

厚生労働行政推進調査事業費補助金
政策科学総合研究事業

我が国の制度的特徴を踏まえたかかりつけ医制度のあり方に関する研究
(H28-政策-指定008)

研究代表者 松田 晋哉

研究要旨

他国との比較において、我が国のかかりつけ医の在り方について考察を深めることが本研究班の本旨であり、本年度は特に総合的な診療に従事する医師の教育のあり方についてをメインテーマとした。研究手法は主に文献および現地でのインタビュー調査等を行った。結果として、各国のかかりつけ医の比較表や我が国での総合的な教育や資格の現状、および海外のネットワークの例などを分担者と共に纏めている。

結論と提言として我が国においては、(1) 大学以外での医学部臨床教育の積極導入、(2) 医療提供者ネットワークによるピアレビューの充実、(3) かかりつけ医教育と専門医教育の整合性、の3点が現状では検討すべき点と考えられた。

A. 研究目的

本研究は平成27年度の厚生労働科学研究費補助金「先進諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究」(H27-政策-指定-007)を継承し、制度設計に向けて更なる進展を企図するものである。

厚生労働省がH27年度にまとめた『保健医療2035』では、「すべての地域で総合的な診療を行う、かかりつけ医を配置する体制を構築する」「身近な医師が、患者の状態や価値観も踏まえて、適切な医療を円滑に受けられるようサポートする『ゲートオープナー』機能を確立する」等の文言があり、国内では引き続きかかりつけ医機能の整備に対する期待が高まっている。

平成27年度の研究では海外での情勢を文献調査と現地調査(平成28年2-3月)を行い、その過程において我が国におけるかかりつけ医のあり方に関して非常に重要な知見を得ている。(先進諸国を対象とした文献調査で得られた知見についての詳細は昨年度の報告書を参照。)まとめると、先進諸国のプライマリケアの流れを概観すると、以下の大枠は理解された。

- ・各国毎で事情は異なるがプライマリケアの進展は世界的流れ
- ・先進国では登録または非登録制が採用されながら家庭医は普及
- ・家庭医などの普及を後押しする教育や支払い制度等の制度設計も不可欠

一方、今回の研究において、我が国においてはかかりつけ医として十分な機能を果たすことができる医師を増やすためには、専門医が開業してプライマリケアを担うというキャリアパスを踏まえ、プライマリケア医への教育の在り方という点にブレークポイントがあると考えた。そのため、本研究では引き続き国内のステークホルダーや特に海外の医療制度に造詣が深い有識者が同一研究班に集まり、議論と研究を実施する。日本医師会も、平成28年度より、かかりつけ医機能研修制度等を開始し、専門医が開業し、プライマリケアを提供していくための教育プログラムの整備に動いている。一方、19番目の専門領域として、平成30年度より新専門医制度の中で、総合診療専門医が養成を開始される。

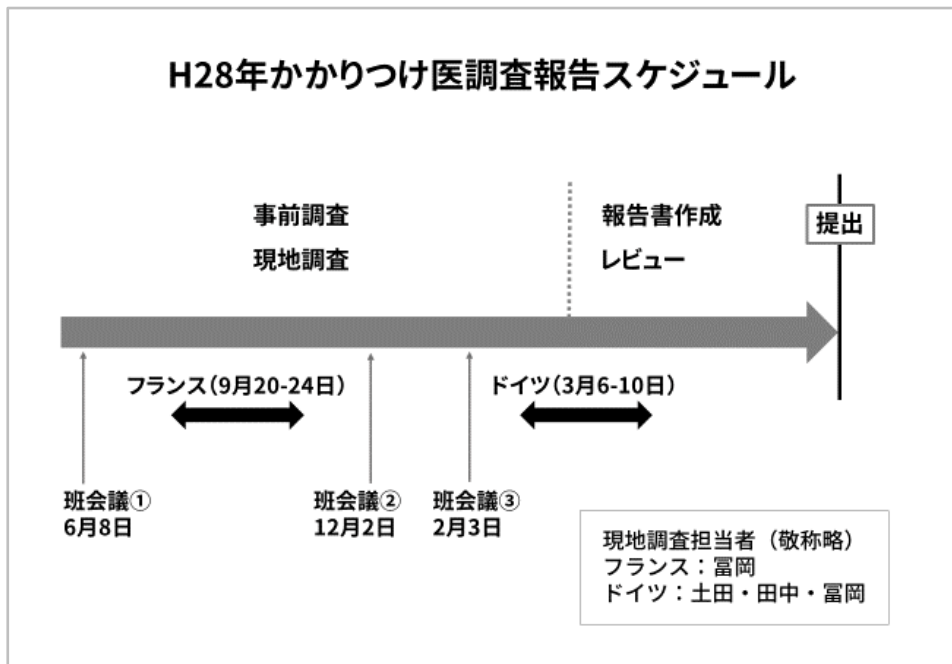
これらのプログラム内容も精査し、我が国におけるかかりつけ医養成のための方法論について、一定の方向性を見いだす必要がある。また、教育以外にも、かかりつけ医の役割を医療提供体制で活かすため、引き続き海外の医療制度との比較の中で我が国のかかりつけ医を中心とした医療提供制度のあり方を検討する必要がある。

B. 研究方法

昨年度に引き続き、今回の研究班においても海外事例の調査の多くは文献レビューにより行われた。また、海外事例で前年度現地調査が行われなかったフランスおよび、より詳細な調査が必要と考えられたドイツに関しては本年度も現地にてヒアリング調査を行うこととした。国内調査は主に文献レビューと関係者へのヒアリングにより行われた。またこれらの議論を深めるために三回の班会議（夏・秋・冬）にて班メンバー間での活発な議論が交わされた。今回の研究班の仏独での訪問インタビュー先および調査報告スケジュールは以下の図の通りとなる。

フランス訪問先： Dr. Olivier Saint-Lary (Hôpital Paul-Brousse)
Dr. Stephane Maitrot (IFMK ASSAS)
Dr. Isabelle Cibois-Honorat (Mirabeau)

ドイツ訪問先： KV in Sachsen-Anhalt
Hausarztzentrierte Versorgung in Sachsen-Anhalt
AOK Nordost
Niederlausitz (MVZ)
Elsterwerda Medis



（倫理面への配慮）

本研究は文献調査・インタビュー調査に基づく制度研究であり、特段配慮すべきものはない。

C. 研究結果

先進各国（仏独英米）のかかりつけ医制度の詳細な点については比較リストにまとめた。リストは以下の順となっている。（資料1）

1. 各国かかりつけ医制度の要点と動向
2. かかりつけ医の定量データ
3. 患者データ
4. かかりつけ医の診療範囲
5. 健診・小児予防接種
6. 診療形態
7. かかりつけ医の提供するサービス
8. 専門医資格
9. 卒後研修・生涯教育

これとは別に各国の総合診療医学教育課程（医学部・卒後研修・専門教育・生涯教育）およびUKでの専門医からGPへのキャリアチェンジの方法についてのスライドを提示している。（資料2）（資料3）

D. 考察

他国に先立って超高齢社会が進展している我が国では、緩やかなゲートキーピング機能をもつかかりつけ医の在り方、総合診療専門医を含む専門医制度はこの数年に渡り、大きな関心が寄せられており、主治医機能を強化するために早期に全人的な医療を施すことができる人材の育成が必要であることは間違いない。また、大病院・中小病院・個人診療所等での外来機能の分化を進める上でもそのあり方は重要である。一方、大学病院での専門医教育が優位であった我が国では、先進諸国と比しても既に大きな遅れをとっている面がある。

今回の研究結果から、比較した4か国ではそれぞれの制度のあり様は様々だが、我が国と比して、そもそもかかりつけ医制度以前に一般医（仏）・家庭医（独米）・総合医（英）の歴史が長く、以下の2点は我が国と比して特記すべき相違点であると認められる。

- (i) 医学部教育や卒後研修の時点から総合医教育が根付いている（資料2）
- (ii) それらの医師に対する支払い制度も確立している

（資料3）に認められるように、諸外国では診療所登録の義務性を強化することにより、登録患者の人口比増加に繋がっているが、反面、我が国では患者自身が自らの症状に照らし合わせて診療所を選択するリテラシーが高く、登録の義務性を強める方策は馴染みにくいと考えられる。また、医療者側の側面として、専門医として医業に携わった後に、キャリアの中盤から後半に開業を前にプライマリケア医志向をもつような医師が多い傾向があり、開業前の時点ではプライマリケアに関する教育を受ける余裕がないケースも多い。即ち、早期に総合診療医教育に接することも重要である。

現状、日本型の効果的なかかりつけ医教育は、医師会のかかりつけ医機能研修と総合診療専門医の二本柱で当面進むことが予想される。既存の開業専門医を中心に医師会の生涯教育を通してかかりつけ医としての裾野の広い効率的な教育を、主に新卒医師に対しては新たな基本領域のひとつとされる総合診療専門医の資格を通して総合医の専門性の確立を効果的に行うべきと考えられる。

