

新しい制度下での “総合診療医”養成

全日本民医連 医師養成集会 第2セッション

勤医協札幌病院 内科
家庭医療専門医・指導医
佐藤健太

研修履歴

- 勤医協中央病院 初期研修
- 勤医協中央病院 総合診療後期研修
 - － 中病400床 総合内科 16ヵ月
 - － 中病 救急指導 2ヵ月
 - － 旭川150床 内科・在宅 12ヵ月
 - － 札病150床 小児科 3ヵ月
 - － 東京診療所 家庭医療・医学教育 3ヵ月
 - － 釧路150床 病院家庭医・後期研修運営 12ヵ月
- 勤医協札幌病院 内科スタッフ
 - － 11年:リハビリテーションフェローシップ開始
 - － 11年:初期研修受け入れ開始
 - － 12年:後期研修受け入れ開始
 - － 13年:内科が総合医・後期研修体制に

勤医協札幌病院の概要

- 一般107床(うち内科30床)・回復期リハビリ44床
 - － 内科
 - － 外科・整形外科、産婦人科・小児科
 - － 眼科・耳鼻科・皮膚科、隣に歯科
 - － 精神神経科、労働衛生科・リハビリ科
- 450床の中央病院は車で20分
 - － 中央病院の初期研修のうち内科2ヶ月、小児・産婦等を受ける
- 中央病院新築移転
 - － 内科専門医3名→ゼロ
 - － 総合医1名→5名



1. 新専門医制度との関係
2. 民医連らしい「総合診療医」
3. 実践の紹介
4. 今後の展望

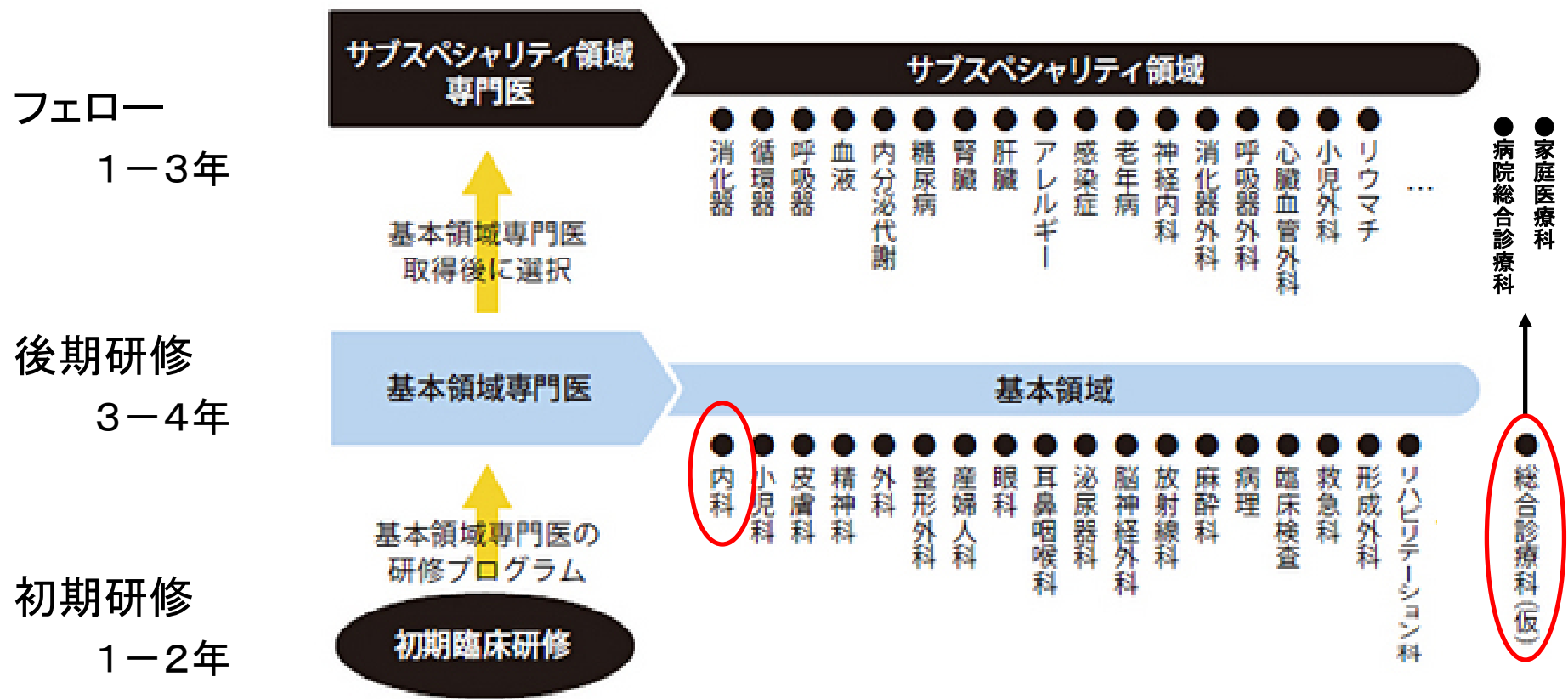
1. 新専門医制度との関係

2. 民医連らしい「総合診療医」

3. 実践の紹介

4. 今後の展望

新専門医制度 (今の医学部5年生から適用)



※複数の基本領域専門医を取ってもよいが、維持・更新はかなり大変になる。

※基本領域とサブスペシャリティはある程度組み合わせが決まっている(小児外科なら小児科でなく外科じゃないとダメなど)

総合診療の専門医を取るまで

- 初期研修2年間
- プライマリ・ケア連合学会認定の
家庭医療後期研修(将来の総合診療後期研修)3年
- 専門医試験を受験
 - **筆記試験** 全部自由記載
 - **Clinical skills analysis** 超アドバンスドOSCE
 - 水痘罹患児の兄と継母との家族関係
 - タバコを辞めたいけどやめられないおじさん
 - 肺炎退院したてのパーキンソン病の高齢男性と認知症女性など。
 - **ポートフォリオ** いわゆるレポート
 - 家庭医療らしい症例+家庭医らしい自分の成長

ポートフォリオのテーマ

- 生物心理社会モデル
- 家族志向のケア、家族カンファ
- 複数の健康問題への統合ケア
- 行動変容アプローチ
- 地域のヘルスプロモーション
- EBMの応用 or ラポール形成
- プロフェッショナリズム or 生涯学習
- 業務改善 or ネットワーク構築
- 医学教育の取り組み
- 臨床研究
- 個人への健康介入
- 幼小児・思春期のケア
- 高齢者のケア
- 終末期のケア
- 女性の健康問題
- リハビリテーション
- メンタルヘルス
- 救急診療
- 臓器別疾患診療：20例
内科7・マイナー科3領域を含む

