

特別講演  
病院総合診療専門医の育成に向けて

# PGマニュアル作成と テキスト改訂作業 の経緯

佐賀大学医学部附属病院 総合診療部  
日本病院総合診療医学会 専門医研修PG WG委員長  
多胡 雅毅

# Review and revision process

8月

病院総合診療プログラム  
ワーキンググループ結成

11月

研修プログラム作成  
作業開始

3月

パブリックコメント  
(学会員/非会員)

6月

パブリックコメント2回目  
(学会員/非会員)

1月

病院総合診療医学  
追補版 出版

2019

2020

2021

9月

パブリックコメント  
(学会員)

5月

レポート雛形の作成

4月

プログラム改訂作業

8-12月

テキスト改訂作業



# 病院総合診療専門医 研修プログラムワーキング委員

## 委員長

多胡 雅毅

佐賀大学医学部附属病院 総合診療部  
准教授

## 副委員長

志水 太郎

獨協医科大学 総合診療医学  
主任教授・診療部長

## 委員

佐々木 陽典

東邦大学医療センター大森病院  
総合診療・急病センター  
助教

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  
助教

鋪野 紀好

千葉大学医学部附属病院 総合診療科  
特任助教

高橋 宏瑞

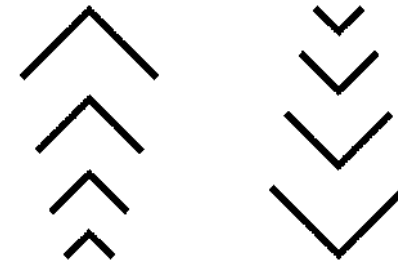
順天堂大学医学部 総合診療科  
非常勤医師

# 背景



病院総合医育成コンソーシアム

パブリックコメント



JSHGM

PG草案

WG

2019年8月

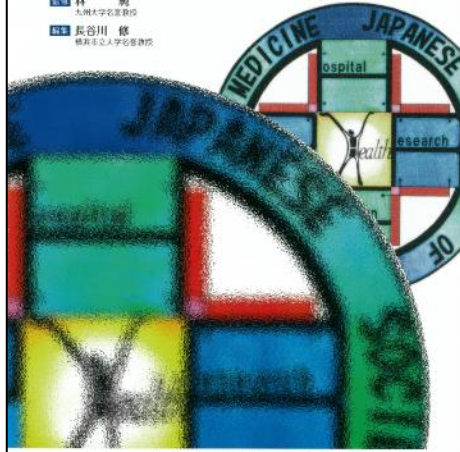
WGを組織しその中でブラッシュアップ

学問体系を示す、病院総合診療のバイブル

# 病院総合診療医学

## I 症候編

編集 林 純  
九州大学医学部  
編集 長谷川 修  
徳島大学医学部



日本病院総合診療医学会 編

# SECTION CONTENTS

### 1 全体

- 1 体重減少
- 2 全身倦怠感
- 3 黄疸
- 4 めまい
- 5 意識障害
- 6 失神
- 7 けいれん発作
- 8 血尿
- 9-1 多尿
- 9-2 乏尿
- 10 ショック
- 11 急性腹痛
- 12 骨盤痛, 月経異常

### 2 疼痛

- 13 頭痛
- 14 胸痛
- 15 腹痛
- 16 腰背部痛
- 17 頸部痛
- 18 関節痛, 関節炎

### 3 体温の変動

- 19 発熱および高体温
- 20 皮疹を伴う発熱
- 21 不明熱
- 22 低体温症と凍傷

### 4 神経系・精神の障害

- 23 筋力低下および麻痺
- 24 感覚障害・しびれ
- 25 歩行障害
- 26 認知症
- 27 失語, 記憶力障害, その他の局在性大脳障害
- 28 不安・抑うつ・不眠
- 29 不随意運動(異常運動)

### 5 眼, 耳, 鼻, 咽喉の障害

- 30 充血・眼痛など眼の疾患
- 31 嗅覚・味覚の障害
- 32 鼻血・聴力障害・耳鳴
- 33 咽頭炎, 嗄声, 副鼻腔炎, 耳の炎症, その他の風邪症状
- 34 嚥下障害・構音障害

- 灘 隆宏 ..... 1
- 徳田 安春 ..... 5
- 田妻 進 ..... 8
- 長谷川 修 ..... 11
- 足立 智英 ..... 14
- 石井 孝政 ..... 17
- 迎 はる ..... 20
- 葦沢 龍人 ..... 23
- 志水 元洋 ..... 26
- 志水 元洋 ..... 29
- 三島 信彦 ..... 32
- 杉本 元信 ..... 35
- 大嶋 弘子 ..... 39

- 足立 智英 ..... 42
- 三島 信彦 ..... 45
- 菅野 啓司 ..... 48
- 林 純 ..... 51
- 鴨野 真弘 ..... 54
- 石塚 達夫 ..... 57

- 溝岡 雅文 ..... 61
- 森田 浩之 ..... 64
- 石塚 達夫 ..... 67
- 岸原 康浩 ..... 71

- 足立 智英 ..... 74
- 奈良 典子 ..... 77
- 小宮山 純 ..... 80
- 小川 栄一 ..... 83
- 藤本 眞一 ..... 87
- 本郷 道夫 ..... 89
- 長谷川 修 ..... 92

- 佐々木陽典 ..... 95
- 瓜田 純久 ..... 98
- 鍋島 茂樹 ..... 101
- 村田 昌之 ..... 104
- 藤本 眞一 ..... 108

### 6 循環・呼吸系の異常

- 35 呼吸困難
- 36 咳嗽・喀痰, および咯血・血痰
- 37 低酸素症・チアノーゼ
- 38 浮腫
- 39 不整脈・頻脈・徐脈
- 40 心雑音
- 41 動悸

### 7 消化管機能の異常

- 42 悪心, 嘔吐, 消化不良
- 43 吐血
- 44 便秘・下痢
- 45 血便・下血
- 46 腹部膨隆(腹水)

### 8 皮膚の変化

- 47 皮膚疾患

### 9 血液学的異常

- 48 貧血と多血症(赤血球増加症)
- 49 血栓塞栓症
- 50 出血傾向
- 51 リンパ節腫脹および脾腫

- 阿部 航 ..... 112
- 石井 稔浩 ..... 116
- 塩田 星児 ..... 119
- 田中 祐司 ..... 122
- 三浦 俊郎 ..... 126
- 河崎 悟 ..... 130
- 大山 良雄 ..... 134

- 本郷 道夫 ..... 137
- 中水流正一 ..... 140
- 本郷 道夫 ..... 143
- 伊藤 敏文 ..... 146
- 古庄 憲浩 ..... 149

- 豊田 一弘 ..... 154

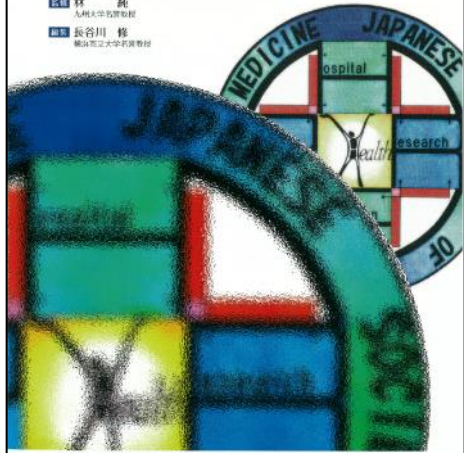
- 佐藤 正通 ..... 157
- 佐藤 正通 ..... 161
- 佐藤 正通 ..... 164
- 見坂 恒明 ..... 168



