

## 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項目

**Q1.** 本調査研究にご理解頂き、ご協力頂ける場合は、“研究参加に同意する”へチェックをいれてくださいますようお願い申し上げます。  
\*

- 研究参加に同意する

**Q2.** 1. 回答者属性に関する調査  
1-1.  
あなたの所属する医療機関・介護保険施設等は以下のどれに当てはまりますか？  
\*

- 大規模病院・大学病院（主として500床以上）  
 中規模病院（100-499床）  
 小規模病院（99床以下）  
 診療所  
 療養型病院・地域包括・リハビリ病院  
 老人保険施設・特別養護老人ホーム・介護医療院等、高齢者施設  
 訪問看護・訪問リハビリ等・介護保険事業所  
 その他

**Q3.** 1-2.  
あなたの職種を教えてください  
\*

- 医師  
 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  
 その他

**Q4.** 1-3.  
あなたの職種勤務歴を教えてください  
\*

- 5年未満  
 5年以上、10年未満  
 10年以上、20年未満  
 20年以上、30年未満  
 30年以上

Q5. 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

\*

- 施設管理者
- 所属部署の長
- 一般の職員（主に指導する側）
- 一般の職員（主に指導される側）

Q6. 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

都道府県 \*

市区町村 \*

Q7. 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。

\* (複数選択)

- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑤ 内科全般に加え、小児・産科／婦人科疾患も診察する医師
- ⑥ 内科全般に加え、心療内科／精神科疾患も診察する医師
- 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
- 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
- ⑨ 訪問診療を主たる診療とする医師
- 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
- その他

Q8. 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。

- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑤ 内科全般に加え、小児・産科／婦人科疾患も診察する医師
- ⑥ 内科全般に加え、心療内科／精神科疾患も診察する医師
- 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
- 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
- ⑨ 訪問診療を主たる診療とする医師
- 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
- その他

Q9.

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？

\*

- 足りない
- 充足している
- 過剰である

Q10. 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

\* (複数選択)

- 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
- 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）
- 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
- 臓器別専門医に対する、総合診療能力の教育
- 総合診療医に対する、インセンティブ（補助金・奨学金など）
- 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）
- 関連学会の充実
- メディアなどによる社会啓蒙活動
- 総合診療医を増やす必要はない
- 有効な対策はない
- その他

**Q11.** 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

\* (複数選択)

- 医師が臓器別専門医を志向する傾向が強い
- 患者が臓器別専門医を志向する傾向が強い
- 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)
- 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
- 総合診療の研修を積む施設・環境の不足
- 総合診療医になるメリットがはっきりしない
- 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
- 障害はない
- その他

**Q12.**

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
自施設	<input type="radio"/>				
連携先	<input type="radio"/>				

**Q13.**

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。

\* (複数選択)

- 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
- ② どの診療科が担当すべきかがはっきりしない・複数科にまたがる患者の診療を行う医師
- 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
- 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
- ⑤ 内科全般に加え、小児・産科/婦人科疾患も診察する医師
- ⑥ 内科全般に加え、心療内科/精神科疾患も診察する医師
- 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
- 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
- ⑨ 訪問診療を主たる診療とする医師
- 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
- その他
- 自施設にいない

#### Q14.

2-7.

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。

\*（複数選択）

- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑤ 内科全般に加え、小児・産科／婦人科疾患も診察する医師
- ⑥ 内科全般に加え、心療内科／精神科疾患も診察する医師
- 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
- 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
- ⑨ 訪問診療を主たる診療とする医師
- 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
- その他
- 連携施設にいない

#### Q15. 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【医師】と答えた方のみ表示されています。

\*

- 総合診療医
- 臓器別専門医
- 両方あてはまる
- どちらでもない
- その他

#### Q16. 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】と答えた方のみ表示されています。

\*（複数選択）

- 内科学会認定内科医
- 内科専門医
- 小児科専門医
- 皮膚科専門医
- 精神科専門医
- 外科専門医
- 整形外科専門医
- 産婦人科専門医
- 眼科専門医
- 耳鼻咽喉科専門医
- 泌尿器科専門医
- 脳神経外科専門医
- 放射線科専門医
- 麻酔科専門医
- 病理専門医
- 臨床検査専門医
- 救急科専門医
- 形成外科領域専門医

