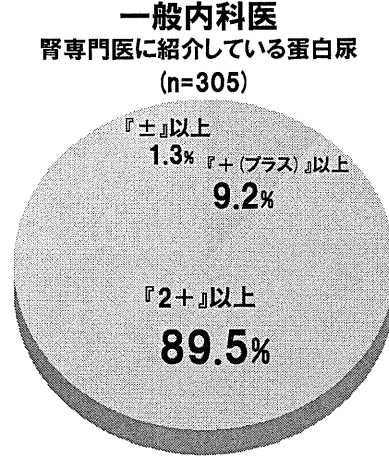
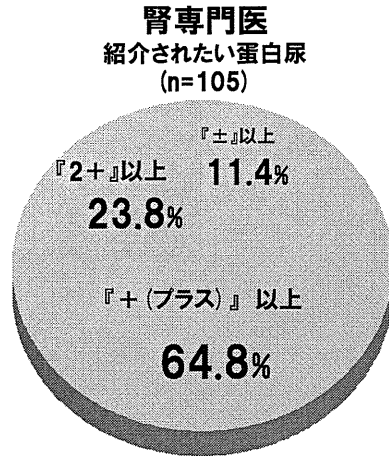


調査データ

## CKD患者紹介の基準値 尿蛋白(定性)

ガイドライン

2+ 以上

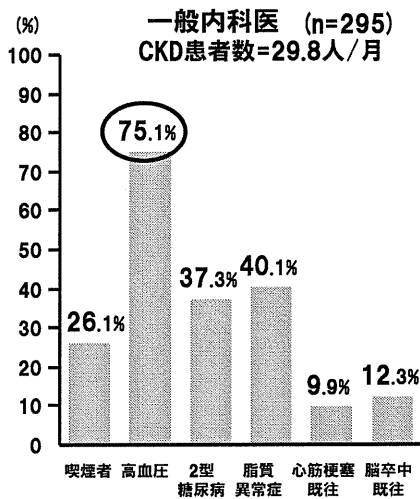
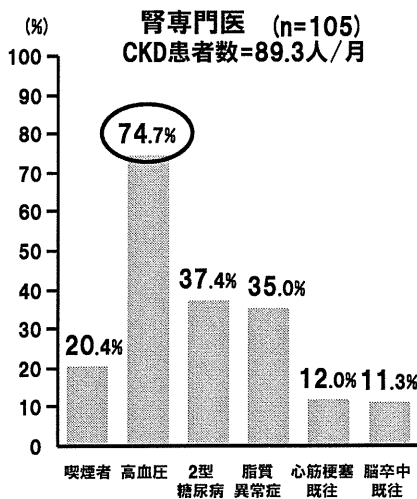


対象 一般内科医 (「内科」を第一標榜とし、20床未満の医療機関に勤務し、かつ高血圧症例を月10例以上診察している医師)  
腎専門医 (腎臓内科を第一標榜とし、かつ透析患者が全症例の半分以下である医師)

CareNet eリサーチ CKD全国意識アンケート2009より

調査データ

## CKD患者における他疾患の合併状況



対象 一般内科医 (「内科」を第一標榜とし、20床未満の医療機関に勤務し、かつ高血圧症例を月10例以上診察している医師)  
腎専門医 (腎臓内科を第一標榜とし、かつ透析患者が全症例の半分以下である医師)

CareNet eリサーチ CKD全国意識アンケート2009より

## CKDにおける降圧治療の進め方

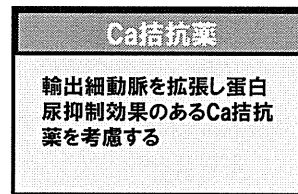
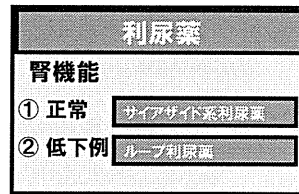
第1  
選択薬



体液過剰(食塩感受性)

CVDハイリスク

第2  
選択薬



第3  
選択薬



日本腎臓学会・日本高血圧学会編:CKD診療ガイド 高血圧編, 東京医学社, 2008より改変.

調査データ

### 高血圧合併CKD患者に対する降圧薬選択状況 第一選択薬

ガイドライン

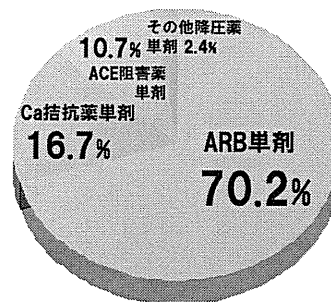
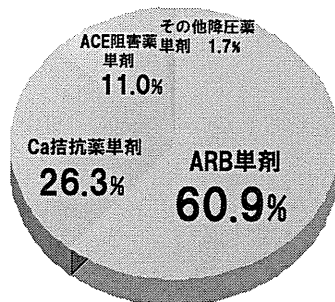
ACE阻害薬またはARB

腎専門医

一般内科医

(n=105)

(n=295)



対象 一般内科医 (「内科」を第一標榜とし、20床未満の医療機関に勤務し、かつ高血圧症例を月10例以上診療している医師)

