

診療や複数問題を有する患者への対応が上位に挙げられ、実臨床におけるニーズの高さが示された。総合診療医の配置状況については、多くの施設においてその必要性が認識されており、人的配置の拡充が求められている状況が示された。実際の診療においては、「複数診療科にまたがる患者の診療」や「内科全般の診療」が中心的な役割として担われており、総合診療医が多様な患者層に対して幅広い診療を提供していることが確認された。さらに、自施設における総合診療医の人数は多様であり、配置の在り方に幅があることが示された。総合診療医を増やすための方策としては、初期研修における経験機会の確保や卒前教育での啓発が多く挙げられ、教育段階からの取り組みの重要性が示された。

D. 考察

本研究の結果から、総合診療医には、複数診療科にまたがる患者や複数の健康問題を有する患者に対する包括的な診療能力が広く求められていることが明らかとなった。また、慢性疾患への継続的対応や社会的背景の調整を含む支援といった役割も一定の割合で認識されており、総合診療医が医療と生活の双方に関わる役割を担っていることが示された。実際の診療においても、これらの役割の多くが現場で担われており、総合診療医が幅広い領域において機能している状況が確認された。さらに、総合診療医の必要性は多くの施設において認識されており、教育機会の確保や研修の充実などを通じた人材育成の重要性が示されている。次年度では、層別化による解析結果も加え、更なる考察から総合診療医の活躍推進方法を模索する。

E. 結論

本研究により、総合診療医は複数診療科にまたがる患者や複数の健康問題を有する患者に対する診療を中心に、慢性疾患管理や社会的背景への対応を含めた包括的な役割を担うことが求められていることが明らかとなった。また、多くの医療・介護施設において総合診療医の必要性が認識されており、教育体制の充実や育成の取り組みを通じて、その役割をさらに発揮できる体制整備の重要性が示された。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

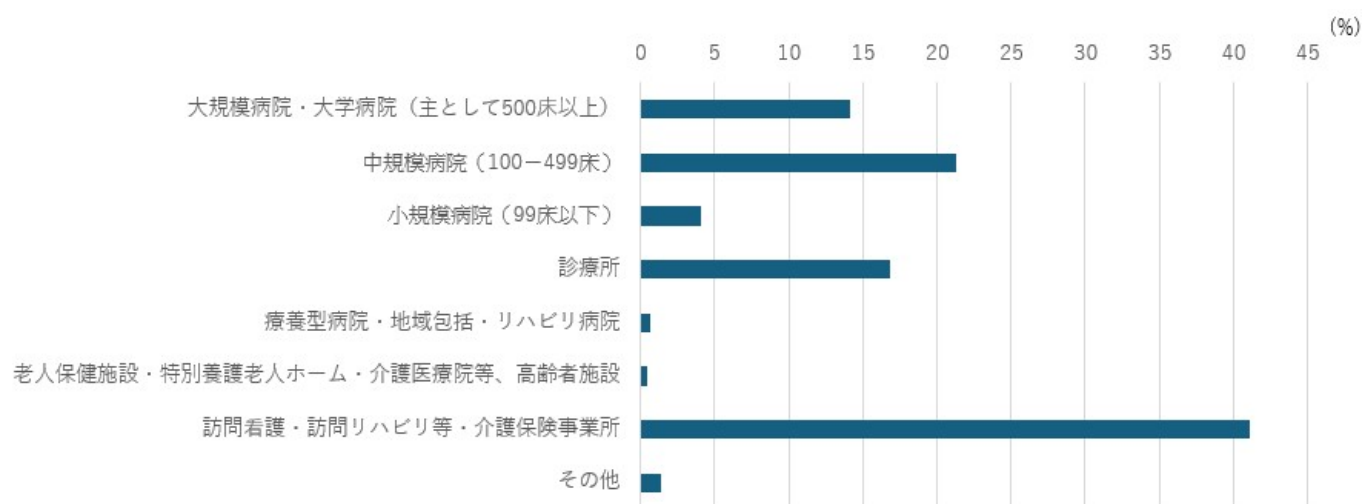
なし

3. その他

なし

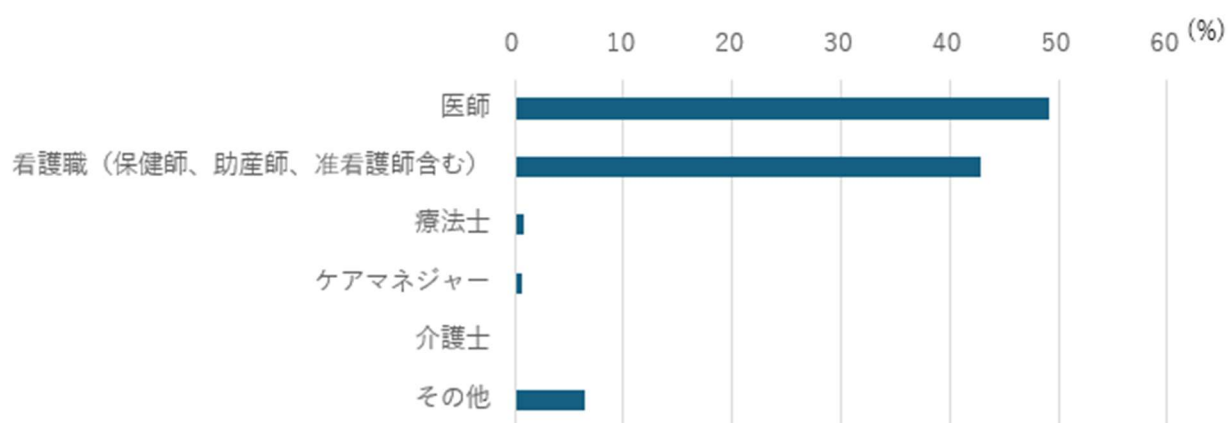
資料 1. 総合診療専門医に求められる役割の多角的調査研究のアンケート解析結果：全体解析
(小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計が100%とはならない場合がある。)

実数	割合(%)	
141	14.1%	大規模病院・大学病院（主として 500 床以上）
213	21.3%	中規模病院（100－499 床）
41	4.1%	小規模病院（99 床以下）
168	16.8%	診療所
7	0.7%	療養型病院・地域包括・リハビリ病院
4	0.4%	老人保健施設・特別養護老人ホーム・介護医療院等、高齢者施設
410	41.1%	訪問看護・訪問リハビリ等・介護保険事業所
14	1.4%	その他
998	100%	合計



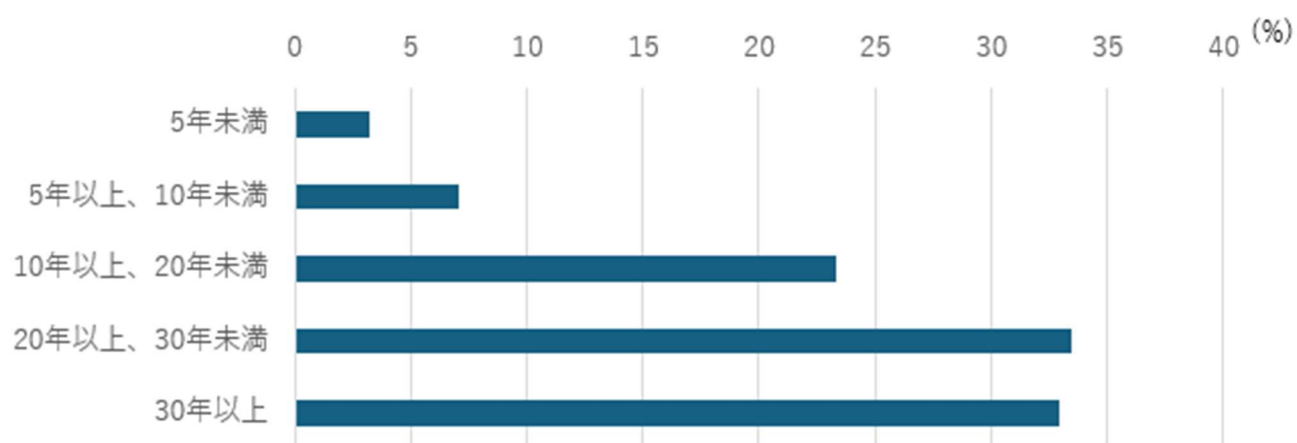
1-2. あなたの職種を教えてください

実数	割合(%)	
490	49.1%	医師
427	42.8%	看護職（保健師、助産師、准看護師含む）
8	0.8%	療法士
7	0.7%	ケアマネジャー
2	0.2%	介護士
64	6.4%	その他
998	100%	合計



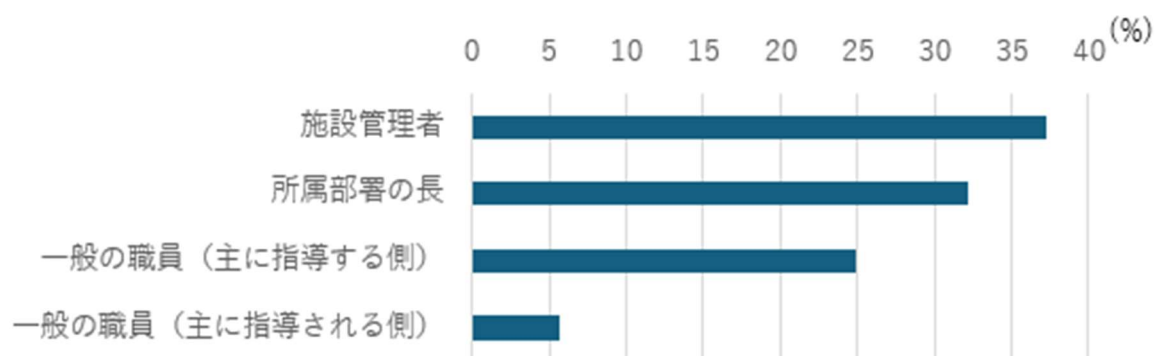
1－3. あなたの職種勤務歴を教えてください

実数	割合(%)	
32	3.2%	5 年未満
71	7.1%	5 年以上、10 年未満
233	23.3%	10 年以上、20 年未満
334	33.5%	20 年以上、30 年未満
328	32.9%	30 年以上
998	100%	合計



1－4. あなたの所属する医療機関・介護保険施設等での、あなたの役割を教えてください

実数	割合(%)	
371	37.2%	施設管理者
321	32.2%	所属部署の長
249	24.9%	一般の職員（主に指導する側）
57	5.7%	一般の職員（主に指導される側）
998	100%	合計



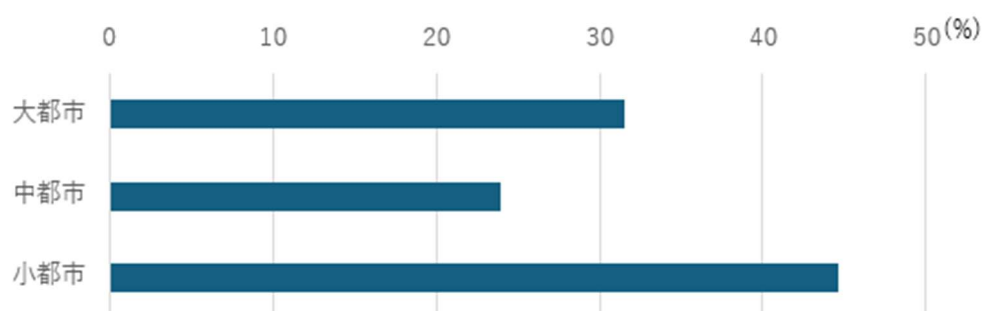
1－5. あなたの所属する医療機関・介護保険施設等の所在地（都道府県・市町村）を教えてください

注 大都市：人口 100 万人以上または政令指定都市

中都市：人口 20 万人以上 100 万人未満かつ非政令指定都市

小都市：人口 20 万人未満

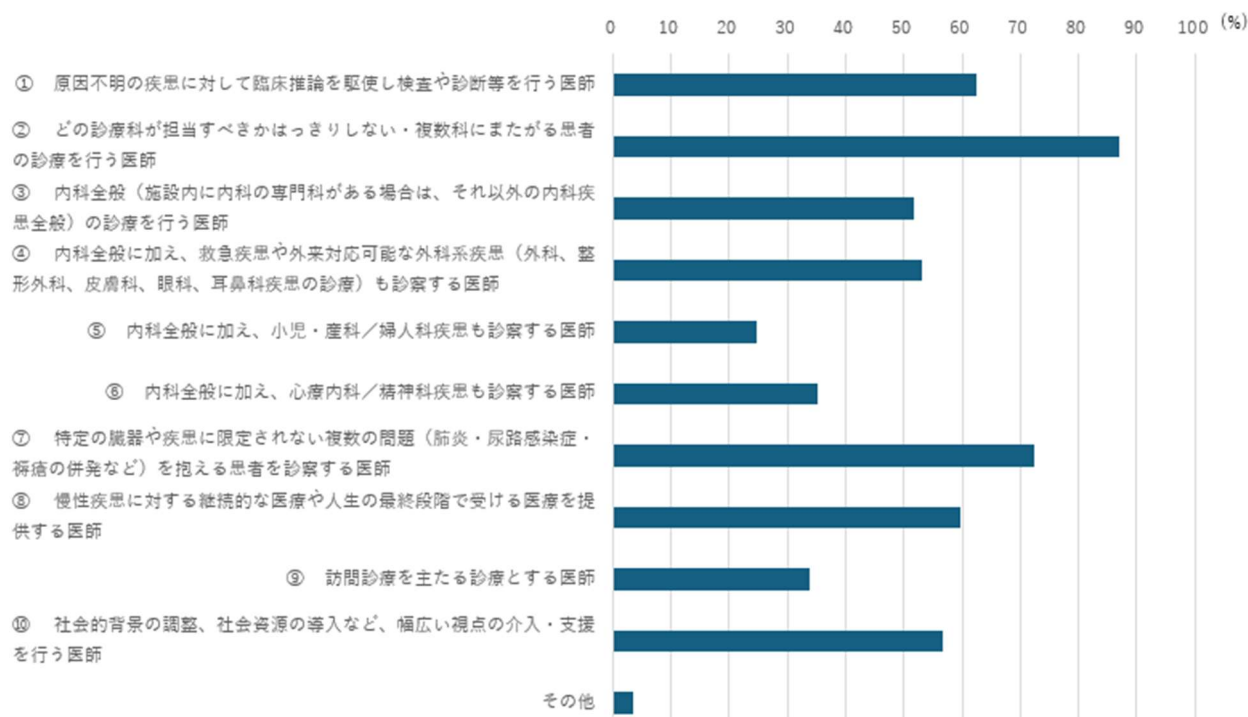
実数	割合(%)	
314	31.5%	大都市
239	23.9%	中都市
445	44.6%	小都市
998	100%	合計



2. 総合診療医に関するイメージ

2-1. あなたが考える総合診療医の役割は、以下のうち、どれに当てはまりますか？複数回答可でいくつでも結構です。

実数	割合(%)	
624	62.5%	① 原因不明の疾患に対して臨床推論を駆使し検査や診断等を行う医師
868	87.0%	② どの診療科が担当すべきかはっきりしない・複数科にまたがる患者の診療を行う医師
516	51.7%	③ 内科全般（施設内に内科の専門科がある場合は、それ以外の内科疾患全般）の診療を行う医師
530	53.1%	④ 内科全般に加え、救急疾患や外来対応可能な外科系疾患（外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科疾患の診療）も診察する医師
247	24.7%	⑤ 内科全般に加え、小児・産科／婦人科疾患も診察する医師
352	35.3%	⑥ 内科全般に加え、心療内科／精神科疾患も診察する医師
724	72.5%	⑦ 特定の臓器や疾患に限定されない複数の問題（肺炎・尿路感染症・褥瘡の併発など）を抱える患者を診察する医師
596	59.7%	⑧ 慢性疾患に対する継続的な医療や人生の最終段階で受ける医療を提供する医師
336	33.7%	⑨ 訪問診療を主たる診療とする医師
565	56.6%	⑩ 社会的背景の調整、社会資源の導入など、幅広い視点の介入・支援を行う医師
35	3.50%	その他