研修プログラム

	Ver 1	Ver 2	
内科	6か月	6か月 施設要件あり	中病のみ
小児科	3か月	3か月	札病
救急	なし	原則3か月	中病のみ
専門研修	6か月 診療所・小病院	18か月 (各6か月以上) I:診療所・小病院 II:病院総合診療部門 施設要件を強化	診療所、中規模病院 中病or札病

- 病院群でのローテ・連携は**必須**
 - 研修プログラム条件上の縛り
 - 幅広い診療セッティングを経験し学ばせるため
- 外にだすことで内がよく見える
 - 大病院を経験すると、中小病院の良さが際立つ
 - 内科や救急をみると、総合診療の特徴が実感できる
 - 他地域で働くと、自分の地域の特徴や、地域の中で当院にしかない役割や強みが見えてくる
- 民医連中小病院に所属し続ける迷いが薄れる
 - ただし動機付け・目標設定や振り返りの機会といった**紐付け**をした状態を出す必要はある

北海道民医連の病院群連携

- 勤医協中央病院 総診、内科、救急
- 勤医協札幌病院 総診、小児科
- 家庭医療診療所 (月寒・余市・黒松内)

- 他法人の後期研修プログラムとの相互乗り入れ
 - 道北勤医協家庭医療後期研修プログラム
 - 釧路協立病院家庭医養成プログラム
 - 青函圏・函館家庭医療研修プログラム
 - 札幌ローテ中も1~4週単位で短期研修に出られる

- 外部研修先
 - 小児科 天使病院
 - 総合 北海道総合診療医育成事業 紋別など
 - 家庭医 東京CFMD、岡山FPCO他

- 3年本格派コース
 - 家庭医療専門医を目指す
 - 将来は病院総合医か診療所家庭医に
- 1年集中強化コース
 - 内科認定医を目指す
 - 内科の基礎がためをして領域別専門医に
- ゆったり・しっかり研修プログラム「彩~いろどり~」
 - 子育てや病気がちでも、自分のペースでしっかり学べる
 - 外来・往診や、予防・健康増進の比率を増やす
 - 子育てはハンデではなく、経験を活かして臨床を深める！

専門医取得後の進路

- 勤医協でできていること
 - 大病院の総合診療・救急系診療部スタッフ
 - 中小病院一般内科の医長
 - 診療所の所長(ソロ・グループ)
 - フェローシップで学ぶ(在宅・教育・経営・リハ・緩和などの)
 - 子育てしながらの診療
 - 発展途上国でのプライマリ・ケア医
- 他に学生・研修医から聞いたもの
 - 大学の総合診療、医学教育、公衆衛生系の講座の助教
 - 臨床をしながら社会人大学院で臨床研究
 - 海外留学、海外の家庭医
 - 船医、青年海外協力隊

フェローシップで差をつける

- 「フェロー」
 - 学位取得後の特別研究員
 - 後期研修修了後正規職に付く前の立場
- 後期研修修了生の受け入れ枠としての魅力
 - 総合医として働きながらSpecial interestを学べる
 - 後期研修は当たり前の時代で突出した宣伝効果
 - 即戦力が手に入る
 - 本人が学ぶことで診療の質も上がる
 - 指導医取得やプログラム・施設認定維持にも有用

総合医と相性がよく、民医連で可能な フェローシップ案

- 病院総合医
 - 救急・集中治療、感染症、検査系
- 在宅専門医
 - 緩和ケア、老年医学、漢方医学
- リハビリ、スポーツ医学
- 女性の健康、ワクチン
- 医学教育、リサーチ
- 地域ケア、管理・経営

1. 新専門医制度との関係

2. 民医連らしい「総合診療医」

3. 実践の紹介

4. 今後の展望

民医連らしい総合医とは・・・

「地域密着型中小病院」で

「家庭医療学」をベースに活躍する

「病院家庭医」

診療所の家庭医

「外来・在宅」、「家族ケア・地域ケア」

→プライマリ・ケア連合学会

大病院の総合内科医

「診断推論」や「救急・重症診療」や「感染症診療」

→内科学会・総合診療医学会

病院総合医のコアコンピテンシー

1. 内科を中心とした幅広い診療スキル
2. 現場での教育 → 「地域」ベース
3. 現場に根ざした研究
4. 病棟の管理運営
5. 他科・他職種関係を調整 → 「管理」重視
6. 病院医療の質改善

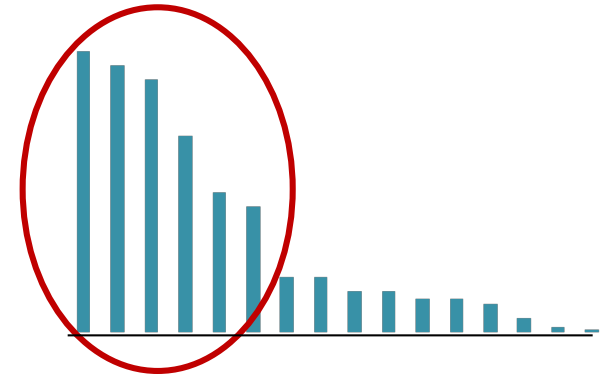
+αが必要

総合医の専門性

- Common diseaseのエキスパート
- 疾患に限らず、加齢や障害など健康問題全般
- 複雑性の専門家
- 家族関係や心理的問題(発達・人格や心理的反応全般)
- 社会的問題・地域のケア・SDH
- 人生(ライフイベントやライフサイクル)
 - 「妊娠前の母親候補」から「死んだ後の遺族」まで
- **問題リストに載せる**、分析できる、解決できる
- Common diseaseや複雑症例の診療は、**他科医師の追隨を許さない高度さ**を持つ

総合医は「全部」ではなく「Common Disease」のエキスパート

- 全部ではなく頻度順・ニーズ順
 - 少ない知識で多くを救える
- Common diseaseは専門的に
 - 広く浅くではなく、深くたくさん
- Common diseaseばかりくる
民医連中小病院は魅力的！