- 形成外科領域専門医
- リハビリテーション科専門医
- 総合診療専門医
- 取得していない／あてはまるものはない

**Q17.** 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】と答えた方にも表示されています。

\* (複数選択)

- 総合内科専門医
- 消化器病専門医
- 循環器専門医
- 呼吸器専門医
- 血液専門医
- 内分泌代謝科専門医
- 糖尿病専門医
- 腎臓専門医
- 肝臓専門医
- アレルギー専門医
- 感染症専門医
- 老年病専門医
- 神経内科専門医
- リウマチ専門医
- 消化器内視鏡専門医
- がん薬物療法専門医
- 消化器外科専門医
- 呼吸器外科専門医
  
- 心血管外科専門医
- 小児外科専門医
- 乳腺専門医
- 内分外科専門医
- 放射線診断専門医
- 放射線治療専門医
- プライマリケア・認定医
- 家庭医療専門医
- 病院総合診療専門医
- 地域総合診療専門医
- 取得していない／あてはまるものはない

Q18. 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。

\* (複数選択)

- 原因不明の疾患に対する診断
- 内科疾患全般の外来診療
- 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
- 専門治療を必要としない小児患者の外来診療
- 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
- 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
- 内科疾患全般の入院診療
- 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
- 内科疾患を主とした救急診療
- 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
- 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
- 訪問診療
- その他

Q19. 3-4.  
自分自身が能力・責任の観点から積極的に**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。

\* (複数選択)

- 原因不明の疾患に対する診断
- 内科疾患全般の外来診療
- 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
- 専門治療を必要としない小児患者の外来診療
- 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
- 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
- 内科疾患全般の入院診療
- 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
- 内科疾患を主とした救急診療
- 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
- 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
- 訪問診療
- その他

Q20.

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。

\* (複数選択)

- 原因不明の疾患に対する診断
- 内科疾患全般の外来診療
- 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
- 専門治療を必要としない小児患者の外来診療
- 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
- 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
- 内科疾患全般の入院診療
- 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
- 内科疾患を主とした救急診療
- 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
- 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
- 訪問診療
- その他
- あてはまるものはない

Q21.

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。

\*

- ある
- ない
- スキルアップを希望していない
- あっても参加できない

Q22.

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。

\* (複数選択)

- 時間的制約
- 方法がない
- モチベーションが上がらない
- 修得に対する費用対効果が悪い
- 現状、新たなスキルを取得する必要性を感じていない
- 修得の障害はない
- その他

**Q23.** 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。

\* (複数選択)

- 原因不明の疾患に対する診断
- 内科疾患全般の外来診療
- 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
- 専門治療を必要としない小児患者の外来診療
- 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
- 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
- 内科疾患全般の入院診療
- 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
- 内科疾患を主とした救急診療
- 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
- 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
- 訪問診療
- その他

**Q24.** 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。

\* (複数選択)

- 原因不明の疾患に対する診断
- 内科疾患全般の外来診療
- 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
- 専門治療を必要としない小児患者の外来診療
- 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
- 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
- 内科疾患全般の入院診療
- 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
- 内科疾患を主とした救急診療
- 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
- 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
- 訪問診療
- その他
- 修得したいと思わない

**Q25.** 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  
方にもみ表示されています。

\* (複数選択)

- 原因不明の疾患に対する診断
- 内科疾患全般の外来診療
- 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
- 専門治療を必要としない小児患者の外来診療
- 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
- 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
- 内科疾患全般の入院診療
- 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
- 内科疾患を主とした救急診療
- 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
- 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
- 訪問診療
- その他
- あてはまるものはない

**Q26.** 3-11.  
総合診療能力を修得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【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  
方にもみ表示されています。

\*

- ある
- ない

**Q27.** 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  
方にもみ表示されています。

\* (複数選択)

- 時間的制約
- 方法がない
- モチベーションが上がらない
- 修得に対する費用対効果が悪い
- 臓器別の専門性の維持
- 総合診療能力の必要性を感じていない
- その他

