

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)

平成28年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 松田 晋哉

平成29 (2017) 年 5月

平成28年度 厚生労働省科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）

総括報告書・総合報告書

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)

研究班員一覧

研究代表者	松田 晋哉	産業医科大学公衆衛生学教室 教授
研究分担者	鈴木 邦彦	日本医師会 常任理事
研究分担者	土田 武史	早稲田大学政治経済学部 名誉教授
研究分担者	田中 伸至	新潟大学法学部 教授
研究分担者	生坂 政臣	千葉大学医学部附属病院 総合診療科 教授
研究分担者	富岡 慎一	産業医科大学公衆衛生学教室 助教
研究協力者	宮田 靖志	愛知医科大学医学部 地域医療教育学寄付講座 教授
研究協力者	大生 定義	立教大学社会学部 教授

## 目 次

### I. 総括研究報告

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  
----- 4

松田晋哉

(資料1) 各国かかりつけ医の比較表 1 - 9

(資料2) 各国の総合診療医養成課程

(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

(資料4) 家庭医療後期研修プログラムおよび日医かかりつけ医機能研修

### II. 分担研究報告

1. 国内の総合診療教育とプライマリケア系資格認証に関する研究  
----- 33

富岡慎一 生坂政臣

(資料) 我が国のプライマリケア系資格・認証比較表

2. ドイツのプライマリケアにおける外来診療センターに関する研究  
----- 41

田中伸至

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。

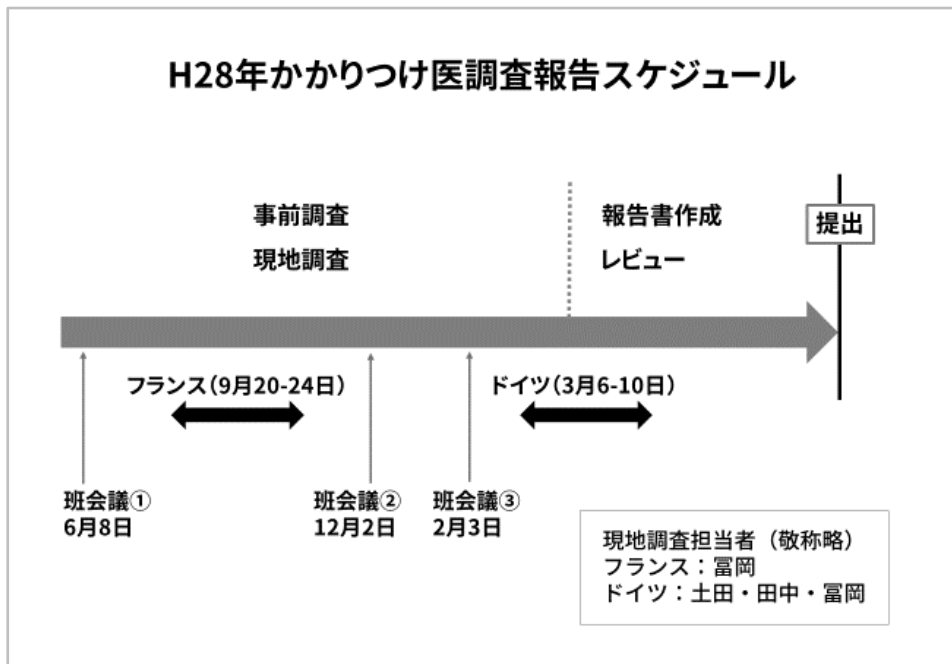
これらのプログラム内容も精査し、我が国におけるかかりつけ医養成のための方法論について、一定の方向性を見いだす必要がある。また、教育以外にも、かかりつけ医の役割を医療提供体制で活かすため、引き続き海外の医療制度との比較の中で我が国のかかりつけ医を中心とした医療提供制度のあり方を検討する必要がある。

## 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ー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"> <li>・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。</li> <li>・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）。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・家庭医は家庭医中心診療を選択する義務はない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・公的医療における開業医はすべてGP。</li> <li>・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。</li> <li>・すべての国民に診療所登録の義務あり。登録は個人単位。</li> <li>・2016年以降、患者が登録可能な診療所の地理的制約は撤廃。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>

※ 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 <sup>1</sup>	独 <sup>2</sup>	英	米 <sup>3</sup>
かかりつけ医数	契約医数 94 909 (2011) 一般医数 102 299 (2015) <sup>4</sup>	契約医数 16 800 <sup>5</sup> 家庭医数 54 385 (2015)	GP 数 51 394 (2015) <sup>6</sup>	家庭医数 96 558 (2013) <sup>7</sup>
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) <sup>8</sup> 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) <sup>9</sup>	GP のうち女性 52% (2016) <sup>10</sup> 女性 GP は増加傾 向	AAFP active member のう ち 43.1% (2016) <sup>11</sup>
年間養成数	3000 人程度		2700 人程度 <sup>12</sup>	3500 人程度 <sup>13</sup>
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) <sup>14</sup> 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) <sup>15</sup> 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) <sup>16</sup> 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) <sup>17</sup>	同等 全 GP £90,600(2015) <sup>18</sup> Contractor £101,500 Salaried £53,600 専門医 £37,923-70,718 <sup>19</sup>	低い 家庭医 \$195,301 専門医 \$284,000 (2015) <sup>20</sup>
総合診療医の勤務時間（それ以外の医師との比較） <sup>21</sup>	一般医 49 時間/週	家庭医 51 時間/週	GP 49 時間/週 <sup>22</sup>	家庭医 47 週/年 <sup>23</sup> (参考) 血管外科 +888 時間、皮膚科 -346 時間 <sup>24</sup>

### 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 <sup>25</sup> 家庭医中心診療は 5% (2016) <sup>26</sup> (2009 年の開始以来漸増)	100% (義務)	ACO 登録患者の割合 7% (2016) <sup>27</sup>
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 <sup>28</sup>	
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 <sup>29</sup>	独 <sup>30</sup>	英	米	
				Medicare/Medicaid	HMOs <sup>31</sup>
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○ <sup>32</sup>	○
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。	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○ <sup>33</sup>	○ <sup>34</sup>
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○ <sup>35</sup>	○ <sup>36</sup>
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 <sup>37</sup>	Medicaid および SCHIP では無料	無料 <sup>38</sup>
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 <sup>39</sup>	○	○

## 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 <sup>40</sup>	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 <sup>41</sup>	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。 <sup>42</sup>	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。 <sup>43</sup>	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。 <sup>44</sup>	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。 <sup>45</sup>	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 <sup>46</sup>	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 <sup>47</sup>	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） <sup>48</sup>



## 9. 卒後研修・生涯教育

	仏 <sup>49</sup>	独 <sup>50</sup>	英	米 <sup>51</sup>
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 <sup>52</sup>
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 <sup>53</sup>	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。 <sup>54</sup>	臨床プライマリケアの 21 領域と患者安全などの 4 領域 <sup>54</sup>	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

<sup>1</sup> ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE (2016)

[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](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)

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

<sup>3</sup> [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](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)

<sup>4</sup> 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>

<sup>5</sup> 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

<sup>6</sup> 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>

<sup>7</sup> 同上

<sup>8</sup> 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。

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

<sup>10</sup> [http://www.gmc-uk.org/doctors/register/search\\_stats.asp](http://www.gmc-uk.org/doctors/register/search_stats.asp)

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

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

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

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

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

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

<sup>16</sup> <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](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](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](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>

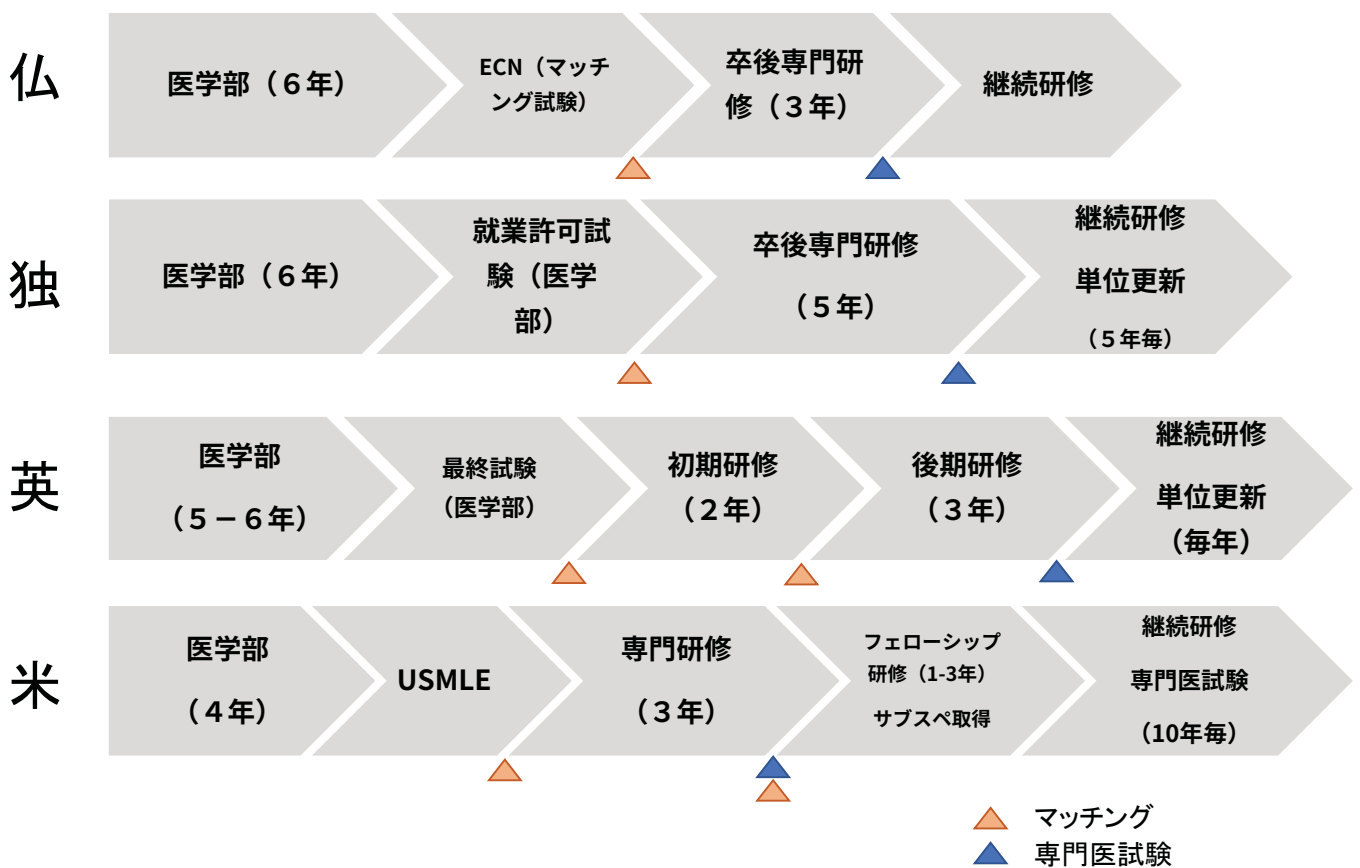
36 <https://www.healthcare.gov/preventive-care-children/>