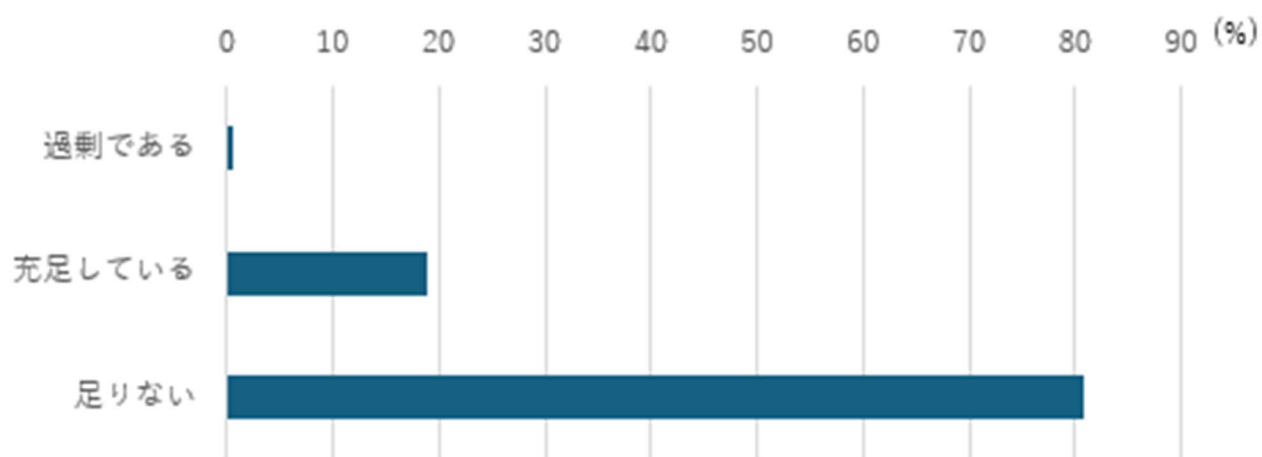


2-2. あなたの所属する医療機関・介護保険施設等で、必要と考えられる総合診療医は、次のどれに当てはまりますか？複数回答可です。優先順位が高いものから順に最大3つまで番号をご記載ください。

一位	二位	三位	
144 14.4%	107 10.7%	93 9.3%	① 原因不明の疾患に対して臨床推論を駆使し検査や診断等を行う医師
233 23.3%	242 24.2%	111 11.1%	② どの診療科が担当すべきかはっきりしない・複数科にまたがる患者の診療を行う医師
95 9.5%	90 9.0%	91 9.1%	③ 内科全般（施設内に内科の専門科がある場合は、それ以外の内科疾患全般）の診療を行う医師
103 10.3%	84 8.4%	69 6.9%	④ 内科全般に加え、救急疾患や外来対応可能な外科系疾患（外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科疾患の診療）も診察する医師
9 0.9%	12 1.2%	14 1.4%	⑤ 内科全般に加え、小児・産科／婦人科疾患も診察する医師
14 1.4%	25 2.5%	40 4.0%	⑥ 内科全般に加え、心療内科／精神科疾患も診察する医師
137 13.7%	150 15.0%	149 14.9%	⑦ 特定の臓器や疾患に限定されない複数の問題（肺炎・尿路感染症・褥瘡の併発など）を抱える患者を診察する医師
79 7.9%	143 14.30%	129 12.9%	⑧ 慢性疾患に対する継続的な医療や人生の最終段階で受ける医療を提供する医師
128 12.8%	45 4.5%	73 7.3%	⑨ 訪問診療を主たる診療とする医師
45 4.5%	75 7.5%	173 17.3%	⑩ 社会的背景の調整、社会資源の導入など、幅広い視点の介入・支援を行う医師
11 1.1%	25 2.5%	56 5.6%	未回答

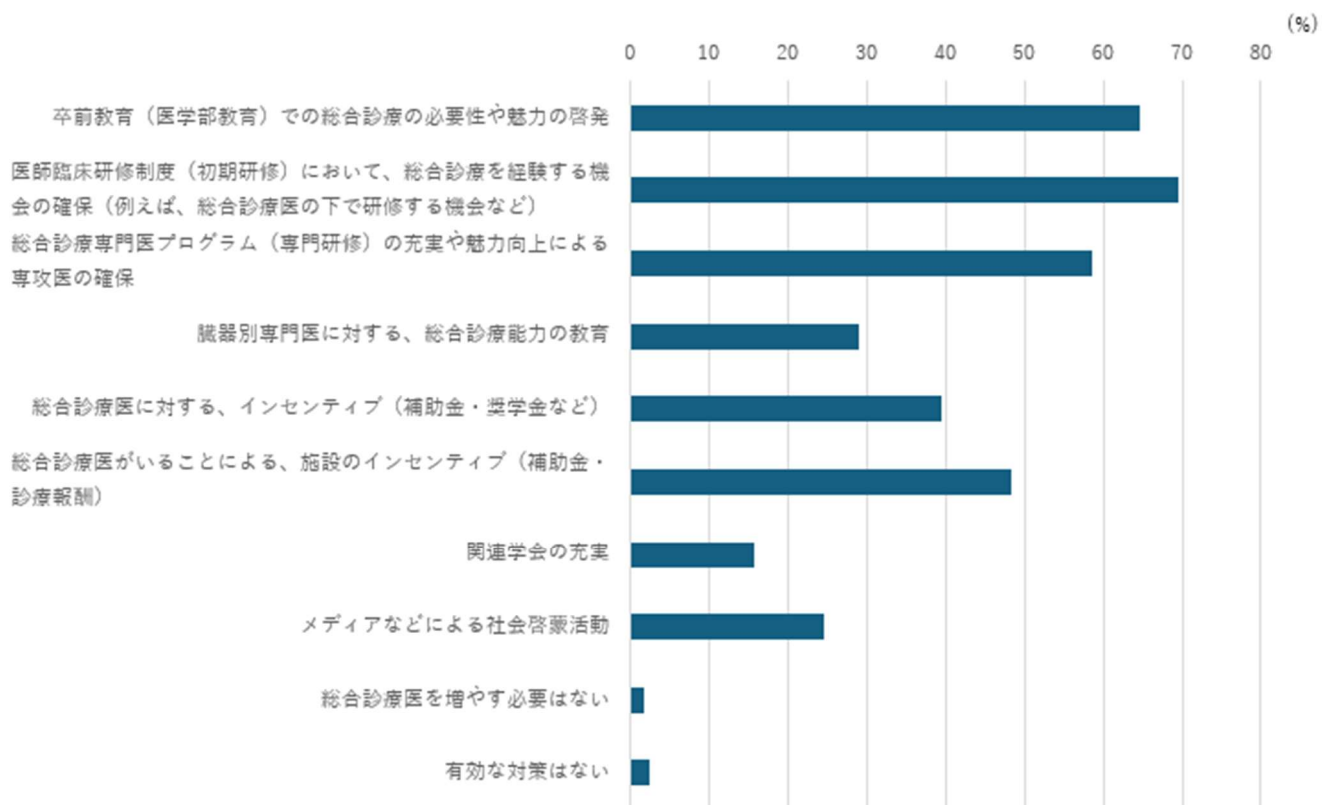
2-3. 2-2で答えた、あなたの所属する医療機関・介護保険施設等で最も必要と考えられる総合診療医（複数の場合は、優先順位の最も高いもの）を想定してください。あなたの所属する医療機関・介護保険施設等（自施設に医師がいない場合は連携・協力先として）の総合診療医は、充足していますか？

実数	割合(%)	
5	0.5%	過剰である
188	18.8%	充足している
805	80.7%	足りない
998	100%	合計



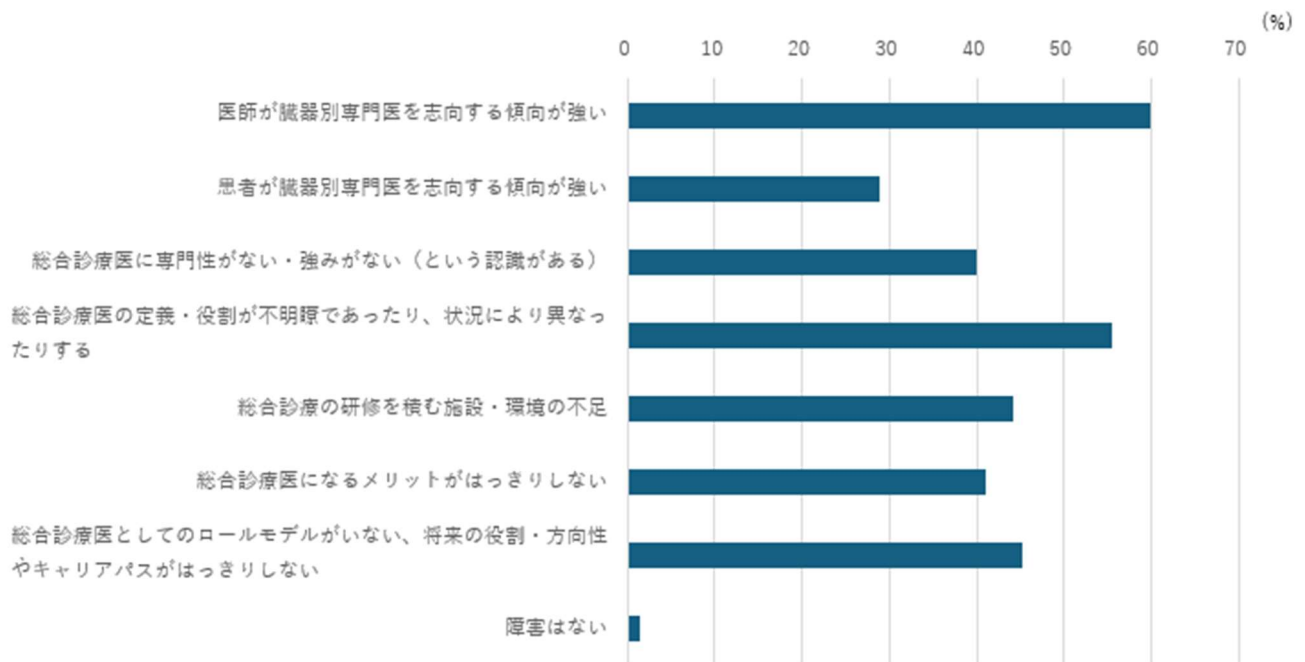
2-4. 総合診療医を増やすためには、どのような対策をすべきと考えますか？複数回答可

実数	割合(%)	
646	64.7%	卒前教育（医学部教育）での総合診療の必要性や魅力の啓発
694	69.5%	医師臨床研修制度（初期研修）において、総合診療を経験する機会の確保（例えば、総合診療医の下で研修する機会など）
584	58.5%	総合診療専門医プログラム（専門研修）の充実や魅力向上による専攻医の確保
289	29.0%	臓器別専門医に対する、総合診療能力の教育
394	39.5%	総合診療医に対する、インセンティブ（補助金・奨学金など）
482	48.3%	総合診療医がいることによる、施設のインセンティブ（補助金・診療報酬）
158	15.8%	関連学会の充実
247	24.7%	メディアなどによる社会啓蒙活動
18	1.8%	総合診療医を増やす必要はない
25	2.5%	有効な対策はない



2-5. 総合診療医を増やす障害は、何だと考えますか？複数回答可

実数	割合(%)	
599	60.0%	医師が臓器別専門医を志向する傾向が強い
287	28.8%	患者が臓器別専門医を志向する傾向が強い
398	39.9%	総合診療医に専門性がない・強みがない（という認識がある）
554	55.5%	総合診療医の定義・役割が不明瞭であったり、状況により異なったりする
441	44.2%	総合診療の研修を積む施設・環境の不足
409	41.0%	総合診療医になるメリットがはっきりしない
451	45.2%	総合診療医としてのロールモデルがない、将来の役割・方向性やキャリアパスがはっきりしない
14	1.4%	障害はない

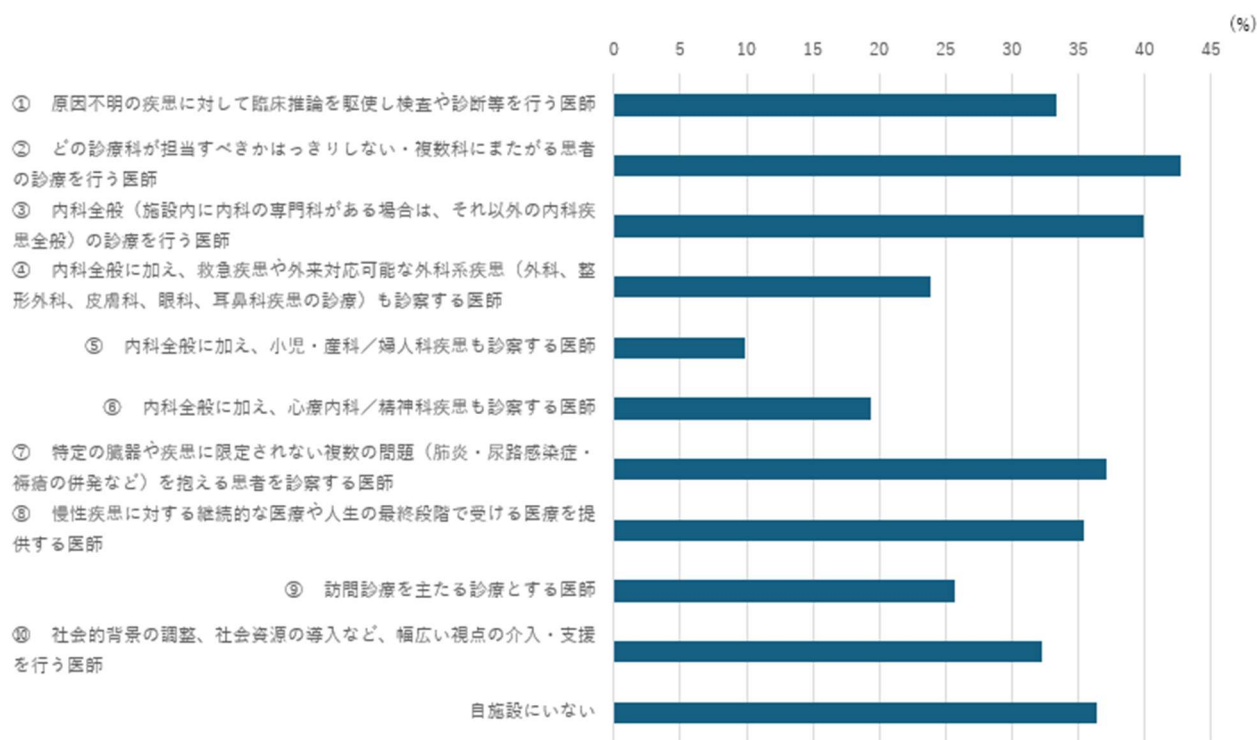


2－6. あなたの所属する医療機関・介護保険施設等（自施設に総合診療医がいない場合は連携・協力先として）に、総合診療医・総合診療科・地域診療・訪問診療科またはそれに準ずる科に属している医師は何名いますか？ 注：ここでの総合診療医は、1－1や1－2で回答したあなたの考えに基づく総合診療医ではなく、医師・施設が自称・標榜している総合診療医をさします。

	0 人	1－2 人	3－4 人	5－6 人	7 人以上	合計	
度数	453	256	114	78	97	998	自施設
%	45.4%	25.7%	11.4%	7.8%	9.7%	100%	
度数	370	239	141	76	172	998	連携先
%	37.1%	23.9%	14.1%	7.6%	17.2%	100%	

