

セッション5

総合診療という機能が十二分に活躍するためには？

専門医機構は何をしたのか？

第2回日本危機管理医学会総会学術集会

2026.2.14

名古屋大学 豊田講堂シンポジオン

羽鳥裕

医療法人社団はとりクリニック

yutaka@hatori.or.jp <https://hatori.or.jp>

専門医の在り方に関する検討会(高久史磨座長)で 新専門医制度の導入が提言される

新たな専門医に関する仕組みについて(専門医の在り方に関する検討会 報告書 概要)

H25.4.22

2013年

視点

新たな専門医に関する仕組みは、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築。

現状

- | | |
|-------------|------------------------------------|
| <専門医の質> | 各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。 |
| <求められる専門医像> | 専門医としての能力について医師と国民との間に捉え方のギャップ。 |
| <地域医療との関係> | 医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。 |

新たな仕組みの概要

(基本的な考え方)

- 国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築。
- プロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)を基盤として設計。

(中立的な第三者機関)

- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。

(専門医の養成・認定・更新)

- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とする。
- 広告制度(医師の専門性に関する資格名等の広告)を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

(総合診療専門医)

- 「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。

(地域医療との関係)

- 専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等(診療所を含む)が病院群を構成して実施。

(スケジュール)

- 新たな専門医の養成は、平成29年度を目安に開始。研修期間は、例えば3年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。

期待される効果

○専門医の質の一層の向上(良質な医療の提供)

○医療提供体制の改善

日本の専門医制度の標準化のあゆみ

昭和56年(1981) 学会認定制協議会(学任協)の発足。
日本医学会加盟 22 学会が会員。

昭和61年(1986) 日本医師会、日本医学会と学会認定医制協議会
による三者懇談会結成

平成13年(2001) 専門医認定制協議会(専任協)となる。
日本医学会加盟 50 学会が会員。

(学会認定から、第三者認定へ)

平成15年(2003) 日本専門医制評価・認定機構の設立(法人格)

→ 各学会の専門医制度を評価し、認定。

→ 社員(加盟学会)が費用を負担。

→ H26年5月 新機構の設立に伴い解散。

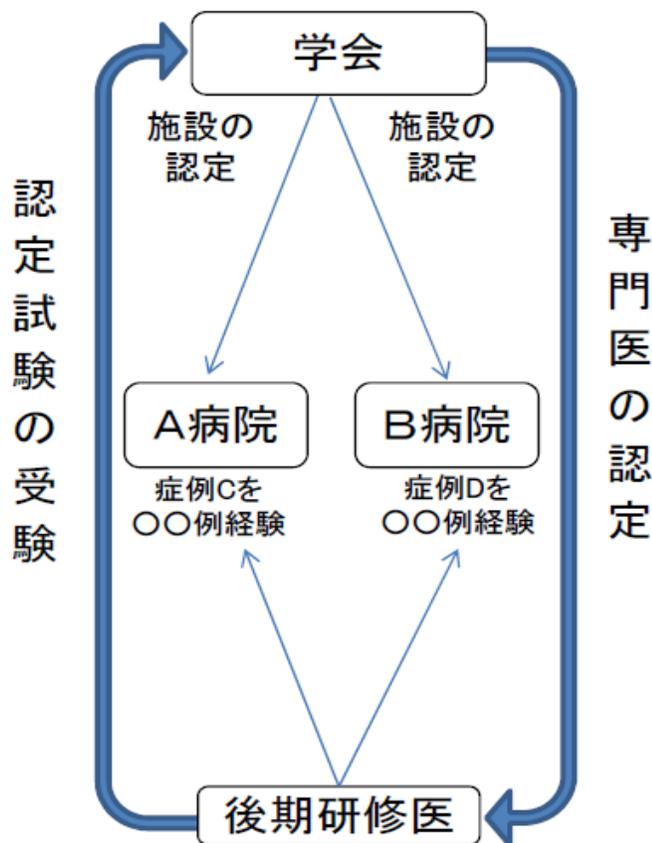
→ 解散時点で、85学会、81専門医が登録。

従来の専門医認定と新たな専門医認定の比較(イメージ)

従来の専門医認定(カリキュラム制)

学会が、一定の基準を満たす病院を研修施設として認定し、研修医は個別の研修施設を選択して研修

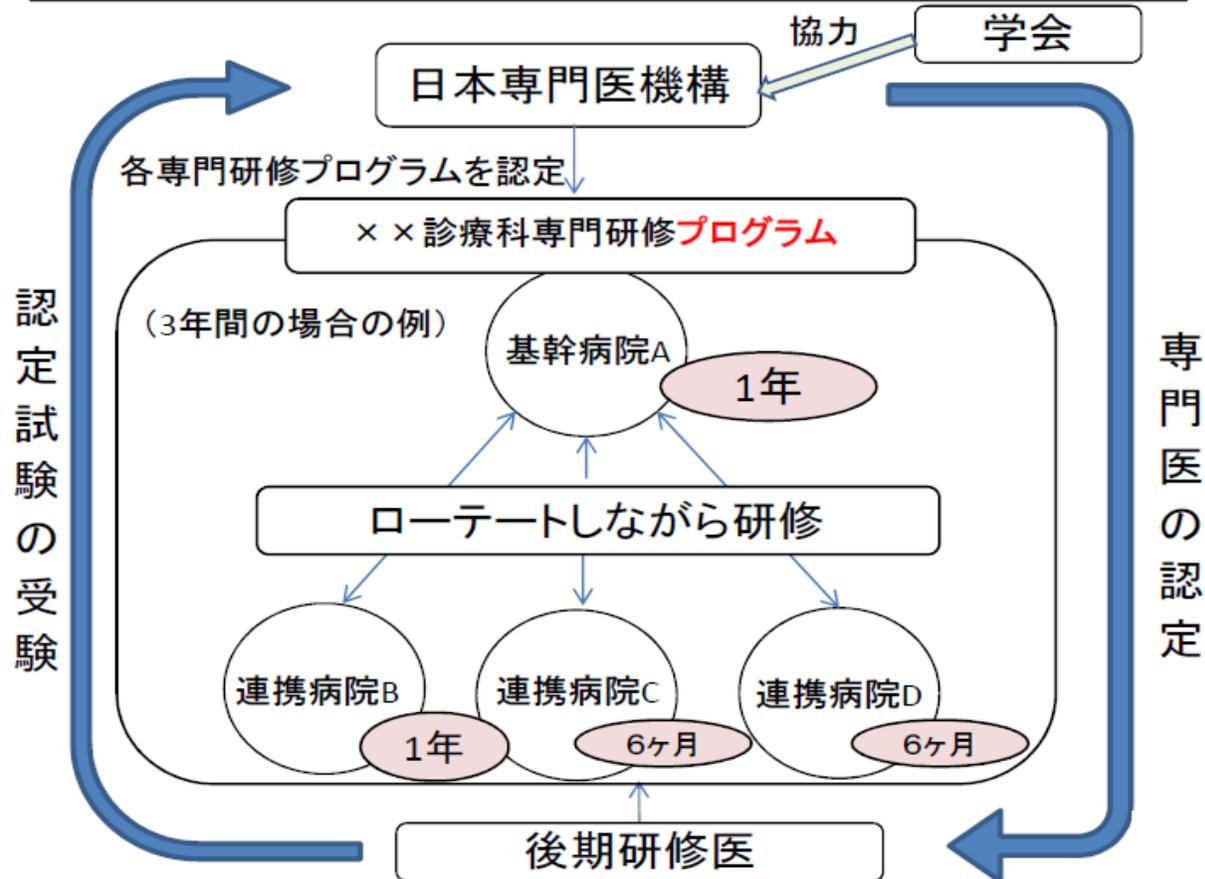
【受験資格】症例Cを〇〇例、症例Dを〇〇例経験したこと等 (研修期間や研修病院に制限はない)



新たな専門医認定(プログラム制)

日本専門医機構が、指導医数、症例数、研究業績等の基準を満たす研修プログラムを認定し、研修医は基幹施設・連携病院をローテートして研修

【受験資格】プログラムに基づき、症例を経験しながら研修施設をローテートすること等 (研修期間や研修病院が設定されている)

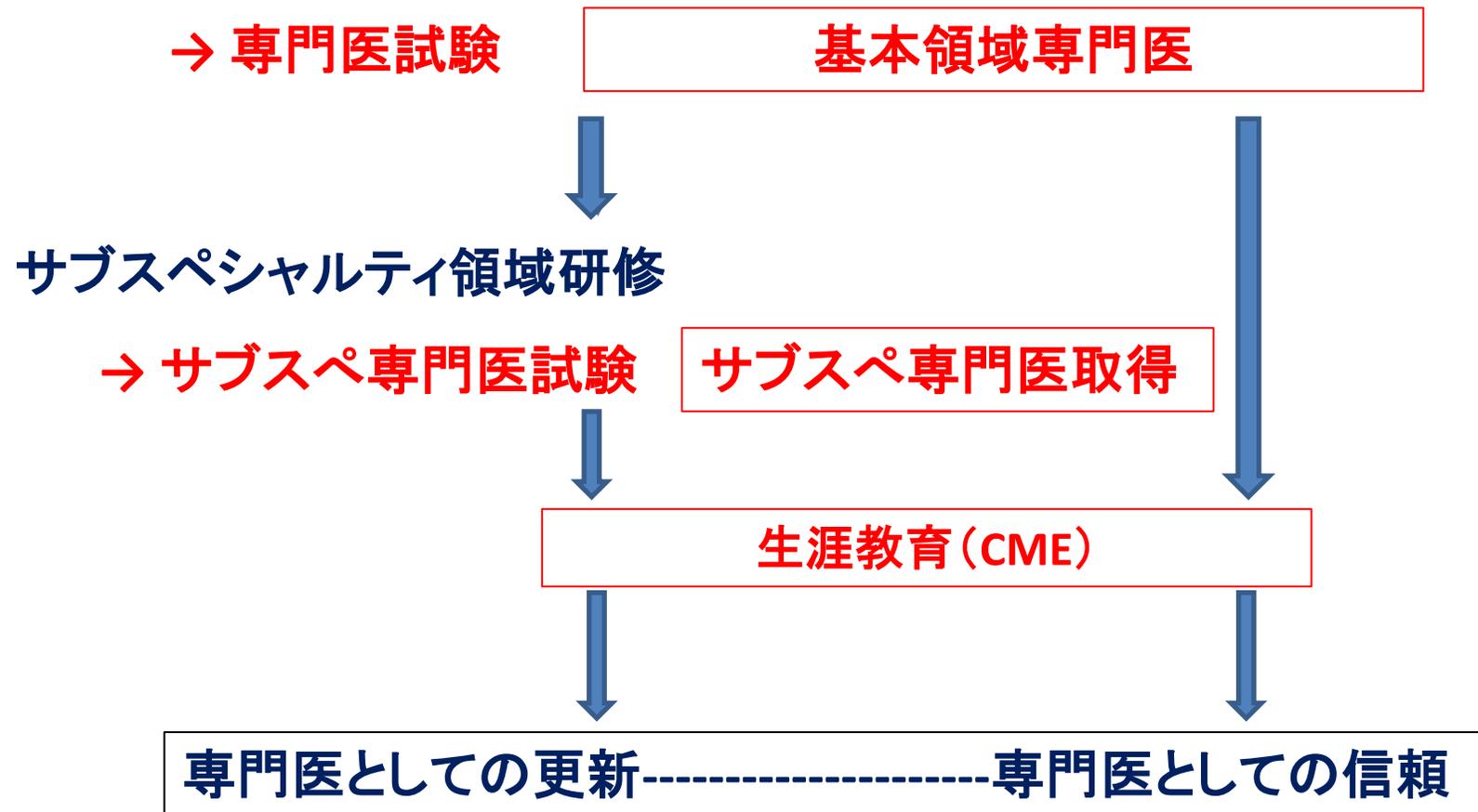


国民に信頼される専門医

- 1、第三者的に評価されていること
- 2、研修内容を評価し、最終的な**認定試験**に合格すること
- 3、**更新制度**をもって、専門医を再評価すること。