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

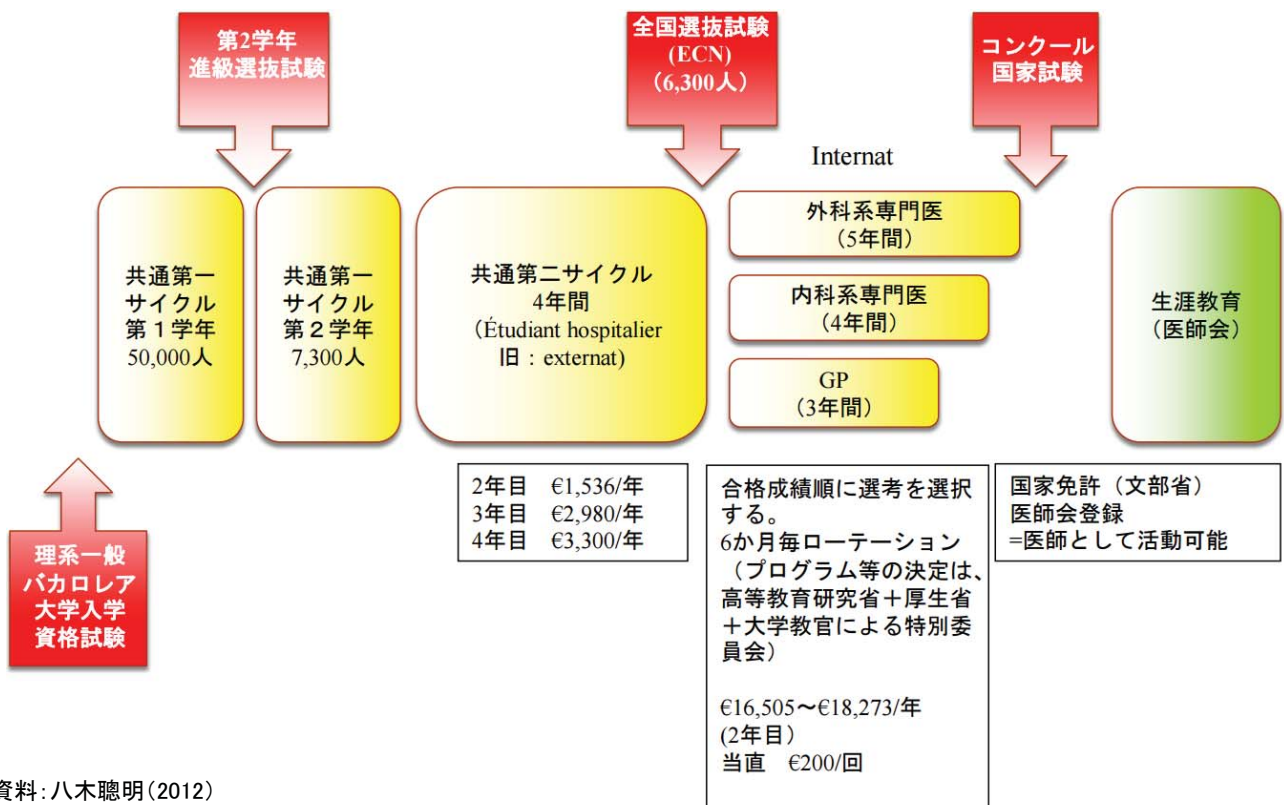
- 38 <https://www.healthcare.gov/preventive-care-children/>
- 39 [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/465412/2903820\\_PHE\\_School\\_Nursing\\_Accessible.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/465412/2903820_PHE_School_Nursing_Accessible.pdf)
- 40 [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf](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/](http://www.cnge.fr/la_formation/modules/liste/)
- 50 [http://www.blaek.de/weiterbildung/WBO\\_2004/download/WO%202004\\_2012%2010.pdf](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 ( Î le de France )

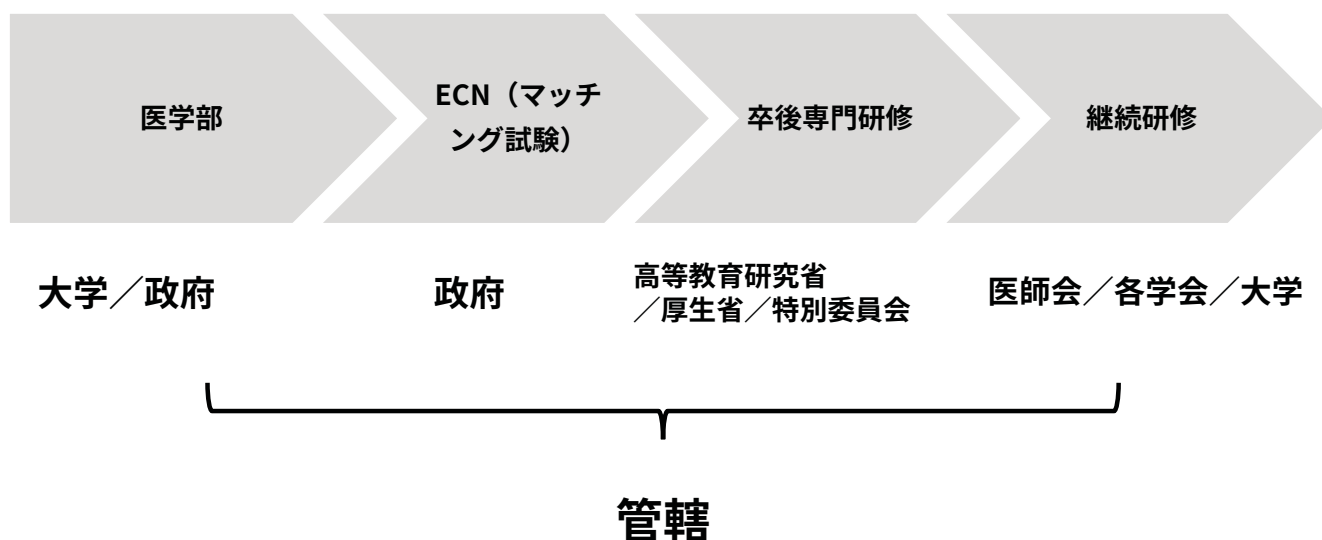
年度	一般医	内科専門医	産業医	公衆衛生医	外科専門医	臨床検査医	精神科医	産婦人科医	内科的 経人科医	小児科医	麻酔科医	合計											
2018	713	281	25	16	107	17	100	42	10	68	92	1471											
2017	713	280	25	16	107	17	100	42	10	67	92	1469											
2016	713	278	25	16	106	17	100	41	10	67	92	1465											
2015	693	275	27	16	107	17	100	40	10	66	92	1443											
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

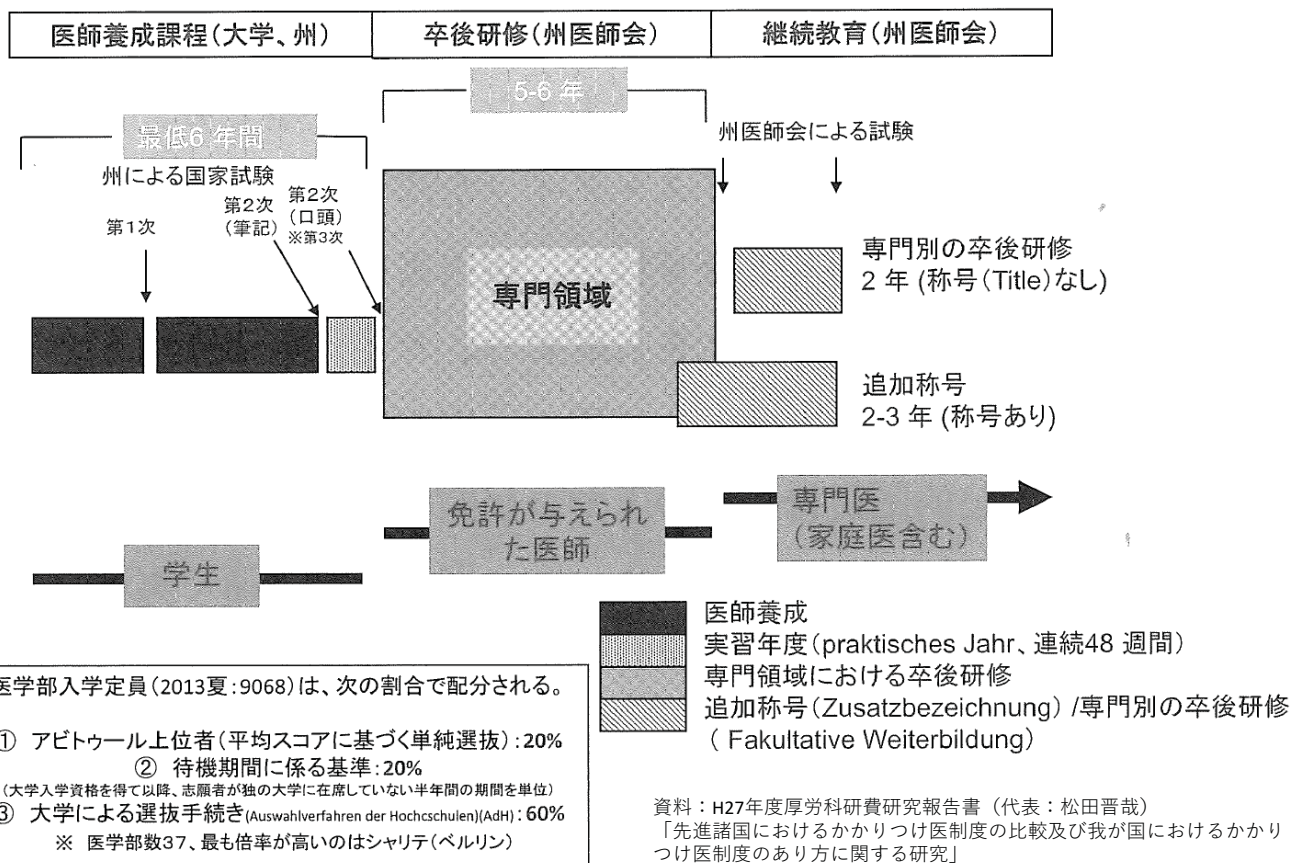
2004年:3726人、2005年:4308人、2006年:4989人、2007年:5563人、2008年:5835人  
2009年:6323人、2010年:6960人、2011年:7766人、2012年:7656人、2013年:8000人