# 病院総合診療医学

## II 病院管理編

編集 林 純  
 編集委員 長谷川 修



日本病院総合診療医学会 編

### SECTION

## CONTENTS

1 病院管理学	1 医療安全	河崎 悟	1	5 高齢者医療	34 超高齢社会	長谷川 修	107	
	2 感染制御	豊田 一弘	4		35 高齢者の病態	杉本 元信	110	
	3 臨床検査の使い方	菅野 啓司	7		36 認知症の早期診断と治療	吉岩あおい	113	
	4 臨床倫理	藤本 眞一	10		37 肺炎予防	並川 浩己	117	
	5 病院経営 (DPC/PDPSのしくみ)	佐藤 正通	13		38 在宅医療	石塚 達夫	120	
	6 保険診療	佐藤 正通	16		39 介護と生活	坂本 直治	123	
	7 災害医療	長田 薫	19		40 ターミナルケア・緩和医療	板倉 崇泰	126	
	8 医療の質評価	瓜田 純久	22		41 施設と訪問診療	原 祐一	129	
	9 Information Technology (IT) 化	徳田 安春	25		42 知っておきたい内科以外の知識	中村 浩士	133	
	10 法令の理解と遵守	長田 薫	28		6 医療連携	43 チーム医療	千田 彰一	136
	11 プロフェッショナリズムと利益相反	佐藤 正通	31			44 専門医との連携	千田 彰一	140
2 予防医学	12 臨床疫学とEBM	志水 元洋	34	45 地域医療連携		佐藤 正通	143	
	13 医療統計学	壁谷 悠介	37	46 在宅医療連携拠点		竹内 啓祐	146	
	14 ワクチン (海外旅行を含む)	小林 正宜	40	47 後輩・後進の育成		三島 信彦	149	
	15 生活習慣病対策・がん早期発見	古庄 憲浩	44	48 臨床研究 (治験以外)		小川 栄一	152	
	16 リハビリテーション	白銀 隆宏	47					
	17 医療と保健・福祉との連携	原 祐一	51					
	3 臨床薬理学	18 臨床研究 (治験)	蘇原 映碩	55				
19 東洋医学		小池 宙	58					
20 薬物動態		森田 浩之	60					
21 医薬品有害事象		杉本 元信	65					
22 薬物相互作用		長田 薫	68					
4 全身管理学	23 ショックの初期対応	西尾 亮	72					
	24 播種性血管内凝固症候群 (DIC) と凝固線溶系	佐藤 正通	75					
	25 アレルギー対策	宮崎 英士	78					
	26 更年期医療	太組 由貴	81					
	27 メンタルケア	本郷 道夫	84					
	28 疼痛緩和	山下 和海	86					
	29 輸液と栄養の管理	溝岡 雅文	90					
	30 合併症	鈴木 彰人	94					
	31 コミュニケーション	本郷 道夫	97					
	32 外来診療と入院診療とのシームレスな接続 (院内連携)	島田 長人	100					
	33 全人医療	本郷 道夫	104					



# Review and revision process

8月

病院総合診療プログラム  
ワーキンググループ結成

11月

研修プログラム作成  
作業開始

3月

パブリックコメント  
(学会員/非会員)

6月

パブリックコメント2回目  
(学会員/非会員)

1月

病院総合診療医学  
追補版 出版

2019

2020

2021

9月

パブリックコメント  
(学会員)

8-12月

テキスト改訂作業

5月

レポート雛形の作成

4月

プログラム改訂作業



# 2019年9月：学会員パブリックコメント

- 病院総合診療医の**医師像**とは？
- 専門性**は？基本領域との違いは？
- 評価**は？
- 治療学**も入れるべき
- 診断推論
- 知識の習得のみになっている
- 全体の**項目を整理**すべき
- SHMのコアコンピテンシーを入れては？
- 管理編のみを習得させ、将来は教育や研究面での指導者または病院管理者を目指すことを念頭に置いていることをアピールしては？
- JUGLERのコアモジュールも入れてよいのでは？





# メンバーの意見を集約し作業開始

マニュアル部分を原案と**SHMコアコンピテンシー**、  
我々が必要と考える**コアモジュール**をあわせて配置換え(削除なし)

PGのステートメントを作成し、  
**役割10項目**を織り込む

内科専門医との最大の差別化は「**地域包括ケア**」に  
かかわる能力の経験・評価をひとつの柱とすること

**研修指針**を織り込む

**評価**部分の作成

(複数の規模・機能を離れた施設での研修)  
研修セッティングの多様性が必要な中で、  
**地域包括ケア研修**を重視する

マニュアル改訂には  
若手医師にも協力を依頼

外部依頼先には他学会で  
活躍されている先生も含め、  
多様な意見の集約を試みる

上記を 2019年9月 ~ 2020年1月 で完了する計画

# 方向性

2021年4月より運用開始予定



**TABLE 2. The Core Competencies in Hospital Medicine—2017 Revision: List of Chapters<sup>a</sup>**

Section 1: Clinical Conditions	Section 2: Procedures	Section 3: Healthcare Systems
1. Acute Coronary Syndrome	1. Arthrocentesis	1. Care of the Older Patient
2. Acute Kidney Injury	2. Chest Radiograph Interpretation	2. Care of Vulnerable Populations
3. Alcohol and Drug Withdrawal	3. Electrocardiogram Interpretation and Telemetry Monitoring	3. Communication
4. Asthma	4. Emergency Procedures	4. Diagnostic Decision Making
5. Cardiac Arrhythmia	5. Lumbar Puncture	5. Drug Safety, Pharmacoeconomics, and Pharmacoepidemiology
6. Chronic Obstructive Pulmonary Disease	6. Paracentesis	6. Equitable Allocation of Resources
7. Community-Acquired Pneumonia	7. Thoracentesis	7. Evidence-Based Medicine
8. Heart Failure	8. Vascular Access	8. Hospitalist as Educator
9. Delirium and Dementia		9. Information Management
10. Diabetes Mellitus		10. Leadership
11. Gastrointestinal Bleed		11. Management Practices
12. Hospital-Acquired Pneumonia		12. Medical Consultation and Comanagement
13. Hyponatremia		13. Nutrition and the Hospitalized Patient
14. Pain Management		14. Palliative Care
15. Perioperative Medicine		15. Patient Education
16. Sepsis Syndrome		16. Patient Handoff
17. Skin and Soft Tissue Infections		17. Patient Safety
18. Stroke		18. Practice-Based Learning and Improvement
19. Syncope		19. Prevention of Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Resistance
20. Urinary Tract Infection		20. Professionalism and Medical Ethics
21. Venous Thromboembolism		21. Quality Improvement
		22. Risk Management
		23. Team Approach and Multidisciplinary Care
		24. Transitions of Care