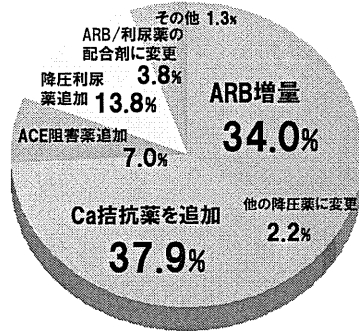
腎専門医 (腎臓内科を第一標榜とし、かつ透析患者が全症例の半分以下である医師)

複数回答可

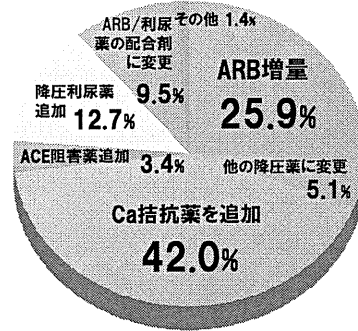
CareNet eリサーチ CKD全国意識アンケート2009より

## 高血圧合併CKD患者に対する降圧薬の選択状況 ARB効果不十分時

腎専門医  
(n=101)



一般内科医  
(n=263)



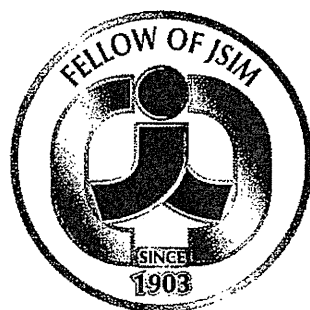
対象 一般内科医（「内科」を第一標榜とし、20床未満の医療機関に勤務し、かつ高血圧症例を月10例以上診察している医師）

腎専門医（腎臓内科を第一標榜とし、かつ透析患者が全症例の半分以下である医師）

複数回答可

CareNet eリサーチ CKD全国意識アンケート2009より

# 「内科専門医」の 医師像と適正な医師数



社団法人日本内科学会



## 「内科専門医」の医師像

### 1. 「内科専門医」の基本的考え方

日本内科学会会員（日本の内科医）の構成は、開業医（診療所・医院）、一般病院（内科 subspecialtyの専門科の総てが揃っていない病院）勤務医、基幹病院・大学病院勤務者と続く。一方で、内科専門医の約半数は一般病院勤務医で、概ね残りの半々が医院・クリニック（すなわち1人で日常診療を行なっている医師）と大学病院・基幹病院勤務である。日本での医療の現実、基幹病院・大学病院に紹介される subspecialtyの専門医の診療を必要とする患者でも、その殆どが医院・クリニック、または一般病院での診療が先行する。診療領域によっても異なるが、現在の高齢化社会では全身の多臓器に問題を持つ患者は決して少数ではないこともあり、特に、基幹病院・大学病院へのアクセスが悪い地方の診療では一般・総合内科の診療が重要な要素となる。すなわち、患者の受ける医療サービスの質および基幹病院・大学病院での診療レベルですら、医院・クリニック、一般病院の医療レベルが決められていると言っても過言ではない。勿論、 subspecialtyの高度な医療の質も重要であるが、医院・クリニック、一般病院の一般・総合内科医との連携を含めた総合的な医療ネットワークの効率的運用は日本の医療レベルの向上、医療費の効率的使用の上で重要である。

「内科専門医」の意義の一つはこのような医療ネットワークの要としての一般・総合内科医の指導医としての資質（キャリアー）の証明であり、「認定内科医」の実力がさらにレベルアップするための目標と考えられる。将来的な診療所・医院、一般病院勤務医の候補者である内科系の研修医は、 subspecialtyの専門医と同時に、「内科専門医」も目標とすべきである。

すなわち、「内科専門医」は、医院・クリニック、一般病院、基幹病院・大学病院を連携する内科系診療のネットワークの共通基盤としての一般・総合内科の知識・技術・判断力・人間性・経験（キャリアー）、指導能力の証である。また、基幹病院・大学病院での「内科専門医」は、学生・研修医に対して、臓器からの視点のみでなく全身を機能的にみる教育者や、一般内科的研究領域の研究者・指導医としての重要な役割を持っている。このように、「内科専門医」の置かれている診療現場によって、「内科専門医」に求められる具体的医師像が異なることこそが、generalityを基盤にする「内科専門医」の特徴・本質である。

外国におけるこのような資格の例としては、アメリカでは American College of Physicians (ACP) の fellow (FACP)、イギリスの Royal College of Physicians の fellow が考えられる。これらの学会は、一般・総合内科医のレベルアップを第一義的な目的としている。同様に、日本内科学会の大きな役割の一つは、日本の大学病院・基幹病院、一般病院、かかりつけ医などで構成される医療ネットワークの根幹としての一般・総合内科医のレベルアップであり、そのレベルアップの証として「内科専門医」を位置づけるべきである。

## 2. 「内科専門医の医師像」

今日の国民が求める医師像である①患者の身になって対応できる豊かな人間性, ②患者の問題解決に貢献する能力, ③世界基準に適う医学知識・技術, ④独創的な研究能力を備える内科医として, 以下の具体的医療活動で役割を果たす。

### (1) 高レベルな横断的能力を有した一般・総合内科の専門医・指導医

1) 国民医療の大きな課題となっている内科的慢性疾患に対して, 地域において, 常に患者と接し, 生活指導まで視野に入れた良質な健康管理・予防医学と日常診療を任務とする高レベルの一般・総合内科医 (かかりつけ医)。

