の予測像を理解し、退院後の生活を考慮したマネージメントを多職種で連携して行うことができる。 ・事前指示とアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の違いを理解し、患者側・医療者側双方の価値を考慮した意思決定支援を行うことができる。 <p>【救急初療コース 病院版 T&A（Triage and Action）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院救急部門において遭遇頻度の高い症候（頭痛、胸痛、腹痛、痙攣など）に対して見逃してはいけない疾患を想起できる。

- ・病院救急部において遭遇頻度の高い症候に対して診療最初の10分間を適切にマネジメントできる。
- ・救急初期対応に関して知識として持ち合わせていることを、シミュレーション実習を通じてできるようになる。

【小児科領域】

重症度、緊急度が高くないとトリアージされたよくある小児の症候を救急外来や急病診療所でマネジメントできる。

- ・科学的根拠に基づいた病状説明で保護者を安心させられる。
- ・3日続く発熱でも安易に小児科に紹介しなくても対応できる。
- ・嘔吐の時に何とか点滴しないで乗り切りことができる。
- ・痙攣が止まっている場合のこわい時とこわくない時が判明できる。
- ・子どもの効果的な診察のコツとよくある疾患

【EBM】

- ・原著論文や診療ガイドラインを鵜呑みせず批判的に読み、患者の診療に役立てることができる。
- ・エビデンスに基づいた適切な治療を考え、処方薬の整理ができる。

【臨床推論】

- ・普段我々が行っている診断プロセスに関して査察が行える
- ・臨床推論における自己の傾向性をDual Process Modelを用いて客観的に評価できる。
- ・自分が陥り易いピットフォールを認識することができる。
- ・実際の臨床現場で意識して診断エラーを回避することができる。

【認知症】

- ・非専門医による日常外来で認知症が疑われる患者を拾い上げ、treatable dementiaの除外、認知症の種類、BPSDの有無を含めて適切な初期評価ができる。
- ・典型的な認知症に対して、標準的な薬物療法および非薬物療法を実施するとともに、本人および家族に対して適切な療養指導ができる。
- ・家族や専門医、他職種と連携して、心理社会的状況や介護サービス等も考慮した包括的な認知症ケア（BPSDへの対応を含む）を提供し、運転免許の問題や終末期についてもともに取り組み、最後まで主治医でいることができる。

【リハビリテーション】

- ・一般内科急性期病棟において、神経変性疾患に伴う誤嚥性肺炎患者に対して、嚥下機能評価と摂食嚥下療法を他職種と共に行い、予測される心身機能に応じた退院先の選定ができる。
- ・地域包括ケア病棟において、心源性脳梗塞による片麻痺・失語患者に対して、循環器内科的疾患管理をしながら、他職種と共に麻痺の回復過程の評価を行い、身体障害者診断者・意見書と介護認定の主治医意見書を作成できる。
- ・訪問診療現場において、膝変形性関節症や大腿骨頸部骨折術後患者に対して、歩行・移動機能を評価し、適切な下肢訓練や療養環境整備の提案ができる。

【整形外科領域】

- ・一般救急外来の現場で、整形外科外傷に対して適切な初期対応ができる。
- ・非専門医による日常外来において、頻度が高い膝・肩・腰の症状に対して病歴聴取・身体診察・画像評価を行い、適切なマネジメントを行うことができる。
- ・遭遇頻度の高い外科系救急疾患の緊急度を適切に把握し、専門科への相談の必要性やタイミングを判断される。
- ・簡単な処置ののち自宅での経過観察が可能な軽症外科系救急疾患のマネジメントを地域・組織の現状に合わせて行うことができる。

【マイナーエマージェンシー救急初療コース (triage & action)】

- ・遭遇頻度の高い外科系救急疾患の緊急度を適切に把握し、専門科への相談の必要性やタイミングを判断できる。
- ・簡単な処置ののち自宅での経過観察が可能な軽症外科系救急疾患のマネジメントを地域・組織の現状に合わせて行うことができる。

【血液領域】

血液内科を専門としない臨床医が、外来や病棟で日常的に診ている血液疾患と検査値異常に対して、非専門医でもできる問診、診察、外注を含む臨床検査のみで、適切なアセスメントとマネジメントができるようになる。

【膠原病領域】

よくある症状からどのような場合に膠原病を疑えばいいか理解する。

膠原病に特徴的な身体所見を知る。

スクリーニングに必要な検査をオーダーし、適切にリウマチ専門医に紹介できる。

【呼吸器領域】

- ・発熱と咳嗽で来院した患者に対して、尤度比を意識しながら肺炎の診断を行い、起因菌を想定しつつ適切な抗菌薬選択を行うことが出来る。
- ・喘鳴で来院した患者に対して、喘息および COPD の診断を適切に行い、さらに急性増悪に関する初期治療を行うことが出来る。
- ・喘息と COPD における慢性期管理の概要について説明することが出来る。特に、最新のエビデンスにも習熟しつつ、吸入デバイスの使い分けも説明することが出来る。
- ・遷延性咳嗽、慢性咳嗽を主訴に受診した患者に対して問診、身体診察、画像検査などから鑑別診断を挙げ、適切な診断、治療ができる。

2. 「ノンテクニカルスキルコース」

【リーダーシップ・チームビルディング —メンバーの協働を引き出すチームを作る—】

自己理解を深め、自分の持ち味を発揮できるリーダーシップスタイルを見出す。チームの成り立ちについて理解を深め、チームのポテンシャルを引き出すためのマネジメントのポイントを体感的に理解する。

【ミーティングファシリテーション —無駄な会議を生産的に変える—】

医療チームにおけるミーティングを活性化させ、会議の質と効率を向上するための、会議ファシリテーションの実践的スキルを学ぶ。

【TEAMS—BI (仕事の教え方)】

正確・安全・良心的に仕事をできるように速く覚えさせるために、業務内容を言語化し決まったメソッドに従って合理的な手順で教えることを学ぶ。後進や医療チームメンバーの日々の指導に生かすことを目指す。

【コーチング&人材育成】

一面談を通してメンバーの学習と成長を支援する—
部下の学習と成長を支援するためのコーチングスキルをロールプレイ中心に学ぶ。基本的なエンパワメントの方法を知ることにより、後輩や部下の自発的な成長を促し教育効果を高める力を身につける。

【問題解決(2)—システム思考で問題を俯瞰的に捉える—】

複雑性の高い状況を「システム思考」の考え方をを用いて、原因構造や下層にあるメンタルモデルを紐解き、少ない力で高い成果をあげるようなレバレッジの高い解決策を見出すための手法を学ぶ。

【現場での効果的な教育方法(教育技法)】

学習者のやる気を促進し、次の成長につながるフィードバックができる。
学習者の省察を促し、経験を学びに変える振り返りが実施できる。
短時間で要点を押さえたレクチャーを効果的に実施して、学習者の記憶の定義を図ることができる。
教育カンファレンスを主催し、参加者全員が一般原則を理解し応用力を高める学びの場にする事ができる、

【MBTI：自分の心を理解する(性格タイプ別コミュニケーション)】

ユングのタイプ論をもとにして開発されたMBTI(Myers-Briggs Type Indicator)の自己分析メソッドを活用。自分に対する理解を客観的に深めていきながら、自分の強みや弱みを認識し、自分の持ち味を組織で発揮していくヒントを得る。

3.「医療運営コース」

【日本の医療の現状と課題】

—なぜ総合医が必要か— 「これからの地域に求められる医師の在り方」
超高齢化により疾病構造が大きく変化し社会保障費の増加による財政危機が危惧される中で、人口減少によって働き手の不足も予想される日本の医療の現状を理解し課題を探究する。その中で国の医療政策、改革の考え方を理解する。
上記の理解の上で社会の求める総合医療を想起する。

【病院医師をとりまく環境の変化】

時代と環境に適応しない職業はあり得ない。医師の需給と偏在問題、地域医療構想による病院の在り方の変化、専門性(専門医制度)、そして働き方改革議論が進められる。加えて、わが国の財政問題、人々の価値観の変化など適応せねばならない問題多数である。本論では、これらを概観しながら考え方を整理・共有したい。

【医療経営のポートフォリオ】

医療経営学の倫理体系と実践方法を学ぶ。戦略構築の理論フレーム(事業ポートフォリオ管理)を取り上げ、病院経営の特殊性を踏まえながら自院の現状

	分析を行い地域医療展開のバランスと今後の経営課題について検討する。
研修内容	<p>1. 自院における診療実践 指導医の支援を受けながら自施設で診療・実践を行う。 診療以外の実践・活動：教育履歴、地域保健福祉活動、研究履歴なども評価対象とする。</p> <p>2. スクーリング 上記内容を目標とした「診療実践コース」「ノンテクニカルスキルコース」「医療運営コース」の3コースから構成される体験型のワークショップ形式の集合研修を行い、それぞれ所定の単位数を受講することを修了条件とする。</p> <p>1) 診療実践コース（全22回） プライマリ・ケア・セッティングにおいて日常よく遭遇する疾患・病態に対して、適切な初期対応とマネジメントができる能力を修得するためのコース。 高度な専門知識や高度な技術の修得が目標ではない。具体的なイメージとしては、「当直時に適切に対応して、翌日専門医につなぐ」 「日常よく遭遇する疾患の典型例をガイドラインに即して治療する」 診療ができるようになることを目標としている。</p> <p>2) ノンテクニカルスキルコース（全10回） 地域で活躍する総合医には、医学的知識・技術（テクニカルスキル）だけでなく、組織人としての技術（ノンテクニカルスキル）が求められる。本コースでは、地域包括ケアシステムのリーダーを養成するという考え方にに基づき「リーダーシップ」「チームビルディング」「コンフリクトマネジメント」「問題解決」「人材育成」などのスキルについて研修を行う。</p> <p>3) 医療運営コース（全2回） 地域で活躍する総合医に求められる、医療システム全体を俯瞰する能力を修得することを目標として、日本の医療・介護制度の理解、医療をめぐる現状や将来像、地域社会における自施設の位置づけに関する理解などについて学ぶコース。</p>
研修評価（修了認定）	「診療実践コース」「ノンテクニカルスキルコース」「医療運営コース」の3コースから構成される体験型のワークショップ形式の集合研修を行い、それぞれ所定の単位数を受講することを修了条件
提出物	診療以外の実践・活動：教育履歴、地域保健福祉活動、研究履歴なども評価対象とする。

2) 全日病総合医育成プログラム HP <https://www.ajha.or.jp/hms/sougoui/>

3) 日本プライマリ・ケア連合学会 総合医育成プログラム HP
<https://www.sougouikusei.primary-care.or.jp/> を参考に構成。

資料3：病院総合医育成制度（日本病院協会）

制度名	日本病院会認定病院総合医育成事業
運営母体	日本病院協会
開始年度	2018年4月
対象者	6年目以上の医師
研修期間	原則 2年
更新制度	あり
指導医の認定基準	あり
研修施設の認定基準	なし
臨床現場での実践経験	あり
集合研修	なし
パフォーマンス評価	なし
客観試験・面接試験	なし
研修目標	<p>日本病院会の会員病院における総合的診療能力を育成する制度で、インテグレーションスキル、コンサルテーションスキル、コーディネーションスキル、ファシリテーションスキル、マネジメントスキルの5つのスキルに関する詳細な項目をチェックリストにあげ、日々の診療の中で身につけることを目指している。</p> <p>以下に研修目標となるチェックリスト (https://suiwakai-mch.or.jp/recruit/wpcontent/uploads/2021/08/sogo_checklist2021.pdf2018年)を示す。医療機関によってチェック項目が調整される。</p> <p><u>○チェックリスト1.</u></p> <p><u>1. 多様な病態に対応できる幅広い知識や診断・治療によって包括的な医療を展開・実践できる。(インテグレーションスキル)</u></p> <p><u>2. 患者への適切な初期対応を行い、専門的な処置・治療が必要な場合には、然るべき専門診療科への速やかな相談・依頼を実践できる。(コンサルテーションスキル)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・高い倫理観、人間性、社会性をもって総合的な医療を展開する。 ・総合診療科もしくはそれに準ずる機能を有する診療部門において外来診療を担当する。 ・診断確定及び初期治療は原則として自らが実施する。 ・治癒または病院診療の終了（逆紹介を含む）までのプロセスを可能な限り

担当する。

- ・多様な疾病に対して、1日を通した外来診療を念頭に置き診療を行う。
- ・患者の入院期間全体を通じて、効率的な検査・治療の日程を計画し、入院期間を適切に設定する。
- ・患者の社会的背景、心理面、倫理面を含めた多様な問題について討議し、退院後の患者の療養場所の検討を行う。
- ・病棟全体の患者のコントロールを行い、入退院、転院等を適切に行う。

3. 各専門科医師、薬剤師、看護師、メディカルスタッフ、その他の全てのスタッフとの連携を重視し、その調整者としての役割を实践できる。(コーディネーションスキル)

- ・定期的なラウンドやカンファレンス・研修会に参加する。
- ・患者の状況に応じた判断に基づき、必要な職種を招集し適切な対応を行う。
- ・各種カンファレンスの進行役を務める。
- ・患者の病態改善について常に意識して話し合える職場環境を作る。
- ・臨床倫理の諸問題について常に意識して話し合える職場環境を作る。
- ・医療スタッフ全体の現況を把握し、適切な対応を助言する。
- ・退院前あるいは転院後カンファレンスを計画し、地域包括的なチーム医療の活動を促進する。
- ・退院後、在宅医療が必要な患者に、必要な介護が受けられる環境設定を行う。

4. 多職種協働による患者中心のチーム医療の活動を促進・実践できる。(ファシリテーションスキル)

- ・医療安全管理チームへの参加
- ・感染制御チームへの参加
- ・栄養サポートチームへの参加
- ・緩和ケアチームへの参加
- ・口腔ケアチームへの参加
- ・呼吸サポートチームへの参加
- ・摂食・嚥下チームへの参加
- ・褥瘡対策チームへの参加
- ・退院支援チームへの参加
- ・認知症サポートチームへの参加

5. 総合的な病院経営・管理の素養を身につけ、地域包括ケアシステムや日

本全体の医療を考慮した病院運営を実践できる。(マネジメントスキル)

次に示す講習会・セミナーに参加し、適切な病院経営・管理の能力を身につける。

- ・臨床研修指導医講習会
- ・医療安全管理者養成講習会
- ・医療安全管理者養成講習会 継続研修
- ・感染対策に関するセミナー
- ・栄養管理に関するセミナー
- ・マネージメントに関するセミナー
- ・幹部職員に対するセミナー
- ・地域医療に関するセミナー
- ・チーム医療に関するセミナー
- ・医療経営に関するセミナー
- ・経営管理に関するセミナー

○チェックリスト2

1. 多様な病態に対応できる幅広い知識や診断・治療によって

包括的な医療を展開・実践できる。(インテグレーションスキル)

次に示す症候において、臨床推論に基づく鑑別診断及び初期対応を適切に実施できる能力を身につける。

ショック、急性中毒、意識障害、全身倦怠感、心肺停止、呼吸困難、身体機能の低下、不眠、食欲不振、体重減少・るいそう、体重増加・肥満、浮腫、リンパ節腫脹、発疹、黄疸、発熱、認知機能の障害、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、嚥下障害、吐血・下血、嘔気・嘔吐、胸やけ、腹痛、便通異常、肛門・会陰部痛、熱傷、外傷、褥瘡、背部痛、腰痛、関節痛、歩行障害、四肢のしびれ、肉眼的血尿、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、乏尿・尿閉、多尿、不安、気分の障害（うつ）、せん妄

○チェックリスト3

2. 患者への適切な初期対応を行い、専門的な処置・治療が必要な場合には、

然るべき専門診療科への速やかな相談・依頼を実践できる。(コンサルテーションスキル)

