

カナダの医師配置等に関する研究

研究分担者 広島大学医歯薬保健学研究院地域医療システム学講座 松本正俊

研究要旨

カナダでは政府あるいは州政府による医師の配置や地域定員の設定などは行われていない。その代わりに各大学医学部入学者の定員設定、各大学における専門医研修プログラムの定員設定などによってある程度の医師分布のコントロールが行われており、これらの決定にあたっては大学と州政府の裁量権が大きい。その他、各州政府主導で医師をへき地に誘致、確保するプログラムを運営している。2005 年にはオンタリオ州北部のへき地に Northern Ontario School of Medicine が新設された。これはカナダでは 38 年ぶりの医学部新設である。このようにカナダでは地域における医師数のコントロールは州政府の責任と考えられており、実際の対策においても州政府と大学の果たす役割が大きいのが特徴と言える。

A. 研究目的

カナダにおける医師養成制度、医師配置の仕組みについて明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

インターネットの検索、Pubmed による文献検索、現地の医学教育者等との通信により情報を得た。

C. 研究結果

医療システムについて

カナダでは国の財源で賄われている medicare によって国民全員の医療がカバーされているおり、基本的に患者の自己負担はない。診療した基本的医療プランは一種類だけであり、medicare カードを持っていれば、全員が同じレベルの医療サービスを受けることができる。基本的医療プランは一種類だけであり、すべてこのプランでカバーされる。

専門医への受診はすべて家庭医 (family physician: FP)からの紹介によって行われる。

FP からの紹介を受けずに専門医が診療した場合、medicare から支払われる診療報酬が低くなる。民間の医療保険も存在しており、入院の個室料金や medicare でカバーされない医療について使われている。¹

医師養成システムについて

医師需給バランスと医学部入学者数について

ここ 10 年間で医学部入学者数は 40%増加している。² 1980 年代から 1990 年代初頭にかけて「医師過剰」の認識が中心であり、医学部入学定員の削減と外国からの医師流入制限が行われた。1990 年代後半からは逆に「医師不足」の認識が台頭し、医学部定員の拡大と外国人医師の受け入れが議論されるようになった。^{3,4}

カナダ医師会の一部の地方や一部の診療科での不足が深刻という認識で、1980 年代から 90 年代初頭の医学部入学者数削減を非難、一部の州では日本の無医地区に相当する designated underserved communities が急増

していることを指摘した。この流れで医師会は急速な医師数増加を国と州に要求し、1990年代後半から2000年代に各州政府が州内医学部の増員を認めた。日本と同様に地方の医学部の増員幅を大きくすることで偏在是正を狙った。また都市部の医学部についても離れたキャンパスを増設してそこで教育するプログラムを追加することで増員に対応した。⁵ さらに、医師不足が特に深刻であるオンタリオ州北部のへき地に Northern Ontario School of Medicine を2005年に新設した。これはカナダでは38年ぶりの医学部新設である。³

ただし医師過剰から医師不足に認識が大きく変わった時期の人口対医師数はほぼ安定しており、このように医師不足が深刻化した最大の理由は不明である。医療の進歩、ニーズの変化、人口の高齢化、医師の働き方の変化など複合的要因によって引き起こされたと考えられている。⁶

医師の需要バランスを定量的に評価したり予測したりする試みはあるが、正確な評価や予測には難しく、計算された需要に即した専門医数のコントロールを政策的に行っているわけではない。その結果不足と認識されている科と過剰と認識されている科があるが、^{4,7} 概して、専門医は過剰になりつつあるようである。新規に資格を取得した専門医(家庭医を除く)のうち16%は職につくことができず、31%は就職活動をあえてせずに、さらなる資格取得のトレーニングに入っている(将来の就職を有利にするため)。また22%は就職したものの、業務内容はパートタイムや代診業務などの組み合わせであり、約半数がそのポジションに不満を感じている。⁷