出典: <http://www.anemf.org/>

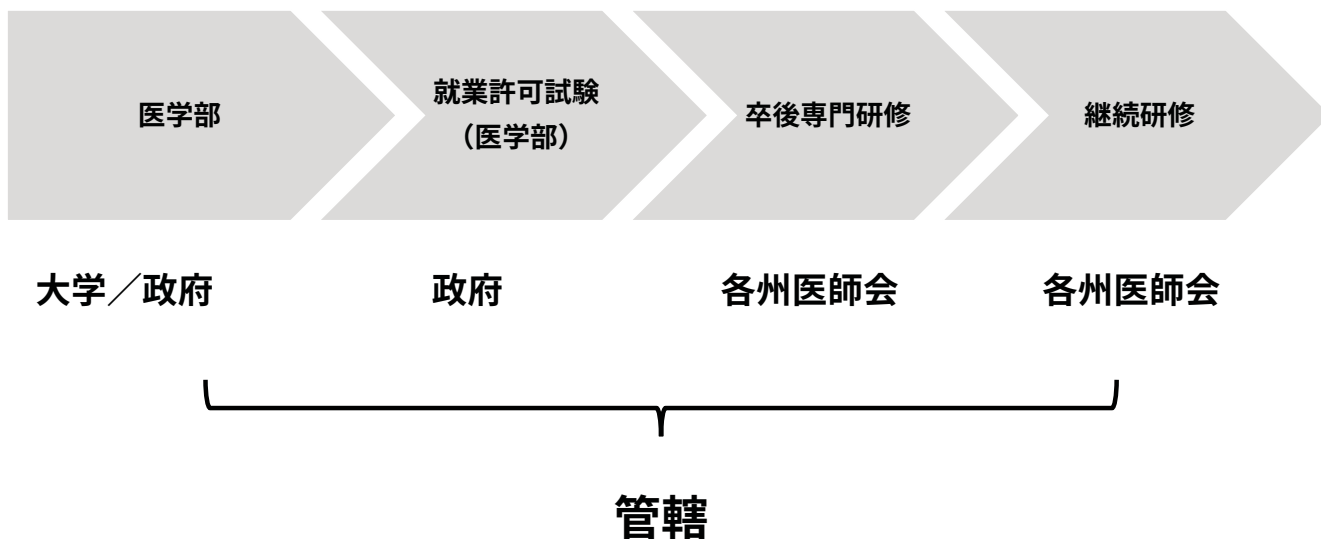
## フランスにおける医師教育の管轄



# ドイツの専門医資格の取得課程

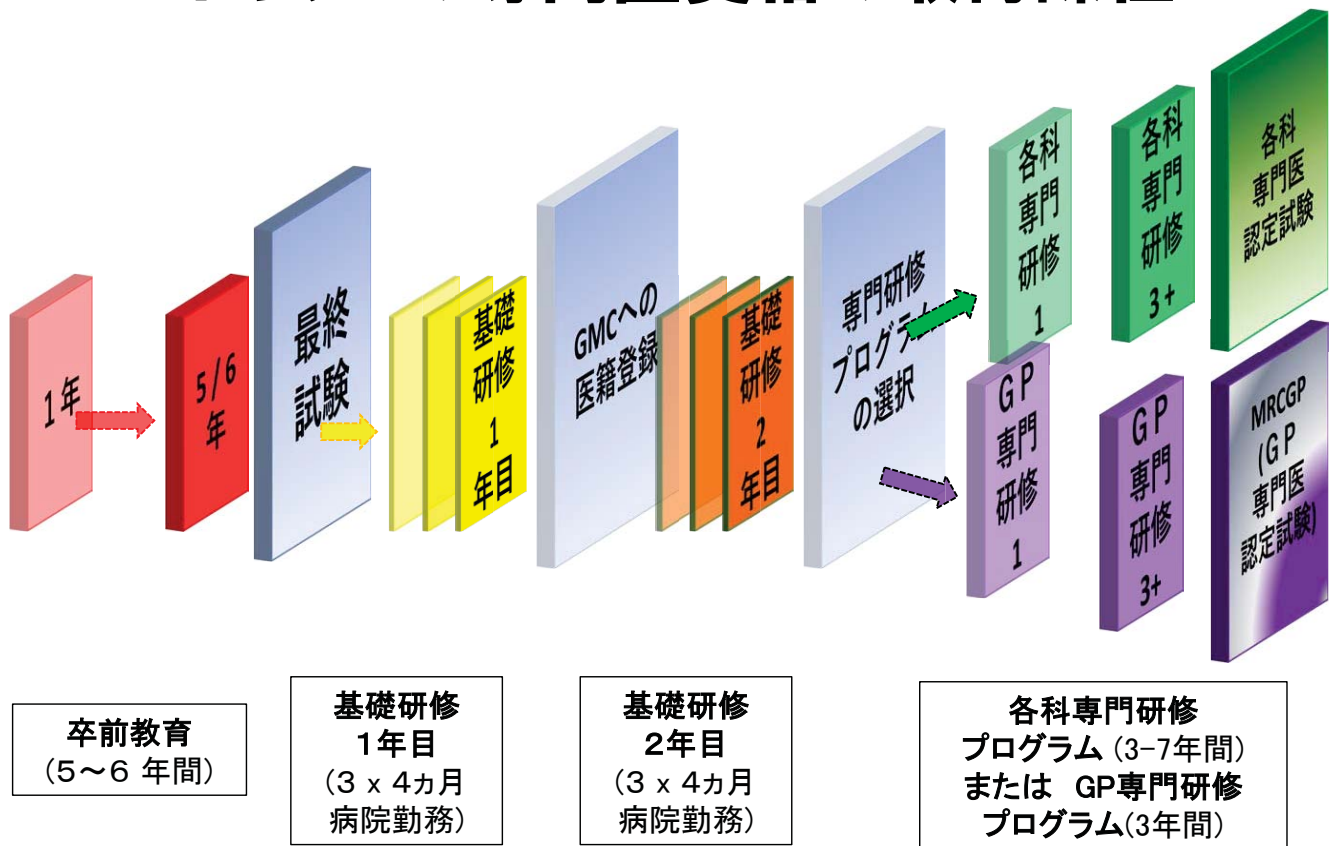


# ドイツにおける医師教育の管轄



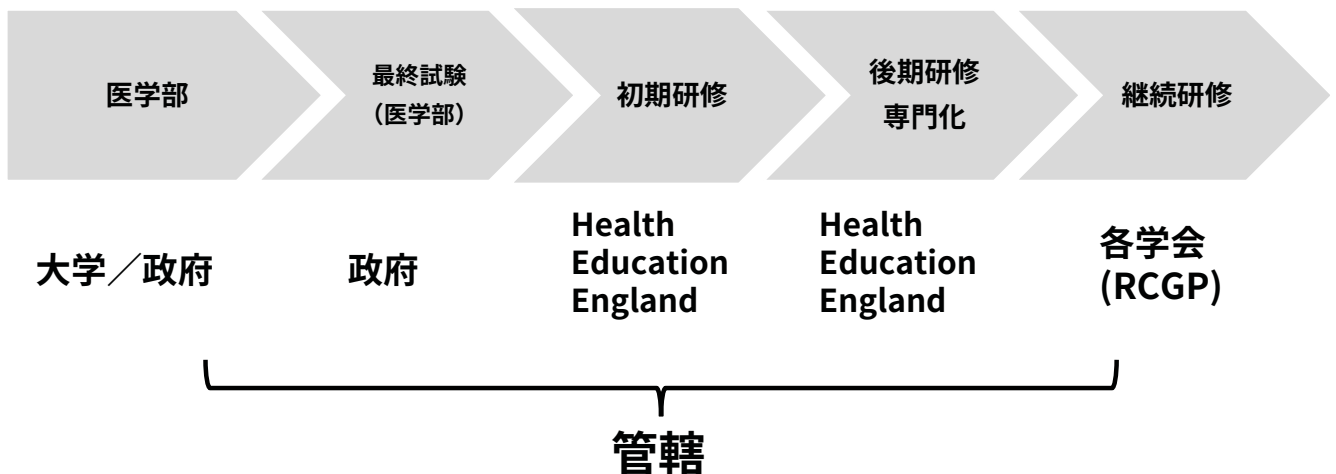


# イギリスの専門医資格の取得課程



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

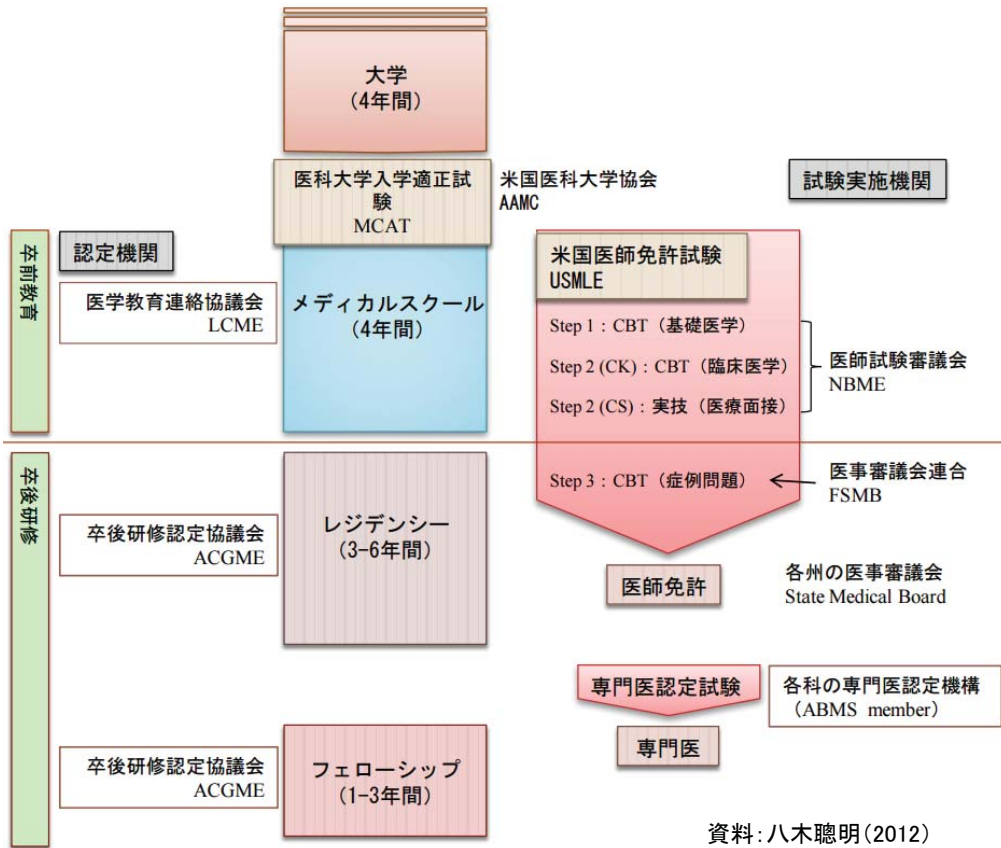
# イギリスにおける医師教育の管轄



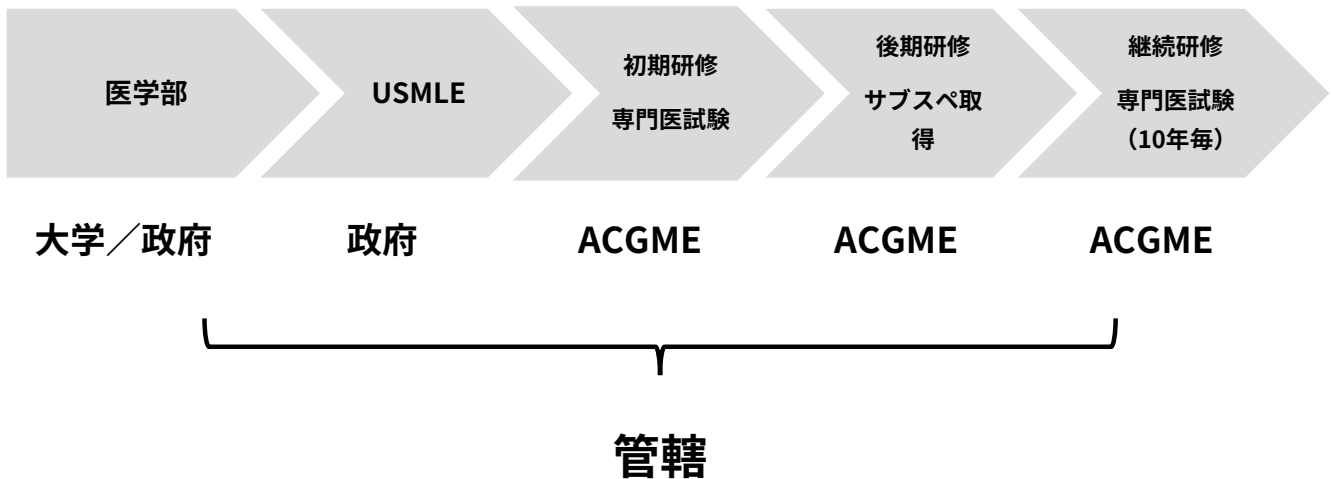
※Health Education England

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



# 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)

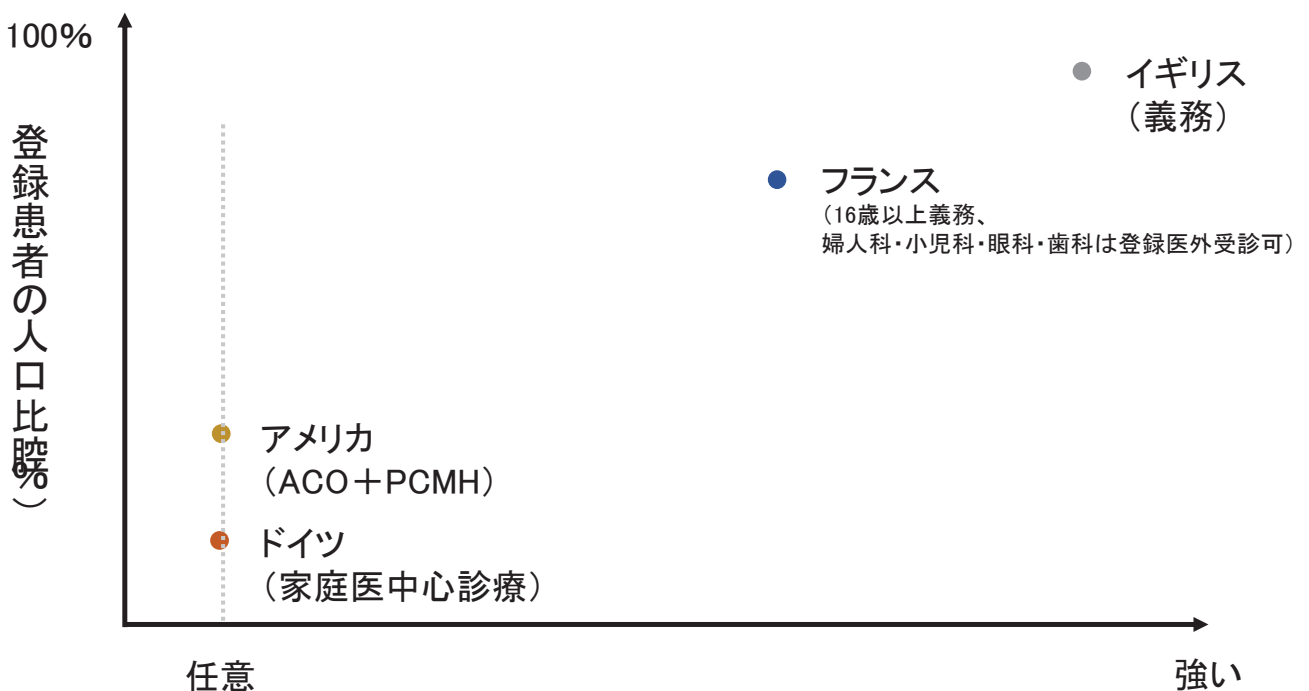
臨床スキルの判定(OSCE)

