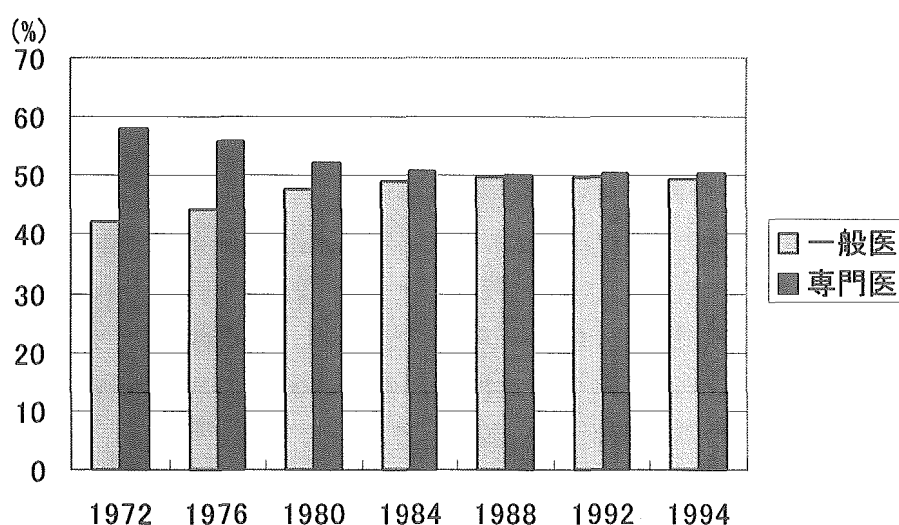


ケベック州における医師数の現状 (2001年3月の統計)

1. 総数 17,989 人、うち女医 32.7%
2. 診療時の主たる言語による分類 フランス語 84.7%、英語 15.3%
3. 専門医-家庭医の比率 専門医 50.9%、一般医 (家庭医) 49.1%
4. 医師免許を取得した場所による分類 ケベック州内 4,959 人、その他の州 925 人、アメリカ合衆国 104 人、その他の国 2,001 人

ケベック州における一般医と専門医の割合の変遷



出典：Collège des médecins du Québec 資料 (2001)

2. ケベック州における医療従事者に関する計画

(1) 医師の統計の収集手法

ケベック州においては、医師数の統計は、Collège des médecins du Québec が作成している。医師は Collège des Médecins の会費の納付の届出票に、現在の連絡先や会費の納付状況を記入する。会費を納付していない場合には、その理由（引退、疾病、結婚、教育、その他）を記載することになっている。また、カナダ国内外において、前科、医師としての義務違反の有無、職場における義務違反の有無についても記載する。さらに年間の勤務週数、週における勤務時間、勤務場所の割合（教育、研究、公衆衛生活動、行政活動、企業での勤務、産業医活動の有無等）や、学会やセミナーにおける教育研修活動に当てた時間を記述する必要がある。（17頁資料「2002-2003年会費の届出」参照）

(2) 医師の配分方法と地域の医療必要度

①医師の地域配分について

ケベック州では、州政府が医学部入学定員数と、その後のレジデントプログラムのポストを決定している。医師数に関する常任委員会 (Table de Concertation Permanente sur les Effectifs Médicaux) とケベック医療委員会は、遠隔地の医師不足について州政府に勧告を行う目的で設置されている。特に医師数に関する常任委員会は、医師の専門領域および地域配分に関して重要な役割を果たしており、医学部、Collège de Médecins (医師の免許権を持つ)、政府の代表の3者で構成されている。

同委員会では主に家庭医数の不足とその地域配分について議論し、その結果を勧告書として保健大臣に提出している。この勧告の中では主に、専門医数と家庭医数の比率と、地域における配分について取り扱っている。勧告書は州の財務委員会によって分析された後に、保健大臣から閣議に提出される。

②地域医療計画による病院の医療従事者数について

病院における医療従事者数については、1990年代から各地域ごとに地域医療定員計画 (PREM) により定められている。この計画は、19ある各地域の医療ニーズを SMR 等によって計算したものに基いている。各地域は、これにより医師数の増加目標を定める。SMR に基づいた医療必要度の計算方法は各州で異なるが、ケベック州では以下の計算式をその一部として用いていた。

参考：ケベック州で利用された医療必要度算出式の例

$$I_r = \left[\frac{\sum \left(\frac{HQ_{ig} \cdot PR_{ig}}{PO_{ig}} \right) / PR}{\sum HQ_{ig} / PQ} \right] \cdot SMR_r$$

I_r : 地域医療必要度、 HQ : 1日あたり急性期入院、 i = 年齢階級毎、 g = 性別毎
 PQ : ケベック州の人口、 PR : 各地域の人口、 SMR_r : 標準化死亡率 (0 - 74 歳)

1996年の保健改革に並行して、ケベック州では、人口が180万人以上 (モントリオール) から1万人以下までの異なる各保健地域において、医療必要度を推定した。

I_r は保健地域ごとの医療必要度を表し、人口の規模のパラメーター (PR) は、1.00に固定する。標準化死亡率 (SMR) や、年齢階級・性別ごとの地域罹患率 (急性期入院) は、各地域の値を代入する。したがって医療必要度には、年齢階級、性別ごとのケベック州の入院率と、標準化死亡率を考慮した地域人口が算出に取り入れ

られていることになる。これらのデータは、人口調査、入院カードと死亡者登録から得ている。

参考：地域医療定員計画（PREM）の指針について

地域医療定員計画は、1）ケベック州における全地域に共通の方式を提案すること、2）各地域における一般医数を把握すること、3）一般医療のサービスの必要量に応じて医療従事者数を定めること、4）地域内、地域間で医師が公平に配分されるようにすること、5）医療サービスへのアクセスビリティの向上と治療効果を向上させることを目標としている。また計画は、

- 1）Centre Locale de Service Communautaire (CLSC) または Municipalité Régionale de Comté (MRC) における家庭医学分野等における医療を充足させること
- 2）病院と診療所の間で相互補完性やホームドクターが多くを担うことを考慮に入れながら計画を立てることを原則としている。

