

家庭医療の専門性とその研修カリキュラム

医療法人 社団 カレス アライアンス・北海道家庭医療学センター 編
2005年1月

第1部 家庭医療の専門性

「家庭医療」とは

一般的な「家庭医療」の定義

専門的な「家庭医療」の定義（家庭医療の専門性）

1. これまでの考え方（北海道家庭医療学センター）
2. 新しい考え方（北海道家庭医療学センター）

家庭医療の専門性についての世界の考え方

1. McWhinney の考え
2. カナダ家庭医学会の考え（家庭医療学の4つの原理）
3. 米国家庭医学会の考え（家庭医療の定義）
4. Olesen らの考え
5. WONCA ヨーロッパの考え

参考文献

第2部 <コアコンポーネント>カリキュラム

1. 家庭医が提供する専門アプローチ

- A) 患者中心の医療
- B) 家族志向型のケア
- C) 地域包括プライマリ・ケア

2. 家庭医療に必要なプラクティスマネジメント

A) 介入のチェック・ポイント：

近接性・包括性・継続性・協調性・責任性

B) 向上させるアウトカム：

医療の安全性、利用者の満足度・健康改善度、診療所運営

C) 自己洞察と家庭医としての発展

能力・限界・自己の感情への気付き、プロフェッショナリズム、
態度、価値観、信念、倫理観、仕事とプライベートのバランス、
家庭医の満足とQOL、生涯学習、質向上活動、臨床教育技法の基

礎、臨床研究の基礎

3. 家庭医療に特異的な問題解決技法

- A) 地域での有病率や発生率を考慮した独自の意思決定プロセス
- B) 同時に存在する多くの問題に対応
- C) 不可避な不確実性に耐える
- D) 効率的な問題解決

第3部 <コモンプロブレム>カリキュラム

- ・ 01 幼小児、思春期のケア
- ・ 02 高齢者のケア
- ・ 03 終末期のケア
- ・ 04 女性の健康問題
- ・ 05 男性の健康問題
- ・ 06 健康増進と疾病予防
- ・ 07 リハビリテーション
- ・ 08 救急医療
- ・ 09 メンタルヘルス
- ・ 10 臓器別問題
 - - 01 心血管系
 - - 02 神経系
 - - 03 皮膚
 - - 04 代謝・内分泌・血液系
 - - 05 呼吸器系
 - - 06 泌尿器・生殖器系
 - - 07 リウマチ疾患・筋骨格系
 - - 08 外傷
 - - 09 耳・鼻・のど
 - - 10 眼
 - - 11 消化器
- ・ その他

第4部 レジデンシーの実際

レジデンシーの構成

評価システムとスケジュール

家庭医療の専門性とその研修カリキュラム

第1部 家庭医療の専門性

「家庭医療」とは

「家庭医療(family practice)」はさまざまに定義されてきた。それらの概要については後で述べるが、まずここでは、「定義する意味」を重視したい。「なぜ定義する必要があるのか」と言い換えても良い。意味のない定義が、それを知ろうとする人たちを混乱させたり失望させたりしてはならない。定義することによって、それが深く理解され、ある成果を目指す行動へと人たちが進んでいけるようになってほしい。フランスの哲学者アランの「定義集」[1]における定義のように、「家庭医療」を定義する意味を考えてみたい。

第一は社会的な意味である。「家庭医療」に馴染みが薄い日本に住む人たちに、「家庭医療はこんな医療です」と説明できることが重要である。そして、説明できるだけでなく、そのような「家庭医療」が実践できるという「家庭医(family physician)」の役割を社会に対して示す責任がある。

第二は教育的な意味である。日本の医学生や研修医の中で、「家庭医になりたい」と思っている人たちが増加している。その人たちが「家庭医療」がどういうもので何故必要なのか、そしてどうやってそれを学ぶのかを理解するためには、定義された「家庭医療」があり、実際の臨床教育現場で展開される家庭医療のカリキュラムがその定義に基づいて作成されなければならない。

第三は学術的な意味である。定義された「家庭医療」の専門性が、社会との関係の中でどのように重要であるのか、どのような専門性がこれからの「家庭医療」に求められるのか。実践の中からの深い洞察が要求される。こうした活動のなかから学問としての「家庭医療学(family medicine)」が体系付けられていく。

一般的な「家庭医療」の定義

「家庭医療」の伝統がない日本に住む一般の人に「家庭医療はこんな医療です」という内容を一言で説明することは難しい。しかし、「家庭医療」が曖昧なものではなく、医療の専門分野のひとつとして確立していることを社会に対してアピールする必要がある。そんな時に使いたい一般的な家庭医療の定義を表1に示した。比較的平易な言葉で、家庭医療の特長を網羅している[2]。

1997年に米国家庭医学会がキャンペーンに用いた「家庭医は何を専門にしているのですか」に対する答えとしての「家庭医はあなたを専門にしている医師(The doctors who

specialize in you.”) です」は、日本の一般の人に理解してもらうにはまだ大分説明が必要である。説明の例としては、「あなたの内にある臓器や疾患はもとより、ここに湧き起る心配や苦しみも、そしてあなたの外にあってあなたに関わる家族と地域・社会も含めて、あなた全部を家庭医は専門にしている」と言うことができる。最近になって、特にメディア関係の人たちが、この説明を聞いて家庭医療に興味を示すようになってきている。

表1 家庭医療とは

家庭医療とは、
どのような問題にもすぐに対応し
家族と地域の広がりの中で
疾患の背景にある問題を重視しながら
病気を持つひとを人間として理解し
からだところをバランスよくケアし
利用者との継続したパートナーシップを築き
そのケアに関わる多くの人と協力して
地域の健康ネットワークを創り
十分な説明と情報の提供を行うことに責任を持つ
家庭医によって提供される
医療サービスである。

専門的な「家庭医療」の定義（家庭医療の専門性）

1. これまでの考え方（北海道家庭医療学センター）

北海道家庭医療学センターは、1996年設立され、翌1997年から家庭医療学の専門教育を開始した。2004年に初期研修が必修化されても、卒後1年目から家庭医療学が学べる教育カリキュラムがある日本で唯一の施設である。

初期2年と後期（家庭医療学専門医コース）2年の4年間一貫の教育プログラムを構築するために、これまでは、「家庭医療はプライマリ・ケアの進化したもの（バージョンアップしたもの）」という基本的な考えを前面に出して、最初に「プライマリ・ケア」の基本的な5項目の専門性（プライマリ・ケアのACCCA）[表2]があり、家庭医療がこのプライマリ・ケアから進化した（バージョンアップした）時、これに加わった専門性として、表3に示した5項目を掲げていた。そして、これらの新しい5項目も含めた家庭医療の専門性10項目を理解して、それらをバランスよく実践できることが家庭医に求められる、としていた[2]。

表2 プライマリ・ケアの専門性

- (1) 医療へのアクセスが物理的にも、心理・社会的にも良好である近接性 (accessibility)
- (2) どのような問題にも対応する包括性 (comprehensiveness)
- (3) 問題の経過中だけではなく病気の前後や健康時にも関わる継続性 (continuity)
- (4) チームでケアを有機的に勤める協調性 (coordination)
- (5) インフォームドコンセントを重視した責任性 (accountability)

表3 家庭医療の専門性

- (1) 患者中心の医療
- (2) 家族志向型のケア
- (3) 地域包括プライマリ・ケア
- (4) 健康問題の心理社会的アプローチ
- (5) 共感できる人間関係の維持・強化

2. 新しい考え方 (北海道家庭医療学センター)

家庭医療の専門性として、これまで提唱してきた10項目の重要性は変わらないが、北海道家庭医療学センターでの実際の診療や臨床教育の経験から、10項目を一次的に並べて示すのではなくて、どのようにそれぞれの項目を関係させて実践していくかについての指針を提供する方がより適切であることがわかってきた。

これから述べる、家庭医療の専門性についての新しい考え方は、診療・教育のしやすさに貢献することが考慮されている。

まず、家庭医は(1)患者中心の医療、(2)家族志向型のケア、(3)地域包括プライマリ・ケア、についての知識・技術・態度・価値観を備えることが必須である。これらは、それぞれに体系化が進んだ方法があり、家庭医はこれらすべてをシステムティックに実践できなくてはならない。そして、いままで独立した項目だった「健康問題の心理社会的アプローチ」、「共感できる人間関係の維持・強化」は、(1)(2)(3)それぞれのなかに含まれている。

プライマリ・ケアの ACCCA (近接性、包括性、継続性、協調性、責任性) については、理念の重要性の理解は当然必要であるが、実際の診療でそれを保証するためには、診療所の診療時間、時間外の対応、診療科目の設定と対応、必要機器の確保と技術の修得、診療医師のローテーションを含む診療体制、病診連携方法、診療録管理、情報開示、などについて ACCCA を高いレベルに保つシステムを構築する必要がある。そして、それらのシス

テム構築が、医療の安全性、利用者の満足度・健康改善度や診療所の経営というアウトカムとどう折り合いをつけていくか、さらに、家庭医が自分自身の能力・限界・自己の感情について気付き、プロフェッショナリズム・価値観・信念・倫理観について振り返り、仕事とプライベートの生活の良いバランスを築いて個々の家庭医の満足とQOL高め、生涯学習と質向上活動を継続し、家庭医療の臨床教育や臨床研究にも携わることによって、自己を洞察し家庭医として発展することについての大きな枠組みでのプラクティス・マネジメントが必要になってくる。

さらに、家庭医は、地域での有病率や発生率を考慮した独自の意思決定プロセスを持ち、同時に存在する多くの問題に対応し、早期の問題でたとえ診断が未確定であってもその不確実性に耐え、EBMも考慮した効率的な問題解決を実施する、という家庭医療に特異的な問題解決技法を備えることが必要である。

このように、「日本で家庭医療を専攻する医師の教育」と「社会のなかで家庭医療が果たす役割」とを重視した家庭医療の専門性についての新しい考え方[表4]を提唱したい。

表4 家庭医療の専門性（新しい考え方）

1. 家庭医が提供する専門的アプローチ

- (1) 患者中心の医療
- (2) 家族志向型のケア
- (3) 地域包括プライマリ・ケア

2. 家庭医療で必要なプラクティス・マネジメント

- (1) 介入のチェック・ポイント：近接性、包括性、継続性、協調性、責任性
- (2) 向上させるアウトカム：医療の安全性、利用者の満足度・健康改善度、診療所経営
- (3) 自己洞察と家庭医としての発展：能力・限界・自己の感情への気付き、プロフェッショナリズム、態度、価値観、信念、倫理観、仕事とプライベートのバランス、家庭医の満足とQOL、生涯学習、質向上活動、臨床教育、臨床研究

3. 家庭医療に特異的な問題解決技法

- (1) 地域での有病率や発生率を考慮した独自の意思決定プロセス
- (2) 同時に存在する多くの問題に対応
- (3) 不可避な不確実性に耐える
- (4) 効率的な問題解決

家庭医療の専門性についての世界の考え方

家庭医療の専門性については、諸外国で多くの考え方があり、前述の私たちの考え方にも大きな影響を与えている。これらのなかからいくつか主要なものを概観することは、こ

れから日本で家庭医療を専攻しようとする人たちにとっても非常に参考になると考える。

1. McWhinney の考え

カナダの McWhinney は、「臨床医学の専門分野では、ある人が何を知っているかということよりも、何をするかによって、その人が属する専門分野を特定することができる」として、「家庭医療学が何であるかは、家庭医の行動を支配している原理から始めるのがもっとも良い」と述べている。彼が示した 9 つの原理は表 5 の通りであるが、これらをまとめて考えると、それはひとつの際立った世界観（価値感の体系と問題へのアプローチ法）を示しており、他の専門分野とはっきり区別されるだろう[3]。

表 5 家庭医の行動を支配している 9 つの原理 (McWhinney)

- (1) 家庭医は人間に関わる。この関わりは、健康上の問題の種類によって制限されなし、終点と定義されるものがない。その関わりはその人が健康なときから形成されている。
- (2) 家庭医は、病気のコンテクストを理解しようとする。多くの病気はコンテクストの中で見なければ完全には理解することができない。
*注：コンテクストの例えとして McWhinney による次のような記載があり分かりやすい。『コンテクストの大切さはちょうどジグソーパズルに例えることができます。私たちはしばしば、何を意味するのかわからないジグソーパズルの一片に出会うことがあり、それをともかく眺めます。そしてそれを適切な場所に（全体像というコンテクストの中に）置いてみるとたちどころにその意味が明確になるのです。』[4]
- (3) 家庭医は、患者と出会うすべての機会を予防や健康教育の絶好の機会とする。
- (4) 家庭医は、診療対象を「リスクを持った人の集団 (population at risk)」として考え、予防医学を実践する。
- (5) 家庭医は、自分自身を、健康問題をケアし支援するコミュニティー・ネットワークの一部とみなす。
- (6) 理想的には、家庭医は自分の患者たちが住んでいる同じ地域に住むべきである。完全に効果的であるために、家庭医はなお目の届く近隣にいる必要がある。
- (7) 家庭医は、本来の「エコロジスト」であるべきである。家庭医は、患者を患者の家で診る。家で起こる人生の大きな出来事に患者の家族とともに立ち会うことが、家庭医にその患者と家族についての多くの知識を与える。
*注：エコロジー (ecology) は、二つのギリシア語の *oikos* (家庭) と *logos* から由来する言葉で、文字通り「家庭の学問」を意味する。
- (8) 家庭医は、医療の自覚的な面を重要と考える。これは自分自身の感情に気付くことも含まれるので、家庭医療は自己を内省する医療である。

表5 家庭医の行動を支配している9つの原理 (McWhinney)(つづき)

(9) 家庭医は、資源のマネージャーである。家庭医の責任は、限られた資源を患者とコミュニティ全体の利益のために管理することである。

2. カナダ家庭医学会の考え (家庭医療学の4つの原理)

カナダ家庭医学会では表6のような家庭医療学の4つの原理を示している[5]。家庭医と家庭医療学の特長を家庭医の能力、地域包括プライマリ・ケア、家庭医の役割そして人間関係でまとめている点で優れている。これだけだとシンプルであるが、実際には、この家庭医療学の原理を卒後研修(レジデンシー)のカリキュラムに組み入れることをしているので、各項目についてはさらに詳しい記述があり、そのバックボーンとして McWhinney の考えがあることが理解できるだろう。

表6 家庭医療学の4つの原理 (カナダ家庭医学会)

- (1) The family physician is a skilled clinician.
- (2) Family medicine is a community-based discipline.
- (3) The family physician is a resource to a defined practice population.
- (4) The patient-physician relationship is central to the role of the family physician.