### 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

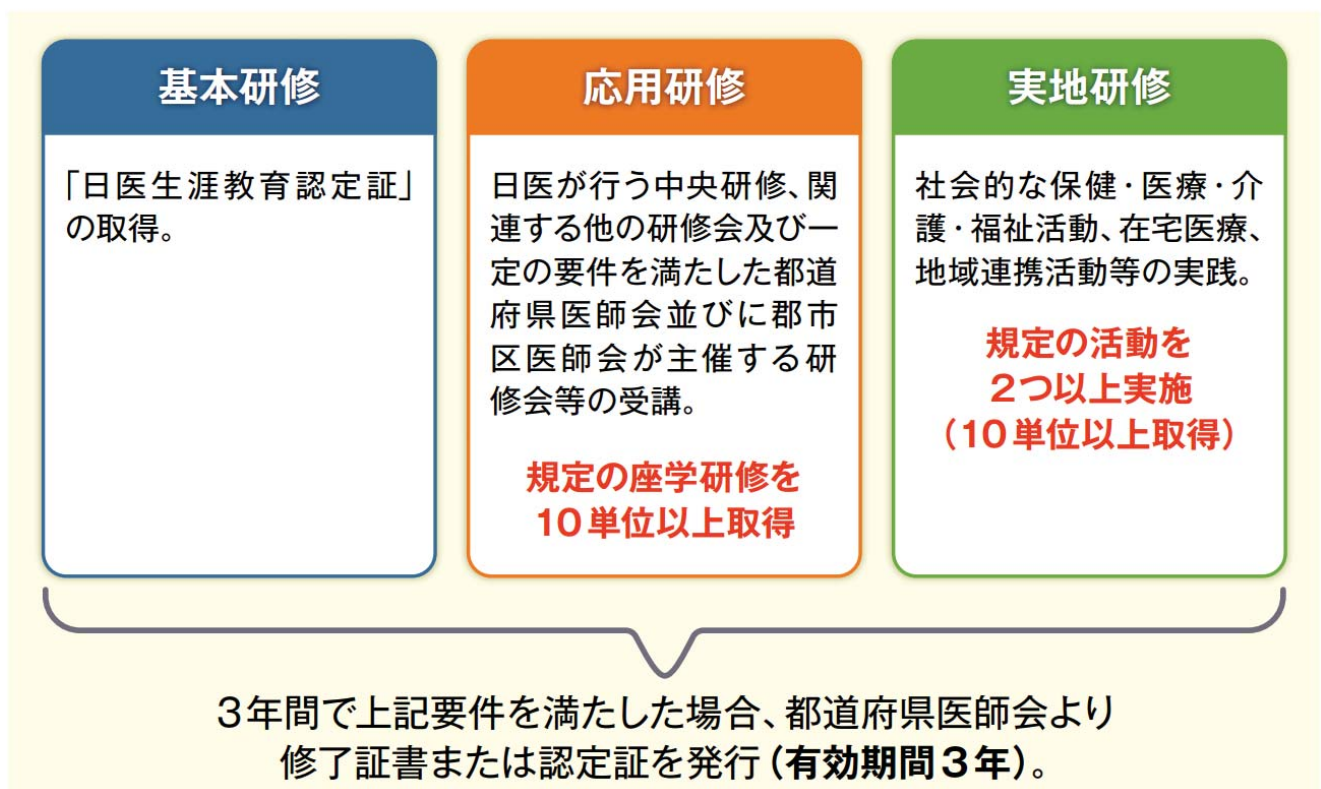
※研修内容は、関連学会・医師会と協力して作成

# 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	<b>総合診療専門研修Ⅱ</b> 【病院総合診療部門】 + 領域別研修						<b>必須小児科</b> + 領域別研修			<b>必須救急科</b> + 領域別研修		
専攻 2 年目	<b>必須内科</b> + 領域別研修						<b>その他領域別研修</b> 【整形・産科・外科・皮膚科等】 (※当該科指導医必要)					
専攻 3 年目	<b>総合診療専門研修Ⅰ</b> 【診療所・小病院】 + 領域別研修						<b>総合診療専門研修Ⅰ or Ⅱ</b> 【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

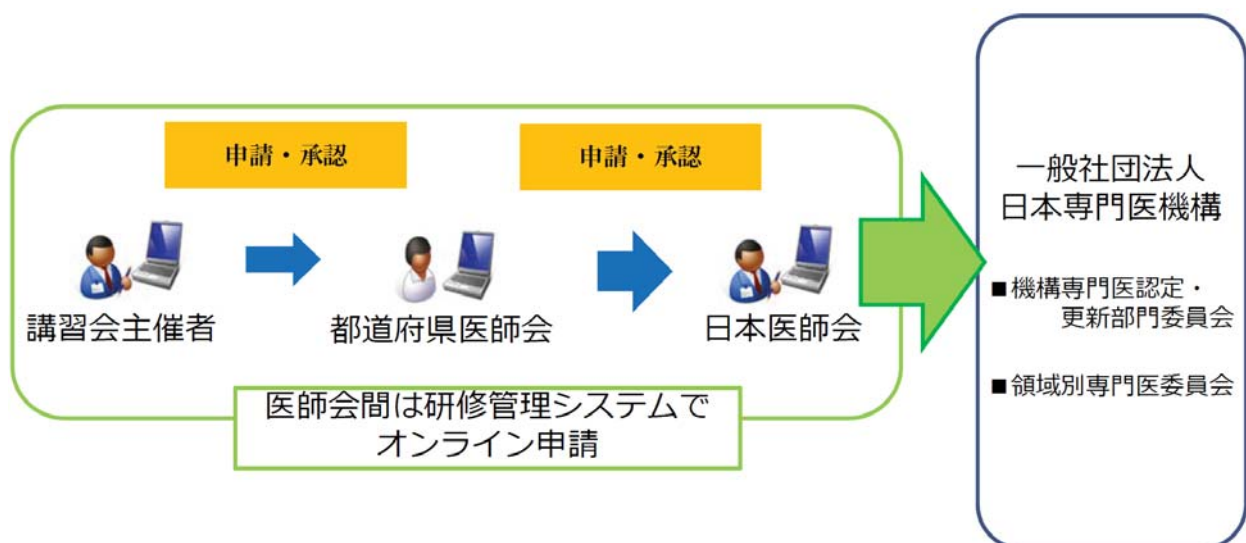
上記の変更にも対応した全国で利用できるオンライン研修管理システムを導入します。

## ◆ 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。

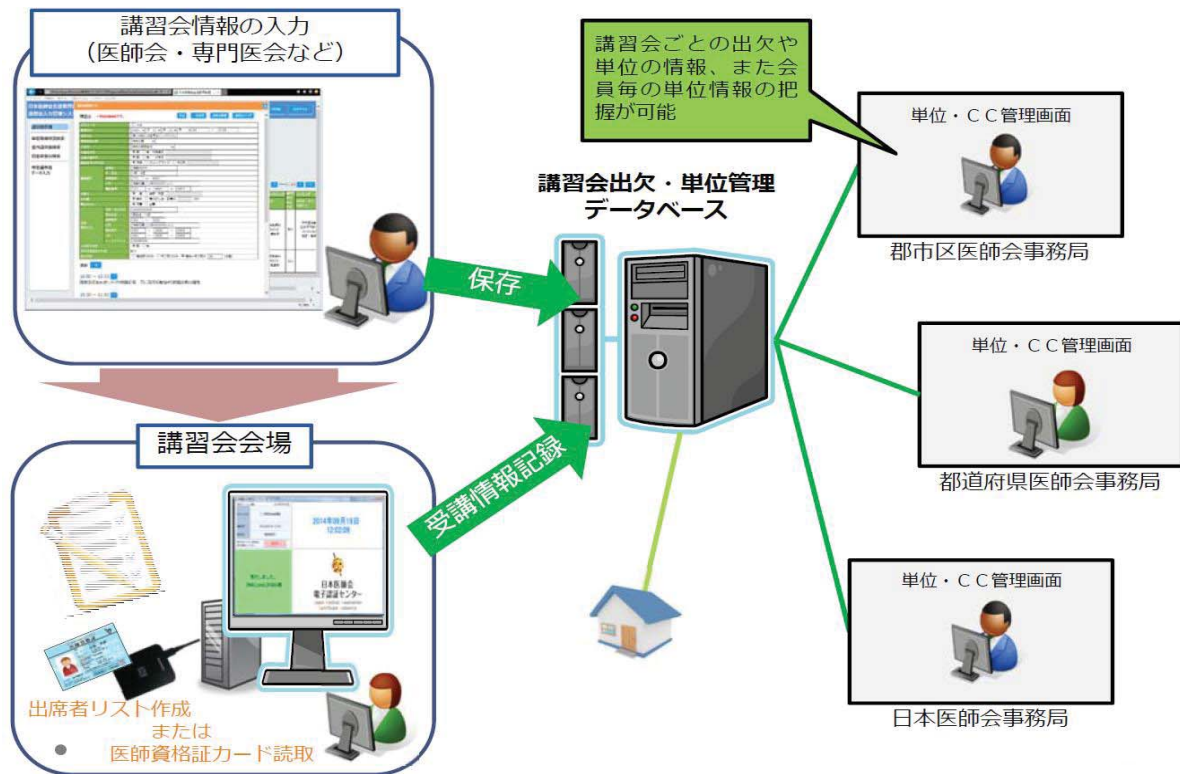
資料：日本医師会

# 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)





(分担研究)

## 国内の総合診療教育とプライマリケア系資格認証に関する研究

富岡慎一<sup>1</sup> 生坂政臣<sup>2</sup>

1. 産業医科大学 公衆衛生学教室
2. 千葉大学病院 総合診療科

### 1. はじめに

総合的な診療に従事する医師に関する枠組みは、諸外国と比して我が国ではきちんと整備されているとは言えない。本稿ではまずプライマリケアを担う医師を養成する医学教育に触れ、現行の資格や認証の現況を整理することで、今後我が国でプライマリケア提供体制の議論を進めるうえでの資料を提供することを目的としている。

### 2. 医学部教育における総合診療

本題に入る前に、まずは卒前の医学部における総合診療教育の提供に関して整理をしておきたい。2016年現在で、医学部における総合診療に関する教育はほぼ全ての大学で行われている。例外は東京大学や京都大学といった高度先進医療を主導する使命を担った大学や、特別な医師を養成することが求められている産業医科大学程度である。その他の大学では医学部に総合診療系の講座が設置されていたり、あるいは大学病院に総合診療部が備えられ医学部生に総合診療教育が行われているケースなどがある。

これら大学医学部における総合診療教育のルーツと発展は実に多種多彩であるが、それらを大まかに分けると、i) 家庭医療学、ii) 病院総合診療、iii) 総合内科、iv) 医学教育学、v) 地域医療、vi) 救急総合診療、の6つ程に分類することができよう。以下に概説を示す。<sup>1</sup>

- i) 家庭医療系は既に定着していた欧米の総合診療や家庭医療からの影響を受けて発展してきたものである。我が国ではプライマリケア連合学会の構成学会のひとつとなった家庭医療学会の流れがルーツにある。(例:三重大学・福島県立医大)
- ii) 病院総合診療系は高度専門医療を担う大学病院において、専門診療科の分類から漏れた患者の受け入れや、初診時の振り分け機能を担う部門から発展してきている。病院総合診療学会系の医師が多い。(例:九州大)
- iii) 医学教育系は大学教育において医学教育を担う部署や医学教育を専攻する医師が主導して総合診療を展開している。卒後研修センターのような形態をとる場合もある。(例:近畿大)

<sup>1</sup>これらの分類は筆者らが2017年2月に国内すべての大学医学部・大学病院のオンライン上から情報を収集して行ったものであり、分類に際してはアンケート調査などを行った訳ではない。

- iv) 総合内科系は主に総合内科医や内科系専門医が集まっているグループである。場合によっては、総合診療ではなく総合内科という看板を掲げている大学もある。(例:岩手医大、東海大)
- v) 地域医療系は主に地方の大学で認められ、地元自治体の協力を得て寄付講座のような形態から始まったものも多い。自治医大出身の医師が先導して発展しているケースもある。(例:愛媛大・和歌山県立医大)
- vi) 救急総合診療系は救急医療に強みをもつ大学病院や救急総合診療という北米型 ER の取り組みを趣向する形態から発展してきているものである。(例:杏林大・福井大)

これらの分類はあくまで大まかな括りであり、実際はその規模や方向性、教育の質や内容まで千差万別で、一括りにまとめるのは非常に難しい。家庭医療をルーツとしながら、高度先進医療を補完する診療で病院総合医を発展させた千葉大学のような例もある。また、総合診療科が医局として機能している大学もあればそうでない大学もある。

むしろ重要なことは、これら医学部での総合診療教育を施す講座の大部分がこの20年ほどの間に設立されたことである。これは国全体として地域を診ることができる総合診療医の必要性を理解しているためで、2016年までに1617人の入学定員を増やしてきた地域枠もそのひとつの表れであり、医学部における総合診療教育の背中を押した一因と考えられよう。

本年度改訂されるモデルコアカリキュラムにおいても、総合診療科が必ず経験すべき診療科に加えられることになった。このように卒前医学教育における総合診療に関する環境の整備は年々進んでおり、医学部生のうちに総合診療に触れる機会は徐々に広がっていることは間違いない。