**Q28.** 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。

\* (複数選択)

- 研修プログラムや指導教育制度の紹介
- 現在の業務上の配慮
- 研修に係る費用補助
- 総合診療医としての職場に関する情報提供
- その他
- どのような支援があったとしても修得できない

**Q29.** 3-14.  
総合診療能力を修得する必要がないと思われる理由はなんですか？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】と答えた  
方にのみ表示されています。

\* (複数選択)

- 専門領域の診療を行うことに時間を使いたい
- 臓器別専門医が総合診療を行うのは非効率である
- 内科全般の診療に自信がない・経験が少ない
- 救急疾患の診療に自信がない・経験が少ない
- その他

**Q30.**  
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。

\* (複数選択)

- どのような患者でも診察する診療能力
- コミュニケーション能力
- 行動力・対応能力（フットワークの軽さ）
- 夜間・休日等の平日日勤帯以外の対応
- 社会的背景の理解・調整能力
- 医療全体のマネジメント能力
- 特にない
- その他

### Q31.

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。

\*（複数選択）

- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑤ 内科全般に加え、小児・産科／婦人科疾患も診察
- ⑥ 内科全般に加え、心療内科／精神科疾患も診察
- 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
- 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
- ⑨ 訪問診療
- 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
- その他

### Q32.

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。

\*（複数選択）

- どのような患者でも診察する診療能力
- コミュニケーション能力
- 行動力・対応能力（フットワークの軽さ）
- 夜間・休日等の平日勤務以外の対応
- 社会的背景の理解・調整能力
- 医療全体のマネジメント能力
- その他
- 特にない

### Q33. F1-1.

臓器別専門医と協働する上での困難は何ですか？  
無回答でも結構です。

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。

協働する上での困難

0文字

**Q34.** F1-2.  
総合診療医として勤務するにあたりどのようなジレンマを感じていますか？  
無回答でも結構です。

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。

ジレンマ

0文字

**Q35.** F1-3.  
総合診療医と協働する上での困難は何ですか？  
無回答でも結構です。

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。

困難

0文字

**Q36.**  
F1-4.  
総合診療医がいることで、患者への対応がスムーズだった経験があれば、記載をお願いします。  
無回答でも結構です。

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。

経験

0文字

**Q37.**  
F1-5.  
総合診療医がいなかったために、患者へ十分なケアが行き届かなかったと思われる経験があれば、記載をお願いします。  
無回答でも結構です。

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。

経験

0文字

**Q38.** 本アンケートで、不具合・改善点にお気づきになられたら、教えてください。

不具合・改善点

0文字



## 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、特に米国の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) 米国ハワイ州を中心とした家庭医療・腫瘍内科の専門家に対する半構造化インタビューにより、専門医制度、教育課程、地域連携、政策支援の現状を調査した。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は、米国では家庭医療を明確に専門領域として確立し、研修期間中に豊富な地域医療・多職種連携・緩和ケア・がん診療初期対応の機会が組み込まれていることが確認された。ハワイ州では、大学附属病院を持たない中でも、地域医療機関との連携により質の高い研修が行われており、家庭医と専門医の協働が制度的に支援されている。また、家庭医療レジデンシーには老年医療・緩和ケア・地域実習などが組み込まれており、総合診療医としての実践力向上に寄与している。一方、日本においては、総合診療専門医のキャリアパスの不透明さや、報酬体系の不利、資格の社会的評価の低さが医学生・若手医師の志向を妨げていることが指摘された。システマティックレビューでは、長期にわたる包括的な教育プログラムや、地域密着型の臨床経験、質の高いロールモデルの存在が、キャリア選択における有効な要因であることが明らかとなった。

【結論】米国の制度的枠組みや教育方針は、日本の総合診療医制度の改善にとって重要な示唆を与える。特に、がん診療の初期対応や緩和ケアを含む包括的ケア能力の育成が求められる。今後は、制度内での資格の明確化、地域との協働体制の整備、教育インセンティブの導入を通じて、総合診療医の持続的育成が期待される。

### 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。

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。

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) 米国を中心とした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。