また、参考として、プライマリケア連合学会による家庭医療後期研修プログラム（ver. 2）および日本医師会のかかりつけ医機能研修制度についての概要を添付している（資料4）。富岡・生坂の分担研究で明らかとされているように、現状では家庭医医療後期研修プログラムを修了する者の人数は、例年70名程度と非常に限られており、現状では今後の需要を満たすとは考えにくい。反面、2016年の新・内科専門医取得者および日医かかりつけ医機能研修修了者は、それぞれ4,381名、約8,000名と人数的には圧倒的である。新内科専門医は内科サブスペシャリティ取得のための踏み台と考えられるが、かかりつけ医機能研修修了者は、我が国のプライマリケアを今後担う人材の認証のためには重要な研修と考えられる。

それらのあり方については今後も検討が必要であるが、海外との比較に照らして述べると、医療提供体制から保険制度、文化的側面まで欧米とは異なる点も多く、欧米とは異なる日本型かかりつけ医の道を模索すべきであると同時に、世界的な流れである「効率的なプライマリケア」の樹立という流れを踏まえて、他の先進各国の独自の取り組みは今後も我が国への示唆として検討するに値する。

一方、我が国ではプライマリケアを担う医師の資格が明確ではなく、それゆえ定量化も困難でありOECDデータにおいても他国との比較が難しい。同データからは外来診療数は先進国でもトップクラスであり、医療へのアクセスの良さが示唆されるが、一方、国民医療費の対GDP比は3位まで上昇。医療費の急増は否めず、アクセスとコストのバランスが悪く、地域の開業医も薄利多売の外来診療に悩まされる現状も浮かび上がっている。本研究班のH29年度調査で我が国のプライマリケア医に関する定量的な現状調査をまず行う必要があり、同時に今後必要な資格（日医かかりつけ医機能研修・総合内科専門医）についても検討を続けるべきである。

E. 結論と提言

今回の調査における他国での状況を踏まえて、本邦におけるかかりつけ医の在り方、特に本報告書のテーマである教育面について、以下のような点が検討されるべきと考えられる。

1. 大学以外での医学部臨床教育の積極導入

医学部での教育は現在、大学病院での専門医教育が中心である。富岡・生坂の分担研究より、ほぼ全ての大学医学部に総合診療部門が設置され、学生へのプライマリケアに対する教育が同様にほぼ全ての大学において実施されている。反面、その成り立ちは様々であり、実質的に総合内科や救急科が取り仕切る大学も少なくない。大学病院での教育は専門医療の指導体制や学術面での幅広いサポートは可能であるが、キャリアの早期から地域医療を担うマインドをもつ医師を養成するには不足も多いと考えられる。大学教育において地域での病院や診療所で臨床教育を受ける期間を一定期間以上確保する必要がある。

2. 医療提供者ネットワークによるピアレビューの充実

諸外国では医師における女性の割合や非常勤として働く指向が高まっており、田中の分担研究にてドイツにおける外来診療センター（MVZ）の例が示されているように、ドイツではこれとは別にも開業医ネットワークや家庭医中心診療におけるクオリティーサークルなど、既にドイツ国内に多くの事業体が定着している。また、米国におけるACO・PCMHや英国の大規模診療所グループのように、英米でも他診療所や医療機関等との医療提供ネットワークによるケアコーディネートは進展の一途を辿っている。

また、我が国においても近年の女性医師の増加などは諸外国と同様の傾向である。地域包括ケアのコンセプトに基いて、地域医療を担うかかりつけ医のネットワーク化、グループ化は必要不可欠であり、支払いにおいても地域包括診療加算等の包括的な支払い方法が評価されるようになってきている。また、在宅医療では単独型および連携型の機能強化型在宅療養支援診療所が広がり始めており、今後も医療提供者ネットワークは広がると見込まれる。ケアをコーディネートし、質を担保していくためにも医師会等を通して地域での他医療機関との連携を担保することは不可欠と考えられ、診療情報の共有も含めて多様な形態が模索されるべきである。また、連携型機能強化型在宅診療のように連携医療機関との定期的なカンファレンスを要件とするオプションも拡大すべきと考えられる。そのような情報の透明化や連携を図ることで、自ずとピアレビューを通じた生涯教育が図られると考えられる。

3. かかりつけ医教育と専門医教育の整合性

総合医としてキャリアをスタートさせる欧米とは異なり、現状では我が国においてプライマリケアを担う医師の多くは既に専門医として一定の研修や職業経験を積んでおり、そのような医師が専門医としての資格を維持しながらかかりつけ医教育を受けることには負担が大きい。この点は我が国においてかかりつけ医が制度として定着するためには大きな懸案事項である。

かかりつけ医教育を施す際には、各医師が既に経験を積んでいる所属専門科に関しては各専門学会での専門医の更新に付随してかかりつけ医教育も終了と認めるような柔軟な単位の互換性を担保することが不可欠と思われる。また、質を担保するうえではかかりつけ医の資格の更新制も将来的には検討すべき課題である。

資料 1 : 各国かかりつけ医の比較表 1 - 9

1. 各国かかりつけ医制度の要点と動向

仏	独	英	米
<ul style="list-style-type: none"> ・2005 年より 16 歳以上の国民はかかりつけ医への登録義務あり。 ・紹介状なくかかりつけ医以外を受診した際には自己負担の割合が増加（3割→7割）。 ・医師は専門診療科や患者の居住地を問わずかかりつけ医として登録可能。 ・2005 年の医師研修課程の改革により一般医が 11 の専門診療科のひとつとされて定着。 	<ul style="list-style-type: none"> ・需要計画に基づいて地域毎の家庭医の標榜医数は制限されている。 ・一般的な家庭医診療は EBM(統一評価基準)に基づいた診療報酬点数により支払いが行われる。 ・2009 年より従来の保険医協会中心の支払い形式とは異なる家庭医協会主導の家庭医中心診療が開始され、患者と家庭医の合意で契約が成立。 ・家庭医は家庭医中心診療を選択する義務はない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・公的医療における開業医はすべて GP。 ・救急以外で専門医の受診（病院診療）を希望する際は GP を受診して紹介状を得なければならない。 ・すべての国民に診療所登録の義務あり。登録は個人単位。 ・2016 年以降、患者が登録可能な診療所の地理的制約は撤廃。 	<ul style="list-style-type: none"> ・個人の保険プランによって異なるが、多くのプランではプライマリケア医を通して専門医への受診を促す仕組みとなっている。 ・家庭医専門医の他に一般内科医等がプライマリケア医としての役割を果たす。 ・オバマケアの後押しもあり、医師と保険者の新しい契約形態としての ACO・PCMH などが公的医療保険（Medicare/Medicaid）にも導入されて普及しつつある。

※ 仏独では「総合診療を専門とする医師」と「患者の主治医としてのかかりつけ医」は若干範囲が異なっている。

本資料では主治医機能をもつ医師を契約医、総合診療を専門とする医師を一般医（仏）・家庭医（独米）・GP（英）と表記。

2. かかりつけ医の定量データ

	仏 ¹	独 ²	英	米 ³
かかりつけ医数	契約医数 94 909 (2011) 一般医数 102 299 (2015) ⁴	契約医数 16 800 ⁵ 家庭医数 54 385 (2015)	GP 数 51 394 (2015) ⁶	家庭医数 96 558 (2013) ⁷
プライマリケア医 の全医師に占める 割合 (数年分の変遷)	49% (2008) ⁸ 49% (2009) 49% (2010) 47% (2011) 47% (2012) 47% (2013) 46% (2014) 46% (2015)	42% (2008) 42% (2009) 42% (2010) 42% (2011) 42% (2012) 42% (2013) 42% (2014) 42% (2015)	29% (2008) 30% (2009) 29% (2010) 29% (2011) 29% (2012) 29% (2013) 29% (2014) 28% (2015)	12% (2008) 12% (2009) 12% (2010) 12% (2011) 12% (2012) 12% (2013)
女性医師の割合	一般医のうち女性 46% (2015)、近年、女性の一般医 が増加傾向	家庭医のうち女性 43% (2015) ⁹	GP のうち女性 52% (2016) ¹⁰ 女性 GP は増加傾 向	AAFP active member のう ち 43.1% (2016) ¹¹
年間養成数	3000 人程度		2700 人程度 ¹²	3500 人程度 ¹³
年齢構成	一般医は平均年齢 52 歳 (男 性 54 歳、女性 49 歳)	平均年齢 53.8 歳(2015) ¹⁴ 40 未満 5.0% 40-49 23.5% 50-59 38.6% 60-64 21.0% 65 以上 12.0%	平均年齢 46.6 歳(2013) ¹⁵ 30 未満 1.1% 30-39 27.6% 40-49 31.6% 50-59 30.1% 60-64 5.5% 65 以上 4.1%	平均年齢 46.6 歳(2016) ¹⁶ 30 未満 5.2% 30-39 25.2% 40-49 28.3% 50-59 26.4% 60-69 14.2% 70 以上 0.7%

総合診療医の平均年収の概要（専門医との比較）	低い	同等 家庭医 €53,182 専門医 €49,674 (2014. 4) ¹⁷	同等 全 GP £90,600(2015) ¹⁸ Contractor £101,500 Salaried £53,600 専門医 £37,923-70,718 ¹⁹	低い 家庭医 \$195,301 専門医 \$284,000 (2015) ²⁰
総合診療医の勤務時間（それ以外の医師との比較） ²¹	一般医 49 時間/週	家庭医 51 時間/週	GP 49 時間/週 ²²	家庭医 47 週/年 ²³ (参考) 血管外科 +888 時間、皮膚科 -346 時間 ²⁴