専門研修の位置づけ

専門研修（基本領域の3～5年の研修）-----領域別プログラム



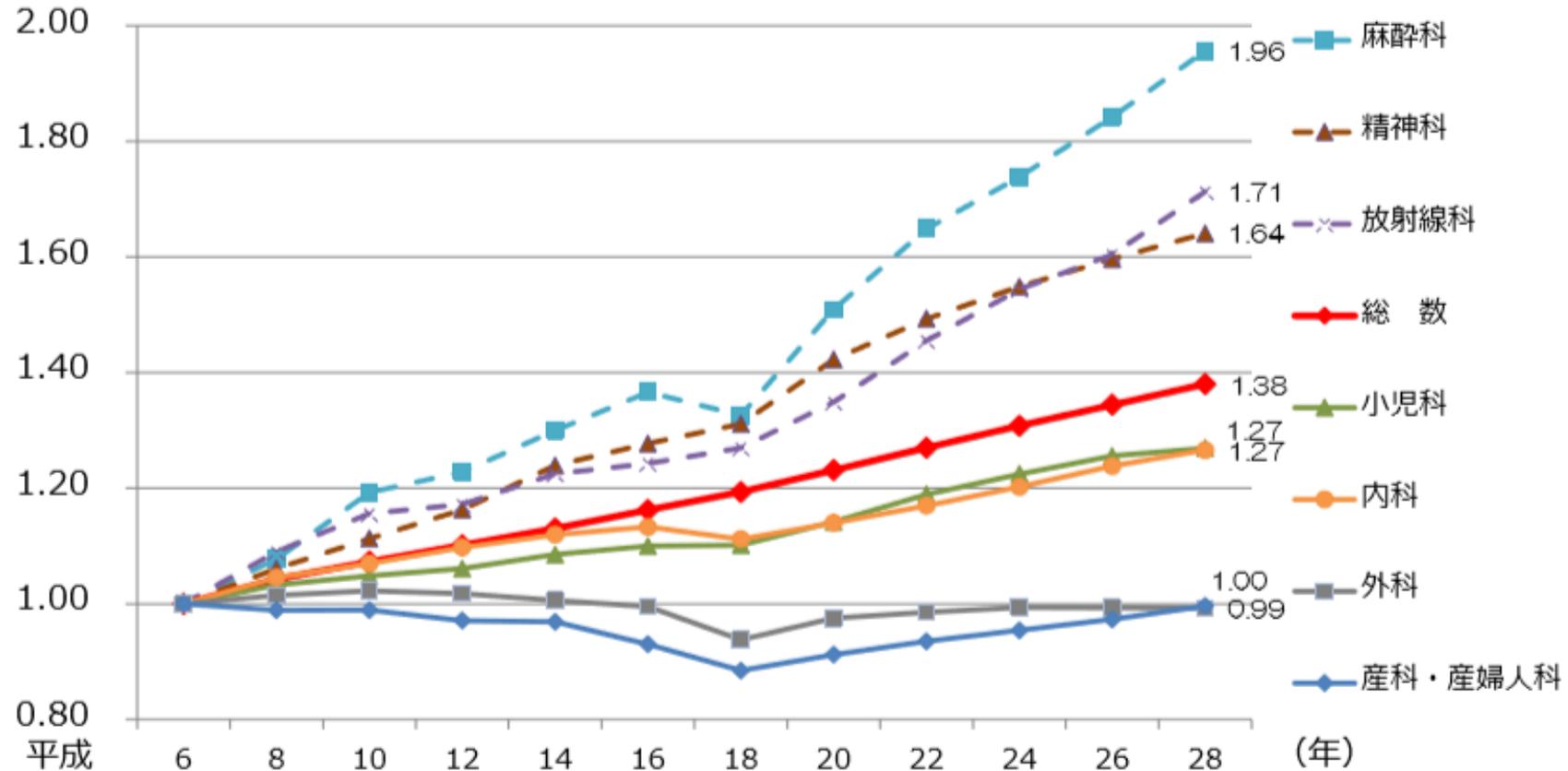
新専門医制度の基本骨格 (H25年4月)

- ① 学会の運用ではなく、
→ **第三者機関**として、
制度の**統一化・標準化**を図る
- ② 専門医の乱立に対し、
→ **基本19領域**を取得してから
サブスペシャリティ領域を取得
→ 医師は、いずれかの基本領域の専門医の
取得(基本領域の研修を行うこと)が基本
- ③ その他
 - ◆ **総合診療専門医**を作り、基本領域に位置づける
 - ◆ 第三者機関で認定した専門医を**広告可能**とする
 - ◆ **プロフェッショナル・オートノミー**で構築する

診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会
平成30年度 第1回 資料

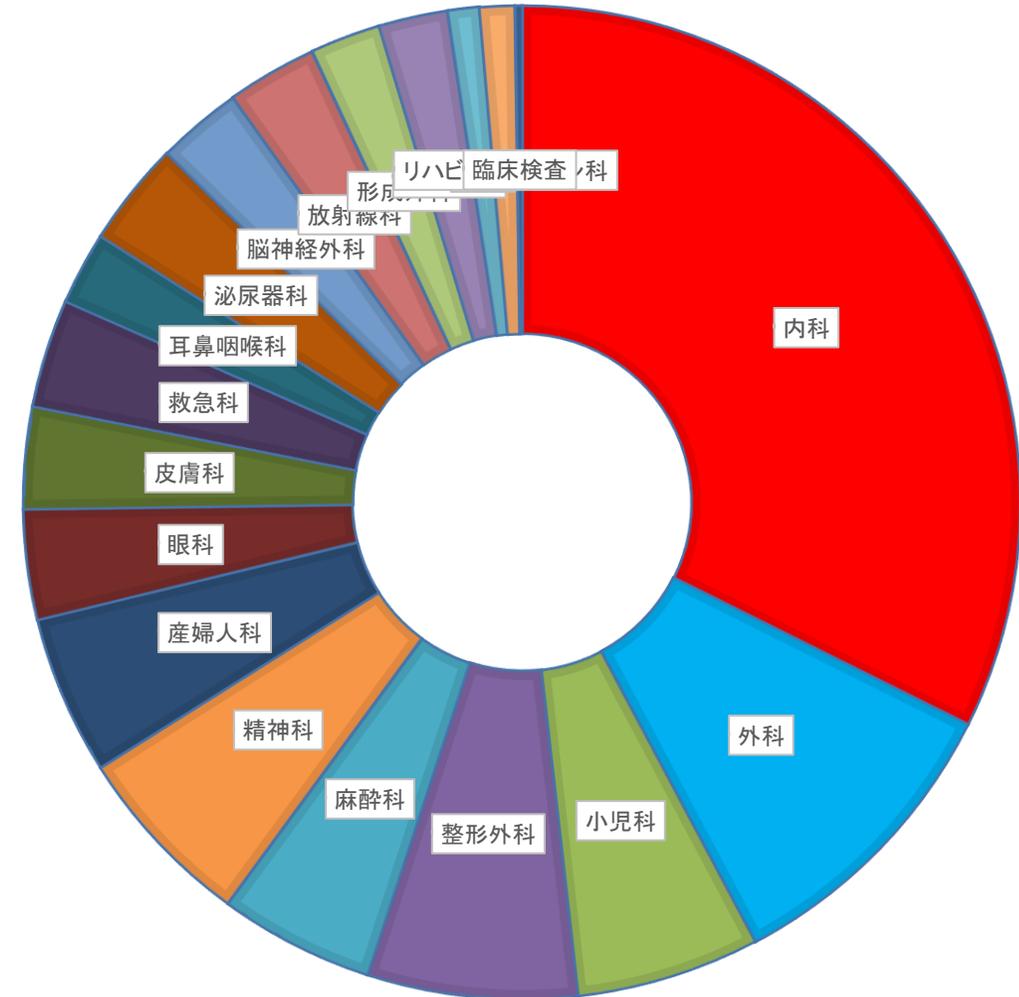
- 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
- 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている。



※内科・・・（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
（平成20～28年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
（平成20～28年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科
※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された

2021年度の専攻医の進路(日本全国)

	専攻医採用数	割合
内科	2,987	32.4%
外科	912	9.9%
小児科	550	6.0%
整形外科	627	6.8%
麻酔科	464	5.0%
精神科	552	6.0%
産婦人科	478	5.2%
眼科	330	3.6%
皮膚科	306	3.3%
救急科	326	3.5%
耳鼻咽喉科	219	2.4%
泌尿器科	314	3.4%
脳神経外科	256	2.8%
放射線科	269	2.9%
形成外科	211	2.3%
総合診療	206	2.2%
病理	95	1.0%
リハビリテーション科	104	1.1%
臨床検査	21	0.2%
合計	9,227	100.0%



日本専門医機構の基本理念と行動目標

2018.12.21 第8回理事会決定

日本専門医機構の理念および行動目標

（基本理念）

一般社団法人日本専門医機構は、国民から信頼される専門的医療に熟達した医師を育成し、日本の医療の向上に貢献することを目指します。

（行動目標）

1. 日本専門医機構は、国民が受診に際しわかりやすい専門制度をつくります。
2. 日本専門医機構は、専門医を目指す医師が誇りをもって医療に携われる制度を目指します。
3. 日本専門医機構は、国民だれもが、標準的で安心できる医療を受けることのできる制度を目指します。

日本専門医機構社員

社員名簿

日本医師会	日本医学会連合	全国医学部長病院長会議
四病院団体協議会	日本がん治療認定医機構	日本内科学会
日本小児科学会	日本皮膚科学会	日本精神神経学会
日本外科学会	日本整形外科学会	日本産科婦人科学会
日本眼科学会	日本耳鼻咽喉科学会	日本泌尿器科学会
日本脳神経外科学会	日本医学放射線学会	日本麻酔科学会
日本病理学会	日本臨床検査医学会	日本救急医学会
日本形成外科学会	日本リハビリテーション医学会	

日本専門医機構理事

理事長	寺本 民生	帝京大学臨床研究センター センター長
副理事長	今村 聡	公益社団法人日本医師会 副会長
副理事長	兼松 隆之	遠賀中間医師会おかがき病院 総院長
理事	浅井 文和	日本医学ジャーナリスト協会 会長
理事	有賀 徹	独立行政法人労働者健康安全機構 理事長
理事	池田 徳彦	東京医科大学 呼吸器甲状腺外科 主任教授
理事	大磯義一郎	浜松医科大学医学部法学 教授
理事	大川 淳	東京医科歯科大学 理事・副学長 / 整形外科 教授
理事	神野 正博	公益社団法人全日本病院協会副会長 / 社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長
理事	北村 聖	公益財団法人地域医療振興協会執行役員シニアアドバイザー / 東京大学名誉教授
理事	木村 壯介	一般社団法人日本医療安全調査機構 常務理事
理事	久住 一郎	北海道大学大学院医学研究院精神医学分野 教授
理事	今野 弘之	浜松医科大学 学長

理事	佐藤 慎哉	山形大学医学部附属病院長
理事	佐藤 豊実	筑波大学医学医療系 産科婦人科学 教授
理事	鈴木 美穂	認定NPO法人マギーズ東京 共同代表理事 / 一般社団法人CancerX 共同発起人・理事
理事	富永 悌二	東北大学病院長 / 一般社団法人日本脳神経外科学会理事長
理事	富山 憲幸	大阪大学大学院医学系研究科放射線統合医学講座放射線医学 教授
理事	南学 正臣	東京大学大学院医学系研究科 腎臓・内分泌内科学 教授
理事	羽鳥 裕	公益社団法人日本医師会 常任理事
理事	村井 嘉浩	宮城県知事
理事	森 隆夫	公益社団法人日本精神科病院協会 副会長
理事	森井 英一	大阪大学大学院医学系研究科 研究科長
理事	渡辺 毅	公益社団法人地域医療振興協会東京北医療センター 顧問
監事	相澤 孝夫	一般社団法人日本病院会 会長 / 社会医療法人財団慈泉会 理事長 / 相澤病院 最高経営責任者
監事	跡見 裕	杏林大学 名誉学長
監事	松原 謙二	公益社団法人日本医師会 副会長

日本専門医機構の主な委員会

委員会の構成 (2020年度各種委員会の構成、目的、目標について)

運営委員会

総務・規約委員会

財務委員会

広報委員会

データベース検討委員会

専門研修プログラム委員会

専門医認定・更新委員会

基本領域連絡委員会 (プログラム、認定・更新等)

サブスペシャルティ領域検討委員会

共通講習委員会

総合診療専門医検討委員会

地域医療・定員問題検討委員会

検証検討委員会

外部評価委員会

COI委員会

広告表示などに関する検討委員会

専門研修に関するハラスメント対策委員会

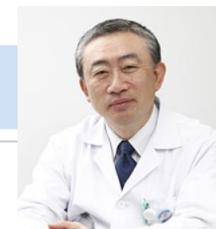
研究医養成に関するワーキンググループ

専攻医募集方法に関する検討ワーキンググループ

英文表記に関するワーキンググループ

日本専門医機構の主な委員会

北村聖委員長



専門研修プログラム委員会

委員長名 北村 聖

委員 伊藤 彰一 大川 淳 高橋 孝雄 武田 裕子 南学 正臣 蓮沼 直子 平形 道人 森井 英一

目的 基本18学会領域専門研修プログラムと研修施設の審査と認定およびそれに関連する事項の検討

目 標

(2020年度末の達成目標)

- (1) 専門医制度整備指針改訂第三版に照らし合わせて専門研修プログラムと研修施設の審査と認定システムを検討する。
- (2) 基本領域専門研修プログラムの定数と専攻医募集のあり方を検討する。
- (3) カリキュラム制度のモニターと評価を行う。
- (4) 指導医の要件、指導法ガイドなど、指導のあり方を検討する。
- (5) 専攻医の修了要件、評価のあり方を検討する。
- (6) 複数の基本領域専門医を獲得するシステム（ダブルボード）を検討する。
- (7) 施設の訪問審査のあり方の方針を検討する。
- (8) その他、関連する事項を他の委員会とも連携して検討する。

すべてを2020年度末に達成することは難しいが、議論を深めたい。

成立要件 委員総数の半数以上の出席（委任状可）とする。

議決要件 出席委員の半数とする。

副委員長 森井 英一

日本専門医機構の主な委員会

大川淳委員長



専門医認定・更新委員会

委員長名	大川 淳
委員	朝戸 裕貴 池田 徳彦 市川 智彦 河野 博隆 鈴木 秀和 西川 正憲
目的	各基本領域学会における専門医の認定・更新制度の審査と認定およびそれに関連する事項について検討する。
目標	(2020年度末の達成目標) (1) 専門医制度整備指針に基づき、2019年度内に開始していない基本領域において、機構基準による専門医更新認定を開始できるよう検討する。 (2) 2017年度に開始した暫定プログラムでの専門医資格について認定方式を確定する。 (3) サブスペシャルティ領域の専門医制度認定基準を作成し、すでに議論のある24領域での認定を開始する。 (4) その他、関連する事項を他の委員会とも連携して検討する。
成立要件	委員総数の半数以上の出席とする。
議決要件	出席委員の過半数とする。
副委員長	池田 徳彦