### 3. プライマリ系資格認証の比較

欧米と我が国の医療提供体制において歴史的に大きく異なっていた点のひとつは、我が国では医師が早期から総合的な診療に従事するためのキャリアパスやフィールドが十分に整っていなかったことである。

他方、高齢化と医療の高度先進化に伴う医療費高騰を背景に、リーズナブルかつ総合的な診療能力をもつ医師がこれまで以上に必要とされていることは広く認知されてきており、今後予定されている新専門医制度において総合診療専門医が19の専門領域のひとつと定義されていることもその整備が重要視されていることの証左である。一方で、卒前教育では総合診療に関する教育の普及が進む反面、卒後の資格や役割の在り方についてはいまだ議論の最中といえる。

ここでは医師会かかりつけ医機能研修を含めて、平成28年度現在での家庭医療専門医、プライマリケア認定医、病院総合診療医学会認定医、内科学会総合内科専門医と、プライマリケア系の5つの資格や認証について、1) 取得要件、2) 更新要件、3) 取得者数の3点から比較を試みた。

(表)

### 3-1. 資格取得要件

家庭医療専門医は、後期研修プログラムの修了が必須であり、また申請時の症例報告数も多い。試験は実技と筆記の2種の試験が課されるが、合格率は8割を超える。取得のためにはある程度密度のある3年間の研修が要求され、ミッドキャリアにとっては取得のためのハードルは高い。

プライマリケア認定医は、家庭医療専門医と同じプライマリケア連合学会の発行する資格であるが、臨床医として7年以上の経験があれば学会に加入後すぐにも審査の申請が可能である。小児やメンタル、訪問診療も含む事例報告6例と診療や学術などに関する活動報告を提出する必要はあるが、課される試験は健診や予防接種なども含めたプライマリケアに関する論述のみであり、厳しい研修要件は求められていない。

病院総合診療医学会認定医は、医師免許取得後5年以上の経過のうち3年以上の病院総合診療勤務に加え、18の基本領域のいずれかの認定医または専門医が必要とされるため、初期研修後ある程度の臨床経験を要する。一方、取得のための試験は課されないため、その点では経歴重視の資格であると言える。尚、申請に際して内科系・外科系・ER系のうちからひとつを選択する。

総合内科専門医は内科認定医取得を必須として、その後少なくとも3年の内科臨床経験が求められる。2018年迄は経過措置も行われているが、従来通りの試験では申請のために手術や剖検も含めて20例以上の症例を集めることが必要で、書面審査のためのハードルは最も高いと言える。また、試験もマークシートながら6時間で総合内科も含めた内科10分野から幅広く専門的な知識を問われるため、合格のためには臨床経験に加え多くの学習量も必要とされる。<sup>2</sup>

医師会かかりつけ医機能研修は、2016年4月から始まった新しい研修の枠組みである。医師会員・非会員を問わないため、医師であり研修内容さえクリアできれば認証がもらえる仕組みである。研修は3本柱で、従来からの生涯教育を基本研修として、新しく始まった座学研修を応用研修、さらに実地研修として学校医やスポーツ医、産業医、夜間救急診療など16種の地域医療への貢献活動のうち2つ以上の実施が求められ、これらを3年間で取得しなければならないが、修了申請に際しては厳しい審査が求められる訳ではない。

### 3-2. 資格の更新

表に挙げたすべての資格認証は更新が必要であり、更新までの期間は医師会かかりつけ医機能研修は日医の生涯教育制度に合わせて3年毎の認証、他の4つの資格は5年毎に更新を受けることが必要とされる。プライマリケア専門医は2009年までの取得者は6年更新であ

<sup>2</sup> 内科認定医は新専門医制度では新規の取得は廃止、更新のみの継続となる予定である。

ったが、その後 5 年に短縮となった。医師会かかりつけ医機能研修はまだ初年度の終わりなので、3 年毎更新に定着するか等は今後検討される可能性もある。

基本的にはすべての資格が単位制をとっており、中でも日本医師会の生涯教育は関連学会との相互単位認定を進めており、家庭医療専門医・プライマリケア認定医の単位とも相互に認められる仕組みとなっている。また、これらプライマリケア連合学会の 2 資格は、生涯教育単位と詳細事例報告 6 例も同一の規定と様式で求められている。尚、この詳細事例報告はプライマリケア認定医の新規申請時と同様の様式を採用している。医師会の生涯学習は各専門学会との単位互換の他にも、全国で利用可能なオンラインで研修管理をおこなうシステムも構築を進めており、閲覧や管理の便宜の向上に努めている。

更新の際に会場での集合試験を課される資格はない。家庭医療専門医は更新年の秋に試験問題が郵送されてくるため、解答を返送して合格基準を満たす必要があり、総合内科専門医は更新までの 5 年間のうちに一度はセルフトレーニング問題をオンラインまたは郵送で解答して正答率 6 割を得なければならない。いずれにせよ参考書等を利用しての解答作成も可能な形式である。

更新の際に勤務先からの診療従事の証明書の発行が求められるのは病院総合診療認定医のみである。プライマリケア連合学会の 2 資格は認定期間中の経歴書の自己申告が必要であり、総合内科専門医とかかりつけ医機能研修は経歴書の提出は求められない。

### 3-3. 資格取得者数

取得者数が多い順に並べると、総合内科専門医が最も多い。2015 年度迄で 26,701 名であり、2016 年度の合格者数は未発表だが受験者数は更に増えている。これは新専門医制度を見越して 2014 年度から始まった経過措置の影響が大きく、経過措置の 5 年間は提出物が簡易であるため内科系各科専門医や診療所等勤務の内科医なども駆け込みで受験していると考えられる。経過措置前は例年 200-400 名程度であった。今後も各内科専門科を取得するための基盤の資格とみなされており、全ての内科医の登竜門となる見込みである。受験対象者は典型的には内科系シニアレジデントとして後期ローテート研修を受けたような医師で、今後各科専門医や総合内科医として進む者が多くなるであろう。また、既に内科系専門医を取得して病院や診療所で勤務している者が総合内科的な役割を志向して取得を目指すケースも多いと思われる。

次にプライマリケア認定医の 5,851 名が多い。これも内科専門医同様、数年前に駆け込み申請があり、年間 1000 名程度が認定を受けたが、ここ 3 年ほどは従来の数字に落ち着いている。若手向けの家庭医療専門医に対して、プライマリケア認定医はミッドキャリアからプライマリケアを志向する医師が対象者となっている。また、プライマリケア認定医または家庭医療専門医でなければ家庭医療後期研修プログラムを運営するための指導医になれないため、そのことも資格取得の動機となっている。

病院総合診療認定医は、721 名の認定者を出しているが、これもプライマリケア認定医同様に近年大きな波があり、2016 年に 452 名と過半数が認定を受けている。2017 年現在は認定者数が未確定ながら申請者は 75 名と従来の数に戻りそうである。対象者は内科系を中心とし

て各種専門医資格をもったような病院勤務医で、例えばキャリア中盤などに総合診療部門を任されるようになった際には適した資格となる。

家庭医療専門医は現状では最も数が少なく581名である。年間の養成者数は70名程度と決して多くはないが、以前と比べれば後期研修プログラムの数や内容も充実してきているため養成者数も漸増していく可能性がある。対象者は若手の研修医や医師で総合診療医を目指す者である。

最後に医師会かかりつけ医機能研修であるが、まだ初年度の終わりであり各都道府県医師会が実施主体となるため、全国規模での人数は把握されていない。ただ、2016年4月以降に応用研修を受講した医師数は、全国で凡そ8,000名程度と推測されている。また、先だって福岡県医師会では2014年から、鹿児島県医師会では2015年から独自に認定かかりつけ医制度として取り組みを進めている。それらを鑑みて2017年4月1日付で発行されるかかりつけ医機能研修修了証はその規模の人数を上回ると考えられ、他の資格取得者数を大きく上回る。

#### 4. おわりに

本稿では本邦のプライマリケアに関する各資格や認証の現況を整理した。傾向として、今後も医学会全般を通して各学会の単位互換や申請様式の統一などにより、申請や更新に伴う複雑性や煩雑性が減り、事務手続きの面で医師の負担が減る可能性はある。同時に学会毎に存在する枠組みが外れ、より透明性の高い資格の在り方が求められることになるであろう。

一方で、プライマリケアを提供する医師の診療の質の管理や向上は今後も各学会にとって重要な課題だと考えられる。資格の取得・更新は医師にとって新たな負担になりうるが、プライマリケアに従事する医師として国民からの要求に応えられる存在であり続けるための研鑽が必要ということになるだろう。

(資料) 我が国のプライマリアケア系資格・認証比較表

名称及び取得形態					
名称	家庭医療専門医 <sup>1</sup>	プライマリアケア認定医 <sup>2</sup>	病院総合診療医学会認定医 <sup>3</sup>	内科学会総合内科専門医(新・内科専門医) <sup>4</sup>	医師会かかりつけ医機能研修 <sup>5</sup>
形態	後期研修プログラム+書面審査+認定試験	書面審査+認定試験	書面審査	書面審査+認定試験	研修プログラム
資格取得要件					
申請要件	家庭医療後期研修プログラム修了	臨床医歴7年以上	医師免許取得後5年以上経過(病院総合診療3年以上従事)、18の基本領域の認定医または専門医	内科認定医取得後、教育病院での内科臨床研修3年以上、またはそれに準ずる経験 <sup>6</sup>	医師会員・非会員を問わない
研修を要する場合の期間	3年以上		3年以上(学会認定施設は全国に126あるが、認定医申請の要件ではない)	教育病院(教育関連病院)での内科臨床研修3年(5年)以上、等	3年間
研修実施主体	各研修プログラム計468(ver2:330/ver1:138) <sup>7</sup>			教育病院・教育関連病院	都道府県医師会
管理主体	日本プライマリアケア連合学会 専門医認定委員会	日本プライマリアケア連合学会 専門医認定委員会	日本病院総合診療医学会認定資格制度審議委員会	日本内科学会 資格認定試験委員会	日本医師会
研修内容(場所、期間または条件)	(Ver2の場合) <sup>8</sup> 以下のすべてを含む ・診療所・小病院での総合診療6ヶ月以上 ・病院総合診療部門6ヶ月以上 ・内科6ヶ月 ・小児科3ヶ月 ・救急3ヶ月 ・その他の領域別研修	特別な研修要件無し(申請時提出物の要件を満たせば可)	3年以上の病院総合診療に関する経験	以下の①-④のいずれか ①教育育病院での内科臨床研修3年間以上②教育病院での内科臨床研修1年間以上+教育関連病院での内科臨床研修=計3年間以上③教育関連病院での内科臨床研修5年間以上④教育病院での内科臨床研修1年間以上+認定されていない病院での内科臨床研修=計3年間以上	以下のすべてを含む ・基本研修 <sup>9</sup> 生涯教育認定証取得(生涯教育は関連学会と単位互換有) ・応用研修 座学研修10単位以上 ・実地研修 社会的な保健、医療、介護、福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践2つ以上
申請時提出物(申請書や履歴書)	・後期研修終了証 ・ポートフォリオ事例報告書 a. 詳細報告18事例	・詳細事例報告書6例 a. 外来(成人長期・成人救急・成人メンタル・小児(思春期)各1例)	・診療実績証明証 ・認定医等認定証(写) ・理事または評議員の推薦書	・受持入院患者一覧表 ・病歴要約20-22例 ・退院時サマリーのコピー20-22例	・日医生涯教育認定証(写) <sup>10</sup> ・応用研修受講報告書 ・実地研修実施報告書