3. 患者データ

	仏	独	英	米
かかりつけ医をもつ国民の割合の推移	81.5% (2007) 85.5% (2008) 88.3% (2009) 89.0% (2010) 89.7% (2011)	90%以上 ²⁵ 家庭医中心診療は 5% (2016) ²⁶ (2009 年の開始以来漸増)	100% (義務)	ACO 登録患者の割合 7% (2016) ²⁷
全受診患者数のうちかかりつけ医の診療の占める割合			全ての国民は GP の診療所に登録。患者の 90%は GP の診療のみで完結 ²⁸	
かかりつけ医登録の患者義務の有無と登録方法	16 歳以上は義務。患者からの申し出により診療所から地方医療庁に申請。	登録は任意。登録を希望する場合は患者からの申し出により診療所から保険会社（疾病金庫）に申請。	登録は義務。患者からの申し出により診療所から NHS に申請。	登録は任意。患者からの申し出により診療所から保険会社／CMS に申請。

4. かかりつけ医の診療範囲

	仏 ²⁹	独 ³⁰	英	米	
				Medicare/Medicaid	HMOs ³¹
一般内科	○	○	○	○	○
小児科	○	○	○	○	○
眼科	○		○	○	○
皮膚科	○		○	○	○
耳鼻咽喉科	○		○	○	○
精神科	○	老人医学・認知症診断のみ	○	○	○
正常分娩の介助	○		Midwife が行う	Medicaid では○ ³²	○
その他	医師は診療科に関わらずかかりつけ医登録が可能であり、上記は登録可能な医師の診療範囲を表示。 婦人科・小児科・眼科・歯科および5歳未満の児童はかかりつけ登録医以外の受診でも患者の自己負担増加なし。	上記は家庭医中心診療における包括支払いリストの対象を記載（家庭医中心診療には主に家庭医や小児科医が従事）。一般の家庭医は EBM で家庭医の範疇とされている事項は可能。	公的医療の診療所医師は全て GP。	Medicare の外来は Part B、Medicaid は州毎に設定。	PPO、POS など保険の種類により異なるが POS は二次医療機関を受診するためにプライマリケア医の紹介が必要。

5. 健診・小児予防接種

	仏	独	英	米	
				Medicare/Medicaid	HMOs
妊婦健診	妊娠6ヶ月までは一般医も行う	主に産科の開業医	医学的異常がない限り助産師が行う	Medicaid では○ ³³	○ ³⁴
乳幼児健診	県の保健センターや小児科の開業医	主に小児科の開業医	community nurse や midwife が community centre にて行う	Medicaid では○ ³⁵	○ ³⁶
小児予防接種	医師の処方箋により薬局で処方される（接種施行者の制限はないが、通常薬剤師や医師が行う）	どの診療科医師でも行ってよいとされているが、一般的に家庭医や小児科医が中心。	時期が訪れると GP practice や Community Health Centre から案内が届くが、自主的な受診も可能。接種施行者は GP や midwife 等の医療従事者 ³⁷	Medicaid および SCHIP では無料	無料 ³⁸
学校保健	学校保健を専門にする医師（一般医や小児科医等）もおり、専属で担当	一般的ではない	CCG 毎に異なるが、School nurse を中心に nurse assistant などが提供 ³⁹	○	○

6. 診療形態

	仏	独	英	米
総合診療医のグループ診療の割合と専門医との混合の割合 ⁴⁰	一般医グループ 54% 専門医との混合 0%	家庭医グループ 29% 専門医との混合 9%	GP グループ 78% 専門医との混合 1% 近年グループが増加 ⁴¹	診療所間の Provider network 形成が進んでおり、増加。
開業許認可制度	卒後研修必須。原則自由開業だが、医師会へ登録が必要。	卒後研修必須。州毎の医師免許および地域毎の標榜保険医数の制限あり。	CCG からの許可が必要	州毎に医師免許が必要
開放型病院活用の有無	あり 民間病院では外科医等の外部専門医が手術などで利用	あり ただし開業医は病院のインフラを使用しても外来医としての報酬制度の中で決算	なし	あり
電子カルテの共有の有無・範囲（あれば）	90%の診療所は電子カルテ。近年まで共有可能な形態ではなかったが、現在 DMP という情報共有プロジェクトが進行中。 ⁴²	家庭医中心診療に参加するには診療報酬請求、処方、転医・転院の指示、給付管理に利用するソフトウェアの備付けが義務。 ⁴³	同グループの GP 診療所間では共有あり。電子カルテシステムとしては英国内で 4 種（Vision, SystemOne, EMIS Web, Evolution）のうちひとつを選択しなければならない。 ⁴⁴	同グループの Provider 間ではあり（PCMH では必須）

7. かかりつけ医の提供するサービス

	仏	独	英	米	
				Medicare/Medicaid	HMOs
訪問診療	在宅入院期間を中心とした在宅入院制度あり	家庭医診療助手（職業訓練法に基づく医療専門職員）が家庭医診療所から訪問サービスを行う	GP 以外にも community nurse や midwife などの health visitor と呼ばれる職種が行う	看護師、PT、OT、ST、ソーシャルワーカーが主体。 ⁴⁵	看護師、PT、OT、ST、ソーシャルワーカーが主体。 医師による訪問診療は一部富裕層向け。
保険外サービスの提供	一般的でない（高所得者を除き民間保険の及ぶ範囲ではある）	公的保険の給付カタログにない措置でも患者がプライベートで支払えば可能	GP 診療所でも行われるが一般的ではない。	あり	あり
一次救急（夜間診療）	僻地では一般医等の医師がグループで担当	各地域の保険医協会が提供の義務を負う	基本的に CCG により異なるが、A&E や Walk in centre は全国に設置 ⁴⁶	都市部では Provider network 内の救急病院が主に担う。僻地では診療所も行う。	Provider network 内の救急病院が主に担う。

8. 総合診療の専門医資格

	仏	独	英	米
医師の進路選択	大学卒業時の全国一斉クラス分け試験（ECN）の成績順に専門研修と地域をマッチングで決める。	各州の医師会が実施する各診療科の卒後専門研修コースを選択する際にマッチングで決める。	卒後基礎研修2年修了後に各専門研修をマッチングで選択して専門家を決定。基礎および専門研修は保健省所管の Health Education England が管轄。	USMLE の得点を元に卒後専門研修をマッチングで選択して決定。
総合診療の専門医資格の取得	高等教育研究省が主管する卒後専門研修の終了後に一般医としての資格を取得。	各州医師会が主管する家庭医研修を修了すると家庭医の資格を取得。	RCGP (Royal College of General Practitioner)	American Board of Medical Specialties (ABMS)
総合診療専門医資格の更新有無	あり	あり	あり	あり
有資格者の質の担保方法	医師会による生涯学習の単位取得制度	継続研修 250 単位（5 年）	年間 50 単位（50 時間）取得 患者・同業者フィードバック 質の改善活動等 ⁴⁷	Maintenance of Certification（必修の 10 年毎の筆記再試験を含む）
サブスペシャリティ設定の有無	なし	なし	サブスペシャリティを持つ医師は GP with special interest (GPwSI) と呼ばれるが、各 GP の任意。グループ診療の拡大に伴って需要も持続。	家庭医協会（American Board of Family Medicine）にて 6 つの認証あり（思春期医学、老年医学、緩和ケア、疼痛ケア、睡眠医学、スポーツ医学） ⁴⁸

9. 卒後研修・生涯教育

	仏 ⁴⁹	独 ⁵⁰	英	米 ⁵¹
進路の選択時期	卒直後に進路を選択	卒直後に進路を選択	卒後研修 2 年の後に進路を選択	卒直後に進路を選択
専門研修年数	一般医は 3 年	家庭医は 60 ヶ月	GP は 3 年以上	家庭医は 3-8 年 ⁵²
研修場所	一般医の研修は、 2 年病院 1 年診療所 (3 年間を通して週 1 日は大学病院)	3 年病院 2 年診療所	18 ヶ月 病院ローテ 18 ヶ月 GP surgery	家庭医の研修は、Accredited program (米国で計 477) により異なる
研修実施主体	一般医は CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants)	連邦医師会の規定に従って各州医師会が実施	HEE (Health Education England) および RCGP (Royal College of General Practitioner) の認可が必要 ⁵³	卒後研修認定協議会 Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)
研修内容	臨床・研究・教育などの 5 領域 80 項目	パート A (一般規定)、パート B (専門規定)、パート C (付加的研修) の 3 部構成。 ⁵⁴	臨床プライマリケアの 21 領域と患者安全などの 4 領域 ⁵⁴	24 のスペシャルティ (一部 combined program あり)
生涯教育制度	各大学や学会、医師会等 一般医は CNGE および大学 (全ての大学に一般医養成の診療科あり)	各州医師会が管轄。州毎に程度差はあるが、各州家庭医学会と提携。	RCGP が GP の生涯教育を担当。単位の更新は毎年必要、免許は 5 年毎に更新。	家庭医学会が主導