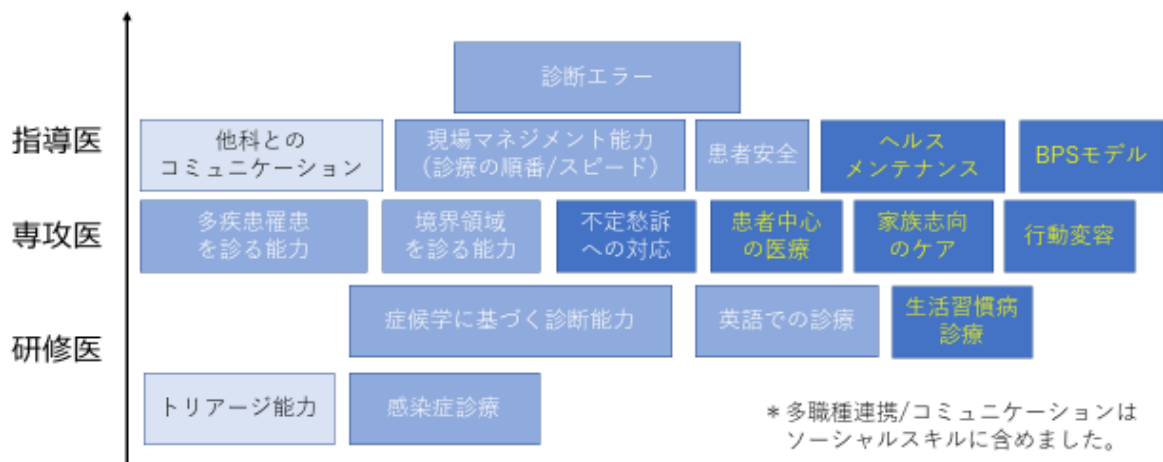
# SHMコアコンピテンシー

# コアモジュール

## 外来/ER診療

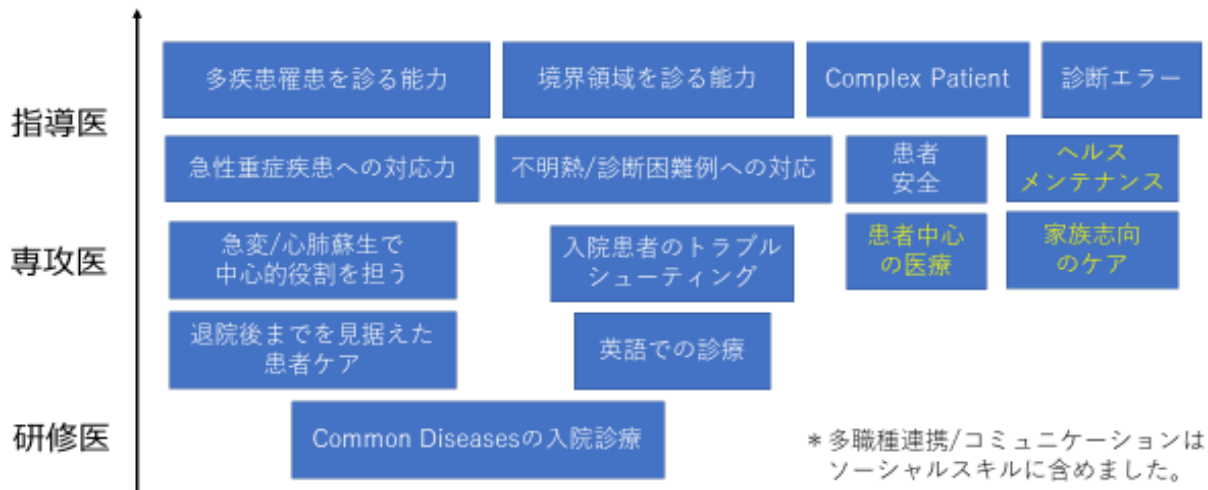
黄色：新規項目

外来 外来+ER ER

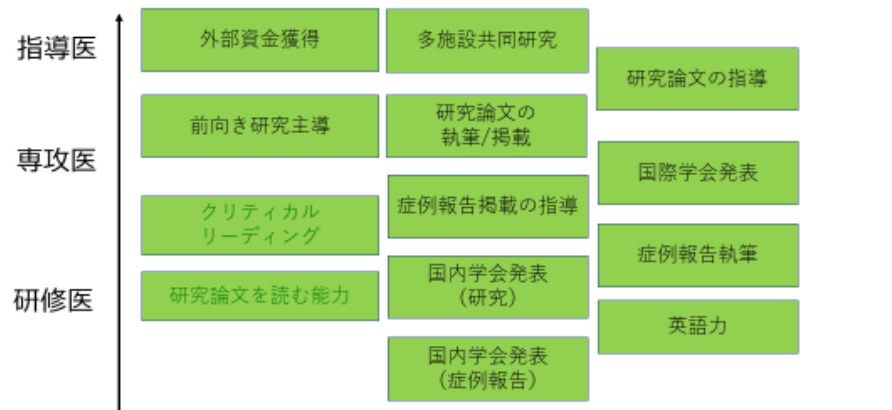


## 入院診療

黄色：新規項目



## 研究



## 教育

赤色：新規項目



## ソーシャル・スキル

黄色：新規項目



# Review and revision process

8月

病院総合診療プログラム  
ワーキンググループ結成

11月

研修プログラム作成  
作業開始

3月

パブリックコメント  
(学会員/非会員)

6月

パブリックコメント2回目  
(学会員/非会員)

1月

病院総合診療医学  
追補版 出版

2019

2020

2021

9月

パブリックコメント  
(学会員)

8-12月

テキスト改訂作業

5月

レポート雛形の作成

4月

プログラム改訂作業



# ① 病院総合診療医とは



日本病院総合診療医学会  
JAPANESE SOCIETY OF HOSPITAL GENERAL MEDICINE



リーダーシップ、マネジメントスキル



病院ケアでの健康管理を最大化



最新の医学知識



コミュニケーション能力や組織管理能力



地域包括ケア



# 原案 病院総合診療専門医の 具体的な医師像(1/2)

- 1 どのような疾患・病態の患者でも断らず、**全人的医療を実践するマインド**を持つ
- 2 病院の**外来、救急、病棟、集中治療室**において標準知識に基づき**診断・治療・予防・患者説明**を遂行できる
- 3 **地域包括ケアの要**としてコミュニティとつながる病院診療を実現することができる
- 4 医療の限界と医療資源の有限性を理解した**医療の質を重視する診療**を実践できる
- 5 **病歴、身体診察、基本手技**全般に長け、その実践と教育を重視した臨床活動を行う



# 原案 病院総合診療専門医の 具体的な医師像(2/2)

6 診断困難な症例では**戦略的思考**を駆使して最適解を追求できる

7 院内の臓器別専門科、各医療職と緊密に**連携**した**柔軟性・弾力性**の高い医療を提供できる

8 次世代の病院総合診療医を育成する心に溢れ、**俯瞰的な視野**で**卒前・卒後教育を  
実践**できる

9 様々な部門や階層での**組織マネジメント技術**に長け、院内診療の最適化に貢献できる

10 **アカデミックホスピタリスト**の視点で、**臨床研究**を通じ病院総合診療分野の発展に寄与する



## ②-1 研修指針



日本病院総合診療医学会  
JAPANESE SOCIETY OF HOSPITAL GENERAL MEDICINE

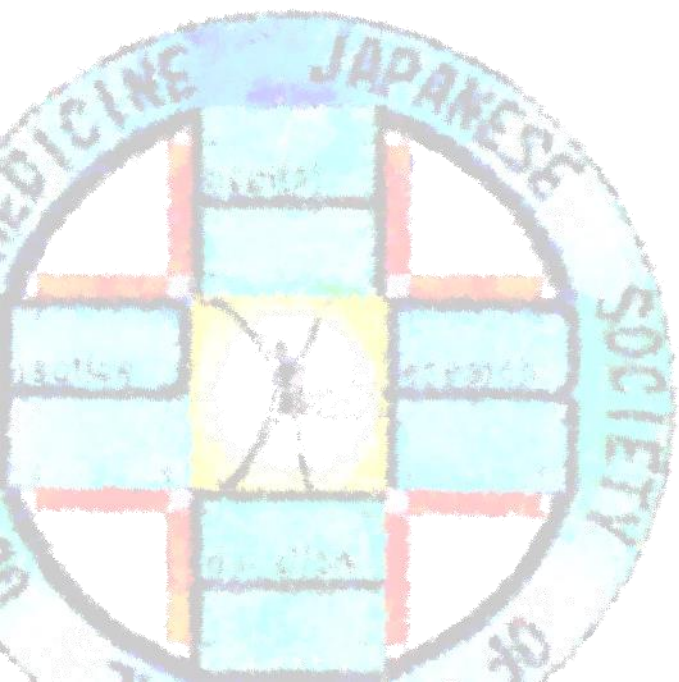
指導医

研修施設

研修内容

Off the job training

- <急性期病棟研修>
- <地域包括ケアを意識した研修>
- <集中治療>
- <外来研修・救急>
- <経験すべき症例・疾患・手技など>
- <研究・学術>
- <教育>



## ②-2 マニュアル部分 (WG委員6名+α)



日本病院総合診療医学会  
JAPANESE SOCIETY OF HOSPITAL GENERAL MEDICINE

【 90項目】

修正・加筆

1 草案

【 51項目】

翻訳  
&  
日本向けに修正

2 SHM

【 30項目】

新規執筆

3 コアモジュール

# ②-2 マニュアル部分 (WG委員6名+α)



I. 臨床	
A) 診断力	D) ベッドサイドの技術
1 診断学	1 包括的に診察する力
2 診断困難な状況	2 POCUS
B) 症候・病態のマネジメント	3 病歴、身体診察、説明
1 全身の症候、病態	4 患者申し送り (Patient handoff)
2 循環器系の症候、病態	5 救急救命処置 (緊急処置)
3 腎・泌尿器系の症候、病態	6 穿刺手技
4 呼吸器の症候、病態	7 外科的処置が必要とされる疾患の治療援助
5 消化器の症候、病態	8 緩和ケア
6 代謝・内分泌の症候、病態	9 栄養療法 (Nutrition and hospitalized patients)
7 神経・精神系の症候、病態	10 輸液
8 血液、リンパ系の症候、病態	11 生活習慣病対策・がん早期発見
9 皮膚の症候、病態	12 感染制御
10 感覚器の症候、病態	13 ワクチン
11 痛みに関する症候、病態	14 メンタルヘルス
12 外因による症候、病態	15 災害医療
13 その他の症候、症候	
C) 地域包括ケア	
1 地域医療と連携	
2 Social Determinant of Health	
3 コンテクスチュアルマネジメント	
4 在宅医療・介護保険	
5 高齢者のケア	
6 アドバンス・ケア・プランニング	
7 地域における外科的処置が必要とされる疾患	
8 リハビリテーション	

# ②-2 マニュアル部分 (WG委員6名+α)



II. 病院管理・ソーシャルスキル・教育・研究	
A) 病院管理・ソーシャルスキル	B) 教育
1 リーダーシップ	1 Evidence-based medical educationの実践
2 マネジメントの実践 (Management practice)	2 全人的医療の姿(General mind)を持たせるための教育
3 医療経営	3 ロールモデル
4 患者の安全	4 教育者の育成 (FD)
5 リスクマネジメント	5 教育者体制の構築
6 医療の質改善 (Quality improvement)	6 Common diseases/急性期診療の専攻医・研修医への指導
7 情報管理	7 コーチング
8 IT化	8 他職種/市民/患者への教育
9 EBM(臨床疫学とEBM)	9 継続学習/自己研鑽能力
10 医療資源の適切な割り当て	10 後輩・後進の育成
11 保険診療	11 プロフェッショナリズムと医療倫理
12 法令の理解と遵守	C) 研究
13 地域医療連携	1 臨床研究
14 タスクシフティング	2 研究論文執筆と指導
15 コミュニケーション	3 症例報告執筆と指導
16 シェアードディシジョンメイキング (SDM)と意思決定支援	4 治験
17 専門医との連携	5 国際学会発表、国内学会発表、症例、研究
18 コンサルテーションと協働 (Comanagement)	6 クリティカルリーディング
19 薬剤管理	7 語学力(英語論文執筆)
	8 医療統計学