3. 地域偏在の解消のための方策

(1) 医学生に対するインセンティブ ～保健省による情報提供と奨学金～

① 専門領域における医師の偏在解消のためのインセンティブ

専門診療科における医師の偏在を解消するためのケベック州の施策としては、医学生への情報提供が挙げられる。医学生が専門領域を決定する際には、専門領域をその医療ニーズに応じて A, B, C, D と4つのカテゴリに分類して、学生を不足専門領域へ誘導している。また、専門領域ごとに在学中あるいは卒後の様々な州政府や地域からの補助の内容が異なっている。なお、このうち、家庭医が占めるのは約40%である。

② 医療不足地域での従事へのインセンティブ

ケベック州保健省では、医師免許取得前の学生や、家庭医学を専攻しているレジデントに対して、奨学金を提供している。奨学金を受けた学生は、医師免許獲得後に保健大臣が指定する過疎地域において医療サービスを提供する義務がある。奨学金申請には、1）ケベックに居住、2）フランス語の知識、3）医学部に所属、4）契約上の医療サービス提供の義務負担、の要件を満たすことが必要である。選考委員会は、候補者の過疎地域で従事することへの熱意や学業成績を検討して、候補者を決定する。そして奨学金は、ケベック疾病保険公社によって支払われる。

過疎地での診療のためのプログラム

州政府は奨学金の他にも、地方で診療を行うことを援助するためのプログラムを学生やレジデントに提供している。例えば、過疎地域で診療を行っていくために必要な知識や能力を実際の経験から取得してもらうための、夏期雇用、夏期研修、

診療所研修などが挙げられる。

過疎地におけるプログラムごとの支援内容

プログラム	各地方公社に付与される予算 研修期間に応じた財政的支援					MSSS が管理する予算 研修期間に応じた財政的 支援	
	交通費	手当	報酬	住宅	教材	研修監督者の報酬	研修コーディネーターの報酬
夏期雇用	実費	505 \$/研修期間 または 3,156 \$/時間	7.30 \$/時間	480 \$/月		NA	NA
夏期研修	実費	505 \$/研修期間 または 3,156 \$/時間	7.30 \$/時間	480 \$/月		NA	NA
実地診療所研修	実費	NA	NA	480 \$/月		NA	NA
Externat の研修	実費または 1 km 当たり 0.34 \$/研修期間	220 \$/研修期間	NA	480 \$/月		1,139 \$/研修期間	228 \$/研修期間
家庭医療のレジデントの研修	実費または 1 km 当たり 0.34 \$/研修期間	220 \$/研修期間	NA	480 \$/月		1,139 \$/研修期間	228 \$/研修期間
専門レジデントの研修	実費または 1 km 当たり 0.34 \$/研修期間	220 \$/研修期間	NA	480 \$/月		1,139 \$/研修期間	228 \$/研修期間
					1,200 \$/年/研修が実施されている施設		

1 最低賃金に相当する

出典: Santé et Services sociaux 資料 (Mesures incitatives non négociées, 2002)

(2) 医師に対するインセンティブ

ケベック州では開業の数に関する規制はないが、開業する地域によってさまざまなインセンティブが存在し、医師の地域偏在を解消するように取組まれている。医師への報酬は出来高払いにより支払われているが、診療行為ごとの単価は地域によって異なっている。1980年代から1990年代には、開業後の最初の3年間のみ診療行為を行う場所によって異なる価格体系が設けられていたが、現在では開業した地域によってその後も継続して単価に差がつけられている。具体的には、家庭医では、遠隔地では最大で30%増、一方医師が多い地域では30%減となる。また専門医では、最大で40%増、最低で30%減となる。

その他、過疎地域で従事する医師が引退後に都市で生活できるように、都市部で

の住宅取得補助を提供したり、教育等への参加を支援したり、休暇時の代診等の措置が採られている。

4. プライマリケアのあり方

ケベック州においては、家庭医が医師の地域偏在の解消のための重要な役割を担っており、単に内科、外科等の専門領域にとどまらず、産婦人科から小児科までのあらゆる診療科に対応している。これは、広大な領土に対応するために、医療サービスを不足なく提供していくための国の施策によるものといえる。

また家庭医は、開業する以外にも、地域の保健医療機能を担う CLSC (Centre Locale de Service Communautaire) に勤務することが可能である。

《プライマリケアに関するインタビュー》

【プライマリケアのあり方】

■インタビュー対象機関：CLSC Cote des Neiges

■インタビュー回答者：Dr. Heather Rubenstein

■インタビュー内容

カナダの全ての医学部には家庭医学の部門があり、プライマリケアを中心とした教育を行うレジデントプログラムがある。ケベック州における家庭医の特徴としては、内科や小児科のプライマリケアという区別された専門分野ではなく、小児科、産婦人科、外科等を含むすべてのプライマリケアを行っていることである。これは、北極圏までまたがる広い国土の医療サービスをカバーするため国策として必要とされたためである。

しかしながら、日本と異なり、ケベック州における家庭医の多くは、一人で開業し、オフィスには看護婦がいないという状況が多い。これは、医師に対する報酬が、医師個人に対する出来高払い、あるいは給与という形で支払われているため、多くの医師は、看護婦を雇用することができないからである。そのため一部の家庭医は CLSC (Centre Locale de Service Communautaire) で診療を行っている。CLSC では、医師に対しては給与（月給あるいは時間給）で支払われる。CLSC は、各地域毎に配置されており、中にはプライマリケアの教育機関として機能しているものもある。プライマリケア医療機関としての機能の他にも、訪問診療や、訪問看護、あるいは母子保健（ワクチン接種、検診）機能、高齢者に対するケアマネジメント機能、精神保健機能も担っており、さまざまな職種で構成されている。

【家庭医教育のあり方】

■インタビュー対象機関： McGill 大学、Family Medicine プログラム

■インタビュー回答者： Dr. Miriam Boilat（教育コーディネーター）、
Dr. Martin Dawes（Chair of the Department）

■インタビュー内容

1985 年から、それまでは 2 年間のローテーション方式であったレジデントの家庭医のコースが、家庭医養成のためのプログラムに変更された。変更後のプログラムでは McGill 大学の場合、24 ヶ月のうち、約 16 から 18 ヶ月は各科をローテーションして研修を行い、残りの 6-8 ヶ月は家庭医としての診療のトレーニングを中心に行う。