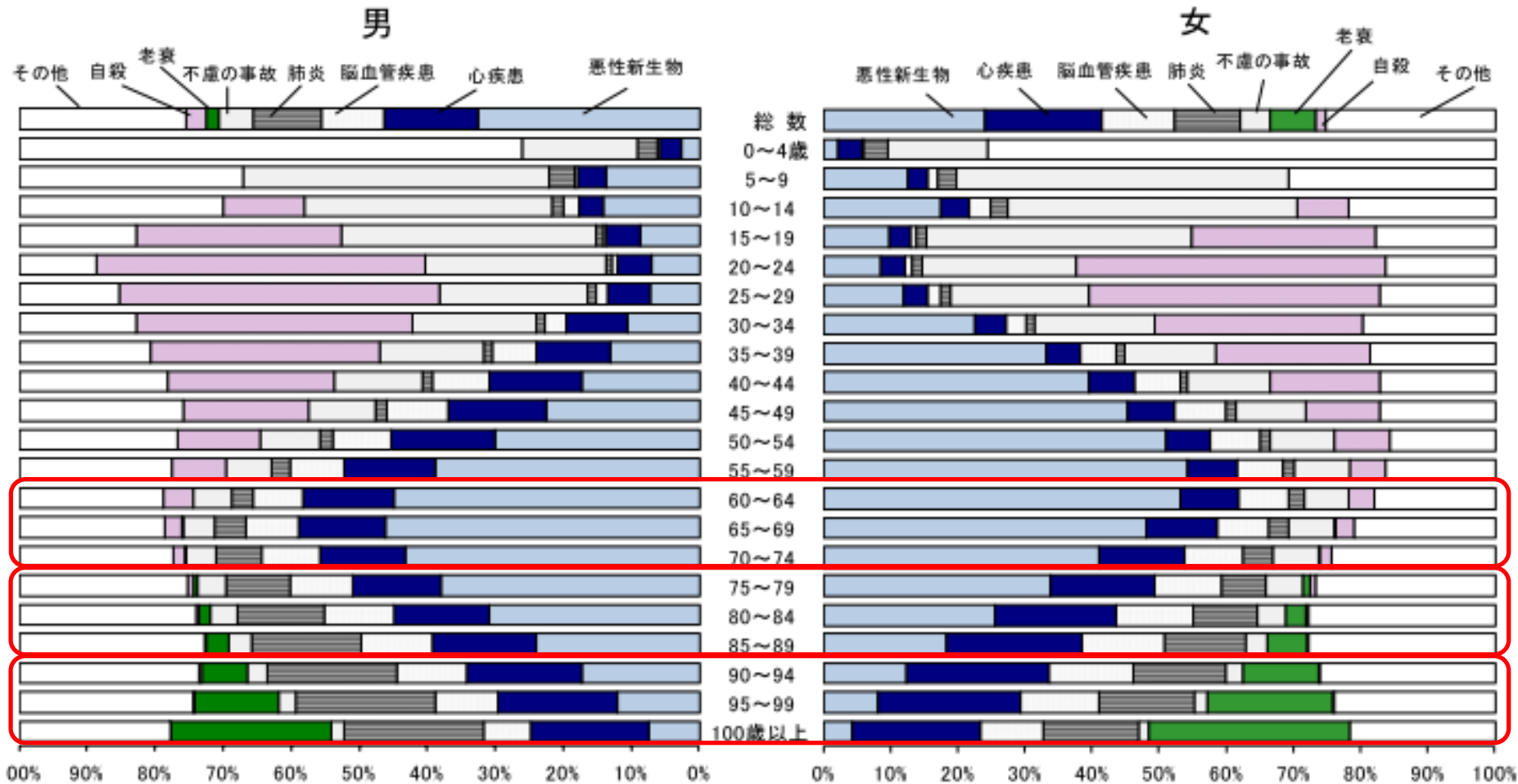
- 診療所ではTOP50の問題で、
地域の**全問題の8割**を占めている！
優秀な研修医でなくても学べる、習得できる！

高齢者のよくある死因

前期高齢者→悪性新生物>>心疾患>脳血管疾患≒不慮の事故

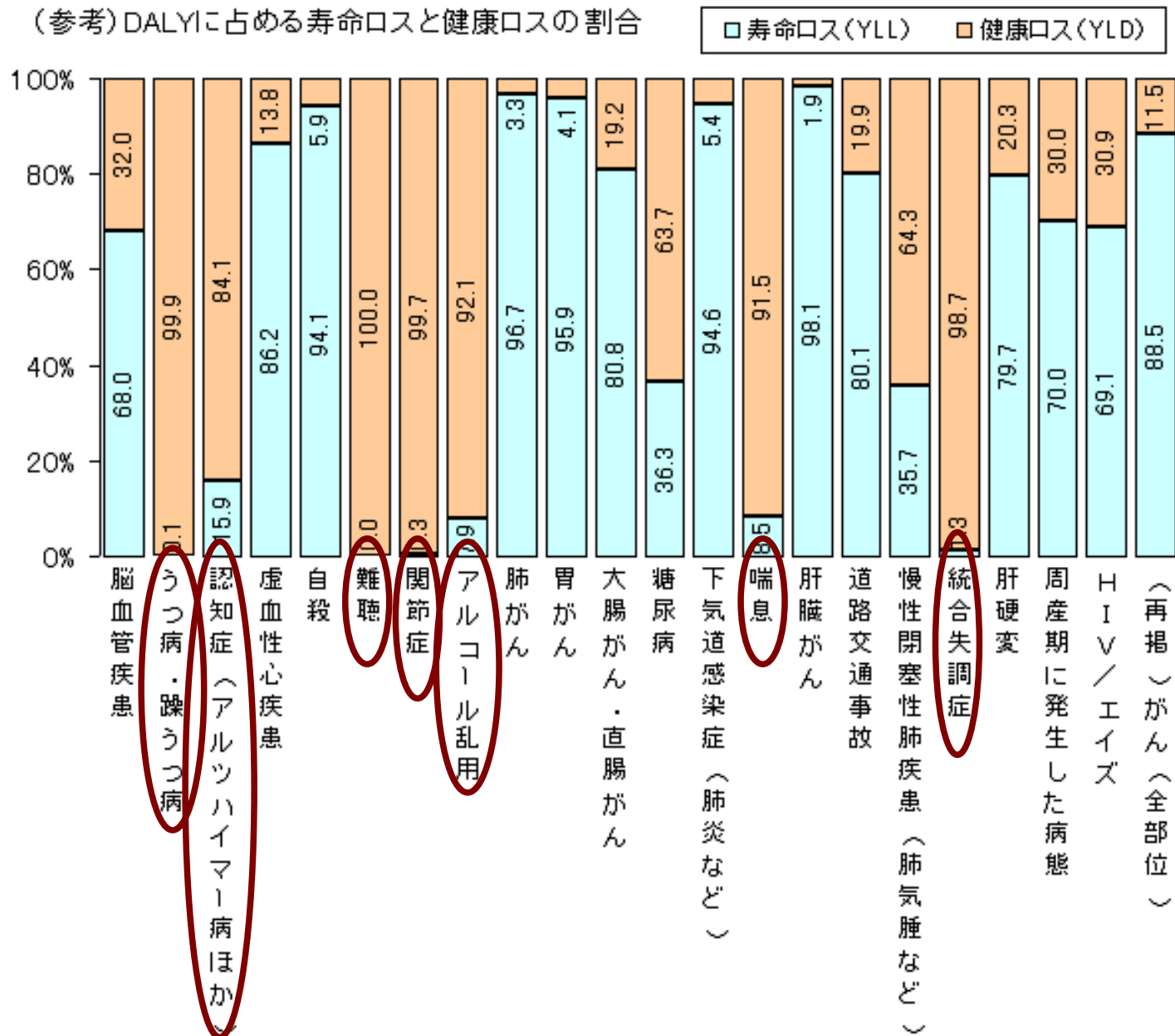
後期高齢者→悪性新生物>心疾患≒脳血管疾患≒肺炎

超高齢者 →肺炎≒老衰≒心疾患>>悪性新生物≒脳血管疾患



出典:平成23年人口動態統計月報年計(概数)の概況

(参考) DALYに占める寿命ロスと健康ロスの割合



(注) 世界銀行定義の高所得国全体における2004年推計値である。

(資料) WHO, Disease and injury regional estimates for 2004

一般外来のコモンディジーズ (急性疾患)