## ②-2 マニュアル部分 (WG委員6名+α)



日本病院総合診療医学会  
JAPANESE SOCIETY OF HOSPITAL GENERAL MEDICINE

### マニュアル改訂 若手医師協力者 19名



京都大学 医学教育・国際化推進センター	木村 武司 医師
佐賀大学医学部附属病院 総合診療部	香月 尚子 医師
産業医科大 救急医学	椎木 麻姫子 医師
市立奈良病院	森川 暢 医師
糸魚川総合病院	山岸 文範 医師
自治医科大学病院	山本 祐 医師
昭和大学病院	原田 拓 医師
千葉大学医学部附属病院 総合診療科	横川 大樹 医師
船橋二和病院 総合内科	廣瀬 裕太 医師
帯広協会病院	堀 哲也 医師
藤田医科大学救急総合内科	花井 翔悟 医師
南砺医療センター	大浦 誠 医師
南奈良総合医療センター	天野 雅之 医師
祐愛会織田病院	織田 良正 先生
獨協医科大学病院	榎原 剛 医師
獨協医科大学病院	原田 侑典 医師
獨協医科大学病院	高瀬 啓至 医師
獨協医科大学病院	勝倉 真一 医師
獨協医科大学病院	廣澤 孝信 医師

# ③ 評価



## 1. 形成的評価

- (1) 多職種による360度評価
- (2) Mini-CEXによる評価
- (3) Case-based Discussion

## 2. 総括的評価

- (1) 研修履歴(研修施設と期間)
- (2) 経験目標の達成段階(研修プログラムに準ずる:ログブック)  
達成段階
  - A: 一般的なケースで、自ら判断して実施できた。
  - B: 基本的な知識を得た。
  - C: 基本的な病態や状況の把握ができ、指導を受けながら実施できた
- (3) 症例レポート(大項目の I 臨床[症候学、Common diseasesの診療、地域包括ケア]、II ソーシャルスキル/病院管理、III 教育、IV 研究をそれぞれ含む)
- (4) 筆記試験(専門医試験)
- (5) 口頭試問(専門医試験)(症例レポートに基づく)

# 2020年2月 専門医制度委員会@福岡

---

- **管理編の強調**が必要
- 医師像10項目についても同様に管理編を強調
- 管理の項目で50%程度を占めるように項目数を調整
- **内科プログラムと差別化**
- かなりの部分が重複しておりその項目は減らすべき
- 特に臨床系項目はまとめる
- 病院の**管理職に登っていく人を作るプログラム**
- 到達目標Aが60%程度になるように見直し
- **テキストに準拠すべし** → **テキストの改訂も必要**

# 第20回福岡大会後の作業

指摘を受けて…

- ◆ 臨床と病院管理の割合を同数に
- ◆ 重複項目削除
- ◆ 到達目標 A 項目数を調整
- ◆ 管理編を重視した具体的医師像の決定







# 新病院総合診療専門医の 具体的な医師像(1/2)

- 1 どのような疾患・病態の患者でも断らず、全人的医療を実践するマインドを持ち診療できる
- 2 地域包括ケアの要としてコミュニティとつながり、患者やその家族の生涯やそれを取りまく地域を見据えた病院診療を実現することができる
- 3 病歴、身体診察、基本手技全般に長け、病院の外来、救急、病棟、集中治療室において標準知識に基づき診断・治療・**予防・患者説明**の実践と教育を遂行できる
- 4 診断困難な症例では戦略的思考を駆使して最適解を追求し、マネジメント困難例では院内の**各専門科、各医療職と緊密に連携**して弾力性の高い医療を提供できる
- 5 **医療チームにおけるリーダーシップ**に長け、その能力を適切に発揮できる



# 新病院総合診療専門医の 具体的な医師像(2/2)

- 6 様々な部門や階層での組織マネジメント技術に長け、**院内診療の最適化**に貢献できる
- 7 医療の限界と医療資源の有限性を理解した医療の質を重視する診療を実践し、それに準じた**組織運営**を行うことができる
- 8 保険診療を理解した医療経営の視点を持ち、所属組織における**最適なチーム運営**を実践できる
- 9 次世代の病院総合診療医を育成する心に溢れ、俯瞰的な視野で卒前・卒後教育を指導できる
- 10 アカデミックジェネラリストの視点で、臨床研究を通じ日本・世界の病院総合診療分野の発展に寄与できる

# Review and revision process

8月

病院総合診療プログラム  
ワーキンググループ結成

11月

研修プログラム作成  
作業開始

3月

パブリックコメント  
(学会員/非会員)

6月

パブリックコメント2回目  
(学会員/非会員)

1月

病院総合診療医学  
追補版 出版

2019

2020

2021

9月

パブリックコメント  
(学会員)

4月

プログラム改訂作業

5月

レポート雛形の作成

8-12月

テキスト改訂作業





# レポート作成関係書類

## 手引き

病院総合診療専門医レポート作成（事例報告書）の手引き ver 1.0

### A. 概論

- 記述様式は「Ⅰ 臨床」と「Ⅱ 病院管理・ソーシャルスキル・教育・研究」によって異なります。「Ⅰ 臨床」についてはPOS (Problem Oriented System) 方式の病歴要約を作成してください。「Ⅱ 病院管理・ソーシャルスキル・教育・研究」については、事例を選定した理由、事例の記述と考察、総合考察について作成してください。
- 全てパソコンで作成してください。A4用紙2ページ以内とします。文字の大きさは明朝体11ポイント（図表に関しては変更可能）とし、適切な行間で作成してください。
- 事例の選択については到達目標にある中分類からテーマを選択してください（例：診断学、全身の症候群・病態、地域と連携、リーダーシップなど）。
- その事例報告書の内容を端的に表したタイトルを記載してください。
- 作成に用いる理論やフレームワークについては、プログラム本文ならびに教科書を参照してください。その他のエビデンスを利用しても構いません。
- 文献：EBMを重視し、事例に適した原著論文、ガイドライン、レビューなどを引用し、必ず本文中に記載してください。
- 総合考察では、本制度で求められる病院総合診療専門医の具体的な医師像を含めてください。記載にあたり、以下の10項目から主たるものを1つ選択してください。
  - どのような疾患・病態の患者でも断らず、全人的医療を実践するマインドを持つ
  - 病院の外来、救急、病棟、集中治療室において標準知識に基づき診断・治療・予防・患者説明を遂行できる
  - 地域包括ケアの要としてコミュニティとつながる病院診療を実現することができる
  - 医療の限界と医療資源の有限性を理解した医療の質を重視する診療を実践できる
  - 病歴、身体診察、基本手技全般に長け、その実践と教育を重視した臨床活動を行う
  - 診断困難な症例では戦略的思考を駆使して最適解を追求できる
  - 院内の臓器別専門科、各医療職と緊密に連携した柔軟性・弾力性の高い医療を提供できる
  - 次世代の病院総合診療医を育成する心に溢れ、俯瞰的な視野で卒前・卒後教育を実践できる
  - 様々な部門や階層での組織マネジメント技術に長け、院内診療の最適化に貢献できる
  - アカデミックホスピタリストの視点で、臨床研究を通じ病院総合診療分野の発展に寄与する

- 教育責任者の署名・捺印については、原則としてプログラム責任者からもらってください。
- 作成にあたっては記載例を参照してください。

### B. 評価方法

- 提出された事例報告書のグローバル評価（A、B、C、F）で採点します。  
\*A：優れている、B：平均的、C：合格基準を満たしている、F：不合格
- グローバル評価で不合格（F）となった者については、複数の評価委員で二次評価を行い、最終評価を決定します。
- 試験終了後、事例報告書評価結果を受験生に通知します。

### C. 評価項目

- 事例報告書の記載が本作成の手引きにしたがっているか。
- 記載について誤字・脱字、検査データなどの転記ミス、単位の違い、文章表現の誤りがないか。
- 「Ⅰ 臨床」について、診断プロセス・治療法などは適切か。
- 「Ⅱ 病院管理・ソーシャルスキル・教育・研究」について、適切な理論やフレームワークが利用できているか。
- 十分に考察されているか。
- 倫理的配慮がされているか（患者個人情報や紹介元医療機関名などを消去など）。

次のような例は不合格（F）評価とみなされる。

- 評価項目で合格基準に達していない。
- 他人が作成した事例報告書を転記した。
- 実際に受け持っていない/経験していない事例について事例報告書を作成した。
- 個人情報への配慮が著しく欠けている。

# レポート作成関係書類



## 目次 ( I 臨床)

レポート 本数		I. 臨床	レポート 本数	I. 臨床
1	A) 診断力	1 診断学 2 診断困難な状況		1 包括的に診察する力 2 POCUS 3 病歴、身体診察、説明 4 患者申し送り (Patient handoff) 5 救急救命処置 (緊急処置) 6 穿刺手技 7 外科的処置が必要とされる疾患の治療援助
5	B) 症候・病態のマネジメント	1 全身の症候、病態 2 循環器系の症候、病態 3 腎・泌尿器系の症候、病態 4 呼吸器の症候、病態 5 消化器の症候、病態 6 代謝・内分泌の症候、病態 7 神経・精神系の症候、病態 8 血液、リンパ系の症候、病態 9 皮膚の症候、病態 10 感覚器の症候、病態 11 痛みに関する症候、病態 12 外因による症候、病態 13 その他の症候、症候	1	D) ベッドサイドの技術 8 緩和ケア 9 栄養療法 (Nutrition and hospitalized patients) 10 輸液 11 生活習慣病対策・がん早期発見 12 感染制御 13 ワクチン 14 メンタルヘルス 15 災害医療
1	C) 地域包括ケア	1 地域医療と連携 2 Social Determinant of Health 3 コンテクスチュアルマネジメント 4 在宅医療・介護保険 5 高齢者のケア 6 アドバンス・ケア・プランニング 7 地域における外科的処置が必要とされる疾患 8 リハビリテーション		