まず各科をローテーションするトレーニングにおいては、内科、外科、精神科、産科、老年科、救急および遠隔地診療の研修を、各科の家庭医教育担当者の指導の下で行う。トレーニングの内容は、専門医過程を選んだ医師とは異なっており、家庭医を選択した場合には McGill 大学付属病院のような高度先進医療施設でのトレーニングはなく、Jewish General Hospital のような、一般診療を主とする医療機関での診療が主な業務となる。

トレーニングにおいては、午前中は主として外来業務を行い、午後には様々なレクチャーや指導者との議論が行われる。McGill 大学では特に患者へのインタビューの仕方、不安や問題を抱えた患者へのアプローチの仕方について心理療法士から学ぶことや、コメディカルとのコミュニケーションや共同業務への取組み方に重点を置いている。また、医療倫理、インフォームドコンセント、守秘義務、EBM に基づいた家庭医学のあり方についても学ぶ。

また、ローテーションの終了後は、6-8 ヶ月間は家庭医としての業務を主として病院で行うが、この際に曜日によって異なる診療科を担当することにより、幅広いスキルを継続できるように工夫がなされている。

2002-2003年会費の届出

免許番号：

郵送先

必要であれば訂正して下さい

住所
市
州 郵便番号
電話
ファクシミリ
E-mail
実施日

電話：

ファクシミリ：

E-mail：

職場の連絡先

法典の規定により、職場の住所を提出する必要があります。下記の該当項目に印をつけてください。

主な診療の場所： 居住地：

必要であれば訂正して下さい

住所
市
州 郵便番号
電話
ファクシミリ
E-mail
実施日

電話：

ファクシミリ：

E-mail

注：職場の連絡先に書かれた情報は、College des medecins du Quebecの住所録に掲載されたり、政府機関に伝えられたりします。

年会費

(01/07/2002から30/06/2003の期間)

	2002-2003 年会費	O. P. Q 積立金 (1)	7月1日までの 支払金額 (2)	7月1日以降の 支払金額 (2)
1. 現役会員 診療場所にかかわらず診療を施している会員、または 医師の肩書きにより報酬を得ている会員。さらに、賠 償責任保険に加入して職業規則を遵守すると誓約した 会員。	695.00 \$	17.45 \$	712.45 \$	862.45 \$
2. 現役でない会員 もはや診療を施していない、または医者肩書きに より報酬を得ていない会員。この会員は医療行為を行う ことを許可されていない。	100.00 \$	17.45 \$	117.45 \$	267.45 \$

“現役でない”状態を選ぶのであれば署名をして下さい

現役でない会員としてのあなたの状態はどれに最もあてはまりますか。

引退 病気 その他 (詳しく述べて下さい)
 産休 教育

(1) 職業法典 (1995第50章) を改正した法令により、国民保護を目的とした業務であることを明確していく機関である Office des professions du Quebecの積立金に年間の分担金を拠出しなければならない。

各団体は、この税を徴収し、Office des professions du Quebecに提出しなければならない。College des medecins du Quebecの会員であるためには、各会員は17.45 \$支払わなければならない。

(2) 2002-2003の年会費の届出は、2002年7月1日までに支払を添えて、College des medecins du Quebecに返送されなければならない。この日付以降は、通常の会費に150.00 \$の違約金の追加が適用される。2002年7月1日以降に免許を取得した新しい医師には、この違約金は適用されない。

司法上もしくは規律上の裁決に関する申告

法典の規定に従い、全ての会員は、司法上もしくは規律上の裁決にかかわったことがあるかどうか、College des medecins du Quebecに知らせる義務があります。

私は、過去12ヶ月の間、いかなる司法上の裁決もしくは専門団体や医療施設の規律の裁決にかかわったことはありません。

上記以外の場合は、次の質問に答えて下さい

法律上の判決

カナダまたは他国の法廷で有罪宣告されたことがありますか？

はい いいえ

犯罪の種類： _____

課された刑： _____

訴訟番号： _____ 法廷： _____ 州/国： _____

D M Y
宣告日

規律上の判決

規律上の判決で、懲戒を課されたことがありますか？

はい いいえ

「はい」であれば、団体の名称： _____

違反行為の種類： _____

課された懲戒： _____

D M Y
判決日

医療施設における規律上の判決

規律上の判決で、医療施設の理事会から懲戒を課されたことがありますか？

はい いいえ

「はい」であれば、医療施設の名称： _____

違反行為の種類： _____

課された懲戒： _____

D M Y
判決日

必須質問事項

職業活動

- 1年間に何週間（合計）働きますか？ 週間
- 一週間に下記の活動に何時間使いますか？ 時間/週

下記の活動に何パーセントの時間を使いますか？

- | | | |
|--------------------------------|-------------------|----------------------------|
| 1. 患者の治療
(放射線医学と研究所での医術を含む) | 病院で | <input type="text"/> % |
| | CHSLDで | <input type="text"/> % |
| | CLSCで | <input type="text"/> % |
| | リハビリテーションセンターで | <input type="text"/> % |
| | Private Practiseで | <input type="text"/> % |
| | 診療所で | <input type="text"/> % |
| | 往診で | <input type="text"/> % |
| 2. 教育
(患者の診療に割いた時間は除く) | | <input type="text"/> % |
| 3. 研究
(患者の診療に割いた時間は除く) | 研究所で | <input type="text"/> % |
| | 研究所以外で | <input type="text"/> % |
| 4. 公衆衛生 | | <input type="text"/> % |
| 5. 公的または準公的なヘルスケア関連機関の運営 | | <input type="text"/> % |
| 6. 民間診療機関の運営 | | <input type="text"/> % |
| 7. その他 例：産業医、検死官等 | | <input type="text"/> % |
| 詳しく書いて下さい： _____ | 合計 | <input type="text"/> 100 % |

過去に、研修活動に何時間使いましたか？ 時間/週

活動（シンポジウム、セミナー、研究会、会議等）

個人的活動（読書、自己評価等）

その他（詳しく）： _____

機関の名称	機関で施療しているのであれば 役職 (Active, Associate, Counsel等)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

