

## 第4部 総合診療に関する国際比較

### 1) 総論

#### 1. はじめに

##### 総合診療に関する国際比較を必要とする理由

世界の医療保障制度は独自の発展を遂げてきた経緯があり、医療提供体制、財源調達の方法、医師の育成、国家の関与、専門職の自律性、患者の医療サービスに対するアクセシビリティなどの点で、その形態は大きく異なる。例えば、財源調達方式を一例に挙げると、日本のように保険料を主な財源とする社会保険方式を採用している国としてドイツ、フランス、オランダ、日本、韓国、台湾が挙げられる一方、イギリスやカナダ、オーストラリア、北欧は租税を財源とした医療保障制度を整備している。

提供体制に関しても、イギリスはNHS (National Health Service) という仕組みの中心に、「家庭医 (GP, General Practitioner)」と呼ばれるプライマリ・ケア専門医を置き、どちらかと言うと政府の管理が強いシステムであるのに対し、日本やアメリカは民間中心という違いがある。

こうした中、いずれの先進国も高齢化の進展、疾病構造の変化、医療費の増加、財政悪化といった社会経済情勢の変化に直面しており、福祉国家の修正、そして医療制度改革を迫られているが、改革の方策についても各国で事情が異なる。例えば、アメリカは「オバマ・ケア」に代表される通り、市場をベースとした医療保障制度の構築を目指しており、日本と同じく社会保険料を主な財源とするヨーロッパの国でも、ドイツとオランダは市場的な手法を採用し、フランスは行政による計画中心という違いがある。

しかし、諸外国の医療制度改革を比較すると、「プライマリ・ケアの充実あるいは制度化」という共通点を見出すことができる<sup>1)</sup>。元々、GPを中心にプライマリ・ケアを重視してきたイギリスでは、“if general practice fails, the whole NHS fails” (家庭医療が失敗すれば、NHS システム全体が失敗する) とし

て、プライマリ・ケア分野における人材や投資の拡充を目指している<sup>2)</sup>。さらに、日本と同じフリーアクセスを採用していたフランスも2005年から「かかりつけ医」(Médecin Traitant) 制度を導入し、かかりつけ医への登録を国民に義務付けることで、プライマリ・ケアを重視している<sup>3)</sup>。

国民皆保険を目指すアメリカの「オバマ・ケア」でも提供体制における質の向上と費用抑制の両立を図る一環として、ACO (Accountable Care Organization) という枠組みを導入し、エビデンスに基づく医療の提供や質評価などとともに、プライマリ・ケアを重点分野に位置付けている<sup>4)</sup>。

このように先進各国がプライマリ・ケアを重視している背景として、いくつかの点を挙げるができる。第1に、高齢化で複数の疾患のある患者が増えるため、継続的で全人的なケアを提供したり、慢性疾患を適切に管理できるプライマリ・ケアが求められるようになった点である。第2に、医療費抑制の要請である。高齢化の進展で医療費が増加したことで、その抑制策が各国で焦点となったが、医療サービスは費用だけでなく、サービスの質を維持・向上させる観点が欠かせないため、その方策としてプライマリ・ケアが求められるようになったのである。

こうした事情は本来、日本にも共通しており、世界各国の事例から学ぶことは重要である。実際、プライマリ・ケアの重要性はOECD (経済協力開発機構) のレポート<sup>5)</sup>でも論じられている。2014年11月に公表されたレポートでは、患者が医療機関を自由

2) NHS England (2016) “General Practice Forward View”を参照。

3) フランスの事例については、松本由美 (2018) 「フランスとドイツにおける疾病管理・予防の取組み」『健保連海外医療保障』No.117、松田晋哉 (2016) 「フランスの専門医」『健保連海外医療保障』No.112、加藤智章 (2012) 「フランスにおけるかかりつけ医制度と医療提供体制」『健保連海外医療保障』No.93を参照。

4) ACOに関しては、2016年5月の財務総合政策研究所「医療・介護に関する研究会」(座長：井伊雅子一橋大学国際・公共政策大学院教授) 報告書のうち、前島優子「米国における医療の質向上と費用抑制の両立のため取り組み」論文、森山美知子「Accountable Care Organizations」論文を参照。

5) OECD (2014) “OECD Reviews of Health Care Quality JAPAN RAISING STANDARDS ASSESSMENT AND RECOMMENDATIONS”『OECD医療の質レビュー日本スタンダードの引き上げ評価と提言』を参照。

1) 例えば、イギリス、ドイツ、フランス、オランダの医療制度改革を比較した松田晋哉 (2017) 『欧州医療制度改革から何を学ぶか』勁草書房では外来の制度改革として、プライマリ・ケアの重視、ゲートキーピングによる受診の適正化などを共通点として挙げている。