### 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を対象に、半構造化インタビューを行った。インタビューでは、①家庭医療専門医の研修構造、②がん診療とプライマリ・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診療報酬やローン返済制度などの政策的インセンティブの有無と効果、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、がん診療における家庭医の役割や、総合診療専門医と腫瘍内科医との分業・協業体制の実際に関する情報収集に注力した。

### 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。特に、医学生や研修医に対する長期的プログラムの効果や、教育ロールモデルの配置といった要因の影響を検討した。

### 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。具体的には、①がん診療の初期対応やフォローアップを担う役割としての総合診療医の位置づけ、②地域医療機関との連携体制整備、③研修制度における専門領域横断的教育の導入、④報酬体系の見直しとキャリア支援制度の構築、といった観点から、日本型の総合診療専門医育成支援モデルを構想した。あわせて、制度導入時に必要となる法制度上の調整、教育資源の整備、地域医療拠点との連携推進に関する論点も整理した。

## 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

本調査は、2023年12月9日から14日までの期間に、米国ハワイ州にて実施された。インタビュー対象は、家庭医療および腫瘍内科分野における教育責任者および臨床医の計2名であり、各インタビューは半構造化形式により1時間程度実施した。米国の家庭医療レジデンシープログラムは、医学部卒業後に3年間にわたって行われる卒後研修プログラムである。プログラムは、入院診療、外来診療、老年医療、緩和ケア、小児科、産科などを含む多様な

領域を 4 週間単位のブロック形式でローテーションしながら構成されている。研修の一環として、地域の基幹病院に加え、離島や農村地域での実習も経験し、地域医療の実践能力を育成することが重視されていた。また、地域密着型の研修病院に加え、離島や農村部での実習も重視されており、地域偏在対策の一環としてローン返済支援制度も活用されていた。一方、腫瘍内科医の視点からは、がん診療におけるプライマリ・ケア医の初期対応の役割が強調された。米国では、がんのスクリーニングや治療後のフォローアップの多くを家庭医が担っており、患者との長期的な関係性を通じた継続的ケアが評価されていた。また、家庭医と専門医との合同カンファレンスや E-Consult を通じた連携支援体制も確認された。米国ハワイ州の家庭医療レジデンスプログラムにおいては、研修期間 3 年間のうち、緩和ケアやがんサバイバーシップケアを含む在宅・老年診療のブロック研修が設けられていた。また、実際のプログラムでは家庭医が乳がんや大腸がんスクリーニングの実施、がん専門医からの治療後フォローアップ依頼を受けるケースもあり、レジデントがこうした連携業務に参加していたことがインタビューから明らかとなった。本調査で得られた米国における家庭医療の教育内容や連携体制は、日本における総合診療医のがん診療参画を促進するうえで、示唆的であると考えられる。特に、初期対応から継続支援に至るまでの一貫したケア体制の構築は、チーム医療の推進にも資する可能性がある。

## ② システム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、1990 年以降に発表された 838 件の文献を初期抽出し、重複・不適合文献を除外した結果、現時点で 42 件をレビュー対象として選定している。文献の適格性評価において 2 名のレビューアーの判断が一致しなかった一部の文献については、現在、第三のレビューアーによる評価を進めており、その結果は今後の分析に反映する予定である。教育的介入として最も効果が高かったのは、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地域での実地研修を含むプログラムであった。特に、医学生 of 初期段階での介入（例：1～2 年次の地域研修）が後のキャリア選択に強く影響していることが複数の研究で示されていた。一方、短期モジュールや単発の地域実習は、態度変容には効果があるがキャリア選択には限定的であることが多かった。成功事例の多くでは、選抜型プログラムや奨学金・返済免除などの制度と教育介入がセットで実施されていた点が特徴的であった。