1位: 上気道感染症 (≡ 風邪)

2位: 胃の機能異常

3位: 接触性皮膚炎

4位: 頰椎に関する症候群

5位: 背部痛、放散痛のないもの

6位: 骨関節症、類縁疾患

7位: 膀胱炎、尿路感染

8位: 虫さされ、刺傷

9位: その他非リウマチ性疾患

10位: 結膜炎

11位: 四肢に関する痛み

12位: 裂傷、開放創、外傷性切断

13位: 過敏性大腸症候群

14位: 掻痒症と関連状態

15位: 圧挫傷、打撲傷

16位: めまい、めまい感

17位: 肩症候群

18位: 内科的診察 ≡ 健診

19位: 腸管感染症

20位: 口腔・唾液腺疾患

20位: 膿痂疹

総合病棟のコモンディジーズ

- **感染症** 特に誤嚥性肺炎のトータルケア
- **悪性腫瘍** スクリーニングと術前評価、術後管理
- **心血管救急疾患** 初期診療、救急診療、生存者のフォロー
- **急性臓器別疾患** 地域により紹介・併診・独立
- **慢性臓器障害** CHF・COPD・LC・CKD・神経変性疾患
- **代謝内分泌疾患** 糖尿病、電解質異常、甲状腺疾患
- **併存症** うつ・アルコール、認知症・難聴・関節症、
糖尿病、慢性臓器障害

在宅のコモンディジーズ

- 寝たきり・要介護の原因
 - － 老衰
 - － 脳卒中、認知症・神経変性疾患
 - － 骨折、腰痛・膝痛
- 脳卒中・癌サバイバー
 - － 心血管疾患・肺炎のハイリスク
 - － 家族トラブル・社会的問題の多発
 - － 障害のリハ、生活の支援、家族や家庭の評価

世代別コモンヘルスプロブレム

乳幼児期	○母親の育児支援	○小児予防を忘れない
学童期	○友人関係	○学習・行動の問題
思春期	○性の問題	○物質乱用の問題
青年期	○妊娠予定	○独立
中年期	○閉経・更年期障害	○仕事・壮年期うつ
	○家族ライフサイクルの課題	
	○生活習慣病健診と癌検診してるか	
退職期	○健診継続できる？	○生活の変化への適応
老年期	○元気な高齢者	○虚弱高齢者
終末期	○事前指示	○緩和
悲嘆期	○夫の死・妻の死	

家庭のコモンヘルスプロブレム

- 結婚前の成人期 —家からの巣立ちと家族の基盤づくり—
- 新婚夫婦の時期 —二つの異なる家族システムの結合—
- 乳児を育てる時期 —幸せとストレスの狭間—
- 学童期の子どもを育てる時期
—生活の広がりと境界の維持—
- 思春期・青年期の子どもを育てる時期
—健康な家族でも揺れる段階—
- 子どもの巣立ちとそれに続く時期 —岐路に立つ家族—
- 老年期の家族 —さまざまな別れと人生の統合—

社会のコモンヘルスプロブレム

- 社会格差 →社会・経済など
- 社会的排除 →ひきこもり、周囲からの隔離
- 社会的支援 →コミュニティ内の資源、連携

- 交通 →運動不足、アクセス悪化
- 労働 →劣悪な労働条件
- 失業 →ホームレスの不衛生、経済格差

- 幼少期 →周産期、妊娠前・小児検診の問題
- ストレス →うつ・自殺、心身症
- 食品 →低栄養
- 薬物依存 →アルコール、タバコ、ドラッグ

民医連中小病院にしかない強みの例

● 四次医療

- 急性期治療後や専門診療適応外になった患者の受け皿
- 癌・脳卒中サバイバーの診療

● 高齢者診療

- 加齢による領域別専門診療からのキャリーオーバー問題への対応
- 糖尿病患者の認知症合併後の対応

● 継続的診療

- 外来・病棟・在宅で主治医を継続するメリットを最大限活かす
- 慢性臓器障害や虚弱高齢者の、終末期を見据えた急性増悪対応

● 疾病予防・健康増進や地域ケアを「病院」で行える

- その意義は？
- 診療所や保健所とは異なる「病院ならではの」のメリットは？

高齢者肺炎診療は総合医の真髄

- 病院総合医のみる「最もCommon」な疾患
＝最も深く診られるべき疾患
- 誤嚥性肺炎は多臓器疾患
 - － 精神科・神経内科・歯科・耳鼻科・消化器・呼吸器
 - － 併存症のケア(心不全、糖尿病、せん妄など)
 - － 中央病院で「もう終末期」と言われてからでも、多くの例で機能回復・誤嚥頻度減少・苦痛緩和を期待できる。
- 的確な治療と、リハ栄養や老年・緩和ケアと、多職種連携と臨床倫理的判断を同時並行で行う必要のある、非常に高度かつ専門性の高い疾患

経営は課題も多いが...

- 経営面は予算黒字、経常利益は赤字...
 - 多職種協働・リハ栄養・地域連携で在院日数短縮、加算取りこぼし防ぐ
 - 今後は**科研費・研究助成金、地域貢献での助成金**、予防診療の強化
- 在院日数短縮
 - 11年25～32日、12年21～27日、13年17日、**14年16日**
 - 現在内科28床で48.5件/月の入院受け入れ
- 日当円改善
 - 11年2.6万円→14年3.1万円
 - 約30床×30日×5000円×12ヶ月＝5400万円程度効率改善
- 外来は苦戦中
 - 患者数減、日当円は上げ止まり
 - 専門医主体だった時期の構造からの転換できず

1. 新専門医制度との関係
2. 民医連らしい「総合診療医」
- 3. 実践の紹介**
4. 今後の展望

初期研修医達の残留率・総合選択率

初期研修医数	残留(率)	総合(病院総合医)
• 04年15名	6人(40%)	0人
• 05年12名	6人(50%)	2人・33%(1名)★
• 06年 9名	5人(56%)	0人
• 07年 7名	2人(29%)	1人・50%(0名)
• 08年13名	9人(69%)	3人・33%(1名)
• 09年14名	6人(43%)	2人・33%(1名)★
• 10年 5名	1人(20%)	0人