- ・血液・造血器・リンパ網内系疾患（貧血、白血病、悪性リンパ腫、出血傾向、紫斑病等）

- ・神経系疾患（脳・脊髄血管障害、脳・脊髄外傷、脳変性疾患、脳炎・髄膜炎、一次性頭痛等）
- ・皮膚系疾患（湿疹・皮膚炎、蕁麻疹、皮膚感染症等）
- ・運動器（筋骨格）系疾患（骨折、関節・靭帯損傷、脊柱障害等）
- ・循環器系疾患（心不全、虚血性心疾患、心筋症、不整脈、弁膜症、動脈疾患、静脈・リンパ管疾患、高血圧症等）
- ・呼吸器系疾患（呼吸不全、呼吸器感染症、閉塞性・拘束性肺疾患、肺循環障害、異常呼吸、胸膜・縦隔・横隔膜疾患、肺癌等）
- ・消化器系疾患（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、横隔膜・腹壁・腹膜疾患等）
- ・腎・尿路系疾患（腎不全、原発性糸球体疾患、泌尿器科的腎・尿路疾患等）
- ・内分泌・栄養・代謝系疾患（視床下部・下垂体疾患、甲状腺疾患、副腎疾患、糖代謝異常、脂質異常等）
- ・感染症（ウイルス感染症、細菌感染症、真菌感染症、性感染症、寄生虫感染症等）
- ・免疫・アレルギー疾患（膠原病、アレルギー疾患等）
- ・物理・化学的因子による疾患（中毒、アナフィラキシー、環境要因による疾患、熱傷等）
- ・加齢と老化とリハビリテーション（高齢者総合機能評価、老年症候群等）
- ・悪性腫瘍（維持治療期の悪性腫瘍、緩和ケア等）

○レポートの作成

到達目標で示す5つのスキルについて、次の報告・作成を行う。

- 1) **インテグレーションスキル**： 包括的診療の実践から学んだ知見と考察
- 2) **コンサルテーションスキル**： 適切なコンサルテーションの実践から学んだ知見と考察
- 3) **コーディネーションスキル**： 医療スタッフ間の調整者としての役割から学んだ知見と考察
- 4) **ファシリテーションスキル**： 多職種協働による患者中心のチーム医療活動の促進・実践から学んだ知見と考察
- 5) **マネジメントスキル**： 各種講習会・セミナーや自院の運営会議等から学んだ病院経営・管理に関する知見と考察

研修内容

1. 外来診療（インテグレーションスキル、コンサルテーションスキル）

総合診療科もしくはそれに準ずる機能を有する診療部門において、「総合外来」を担当する。診断確定及び初期治療は原則として自らが実施し、その後、治癒または病院診療の終了（逆紹介を含む）までのプロセスを可能な限り担当する。また、多様な疾病に対して、1日を通した外来診療を念頭に置き、患者の現在おかれている状況の把握、診察待ち時間の改善へのマネジメント、必要かつ十分な検査の選択と依頼、外来看護師等との連携、他科コンサルテーション、処方管理、患者・家族への説明等の診療の流れが、適切な初期対応とともに円滑に行えるよう努める。

2. 病棟業務（インテグレーションスキル、コンサルテーションスキル）

個々の患者の入院から退院までのプロセスを、患者の視点に立った診療計画のもと実践できることが重要である。そのためには、患者の入院期間全体を通じて効率的な検査・治療の日程を計画し、入院期間を適切に設定できる能力が求められる。必要に応じてカンファレンスを招集して、患者の社会的背景や心理面、倫理面を含めた多様な問題について討議する上でのリーダーとしての役割を務め、退院後の患者の療養場所の検討も率先して行う。さらに病棟全体の患者のコントロールを行い、入退院、転院等を適切に行える能力を身につける。

3. チーム医療の実践（コーディネーションスキル、ファシリテーションスキル）

研修病院が備えるチーム医療の活動（医療安全、ICT、NST、褥瘡、摂食・嚥下、認知症・せん妄等）のメンバーとして、定期的なラウンドやカンファレンス・研修会に参加する。研修の効率性の観点からは複数のチームに関わることが望ましい。特に、医療安全部門に関しては、インシデント・アクシデントの把握や対応策について具体的に学び、リスクマネージャーとしての役割を務める。また M&M（Morbidity & Mortality：合併症及び死亡）カンファレンスの企画・運営を行うなど広範な活動を実践する。また、ICTについてはチームの一員としての活動や院内感染対策委員会への出席などを通して学び、アウトブレイク時の対応にも可能な限り関与する。

4. 病院経営・管理のスキルの習得（マネジメントスキル）

病院経営・管理の能力を身に付けるために、病院の運営会議等への参加を通じて経営状況を把握し、病院が直面する問題点や課題解決の方法などに関する理解を深め、医療資源の適正かつ効率的な活用を努める。医療経営や病院

	<p>マネジメントの一般的素養については、日本病院会が主催する各種講習会・セミナーへの参加を推奨する。ただし、日本病院会主催に限定するものではない。</p>
<p>研修評価（修了認定）</p>	<p>日々の診療の中で、経験値についてのチェックリスト確認と次に示す内容に関するレポートを作成し、病院総合指導医及び病院管理者に提出する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 病院総合指導医及び病院管理者が、病院総合専修医個別のチェックリスト及び到達目標で示す 5 つのスキルに関するレポートを確認・評価する。 2) 病院総合指導医及び病院管理者が責任を持って評価し、病院総合医として推薦できる人物であると判断した場合、修了証明書を施設が発行し、必要書類を日本病院会の 病院総合医認定委員会へ提出する。 3) 日本病院会の病院総合医認定委員会は提出された評価内容について審査し、評価基準を満たしたと判断された場合は認定する。 4) 審査の結果、達成度が不十分と判断された場合は、期間を延長して研修を行い、また必要があれば他施設での研修を行った後、再申請する。
<p>提出物</p>	<p>到達目標で示す 5 つのスキルそれぞれについて、チェックリストおよびレポートを作成し、病院総合指導医及び病院管理者に提出する。</p>
<p>施設認定の詳細</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・日本病院会 病院総合医 育成プログラム基準の理念に賛同し、病院総合医を育成することを目指す日本病院会の会員病院。 ・病院規模や病院機能を踏まえ、総合診療科、もしくはそれに準じた科で研修を行う。 ・自院のみでは目標の達成が困難な場合は、他施設での研修も可能とする。
<p>指導医認定の詳細</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床研修指導医講習会修了者または病院管理者

4) 日本病院協会 HP <http://www.hospital.or.jp/sogoi/> を参考に構成

資料4：かかりつけ医機能研修制度（日本医師会）

制度名	かかりつけ医機能研修制度
運営母体	日本医師会
開始年度	2016年
対象者	地域住民のかかりつけ医となるすべての医師
研修期間	3年（実地研修を満たしていれば、応用研修を原則10時間以上受講することで最短1年で修了。）
更新制度	あり
指導医の認定基準	なし
研修施設認定基準	なし
臨床現場での実践経験	あり
集合研修	あり
パフォーマンス評価	なし
客観試験・面接試験	なし
研修目標	<p>頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、我が国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる医師としての態度、知識、技術を身につける。</p> <p>【かかりつけ医機能】</p> <p>1) 患者中心の医療の実践、2) 継続性を重視した医療の実践、3) チーム医療、多職種連携の実践、4) 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践、5) 地域の特性に応じた医療の実践、6) 在宅医療の実践</p>
研修内容	<p>1. 基本研修</p> <p>日本医師会生涯教育制度 3年で60単位</p> <p>連続した3年間の単位数とカリキュラムコード数（同一コードは加算不可）の合計数が60以上の者に「日医生涯教育認定証」を発行。</p> <p>・単位・カリキュラムコードの取得方法</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 日本医師会雑誌を利用した解答 2) 日医 e-ラーニングによる解答 3) 講習会・講演会・ワークショップ等 4) 医師国家試験問題作成 5) 臨床実習、臨床研修・専門研修制度における指導 6) 体験学習（共同診療、病理解剖見学、症例検討、手術見学等の病診・診診連携の中での学習） 7) 医学学術論文・医学著書の執筆 <p>2. 応用研修</p> <p>修了申請時の前3年間において下記項目より10単位を取得する。</p>

・単位数は各講義ごとに最大2回までカウントを認める。(別日に同一講義を受講した場合も2単位まで取得可能)

・下記1)～6)については、それぞれ1つ以上の講義を受講することを必須とする。

・下記1)～6)については、応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを使用する。

<応用研修会(各1単位)>

- 1) かかりつけ医の「倫理」、「質・医療安全」、「感染対策」
- 2) 「健康増進・予防医学」、「生活習慣病」、「認知症」、「生活期リハビリの実際」、「小児・思春期への対応」、「メタボリックシンドロームからフレイルまで」
- 3) 「フレイル予防、高齢者総合的機能評価(CGA)・老年症候群」、「医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築」、「在宅医療、多職種連携」、「地域医療連携と医療・介護連携」
- 4) 「栄養管理」、「リハビリ」、「摂食嚥下障害」、「社会的処方」、「リーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル」、「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割」
- 5) 「在宅医療・緩和医療」、「終末期医療、褥瘡と排泄」、「認知症、ポリファーマシーと適正処方」、「リハビリと栄養管理・摂食嚥下障害」
- 6) 「症例検討」、「多疾患合併症例」、「在宅リハビリ症例」、「地域連携症例」

<関連する他の研修会>

7) 「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」等※の受講(2単位) ※日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会が主催する当該研修会に準ずる研修会

- 8) 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了(1単位)
- 9) 「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」の修了(1単位)
- 10) 「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の修了(1単位)
- 11) 「日本医学会総会」への出席(2単位)

3. 実地研修

・修了申請時の前3年間において下記項目より2つ以上実施していること。1項目実施につき5単位とし、10単位以上を取得する。活動を行った医師の自己申告による記載の後、群市区医師会長の署名による承認により証明する。

- 1) 学校医・園医、警察業務への協力医
- 2) 健康スポーツ医活動
- 3) 感染症定点観測への協力

	<ul style="list-style-type: none"> 4) 健康相談、保健指導、行政（保健所）と契約して行っている検診・予防接種の実施 5) 早朝・休日・夜間・救急診療の実施・協力 6) 産業医・地域産業保健センター活動の実施 7) 訪問診療の実施 8) 家族等のレスパイトケアの実施 9) 主治医意見書の記載 10) 介護認定審査会への参加 11) 退院カンファレンスへの参加 12) 地域ケア会議等※への参加（※会議の名称は地域により異なる） 13) 医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員 14) 看護学校等での講義・講演 15) 市民を対象とした講座等での講演 16) 地域行事（健康展、祭りなど）への医師としての出務
研修評価（修了認定）	3年間で、上記の基本研修、応用研修、実地研修の規準を満たすこと。
提出物	上記の証明できる資料を都道府県医師会に提出。

5) 日本医師会かかりつけ医機能研修制度 HP <https://www.med.or.jp/doctor/kakari/>を参考に構成

資料5：JCHO 版病院総合医（Hospitalist）育成プログラム（地域医療機能推進機構（JCHO））

制度名	地域医療機能推進機構（JCHO）版病院総合医（Hospitalist）育成プログラム
運営母体	地域医療機能推進機構（JCHO）
開始年度	2017年度～
対象者	卒後6年目以降（後期研修・専攻医研修修了相当）の医師 （内科や総合診療科以外の科の専門医を取得している医師、開業して地域医療に従事することを目指す医師も対象）
研修期間	原則 2年
更新制度	なし
指導医の認定基準	なし
研修施設認定基準	地域医療機能推進機構（JCHO）全国57施設
臨床現場での実践経験	あり
集合研修	なし
パフォーマンス評価	なし
客観試験・面接試験	なし
研修目標	<p>地域医療の実践病院（主に中小病院）における総合内科医、医師不足地域（離島・へき地を含む）で貢献する医師、総合診療が可能な開業医、として地域医療を実践する能力を習得することを目標としている</p> <ol style="list-style-type: none"> 1）総合診療を実践するために必要な臨床推論、臨床疫学、マネジメント等 2）内科を中心とした救急医療、 3）循環・呼吸器管理（集中治療） 4）一般的な感染症管理、 5）在宅医療、 6）5疾病をはじめとした複合疾患、 7）緩和・終末期医療、 8）フレイル・認知症、 9）放射線読影・超音波手技全般。
研修内容	<p>認定施設（JCHO）病院および診療科での勤務による実践研修により認定される。内容は、個々の希望により、申請時に総合診療重点病院、地域研修病院、専門研修病院（診療科・手技）、から、最初に研修希望する2つの病院を提出（必ず地域研修病院は含まれる。）オプションとして、小児科、産科、透析、精神疾患、過疎地域での研修など、ニーズに応じて専門的な研修を受けることができる体制とされる。こうした研修期間や履修内容については、これまでの経験や希望に応じて、柔軟に対応。</p>
研修評価（修了認定）	<p>認定施設（JCHO）病院および診療科での一定期間の勤務自体により認定される。他に知識・技術・態度の実践評価は実施されていない。</p>
提出物	なし

6）独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）版 病院総合医育成プログラム

<https://www.jcho.go.jp/hospitalist/> を参考に構成。

資料6：地域包括医療・ケア認定制度（全国国民健康保険診療施設協議会、全国自治体病院協議会）

制度名	地域包括医療・ケア認定医
運営母体	公益社団法人全国自治体病院協議会 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
開始年度	平成27年 9月に開始
対象者	6年目以上の医師
研修期間	原則3年
更新制度	有
指導医の認定基準	なし
研修施設の認定基準	あり（詳細は後述）
臨床現場での実践経験	有
集合研修	なし
パフォーマンス評価	なし
客観試験・面接試験による評価	なし
研修目標	地域包括医療・ケアの専門性の確立と向上、地域包括医療・ケアを実践している医療機関の機能向上、医師、歯科医師及びコ・メディカル職員の意識高揚と資質向上を図り、地域包括医療・ケアの実践に関する国民の理解を深め普及推進を図るとともに地域住民が安心して相談、利用できる体制を充実すること等を目的としている。
研修内容	認定された施設での診療実践を行う。原則 3年。
研修評価（修了認定）	認定と審査委員会 1) 認定は両協議会の会長が連名で行う 2) 認定施設、認定医、認定専門職の認定・更新・認定の取り消しの審査を行うため「地域包括医療・ケア認定審査委員会」を置く 3) 審査委員会は審査に必要があるときは申請者等に説明をいただく場合がある
提出物	なし
施設認定の詳細	1 認定は認定施設、認定医、認定専門職からの申請に基づいて、次の要件を満たしているかどうかを審査 1) 所属要件（共通） ①全自病協の会員施設であること ②国診協の会員施設であること

③全自病協の会員施設又は国診協の会員施設ではないが、地域包括医療・ケアを実践している施設であること

2) 実績要件

①認定施設 次に掲げる 3 項目の要件をすべて満たしていることが必要です。

i) 地域包括医療・ケアを実践する実績が 5 年以上あること

ii) 所属職員が地域包括医療・ケアに関する学会・研究会への参加又は地域包括医療・ケアに関する研究の実績があること

iii) 新臨床研修制度に積極的に取り組み、研修医の受け入れ・指導に意欲があること

i) の地域包括医療・ケアの実績は次の大分類 - 1 及び大分類 - 2 の要件に該当するものである 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

① 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

② 地域の医療機関との病診（病病・診診）連携が行われている

③ チーム医療を行っている

④ 在宅医療・ケアを行っている

⑤ 地域の保健・医療・福祉（介護）サービスと連携して、必要なひとに、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（具体的な「地域包括医療・ケアに関する実践の状況」は次表）

① 在宅医療・ケアサービス 7 項目のうち、2 項目以上に該当すれば 20 点

② 保健事業 14 項目のうち 2 項目以上に該当すれば 20 点

③ 機能連携 8 項目のうち 3 項目以上に該当すれば 30 点

④ 介護保険事業 13 項目のうち 2 項目以上に該当すれば 20 点

⑤ 保健医療福祉統合 5 項目のうち 1 項目以上に該当すれば 10 点

2. 認定施設の特例施設 前項の認定施設には該当しないが、認定施

	設の特例施設として地域包括医療・ケアの推進 に貢献し、認定施設とともに臨床研修病院群を構成する等新臨床研修制度の理念に則った医師・歯科医師の育成に努めている施設については、認定施設に準じて認定。
指導医認定の詳細	なし