# レポート作成関係書類



## 目次(Ⅱ 病院管理・ソーシャルスキル・教育・研究)

レポート 本数	Ⅱ. 病院管理・ソーシャルスキル・教育・研究	レポート 本数	Ⅱ. 病院管理・ソーシャルスキル・教育・研究		
2	A) 病院管理・ソーシャルスキル	1	B) 教育	1 リーダーシップ	1 Evidence-based medical educationの実践
				2 マネジメントの実践 (Management practice)	2 全人的医療の姿(General mind)を持たせるための教育
				3 医療経営	3 ロールモデル
				4 患者の安全	4 教育者の育成(FD)
				5 リスクマネジメント	5 教育者体制の構築
				6 医療の質改善 (Quality improvement)	6 Common diseases/急性期診療の専攻医・研修医への指導
				7 情報管理	7 コーチング
				8 IT化	8 他職種/市民/患者への教育
				9 EBM(臨床疫学とEBM)	9 継続学習/自己研鑽能力
				10 医療資源の適切な割り当て	10 後輩・後進の育成
				11 保険診療	11 プロフェッショナルリズムと医療倫理
		1	C) 研究	12 法令の理解と遵守	1 臨床研究
				13 地域医療連携	2 研究論文執筆と指導
				14 タスクシフティング	3 症例報告執筆と指導
				15 コミュニケーション	4 治験
				16 シェアードディシジョンメイキング(SDM)と意思決定支援	5 国際学会発表、国内学会発表、症例、研究
				17 専門医との連携	6 クリティカルリーディング
				18 コンサルテーションと協働 (Comanagement)	7 語学力(英語論文執筆)
				19 薬剤管理	8 医療統計学

# レポート作成関係書類



## 病歴要約①

### 事例報告書

【アンカリングバイアスによる診断エラーを経験した1例】

提出 No. \_\_\_\_\_

大分類	A) 診断学	中分類	3 診断エラー学と省察
主たる病院総合診療医像	5. 病歴、身体診察、基本手技全般に長け、その実践と教育を重視した臨床活動を行う		
患者 ID : XXXXXXXXX	患者年齢 : 84 歳	性別 : 男性	病院名 : XXXXXXXX 病院
受持期間 : 20XX 年 XX 月 XX 日 ~ 20XX 年 XX 月 XX 日			

転帰 :  治癒  軽快  転科(手術 有・無)  不変  死亡(剖検 有・無)

フォローアップ :  外来で  他医へ依頼  転院

確定診断名 (主病名および副病名)

○①転移性脊椎腫瘍

②前立腺癌

【診療セッティング】 一般外来 (時間内受診)

【主訴】 下肢の痺れ, 脱力

【現病歴】 受診 3 日前に左前胸部の神経痛が出現した。近位を受診したところ、皮疹はなかったものの、右前胸部に強い神経痛が出現した。近位で帯状疱疹としてバルトレックスが処方されたが、神経痛は改善しなかった。受診 2 日前から下腿のしびれ、ふらつきが出現し、翌日には両側大腿までしびれが広がり、起立や自力歩行が困難となった。

【既往歴】 膀胱癌, 前立腺癌

【内服薬】 リュープロレリン, ビカルタミド

【主な入院時現症】 意識レベル E1V1M1, 血圧 145/80mmHg, 脈拍 82 回/分, 体温 36.6°C, SpO<sub>2</sub> 98%(room air), 呼吸数 12 回/分, 項部硬直なし。眼瞼結膜に点状出血はなく, 眼球結膜に黄染はない。呼吸音は清で左右差なし, 心雑音なし。Th8 以下の範囲に温痛覚低下を認める。触覚及び振動覚は正常。両下肢は遠位・近位ともに徒手筋力テストで 3~4 程度に低下している。深部腱反射は両下肢で亢進し, Babinski 反射は陽性であった。

【総合考察 (病院総合診療専門医の具体的な医師像を含む)】

悪性腫瘍が脊椎や硬膜外腔へ転移し、脊髄管へ伸展した結果、脊髄の圧迫を来すことを metastatic epidural spinal cord compression (MESCC) とする。不可逆的な対麻痺を来すため速やかな診断が求められる疾患である (Cole JS, et al: Lancet Neurol. 7: 459-466. 2008.)。前立腺癌, 乳癌, 肺癌からの転移が各々 20% と大半を占め、転移部位は胸椎が最も多い (60%)。背部痛が初発症状である事が多く (83-95%), 診断時には筋力低下 (35-75%), 感覚障害 (50-70%), 膀胱直腸障害 (50-60%) を呈する。

当初、ギラン・バレー症候群を想起した。この時に起こした診断エラーのプロセスを振り返ると、1. 上向性の感覚障害であることから、何らかのポリニューロパチーではないか、2. 急速に進行していることから、中でもギラン・バレー症候群ではないか、3. 筋力低下も上記であれば説明できる、4. 左前胸部の神経痛は一元的には説明できないので、無疱疹性帯状疱疹が並存していたのではないかと、5. 腱反射が亢進したり、Babinski 反射が陽性であったが、これは元々あった所見、あるいは偽陽性だろう、と考えた。

この症例がエラーに至った Bio medical の部分について考察する。一番は、症状が上行性の経過を辿ったことである。上行性の感覚障害の場合、ポリニューロパチーを想起してしまう。さらに、その障害が急速上行性であることから、ギラン・バレー症候群あるいは AIDP などが想起される。しかしながら、左記疾患に合致しないことは上述にあった、温痛覚のみが低下する解離性感覚障害であることと、下肢腱反射亢進やバビンスキー反射などの錐体路徴候を伴っていることなどがあり、これらの症状は脊髄由来の疾患を示唆している。ここで最大の疑問は、脊髄疾患の障害の場合、下肢から上行する神経障害を呈するののかというの大きな疑問点となる。温痛覚の経路である脊髄視床路は、外側に下肢の線維が分布しているため、髄外性病変では感覚障害が下肢から上行する。そのため、外部から圧迫を受けた場合、脊髄視床路を例に挙げると、S 領域→L 領域→T 領域→S 領域とあたかも上行性に痺れが出現しているように見えることが本症例のピットフォールとなった。

診断エラーを回避するには、思い込みというアンカリングバイアスからいつでも脱却できるスキルが必要である。一旦アンカリングしてしまうと、通常はそこから離れられなくなることが多い。アンカーをおいた情報に合わない点があれば、そこは遠慮なくアンカーを引き上げ別の疾患に再度チャレンジするべきである。

記載者 : 現病院名 XXXXXXXXX 病院 氏名 XXXXX  
教育責任者 : 病院名 XXXXXXXXX 病院 氏名 XXXXX ©

# レポート作成関係書類



## 病歴要約②

### 事例報告書

#### 【糖尿病患者の S. milleri group による尿路感染症の 1 例】

提出 No. \_\_\_\_\_

大分類	B) 症候・病態のマネジメント	中分類	3 腎・泌尿器系の症候、病態
主たる病院総合診療医像	3. 地域包括ケアの要としてコミュニティとつながる病院診療を実現することができる		
患者 ID : XXXXXXXX	患者年齢 : 60 歳	性別 : 女性	病院名 : XXXXXXXX 病院
受持期間 : 20XX 年 XX 月 XX 日 ~ 20XX 年 XX 月 XX 日			

転帰 :  治癒  軽快  転科(手術 有・無)  不変  死亡(剖検 有・無)

フォローアップ :  外来で  他医へ依頼  転院

確定診断名 (主病名および副病名)

① 尿路感染症, 敗血症

② 糖尿病性腎症

【主訴】 意識障害

【現病歴】 約 10 年前から糖尿病性腎症のため近医で維持透析を行っていた。2012 年 11 月から 2013 年 2 月 7 日まで介護人である娘の出産のために、近医に入院していた。2 月 11 日起床時に 40℃の発熱、意識障害を認めたため当院救急外来へ救急搬送された。

【既往歴】 糖尿病, 糖尿病性腎症(維持透析導入), 脳梗塞

【内服薬】 チクロピジン 200mg/日, アロプリノール 100mg/日, ゾピクロン 7.5mg

【生活社会歴】 全介助で車椅子に移乗, 食事は自立していたが, 前医入院中より寝たきり状態

【主な入院時現症】 意識レベル E1V1M1, 血圧 155/48mmHg, 脈拍 87 回/分, 体温 39.7℃, SpO<sub>2</sub> 98%(リザーバマスク 10L), 呼吸数 28 回/分, 項部硬直なし。眼瞼結膜に点状出血はなく, 眼球結膜に黄染はない。呼吸音は清で左右差なし, 心雑音なし。両下腿や仙骨部を中心とした全身に圧痕を残す浮腫を認めた。四肢および関節に発赤や腫脹は認めない。

【主要な検査所見】 尿所見 : 蛋白(3+), 糖(1+), 潜血(3+), ケトン体(1+), 白血球(3+), 亜硝酸塩(1+)。血液所見 : WBC 7000 / $\mu$ l, Hb 6.8 g/dl, MCV 87.8 fL, Plt 19.1 万/ $\mu$ l, PT-INR 1.09。血液生化学所見 : TP

像上は明らかな膿瘍は認めなかった。新規の熱源検索を行ったが, 明らかな感染源は認めなかった。ラム染色上は菌量も減少しており, 改善傾向にあると判断し, TAZ/PIPCでの治療を継続した。第 7 病日になり解熱が得られた。第 10 病日より streptococcus constellatus に感受性のあるアモキシシリン 250mg/日の経口投与に切り替え, 第 14 病日に治療を終了した。その後も症状の再燃は認めなかった。同居していた娘も出産直後のため, 第 30 病日にリハビリ継続目的に転院した。

#2.