総合診療後期研修希望者伸び悩み、
特に病院総合医希望者は増えない・・・

中小病院希望は★2名(2/75≒2.7%)のみ

地方中小病院で働いた感想

- Before...「中病研修最高！」と思っていた
- After ...「中小病院こそ総合医の真価が
発揮される場所」と気づいた
- でも、中小病院を担う総合医は増えないと実感
 - 初期研修医獲得に成功しても、後期研修残存率は上がらず、総合医も増えず、中小病院の医者は減った
 - 学生も研修医も、「中小病院に来ない、知らない」
 - まず中央病院の近くで、**中小病院の魅力**を伝える！

医師が僻地に定着するかどうかには 影響を与える因子

- 僻地定着のオッズ比

– へき地出身	2.9	→生涯目標重視
– 総合医	3.1	→総合医教育
– 自治医科大学出身	4.7	→研修プログラム 明確なメッセージ
– 卒後早期のへき地経験	4.7	→まず地域に出す

(Matsumoto, et al. Soc Sci Med 2010)

地域に出し、根付かせる対策

- ①生涯目標重視
- ②総合医教育
- ③研修プログラム、明確なメッセージ
- ④まず地域に出す

この仮説に沿って、当院での初期・後期研修をプログラムした

①生涯目標設定と振り返り

目標にまっすぐ向かうために

● 「生涯目標」設定

- どこで生まれ、育ち、どう言う土地が好きか
- どんな地域の、どんな規模の病院で働きたいか
- **志望する専門科を把握するよりも大事**
 - 志望科はころころ変わる。働きたい土地・病院は徐々に固まる
 - 出身地で待遇を変えたり強制派遣はできないが、出身地や志向に合わせた指導や進路相談は重要

● 月1～2回の「到達度振り返り」

- 目標に向かって前に進んでいるか
- 進路希望がより明確になったか、逆に変わってきてないかを確認していく。

②総合医向けプログラムに人は集まるのか？

- 総合医志望・地域医療志望者は多い
 - － 大学入学時の半分、卒業時の1割
 - － 家庭医療後期研修に入るのは1%！
- なぜ減るのか
 - － 大学・初期研修で専門医療・大病院を経験
 - － 総合・地域を知らない
 - － 故に恐れる

総合診療は知られつつある

- 大学入試で地域枠の導入
- 学生の自主的・活発な地域医療・総合医療の学習
- 日本プライマリ・ケア連合学会の設立
- 家庭医療専門医の育成制度の確立
- 基本専門領域に総合診療医が入った
 - 国や道の育成予算などもある
- NPO・企業などのジェネラリスト企画
- メディア露出(Dr.Gなど)
- 総合医向け雑誌増加(JIM等7誌、Hospitalist、etc.)

③大病院でなく地域中小病院で 総合診療を学ぶメリットの明示

- 地域**指向型**医学教育というモデルがある
 - × 地域(=僻地)で、孤独に耐えながら、中病で身につけた診療を淡々と行い成長は少ない
- あらゆる研修場面・診療場面で、
**地域(=住民の暮らしや健康)の向上を意識しつつ
誰の役に立ちたいのかにこだわり抜いて
現地で柔軟に能力を伸ばしていく**
↓
地域の健康指標の改善
地方に定着する医師数の増加につながる

③地域指向型医学教育

1. 地域で教える
2. 住民全体に目を向ける
3. 健康を教える
4. 疾患の長い自然経過を学ぶ
5. ライフサイクルを学ぶ
6. 事例から学ぶ
7. チームでの協働

中病と札病の違い

- 中病は札幌市「全体」の
 - 「不特定多数」の重傷者や
 - 特定の「専門疾患を持つ患者」が受診する
- 札病は菊水・白石地域の
 - 疾患の重症度や専門科にかかわらず「近い」から受診する(外来アンケートより)
 - 地域の、「社会的脆弱性の強い住民」が集積する(住民全体、地域特性が見えてくる)

③地域指向型医学教育

1. 地域で教える
2. 住民全体に目を向ける
3. 健康を教える
4. 疾患の長い自然経過を学ぶ
5. ライフサイクルを学ぶ
6. 事例から学ぶ
7. チームでの協働

基本スケジュール

健康も含めてよくある疾患全体を教える

- 検診→外来→病棟→往診→看取り
 - 健康・リスク段階・発症・重症化・死亡まで
 - 産める・誕生・成長・独立・加齢・虚弱・老衰まで
- ケースカンファ、外来レクチャー
 - 地域のよくある健康問題を掘り下げる
 - よくある疾患や、疾患以外の健康問題を学ぶ

③地域指向型医学教育

1. 地域で教える
2. 住民全体に目を向ける
3. 健康を教える
4. 疾患の長い自然経過を学ぶ
5. ライフサイクルを学ぶ
6. 事例から学ぶ
7. チームでの協働

事例検討＋多職種協同学習

- 札幌は多職種学習会が多彩。増やした。
- リハ栄養学習会
- 外来事例検討会
- 病棟四分割カンファ
- NSTカンファ、褥創ラウンド .etc

民医連の伝統と歴史の継承

- 歴史や地域について語る
 - 研修医赴任時、**院長の語りを1時間強要する**イベントがある
 - 大病院と、中小病院との違い
 - 勤医協の歴史、札幌の歴史
 - 地域の特徴、その中での役割など
- ベテラン医との接点をきちんと作る
 - 病棟で一緒に働く、病棟飲み会に来てもらう
 - 外来勤務・パートでもレクチャー・指導はしてもらう
 - 往診や外部講演に連れて行ってもらう
- 診療の真髄に触れてもらう
 - その内容に医学的意味付けをして説明し、
 - エビデンスに沿って標準化された診療との違いを伝える