日本専門医機構の主な委員会

渡辺毅委員長



サブスペシャリティ領域検討委員会

委員長名 渡辺 毅

委員

池田 徳彦 大川 淳 楳 靖 鈴木 昌 鈴木 美穂 高橋 孝雄 羽鳥 裕 宮崎 俊一
森 隆夫

目的

国民医療のレベル向上の視点から、日本専門医機構が認定すべきサブスペシャリティ（サブ）領域専門医制度を認定し、二段階制専門医制度の体系を構築する。また、認定されたサブ領域専門医制度の管理・運営に必要なシステムを構築し、基本領域専門医制度と連動して運用する。

目標

（2020年度末の達成目標）
2019年3月に厚労省医道審専門研修部会で認定保留とされた内科、外科、放射線科を基本領域とする23サブ領域専門医制度に対する2020年3月の厚労省サブスペシャリティ領域の在り方に関するワーキンググループの報告書・それに基づく厚労大臣の意見書に対応したサブ領域専門医研修細則の改訂版が2020年6月に公表された。一方、新型コロナウイルス流行の影響もあり、新サブ領域専門医制度の発足は1年延期せざるを得なくなった。
このような状況から、2022年4月の新サブ領域専門医制度発足を目指し、2020年度内には以下の目標達成を目指す。

- (1) サブ領域認定基準、調査票（レビューシート）、サブ領域専門医制度整備基準決定など新制度の発足に必要な規定類や日程・プロセス案の理事会決定。
- (2) 基本領域を中心としたサブ領域連絡協議会の学会間調整と審査・認定。
- (3) サブ領域連絡協議会から推薦された新サブ領域専門医制度の審査・認定。
- (4) 既認定サブ領域新制度設計に関する学会間調整による制度確立。
- (5) サブ領域専門医制度に関する基本領域およびサブ領域学会に対する説明・意見交換、医療団体、国民への広報活動。
- (6) サブ領域専攻医データベース検討開始（データベース委員会と協業）
- (7) サブスペシャリティ領域の管理・運営システム・更新制度の在り方の検討開始（プログラム委員会・更新委員会との協業）

成立要件

委員総数の過半数の出席とする。

議決要件

出席委員の過半数とする。

副委員長

大川 淳

日本専門医機構の主な委員会

羽鳥裕委員長



総合診療専門医検討委員会

委員長名 羽鳥 裕

委員 有岡 宏子 有賀 徹 生坂 政臣 石松 伸一 金丸 吉昌 神野 正博 北村 聖 清水 俊明
竹村 洋典 田妻 進 野村 英樹 前野 哲博 山田 隆司 横山 彰仁 渡辺 毅

目的

総合診療専門医は、厚生労働省『専門医の在り方に関する検討会報告書』で、健康にかかわる問題について、全人的に総合的に適切な初期対応等を行う医師が病院においても診療所においても必要となる。総合診療領域は、変化する疾病構造、多様化する国民のニーズに対して、適切に対応し得る医師養成の必要性を背景に、基本診療領域の中で唯一日本専門医機構を養成主体とする新たな領域として位置付けられている。総合的な診療能力を有する医師の養成と、その専門性を学術的に評価するとともに、総合診療専門医の質の向上を図り、以て、国民の福祉・健康に貢献することを第一の目的とする。この目的達成のために、総合診療専門医養成に係る諸種の課題解決を図り、制度の適正かつ円滑な運用を図る。

目標

(2020年度末の達成目標)
専門医機構が、総合診療領域の学会機能を併せ持つことから、専門研修プログラムの審査を行い、プログラム統括責任者講習会、特任指導医講習会、専攻医への説明会、質疑応答の場を開催し、専攻医に対する指導医の育成、専攻医の学習支援体制の構築をする。総合医育成に必要な内科、救急、小児科領域の研修の為各学会にも連携を求める。専攻医学習内容の記録・到達レベルの担保、専門医試験、専門医更新要件の確認、プログラムの認定、統括責任者、指導医、更に総合診療専門医の管理（準備段階）などこの領域のWEB管理システムの運用を行う。2021年秋第1回専門医試験に備え、総合診療専門医テキストブックを2020年末までに発行する。サブスペシャリティ領域などのキャリアパスについて検討する。他科からの総合診療専門医のダブルボード、総合診療から他科のダブルボード取得および移行措置などについて検討する。

成立要件

委員総数の過半数の出席とする。

議決要件

出席委員の過半数（委任状可）とする。

副委員長

有賀 徹 生坂 政臣 神野 正博

総合診療専門医とは

委員長挨拶

総合診療専門医は、2013年4月の「厚生労働省 専門医の在り方に関する検討会報告書」にもとづき、総合診療領域を「基本領域」として加えること、専門医の名称は「総合診療専門医」とし、19番目の基本領域として養成することとされた。総合診療医に求められるものとしては、「日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と 必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる。」とされた。領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、総合診療医は「扱う問題の広さと多様性」が特徴である。領域別専門医の18基本領域が、より高度な専門性を追求するのに比べると、地域医療では、より幅広い領域の診療も求められ、まさに総合診療領域が必要とされる。

ほかの基本領域には、対応する学会があるが、総合診療領域には、数多くのステークホルダーはいるが、統括する学会がないために、機構のADHOC委員会の総合診療専門医検討委員会がその役目を担い、他の基本領域の学会機能、学術集会開催、会員管理、専門医育成、研修施設管理、専門医試験、専門医取得後のキャリアパスの見える化などの機能を充実させ、さらに第三者機関としての学会監視機能の役目をもつ責務がある。2018年4月より新専門医制度がスタートし、「総合診療専門医」の専門研修も開始されたが、もっと多くの研修医に専門医取得を希望してもらえるように、総合診療専門医委員会に下部組織ワーキングチームを設置して、諸課題の検討・対応、速やかな情報発信などを行って、さらに医学生、初期研修医、専攻医の意見も聴取する説明会なども開催したい。

2019年9月吉日

一般社団法人 日本専門医機構
総合診療専門医検討委員会
委員長 羽 鳥 裕

総合診療専門研修管理システムGRSならびにオンライン研修手帳J-GOALに関するお知らせ

GRS(General medicine Residency management System)とは総合診療専門研修管理システムの略称であり、総合診療専門研修のプログラム、専攻医と指導者ならびに関係者、研修施設に関する情報を統合管理するために開発されました。

またJ-GOAL(Japan Generalist Outcome Achievement Logbook)は、2019年4月以降に総合診療専門研修を開始された専攻医の皆様を対象とするオンライン研修手帳であり、GRSの一部として組み込まれています。

J-GOALは、総合診療専門研修プログラム整備基準に準拠して開発されています。該当する専攻医の皆さんは、J-GOALを用いて研修の実績と省察の内容について逐次記録を行って下さい。また、指導医ならびにプログラム統括責任者におかれましては、担当されている専攻医の記録を適宜確認・承認し、適切な助言を提供して頂ければと存じます。

なお、J-GOALのコンテンツの一つである経験省察研修録につきましては、2019年度開始の専攻医はタイプAとタイプBの2種類からの選択となっておりますが、2020年度開始の専攻医からは後者に一本化されています。仕様上は2020年度以降開始の専攻医もタイプA様式をアップロードすることが可能ですが、これは評価対象とはなりませんのでご注意ください。

本システムには改善が必要な点が多々あることと存じますが、皆様からのフィードバックを頂戴しながら改善して参りますので、何卒ご活用下さいますようお願い致します。

——領域の関係では、新しくできた総合診療の専攻医は毎年200人程度にとどまっています。この人数については。

もっとほしいですよ、それは。総合診療の先生方は、1000人、2000人などと言われていますが、そこまでに行くには相当の時間がかかります。私は当面500人くらいまで増やす必要があると考えています。今のままではちょっと少ない。

——500人というのは、高齢者増など今後の医療ニーズを見据えた数でしょうか。

ニーズは絶対に今後増えると思います。

——人数を増やすには、どんな方法があり得るのか。「総合診療専門医のキャリアパスが見えにくい」との指摘もあります。

まさにその通りだと思います。今は恐らく医師の中でも、「総合診療専門医って何をやるのか」「どういう医師像なのか」が分からない方が多い。それは身近におらず、実感がわかないからです。今後、新しい総合診療専門医が誕生してきます。どんな場所で、どんな仕事をしているのか、その専門医の姿を間近に見るようになり、総合診療を目指す医学生や初期研修医たちが増えてくることを期待しています。

総合診療専門医について

<背景>

- 現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えている。
- 今後の急速な高齢化に伴い、複数疾患を有する高齢者等にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師による診療の方が適切な場合もあること等から、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、新たな専門医の仕組みに位置づけることが適当。



- 総合的な診療能力を有する医師を「総合診療医」とする。
 - ※ 日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供。
- 専門医としての名称は「**総合診療専門医**」とする。
 - ※領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、総合診療専門医は「扱う問題の広さと多様性」が特徴。
 - ※「地域を診る医師」としての視点も重要であり、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供。

総合診療専門医の研修スケジュール



新専門医制度の1期生「二重の意味で大変だったと思う」 寺本専門医機構理事長が労い、「大きな支障はなかったのではないか」

寺本理事長定例記者会見
2021.3.22 m3

レポート 2021年3月22日 (月)配信 橋本佳子 (m3.com編集長)



✉ ニュースメールを登録する

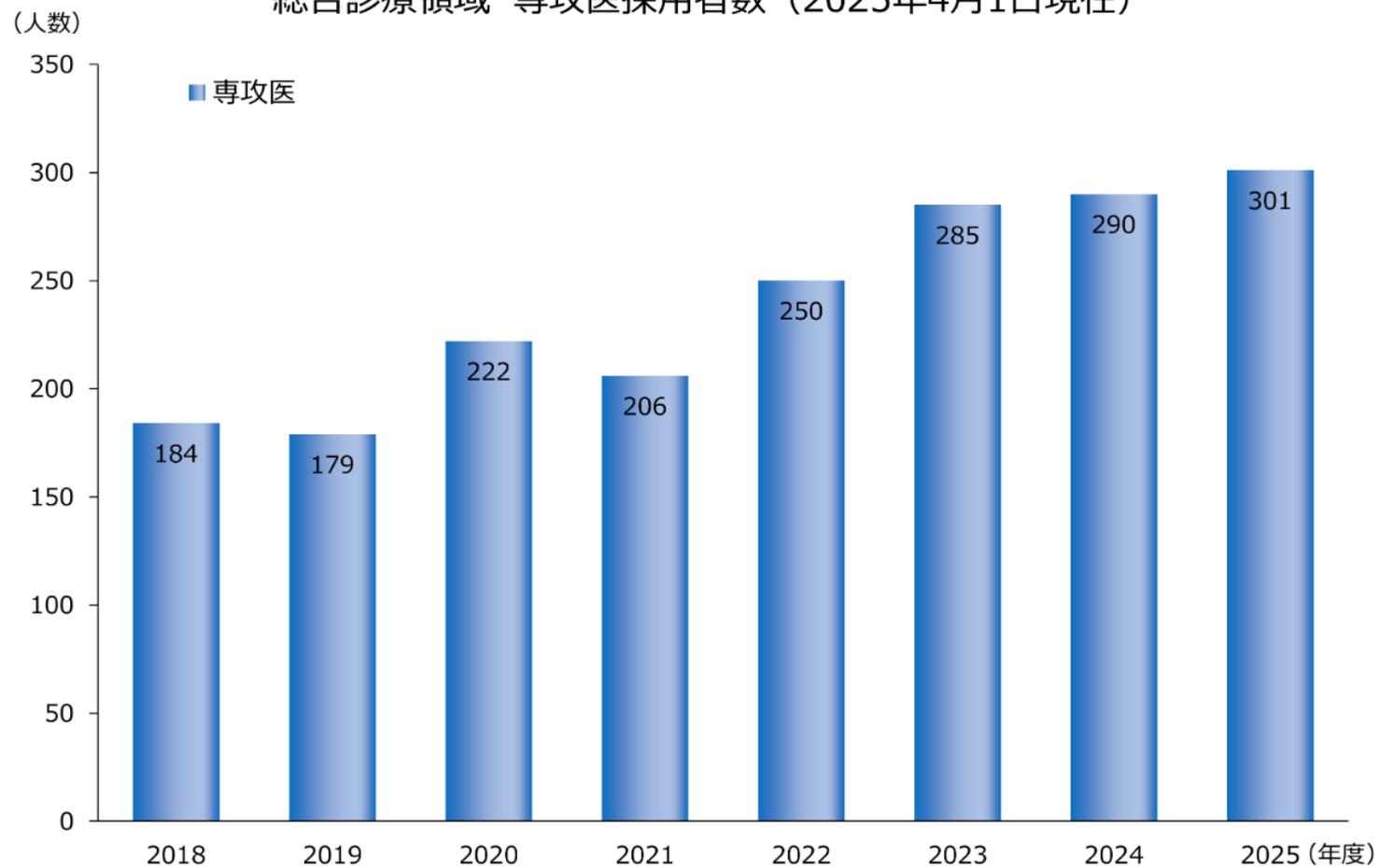
日本専門医機構理事長の寺本民生氏は3月22日の定例記者会見で、2018年度からスタートした新専門医制度の下、この3月で研修を終える第1期生に対し、「新制度であり、先輩がいないこと、また新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の問題が起きてきて、二重の意味で大変だったのではないか」と労いのメッセージを贈るとともに、「大きな支障はなかったのではないか」と専門研修が順調に進んだとの受け止めを示した。

