

プライマリ・ケアを担う医師のキャリア形成プロセスとアウトカム

葛西 龍樹

公立大学法人福島県立医科大学医学部 地域・家庭医療学講座 主任教授

第21回（平成24年度）の国際共同研究助成をいただいたこと、並びにこのヘルスリサーチフォーラムで発表の機会をいただいたことに、深く感謝致します。

【スライド-1】

私が行った研究は、ヘルスケアにおいてプライマリ・ケアを専門に担う医師がどのようなプロセスでキャリアを形成し、どのレベルに達するかを英国、オランダ、台湾で多面的に調査し日本の現状と比較検討することです。

世界ではプライマリ・ケアで働く専門医を family doctor 「家庭医」と呼びます。これは general practitioner や family physician と互換性のある言葉と理解されています。

本研究は各国の大学医学部、学会、研究所、保健省等のデータ、各種臨床能力評価データに加えて、家庭医を目指すキャリア形成各段階の当事者へ聴き取りによるケーススタディーを用いました。

ケーススタディーにより、彼らがどの時点から、何がきっかけで、どのようにしてプライマリ・ケアを担うことへの価値観を見出したか、その後、その価値観がどのように動機向上へつながったかを理解しようとしてしました。各国の家庭医の専門医試験で求められる臨床能力、それを維持する生涯教育のレベル、研究活動と成果の概要を明らかにしようとしてしました。

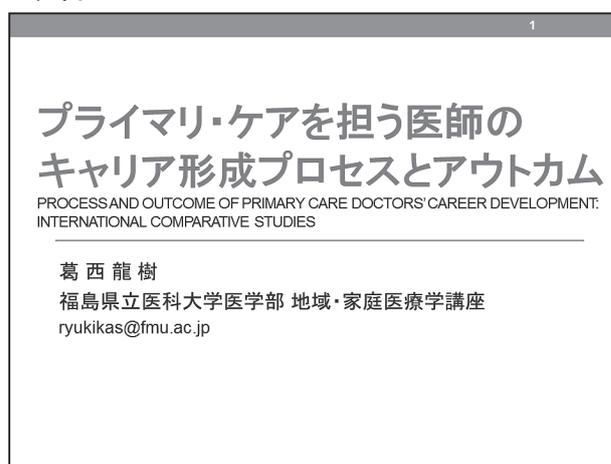
これらの研究は今後も継続して深めていく計画ですが、本日は今までに得られた知見の概要をご紹介します。

日本ではプライマリ・ケアで要の役割を担う家庭医の養成が重視されてきていませんでした。今月5日に発表されたOECDの『医療の質レビュー』の日本に対する「評価と提言」でも、プライマリ・ケアを明確な専門分野として確立することが提言されており、プライマリ・ケア専門医の人材養成は喫緊の課題です。

【スライド-2】

共同研究者、研究協力者をご紹介します。

スライド-1



共同研究者はいずれも、彼ら自身のキャリアが現代の若手家庭医の優れたケーススタディーになる、とも言える方々です。日本人としては初めてだと思いますが、英国の大学医学部を卒業後、英国家庭医学会の専門研修を修了して専門医資格MRCGPを取得した澤憲明さん。英国と並ぶプライマリ・ケア先進国オランダの中でもプライマリ・ケア研究で最高の実績を誇るラドバウド大学で家庭医の専門研修プログラムと大学院博士課程を併せたコースを修了して、専門医資格とPh.D.を取得したTim olde Hartmanさん。

そして台湾家庭医学会が国立台湾大学で始めた家庭医の専門研修プログラムの第1期生であり、台湾での家庭医の専門教育の歴史とともに歩んできたBrian Changさんです。

2013年5月に日本プライマリ・ケア連合学会の年次学術総会で、本研究のテーマで国際シンポジウムを開催し、olde Hartmanさんの同僚で、同じコースで専門医資格とPh.D.を取得したMark van der Welさん、Brian Changさんの同僚で、国立台湾大学と並ぶ優れた家庭医療学講座がある国立陽明大学主任教授のShinn-Jang Hwangさん、家庭医のキャリア選択についての著者が非常に人気の英国の家庭医Patrick Huttさん、そして米国で優れた地域基盤型家庭医養成プログラムを持つハワイ大学家庭医療学講座准教授のLee Buenconsejo-Lumさんは、テレビ会議のシステムを通じて参加して研究に協力いただきました。