に選べるフリーアクセスなど現在の日本の仕組みについて、「利便性と反応性という利点がある」としつつも、「緩やかな管理と高い柔軟性は超高齢化社会の医療ニーズに最も適うものではない可能性がある」「複雑で慢性の疾患を1つ以上抱える高齢者には、健康を維持し、社会への参加能力を最大限に発揮するため、継続的・予防的で個々に合わせたサービスが必要である」と訴えた。その上で、プライマリ・ケアの制度化に向けた方策として、①プライマリ・ケア専門医の育成、②患者が指名したプライマリ・ケア専門医に登録するシステムの導入、③プライマリ・ケアに適した支払い制度を導入、④プライマリ・ケアの質評価——などを挙げている。

それにもかかわらず、日本ではプライマリ・ケアを巡る制度改正の議論は盛り上がりを欠いている。確かに最近の診療報酬改定では、在宅医療や日常的な病気やケガに対応したり、必要に応じて専門医療機関を紹介したりする「機能」を持つ「かかりつけ医」に対する制度改正がなされており、近年の制度改革の方向性を規定した2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書でも、プライマリ・ケアの専門能力を持った総合診療医について「地域医療の核となり得る存在であり、その専門性を評価する取組を支援するとともに、その養成と国民への周知を図ることが重要」と指摘している。総合診療医の育成プログラムもスタートしたほか、日本プライマリ・ケア連合学会の取り組みなどを中心に、個別の現場や地域における実践例が増えつつある。

しかし、専門医の育成論議が諸外国よりも遅れたほか、報酬制度や患者の医療サービスに対するアクセシビリティなどプライマリ・ケアを制度として明確に位置付ける議論は見受けられない。将来の医療提供体制改革に向けて各都道府県が2017年3月までに策定した「地域医療構想」<sup>6)</sup>でも病床数の削減論議にとどまっている感は否めない。

もちろん、各国で前提となる医療制度の歴史が異なる以上、プライマリ・ケアの導入方法も千差万別であり、プライマリ・ケアに関する諸外国の事例を

ダイレクトに「輸入」することは困難である。しかし、海外の医療制度の経験や事例から学び、制度改革に向けた示唆を得ることは重要であり、こうした先例を参考にしつつ、日本として独自の「解」を見出さなければならない。

本報告書では、世界15カ国におけるプライマリ・ケア専門医の育成過程、国民の健康などに与えるプライマリ・ケアのアウトカムやインパクト、診療報酬制度などプライマリ・ケアを巡る医療制度といった点を調査するとともに、スコア化を試みた。こうした分析を通じて、ややもすると国内で当然視されがちな日本の医療制度を客観視することで、より良い方向に日本の医療制度が改善されることを期待している。

(三原 岳)

## 2. 調査項目／記載内容／プライマリ・ケアスコアテンプレート

各論部分における各国の報告書のフォーマットは下記の項目に対応する形で記載する。(病院総合医は除く)

本来は総合診療／家庭医のみについて記述すべきであるが、医療のアウトカムはどのような能力を持った医療従事者がいるか、ということだけでなく、診療報酬制度や受療行動をコントロールする仕組みなどによっても大きく影響を受けるため、それらについても記述している。

この項目はプライマリ・ケアを正確に記述するための10の軸(Kringos)、およびStarfieldのプライマリ・ケアスコア(Starfield)より抜粋している。そのシステムや医師の住民満足度については含まれていないことに注意。

### (1) 総合診療医／家庭医とは

ここではキャリアパス(特に医学部卒業後専門医取得までを中心に)および、総合診療専門医／家庭医療専門医に求められる能力(コンピテンシー)、その獲得に必要な研修内容、専門医資格認証の審査(試験)などについて述べる

### 1) 医学部／医師免許試験と合格率／毎年の新規医師誕生数

1-a) 医学部はいつから入学できるか(その前に必要な初等教育の年数／高校卒業からか／college卒業からかなど)

1-b) 医師免許試験の内容(MCQだけなのか、口頭試問や実技があるのかなど)、及び合格率

6) 地域医療構想は団塊の世代が75歳以上を迎える2025年に向けて、急性期病床の削減や回復期機能の充実、在宅医療の整備などの医療提供体制改革を目指す制度。人口20～30万人単位の「構想区域」ごとに、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の各病床機能について、2025年時点の病床数を推計し、これと現状を比較することで、構想区域単位の現状や課題を可視化した。今後は関係者で構成する「地域医療構想調整会議」を中心に、医療機関関係者、介護従事者、市町村、住民などの関係者が対応策を協議・推進することが想定されている。