(1) 家庭医は熟練した臨床医である

- ・患者中心の医療が実践できる能力を持つ。疾患を探る適切なアプローチと、患者の解釈・期待・感情・影響を含めた病気の経験を理解する。
- ・人間や家族や他の社会システムの発達を理解し、患者・家族の疾患と病気の包括的なマネジメントを行う。
- ・家庭医は患者と協働して共通の理解基盤を見出し、問題・ゴール・役割について合意に達する。適切な情報提供をする。患者の自律性を重んじ、患者が自分自身のケアを形成のための意思決定を可能にする力を引き出す。
- ・全ての年齢層にわたって、地域でのよくある問題と、頻度は少なくとも生命を脅かし治療法のある救急問題について、入手可能な最良の科学的根拠に基づいてアプローチする。

(2) 家庭医療学は地域に根差した専門分野である

- ・家庭医療は地域に根差したもので、地域の要因に非常に影響を受ける。コミュニティの一員として、家庭医は人々のニーズに応え、変化する状況に適応して、必要な資源を動員する。
- ・地域では、健康問題が未分化で不確かな状態で現れることが多く、家庭医はこうした問

題を扱うことに慣れている必要がある。家庭医は、慢性疾患、感情の問題、急性疾患（軽症で自然治癒するものから生命を脅かすものまで）、そして複雑な生物心理社会的問題、さらに終末期の緩和ケアを行う。

・家庭医は、診療所、病院（救急部を含む）、その他の医療施設、そして家で患者をケアする。家庭医は、自分自身をヘルスケア提供者のコミュニティー・ネットワークの一部とみなし、チームのメンバーやリーダーとうまく協働する。家庭医は、専門医やコミュニティーの資源を思慮深く利用する。

（3）家庭医は定義された診療対象すべての人々の資源である

・家庭医は、自分の診療対象を「リスクを持った人の集団（population at risk）」として考え、診療所に来る来ないにかかわらず健康が維持されているかを確認するために診療の調整を行う。

・診療を調整するには、新しい情報とその診療への適切さの評価、提供されたケアが有益であるかを評価する知識と技術、診療記録や他の情報システムの適切な利用、そして患者の健康を向上させるポリシーを計画・実行する能力が必要である。

・家庭医は、生涯にわたって自己啓発し学習する効果的な方略を持つ。

・家庭医は、患者の健康を増進させる公的なポリシーを擁護する責任がある。

・家庭医は、ヘルスケア・システムの中で限りある資源を賢く調整する責任を負う。個人とコミュニティー両方のニーズを考慮する。

（4）患者-医師関係が家庭医の役割の中心に位置する

・家庭医は、人間的な条件、特に苦しみの性質と病気に対する患者の反応について理解し、それを重要と考える。家庭医は自分自身の強さと限界を知り、効果的なケアに自分の個人的な問題が妨げになる時を認識する。

・家庭医は、人のプライバシーに敬意を払う。患者-医師関係は、患者が最後までやり通すことができなくても、患者の健康のために誠意を持って関わることの医師からの契約・約束という性質がある。

・家庭医は患者に継続したケアを提供する。患者と反復して接触して患者-医師関係を構築し、相互作用による治癒力を向上させる。時とともに、その人間関係は患者・家族・家庭医にとって特別な重要性を伴っていく。結果として、家庭医はその患者の擁護者となる。

3．米国家庭医学会の考え（家庭医療の定義）

米国家庭医学会の家庭医療の定義は、表6ように比較的シンプルである。継続性と包括性が強調されている一方で、地域のコンテクストについては触れられていない。患者-医師

のパートナーシップについては、定義には含まれないが、それに続くスコープと哲学的説明の中で、家庭医療は(1)知識、(2)技術、(3)プロセスを3次元的に協調させる専門分野であるとし、プロセスの中心となるのが、家族のコンテキストの中から患者を捉える患者-医師関係であると述べられている[6]。

表6 家庭医療の定義 (米国家庭医学会)

Family practice is the medical specialty which provides continuing and comprehensive health care for the individual and the family. It is the specialty in breadth which integrates the biological, clinical and behavioral sciences. The scope of family practice encompasses all ages, both sexes, each organ system and every disease entity.

4 . Olesen らの考え

デンマークの Olesen らが 2000 年に *BMJ* に発表した「新しい定義」[表7]は、家庭医がヘルスケア・システムの前線で働く専門家であるとし、医療心理学や医療社会学を包括した科学的なアプローチを重視している[7]。この「新しい定義」は、発表されるや家庭医療の定義をめぐる、英語での specialist に込められる意味論や、アカデミックなものを目指すべきか否か、などを含む大きな論争に発展していった[8]。

表7 家庭医療の「新しい定義」(Olesen ら)

"The general practitioner is a specialist trained to work in the front line of a healthcare system and to take the initial steps to provide care for any health problem(s) that patients may have. The general practitioner takes care of individuals in a society, irrespective of the patient's type of disease or other personal and social characteristics, and organises the resources available in the healthcare system to the best advantage of the patients. The general practitioner engages with autonomous individuals across the fields of prevention, diagnosis, cure, care, and palliation, using and integrating the sciences of biomedicine, medical psychology, and medical sociology."

5 . WONCA ヨーロッパの考え

Olesen らの「新しい定義」の発表がきっかけとなり、ヨーロッパ諸国の中で、家庭医療の定義や教育システムについての議論が活発になった。こうした議論を経て、ヨーロッパの30カ国の家庭医療学会が加盟する「WONCA(世界家庭医機構)ヨーロッパ」は、2002年に *The European Definition of General Practice / Family Medicine* を発表した[9]。ヨー

ロッパ連合(EU)の誕生によって社会全体が大きく再編成される状況下で、当然社会の中の家庭医療が果たすものへの再考察が色濃く出ている。

このWONCAヨーロッパの家庭医療の定義では、まず11項目の「家庭医療の特徴」[表8]が掲げられ、次にその特徴を備えて実践する医師に焦点を当てた「家庭医の専門性」[表9]が述べられている。その後には、11項目の「家庭医療の特徴」を「家庭医のコアとなる臨床能力」へ結びつけるために、表10のような6つのグループに分けている。そしてそれらの臨床能力が生かされる3つの分野として、(1)臨床の仕事、(2)患者とのコミュニケーション、そして(3)診療のマネジメントが示され、人間中心の科学的専門分野の基盤をなす特徴として、(1)コンテキスト(患者の個人、家族、コミュニティ、文化)、(2)態度(医師のプロフェッショナルリズム、価値観、倫理)、(3)科学性(批判的吟味や研究に基づいたアプローチ、生涯学習と質改善を通しての継続)が挙げられている。このようなさまざまな次元での定義がなされるのはすなわち、「家庭医療」という専門分野の複雑さからくるのだとしている。

表8 家庭医療の特徴(WONCAヨーロッパ)

The characteristics of the discipline of general practice/family medicine are that it:

- a) is normally the point of first medical contact within the health care system, providing open and unlimited access to its users, dealing with all health problems regardless of the age, sex, or any other characteristic of the person concerned <ヘルスケア・システムの最前線での包括性>
- b) makes efficient use of health care resources through co-ordinating care, working with other professionals in the primary care setting, and by managing the interface with other specialities taking an advocacy role for the patient when needed. <他職種との協働、ケアの調整、患者の擁護>
- c) develops a person-centred approach, orientated to the individual, his/her family, and their community. <人間中心に個人、家族、地域を志向>
- d) has a unique consultation process, which establishes a relationship over time, through effective communication between doctor and patient <コミュニケーションによる医師-患者関係>
- e) is responsible for the provision of longitudinal continuity of care as determined by the needs of the patient. <患者のニーズに応じた継続性>
- f) has a specific decision making process determined by the prevalence and incidence of illness in the community. <地域での病気の有病率、発生率を考慮した意思決定過程>

表8 家庭医療の特徴 (WONCA ヨーロッパ)(つづき)

g) manages simultaneously both acute and chronic health problems of individual patients. <急性、慢性両方の健康問題に対応>

h) manages illness which presents in an undifferentiated way at an early stage in its development, which may require urgent intervention. <鑑別できてない状態でも必要なケアのマネジメント>

i) promotes health and well being both by appropriate and effective intervention. <適切な介入による健康維持・増進>

h) has a specific responsibility for the health of the community. <地域の健康への責任>

k) deals with health problems in their physical, psychological, social, cultural and existential dimensions. <身体、心理、社会、文化、実存的な次元で健康問題を捉える>

表9 家庭医の専門性 (WONCA ヨーロッパ)

General practitioners/family doctors are specialist physicians trained in the principles of the discipline. They are personal doctors, primarily responsible for the provision of comprehensive and continuing care to every individual seeking medical care irrespective of age, sex and illness. They care for individuals in the context of their family, their community, and their culture, always respecting the autonomy of their patients. They recognise they will also have a professional responsibility to their community. In negotiating management plans with their patients they integrate physical, psychological, social, cultural and existential factors, utilising the knowledge and trust engendered by repeated contacts. General practitioners/family physicians exercise their professional role by promoting health, preventing disease and providing cure, care, or palliation. This is done either directly or through the services of others according to their health needs and resources available within the community they serve, assisting patients where necessary in accessing these services. They must take the responsibility for developing and maintaining their skills, personal balance and values as a basis for effective and safe patient care.

表10 家庭医のコアとなる臨床能力 (WONCA ヨーロッパ)

- (1) Primary care management (a,b)
- (2) Person-centred care (c,d,e)
- (3) Specific problem solving skills (f,g)
- (4) Comprehensive approach (h,i)

表 10 家庭医のコアとなる臨床能力 (WONCA ヨーロッパ)(つづき)

(5) Community orientation (j)

(6) Holistic modelling (k)

*注：アルファベットは対応する家庭医療の特徴[表 8]を示す。

世界の家庭医療と「家庭医療後進国」日本

家庭医療学は、多くの人々の努力によって、いまでは世界の 100 近い国々で既に共通の価値観として理解されている。当然、そのほとんどの国々では家庭医療はそれぞれの国の保健医療提供システムの要であり、家庭医の養成は全国的規模で行われている事業である。

世界中の国々の家庭医学会が加盟する世界連合である WONCA (World Organization of Family Doctors、世界家庭医機構) は、2004 年の世界学術総会 (米国、オーランド) で加盟学会数が 100 に達したが、その学会で、家庭医療が未発達な国々からのレポートを集めたプレナリー・セッション *Starting Family Medicine in a Country: Stories from the Front Line* が企画された。学会の Robert Taylor 学術委員長と Wesley Fabb 前 WONCA 事務総長から推薦されたパネラーによって、ブラジル、ベトナム、ジンバブエ、スリランカ、ネパール、そして日本の状況が報告された。

表 11 は、その時に北海道家庭医療学センターの葛西が発表した日本で家庭医療が発展しない理由である。これらは、社会の歴史、政治、経済、文化だけでなく、日本人の考え方や行動パターンにまで及ぶ、かなり根が深い問題である。

表 11 日本で家庭医療が発展しない理由

(1) 臨床教育の構造がしっかりしていない

(2) 医療におけるパラダイム・シフトを経験していない

(3) 患者と医師とのパートナーシップが崩壊している

(4) 生物医学的なテクノロジーに依存している

(5) 歴史的に医療をめぐる利害関係者が協働できなかった

(6) 意思決定プロセスが開示されない

(7) 変革を避ける傾向がある

こうした困難な状況でも、日本に住む人たちのために家庭医療のシステムを構築していくことの重要性は明らかであると考えられる。質の高い訓練された家庭医による世界標準の家庭医療の提供は、日本に住む人々に対する私たちのアカウンタビリティである。今いる医師たちの棲み分け論に終始していた時代には決別し、これから家庭医になることを目

指す人たちが安心してキャリアをのばして行けるように、見通しの良い環境を創り出していく必要がある。

第1部を終えるにあたり、同じくオランダのWONCAで葛西が発表した、私たちがこれから成し遂げなければならないことを掲げる[表12]。日本での家庭医療の発展のために、これらのプロジェクトが多くの一とびとの協働によって推進されることが望まれる。

表12 私たちがこれから成し遂げなければならないこと

- (1) 家庭医療の卒後研修プログラム(レジデンシー)を多数立ち上げる
- (2) 研修プログラム評価委員会を組織する
- (3) 家庭医の認定機構を構築する
- (4) 家庭医の効果的な生涯教育プログラムを作る
- (5) 私たち自身の考え方を変える
 - (a) 質を高めることは差別化ではない
 - (b) 名実ともに誇りある仕事をする価値観
 - (c) アウトカムのみでなくプロセスの評価も重要
 - (d) 口先だけでなく、誠を尽くして計画し交渉し調整する

参考文献

1. アラン定義集. 岩波文庫版.
2. 葛西龍樹. 家庭医療 ~家庭医をめざす人・家庭医と働く人のために~. ライフメディコム, 2002.
3. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1997.
4. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine, 1st ed. New York: Oxford University Press, 1989.
5. The College of Family Physicians of Canada. Four principles of family medicine. <http://www.cfpc.ca/English/cfpc/about%20us/principles/default.asp?s=1>
6. American Academy of Family Physicians. Family Practice. <http://www.aafp.org/x6809.xml>
7. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice – time for a new definition. BMJ 320:354-357 (5 February),2000.
8. Heath I, Evans P, van Weel C. The specialist of the discipline of general practice. BMJ 320:326-327 (5 February),2000.
9. WONCA Europe. The European definition of general practice / family medicine. 2002. <http://www.medisin.ntnu.no/wonca/>

*注：この「第1部 家庭医の専門性」は、単行本 葛西龍樹（編）：家庭医療教本（仮題）. 永井書店, 2005（印刷中）の一部を抜粋して編集したものである。

第2部 コアコンポーネント <カリキュラム>

1. 家庭医が提供する専門アプローチ

- A) 患者中心の医療
- B) 家族志向型のケア
- C) 地域包括プライマリ・ケア

2. 家庭医療で必要なプラクティスマネージメント

- A) 介入のチェック・ポイント:
近接性・包括性・継続性・協調性・責任性
- B) 向上させるアウトカム:
医療の安全性、利用者の満足度・健康改善度、診療所運営
- C) 自己洞察と家庭医としての発展
能力・限界・自己の感情への気付き、プロフェッショナリズム、態度、価値観、信念、倫理観、仕事とプライベートのバランス、家庭医の満足と QOL、生涯学習、質向上活動、臨床教育技法の基礎、臨床研究の基礎

3. 家庭医療に特異的な問題解決技法

- A) 地域での有病率や発生率を考慮した独自の意思決定プロセス
- B) 同時に存在する多くの問題に対応
- C) 不可避な不確実性に耐える
- D) 効率的な問題解決

1. 家庭医療が提供する専門的アプローチ

A) 患者中心の医療の方法

- 患者や健康問題に取り組む際に患者中心のアプローチを利用する
 1. 人生における個人、その成長、目標、期待に対する科学的な知識と理解
 2. 患者の態度・価値観・信念の中で、家族・地域・社会・文化という側面を理解し対応するための枠組みの構築
 3. 患者の illness と disease という概念をマスター
 4. これを臨床に適応する技能と態度

<場> HDB、家庭医療研修、シニア
<方法> ・1 は、テキストの読書と勉強会
・2 は、テキストの読書と勉強会、症例を通じた指導医とのディスカッション
・3 は、テキストの読書と勉強会、カルテに対する illness の記載
・4 は、プリセプティング、ビデオレビューを通じた評価とフィードバック
<評価> ・1～4 ポートフォリオを通じた理解の確認とビデオレビューを通じての実践(技能面、態度面)の確認