2) 内科系急性・救急疾患に対してトリアージを含めた適切な対応が可能な地域での内科系一次救急医療の専門医・指導医。

3) 高次救急病院・高度先進病院での内科系診療で, 内科系の全領域に広い知識・洞察力を持ち, 身体・精神の統合 (全身) 的・機能的視野から診断・治療を行なう能力を備えた一般・総合内科 (generality) の専門医・指導医。subspecialtyの高度な専門性 (specialty) と一般・総合内科 (generality) の連携が必須な医療チームにおいて, subspecialty専門医との連携, またはsubspecialtyの専門医を兼ねる形で高度・先進医療にも関与する一般・総合内科側の要としての指導医・チームリーダー。

### (2) 卒前教育, 研修, 生涯教育の担い手としての一般内科の専門医・指導医

内科領域の卒前教育, プライマリーケア能力の習得を目的とした初期臨床研修制度における内科系教育, 認定内科医を内科専門医にレベルアップするための一般・総合内科の後期研修, 内科系各subspecialtyの後期臨床研修・専門医教育, 内科系医師の生涯教育などの総ての内科系医師教育・研修において, subspecialty的視野でなく, 全人的・機能的視野から診断・治療についての教育が可能な教育・指導医。すなわち, 卒前・卒後教育, 生涯教育における一貫した一般・総合内科教育の担い手およびプランナー。

### (3) 臨床医学の横断的領域として内科学を総合的に捉える研究者

臨床 (内科) 診断学, 臨床判断 (決断) 法, 臨床疫学, 臨床薬理学, 医療倫理学, 医療経済学, 医療社会学などの内科における横断的・統合的領域の研究・教育能力を有する専門医・研究者。

以上の観点から, 内科専門医は, 地域医療, 外来診療にあってはレベルの高い一般・総合内科医, 病棟においては患者の診断, 治療において総合的に判断できるレベルの高いホスピタリストとして, 地域医療ネットワーク, 病院内の医療チームの要として機能する一般・総合内科の指導医である。さらに, これらを実践できる医師の教育や方法論研究を担える能力を有する教育医・研究医・指導医であると纏められる。

## 「内科専門医」の適正な医師数

平成 17 年の国勢調査による全国市町村数 2,217 のうち人口 5 千人以下の市町村は平成の大合併で激減したが、それでも 361 (16.3%) 存在する。上述の地域社会の内科医療の指導者(チームリーダー)である内科専門医は自治体の最小単位 5,000 人に 1 人以上が望ましいとすると全国で 24,000 人以上となる。一方、日本の医療機関全体への 1 日平均外来患者数は 160.8 万人、入院患者数は 138.5 万人である(厚生労働省平成 16 年医療施設(動態)調査)。そのうち、内科系患者を医師の診療科比率(診療所約 48%, 病院約 35%)から類推すると内科系の外来患者は 77.2 万人、入院患者は 48.5 万人と推定される。したがって、24,000 人の内科専門医 1 人平均人口 5,000 人の医療圏の 1 日平均 32.1 人の外来患者、20.2 人の入院患者を病院勤務内科医 1.95 人と診療所勤務医 2.06 人(推定根拠は後述、内科専門医 1 人を含む)との協力で担当するという地域医療連携の望ましい単位を形成することになる。すなわち、日本の受診患者数を根拠とした望ましい地域医療連携に必要な内科専門医数は 24,000 人以上と算定される。

一方、人材供給の立場からは、将来の人口 10 万人あたりの医師数は約 250 人(現在総医師数 25.6 万人、10 万人あたりの医師数 201 人、医師数は 2020 年ごろ最大 31~2 万人との推定から計算)と推定される。医師全体に占める医育機関以外の病院勤務医が 44.5%, 診療所勤務医が 34.4%, 内科系診療科(内科系 subspecialty 各科を含む)に所属する医師の割合が病院勤務医の 35.0% および診療所勤務医の 48.2% と将来も現在(2006 年)と同じと仮定すると、内科系医師は人口 10 万人当たり病院勤務医 38.9 人、診療所勤務医 41.2 人と推定される。通常の病院の内科系診療科を構成する 3~4 人に一人がチームリーダーとしての内科専門医であり、地域医師会の最小単位と推測される 15~20 人の会員うちの予測される内科医 6~8 人に 1 人の指導的内科医としての内科専門医を想定すると、人口 10 万人当たり病院勤務医 10~13 人、診療所勤務 5~7 人の内科専門医が望まれ、合計で 15~20 人となる。すなわち、日本全体では 18,000~24,000 人程度が主として地域医療に携わる指導医としての内科専門医が必要となる。

一方、現在約 14,000 人(7,000×2 年)と推測される初期研修医と 4,000 人の内科専門後期研修医の計 18,000 人の内科教育を大学病院・基幹病院(研修病院)の内科専門医が担当することになる。1 人の内科専門医が 2~3 人の研修医の教育を担当することが理想的であるが、この場合 6,000~9,000 人の内科専門医が教育・研修指導医として必要となる。

これに全国 80 医科大学の総合診療、医学教育、地域医療担当部門の各大学 5~6 人、臨床系研究機関の横断的・統合的領域の研究・教育能力を有する研究者を概略合計で 1,000 人程度とすると、日本全体の内科専門医の必要数は 25,000~34,000 人と推計される。