等に加えて)	b. 簡易報告 20 事例	b. 定期訪問診療・往診 c. 地域保健活動・医療者教育実践事例 ・活動報告書 2 項目 a. 直近 1 年間の診療・地域保健活動歴 b. 直近 5 年間の学術活動・生涯教育活動歴		・手術記録のコピー 2 例 ・剖検報告（最終診断）書のコピー 2 例 ・発表業績を証明するもののコピー 2 件	会員：実地研修を実施したか郡市区医師会で可能な限り確認 非会員：面接による申請内容の確認
申請時試験	・臨床能力評価試験（実技試験） ・論述試験（筆記試験）	論述試験（筆記試験）		マークシート式試験	
更新要件					
更新有無	有	有	有	有	有
更新期間	5 年間	5 年間	5 年間	5 年間	3 年間
更新要件	・生涯教育単位 <sup>11</sup> （本学会・関連学会参加、プライマリケアの研究論文掲載、プライマリケアに関する教育活動） ※日医生涯教育単位も可 ・詳細事例報告 6 例 ※プライマリケア認定医と同一書式 ・郵送試験 ・認定期間中の経歴書	・生涯教育単位 （左記参照） ※家庭医療専門医と同一項目および単位数 ・詳細事例報告 6 例 ※新規申請時と同一書式 ・認定期間中の経歴書	・研修実績単位 （本学会・関連学会参加・発表、本学会・関連学会雑誌掲載） ・病院総合診療従事証明書（施設責任者証明有）	・生涯教育単位（本学会・関連学会参加・発表、本学会・関連学会論文掲載） ※期間中に郵送またはウェブでのセルフトレーニング問題全 50 問の 6 割以上正解および本学会参加各 1 回が必須	・単位制（新規申請時と同様に基本研修、応用研修、実地研修を継続）
資格取得者					
既取得者数	581 名(2016 年 10 月 31 日) <sup>12</sup>	5851 名(2017 年 1 月 31 日) <sup>13</sup>	721 名(2017 年 2 月 10 日) <sup>14</sup>	26,701 名(2017 年 2 月 1 日) <sup>15</sup>	(2017 年 4 月認証開始) ※福岡・鹿児島では先行
年間養成者数	73 名(2014 年) 57 名(2015 年) 72 名(2016 年)	131 名(2014 年) 140 名(2015 年) 159 名(2016 年)	72 名(2014 年) 69 名(2015 年) 452 名(2016 年)	2,690 名(2014 年) 4,252 名(2015 年) 4,381 名(2016 年)	約 8000 名(2016 年 4 月-12 月応用研修受講実績) <sup>16</sup>
対象者	若手プライマリケア連合学会医師・研修医	中堅以上のプライマリケア連合学会医師	病院総合診療医（内科系、外科系、ER 系の 3 つの認定医のカテゴリーから選択）	内科全般の診療を志向する内科医（内科系専門医含む）	診療所医師等のかかりつけ機能を担う医師

## すべての URL は 2017 年 2 月アクセス

- <sup>1</sup> 日本プライマリケア連合学会 HP 家庭医療専門医の認定に関する細則（2016 年 8 月 7 日改定） [http://www.primary-care.or.jp/nintei/pdf/kateiryo\\_saisoku.pdf](http://www.primary-care.or.jp/nintei/pdf/kateiryo_saisoku.pdf)
- <sup>2</sup> 日本プライマリケア連合学会 HP プライマリ・ケア認定医の認定に関する細則（2016 年 8 月 7 日改定） [http://www.primary-care.or.jp/nintei/pdf/pc\\_saisoku.pdf](http://www.primary-care.or.jp/nintei/pdf/pc_saisoku.pdf)
- <sup>3</sup> 日本病院総合診療医学会 HP 認定医制度規則（2011 年 4 月 1 日施行） <http://hgm-japan.com/member/rule.php>
- <sup>4</sup> 日本内科学会 HP 認定医制度 <http://www.naika.or.jp/nintei/>
- <sup>5</sup> 日本医師会 HP 日医かかりつけ医機能研修制度 <http://www.med.or.jp/doctor/kakari/>
- <sup>6</sup> 日本内科学会 HP 総合内科専門医資格認定試験受験案内（従来通りの試験） [http://www.naika.or.jp/jsim\\_wp/wp-content/uploads/2017/01/c20329b129ec7734deaaafcc5d2abeac.pdf](http://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2017/01/c20329b129ec7734deaaafcc5d2abeac.pdf)
- <sup>7</sup> 日本プライマリケア連合学会 HP 後期研修プログラム関連制度 <http://www.primary-care.or.jp/nintei/index.html>
- <sup>8</sup> 日本プライマリケア連合学会 HP 改訂家庭医療後期研修プログラムの認定に関する細則（2015 年 3 月 29 日改定） <http://www.primary-care.or.jp/nintei/pdf/koukikensyusaisoku20150329.pdf>
- <sup>9</sup> 日本医師会 HP 日医かかりつけ医機能研修制度 制度概要 [http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/kakari/system20160317\\_1.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/kakari/system20160317_1.pdf)
- <sup>10</sup> 日本医師会 HP 日医かかりつけ医機能研修制度修了申請の流れ [http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/kakari/system20160317\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/kakari/system20160317_2.pdf)
- <sup>11</sup> 日本プライマリケア連合学会 HP 生涯教育単位報告書作成の手引き [http://www.primary-care.or.jp/nintei\\_fp/pdf2016/03\\_tanitebiki2016gen.pdf](http://www.primary-care.or.jp/nintei_fp/pdf2016/03_tanitebiki2016gen.pdf)
- <sup>12</sup> 日本プライマリケア連合学会 HP 家庭医療専門医制度：専門医一覧 [http://www.primary-care.or.jp/nintei\\_fp/fp\\_list.html](http://www.primary-care.or.jp/nintei_fp/fp_list.html)
- <sup>13</sup> プライマリケア連合学役員ヒアリングより。
- <sup>14</sup> 病院総合診療学会役員ヒアリングより
- <sup>15</sup> 日本内科学会 HP 総合内科専門医名簿 <http://www.naika.or.jp/nintei/seido/meibo/>
- <sup>16</sup> 日本医師会担当者ヒアリングより。正確な数字は 2017 年度より把握予定。



(分担研究)

ドイツのプライマリケアにおける外来診療センター  
— Medizinische Versorgungszentren (MVZ) —

田中伸至 (新潟大学法学部)

(目次)

1. はじめに — 本稿の目的
2. 外来診療センター制度
  - (1) 概要と制度創設の経緯
  - (2) 制度創設の意義と機能
  - (3) 旧東独のポリクリニーク (Polikliniken) と外来保健センター (Gesundheitszentren)
3. 外来診療センターの普及状況
4. 外来診療センターの実例 — ニーダーラオジッツ外来保健センター —
  - (1) 立地
  - (2) 沿革
  - (3) 診療施設と診療科の配置
  - (4) 診療施設の内部構造
  - (5) 医療連携と医療の質の確保
  - (6) 外来診療センターのメリットと課題
5. おわりに — プライマリケアにおける機能とわが国への示唆
  - (1) プライマリケアと外来診療センター
  - (2) わが国への示唆

## 1. はじめに — 本稿の目的

本稿は、ドイツのプライマリケアにおいて近年、存在感を増してきている外来診療センター (Medizinische Versorgungszentren, MVZ)<sup>1</sup>の制度概要と位置づけ、役割や機能について、関係法令等とドイツで行われた医療関係者からのヒアリング調査<sup>2</sup>に基づき、制度描写を行い、所要の検討を行うものである。まず、外来診療センターの制度内容を概観した後、ブランデンブルク州における外来診療センターの実例を紹介する。これらの制度と実例の描写に基づいて、外来診療センターの機能を整理し、わが国への現時点での示唆の獲得を試みる。

## 2. 外来診療センター制度

### (1) 概要と制度創設の経緯<sup>3</sup>

外来診療センターは、2003年の公的医療保険現代化法<sup>4</sup>に基づき、2004年から契約医診療への参加が認められた医療機関類型である (社会法典第5編<sup>5</sup>95条1項1文)。外来診療

---

<sup>1</sup> „medizinische Versorgungszentren“は、後述のとおり、外来医療を担当する医療機関であるところ、この語を直訳すれば「医療センター」ないし「医療供給センター」などといった名称になろう。しかし、わが国では比較的大規模な病院が「医療センター」の名称を使用していることがあるため (例えば、「北海道医療センター」など。国立病院機構ウェブサイト「国立病院機構病院一覧」<[http://www.hosp.go.jp/about/cnt1-0\\_000103.html](http://www.hosp.go.jp/about/cnt1-0_000103.html)>参照)、「医療センター」の訳語では、入院医療も提供する病院の一種と誤解されるおそれがある。他方、大規模病院が本院とは別に、複数の診療科による外来診療を行う診療施設を開設し、これに「診療センター」の名称を付けている例 (例えば、「岩手県立中央病院附属沼宮内地域診療センター」など。同センターウェブサイト

<<http://www2.pref.iwate.jp/~hp9001/iphs/iph180/>>、岩手県医療局ウェブサイト

<<http://www.pref.iwate.jp/iryoukyoku/index.html>>参照) や複数の診療科を備えて外来診療を提供している独立の施設に「診療センター」と名付けている例 (高石市立診療センター。同センターウェブサイト<<http://www.eonet.ne.jp/~ztakaishi/s/index.html>>参照) がある。これらの事情も踏まえ、本稿では「外来診療センター」の訳語を用いる。

<sup>2</sup> 調査は、2017年3月6日から10日の間、ザクセン-アンハルト州、ザクセン州、ベルリン、ブランデンブルク州において関係機関を訪問する形で行なわれた。

<sup>3</sup> 外来診療センター制度の概要と経緯につき、Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Übersicht über das Sozialrecht, 13. Aufl. 2016, S. 265 参照。

<sup>4</sup> Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) von 14. November. 2003, BGBl. I S. 2190.

<sup>5</sup> Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des

センターは、医師が運営する医療機関であり、複数の医師が勤務医又は契約医として医業に従事する（同項 2 文）。導入当初は、複数の診療科を有するものでなければならなかったが（旧同項 4 文）、公的医療保険診療提供強化法<sup>6</sup>により 2015 年 7 月からは、単一の診療科のみのセンターも認められている。このため、現在では、家庭医だけが在籍するものや特定の専門医の診療科のみのセンターも設置することができる。契約医診療への参加に係る許可は、在籍している医師ではなく、外来診療センター自体に対して診療施設の開設地ごとに付与される（同項 5 文）<sup>7</sup>。開設できる診療施設数には制限はなく<sup>8</sup>、複数の診療施設を運営することができる。ただし、契約医診療に参加している医師がいない外来診療センターは、許可を受けることはできない（同文）<sup>9</sup>。

設立主体として認められているのは、契約医診療への参加の許可を得ている医師、許可病院、透析施設、公益団体、地方自治団体である（同条 1a 項 1 文 1 段）。制度創設当初は、薬局や介助施設などの経営体など、すべての公的医療保険の給付提供者が設立主体として認められていたが、公的医療保険診療提供構造改善法<sup>10</sup>により 2012 年から、上掲の主体に制限されることとなった<sup>11</sup>。その理由は、医療に何ら関係のない投資家らが薬局や介助施設を買収した上で、手術主体の眼科や検査を対象とする外来診療センターを開設し、営利目的で診療内容に干渉する危険があるからである<sup>12</sup>。

外来診療センターに認められる法的形態は、人的会社（Personengesellschaft）、登記協同組合（eingetragene Genossenschaft）、有限責任会社（Gesellschaft mit beschränkter Haftung - GmbH）及び公法上の法的形態である（同文 2 段）。合名会社（offene Handelsgesellschaft）や合資会社（Kommanditgesellschaft）、株式会社（Aktiengesellschaft）

---

Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482).

<sup>6</sup> Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VStG) vom 16. Juli 2015, BGBl. 2015 I S. 1211.

<sup>7</sup> Jousen, J. in: Becker, U. /Kingreen, T. (Hrsg.), SGBV Gesetzliche Krankenversicherung Kommentar, 5. Aufl. 2017, §95 Rn. 14.

<sup>8</sup> Jousen, J. in: Becker /Kingreen (Fn. 7), §95 Rn.16.

<sup>9</sup> Steinmeyer, H-D. in: Bergmann, K. O. /Pauge, B./Steinmeyer, H-D. (Hrsg.), Gesamtes Medizinrecht, 2. Aufl.2014, SGBV §95 Rn. 26.

<sup>10</sup> Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011, BGBl. I S. 2983.

<sup>11</sup> Hellkötter-Backes, C. in: Hänlein, A. /Schuler, R. (Hrsg.), Sozialgesetzbuch V Lehr- und Praxiskommentar, 5. Aufl. 2016, §95 Rn. 40.

<sup>12</sup> BT-Drucksache 17/6906, S. 70f ; Janda, C. , Medizinrecht, 3. Aufl. ,2016, S. 168.