7) 全国国民健康保険診療施設協議会 地域包括医療・ケア認定制度

<https://www.kokushinkyō.or.jp/index/system/tabid/65/Default.aspx> を参考に構成

資料7：日本臨床内科医会認定医・専門医制度（日本臨床内科医会）

制度名	日本臨床内科医会認定医・専門医 制度
運営母体	日本臨床内科医会
開始年度	認定医 1995年～、 専門医 2007年～
対象者	認定医：入会して3年以上の会員 臨床経験 5年以上 専門医：日本臨床内科認定資格ある会員
研修期間	原則3年
更新制度	あり
指導医の認定基準	なし
研修施設の認定基準	なし
臨床現場での実践経験	なし
集合研修	あり
パフォーマンス評価	なし
客観試験・面接試験による評価	なし
研修目標	臨床内科医としての資質の向上をはかり、より良質な医療を提供することを目標とする。
研修内容	<p>1. 認定医は、日本臨床内科医会が認定している下記の学会・各種研修会等の参加による単位認定による。</p> <p>2. 専門医は、論文と筆記試験の評価が加わる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日臨内総会・医学会の参加 実出席 1件 20単位 ・コンベンションDVDでの学習 1件/枚 10単位 4枚まで ・地区内科医会講演会 参加 5単位 ・会誌での指定研修講座 Q&A 8単位/号 ・日臨内監修のビデオでの学習（日臨内DVDシリーズ） 2単位 ・日臨内医学会での発表 10単位（筆頭発表 15単位） ・日臨内会誌での学術発表 10単位（筆頭発表 20単位） ・日臨内主体または共同の臨床研修参画 10単位 ・日本医師会生涯教育 認定証 30単位 ・特別講演会 10単位（1年間20単位分まで） <p>（日本医師会・都道府県医師会・都道府県内科医会が開催している）</p>
研修評価（修了認定）	<p>1. 認定医 日臨内総会・医学会などの出席件数2件以上 総研修単位数 50単位以上</p> <p>2. 専門医 日臨内総会・医学会などの出席件数4件以上（実出席2件以上） 総研修単位数 100単位以上 論文（*1）の合格</p>

	<p>筆記試験（*2）の合格</p> <p>他に知識・技術・態度の実践評価は実施されていない。</p> <p>専門医では、論文と筆記試験の評価が加わる</p>
客観試験、面接試験の有無	<p>専門医では、論文と筆記試験が必要となる。</p> <p>*1) 論文の課題は、医療・保健・福祉に関するものであって、診療の現場からの医師の視点、提言などでもよい。字数は2,000字前後で、主題（タイトル）をつけて「である調」、原則論文形式（序論・本論・結論・考察・文献等）で記載すること。</p> <p>*2 筆記試験は、毎年12月の実施を予定。申請者へ送付される試験問題を指定期日内に解答し、返送する方式。内容は医療・保健・福祉に関連する問題とし、原則として出題範囲は日臨内総会ならびに同医学会の特別講演・シンポジウムなどの内容、日本臨床内科医会会誌に掲載されている内容、標準的な内科学教科書などより出題される。</p>
提出物	上記（専門医の場合）

8) 日本臨床内科医会 HP <https://www.japha.jp/member/koukoku.html> を参考に構成。

医学教育の各段階における総合診療能力の目標設定に関する研究

研究分担者 高村 昭輝

富山大学学術研究部医学系 医学教育学講座 教授

研究要旨

本研究は、日本において期待される総合診療医のコンピテンシーについて検証し、卒前から初期臨床研修、専門研修、そして、生涯教育にシームレスに活用できるコンピテンシーの領域とレベルを設定し、総合診療医の育成に関わる研修システムにおいて共通して使用することができる尺度の開発を目的とした。

国外においては特に総合診療医がその国の医療の大きな役割を担っている国（アメリカ、カナダ、イギリス、オーストラリア）においては国として統一した総合診療医が持つべき能力＝コンピテンシーを規定し、それらを修得するための研修方略と評価がなされていた。また、医師としての発達段階に応じて修得すべきコンピテンシーのレベルも設定されており、卒前から生涯教育に至る段階ごとに評価が可能なレベル別の評価表（マイルストーン）も設定されていた。日本においては、総合診療医を育成する必要性に対する機運は高まっており、一部の学術団体が専門医研修レベルでコンピテンシーを設定し、終了時の評価を行っているところはあるものの、教育システムや教育の質という点では上記の国々に比べて遅れていると言わざるを得ない。本研究ではこれらの日本の状態を一步前進させる目的で、日本の総合診療医の共通のコンピテンシーとその評価可能なレベル段階としてのマイルストーンの作成を試みた。マイルストーンは医学科卒業時から初期臨床研修修了時、中間地点、専門研修修了時、それ以上の5段階に設定し、他診療科から総合診療を目指す医師の評価にも対応できるようなフォーマットとしている。

日本では様々な組織が総合診療医の育成に関わっているが、そのいずれの組織から輩出された総合診療医も共通して国民の要求に応えうるコンピテンシーを修得している状況を担保する必要がある。そのためには、今回作成したマイルストーンを研修現場で活用できるように、より現場で具体的な業務能力を評価するための目標、評価ツールの開発が必要であることが、今回の研究における次の課題として明らかになった。

A. 研究目的

日本における総合診療医の育成には問題が山積している。特に医療者教育の観点ではカリキュラムの基本構成要素である①目標、②方略、③評価を整えることが重要であるが、目標については、卒前医学教育では医学教育モデルコアカリキュラム、初期臨床研修では到達目標、専門研修では総合診療専門医のコンピテンシーという形で各

Phaseにおいて一貫性を持った目標構成になっていない。また、専門研修に限ってみても総合診療医育成に関わる多くのステークホルダーが存在し、それぞれが個別の目標を設定し、それに応じた教育方略を実施し、目標の到達度を評価している。場合によっては目標は提示されず、方略のみが提示され、その方略を完遂すれば到達度は全く評価していない団体なども存在している。今後ま

すまざる増える総合診療医に対する国民からのニーズに応えるという社会的使命を考慮すると、卒前から初期研修、専門研修まで一貫した目標の設定が不可欠である。目標が明確に設定されれば個々のステークホルダーの強みを生かしながら方略の自由度は許容される。同様に評価も担保することが可能となる。そこで本研究では上記の目標について医療者教育の各 Phase、また、各ステークホルダーにおいて統一して用いることができる目標の設定を主たる目的とした。

■ 医学教育の各段階における研修目標の設定

総合診療の領域の学修者の到達度を継続的に評価できるようにするために、卒前教育・臨床研修・専門研修・さらにその上の教育においてシームレスに活用できる研修目標案をベースとして、諸外国の例も参考にしてマイルストーンの作成を行う。

B. 研究方法

本研究テーマについて、シームレスな教育を実現するために、卒前教育・臨床研修・専門研修・生涯教育のそれぞれのフェーズごとに、総合診療能力に関して修得すべき研修目標を設定する。具体的には、国内外の総合診療教育に係る状況を調査確認し、特に総合診療専門医制度の整備基準および研修手帳をベースとして、それぞれのフェーズに合わせて内容の調整を行う。また、項目ごとにレベル別のマイルストーンを設定して、一貫した教育システムの中で、総合診療医としての到達度が評価できるようにする。

令和3年度は、研修目標の項目設定と、一部の項目についてマイルストーンの試行的な設定を行った。

1) 国外の総合診療医の育成に関する調査

諸外国、特に総合診療医が活躍している米国、カナダ、イギリス、オーストラリアなどの教育システムを参考に文献的な検索を行った。(資料)

2) 国内の総合診療医育成に関わる各種学術組織、団体の教育システムにおける目標設定に関する調査検討 (資料)

国内の総合診療医育成に係る学術組織として日本プライマリ・ケア連合学会、日本病院総合診療学会、在宅医療連合学会、日本医師会、全日本病院協会などの総合医育成に係る教育システムにおける目標についての検索を行った。

3) 卒前から、初期臨床研修、専門研修、生涯教育におけるシームレスな目標尺度 (マイルストーン) の作成

上記の1) 2) の調査検討結果から具体的なマイルストーンの作成を行った。(資料)

C. 研究結果

1) 国外の総合診療医の育成に関する調査

米国においては医学部卒業後に総合診療領域(以下 Family Medicine)の専門プログラムに入ることになる。卒前のコンピテンシーと卒後のコンピテンシーはほぼ同じでその下位項目に関して各専門領域で異なったものが設定されている。Family Medicineの領域においても6つのコアコンピテンシーは卒前と同じものが設定されているが、その下位項目として22項目が設定されており、そのそれぞれにマイルストーンと呼ばれる到達レベルが設定されている。

カナダにおいては CanMEDs と呼ばれる1+6つのコアコンピテンシーがやはり設定されており、それらが卒後の Family Medicine の研修でも用いられる。その下位項目として30のコンピテンシーさらにはさらに下位の項目も設定されており、研修ではこれらの到達度を評価する

仕組みになっている。

イギリスで言葉は異なっているが Core Capabilities と呼ばれる到達目標が設定されており、また、マイルストーンとは異なった言葉であるが、Progression point descriptors と呼ばれる進捗段階を評価する仕組みになっている。

オーストラリアでは同じく 5 つのコアコンピテンシーと 15 の下位項目が設定され、総合診療の研修が行われており、それらを評価している。

上記の四つの国々ではいずれもコアコンピテンシーとその下位項目が設定され、それらについて段階的なレベルの設定がなされ、評価に用いられている現状が分かった。特に北米では卒前から卒後にかけて全専門診療科横断的なシームレスなコアコンピテンシーと各診療科独自の下位項目が設定され、評価に用いられていることが分かった。

2) 国内の総合診療医育成に関わる各種学術組織、団体の教育システムにおける目標設定

日本においては日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医並びに新家庭医療専門医は WONCA (世界家庭医機構) の認証を受けた研修プログラムを実施している。そこでは 7 つのコアコンピテンシーと 35 の下位項目を設定し、これらを個々のコンピテンシーに関わる経験症例を省察し、レポートを評価することにより評価を行っている。日本病院総合診療医学会の専門医は特にコンピテンシーの設定や評価は行っていない。在宅医療連合学会の専門医は特にコンピテンシーは定めておらず、医療分野ごとの経験症例をレポートとして提出することで評価を行っている。日本医師会は生涯教育として Web コンテンツの提供を行っている。コンピテンシーの設定をしているが、コンピテンシー自体の評価ではなく、各コンテンツの評価を行っている。全日本病院協会は総合医育成プ

ログラムを提供している。こちらもコンピテンシーの設定はない。

3) 卒前から初期臨床研修、専門研修、生涯教育におけるシームレスな目標尺度(マイルストーン)の作成

日本専門医機構の総合診療領域が掲げる 7 つのコンピテンシーを基本に上記の国内外の総合診療の教育研修に係る文献的調査の結果を踏まえて日本版総合診療マイルストーンの素案を作成した。レベル 1 は医学科卒業時を想定し、レベル 2 を初期臨床研修修了時、レベル 3 を総合診療のマインドを持った他診療科医師、レベル 4 を総合診療専門医、レベル 5 をさらにその上と設定した。(別添資料参照)

D. 考察

1) 国外の総合診療医の育成に関する調査

国外の総合診療における研修においては北米 2 か国では卒前から卒後に一貫したコアコンピテンシーを定め、マイルストーンを設定し、評価を行っている。イギリス・オーストラリアでは卒前とは異なっているものの言葉は違えども総合診療のコアコンピテンシーを設定し、それらのレベルも設定した上で評価を行っており、いずれの国でも国民の求める医療に資する総合診療医の育成を行っていることが分かる。それに比べて、日本のシステムはまだ改善の余地が大きく残されていると言わざるを得ない。

2) 国内の総合診療医育成に関わる各種学術組織、団体の教育システムにおける目標設定

国内においては各種学術団体や組織が総合医の育成に力を入れ始めているが、現状、具体的なコンピテンシーを設定し、それらを評価している組織は限られていることがわかった。また、

どの団体・組織も、総合医の育成ということと同じく目標に掲げているものの団体ごとに修得すべき目標の設定が異なっているため、国民が求める質の担保された総合診療医の育成という観点ではまだまだ課題が多い。

3) 卒前から初期臨床研修、専門研修、生涯脅威kにおけるシームレスな目標尺度（マイルストーン）の作成

今回、日本専門医機構が掲げる総合診療専門医のコンピテンシーを基に卒前から初期臨床研修、専門医研修でも用いることができるマイルストーンの作成を行った。もともとコンピテンシーとはやや漠然とした能力の表記になるため、これを臨床の研修現場で用いるためにこの能力を修得したかどうかを判断するための更なる具体的な評価項目や評価方法が必要となってくる。しかし、上記の総合医育成に係る団体がそれぞれの団体の既存の評価方法で行っているため、その尺度を関連団体で統一して、どの施設でも、どの段階でも、同じ尺度で日本の総合診療医が修得すべきコンピテンシーを評価することができれば、地域で総合診療医として働く医師が、国民の期待に沿う能力を有していることを担保できる可能性がある。

総じて、日本の総合診療を育成している各種団体が統一して使用できるマイルストーンの作成は今後、良質な総合診療医の育成をしていくにあたり、非常に重要な第一歩だと思われる。マイルストーンは各 Phase の目標としても評価としても用いることができる。しかし、これを現場で用いるためにはもう少し、このマイルストーンを目標、評価として使用するための材料となる各 Phase における経験修得すべき疾患、症候、技能、ノンテクニカルスキルなどの詳細項目やまた、現場で求められるより具体的な業務目標の策定とそれを評価するための

Workplace-based Assessment などの評価ツール、国民の目線で考えるとかかりつけ医の能力を見える化するような評価ツールのようなものが必要となる。特に今回のマイルストーンで設定したレベル3、総合診療専門医ではないものの地域医療の現場で総合診療医として患者のマネジメントを行っている医師の質の担保は、今後の日本の地域医療の質の担保に直結するものなので、レベル3の部分を中心に現場での医師の能力判定の共通の物差し=測定ツールとして活用できるものの作成が望まれ、次の Step として作成していく予定である。

E. 結論

国内外の総合診療の教育研修に係る現状を調査し、その実情を基に卒前から初期臨床研修、専門研修、そして、生涯教育に一貫性を持って日本の総合診療医のコンピテンシーを評価するためのツールとしてマイルストーンの作成を行った。これらが臨床研修現場でより効果的に用いられるために更なる評価ツールや具体的な業務目標の設定が必要と考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

1. The Family Medicine Milestone Project. A Joint Initiative of The Accreditation Council for Graduate Medical Education and The American Board of Family Medicine. <https://www.acgme.org/globalassets/PDFs/Milestones/FamilyMedicineMilestones.pdf>
2. CanMEDS-Family Medicine 2017. A competency framework for family physicians across the continuum. <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Medical-Education/CanMEDS-Family-Medicine-2017-ENG.pdf>
3. Royal College of General Practitioners. The Core Curriculum. <https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/GP-training-and-exams/Curriculum-2019/The-Core-Curriculum---final-version---280819.ashx?mw=200&ts=20220517T0127131741&hash=20CFF63748593ACDDBE5292F5E1A4C64F0EADD36>
4. Royal Australian College of General Practitioners. RACGP curriculum and syllabus for Australian general practice. Core Competency framework. <https://www.racgp.org.au/curriculum-and-syllabus/a-guide-to-using-the-curriculum-and-syllabus>
5. 日本プライマリ・ケア連合学会 新・家庭医療専門医制度. <https://www.shin-kateiiryō.primary-care.or.jp/competency>
6. 日本病院総合診療医学会 専門医制度. <http://hgm-japan.com/system/process04/>
7. 日本在宅医療連合学会 専門医制度. <https://www.jahcm.org/system.html>
8. 日本医師会 生涯教育カリキュラム. https://med.or.jp/cme/about/jissi/curriculum_2016_202204.pdf
9. 全日本病院協会 総合医育成プログラム. <https://www.ajha.or.jp/hms/sougou/index.html>

総合診療専門医人材評価基準

1. 包括的統合アプローチ

- ① 疾患のごく初期の診断を確定するのが困難である未分化で多様な訴えの初期診療に対応し、また複数の問題を抱える患者に対しても、安全で費用対効果に優れ、不確実性や自己の限界を踏まえた医療・ケアを提供する能力を身につける。
- ② 日常診療を通じて、恒常的に健康増進や予防医療、リハビリテーションを提供することができる。
- ③ 医師・患者関係の継続性、地域の医療機関としての地域住民や他の医療機関との継続性、診療情報の継続性などを踏まえた医療・ケアを提供する能力を身につける。

2. 一般的な健康問題に対する診療能力

- ① 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、治療法を適切に実施できる。
- ② 総合診療の現場で遭遇する一般的な症候に対し、適切な鑑別診断と初期対応を行って、問題解決に結びつけることができる。
- ③ 総合診療の現場で遭遇する一般的な疾患・病態について、適切なマネジメントができる。
- ④ 地域住民が最初に受診する場において、見逃しがなく安全で効率的な医療・ケアを提供するために、適切な臨床推論の能力を身につける。