医学部入学、卒業、医師免許取得まで

現在カナダには17の医学校がある。医師養成課程には高校卒業後に直接入学する5年制コースと、大学の学士取得後に入学する4年制

コースがある。5年制コースの入学者は全入学者の約50%を占めている。² カナダには日本のような全国統一の医師国家試験が存在している。The Medical Council of Canada が行う Medical Council of Canada Qualifying Examination (MCCQE) Part I というコンピュータによる知識試験と、(MCCQE) Part II と呼ばれる実技試験から成る。Part I は卒業時に行われ、Part II は卒後専門研修の2年目以降(2016年より卒後1年目以降)に実施される。

専門研修医(レジデント)

日本やオーストラリアとは異なり、卒後研修はいきなり専門領域に分かれた研修となる。1992年にカナダ政府は、カナダで医師として診療を行うためには Medical Council of Canada の国家試験と専門医協会(College of Family Physicians of Canada (CFPC)あるいは Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPS))の専門医認定医試験に合格しなければならないという制度を導入した。この新制度以降、すべての新医師は、専門団体に所属することになった。専門医認定試験の受験資格を得るための研修期間は科によって異なり2年~6年の幅がある。⁸ 各州の medical regulatory authority (例えばオンタリオ州の場合 College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO))が医師免許および専門医認定資格については認証を行うが、国家試験と各専門医資格はどの州でもほぼそのまま認可される(外国人は除く)。ケベック州だけは州内で取得した専門医資格が求められる。

研修医は全て大学医学部の管理する専門研修プログラムに属することになっている(一般病院は自前の専門研修プログラムを持たない)。ただし大学には附属病院以外に多くの関連病院(affiliated academic hospitals)があり、

これらにレジデントを分配したりローテーションさせたりしている（州をまたぐ場合もある）。どのレジデントがどの大学のどの科のプログラムに入るかはカナダ全土のマッチングシステム (Canadian Residency Matching Service (CaRMS)) に登録することで行われる。原則として各大学医学部は、自大学の卒業生とほぼ同数のレジデントを採用することができる。⁹ レジデントの研修には州政府から補助金がでている。レジデントの数は各大学の各科で定員があり、毎年大学と州政府が相談したうえで定員を決定している。定員の決定に際して、州内の医療需給バランス、大学のレジデント収容能力、州の予算といった要素が考慮される。¹⁰ 最終決定権は州政府が持ち、このプロセスに医師会の関与は少ない。医学生に人気のある科とそうでない科が存在しているが、カナダのレジデント枠は概ね不足しがちである。これは州政府が予算をカットしてポストを減らしているためである。¹¹

例えばオンタリオ州では 2004 年から現在まで受け入れレジデント数を 600 から 1200 名に増やしていたがコスト削減のため 2015 年から 2 年間で 50 名のレジデント枠を削減する予定。これに対して医師会は「事前の相談なしに決められた」と反対している。¹²

レジデントのへき地研修義務

専門研修中にへき地等の地域医療に従事することが義務化されている。内科、外科、産婦人科、小児科、麻酔科、精神科では研修期間の 15% を、家庭医療では 30% をへき地の医療機関で行わなければならない。²

専門医資格取得後の医師の配置について

医師の配置に制限を加える政策はほぼ取られていない。例外としてブリティッシュコロンビア州においてかつて都市部の新規開業制限が行われていたが、医師の就業選択の自由を侵

すものだとの法廷判決があり、短期間で廃止された。¹³ そもそも医師の地理的分布に関して目標値が存在しているわけではない。ただし分析は行われており、医師人口比でみた全カナダの州間格差は 1.2 倍程度であり、日本の都道府県間格差（2 倍程度）より小さい。¹⁴