私はこの用紙で提供している情報が正確かつ完全であることを保証します。

日付

署名 (必須)

第3節 アメリカ合衆国

アメリカ合衆国の医師に対する地域及び専門的配分に関する政策の実施者としては、連邦政府と州政府が挙げられる。連邦政府の政策は、主として公衆衛生法（Public Health Act）に基づいて行われる各大学に対する補助や、National Health Services Corps による医学生やその他のヘルスケアスタッフに対する補助がある。一方州政府が行うプログラムは、より直接的な補助であり、州ごとに特徴をもっている。

1. 医療従事者に関する諸問題の歴史的背景と現状

（1）医師全体数

アメリカ合衆国では 1950 年代に戦後の医師数の減少により医師の不足が指摘された。このため 1963 年に Health Professions Education Assistance Act が制定された。この法に基づいて医学部教育への初の多額の援助が行われ、この結果医学生が有利な融資を受けて医師数が増加した。このインセンティブは 1968 年と 1971 年の見直し時にも継続され、1968 年に 9,479 人であった医学部 1 年生の学生が、1994 年には 17,048 人となり、約 80% の増加があった。人口が増大するなかで、人口に対する医学部入学者の割合は 1981 年まで増大し、その後はほぼ一定を保っていた。

このような医師の増加傾向の中で、1998 年に College of Physicians は医師数の増大に懸念を表明し、新たな医学部の新設を行うべきでなく、各大学医学部も医学生数の増加を行うべきではないと提示した。また、すべての保険者は、卒後教育に対しての費用を出資すべきであるという勧告を行った。またメディケアの支払いを健康維持機構（HMO）が受けるためには、これらの卒後教育費用を出資すべきであると勧告した¹。

（2）地域偏在の問題

医師の全体数は増加する一方で、過疎地域や一部の都市では、医療従事者の数は不足していた。このような偏在を解消するため、1971 年アメリカ合衆国下院は、National Health Service Corps（NHSC）を設立した。この組織は、医師が不足し、市民が医療を受けにくい地域において、医師及びヘルスケアスタッフが医療サービスを提供するのを容易にするために、奨学金の優遇という形で医学生及び医師介助者（Physician assistant）やナースプラクティショナー（Nurse practitioner）

¹ American College of Physicians The Physician Workforce and Financing of Graduate Medical Education
Annals of Internal Medicine 128(2)142-148, 1998

を支援するというものである。並行して、連邦政府のイニシアティブにより、これらの新たな職種への教育目的で連邦政府あるいは州政府が設立したプライマリケアクリニックに併設する形で地域医療教育センターの仕組みが作られた。また、連邦政府の取組み以上に、州政府も地域偏在の解消には大きな役割を果たした。

現在、HRSA (Health Resource and Service Administration) にある Bureau of Health Professions や Bureau of Primary Health Care (BPHC) では、住民に対する医療サービスが不足している地域や州 (Medically Underserved Areas : MUA²)、プライマリケア医、歯科医、精神科医などの医療従事者が不足している地域や州 (Health Professional Shortage Areas : HPSAs) を認定している。MUA は医療の不足を表す指標によって定められており、この指標は千人単位でのプライマリケア医の数、乳幼児の死亡率、収入が貧困レベル以下の人口、65 歳以上の人口割合の 4 つの変数を考慮している。BPHC は医師が不足している地域のリストやこれらの地域における人口や設備についての情報を、3 年ごとに更新している。

(2) 一般医の問題

アメリカにおけるプライマリケア医は、一般内科、一般小児科医及び産婦人科医 (US Department of Health によると、現在はあまり重点を置いていない) などに区分されている。

1960 年代には、一般医 (General Physician) の不足が指摘されたため、家庭医学部門が大学医学部に設けられた。そして家庭医学 (family medicine)、一般医学 (general medicine)、一般小児科 (general pediatrician) がそれぞれ専門課程として認知されており、連邦政府はこれらの分野のレジデント養成プログラム (GME programs) に対して公衆衛生法 Title VII に基づいた競争的補助金を提供するという形でサポートを行った。しかし現在でも、すべてのアメリカの医学部に Family Medicine の部門があるわけではない。

(3) 海外医学部卒業者の問題

海外医学部を卒業した医師の問題についても様々な議論及び政策決定がなされており、連邦政府は海外医学部卒業生 (International Medical Graduates : IMG) の制限やその医療の質の向上に重点を置いている。これは医師数が増加し続けたことが、IMG の割合が増加したことの一部起因していたからである。

1960 年代には、移民法の規制が緩和されたため、結果として多くの外国人医師

² MUA は Public Health Service Act によって定義され、過疎地、都心部にかかわらず、Health Professional Shortage Areas (HPSAs) である場合及び、移動ヘルスサービスセンター (Migrant Health Center) あるいはコミュニティーヘルスセンター設置基準に該当する場合、そのほか人的基準が不足する場合とされている。HPSAs は 3500 人に対して医師が一人か、それ以下の場合が該当する。MUA において勤務する医師の多くは HPSAs に医療サービスを提供している。

が就業した。1970年代、海外医学部を卒業した医師は医師全体の15%を占めたが、1978年に20%を超えた。このため1976年にはIMGの制限が始まった。しかしながら、アメリカ合衆国のIMGの多くは、海外の医学部で修めたアメリカ国籍を保有した者であった。

1993年以降は、英語能力についての筆記及び口頭試験が課せられるようになり、増加は抑えられている。しかし、農村部における医師数の不足をIMGが補っている実態があり、IMGを必要としている側面もある。またIMGの問題には地域差がある³。

2. 連邦政府による地域医師数偏在の解消の政策

連邦政府が採っている医師数の地域偏在の解消のための政策は、公衆衛生法 Title VIIに基づく大学やレジデント育成プログラムへの援助と、National Health Service Corpsによる学生や医療従事者個人への援助による取組みが特に挙げられる。また、保健福祉省長官の諮問機関である Council of Graduate Medical Education (COGME)も、問題の解決に向けてさまざまな提案を行い、影響を及ぼしている。