3. 患者中心の医療・ケア

- ① 患者中心の医療の方法を修得する。
- ② 家族志向型の医療・ケアを提供するための体系化された方法を修得する。
- ③ 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、複雑な人間関係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とその応用方法を修得する。

4. 連携重視のマネジメント

- ① 患者や家族、地域にケアを提供する際に多職種チーム全体で臨むために、様々な職種の人と良好な人間関係を構築し、リーダーシップを発揮しつつコーディネートする能力を身につける。
- ② 切れ目のない医療および介護サービスを提供するために、医療機関内のみならず他の医療機関、介護サービス事業者等との連携が円滑にできる能力を身につける。

③ 所属する医療機関の良好な運営に寄与するために、組織全体に対するマネジメント能力を身につける。

5. 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ

① わが国の医療制度や地域の医療文化と保健・医療・介護・福祉の現状を把握した上で、地域の保健・医療・介護・福祉事業に対して、積極的に参画する能力を身につける。

② 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。

6. 公益に資する職業規範

① 医師としての倫理性、総合診療の専門性を意識して日々の診療に反映するために、必要な知識・態度を身につける。

② 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。

③ 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。

7. 多様な診療の場に対応する能力

① 外来医療で、幅広い疾患や傷害に対して適切なマネジメントを行うために、必要な知識・技術・態度を身につける。

② 救急医療で、緊急性を要する疾患や傷害に対する初期診療に関して適切なマネジメントを行うために必要な知識・技能・態度を身につける。

③ 病棟医療で、入院頻度の高い疾患や傷害に対応し、適切にマネジメントを行うために必要な知識・技能・態度を身につける。

④ 在宅医療で、頻度の高い健康問題に対応し、適切にマネジメントを行うために必要な知識・技能・態度を身につける。

レベル1：医学部卒業時

レベル2：初期臨床研修修了時

レベル3：総合診療の専門的な研修を受けていない医師

レベル4：日本専門医機構総合診療専門医

レベル5：総合診療専門医のさらに上のレベル

	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5
1. 包括的統合アプローチ	医学部卒業時	初期研修修了時		総合診療専門医	
① 疾患のごく初期の診断を確定するのが困難である未分化で多様な訴えの初期診療に対応し、また複数の問題を抱える患者に対しても、安全で費用対効果に優れ、不確実性や自己の限界を踏まえた医療・ケアを提供する能力を身につける。	初期診断が困難である未分化で多様な訴えを認識できる。 患者が複数の問題を抱えていると認識できる。	初期診断が困難である未分化で多様な訴えを認識し、主たる問題に対して初期対応できる 患者が複数の問題を抱えていると認識し、主たる問題に対して初期対応できる	初期診断が困難である未分化で多様な訴えを認識し、初期対応し、複数の問題を抱える患者に対して、標準的な医療・ケアを提供できる。	疾患のごく初期の診断を確定するのが困難である未分化で多様な訴えの初期診療に対応し、また複数の問題を抱える患者に対しても、安全で費用対効果に優れ、不確実性や自己の限界を踏まえた医療・ケアを提供できる。	未分化で多様な問題や継続的に対応し、多疾患併存など複数の複雑困難な問題を抱える患者に対して、個々の患者の多様性、地域特性に合わせて安全で費用対効果に優れ、不確実性や自己の限界を踏まえた医療・ケアを提供できる。人生の最終段階のケアを苦痛の緩和も含め提供できる
② 日常診療を通じて、恒常的に健康増進や予防医療、リハビリテーションを提供することができる。	健康増進、予防医療、リハビリテーションの必要性の認識できる	健康増進、予防医療、リハビリテーションの必要性を認識し、主たる問題に対して対応ができる	日常診療を通じて、健康増進、予防医療、リハビリテーションの必要性を認識し、標準的な対応ができる	日常診療を通じて、恒常的に健康増進や予防医療、リハビリテーションを提供できる。	個々の患者、地域特性に合わせて生活機能や障害を評価し、恒常的に健康増進、予防医療、リハビリテーションを計画的に提供できる
③ 医師・患者関係の継続性、地域の医療機関としての地域住民や他の医療機関との継続性、診療情報の継続性などを踏まえた医療・ケアを提供する能力を身につける。	医師・患者関係、地域医療機関と地域住民のつながりを認識できる	医師・患者関係、地域医療機関と地域住民のつながりを考えた基本的な医療提供ができる	医師・患者関係、地域医療機関と地域住民のつながりを考えた医療・ケアができる	医師・患者関係の継続性、地域の医療機関としての地域住民や他の医療機関との継続性、診療情報の継続性などを踏まえた医療・ケアを提供できる。	個々の患者、地域特性に合わせて医師・患者関係の継続性、地域の医療機関としての地域住民や他の医療機関との継続性、診療情報の継続性などを踏まえた医療・ケアを提供できる

	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5
2. 一般的な健康問題に対する診療能力	医学部卒業時	初期研修修了時		総合診療専門医	
① 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、治療法を適切に実施できる。	頻度の高い症候及び疾患の初期評価に必要な身体診察ができる	頻度の高い症候及び疾患に初期評価に必要な身体診察及び検査、治療法を実施できる。	頻度の高い症候及び疾患に評価及び治療に必要な身体診察及び検査、治療法を実施できる	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、治療法を実施できる。	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、治療法を個々の患者に合わせて継続的に実施できる。
② 総合診療の現場で遭遇する一般的な症候に対し、適切な鑑別診断と初期対応を行って、問題解決に結びつけることができる。	頻度の高い症候及び疾患の鑑別診断と初期対応を列挙できる	頻度の高い症候及び疾患の鑑別診断と初期対応を行うことができる。	頻度の高い症候及び疾患の鑑別診断と初期対応を行って、問題解決に結びつけることができる	総合診療の現場で遭遇する一般的な症候に対し、適切な鑑別診断と初期対応を行って、問題解決に結びつけることができる。	一般的な症候に対し、鑑別診断と初期対応を行って、個々の患者に合わせて問題解決に結びつけることができる。
③ 総合診療の現場で遭遇する一般的な疾患・病態について、適切なマネジメントができる。	頻度の高い症候及び疾患の標準的なマネジメントを述べられる	頻度の高い疾患・病態について、初期のマネジメントができる	頻度の高い症候及び疾患の継続的なマネジメントができる	総合診療の現場で遭遇する一般的な疾患・病態について、継続的なマネジメントができる。	総合診療の現場で遭遇する一般的な疾患・病態について、個々の患者に合わせて継続的なマネジメントができる。慢性疾患のケアに関して、患者のセルフケアの評価やサポートを行い、継続的な診療を實踐できる
④ 地域住民が最初に受診する場において、見逃しがなく安全で効率的な医療・ケアを提供するために、適切な臨床推論の能力を身につける。	頻度の高い症候及び疾患の基本的な臨床推論を実施できる	安全で効率的な医療・ケアを提供するために頻度の高い症候及び疾患の臨床推論を実施できる	地域住民が最初に受診する場において、安全で効率的な医療・ケアを提供するために頻度の高い症候及び疾患の臨床推論を実施できる	地域住民が最初に受診する場において、見逃しがなく安全で効率的な医療・ケアを提供するために、臨床推論を実施できる。	地域住民が最初に受診する場において、見逃しがなく安全で効率的な医療・ケアを提供するために、個々の患者に合わせて臨床推論を実施できる

	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5
3. 患者中心の医療・ケア	医学部卒業時	初期研修修了時		総合診療専門医	
① 患者中心の医療の方法を修得する。	患者中心の医療とは何かを考察できる	頻度の高い症候及び疾患について患者中心の医療とは何かを考察し、実施できる	単純な事例において患者中心の医療とは何かを考察し、実施できる	総合診療の現場で遭遇する一般的な事例において患者中心の医療の方法を適用できる	複雑な事例において個々の患者に合わせた患者中心の医療を実施できる。患者や家族のライフステージを考慮したケアを提供できる
② 家族志向型の医療・ケアを提供するための体系化された方法を修得する。	家族思考型の医療・ケアとは何かを考察できる	頻度の高い症候及び疾患について家族思考型の医療・ケアとは何かを考察し、実施できる	単純な事例において家族思考型の医療・ケアとは何かを考察し、実施できる	総合診療の現場で遭遇する一般的な事例において家族志向型の医療・ケアを提供するための体系化された方法を適用できる。	複雑な事例において個々の患者に合わせた家族思考型の医療・ケアを実施できる。EBM（Evidence-Based Medicine）を実践し、患者側および医療者側の価値に関する情報収集や構造化を行って、最適な意思決定につなげることができる
③ 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、複雑な人間関係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とその応用方法を修得する。	患者の立場に立った医療面接が実施できる	頻度の高い症候及び疾患について患者との信頼関係を構築し、患者中心の医療面接を実施できる。	単純な事例において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、人間関係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とその応用方法を適用できる。	総合診療の現場で遭遇する一般的な事例において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、複雑な人間関係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とその応用方法を適用できる。	複雑な事例において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、個々の患者に合わせた患者中心の医療面接を行い、複雑な人間関係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とその応用方法を適用できる。

	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5
4. 連携重視のマネジメント	医学部卒業時	初期研修修了時		総合診療専門医	
① 患者や家族、地域にケアを提供する際に多職種チーム全体で臨むために、様々な職種の人と良好な人間関係を構築し、リーダーシップを発揮しつつコーディネートする能力を身につける。	患者や家族、地域にケアを提供する際に多職種チームのコーディネートが必要であることを認識できる	単純な事例においても患者や家族、地域にケアを提供する際に多職種チーム全体で臨むために、様々な職種の人と良好な人間関係を構築し、リーダーシップを発揮しつつコーディネートできる	単純な事例において患者や家族、地域にケアを提供する際に多職種チーム全体で臨むために、様々な職種の人と良好な人間関係を構築し、リーダーシップを発揮しつつコーディネートできる	総合診療の現場で遭遇する一般的な事例において患者や家族、地域にケアを提供する際に多職種チーム全体で臨むために、様々な職種の人と良好な人間関係を構築し、リーダーシップを発揮しつつコーディネートできる	複雑な事例において個々の患者や家族、地域特性に合わせたケアを提供する際に多職種チーム全体で臨むために、様々な職種の人と良好な人間関係を構築し、リーダーシップを発揮しつつコーディネートできる
② 切れ目のない医療および介護サービスを提供するために、医療機関内のみならず他の医療機関、介護サービス事業者等との連携が円滑にできる能力を身につける。	切れ目のない医療および介護サービスを提供するために、医療機関内のみならず他の医療機関、介護サービス事業者等との連携が必要であることを認識できる	単純な事例においても切れ目のない医療および介護サービスを提供するために、医療機関内のみならず他の医療機関、介護サービス事業者等との連携が円滑にできる	単純な事例においても切れ目のない医療および介護サービスを提供するために、医療機関内のみならず他の医療機関、介護サービス事業者等との連携が円滑にできる	総合診療の現場で遭遇する一般的な事例において切れ目のない医療および介護サービスを提供するために、医療機関内のみならず他の医療機関、介護サービス事業者等との連携が円滑にできる	複雑な事例において個々の患者や地域特性に合わせた切れ目のない医療および介護サービスを提供するために、医療機関内のみならず他の医療機関、介護サービス事業者等との連携が円滑にできる。保健・医療・福祉に関連した職種のそれぞれの機能や役割を理解し、それぞれの場面で最適な統合的ケアを提供できる
③ 所属する医療機関の良好な運営に寄与するために、組織全体に対するマネジメント能力を身につける。	所属する医療機関の良好な運営に寄与するために、組織全体に対するマネジメントの必要性を認識できる	所属する医療機関の良好な運営に寄与するために、組織全体に対するマネジメントに貢献できる	所属する医療機関の良好な運営に寄与するために、組織全体に対するマネジメントができる	所属する医療機関の良好な運営に寄与するために近隣医療機関との連携を考慮したマネジメントができる	所属する医療機関の良好な運営、診療の質向上、患者安全に寄与するためにその地域全体を俯瞰したマネジメントができる。継続的な診療の質向上や患者安全に向け、所属する部門や医療機関の改善に向けた取り組みを行える

	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5
5. 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ	医学部卒業時	初期研修修了時		総合診療専門医	
① わが国の医療制度や地域の医療文化と保健・医療・介護・福祉の現状を把握した上で、地域の保健・医療・介護・福祉事業に対して、積極的に参画する能力を身につける。	わが国の医療制度や地域の医療文化と保健・医療・介護・福祉の現状を理解する必要性を認識できる 地域の保健・医療・介護・福祉事業に対して、積極的に参画する必要性を認識できる	わが国の医療制度や地域の医療文化と保健・医療・介護・福祉の現状を理解できる 地域の保健・医療・介護・福祉事業を理解できる	わが国の医療制度や地域の医療文化と保健・医療・介護・福祉の現状を把握できる 保健・医療・介護・福祉事業に対して、貢献できる	わが国の医療制度や地域の医療文化と保健・医療・介護・福祉の現状を把握した上で、地域の保健・医療・介護・福祉事業に対して、積極的に参画できる	わが国の医療制度や地域の医療文化と保健・医療・介護・福祉の現状を把握した上で、地域の保健・医療・介護・福祉事業に対して、脆弱な集団のケアや健康の社会的決定因子を考慮したリーダーシップがとれる
② 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	地域の現状から見出される基本的な健康関連問題を認識できる 基本的な問題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する必要性を認識できる	地域の現状から見出される基本的な健康関連問題を理解し、問題解決に対して主たる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	地域の現状から見出される基本的な健康関連問題を把握し、問題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	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	地域の現状から見出される健康関連問題を包括的に把握し、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脆弱な集団のケアや健康の社会的決定要因を考慮し、患者やコミュニティのアドヴォケイト（擁護者／代弁者）としてリーダーシップがとれる

	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5
6. 公益に資する職業規範	医学部卒業時	初期研修修了時		総合診療専門医	
① 医師としての倫理性、総合診療の専門性を意識して日々の診療に反映するために、必要な知識・態度を身につける。	医師としての倫理性を意識して日々の診療を行う必要性を認識できる	医師としての倫理性を意識して日々の診療に反映できる	医師としての倫理性、総合診療の専門性を意識して日々の診療に反映できる	医師としての倫理性、総合診療の専門性を意識して日々の診療に反映できる	医師としての倫理性、総合診療の専門性を意識し、倫理的な困難な事例に関しても合理的な意思決定ができる
② 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。	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の必要性を認識できる	基本的な診療能力を維持し、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	標準的な診療能力を維持し、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ことができる	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ことができる	常に最高レベルの総合診療能力を維持し、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ことができる
③ 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。	教育者あるいは研究者として啓発活動や学術活動に貢献する必要性を認識できる	教育者あるいは研究者として啓発活動や学術活動に貢献することができる	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に貢献することができる	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ことができる。	日本の医学の発展に貢献するために、特に総合診療領域の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ことができる。

	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5
7. 多様な診療の場に対応する能力	医学部卒業時	初期研修修了時		総合診療専門医	
① 外来医療で、幅広い疾患や傷害に対して適切なマネジメントを行うために、必要な知識・技術・態度を身につける。	外来医療で、基本的なマネジメントを行うために、必要な知識・技術・態度があることを認識できる	外来医療で基本的な疾患や傷害に対して基本的なマネジメントができる	外来医療で頻度の高い疾患や傷害に対して標準的なマネジメントができる	外来医療で、幅広い疾患や傷害に対して標準的なマネジメントができる	外来医療で、複雑な事例において疾患や傷害に対して個々の患者に合わせたマネジメントができる
② 救急医療で、緊急性を要する疾患や傷害に対する初期診療に関して適切なマネジメントを行うために必要な知識・技能・態度を身につける。	救急医療で、緊急性を要する基本的な疾患や傷害に対する初期診療に関して基本的なマネジメントを行うために必要な知識・技能・態度があることを認識できる	救急医療で、緊急性を要する基本的な疾患や傷害に対する初期診療に関して基本的なマネジメントができる	救急医療で、緊急性を要する基本的な疾患や傷害に対する初期診療に関して標準的なマネジメントができる	救急医療で、緊急性を要する疾患や傷害に対する初期診療に関して標準的なマネジメントができる	救急医療で、複雑な事例において緊急性を要する疾患や傷害に対する初期診療に関して個々の患者に合わせたマネジメントができる
③ 病棟医療で、入院頻度の高い疾患や傷害に対応し、適切にマネジメントを行うために必要な知識・技能・態度を身につける。	病棟医療で、基本的な疾患や傷害に対応し、基本的なマネジメントを行うために必要な知識・技能・態度があることを認識できる	病棟医療で、基本的な疾患や傷害に対応し、基本的なマネジメントができる	病棟医療で、基本的な疾患や傷害に対応し、標準的なマネジメントができる	病棟医療で、入院頻度の高い疾患や傷害に対応し、標準的なマネジメントができる	病棟医療で、複雑な事例において疾患や傷害に対応し、個々の患者に合わせたマネジメントができる
④ 在宅医療で、頻度の高い健康問題に対応し、適切にマネジメントを行うために必要な知識・技能・態度を身につける。	在宅医療で、基本的な健康問題に対応し、基本的なマネジメントを行うために必要な知識・技能・態度があることを認識できる	在宅医療で、基本的な健康問題に対応し、基本的なマネジメントができる	在宅医療で、基本的な健康問題に対応し、標準的なマネジメントができる	在宅医療で、頻度の高い健康問題に対応し、標準的なマネジメントを実践できる	在宅医療で、複雑な事例において健康問題に対応し、個々の患者に合わせたマネジメントができる