¹ ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE (2016)

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie (2013)

² <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>

³ http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-health-care-resources_data-00541-en;jsessionid=2imuvkgd33iwk.x-oecd-live-03?isPartOf=/content/datacollection/health-data-en

⁴ OECD Health at a glance 2015 (General practitioner の inclusion, exclusion は以下を参照)

<https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>

⁵ 家庭医協会会長 Ulrich Weigeldt のプレゼンテーション (2016.3.10) による

⁶ OECD Health at a glance 2015 (General practitioner の inclusion, exclusion は以下を参照)

<https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>

⁷ 同上

⁸ 数字は一般医の割合 (一般医/総医師数)。契約医の割合 (かかりつけ医/総医師数) は 44%(2008-2011 年)で 4 年間変化なし。

⁹ <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php>

¹⁰ http://www.gmc-uk.org/doctors/register/search_stats.asp

¹¹ <http://www.aafp.org/about/the-aafp/family-medicine-facts/table-2.html>

¹² <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/881/598>

¹³ <http://www.aafp.org/about/the-aafp/family-medicine-facts/table-19.html>

¹⁴ <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php>

¹⁵ <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB13849/nhs-staf-2003-2013-gene-prac-rep.pdf>

<http://www.nicholassoames.org.uk/content/general-practitioners-1>

¹⁶ <http://www.aafp.org/about/the-aafp/family-medicine-facts/table-2.html>

17 <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17025.php>

18 <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB21314/gp-earn-ex-1415-rep.pdf>

税の申告からの計上であるため GP の給与は NHS とプライベート診療とを分離することはできない

19 <https://www.healthcareers.nhs.uk/about/careers-medicine/pay-doctors>

20 <http://www.medscape.com/features/slideshow/compensation/2015/public/overview#page=2>

21 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf

22 http://careers.bmj.com/careers/advice/Medical_registrars%E2%80%99_average_hours_exceed_working_time_limits

23 <http://www.aafp.org/about/the-aafp/family-medicine-facts/table-5.html>

24 <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1105820>

25 <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00103-004-1004-3>

26 家庭医協会会長 Ulrich Weigeldt 氏のプレゼンテーション（2016.3.10）による

27 <http://www.commonwealthfund.org/publications/in-the-literature/2016/june/association-between-medicare-accountable-care-organization>

28 <https://www.england.nhs.uk/london/wp-content/uploads/sites/8/2013/11/Call-Action-ACCESSIBLE.pdf>

29 現地でのヒアリング（2016年）をもとに作成

30 バーデン＝ヴュルテンベルク州での家庭医中心診療契約の包括診療リストなどから作成。リストは H27 年度かかりつけ医研究班報告書も参照。

31 http://www.michigan.gov/difs/0,5269,7-303-12902_35510-263278--,00.html

32 <http://americanpregnancy.org/planning/medicaid-for-pregnant-women/>

33 同上

34 <https://www.healthcare.gov/what-if-im-pregnant-or-plan-to-get-pregnant/>

35 <https://www.medicaid.gov/medicaid/benefits/prevention/index.html>

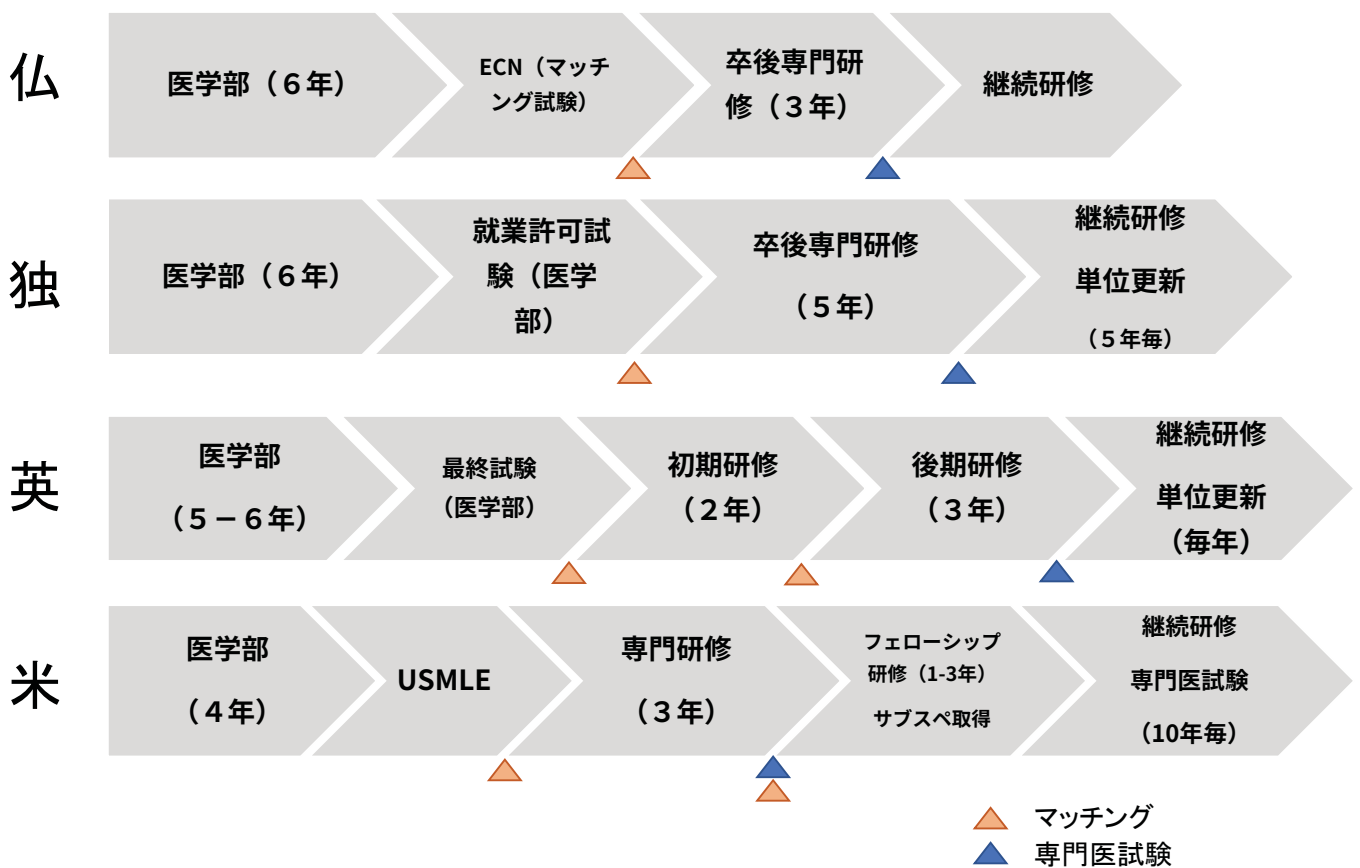
36 <https://www.healthcare.gov/preventive-care-children/>

37 <http://www.nhs.uk/Conditions/vaccinations/Pages/vaccination-appointment-tips-for-parents.aspx>