- 患者の自主性を尊重しつつ、医師患者関係を効果的にする医療面接を利用する
 1. 患者の考え・不安・期待などのアジェンダを探って医師のアジェンダと統合し、共通の理解基盤を見出し、今後のプランへと交渉する<患者中心の面接モデル>を利用する能力
 2. 所見を理解できるように伝え、患者が自分の考えを振り返って、更なる決断のために共通の基盤を見出すためのコミュニケーション能力
 3. 患者の自主性を尊重して決断する態度
 4. 医師患者関係での主観性の自覚：患者(感情、価値観、好み)、医師(価値観、態度、感情の自覚)

<場> HDB、家庭医療研修、シニア
<方法> ・1 は、プリセプティング、ビデオレビューを通じた評価とフィードバックを中心として学び、カルテにもその枠組みを記載
・2 は、ビデオレビューを通じた評価とフィードバック
・3 は、プリセプティング、ビデオレビューを通じた評価とフィードバック
・4 は、患者と医師の間で生じた衝突などを中心に< Significant Incident Analysis>を実施して指導医とディスカッション
<評価> ・1～4 ポートフォリオを通じた理解の確認とビデオレビューを通じての実践(技能面、態度面)の確認、Significant Incident Analysis による理解・分析能力の評価

- コミュニケーションを行い、優先度をつけ、パートナーシップを大事にして活動
 1. 患者との関係でパートナーシップを確立するための技能と態度
 2. 患者との距離のバランスを獲得するための技能と態度
 3. 患者のプライバシーを尊重する技能と態度

<場> HDB、家庭医療研修、シニア

<方法> ・1: 医療面接技法の学習(テキスト、勉強会)とビデオ・レビューを通じた評価とフィードバック
・2: 転移/逆転移に対する学習と、そうした距離感に悩む患者への Significant Incident Analysis による自己分析と指導医とのディスカッション
・3: 医療倫理の観点から患者のプライバシーを守ることが重要となる場合、ケースを通してその意義をディスカッション

<評価> ・1 ビデオ・レビュー
・2 ポートフォリオと Significant Incident Analysis による評価
・3 ポートフォリオと指導医とのディスカッションによる評価

- 文化と生活を考慮した生物 - 心理 - 社会モデルを利用する
 1. 全人的ケアの概念とそれを患者のケアに適用する知識
 2. 患者の生物 - 心理 - 社会の面から全人的に理解する能力
 3. 全人的な理解を実践可能な方法へと変化させる技術
 4. ヘルスケアに関する、患者の文化的な背景の知識
 5. ヘルスケアの提供に影響する患者の経験、信念、価値観、期待を粘り強く理解すること

<場> HDB 知識面が中心、家庭医療研修、シニア

<方法> ・1: テキストの読書と勉強会、症例を通じた指導医とのディスカッション
・2: プリセプティング、カルテレレビューを通じた評価とフィードバック
・3: プリセプティング、ビデオレビュー、指導医の診療見学
・4: 医療人類学、日本の医療文化の学習(テキスト)
・5: プリセプティング、ビデオレビューを通じた評価とフィードバック

<評価> ・1/2/4 ポートフォリオと指導医とのディスカッション
・3/5 ポートフォリオとビデオレビューによる評価

B) 家族志向型ケア

- 家族志向型プライマリ・ケアの理論に基づいた独自の評価方法を用いて家族を系統的に評価
 1. 家族が病気に与える影響、病気が家族に与える影響への理解
 2. Genogram を記載して評価する能力
 3. 家族のライフサイクルを理解して評価する能力
 4. 家族システム理論を用いて家族の力動を評価する能力
 5. リスクのある家族を速やかにスクリーニングする能力

<場> HDB、家庭医療研修、シニア

<方法> ・1～4: テキストの自己学習、勉強会での指導医とのディスカッション、プリセプティングやカルテレ뷰を通じた症例ディスカッション
・2: サマリーシートへの Genogram の積極的な記載
・5: DR.FAMILY アプローチの学習と実践

<評価> ・1～5 カルテレ뷰、ポートフォリオ

- 問題を抱える家族に対して適切なタイミングで適切な介入を実施することができる
 1. 家族との良好な関係を築き維持し、情報交換を実施していく能力
 2. 日常診療の中で家族をケアの対象として巻き込んでいく技能
 3. 困難な問題に対して患者/家族とのディスカッション(日々の情報交換から簡単な家族面談)を通じて解決策を見いだしていく技能
 4. 家族会議を計画し開催して、家族の問題を評価し介入していく能力

<場> シニア

<方法> ・1～3: テキストの自己学習、勉強会での指導医とのディスカッション、プリセプティングやカルテレ뷰を通じた症例ディスカッション
・1: TEL や来院を通じて家族の積極的な参加を促す
・4: 家族会議開催の際には、事前の準備から終了後の評価までを計画して実施する

<評価> ・1～3 カルテレ뷰、ビデオレ뷰、ポートフォリオ、
家族の問題が重大な影響をもたらすケースについては Critical Incident Analysis にて評価
・4 家族会議のプロトコルとまとめを評価

C) 地域包括型ケア

- 個々の患者の健康ニーズと住んでいる地域の健康ニーズを、利用可能なリソースを用いてバランスをとる
 1. 疫学による地域の特性を通じて地域のニーズを理解する
 2. 健康と社会ケアの相互関係を理解する
 3. 貧困、民族、地域性が健康に与えるインパクトを理解する
 4. ヘルスケアの不平等を理解する
 5. ヘルスケアシステムの構造とその経済的な限界を理解する
 6. 健康に関連する地域政策に関わる専門家と協働し、その役割を理解する
 7. 診療の質の維持において、診療所と地域を基盤にした情報の重要性を理解する
 8. それぞれのコンテキストの中で患者と医師によりヘルスケアシステムがどのように利用することができるかを理解する
 9. 患者のニーズと地域のニーズの調和させる

<場> HDB、家庭医療研修、シニア

<方法> ・1～6、9：テキストの自己学習と指導医とのディスカッションで基本的な概念を理解し、実際に研修している地域のニーズや問題点を学習する。保健師や行政などの地域の健康を管理する立場の専門家と協働し、地域のニーズを捉えていく作業を共に実施していく。実施にあたっては、患者/地域のニーズのバランスに留意していく。(いずれも、室蘭では取りかかろうとしている状況であり学習は困難)
・7：Audit と地域の疫学データの分析によって、一連の介入が与えた診療へのインパクトを適切に評価し、更なる改善に結びつけていく(Audit と診療所内での質の改善は実施可能)
・8：室蘭の各地区でのヘルスケアシステム利用の現状を指導医とディスカッションし、その問題点などをディスカッション

<評価> ・1～9 ポートフォリオによる振り返りと、経験に関する指導医とのディスカッション

2. 家庭医療に必要なプラクティス・マネジメント

A) 介入のチェックポイント ACCCA

<近接性 Accessibility>

- 問題の内容を選ばず最初の受診に対応
 1. プライマリ・ケアで遭遇する健康問題の疫学の知識
 2. あらゆる問題を持つ患者が容易に受診できるようなアプローチ
 3. 慢性疾患のマネジメントへの組織的なアプローチ
 4. プライマリ・ケアで遭遇する症状と治療の知識

<場> HDB 2 以外 家庭医療研修、シニア 全て

<方法> ・1/4 は症例の経験と自己学習
・2 は、診療所それぞれの工夫(診察券での説明、待合いでのアピール広報、新聞での紹介など)を観察し指導医とディスカッション
・3 は、各種シート(HL、高血圧自己測定)の活用によるマネジメントの効率化を観察し指導医とディスカッション

<評価> ・1/4 はカルテ評価、2/3 はポートフォリオや指導医とのフィードバック

<包括性 Comprehensiveness>

- あらゆる健康問題をカバー
 1. プライマリ・ケアに必要な予防医学の知識
 2. 急性期、慢性期医療、予防医療、緩和医療、救急医療の技能
 3. 病歴・身体診察・検査依頼の臨床技能
 4. 薬物あるいは非薬物的な治療技能
 5. 問題の優先度をつける技能
 6. 小児、青少年、高齢者を含むあらゆる年代の患者に対応する技能

<場> HDB、家庭医療研修、シニア

<方法> ・1 は、公的な健康診断のシステムとその評価項目の選択の根拠をテキストなどで学習、家庭医療レクチャーでも「健診シリーズ」を学習
・2/6 は、急性期/慢性期/予防医療(目標のミニマムの知識)に関する症例の経験と自己学習、緩和医療を初期研修での緩和ケア科と在宅ターミナルケアで学習、救急医療をBLS/ACLSコース参加と救急外来にて経験、小児については小児科での学習も含む。
・3/4 は、症例の経験と自己学習、ビデオレビュー、家庭医療レクチャーでの診察技法のレクチャー
・5 は、症例の経験と指導医とのディスカッション

<評価> ・1/2/6 はカルテレビュー、3/4 はカルテレビューとビデオレビュー
・5 はビデオレビューと指導医とのディスカッション

- 健康増進と疾患予防の戦略を適切に用いて健康を促進する
 1. 健康という概念と Population at risk という概念を理解する能力
 2. 日々の診療の一部として個人に対して実施する健康増進
 3. プライマリ・ケア環境で健康増進と予防医学のプログラムを通じて健康増進を提供する
 4. 地域の健康増進に対する家庭医の役割を理解する
 5. 個人と地域のニーズの間の倫理的緊張の重要性を理解し、適切に行動する
- <場> HDB、家庭医療研修、シニア
- <方法> ・1: テキストの学習と指導医とのディスカッション
・2~5: 予防医学に関するテキストの学習と指導医とのディスカッションが基本
・2: 健康診断の推進や喫煙・食事・運動などへの積極的な取り組みを理解し、日々の診療で実践。その際、「行動変容」についてテキストと勉強会で学習。
・3: クリニックでの健診システムやリハビリシステムの運営を理解し活用
・4: 健康講座や広報活動、講演会などに参加し、地域を視野に入れた予防活動を実施（行政と連携した政策は室蘭ではまだ...）
・5: （室蘭では不可）
- <評価> ・1~5 ポートフォリオによる振り返り
・2: カルテレビューも活用

<継続性 Continuity>

- 患者のニーズで決まるケアの継続性を提供し、継続的な調整されたケアを紹介する
 1. 継続性の3つの側面を理解しマスターする
 - (ア) 個人の継続性: 人生のコーチとして
 - (イ) 症例ごとの継続性: 各患者との面接で適切な医療情報を利用可能
 - (ウ) 365日24時間、組織としてのケアを保証する継続性
 2. 患者のニーズに関して適切な仕事/生活のバランスを理解し達成する

- <場> HDB、家庭医療研修、シニア
- <方法> ・1: HDB/シニア研修での外来患者の短期継続、訪問患者の長期継続の実践、時間外連絡制度を用いた24時間365日の対応実施に対する理解と実践（個人の継続性は室蘭では困難）
・2: 待機制度の中での救急利用による役割分担、そしてそれによる医師の過剰な負担の軽減を理解
- <評価> ・1/2 ポートフォリオによる振り返り

<協調性 Coordination>

- プライマリ・ケアでの他の専門家や専門医と協調したケア
 1. 医療機関の知識
 2. 患者やスタッフとのコミュニケーションの重要性の理解

3. 効果的なチームワークの技能

- <場> HDB 1 中心、家庭医療研修、シニア
<方法> ・1 は、オリエンテーションでの室蘭の医療機関の紹介、初期研修での多科ロ
ーテートによる各専門科の診療内容を理解
・2 は、スタッフ会議・訪問会議・MSW 会議を通じた外来と訪問の看護師、事
務、MSW、訪問 PT とのコミュニケーションに参加して理解
・3 は、各会議で協働してケアを築くプロセスに参加すること、各診療科との
紹介や連絡によるケアの質向上の重要性を理解すること
<評価> ・1/2/3 カルテレレビューと指導医とのディスカッション
・ポートフォリオも

● 効果的で適切なケアの提供と健康サービスの利用法を習得

1. ヘルスケアシステムの構造とプライマリ・ケアと関連した機能の知識
2. 二次医療機関などへの紹介のプロセスを理解
3. 一次・二次医療のマネージメント能力

- <場> 家庭医療研修、シニア
<方法> ・1 は、診療所～病院～各施設(療養型病院、老健、特養、グループホームな
ど)の役割を理解して適切に利用することや介護保険による各種介護サー
ビスの役割と利用方法の知識を、テキストや各専門家から得る
・2 は、患者の紹介や連絡を相互に実施する際の情報提供や連絡方法につい
ての具体的知識を指導医から得る
・3 は、テキストや指導医とのディスカッションで疾患によって専門家に紹介
するタイミングをテキストや指導医から得る
<評価> ・1/2/3 カルテレレビューと指導医とのディスカッション
・ポートフォリオも

- ヘルスケアシステム内での適切なサービスを患者が利用できるようにする
 1. 患者とその家族へのカウンセリング・教育・治療のコミュニケーション技能
 2. 記録保管、情報マネージメント、チームワーク、診療所運営、診療の質の査定(Audit)のための組織的な技能

<場> HDB、家庭医療研修、シニア

<方法> ・1 は医療面接での適切な情報提供の技能としてビデオレビューを通じて振り返り
・2 は、カルテ記載や保管/維持の適切さ、オーダリングコンピューターによる情報収集、訪問看護やMSWを通じてケアを広げる能力、スタッフ会議/レセプト業務などを通じた運営の学習、Auditの実践

<評価> ・1 ビデオレビュー
・2 ポートフォリオ、現場での観察、会議での発言
Audit 実施プロジェクト

<責任性 Accountability>

- 患者の代弁者としての活動
 1. 患者とのパートナーシップに特徴付けられる関係とコミュニケーションスタイルの発展と維持
 2. 効果的なリーダーシップ、交渉力、妥協の技能

<場> HDB 1を、シニア

<方法> ・1 はHDBを通じて2年間継続した訪問診療でつちかう関係
・2 は、患者の意見を代理して他の専門家とディスカッションし、最適なケアに導く活動 具体的には各カンファやコンサルテーション

<評価> ・1/2 ポートフォリオ

B) 向上させるアウトカム

- プラクティスマネージメントを実践する技能を修得
 1. 見学やディスカッションで学んだ ACCCA の各項目を診療現場で実践する技能

<場> シニア

<方法> ・シニア2年間を通じて1回、研修する診療所での診療の質向上のためのプロジェクトを担当し、指導医の監督の下、企画立案から実施、反省までの一連の流れを実施する。

<評価> ・プロジェクトの内容の評価、及び、実践に対するポートフォリオの評価

C) 自己洞察と家庭医としての発展

- 家庭医として養うべき態度
 1. 自分の能力と価値観を意識する
 2. 診療の倫理的な側面を明確にする(生活スタイルなど)
 3. 個人的な倫理観を正し、明確にする
 4. 仕事とプライベートの生活の相互関係を意識し、その間に良いバランスを築く