一方、このような「内科専門医」の役割を果たすための一般・総合内科横断的な資質である高レベルの(1)診療能力、(2)教育能力、(3)研究能力の修練のため、日本内科学会では「内科専門医」の資格取得の要件として、一定基準以上の診療・教育・研究レベルを有する「医育機関附属病院」(大学病院)、「日本内科学会教育病院」と「日本内科学会教育関連病院」での修練を義務付けている。この「日本内科学会教育病院」(教育病院)と「日本内科学会教育関連病院」(関連病院)には現在約 4,000 人(卒後 3~6 年の内科専門研修医は、

教育病院 1,734 人，関連病院 449 人で大学病院に関しては集計無し)の内科専門研修医が在籍している。したがって，「内科専門医」の受験申請時には 2 年の初期研修終了後 4 年の内科専門医研修がなされるとすると，年間約 1,000 人の内科専門医が養成可能な条件にあると考えられる。内科系医師の平均実働引退年齢を 65 歳とすると，「内科専門医」の実働年数は約 30 年と予測できる。したがって，増加傾向にある「内科専門医」も将来的には，養成能力の面から見た供給面では最大約 30,000 人体制が維持可能と言える。

このような現在の内科専門医の供給体制から育成される「内科専門医」の配置が前述した内科専門医の役割別の必要数と合致するかが問題となる。現在の「内科専門医」に占める所属機関の割合が将来も変わらないと仮定すると，この供給可能な「内科専門医」の約 4 分の 1 の教育病院・大学病院勤務の内科専門医（約 7,500 人）が，初期研修医と内科専門後期研修医の合計 18,000 人の教育を担当すると仮定すると，内科専門医 1 人に対する研修医の人数は 2.4 人であり，これは研修医に対する内科教育の水準の維持には妥当な教育医の割合と考えられる。また，約半数を占めると推定される一般病院勤務者約 15,000 人，約 1/4 の診療所勤務医約 7,500 人は，人口 10 万人当たりでは約 12.5 人と約 6.25 人に相当する。前述のごとく推計した将来の人口 10 万人当たり病院勤務内科系医師 38.9 人，診療所勤務内科系医師 41.2 人に占める「内科専門医」の割合は，診療所勤務 6.6 人に 1 人，病院勤務医 3.1 人に 1 人の割合となる。地域性や病院の規模などで一律には論じ得ないが，この割合は地域，地域医師会や病院の単位あたりほぼ 1 人以上の指導的医師としての「内科専門医」が存在することを意味し，前述した望まれる内科専門医の必要数の範囲内の値である。すなわち，地域での内科系のかかりつけ医（プライマリーケア医）である診療所勤務医でも内科系診療，急性疾患・救急疾患の基幹病院への紹介機能などの役割をもつ内科系病院勤務医においても「内科専門医」が生涯教育，コンサルテーション，診療指導などで指導医的役割を果たすためには妥当な割合と考えられる。さらに，全体からみると少数ではあるが，医育機関の総合診療部門，臨床疫学，臨床薬理学などの一般内科領域の研究者は，内科系全般に対する重要な社会的・学問的存在意義を果たす訳である。

以上から，日本の近い将来の内科系の地域医療ネットワークの指導的内科医，初期・後期研修における内科系の教育医，一般内科研究医を合計した「内科専門医」の望まれる必要数（需要）の観点からも内科専門医供給のための研修制度の観点からも約 30,000 人（全人口当たり 4,000 名に 1 人）はほぼ妥当な水準と考えられる。

#### < 結 論 >

日本内科学会教育病院・教育関連病院における現在の研修水準を保ちながら将来的に養成・維持できる「内科専門医」数（供給）である約 30,000 人は，日本の地域医療，医学教育，初期・後期研修及び一般内科研究の指導的内科医の必要数（需要）の両面からも，将来の適正な「内科専門医」数と考えられる。

（注：上述の内科専門研修医数は日本内科学会の資料，日本の自治体数，1 日平均受診者数，将来の医師数，病院勤務医と診療所勤務医の割合，病院および診療所の内科系医師の割合などは，厚生労働省のホームページに公開されている資料を基に推定した）



一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会専門医・認定医認定制度要綱

2010年4月1日制定

一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会は、人々が健康な生活を営むことができるように、地域住民とのつながりを大切にしたい、継続的で包括的な保健・医療・福祉の実践及び学術活動を行うことを目的として設立された。そのためには、国民のニーズに応える家庭医の専門性を確立することが不可欠である。その第一歩として、標準化された家庭医療後期研修プログラム（以下プログラム）とプログラム修了後の専門医認定試験（以下専門医試験）の存在は必須といえる。プログラムは、全国の家庭医を養成する施設において家庭医療後期研修の指針となるばかりでなく、そのユニークな内容から、家庭医の独自の専門性を主張することになる。また家庭医療専門医認定は本学会が提唱する「家庭医療専門医による家庭医療」を広く世に問うことになる。一方このことで、本学会は国民に対してそのニーズにあった良質な家庭医療を提供する責務を負うことになる。このプログラムと専門医試験の基準が、質の高い家庭医を養成することを通じてそれを保証するものでなくてはならない。また、家庭医を養成する各施設はこのプログラムに沿った研修を行い、これによって家庭医療の質をよりいっそう向上させるよう努力しなくてはならない。このプログラムと専門医試験が国民の健康で幸福な生活に寄与できることを心から期待している。そして、日本で家庭医になることを目指す若い医学生・研修医にとっても、将来のキャリア・パスを明示するものとなることを期待している。