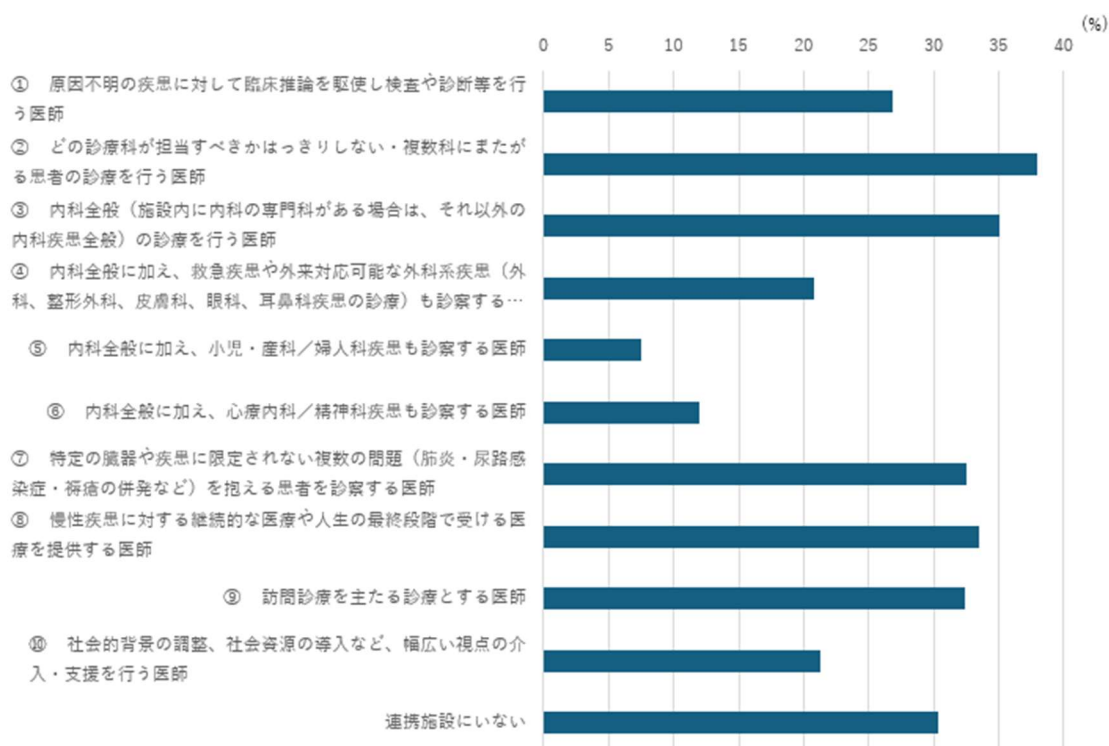
2-7. あなたの所属する医療機関・介護保険施設等（自施設に限ります。）の、総合診療医が実際に行っている役割は、以下のそれぞれどれに当てはまりますか？複数回答可でいくつでも結構です。

実数	割合(%)	
332	33.3%	① 原因不明の疾患に対して臨床推論を駆使し検査や診断等を行う医師
426	42.7%	② どの診療科が担当すべきかはっきりしない・複数科にまたがる患者の診療を行う医師
398	39.9%	③ 内科全般（施設内に内科の専門科がある場合は、それ以外の内科疾患全般）の診療を行う医師
239	23.9%	④ 内科全般に加え、救急疾患や外来対応可能な外科系疾患（外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科疾患の診療）も診察する医師
99	9.9%	⑤ 内科全般に加え、小児・産科／婦人科疾患も診察する医師
193	19.3%	⑥ 内科全般に加え、心療内科／精神科疾患も診察する医師
370	37.1%	⑦ 特定の臓器や疾患に限定されない複数の問題（肺炎・尿路感染症・褥瘡の併発など）を抱える患者を診察する医師
353	35.4%	⑧ 慢性疾患に対する継続的な医療や人生の最終段階で受ける医療を提供する医師
256	25.7%	⑨ 訪問診療を主たる診療とする医師
321	32.2%	⑩ 社会的背景の調整、社会資源の導入など、幅広い視点の介入・支援を行う医師
363	36.4%	自施設にいない



2-8. あなたの所属する医療機関・介護保険施設等の連携施設（連携施設に限ります。）の、総合診療医が実際に行っている役割は、以下のそれぞれどれに当てはまりますか？複数回答可でいくつでも結構です。

実数	割合(%)	
267	26.8%	① 原因不明の疾患に対して臨床推論を駆使し検査や診断等を行う医師
379	38.0%	② どの診療科が担当すべきかはっきりしない・複数科にまたがる患者の診療を行う医師
349	35.0%	③ 内科全般（施設内に内科の専門科がある場合は、それ以外の内科疾患全般）の診療を行う医師
208	20.8%	④ 内科全般に加え、救急疾患や外来対応可能な外科系疾患（外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科疾患の診療）も診察する医師
75	7.5%	⑤ 内科全般に加え、小児・産科／婦人科疾患も診察する医師
120	12.0%	⑥ 内科全般に加え、心療内科／精神科疾患も診察する医師
324	32.5%	⑦ 特定の臓器や疾患に限定されない複数の問題（肺炎・尿路感染症・褥瘡の併発など）を抱える患者を診察する医師
334	33.5%	⑧ 慢性疾患に対する継続的な医療や人生の最終段階で受ける医療を提供する医師
323	32.4%	⑨ 訪問診療を主たる診療とする医師
213	21.3%	⑩ 社会的背景の調整、社会資源の導入など、幅広い視点の介入・支援を行う医師
302	30.3%	連携施設にいない

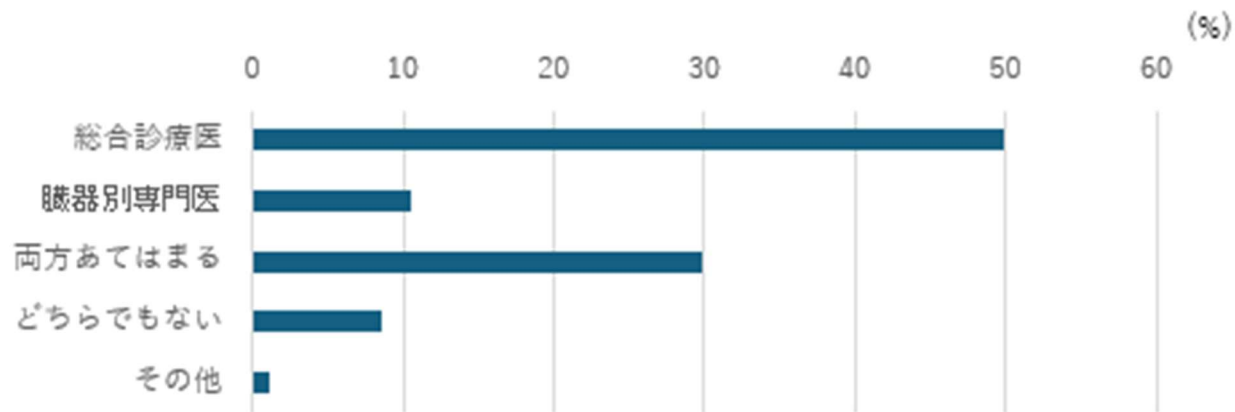


3－1. あなたは、自分自身が総合診療医だと考えますか、それとも臓器別専門医と考えますか？ 注：

この設問は、設問1－2で、ご自身を

実数	割合(%)	
244	49.8%	総合診療医
52	10.6%	臓器別専門医
146	29.8%	両方あてはまる
42	8.6%	どちらでもない
6	1.2%	その他
490	100%	合計

【医師】と答えた方にのみ表示されています。



3-2. 取得済みの認定医・専門医をすべてお答えください。(基本領域) 注：この設問は、設問1-2で、ご自身を【医師】と答えた方にのみ表示されています。

*分母は医師数の490

実数	割合(%)	
233	47.5%	内科学会認定内科医
121	24.6%	内科専門医
13	2.6%	小児科専門医
1	0.2%	皮膚科専門医
4	0.8%	精神科専門医
51	10.4%	外科専門医
5	1.0%	整形外科専門医
5	1.0%	産婦人科専門医
1	0.2%	眼科専門医
3	0.6%	耳鼻咽喉科専門医
6	1.2%	泌尿器科専門医
7	1.4%	脳神経外科専門医
3	0.6%	放射線科専門医
8	1.6%	麻酔科専門医
2	0.4%	病理専門医
3	0.6%	臨床検査専門医
28	5.7%	救急科専門医
2	0.4%	形成外科領域専門医
9	1.8%	リハビリテーション科専門医
109	22.2%	総合診療専門医
64	13.0%	取得していない／あてはまるものはない

3-2. 取得済みの認定医・専門医をすべてお答えください。(サブスペシャリティ・総合診療関連)

注：この設問は、設問1-2で、ご自身を【医師】と答えた方にのみ表示されています。

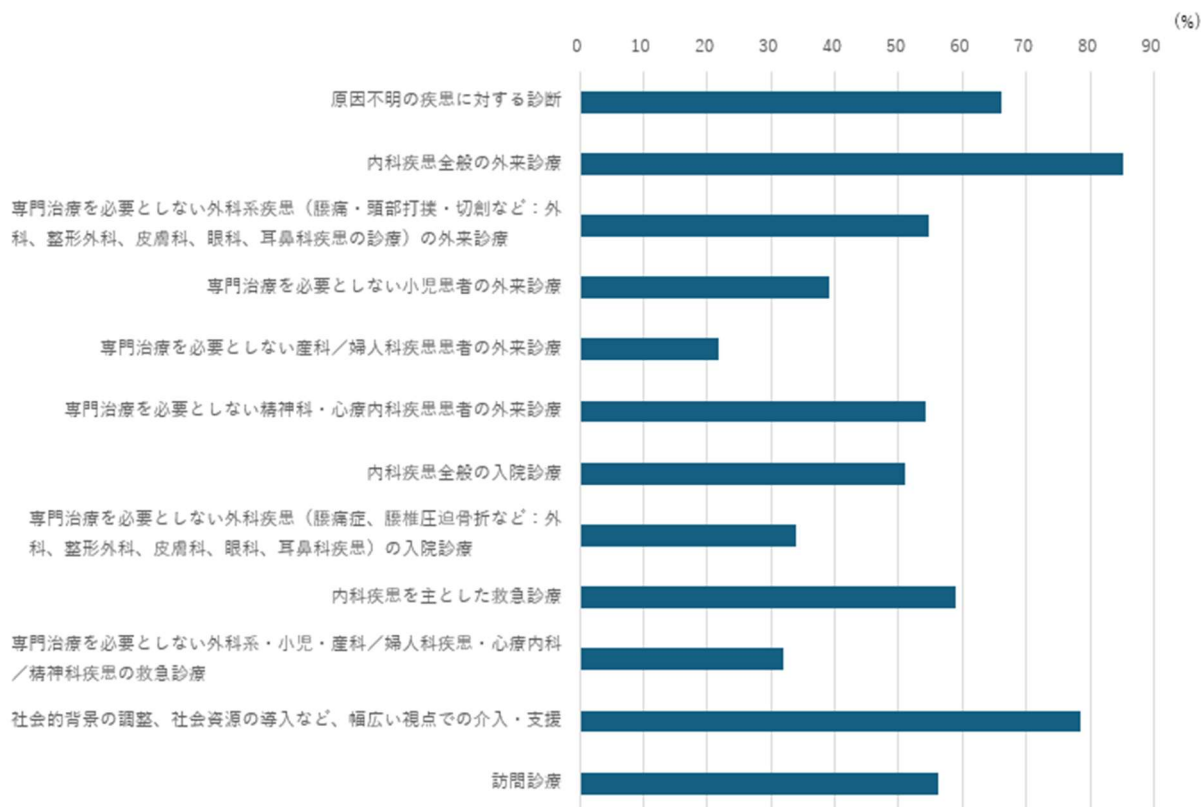
*分母は医師数の490

実数	割合(%)	
185	37.7%	総合内科専門医
55	11.2%	消化器病専門医
33	6.7%	循環器専門医
9	1.8%	呼吸器専門医
7	1.4%	血液専門医
9	1.8%	内分泌代謝科専門医
16	3.2%	糖尿病専門医
15	3.0%	腎臓専門医
22	4.4%	肝臓専門医
9	1.8%	アレルギー専門医
16	3.2%	感染症専門医
24	4.9%	老年病専門医
13	2.6%	神経内科専門医
14	2.8%	リウマチ専門医
44	8.9%	消化器内視鏡専門医
5	1.0%	がん薬物療法専門医
25	5.1%	消化器外科専門医
1	0.2%	呼吸器外科専門医
2	0.4%	心臓血管外科専門医
3	0.6%	乳腺専門医
2	0.4%	放射線診断専門医
177	36.1%	プライマリケア・認定医
73	14.9%	家庭医療専門医
44	8.9%	病院総合診療専門医
26	5.3%	地域総合診療専門医
109	22.2%	取得していない／あてはまるものはない

3-3. ご自身の診療範囲は以下のどれですか？複数回答可 注：この設問は、設問3-1で、ご自身を【総合診療医】または【両方あてはまる】と答えた方にのみ表示されています。

*分母は【総合診療医】または【両方あてはまる】の390

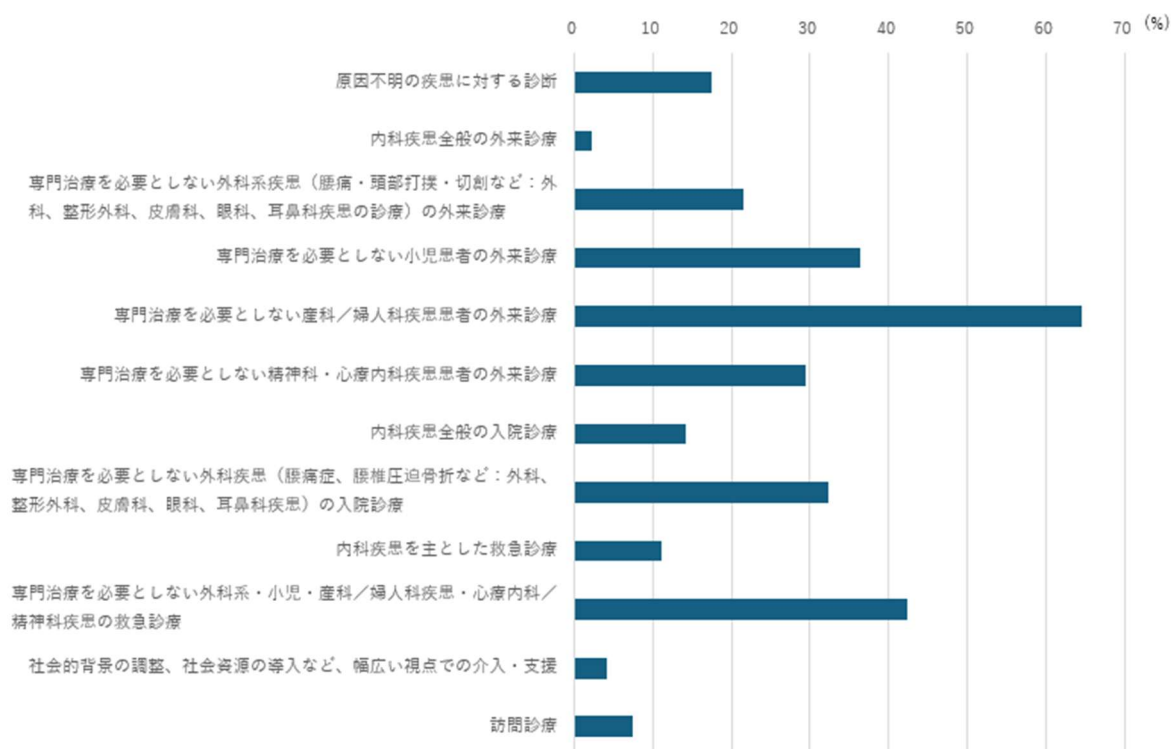
実数	割合(%)	
258	66.2%	原因不明の疾患に対する診断
332	85.1%	内科疾患全般の外来診療
213	54.6%	専門治療を必要としない外科系疾患（腰痛・頭部打撲・切創など：外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科疾患の診療）の外来診療
153	39.2%	専門治療を必要としない小児患者の外来診療
85	21.8%	専門治療を必要としない産科／婦人科疾患患者の外来診療
212	54.4%	専門治療を必要としない精神科・心療内科疾患患者の外来診療
199	51.0%	内科疾患全般の入院診療
132	33.9%	専門治療を必要としない外科疾患（腰痛症、腰椎圧迫骨折など：外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科疾患）の入院診療
230	59.0%	内科疾患を主とした救急診療
125	32.1%	専門治療を必要としない外科系・小児・産科／婦人科疾患・心療内科／精神科疾患の救急診療
306	78.5%	社会的背景の調整、社会資源の導入など、幅広い視点での介入・支援
219	56.2%	訪問診療



3－4. 自分自身が能力・責任の観点から積極的には行いたくない診療行為はどれですか？複数回答可
注：この設問は、設問3－1で、ご自身を【総合診療医】または【両方あてはまる】と答えた方にのみ表示されています。