<場> シニア
<方法> ・日常診療と生活に対する自己の振り返り、そして、指導医による Mentorship / Role-modeling によって形成していく。研修の節目節目で振り返っていく必要があるだろう。
<評価> ・1～4 ポートフォリオ

- 生涯学び続けていく態度と技術の構築
 1. ポートフォリオによる自己の振り返りの技術
 2. 適切な新しい医学情報を定期的に入手する技術

<場> HDB、家庭医療研修、シニア
<方法> ・ポートフォリオを通じた振り返りと peer review を中心とした生涯学習を基本としながら、Disease の知識について Clinical Evidence や UpToDate、Inforretriever などを活用した学習スタイルを確立していく
<評価> ・1～2 ポートフォリオの実践の観察

- 教育と研究の基礎的な知識・技術の構築
 1. プリセプティング、ミニレクチャーを目標とした教育技法を習得
 2. ケースレポート、Audit などの基本的研究の実施方法を習得
 3. プレゼンテーションの技法を習得

<場> 家庭医療研修、シニア
<方法> ・シニア研修の中で、プリセプティング/ミニレクチャーの方法論を学習し、初期研修医を対象として実践する
・家庭医療研修でケースレポートを作成し発表する機会を設け、効果的なプレゼンテーションについても学習する
・シニア研修を通して Audit、ケースレポートを各1つずつ作成し、研究会/学会で発表する
<評価> ・1 ビデオレビューや観察法により教育技法を評価
・2 ケースレポートや Audit の構成、内容を直接評価
・3 家庭医療研修/研究会/学会でのプレゼンテーションを直接観察し評価

3. 家庭医療に特異的な問題解決技法

A) 地域での有病率や発生率を考慮した独自の意思決定プロセス

- 地域での病気の罹患率や発症率を診断プロセスに関連付ける
 1. 疾患の罹患率と発症率の知識
 2. 診療地域の知識(年齢・性別・慢性疾患の罹患率)
 3. 特定の診断法を適用する技能(臨床推論や診断ルールを利用)

<場> HDB、家庭医療研修、シニア

<方法> ・1: 日本の主要疾患の罹患率・発症率の知識、可能なら室蘭の統計も
・2: 室蘭の診療地区の統計情報の把握
・3: Info Retriever などの利用による臨床判断ツールの活用、症例からの学びでのディスカッション

<評価> ・1/2 ポートフォリオと指導医とのディスカッション
・3 カルテレレビュー、観察、症例からの学び

- 病歴、身体診察、検査から情報を集め解釈し、患者と共同して適切なマネジメントプランへと適用する
 1. 症状に関連する知識と身体診察の知識
 2. 家族と社会要因を含んだ患者のコンテキストの知識
 3. 問題解決に利用可能な検査と治療の知識
 4. 病歴聴取と身体診察技法、データを解釈する技術
 5. 患者をマネジメントプランに積極的に巻き込む姿勢

<場> HDB、家庭医療研修、シニア

<方法> ・1: テキスト学習、症例からの学び、オリエンテーションでの身体診察技法の確認、家庭医療レクチャーでの身体診察の学習
・2: テキストの学習とプリセプティングでの指導医とのディスカッション、訪問診療カンファレンスでのディスカッション
・3~4: テキスト学習、症例からの学び、プリセプティングでの指導医とのディスカッション
・5: ビデオレビューにおける評価とフィードバック

<評価> ・1~4 カルテレレビュー、症例からの学び、(一部)ビデオレビュー
・5 ビデオレビュー

B)同時に存在する多くの問題に対応

- 同時に多くの訴えや病態、急性・慢性の健康問題を扱う
 1. 「co-morbidity」という概念の理解
 2. 発見、探索、交渉、受容、優先付けを通じて、同時に起きた患者の健康問題をマネージメントする技能
 3. カルテとその他の情報を利用する技能
 4. 臨床現場で最高のエビデンスを探す技能とそれを使う態度
- <場> HDB、家庭医療研修、シニア
- <方法> ・1: 指導医とのディスカッション
・2/3: プリセプティング、カルテレビュー、ビデオレビューを通じた指導医とのディスカッション
・4: EBMの2次資料の適切な利用と必要に応じたMEDLINEなどの利用、更には文献の批判的吟味に関する具体的知識を症例からの学び、勉強会を通じて学習
- <評価> ・1~3 カルテレビュー、ビデオレビュー
・4 症例からの学び、カルテレビュー

C) 不可避な不確実性に耐える

- 適切な作業原理を利用
 1. 家庭医の特徴である姿勢として好奇心、熱意、癒しなどを利用
 2. 時間を診断と治療のツールに使う医学的な診断方法を利用
 3. プライマリ・ケアでの問題解決では不確実性が避けられないことを理解し、それに耐える戦略を開発する
- <場> HDB、家庭医療研修、シニア
- <方法> ・1~3: プリセプティング、カルテレビュー、ビデオレビューを通じた指導医とのディスカッション、また指導医の診療の見学
- <評価> ・1~3 ポートフォリオとビデオレビューによる評価
不確実性で悩んだ症例については、Significant Incident Analysisを通じて指導医とディスカッション

D) 効率的な問題解決

- 必要なときは迅速に介入
 1. 緊急事態に対する特別な決断の技能
 2. プライマリ・ケアの状況での緊急手技の技能

<場> シニア

<方法> ・1: 指導医との迅速なディスカッションと実践、そして振り返り
・2: BLS/ACLS、救急外来での学習

<評価> ・1 ポートフォリオによる振り返り
・2 指導医による手技の観察

- 早期で未区分の健康問題をマネージメント
 1. 待つて安心させるべき時、追加の診断あるいは治療を開始すべき時の知識

<場> HDB、家庭医療研修、シニア

<方法> ・1: プリセプティング、カルテレ뷰

<評価> ・1 カルテレ뷰、ポートフォリオ

- 効率的な診断と治療を実施
 1. 症状や徴候、検査結果に対する陽性・陰性尤度比の知識
 2. 検査や治療の費用対効果と費用対利益、そしてある治療の NNH の理解

<場> HDB、家庭医療研修、シニア

<方法> ・1: EBM の自己学習、勉強会、症例からの学び
・2: 医療費の実態に関する学習(各検査の保険点数など)[レクチャー]との学習を統合する

<評価> ・1 症例からの学び、カルテレ뷰
・2 ポートフォリオ

第3部 <コモンプロブレム> カリキュラム

- ・ 01 幼小児、思春期のケア
- ・ 02 高齢者のケア
- ・ 03 終末期のケア
- ・ 04 女性の健康問題
- ・ 05 男性の健康問題
- ・ 06 健康増進と疾病予防
- ・ 07 リハビリテーション
- ・ 08 救急医療
- ・ 09 メンタルヘルス
- ・ 10 臓器別問題
 - - 01 心血管系
 - - 02 神経系
 - - 03 皮膚
 - - 04 代謝・内分泌・血液系
 - - 05 呼吸器系
 - - 06 泌尿器・生殖器系
 - - 07 リウマチ疾患・筋骨格系
 - - 08 外傷
 - - 09 耳・鼻・のど
 - - 10 眼
 - - 11 消化器
- ・ その他

*注：知識・技術の項は赤字で「推奨」と「オプション」の項を設けた。

推奨 4年間の研修において学習することがすすめられる項目

オプション 必ずしも4年間の研修期間において学習する必要はない項目。または、後期研修修了後に必要に応じて学習すればよい項目。

カリキュラムでは【知識】【技術】の項はレジデントが研修するためのガイドにするためのものであり、「推奨」の項をすべて経験し知識・技術を有していることが研修修了の要件というわけではない。

1. 小児、思春期のケア

はじめに

あらゆる世代の医療を取り扱う家庭医にとって、小児期、思春期のケアは重要な位置を占めており、すべての家庭医が基礎的な小児・思春期のケアと健康増進について学習する必要がある。

小児は生活の大部分の時間をコミュニティー（家庭や学校）の中で過ごし、ほとんどのケアも病院の外で提供されるため、小児のケアは家族、コミュニティーといった背景をより重視する必要がある。

また、家庭医はあらゆる世代の医療を取り扱うというその特徴から小児の発育とその家族の成長を身近に観察することができる立場にあり、小児とその家族の成長という視点を持ちながらケアを提供していくことも重要である。

小児と思春期のケアにおいて特に関連する学習項目は以下の通りである。

A. 患者中心の医療

患者の抱える問題に対する解釈、問題が患者に与える影響、問題によりもたらされる感情面、その問題に対する医療者への期待について配慮することができる。とくに小児と思春期の場合、受診理由が患者本人の問題ではなく家族のものである可能性もあることに配慮することができる。

biopsychosocial model を理解し、患者本人の家族背景、文化的背景を考慮しケアに反映させることができる。

患者本人、家族とケアについて十分な合意を得、患者・家族・医療者それぞれのケア計画における役割を互いに確認することができる。

良好な医師 - 患者 - 家族関係を築き、適切なケア計画をたてるための診察の技能を磨き、実践することができる。

日常的な診療の中に予防の要素を取り入れることができる。

例： 外傷の予防、虫歯の予防、児童虐待の予防、予防接種、受動喫煙、防煙、栄養や運動

B. 家族指向型ケア

患者の健康や病気は、患者自身の個性（人格）や生活様式・環境、人間関係との間に強い関係を有し、小児のケアにおいてはそれらを提供する場として家族の占める割合が高いことを理解する。

患者・家族と良好なパートナーシップを築き、ケアに結びつけることができる。

医療者自身は患者・家族を外部から観察し介入を加える存在ではなく、互いに影響を及ぼしあう存在であることを理解し、それをケアに生かすことができる。

患者を抱える家族もケアの対象であることを理解する。

C. 地域包括ケア

患者個人のケアについて

1. 地域の利用できる資源の理解

2. 患者とその家族の健康に関するニーズと彼らの暮らす地域のニーズの折り合いをつける

ことができる。

地域の（小児・思春期に関する）ヘルスプロモーション

1. 小児・思春期とその家族の健康と幸福に影響を及ぼす地域の社会的、文化的、環境的な背景を探ることができる。
2. 地域の、小児・思春期とその家族の健康と幸福に対するニーズを探ることができる。
3. 地域の、小児・思春期とその家族の健康と幸福を支えるその他の専門家（保健師や学校、幼稚園、保育所など）と協力し、求められる役割を果たすことができる（例：乳幼児健診、学校検診、予防接種など）。

また、地域における問題点に対する介入についても協力しながら役割を果たすことができる。

D. プライマリ・ケア

ケアへのアクセス

1. 小児・思春期とその家族が物理的にも心理的にも受療しやすい環境を整えることができる。

継続性

1. 患者とその家族のニーズによって、長期的で継続性のあるケアを提供することができる。
2. 患者側の理由（専門医への紹介、転居など）、医療者側の理由（転居、病気など）に関わらず、医療者個人との関係を継続することが不可能になる場合も、患者個人のケアが円滑に安全に継続されるよう配慮することができる。

包括性

1. 患者と家族の抱える多様な急性・慢性の問題を同時に取り扱うことができる。
2. 疾患の初期でまだ診断の付いていない病態を取り扱うことができ、重症の患者を見分け、必要時には緊急の介入を行うことができる。
3. 小児・思春期のケアに関する法的・政策的な背景、ケアに関わる組織、ケアの流れ、地域のケアのシステムを理解し、利用できる資源を見出しケアに生かすことができる。

協調性

1. 他のプライマリ・ケアの専門家、小児科医や他の適切な専門家と協力してケアを提供し、効果的で適切なケアへ導き、必要時には患者と家族をサポートすることができる。

E. 小児・思春期に特有の問題を扱う能力

正常範囲の成長と発達に関する知識をもち、患者自身と家族の成長と発達という視点を考慮に入れたケアを提供することができる。

知識・技術の項は赤字で「推奨」と「オプション」の項を設けた。

推奨 4年間の研修において学習することがすすめられる項目

オプション 必ずしも4年間の研修期間において学習する必要はない項目。または、後期研修終了後に必要に応じて学習すればよい項目。

カリキュラムでは【知識】【技術】の項はレジデントが研修するためのガイドにするためのものであり、「推奨」の項をすべて経験し知識・技術を有していることが終了の要件というわけではない。

小児

【知識】

- A. 胎児期と新生児期のケア (オプション)
- B. 健常な新生児と小児の医療
誕生から思春期が終わるまでの健康診断スケジュールと内容 (推奨)
育児に関する指導 (推奨)
(AAFP では「包皮切除」「食事の偏りを防ぐ指導」など具体的な項目が書いてあるがそこまでは不要、としたい)
- C. 身体の成長
栄養補給 (推奨)
成長と必要カロリー (推奨)
歯の発達を含む正常な成長と変化 (推奨)
- D. 予防
けがの予防 (推奨)
(AAFP では「自動車事故」「自転車、スケート」「溺死」など具体的な項目が書いてあるが、そこまでは不要とした。後期研修終了後の働く場に合わせて学習を)
児童虐待の予防 (推奨)
予防接種 (推奨)
- E. 心理学的障害
親子関係や精神医学的にリスクの高い家族の認識 (推奨)
以下の事柄の評価と治療、専門医への紹介 (オプション)
 - 1. 食事と排泄の問題
 - 2. 摂食障害
 - 3. 身体化と睡眠の障害
 - 4. 強迫性障害
 - 5. 気分障害
 - 6. 多動/衝動と注意散漫な行動
 - 7. 行為障害
- F. 社会的、倫理的な事柄 (家庭医療コンポーネントにおける Family oriented care の項や臨床倫理の項で学習する?)
離婚、別居、死別 (オプション)
家庭内暴力、麻薬やアルコール乱用からの強い影響 (オプション)
児童虐待 (推奨)
- G. 遺伝学 (オプション)
スクリーニングの問題
遺伝性疾患の診断やカウンセリングに関する適切な紹介
- H. 発達障害 (オプション)
発達遅滞
学習障害
- I. 幼小児の医学的問題: 評価と管理、適切な紹介
アレルギー性疾患 (推奨)
 - 1. 喘息
 - 2. アトピー性皮膚炎
 - 3. アレルギー性鼻炎炎症性疾患 (川崎病以外はオプション)
 - 1. 川崎病 (推奨)