総合診療医を養成する研修プログラム（ノンテクニカルスキル）の
オンライン化に関する研究

研究分担者 吉本 尚

筑波大学医学医療系 地域総合診療医学 准教授

研究要旨

オンライン研修は、従来の集合研修と比較して、臨場感に欠ける、双方向性のコミュニケーションがとりにくいなどのデメリットがある一方で、地域を離れずに参加できる大きなメリットがある。本研究では、オンライン研修であっても能動的学修ができる、教育効果の高いノンテクニカルスキルの研修プログラムを開発することで、COVID-19の感染状況に左右されることなく、またこれまで教育機会に恵まれなかった、離島・へき地等で地域医療の第一線を担う医師を含めて、より多くの医師が、確実に総合診療医としてのレベルアップを図ることが可能になる。

ノンテクニカルスキルは「テクニカルスキルを補って完全なものとする認知的、社会的、そして個人的なリソースとしてのスキルであり、安全かつ効率的なタスクの遂行に寄与するもの」と定義されている。医療安全のみならずリーダーシップやコミュニケーションスキルなどにより組織力を向上させることが可能であり、これからの医療の未来を切りひらくための必須のスキルである。ノンテクニカルスキル研修プログラムの開発として、対面式の研修の一部をオンライン化した。令和3年度は「つくばノンテク道場」として対面式で実践していたノンテクニカルスキル研修を一部オンライン化し、受講者の満足度、オンライン研修実施における障壁等をアンケート調査した。

A. 研究目的

ノンテクニカルスキル研修を対面式からオンラインでの実施に切り替えた際の、受講者の満足度、オンライン化における障壁について調査を行う。

B. 研究方法

「つくばノンテク道場」として対面式で実践していたノンテクニカルスキル研修を、令和3年度はオンライン化した。それぞれのオンライン研修参加者に対して、1) 研修内容の理解、2) 業務への適応、3) 研修の進め方、4) 研修のペース

配分、5) 研修のボリューム、6) オンライン研修への参加困難について5段階で聴取した。

C. 研究結果

オンライン化した研修は9種類で、のべ11回実施された（表1）。MBTI 基礎、コンフリクト・マネジメントは定員の関係で2回実施された。内容理解、業務適応、進め方やペース配分、ボリュームについては比較的許容されたが、オンライン研修への参加困難に関しては2月・3月実施分について困難と感じたものが多かった（表2-12）。

D. 考察

オンライン化が可能であった研修は、ワークなどがオンラインでも対面同様もしくは類似の内容に切り替えられるものであり、今年度オンラインに切り替えられなかった研修も複数残っている。それらの切り替えが来年度以降の課題である。

対面と比較し、オンライン研修参加に関する障壁が最も課題として挙げられた。「つくばノンテク道場」での研修は1月-12月での年度切り替えであり、切り替え直後の2月、3月の研修では、困難さを感じるものが多かったことがうかがえた。また研修内容によっては困難さを感じると答えるものが多いものも存在し、オンラインツールの操作等に困難さを感じていたと思われる。現在も研修前に別日を確保し、操作法等のオリエンテーションを個別・集団指導しているが、研修初期や使い慣れないツール等がある場合には、よりサポートをしていく必要がある。

E. 結論

ノンテクニカルスキル研修を対面式からオンラインに切り替えたが、参加者の満足度は一定以上保たれた。オンライン研修への参加困難に関しては慣れの問題も大きく、参加初期のサポートを手厚く行っていく必要がある。来年度以降も引き続き、オンライン化できていない研修の切り替えを継続的に行っていく予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1 令和3年度に開発・実施したオンライン研修一覧

日時	方法	内容
令和3年		
4月11日(日)	オンライン	MBTI基礎
5月15日(土)	オンライン	現場での効果的な教育方法
6月5日(土)	オンライン	コンフリクト・マネジメント
7月4日(日)	オンライン	問題解決①ロジカル思考
9月23日(木祝)	オンライン	TEAMS-BP/TEAMS-BR
10月10日(日)	オンライン	MBTI基礎
10月24日(日)	オンライン	コンフリクト・マネジメント
11月21日(日)	オンライン	問題解決②システム思考
12月26日(日)	オンライン	MBTI応用
令和4年		
2月23日(水祝)	オンライン	TEAMS-BI
3月27日(日)	オンライン	ミーティング・ファシリテーション

表2 4月11日 MBTI基礎 (N=33)

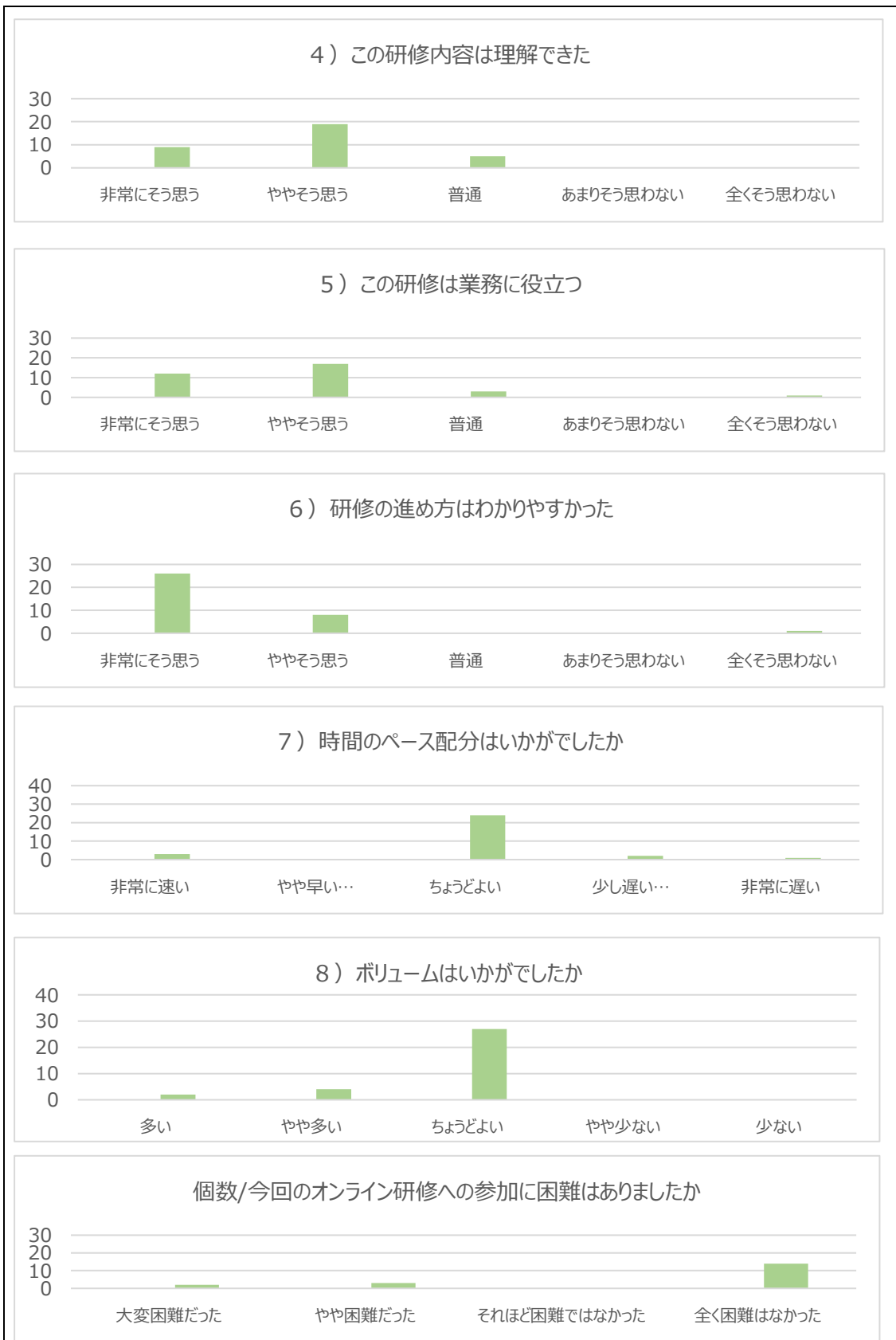


表 3 5月15日 現場での効果的な教育方法 (N=34)

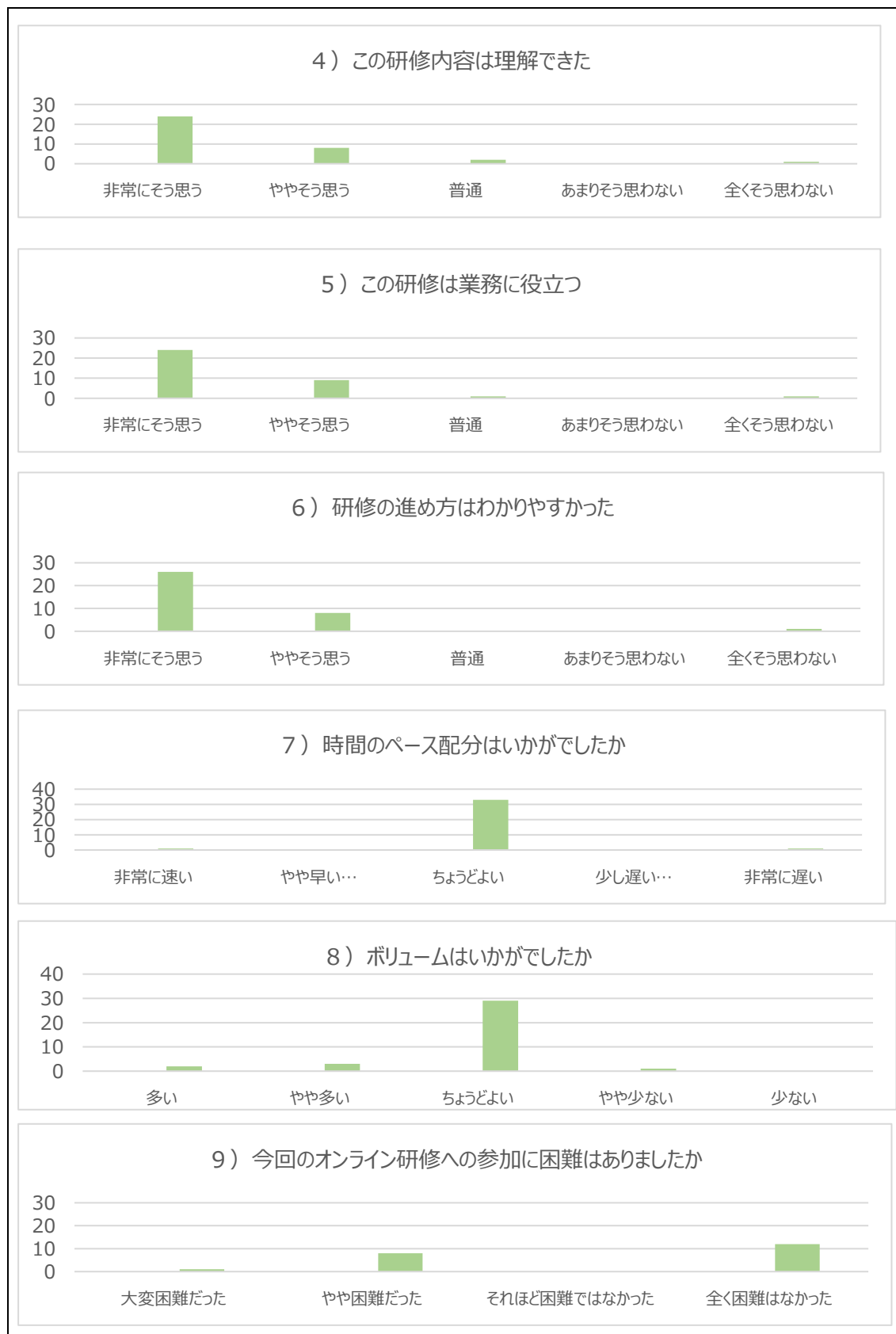


表 4 6月5日 コンフリクト・マネジメント (N=38)



表 5 7月4日 問題解決①ロジカル思考 (N=34)

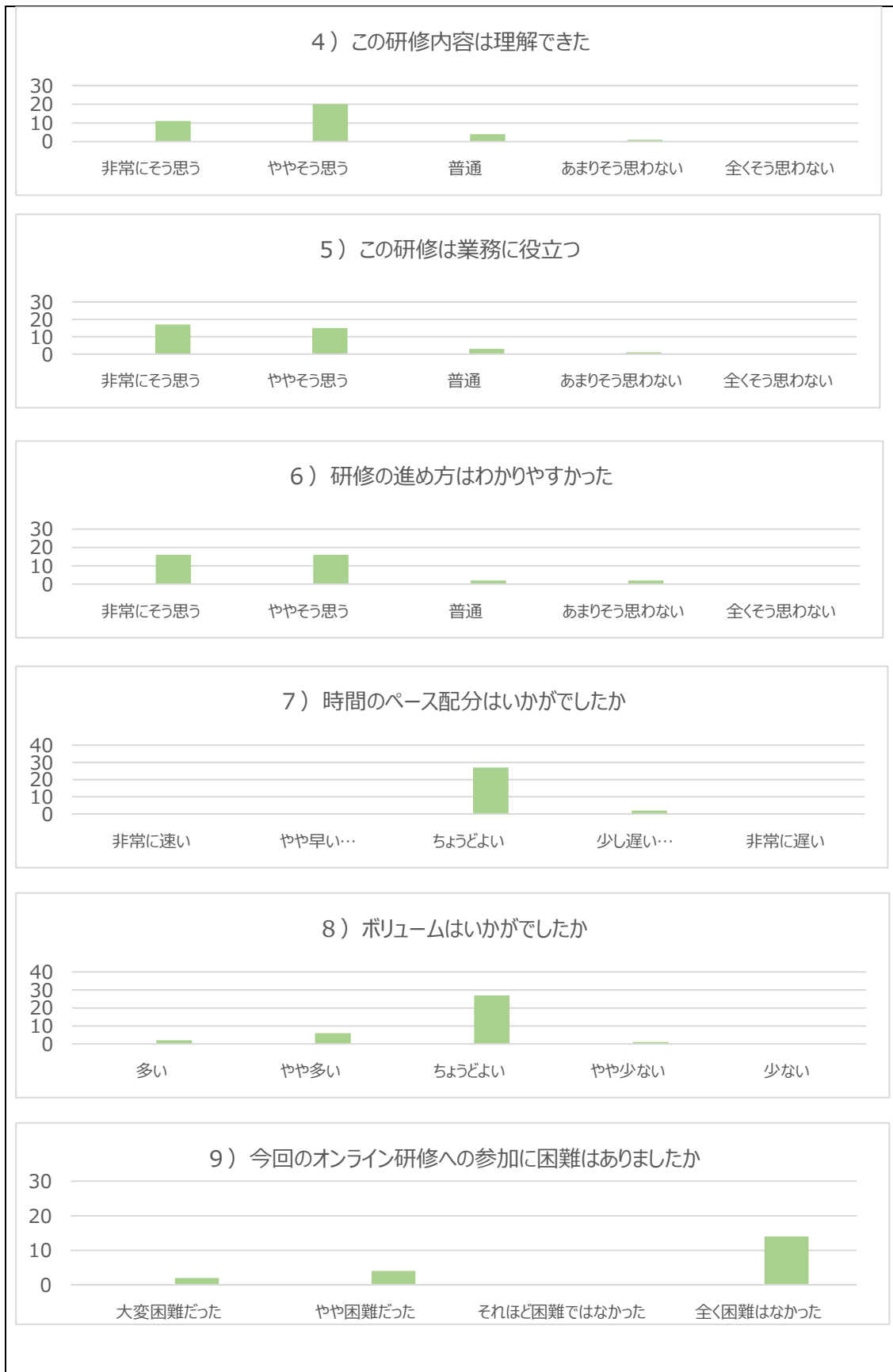


表 6 9月23日 TEAMS-BP/BR (N=54)