※ここだけが若手・中堅が貢献できる場所

③地域指向型医学教育

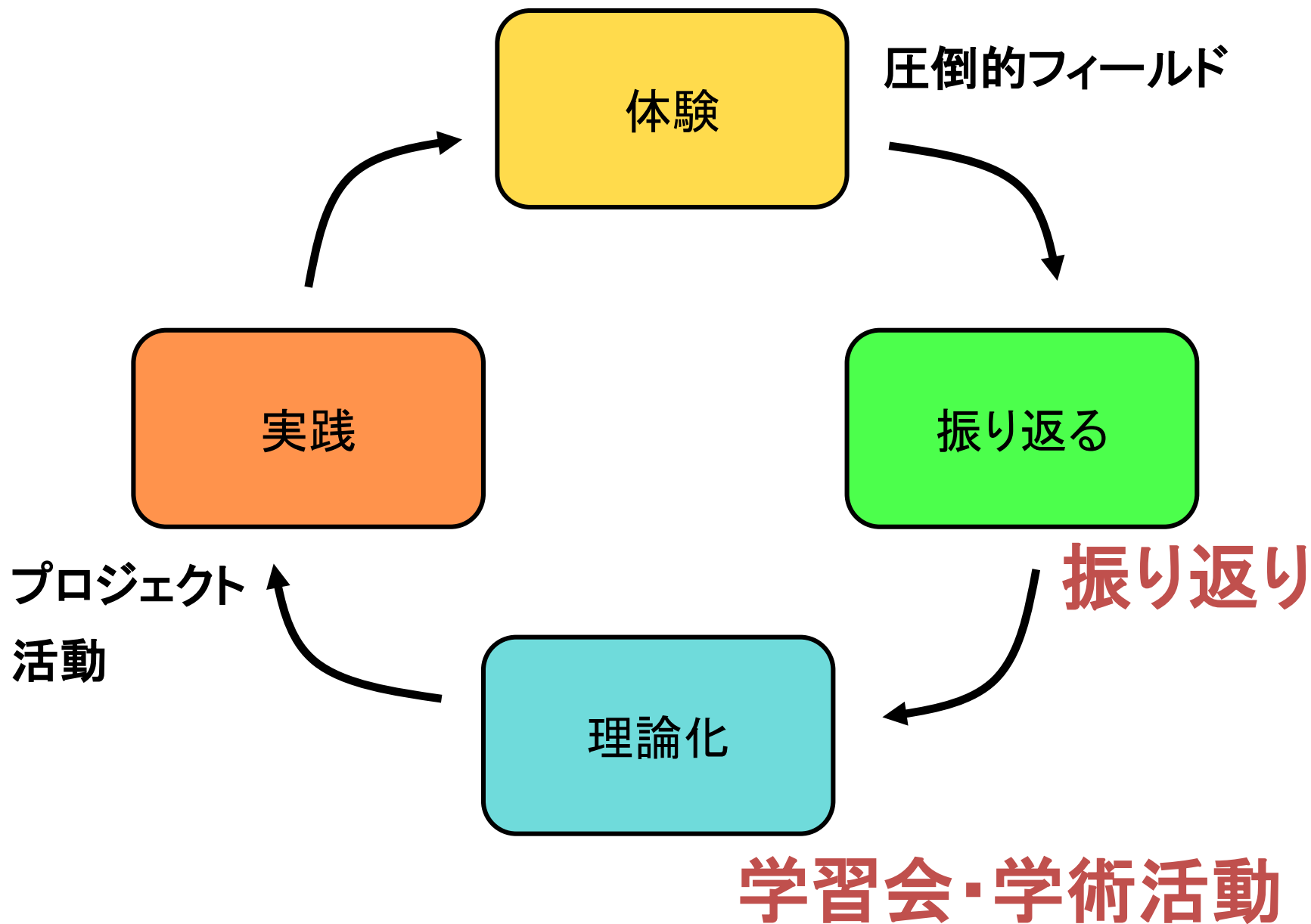
1. 地域で教える
2. 住民全体に目を向ける
3. 健康を教える
4. 疾患の自然経過を学ぶ
5. ライフサイクルを学ぶ
6. 事例から学ぶ
7. チームでの協働

民医連なら
どこの病院でも
経験させられる内容

しかし

ただ実践するだけ
では不十分

ジェネラリスト育成に必須の経験学習理論

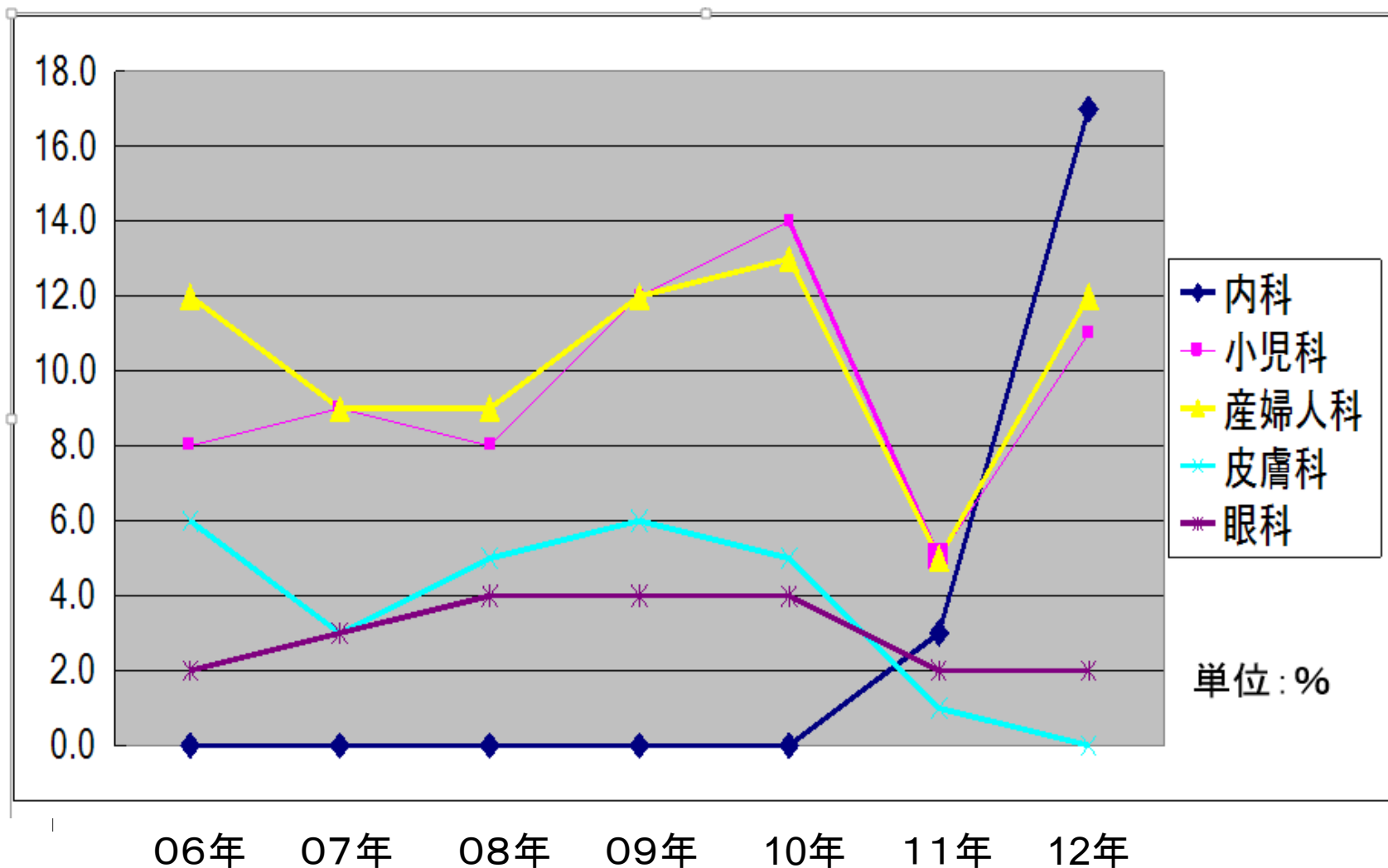


④まず地域に出す 中病以外の経験率を増やす

- 2011年11月から札病内科初期研修スタート
 - 3年間で研修医ゼロ→35名に急増
 - それでバンザイ！ なのか？
- そもそも目的は
 - 「地域で活躍するジェネラリスト」を育成すること
 - 当院を踏み台に地域に飛び立って欲しい！
 - その第一歩として、「本院から近くて、ほどほどに医療設備もある地域密着型病院」を経験してもらうのが目的