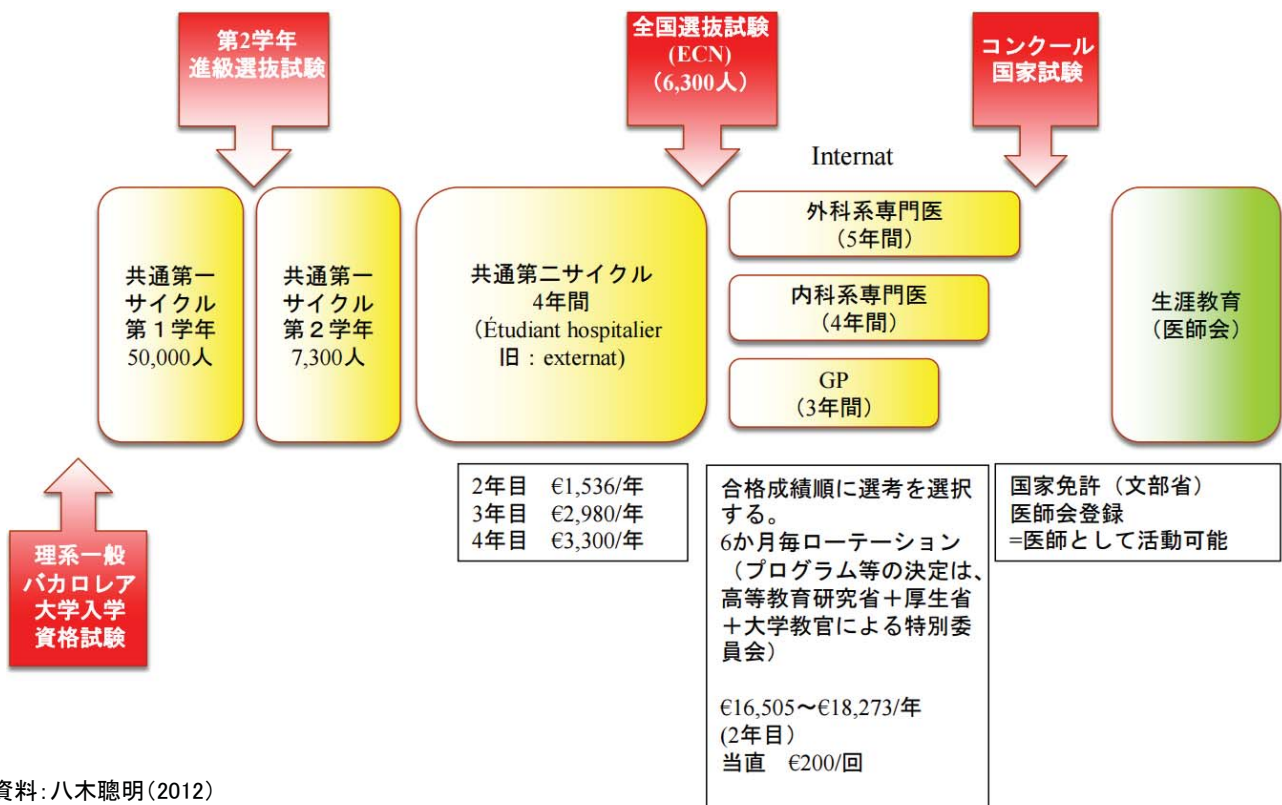
- 38 <https://www.healthcare.gov/preventive-care-children/>
- 39 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/465412/2903820_PHE_School_Nursing_Accessible.pdf
- 40 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf
- 41 <http://www.cemmap.ac.uk/uploads/publications/comms/R101.pdf>
- 42 <http://www.dmp.gouv.fr/>
- 43 バーデン＝ヴュルテンベルク州家庭医協会と疾病金庫間の契約の場合。詳細は H27 年度かかりつけ医研究班（代表・松田晋哉）を参照
- 44 イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2015 年度版 イギリス医療保障制度に関する研究会編
- 45 <http://www.1800homecare.com/>
- 46 <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/pages/Walk-incentresSummary.aspx>
- 47 <file:///C:/Users/S/Downloads/RCGP-Guide-to-Supporting-Information-2016.pdf>
- 48 <http://www.abms.org/member-boards/contact-an-abms-member-board/american-board-of-family-medicine/>
- 49 http://www.cnge.fr/la_formation/modules/liste/
- 50 http://www.blaek.de/weiterbildung/WBO_2004/download/WO%202004_2012%2010.pdf
- 51 家庭医 family physician について記す
- 52 <https://www.theabfm.org/>
- 53 <https://hee.nhs.uk/>
- 54 <http://www.rcgp.org.uk/training-exams/gp-curriculum-overview/online-curriculum/1-being-a-gp/how-the-curriculum-is-structured.aspx>

資料2:各国の総合診療医養成課程

各国における総合医教育課程の比較



フランスの専門医資格の取得課程



各年度の専門科別定数とECNの最低順位 (Île de France)

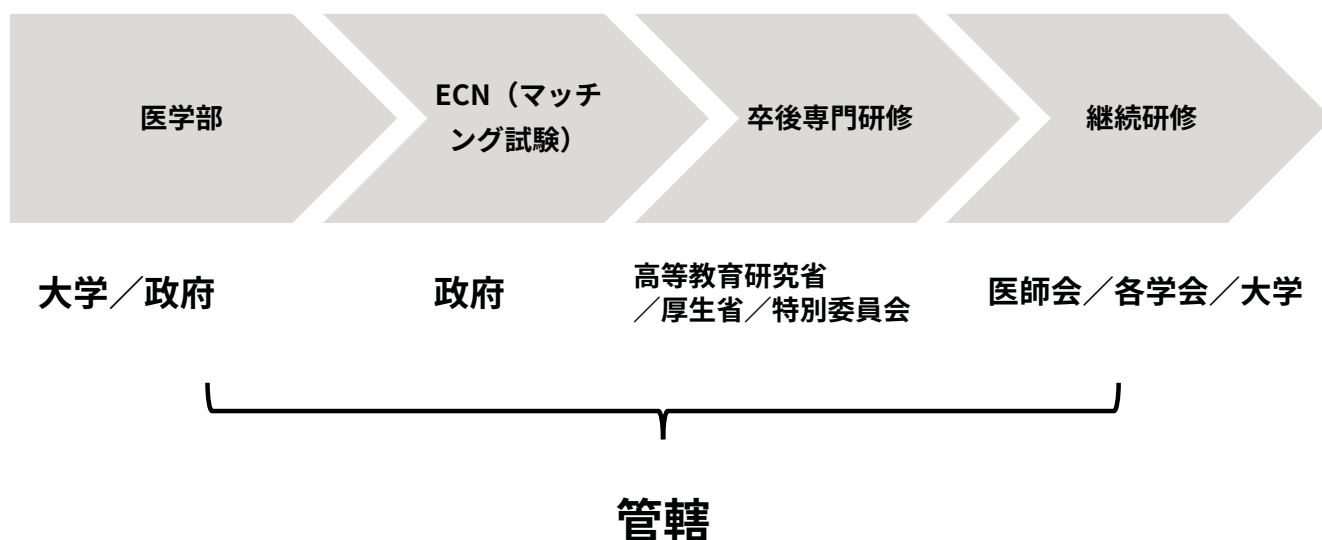
年度	一般医	内科専門医	産業医	公衆衛生医	外科専門医	臨床検査医	精神科医	産婦人科医	内科的 婦人科医	小児科医	麻酔科医	合計											
2018	713	281	25	16	107	17	100	42	10	68	92	1471											
2017	713	280	25	16	107	17	100	42	10	67	92	1469											
2016	713	278	25	16	106	17	100	41	10	67	92	1465											
2015	693	275	27	16	107	17	100	40	10	66	92	1443											
2014	656	260	27	16	104	16	99	40	10	66	91	1385											
2013	653	7995	260	4052	27	7920	16	5304	104	1955	16	5875	99	6341	40	1997	10	2885	66	3150	91	2569	1382
2012	575	7464	258	4560	25	7633	16	5294	107	2942	15	5060	101	6473	39	2563	6	1737	64	2750	87	2803	1293
2011	531	7587	240	4395	25	7692	16	5001	106	2625	15	4762	89	5262	37	2140	7	2246	64	3042	76	2757	1206
2010	440	6264	173	3554	21	6731	15	3800	84	1363	12	3654	56	3474	30	1911	6	1591	57	2195	56	1931	950
2009	440	6292	150	815	20	6247	15	3925	90	1245	10	2408	55	2851	30	1086	6	1704	47	2181	47	1607	910
2008	372	4850	144	763	9	4731	12	3361	91	1284	6	1767	36	2144	30	1643	4	1813	36	1404	35	1593	775
2007	372	4956	144	623	9	5023	15	4130	91	1164	11	1582	40	2319	30	1368	5	1144	36	1060	35	965	788
2006	380	4364	144	1079	10	4205	15	2849	89	1402	11	1704	40	2057	30	1464	5	1799	36	1419	35	1306	795
2005	474	4308	144	836	10	3651	15	2689	89	1421	11	1228	40	1739	32	1682	5	1758	36	1334	35	1174	891
2004	450	3722	129	700	13	3417	15	2817	66	1005	13	1443	30	1355	31	1218	3	933	35	1078	32	1216	817

各年度の左側の数字は募集定員、右側の数字は合格の最低順位
各年度の受験者の数は以下の通り

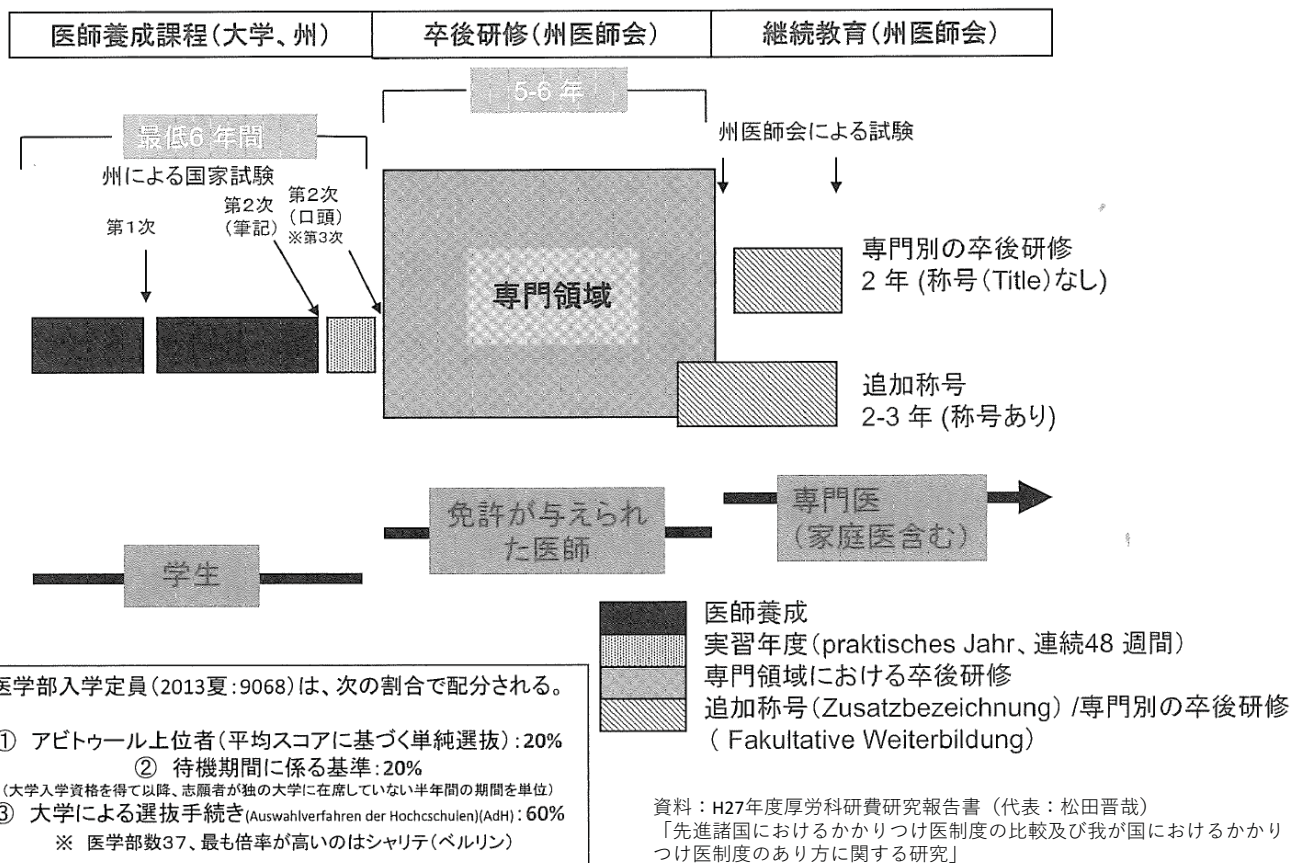
2004年:3726人、2005年:4308人、2006年:4989人、2007年:5563人、2008年:5835人
2009年:6323人、2010年:6960人、2011年:7766人、2012年:7656人、2013年:8000人