さらに私が委員長を務める日本プライマリ・ケア連合学会国際キャリア支援委員会と英国家庭医学会のジュニア国際委員会とで2013年から短期交換留学プログラムを開始しており、その第1期生として来日した5名の英国若手家庭医にも、次世代を担う家庭医の視点からコメントをもらいました。

以上、当初計画していた英国、オランダ、台湾にハワイ（米国）も加えて、それぞれの共同研究者、研究協力者たちによって情報が集められ、さらに英国、オランダ、台湾を訪問して、現役の医学生、家庭医研修医にインタビューすることもできました。それらの情報をもとに、共同研究者たちとの議論の中で浮かび上がったテーマを、国別にご紹介します。

【スライド-3, 4】

まず英国のプライマリ・ケア全般についてです。

英国はプライマリ・ケアが最も整備された国の一つです。日本ではいまだにサッチャー政権時代の医療制度や病院を基盤とする二次医療の状態を現在のプライマリ・ケアと混同した議論がされることがありますが、英国のプライマリ・ケアは現在でも改革を続けており、高い満足度を示しています。同時に、多くの家庭医とそれを目指す研修医が自分のキャリア選択に満足していました。

次に英国の医学教育と家庭医のキャリア形成についてです。

スライド-2

2

共同研究者*・研究協力者**/***

- Dr Noriaki Sawa* [Yorkshire and the Humber Deanery, Leeds, *UK*]
- Dr Tim olde Hartman* [Department of Primary and Community Care, Radboud University Medical Center, Nijmegen, *Netherlands*]
- Dr Brian Bih-Jeng Chang* [Taiwan Association of Family Medicine, Taipei, *Taiwan*]
- Dr Mark van der Wel** [Department of Primary and Community Care, Radboud University Medical Center, Nijmegen, *Netherlands*]
- Prof Shinn-Jang Hwang** [Department of Family Medicine, National Yang-Ming University, Taipei, *Taiwan*]
- Dr Patrick Hutt** [Queensbridge Group Practice, London, *UK*]
- Dr Lee Buenconsejo-Lum** [Family Medicine Residency Program, University of Hawai'i, Honolulu, *USA*]
- Dr Robin Ramsay***, Dr Matthew Baines***, Dr Sandeep Geeranavar***, Dr Eleanor Twomey***, Dr Chris Smith*** [Junior International Committee, RCGP, *UK*]

国際シンポジウム / *インタビュー/ポスターセッション

家庭医の臨床教育は英国の医学教育の中で卒前・卒後とも、質・量ともに重要な部分を占めています。家庭医の専門教育の中で最も人気があるのが「GP Attachment」と呼ばれる3年目の家庭医療指導医とのマンツーマン研修です。日本の医学教育の中では、今ではむしろ遠ざけられている傾向さえあるこの「師弟関係」の重視は、人間関係に重きを置いて診療するプライマリ・ケア専門医の教育としては、当たり前のもとも言えるものです。

英国の人口は約6,300万人。日本の約半分ですが、その英国で毎年約3,000人が新たに家庭医の専門研修医になっていくということは、重要です。英国のプライマリ・ケア研究は、質・量併せて、世界で第2位です。特に最近では、アカデミック家庭医のキャリアが人気になっているようです。

【スライド-5, 6】

続いてオランダです。

まずプライマリ・ケア全般についてです。人口は日本の約8分の1、人口当たりの医師数は日本の約1.4倍、人口当たりの病床数は日本の3分の1です。ケアの95パーセントは家庭医が対応し、それにはヘルスケア予算の5パーセントしか使っていませんが、それを達成するためには家庭医に高い臨床ケア能力が要求され、それを保障する教育を構築しようと努力しています。