は、認められない<sup>13</sup>。これらの法的形態は商業営業（Handelsgewerbe）のための会社形態であり、自由職業である医業（die freiberufliche ärztliche Tätigkeit）は商業営業ではないからである<sup>14</sup>。

外来診療センターにおける診療の管理監督は、医師が担当しなければならない（1項3文1段）。診療全体について医師が責任を持ち、センター内の診療組織を構築するとともに、診療内容について経営面からの指図を受けないようにする趣旨である（3文2段）<sup>15</sup>。ただし、歯科医師や精神療法医も、センターで従業する場合は医師との共同で診療の管理業務担当することが許される（同項4文）。一方、センターの経営管理や代理権は、マネジメント会社に移譲することも可能である<sup>16</sup>。

## （2）制度創設の意義

外来診療センターの導入の意義は、医師側、患者側、さらに地域の医療提供体制の整備の各方面について指摘されている。

医師サイドでの意義の第1は、伝統的な外来診療のあり方の転換である。伝統的な診療所の経営形態はいわゆるソロプラクティスであったが、この制度創設により勤務医を雇用する施設形態が改めて認められた<sup>17</sup>。第2に、こうした施設形態の下で、若手医師が開業に伴う経営リスクを負うことなく、勤務医として契約医診療に参加して外来診療に従事できることが挙げられる<sup>18</sup>。第3に、複数の医師が施設や医療機器などの設備が共同で利用することができ、また、事務処理もまとめて行うことができることから、費用や時間の節約が可能になることも重要である<sup>19</sup>。

患者にとっての意義としては、ワンストップで多様な診療領域に属する医療を受ける機会が得られることが挙げられる。さらに、外来診療センターではそこで診療に従事する医師の間で密接な協働を行うことが可能になることから、関係する多分野の医師の間で治療目標や診療計画を調整することが容易になり、より安全で質の高い診療を患者が受けるこ

<sup>13</sup> Steinmeyer, H-D. in: Bergmann /Pauge /Steinmeyer (Fn. 9), SGBV §95 Rn. 24.

<sup>14</sup> Janda (Fn.12), 2016, S. 169.

<sup>15</sup> Jousen, J. in: Becker /Kingreen (Fn. 7), §95 Rn.9.

<sup>16</sup> Janda (Fn.12), 2016, S. 169.

<sup>17</sup> Hellkötter-Backes, C. in: Hänlein /Schuler (Fn. 11), §95 Rn. 38.

<sup>18</sup> Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Fn. 3), S.265.

<sup>19</sup> Janda (Fn.12), 2016, S. 168.

とができることも指摘されている。重複検査や誤診、薬物相互作用などの予防も期待できる<sup>20</sup>。

地域医療における意義としては、地方公共団体が外来診療センターを開設することにより、地域医療の体制づくりや改善を図っていくことができることが強調されている<sup>21</sup>。特に、開業契約医の診療所が不足している地域では地方公共団体立の外来診療センターは大きな役割を果たすと考えられている<sup>22</sup>。

### (3) 旧東独のポリクリニーク (Polikliniken) と外来保健センター (Gesundheitszentren)

こうした外来診療センターは、ドイツ民主共和国 (旧東ドイツ) に普及していたポリクリニーク (Polikliniken) <sup>23</sup>をモデルとして<sup>24</sup>、公的疾病保険において改めて制度化したものである。旧西ドイツではソロプラクティスの開業医が外来診療を担当してきたが、旧東ドイツにおける外来診療は公立のポリクリニークやアンブラトリウム (Ambulatorien) <sup>25</sup>によって行われていた。それらの施設は、複数の診療科を有し、勤務医が外来診療に従事していた。ドイツ再統一直前の 1989 年時点では 622 のポリクリニークがあり、そのうち職域に設置されたポリクリニーク (Betriebspolikliniken) は 151 施設、平均勤務医数は 21 人であったとされる。すべての診療科目を揃えた県域ポリクリニーク (Bezirkspolikliniken) では 50 人の勤務医が診療に従事していたという。地方には、郡ポリクリニーク (Kreispolikliniken) が開設され、その下に、2 ないし 3 の診療科 (一般医、内科、小児

---

<sup>20</sup> Janda (Fn.12), 2016, S. 168.

<sup>21</sup> BT-Drucksache 18/4095, S. 105.

<sup>22</sup> Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Fn. 3), S.265.

<sup>23</sup> ポリクリニークの語義は、“Krankenhaus oder einem Krankenhaus oder einer Klinik angeschlossene Abteilung für meist ambulante Behandlung“ (DUDEN ウェブサイト <<http://www.duden.de/rechtschreibung/Poliklinik>>) とされており、この後段に着目して和訳するとすれば、「病院附属外来診療所」や「病院附属外来総合診療所」と名付けることもできる。しかし、わが国では「ポリクリニーク」の語をもって語られることが通例であるようであるから、本稿でも「ポリクリニーク」の語を使用する。

<sup>24</sup> Quaas, M. in: Quaas, M/ Zuck, R./ Clemens, T., Medizinrecht, 3. Aufl.,2014, §17 Rn. 2.

<sup>25</sup> アンブラトリウムの語義は、“Einrichtung zur ambulanten Behandlung“ (DUDEN ウェブサイト <<http://www.duden.de/rechtschreibung/Ambulatorium>>) とされており、和訳するとすれば、「外来診療施設」ということもできる。しかし、注 23 で記したとおり、本稿ではポリクリニークにつき特段の和訳語を用いないことに合わせて、当該施設形態についても和訳語を作成せず、「アンブラトリウム」の語を使用する。

科)を有するアンブラトリウム 1023 施設が置かれていた。さらに、公立の診療所 (staatliche Arztpraxen) 1635 施設、歯科診療所 (staatliche Zahnarztpraxen) 1401 施設が郡ポリクリニクの下に配置されていた<sup>26</sup>。つまり、大きなポリクリニクの診療施設は、1か所の敷地建物の中に開設しているのではなく、多くのアンブラトリウムが一つのポリクリニク組織に統合される形態になっていたのである<sup>27</sup>。

ドイツ再統一後、旧東ドイツ地域には、旧西ドイツと同様、開業医による外来診療制が導入されることとなり、ポリクリニクやアンブラトリウムは、1995年10月31日までに限り、契約医診療に参加する許可を付与されることとなった。その後、この期限は廃止されたものの、ほとんどのポリクリニクやアンブラトリウムは閉鎖されるに至った。ただし、ブランデンブルク州では州政府の支援を受けていくつかのポリクリニクが存続した<sup>28</sup>。この間に、ポリクリニクの経営改革が図られるとともに、「外来保健センター」(Gesundheitszentren)の名称が用いられるようになったようである<sup>29</sup> <sup>30</sup>。

現在、社会法典第 5 編には、ポリクリニクやアンブラトリウムに契約医診療への参加を許可する旨の規定 (311 条 2 項 1 文) や、外来診療センターに係る条項を準用する旨の規定が置かれている (同項 2 文)。

---

<sup>26</sup> 東ドイツにおけるポリクリニクについての概略につき、Knieps, F./Reiners, H., Gesundheitsreformen in Deutschland Geschichte – Intentionen – Kontroversen, 1. Aufl., 2105, S. 90-94 参照。

<sup>27</sup> Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V., Gesundheitszentren, <<http://www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/gesundheitszentren/#p1>>.

<sup>28</sup> ドイツ統一後のポリクリニクの取扱いの経過につき、Knieps/Reiners (Fn. 26), S. 99f, 256f 参照。

<sup>29</sup> Knieps/Reiners (Fn. 26), S. 257 参照。Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V., Gesundheitszentren,

<<http://www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/gesundheitszentren/#p1>> によると、1990年代初め、住民の間にドイツ民主共和国の響きのある語に拒否感が強かったことから、マーケティング戦略として“Gesundheitszentren”という名称を選んだという。

<sup>30</sup> 「外来診療センター」の原語の“medizinische Versorgungszentren”の命名に当たっては、モデルとなった“Gesundheitszentren”の名称を受け継ぐことに対して強く反対したキリスト教民主同盟 (CDU) の連邦議会議員がいたために、同党の同僚議員や連邦保健省などがアメリカの“medical center”の語に倣い、“medizinische Versorgungszentren”と名付けたようである (Knieps/Reiners (Fn. 26), S. 262)。

### 3. 外来診療センターの普及状況<sup>31</sup>

外来診療センターは、制度創設 1 年後の 2004 年末には 70 施設が開設されていたが、その後、開設数は順調に伸び続けており、2015 年末現在には 2,156 施設に至っている。そのうち、病院が開設したものと契約医が開設したものがそれぞれ 910 施設で約 4 割、併せて 8 割以上を占める。外来診療センターで医業を行う医師も増え続けており、勤務医では 2004 年末の 107 人が 2015 年末には 1 万 2,976 人になっている。契約医でも 2004 年末の 144 人が 2015 年末に 1,341 人になっているが、近年では微減傾向にある。1 施設当たりの医師数は、2004 年末では全体平均 3.6 人であったが、2015 年末には全体平均 6.6 人（病院開設のセンターでは 7.6 人）となり、施設規模が拡大している。

また、2015 年末現在、外来診療センターで医業を行う医師の診療科別の数では、家庭医（2,016 人）、内科医（1,727 人）、外科医（1,108 人）、婦人科医（981 人）、整形外科医（848 人）、放射線科医（799 人）、神経精神科（780 人）の順で多くなっている。開設地を見ると、中核的な都市（Kernstadt）が 1,005 施設（46.6%）、地方の市町村（Ländliche Gemeinden）が 304 施設（14.1%）、中規模の街（Ober-/Mittelzentrum）が 847 施設（39.3%）である。州別でみると、バイエルン州 411 施設、ニーダーザクセン州 215 施設、ヘッセン州 176 施設などとなっている。

### 4. 外来診療センターの実例 — ニーダーラオジッツ外来保健センター —

外来診療センターの実例として、ブランデンブルク州ニーダーラオジッツのニーダーラオジッツ外来保健センター（Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH）を紹介する<sup>32</sup>。

#### （1）立地

ニーダーラオジッツ外来保健センターは、ブランデンブルク州南部のオーバーシュプレ

<sup>31</sup> 外来診療センターに関するデータについては、Kassenärztliche Bundesvereinigung, Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren, 2016; Kassenärztliche Bundesvereinigung, Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag 31.12.2015, 2016 に依拠した。

<sup>32</sup> ニーダーラオジッツ外来保健センターの診療施設のデータなどにつき、主に、同センターウェブサイト<<https://www.gznl.de/>>（最終アクセス日：2017 年 4 月 10 日）に依拠した。

ーヴァルト＝ラオジッツ郡 (Landkreis Oberspreewald-Lausitz) とエルベ＝エルスター郡 (Landkreis Elbe-Elster) の東部に傘下の診療施設を開設している。診療圏は、概ね南北 50 km、東西 40 kmほどの地域である (図「ニーダーラオジッツ外来保健センターの診療施設の立地」参照)。2015年12月31日現在、両郡の人口はそれぞれ11万2,450人、10万4,673人<sup>33</sup>、人口密度はそれぞれ1平方キロメートル当たり92人、55人<sup>34</sup>であり、過疎地域であるとみてよいであろう。

図 ニーダーラオジッツ外来保健センターの診療施設の立地



(出典) ニーダーラオジッツ外来保健センターの掲示板

<sup>33</sup> Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Bevölkerung im Land Brandenburg 2015, jährlich, S. 6.

<sup>34</sup> Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Bevölkerungsentwicklung und Flächen der kreisfreien Städte, Landkreise und Gemeinden im Land Brandenburg 2015, jährlich, S. 7.



## (2) 沿革

同センターは、1992年に4つのポリクリニークが合併してできた施設である。1992年から2010年まではキリスト教系の福祉団体が経営していたが、2010年からは病院を経営する法人（ニーダーラオジッツ総合病院有限会社。Klinikum Niederlausitz GmbH）の100%子会社になっている。1992年当時は、約30人の医師が診療に従事していたが、その後減少し、経営譲渡時の2010年には14人となっていた。その後、増加に転じ、2016年3月現在で21人の医師が雇用されているという<sup>35</sup>。

## (3) 診療施設と診療科の配置

同センターの診療施設は、10か所あり「診療所」(Praxen)と称している。最も規模が大きな診療所には6つの診療科が置かれ、8人の医師が従事している。規模が小さな診療所は、家庭医（一般医）や眼科、神経科の単科診療所であり、1人ないし2人の医師が勤務している。同センター全体で10診療科を備えている。（表「ニーダーラオジッツ外来保健センターの診療拠点と診療科・医師数」参照）。ただし、各診療所への勤務医の配置は、自由にできるわけではない。外来診療センターの勤務医にも、契約医の開業と同様、需要計画と許可制限が適用され、外来診療センターの診療施設の開設地は当該勤務医に認められる許可区域に限られるからである（95条2項7文ないし9文、同条3項）。

## (4) 診療施設の内部構造

診療施設の1例として、同センターの中で最大規模のシュバルツハイデ(Schwarzheide)診療所を紹介する。

同診療所は3階建ての建物に置かれており（写真1「ニーダーラオジッツ外来保健センター・シュバルツハイデ診療所の外観」参照）、診療科が各階に配置されている（写真2「シ

---

<sup>35</sup> 同センターの沿革については、ニーダーラオジッツ外来保健センター有限会社業務執行責任者（Geschäftsführer Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH）Uwe Böttcher氏からの聴取による。聴取は、2017年3月7日に行われた。なお、聴取内容の中には同センターウェブサイト掲載のデータと異なるものがあるが、(2)には聴取内容をそのまま記載した。