2. 若年性関節リウマチ
 3. 血管炎症候群
- 腎・泌尿器科疾患
1. 糸球体腎炎 (オプション)
 2. 血尿・タンパク尿 (推奨)
 3. 尿路感染症 (推奨)
 4. 膀胱尿管逆流 (オプション)
 5. 尿道下裂、尿道脱出、陰唇癒合 (オプション)
 6. 夜尿 (オプション)
 7. 停留精巣 (推奨)
- 内分泌・代謝性疾患と栄養問題
1. 甲状腺疾患 (オプション)
 2. 1・2型糖尿病 (オプション)
 3. 肥満 (推奨)
 4. 体重増加不良 (推奨)
 5. 発育の異常：低身長と高身長 (オプション)
- 神経学的問題
1. 痙攣性疾患 (推奨)
 2. 頭痛 (推奨)
 3. 失神 (推奨)
 4. 精神運動遅延・脳性麻痺 (オプション)
 5. チック障害と運動障害 (オプション)
- よくある皮膚の問題 (推奨)
1. アトピー性皮膚炎
 2. ウイルス性発疹と粘膜疹
 3. 咬傷と虫さされ
 4. 細菌感染と真菌感染
 5. シラミと疥癬
 6. おむつかぶれ
 7. 座瘡
 8. 蕁麻疹と多形性紅斑
 9. 熱傷
- 筋骨格系の問題
1. 内反足 (オプション)
 2. 先天性股関節脱臼 (推奨)
 3. 回旋の問題・歩行障害 (オプション)
 - (ア) 内股と外股歩行
 - (イ) 内転中足症
 - (ウ) 頸骨捻転
 - (エ) 大腿骨頸部前捻
 4. 特発性と後天性の脊柱側彎症 (オプション)
 5. 無腐性大腿骨頭壊死 (Legg-Calve Perthes) (オプション)
 6. 大腿骨頭すべり症 (オプション)
 7. よく見られる捻挫、脱臼、骨折 (推奨)
 8. 跛行 (オプション)
- 胃腸系の問題

1. ウイルス性と細菌性の胃腸炎 (推奨)
2. 便秘・遺糞症 (推奨)
3. 肝炎 (オプション)
4. 胃食道逆流 (オプション)
5. 食物不耐性と吸収不良 (オプション)
6. 幽門狭窄症 (オプション)
7. 腸重積 (推奨)
8. 虫垂炎・腹膜炎 (推奨)
9. 再発性・慢性の腹痛 (推奨)
10. 鼠径ヘルニア (推奨)

心血管系の問題

1. 先天性心疾患・弁膜症 (オプション)
2. 心雑音の評価 (推奨)
3. 胸痛 (オプション)
4. 高血圧症 (オプション)

気道の問題

1. ウイルス性上気道感染症 (推奨)
2. 反応性気道疾患・喘息 (推奨)
3. 細気管支炎 (推奨)
4. 異物誤嚥 (推奨)
5. ウイルス性と細菌性の肺炎 (推奨)
6. 百日咳 (推奨)
7. 扁桃炎・咽頭炎・副鼻腔炎 (推奨)
8. 喉頭蓋炎とクループの鑑別 (推奨)
9. 鼻出血 (推奨)

耳の問題 (推奨)

1. 急性中耳炎と滲出性中耳炎
2. 外耳炎
3. 難聴
4. 外耳道の耳垢と異物

眼の問題

1. 弱視 (推奨)
2. 斜視 (推奨)
3. 視力低下 (推奨)
4. 赤眼 (推奨)

感染症

1. 敗血症、敗血症症候群 (推奨)
2. 髄膜炎、脳炎 (推奨)
3. 侵襲性のレンサ球菌性疾患とブドウ球菌性疾患 (推奨)
4. その他よく見られるウイルス感染症 (推奨)
 - (ア) 麻疹
 - (イ) 風疹
 - (ウ) ムンプス
 - (エ) アデノウイルス
 - (オ) パルボ (伝染性紅斑)
 - (カ) エンテロウイルス (ポリオ・ヘルパンギーナ・手足口病など)

- (キ) HSV・HHV-6 (突発性発疹) 水痘・EB ウイルス・
- (ク) インフルエンザウイルス
- (ケ) ロタウイルス
- など

- 5. 骨髄炎 (オプション)
- 6. ヒト免疫不全ウイルス (HIV) 感染症 (オプション)

【技能】

- A. Apgar スコアの正確な算出 (オプション)
- B. 新生児、幼児、小児の救急蘇生法 (推奨)
- C. 母子手帳の使用を含む年齢に沿った病歴聴取と身体診察の実施 (推奨)
- D. 発達スクリーニング検査の実施と解釈 (推奨)
- E. 身体的虐待や性的虐待に対する適切な病歴聴取と身体診察の実施 (推奨)
- F. 両親・教師が評価する注意欠陥問題に関する行動様式質問票の解釈 (オプション)
- G. 聴力と視力スクリーニング検査の解釈 (推奨)
- H. 気密拡大耳鏡検査の実施と解釈 (オプション)
- I. 尿道留置カテーテルと恥骨上膀胱穿刺 (オプション)
- J. 緊急時と非緊急時の血管確保 (推奨)
- K. 腰椎穿刺の実施 (オプション)
- L. 維持液と補液および電解質必要量の計算 (推奨)
- M. 必要に応じた患者ケアと特殊なサービスの調整 (推奨)

思春期 (オプション)

【知識】

- A. 思春期と青年期の正常な解剖と生理
 - 成長と発達
 - タナー段階 (Tanner stages)
- B. 思春期のステージ
 - 前思春期
 - 思春期初期 (10 - 13 歳)
 - 思春期中期 (14 - 17 歳)
- C. 各ステージで心理面の成長と発達
 - 人生への抱負
 - 容姿への強いこだわり
 - 性的変化と身体的変化
 - 感情・行動様式の変化
 - 仲間同士の衝突と仲間同士の助け合い
 - こわいもの知らずの感覚
 - 事故
 - 家族・両親との関係に対する意識
 - 具体的な思考と抽象的な思考の対立
- D. 思春期の健康管理
 - 健康の評価
 - 思春期に特に配慮した患者教育情報
 - 思春期の運動選手
 - (ア) 運動を始める前のメディカルチェック
 - (イ) 外傷の予防

- (ウ) 筋骨格系の急性外傷と他の障害
- (エ) 運動選手の健康問題
- 学校でのスクリーニング検査
- リスクを伴う習慣の予防
- 予防的な健康管理
- (ア) 予防接種
- (イ) 健康的な食事
- (ウ) 運動
- (エ) 安全な性行為（セーフセックス）
- (オ) 禁煙
- (カ) 遊び目的で麻薬を使用することを避ける
- (キ) 妊娠の回避（避妊を含む）

E. 身体の成長と発達における多様性

- 高身長と低身長
- 思春期早発（症）
- 思春期遅発（症）
- 遅発月経
- 月経不順
- (ア) 希発月経・続発性無月経
- (イ) 過多月経
- (ウ) 原発性月経困難症
- 男性の女性化乳房

F. 思春期の生命と健康に対して深刻な脅威になること

- 暴力
- 悪性疾患
- 心血管系疾患
- 先天性異常
- 感染症

G. 思春期に特異的な問題

- 感染症
- 精神科的問題
- 容姿の問題
- 薬物乱用
- 性の問題と思春期の妊娠
- 思春期の健康に影響する文化・階級・人種・性の差異の問題
- 健康問題としての対人関係における暴力
- 思春期のホームレス・家出人の健康上の特別なリスク
- 家族・社会・文化の環境が成長と発達に及ぼす影響
- (ア) マスメディアの影響
- (イ) 貧困の問題
- (ウ) 暴力・銃から身を守る問題
- (エ) 家族問題
- (オ) 学校問題
- (カ) スピリチュアルな事柄
- 思春期の法医学的問題

【技能】

A. 評価法

- (ア) 思春期の患者であることを考慮した医療面接により既往歴や性的経験を聴取し、身体診察を行う
- (イ) 守秘義務と法的権利
- (ウ) 医療面接と身体診察を行う中で患者と両親の関係を評価する
- (エ) 特定の処置を行い、結果を解釈する

B. 管理

- (ア) 管理計画と検査計画をたて、専門医に紹介するのが適切な場合はその予定を組む
- (イ) 思春期の医療に必要な予防について患者教育を行う
- (ウ) 思春期の患者に対して心を開き、よい人間関係を形成する。
- (エ) 思春期に特化したカウンセリングを行う。
- (オ) 家族や地域社会との関わりの中で思春期の問題を取り扱う（すなわち、両親・兄弟・同僚・教師などとの相互関係を意識する）

2. 高齢者のケア

【イントロダクション】

あらゆる世代の医療を扱う家庭医にとって、高齢者のケアは重要な位置を占めており、すべての家庭医が基礎的な高齢者のケアについて学習する必要がある。

人は高齢になるに従い機能やライフスタイルの面で個人差が大きくなる。彼らを包括的に評価し、彼らが良く遭遇する問題に精通することにより、現在の問題や将来のリスクを明らかにすることができ、個別化されたケアを提供することが可能となる。

また、家庭医は地域を包括し、ケアを提供するというその特徴から高齢者の特性をはじめ、彼らを取り巻く背景を多角的に観察することができる立場にあり、高齢者とその家族という視点を持ちながらケアを提供していくことも重要である。

高齢者のケアにおいてとくに関連する学習項目は以下の通りである。

J. 患者中心の医療

患者の抱える問題に対する解釈、問題が患者に与える影響、問題によりもたらされる感情面、その問題に対する医療者への期待について配慮することができる。

biopsychosocial model を理解し、患者本人の家族背景、文化的背景を考慮しケアに反映させることができる。

患者本人、家族とケアについて十分な合意を得、患者・家族・医療者それぞれのケア計画における役割をお互いに確認することができる。

良好な医師 - 患者 - 家族関係を築き、適切なケア計画をたてるための診察の技能を磨き、実践することができる。

日常的な診療の中に予防の要素を取り入れることができる。

例： 生活習慣病の予防、転倒の予防、引きこもりの予防、虐待の予防

K. 家族志向型ケア

患者の健康や病気は、患者自身の個性（人格）や生活様式・環境、人間関係との間に強い関係を有し、高齢者のケアにおいてはそれらを提供する場として家族の占める割合が高いことを理解する。

患者・家族と良好なパートナーシップを築き、ケアに結びつけることができる。

医療者自信は患者（高齢者）・家族を外部から観察し介入を加える存在ではなく、互いに影響を及ぼしあう存在であることを理解し、ケアに生かすことができる。

患者を抱える患者もケアの対象であること理解する。

L. 地域包括ケア

患者個人のケアについて

1. 地域の利用できる資源の理解
2. 患者とその家族の健康に関するニーズと彼らの暮らす地域のニーズの折り合いをつけることができる。

地域の（高齢者に関する）ヘルスプロモーション

1. 高齢者とその家族の健康と幸福に影響を及ぼす地域の社会的、文化的、環境的な背景を探ることができる。
2. 地域の、高齢者とその家族の健康と幸福に対するニーズを探ることができる。
3. 地域の、高齢者とその家族の健康と幸福を支えるその他の専門家（ケアマネージャー、保健師、ソーシャルワーカーなど）と協力し、求められる役割を果たすことができる。また、地域における問題点に対する介入についても協力しながら役割を果たすことができる。

M. プライマリ・ケア

ケアへのアクセス

1. 高齢者とその家族が物理的にも心理的にも受領しやすい環境を整えることができる。

継続性

1. 患者とその家族のニーズによって、長期的で継続性のあるケアを提供することができる。
2. 患者側の理由（専門医への紹介、転居など）、医療者側の理由（転居、病気など）に関わらず、医療者個人との関係を継続することが不可能になる場合も、患者個人のケアが円滑に安全に継続されるよう配慮することができる。

包括性

1. 患者と家族の抱える多様な急性・慢性の問題を同時に取り扱うことができる。
2. 疾患の初期でまだ診断の付いていない病態を取り扱うことができ、重症の高齢者を見分け、必要時には緊急の介入を行うことができる。
3. 高齢者のケアに関する法的・政策的な背景、ケアに関わる組織、ケアの流れ、地域のケアのシステムを理解し、利用できる資源を見出しケアに生かすことができる。

協調性

1. 他のプライマリ・ケアの専門家、各科専門医や他の適切な専門家と協力してケアを提供し、効果的で適切なケアへ導き、必要時には患者と家族をサポートすることができる。

N. 高齢者に特有の問題を扱う能力

老いの現象を理解し、ケアに生かすことができる。

【知識】(推奨)

A. 高齢者ケアの基本と原則

老人と虚弱性

高齢者総合評価

高齢者に対する薬物治療の原則

B. 高齢者でよく見られる一般的問題

移動能力の障害

尿失禁

認知障害

うつ状態

虐待、アルコール、自動車運転

便秘、便失禁、褥創

問題行動

心理社会的問題

その他

C. 問題解決のための多角的アプローチ

チームによるケア

リハビリテーション

1. 危険因子のスクリーニング

2. 評価

3. ヘルスプロモーションと健康維持

在宅ケアと介護者、家族への支援

施設ケア

緩和ケア

4. 疼痛コントロール

5. その他の症状のコントロール
倫理的問題
高齢者を取り巻く、日本の状況
6. 高齢化社会
7. 制度
 - (ア) 医療
 - (イ) 保健
 - (ウ) 福祉（介護保険を含む）

【技能】(推奨)

- A. 高齢者包括評価の実施
- B. 高齢者を対象とした適切な医療面接と身体診察

3. 終末期ケア

【イントロダクション】

終末期の患者ができるだけ尊厳を保ち、安らかに、そして自己コントロール感を保ちつつ死を迎えるように配慮することが重要な家庭医の使命である。終末期ケアとは治療不可能な状態にある患者及び家族の QOL の向上のために、様々な専門家が協力して提供するケアを意味する。

全ての患者は異なった人生を生き、死に直面しているため、患者の持つ病気を生物医学的に捉えた上で、全人的に心理的、社会的、霊的に把握し、その人の人生の中における病気の意味を尊重しなければならない。同時に患者を取り巻く家族や友人に対するケアも重要であると理解する必要がある。

患者と家族の QOL を高めるためには、症状緩和による現実の改善と、十分なコミュニケーションが重要であり。患者やその家族、そして自分自身と正面に向き合い、人と人が通じ合うことにより患者のニーズを引き出し、満たすことが可能となる。この経験は人生が終焉する舞台を整えるような体験であり、患者と家庭医自身にとって意味深い人生の思い出となり、究極の継続医療への思いを抱かせるきっかけになるであろう。

終末期ケアにおいて特に関連する学習項目は以下の通りである。

O. 患者中心の医療

患者の抱える問題に対する解釈、問題が患者に与える影響、問題によりもたらされる感情面、その問題に対する医療者への期待についても配慮することができる。

biopsychosocial model を理解し、患者本人の家族背景、文化的背景を考慮しケアに反映させることができる。

患者本人、家族とケアについて十分な合意を得て、患者・家族・医療者それぞれのケア計画における役割を互いに確認することができる。終末期ケアでは患者個々の安楽が人によって異なるため、医学的に正しいと思うことを強制しない配慮が特別に必要で、患者の自立性や選択を最も重視する必要がある。