オランダでは1968年から家庭医の診療内容のデータベースが構築されています。現在ではプライマリ・ケア国際分類ICPCを搭載した、優れた分析機能を備えたTransHisという電子カルテシステムが開発されていて、「プライマリ・ケアの見える化」が進んでいます。このデータベースの解析を中心に、オランダのプライマリ・ケア研究は世界でトップの地位を得ています。

次にオランダの医学教育と家庭医のキャリア形成についてです。

オランダのプライマリ・ケア研究の発展を支えている要因の一つは、しっかりとした教育です。この専門医研修とPh.D.課程のハイブリッド・プログラムによる研修を行っている家庭医の研究アクティビティーは、驚くべきものがあります。

もう一つ、ナーシングホームの研修がありますが、ここでは高齢者ケアを専門とする医

スライド-3

英国

- ・家庭医療を専門にすることはとても素晴らしい。ヘルスケア・システムの共通の議論に向き合う。英国も高齢化、資源調達の困難があり、医師育成について議論している。
- ・北米の家庭医療はとても異なっている。ヨーロッパ諸国とはわずかの違い。
- ・診療所には複数の家庭医と多職種が働く。複数の医学校から実習生。
- ・家庭医はNHSの重要な要素。家庭医はゲートキーパーとして機能する。
- ・英国のほとんどの人は家庭医に登録。90%の問題は家庭医療で対処。
- ・地域を基盤とし、家庭医はその地域にいる人々とサービスの情報を把握。
- ・継続したケアを行い、ただ1回診察して終わりということはない。
- ・家庭医は、新生児から100歳を越える人まで、全年齢にわたる患者をケア。
- ・英国の家庭医は、種々のサービスを委託し財源を配分できる。
- ・住民全体をモニターし、個々の患者だけでなく、集団のケアの成績を評価。
- ・家庭医はオーケストラの指揮者のような役割を演ずる。さまざまなサービスを統括し、患者のケアのために調整していく。

スライド-4

英国(つづき)

- ・卒前教育5~6年→医師認証→初期研修2年間(4ヶ月家庭医療の研修)。
- ・家庭医療の専門研修は3年間。最初の2年間は専門各科目。3年目は家庭医療指導医とのマンツーマン研修。自分の患者を持ち知識を増やす。より自立した診療。多くの学習課題。ポートフォリオで学習を記録。フィードバックは患者からも。最後にRCGPの専門医資格(MRCGP)試験がある。
- ・3年間を通して、週1日研修プログラムの全研修医が集まり経験を共有。
- ・家庭医療の研修医が約9,000人。初期研修の終わりには約25%が家庭医療を第1位に選択。実際に47%の医師が家庭医になる。
- ・英国には大規模な医学校卒業生全国調査がある。
- ・MRCGP取得後5年までは「移行期」として特別なサポートが必要。RCGPではこの時期向けのワークショップ・シリーズなど多くの教育を提供。
- ・アカデミック家庭医になるには、さらにもう1年の研修をする。公衆衛生、疫学、プライマリ・ケア、国際保健などの修士課程で学ぶことも。GPRN(家庭医研究ネットワーク)で全国の診療所データを用いた研究に挑戦も可能。

5

オランダ

- 人口は1,650万人、人口1,000人当たりの医師数は3.1人。病院が145、ナースングホームが330、大学の医療(研修)センターが8施設。
- 大学医学部は6年の卒前教育で年間卒業生は約1,700人。臨床実習の最後は異なった専門分野でのインターンシップで、家庭医療は8週間。
- すべての人は健康保険が必要(年間約1,000ユーロ)。家庭医への受診を含む基本ケアをカバー。それ以上のケアには別途保険の用意が必要。
- 国の総医療費はGNPの14%である。
- 家庭医は11,000人。8,000人は診療所を経営。全国で4,917の診療所。1人開業は17%で減少傾向。家庭医の収入はキャビテーションと成果払い。
- 家庭医はゲートキーパーの役割。ケアの95%は家庭医が対応し、それにはヘルスケア予算の5%しか使っていない。患者は1人の家庭医に登録され、人間関係が継続する。家庭医1人あたりの登録患者数は2,350人。
- 家庭医療は完全電子化した最初の医療専門分野(1980年代)。
- それらの診療データがあるので、オランダ家庭医学会の作成した家庭医のための診療ガイドラインがすでに100以上存在する。