出典: <http://www.anemf.org/>

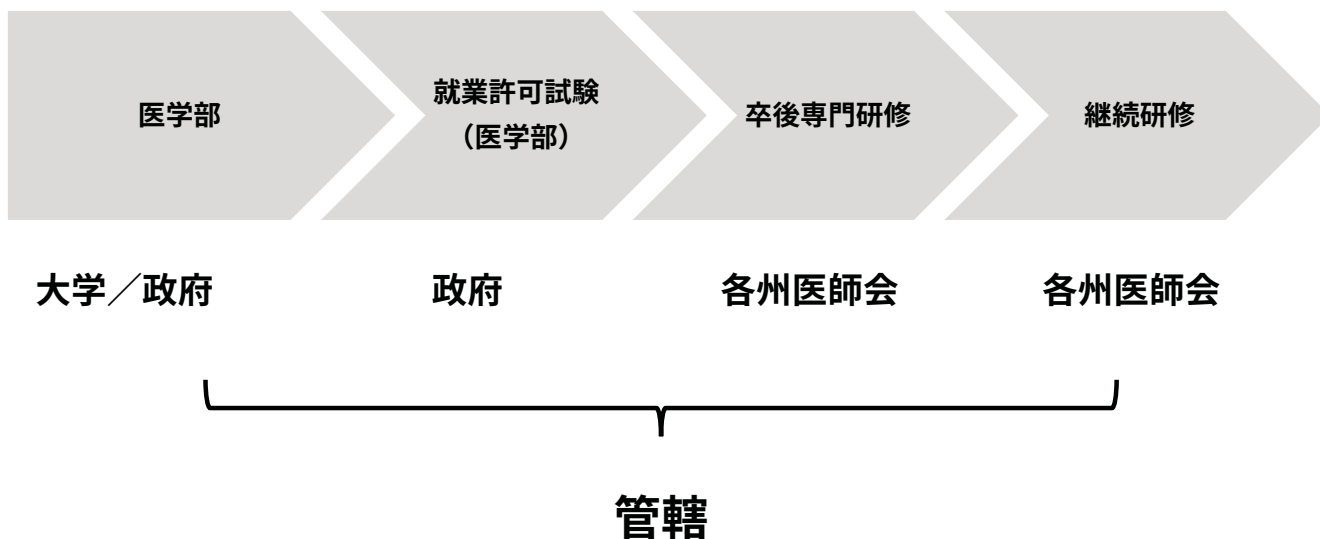
フランスにおける医師教育の管轄



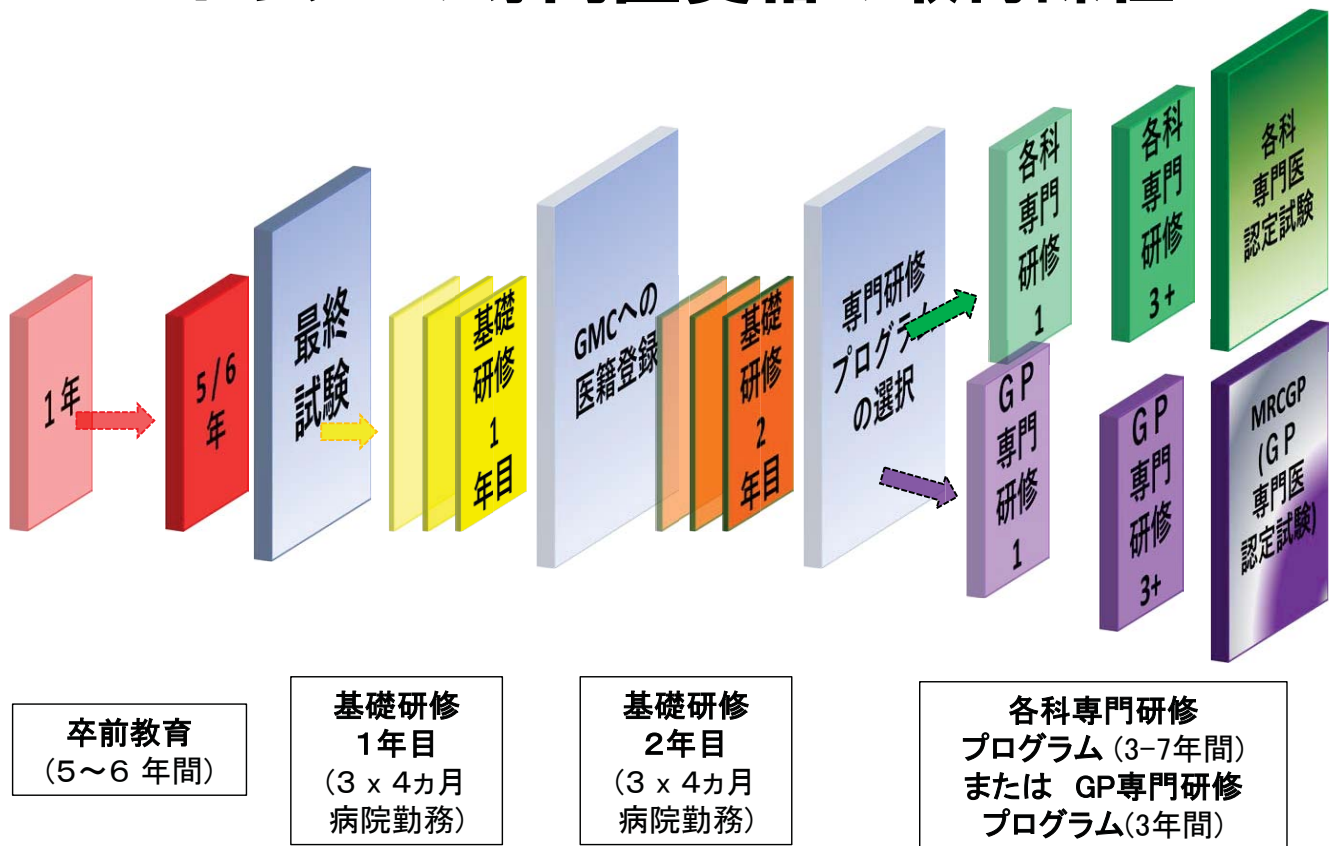
ドイツの専門医資格の取得課程



ドイツにおける医師教育の管轄

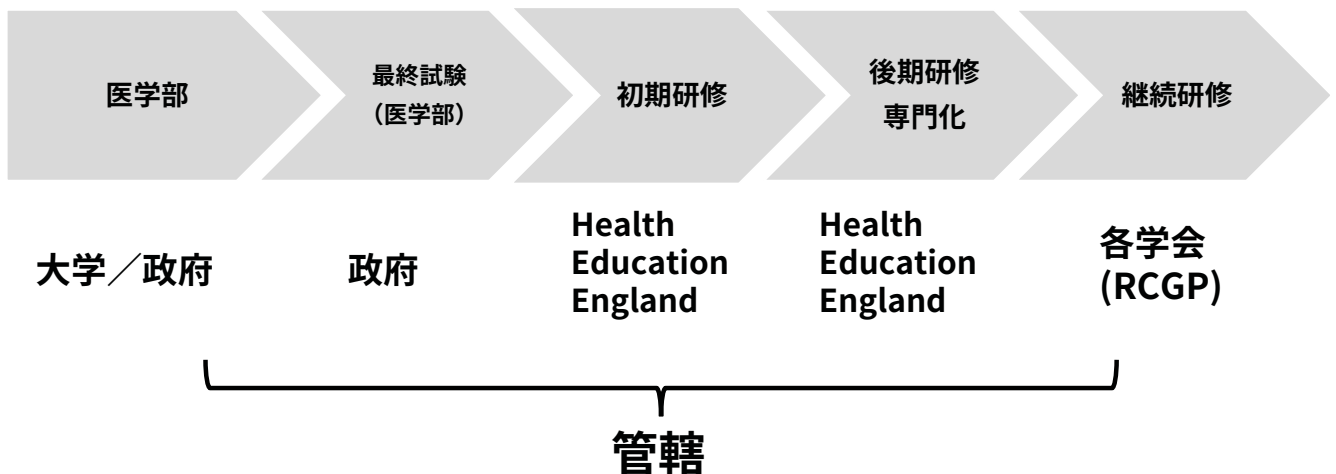


イギリスの専門医資格の取得課程



Source: Presentation Slide by Dr. Roger Neighbour 9 Feb 2009 in Tokyo

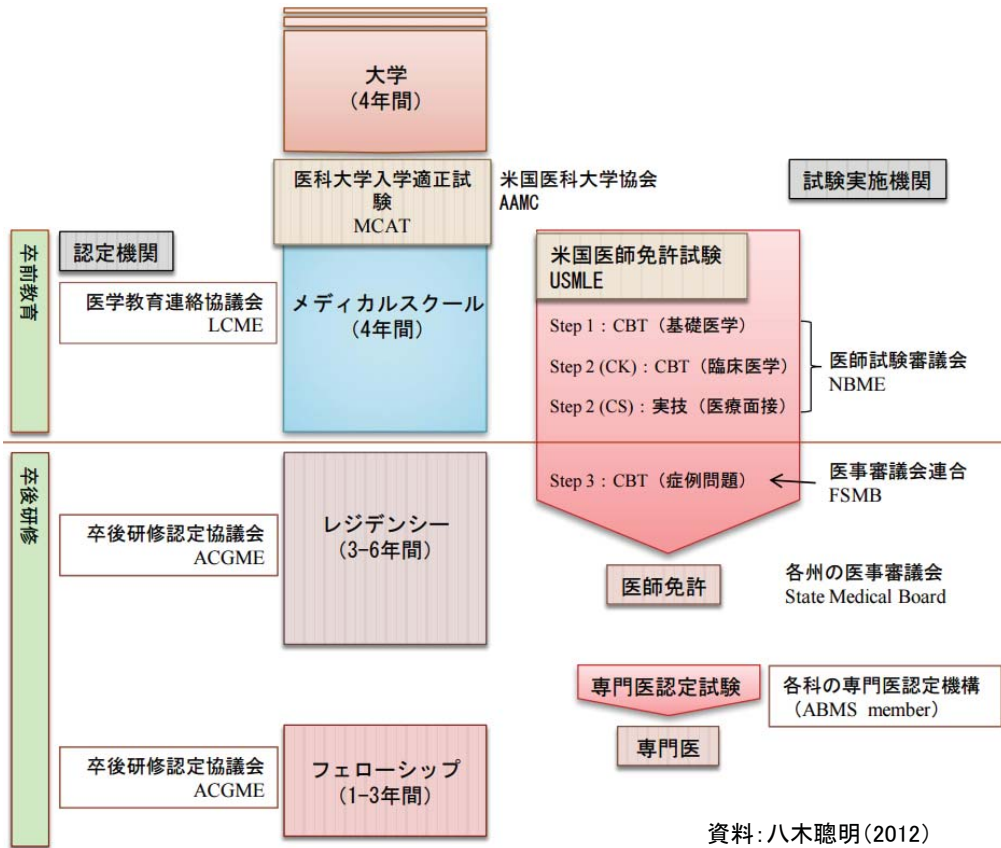
イギリスにおける医師教育の管轄



※Health Education England

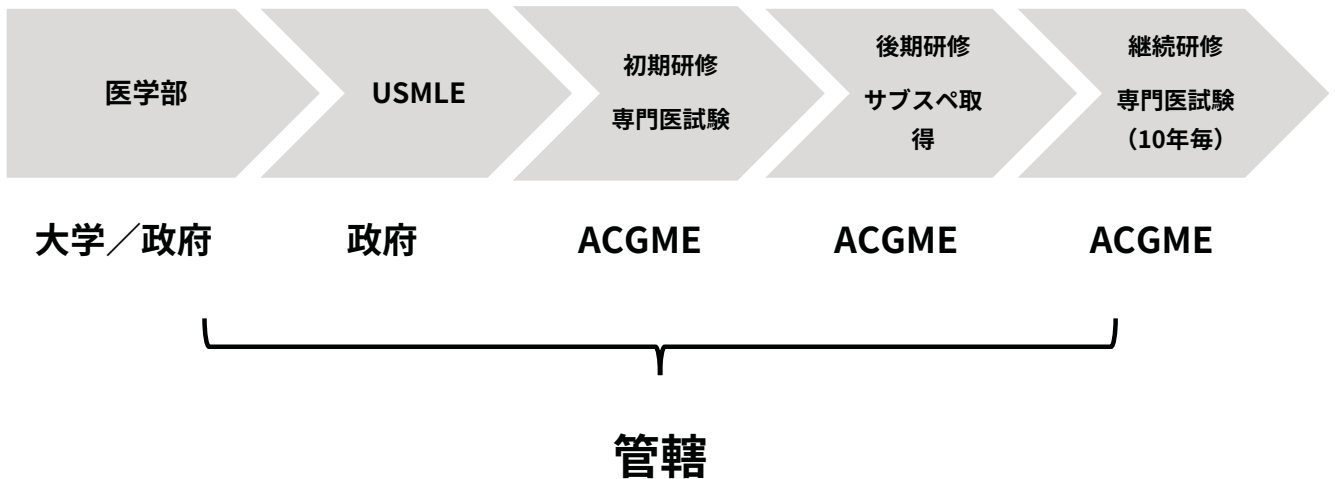
イングランド内を13の地域に分け、各地域内での初期・後期研修プログラムを各専門医学会の助言を受けて管轄、認定。マッチングを管理することで医師の分布の適正化を行う。

アメリカの専門医資格の取得課程



資料: 八木聰明(2012)
厚労省 専門医の在り方に関する検討会(第6回)

アメリカにおける医師教育の管轄



ACGME : Accreditation Council for Graduate Medical Education