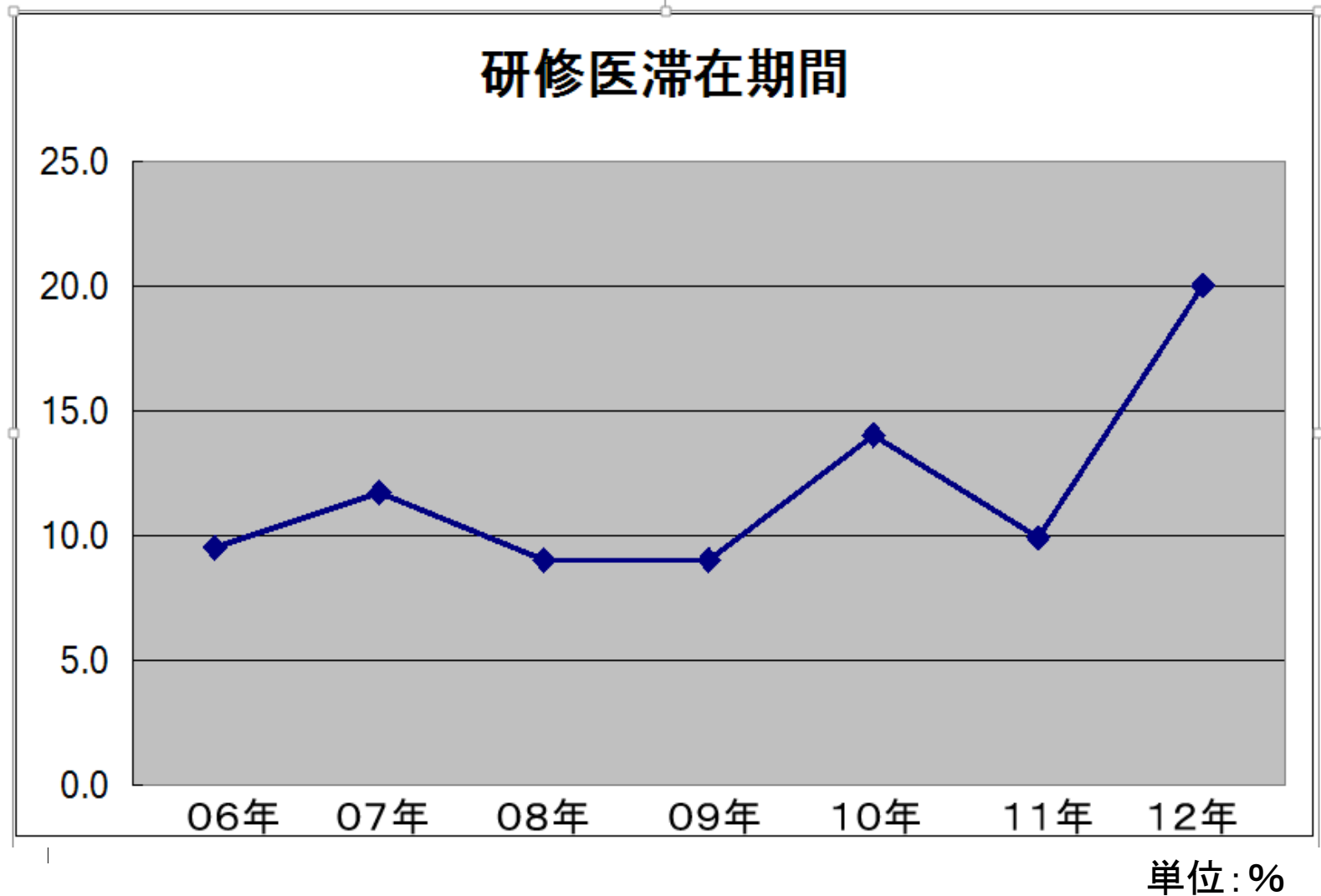
研修医の札病各科滞在月数

皮膚科研修なくなったが、内科が急増。小児・産婦は安定



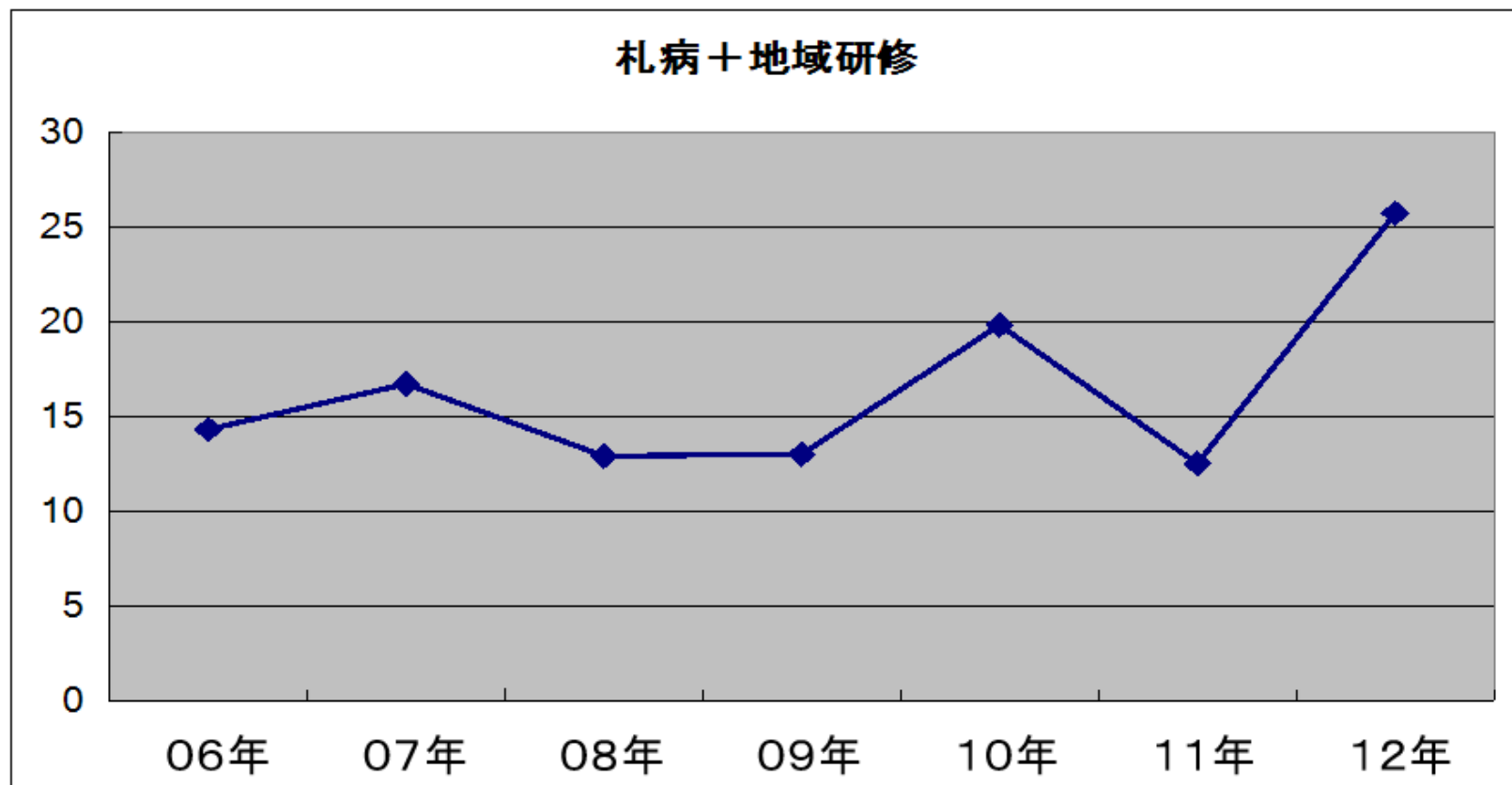
研修医の札病滞在率

札病滞在期間が、初期研修全体の1割→2割へ増加！
他に他科・外来だけの医師との接点増、皮膚科並行研修増



研修の「中病以外」経験期間

1ヶ月の地域研修も合計すると、「大病院」以外の地域接触期間が15%→25%(1/4)にもなる!!



「卒後早期の地域経験」が実現できた！！

単位：%

札幌研修前後の志望科変化

- 研修開始前 研修終了時
 - 未定・不明: 9 → 2 (↓)
 - FP・GIM: 5 → 13 (↑↑)
 - 内科系 : 7 → 7 (→)
 - 専門内科 : 4 → 4 (→)
 - 外科系 : 2 → 2 (→)
 - 産婦 : 2 → 3 (↑)
 - 小児 : 3 → 3 (→)
 - 救急 : 1 → 1 (→)
 - その他 : 2 → 2 (→)

※未定から決定に、内科系(なんとなく)から総合医系(明確)への変化が見られた

※もともと専門内科や救急・外科・産婦・小児を目指していたものは変化しない傾向がある

札病研修後の「将来働きたい場所」

- 診療規模
 - 大病院10、**中小規模病院12**、診療所6、不明8
- 地域
 - 都市部10、**地方4、僻地・離島・途上国6**
 - 地域問わず6、不明8
- 当院での勤務
 - **確定5名、アリ19**、不明・未定6、ナシ7

※昨年までは研修開始前のアンケート項目から抜けており前後比較はできていない

初期研修終了時の 勤医協残留率、総合所属率変化

- 11年度5名（後半半年のみ、志望者のみ）
 - － 1年目4名、2年目1名
 - － うち4名勤医協残留（80%）
 - － 総合グループ2名獲得（40%）、一般外来研修希望2名
- 12年度14名受け入れ（必修扱い）
 - － 1年目10名、2年目4名
 - － うち11名勤医協残留（79%）
 - － 総合グループ6名獲得（43%）、一般外来研修希望2名
- 13年度10名受け入れ（自由選択扱い）
 - － 1年目8名、2年目2名
 - － うち9名勤医協残留（90%）
 - － 総合グループ7名獲得（70%）

札病後期研修“後”の動向

- 新規後期研修医数 その後の進路
- 11年 ゼロ ゼロ
- 12年 1名 診療所1名