## 第1章 総則

（目的）

**第1条** 人々が健康な生活を営むことができるように、地域住民とのつながりを大切にしたい、継続的で包括的な保健・医療・福祉の実践及び学術活動を行える医師を学会として認定し、もって会員の資質の向上とプライマリ・ケアの発展に寄与することを目的とする。

（呼称）

**第2条** この制度によって認定された専門医は、一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医と称する。

**2** この制度によって認定された認定医は、一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会認定プライマリ・ケア認定医と称する。

**3** この制度によって認定された指導医は一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医と称する。

**4** 専門医の英語表記は、Japan Primary Care Association certified family physician とする。

(行動目標)

**第 3 条** 専門医および認定医は別表に掲げる行動目標を達成できるよう、常に研鑽を積まなければならない。

## 第 2 章 認定制度委員会

(設置)

**第 4 条** 後期研修プログラムの認定に関わる審査、専門医および認定医の認定に関わる審査並びに指導医の認定を行うために、認定制度委員会を設置する。

(厳正の保持)

**第 5 条** 専門医、認定医、指導医および後期研修プログラムの認定に関わる審査は、厳に公正を保たなければならない。

**2** これらの認定に関して学会が得た個人情報、認定作業およびこの要綱に定める目的以外に利用してはならない。

**3** 理事、認定制度委員、その他学会の業務としてこれらの認定作業に関わる者は、業務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

## 第 3 章 後期研修プログラム

(プログラム認定)

**第 6 条** 質の高い専門医を養成するために家庭医療後期研修プログラムの要件を定め、申請のあったプログラムについて審査し、これを認定する。

**2** この審査は認定制度委員会が行い、理事会の承認を経て理事長が認定する。

(プログラム責任者)

**第 7 条** 後期研修プログラムにはプログラム責任者を 1 名置かなければならない。

**2** プログラム責任者は、指導医でなければならない。

**3** プログラム責任者は、申請に基づき認定制度委員会が審査し、理事会の承認を経て理事長が認定する。

(プログラム責任者連絡協議会)

**第 8 条** 後期研修プログラム相互の交流、プログラムの改善および発展等を図るために、プログラム責任者連絡協議会を設置する。

**2** プログラム責任者連絡協議会は、認定された全てのプログラム責任者で構成する。

(プログラム認定の更新)

**第 9 条** 後期研修プログラムの認定は 5 年ごとに更新する。

2 後期研修プログラムの認定の更新は、申請に基づき認定制度委員会が審査し、理事会が認める。

(プログラム認定の取消し)

第10条 後期研修プログラムが次の1つに該当するときは、認定制度委員会の報告に基づき、理事会の議決を経て認定を取消す。

- (1) 認定の要件を満たさなくなったとき
- (2) 直近の認定から5年を経ても更新の申請がされないとき
- (3) 認定の更新の申請が認められなかったとき
- (4) プログラム廃止の届け出がなされたとき
- (5) 登録研修医に著しい不利益があるなど、後期研修プログラムとしてふさわしくない運営がなされていると認められるとき

2 前項の(1)または(5)により認定の取消しを行おうとするときは、認定制度委員会においてプログラム責任者から事情を聴取しなければならない。

(後期研修医の登録)

第11条 後期研修プログラムに登録しようとする者は本学会の正会員でなければならない。後期研修医の登録は、プログラム責任者からの届け出に基づき認定制度委員会が行う。

(後期研修医の移籍)

第12条 後期研修医は原則として1つの後期研修プログラムで一貫した研修を受けなければならない。ただし、次の1つに該当するときは、認定制度委員会の承認を経て後期研修プログラムを移籍することができる。

- (1) 所属プログラムが廃止され、または認定を取消されたとき
- (2) 後期研修医にやむを得ない理由があるとき

2 移籍の申請は、後期研修医、所属する後期研修プログラム責任者、移籍しようとする先の後期研修プログラム責任者の連名で行わなければならない。

3 移籍した先の後期研修プログラムを修了するには、移籍前の研修内容を通算して、移籍した先の定めるプログラム修了要件を満たさなければならない。

(後期研修の休止)

第13条 プログラム責任者は、後期研修医が次の1つに該当するときは、研修の休止を認めなければならない。プログラム責任者が判断できない場合は適宜、認定制度委員会に諮るものとする。

- (1) 病気の療養
- (2) 産前・産後休業

- (3) 育児休業
  - (4) 介護休業
  - (5) その他、家族の問題などやむを得ない理由
- 2 研修期間を延長せずに休止できる日数は、所属プログラムで定める研修期間のうち通算 120 日までとする。
  - 3 プログラム責任者は、休止により必修の研修内容が不足しないよう必要に応じて研修計画の変更などの調整をしなければならない。
  - 4 休止日数が通算 120 日を超えたときは、不足する研修期間を延長して研修しなければ修了できない。

(後期研修の中断および再開)