良好な医師—患者—家族関係を築き、適切なケア計画をたてるための診察の技能を磨き、実践することができる。

日常的な診察の中に予防の要素を取り入れることができる。

P. 家族指向型ケア

患者の健康や病気は、患者自身の個性（人格）や生活様式・環境、人間環境との間に強い関係があることを理解する。

患者・家族と良好なパートナーシップを築き、ケアに結びつけることができる。

医療者自身は患者・家族を外部から観察し介入を加える存在ではなく、互いに影響を及ぼしあう存在であることを理解し、それをケアに活かすことができる。

患者を抱える家族もケアの対象であることを理解する。

Q. 地域包括ケア

患者個人のケアについて

1. 地域の利用できる資源の理解（在宅、病院・ホスピスといった施設や訪問看護師、宗教家といった人的資源）

地域のヘルスプロモーション

1. 患者とその家族の終末期ケアに影響を及ぼす地域の社会的、文化的、環境的な背景を探ることができる。

2. 地域の、患者とその家族の終末期ケアに対するニーズを探ることができる。

3. 地域の、患者とその家族の終末期ケアを支えるその他の専門家と協力し、求められる

役割を果たすことができる。また、地域における問題点に対する介入についても協力しながら役割を果たすことができる。

R. プライマリ・ケア

ケアへのアクセス

1. 患者とその家族が物理的にも心理的にも受療しやすい環境を整えることができる。

継続性

1. 患者とその家族のニーズによって長期的で継続性のあるケアを提供することができる。
2. 患者側の理由（専門医への紹介、転居など）、医療者側の理由（転居、病気など）に関わらず、医療者個人との関係を継続することが不可能になる場合も、患者個人のケアが円滑に安全に継続されるように配慮することができる。

包括性

1. 患者と家族の抱える多様な問題を同時に取り扱うことができる。
2. 患者のケアに関する法的・政策的な背景、ケアに関わる組織、ケアの流れ、地域のケアのシステムを理解し、利用できる資源を見出しケアに活かすことができる。

協調性

1. 他のプライマリ・ケアの専門家、救急医や他の適切な専門家と協力してケアを提供し、効果的で適切なケアへ導き、必要時には患者と家族をサポートすることができる。

S. 終末期ケアに特有の問題を扱う能力

死への過程を正しく理解し、ケアに生かすことができる。

良好なコミュニケーションのもとで、living will や DNR といった倫理的な問題を取り扱い患者の尊厳を尊重することができる。

【知識】(推奨)

T. 全人的ケア

身体的側面

1. 疼痛マネジメント
(ア) 痛みの評価
(イ) WHO 方式による治療（オピオイドの使用も含む）
2. 症状マネジメント
(ア) 全身倦怠感
(イ) 消化器症状（悪心、嘔吐、食欲不振など）
(ウ) 呼吸器症状（呼吸困難、咳など）
(エ) 泌尿器症状（排尿困難、尿閉など）
(オ) 神経症状（転移性脳腫瘍、脊髄圧迫など）
(カ) 内分泌異常（高 Ca 血症など）
3. 終末期疾患における栄養と水分補給

心理社会的側面

1. 心理的反応（悲嘆反応、不安、抑うつ）
2. コミュニケーション技術（「真実を伝える」も含む）
3. 社会的・経済的問題の理解と援助
4. 家族の問題
5. 死別による悲嘆反応
6. 医師自身およびスタッフの心理的ケア

霊的側面

- U. 倫理的側面
- V. チームワーク
- W. 終末期ケアの行われる環境（在宅、施設など）
- X. 行政法的問題

【技能】（推奨）

- A. 終末期における倫理的側面の検討（四分割法など）
- B. 終末期患者に対する適切な身体診察
- C. 疼痛の評価（疼痛スケールの使用）
- D. 鎮痛薬の適切な使用（適応、選択、導入、評価）
- E. 効果的なカウンセリング
- F. 社会的サービスの効果的な利用
- G. 医師自身のセルフケア

4. 女性の健康問題

【イントロダクション】

あらゆる世代、性別の医療を扱う家庭医にとって、女性の健康問題へのケアは重要な位置を占めており、すべての家庭医が基礎的な女性の健康問題へのケアについて学習する必要がある。

女性は、女性であるが故に頻繁に医療機関に自ら足を運ぶことになるということを認識する必要がある。さらに女性の健康については、生物医学的な女性の特性を踏まえた上で、家族、ライフサイクル、人間関係、地域社会や職業の影響を受けていることを認識し、特に女性とその家族という視点を持ちながらケアを提供していくことが重要である。また社会の中で、女性の果たす役割を理解する必要もある。

女性の健康問題へのケアにおいてとくに関連する学習項目は以下の通りである。

Y. 患者中心の医療

患者の抱える問題に対する解釈、問題が患者に与える影響、問題によりもたらされる感情面、その問題に対する医療者への期待について配慮することができる。

biopsychosocial model を理解し、患者本人の家族背景、文化的背景を考慮しケアに反映させることができる。

患者本人、家族とケアについて十分な合意を得、患者・家族・医療者それぞれのケア計画における役割をお互いに確認することができる。

良好な医師 - 患者 - 家族関係を築き、適切なケア計画をたてるための診察の技能を磨き、実践することができる。

日常的な診療の中に予防の要素を取り入れることができる。

例： 栄養、癌の予防、骨粗鬆症、避妊、性感染症

Z. 家族志向型ケア

患者の健康や病気は、患者自身の個性（人格）や生活様式・環境、人間関係との間に強い関係を有し、高齢者のケアにおいてはそれらを提供する場として家族の占める割合が高いことを理解する。

患者・家族と良好なパートナーシップを築き、ケアに結びつけることができる。

医療者自信は患者・家族を外部から観察し介入を加える存在ではなく、互いに影響を及ぼしあう存在であることを理解し、ケアに生かすことができる。

患者を抱える患者もケアの対象であること理解する。

AA. 地域包括ケア

患者個人のケアについて

1. 地域の利用できる資源の理解
2. 患者とその家族の健康に関するニーズと彼らの暮らす地域のニーズの折り合いをつけることができる。

地域の（女性に関する）ヘルスプロモーション

1. 女性とその家族の健康と幸福に影響を及ぼす地域の社会的、文化的、環境的な背景を探ることができる。
2. 地域の、女性とその家族の健康と幸福に対するニーズを探ることができる。
3. 地域の、女性とその家族の健康と幸福を支えるその他の専門家（保健師など）と協力し、求められる役割を果たすことができる。

また、地域における問題点に対する介入についても協力しながら役割を果たすことができる。

BB. プライマリ・ケア

ケアへのアクセス

1. 女性とその家族が物理的にも心理的にも受領しやすい環境を整えることができる。

継続性

1. 患者とその家族のニーズによって、長期的で継続性のあるケアを提供することができる。
2. 患者側の理由（専門医への紹介、転居など）、医療者側の理由（転居、病気など）に関わらず、医療者個人との関係を継続することが不可能になる場合も、患者個人のケアが円滑に安全に継続されるよう配慮することができる。

包括性

1. 患者と家族の抱える多様な急性・慢性の問題を同時に取り扱うことができる。
2. 疾患の早期の段階で鑑別が進んでいない病像を取り扱うことができ、重症の高齢者を見分け、必要時には緊急の介入を行うことができる。
3. 女性の健康問題へのケアに関する法的・政策的な背景、ケアに関わる組織、ケアの流れ、地域のケアのシステムを理解し、利用できる資源を見出しケアに生かすことができる。

協調性

1. 他のプライマリ・ケアの専門家、各科専門医や他の適切な専門家と協力してケアを提供し、効果的で適切なケアへ導き、必要時には患者と家族をサポートすることができる。

CC. 女性に特有の問題を扱う能力

小児期、思春期、成熟期（妊産婦、分娩と出産）、更年期、老年期と変化していく女性の特徴を理解して、ケアに生かすことができる。

【知識】（推奨）

- A. 正常な成長、発達と多様性（推奨）
- B. 婦人科的診察（推奨）
小児期 - 成人期 - 老年期
- C. 月経（推奨）
月経の生理学
異常子宮出血
月経前症候群
月経困難症
- D. 生殖器、乳房の疾患
性感染症（推奨）
膣炎（推奨）
骨盤内炎症性疾患（推奨）
子宮内膜症（推奨）
女性生殖器の良性疾患と悪性疾患（推奨）
乳房の良性疾患と悪性疾患（推奨）
HIV 感染症（オプション）
- E. 生殖
正常の生理（推奨）
不妊症（オプション）
避妊法（推奨）

F. 妊娠前後における問題

- 妊婦に対する薬剤投与 (推奨)
- 妊娠前の計画とカウンセリング (オプション)
- リスク評価を含めた妊娠中のケア (オプション)
- 分娩と出産 (オプション)
- 産後のケア (オプション)
- 正常新生児のケア (オプション)
- 良く見られる新生児の問題 (オプション)
- 分娩と出産時の鎮痛と麻酔 (オプション)
- 帝王切開術の適応 (オプション)
- 合併症妊娠 (推奨)
- 産科合併症と救急医療 (オプション)
- 授乳 (推奨)

G. ヘルスプロモーション/疾病予防 (推奨)

- 癌のスクリーニング
 1. パパニコローテスト
 2. 乳房
 3. 内診
- 骨粗鬆症
- その他 (必要栄養量、運動、喫煙など)

H. 閉経と更年期障害 (推奨)

- 正常の生理学
- 更年期障害 (ホルモン補充療法も含む)
- 骨盤底機能障害 (尿失禁、子宮脱など)

I. 心理社会的な問題 (オプション)

- 家庭内暴力
- 性暴力、セクシャルハラスメント、性的虐待
- 女性として求められる役割に課せられたストレスと育児の問題
- 仕事上のストレス/失業
- 家族構成の変遷

J. メンタルヘルス (オプション)

- 性的虐待の影響
- 不安障害
- 摂食障害
- 産後のうつ病を含めた、うつ病
- 流産が情緒面に与える強い影響

K. 地域社会の問題 (オプション)

【技能】(推奨)

- A. 内診 (推奨)
- B. 膣鏡診 (推奨)
- C. 尿と膣分泌物標本の顕微鏡的診断 (推奨)
- D. 子宮頸部細胞診 (推奨)
- E. 子宮内膜細胞診 (?)
- F. 乳房診察 (推奨)
- G. 妊娠、分娩の管理 (オプション)

5. 男性の健康問題

【イントロダクション】

あらゆる世代、性別の医療を扱う家庭医にとって、男性の健康問題へのケアは重要な位置を占めており、すべての家庭医が基礎的な男性の健康問題へのケアについて学習する必要がある。

男性は、健康管理についてそれほど熱心ではない場合が多く、通常は病状が悪化した段階で受診することを認識する必要がある。メンタルヘルスなどの問題を扱う際に、しばしば遠慮がちになることに敏感である必要がある。

男性の健康については、生物医学的な男性の特性を踏まえた上で、家族、ライフサイクル、人間関係、地域社会や職業の影響を受けていることを認識し、ケアを提供していくことが重要である。また家族の中で、男性の果たす役割を理解する必要もある。

男性の健康問題へのケアにおいてとくに関連する学習項目は以下の通りである。

DD. 患者中心の医療

患者の抱える問題に対する解釈、問題が患者に与える影響、問題によりもたらされる感情面、その問題に対する医療者への期待について配慮することができる。

biopsychosocial model を理解し、患者本人の家族背景、文化的背景を考慮しケアに反映させることができる。

患者本人、家族とケアについて十分な合意を得、患者・家族・医療者それぞれのケア計画における役割をお互いに確認することができる。

良好な医師 - 患者 - 家族関係を築き、適切なケア計画をたてるための診察の技能を磨き、実践することができる。

日常的な診療の中に予防の要素を取り入れることができる。

例： 栄養、癌の予防、運動、喫煙、アルコール、避妊

EE. 家族志向型ケア

患者の健康や病気は、患者自身の個性（人格）や生活様式・環境、人間関係との間に強い関係を有し、高齢者のケアにおいてはそれらを提供する場として家族の占める割合が高いことを理解する。

患者・家族と良好なパートナーシップを築き、ケアに結びつけることができる。

医療者自信は患者・家族を外部から観察し介入を加える存在ではなく、互いに影響を及ぼしあう存在であることを理解し、ケアに生かすことができる。

患者を抱える患者もケアの対象であること理解する。

FF. 地域包括ケア

患者個人のケアについて

1. 地域の利用できる資源の理解
2. 患者とその家族の健康に関するニーズと彼らの暮らす地域のニーズの折り合いをつけることができる。

地域の（男性に関する）ヘルスプロモーション

1. 男性とその家族の健康と幸福に影響を及ぼす地域の社会的、文化的、環境的な背景を探ることができる。
2. 地域の、男性とその家族の健康と幸福に対するニーズを探ることができる。
3. 地域の、男性とその家族の健康と幸福を支えるその他の専門家（保健師など）と協力し、求められる役割を果たすことができる。

また、地域における問題点に対する介入についても協力しながら役割を果たすことができる。

GG. プライマリ・ケア

ケアへのアクセス

1. 男性とその家族が物理的にも心理的にも受領しやすい環境を整えることができる。

継続性

1. 患者とその家族のニーズによって、長期的で継続性のあるケアを提供することができる。
2. 患者側の理由（専門医への紹介、転居など）、医療者側の理由（転居、病気など）に関わらず、医療者個人との関係を継続することが不可能になる場合も、患者個人のケアが円滑に安全に継続されるよう配慮することができる。

包括性

1. 患者(男性)と家族の抱える多様な急性・慢性の問題を同時に取り扱うことができる。
2. 疾患の早期の段階で鑑別が進んでいない病像を取り扱うことができ、重症の高齢者を見分け、必要時には緊急の介入を行うことができる。
3. 男性の健康問題へのケアに関する法的・政策的な背景、ケアに関わる組織、ケアの流れ、地域のケアのシステムを理解し、利用できる資源を見出しケアに生かすことができる。

協調性

1. 他のプライマリ・ケアの専門家、各科専門医や他の適切な専門家と協力してケアを提供し、効果的で適切なケアへ導き、必要時には患者と家族をサポートすることができる。

HH.男性に特有の問題を扱う能力

男性生殖器に関する知識を持ち、ケアに生かすことができる。

【知識】(推奨)

- A. 正常な成長、発達と多様性
- B. 生殖（正常な生理 / 解剖、不妊症、避妊、加齢の影響）(オプション)
- C. 泌尿器科的診察 (推奨)
- D. 新生児期 - 小児期 - 思春期 - 成人期 - 老年期
- E. ヘルスプロモーション / 疾病予防 (推奨)
癌スクリーニング（前立腺癌を含む）
その他（必要栄養量、運動、体重、ストレス、性感染症の予防）
- F. メンタルヘルス (推奨)
不安障害
うつ病
- G. 心理社会的な問題 (オプション)
家庭内暴力
性暴力、セクシャルハラスメント、性的虐待
男性として求められる役割に課せられたストレス
仕事上のストレス / 失業
家族構成の変遷
- H. 泌尿生殖器系の問題
生殖器感染症（性感染症、尿道炎、精巣上体炎、精巣炎）(オプション)
陰茎の異常（コンジローマ、包茎、尿道上裂、尿道下裂など）(オプション)