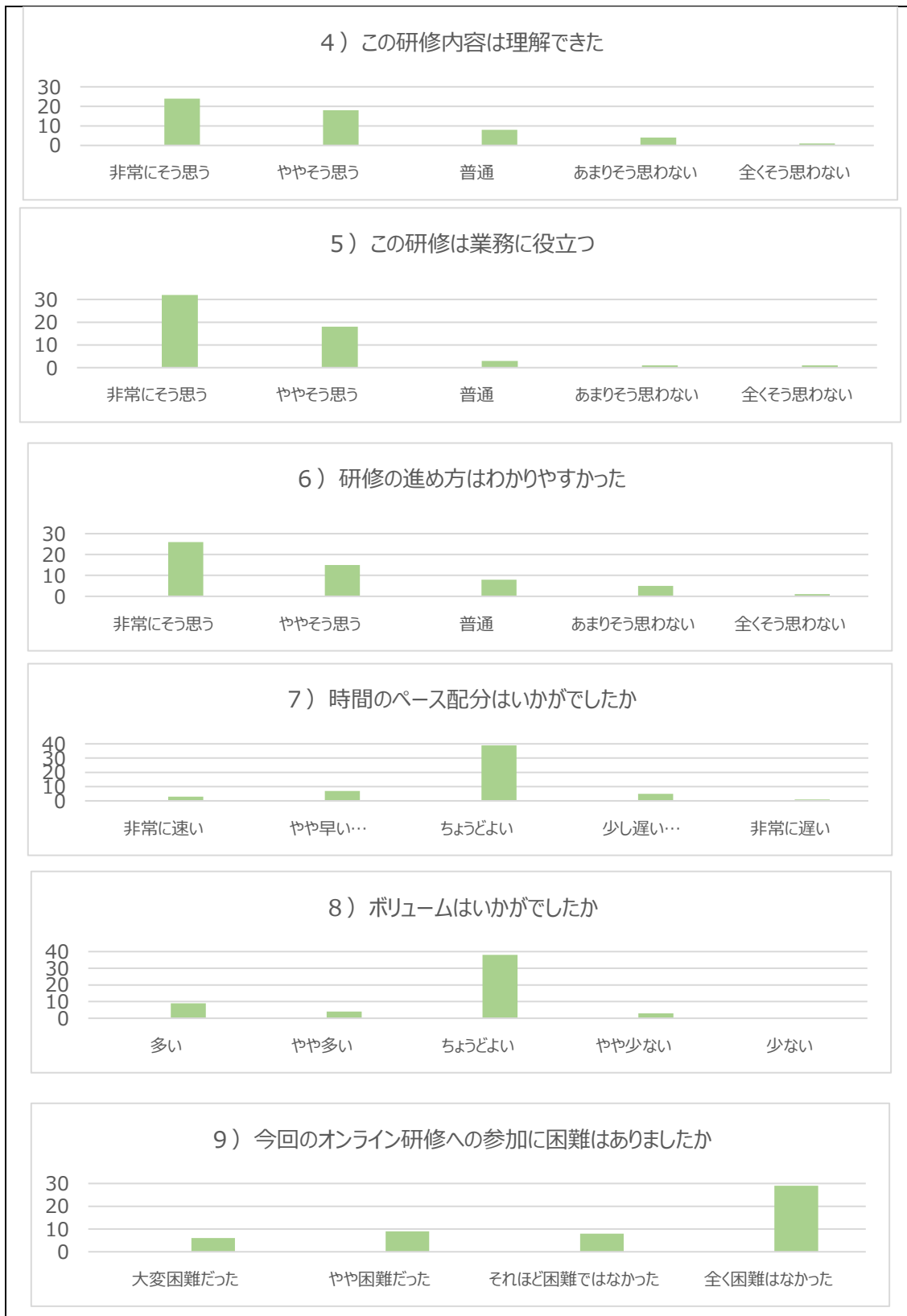


表 7 10月10日 MBTI 基礎 (N=27)



表 8 10月24日 コンフリクト・マネジメント (N=26)



表9 11月21日 問題解決②システム思考 (N=44)

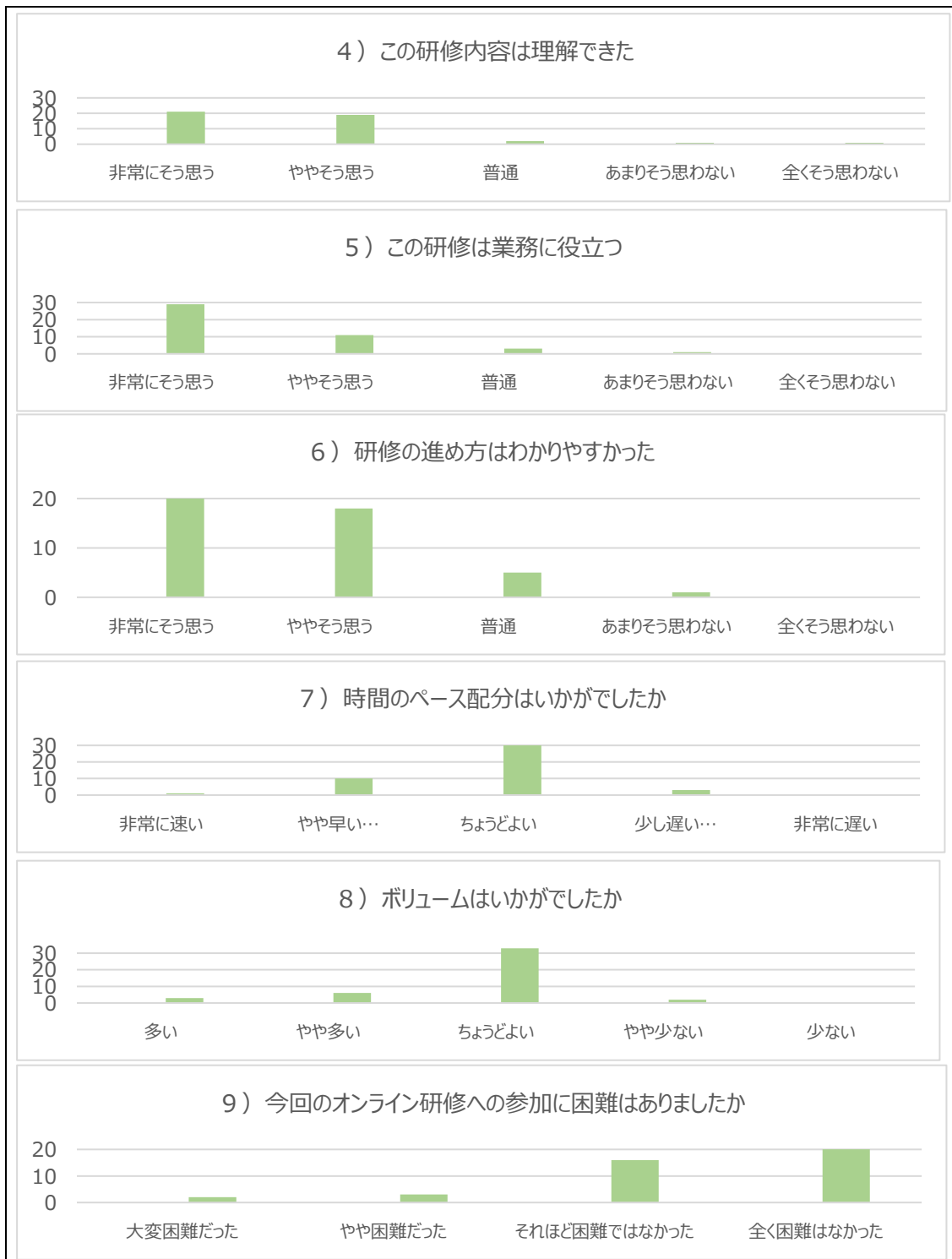


表 10 12月26日 MBTI 応用 (N=29)



表 11 2月23日 TEAMS-BI (N=43)

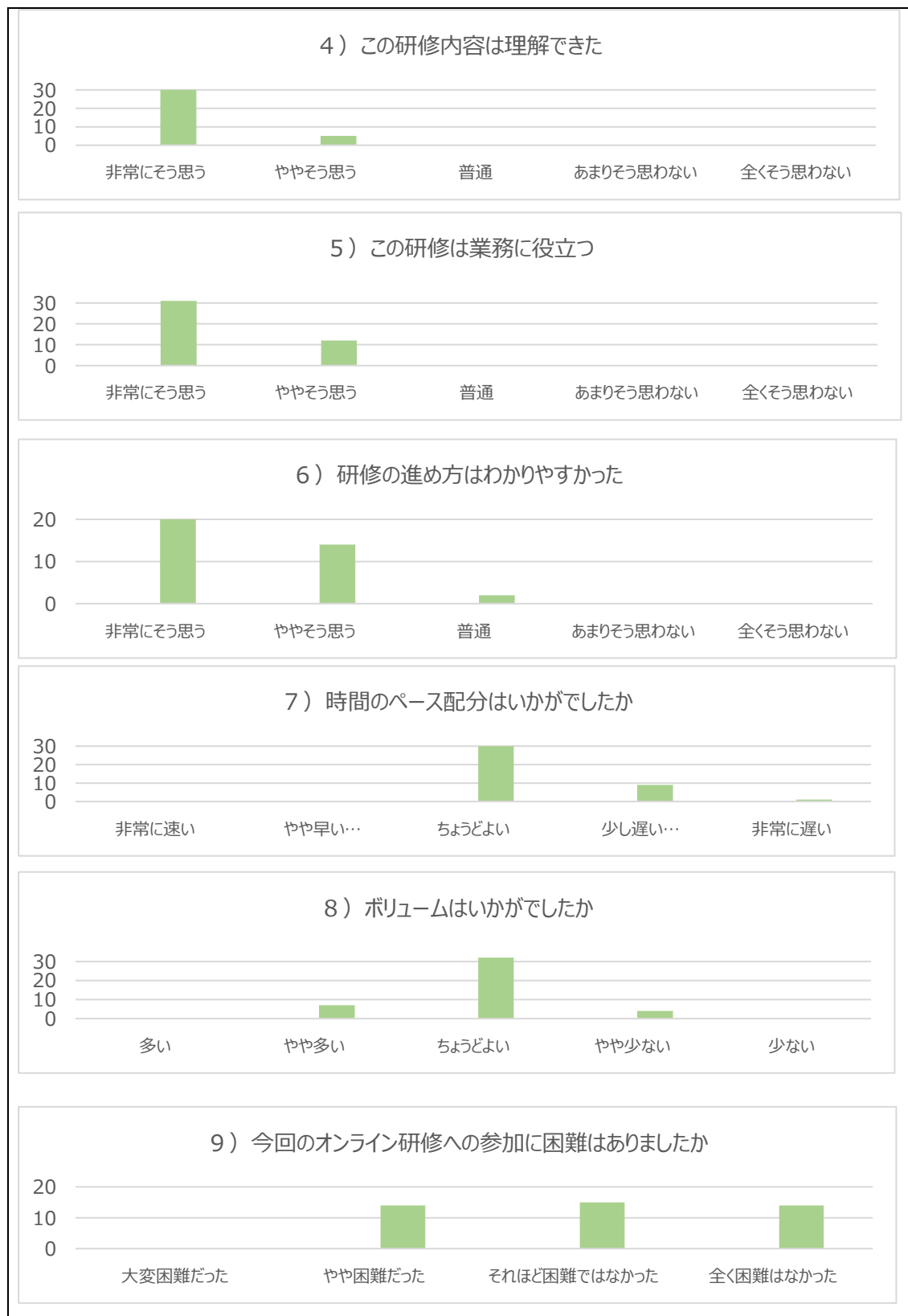


表 12 3月27日 ミーティング・ファシリテーション (N=42)



総合診療医を養成する研修プログラム（診療実践）のオンライン化に関する研究

研究分担者 稲葉 崇

筑波大学医学医療系 地域総合診療医学 助教

研究要旨

プライマリ・ケア・セッティングにおいて日常よく遭遇する疾患・病態に対して、適切な初期対応とマネジメントができる能力を修得することを目的として開発された教育プログラムのオンライン化を行った。対面での内容をオンライン開催に即した内容に変更し様々な工夫をすることで多くのコンテンツを実際に運営することができ、オンラインでもコースの目的を十分果たせるクオリティーのプログラムが実施できることが示唆された。

初期救急やマイナーエマージェンシーへの初期対応をテーマとしたコースは、模擬症例へのリアルタイムな対応を行う実技などが含まれたオンライン化が難しい内容であった。そのため、オンラインでの救急対応トレーニングが可能となるような新たなシステムの開発や、参加者の手元にあらかじめ郵送することでオンラインでも実技トレーニングを行うことができるモデルの開発を行った。来年度はそれらを実際に活用したコースにおいて、対面と遜色ないレベル、もしくは対面以上のレベルの教育プログラムを引き続き開発していく予定である。

A. 研究目的

高齢患者が著増する中で地域包括ケアシステムを効果的に実現させるために、プライマリ・ケアにおいては今後、臓器別にとらわれない幅広い診療、多様なアクセスを担保する診療、そして、多職種からなるチーム医療のマネジメントなどが実践できる組織であることが求められている。さらには、予防・健康増進や介護施設との連携など、患者の生活全体を視野に入れた機能を構築する必要がある。そのためには、総合的・俯瞰的にプライマリ・ケアの機能の改善をはかることができ、かつ組織の運営に積極的に関与できる人材としての医師の育成が重要となる。これらの課題の解決に取り組む人材として総合診療専門医が注目を集めているが、その養成制度は2018年度に始まったばかりであり、総合診療専門医が全国的に行き渡るには相当の年数を要する。

一方で、現場の医療の変化は待ったなしの課題

であり、地域で働く一定のキャリアを持つ医師の中には、個々の有する専門性や経験を生かしつつ、このような患者像の変化に対応して、さらに診療の幅を広げ、新たなキャリア形成を志向する医師も増えてくることが予想される。さまざまな学会・団体がそのような医師の学習を支援するプログラムを導入している。（分担研究1参照）。しかしながら、COVID-19の流行により対面でのレクチャーを行うことが難しくなり、プログラムを計画通りに運営することができない状況となっていた。その一方で、各種サービスやインフラの整備が進んだ結果、オンラインでの研修環境は格段に向上した。

そこで本研究では、COVID-19の感染状況に左右されないオンライン研修の良さを生かしつつ、可能な限り能動的学修を取り入れることによって、地域に居ながら実践力を修得できる教育プログラムおよび教材を開発することとした。

我々は、全日本病院協会と日本プライマリ・ケア連合学会の協力の下で、両者が実施している総合医育成プログラムを対象として、対面研修のオンライン化を図ることとした。同プログラムは、2018年度より対面方式の研修として導入され、その中でも診療実践コースについては、プライマリ・ケア・セッティングにおいて日常よく遭遇する疾患・病態に対して、適切な初期対応とマネジメントができる能力を修得することを目標として設計されている。診療実践コースの中でも、一次～二次医療機関のセッティングにおける初期救急をテーマとする研修コースである Triage & Action (以下 T&A) コースについては、対面実施の際には模擬患者並びにモニター心電図などを模擬的に表示するシステムを用いて救急対応を実際に行うシミュレーション教育の手法がとられていた。これは一般的な Web 会議システムなどを用いてオンライン化することが非常に難しい内容であったため、本研究ではオンラインで救急対応トレーニングが可能となるようなシステムの研究開発を行う。

また、眼科や耳鼻科などの領域におけるマイナーエマージェンシーへの初期対応をテーマとする研修コースである T&A マイナーコースについては、鼻出血や耳異物の除去などを、耳や鼻の模型を用いて実技演習を行っていた。この演習についても、オンラインでの実施が可能となるような機材の研究開発を行う。

B. 研究方法

1、診療実践コースのオンライン化での実施

全日本病院協会/日本プライマリ・ケア連合学会が行う総合医育成プログラムにおいて、2021年度に開催された 10 回の診療実践コースをオンライン化した。オンラインでの開催に当たっては、既存の対面での内容をそのまま施行するのではなく、受講者が集中力を持続させられるようにブ