6

オランダ(つづき)

- 家庭医療専門研修医は現在1,800人(75%が女性)。2~3%はPhD課程とのハイブリッド・プログラムに入る。研修の年間予算は1億4千万ユーロ。
- 家庭医療専門研修は3年間で、1年目は1つの家庭医療診療所で1人のメンターが研修医をガイド。週に1度、大学へ行って同僚研修医とのグループ教育に参加。前週の経験を共有し議論し、次週の課題を得る。2年目は上級インターンシップ。救急6ヶ月、ナースングホーム3ヶ月、専門メンタルヘルスケア3ヶ月をローテーション。週1度の大学での教育は続く。3年目は再度家庭医療。どのような診療所で研修するかはある程度選択できる。
- 研修プログラムは、ジェネラリストであること、継続性、人間中心、からなる3つのコア・バリューを大事にしている。
- 研修は臨床能力基盤型で、個々の研修医に合わせて調整。必要な能力、テーマ、専門の活動が細かく定義されている。
- 最近、政府は家庭医と家庭医療専門研修医のポスト増を勧告。
- 2011年、家庭医志望の医学生を増やすために質的・量的両方のマーケティング・リサーチが行われた。全医学生の46%が家庭医を考慮していた。

師の存在が重要です。これは地域を基盤とした教育で育っていき、高齢者ケア専門医の養成が同じ家庭医療学、地域プライマリ・ケアの講座で行われているために、ジェネラリストの価値観を共有できる点が非常に利点となっています。

オランダでは高齢者のケアというと、ビュートゾルフなどに代表される在宅ケアが非常に日本でも注目されるようになってきましたが、実は在宅ケア以外に、その中間でナースングホームのケアがあります。これは日本のナースングホームとはかなりイメージが違います。ここに入ることによって、高齢者の人たちは平均して1.5年から2年ぐらいい間に、約半分は家に帰れる状態になるのです。そしてそこに、また質の高い在宅ケアが続いていくようになっていきます。

【スライド-7, 8】

続いて台湾です。

まずプライマリ・ケア全般についてです。

台湾は日本にならって1995年に国民皆保険を導入しましたが、従来の大病院を基盤とした医療制度では効率が悪く、1999年の台湾中部大震災後、プライマリ・ケアを重視した試験的なプロジェクトに着手しました。2003年に本格化しています。

7

台湾

- 現在台湾の国民健康保険ではゲートキーパー制度はない。外来診療で患者負担は少ない。大学医療センターで12米ドル、基幹病院では8米ドル、診療所や地域の病院では1~2米ドルととても安い。
- 2003年から台湾政府はヘルスケア・システムの改革を進めている。そこではプライマリ・ケアが重視され、大病院での外来受診を減らし、地域病院や診療所での外来診療を増やそうとしている。
- プライマリ・ケアの質を高めるために、Family Medicine Integrated Careプログラムを開始。地域の5~10のプライマリ・ケア診療所が連携してCommunity Medical Teamを形成し、登録した住民を24時間カバーする。急性慢性の問題のケアに加えて、予防を重視している。現在台湾では360のCommunity Medical Teamがあり、プライマリ・ケア医の20%が加わっている。
- より多くの医学部卒業生が家庭医療をキャリアに選択している。現在、医学専門分野が26あるが、家庭医療の人気は第1位である。
- 卒前・卒後カリキュラムでのロールモデルが大事である。

8

台湾(つづき)