- 13年 5名 地方病院1名、他民医連診療所1名
残留2(病院総合医、ゆったり)
小児科1
- 14年 5名 地方病院3名、診療所2名(希望)
(+残留2名) 残留予定2(ゆったり2名)
- 15年 6名 地方病院希望1、診療所希望1
(+残留2名) 専門医希望4

地域に出し、根付かせる対策

- ①生涯目標重視 →当初の地方への思い強化
- ②総合医教育 →追い風に乗る
- ③研修プログラム →魅力的なフィールド＋振り返り・学習
- ④地域に出す →見せれば伝わる
たった2ヶ月でも十分

1. 新専門医制度との関係
2. 民医連らしい「総合診療医」
3. 実践の紹介
- 4. 今後の展望**

着手し始めた学術・地域活動

- 総合医の専門性系
 - － 病棟CommonDisease調査、病院外来患者層調査
 - － 虚弱者・低栄養患者の転帰予測(学会日野原章受賞MNA-SF研究)
 - － 総合医のためのリハ研究会・フェロー活動で新ジャンル開拓
 - － 総合医のための慢性臓器障害診療についての書籍準備中
- 質改善系
 - － 総合診療センターの在院日数長期化要因に関する質的研究
 - － 虚弱度・栄養障害とCRBSIの関連に関する前向きコホート
- 教育関係
 - － 「ゆったりしっかり後期研修プログラム」質改善を目指した質的研究
 - － 総合診療を選んだ要因に関する、研修医アンケートの量的・質的解析
- 地域分析・地域連携系
 - － ワクチンを受けないことを選択する母親の心境の質的研究
 - － 近隣高校との学校保健委員会参加・検診結果お返し講演会
 - － 勤医協在宅法人との合同学習会
- 学会関係
 - － JPCAの病院総合医委員会で中小病院の病院総合医についても具体化

今後の展望

初期・後期研修の継続、地域中小病院への若手輩出

- 地方・中小病院に出た後も継続的にフォローし脱落防ぐ
- リハビリや在宅、緩和、管理、研究などのフェローシップ対応

「ゆったりしっかり後期研修プログラム～彩り～」の完成

- 病欠復帰プログラム
- 専門医が地域や診療所にでるときの再学習プログラム

継続的な医師養成システム（医学教育センター）

- 高校生対策、医学生対策と初期・後期研修医育成のリンク
- 大学地域枠や総合診療系講座との積極的な連携
- 民医連の医療の伝え方・魅せ方の追求

全国規模での連携も作っていききたい

- 全日本民医連、医師育成関係部門での若手医師部会？
 - 「中小病院総合診療」の出向研修の相互受け入れ
 - 民医連病院医療学の研究やイベントなど？