レークアウトセッションをとり入れたり、実演指導のハンズオンなどを新たに追加したりするなどの工夫を行った。

2、オンラインでの T&A マイナーコース実施におけるトレーニング機材開発

T&A マイナーコースで用いている耳や鼻の模型について、オンラインで開催できる方法を検討した。具体的には、オンラインで研修を行う際に、受講生それぞれの手元に模型がある状態を作り、模型を使いながら実技演習を行えるようにする必要がある。そのためには、既存の模型を安価で大量に作成しディスプレイとする方法、既存の模型の数を増やし、受講者に郵送し、使用後は回収する方法が考えられる。これらの方法のうち、どちらが望ましいかを検証し、実際に T&A マイナーコースがオンラインで運営できる体制を整える。

C. 研究結果

1、診療実践コースのオンライン化での実施

表 1 の通り、10 回の診療実践コースをオンラインで行った。受講者からは、「オンライン形式の研修を初めて受けましたが、始まる前は不安が多かったのですが思ったよりスムーズに受講することができよかったです。内容も面白く長時間でしたが楽しめました。」「東京へ行くのは時間的に大変だったので、オンラインは助かります。」「オンラインの研修は、その場で気になることをすぐ調べ、すぐにチャットで質問をすることもできるため、マルチタスクをするため、一時的に講義に集中しない場面もありますが、自分の疑問をすぐに解決するという意味では能動的かつ積極的な受講となっているため、とても良いと思います。」など、オンラインでの開催に好意的な意見が多く寄せられた。

表 1 2021 年診療実践コース 開催内容

日程	場所	テーマ	講師名（ご所属） ※敬称略	参加人数
2021年02月21日（日） 9:30～16:30	オンライン	小児科	高村 昭輝（金沢医科大学 医学教育学） 山本 正仁（長浜赤十字病院 小児科）	64名
2021年03月07日（日） 9:30～16:30	オンライン	EBM	南郷 栄秀（JCHO東京城東病院 総合診療科）	63名
2021年04月25日（日） 9:00～16:00	オンライン	認知症	藤谷 直明（大分大学医学部総合診療・総合内科学講座）	84名
2021年05月08日（土） 13:00～19:00	オンライン	呼吸器領域	森川 暢（市立奈良病院総合診療科） 原田 拓（昭和大学江東豊洲病院 総合診療科） 松本 真一（悠翔会在宅クリニック北千住） 森川 昇（洛和会音羽病院呼吸器内科） 近藤 猛（名古屋大学医学部附属病院 総合診療科） 瀧藤 重道（このみ薬局）	79名
2021年06月26日（土） 13:00～19:00	オンライン	皮膚科	田口 詩路麻（水戸協同病院皮膚科）	84名
2021年07月18日（日） 9:30～16:30	オンライン	精神科	今村 弥生（杏林大学医学部精神神経科）	78名
2021年08月28日（土） 13:00～19:00	オンライン	臨床推論	和足 孝之（島根大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター）	49名
2021年09月04日（土） 13:00～19:00	オンライン	循環器	渡辺 重行（水戸協同病院）	44名
2021年10月23日（土） 13:00～19:00	オンライン	消化器	松口 崇央（九州労災病院）	54名
2021年12月05日（日） 9:00～16:00	オンライン	耳鼻科	高橋 優二（井上病院総合内科） 梅木 寛（梅木耳鼻科） 宮崎 浩充（長町南めまい耳鼻咽喉科クリニック）	67名

診療実践コース開催の様子



2、オンラインでの T&A コース実施におけるシステム開発

リモート T&A トレーニングシステムのプロトタイプを開発した。操作はインストラクターがコントローラーを操作することによって行うシステムとなっており、自宅や職場からオンラインで参加している複数の受講者の画面に、同期した形で表示することができるものとなっている。このコントローラーを操作することで、オンラインの画面に模擬患者を登場させ、受講者の行った処置に対してオンライン上でモニターを出現させたり、バイタルサインを変更したり、検査所見を提示することができる。対面の際に行っていた模擬症例と同じ模擬症例をこのシステム内に搭載し、対面とほぼ同じ形での研修実施が可能となっ

た。

今年度はプロトタイプをまず開発し、実際にテストを行う中で、接続環境やファイアーウォールが原因と思われるエラーに対応したり、インストラクターが講習をやりやすいようにコントローラーの詳細を変更したりするなど、実際の研修で活用できるように少しずつ改良を行っている段階である。

3、オンラインでの T&A マイナーコース実施におけるトレーニング機材開発

ディスプレイの耳鼻模型の開発を試みた。シリコンで作成を試み、実際に試作品まで作成をしたが、人体の複雑な構造をシリコンで模擬するには技術的な問題が発生した。また、ディスプレイとするには金額的に実現が難しいことがわかった。そのため、ディスプレイの模型を作成する方法は採用しない方針とし、既存のプラスチック模型を増備して再使用しながらオンラインでの開催を行っていく方針とし、その模型の調達を行った。

D. 考察

診療実践コースのオンライン化は、多くのコンテンツにおいて問題なく実現され、参加者からの満足度も非常に高かった。また、10回のコースを運営していく中でオンラインでの教育コンテンツの提供に関するスキルも上がり、よりスムーズな運営が可能となっていた。

T&A コースについては、システムを開発し実際にコース実施が可能なレベルまで改良が進んでおり、来年度は実際に受講者を対象にしたコース運営を企画する予定である。

T&A マイナーコースについても、来年度は実際に模型を参加者に郵送してのオンラインでの開催を行う予定である。

診療実践コースは、前述の通りプライマリ・ケア・セッティングにおいて日常よく遭遇する疾

リモート T&A トレーニングシステムの様子



患・病態に対して、適切な初期対応とマネジメントができる能力を修得することが目的であるが、オンラインでもその目的を十分果たせるクオリティのプログラムが実施できることが示唆された。実際の教育効果については他の分担研究で検証が行われているが、その結果も踏まえながら、対面と遜色ないレベル、もしくは対面以上のレベルの教育プログラムを引き続き開発していく。

E. 結論

診療実践コースのオンライン化を行うことができた。T&A コース及び T&A マイナーコースについては、オンライン実施に必要なシステムや模

型の整備を行い、来年度以降実施予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
分担研究報告書

総合診療医を育成するオンライン研修プログラムの教育効果の検証に関する研究

研究分担者 久野 遥加
筑波大学医学医療系 地域総合診療医学 助教

研究要旨

COVID-19の感染拡大に伴い、感染状況に左右されないオンライン研修会が急速に普及しているが、オンラインプログラムの教育効果に関する検証は十分ではない。本研究では、総合診療医を育成するための、双方向のオンラインプログラムの教育効果について検討した。

評価方法としては、日常診療における総合診療医の専門的な知識・スキルの修得と実践に関する状況を重点的に測定するため、研修前/研修後の調査だけでなく、研修期間中のプログレス評価（進捗状況の評価）および研修修了後のフォローアップ評価を行う計画とした。フォローアップ評価の項目としては、研修の受講により、地域の現場での診療の改善につながっているかを効果的に評価することに主眼をおき、項目を作成した。

評価スケジュールに関しては、受講者によって修了までの期間が異なることを考慮し、調査の実現可能性の観点から、半年毎に調査を行う計画とした。フォローアップ評価の評価項目に関しては各論（診療実践・ノンテクニカルスキル）で、受講生が普段の診療では行っていないことが多い診療で、かつ研修を受講することによって診療の範囲を広げることが期待される内容に項目を絞り、簡便さも考慮し、研究者間で協議を行い作成した。今後は、立案した評価スケジュールに沿ってWebアンケートによるフォローアップ評価を行い、調査結果の分析により本オンラインプログラムの教育効果の検証していく予定である。

A. 研究目的

総合医育成においては、幅広い徴候・疾患の初期対応やマネジメントを行うための診療能力を身につける必要があるが、研修の教育効果を長期的・実践的な視点で検証していくことが重要である。

そのためには、研修直後の知識の確認だけではなく、研修で学習した内容が、実際に研修者の診療範囲の拡大につながっているかをモニタリングしていく必要がある。

特に、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、オンサイトでの研修が制限される一方で、最近ではオンラインで受講できる研修会・セミ

ナーが急速に普及しているが、オンサイトの研修と同等の研修効果が得られるのか、その教育効果に関する検証は十分に行われていないのが現状である。

そこで本研究では、総合診療医を育成するための、能動的学修を取り入れたオンラインプログラムの教育効果について、日常診療における総合診療医の専門的な知識・スキルの修得と実践に関する状況を重点的に評価できるよう評価項目を作成することを目的とした。

B. 研究方法

全日本病院協会、日本プライマリ・ケア連合学会、筑波大学附属病院総合臨床教育センターとの

連携の下で実施されている、総合医育成プログラムを対象として、その教育効果を測定するための評価項目を作成した。研修前/研修後の評価だけではなく、研修プログラムの受講により、地域の現場での診療の改善につながっているかを評価するため、フォローアップ調査の項目を検討した。

1) 評価スケジュールの作成 (資料1 参照)

診療実践コース (全 22 回)、ノンテクニカルコース (全 10 回) の各セッションについて、セッション終了直後に Web アンケートによる確認テストを用いて、セッション内容の理解度の評価を実施するための評価スケジュールを立案した。

2) 評価項目の検討

本プログラムでは「実臨床において総合診療医として一歩踏み出すこと」を目標としているため、「受講後に、日々の診療現場での実践に変化があったか」、「自信をもって学習した領域の診療や業務に取り組むことができるようになったか」を効果的に測ることに主眼を置いて評価スケールの作成を行った。

C. 研究結果

1) 評価スケジュールの作成 (資料1 参照)

実践していく中での知識の定着を意識して年間スケジュールの作成を行った。教育効果の検証のため、プログレス評価 (進捗状況の評価) として、コース開始時のベースライン調査およびコース開始の 1 年後、2 年後及び修了時評価を行い、さらに、フォローアップ評価として、修了から 6 か月～1 年後に Web アンケートによる評価を実施する計画とした。

実際の調査は、受講者によって修了までの期間が異なることを考慮し、調査の実現可能性の観点から、半年ごとにまとめて調査を行うこととした。そのため、調査時期については、修了

から 6 か月～1 年後、および修了から 18 か月～2 年後と設定した。

2) 評価項目の検討 (資料2 参照)

プログレス評価及びフォローアップ評価では、知識の定着状況、日常診療における実践状況を含め、学修者の総合診療医としての到達度を継続的に評価するための効果的な質問項目を研究者間で繰り返し議論を行いながら作成した。

各論 (診療実践・ノンテクニカルスキル) の質問項目の作成にあたっては、現場での実践に生じた変化を効果的に測定するために、想定される主な対象者が、受講前の日常診療では行っていないことが多い項目で、研修プログラムを受講することによって、診療の範囲や診療の幅を広げられることが期待される内容にフォーカスして協議を行った。

特に、本研修では学修者が受講後に臨床現場での行動の変化につながるような支援を行うことを趣旨としているため、診療の幅が広がったか、自信をもって学修した領域の診療に取り組むことができるようになったかという点に焦点を当て、簡便さも考慮して項目数や各項目の長さを絞り、評価項目を作成した。

【項目内容】

ユニット1. 基本情報

氏名、年齢、医師になってからの年数、診療科、資格 (認定医、専門医)、所属学会、診療の状況、業務の割合、勤務先、診療している地域のセッティング、所属する部署の診療科名、勤務先での立場

ユニット2. 診療の場の評価

【1】 外来診療 (1 週間あたりの平均患者数、1 週間あたりの初診患者数、過去 1 か月以内に診

療したことがある年齢層、現在たずさわっている診療領域

【2】入院診療（平均の担当入院担当患者数、1か月の平均日当直回数、働いている病棟の種類、病棟で行っている領域横断的なマネジメント業務、）

【3】在宅診療（在宅医療で行っている内容、勤務施設、勤務先で計画的に訪問診療を行っている平均患者数、勤務先全体での年間在宅看取り患者数）

【4】地域ケア（地域の健康問題を同定し、地域全体の健康度の向上をさせるための活動の有無）

【5】教育（BM手法を利用した診療の場における疑問解決の実施の有無・手段、計画的な教育業務の実施の有無・教育対象者）

ユニット3. 各論

「診療実践」では、普段実施しているか（A）、自信をもっているか（B）について、それぞれ、5段階および4段階で評価スケールを設定した。プログラムの内容に合わせて総論9項目、各論21個の計30個の質問項目を設定した（資料2参照）。

A. 実施している度合い：

- ① 日常的に実施している
- ② 機会があれば実施している
- ③ 実施していないが状況が許せば単独で実施できる
- ④ 実施していないが専門医と連携出来る状況であれば実施できる
- ⑤ 実施できない

B. 自信度：

- ① 自信がある
- ② 少し自信がある

③ あまり自信がない

④ 全く自信がない

「ノンテクニカルスキル」では、実際の業務で意識したり、活用したりしているかという点に注目し、① 日々の業務で、しばしば活用している、② 日々の業務で、活用したことがある、③ 機会があれば活用したいと思っている、④ 知っているが、活用するつもりはない、⑤ 意識したことがない／知らない の5段階の評価スケールを設定した。

プログラムの内容に合わせて11項目の質問項目を設定した（資料2参照）。

ユニット4. 主観的な評価

本プログラムを受講されたことで実臨床での変化があったか、ノンテクニカルスキルを受講して、業務への影響があったかについての質問項目を設定した。

D. 考察

フォローアップ評価を行うことを目的として、評価スケジュールの立案および評価項目の作成を行うことができた。

次年度以降、研修前/研修後の評価だけではなく、フォローアップ評価を行って、地域の現場での診療の改善につながっているかを評価していく計画である。

フォローアップ評価としては、セッション開始の1年後、2年後及び全コース修了時、修了から6か月～1年後にWebアンケートによる評価を実施する予定である。

令和4年度、5年度は、策定した計画案を倫理委員会の承認を得てデータ収集ができる準備を整え、当該年度に実施される研修プログラムの受講者を対象にデータの収集を行っていく。

令和5年度には、研修プログラムの受講者を対象にデータの収集を引き続き行い、結果の解析とプログラムの評価を行う予定である。

E. 結論

令和3年度は、臨床現場での医師の診療行動の変化や診療範囲の拡大に焦点を当てた評価項目を作成し、教育効果のモニタリングシステムを計画することができた。さらに、来年度以降、フォローアップ評価を実施していくための体制を整えることができた。

今後は、立案した評価スケジュールに沿ってフォローアップ評価を行い、評価結果について分析を行い、総合医を育成するための本オンラインプログラムの教育効果の検証する予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

【資料 1. 評価スケジュール】

表 1. 評価の仕組みと年間スケジュールの例

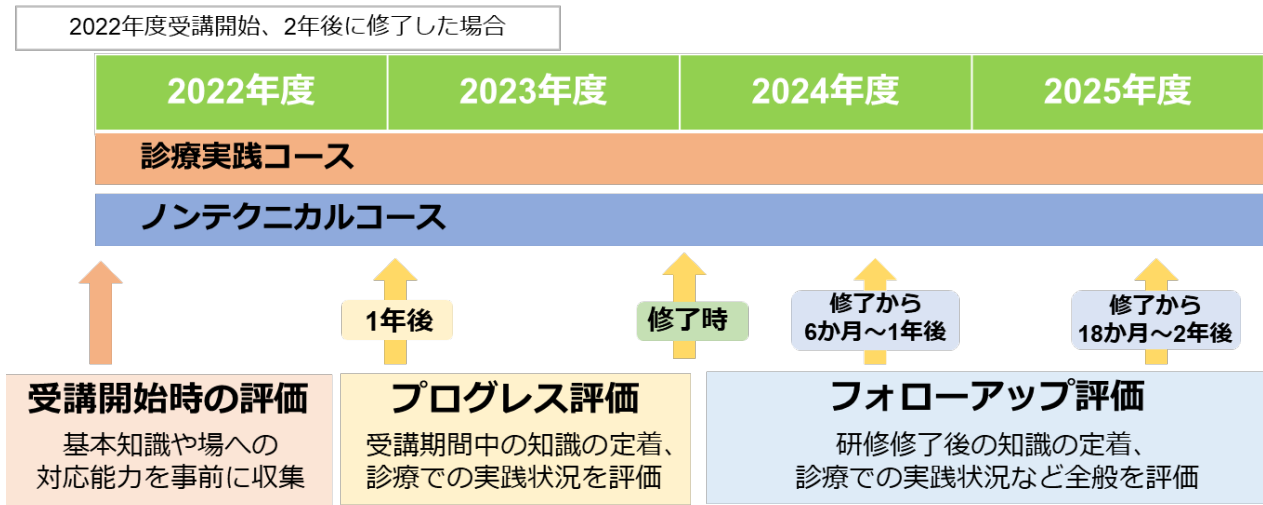


表 2. 評価項目

項目	ユニット1 基本情報	ユニット2 診療の場	ユニット3 各論	ユニット4 主観的な 評価	プログラム 運営に対する 意見・感想
開始時	○	○	○		
1年ごと			○	○	○
修了時	○	○	○	○	○
修了後、6ヶ月 から1年後	△ (変更があった 場合)	○	○	○	
修了後、1年6ヶ月 から2年後	△ (変更があった 場合)	○	○	○	