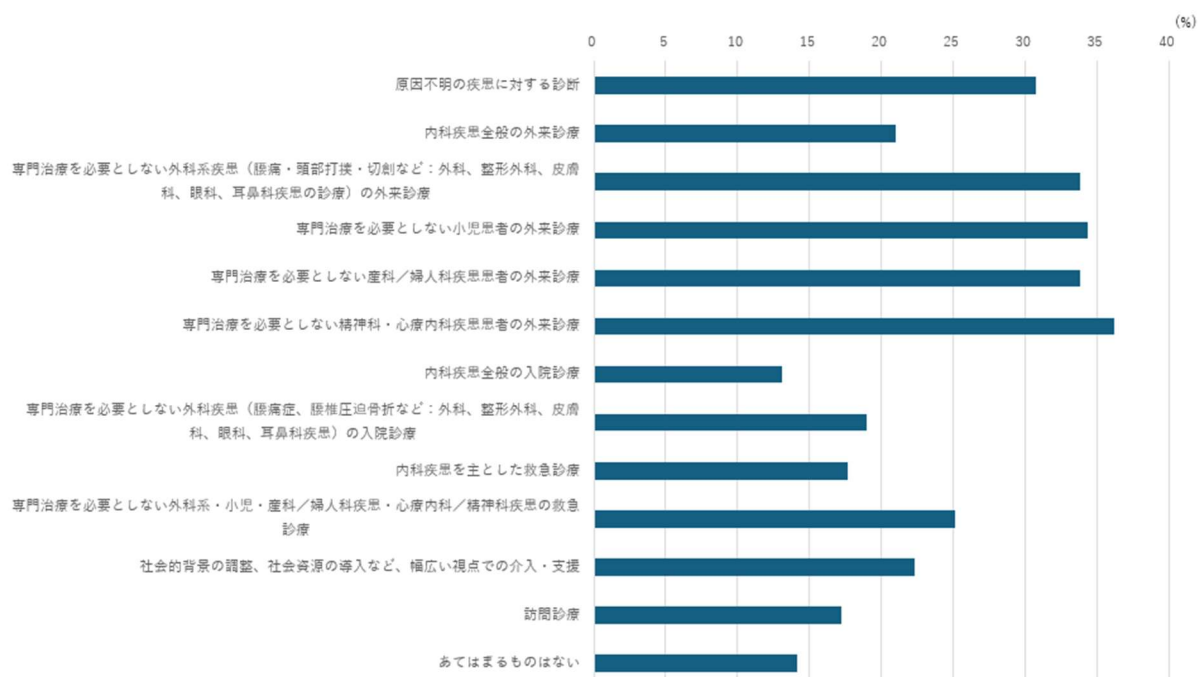
*分母は【総合診療医】または【両方あてはまる】の390

実数	割合(%)	
68	17.4%	原因不明の疾患に対する診断
9	2.3%	内科疾患全般の外来診療
84	21.5%	専門治療を必要としない外科系疾患（腰痛・頭部打撲・切創など：外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科疾患の診療）の外来診療
142	36.4%	専門治療を必要としない小児患者の外来診療
252	64.6%	専門治療を必要としない産科／婦人科疾患患者の外来診療
115	29.5%	専門治療を必要としない精神科・心療内科疾患患者の外来診療
55	14.1%	内科疾患全般の入院診療
126	32.3%	専門治療を必要としない外科疾患（腰痛症、腰椎圧迫骨折など：外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科疾患）の入院診療
43	11.0%	内科疾患を主とした救急診療
165	42.3%	専門治療を必要としない外科系・小児・産科／婦人科疾患・心療内科／精神科疾患の救急診療
16	4.1%	社会的背景の調整、社会資源の導入など、幅広い視点での介入・支援
29	7.4%	訪問診療



3－5. ご自身の現状の診療能力・範囲に加え、新たにスキルアップしたいと思う診療能力はどれですか？複数回答可（例、現在皮膚疾患は診ていないが、今後診断・治療できるようになりたい）。注：この設問は、設問3－1で、ご自身を【総合診療医】または【両方あてはまる】と答えた方にのみ表示されています。*分母は【総合診療医】または【両方あてはまる】の390

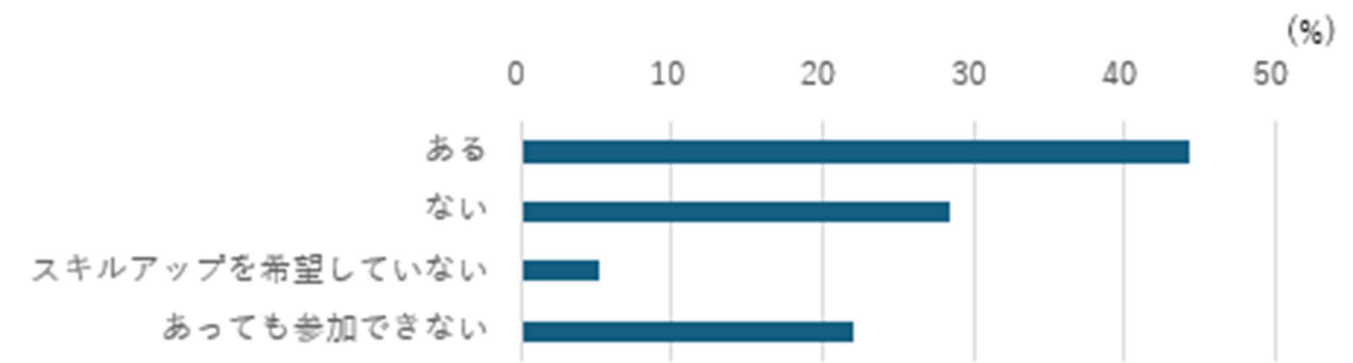
実数	割合(%)	
120	30.8%	原因不明の疾患に対する診断
82	21.0%	内科疾患全般の外来診療
132	33.9%	専門治療を必要としない外科系疾患（腰痛・頭部打撲・切創など：外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科疾患の診療）の外来診療
134	34.4%	専門治療を必要としない小児患者の外来診療
132	33.9%	専門治療を必要としない産科／婦人科疾患患者の外来診療
141	36.2%	専門治療を必要としない精神科・心療内科疾患患者の外来診療
51	13.1%	内科疾患全般の入院診療
74	19.0%	専門治療を必要としない外科疾患（腰痛症、腰椎圧迫骨折など：外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科疾患）の入院診療
69	17.7%	内科疾患を主とした救急診療
98	25.1%	専門治療を必要としない外科系・小児・産科／婦人科疾患・心療内科／精神科疾患の救急診療
87	22.3%	社会的背景の調整、社会資源の導入など、幅広い視点での介入・支援
67	17.2%	訪問診療
55	14.1%	あてはまるものはない



3－6. 新たなスキルアップをする機会や方法はありますか？ 注：この設問は、設問3－1で、ご自身を【総合診療医】または【両方あてはまる】と答えた方にのみ表示されています。

*分母は【総合診療医】または【両方あてはまる】の 390

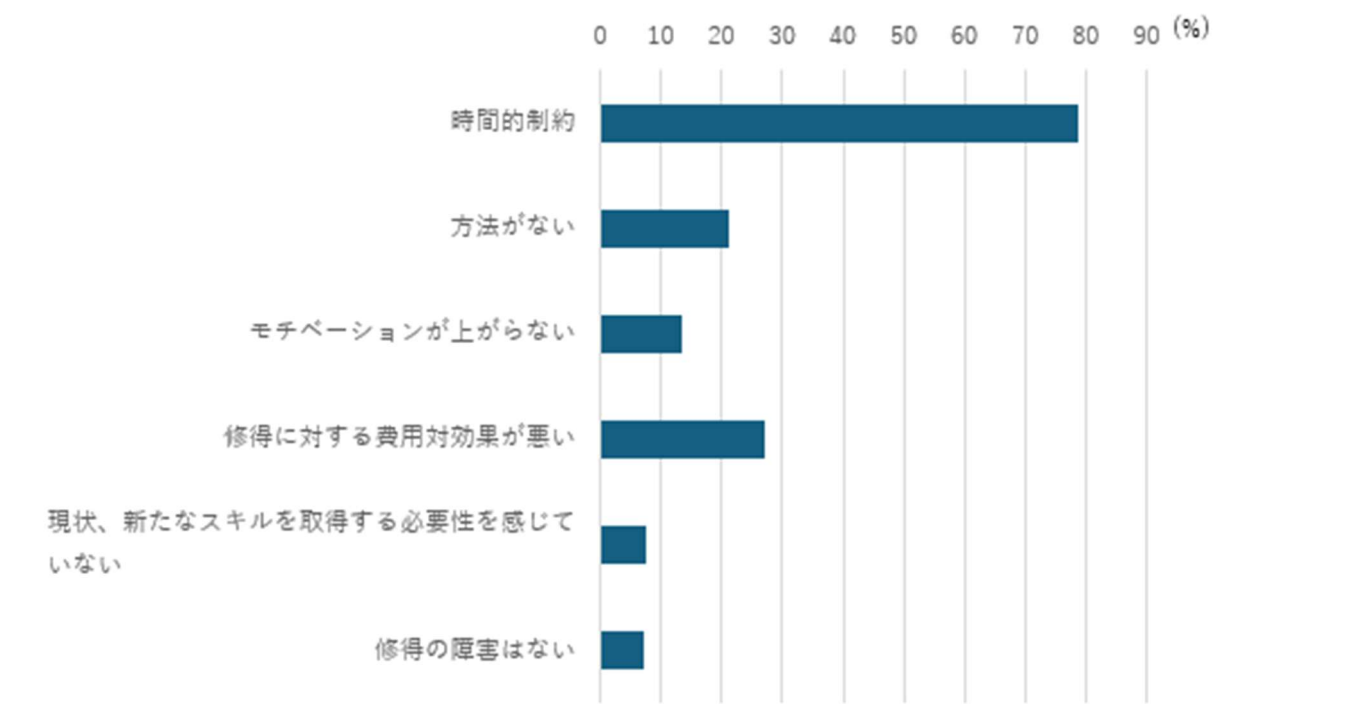
実数	割合(%)	
173	44.4%	ある
111	28.5%	ない
20	5.1%	スキルアップを希望していない
86	22.1%	あっても参加できない



3－7. 新たなスキルアップをする障害はなんですか？複数回答可 注：この設問は、設問3－1で、ご自身を【総合診療医】または【両方あてはまる】と答えた方にのみ表示されています。

*分母は【総合診療医】または【両方あてはまる】の390

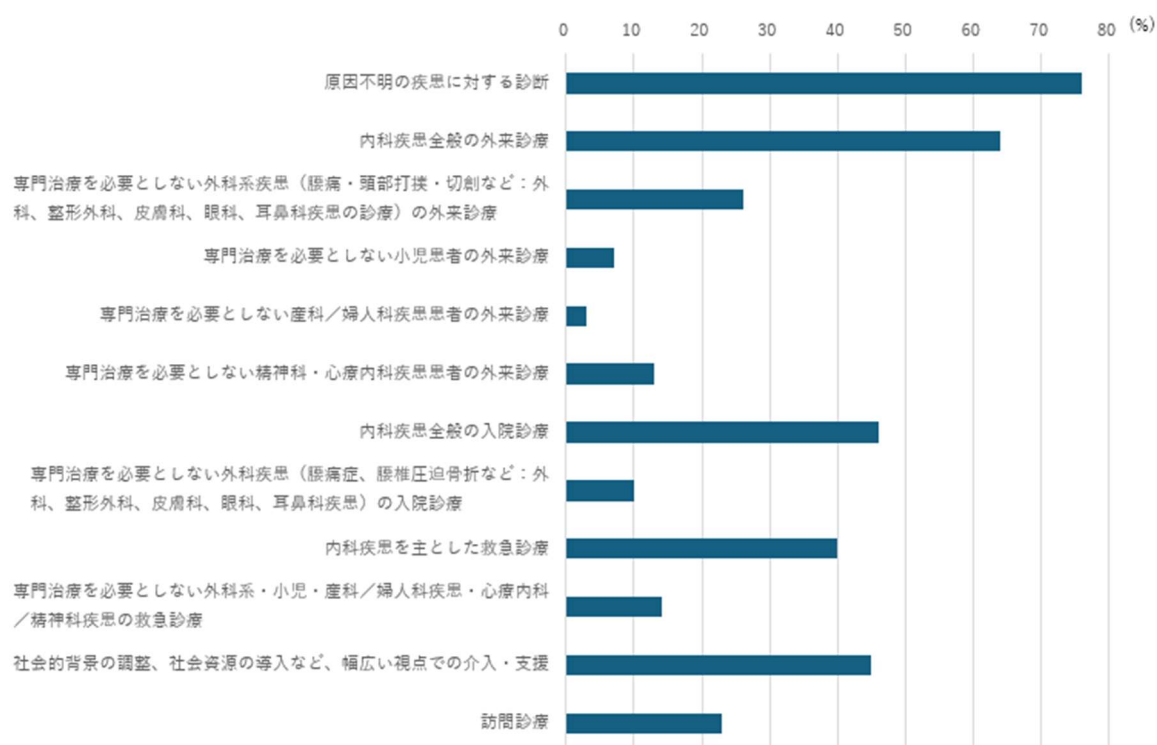
実数	割合(%)	
307	78.7%	時間的制約
83	21.3%	方法がない
53	13.6%	モチベーションが上がらない
105	26.9%	修得に対する費用対効果が悪い
30	7.7%	現状、新たなスキルを取得する必要性を感じていない
28	7.2%	修得の障害はない



3－8. あなたの所属する医療機関・介護保険施設等で、あなたが総合診療医に対して望む診療範囲は、どれですか？複数回答可 注：この設問は、設問3－1で、ご自身を【臓器別専門医】、【どちらでもない】または【その他】と答えた方にのみ表示されています。

*分母は【臓器別専門医】、【どちらでもない】または【その他】の100

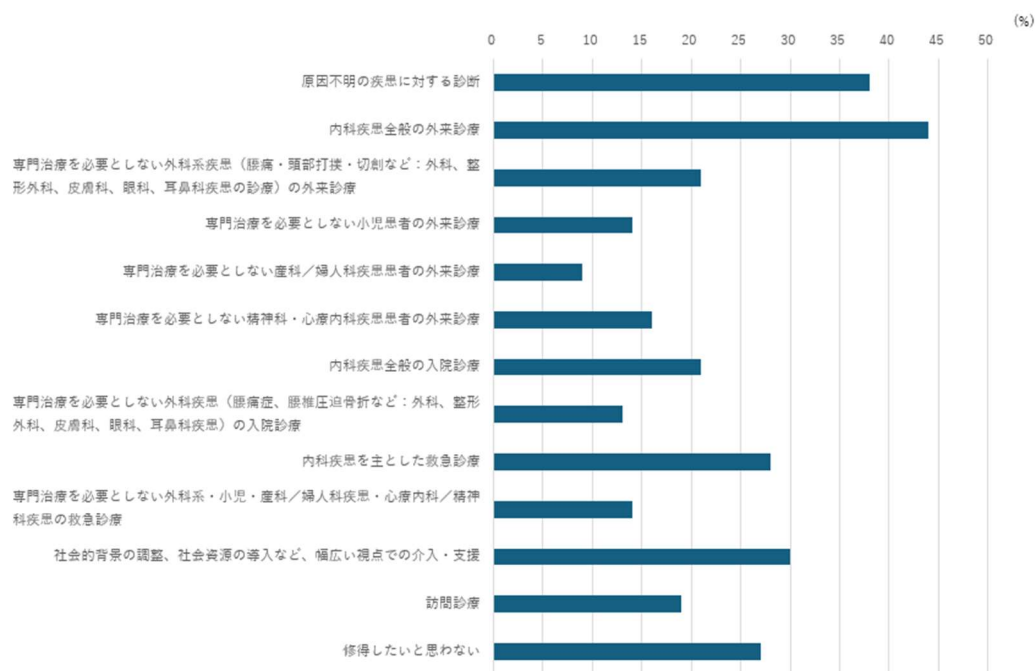
実数	割合(%)	
76	76.0%	原因不明の疾患に対する診断
64	64.0%	内科疾患全般の外来診療
26	26.0%	専門治療を必要としない外科系疾患（腰痛・頭部打撲・切創など：外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科疾患の診療）の外来診療
7	7.0%	専門治療を必要としない小児患者の外来診療
3	3.0%	専門治療を必要としない産科／婦人科疾患患者の外来診療
13	13.0%	専門治療を必要としない精神科・心療内科疾患患者の外来診療
46	46.0%	内科疾患全般の入院診療
10	10.0%	専門治療を必要としない外科疾患（腰痛症、腰椎圧迫骨折など：外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科疾患）の入院診療
40	40.0%	内科疾患を主とした救急診療
14	14.0%	専門治療を必要としない外科系・小児・産科／婦人科疾患・心療内科／精神科疾患の救急診療
45	45.0%	社会的背景の調整、社会資源の導入など、幅広い視点での介入・支援
23	23.0%	訪問診療