入院後は泌尿器科で dry weight 50Kg として週 3 回の維持透析を継続した。

#3.

慢性腎不全があることから腎性貧血, 感染徴候およびフェリチン高値から二次性貧血の可能性が考えられた。全身性浮腫や胸部 X 線での胸水貯留など心不全徴候を伴うことから, Hb 値 10~11g/dl を目標に照射濃厚赤血球 2 単位の輸血を第 2 病日に施行した。また, 栄養障害も腎性貧血の要因となり得ることから, 経管栄養を第 2 病日より開始した。

【退院時処方】 アムロジピン 10mg/日, バファリン A 81mg/日

【総合考察 (病院総合診療専門医の具体的な医師像を含む)】

糖尿病患者の S. milleri group による尿路感染症の 1 例を経験した。S. milleri group は viridans streptococci の一つであり, 他の常在性 streptococci に比べると病原性が高い。S. milleri group は口腔内, 上気道, 消化管, 皮膚, 泌尿生殖器の常在菌であり, 尿路感染症を引き起こす可能性は決して高くはない(草野展周. 臨床微生物学雑誌 1996;6:77-82)。しかし, 本症例では前医入院後から ADL が低下し, 寝たきり状態となったことが尿路感染症を引き起こす一因となったと考えられた。寝たきりでは感染症のリスクも同時に上がることから, 入院中の積極的なリハビリで廃用症候群を防止することが重要だと考えられた。また, S. milleri group は嫌気性菌との混合感染も多く, 膿瘍を形成しやすいという特徴から, S. milleri group による感染症では約 50~70%でドレナージが行われている(J Infect Dis 1991;23:659-66)。S. milleri group 感染症では全体として致死に至る可能性は低いものの, 敗血症に至った場合にはその致死率は高く 30%台との報告(Clin Inf Dis 19:704-713, 1994)もあることから, 極めて危険である。本例では尿路感染症としては解熱までに得られる時間を要したことから, 膿瘍形成も考えられ造影 CT を施行したが, 膿瘍は認めなかった。発症早期から嫌気性菌をカバーし, かつ S. milleri group に感受性のある TAZ/PIPC での治療を行っていたため, 重症化を防ぎ得たと考えられた。また, 地域包括ケアシステムによる患者サポートを行うために, リハビリテーションが実施可能な医療機関との調整を行うことで, コミュニティとつながる病院診療を実現することができた。

記載者 : 現病院名 XXXXXXXXXX 病院 氏名 XXXXX

教育責任者 : 病院名 XXXXXXXXXX 病院 氏名 XXXXX



# レポート作成関係書類



## 病歴要約③

### 事例報告書

【問診票の改訂により、診療の質の向上を図った事例】

提出No. \_\_\_\_\_

大分類	A) 病棟管理・ソーシャルスキル	中分類	6 医療の質改善
主たる病院総合診療医像	9. 様々な部門や階層での組織マネジメント技術に長け、院内診療の最適化に貢献できる		
実施期間：20XX年XX月XX日～20XX年XX月XX日			

#### 【この事例を選定した理由】

問診票は、必須となる病歴情報の漏れの防止および診察時間の短縮に有効な手段である。日常診療における質の改善（quality improvement: QI）を図る手段の一つとして、当科で従来利用していた問診票の問題を分析し、PDCAサイクルに基づき問診票の改訂を行ったので報告する。

#### 【事例の記述と考察】

XX病院総合診療科では、他の医療機関で診断困難であった症例や生物・心理・社会的問題を有する複雑な症例の紹介が多く、患者一人に対して長い診療時間を要する。診療時間を効率化するため、診療開始前に問診票への自己記載を依頼しているが、診療中に問診票に記入済みの情報を追加確認する必要がある（例：「喫煙歴あり」の方が、禁煙したのか、現在も喫煙中なのか不明瞭）、診察室内でのバイタル測定に時間を要する等の診療時間を短縮するための改善点に気がついた。診療開始前の時間を有効活用することで、QIにおける6つの目的（Richardson, et al. 2001）のうち「効率性」における診療の質の向上につながると考え、問診票の改訂作業に取り組むことにした。SMART（Doran GT. 1981）に沿って設定した目標を示す（下表）。

S(Specific)	M(Measurable)	A(Achievable)	R(Result-oriented)	T(Time-bound)
問診票の改訂	問診票改訂後のアンケート評価	臨床に運用可能	診療の効率化を目指す	運用3か月後に評価

れる場合がある	新たに設けた
バイタルサイン(血圧・脈拍数、体温など)を診察室で測定するため時間がとられる	診療開始前に、看護師補助のもと、患者自身にて測定頂くようにした

次に改訂した問診票の実際の運用を開始し、運用3か月経過後に、問診票改訂後の診療について初診担当医(計6名)へアンケート(5段階リッカート尺度および自由記載)を実施した(下表)。

質問項目	平均	1	2	3	4	5
1 問診すべき項目の漏れ	2.8	少なくなった	やや少なくなった	変わらない	やや多くなった	多くなった
2 診療時間	2.5	短くなった	やや短くなった	変わらない	やや長くなった	長くなった
3 診療の質(正診率)	3.3	悪くなった	やや悪くなった	変わらない	やや良くなった	良くなった
4 診療の効率(全体的な印象として)	3.8	悪くなった	やや悪くなった	変わらない	やや良くなった	良くなった

アンケート結果からは、問診票の改訂が問診すべき項目の漏れ、診療時間短縮につながり、診療の質、効率の向上につながったと考えられた。自由記載では、「喫煙歴を問診する時間が省けた」、「抑うつが関与している可能性を診察開始前に予想できることで、問診で必要な情報を取りこぼすことが少なくなった」という意見があり、改訂の目的を達成できていると考えた。

一方で、「患者によっては問診票記載に時間がかかり、診察開始時間が遅くなる場合がある」という意見もあった。看護師、外来クラークとも相談したところ下表のような場合が多いため、それぞれについて改善策を講じた。さらに今後も年に1回のペースで評価していく方針となっている。

考えられる要因	改善策
認知機能低下があり、問診票の質問内容を理解できない場合	事務職員、看護師が記載の補助を行う
不安や神経質な性格などから、細かくびっしりと文字を埋めようとする場合	記載途中で声掛けをし、診察開始時間の目安を伝え、その時間までに記載頂くようにする

#### 【総合考察(病院総合診療専門医の具体的な医師像を含む)】

今回、問診票を改善させることで、日常診療における質の改善を改善させるためのPDCAサイクルを実践することができた。この経験を活かして、今後様々な部門や階層での院内診療の最適化に貢献したい。

記載者：現病院名 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 病院 氏名 XXXX  
 教育責任者：病院名 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 病院 氏名 XXXX ©

# レポート作成関係書類



## 病歴要約④

### 事例報告書

【ローテートする初期研修医への教育で医学教育を学んだ事例】

提出 No. \_\_\_\_\_

大分類	B)教育	中分類	10. 後輩・後進の育成
主たる病院総合診療医像	8. 次世代の病院総合診療医を育成する心に溢れ、俯瞰的な視野で卒前・卒後教育を実践できる		
実施期間：20XX年XX月XX日～20XX年XX月XX日			

#### 【この事例を選定した理由】

メンターとして初期研修医（以下、研修医）への教育を行う必要性が生じた。診断推論力を高めることを目標に、鑑別疾患を考える力をつけるため研修医に初診患者の予診をとりプレゼンテーションを行ってもらい、5 micro skills を用いて議論した。結果として診断推論力の向上を得て研修医からの満足感も得られ、他の教育手法も織り交ぜて更なる改善を図った経験をしたため報告する。