他科専門医がGPにキャリアチェンジする方法(UK)

ステップ1 医師経歴の審査

GPとしての必要スキルから不足分をRCGPが決定

(例1)病院総合医 小児科、婦人科、精神科の専門教育が必要

(例2)麻酔科医 ほぼ全ての研修が必要

ステップ2 研修の設定

個人に応じた転換プログラムの設定(“最大限”ではなく“最小限”)

通常は最低6ヶ月のGP診療所での研修が必要

ステップ3 専門医資格の決定

RCGPが試験を行い、資格発行の最終判断はGMCが行う

Source: Specialty specific guidance on documents to be supplied in evidence for an application for entry onto the Specialist Register with a Certificate of Eligibility for General Practice Registration (CEGPR)

(参考)GPの専門医試験

1. Workplace Based Assessment (WPBA)

職場での実際の診療、同僚および患者の評価、質の改善等

2. Clinical Skills Assessment (CSA)

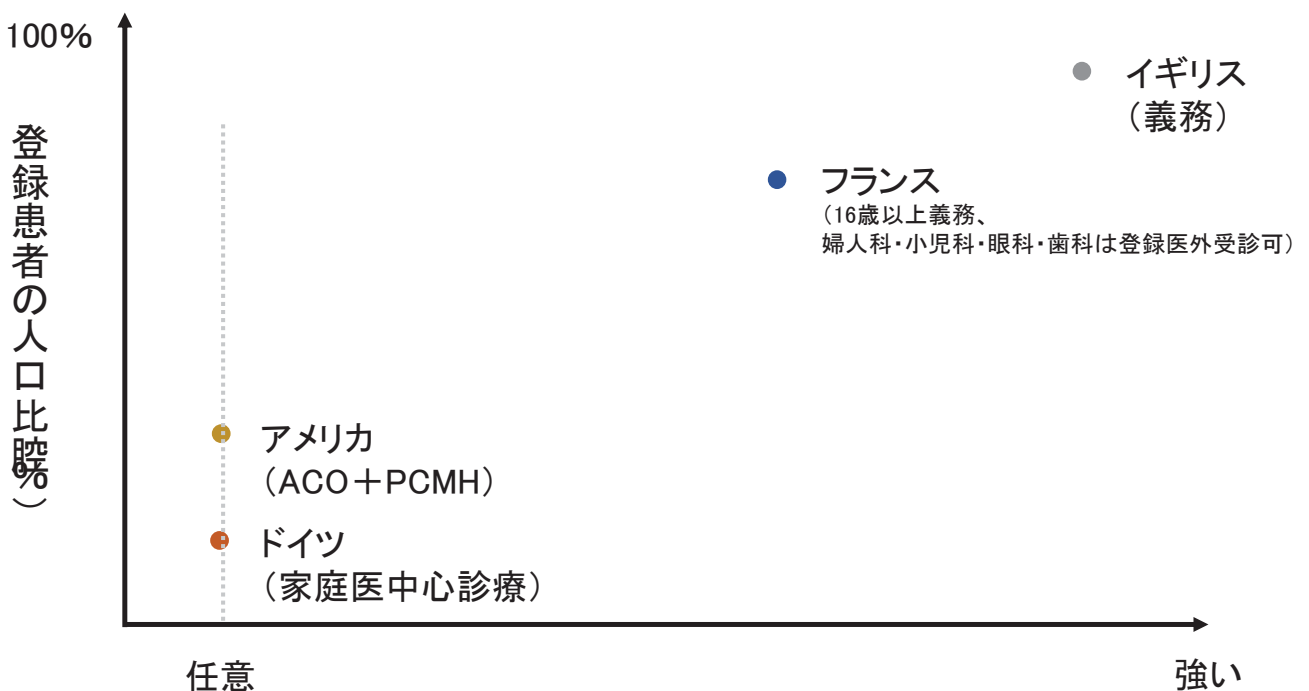
臨床スキルの判定(OSCE)