3-9. 総合診療能力を修得したいと考えますか？ 「はい」の場合は、以下から選んでください。複数回答可 注：この設問は、設問3-1で、ご自身を【臓器別専門医】、【どちらでもない】または【その他】と答えた方にのみ表示されています。

*分母は【臓器別専門医】、【どちらでもない】または【その他】の100

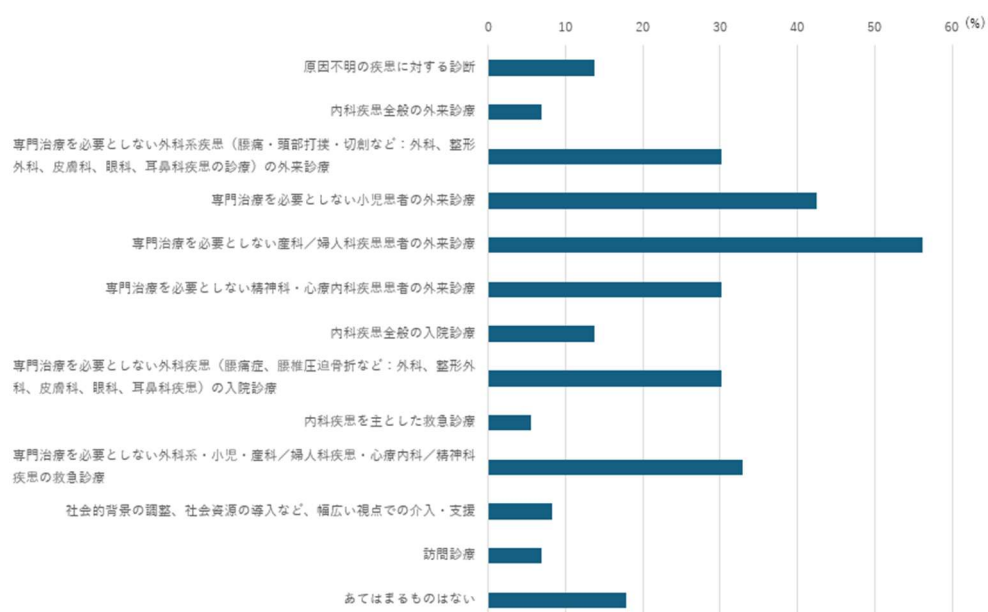
実数	割合(%)	
38	38.0%	原因不明の疾患に対する診断
44	44.0%	内科疾患全般の外来診療
21	21.0%	専門治療を必要としない外科系疾患（腰痛・頭部打撲・切創など：外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科疾患の診療）の外来診療
14	14.0%	専門治療を必要としない小児患者の外来診療
9	9.0%	専門治療を必要としない産科／婦人科疾患患者の外来診療
16	16.0%	専門治療を必要としない精神科・心療内科疾患患者の外来診療
21	21.0%	内科疾患全般の入院診療
13	13.0%	専門治療を必要としない外科疾患（腰痛症、腰椎圧迫骨折など：外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科疾患）の入院診療
28	28.0%	内科疾患を主とした救急診療
14	14.0%	専門治療を必要としない外科系・小児・産科／婦人科疾患・心療内科／精神科疾患の救急診療
30	30.0%	社会的背景の調整、社会資源の導入など、幅広い視点での介入・支援
19	19.0%	訪問診療
27	27.0%	修得したいと思わない



3-10. 自身が総合診療能力を修得した際に、能力・責任の観点から積極的には行いたくない診療行為はどれですか？複数回答可 注：この設問は、設問3-1で、ご自身を【臓器別専門医】、【どちらでもない】または【その他】と答え設問3-9で、【修得したいと思わない】と答えなかった方にのみ表示されています。

*分母は【臓器別専門医】、【どちらでもない】または【その他】と答え設問3-9で、【修得したいと思わない】と答えなかった73

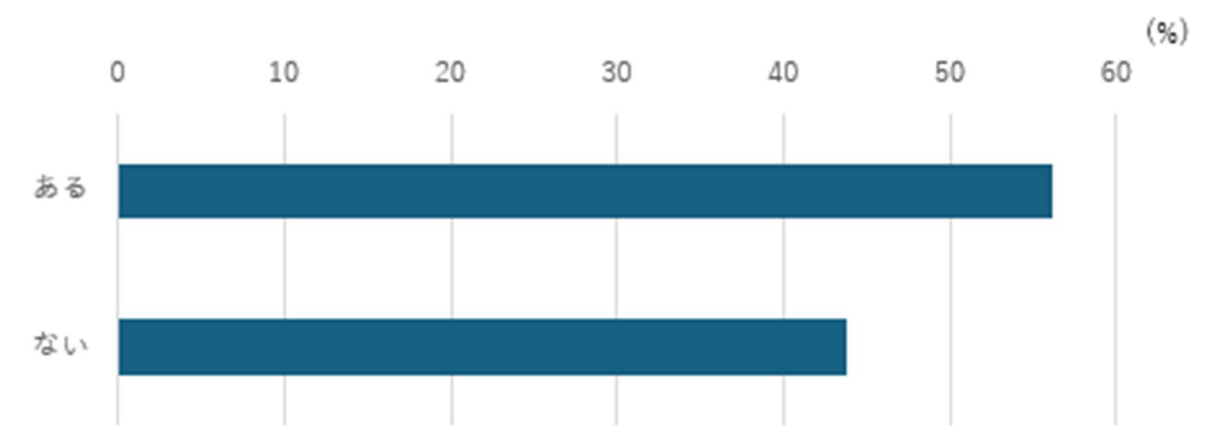
実数	割合(%)	
10	13.7%	原因不明の疾患に対する診断
5	6.9%	内科疾患全般の外来診療
22	30.1%	専門治療を必要としない外科系疾患（腰痛・頭部打撲・切創など：外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科疾患の診療）の外来診療
31	42.5%	専門治療を必要としない小児患者の外来診療
41	56.2%	専門治療を必要としない産科／婦人科疾患患者の外来診療
22	30.1%	専門治療を必要としない精神科・心療内科疾患患者の外来診療
10	13.7%	内科疾患全般の入院診療
22	30.1%	専門治療を必要としない外科疾患（腰痛症、腰椎圧迫骨折など：外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科疾患）の入院診療
4	5.5%	内科疾患を主とした救急診療
24	32.9%	専門治療を必要としない外科系・小児・産科／婦人科疾患・心療内科／精神科疾患の救急診療
6	8.2%	社会的背景の調整、社会資源の導入など、幅広い視点での介入・支援
5	6.9%	訪問診療
13	17.8%	あてはまるものはない



3－1 1. 総合診療能力を修得する機会や方法がありますか？ 注：この設問は、設問3－1で、ご自身を【臓器別専門医】、【どちらでもない】または【その他】と答え設問3－9で、【修得したいと思わない】と答えなかった方にのみ表示されています。

*分母は【臓器別専門医】、【どちらでもない】または【その他】と答え設問3－9で、【修得したいと思わない】と答えなかった 73

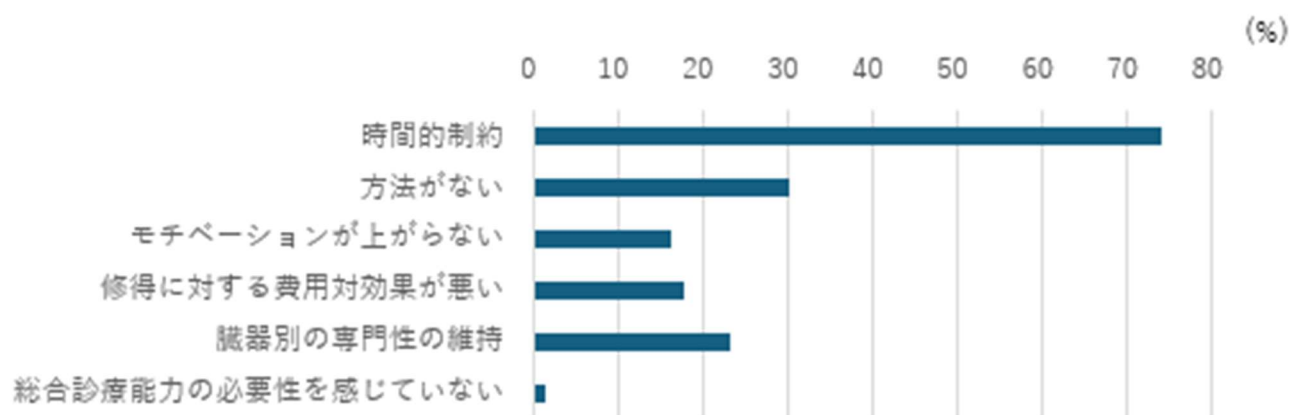
実数	割合(%)	
41	56.2%	ある
32	43.8%	ない



3-12. 総合診療能力を修得する障害はなんですか？複数回答可 注：この設問は、設問3-1で、ご自身を【臓器別専門医】、【どちらでもない】または【その他】と答え設問3-9で、【修得したいと思わない】と答えなかった方にのみ表示されています。

*分母は【臓器別専門医】、【どちらでもない】または【その他】と答え設問3-9で、【修得したいと思わない】と答えなかった73

実数	割合(%)	
54	74.0%	時間的制約
22	30.1%	方法がない
12	16.4%	モチベーションが上がらない
13	17.8%	修得に対する費用対効果が悪い
17	23.3%	臓器別の専門性の維持
1	1.4%	総合診療能力の必要性を感じていない



3-13. 総合診療能力を修得する上で必要な支援はなんですか？複数回答可 注：この設問は、設問3-1で、ご自身を【臓器別専門医】、【どちらでもない】または【その他】設問3-9で、【修得したいと思わない】と答えなかった方にのみ表示されています。

*分母は【臓器別専門医】、【どちらでもない】または【その他】と答え設問3-9で、【修得したいと思わない】と答えなかった73

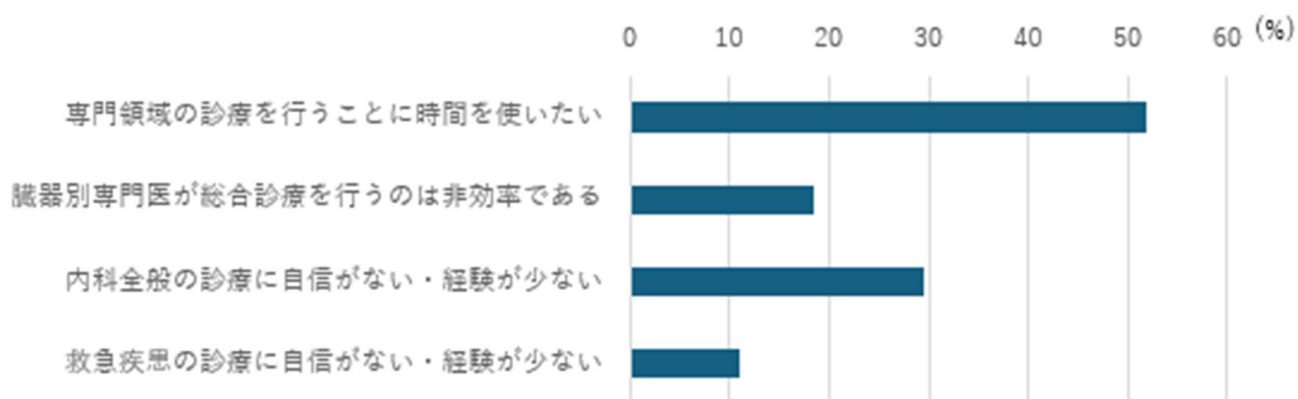
実数	割合(%)	
38	52.1%	研修プログラムや指導教育制度の紹介
45	61.6%	現在の業務上の配慮
24	32.9%	研修に係る費用補助
20	27.4%	総合診療医としての職場に関する情報提供
1	1.4%	どのような支援があったとしても修得できない



3-14. 総合診療能力を修得する必要があると思われる理由は何ですか？複数回答可 注：この設問は、設問3-1で、ご自身を【臓器別専門医】、【どちらでもない】または【その他】と答え設問3-9で、【修得したいと思わない】と答えた方にのみ表示されています。

*分母は【臓器別専門医】、【どちらでもない】または【その他】と答え設問3-9で、【修得したいと思わない】と答えた 27

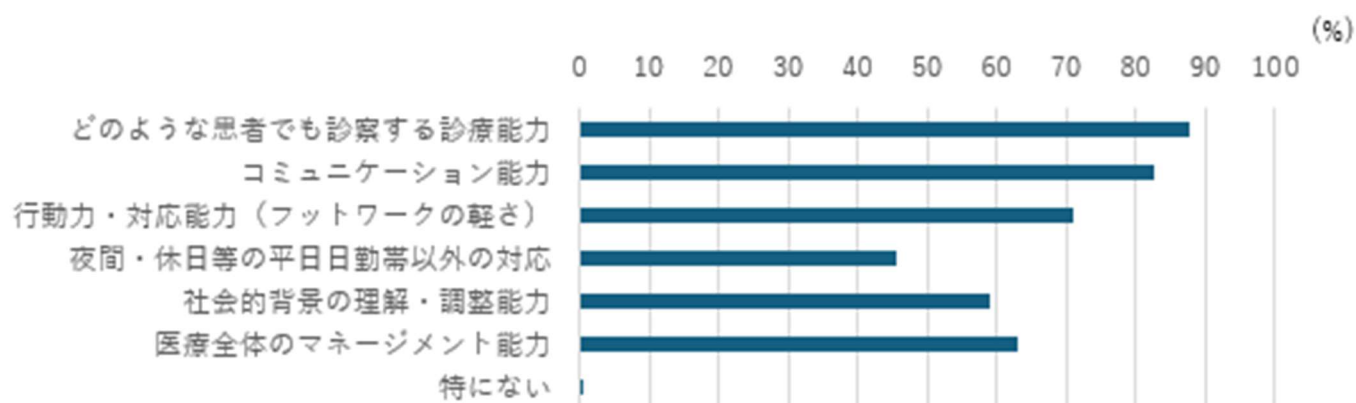
実数	割合(%)	
14	51.9%	専門領域の診療を行うことに時間を使いたい
5	18.5%	臓器別専門医が総合診療を行うのは非効率である
8	29.6%	内科全般の診療に自信がない・経験が少ない
3	11.1%	救急疾患の診療に自信がない・経験が少ない



4-1. 総合診療医に求める能力は、以下のうちどれですか？複数回答可 注：この設問は、設問1-2で、ご自身を【看護職（保健師、助産師、准看護師含む）】、【療法士】、【ケアマネジャー】、【介護士】または【その他】と答えた方にのみ表示されています。

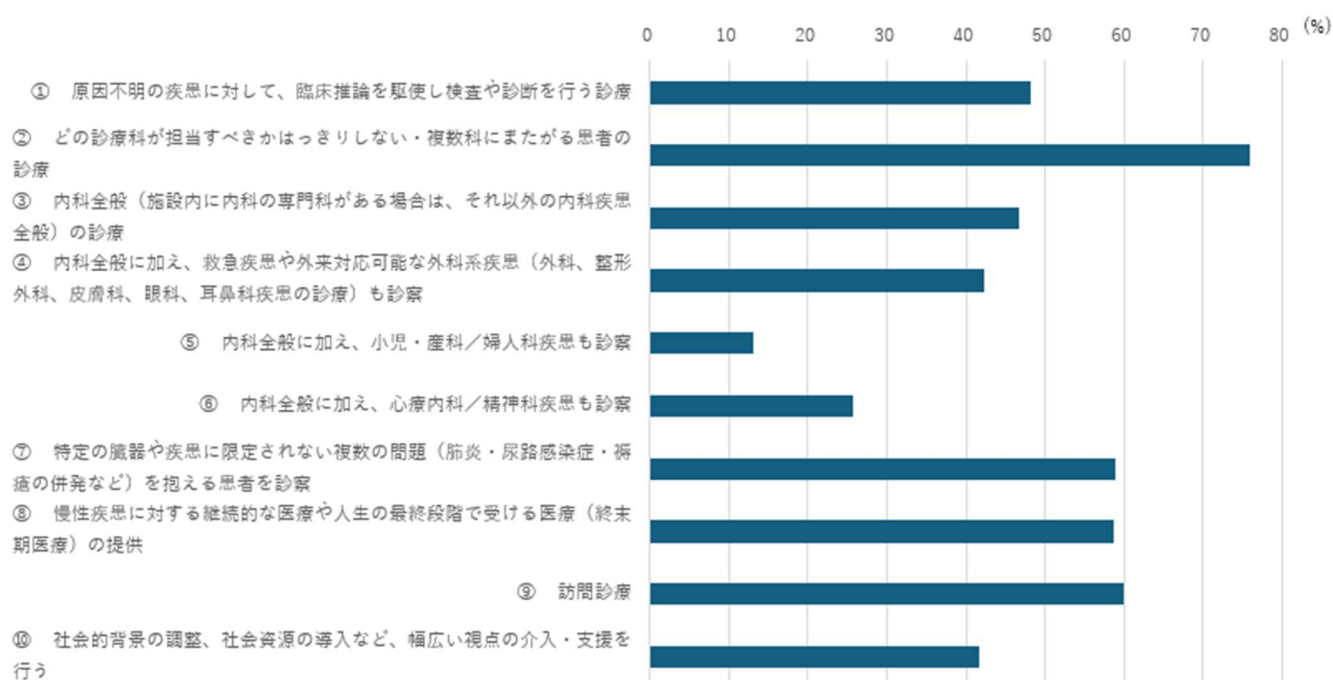
*分母は【看護職（保健師、助産師、准看護師含む）】、【療法士】、【ケアマネジャー】、【介護士】または【その他】と答えた 508