寺本理事長は、「3年間の研修を終えられた皆さん、本当にご苦労さまでした」と労い、特に1期目の専攻医は、新制度になり、いろいろな変更点があり、先輩がいない中で研修を開始し、「だいぶ紆余曲折もあっただろう」と述べつつも、「私どもに入ってきている限りでは、大きな支障はなかったのではないかと思っている」と続けた。

ただCOVID-19の問題が起きてきて、専攻医も影響を受けたと想定されることから、「二重の意味で大変だったと思う」と述べ、いろいろな問題が起きた時に機構としてもできる限りの対応をしていくと語った。「できるだけ専攻医が不利にならないような形で、進めていきたい。何かあれば、相談していただきたい。夏から秋にかけて行われる専門医試験にはしっかりと対応して、新しい専門医が生まれることを期待している」（制度開始から3年の所感は、『「道半ば」より、まだ「道3分の1」 - 寺本民生・日本専門医機構理事長に聞く◆Vol.1』などを参照）。

専攻医採用者数

総合診療領域 専攻医採用者数（2025年4月1日現在）



年度	採用数（概数）	傾向
2018年度	184名	制度開始初年度
2019年度	179名	横ばい
2020年度	176名	横ばい
2021年度	176名	横ばい
2022年度	181名	微増
2023年度	約200名強	増加の兆し
2024年度	290名	大幅増（過去最高水準へ）
2025年度	301名	さらに微増の見込み

専門医取得者数

総合診療領域 専門医取得者数（2025年4月1日現在）



総合診療専門医検討委員会	委員長	生坂 政臣
	副委員長	飯野奈津子 北村 聖
	委員	石松 伸一 井上 健一郎 上原 孝紀 太田 光泰 大平 善之 大原 昌樹 草場 鉄周 高村 昭輝 田妻 進 塚田（哲翁） 弥生 山田 隆司 横山 彰仁 吉田 伸 吉田 素文

《前期の振り返りと今期の展望》

この度、第6期日本専門医機構総合診療専門医検討委員会委員長を前期に引き続き拝命致しました。私自身も委員として参加した第3期、第4期では、羽鳥裕前委員長の下で部会制による総合診療専門医制度の基礎固めが行われ、第5期もこの仕組みを継承しながら、各委員会・部会メンバーの献身的な活動によって多岐に渡る改定が敢行されました。

そのひとつに、総合診療専門医のアイデンティティーの明文化があります。国民や医療者の間でも総合診療の専門性が明確ではないとの指摘があったため、整備基準に示された7つの資質・能力に基づいた専門性について、関連学会との協議を重ねて作成しました。このアイデンティティーに現行の研修プログラムを照らしてみると、整形外科、精神科、皮膚科、婦人科などの包括的診療に必要な領域の選択研修が十分とは言えませんでした。さらに、これらの選択研修には総合診療専門研修IIの期間が充てられるため、総合診療固有の研修期間がわずか1年間に短縮される結果となっています。また、臓器別でない病棟研修を総合診療IIだけでなく、内科研修においても推奨していたため、両者の差異が曖昧なまま行われる2年間の病棟研修が、アイデンティティーの醸成を妨げる可能性があります。これらの諸問題を解決する方策として、内科研修では内科のコアとなる臓器別疾患の研修を推奨すると同時に、内科必修研修期間を6カ月に短縮するというドラスティックな改定を、日本内科学会との度重なる協議を経て実現しました。総合診療専門医のアイデンティティー確立のためのこの新しい研修プログラムは、2025年度より研修を開始する専攻医から適用されます。



サブスペシャリティに関する議論も活発に行われており、総合診療から進むことができる機構認定・承認のサブスペシャリティを模索しつつ、専門医のためのアドバンスド研修制度をいち早く開設しました。この制度は、対象患者を絞り込む方向性のサブスペシャリティを持たない、欧米のプライマリ・ケア医の生涯学習制度であるスペシャルインタレストやフェローシップを模倣したもので、個別の学会入会や更新を必要としない全国規模で

日本専門医機構が定義する総合診療専門医の役割は、単なる「初期診療（トリアージ）」や「軽症患者の対応」にとどまらない。その専門性は「深さ」ではなく「広さ」と「つながり」、そして「複雑性への対応」にある。具体的には、以下の7つの資質・能力（コンピテンシー）の獲得がカリキュラムの根幹として定義されている。

1. **包括的統合アプローチ（Comprehensive Approach）**：生物医学的な問題だけでなく、心理的・社会的な背景を含めたBPSモデル（Bio-Psycho-Social Model）を用いて、患者を全人的に理解し診療する能力。
2. **一般的な健康問題に対する診療能力**：地域で頻度の高い疾患（Common Diseases）や、特定の臓器に分類できない未分化な健康問題（Undifferentiated Health Problems）に対し、適切に診断・治療を行う能力。
3. **患者中心の医療・ケア（Patient-Centered Care）**：患者の価値観、背景、意向を尊重し、共有意思決定（SDM）を通じて、患者にとって最善のケアを提供する能力。
4. **連携重視のマネジメント**：多職種連携（IPW: Interprofessional Work）の要として、医療・介護・福祉のリソースを調整し、包括的なケアプランを作成・管理する能力。
5. **地域包括ケアを含む地域志向アプローチ（Community-Oriented Primary Care）**：診察室に来る患者だけでなく、地域の健康課題（公衆衛生、予防医療、健康増進）を把握し、地域全体への介入を行う能力。
6. **公益に資する職業規範**：医療資源の有限性を理解し、公平かつ効率的な配分に配慮しつつ、高い倫理観を持って職務を遂行する態度。
7. **多様な診療の場に対応する能力**：診療所、中小病院、へき地、在宅医療、救急外来など、異なるセッティングにおいても柔軟に質の高いケアを提供する能力。

これらの資質は、従来の臓器別専門医が「特定の疾患を治す（Cure）」ことに主眼を置いていたのに対し、総合診療専門医は「生活の場で患者を支える（Care）」こと、そして「治らない病気と共に生きることを支える」ことに重点を置いている点で、明確に異なる専門性を持っている。

総合診療専門医の養成プログラムは3年間の課程であり、その設計には「地域と病院の往還」が強く意識されている。専攻医は以下のローテーション要件を満たす必要がある。

研修区分	期間	内容と目的
総合診療専門研修Ⅰ	6ヶ月以上	診療所・小規模病院における研修。外来診療、在宅医療、多職種連携を実践し、継続的ケア（Continuity of Care）を学ぶ。
総合診療専門研修Ⅱ	6ヶ月以上	病院総合診療部門における研修。診断困難例、多疾患併存例の入院管理、急性期対応を学ぶ。
必須領域別研修	計18ヶ月	内科（12ヶ月必須）、小児科（3ヶ月以上）、救急科（3ヶ月以上）。各領域の頻用疾患への対応能力を習得する。

このカリキュラムの特徴は、内科研修を1年間義務付けている点にある。これは、日本の医療事情において内科的疾患の管理能力がプライマリ・ケア医にとって必須であるという認識に基づいている。しかし、この構造が「内科専門医との差別化」を難しくしている側面もある。また、学術活動も重視されており、学会発表や論文発表が修了要件に含まれている。これは、総合診療をアカデミックな裏付けのある専門領域として確立しようとする意図の表れである。

2.1 英国 (United Kingdom) : NHSの要石としてのGP

英国のGP制度は、世界で最も強固かつ組織化されたプライマリ・ケアシステムの一つである。

- **歴史的経緯:** 英国では1911年の国民保険法により、労働者階級向けのパネルドクター制度が導入され、一般医 (GP) の基盤が形成された。決定的な転換点は1948年の国民保健サービス (NHS) 設立である。NHSにおいて、病院勤務医 (Consultant) は公務員 (サラリーマン) 化された一方、GPは「独立契約事業者 (Independent Contractor)」としての地位を維持し、NHSと契約を結ぶ形態がとられた。これにより、GPは地域住民のゲートキーパー (門番) として、病院医療へのアクセスを一元管理する権限を与えられた。
- **位置づけと機能:** GPはNHSシステムの「ゲートキーパー」であり、救急を除くすべての専門医療への紹介権を持つ。患者は居住地のGP診療所に登録 (Registration) することが義務付けられている。GPの役割は、単なる医療提供にとどまらず、患者の生涯にわたる健康管理、予防、そして社会的処方ハブとして機能することである。
- **組織形態の変遷:** かつては「単独診療 (Single-handed practice)」が一般的であったが、2004年の新GP契約 (GMS契約) 以降、質の管理 (QOF: Quality and Outcomes Framework) やワークライフバランスの観点から、複数のGP、看護師 (Practice Nurse)、薬剤師、理学療法士などが協働する「グループ診療 (Group Practice)」が標準化した。さらに近年では、近隣の診療所が連携する「プライマリ・ケア・ネットワーク (PCN)」が形成され、規模のメリットを活かしたサービス提供が進んでいる。

米国の医療は民間保険主導であり、制度的な統一性は低いですが、家庭医療学（Family Medicine）は学問的専門領域として確立されている。

- **歴史的経緯:** 20世紀初頭のフレクスナー報告以降、米国医学は専門分化と科学的医療を強力に推進した。その結果、1960年代には一般医（General Practitioner）が激減し、医療の断片化と人間性の喪失が社会問題化した。これへの反動として、Millis Report（1966年）などが「個人的な医師（Personal Physician）」の必要性を提言し、1969年に「家庭医療（Family Medicine）」が20番目の専門医として正式に認可された。 ▾
- **位置づけ:** 米国には制度的な強制力を持つゲートキーパー機能は存在しない（HMOなどの一部保険プランを除く）。しかし、Family Medicineは「ゆりかごから墓場まで」診ることをアイデンティティとし、内科（General Internal Medicine）や小児科とともにプライマリ・ケアを担う。専門医志向の強い米国において、Family Medicineは「全人的ケア」と「継続性」を武器に、独自の地位を築いている。特に、マイノリティや地方部（Rural）の医療維持において不可欠な存在となっている。 ▾
- **研修制度:** 医学部卒業後、3年間のレジデンシープログラムを経て、専門医試験（Board Certification）を受ける。再認定（Maintenance of Certification）のプロセスも厳格であり、質の維持が図られている。

ドイツも伝統的にフリーアクセスの国であり、開業医（Niedergelassene Ärzte）の中に家庭医（Hausarzt）と専門医（Facharzt）が並存している。

- **歴史的経緯と変革:** ドイツでは、外来医療は開業医が、入院医療は病院が担うという「外来・入院の厳格な分離」が特徴である。長らくフリーアクセスであったが、2000年代以降、家庭医機能の強化と効率化を目指し、「家庭医中心ケア（Hausarztzentrierte Versorgung: HZV）」という選択的契約モデルが導入された。 
- **位置づけ:** HZVプログラムに登録した患者は、原則としてまず家庭医を受診することが求められる。その代わり、待ち時間の短縮や、一部自己負担の免除、予防サービスの充実といったメリットを享受できる。家庭医はゲートキーパーとしての役割を果たすことで、疾病金庫（保険者）から追加的な報酬を得る仕組みとなっている。近年では、単独開業から、複数の医師が雇用関係で働く「地域医療センター（MVZ）」への移行が進んでいる。 

フランスは伝統的に「自由診療 (La médecine libérale)」の精神が強く、患者の選択の自由 (フリーアクセス) が尊重されてきた。

- **歴史的経緯と変革:** かつては完全なフリーアクセスであったが、重複受診や医療費の増大、ケアの断片化が問題視された。これに対応するため、2004年の医療保険改革法により「主治医 (Médecin Traitant)」制度が導入された。これは、16歳以上のすべての国民にかかりつけ医の登録を促すものである。 ▾
- **位置づけ:** 主治医制度は「ソフト・ゲートキーパー」として機能している。患者は主治医を自由に選べるが、主治医を経由せずに専門医を受診した場合、公的医療保険からの償還率が減額される (通常70%還付が30%等に減額)。GP (Médecin Généraliste) は専門医と同等の専門研修 (現在は4年間) を受けることが義務付けられており、アカデミックな地位も向上している。 ▾

表1: 5カ国の医師総数と総合医数の推移（2014年 vs 2023年/直近）

国名	項目	2014年頃（基準年）	直近（2023-2024年）	増減率・傾向	出典
日本	医師総数	311,205人 (2014)	343,275人 (2022)	+10.3%	厚労省/OECD
	総合医数	定義なし（※1）	専攻医採用: 約300人/年	低迷（全医師の比率極小）	
英国	医師総数	-	-	増加傾向	
	GP数 (FTE)	34,318 (2014 Sep)	37,000台 (推計)	微増/停滞（※2）	
	GP数 (Headcount)	40,584 (2014 Sep)	46,000台 (2023)	増加（パートタイム化進行）	
米国	医師総数	829,962 (Active, 2013)	1,010,892 (2023)	+21.8%	
	FM/GP数	111,127 (2014)	118,641 (2023)	+6.7% （シェアは低下）	
フランス	医師総数	219,834 (2014)	237,200 (2025)	+7.9%	
	GP数	102,140 (全数)	約94,000 (稼働)	減少（特に開業医）	
ドイツ	医師総数	365,247 (2014)	437,000 (2024)	+19.6%	
	家庭医数	59,946 (2014)	約61,000	横ばい（雇用医が増加）	

（※1）日本の2014年時点では「総合診療専門医」制度は存在せず、臓器別専門医がプライマリ・ケアを担っていたため、比較可能な数値が存在しない。（※2）英国GPは、実人数（Headcount）は増えているが、労働時間の短縮やパートタイム勤務の増加により、フルタイム換算（FTE: Full-Time Equivalent）での労働力供給は伸び悩んでいる。