- 1979年、国立台湾大学で地域衛生所で研修課程開始。1981年、家庭医療の卒前カリキュラム開始。1985年、台湾家庭医学会設立。翌年から家庭医療専門研修開始。1988年、家庭医療専門医認定試験開始。
- 2011年、卒前教育(7年間)→1年間のPGY1(地域・家庭医療3ヶ月)。
- 卒前では、1、2年次で地域サービス、4年次で地域・家庭医療の講義(18時間)とフィールド実習(半日×16回、家庭医療センターと訪問診療)、6年次と7年次で1~2ヶ月のインターンシップ。伝統的中国医療の実習もある。
- 専門研修は3年間。家庭医療3~8ヶ月。全期間で外来研修を重視。各科ローテーション。毎週の家庭医療学カンファレンス、予防医学、行動科学、臨床技能、在学ケア、家族志向症例検討、多職種チーム会議、地域研究、学会発表。研修医には指導教員とメンターがいる。グループ学習を奨励。
- 病院、指導医、施設、教育プログラム、教育環境について認可基準があり、3年ごと再評価。現在、認可プログラム83。家庭医療専門研修医150人。
- 3年間の研修修了後に認定専門医試験。診療録評価、筆記試験、口頭試問からなる。合格率90~95%、現在5,600人の家庭医療専門医がいる。

ソロプラクティスなど小規模な診療所が多い台湾でも、このような仕組みでグループとして質の高いプライマリ・ケアを提供しているということは、日本にとっても非常に参考になるのではないかと思います。さらにこうしたプロジェクトを、国立台湾大学、台湾家庭医学会、そして政府が協力して推進していることは注目に値します。

続いて、台湾の医学教育と家庭医のキャリア形成についてです。

家庭医養成の制度づくりでは日本をはるかに凌いでいます。1980年代からこうした教育システムが発達していたために、プライマリ・ケア整備の改革をするにあたって、既に優れた人材がそろっていたということが大きいのです。システムを整備する際に、優れた人材養成を先行させることの優位性を物語っています。

【スライド-9, 10】

続いて、米国（ハワイ）です。

アメリカ合衆国を全体として見た場合、プライマリ・ケアは整備されていません。プライマリ・ケアを担当する医師の定義も曖昧です。そんな中でハワイ大学では、その地域的特色を利用して、地域を基盤とした優れた家庭医養成プログラムを発展させてきました。

米国の医学教育、それから家庭医のキャリア形成についてですが、ナショナルな医学教育や研修カリキュラムのシステムづくり、その評価システムの構築には米国は非常に優れています。しかしそれが460ある家庭医養成プログラム、研修プログラムの実際の運営全てに浸透しているとはいえない状況です。

【スライド-11】

まとめです。

日本でも新しい時代に適応する Medical Generalism について真摯に議

スライド-9

9

米国(ハワイ)

- ・米国は巨額な予算を医療に費やしているが健康アウトカムは非常に悪い。
- ・米国家庭医学会は1971年設立。現在会員11万人超。家庭医療は1969年に20番目の専門領域として認可。家庭医療は、専門医認定試験を課し、7年ごとの再試験で専門医の質を維持する米国で初めての専門領域。
- ・米国の医師の約1/3がプライマリ・ケア(PC)医だが、PCを志望する医学生は約20%だけ。10%以下の医師しかへき地で働いていない。実際はへき地を合わせると人口の20%以上が住んでいる。
- ・専門細分化で病院の役割が強調され、PCの価値観は理解されていない。
- ・医学生のキャリア選択には、学生時代の借金(20万ドル程度)が影響。
- ・少数民族が多い州ではPC医不足が深刻。多額の州予算で、医学校に対しPCを振興するように誘導。National Health Service Corps (NHSC)の奨学金を受けている者、へき地出身者、公立医学校出身者が家庭医療を選択する可能性が高い。高校生や中学生へアプローチする「バイブラインプログラム」もある。Family Medicine Interest Group (FMIG)は医学生にとっても人気。家庭医療の現場を経験させメンタリングをする。

スライド-10

10

米国(ハワイ)(つづき)