陰嚢の異常（停溜精巣、精巣捻転、陰嚢水腫など）（推奨）

下部尿路症状（閉塞性：良性前立腺肥大、尿道狭窄など。刺激性：膀胱炎、前立腺症など）
（推奨）

膀胱機能障害（尿失禁、遺尿、神経因性膀胱など）（推奨）

女性化乳房（オプション）

悪性疾患（陰茎癌、精巣腫瘍、陰嚢癌、前立腺癌、膀胱癌、腎臓癌、乳癌など）（オプション）

性的機能障害（勃起障害など）

【技能】（推奨）

H. 身体診察（陰茎、精巣、鼠径、直腸、前立腺、乳房など）

I. 腹部超音波検査（前立腺など）

6. 健康増進と疾病予防

【イントロダクション】

家庭医は患者やその家族に対して個別的で包括的な医療を継続して提供する機会が多いため、すべての家庭医は患者の健康増進と疾病予防に対する働きかけについて、基礎的な学習を行う必要がある。

家庭医は患者を最も健康な状態に導くために、日常診療を通じて患者とのパートナーシップを確立し、健康に対する責任を自覚するように患者を励まし、健康な行動変容の触媒として機能する必要がある。行動変容を促す機会として、診療の機会のみではなく、家族や地域、社会の支援システムを巻き込んだアプローチが有用であることを認識し、生活習慣をより健康的に変えようとする患者の意志が高まれば、患者に合わせた助言や協力を行い継続的にサポートすることが望まれる。

予防可能な病気に対するリスクの評価やスクリーニングを重視する態度を持ち、地域に存在する健康問題を同定し、医学文献や信頼できるグループの勧告に基づいたアプローチを行う必要がある。

加えて、医師自身が健康的な習慣を身に付け、理想的なロールモデルとなるよう努めることは重要である。

健康増進と疾病予防において特に関連する学習項目は以下の通りである。

F. 患者中心の医療

患者の抱える問題に対する解釈、問題が患者に与える影響、問題によりもたらされる感情面、その問題に対する医療者への期待について配慮することができる。

biopsychosocial model を理解し、患者本人の家族背景、文化的背景を考慮しケアに反映させることができる。

患者本人、家族とケアについて十分な合意を得、患者・家族・医療者それぞれのケア計画における役割を互いに確認することができる。

良好な医師 - 患者 - 家族関係を築き、適切なケア計画をたてるための診察の技能を磨き、実践することができる。

日常的な診療の中に予防の要素を取り入れることができる。

G. 家族指向型ケア

患者の健康や病気は、患者自身の個性（人格）や生活様式・環境、人間関係との間に強い関係を有し、小児のケアにおいてはそれらを提供する場として家族の占める割合が高いことを理解する。

患者・家族と良好なパートナーシップを築き、ケアに結びつけることができる。

医療者自身は患者・家族を外部から観察し介入を加える存在ではなく、互いに影響を及ぼしあう存在であることを理解し、それをケアに生かすことができる。

患者を抱える家族もケアの対象であることを理解する。

H. 地域包括ケア

患者個人のケアについて

1. 地域の利用できる資源の理解
2. 患者とその家族の健康に関するニーズと彼らの暮らす地域のニーズの折り合いをつけることができる。

地域のヘルスプロモーション

4. 患者とその家族の健康と幸福に影響を及ぼす地域の社会的、文化的、環境的な背景を探ることができる。
5. 地域の、患者とその家族の健康と幸福に対するニーズを探ることができる。
6. 地域の、患者とその家族の健康と幸福を支えるその他の専門家と協力し、求められる役割を果たすことができる。
また、地域における問題点に対する介入についても協力しながら役割を果たすことができる。

I. プライマリ・ケア

ケアへのアクセス

1. 患者とその家族が物理的にも心理的にも受療しやすい環境を整えることができる。

継続性

1. 患者とその家族のニーズによって、長期的で継続性のあるケアを提供することができる。
2. 患者側の理由（専門医への紹介、転居など）、医療者側の理由（転居、病気など）に関わらず、医療者個人との関係を継続することが不可能になる場合も、患者個人のケアが円滑に安全に継続されるよう配慮することができる。

包括性

1. 患者と家族の抱える多様な問題を同時に取り扱うことができる。
2. 患者のケアに関する法的・政策的な背景、ケアに関わる組織、ケアの流れ、地域のケアのシステムを理解し、利用できる資源を見出しケアに生かすことができる。

協調性

1. 他のプライマリ・ケアの専門家、専門医や他の適切な専門家と協力してケアを提供し、効果的で適切なケアへ導き、必要時には患者と家族をサポートすることができる。

J. 健康増進と疾病予防に特有の問題を扱う能力

患者の段階的変容モデルや重要度・自信度モデルを用いて、患者の準備状態に合わせたカウンセリングを行うことができる。

【知識】(推奨)

II. 予防の種類 (推奨)

- 一次予防
- 二次予防
- 三次予防

JJ. 栄養 (推奨)

KK. 運動 (推奨)

LL. 心理・社会的な健康 (推奨) ……どう教育していくかが課題

自分自身への作用

1. 人生の目標
2. 霊的な信仰
3. 自尊心とセルフエフィカシー

- 外部との関係
- ストレス
 - 1. 認識
 - 2. 管理
- 人生の調整期
 - 1. 人生における重要な出来事
 - 2. 人生の転換機
- MM. けがの予防（推奨）・・・どう教育するか？が課題
 - 自動車や他の乗り物によるけが
 - 家庭内でのけが
 - 防具を含めて、遊んでいるときのけが
 - 個人同士の暴力によるけが
 - けがや暴力におけるアルコールのかかわり
- NN. 性感染症や意図しない妊娠の予防（推奨）
 - より安全な性交渉の習慣
 - 家族計画
 - 避妊
- OO. 薬剤による疾病予防（推奨）
- PP. 環境（推奨）
 - 職場の安全と健康
 - 住居
 - 衛生設備
 - 受動喫煙
 - 空気、水、ゴミ捨て場などの有毒性曝露
- QQ. 次の事柄に基づくリスクの評価（推奨）
 - 年齢と性別
 - 遺伝、人種、文化、習慣を含む家族歴
 - 地理的因子と環境的因子
 - 社会経済的な立場
 - 生活様式の特徴
- RR. スクリーニング検査の実施基準（推奨）
 - 感度、特異度、予測値、検査のバイアス
 - 安全性、費用、受け入れやすさ
 - 最新のエビデンスに基づいた定期健康診断
- SS. 感染症の予防（推奨）
 - 1. 予防接種
 - 2. 予防的薬物療法

【技能】(推奨)

- J. 健康増進と疾病予防に関する情報収集(病歴・身体診察)(推奨)
- K. 自分自身の健康的な生活様式と自己責任を形成すること(推奨)
- L. カウンセリング技能
 - 個人(推奨)
 - 家族・グループ(オプション)
 - 行動変容(推奨)
 - ストレスへの対処(オプション)
- M. 運動処方(推奨)・・・指導医側のスキルアップが必要
- N. 栄養処方(推奨)
- O. 地域資源(保健所など)の利用(推奨)

8. 救急医療

【イントロダクション】

家庭医は地域の住民にとって最も近い位置で診療しており、地域住民が家庭医に期待する役割の中でも救急医療の占める割合は大きく、果たすべき責任は大きい。また家庭医は小児 - 高齢者までの幅広い年齢層の患者に対する診療能力を有しており、日常的に患者とその家族に対してケアを提供しているため、医療システムの観点からも家庭医が初期救急医療を提供する役割を担うことが望ましい。

救急医療の場面において、すべての家庭医は患者の病態の緊急度に応じて、迅速かつ効果的に患者を評価し、救急処置を行い、必要に応じて適宜、専門医に相談することを学習する必要がある。また危機的状況に直面している患者・家族に対して感情面への十分な配慮を行いつつ、病状や転帰に関する説明を効果的に行わなければならない。

救急医療に関して家庭医に求められる役割は地域、施設などの環境により異なることを認識し、協調性を持って診療に当たるべきである。

救急医療において特に関連する学習項目は以下の通りである。

TT. 患者中心の医療

患者の抱える問題に対する解釈、問題が患者に与える影響、問題によりもたらされる感情面、その問題に対する医療者への期待についても配慮することができる。

biopsychosocial model を理解し、患者本人の家族背景、文化的背景を考慮しケアに反映させることができる。

患者本人、家族とケアについて十分な合意を得て、患者・家族・医療者それぞれのケア計画における役割を互いに確認することができる。

良好な医師—患者—家族関係を築き、適切なケア計画をたてるための診察の技能を磨き、実践することができる。

日常的な診療の中に予防の要素を取り入れることができる。

UU. 家族指向型ケア

患者の健康や病気は、患者自身の個性（人格）や生活様式・環境、人間環境との間に強い関係があることを理解する。

患者・家族と良好なパートナーシップを築き、ケアに結びつけることができる。

医療者自身は患者・家族を外部から観察し介入を加える存在ではなく、互いに影響を及ぼしあう存在であることを理解し、それをケアに活かすことができる。

患者を抱える家族もケアの対象であることを理解する。

VV. 地域包括ケア

患者個人のケアについて

1. 地域の利用できる資源（搬送方法、救急病院）を理解し、患者の状態に応じて利用することができる。

地域のヘルスプロモーション

1. 患者とその家族の健康と幸福に影響を及ぼす地域の社会的、文化的、環境的な背景を探ることができる。

2. 地域の、患者とその家族の救急医療に対するニーズを探ることができる。

3. 地域の、患者とその家族の救急医療を支えるその他の専門家（救急隊、施設スタッフ、専門医など）と協力し、求められる役割を果たすことができる。また、地域における問題点に対する介入についても協力しながら役割を果たすことができる。

WW. プライマリ・ケア

ケアへのアクセス

1. 患者とその家族が物理的にも心理的にも受療しやすい環境を整えることができる。

継続性

1. 必要に応じて長期的で継続性のあるケアを提供することができる。
2. 何らかの理由で家庭医個人との関係を継続することが不可能になる場合も、患者個人のケアが円滑に安全に継続されるように配慮することができる。

包括性

1. 患者と家族の抱える多様な急性・慢性の問題を同時に取り扱うことができる。
2. 疾患の早期の段階で鑑別が進んでいない病像を取り扱うことができ、重症の患者を見分け、必要時に緊急の介入を行うことができる。
3. 患者のケアに関する法的・政策的な背景、ケアに関わる組織、ケアの流れ、地域のケアのシステムを理解し、利用できる資源を見出しケアに活かすことができる。

協調性

1. 他のプライマリ・ケアの専門家、救急医や他の適切な専門家と協力してケアを提供し、効果的で適切なケアへ導き、必要時には患者と家族をサポートすることができる。

XX. 救急医療に特有の問題を扱う能力

家庭医個人、及び診療スタッフが救急症例の発生に対して、常に一定の診療能力を維持するよう努める必要がある。

【知識】

A. 診療の原則（推奨）

プレホスピタルケア

1. 救急医療システム
2. 電話などによる受診前の指示

優先順位の決定とトリアージ

蘇生と容態の安定化

評価と経過観察

コンサルテーション

3. 高次救急病院
4. 警察、保護機関などの関係機関への連絡

患者の転帰の決定

高次救急病院への搬送方法の決定

患者への説明と同意

診療体制の整備（この小項目のみオプション）

法的・倫理的問題

B. 以下の評価と管理（推奨）

症候

1. 意識障害
2. 頭痛

3. めまい
 4. 失神
 5. けいれん
 6. 胸痛
 7. 動悸・不整脈
 8. 呼吸困難
 9. ショック（アナフィラキシー、血液減量性、神経原性、心原性、敗血症性）
 10. 腹痛
- 疾患

1. 脳血管障害・TIA
2. 気管支喘息発作・COPDの急性増悪
3. 緊張性気胸
4. 急性心筋梗塞・胸心症
5. 心不全
6. 糖尿病の救急
7. 腎不全
8. 小児科の救急（腸重積、熱性痙攣、髄膜炎など）
9. 耳鼻科の救急（急性喉頭蓋炎、クループ、鼻出血など）
10. 眼科の救急（急性網膜動脈閉塞、緑内障、角膜異物、眼外傷など）
11. 泌尿器科の救急（尿閉、尿路結石、睾丸捻転など）
12. 産婦人科の救急（子宮外妊娠、卵巣嚢腫などの茎捻転、胎盤早期剥離、子癇など）
13. 中毒。異物誤嚥。誤食
14. 温度による障害（熱中症・低体温）
15. 外傷（頭頸部・胸部・腹部・骨盤・四肢の外傷、熱傷、動物咬傷など）

【技能】

- A. ACLS
- B. 小児心肺蘇生
- C. JPTEC
- D. JATEC
- E. 気道管理

ハイムリック法（推奨）

用手気道確保・バッグマスク換気（推奨）

エアウェイ・気管内挿管（推奨）

注射針・胸腔チューブによる胸腔穿刺（推奨）

輪状甲状間膜切開（オプション）

- F. 麻酔手技

局所麻酔（推奨）

局所・指の神経ブロック（推奨）

経静脈的鎮静と鎮痛 (オプション)

G. 血行力学手技

動脈ガス採取 (推奨)

中心静脈経路 (頸静脈、大腿静脈、鎖骨下静脈) (推奨)

骨髄輸液 (オプション)

H. 診断的・治療的処置

鼻出血の管理 (前鼻タンポン法など) (推奨)

腰椎穿刺 (推奨)

関節穿刺 (推奨)

心膜穿刺 (オプション)

経鼻胃管挿管 (推奨)

胸腔穿刺 (推奨)

腹腔穿刺と腹腔洗浄 (オプション)

ダグラス窩穿刺 (オプション)

I. 骨格系の処置

背椎固定 (全脊椎固定、頸椎固定) (推奨)

骨折・脱臼の固定 (推奨)

骨折・脱臼の整復 (オプション)

J. その他

皮膚裂傷の修復 (推奨)

多数傷病者のトリアージ (推奨)

多発する患者の管理 (推奨)

悲嘆と喪失に対するカウンセリング (推奨)

9. メンタルヘルス

【イントロダクション】

家庭医はすべての患者において生物医学的要因と同時に心理・社会的要因が存在し互いに影響しあうことを認識する必要があり、患者を理解しケアしていく上でメンタルヘルス、精神疾患の知識とそれを実際の診療に生かすことは家庭医にとって欠かすことができない。