(1) 公衆衛生法 Title VIIについて

①公衆衛生法 (Public Health Act) Title VIIの経緯と現在の役割

メディケア及びメディケイドの施行にともない、医療従事者が不足されることが予測されたため、1963年下院により公衆衛生法が制定された。当初は医学部卒業者の増加を目的にしていたが、時代とともにその役割は変化し、1970年代からはプライマリケアの増加を、最近では医療従事者が不足している過疎地での医療を強化することを目標にしている。

1976年の Health Profession Education Assistance Act の成立により、公衆衛生法 Title VIIの条文は、医師の専門領域及び地域の偏在を解消させる意味合いが強くなった。1980年代は専門医の過剰が指摘されてきたため、連邦政府は一般医の育成と一般医のいる医療機関への補助を開始した。現在では特に医師が不足している地域 (Medically Underserved Areas; MUA) の解消を目的として、一般医 (Generalists) すなわち、一般内科・小児科医を育成して、MUAにおいて医療を行うことを推進している。公衆衛生法 Title VIIは競争的補助金を提供し、そのファンドを獲得した大学医学部及び各病院研修プログラムは、医療サービス不足地域で従事することになっているが、プログラム修了者が医療不足地域で勤務しなかったことに対する法的規制はない。

さらに1990年代に、Government Performance and Result Act (政府業績結果法)により、測定できるパフォーマンス指標の有無が予算化の指標となった。

³ BAER, L.D., T.C. RICKETTS, T.R. KONRAD et al. (1998), "Do international medical graduates reduce rural physician shortages?", Medical Care, Vol. 36, No. 11, pp. 1534-1544.

しかし公衆衛生法 TitleVIIによりサポートされた研修プログラム後に、必ずしも医療不足地域において医療を行う義務がなかったため 1995 年には、合衆国会計検査院 (General Accounting Office) が、公衆衛生法 TitleVII のプログラムがあるにも関わらず、MUA が 25 年にわたって減少していないことを指摘した。これに対して Bureau of Health Profession はこのプログラムの効果について一般のプログラム修了者よりも MUA で勤務する割合は 3-10 倍高いと反論を行った。

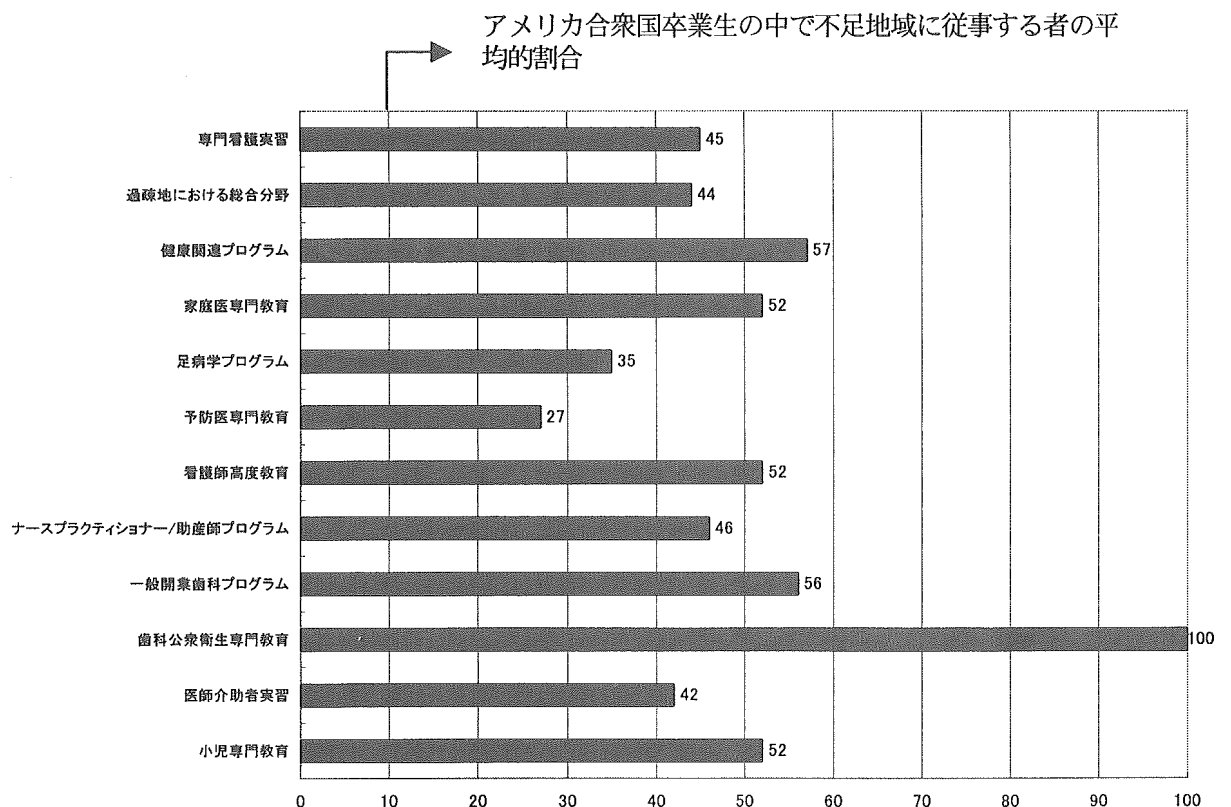
②公衆衛生法 (Public Health Act) TitleVIIによる補助金の特徴

公衆衛生法 TitleVII は、医師個人に対してではなく、各大学やレジデント育成プログラムに対して補助金を与えている。これらの補助金には以下の 2 つの特徴がある。

- ・補助を受けたレジデント養成プログラムの出身者が、実際に MUA で診療。
- ・科学研究予算を NIH 等から獲得しにくい一般医・家庭医養成プログラムに対する研究費。

現実には補助を受けたプログラムの出身者が「MUA で診療しなかったこと」に対する法的規制はない。それでも、これらのプログラムの出身者は、その他のプログラムの出身者と比較すると、3-10 倍の高い比率で、MUA で勤務している。

図 HRSA プログラム参加者の卒後の医療従事者不足地域での従事割合



注) HRSA から助成を受けているプログラムの卒業生は、医療従事者不足地域で従事する割合が、アメリカ合衆国全体平均の 3 から 10 倍である。 出典：HRSA 資料(2003)