実数	割合(%)	
446	87.8%	どのような患者でも診察する診療能力
420	82.7%	コミュニケーション能力
360	70.9%	行動力・対応能力（フットワークの軽さ）
231	45.5%	夜間・休日等の平日日勤帯以外の対応
299	58.9%	社会的背景の理解・調整能力
320	63.0%	医療全体のマネジメント能力
1	0.2%	特になし



4-2. 総合診療医に求める診療範囲は以下のうち、どれに当てはまりますか？複数回答可でいくつでも結構です。4-1でお聞きしたものは、【役割】であり、この質問では【診療範囲（どのような患者さんを診察するか）】を聞いています。注：この設問は、設問1-2で、ご自身を【看護職（保健師、助産師、准看護師含む）】、【療法士】、【ケアマネジャー】、【介護士】または【その他】と答えた方にのみ表示されています。
*分母は【看護職（保健師、助産師、准看護師含む）】、【療法士】、【ケアマネジャー】、【介護士】または【その他】と答えた 508

実数	割合(%)	
245	48.2%	① 原因不明の疾患に対して、臨床推論を駆使し検査や診断を行う診療
386	76.0%	② どの診療科が担当すべきかはっきりしない・複数科にまたがる患者の診療
237	46.7%	③ 内科全般（施設内に内科の専門科がある場合は、それ以外の内科疾患全般）の診療
215	42.3%	④ 内科全般に加え、救急疾患や外来対応可能な外科系疾患（外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科疾患の診療）も診察
66	13.0%	⑤ 内科全般に加え、小児・産科／婦人科疾患も診察
130	25.6%	⑥ 内科全般に加え、心療内科／精神科疾患も診察
299	58.9%	⑦ 特定の臓器や疾患に限定されない複数の問題（肺炎・尿路感染症・褥瘡の併発など）を抱える患者を診察
298	58.7%	⑧ 慢性疾患に対する継続的な医療や人生の最終段階で受ける医療（終末期医療）の提供
305	60.0%	⑨ 訪問診療
212	41.7%	⑩ 社会的背景の調整、社会資源の導入など、幅広い視点の介入・支援を行う



4-3. 臓器別専門医（循環器内科、消化器内科などの専門科）と比べて、総合診療医に特に求める能力は、以下のうちどれですか？複数回答可 注：この設問は、設問1-2で、ご自身を【看護職（保健師、助産師、准看護師含む）】、【療法士】、【ケアマネジャー】、【介護士】または【その他】と答えた方にのみ表示されています。

*分母は【看護職（保健師、助産師、准看護師含む）】、【療法士】、【ケアマネジャー】、【介護士】または【その他】と答えた 508

実数	割合(%)	
433	85.24%	どのような患者でも診察する診療能力
384	75.59%	コミュニケーション能力
305	60.04%	行動力・対応能力（フットワークの軽さ）
187	36.81%	夜間・休日等の平日日勤帯以外の対応
281	55.31%	社会的背景の理解・調整能力
301	59.25%	医療全体のマネジメント能力
4	0.79%	特にない



主要国の総合診療医の育成・確保・役割・生涯教育に関する調査研究

研究分担者 比良野 圭太 京都大学 臨床研究開発学 講師

研究要旨

【目的】

地域医療の中核を担う総合診療医の確保と育成は喫緊の課題であるが、日本では専門医制度内での位置づけの曖昧さや他専門領域との連携不足、キャリア支援の乏しさが課題となっている。本研究は、主要国における制度や教育現場の実態を明らかにし、日本の制度設計に資する提言を導くことを目的とした。

【方法】

本研究では、（1）米国に加え、新たにオーストラリアの家庭医療分野の専門家に対する半構造化インタビューを実施し、専門医制度、教育課程、地域連携、政策支援の実態を調査した。また、（2）総合診療医のキャリア選択に関する政策的介入の有効性について文献のシステマティックレビューを継続実施した。さらに、（3）得られた知見を基に、日本における育成制度改革に向けた提言を検討した。

【結果】

インタビュー結果から、オーストラリアでは RACGP を中心とした体系的な研修制度が確立されており、GP が患者ケア全体を統括する役割を担う紹介制度が制度的に整備されていることが確認された。一方で、診療報酬の相対的低さが総合診療志向の低下の主要因であることが指摘された。また、GP の診療は軽症疾患の対応にとどまらず、重症疾患の鑑別を含む高度な臨床判断を伴う専門性の高い領域であることが強調された。システマティックレビューでは、長期的かつ継続的な教育プログラム、ロールモデルとの接点、地域医療経験がキャリア選択に重要であることが再確認された。

【結論】

米国およびオーストラリアの制度的枠組みは、日本の総合診療医制度の改善に重要な示唆を与える。特に、教育制度の整備に加え、報酬体系の見直しや総合診療医の役割に対する理解の促進を含めた、総合的な対応が求められる。

A. 研究目的

地域医療の質とアクセスを支える存在として、総合診療医の役割は国際的にも注目されており、我が国においてもその育成と確保が喫緊の政策課題となっている。特に、専門医制度における制度設計やキャリア形成支援の不備、他の診療科との連携不足などが背景にあり、若手医師の進路選択や地域医療への定着において障壁となっている。日本では2018年に総合診療専門医が基本領域として制度化されたが、専攻医の割合は依然として低く、地域での活躍に結びつく育成スキームの整備が求められている。また、診療報酬や社会的評価の面においても他専門領域との差が指摘されており、制度的整備と実際のキャリア選択との乖離が依然として課題となっている。

一方、世界に目を向けると、米国をはじめとする主要国では、家庭医療・総合診療を明確に専門領域として確立し、専門医制度の中での地位や教育支援制度が制度的に整備されている。特に、がん診療などの高度専門領域との連携や、研修医の地域医療参加を促す経済的インセンティブの導入、教育プログラムにおける柔軟性と実践力重視の構成など、日本にとって示唆的な先行事例が多数存在する。さらに本年度は、新たにオーストラリアの家庭医療制度に関する知見を追加することで、国際比較の枠組みを拡張した。オーストラリアでは、GPが医療提供の入口として患者の診療全体を統括し、専門医との連携を制度的に担保する仕組みが整備されている一方で、診療報酬の相対的低さが総合診療志向の低下の要因となっていることが指摘されており、制度設計と経済的インセンティブの双方の重要性が示唆されている。

また、総合診療医の役割に対する社会的認識についても重要な課題が存在する。総合診療医は軽症疾患の対応を担う存在と誤解されることがあるが、実際には重症疾患の鑑別や適切な専門医紹介を含む高度な臨床判断を担う専門領域である。このような認識の乖離は、医学生や若手医師のキャリア選択にも影響を与えている可能性がある。さらに、日本においては患者が直接専門医を受診できる医療提供体制が長く続いてきたことから、総合診療

医を介した診療モデルに対する理解が十分に浸透していない点も構造的課題として挙げられる。

本研究では、こうした海外の育成制度・キャリア支援策・地域連携の実態を明らかにし、日本における制度的課題の整理と将来的な制度設計への提言を目的とする。具体的には、(1) 米国に加えオーストラリアを含む専門家への半構造化インタビューを通じた現状把握、(2) 総合診療医の確保・育成に関する政策的介入の効果に関するシステマティックレビューおよびスコーピングレビューの実施、(3) これらの知見に基づく日本型の制度改善モデルの検討を柱として、総合診療専門医のキャリアパス明確化、がん診療との連携強化、教育内容の最適化に加え、報酬体系や社会的評価の改善といった観点から、実効性のある制度改革の方向性を示すことを目指す。

B. 研究方法

本分担研究では、日本における総合診療専門医の育成・確保の方策を検討するため、海外の教育制度やキャリア支援の実態を把握し、それらを踏まえた日本型の育成支援モデルの構築を目的として、以下の3つの手法により調査を実施した。昨年度に引き続き、調査対象国および分析枠組みを拡張し、国際比較の深化を図った。

① 海外専門家への半構造化インタビューの実施

本研究では、米国において家庭医療や腫瘍内科の分野で教育・研修に関与している専門家に加え、本年度は新たにオーストラリアの家庭医療分野の専門家を対象として半構造化インタビューを実施した。インタビューでは、①家庭医療専門医の研修構造、②専門診療とプライマリ・ケアの連携体制、③医師のキャリア形成支援制度、④地域医療機関との連携、⑤診療報酬や経済的インセンティブの有無とその影響、⑥研修内容への患者中心アプローチや緩和ケアの統合の状況、等について聴取した。特に本年度は、総合診療医のキャリア選択に影響を与える制度的・経済的要因や、GPが医療提供体制の中で担う役割（紹介制度における位置づけや専門医との連携構造）に関する情報収集を強化した。

② 総合診療医の確保・育成に関するシステマティックレビューおよびスコーピングレビューの実施

PubMed、Web of Science、Embase など複数の国際データベースを対象とし、“general practitioner”, “family physician”, “career choice”, “intervention”などの検索語を用いて、総合診療医の確保・育成に関連する政策的介入（教育プログラム、奨学金制度、地域医療派遣制度など）の効果に関する文献を収集した。収集した文献については2名の研究者による独立評価を行い、教育介入の有効性、持続性、対象層、教育内容の特性に関して定性的に分析した。さらに本年度は、各国の制度的背景や文脈の違いを踏まえた包括的理解を目的として、スコーピングレビューの枠組みを導入し、政策・教育・文化的要因のマッピングを実施した。加えて、得られた知見をもとに、文脈（context）・作用機序（mechanism）・結果（outcome）の関係性を整理する分析枠組みの検討も進めた。

③ 海外知見の活用と制度改善への提案

上記①および②で得られた知見をもとに、日本における制度的課題の整理と、政策的対応の方向性を検討した。本年度は特に、①総合診療医の診療報酬体系とキャリア選択への影響、②紹介制度を通じた医療提供体制における総合診療医の位置づけ、③社会的認識が専門選択に与える影響、といった観点を新たに加え、制度設計と実際の医師行動との関係性を重視した分析を行った。これにより、従来の教育制度中心の検討に加えて、経済的・社会的要因を含めた包括的な制度改善モデルの構築を試みた。

C. 研究結果

① 海外専門家への半構造化インタビューの結果

本年度は、昨年度実施した米国における家庭医療および腫瘍内科分野の専門家へのインタビュー結果に加え、新たにオーストラリアの家庭医療分野の専門家へのインタビューを実施し、国際比較の観点から分析を行った。

米国においては、家庭医療レジデンシープログラムが医学部卒業後3年間の体系的な卒後研修として整備されており、入院診療、外来診療、老年医療、緩和ケア、小児科、産科など多様な領域を4週間単位のローテーションで経験する構造となっていた。また、地域医療機関や離島・農村地域での実習が組み込まれており、地域医療の実践能力の育成が重視されていた。がん診療においては、家庭医がスクリーニングや治療後フォローアップを担い、専門医との合同カンファレンスやE-Consultを通じた連携体制が構築されていることが確認された。さらに、ローン返済支援制度などの経済的インセンティブが地域医療従事の促進に寄与していることが示唆された。

一方、オーストラリアにおいては、RACGPを中心とした研修制度が確立されており、GPは医療提供体制の入口として患者の診療全体を統括する役割を担っていた。専門医受診にはGPからの紹介が必要であり、この仕組みによりGPがケアのコーディネーターとして機能していることが明らかとなった。また、医学生段階から一般診療および地域医療への曝露が組み込まれているものの、研修受け入れ施設の負担などが教育機会の制約となっている点も指摘された。さらに、GPの診療は軽症疾患への対応にとどまらず、重症疾患の鑑別や適切な紹介判断を含む高度な臨床判断を要するにもかかわらず、その専門性が十分に認識されていないという課題が示された。加えて、診療報酬の相対的低さが総合診療志向の低下の主要因として挙げられており、制度設計と経済的インセンティブの重要性が明確となった。

これらの結果から、米国およびオーストラリアのいずれにおいても、総合診療医が地域医療の基盤として機能するためには、教育制度、専門医との連携体制、ならびに経済的支援の三要素が重要であることが示唆された。

② システマティックレビューの結果

総合診療医のキャリア選択に対する政策的介入の効果に関する文献を対象に、既報の検索戦略に基づき文献収集を継続し、現時点で多数の関連文献

のスクリーニングおよび評価を進めている。文献の適格性評価においては 2 名のレビューアーによる独立評価を行い、不一致文献については第三のレビューアーによる判定を行った。

これまでの解析から、教育的介入として有効性が示唆されている要因として、①長期にわたる継続的な研修、②家庭医ロールモデルとの接点、③地域での実地研修経験、が挙げられた。特に、医学生 of 早期段階における地域医療への曝露がキャリア選択に強く影響することが複数の研究で示されていた。一方で、短期間の教育介入は意識変容には寄与するものの、実際の進路選択への影響は限定的である傾向が認められた。

さらに本年度は、スコーピングレビューの枠組みを導入し、各国における政策的介入の種類、対象、実施背景を整理した。その結果、総合診療医の確保・定着には、教育的要因に加えて、診療報酬、労働環境、社会的評価といった構造的要因が重要であることが明らかとなった。また、これらの要因は国ごとの医療制度や文化的背景に依存しており、単一の介入ではなく複合的な施策が必要であることが示唆された。

③ 国内制度改善に向けた知見の整理

インタビューおよびレビューの結果を統合すると、総合診療専門医のキャリア支援および制度設計においては、以下のような要素が重要であると考えられた。

教育制度面では、がん診療初期対応、緩和ケア、継続支援といった領域を専門研修に組み込むことにより、専門医間連携を前提とした実践能力の向上が期待される。地域連携体制においては、地域がん診療拠点病院との合同カンファレンスや診療所におけるサバイバーシップ支援体制の構築が、総合診療医の役割拡張に寄与する可能性がある。さらに、政策的支援としては、奨学金制度や地域勤務支援に加え、診療報酬体系の見直しや専門性の社会的評価の向上が不可欠であると考えられた。

本年度の分析により、従来重視されてきた教育的要因に加えて、経済的および社会的要因が総合診療医の確保において重要な役割を果たすことが明

確となった。これらの知見は、今後の総合診療専門医制度の改訂や地域医療政策の検討において、重要な基盤情報となると考えられる。

D. 考察

① 海外事例に基づく制度的示唆の整理

本研究では、昨年度の米国における家庭医療・腫瘍内科の教育・研修体制に関する知見に加え、本年度はオーストラリアの家庭医療制度に関するインタビュー結果を統合し、総合診療医の育成・確保に関する国際比較を行った。その結果、米国およびオーストラリアのいずれにおいても、総合診療医は医療提供体制の中核として位置づけられ、専門医との連携を前提とした包括的ケアを担う役割が制度的に確立されていることが確認された。特にオーストラリアにおいては、紹介制度を通じて GP が診療の入口として機能する構造が明確であり、総合診療医が患者の継続的なケアを担う仕組みが制度的に担保されていた。このような構造は、日本における総合診療医の役割の明確化に向けて重要な示唆を与えるものである。