**第 14 条** プログラム責任者は、後期研修医が研修を修了せずにプログラムから離脱するときは、認定制度委員会に届け出なければならない。また後期研修医の求めに応じてそれまでの研修履歴を記載した後期研修中断証を交付しなければならない。

2 後期研修を中断した者は、後期研修中断証を添えて、認定後期研修プログラムに研修の再開を申し込むことができる。この場合、プログラム責任者は、後期研修中断証の記載を勘案してその後の研修内容と期間を決めることができる。

3 プログラム責任者は、後期研修医が中断した研修を再開するときは、認定制度委員会に届け出なければならない。

(後期研修の延長)

**第 15 条** プログラム責任者は、後期研修医が第 13 条第 4 項以外の理由で所属プログラムの規定する研修年限を超えて研修期間を延長するときは、認定制度委員会の承認を求めなければならない。

(後期研修の修了)

**第 16 条** 後期研修修了の登録は、プログラム責任者からの届け出に基づき認定制度委員会が行う。

2 プログラム責任者は、後期研修医が研修を修了したときは、当該後期研修医に対して研修履歴を記載した後期研修修了証を交付しなければならない。

## 第 4 章 専門医の認定

(専門医認定審査申請の資格)

**第 17 条** 専門医の認定審査を受けようとする者は、日本国の医師免許証を有し、第 16 条に定める後期研修修了登録をされている者で、本学会の会費を完納していなければならない。

(専門医認定審査)

**第 18 条** 専門医の認定審査は後期研修または認定医専門研修中に作成したポートフォリオならびに臨床能力評価試験 (Clinical Skills Assessment) および論述試験 (Modified Essay Question) によって行う。

2 認定審査の実施および合否の判定は認定制度委員会において行う。

3 認定審査は原則として年に 1 回行う。

(専門医認定手続き)

**第 19 条** 認定審査に合格した者が専門医の認定を受けようとするときは、別に定める登録料を添えて申請しなければならない。

2 専門医の認定は前項の申請に基づき、理事会の承認を経て理事長が行う。

(専門医認定証)

**第 20 条** 専門医に認定された者には認定証を交付し、その氏名を学会機関誌に掲載する。

(氏名の公表)

**第 21 条** 専門医の氏名は学会機関誌に掲載する。また専門医の氏名と都道府県を周知する目的で、学会が作成するウェブサイト、配布物や学会が編集する刊行物に専門医名簿を掲載することができる。

(専門医認定の更新)

**第 22 条** 専門医の認定は 5 年ごとに更新する。

2 認定の更新の審査を受けようとする者は、前回の認定から更新の申請までの間、本学会の正会員であり、かつこの間の会費を完納していなければならない。

(専門医認定更新審査)

**第 23 条** 専門医の認定の更新審査は、次の 4 つの報告に基づいて認定制度委員会で行う。

(1) 5 年間の経歴

(2) 5 年間に作成したポートフォリオ

(3) 5 年間に取得した生涯教育単位

(4) 5 年間のうちに参加した認定更新のための試験の合格

2 前項(3)の生涯教育単位には、別に定める必須項目を含まなければならない。

(専門医認定更新手続き)

**第 24 条** 専門医の認定の更新は、認定制度委員会の報告に基づき理事会の承認を経て理事

長が行う。

2 認定の更新を認められた者には新たに認定証を交付し、その氏名を学会機関誌に掲載する。

(専門医認定更新の保留)

第 25 条 専門医の認定の更新を期日までにできない特段の事情がある場合は、保留を申請することができる。その要件は別に定める。

2 認定の更新を認められなかった者は、1 年間に限り更新を保留することができる。ただし、次の審査でも認定の更新を認められなかったときは続けて保留することはできない。

3 前二項の保留期間中は専門医を名のることができない。

(専門医認定審査の無効)

第 26 条 専門医の認定審査および認定の更新審査において、申請に虚偽があった場合または審査で不正行為があった場合は、当該の審査を無効とし、以後の専門医および認定医の認定審査を受けることを認めない。

(専門医認定の取消し)

第 27 条 専門医が次の 1 つに該当するときは、認定制度委員会の報告に基づき、理事会の議決を経て認定を取消す。

- (1) 日本国の医師免許を取消されたとき
- (2) 本学会の正会員でなくなったとき
- (3) 定められた期日までに認定の更新の申請がされないとき
- (4) 認定の更新の申請が認められず、第 25 条第 2 項による保留もなされなかったとき
- (5) 専門医として著しく不適切と認められるとき

2 前項の(5)により認定の取消しを行おうとするときは、認定制度委員会において当該専門医から事情を聴取しなければならない。

## 第 5 章 指導医の認定

(指導医の認定)

第 28 条 指導医は、申請に基づき次の条件を全て満たす者を認定制度委員会が認定する。

- (1) 家庭医療専門医またはプライマリ・ケア認定医であること
- (2) 家庭医療専門医またはプライマリ・ケア認定医認定後に本学会が主催する指導医養成講習会等を受講し所定の単位を取得していること
- (3) 指導医としての教育方針に関するレポートを提出すること

(指導医認定の更新)