日本：圧倒的な「総合医」不足の可視化

日本では医師総数は順調に増加しているが、その内訳は依然として臓器別専門医が大多数を占める。「総合診療専門医」としての養成数は年間300人弱（医師国家試験合格者の約3%）にとどまり、ストックとしての総合医数は統計に表れないほど微少である。これは、制度導入後も「総合診療」が医師キャリアの主流になり得ていない現状を如実に示している。

英国：HeadcountとFTEの乖離

英国では、政府がGPの増員（例えば2020年までに5000人増など）を公約に掲げてきた。データを見ると、研修医（Trainee）の採用数は増加し、実人数のGPは増えている。しかし、激務によるバーンアウトや早期退職、ワークライフバランス重視によるパートタイム勤務の選択が増えた結果、FTEベースでの労働力は需要の伸びに追いついていない。これが、国民が感じる「予約が取れない」というアクセス問題の背景にある。

米国：専門医シフトとプライマリ・ケアの相対的縮小

米国では医師総数が20%以上増加し、100万人を超えた。しかし、Family Medicineの増加率は6.7%にとどまり、医師全体に占めるシェアは低下している（2014年の約13%から低下）。専門医の方が報酬が高く、労働環境が良い傾向にあるため、医学生の特長志向が強いことが背景にある。AAMCのデータによると、特にInternal MedicineやPediatricsなどの他のプライマリ・ケア領域を含めても、需要に対する供給不足が予測されている。

フランス・ドイツ：開業医の減少と雇用化

両国とも、伝統的な「独立開業医（ソロプラクティス）」モデルが崩れつつある。フランスではGP総数が減少傾向にあり、特に地方部での「医療砂漠（Déserts médicaux）」が深刻化している。ドイツでは、医師総数は大幅に増えているが、家庭医数は横ばいである。特筆すべきは、ドイツにおいて「被雇用者（Angestellte）」として働く家庭医が急増している点であり、若手医師が経営リスクを負わない働き方を好む傾向がデータに表れている。

4.2 英国：国家目標による強力な誘導

英国では、医学部卒業生の約50%をGeneral Practiceに進ませることを国家目標（Mandate）としている。

- **推移:** GP専門研修（Specialty Training）への応募数と受入数は増加傾向にある。2014年の2,671人から、2022年には4,032人へと大幅に増加し、過去最高を記録した。
- **背景:** 政府による強力なキャンペーン、GP研修枠の拡大、そして他の専門科（外科や放射線科など）のポスト数が厳格にコントロールされているため、相対的にGPへのアクセスが容易である（競争率は3.67倍程度と、他科の10倍以上に比べれば低い）ことが影響している。

4.3 米国：IMG（外国医学部卒業生）への依存構造

米国のレジデンシー・マッチング（NRMP）において、Family Medicineは提供されるプログラム数・定員数ともに多いが、米国医学部卒業生（US MD Seniors）の第一志望率は相対的に低い。

- **推移:** 2024年のマッチングデータによれば、Family Medicineのプログラム充足率は高いが、その多くを**IMG（International Medical Graduates）**やDO（オステオパシー医）が埋めている。US MDのFMマッチ数は横ばいまたは微増にとどまる。
- **多様性との関連:** AAMCの報告によれば、アフリカ系アメリカ人やヒスパニック系などのマイノリティ医師、および女性医師は、白人男性医師に比べてプライマリ・ケアを選択する確率が高い。医師の多様性確保は、プライマリ・ケアの供給確保と密接にリンクしている。

4.4 欧州（仏・独）の動向

フランスでは、国家試験（ECN）の順位に基づいて専門科を選択するシステムであるが、成績上位層が専門科（眼科、皮膚科、放射線科など）を選び、下位層がGeneral Medicineに流れるというヒエラルキー構造が長年の課題であった。しかし、近年はGeneral Medicineの定員枠（Postes offerts）を全体の40%以上に設定し、地域実習の必修化などを通じて、意欲ある学生の確保に努めている。ドイツでも同様に、大学教育における一般医学（Allgemeinmedizin）の講座必修化や、地方での研修に対する奨学金制度などが拡充されている。

5.1 社会的認知（Public Perception）とプロフェッショナリズム

- **英・仏・独:** これらの国々では、市民にとって「まず相談する医師（First Contact）」の存在は自明である。GPや Hausarztは、地域社会のインフラとして深く根付いている。特に英国では、GPは歴史的に地域の名士であり、患者との長期的な信頼関係（Longitudinal relationship）が医療の質の根幹であるというコンセンサスがある。
- **米国:** Family Physicianは、特に地方部や中西部において尊敬される存在であるが、都市部では専門医志向が強く、PCP（Primary Care Physician）は「保険会社のためのゲートキーパー（受診抑制係）」としてネガティブに捉えられることもある。 ▾
- **日本:** 「総合診療医」という名称や概念の社会的認知度は依然として低い。患者は「何でも診てくれる医師」を求める一方で、「専門医に診てもらいたい」という志向が極めて強い。多くの患者にとって、総合診療医は「専門医にかかる前のトリアージ役」あるいは「専門性を持たない医師」と誤解されることが多く、その専門性（複雑性への対応、全人的ケア）が正当に評価されていない。 ▾

国	ゲートキーパー機能の強度	特徴と影響
英国	Hard (厳格)	救急を除き、GPの紹介状なしに専門医を受診することは不可能。これにより、ケアの継続性と医療費のコントロールが可能になる一方、GPへのアクセス待ち時間（数週間待ち）が社会問題化している。
米国	Variable (保険依存)	HMO (Managed Care) ではPCPの指定が必須。PPOなどでは不要。ゲートキーパー機能は主に「コスト抑制」の手段として導入された経緯があり、患者満足度を下げる要因となる場合がある。
フランス	Soft (経済誘導)	「主治医 (Médecin Traitant)」を経由しない場合、患者の自己負担 (Vignette modératrice) が増加するペナルティ方式。患者の選択権を残しつつ、ケアの調整機能を付与している。
ドイツ	Soft (インセンティブ)	「家庭医中心ケア (HZV)」契約に登録すると、自己負担の軽減や優先予約などのメリットが得られるボーナス方式。強制力はないが、経済的合理性から登録が進んでいる。
日本	None (フリーアクセス)	患者は自身の判断で、どの医療機関（大学病院含む）でも受診可能。「選定療養費」による大病院受診時の定額負担導入で疑似的なゲートキーパー機能を模索しているが、制度的な強制力はなく、主たる動線ではない。



分析: 日本において総合診療医が増えない、あるいはその専門性が理解されにくい最大の構造的要因の一つが、この「ゲートキーパー機能の欠如」である。患者が自己判断で専門医を選べる環境下では、総合診療医が持つ「未分化な健康問題の交通整理（トリアージ）」や「適切な専門医への橋渡し」という機能の価値が患者に伝わりにくい。また、医師側も「自分が診なくても患者は専門医に行ける」という認識になりやすく、ゲートキーパーとしての責任感やゲートキーピング能力が育ちにくい環境にある。一方、英国のような厳格なゲートキーパー制度は、医療費抑制には寄与するものの、GP不足時にはボトルネックとなり、医療サービス全体へのアクセスを阻害するリスクがある。フランスやドイツの「ソフト・ゲートキーパー（誘導型）」モデルは、日本の国民性や医療文化との親和性が高い可能性がある。

国	ゲートキーパー機能の強度	特徴と影響
英国	Hard (厳格)	救急を除き、GPの紹介状なしに専門医を受診することは不可能。これにより、ケアの継続性と医療費のコントロールが可能になる一方、GPへのアクセス待ち時間（数週間待ち）が社会問題化している。
米国	Variable (保険依存)	HMO (Managed Care) ではPCPの指定が必須。PPOなどでは不要。ゲートキーパー機能は主に「コスト抑制」の手段として導入された経緯があり、患者満足度を下げる要因となる場合がある。
フランス	Soft (経済誘導)	「主治医 (Médecin Traitant)」を経由しない場合、患者の自己負担 (Vignette modératrice) が増加するペナルティ方式。患者の選択権を残しつつ、ケアの調整機能を付与している。
ドイツ	Soft (インセンティブ)	「家庭医中心ケア (HZV)」契約に登録すると、自己負担の軽減や優先予約などのメリットが得られるボーナス方式。強制力はないが、経済的合理性から登録が進んでいる。
日本	None (フリーアクセス)	患者は自身の判断で、どの医療機関（大学病院含む）でも受診可能。「選定療養費」による大病院受診時の定額負担導入で疑似的なゲートキーパー機能を模索しているが、制度的な強制力はなく、主たる動線ではない。

7.1 日本：圧倒的な病院偏重研修と「地域」の不在

日本の医学教育、初期臨床研修、そして専門研修は、伝統的に大学病院や大規模急性期病院（200床以上）が中心である。

- **実態:** 総合診療専門医プログラムにおいても、「診療所研修」が6ヶ月以上必修化されたものの、残りの期間の多くは病院の総合診療科や救急部門で過ごす。病院の総合診療科（Hospitalist）は、診断困難例（不明熱など）の精査や、高齢者の急性期対応（誤嚥性肺炎、尿路感染症など）を主業務としており、地域で最も頻度の高い疾患（高血圧、糖尿病、腰痛、メンタルヘルスなど）の継続管理や、予防医療、家族志向ケアを学ぶ機会が構造的に不足している。 ▾
- **影響:** 研修医は、病院での「治す医療（Cure）」、高度な検査・処置を行う医師を「優秀な医師」のモデルとして内面化しやすい。その結果、診療所での地道な慢性期管理や、患者との対話を重視するケアを「医学的に単純」「格下」「退屈」と感じてしまうバイアス（Hospital-centric bias）が形成され、総合診療医のキャリア選択を阻害している。 ▾

7.2 欧米：診療所ベース（Community-Based）の教育

- **英国:** 医学生時代から、全カリキュラムの相当期間（10～15%以上）を地域のGP診療所（Placement）で過ごす。卒後研修（Specialty Training）においても、3年間のうち少なくとも18ヶ月（半分以上）は認定GP診療所（Training Practice）でのOJTとなる。指導医であるGPトレーナーと一対一で診療を行い、地域の患者層やマネジメントを肌感覚で学ぶ。 ▾
- **米国:** Family Medicine Residencyは、病院でのローテーション（産婦人科、小児科、外科など）も含みつつ、研修期間の3年間を通じて、自身の患者パネル（担当患者群）を持つ「Family Medicine Center（外来診療所）」での継続診療（Continuity Clinic）を行うことが義務付けられている。これにより、研修医は「自分の患者」を経年的に診る責任感と喜びを経験する。 ▾

8.1 日本の「総合診療医」が抱える構造的課題（三重苦）

1. **アイデンティティの拡散と機能の未分化:** 日本における「総合診療」は、米国の「Hospitalist（病院総合医）」と、英米の「Family Physician（家庭医）」という、本来異なるセッティングと機能を持つ役割が、一つの専門医制度の中に混在している。これにより、専攻医は何を目指せばよいのか（病院で診断のエキスパートになるのか、地域でケアのプロになるのか）が曖昧になり、キャリア像が描きにくくなっている。
2. **市場価値とインセンティブの不透明さ:** フリーアクセスかつ出来高払い制度が主体の日本では、患者は臓器別専門医を好む傾向があり、開業時の競争優位性が不明確である。また、病院勤務医としても、臓器専門医のような高点数の手技（カテーテル、内視鏡、手術など）を持たないため、病院経営的な貢献度が可視化されにくく、給与面や地位での評価が定まっていない。
3. **教育リソースの絶対的不足と偏在:** 質の高い診療所研修を提供できる指導医（ロールモデル）が絶対的に不足しており、地域偏在も著しい。学生や研修医が「憧れるような総合診療医」に出会う機会が偶然に左右されている現状がある。

(1) キャリアパスの複線化と明確化（病院総合医と家庭医の分化・連携）

将来的には、英国のGPと米国のHospitalistのように、機能をより明確に区分、あるいはサブスペシャリティとして体系化する必要があるだろう。

- **病院総合医（Hospitalist）**：超高齢社会の病院医療を支える要として、多疾患併存高齢者の入院管理、周術期管理（Co-management）、診断学を専門とする。
- **家庭医（General Practitioner）**：地域包括ケアシステムのハブとして、外来、在宅、予防、多職種連携を専門とする。現行の制度は過渡期的な「同居」状態にあるが、それぞれの専門性を深め、相互にリスペクトし連携するフェーズへ移行することが望ましい。

(2) かかりつけ医機能の制度化とゲートキーパー機能の段階的導入

英国型の完全なゲートキーパー制導入は政治的・文化的に困難であるが、フランスやドイツのような**インセンティブ型の「登録医制度（かかりつけ医機能）」**の強化は現実的な解である。2025年以降の地域医療構想において、総合診療専門医を「かかりつけ医」の中核として位置づけ、患者が登録することで受診時定額負担の免除や、電話相談・オンライン診療への優先アクセスなどのメリットを付与する。同時に、登録医には包括払い（Capitation）的な管理料を診療報酬上で手厚く配分し、ゲートキーパー機能の発揮を経済的に評価する仕組みが必要である。

(3) 医学教育の大転換：Community-Based Educationの拡充

「病院から地域へ」の流れを加速させるためには、卒前教育・初期研修段階での診療所実習を大幅に拡充する必要がある。英国のように、医学生が地域のGP診療所で数週間～数ヶ月単位で過ごし、地域医療の魅力と専門性に早期に触れる機会を創出することが、志望者増への最も確実な長期的投資である。これには、大学病院以外の地域医療機関を教育拠点として認定し、資金と人員を投入する政策的決断が求められる。