## 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から、総合診療専門医のキャリア支援においては、以下のような制度的支援が効果的である可能性が示唆された。

教育制度面：既存の専門研修プログラムに、がん診療初期対応、緩和ケア、継続支援などの領域を組み込むことで、専門医間連携の実践力を高める効果があるとされた。

地域連携体制：地域がん診療拠点病院との合同カンファレンスや、診療所でのサバイバーシップ支援体制の構築は、総合診療医のがん診療参画を後押しする要因となっていた。

政策的支援：地域勤務義務や返済免除型奨学金などの制度的インセンティブは、地域志向の人材育成に資する可能性があると考えられた。

本年度のインタビューおよび文献レビューの結果からは、教育・連携・政策の各側面における制度的支援のあり方に関して、一定の示唆を得ることができた。これらの知見は、今後予定されている令和 7 年度の総合診療専門医研修制度改訂において、がん診療および地域包括ケアの役割強化を検討するうえで参考となる可能性がある。ただし、本報告は一部の国・地域における中間的な結果に基づいており、他国インタビュー等の知見を踏まえたさらなる検討が必要である。

## 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、米国ハワイ州を中心とした家庭医療・腫瘍内科の教育・研修体制に関する半構造化イ

インタビューを実施した。その結果、家庭医ががん診療の初期対応やフォローアップ、緩和ケアを担う仕組みが教育課程に組み込まれており、専門医との連携体制が制度化されている点が特徴的であった。米国における家庭医療レジデンシープログラムでは、がん診療の初期対応や緩和ケア、サバイバーシップ支援などが**教育課程として体系的に組み込まれており、4週間単位のローテーションによる実践的な学習環境が確保されていた**。こうした教育プログラムの構造は、専門医との協働や地域における包括ケアの実践力を高める仕組みとして機能していた。

日本においても、総合診療専門医制度の中のがん診療や緩和ケアを正式な研修プログラムとして位置づけることで、チーム医療や継続支援の担い手としての能力育成が可能となると考えられる。教育課程への正式な組み込みと、地域医療機関との実習連携の制度化は、今後の制度設計における検討課題である。特に、診療の一貫性や地域連携の確保といった点において、日本の総合診療医制度にも応用可能な実践的知見であると考えられた。

## ② システムティックレビューによる教育的介入の効果分析

本研究で実施したレビューでは、総合診療医のキャリア選択を促すためには、単なる短期実習や知識の付与だけでなく、継続的な動機づけを伴う教育的介入が必要であることが明らかとなった。具体的には、1年次からの地域研修、長期的なロールモデルとの接点、家庭医を志向する学生を対象とした選抜プログラムなどが有効とされた。これは日本における総合診療専門医制度が、制度面では確立された一方で、なぜ選ぶのかという価値形成への働きかけが不足している現状に対する重要な示唆である。今後、医学生・研修医の段階からの一貫した教育設計と、個別性を尊重したキャリア支援が求められる。

## ③ 日本への応用と制度改革の方向性

インタビューおよびレビューの結果から得られた知見をもとに、今後日本で総合診療専門医の確保と質の向上を図るためには、以下の3点が重要であると考えられる。第一に、専門研修の中のがん診療、

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あり、これは家庭医が担う多様な役割を総合診療医が引き受ける土台となる。第二に、地域拠点病院や診療所との教育連携の強化であり、学会主導ではない地域主導型の教育設計が必要である。第三に、診療報酬・奨学金制度・地域勤務義務化などの政策的インセンティブの組み合わせによって、キャリア選択を現実的に支援する体制を整えることである。

## ④ 今後の展望

今回の研究では、海外の先進的な取り組みや教育実践を通じて、多職種連携、地域密着型ケア、専門横断的アプローチといった総合診療医の潜在的な力を確認することができた。今後、日本においては、研修制度の構造改革と並行して、医療制度全体の中で総合診療医の機能を再定義し、その活用を最大化する政策展開が求められる。特に今後、総合診療専門医の役割や研修制度のあり方が検討される際には、本研究の示唆が政策設計の一助となる可能性がある。

## 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を通じて、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、がん診療を含む包括的な教育内容の整備、地域拠点との連携体制の構築、政策的インセンティブの導入は、制度としての機能性と現場での実効性を高めるうえで重要な論点である。

これらの知見は、今後の制度設計や政策立案の検討において実践的な指針となりうるものであり、引き続き他国の先進事例や国内の地域特性を踏まえた多角的な検討が求められる。総合診療医が地域医療の中核を担う存在として確実に機能するためには、制度、教育、実践の三位一体での取り組みが不可欠である。