3. Applied Knowledge Test (AKT)

ペーパーテスト

資料3：国民のかかりつけ医登録義務の強さと登録人口割合のイメージ

資料3：国民のかかりつけ医登録義務の強さと登録人口割合のイメージ



資料4：家庭医療専門医プログラムと 日医かかりつけ医機能研修

家庭医療後期研修プログラム ver.2

- 研修期間：3年以上
- 研修科目
 - **総合診療専門研修**（18か月以上）
 - **診療所・小病院**（研修Ⅰ）、**病院総合診療部門**（研修Ⅱ）の両方で研修する（それぞれ6か月以上）
 - **総合診療医に必要な領域別研修**（12か月以上）
 - **内科**は6か月、**小児科**は3か月、**救急**は3か月相当を必修とする。
 - その他、領域別研修として外科、整形外科、産婦人科、精神科、皮膚科などの各科で研修

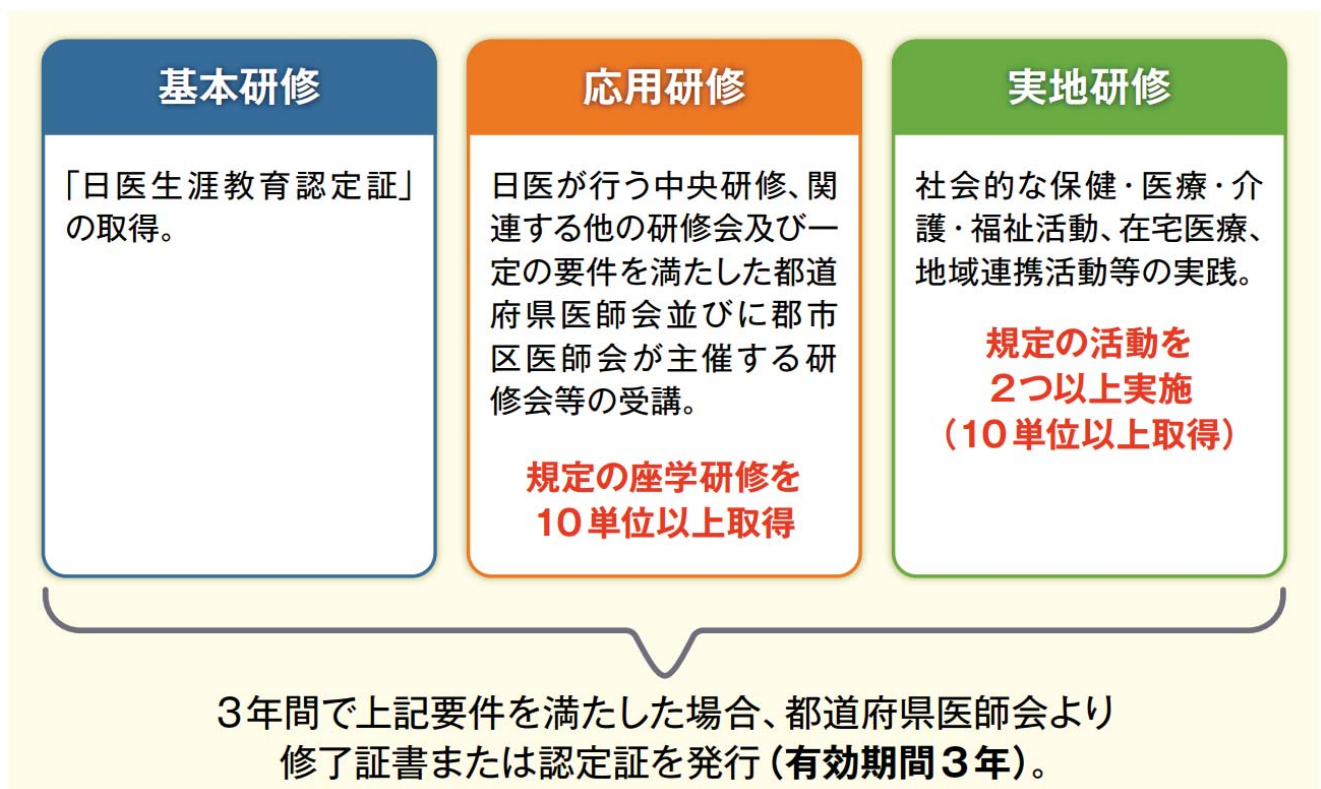
※研修内容は、関連学会・医師会と協力して作成

家庭医療後期研修プログラムの基本プラン

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
専攻 1 年目	総合診療専門研修Ⅱ 【病院総合診療部門】 + 領域別研修						必須小児科 + 領域別研修			必須救急科 + 領域別研修		
専攻 2 年目	必須内科 + 領域別研修						その他領域別研修 【整形・産科・外科・皮膚科等】 (※当該科指導医必要)					
専攻 3 年目	総合診療専門研修Ⅰ 【診療所・小病院】 + 領域別研修						総合診療専門研修Ⅰ or Ⅱ 【病院総診 or 小病院/診療所】 + 領域別研修					

資料：前野哲博（2016）

日医かかりつけ医機能研修制度



日医生涯教育の見直し

◆ カリキュラムコード・単位付与基準の見直し

講演内容に対応した1カリキュラムコードを30分ごとに指定することとし、各カリキュラムコードの学習時間（単位）を集計します。

◆ 取得単位上限の廃止

1日あたりの単位取得の上限を廃止します。

◆ 講習会管理・学習実績管理・一括申告の支援

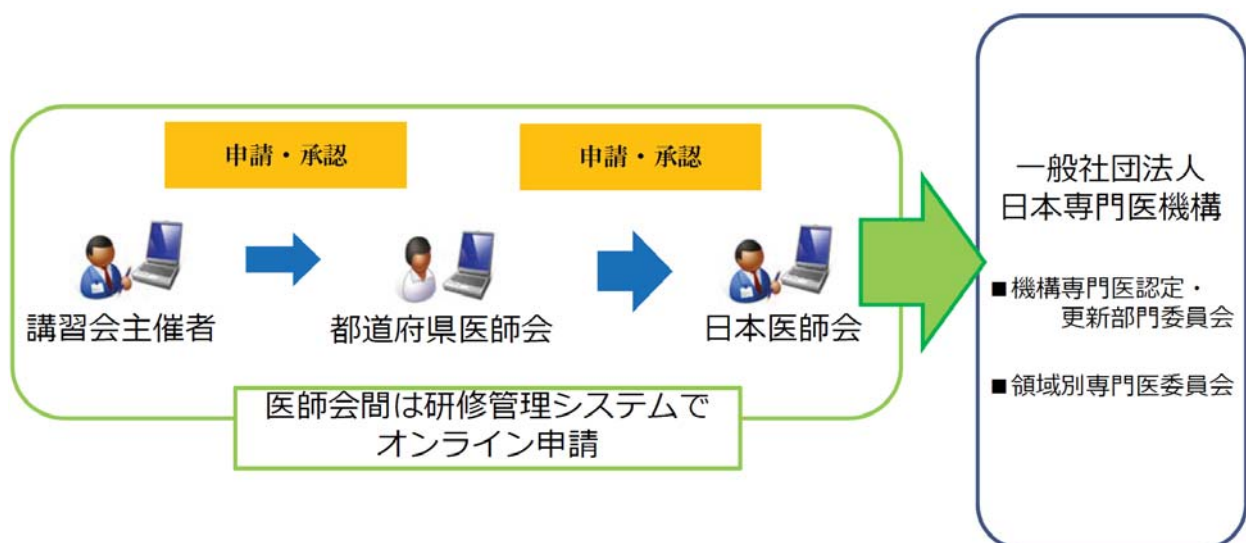
上記の変更にも対応した全国で利用できるオンライン研修管理システムを導入します。

◆ 専門医認定・更新への対応の開始

研修管理システムによって日本専門医機構認定講習会の申請が可能となります。

資料：日本医師会

専門医認定・更新への対応の開始



資料：日本医師会

全国医師会研修管理システム(仮称)