**第 29 条** 指導医の認定は 5 年ごとに更新する。更新は申請に基づき、次の条件を全て満たす者を認定制度委員会が認定する。

(1) 前回の認定以降に本学会が主催する指導医養成講習会等を受講し所定の単位を取得していること

(2) 前回の認定以降の家庭医療に関する教育についてのレポートを提出すること

2 前項の更新は、初回のみ経過年数にかかわらず認定されてから最初の専門医または認定医の認定の更新時に行い、その後も専門医または認定医の認定の更新に合わせて行う。

3 初回の更新時は、第 1 項の条件のうち(1)を要しない。

(指導医認定更新の保留)

**第 30 条** 指導医の認定の更新を期日までにできない特段の事情がある場合は、保留を申請することができる。その要件は別に定める。

2 前項の保留期間中は指導医を名のることができない。

(指導医認定の取消し)

**第 31 条** 指導医が次の 1 つに該当するとき、認定制度委員会は指導医の認定を取消す。

(1) 学会認定家庭医療専門医または学会認定プライマリ・ケア認定医のいずれでもなくなったとき

(2) 定められた期日までに認定の更新の申請がされないとき

(3) 認定の更新の申請が認められなかったとき

(4) 登録研修医に著しい不利益があるなど、指導医として不適切と認められるとき

2 前項の(4)により認定の取消しを行おうとするときは、認定制度委員会において当該指導医から事情を聴取しなければならない。

## 第 6 章 認定医の認定

(認定医認定審査申請の資格)

**第 32 条** 認定医の認定審査を受けようとする者は、日本国の医師免許証を有し、臨床医としての活動歴が 7 年以上で、申請時から遡る 3 年間本学会の正会員であり、かつ会費を完納していなければならない。

(認定医認定審査)

**第 33 条** 認定医の認定審査は医師としての経歴とその活動報告および詳細な事例報告並びに論述試験 (Modified Essay Question) によって行う。

2 認定審査の実施および合否の判定は認定制度委員会において行う。

3 認定審査は原則として年に 1 回行う。

(認定医認定手続き)

**第 34 条** 認定審査に合格した者が認定医の認定を受けようとするときは、別に定める登録料を添えて申請しなければならない。

2 認定医の認定は前項の申請に基づき、理事会の承認を経て理事長が行う。

(認定医認定証)

**第 35 条** 認定医に認定された者には認定証を交付し、その氏名を学会機関誌に掲載する。

(認定医認定の更新)

**第 36 条** 認定医の認定は 5 年ごとに更新する。

2 認定の更新の審査を受けようとする者は、前回の認定から更新の申請までの間、本学会の正会員であり、かつこの間の会費を完納していなければならない。

3 認定医が専門医の認定をされたときは、専門医の認定更新審査をもって認定医の認定更新審査を兼ねる。

4 専門医の認定をされた認定医であっても、専門医の認定更新を申請しない場合は前項を適用しない。

5 更新期間中に満 70 歳をこえる場合は、事例報告の提出と単位の取得が免除される

(認定医認定更新の保留)

**第 37 条** 認定医の認定の更新を期日までにできない特段の事情がある場合は、保留を申請することができる。その要件は別に定める。

2 認定の更新を認められなかった者は、1 年間に限り更新を保留することができる。ただし、次の審査でも認定の更新を認められなかったときは続けて保留することはできない。

3 前条第 3 項に該当する認定医が第 25 条第 1 項または第 2 項により専門医認定更新の保留をした場合は、認定医の認定更新も同じ期間保留することができる。

4 前三項の保留期間中は認定医を名のることができない。

(認定医認定更新審査)

**第 38 条** 認定医の認定の更新審査は、次の 3 つの報告に基づいて認定制度委員会で行う。

(1) 5 年間の経歴

(2) 5 年間に作成したポートフォリオ

(3) 5 年間に取得した生涯教育単位

2 前項(3)の生涯教育単位には、別に定める必須項目を含まなければならない。

(認定医認定更新手続き)

**第 39 条** 認定医の認定の更新は、認定制度委員会の報告に基づき理事会の承認を経て理事



長が行う。

2 認定の更新を認められた者には新たに認定証を交付し、その氏名を学会機関誌に掲載する。

(認定医認定審査の無効)

第40条 認定医の認定審査および認定の更新審査において、申請に虚偽があった場合または審査で不正行為があった場合は、当該の審査を無効とし、以後の認定医および専門医の認定審査を受けることを認めない。

(認定医認定の取消し)

第41条 認定医が次の1つに該当するときは、認定制度委員会の報告に基づき、理事会の議決を経て認定を取消す。

- (1) 日本国の医師免許を取消されたとき
- (2) 本学会の正会員でなくなったとき
- (3) 定められた期日までに認定の更新の申請がされないとき
- (4) 認定の更新の申請が認められず、第36条第5項による保留もなされなかったとき
- (5) 認定医として著しく不適切と認められるとき

2 前項の(5)により認定の取消しを行おうとするときは、認定制度委員会において当該認定医から事情を聴取しなければならない。

## 第7章 要綱の改廃

(要綱の改廃)

第42条 この要綱は、理事会の議決を経て改定または廃止できる。

## 第8章 補則

(補則)

第43条 この要綱を施行するために必要な事項は、細則に定める。

### 附則

(施行期日)

第1条 この要綱は、2010年4月1日から施行する。

(病院総合医ならびにその他のフェローシップ)