#### 【事例の記述と考察】

XX病院総合診療科では、内科または自由選択期間中の1年目または2年目研修医を対象に、1・2か月を1クールとして研修を受け入れている。研修医1名につき専攻医1名がメンターとなり、初診外来にて研修医が予診を行い、専攻医にプレゼンテーションし、議論する1対1教育を実践している。専攻医研修初日から研修医への教育を行っていくことになった。しかしすぐに困難に直面した。自身のこれまでの研修歴の中で、体系立った教育を受けた経験がなかったため指導法がわからなかったのである。これは自分の初期研修先が「習うより慣れる」の方針で、研修開始当初より外来・病棟に出ることができる範囲のことはまず行い、不明点は指導医やコメディカルに聞いたり、自ら調べたりして問題解決を行っていた環境であった影響が大きかった。取り急ぎ自分が初期研修時代にして欲しかったことを考え、研修医に初診患者の症候に沿った鑑別疾患を口頭で教え、関連する医学書のコピーを渡すことを始めた。当初はこの方針でうまくいっているように見えたが、問題に直面した。1年目研修医Aが研修開始1か月経過時点で、病歴聴取やプレゼンテーションの面で成長した手ごたえが得られなかったのである。研修医のスキル向上のため、医学教育の勉強を始めた。まずはカリキュラム開発の6段階アプローチに沿って検討した（下表）。

	いるものを褒める
⑤ Correct what was done wrong	間違った鑑別疾患や、根拠のうち正しくないものは訂正し、次回の病歴聴取へつなげる

当初は冒頭で行き詰まることがほとんどであったが、徐々に研修医が上記①②を述べられるようになり、OPQRSTに沿った網羅的な病歴聴取も行えるようになった。2か月間の研修終了時には「初期研修の最初に基本的な考え方を身に付けられて良かった」と嬉しい言葉を聞くことができた。また2年目研修医Bのローテート時には、成人学習理論に基づいて検討を行った（下表）。

① 自己概念	研修に対する意欲はあるが、何を学んで良いかわからない
② 過去の経験	自身が主体的に診療を行った経験はほとんどない
③ 学習のレディネス	内科ローテーションの一部として、内科を勉強したいと考えている
④ 学習の導入	症例を経験する中で生じた疑問点を解決していくという手法をまだ身に着けられていない
⑤ 学習の動機	将来の志望科は未定であり、具体的な目標はまだない

内科研修へのニーズは本人も自覚しており、漠然とはあるが学習のレディネスはあると考えられた。5 micro skills を実践することで、現在の自分に足りない点、勉強すべき点の自覚を促し、up to date等のリソースの活用法を教えることで主に④、⑤の向上を図ることができた。

#### 【総合考察（病院総合診療専門医の具体的な医師像を含む）】

自らの教育に関する無知を自覚したことを契機に、教育手法を学ぶことの重要性を実感し実践することができた。初めにカリキュラム開発の6段階アプローチに沿って検討することで、問題点とニーズを洗い出し、学習者に合った効果的な介入を行うことができた。また5 micro skills を用いることで研修医の問題解決能力を養い、その都度フィードバックを行うことを繰り返すことで継続的な能力向上を図ることができた。加えて成人学習理論を意識して介入することで、疑問点の解決手法を伝え本人の内発的動機付けを促すこともできた。今後は定性的評価のみならず、定量的な学習者評価・プログラム評価も行うことで研修の質の向上を図り、次世代の病院総合診療医育成に貢献したい。

記載者：現病院名 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 病院 氏名 XXXX  
 教育責任者：病院名 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 病院 氏名 XXXX ㊦

# Review and revision process

8月

病院総合診療プログラム  
ワーキンググループ結成

11月

研修プログラム作成  
作業開始

3月

パブリックコメント  
(学会員/非会員)

6月

パブリックコメント2回目  
(学会員/非会員)

1月

病院総合診療医学  
追補版 出版

2019

2020

2021

9月

パブリックコメント  
(学会員)

8-12月

テキスト改訂作業

5月

レポート雛形の作成

4月

プログラム改訂作業



# 関係団体(コンソーシアム)のパブリックコメント×2回 主にマニュアルについて抜粋

## ●コンピテンシーは非常に明確⇔教科書とのつながりが不明確

>> **本プログラムは学会の教科書準拠が前提**

**不足部分もあるためSHMなども参考にした。教科書の内容も現場の声を反映しつつ  
適宜修正・成長してゆくべき**

## ●総括的評価が曖昧

>> **到達目標の一部変更**

(変更後)

経験目標の達成段階

A: 一般的なケースで、自ら判断して実施でき、指導もできるレベル

B: 基本的な知識を習得し、自ら判断して実施できるレベル

C: 基本的な病態や状況の把握ができ、指導を受けながら実施できるレベル

D: 上記に満たないレベル

E: 評価できない

(変更前)

達成段階

A: 一般的なケースで、自ら判断して実施できた。

B: 基本的な知識を得た。

C: 基本的な病態や状況の把握ができ、指導を受けながら実施できた。

# 関係団体(コンソーシアム)のパブリックコメント×2回 主にマニュアルについて抜粋

●症候へのアプローチが初期研修・基本領域の研修と重複、相違点がわかりにくい

>>本専門医の制度設計は総合診療専門医以外に、他の基本領域の専攻医も想定して作成しているため、修正せず

●地域包括ケア研修

>>病院や病床を限定することなく、期間も柔軟に設定する

●他のサブスペシャリティ領域と比較して未知数な部分も多いことから、制度実施にあたっては、柔軟な制度改善が迅速に行えるような体制構築が望まれる

>>今後も学会側が現在の体制(学会指導の下で、本WGと外部協力者が実務作業を行う体制)の維持継続をご許可いただくことで実現が可能になるものと考えている

# 関係団体(コンソーシアム)のパブリックコメント×2回 主にマニュアルについて抜粋

●これらの項目全てを3年でマスターすることは不可能

>>病院総合診療専門医は、診療の場や地域、立場等による多様性がその特徴であり、本制度は全ての専攻医が全項目を100%達成することを目指した設計ではない。

●診断がメインになっており、研修目標には標準的な治療についても習得するように盛り込んだほうが良い

>>今後教科書の改定と共に治療内容を検討する方針

# Review and revision process

8月

病院総合診療プログラム  
ワーキンググループ結成

11月

研修プログラム作成  
作業開始

3月

パブリックコメント  
(学会員/非会員)

6月

パブリックコメント2回目  
(学会員/非会員)

1月

病院総合診療医学  
追補版 出版

2019

2020

2021

9月

パブリックコメント  
(学会員)

8-12月

テキスト改訂作業

5月

レポート雛形の作成

4月

プログラム改訂作業





# テキスト改訂

## 改訂必要項目の選定

- ・これまでになかった項目
- ・制度変更のある項目

## 学会理事の先生方を 学会から指名

- ・必要に応じて著者を推薦







# 改訂項目一覧

体系的な診断思考の実践	Social determinants of health	腹腔穿刺
診断における思考戦略のデザインと開発	在宅医療 (Home healthcare)	胸腔穿刺
診断エラー学と省察	介護保険制度 (Long-term care insurance system)	胸腔ドレナージ
診断困難例への対処	アドバンス・ケア・プランニング	Evidence-based medical educationの実践
希少疾患への対処	地域における外科的処置が必要とされる疾患	全人的医療の姿(General mind)を持たせるための教育
尿路感染症	POCUS	ロールモデル
風邪症状	病歴取得の技法	教育者の育成 (FD)
市中肺炎	身体診察の技法	教育者体制の構築
院内肺炎	病状説明の技法	Common diseases/急性期診療の専攻医・研修医への指導
糖尿病	血管アクセス	コーチング
電解質異常/酸塩基平衡異常 (ナトリウム、カリウム、酸塩基平衡異常)	関節穿刺	他職種/市民/患者への教育
電解質異常/酸塩基平衡異常 (カルシウム、リン、マグネシウムの異常)	腰椎穿刺	継続学習/自己研鑽能力
周術期ケア		*37項目

# 改訂プロセス

01

WG委員による  
査読

02

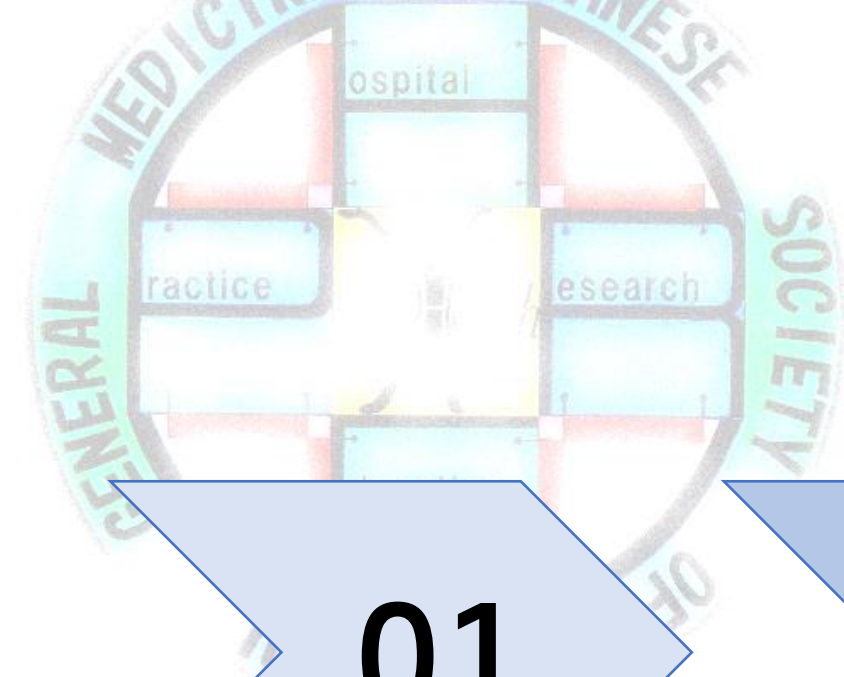
修正

03

再査読

04

学会確認



# Review and revision process

8月

病院総合診療プログラム  
ワーキンググループ結成

11月

研修プログラム作成  
作業開始

3月

パブリックコメント  
(学会員/非会員)