公衆衛生法 TitleVIIによる補助金に基いて、1966年には1,214人の医師が、1997年には1,357人の医師がMUAにおける医療を行っている。もし、毎年1,214人の医師が研修プログラムの後MUAで医療を行うのであれば、25年(1999年から数えて)かけて、MUAはなくなることが予想されている。また、毎年1,357人の医師がMUAで医療を行うのであれば、15年間でMUAがなくなることが予想される。また、もしこれらの政策が行われなければ、医療アクセスにおける地域差は拡大することが予想されている。

③公衆衛生法 (Public Health Act) TitleVIIに関連したプログラムの概要

公衆衛生法 TitleVIIのプログラムは、医療資源サービス庁 (Health Resource and Services Administration: HRSA)、Bureau of Health Professions が担当している。以下、この代表的プログラムの内容の概要を示す。

ア. 家庭医プログラム

家庭医養成プログラムの成果により、家庭医は増加している。特に近年の増加は、マネジドケア機関が一般医を必要としていることが一因となっている。

現在では年度あたり3,300人、延べ10,000人が、家庭医の研修プログラムを利用しているが、そのうち、公衆衛生法 TitleVIIで現在サポートを受けているプログラム(約120)に在籍するレジデントは約2,900人(年度あたり1,000人)であり、その予算は13.5百万ドルである。

イ. 一般内科及び一般小児科プログラム

一般内科養成プログラムでは、1997年には約18,000人、一般小児科では同年に6,600人の医師がトレーニングを受けた。このうち、一般内科28プログラムの900人のレジデント及び、小児科17プログラムの600人のレジデントが、公衆衛生法 TitleVIIで補助を受けた。予算は1千万ドルである。

これは一般内科レジデントの5%、一般小児科の9%に相当した。これらのプログラム修了者の73%が実際に医療が不足しているコミュニティーMUC (Medically Underserved Community) で勤務した⁴。これらのMUC勤務者の特徴としては、マイノリティーが多いことが挙げられる。

(2) National Health Service Corps (NHSC) について

①National Health Service Corps (NHSC) の経緯

National Health Service Corps (NHSC) は、アメリカ合衆国での医療従事者不足地域 (Health Profession Shortage Areas : HPSAs) における医療へのアクセスの向上とプライマリケアの提供の改善を目指し、医師のリクルートやその保持

⁴ Francis P Kohrs et al Family Medicine Faculty Development Fellowships and the Medically Underserved. Family Medicine 33,2 124-127,2001

に取り組んでいる。奨学金や学業ローンの返済を援助するプログラムによって学生や臨床医を支え、年間 8 千万ドルにのぼる支援を行っている。

NHSC は、1970 年に救急医療従事者法 (Emergency Health Personnel Act) のもと、U. S. Public Health Service のプログラムとして設立された。1972 年には、医療従事者不足地域での医療サービス提供に対して奨学金を与えることを議会が承認した。1979 年、最初の奨学金受給者がトレーニングを修了し、認定された医療不足地域での従事を始めた。1987 年には、不足地域で従事する臨床医に対して、議会が NHSC ローン返済援助プログラムを承認した。1972 年以降、22,000 人の医療従事者が NHSC に関連して従事し、現在では 2,300 人のヘルスケア専門家が医療サービス不足地域において従事している。

②主なプログラムの概要

ア. 奨学金プログラム (NHSC Scholarships)

NHSC は、医療従事者不足地域においてプライマリケアに従事する予定がある学生に対して奨学金を提供している。このプログラムでは最長 4 年間まで、入学金と授業料、月ごとの給付金、その他の学業のための物品費 (本やその他の備品のため) の援助を行っている。

NHSC の奨学金プログラムに参加するには、米国市民であり、次のプログラムに属する必要がある。

- ・ 整骨医学部
- ・ Family Nurse Practitioner プログラム
- ・ 助産師 (教育) プログラム
- ・ 医師介助者プログラム
- ・ 歯学部

また、医学部に所属している学生がこの奨学金に応募するには、以下の専門領域のレジデントプログラムを修了することが期待されている。

- ・ 家庭医学
- ・ 一般小児科
- ・ 一般内科
- ・ 産科/婦人科
- ・ 精神科

奨学金を得た学生は、これらのプログラムを修了すると同時に、連邦政府が定めた医療従事者不足地域から勤務地を選択する。援助を受けた年数に応じて勤務する必要がある、少なくとも 2 年間は従事する必要がある。奨学金を得たにもかかわらずに卒業後その分野に従事せずに不足地域に赴かない場合は、奨学金の 3 倍とその利子を返却する必要がある。

イ. ローン返済援助プログラム (NHSC Loan Repayment)

NHSC は医療サービス不足地域での従事を望む臨床医を探し、それを必要とする地域と結びつけ、臨床医が不足地域でサービスを提供していく初期の段階での援

助を行っている。

十分に該当分野で訓練を受けた医療従事者であれば、医療従事者不足地域で従事することによって、その医療従事者が抱えている教育ローンの返済の援助を得ることができる。さらにローンの返済援助以外にも、給与、税控除などの便宜を受けることができる。

ローン返済の援助を受けるには、以下の専門分野を専攻して訓練を受けている必要がある

- ・ 家庭医学、一般小児科、一般内科、一般精神科、産婦人科および 骨整骨医
- ・ プライマリケアのナースプラクティショナー
- ・ プライマリケアの医師介助者
- ・ 助産師
- ・ 歯科医師
- ・ 歯科衛生士
- ・ 精神・行動医学の専門家

援助を受けた医療従事者は、医療サービス不足地域でプライマリケアサービスを最低2年間提供する必要がある。はじめの2年は、最大で年25,000ドルのローン返済の援助が得られる。2年を超えてローンが残っている場合は、残額に応じて、返済を得ることができる。

(3) COGME (Council on Graduate Medical Education) について

①COGMEの経緯と概要

COGMEは、医療従事者数やその教育に関する議論の高まりにより、1986年に議会と保健福祉省長官のための諮問機関として設立された。委員会は臨床医、医師会の代表者、大学付属病院の関係者、医療関係の企業の代表など、様々な医療関係者によって構成されている。