第2条 病院総合医ならびにその他のフェローシップについては別に定める。

(旧学会認定専門医・認定医の移行)

**第 3 条** 本学会発足の前日に旧日本プライマリ・ケア学会専門医または旧特定非営利活動法人日本家庭医療学会（以下、日本家庭医療学会）認定家庭医療専門医であった者は、引き続き本学会認定家庭医療専門医とする。

2 本学会発足の前日に旧日本プライマリ・ケア学会認定医であった者は、引き続き本学会認定プライマリ・ケア認定医とする。

3 前二項の認定期間は旧学会による認定期間とし、認定の更新は本要綱に従う。

(旧学会認定後期研修プログラム等の移行)

**第 4 条** 本学会発足の前日に現に存在した、日本プライマリ・ケア学会認定研修施設とこれと組む認定研修施設群における研修カリキュラムで日本プライマリ・ケア学会専門医の申請要件Aコースを満たすもの（以下、旧プライマリ・ケア学会認定施設群という）、および日本家庭医療学会認定後期研修プログラム（以下、旧家庭医療学会認定後期研修プログラムという）は本則第 6 条により本学会が認定した後期研修プログラムとみなす。また、旧プライマリ・ケア学会認定施設群においてはその総括研修責任者を、旧家庭医療学会認定後期研修プログラムにおいてはそのプログラム責任者を本則第 7 条により本学会が認定したプログラム責任者とみなす。

2 本則第 7 条 2（プログラム責任者は指導医でなければいけない）は 2014 年 3 月までは適用されない。ただし、プログラム責任者は会員である必要がある。また、2013 年度の試験までに認定医または専門医を取得する必要がある

3 本学会発足時に第 1 項のプログラムに所属していた後期研修医は、旧学会の規定に基づくそれ以前の研修履歴を、そのまま本学会認定プログラムでの研修として通算できる。

4 第 1 項の認定期間は旧学会による認定から 5 年間を有効認定期間とし、認定の更新は本要綱に従う。

(旧学会認定指導医の移行)

**第 5 条** 本学会発足の前日に旧日本プライマリ・ケア学会研修指導医または旧日本家庭医療学会認定家庭医療指導医であった者は、引き続き本学会認定指導医とする。

2 前項の認定期間は旧学会の認定期間とし、認定の更新は本要綱に従う。旧日本家庭医療学会認定指導医でかつ、本学会専門医あるいは認定医でない者が本学会認定指導医として継続を希望する場合には当該指導医が専門医あるいは認定医取得の意思を表明することを条件に認定制度委員会が 2014 年 3 月末日まで暫定的に認定することができる。

(旧日本家庭医療学会認定後期研修プログラム修了者の扱い)

**第 6 条** 旧家庭医療学会認定後期研修プログラムの修了者について、プログラム責任者からの届け出に基づき認定制度委員会が本則第 16 条の登録を行う。

(指導医の認定と更新単位についての経過措置)

**第7条** 本則第28条(2)と第29条(1)の所定の単位の取得について2014年3月31日まで、本学会主催の指導医養成講習会、本学会主催の生涯学習セミナー・年次学術大会での指導医養成講座、厚生労働省指定の指導医養成講習会、都道府県支部会での指導医養成講習会のいずれか1つを受講で可とする。ただし、本経過措置による指導医はプログラム責任者となる者、専門医あるいは認定医を対象とする。

2 その講習会の開催日は2005年4月1日まで遡り認められる。

3 本学会主催とは旧日本プライマリ・ケア学会及び旧日本家庭医療学会主催のものも含む。

(専門医認定審査申請の資格についての経過措置)

**第8条** 旧日本プライマリ・ケア学会専門医・認定医要綱第5条の要件を満たす者は、2014年度に実施される専門医認定審査までに限って、本則第17条に定める要件のうち、後期研修修了登録を要しないものとする。

2 前項を適用する場合、旧日本プライマリ・ケア学会専門医・認定医要綱第5条の「本学会の会員」は、「旧日本プライマリ・ケア学会の会員または日本プライマリ・ケア連合学会の正会員」と読み替えるものとする。

(認定医専門研修)

**第9条** 認定医が本則第6条の家庭医療後期研修プログラムによらず専門医の認定審査を受けるためには、2年間以上の認定医専門研修を修了しなければならない。

2 認定医専門研修は家庭医療指導医のもとでの直接研修と、本学会が主催する生涯教育事業等での研修で行う。

(認定医専門研修開始の登録)

**第10条** 前条の研修を開始しようとする認定医は、あらかじめ研修計画を届け出て、認定制度委員会が登録する。

(認定医専門研修の修了)

**第11条** 認定医専門研修を終えた認定医は研修記録を提出し、認定制度委員会がこれを審査して修了の登録を行う。

2 前項の登録を受けた者は、専門医認定審査申請に際して本則第16条に定める後期研修修了登録をされている者と同等の資格を有する。

(認定医専門研修による専門医認定審査申請期間)

**第12条** 附則第9から11条の認定医専門研修による専門医認定審査申請は2014年度に実

施される専門医審査までに限って認められるものとする。

(専門医認定更新審査における経過措置)

**第 13 条** 本則第 23 条の専門医認定更新審査における(4)5 年間のうちに参加した認定更新のための試験の合格の項は 2014 年度から実施する。