6月

パブリックコメント2回目  
(学会員/非会員)

1月

病院総合診療医学  
追補版 出版

2019

2020

2021

9月

パブリックコメント  
(学会員)

8-12月

テキスト改訂作業

5月

レポート雛形の作成

4月

プログラム改訂作業



学問体系を示す、病院総合診療のバイブル

# 病院総合診療医学 追補版

監修 林 純

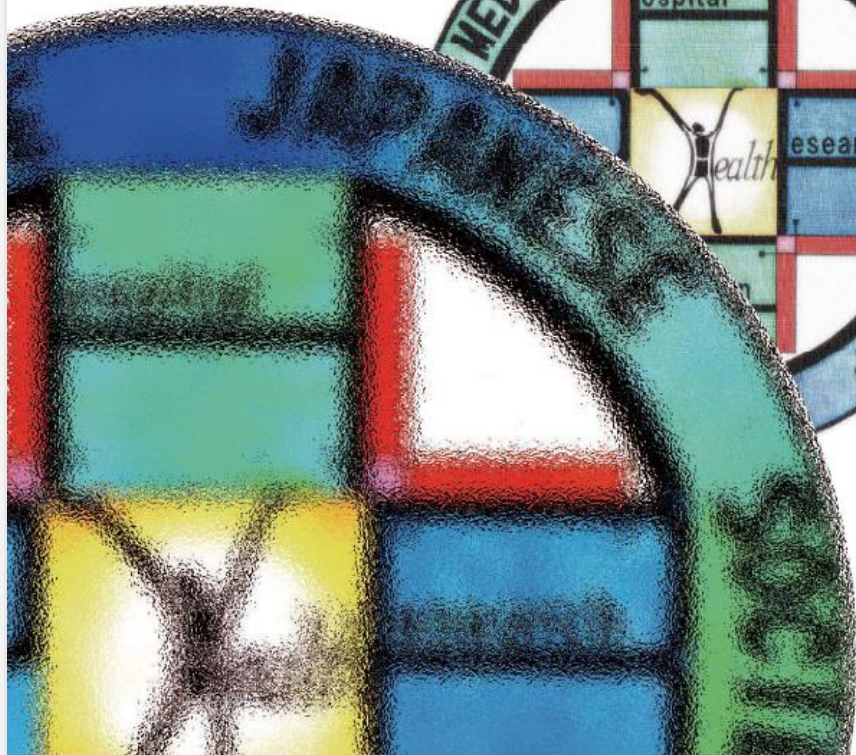
九州大学名誉教授

編集 田妻 進

JA尾道総合病院・病院長 / 広島大学客員教授

内藤 俊夫

順天堂大学教授



日本病院総合診療医学会 編

1. どのような疾患・病態の患者でも断らず、全人的医療を実践するマインドを持ち診療できる。
2. 地域包括ケアの要としてコミュニティとつながり、患者やその家族の生涯やそれを取りまく地域を見据えた病院診療を実現することができる。
3. 病歴、身体診察、基本手技全般、検査の解釈に長け、病院の外来、救急、病棟、集中治療室において標準知識に基づき診断・治療・予防・患者説明の実践と教育を遂行できる。
4. 診断困難な症例では戦略的思考を駆使して最適解を追求し、マネジメント困難例では院内の各専門科、各医療職と緊密に連携して弾力性の高い医療を提供できる。
5. 医療チームにおけるリーダーシップに長け、その能力を適切に発揮できる。
6. 様々な部門や階層での組織マネジメント技術に長け、院内診療の最適化に貢献できる。
7. 医療の限界と医療資源の有限性を理解した医療の質を重視する診療を実践し、それに準じた組織運営を行うことができる。
8. 保険診療を理解した医療経営の視点を持ち、所属組織における最適なチーム運営を実践できる。
9. 次世代の病院総合診療医を育成する心に溢れ、俯瞰的な視野で卒前・卒後教育を指導できる。
10. アカデミックジェネラリストの視点で、臨床研究を通じ日本・世界の病院総合診療分野の発展に寄与できる。

総合診療を通じて

日本の地域医療の安定と発展に貢献するのが

**病院総合診療医**です。

執筆者一覧 (五十音順)

足立 智英	東京都済生会中央病院 総合診療内科	豊田 一弘	九州大学病院 総合診療科
石塚 晃介	千葉大学大学院医学研究院 診断推論学	内藤 俊夫	順天堂大学医学部 総合診療科学講座
居原 毅	国立病院機構九州医療センター 総合診療科	中川 孝	国立病院機構仙台医療センター 総合診療科
井村 洋	飯塚病院 総合診療科	中道 聖子	長崎大学病院 総合診療科
宇都宮 理恵	大分大学医学部 総合診療・総合内科学講座	鍋島 茂樹	福岡大学医学部 総合診療部
宇根 一暢	JA 尾道総合病院 救急総合診療部	長谷川 修	横浜市立大学
鶴木 友都	飯塚病院 総合診療科	濱井 彩乃	安房地域医療センター 総合診療科
瓜田 純久	東邦大学医学部 総合診療・救急医学講座	林 純	原土井病院 九州総合診療センター
大塚 文男	岡山大学病院 総合内科・総合診療科	原田 拓	昭和大学江東豊洲病院 総合診療科
小川 栄一	九州大学病院 総合診療科	原田 侑典	獨協医科大学 総合診療医学講座
奥瀬 千晃	聖マリアンナ医科大学 総合診療内科 / 川崎市立多摩病院	兵働 英也	日本医科大学付属病院 総合診療科
織田 良正	社会医療法人祐愛会織田病院	日吉 哲也	福岡大学医学部 総合診療部
小野 寺浩	東北大学大学院 医学系研究科・地域総合診療医育成寄附講座	藤本 眞一	大和榎原病院 内科
香月 尚子	佐賀大学医学部附属病院 総合診療部	藤原 元嗣	佐賀大学医学部附属病院 総合診療部
勝倉 真一	獨協医科大学 総合診療医学講座	本田 善子	東邦大学医学部 総合診療・救急医学講座
鎌田 一宏	福島県立医科大学会津医療センター 総合内科	本多 寛之	岡山大学病院 総合内科・総合診療科
岸原 康浩	国立病院機構九州医療センター 総合診療科	前田 隆浩	長崎大学病院 総合診療科
工藤 仁隆	飯塚病院 総合診療科	松田 隆秀	聖マリアンナ医科大学 総合診療内科
高地 良介	東邦大学医学部 総合診療・救急医学講座	松永 諭	飯塚病院 総合診療科
小杉 俊介	飯塚病院 総合診療科	皆川 輝彦	東邦大学医学部 総合診療・救急医学講座
齋藤 登	獨協医科大学埼玉医療センター 総合診療科	宮崎 英士	大分大学医学部 総合診療・総合内科学講座
佐々木 陽典	東邦大学医学部 総合診療・救急医学講座	村田 昌之	九州大学病院 総合診療科
佐藤 正通	独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター 総合診療科・内科	本橋 伊織	聖マリアンナ医科大学 総合診療内科 / 川崎市立多摩病院
塩田 星児	大分大学医学部 総合診療・総合内科学講座	森田 浩之	岐阜大学大学院医学系研究科 総合病態内科学分野
鋪野 紀好	千葉大学大学院医学研究院 診断推論学	安武 正弘	日本医科大学付属病院 総合診療科
渋谷 俊介	岩手県立胆沢病院 総合診療科・外科	山下 秀一	佐賀大学医学部附属病院 総合診療部
島田 長人	東邦大学医学部 総合診療・救急医学講座	山下 駿	佐賀大学医学部附属病院 総合診療部
志水 太郎	獨協医科大学 総合診療医学講座	山田 篤史	東邦大学医学部 総合診療・救急医学講座
下野 信行	九州大学病院 総合診療科	山梨 啓友	長崎大学病院 総合診療科
高橋 広喜	国立病院機構仙台医療センター 総合診療科		
多胡 雅毅	佐賀大学医学部附属病院 総合診療部		
田妻 進	JA 尾道総合病院 病院長		
徳田 安春	群星沖縄臨床研修センター		