## 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

## 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】日本プライマリ・ケア連合学会のプライマリ・ケア教育委員会と連携して、研修目標のブラッシュアップを実施した。次に、リカレント教育プログラムについて、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。具体的には、非同期型学修を実施するための e-learning 上のプラットフォームを構築して業務フローを確立するとともに、ハイブリッド型研修のトライアルを行った。教育効果のモニタリングに関しては、研究としての同意取得の手続きを簡素化して回収率を高め、新しい研修形式に対応したデータ収集を行うシステムを構築した。

【結果】研修目標については、歯科・口腔外科領域、統合医療・補完代替療法、国際医療などの項目を新たに追加した。研修のハイブリッド化については、基本構成を固めたうえで、オープンソースの e-learning プラットフォームとして世界的に最も多く使われている Moodle を用いて、非同期型 e-learning を実施するための機能を実装したサイトを開設した。また、行動変容をテーマとするトライアルを実施し、受講者からは、おおむね実施可能との評価を得た。教育効果のモニタリングに関しては、同意取得を簡素化した新しい web 調査フォームを作成するとともに、受講前、中間、受講後、追跡調査のそれぞれのタイミングで継続的にデータ収集を行う仕組みを整えた。

【結論】本研究により、研修目標の追加を行うとともに、ハイブリッド研修プログラムを実施できるシステムを整備し、その実現可能性を確認できた。教育効果の検証についても、十分なサンプル数を確保して、ハイブリッド化前後の比較検討ができる体制を構築できた。これらの取り組みにより、令和7年度からハイブリッド型研修プログラムを本格的に導入して、その教育効果を検証できる体制を整えることができた。

### 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、感染状況に左右されずに、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。

## B. 研究方法

本分担研究では、おもに臓器別専門医を対象として、総合診療に関する効果的・効率的なリカレント教育プログラムを開発して、その教育効果を検証するために、以下の研究を実施した。

### ① 研修目標の設定

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）では、日本の総合診療医の共通のコンピテンシーとその評価可能なレベル段階としてのマイルストーンを作成した。さらに、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（総合診療教育コード）の作成を行った。本研究では、これらの成果を活用しつつ、リカレント教育プログラムとしての実現可能性や教育効果なども考慮して、学修項目リスト（総合診療教育コード）のブラッシュアップを行った。

### ② 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。

この研修形式を実践できるようにするため、まずは e-learning システムの開発を行った。具体的には、e-learning のプラットフォームである Moodle を用いた画面の構築や、上記厚労科研においてオンライン研修用に開発した救急シミュレーションアプリの利用環境の整備等を行った。

### ③ 教育効果を検証する仕組みの構築

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て、受講前、受講後、追跡調査を行う仕組みを構築した。その際、調査の回収率を高めるため、同意を取得する手続きを簡略化する工夫を行った。

## C. 研究結果

### ① 研修目標の設定

検討の結果、以下の項目を新たに総合診療教育コードに追加した。

項目名	コード
オーラル・フレイル、口腔機能低下、口腔機能障害	2C1205
歯肉炎、歯牙欠損、う蝕	2C1206
口腔ケアと義歯管理	2C1207
統合医療・補完代替療法	2A0418
がんと統合医療	1A0609
がんと統合医療	2C1902
国際医療(グローバルヘルス)	(大項目追加)
国際的な医療分野の交流	5A0401
国際医療支援	5A0402
在日外国人診療	5A0403
多文化理解	5A0404
その他	5A0405
キャリア開発	6A0204

### ② ハイブリッド研修プログラムの開発

- 1) ハイブリッド研修プログラムの基本的な構成の設定

同期型/非同期型のバランスについて、おおむ

ねの目安として、同期型学修の所要時間（1テーマ6時間）を半分程度に短縮することを目標に作業を進めた。

## 2) 非同期型 e-learning を実施できるプラットフォームの構築

受講者が非同期型 e-learning を受講するためには、受講者がテキストを読んだり、埋め込まれた動画を見たり、課題に答えたりするなどのアクションの後にボタンを押すことで、次のチャプターに遷移する e-learning システムを構築する必要がある。そのため、オープンソースの e-learning プラットフォームとして世界的に最も多く使われている Moodle を用いて、前述の機能を実装した本プログラム専用のサイトを開設した。