法律上COGMEは、保健福祉省 (Secretary of the U.S. Department of Health and Human Service)、保健・教育及び年金に関する上院委員会 (Senate Committee on Health, Education Labor and Pension)、下院商業委員会 (the House of Representatives Committee on Commerce) に対して医師数の傾向や研修、財政政策を評価することや、連邦機関などに提案を行うとされている。特に公衆衛生法 Title VIIにより、医学部卒業後の研修プログラム (GME) に関する研究とともに、医師の需要と供給、地域分布、専門医と一般医のバランス、女性やマイノリティーが医師全体に占める割合など多岐にわたる政策諮問を、保健福祉省と議会に対して行っている。

②COGMEによる研究と諮問内容

ア. 医師数と専門構成

1992年のレポートで、COGMEは110:50/50構想という構想を提案した。この

構想は、医師全体のうち 50%がプライマリケア医となり、残りの 50%が専門医になるというものであった。また、110 という割合は、アメリカ合衆国の医学部卒業生数の 110%以内にレジデントの数を制限するというものであった。

COGME は 110:50/50 構想の目標を達成するための立法の必要性を示した。つまり、政府は医師数調整計画 (Physician work force plan) を策定し、GME 協会を創設することが必要であるとした。各 GME 協会は 110:50/50 構想のフレームワークの中で、地域や州のヘルスケアの需要や国のガイドラインに基づくレジデントの数と専門構成に関して責任を負うとした。この GME 協会に調整を行わせる方法は、政府の介入を減少させ、民間の力を増加させるものであった。1999 年までに、GME による多くの立法その他の措置による成果があり、例えば予算均衡法 (the Balanced Budget Act in 1997) が挙げられる。

1997 年には、1993 年に医学部を卒業した学生の 129%がレジデントのポジションについており、この割合は減少はしているもののまだ目標である 110%には達していない。一方プライマリケアを専攻するレジデントはこの 129%の 5分の 2 にあたり、成果があったといえるが、それでもプライマリケア医は充分ではない。

医師数の把握と調整計画の作成は、医師一人当たりの労働時間、また、専門医と一般医をどのように区別するかなど複雑な要素を考慮しなくてはならず、今後も継続的な計画の作成と見直しが欠かせないとしている。

イ. マイノリティーの問題

COGME は医師が多様な人種・民族によって構成されていることの重要性を指摘しており、医師の多様性は重要な目標の一つとしていた。なぜならば、マイノリティーの医師は、医師不足の地域で診療を行うことを好む傾向があるからであり、医療サービス不足地域を減らし、平等な医療を実現するためにもマイノリティーの医師を育てることは必要である。しかし、実際は国民全体の多民族化・多人種化が進んでもなお、医師全体に占めるマイノリティーの割合は小さい。2000 年の統計によると、ネイティブアメリカン、黒人、ヒスパニック、ラテン系が医学生全体に占める割合はわずか 6.2%である。政府や大学医学部、医学協会などが連携して、マイノリティーの抱える経済的問題の解消及び、医学部へ進学するための教育機会の確保に努める必要がある。医学部の高い授業料は大きな要因であり、奨学金の充実や、マイノリティーを受け入れた大学に対する政府の補助金も必要だろう。

1991 年にはマイノリティーの医学生を増やすプロジェクトが政府と民間の基金の共同で実施され、医学部の受験生、合格者とも、マイノリティーの数を増加させた。2000 年のマイノリティーの医学生に占める割合は 12%と、人口に占める割合の 20%という数字に比べて非常に低い。このような民間と政府の連携によるプロジェクトなど、さまざまな方面から、マイノリティーの医師を増やす試みがなされなければならないと COGME は示している。

ウ. 海外医学部卒業者の問題

COGME は第 8 報告書 (1998 年) の中で、IMG (海外医学部卒業者) にはアメリカ合衆国の医療サービス不足地域において医療を行うという役割があるという認識を示した。データによると、IMG は医療サービス不足状態にある地方都市に赴く傾向が強い。卒業研修における IMG への補助を削減するならば、医療サービス不足地域で活動する IMG の役割が米国医師資格保持者によって担われるような政策が採られる必要があると COGME は結論付けた。

IMG は一時期その増加が問題視されていたが、1998 年に始まった外国医師資格保持者教育委員会 (ECFMG) による診療能力検定試験が、外国医師の米国における研修プログラム参加を制限してきた。診療能力検定試験はフィラデルフィアとペンシルバニアでしか受験することができないうえ、受験料は \$1,200 (2001 年の場合) と高額である。最新のデータによると試験を課すことは IMG の数を制限する要因となった。

アメリカ医師資格保持者だけでは定員が埋まらないプライマリケア専攻の研修医マッチプログラム (the National Residency Match Program : NRMP) に IMG が進んで参加することは特筆に価する。この傾向は主要なプライマリケアの領域において顕著である。アメリカ医師資格保持者の中で地域医療を専攻した者は 1997 年に 2,340 人でピークだったが、次第に減少し、1997 年には 1,503 人となった。地域医療を専攻した IMG が多かったことで定員が埋まったともいえる。

③今後の諮問を行っていくべき点

ヒスパニックを中心としたマイノリティーの人口が増加し、国民全体の高齢化が進む中で、COGME は 10 年前に提案した 110:50/50 構想を再検討する必要があると考えている。プライマリケアの幅広い経験を持つ副専門医の養成など、新たな提案の検討が有効と思われる。

ア. 専門医の数

特定の専門医の不足を指摘する主観的なレポートが多い中で、COGME は専門医数についての正確な情報を集め、考察し始めた。それによると、人口の高齢化が進むことで、老人病の専門医の需要が増えている。また、小児科医はベビーブーム世代のあと 1970 年代、1980 年代と減少傾向にあったが、1990 年代になって増加した。今後は、専門医が抱えている返済しなくてはならない奨学金、医師の報酬、医療労働者市場などに関して、さらなる長期的な分析が必要である。