表 3. 評価スケジュールのイメージ

日程		4期生	5期生	6期生
2022年	1月	開始時		
	7月			
2023年	1月	1年	開始時	
	7月	修了時		
2024年	1月	2年	1年	開始時
	7月	23年12月までの修了者	修了時	
2025年	1月	24年1～6月修了者	2年	1年
	7月	24年7～12月修了者	24年12月までの修了者	修了時
2026年	1月		25年1～6月修了者	2年
	7月		25年7～12月修了者	25年12月までの修了者
2027年	1月			26年1～6月修了者
	7月			26年7～12月修了者

※全コース修了時、修了から6か月～1年後の評価時期は、受講生によって異なる。

表 4. 評価スケジュール

日程	内容
開始時	基本情報、日常診療における実践状況 ベースライン評価
セッション直後	セッション内容の理解度を確認
1年ごと	日常診療におけるセッション目標の到達度と 実践状況进行评估
修了時	知識の定着状況、日常診療における実践状況を含め、 総合診療医としての活動範囲の広がり全般に評価
修了後、6ヶ月 から1年後	修了後の総合診療医としての活動範囲や パフォーマンスに関するフォローアップ評価

【別紙 2. 評価項目一覧】

総合医育成事業 受講前アンケート

<https://jp.surveymonkey.com/r/T5WMW8F>

総合医育成プログラムのご受講にあたって、あなたの現在の状況につき以下にお答え下さい。
ご協力お願いいたします。

ユニット 1. 基本情報

1. 氏名
2. 年齢
3. 医師になってからの年数
4. 診療科
6. 現在お持ちの資格（認定医、専門医）をお書きください
7. 所属学会（複数選択可）
日本プライマリ・ケア連合学会
日本内科学会
日本在宅医療連合学会
その他 →自由記載
8. 現在の診療の状況についてお答えください（単一選択）
フルタイム パートタイム その他
9. 現在の業務の割合に関してお答え下さい。合計 100%になるように回答してください。
業務を行っていない場合は「0」を入力してください。
臨床 % 教育 % 研究 % 管理業務 % その他 %
「その他」を選択された場合、具体的にお答えください。
10. 現在主に働いている勤務先についてお答え下さい。
 - 1) 現在の主な勤務先を教えてください。（単一選択）

診療所（単独診療）	診療所（グループ診療）
小規模病院（99床以下）	中規模病院（100-499床）
大規模病院（500床以上、大学病院を除く）	大学病院
その他 →その他具体的勤務先	
 - 2) 現在診療されている地域のセッティングについて、最も当てはまるもの1つを選んでください。（単一選択）

大都市（人口50万人以上）	中都市（人口10~30万人くらい）
小都市（人口5万人前後）	町村部

離島・へき地

3) あなたが所属する部署の診療科名を教えてください

11. 勤務先での立場を教えてください（複数回答可）

診療所の理事長・理事

診療所勤務医

病院の科部長

大学院生

診療所所長（使用者）

病院の理事長・理事

病院勤務医

その他

診療所所長（被用者）

病院長・副院長

大学教員



ユニット2. 診療の場の評価

【1】外来診療

1. 現在、外来診療を行っていますか

はい いいえ

2. 1週間あたりの平均患者数は何人ですか

3. 1週間あたりの初診患者数は何人ですか

4. 過去1か月以内に診療したことがある年齢層（複数選択可）

新生児(出生～28日未満)

乳児(28日～1歳未満)

幼児(1歳～小学校就学前まで)

小児(小学校就学前～15歳未満)

思春期(15歳～20歳未満)

成人(20歳～65歳未満)

高齢者(65歳～)

5. 現在たずさわっている診療領域(複数選択可)

個人への健康増進と疾病予防

幼小児・思春期のケア

乳幼児健診

乳幼児予防接種

高齢者のケア

終末期のケア

女性の健康問題

妊婦・授乳婦の診療

男性の健康問題

リハビリテーション

メンタルヘルス

救急医療

心血管系

呼吸器系

消化器系

代謝内分泌

血液系

神経系

腎・泌尿器系

リウマチ・筋骨格系

皮膚

耳鼻咽喉

眼

特にない

その他

【2】入院診療

1.現在、入院診療を行っていますか

はい いいえ

2.平均の担当入院担当患者数は何人ですか

0～5 人

6～10 人

11～14 人

15～20 人

20 人以上

3. 1 か月の平均日当直回数を教えてください

4.あなたが働いている病棟の種類を教えてください（複数選択可）

一般急性期

I C U ・ 救 急

療養病床

回復期リハビリテーション病床

緩和ケア病床

その他

5.あなたが病棟で行っている領域横断的なマネジメント業務を教えてください（複数選択可）

外来・在宅医療との密な連携

併存疾患が多い患者の主治医機能

虚弱な高齢者・認知症患者の身体面、生活面の総合的評価

心理社会的複雑事例への対応

地域連携を活かした退院調整

癌及び非癌患者の緩和ケア

診断困難事例の対応

リハビリテーション・廃用症候群の防止

嚥下障害の評価・介入

院内の安全管理・診療の質の保証など病院運営活動
特にな
その他

【3】在宅診療

1. 現在、在宅診療を行っていますか

はい いいえ

2. 現在在宅医療で行っている内容を教えてください（複数回答）

計画的な訪問診療

臨時往診や急変時対応

在宅看取り/ターミナルケア（癌）

看取り/ターミナルケア（非癌）

小児への在宅医療

神経難病

在宅人工呼吸器の管理

サービス担当者会議

病診連携（退院時共同指導等）

施設入居者の診療

施設での看取り

3. 勤務施設について教えてください（単一選択）

強化型在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所（在支診）

在支診以外の診療所

在宅療養支援病院

在支診以外の病院

その他

4. あなたの勤務している施設全体で計画的に訪問診療を行っている平均患者数を教えてください

0～9 人

10～29 人

30～49 人

50～99 人

100～149 人

150～199 人

200 人以上

5.過去1年間のあなたの所属する施設全体での在宅看取り患者数を教えてください

0人

1～4人

5～9人

10～20人

20人以上

【4】地域ケア

1. 地域の健康問題を同定し、地域全体の健康度の向上をさせるための活動を行っていますか

はい いいえ

2. 1で「はい」と答えられた方は、どのような活動を行っていますか（自由回答）

【5】教育

1.日常診療でEBM手法を利用し、診療の場における疑問解決を行っていますか

はい いいえ

2.それはどんな手段ですか(複数選択可)

原著論文

二次資料(Dynamed,Uptodate など)

その他

3.計画的な教育業務に関わっていますか

はい いいえ

4.教育対象者を教えてください（複数回答）

医学生

初期研修医

後期研修医（専攻医）

看護師

薬剤師

リハビリ専門職

介護職員

ケアマネージャー

看護学生

その他

ユニット3. 各論

① 診療実践

以下の診療内容について、普段あなたが実施しているか（A）と自信をもっているか（B）について、それぞれ選択肢から当てはまるものを一つ選んで、マークして下さい。

A. 実施している度合い：

- ① 日常的に実施している
- ② 機会があれば実施している
- ③ 実施していないが状況が許せば単独で実施できる
- ④ 実施していないが専門医と連携出来る状況であれば実施できる
- ⑤ 実施できない

B. 自信度：

- ① 自信がある
- ② 少し自信がある
- ③ あまり自信がない
- ④ 全く自信がない

プログラムに合わせた質問内容にしたため、見出しは Google フォームでは削除する予定です。

【1】 総論

臨床推論・EBM

- ・診断エラーの認識と対策
- ・原著論文や診療ガイドラインの批判的吟味

救急初療コース病院版 T&A (Triage and Action)

- ・ショックの診断と初期対応
- ・心肺停止患者の救急対応

小児救急初療コース (triage&action)

- ・小児患者の全身状態の評価

マイナーエマージェンシー救急初療コース (triage&action)

- ・動物咬傷に対する破傷風予防

行動変容

- ・患者の行動変容ステージに基づいた準備段階の評価

地域包括ケア実践

- ・アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の実践

リハビリテーション

- ・脳卒中患者のリハビリテーションの指示や処方

【2】各論

循環器

- ・心血管疾患患者に対する抗凝固薬の管理

呼吸器

- ・喘息発作で受診した患者の初期対応

消化器

- ・非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）の診断と管理

糖尿病

- ・糖尿病患者のインスリン管理

腎臓・泌尿器科

- ・CKD stage を意識した糖尿病性腎症患者の管理
- ・頻尿や尿失禁の治療

神経

- ・パーキンソン病の初期評価

血液・膠原病

- ・貧血に関する血液データの解釈
- ・関節リウマチの診断および初期対応

感染症

- ・在宅患者の急性感染症（肺炎や尿路感染症）の管理
- ・パンデミック時の発熱外来の実施

小児科

- ・小児患者の予防接種

整形外科

- ・骨折初期対応（初期評価、固定など）
- ・膝の痛みの診断と治療

産婦人科

- ・妊婦や授乳婦への薬の処方

耳鼻科

- ・鼻出血の初期対応

皮膚科

- ・ステロイド外用薬の強さに応じた使い分け

精神科

- ・軽症うつ病の管理

認知症

- ・認知症の診断と治療
- ・認知症周辺症状のコントロール

その他

- ・がん患者に対するオピオイドの管理

②ノンテクニカルスキル

以下の内容について、あなたが実際の業務で意識したり、活用したりしているかについてお尋ねします。それぞれ選択肢から当てはまるものを一つ選んでマークして下さい。

- ① 日々の業務で、しばしば活用している
- ② 日々の業務で、活用したことがある
- ③ 機会があれば活用したいと思っている
- ④ 知っているが、活用するつもりはない
- ⑤ 意識したことがない／知らない

リーダーシップ・チームビルディング－メンバーの協働を引き出すチームを作る－

自分のリーダーシップスタイルを意識したチームマネジメントスキル

ミーティングファシリテーション－無駄な会議を生産的に変える－

会議の活性化を図り、質と効率を向上させるためのスキル

TEAMS-BI(仕事の教え方)

技術や業務内容を作業分解し、合理的な手順で教えるスキル

コンフリクトマネジメント

チーム内の対立や葛藤に対して、合意形成を導くスキル

コーチング&人材育成 – 面談を通してメンバーの学習と成長を支援する –
部下の学習と成長を支援するコーチングスキル

問題解決（１） – ロジカル思考で原因の所在を突き止める –
問題を抜けもれなく要素分解して原因を突き止め、解決を図るスキル

問題解決（２） – システム思考で問題を俯瞰的に捉える –
複雑な問題の原因構造を紐解き、解決策を見出すスキル

現場での効果的な教育方法（教育技法）
学習者の成長につながるフィードバックスキル

TEAMS-BP（業務の改善の仕方）
業務を細分化し、その順序や組合せを工夫して、業務を改善するスキル

TEAMS-BR（人への接し方）
人間関係に関する課題を事実分析して判断を行い、解決するスキル

MBTI：自分の心を理解する
自分の強みや弱みを認識し、自分の持ち味を組織で発揮するスキル

ユニット4. 主観的な評価

- 1 本研修では「実臨床において一步踏み出すこと」を目標としています。本プログラムを受講されたことで実臨床での変化はありましたか。当てはまるものを1つご回答ください。
 1. 診療の中での変化があった
 2. 今のところ特に変わっていない
- 2 「診療の中での変化があった」とご回答いただいた方への設問です。具体的にどのような変化があったかご記載下さい。
(自由記載)
- 3 ノンテクニカルスキルを受講して、自身の業務への影響はいかがでしょうか。当てはまるものを選択してください。
 1. 自身の業務に実際に役立った
 2. 自身の業務に役立つ気がしている
 3. 自身の業務には役立たない
- 4 「自身の業務に実際に役立った」とご回答いただいた方への設問です。具体的にどのように役に立ったかご記載下さい。
(自由記載)
- 5 今後追加してほしい研修内容や、これまでの研修を受けられての要望があれば記入してください。

(別案)

過去に、以下のような項目で質問したこともあります。個人的には、上記の方がシンプルで答えやすい

ように思っていますが、どちらがよいか、ご意見をいただければ幸いです。

1. 外来 入院 在宅の診療においてこの研修を受講する前と比べて変わったことはありますか。

①外来診療

- 以前から行っており現在も行っている
- 以前は行っていなかったが研修後開始した
- 以前から行っていたが現在は行っていない
- 以前から行っておらず、現在も行っていない

②入院診療

- 以前から行っており現在も行っている
- 以前は行っていなかったが研修後開始した

以前から行っていたが現在は行っていない
以前から行っておらず、現在も行っていない

③在宅診療

以前から行っており現在も行っている
以前は行っていなかったが研修後開始した
以前から行っていたが現在は行っていない
以前から行っておらず、現在も行っていない

2. 外来での診療範囲は広がりましたか？

※現在行っている場合のみ以下の 2-1、2-2 にご回答下さい

2-1. 年齢層

かなり広がった
少し広がった
変わらない

2-2 年齢層の変化：具体的に

(自由記載)

2-3. 診療領域

かなり広がった
少し広がった
変わらない

2-4 診療領域の変化：具体的に

(自由記載)

IV. ノンテクニカルスキルコースについて

ノンテクニカルスキルコースを受講したことで以下の場面でのスキルの活用やご自身の取組みの変化等はありませんでしたか。

1. 診療場面

大いにあった
少しあった
あまりない
全くない

ノンテクニカルスキルの診療場面での活用：具体的に

2. 病院・チーム運営 *

大いにあった
少しあった
あまりない
全くない

ノンテクニカルスキルの病院・チーム運営での活用：具体的に

3.その他生活の場面等 *

大いにあった

少しあった

あまりない

全くない

ノンテクニカルスキルのその他生活の場面等での活用：具体的に

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
なし					

令和4年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職名 国立大学法人筑波大学長

氏名 永田 恭介

次の職員の令和3年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 卒前教育から生涯教育に至るシームレスな総合診療医の養成・確保に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学医療系・教授
- (氏名・フリガナ) 前野 哲博・マエノ テツヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和4年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職名 国立大学法人筑波大学長

氏名 永田 恭介

次の職員の令和3年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 卒前教育から生涯教育に至るシームレスな総合診療医の養成・確保に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学医療系・准教授
- (氏名・フリガナ) 吉本 尚・ヨシモト ヒサシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和4年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職名 国立大学法人筑波大学長

氏名 永田 恭介

次の職員の令和3年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 卒前教育から生涯教育に至るシームレスな総合診療医の養成・確保に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学医療系・助教
- (氏名・フリガナ) 稲葉 崇・イナバ タカシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和4年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職名 国立大学法人筑波大学長

氏名 永田 恭介

次の職員の令和3年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

2. 研究課題名 卒前教育から生涯教育に至るシームレスな総合診療医の養成・確保に関する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学医療系・助教

(氏名・フリガナ) 久野 遥加・クノ ハルカ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和4年3月17日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人秋田大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 山本 文雄

次の職員の令和3年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

2. 研究課題名 卒前教育から生涯教育に至るシームレスな総合診療医の養成・確保に関する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学教育学講座・教授

(氏名・フリガナ) 長谷川 仁志・ハセガワ ヒトシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和4年4月14日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人富山大学

所属研究機関長 職名 国立大学法人富山大学長

氏名 齋藤 滋

次の職員の令和3年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 卒前教育から生涯教育に至るシームレスな総合診療医の養成・確保に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 学術研究部医学系 教授
- (氏名・フリガナ) 高村 昭輝・タカムラ アキテル

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。