② システマティックレビューによる教育的介入の効果分析

本研究で実施したシステマティックレビューおよびスコーピングレビューの結果からは、従来指摘されてきた教育的介入（長期研修、ロールモデル、地域医療経験）がキャリア選択に重要であることが再確認された。一方で、本年度の分析では、これらの教育的要因に加え、診療報酬、労働環境、社会的評価といった構造的要因が、総合診療医の確保においてより本質的な影響を与えている可能性が示唆された。特にオーストラリアにおいては、GP 志望者の減少が診療報酬の相対的低さと関連していることが指摘されており、制度的・経済的インセンティブの設計がキャリア選択に直接的な影響を及ぼすことが明らかとなった。このことは、日本においても教育制度の整備のみでは不十分であり、制度全体としてのインセンティブ設計が必要であることを示している。

③ 社会的認識と医療提供体制の影響

さらに、本研究では総合診療医に対する社会的認識の重要性も明らかとなった。総合診療医は軽症疾患の対応を担う存在として過小評価される傾向があるが、実際には重症疾患の鑑別や専門医への適切な紹介判断を担う高度な専門領域である。この認識の乖離は、医学生や若手医師のキャリア選択に影響を与えるとともに、制度的な位置づけの曖昧さにもつながっている可能性がある。また、日本においては患者が直接専門医を受診できる医療提供体制が長く維持されてきたことから、総合診療医を介した診療モデルが十分に浸透していない点も、制度改革を進める上での重要な制約条件であると考えられる。

④ 日本への応用と制度改革の方向性

以上の結果を踏まえると、日本において総合診療専門医の確保と質の向上を図るためには、教育制度の整備に加えて、より広範な制度改革が必要である。具体的には、第一に、専門研修の中にがん診療、緩和ケア、慢性疾患管理などの実践的スキルを体系的に組み込むことで、専門医間連携を前提とした診療能力の向上を図ることが重要である。第二に、地域拠点病院や診療所との教育連携を強化し、地域医療における実践的経験を通じた人材育成を推進する必要がある。第三に、診療報酬体系の見直しや奨学金制度などの経済的インセンティブを整備することで、キャリア選択を現実的に支援する仕組みを構築することが求められる。さらに、総合診療医の役割に関する社会的理解を促進し、医療提供体制全体の中での位置づけを明確化することも不可欠である。

⑤ 今後の展望

本研究は、海外の制度および教育実践を通じて、総合診療医の確保と育成に関する多面的な要因を明らかにした。今後は、各国の制度的背景や文化的文脈を踏まえた比較分析をさらに深化させるとともに、文脈 (context)、作用機序 (mechanism)、結果 (outcome) の関係性を明確化する理論的枠組みの構築を進める必要がある。また、日本における制度

改革の実装に向けては、政策的介入の効果を検証する実証研究や、地域レベルでの実践的取り組みの評価が求められる。

E. 結論

本研究では、海外における家庭医療・総合診療分野の教育体制やキャリア支援制度の実態について、米国に加えてオーストラリアの事例を新たに加えた国際比較を行い、日本の総合診療専門医制度の強化に向けた具体的な課題と展望を明らかにした。特に、総合診療医が医療提供体制の中核として機能するためには、教育制度の整備のみならず、専門医との連携体制の構築、診療報酬を含む経済的インセンティブの設計、ならびに社会的認知の向上が重要であることが示された。

これらの知見は、今後の制度設計や政策立案において、教育・制度・社会構造を統合的に捉えた包括的なアプローチの必要性を示唆するものである。特に日本においては、総合診療医の役割に対する理解の醸成とともに、医療提供体制全体の中での位置づけを再定義することが求められる。

今後は、各国の制度的背景を踏まえた比較分析をさらに深化させるとともに、政策的介入の効果を実証的に検証し、総合診療専門医が地域医療の中核を担う存在として持続的に機能するための制度設計を検討していく必要がある。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
分担研究報告書

専門領域医師の総合的な診療能力獲得プログラムの効率化に関する研究

研究分担者 前野 哲博 筑波大学医学医療系 地域医療教育学 教授

研究要旨

【目的】地域で総合診療医として活躍する医師を増やすためには、他の専門領域の診療に従事している医師が、リカレント教育を受けたうえで、総合診療医として地域医療に従事することを促す仕組みが重要である。そこで本研究は、総合診療に関するオンライン形式のリカレント教育プログラムについて、さらなる教育効果の向上と効率化を図り、その教育効果を検証することを目的とする研究を実施した。

【方法】同期型オンライン研修形式のリカレント教育プログラムをベースとして、非同期型で事前にオンデマンド学修ができる e-learning プログラムと、大幅に時間を削減した同期型のライブ研修と組み合わせたハイブリッド型研修プログラムを開発した。教育効果の検証に関しては、2022～2024 年に受講開始した受講者を対象として、診療実践は実施割合と自信度および診療の変化、ノンテクニカルスキルは活用割合および業務への影響について尋ねた。

【結果】診療実践コース 12 プログラム、ノンテクニカルスキルコース 11 プログラムの合計 23 プログラムのハイブリッド化を実施し、実際の研修に導入した。受講者アンケートの結果からは、e-learning の難易度、ボリュームも適切で、時間の短縮化も図れていること、また新しい e-learning システムでも操作に困難を覚えた受講者は少なかったことが確認された。ライブ研修の時間は、従来の方法から半減したが、ペース配分、ボリュームとも適切との回答が最も多く、ほとんどの受講生が e-learning による事前学習が有効と感じていた。e-learning とライブ研修を組み合わせたハイブリッド研修全体に対する質問では、業務に役立つと思うという回答が 9 割を超えており、当初の目的通り、高い教育効果を維持しつつ、拘束時間の短縮が図れていることが確認できた。教育効果の検証に関しては、診療実践では一部の項目で実施割合、自信度ともに上昇し、ノンテクニカルスキルではすべての割合で活用割合が増加していた。診療の変化については、30 名（69.7%）が変化があったと回答した。ノンテクニカルスキルの業務への影響について、12 名（60.4%）が実際に役立ったと回答した。

【結論】本研究により、ハイブリッド研修プログラムの開発と導入を行い、その実現可能性を確認できた。また教育効果の検証により、研修の受講により実際の診療に変化を認めるなど、研修プログラムの有用性を確認できた。これらの取り組みを通して、リカレント教育のニーズに応え、教育効率と教育効果の高いハイブリッド型研修プログラムの開発が着実に進んでいることが確認できた。

A. 研究目的

地域で総合診療医として活躍する医師を増やすには卒前教育、臨床研修、専門研修、生涯教育の各フェーズにおける切れ目のない教育プログラムが求められる。このうち、専門研修に関しては、2018年に19番目の基本領域専門医として総合診療専門医制度が導入されたものの、専攻医数も全体の約3%にすぎず、社会からのニーズに応えるには程遠い状況にある。

急速に少子高齢化が進む中、地域医療の充実は喫緊の課題であり、その解決に向けて最も有効なのは、生涯教育である。すなわち、すでに他の専門領域の診療に従事している医師が、リカレント教育を受けたうえで、総合診療医として地域医療に従事することを促す仕組みを導入することである。

研究分担者は、これまで厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「卒前教育から生涯教育に至るシームレスな総合診療医の養成・確保に関する研究(21AA2002)」(令和3年～5年)の研究代表者として、総合診療に関するリカレント教育プログラムのオンライン化および教育効果の検証に取り組んできた。その結果、感染症等の情勢に左右されずに、地域に居ながら実践力を修得できる教育プログラムや教材を開発することができたものの、長時間プログラムであることや、全員に一律のプログラムであることが改善すべき点として残されていた。

そこで、本分担研究では、オンデマンド型の自習ができる e-learning プログラムを新たに開発し、オンライン形式の集合型ライブ研修と組み合わせたハイブリッド型にすることにより、さらなる教育効果の向上と効率化を図り、その教育効果を検証することを目的とする研究を行った。

初年度にあたる令和6年度には、日本プライマリ・ケア連合学会のプライマリ・ケア教育委員会と協働して、全国共通の e-learning 教材の開発を視野に入れて、それぞれの研修項目に対応する学修項目リストとして作成された「総合診療教育コード」のブラッシュアップを行った。また、ハイブリッド型研修プログラムを開発するためのプラットフォームの構築や、非同期型学習プログラムのパ

イロット版の開発、教育効果を検証する仕組みの構築などを実施した。

これを受けて令和7年度の本研究では、このような流れを受けて、本格的なハイブリッド型研修プログラムの開発および実際の研修における本格的な導入と、教育効果の検証の実践を行うことを目的とした。

B. 研究方法

本年度は、以下の2つの研究を実施した。

① ハイブリッド研修プログラムの開発

前述の厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）でオンライン化した研修プログラムはすべて、同じ時間に受講者が集合してライブで学ぶ同期型の研修スタイルのみであった。受講者の負担を軽減し、下記の2つの研修を組み合わせたハイブリッド型のプログラムとして新たに設定した。

- ・非同期型 e-learning：動画の視聴または画面上の説明を見ながら学修を進める。セルフテストを頻回に取り入れて、主体的に学修が進められるように配慮する。テーマにより、ドリル型（問題を解きながら解説を読み進める形式）も適宜取り入れる。

- ・同期型集合ライブ研修：決められた時間に講師と受講者がオンライン上で集まり、ワークショップ形式で研修する。小グループディスカッション、グループワーク、クイズ機能などを用いて、体験しながら能動的に学修する。

この研修形式の構成に基づき、昨年度開発した Moodle をベースとする e-learning のプラットフォームを活用した研修プログラム開発を行い、実際の研修に導入した。

また、ハイブリッド化に伴う受講生の反応を評価するために、すべての非同期型学習(e-learning)後、同期型学習(ライブ研修)後に受講生アンケートを実施した。アンケート結果は、各研修におけるそれぞれの選択肢の回答者を合計し、受講者の延べ人数を分母として割合を算出した。

② 教育効果の検証

前述の厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）で開発した教育モニタリングシステムを活用し、モニタリング計画に沿って、令和7年度は受講前評価、受講1年後（中間）評価を実施した。

・対象

2022～2024年に受講開始し、受講前と受講開始1年後の中間評価に回答し、研究同意を得られた受講者を対象とした。本研究は筑波大学医学医療系の倫理委員会での承認を得て実施した(1824号)

・評価項目

「診療実践」では、プログラムの内容に合わせて下記の29個の質問項目を設定し、(A) 普段実施しているか、(B) 自信をもっているかについて、それぞれ、5段階および4段階で評価スケールを設定した。

1. 診断エラーの認識と対策
2. 原著論文や診療ガイドラインの批判的吟味
3. ショックの診断と初期対応
4. 心肺停止患者の救急対応
5. 小児患者の全身状態の評価
6. 動物咬傷に対する破傷風予防
7. 行動変容ステージに基づいた準備段階の評価
8. ACPの実践
9. 脳卒中患者のリハビリテーションの指示や処方
10. 心血管疾患患者に対する抗凝固薬の管理
11. 喘息発作で受診した患者の初期対応
12. NAFLDの診断と管理
13. 糖尿病患者のインスリン管理
14. CKD stageを意識した糖尿病性腎症患者の管理
15. 頻尿や尿失禁の治療
16. パーキンソン病の初期評価
17. 貧血に関する血液データの解釈
18. 関節リウマチの診断および初期対応

19. 在宅患者の急性感染症の管理
20. 小児患者の予防接種
21. 骨折初期対応
22. 膝の痛みの診断と治療
23. 妊婦や授乳婦への薬の処方
24. 鼻出血の初期対応
25. ステロイド外用薬の強さに応じた使い分け
26. 軽症うつ病の管理
27. 認知症の診断と治療
28. 認知症周辺症状のコントロール
29. がん患者に対するオピオイドの管理

A. 実施している度合い：

- ① 日常的に実施している
- ② 機会があれば実施している
- ③ 実施していないが状況が許せば単独で実施できる
- ④ 実施していないが専門医と連携出来る状況であれば実施できる
- ⑤ 実施できない

B. 自信度：

- ① 自信がある
- ② 少し自信がある
- ③ あまり自信がない
- ④ 全く自信がない

また、受講による診療の変化について、中間評価時に①診療の中での変化があった、②今のところ特に変わっていないの選択肢から回答を得た。

「ノンテクニカルスキル」では、プログラムの内容に合わせて下記の11項目の質問項目を設定し、実際の業務で意識したり、活用したりしているかという点に注目し、

- ① 日々の業務で、しばしば活用している、
- ② 日々の業務で、活用したことがある、
- ③ 機会があれば活用したいと思っている、
- ④ 知っているが、活用するつもりはない、
- ⑤ 意識したことがない／知らない

の5段階の評価スケールを設定した。

1. チームマネジメント
(リーダーシップ・チームビルディング)
2. ミーティングファシリテーション
3. コンフリクト・マネジメント
4. コーチング・人材育成
5. 教育技法 (フィードバックスキル)
6. ロジカル思考を用いた問題解決
7. システム思考を用いた問題解決
8. 仕事の教え方 (TEAMS-BI)
9. 業務改善の方法 (TEAMS-BP)
10. 人への接し方 (TEAMS-BR)
11. 自分の持ち味を組織で発揮する (MBTI)

※

TEAMS-BI:

Training for Effective&efficient Action in Medical Service-
Better Instruction

TEAMS-BP:

Training for Effective&efficient Action in Medical Service-
Better Process

TEAMS-BR:

Training for Effective&efficient Action in Medical Service-
Better Relation

MBTI : Myers-Briggs Type Indicator

また、受講による影響について、中間評価時に

①自身の業務に実際に役立った、②自身の業務に役立つ気がしている、③自身の業務には役立たないの選択肢から回答を得た。

・解析方法

診療の実施状況について、日常的に実施/機会があれば実施⇒「実施」と定義、自信度について、自信がある/少し自信がある⇒「自信」と定義した。ノンテクニカルスキルの活用状況については、しばしば活用している/活用したことがある⇒「活用」と定義し、受講前と受講開始1年後の実施割合、自信度および活用割合を McNemar 検定を用いて比較した。

C. 研究結果

①ハイブリッド研修プログラムの開発

昨年度開発した、ハイブリッド研修プログラムの基本的な構成フォームや非同期型 e-

learning を実施できるプラットフォームを活用して、実際のリカレント教育プログラムで実施する研修プログラムの開発を行った。

開発作業は、日本プライマリ・ケア連合学会の総合医育成プログラムプロジェクトチーム (PT) の全面的な協力の下で実施した。診療実践コースに関しては、各研修プログラムごとに、担当講師に2名のPTメンバーが担当について、ハイブリッド化の作業を進めた。具体的には、教育内容の見直しと同期/非同期への振り分け、非同期コンテンツの作成などについて、担当講師とPTメンバーが協議して作業を進め、PT全体のミーティングで進捗を共有して、プログラムとしての整合性を図った。ノンテクニカルスキルコースに関しては、研究分担者がコーディネートを行い、担当講師と協議してハイブリッド化を進めた。

その結果、令和7年度は以下の研修プログラムのハイブリッド化を実施した。

● 診療実践コース

- ① 小児科
- ② EBM
- ③ 認知症
- ④ 呼吸器
- ⑤ 皮膚科
- ⑥ T & A (Triage&Action) 救急初療
- ⑦ 精神科
- ⑧ 臨床推論
- ⑨ 循環器
- ⑩ 消化器
- ⑪ 耳鼻科
- ⑫ T & A (Triage&Action)
マイナーエマージェンシー

● ノンテクニカルスキルコース

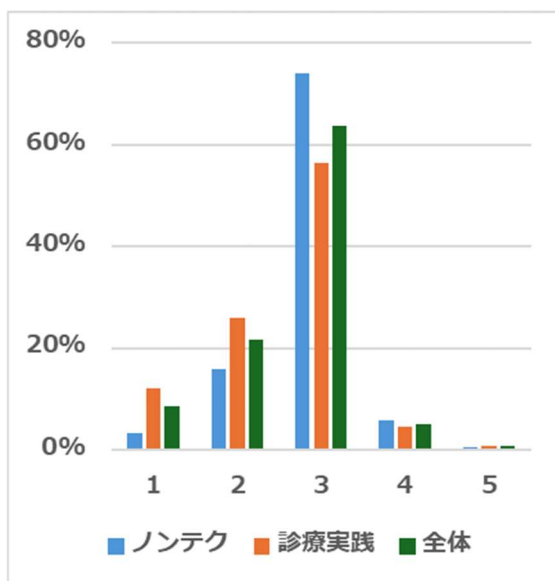
- ① TEAMS-BI (仕事の教え方)
- ② ミーティングファシリテーション
- ③ MBTI
(性格タイプ別コミュニケーション)
- ④ 問題解決① (ロジカル思考)
- ⑤ 現場での効果的な教育方法
- ⑥ コンフリクト・マネジメント