また、各教育コースの講師が、自らのパソコンで非同期型 e-learning コンテンツを作成できるよう、Microsoft Word を用いたフォーマットを作成した。合わせて、Moodle を利用したサイトへの実装に関する業務フローを確立し、コンテンツ作成後 2 週間程度で受講者に公開できる体制を整えた。

## 3) ハイブリッド研修プログラムの開発

これまで集合ライブ研修のみで実施されていた既存の教育コースの構成について改めて検討し、研修内容を同期型/非同期型に振り分けるとともに、両者が有機的に連携して、効果的な研修ができるように調整を行った。2024 年度は行動変容と小児科のテーマを題材として、非同期型 e-learning プログラムの開発を行った。このうち行動変容については、実際の研修にも試験的に導入した。

受講後アンケート（45 名）では、試験導入のため事前学修は任意だったにもかかわらず、最後まで使用した 32 名（71.1%）、途中まで使用した 8 名（17.8%）と、9 割近い受講者が利用し、全く使用しなかった者は 5 名（11.1%）であった。使用者に対する質問では、操作性については 38 名（95%）が「困難ではなかった」と回答した。事前学修コンテンツ（e-learning 教材）は通常の講義の代替になるかという質問に対しては、使用者のうち 33 名（82.5%）が「そう思う」と回答した。

## 4) オンライン救急シミュレーションアプリの利用環境整備

本アプリは、離れた場所にいる受講者がオンラインでチームを構成して、リアルタイムで協働して救急での初療に関するシミュレーションを行うことを目的として、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）において開発されたものである。今年度も引き続き研修で活用できるよう、利用環境の整備等を行った。

## ③ 教育効果を検証する仕組みの構築

教育効果を検証するモニタリングシステムについては、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）において、web アンケート調査の形式を用いて受講前、中間、受講後、追跡調査を行う仕組みを構築していた。今年度はそのシステムをベースとして、回収率を高めるために研究同意の取得方法を見直して、受講前アンケートの冒頭にチェック欄を設けることで簡素化する工夫を行った。この変更は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会での承認を得ており（1824-1 号）、2025 年度の新規受講生から導入予定である。

## D. 考察

### ① 研修目標の設定

総合診療のカバーする診療領域は広範に及んでおり、だからこそその内容を可視化し、コード化する意義がある。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）においてもその点に留意して作業を進めていたが、まだ網羅しきれていない領域があることが判明し、項目の追加を行った。今回、追加項目を明らかにできた背景としては、新しい研究協力者からの意見を求めたこと、日本プライマリ・ケア連合学会が設定している教育セッションコードおよび過去に同学会が企画・実施した教育セッションの内容との突合を行ったことが有用であった。引き続き検証を続けていくとともに、既存の項目についても定期的に見直しを行い、時代の変化に合わせた項目の追加・削除も行って、より完成度を高めていく必要があると考えられた。

### ② 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ることで、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が期待できる。今年度は、ハイブリッド化を進めるための仕組みの構築とトライアルが中心であったが、来年度からは、すべての研修プログラムについて順次ハイブリッド化を進める予定である。

### ③ 教育効果を検証する仕組みの構築

本プログラムは、受講者の総合診療能力の向上はもちろんのこと、最終的なアウトカムとして、実際に地域でのプライマリ・ケアの提供につながっているかを評価することは極めて重要である。特に令和7年度からは、研修のハイブリッド化という大きな改革を行うため、令和6年度まで実施していた、集合型ライブ研修のみの形式との比較検討を行って、その有用性を評価する必要がある。今回、研究への同意取得手続きを簡素化したことや、受講生の増加により、サンプル数のさらなる増加が期待できる。

## 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、研修目標の設定、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、研修目標の追加を行うとともに、令和7年度からハイブリッド型研修プログラムを本格的に導入して、その教育効果を検証できる体制を整えることができたと考えられる。

## F. 健康危険情報

## 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

## 研究成果の刊行に関する一覧表

## 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					