ュバルツハイデ診療所の診療科案内板」参照)。各診療科の区画は独立しており、それぞれの入口に扉が設置されている（写真 3「シュバルツハイデ診療所の建物内部の区画」、写真 4「シュバルツハイデ診療所外科入口」）。

診療科には、それぞれ、診察室のほか、固有の受付と待合室などが設けられている（写真 5「シュバルツハイデ診療所小児科の受付」、写真 6「シュバルツハイデ診療所小児科の待合室」、写真 7「シュバルツハイデ診療所小児科の診察室」）。すべての診療科に共通の受付を置かず、それぞれの診療科ごとに受付を設けている理由は、検査予約の取り方などが異なるためである<sup>36</sup>。

表 ニーダーラオジッツ外来保健センターの診療施設と診療科・医師数

診療所所在地	一般医	内科	小児科	産科	外科	皮膚科	眼科	神経科	精神科	精神療法科	総数
Calau				1				1	1		3
Senftenberg								1			1
Schipkau				1						1	2
Schwarzheide	1	1(**)	2		2(*)	1		1			8
Ortrand	1										1
Lauchhammer-Ost	1			2	2(*)						5
Lauchhammer-Süd	1										1
Lauchhammer-Mitte	2										2
Tettau	1										1
Elsterwerda							1				1
合計	7	1	2	4	3(*)	1	1	3	1	1	23

(\*) 外科医 1 名は、Schwarzheide と Lauchhammer-Ost の 2 か所で診療に従事している。

(\*\*)内科医は、消化器内科専門医である。

(出典) ニーダーラオジッツ外来保健センターホームページに基づき筆者作成。

<sup>36</sup> 同センター職員の Manuela Scherer 氏、Franziska Stürze 氏からの聴取による。聴取は、2017 年 3 月 9 日に行われた。

写真1 ニーダーラオジッツ外来保健センター・シュバルツハイデ診療所の外観



写真2 シュバルツハイデ診療所の診療科案内板

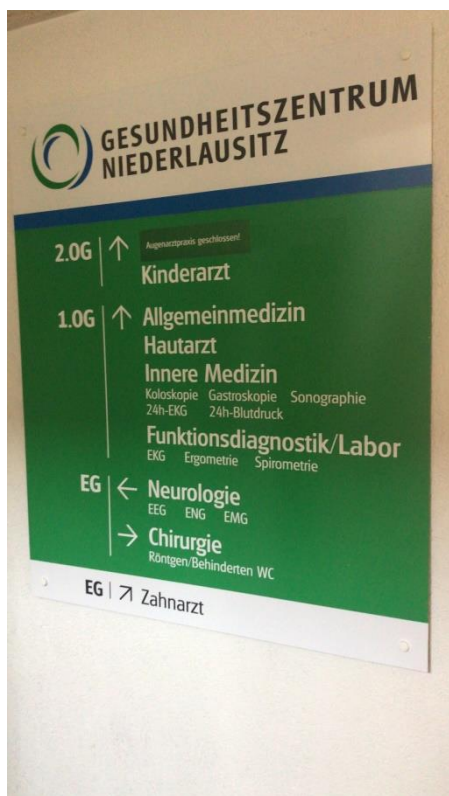


写真3 シュバルツハイデ診療所の建物内部の区画



写真4 シュバルツハイデ診療所外科入口 写真5 シュバルツハイデ診療所小児科の受付



写真6 シュバルツハイデ診療所小児科の待合室



写真7 シュバルツハイデ診療所小児科の診察室



## (6) 外来診療センターのメリットと課題

同センターでは、外来診療センターの診療形態を採用するメリットとして、第 1 に、医師が開業・経営リスクを負うことがないこと、第 2 に、医療機器を自ら購入する必要がないこと、第 3 に、従業員の人事管理を経営主体に委ねることができること、第 4 に、診療報酬請求事務も自ら行わなくともよいことを挙げている<sup>37</sup>。他方、地方圏にあるため、医師の確保が容易ではないことが大きな課題になっている。特に、小児科医や眼科医の確保が難しいという<sup>38</sup>。

## 5. おわりに — プライマリケアにおける機能とわが国への示唆

### (1) プライマリケアと外来診療センター

わが国においてもドイツにおいても、良質なプライマリケアに地域住民が容易にアクセスできるよう、医療提供体制を適切に整備することは重要な課題である。この課題に対して、ドイツでは、プライマリケアを担当する家庭医やその他の診療科の契約医を養成する教育研修・資格制度が確立されており、さらに、家庭医などの契約医を一定の地域ごとに配置していく規制も公的医療保険の中に設けられている<sup>39</sup>。法制度のあり方としては、大きなアドバンテージがあるように見える。

しかし、医師を適正に配置するという課題に対して、これらの制度は必ずしも機能していない。特に、家庭医の偏在は深刻な状況にあり、地方圏ではその不足が顕著である。こうした問題に対し、ドイツは、開業医の業務のあり方の改善やワークライフバランスへの配慮、診療報酬による経済的インセンティブの付与、診療補助者の利用など、多様な対応をとってきている<sup>40</sup>。外来診療センターにも、こうした地方圏の家庭医不足に対処する役割がある。地方公共団体による開設も認められており、地方公共団体が主導して地域のプライマリケア体制の整備を図っていく手段として利用することも期待できる。

---

<sup>37</sup> Manuela Scherer 氏、Franziska Stürze 氏からの聴取による。

<sup>38</sup> Uwe Böttcher 氏からの聴取による。

<sup>39</sup> 田中伸至「ドイツの家庭医と医療制度」健保連海外医療保障 93 号（2012 年）1 頁ないし 7 頁参照。

<sup>40</sup> 田中・前掲（注 39）7 頁ないし 10 頁参照。

また、若手医師を地域のプライマリケアに誘う方策としても、外来診療センターは有効である。個人で開業する場合は、自ら診療所施設を確保し事務職員などを雇用するとともに、一定の設備を購入する必要がある。ドイツの家庭医診療所は日本ほど重装備ではないとはいえ<sup>41</sup>、開業によって医師は相当の経営リスクを負うことになる。一方、外来診療センターで勤務する場合、投資・資金計画、労務管理、会計処理などの事務負担を開設主体に任せられることができるため、医業に専念できる点で若手医師にとって相当程度魅力的であると考えられる。こうしたことは、高齢となり診療所経営が重荷になってきた医師にとっても大きなメリットであろう。

医療の質の確保の面でも、外来診療センターには有利な点がある。ドイツでは、医療の質の確保に関する法制度が整備されており、医師や医療機関に対して様々な対応を義務づけるようになってきている。例えば、診療施設内に医療の質の確保のためのマネジメントシステムを導入することや（135a 条 2 項）、検査や画像診断などの医療技術給付についての最低基準を遵守すること（136 条 1 項）などである。しかし、ソロプラクティスの開業医がリスクマネジメントや苦情処理マネジメントも含む医療の質マネジメントシステムを一から構築していくことは難しい。構造要件を満たすため、迅速に投資を行うことも簡単ではないであろう。他方、外来診療センターであれば、勤務医の間で役割分担もできるし、経営主体の事務職員の助力を得ることも可能である。設備投資によって新たな構造要件に対応していくことも比較的容易であると考えられる。

また、複数の疾患を抱える高齢患者が増えていく中で、異なる診療領域を専門とする医師が共同して診療しなければならないケースも珍しくない。外来診療センターでは、上掲の事例で見られたように、センター内での情報やクリティカルパスの共有、患者紹介を通じて包括的な協働が可能になっている。

以上のような診療サイドでの利点は、同時に患者や地域住民にとってのメリットにもなる。近隣でのプライマリケアへのアクセスが維持されるほか、前述のとおり、ワンストップで必要な診療科の医療を受けることができることも挙げられる。クリティカルパスに基づき、また、家庭医によってコーディネートされた一連の診療が提供され得るところも、良質な医療を受けることができる点で有益である。

---

<sup>41</sup> 田中伸至「ドイツの公的医療保険と家庭医」研究代表者松田晋哉『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総括報告書・総合報告書』（2016年）50頁、57頁参照。

## (2) わが国への示唆

わが国において現在、いわゆるかかりつけ医機能の導入が検討されているが、そこで想定されているのは、ソロプラクティスの開業医が中心であるといつてよいであろう。しかし、今後、地域単位での人口が急速に減少し、人口構成も大きく変化していくことが予想される中で、現時点での大小様々な医療機関や個々の診療科のそれぞれの診療圏がそのまま維持されていくとは考えにくい。このことは、医師が個人で開業する場合のリスクがこれまで以上に大きくなることを意味する。数千万の投資をして単科診療所を開設し、そこから離れられないような「一所懸命」の医業モデルでは、地域における人口減少と人口構成の変化に対応が難しくなるおそれがあるのである。

一方、振り返ってみればわが国でも、地方圏を中心に国民健康保険直営診療施設やいわゆる自治体病院がプライマリケアを担ってきた。経営責任と診療提供を分離して、医師は診療に専念し、経営リスクは開設主体が引き受ける施設形態を運用してきた経験は十分にあるといえることができる。もちろんそうした医療機関の多くが医師不足という困難を抱え、相当の苦労を重ねてきたことはいままでもない。が、地域の人口減少や少子高齢化、それらに伴う疾病罹患構造の変化に対処していくには、プライマリケアにおいて提供する診療科や診療領域のスペクトラムをシフトさせていくことが必要となる。この点で、勤務医による外来診療機関には一定のアドバンテージがあるといえることができる。わが国においても今後、ドイツの外来診療センターのような複数診療科を持つ勤務医モデルの診療所を整備していくことは有力な選択肢の一つになると評価してよいであろう。

ただし、留意しなければならないことが3つある。

第1は、外来診療施設内での連携である。ドイツの外来診療センターの事例で見られたように、患者情報の共有やクリティカルパスの作成・運用が求められる。患者にとっての利便性や医療の質の向上のためである。異なる診療科の医師や看護師との間のコミュニケーションを密にするマネジメントが不可欠となる。

第2は、病診連携である。ドイツの外来診療センターの開設者の約4割は病院である。ドイツでは、契約医診療と病院診療との制度上の厳格な分離の下、連携不足が長年の問題となってきたが、病院の傘下に外来診療センターが設立される形で病診連携を図る動きが広がっている。これとは反対に、わが国では、外来と入院の機能分化を進めていくことが重要な課題であると認識されているが、やはり、分化した機能を分担する医療機関の間で



の連携を確立していくことが不可欠である。

現在、病診連携を進める手法としては、病院がそれぞれ独自の登録医制度や連携医制度を設け、開業医との間での患者紹介・逆紹介を進めていく活動が中心になっている。有効な手法ではある。ただし、今後は、ドイツで見られるような病院・診療所同一経営主体の下での勤務医モデルの導入も検討していく必要がある。検討に当たっては、わが国でも散見される病院附属の地域診療センター<sup>42</sup>とドイツの外来診療センターを比較分析するのも有益ではないかと思われる。

第3は、常勤医の確保である。わが国とドイツでは、地理的条件に大きな違いがある。ドイツは全般的に平坦な国土であり、地方圏といっても州都までの地理的・時間的距離はさほど大きくない。本稿で紹介したニーダーラオジッツ外来保健センターも過疎地に立地しているとはいえ、自動車で首都ベルリンから70分、ザクセン州の州都ドレーズデンから35分の距離にある<sup>43</sup>。これに対し、わが国の地方部の中には大都市や県庁所在地から相当の時間がかかる場所も稀ではない。そうした地域において定住し常勤で働く医師を確保することが難しい事情は、外来診療センターのようなモデルを導入したところで大きく変わるものではない。人事や福利厚生、研修の機会などの面ではわが国の事情に応じた検討が必要であると考えられる。

#### 〔注記〕

本項は、外来診療センターをテーマとしているが、その前提となる外来診療（契約医診療）の枠組みや診療報酬制度などについては紙数の制約上、説明を省略した。それらについては、次の参考文献を参照されたい。

#### （参考文献）

加藤智章編『世界の診療報酬』（法律文化社、2016年）第2章 ドイツ（田中伸至執筆部分）  
田中伸至「ドイツの公的医療保険と家庭医」研究代表者松田晋哉『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総括報告書・総合報告書』（2016年）44頁ないし59頁

<sup>42</sup> 岩手県の事例につき、注1参照。

<sup>43</sup> ニーダーラオジッツ外来保健センターウェブサイト

<<https://www.gznl.de/für-professionals-1/aktuelle-stellenangebote/>>参照。

田中伸至「ドイツの家庭医と医療制度」健保連海外医療保障 93 号（2012 年）1 頁ないし  
15 頁)

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
富岡慎一 生坂政臣	5つのプライマリケア系 資格認証の比較と総合 診療教育	社会保険旬報	No.2669	P10-16	2017