各都道府県の医師偏在指標

医師需給分科会
第28回 参考資料2から数値を引用

順位	都道府県	医師偏在指標
	全国	238.3
1位	東京都	329.0
2位	京都府	314.9
3位	福岡県	300.5
4位	沖縄県	279.3
5位	岡山県	278.8
6位	大阪府	274.4
7位	石川県	270.4
8位	徳島県	265.9
9位	長崎県	259.4
10位	和歌山県	257.2
11位	鳥取県	255.0
12位	高知県	254.3
13位	佐賀県	251.3
14位	熊本県	248.5
15位	香川県	247.8
16位	滋賀県	243.5

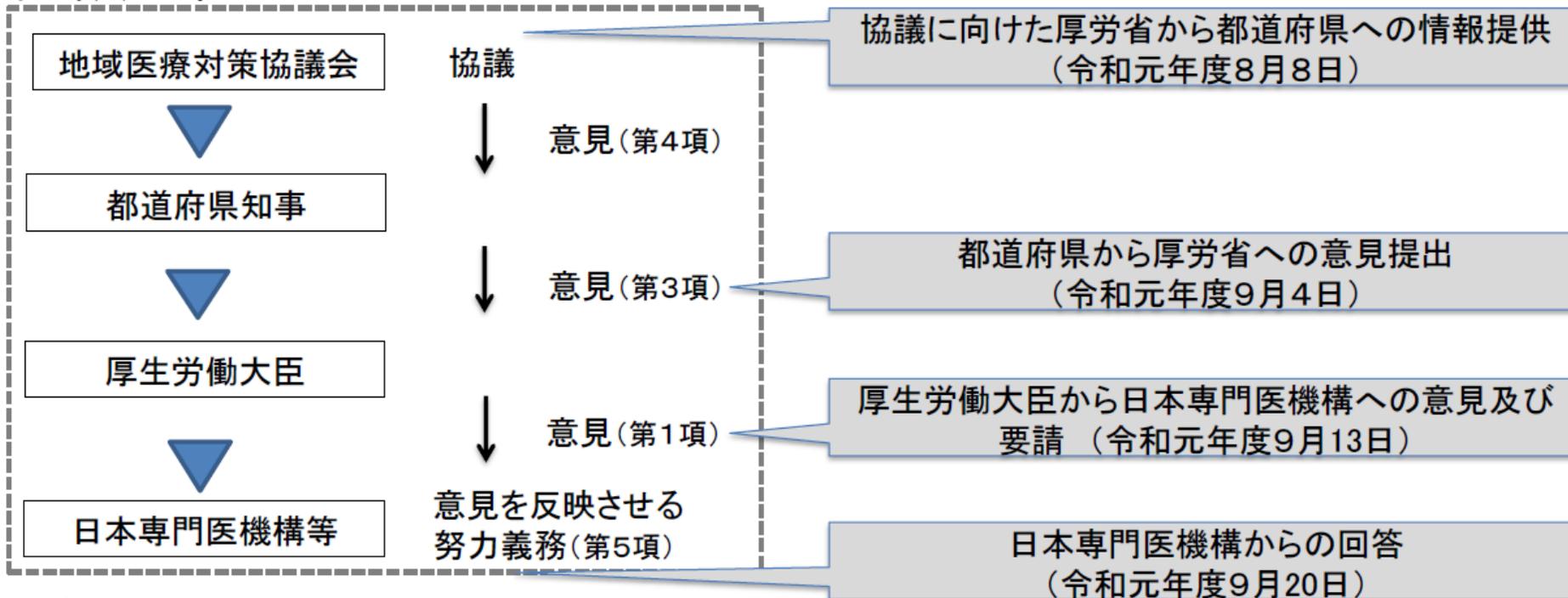
医師多数県

順位	都道府県	医師偏在指標
17位	兵庫県	243.0
18位	奈良県	241.1
19位	広島県	240.4
20位	大分県	238.0
21位	島根県	235.9
22位	宮城県	232.7
23位	神奈川県	231.8
24位	愛媛県	231.0
25位	福井県	230.9
26位	鹿児島県	229.8
27位	愛知県	225.3
28位	北海道	222.0
29位	栃木県	216.7
30位	山梨県	216.4
31位	富山県	216.2

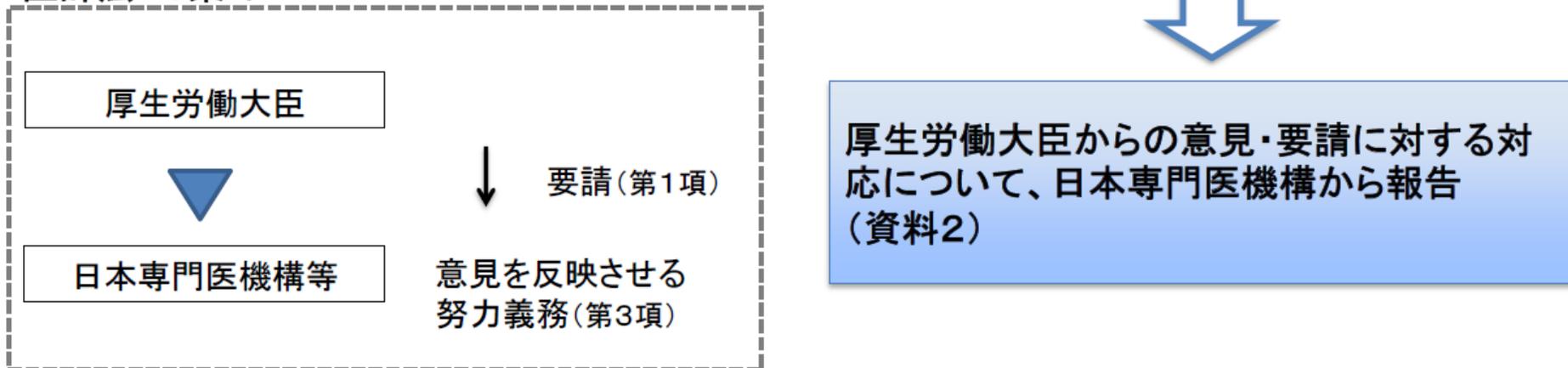
順位	都道府県	医師偏在指標
32位	宮崎県	210.6
33位	山口県	210.3
34位	三重県	208.8
35位	群馬県	208.2
36位	岐阜県	204.7
37位	千葉県	200.5
38位	長野県	199.6
39位	静岡県	191.1
40位	山形県	189.4
41位	秋田県	180.6
42位	茨城県	179.3
43位	埼玉県	178.7
44位	福島県	177.4
45位	青森県	172.1
46位	新潟県	169.8
47位	岩手県	169.3

医師少数県

医師法16条の10



医師法16条の11



専門研修制度の重要事項については、厚生労働大臣の意見を聞かなければならない。
 —厚労省の医道審議会専門研修部会の承認が必要—

医道審議会医師分科会医師専門研修部会委員名簿

	アベ	シュイチ	長野県知事
	阿部	守一	
◎	エンドウ	ヒサオ	学習院大学経済学部 教授
	遠藤	久夫	
	カタオカ	ヒトミ	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療 人材育成講座 教授
	片岡	仁美	
	カマヤチ	サトシ	公益社団法人日本医師会常任理事
	釜范	敏	
	シイキ	タクミ	全国町村会副会長 周防大島町長
	椎木	巧	
	タチヤ	ヒデキヨ	全国市長会会長 相馬市長
	立谷	秀清	
	ノギ	ワタル	公益社団法人日本精神科病院協会副会長
	野木	渡	
	ハトリ	ユタカ	公益社団法人日本医師会常任理事
	羽鳥	裕	
	マキノ	ケンイチ	一般社団法人日本病院会常任理事
	牧野	憲一	
	ミカツキ	タイゾウ	滋賀県知事
	三日月	大造	
	ヤマウチ	ヒデコ	聖路加国際病院副院長・プレストセンター長・ 乳腺外科部長
	山内	英子	
	ヤマグチ	イクコ	認定 NPO 法人ささえあい医療人権センター COML 理事長
	山口	育子	



遠藤久夫部会長



日本専門医機構で既に認定されているサブスペシャリティ領域と連動研修

一部のサブスペシャリティ領域の研修は、基本領域の研修期間中から一部連動研修ができることとされているため、平成30年度より基本領域研修が開始するにあたり、既に下記のサブスペシャリティ領域は先行して認定されており、平成31年度より連動研修が開始予定である。しかし、現在、連動研修とそのサブスペシャリティ領域の登録状況等は専門医機構ではなく、各学会によって行われている。

暫定

内科領域

消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、リウマチ、消化器内視鏡、がん薬物療法

外科領域

消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、乳腺、内分泌外科

放射線領域

放射線治療、放射線診断

<通常>
3年

内科

3年

循環器

<連動研修(イメージ)>
3年

内科

1年

連動研修 循環器

日本専門医機構が検討の対象にしているサブスペシャリティ領域の一覧

・日本専門医機構より、下記のサブスペシャリティ学会等に対し、レビューシートを送付した。(平成30年12月)

サブスペシャリティ学会・団体(順不同)					
日本消化器病学会	日本呼吸器外科学会	日本心身医学会	日本睡眠学会	日本登山医学会	日本整形外科学会(骨・軟部腫瘍専門医)
日本肝臓学会	日本小児外科学会	日本心療内科学会	日本脳卒中学会	日本女性医学学会	日本内科学会(総合内科専門医)
日本循環器学会	日本内分泌外科学会	日本心血管インターベンション治療学会	日本透析医学会	日本臨床神経生理学会	日本脳神経外傷学会
日本内分泌学会	日本乳癌学会	日本呼吸器内視鏡学会	日本アフェシス学会	日本産業衛生学会	日本排尿機能学会
日本糖尿病学会	日本医学放射線学会	日本脳神経血管内治療学会	子どものこころ専門医機構	日本総合健診医学会	日本神経精神薬理学会
日本腎臓学会	日本放射線腫瘍学会	日本インターベンショナルラジオロジー学会	日本総合病院精神医学会	日本病院総合診療医学会	日本司法精神医学会
日本呼吸器学会	日本小児循環器学会	日本肝胆膵外科学会	日本臨床薬理学会	日本美容外科学会(JSAPS)	日本精神分析学会
日本血液学会	日本小児神経学会	日本心臓血管麻酔学会	日本病態栄養学会	日本急性血液浄化学会	GID(性同一性障害)学会
日本神経学会	日本小児血液・がん学会	日本超音波医学会	日本輸血・細胞治療学会事務局	日本老年精神医学会	日本精神分析的精神医学会
日本アレルギー学会	日本周産期・新生児医学会	日本レーザー医学会	日本抗加齢医学会	日本緩和医療学会	皮膚悪性腫瘍指導専門医
日本リウマチ学会	日本婦人科腫瘍学会	日本気管食道科学会	日本ペインクリニック学会	日本食道学会	美容皮膚科・レーザー指導専門医
日本老年医学会	日本生殖医学会	日本大腸肛門病学会	日本熱傷学会	日本消化管学会	日本在宅医学会
日本感染症学会	日本脊椎脊髄病学会	日本脈管学会	日本外傷学会	日本臨床精神神経薬理学会	日本内視鏡外科学会
日本臨床腫瘍学会	日本脊髄外科学会	日本高血圧学会	日本臨床細胞学会	日本動脈硬化学会	日本性機能学会
日本消化器内視鏡学会	日本手外科学会	日本不整脈心電学会	日本人類遺伝学会	日本結核病学会	日本小児泌尿器科学会
日本消化器外科学会	日本頭頸部外科学会	日本てんかん学会	日本核医学会	日本認知症学会	日本臨床腎移植学会
心臓血管外科専門医認定機構	日本集中治療医学会	日本頭痛学会	日本東洋医学会	日本人間ドック学会	日本小児救急医学会

※ 辞退した学会を除く

領域	認定	項目3	項目4	項目5	項目6	認定
消化器病専門医	既認定	○	○	○	×	既認定領域
循環器専門医	既認定	○	○	○	×	
呼吸器専門医	既認定	○	○	○	×	
血液専門医	既認定	○	○	○	×	
内分泌代謝・糖尿病内科領域(仮)	既認定	○	○	○	×	
腎臓専門医	既認定	○	○	○	×	
心臓血管外科専門医	既認定	○	○	○	×	
肝臓専門医	既認定	○	○	○	×	
糖尿病	既認定	○	○	○	×	
神経内科専門医	既認定	○	○	○	○	
膠原病・リウマチ専門医	既認定	○	○	○	○	
消化器外科専門医	既認定	○	○	○	○	
放射線診断専門医	既認定	○	○	○	○	
消化器内視鏡専門医	既認定	○	○	○	○	
乳腺外科専門医	既認定	○	△	○	○	
放射線治療専門医	既認定	○	△	○	○	
腫瘍内科専門医	既認定	○	△	○	○	
呼吸器外科専門医	既認定	○	○	×	×	
アレルギー専門医	既認定	○	○	×	○	
内分泌代謝科専門医	既認定	○	△	○	×	
感染症専門医	既認定	○	△	×	×	
小児外科専門医	既認定	○	▼	×	×	
老年科専門医	既認定	○	▼	×	×	
内分泌外科専門医	既認定	○	▼	×	×	
総合内科専門医	新規申請	○	○	○	○	
臨床遺伝専門医	新規申請	○	△	○	○	
集中治療専門医	新規申請	○	△	○	○	
脊椎脊髄外科専門医	新規申請	○	△	○	○	
ペインクリニック専門医	新規申請	○	△	○	○	
小児神経専門医	新規申請	○	△	×	○	
手外科専門医	新規申請	○	△	×	○	
IVR専門医	新規申請	○	△	×	○	
小児循環器専門医	新規申請	×	▼	×	○	
小児血液・がん専門医	新規申請	×	▼	×	○	
子どものこころ専門医	新規申請	×	▼	×	○	
頭頸部がん専門医	新規申請	×	▼	×	○	非認定領域
外傷専門医	新規申請	×	▼	×	○	
熱傷専門医	新規申請	×	▼	×	×	
てんかん専門医	新規申請	×	▼	×	×	
睡眠医療専門医(仮称)	新規申請	×	▼	×	×	
腎移植専門医	新規申請	×	△	○	×	
気管食道科専門医	新規申請	×	△	×	×	
美容外科専門医	新規申請	×	×	×	○	
レーザー専門医	新規申請	×	×	×	○	
緩和医療専門医	新規申請	-	-	-	-	