外国の医学校（米国など一部の国を除く）を卒業した医師に対してほぼ全員へき地勤務を義務付けている。例えばオンタリオ州の場合、専門医資格取得後の外国人医師が College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO) に認可され州内で診療するためには、5 年間のへき地勤務（Return of Service Contract）を果たさなければならない。¹⁵ ちなみにカナダの全医師の約 25% が外国の医学校出身であり、この制度の効果は無視できないという意見もある。¹⁶

へき地等への医師の誘致、長期確保策について (資料 1: Discussion Paper, Barer, et al)

過去 40 年間に州政府のレベルで多種多様なインセンティブが行われてきた。へき地医師へのボーナス支給、最低賃金の保証、へき地での診療報酬の優遇、開業コストの一部負担、代診サービスの確保、へき地での家庭医専門研修プログラムの運営、学生や研修医への奨学金などがある。効果としては無視できないと思われるが、定量的な評価はあまり行われていない。

¹³

オンタリオ州の事例

州北部に広大なへき地を抱えるオンタリオ州では、へき地への医師誘致、長期確保のため様々な取り組みを行ってきた。現在も行われているものとして、へき地での新規開業に 4 年間の経済支援（合計 \$80,000 ~ \$117,600）するプログラムである Northern and Rural Recruitment and Retention Initiative、既存のへき地医師の継続勤務に対して毎年 7000 ド

ルの経済支援を行う Northern Physician Retention Initiative などがある。¹⁷ また近年まで行われていたものとして、将来のへき地勤務と引き換えに医学生に支給されていた奨学金である Free Tuition Program in Ontario や Underserviced Area Program がある。これら奨学金プログラムは短期的・部分的な効果は認めるものの、州全体の医師の地理的偏在には大きな影響はなかったと報告されている。¹⁸

Northern Ontario School of Medicine

このようなオンタリオ州の取り組みの中で近年最も注目されているのが、州北部に新設した Northern Ontario School of Medicine (NOSM) である。Northern Ontario School of Medicine はメインキャンパスがへき地に置かれ、全教育課程がへき地で行われている。入学に際してはオンタリオ州北部を中心にへき地の出身者およびへき地での家庭医を希望する者を優遇している。NOSM では学生の地域への暴露を重視しており、人口 5000 人以下のへき地の町に 4 週間学生を滞在させる integrated community experiences (ICE) というプログラムがあり、2 年生までに 2 回とらなければならない。3 年次は地方の医療機関 (comprehensive community clerkship: CCC) に 8 か月滞在し臨床実習を行う。CCC はオンタリオ北西部のへき地に 12 か所ある。¹⁹ この仕組みはオーストラリアの rural clinical school とほぼ同じであり、昨今の地域基盤型教育を重視する医学教育の流れを汲んでいる (資料 2: 松本 2012)。4 年次は大学近隣の総合病院を中心に実習を行う。これまで 5 期 320 名の卒業生のうち 70% がオンタリオ州北部で勤務し、うち 35% がその中でも遠隔地に指定されている場所に勤務している。^{19,20} NOSM は新設の医学校であり、卒業生の質および就業地に関する長期的なアウトカムは今後検証されていく予定である。²¹

医師の就業時間について

Canada Labour Code によると通常の労働時間は週 40 時間までとなっており、それ以上は overtime として扱い別の給与体系の扱いとなる。これを含めて最大 48 時間までという労働時間の上限が定められている。ただし医師の場合は適応外と規定されている。²² したがって研修医の就労時間は研修医団体と州政府などの協議によって決められていて、多くの州ではオンコールシフトは連続 24 時間まで、一か月に 7 回までとなっている。全カナダ統一の基準を作ろうという動きはあるがまだ実現していない。²³

参考文献

1. Martinez RM, Gallagher P, Barry P, Cocotas C, Ferschl R, Freeman M. Primary Care Physicians: Managing Supply in Canada, Germany, Sweden, and the United Kingdom. 1994; <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/GAOREP-ORTS-HEHS-94-111/html/GAOREPORTS-HEHS-94-111.htm>. Accessed January 5, 2016.
2. 奈良信雄. カナダにおける医学教育と医師国家試験. *医学教育*. 2014;45(4):284-290.
3. Tesson G, Hudson GL, Strasser R, Hunt D. The Making of the Northern Ontario School of Medicine. Montreal: McGill-Queens University Press; 2009.
4. Petch J, Tepper J. Does Ontario have too many doctors? 2012; <http://healthydebate.ca/2012/09/topic/underemployed-mds>. Accessed January 5, 2016.
5. Bates J. Medical school expansion in BC.