- ⑦ チーム・ビルディング
- ⑧ コーチング
- ⑨ TEAMS-BP（業務の改善の仕方）
- ⑩ TEAMS-BR（人への接し方）
- ⑪ 問題解決②（システム思考）

すべての非同期型学習（e-learning）後、同期型学習（ライブ研修）後に実施した受講生アンケートの結果を以下に示す。

● 非同期型学習（e-learning）後アンケート

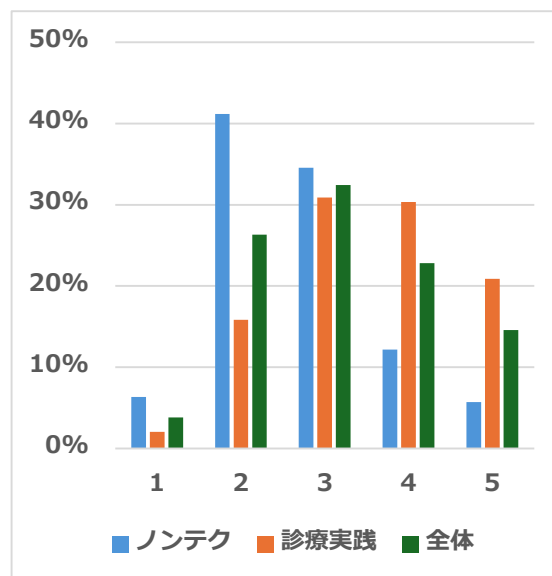
Q1 e-learning のボリュームはいかがでしたか。



1:多い 2:やや多い 3:ちょうどよい
4:やや少ない 5:少ない

ちょうど良いと答えた回答者が全体で 63.7%と最も多かった。

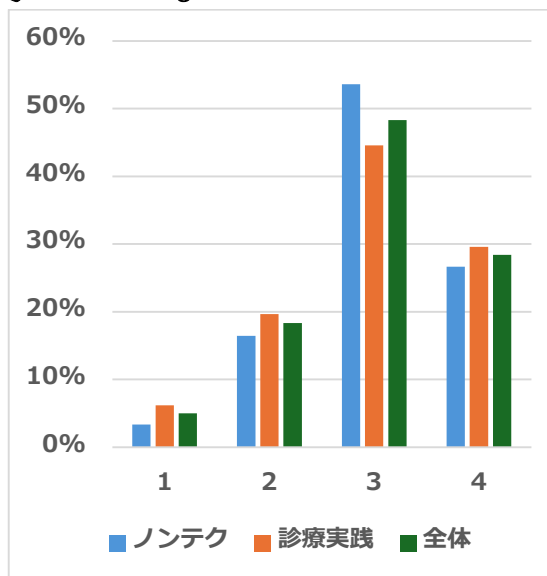
Q2 e-learning にかかった時間をお答えください。



1:1～30分 2:30分～1時間 3:1～2時間
4:2～3時間 5:3時間以上

非同期型学習に費やした時間は、プログラムによってかなりばらつきがあったものの、8割以上が3時間以内に終わっていた。全体として、ノンテクニカルスキルコースよりは診療実践コースの方が長かった。

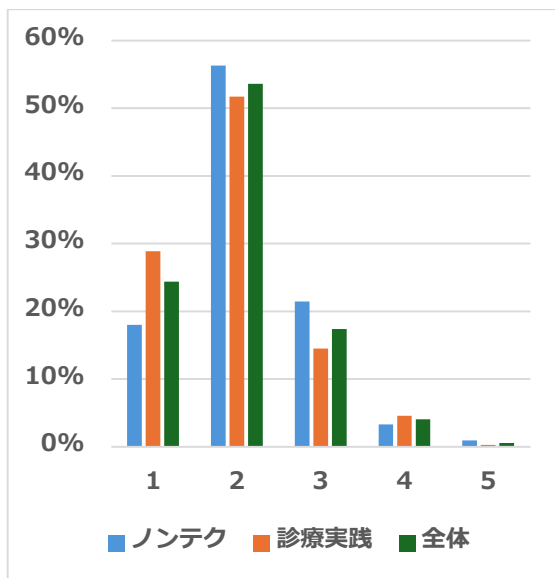
Q3 e-learning の操作に困難はありましたか。



1:大変困難だった 2:やや困難だった
3:それほど困難ではなかった
4:全く困難はなかった

e-learning による事前学習に困難を感じていたのは、約 4 分の 1（23.3%）であった。

Q4 e-learning の内容は理解できましたか。

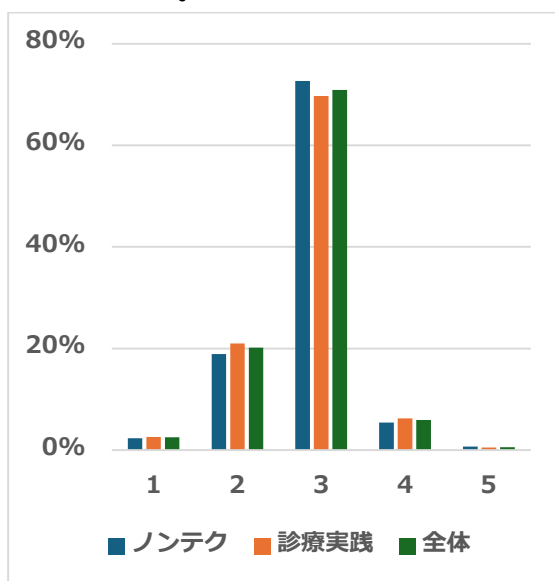


1:大変よく理解できた 2:まあまあ理解できた
3:普通 4:あまり理解できなかった
5:ほとんど理解できなかった

8 割近く（78.0%）の受講生は、今回作成した e-learning の内容を理解していた。

● 同期型学習（ライブ研修）後アンケート

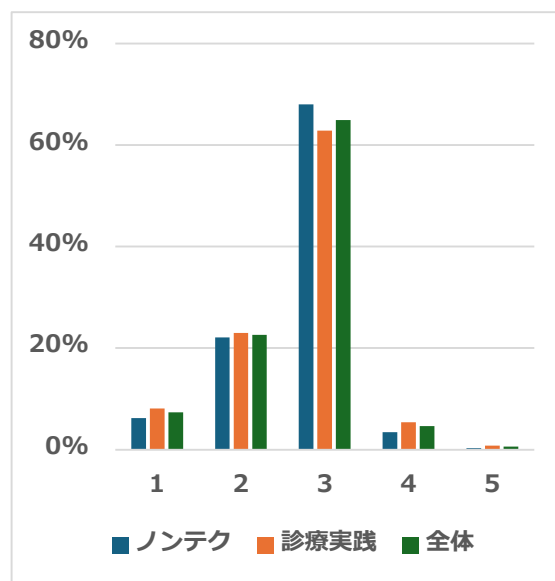
Q1 ライブ研修の時間のペース配分はいかがでしたか。



1:非常に速い 2:やや速い 3:ちょうどよい
4:少し遅い 5:非常に遅い

約 7 割（70.9%）の受講者は、ペース配分は適切であると回答していた。

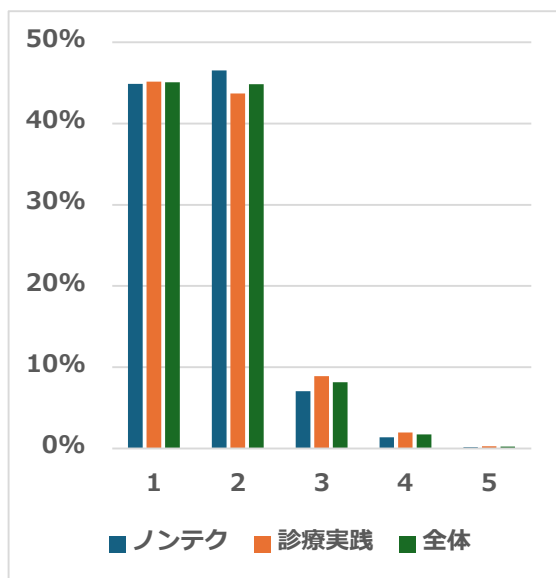
Q2 ライブ研修のボリュームはいかがでしたか。



1:多い 2:やや多い 3:ちょうどよい
4:やや少ない 5:少ない

ボリュームは適切と回答した受講者が最も多かったが、30.0%は多いと感じていた。

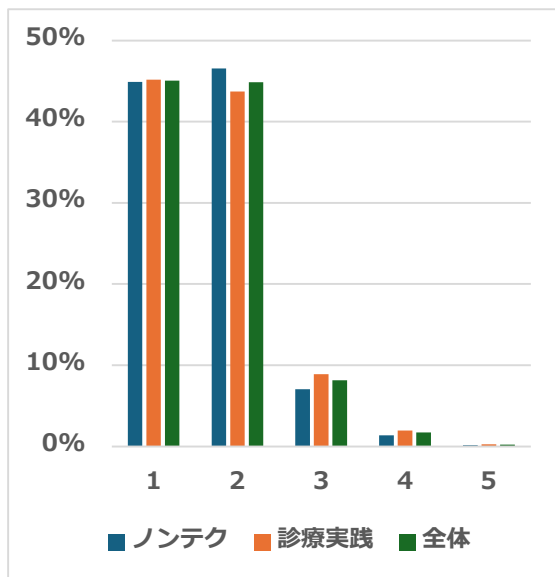
Q3 ライブ研修の内容は理解できましたか。



1:大変よく理解できた 2:まあまあ理解できた
3:普通 4:あまり理解できなかった
5:ほとんど理解できなかった

ライブ研修の内容は、9割（90.1%）が理解できたと回答した。理解できなかったと回答したのは1.7%と極めて低かった。

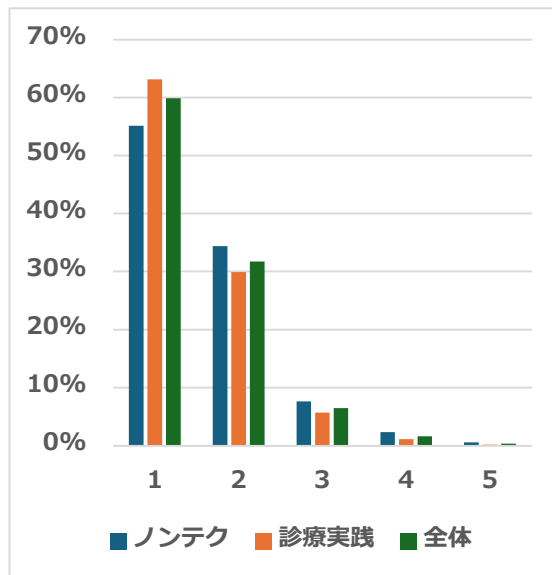
Q4 e-learning の内容は、ライブ研修で生かされましたか。



1:非常にそう思う 2:ややそう思う 3:普通
4:あまりそう思わない 5:全くそう思わない

全体の85.1%が「そう思う」と回答し、「そう思わない」と回答したのは3.2%にとどまっていた。

Q5 本研修(e-learning+ライブ研修)は業務に役立つと思いますか。



1:非常にそう思う 2:ややそう思う 3:普通
4:あまりそう思わない 5:全くそう思わない

9割を超える（91.6%）受講生が、ハイブリッド型研修は業務に役立つと思う、回答した。

② 教育効果の検証

解析対象者は43名で、年齢は30～60代（48.6±9.2歳）だった（別紙表1参照）。勤務先は単独診療の診療所や小～中規模病院が多かった。診療形態では、外来診療を行っている受講者が37名（86.0%）、入院診療を行っている受講者が27名（62.8%）、在宅診療を行っている受講者が18名（41.9%）だった。診療科は、内科（一般内科、総合内科）の14名（32.6%）が最も多く、臓器別内科、外科・臓器別外科、小児科など様々なバックグラウンドの医師が受講していた。総合診療科・家庭医療科の受講者も3名（7.0%）みられた。

診療の実践

実施割合の変化を別紙図1に示す。喘息発作の初

期対応で、実施割合が 51.2%から 67.4%等、一部の項目で実施割合が増加した。自信度も同様に一部の項目で増加した(別紙図 2)。

ノンテクニカルスキル

ノンテクニカルスキルの活用状況では、チームマネジメントで、活用割合が 25.6%から 48.8%など、全ての項目で活用割合が増加した(別紙図 3)。

診療の変化について、30 名(69.7%)が変化があったと回答した(別紙図 4)。変化の内容についての自由回答では、「COPD、喘息の治療、救急の初期対応を積極的に行うようになった。」「施設入居者で高齢者の心不全の薬を調節するようになった。」「専門外の分野の診療に自信を持って取り組めるようになった。」等の意見が見られた。ノンテクニカルスキルの業務への影響について、12 名(60.4%)が実際に役立ったと回答した(別紙図 5)。具体的に役立った内容の自由回答では「研修医や専攻医、後輩スタッフに対するフィードバック技法を用いた指導や、会議などでファシリテーション技法、問題解決技法を用いて、少し自信がついた。」「問題解決で学んだ手法で、院内の転倒・転落を少なくするための「転倒・転落ワーキング」を立ち上げ話し合っている。」「職場の雰囲気や職員意識が良好になり、楽しく仕事ができていると感じている。」等の意見が見られた。

D. 考察

① ハイブリッド研修プログラムの開発

これまで開発・運用してきたリカレント教育プログラムは、高い教育効果が確認されているものの、受講者の拘束時間が長いことが問題になっていた。本研究では、教育効果の向上と研修の効率化という二律背反に見える課題に取り組み、同期型/非同期型のハイブリッド研修プログラムを導入することで解決を図った。

非同期型 e-learning では、集合ライブ研修と異なり、受講者は自らがすでに持っている知識や理解度に合わせて、学修のペースを自分で調節することができる。本プログラムは、バックグラウンド

は異なるものの、経験豊富な臨床医を対象としていることから、学修すべきポイントは受講者により異なるものの、非同期型 e-learning において効率化できる余地は大きいことが期待できる。また、学修する時間を自らのタイミングで決められることも、心理的負担を減らすうえでも有効と考えられる。

一方で、本プログラムの目的は、現場での実践力を高めることであり、単なる教科書的な知識の修得だけでは不十分で、現場での応用力を高める必要がある。そのためには、同期型集合ライブ研修において、講師が提示する症例や課題について、リアルタイムで小グループ討論あるいはシミュレーショントレーニングを行う学修が効果的である。その際、非同期型 e-learning であらかじめ受講者同士の知識レベルを上げておくことにより、効率的・効果的かつ深い学びを得ることができる。

この両者を組み合わせて、同期型集合ライブ研修の大幅な時間短縮と、高い教育効果の両立を目的とするハイブリッド化を行った。今年度は 23 プログラムのハイブリッド化を行ったが、受講者アンケートの結果からは、e-learning の難易度、ボリュームも適切で、時間の短縮化も図れていること、また新しい e-learning システムでも操作に困難を覚えた受講者は少なかったことが確認された。ライブ研修の時間は、従来の方法から半減したが、受講者の反応としては、ペース配分、ボリュームとも適切との回答が最も多く、ほとんどの受講生が e-learning による事前学習が有効と感じていた。e-learning とライブ研修を組み合わせたハイブリッド研修全体に対する質問では、業務に役立つと思うという回答が 9 割を超えており、当初の目的通り、高い教育効果を維持しつつ、拘束時間の短縮が図れていることが確認できた。その一方で、一部の受講生からはボリュームが多い、理解が難しい等の negative な反応も寄せられていることから、さらにブラッシュアップを重ねて、完成度を高めていく必要があると考えられた。

③ 教育効果の検証

本プログラムは、臓器専門医が実際の業務でプライマリ・ケアに関する診療の範囲を拡大し、ノ

ンテクニカルスキルを活用できる点で有用である可能性が示唆された。一方、項目によっては、実際の診療への適用に制限のある可能性も考えられた。今後、プログラム修了時や修了後のフォローアップ調査を行い、長期的な診療への影響の評価を継続する予定である。

E. 結論

本研究では、リカレント教育プログラムのさらなる充実・発展を図るために、ハイブリッド研修プログラムの開発・実施、教育効果の検証からなる研究を実施した。

本研究により、23 プログラムのハイブリッド型研修プログラムの導入が実現し、高い教育効果を維持しつつ、拘束時間の短縮が図れていることが確認できた。本プログラムは臓器専門医が実際の業務でプライマリ・ケアに関する診療の範囲を拡大し、ノンテクニカルスキルを活用できる点で有用である可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

別紙 4

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
なし							

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
なし					