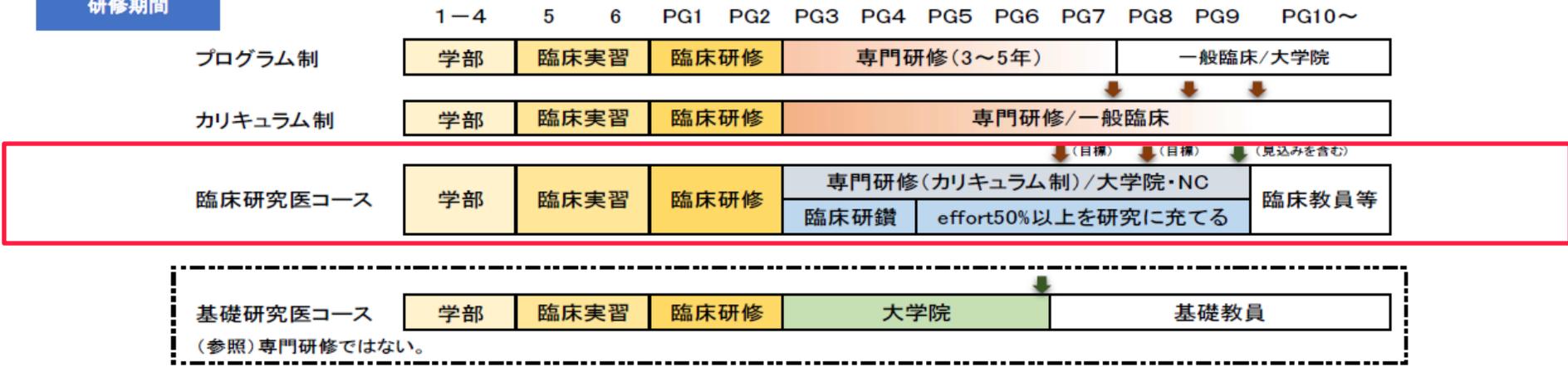
将来研究に従事する医師(臨床研究医)の養成

日本専門医機構資料

現状と課題

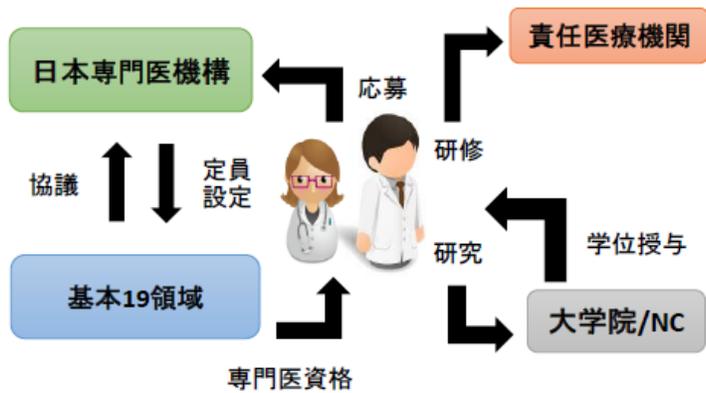
- 基礎医学領域の研究に関して、学部・臨床研修を通じて、いくつかの制度が進行中
- 臨床医学領域の研究に関して、専門研修後の大学院進学、アカデミアへの自発的就職に支えられているものの学会・専攻医ともインセンティブに乏しい
- 専門医の診療科偏在・地域偏在の議論では、就労時間のタイムスタディに基づくとされているが、研究力低下対策、医学教育の変革に関する視点に乏しい

研修期間



※7年間で、英文の論文2本以上を発表すること。

研修システム



ポイント

- 基本19領域と機構が協議の上定員設定して募集を行うが、定員は各基本領域最低1名、それ以後は応募数に応じて配分
- コースは全体で7年間とし、前半2年間の臨床フェーズでは臨床研鑽、後半5年間の研究フェーズでは大学院あるいはナショナルセンター(NC)で医学研究を行う
- コース開始後、カリキュラム制による専門研修とともに大学院等で医学研究を同時並行的に行うことで、7年間のうちに特定の基本領域の 専門医資格(目標)と大学院での学位を取得する(学位取得見込みを含む)
- 研究フェーズではエフォートの50%以上を研究に充て、SCI(Science Citation Index)のついた英文雑誌において First authorとして2本以上の論文発表を行うことが課される
- 臨床フェーズでは、プログラム制専攻医と同様の給与および社会保険などの身分保障が提供される
- 研究フェーズでは社会人大学院制度(大学院に入学しつつ専攻医・医員としての給与を受ける)かあるいはこれに準じた責任医療機関の規定に従って、給与、社会保険などの身分保証を受けることができる
- 責任医療機関においては、募集開始後の変更、辞退があれば、規定に基づきコース設定の権利を一定期間失う
- 途中でコースの責務を果たせなかった場合には、特段の理由が無い限り責任医療機関(専門研修および本コース双方)の定員を減じる





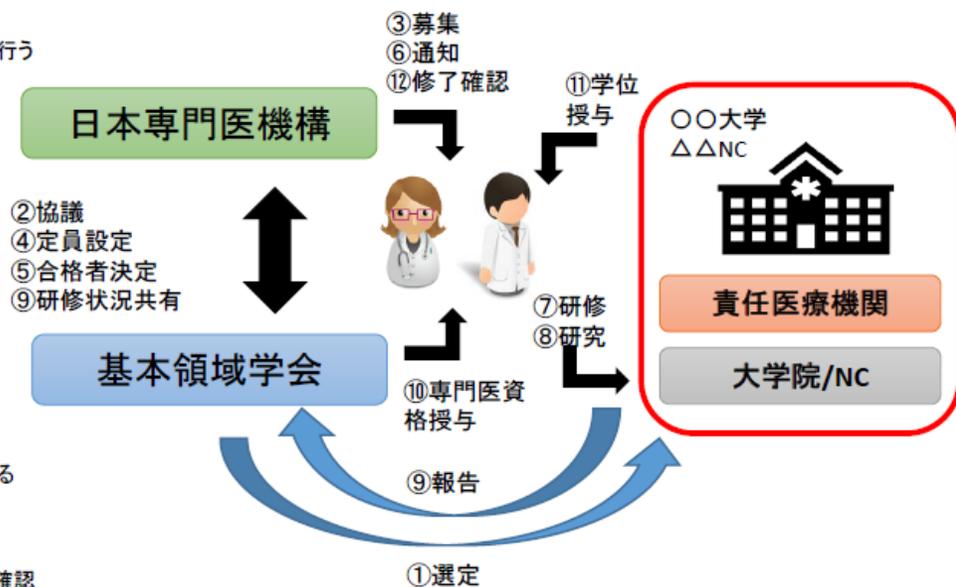
臨床研究医コースの募集と採用

臨床研究医コースの募集と採用の流れ

日本専門医機構資料

- 基本領域の窓口学会と機構が協議を行い定員を設定するが、募集は機構が行う
- 19基本領域に最低1名の定員を用意し、残りは応募者数に応じて配分する
- 初年度は40名から開始し、応募状況を見ながら増員を行うことを検討する

- ① 基本領域の窓口学会は、コース内容の検討と責任医療機関の選定を行う
- ② 機構と学会が協議を行い、機構がHPでコース内容(診療科・大学名)の案内を行う
- ③ 機構は、臨床研究医コースを希望する専攻医をHPで募集する
- ④ 機構は、応募者数に応じて、各基本領域に定員を割り振る
- ⑤ 責任医療機関で合格者を決定し、機構に報告する
- ⑥ 機構から専攻医に対して、可否を連絡する
- ⑦ 合格した専攻医は、コースを設置した責任医療機関で研修を開始する
- ⑧ 2年間経過後、コース内容に応じて研究を開始する
- ⑨ 責任医療機関は基本領域学会コースの進捗状況を報告し、機構と共有する
- ⑩ 基本領域学会は、定めたカリキュラムを達成した場合に、専門医資格を授与する
- ⑪ 大学院進学の場合には、規定に従い大学院が学位を授与
- ⑫ 7年間のコース在籍、2本以上の英文論文をもって、機構が臨床研究医の修了確認



今後のスケジュール

8月後半～9月上旬	各基本領域の窓口学会と協議
9月23日～	専攻医に対して、臨床研究医コースの募集開始
10月21日	日本専門医機構から採用結果を通知
10月下旬以降～	一般基本領域の専攻医募集開始

かかりつけ医機能の制度整備にあたっての日本医師会の主な考え方

2023年

令和5年2月15日に日本医師会は定例記者会見を開催し、「かかりつけ医機能の制度整備」について以下8項目を中心に改めて考えを示した。

かかりつけ医はあくまで国民が選ぶものである。国民にかかりつけ医を持つことを義務付けたり、割り当てたりすることには反対である。

診療科別や専門性の観点から複数のかかりつけ医を持つことも多く、かかりつけ医は複数あることが自然である。

1人の医師だけを登録するという、いわゆる「登録制」は、患者さんの医療へのアクセス権、医師を選ぶ権利を阻害する提案である。国民・患者さん側からすれば、かかりつけ医を固定するような提案は、決して望んでおられない。

「人頭払」という主張があることも承知しているが、高度な医療がなかった時代はともかく、現代の複雑かつ高度な医療においては現実的な提案ではない。

かかりつけ医機能を発揮する医療機関は、診療科や病院・診療所の別を問うものではない。

必ずしも一つの医療機関においてかかりつけ医機能のすべてを持たなければならないわけではない。地域で面としてのかかりつけ医機能をしっかりと果たしていくべきである。

「かかりつけ医」と「かかりつけ医以外の医師」を区別するものではない。

医師も自ら「かかりつけ医」として選ばれるよう積極的に研鑽を積むことが重要である。

医療機能情報提供制度におけるかかりつけ医機能報告の内容

「かかりつけ医機能報告」は、すでに医療機関が定期報告を行っている「医療機能情報提供制度」に追加されるものである。

報告対象となる医療機関は、特定機能病院及び歯科医療機関を除く病院・診療所とされており、令和6年度中に省令で定める。

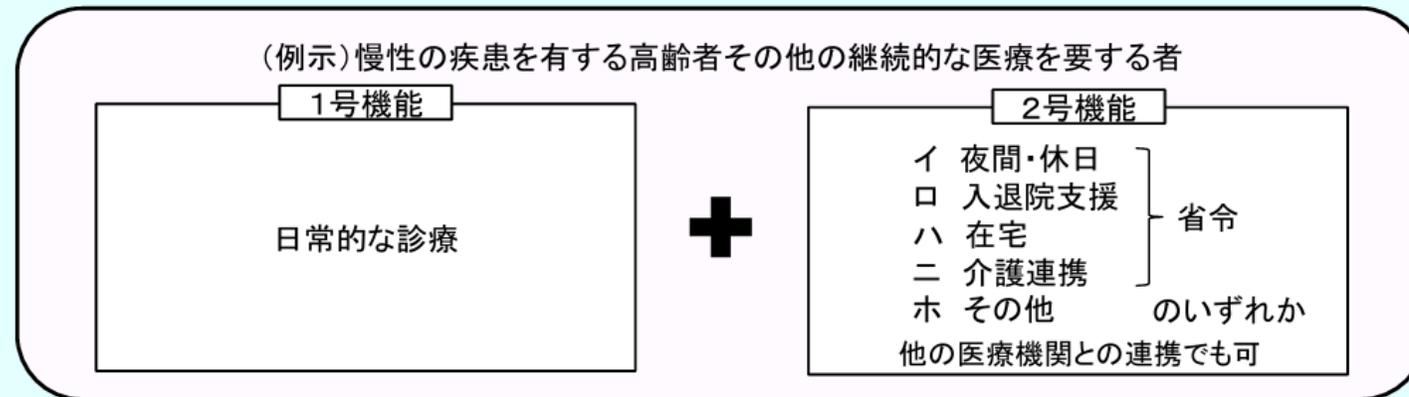
医療機能情報提供制度

医療法第6条の3

身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能(かかりつけ医機能)

かかりつけ医機能報告

医療法第30条の18の4



かかりつけ医機能報告について（案）①

1号機能 当初案

1. 報告を求めるかかりつけ医機能の内容

(1) 1号機能「継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」の有無及びその内容

令和6年5月24日 厚生労働省
第5回かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会 資料1「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた検討について」10頁に一部加筆

<具体的な機能>

・ 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能

※ 平成25年8月の日本医師会・四病院団体協議会合同提言「かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。」

<当該機能に係る報告事項>

【案1】

○ 一定以上の症状※に対して一次診療を行うことができること（35項目の症状※ごとの対応可能な有無も報告）

※ 「臨床研修の到達目標」(厚生労働省通知)における「経験すべき症状・病態・疾患」の「頻度の高い症状」(35項目)のうち、必修項目(下線の20項目)以上
全身倦怠感、不眠、食欲不振、体重減少・体重増加、浮腫、リンパ節腫脹、発疹、黄疸、発熱、頭痛、めまい、失神、けいれん発作、視力障害・視野狭窄、結膜の充血、聴覚障害、鼻出血、嘔声、胸痛、動悸、呼吸困難、咳・痰、嘔気・嘔吐、胸やけ、嚥下困難、腹痛、便通異常(下痢、便秘)、腰痛、関節痛、歩行障害、四肢のしびれ、血尿、排尿障害(尿失禁・排尿困難)、尿量異常、不安・抑うつ