家庭医は患者の抱える問題に加えその背景にある家族・地域の問題に対しても注意を払いケアする必要がある。

また、家庭医自身の心の状態にも注意を払い、セルフケアおよびに上司や同僚と相談することも重要である。

メンタルヘルスにおいて特に関連する学習項目は以下の通りである。

K. 患者中心の医療

患者の抱える問題に対する解釈、問題が患者に与える影響、問題によりもたらされる感情面、その問題に対する医療者への期待について配慮することができる。

biopsychosocial model を理解し、患者本人の家族背景、文化的背景を考慮しケアに反映させることができる。

患者本人、家族とケアについて十分な合意を得、患者・家族・医療者それぞれのケア計画における役割を互いに確認することができる。

良好な医師 - 患者 - 家族関係を築き、適切なケア計画をたてるための診察の技能を磨き、実践することができる。

日常的な診療の中に予防の要素を取り入れることができる。

L. 家族指向型ケア

患者の健康や病気は、患者自身の個性（人格）や生活様式・環境、人間関係との間に強い関係を有し、それらを提供する場として家族の占める割合が高いことを理解する。

患者・家族と良好なパートナーシップを築き、ケアに結びつけることができる。

医療者自身は患者・家族を外部から観察し介入を加える存在ではなく、互いに影響を及ぼしあう存在であることを理解し、それをケアに生かすことができる。

患者を抱える家族もケアの対象であることを理解する。

M. 地域包括ケア

患者個人のケアについて

1. 地域の利用できる資源の理解

2. 患者とその家族の健康に関するニーズと彼らの暮らす地域のニーズの折り合いをつけることができる。

地域の（メンタルヘルスに関する）ヘルスプロモーション

(ア) 患者の健康と幸福に影響を及ぼす地域の社会的、文化的、環境的な背景を探ることができる。

(イ) 地域の、患者とその家族の健康と幸福に対するニーズを探ることができる。

(ウ) 地域の、患者の健康と幸福を支えるその他の専門家（保健師など）と協力し、求められる

役割を果たすことができる。

また、地域における問題点に対する介入についても協力しながら役割を果たすことができる。

N. プライマリ・ケア

ケアへのアクセス

1. 家族とその家族が物理的にも心理的にも受療しやすい環境を整えることができる。

継続性

1. 患者のニーズ、患者の抱える問題によっては長期的で継続性のあるケアを提供することができる。
2. 患者側の理由（専門医への紹介、転居など）、医療者側の理由（転居、病気など）に関わらず、医療者個人との関係を継続することが不可能になる場合も、患者個人のケアが円滑に安全に継続されるよう配慮することができる。

包括性

1. 患者と家族の抱える多様な急性・慢性の問題を同時に取り扱うことができる。
2. 疾患の早期の段階で鑑別が進んでいない病像を取り扱うことができ、必要時には緊急の介入を行うことができる
3. メンタルヘルスに関する法的・政策的な背景、ケアに関わる組織、ケアの流れ、地域のケアのシステムを理解し、利用できる資源を見出しケアに生かすことができる。

協調性

1. 他のプライマリ・ケアの専門家、精神科医や他の適切な専門家と協力してケアを提供し、効果的で適切なケアへ導き、必要時には患者と家族をサポートすることができる。

O. メンタルヘルスに特有の問題を扱う能力

ライフサイクルを通じての正常な心理・社会的な成長と発達の理解とその多様性について理解する。

知識・技術の項は赤字で「推奨」と「オプション」の項を設けた。

推奨 4年間の研修において学習することがすすめられる項目

オプション 必ずしも4年間の研修期間において学習する必要はない項目。または、後期研修終了後に必要に応じて学習すればよい項目。

カリキュラムでは【知識】【技術】の項はレジデントが研修するためのガイドにするためのものであり、「推奨」の項をすべて経験し知識・技術を有していることが終了の要件というわけではない。

【知識】

- A. おもに幼児期、小児期や思春期に診断される障害（オプション）
- B. 認知障害（推奨）
 - せん妄
 - 痴呆
 - 健忘
 - 一般疾患による精神疾患

- C. 薬物関連の障害
 - アルコール関連の障害 (推奨)
 - ニコチン関連の障害 (推奨)
 - その他
- D. 統合失調症と他の精神病性障害 (推奨)
- E. 気分障害(うつ病など)(推奨)
- F. 不安障害 (推奨)
 - パニック発作
 - 恐怖症
 - 強迫性障害
 - 外傷後ストレス症候群 (PTSD)
 - 急性ストレス障害
 - 全般性不安障害
- G. 身体表現性障害 (推奨)
 - 身体化障害
 - 転換性障害
 - 疼痛性障害
 - 心気症
- H. 虚偽性障害(詐病など)(オプション)
- I. 解離性障害(オプション)
- J. 性障害と性同一性障害(オプション)
- K. 摂食障害(オプション)
- L. 睡眠障害(推奨)
- M. 適応障害(オプション)
 - 抑うつ気分を伴うもの
 - 不安を伴うもの
 - 不安と抑うつ気分双方を伴うもの
 - 行為の障害を伴うもの
- N. 人格障害(オプション)
- O. 虐待やネグレクトに関連した問題(推奨)

【技術】

- A. 評価
 - 短時間で多くの情報を聴取し、医師患者関係を適切に形成する面接技能 (推奨)
 - 精神状態の診察の実施 (推奨)
 - 心理検査、臨床検査、脳画像検査を含む、精神科疾患の診断における特殊な検査法の適用 (オプション)
 - 【知識】の項に記載されている疾患について、よくある症候を引き出し認識する能力 (推奨)
 - 抑うつの評価 (SIGEMCAPS)(推奨)
 - 精神科医への紹介の適応 (推奨)
- B. 治療
 - 精神科救急の初期管理(例:自殺のおそれのある患者、急性精神病患者)(推奨)
 - 精神科治療薬剤の正しい使い方(推奨)
 - 家族の支援による治療(推奨)
 - 行動変容の手法(推奨)

カウンセリング（オプション）

地域社会の資源の活用（推奨）

治療の継続と最善の情報を共有し、また患者の治療へのコンプライアンスをよくしながら、
専門医に適切に紹介する方法（推奨）

10. 臓器別問題

【イントロダクション】

家庭医は幅広い臓器別の問題を取り扱わなければならない立場にある。

家庭医の遭遇する機会が多い疾患と症候に関しては診断と管理を熟知している必要があり、また疾患と患者の状態によっては専門医と協力しながら管理する必要のあるものもある。

また複数の問題を同時に扱うことが要求され、どのような疾患・症候であっても患者の背景に存在する心理・社会的要因（家族、地域、職業など）を考慮した包括的なケアを提供することが家庭医には欠かせない。

患者・家族とのパートナーシップが重視され、疾患・症候の診断と管理の計画に患者・家族の自律性や嗜好が強く反映されることを認識するべきである。

臓器別の問題において特に関連する学習項目は以下の通りである。

P. 患者中心の医療

患者の抱える問題に対する解釈、問題が患者に与える影響、問題によりもたらされる感情面、その問題に対する医療者への期待について配慮することができる。

biopsychosocial model を理解し、患者本人の家族背景、文化的背景を考慮しケアに反映させることができる。

患者本人、家族とケアについて十分な合意を得、患者・家族・医療者それぞれのケア計画における役割を互いに確認することができる。

良好な医師 - 患者 - 家族関係を築き、適切なケア計画をたてるための診察の技能を磨き、実践することができる。

日常的な診療の中に予防の要素を取り入れることができる。

Q. 家族指向型ケア

患者の健康や病気は、患者自身の個性（人格）や生活様式・環境、人間関係との間に強い関係を有することを理解する。

患者・家族と良好なパートナーシップを築き、ケアに結びつけることができる。

医療者自身は患者・家族を外部から観察し介入を加える存在ではなく、互いに影響を及ぼしあう存在であることを理解し、それをケアに生かすことができる。

患者を抱える家族もケアの対象であることを理解する。

R. 地域包括ケア

患者個人のケアについて

1. 地域の利用できる資源の理解
2. 患者とその家族の健康に関するニーズと彼らの暮らす地域のニーズの折り合いをつけることができる。

地域のヘルスプロモーション

(ア) 患者とその家族の健康と幸福に影響を及ぼす地域の社会的、文化的、環境的な背景を探ることができる。

(イ) 地域の、患者とその家族の健康と幸福に対するニーズを探ることができる。

(ウ) 地域の、患者とその家族の健康と幸福を支えるその他の専門家と協力し、求められる役割を果たすことができる。

また、地域における問題点に対する介入についても協力しながら役割を果たすことができる。

S. プライマリ・ケア

ケアへのアクセス

1. 患者とその家族が物理的にも心理的にも受療しやすい環境を整えることができる。

継続性

1. 患者とその家族のニーズによって、長期的で継続性のあるケアを提供することができる。

2. 患者側の理由（専門医への紹介、転居など）、医療者側の理由（転居、病気など）に関わらず、医療者個人との関係を継続することが不可能になる場合も、患者個人のケアが円滑に安全に継続されるよう配慮することができる。

包括性

1. 患者と家族の抱える多様な急性・慢性の問題を同時に取り扱うことができる。

2. 疾患の早期の段階で鑑別が進んでいない病態を取り扱うことができ、重症の患者を見分け、必要時には緊急の介入を行うことができる

3. 患者のケアに関する法的・政策的な背景、ケアに関わる組織、ケアの流れ、地域のケアのシステムを理解し、利用できる資源を見出しケアに生かすことができる。

協調性

1. 他のプライマリ・ケアの専門家、臓器別専門医や他の適切な専門家と協力してケアを提供し、効果的で適切なケアへ導き、必要時には患者と家族をサポートすることができる。

10 - 1 . 心血管系疾患

【知識】

症候 (推奨)

- T. 心雑音の評価と管理
- U. 胸痛の評価と管理
- V. 呼吸苦の評価と管理
- W. 動悸の評価と管理
- X. 浮腫の評価と管理
- Y. 失神の評価と管理

疾患

以下の項目の評価と管理

A. 危険因子 (推奨)

高血圧

高脂血症

喫煙

糖尿病

肥満

その他

B. 高血圧 (推奨)

本態性高血圧

二次性高血圧

C. 冠動脈疾患 (推奨)

狭心症

心筋梗塞

D. 心不全 (推奨)

E. 弁膜症 (推奨)

F. 不整脈 (推奨)

心房細動

その他の不整脈

G. 末梢血管疾患 (推奨)

動脈瘤

閉塞性動脈硬化症

頸動脈アテローム性硬化

その他の動脈疾患

H. 深部静脈血栓症 (推奨)

I. 肺高血圧症・肺性心 (オプション)

- J. 解離性動脈瘤 (オプション)
- K. 心筋症 (オプション)
- L. 心膜疾患 (オプション)
- M. 感染症 (オプション)
 - 心筋炎
 - 心内膜炎
- N. その他の心疾患 (オプション)
- O. 心臓以外の手術に対する心臓の評価 (オプション)
- P. 弁膜症に対する抗生物質の予防的投与 (推奨)
- Q. 抗凝固/抗血小板療法 (推奨)

【技能】

- A. 病歴聴取 (推奨)
- B. 身体診察 (推奨)
- C. 非侵襲的検査 (以下の項目の適応・結果の評価)
 - 胸部レントゲン (推奨)
 - 心電図 (推奨)
 - 24時間心電図 (推奨)
 - 負荷試験 (推奨)
 - 心エコー (推奨)
 - 核医学検査 (オプション)
- D. 侵襲的検査 (オプション)
 - 心臓カテーテル検査
 - その他

第4部 レジデンシーの実際

<レジデンシーの構成>

1. HDBを通じた継続的な家庭医療研修 <24ヵ月>
各専門科での病棟ローテーション研修 <22ヵ月>
HDB(1年次:本輪西、2年次:本輪西/東室蘭)
半日/週を継続
(外来12~20名/月、訪問1~2名/月)
家庭医療ローテーション研修 <1ヵ月×2>
A) 1年次:本輪西サイト
B) 2年次:更別サイト

2. ブロックローテーションを中心とした異なる診療環境・指導医のもとでの研修 <24ヵ月>
コアローテーション <6ヵ月×2>
以下の2コース
A) 本輪西サイト / 寿都サイト
B) 東室蘭サイト / 更別サイト

準コアローテーション <3ヵ月×3>
以下の2コース
A) 岐阜サイト / 知花サイト / 〃サイト
B) 滋賀サイト / 北中城サイト / 〃サイト

エレクトィブローテーション <3ヵ月>
A) 日鋼記念病院の各診療科
B) 国内の家庭医療関連施設(コアカリキュラムを深める)
C) 海外の家庭医療関連施設(コアカリキュラムを深める)

- 備考:できれば 〃 は A-A、B-B で研修を実施する方が望ましい

<全体の評価システムとスケジュール>

1. 初期2年間の目標設定～評価とフィードバック

各専門科での病棟ローテート研修

- 卒後初期研修として日鋼記念病院カリキュラム委員会の管轄
- 家庭医療コースと他科コースを(8人:4人)で分けて4年間一貫教育のシステムを確立する
- 家庭医療コースのレジデントについては、各科での学習を家庭医療研修につなげていく工夫が必要(未実施)

HDB(1年次:本輪西、2年次:本輪西/東室蘭)

- ハーフデイバック開始時に個人面談とカリキュラム案に基づいて2年間の家庭医療総合研修目標を設定
- 評価と研修実績の整理にポートフォリオを作成してもらい、半年ごとに評価とフィードバックを実施
- ポートフォリオには、自己学習資料、症例からの学び、ビデオレビューシート、カルテコピー、家庭医療レクチャー資料などを含めていく

家庭医療ローテート研修

1年次:本輪西サイト

- のHDBの目標と連動しつつ、アンケートと個人面談で目標設定
- 評価と研修実績の整理には同じくポートフォリオを作成し、内容としてはに加えてオプション研修(看護、事務、施設見学など)の感想とテーマ勉強会(患者中心の医療、行動変容、老年医学など)の資料、FamReF発表への資料なども含める。ビデオレビューも毎週1回実施し評価に加える。
- 毎週1回フィードバックを実施し、最後ににつながる最終の評価とフィードバックを実施する

2年次:更別サイト

- 1年次と基本的には同じであるが、フィードバックは2週に1回としており、ビデオレビューは実施していない。

2. ブロックローテートを中心とした異なる診療環境・指導医のもとでの研修

- Mentorship と Reflection を基盤とした成人学習
- 葛西所長はプログラム全体の調整・管理と総合的な mentorship を行い、準 mentor としてフェローを1人のレジデントに1人割り当てて、2年間通じた家庭医としての成長を診療面のみならず心理面、生活面を含めて相談に乗っていく。(例: A グループは草場、B グループは山田/富塚)
- 学習は、ポートフォリオを基盤とした reflection を繰り返し、定期的な評価とフィードバックで指導医と学びを共有するシステムを中核とする。最終的には、こうした学びが生涯学習につながり、家庭医としての自立につながることを目標とする。
- 具体的な学習方略と評価法は、別紙に記載するように、個々の目標に合わせた方法を実施。
- フィードバックは2週間に1回実施

コアローテート <6ヵ月×2>

- 全コアコンポーネント、特に1/2を重点的に学習することを目標とする。
- 本輪西/東室蘭では、病院や各種施設との連携、訪問診療、レジデント教育などへの関与を重視
- 更別/寿都では、地域包括型ケアの企画立案と実践、救急対応、病棟管理を重視

準コアローテート <3ヵ月×3>

- コアコンポーネント 2/3を重点的に学習することを目標とする。
- 地域性や指導医の指導歴を加味し、2つのコースに分けて学習内容を平準化する
- mentor と各サイト指導医との間で教育内容を共有し、研修全体との調和を図る

エレクトィブローテート <3ヵ月>

- コアコンポーネントで不十分な内容の補充、及び、各人の志向性や進路を意識した学習を実施
- 研修報告とmentor による評価とフィードバック