- ・家庭医療研修プログラムはAccrediting Council of Graduate Medical Education (ACGME)によって細かく規定。膨大なデータにより多数の研修ガイドラインがあるが、プログラムの特質で個別に調整することが必要。
- ・家庭医療ファカルティーが入学者選考プロセスに関わるほど、PCに興味のある学生が増える。
- ・研修医はポジティブなメッセージを学生へ伝える重要な役割を持っている。
- ・2012年、ACGMEは臨床能力を基盤としたアプローチへ変更。家庭医療は従来よりシステムを重視し、EBMを利用し、コミュニケーションと患者中心性に価値を置いてきたので有利。
- ・家庭医療研修プログラムは全米に460、研修医は10,000人以上。研修期間は3年間で、継続して患者をケアする。1年目では週に1~2半日、2、3年目では週に3~4半日を継続外来で研修。4週間のブロックローテーション。
- ・米国政府は病院の役割の過大評価に気づき、PCの重要性に気づいたが、多くの研修プログラムがまだ病院を基盤としている。
- ・すべての研修修了者の調査(毎5年)をして、アウトカムを測定している。

スライド-11

11

まとめ / 結論

- ・今回調査した国々では、次の時代のヘルスケア・システムをより プライマリ・ケアを基盤としたものにするために、政府がより多くの 家庭医を養成する方針をとっている。
- ・そのために、若い世代からのメッセージを重視し、よりパーソナルな関係で家庭医の魅力を伝え、出来るだけ早期からより多くの時間をとって優れた家庭医のロール・モデルと接触する機会を作ることを大事にしている。
- ・世界の若手家庭医は、この分野の歴史と実績を理解した上で、新しい時代に適合するmedical generalismを真摯に模索している。
- ・日本でも新たな専門医に関する仕組みが作られ、2017年度から「総合診療専門医」という名称でプライマリ・ケアの専門医が養成されることになった。プライマリ・ケアの整備は、日本の医療制度改革で最重要課題の1つである。総合診療専門医の地域での役割・機能について国民的な理解が進み、グローバルスタンダードを理解した上で、日本の実情に合わせて制度の定着が進み、その専門医のキャリア形成を支援する取り組みが発展することを強く望む。

論され、2017年度から養成される「総合診療専門医」の制度が日本の実情に合わせて定着し、その専門医のキャリア形成を支援する取り組みが発展することを強く望みます。

この場をお借りして、そのために関係各位のご理解、ご支援をお願い致します。

質疑応答

会場： 同じ分野の研究者としてお聞きします。幾つか私も海外の家庭医、プライマリ・ケアの状況は存じ上げているのですけれども、例えば研究内容の4番で、コメントしてもらおうとかインタビューとかあったのですが、それによって新しく分かったようなところは、先生のご発表でどの辺りにあるのでしょうか。

葛西： 4カ国ありますので、それぞれの詳しい内容については別途発表しなければいけないと考えています。一番大きなところでは、私たちが今まで学んできたプライマリ・ケアや家庭医療のコア・バリューについての進化です。彼らは、新しい時代に適応させるための新しいプライマリ・ケアのコア・バリューとは何か、Medical Generalismとは何か、ということを考えています。そしてそうした真摯な議論をしながら、若い人たちが既存のステークホルダーたちと一緒に新しい制度づくりに取り組もうとしています。

会場： その議論ですが、恐らく日本が現在、家庭医とか総合診療医の標榜化に向けて動いているのは海外の方々もご存じだと思いますし、そういった海外の先達から、日本のこれからの将来について何か役に立つような発言などはなかったのでしょうか。

葛西： 国際機関や家庭医療学の国際学会等でも、プライマリ・ケアにおける日本のこれからの動きについてはかなり注目されています。その代表的なものが、この11月5日にOECDから発表された『医療の質レビュー』です(下記リンクからダウンロードできます)。特にプライマリ・ケアを制度として構築するには大きな示唆に富む資料になっています。日本で多くの方々がこれを参照し、そこにある評価と提言を精査して取り組まないといけないと思います。

私自身の行動は何かというと、現在、日本専門医機構の「総合診療専門医に関する委員会」の15人の委員のうちの1人になっていますので、今回の研究で得た情報、国際ネットワークから今後も継続して得られる支援を委員会の議論の中で生かしていきたいと思っています。

http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityJAPAN_ExecutiveSummary.pdf