- British Columbia Medical Journal. 2008;50(7):368-370.
6. Stoddart GL, Barer ML. Will increasing medical school enrollment solve Canada's physician supply problems? CMAJ. 1999;161(8):983-984.
 7. Fréchette D, Hollenberg D, Shrichand A, Jacob C, Datta I. What's really behind Canada's unemployed specialists? Findings from the Royal College's employment study - 2013. Ottawa2013.
 8. 浜田久之. カナダのプライマリケア～カナダの家庭医学の歴史と現状分析～. 家庭医療. 2006;12(2):6-13.
 9. Canadian Resident Matching Service. CaRMS Online. <http://www.carms.ca/en/>. Accessed January 5, 2016.
 10. Canadian Federation of Medical Students. The Match Book: An annual review of the CaRMS match by the Canadian Federation of Medical Students 2012–2013. 2012.
 11. Blackwell T. Nearly one in four Canadian medical grads may be fudging claims of being published on their resumes: study. National Post2015.
 12. Ontario cuts 50 medical residency places, critics warn of doctor shortage. The Canadian Press2015.
 13. Barer M, Stoddart G. Improving access to needed medical services in rural and remote Canadian communities: recruitment and retention revisited. 1999.
 14. Pong R, Pitblado J. Geographic distribution of physicians in Canada: beyond how many and where. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2005.
 15. HealthForceOntario. International medical graduate living in Ontario. 2016; http://www.healthforceontario.ca/en/Home/Physicians/Training_%7C_Practising_Outside_Ontario/International_Medical_Graduate_Living_in_Ontario. Accessed January 5, 2016.
 16. Caron N, Kennedy C, Warnock G. Rural surgery in “The Great White North”—universal care or universal challenge? Bulletin of the American College of Surgeons. 2013.
 17. Ontario Ministry of Health and Long-term Care. Northern health programs. <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/northernhealth/>. Accessed January 5, 2016.
 18. Anderson M, Rosenberg MW. Ontario's underserved area program revisited: an indirect analysis. Social Science & Medicine. 1990;30(1):35-44.
 19. 中桶了太, 浜田久之, 原田直樹, 今立俊輔, 調漸. カナダの地域医療人育成 : Northern Ontario School of Medicine 訪問. 医学教育. 2015;46(5):429-430.
 20. Strasser RP, Lanphear JH, McCready WG, Topps MH, Hunt DD, Matte MC. Canada's new medical school: The Northern Ontario School of Medicine: social accountability through distributed community engaged learning. Acad Med. 2009;84(10):1459-1464.
 21. Hogenbirk JC, French MG, Timony PE, Strasser RP, Hunt D, Pong RW. Outcomes of the Northern Ontario School of Medicine's distributed medical education programmes: protocol for a longitudinal comparative multicohort study. BMJ Open. 2015;5(7):e008246.

22. Government of Canada. Hours of work pamphlet 9 - labour standards. http://www.labour.gc.ca/eng/standards_e/quality/st/pubs_st/hours.shtml. Accessed January 5, 2016.

23. Petch J, Yiu V, Tepper J. New recommendations for Canadian doctors-in-training focus on fatigue. 2013; <http://healthydebate.ca/2013/06/topic/quality/how-long-is-too-long-new-canadian-recommendations-on-restricting-working-hours-for-doctors-in-training>. Accessed January 5, 2016.

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