イ. 医師以外の者が提供するプライマリケアによるヘルスケアへの影響

看護師、advanced practice nurse、医師介助者など、医師以外の医療従事者は医師をしのぐ規模で増加しており、プライマリケアにおける彼らの役割は重要になってきている。分析する際には、看護師、advanced practice nurse、医師介助者を含めた医療体制の検討が必要であり、診療の質の維持と費用、医師

以外の医療者が施せる医療の法的な限定、そして診療の利用のしやすさが論点となる。プライマリケアに携わる医療関係者をどのような構成にするか。構成された医療従事者はどのようにチームとして患者の治療に携わるか。医師がチームをまとめるためにはどのような訓練が必要か。さらなる研究が求められている。

ウ. 医療労働者に関するデータ

正確な分析とそれに基づく医療労働者需要の精密な算出は、様々な要因によって妨げられている。医師数に関する研究は医師会（American Medical Association）のマスタファイルによるデータを基に行われているが、これらのデータも完全ではない。COGME は、HRSA やアメリカ医師会と共に統計資料の改善を行っており、今後医療労働者に関する情報を精密なものに保つには政府と民間の連携が欠かせないと考えている。

4. 各州における政策

州政府は、

- ・ 医療従事者の教育に関する財政を管理して、統制していくこと
- ・ 医療従事者の診療に関して資格を与え、規制を行っていくこと
- ・ メディケイドプログラムの下で、その提供者からサービスを購入し、支払うこと
- ・ 医療従事者が特定の専門や地域を選択することへの助成金や、インセンティブを与えていくこと

などを管轄して医療従事者の労働環境に関して重要な役割を果たしており、保健関連の労働力にさまざまな影響を及ぼすと広く認識されている。

（1）州政府の医学教育へ政策

州政府による医学教育への財政援助は 1980 年代始めから増加し、1999 - 2000 年には 32 億 5 千万ドルにのぼり、その約 95% は公立学校への支援となっている。連邦政府の援助が業績に基づいたもので競争率が高いのに比べ、州政府によるものは、一般的には業績に基づいていない。州政府が行っている支援の指標はかつての調査から、その条件は（1）公立大学の医学部であることと、（2）Family medicine の診療所での病院実習が数週間にわたって必要とされていること、（3）所属学生が専門として家庭医を選択するかどうか、等であることが多い。

（2）診療環境を向上させていくための政策

州内の医療従事者総数が適切であると同時に、医療従事者が州全体に均等に配置されるように州政府は努めている。そして、さまざまなプログラムやインセンティブが、過疎地域や医師の不足地域での診療サービス提供を促進していくために用いられている。

医師の不足地域においては、ほとんどの州が、より組織的な医師のリクルート活動を展開し、よりよい資源やサービスを医師に提供していくように進めている。財政面での医療サービス不足地域での開業へのインセンティブは、特別手当や補助金、税控除、償還の引上げなどを含む。

Health Resources and Services AdministrationのBureau of Health Professionsによるヘルスケアの労働力に関する各州の調査（2002年春、2001年春）では、過疎地や医師不足地域において、州政府によるローン返済援助プログラムや奨学金、その他のプログラムなどの実施数や参加者数、対象職種などを把握してまとめている（参照：表）。

表 州政府によるローン返済援助、奨学金、その他のプログラム

指標	対象となった州																	
	CO	ME	MN	MO	NM	NY	OH	TN	CA	CT	FL	IA	IL	TX	UT	WA	WV	WI
プログラムの数	1	5	6	4	1	1	2	0	4	1	1	4	5	4	2	4	2	1
年間参加者数	50	148	39	140	50	80	9	-	145	18	300	5	187	215	74	41	260	9
プログラムの影響と参加者保持に関するデータの有無	Yes	No	No	Yes	No	No	Yes	-	No	No	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No
対象職種																		
医師	○	○	○	○	○	○	○	-	○	○		○	○	○	○	○	○	○
医師介助者	○	○	○	○	○			-	○	○		○	○	○	○	○	○	○
看護師	○	○	○	○	○		○	-	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
歯科医師	○	○	○	○	○			-	○	○		○	○	○	○	○	○	
歯科衛生士		○	○	○				-				○	○	○		○	○	
薬剤師								-	○					○		○		

CO：コロラド州
 ME：メイン州
 MN：ミネソタ州
 MO：ミズーリ州
 NM：ニューメキシコ州
 NY：ニューヨーク州
 OH：オハイオ州
 TN：テネシー州
 (2002年春の調査より)

CA：カルフォルニア州
 CT：コネチカット州
 FL：フロリダ州
 IA：アイオワ州
 IL：イリノイ州
 TX：テキサス州
 UT：ユタ州
 WA：ワシントン州
 WV：ウエストバージニア州
 WI：ウィスコンシン州
 (2001年春の調査より)

これによると、テネシー州以外では、少なくとも一つの医師へのインセンティブとなる奨学金やローン返済援助のプログラムを有している。ミネソタ州とイリノイ州、メイン州では、それぞれ5つ、6つと、最も多くのプログラムを有しており、18つの州のうち7州（コロラド州、ミズーリ州、オハイオ州、イリノイ州、テキサス州、ユタ州、ワシントン州）は、プログラムの影響とプログラム参加者がその後不足地域において医療に従事しているかのデータも把握している。

医師確保のための具体的方策としては、

- ・ 過疎地域、医療サービス不足地域出身の学生の医学部入学や就職の優遇
- ・ 過疎地域、医療サービス不足地域での医学教育支援
- ・ 医療従事者の確保とその配置のためのプログラム
- ・ 医師不足地域での開業を促進するための助成金
- ・ 医療過誤に対する保険料への助成金
- ・ 過疎地域、医師不足地域での開業に対する税控除
- ・ 医師代替者の派遣（代診医によるサポート）
- ・ ボランティアとしての無償診療時に発生した医療事故に対する免責
- ・ 特別手当の支給
- ・ メディケアやその他の保険者によるインセンティブ
- ・ 遠隔医療を行った際のメディケイドからの償還

が挙げられる。前述のヘルスケアの労働力に関する各州の調査（2002年春、2001年春）では、各州におけるこれらのプログラムへの取組み状況とともに、その効果を把握している（参照：表）。