→ 「可」の報告の場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う。

財務省案



【案2】

① 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示により公表していること

② かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者がいること 又は 総合診療専門医がいること（左記の人数も報告）

※1 かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す

③ 17の診療領域※2ごとの一次診療の対応可能な有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること【別案:案1の35項目の症状】

※2 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

④ 17の診療領域※2ごとの患者からの相談の対応可能な有無、いずれかの診療領域について患者からの相談に応じることができること【別案:案1の35項目の症状】

→ ①～④のいずれも「可」の報告の場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う。

5月24日の分科会では落とす方向で
香取委員も主張した

香取委員案

【案3】

① 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示により公表していること

② かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者の有無、受講者の有無、総合診療専門医の有無（左記の人数も報告）

※1 かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す

→ ①が「可」の報告で、②を報告している場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う。

診療側案

<上記以外の報告事項>

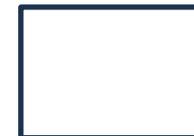
① 医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数

② かかりつけ医機能に関する研修の修了者数、総合診療専門医数

③ 全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制※4を有していること

※4 オンライン資格確認を行う体制、オンライン資格確認等システムの活用により診療情報等を診察室等で閲覧・活用できる体制、電子処方箋により処方箋を発行できる体制、電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制

④ 全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況



フリーアクセスの制限をかけようとしている財務省案

財務省案



1号機能で制限する財務省案は、報告する医療機関を絞るものである。かかりつけ医機能報告制度に手挙げする医療機関を限定すると、医療機関への受診にあたって様々な制約が課されることに繋がる。我が国が誇るフリーアクセスが制限されかねない。

かかりつけ医機能報告を行う医療機関

かかりつけ医機能報告(1号機能)のハードルを高くし、報告する医療機関を絞る

かかりつけ医機能報告を実施した医療機関と実施していない医療機関を分ける

症状の報告では、内科以外の眼科、耳鼻科、皮膚科等の医療機関が報告できず、手挙げできない

医療機関の分断

報告

かかりつけ医機能報告をしていない医療機関

今後の懸念

- まずかかりつけ医機能報告をした医療機関を受診してからでないと受診できない
- 選定療養としてかかりつけ医機能報告をしていない医療機関の患者負担を増やすなど

フリーアクセスの制限



これまでかかっていた医療機関に直接かかれなくなる

報告を求めるかかりつけ医機能の内容 (案) ①

令和6年7月5日 厚生労働省
第7回かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会
資料1「報告を求めるかかりつけ医機能の内容」2頁に一部加筆

1号機能

(1) 1号機能「継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」の有無及びその内容

<具体的な機能>

- 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能

※ 平成25年8月の日本医師会・四病院団体協議会合同提言「かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。」

<当該機能に係る報告事項>

- ① 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示により公表していること

案1	案2	案3
② かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者がいること 又は 総合診療専門医がいること ・ 研修充実に取り組み、必要な研修修了者数の確保を行う必要があり、それまでの間※2、かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無を報告すればよいこととする。	② かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者の有無 総合診療専門医の有無（有無を報告すれば可） ・ 改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況等を踏まえ、かかりつけ医機能に関する研修の修了者がいること又は総合診療専門医がいることを報告することについて改めて検討する。	② かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者の有無 総合診療専門医の有無（有無を報告すれば可）

※1 かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す
 ※2 改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況等を踏まえ、改めて検討する

案1	案2	案3	案4
③ 35項目の症状※3ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの症状について一次診療を行うことができること ・ 35項目の症状※3ごとの患者からの相談の対応可能の有無、いずれかの症状について患者からの相談に応じることができること	③ 17の診療領域※4ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること ・ 35項目の症状※3ごとの患者からの相談の対応可能の有無、いずれかの症状について患者からの相談に応じることができること	③ 17の診療領域※4ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができる疾患※5も報告すること（一次診療を行うことができること） ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること（継続的な医療を要する者への継続的な相談対応を含む）	③ 17の診療領域※4ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※3 「臨床研修の到達目標」(厚生労働省通知)における「経験すべき症状・病態・疾患」の「頻度の高い症状」(35項目)
 全身倦怠感、不眠、食欲不振、体重減少・体重増加、浮腫、リンパ節腫脹、発疹、黄疸、発熱、頭痛、めまい、失神、けいれん発作、視力障害・視野狭窄、結膜の充血、聴覚障害、鼻出血、嘔声、胸痛、動悸、呼吸困難、咳・痰、嘔気・嘔吐、胸やけ、嚥下困難、腹痛、便通異常(下痢、便秘)、腰痛、関節痛、歩行障害、四肢のしびれ、血尿、排尿障害(尿失禁・排尿困難)、尿量異常、不安・抑うつ
 ※4 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・脾臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域
 ※5 報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する

→ ①～③のいずれも「可」の報告の場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う。

<上記以外の報告事項>

- ① 医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数
- ② かかりつけ医機能に関する研修の修了者数、総合診療専門医数
- ③ 全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制※4を有していること

※4 オンライン資格確認を行う体制、オンライン資格確認等システムの活用により診療情報等を診察室等で閲覧・活用できる体制、電子処方箋により処方箋を発行できる体制、電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制

- ④ 全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

医療機能情報提供制度

2007 (H19)年施行

1. 日常的な医学管理及び重症化予防
2. 地域の医療機関等との連携
3. 在宅医療支援、介護等との連携
4. 適切かつ分かりやすい情報の提供
5. 地域包括診療加算の届出
6. 地域包括診療料の届出
7. 小児かかりつけ診療料の届出
8. 機能強化加算の届出

都道府県ごとのシステムで
情報提供

わかりやすく刷新

医療機能情報提供制度 かかりつけ医機能報告制度

2025 (R7)年4月施行 (報告開始 2026 (R8)年1月頃～)

1号機能

1. 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示により公表していること
2. かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無(有無を報告すれば可)
3. ①17の診療領域と一次診療を行うことができる疾患
②医療に関する患者からの相談に応じる



- ① 医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数
- ② かかりつけ医機能に関する研修の修了者数、総合診療専門医数
- ③ 全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制の有無
- ④ 全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況

2号機能

1. 通常の診療時間外の診療
2. 入退院時の支援
3. 在宅医療の提供
4. 介護サービス等と連携した医療提供
5. その他の報告事項

医療情報ネット(ナビイ)

2024 (R6)年4月～



医療情報
ネット

全国統一的なシステムで
国民・患者にわかりやすく情報提供

1号機能の報告事項

①「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示により公表していること

②かかりつけ医機能に関する研修※¹の修了者の有無、総合診療専門医の有無（有無を報告すれば可）

→ 改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況等を踏まえ、かかりつけ医機能に関する研修の修了者がいること又は総合診療専門医がいることを報告することについて改めて検討する。

※¹ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。

③(1)17の診療領域※²と一次診療を行うことができる疾患※³

(2)医療に関する患者からの相談に応じる

→ 改正医療法施行後5年を目途として、制度の施行状況等を踏まえ、一次診療・患者相談対応に関する報告事項について改めて検討する。

※² 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

※³ 報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。

かかりつけ医機能の院内掲示

当院におけるかかりつけ医機能について

当院は、発生頻度の高い疾患についての診療を行い、日常的な診療において、患者様の生活背景を把握し、適切な診療・保健指導を行い、必要な場合には、地域の医師・医療機関と協力して解決策を提供します。この他、患者さんが適切な医療機関の選択ができるように、当院の有する「かかりつけ医機能」に関する体制を以下のように報告します。

〇〇病院/診療所

20XX年XX月XX日

1. かかりつけ医機能に関する研修の修了者および総合診療専門医について

研修の修了者の有無/人数	無	有	有の場合 →	名
総合診療専門医の有無/人数	無	有	有の場合 →	名

2. 一次診療の対応について

(1) 一次診療の対応ができる領域

該当無し			
皮膚・形成外科領域	消化器領域	乳腺領域	
神経・脳血管領域	肝・胆道・膵臓領域	内分泌・代謝・栄養領域	
精神科・神経科領域	循環器領域	血液・免疫系領域	
眼領域	腎・泌尿器領域	筋・骨格系および外傷領域	
耳鼻咽喉領域	産科領域	小児領域	
呼吸器領域	婦人科領域		

(2) 一次診療を行うことができる発生頻度が高い疾患

該当無し			
貧血	糖尿病	脂質異常症	統合失調症
うつ	不安、ストレス	睡眠障害	認知症
頭痛	脳梗塞	末梢神経障害	結膜炎、角膜炎、涙腺炎
白内障	緑内障	近視・遠視・老眼	中耳炎・外耳炎
難聴	高血圧	狭心症	不整脈
心不全	喘息・COPD	かぜ、感冒	アレルギー性鼻炎
下痢、胃腸炎	便秘	慢性肝炎	皮膚の疾患
関節症	骨粗しょう症	腰痛症	頸胸症候群
外傷	骨折	前立腺肥大症	慢性腎臓病
更年期障害	乳房の疾患	正常妊娠・産じよく管理	がん
その他の疾患()			

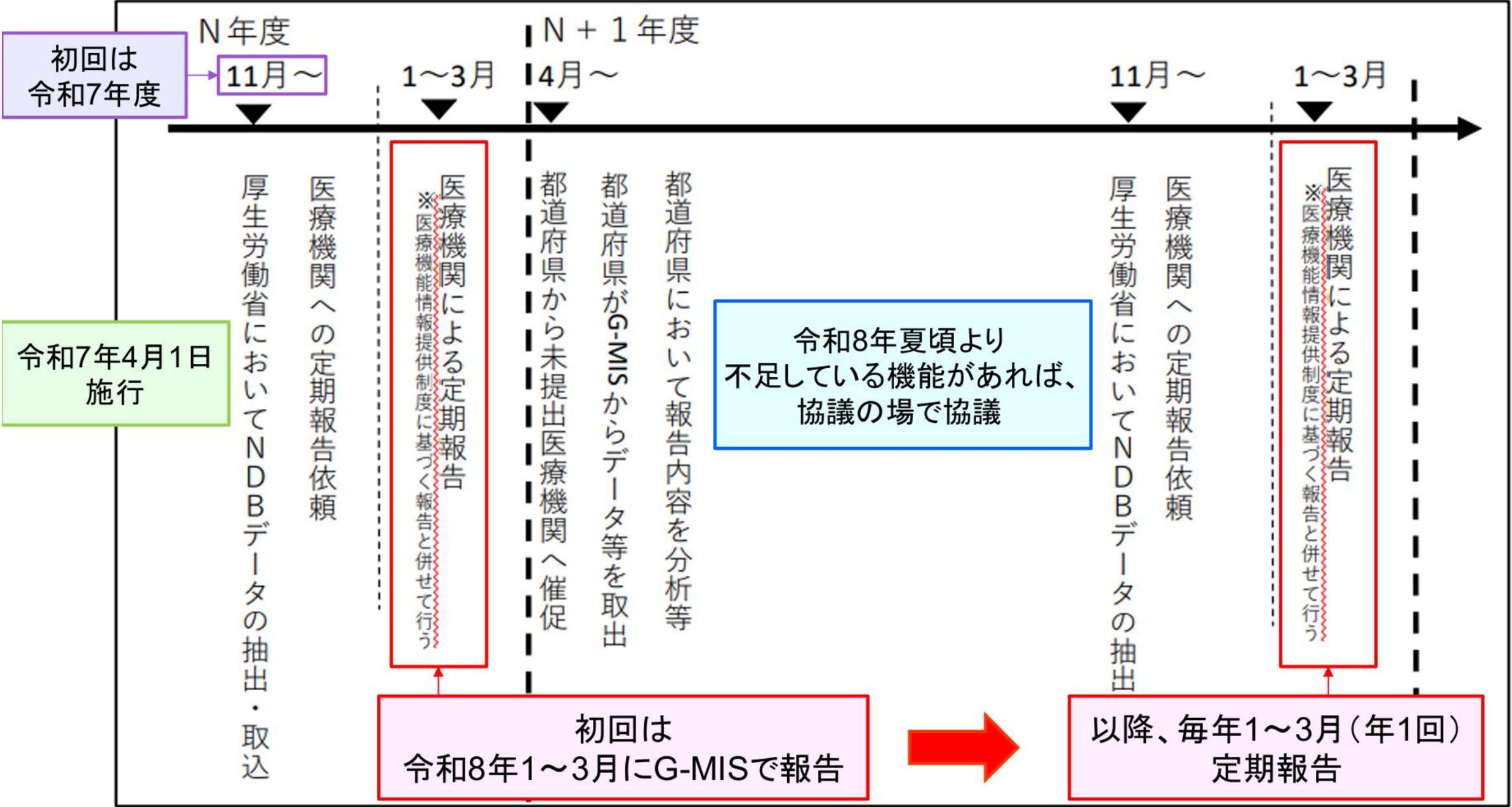
3. 医療に関する患者からの相談への対応について 可 不可

- 現在、左図の様式で調整中
- G-MISで自動的に作成され、印刷可能。(当然手書きも可)
- 院内のどこかに掲示する。



<スケジュールのイメージ>

令和6年7月31日 厚生労働省
「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会報告書」9頁に日本医師会で追記



- ありがとうございます。