- 1-c) 毎年の新規医師誕生数及び人口当たり医師数  
 1-d) 医学部の学費（総額、年あたり、日本円換算を併せて）
- 2) その国の家庭医／GP 専門家養成のキャリアパス（正規パス）
- 2-a) 医師免許取得後どの段階から家庭医／GP 専門家養成のキャリアパスに乗ることができるか  
 2-a') 家庭医／GP 専門家養成のキャリアパスに乗るためのハードル（倍率はあるか、希望したら必ず研修に入れるか、そのために適性審査はあるか）
- 2-b) 家庭医／GP 専門家養成の期間と内容（いわゆるレジデンシー）  
 特に下記についてわかる場合は言及  
 \* 小児の診療, 女性のコンプレックス (women's health), 妊婦健診, 出産, メンタルヘルス, 小外科, 入院診療（一般成人, 小児, 集中治療に分けて）, 筋骨格系, 皮膚, 在宅／訪問診療  
 \* 家庭医／GP 専門医のもとで学ぶ必要性  
 \* 家庭医療／プライマリ・ケアの理論的基盤の習得
- 2-c) 専門医取得時に求められるコンピテンシー  
 2-d) 専門医試験の内容（どのような試験内容か、試験の種類や blueprint など）
- 3) その後のフェロシップ、追加資格のキャリアパス
- 4) 他領域からの転向について

既存の実地医家や他領域からの転向希望者への上記2)の正規パス以外に家庭医／GP 専門医を取得する方法はあるか（あれば具体的に）、ない場合は、それに準ずる資格や技術認証の可能性はあるか。また保険診療上プライマリ・ケアを診療として行う場合に医師免許以外の資格やトレーニングが要求されるか。

(2) 総合診療医／家庭医が与えるインパクト

医療システム、医療費、健康指標に与える影響、およびそれを達成する背景となる医療システム、医療制度の「プライマリ・ケア度（プライマリ・ケアを促進するような仕組みの成熟度）」について

- 1) プライマリ・ケアのアウトカム／インパクト  
 総合診療医／家庭医が達成したインパクトについて下記の3点から論ずる
- a) ケアの質 Quality care
1. プライマリ・ケア提供者の処方行動  
Prescribing behaviour of primary care providers
  2. プライマリ・ケアにおける診断と治療の質  
Quality of diagnosis and treatment in primary care

3. 慢性疾患管理の質 Quality of management of chronic diseases
  4. メンタルヘルスケアの質 Quality of mental health care
  5. 母子のヘルスケアの質（小児医療、周産期、女性の医療） Quality of maternal and child health care
  6. 健康増進の質 Quality of health promotion
  7. 予防医療の質 Quality of preventive care
- b) ケアの効率性 Efficiency of care
1. 配分と生産の効率性 Allocative and productive efficiency
  2. 技術的な効率性 Technical efficiency
  3. プライマリ・ケア医療従事者のパフォーマンス効率 Efficiency in performance of primary care workforce
- c) 健康の公平性／公正性 Equity in health
- 2) その他（追加情報、特に「構造」について）  
 特にプライマリ・ケアの質を担保するための下記「構造」について記述する（構造の担保が結果の保証にはつながるとは限らないが、構造の担保はその機能発揮、インパクト実現のための促進因子となる）
- 1) ガバナンス
    - \* 国で統一されたプライマリ・ケアのデータベース／収集の仕組みがあるか
    - \* プライマリ・ケアを提供する医療機関の運営（公立、国立、private など）
  - 2) 経済状況
    - \* 国の医療費に対するプライマリ・ケアに関する医療費の割合
    - \* プライマリ・ケア医の雇用形態（公務員、一般勤務医、開業など）
    - \* プライマリ・ケア診療報酬支払制度（P4P, capitation, fee for service, その他）
  - 3) プライマリ・ケアの労働力確保
    - \* プライマリ・ケアを担う人たち（NP, PA, 保健師など）
    - \* 医学部卒業後、家庭医療専門教育に進む割合
    - \* 家庭医／GP の全体の医師に対する割合
    - \* 学術団体が存在するか
    - \* 将来のプライマリ・ケアの労働力の予測／確保の計画があるか
- 3) プライマリ・ケアスコア（Starfield のものをそのまま引用）  
 表参照。



文献

Kringos D, Boerma W. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research. 2010;(10): 65.

Barbara Starfield Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford University Press; Revised 版 (1998/10/15)

(岡田唯男)

プライマリ・ケアスコア

	高い	中等度	低い
医療システムの特徴			
Type of system	プライマリ・ケアを提供する医療機関が人口分布に合わせて満遍なく配置されているか(国の方針によってある程度配置への影響があるか)	配置へのインセンティブがあるが影響は中等度	regulation なし
Financing	税金	社会保障に基づく	private insurance agency による
プライマリ・ケア提供者の種類	家庭医/GP	内科や小児科	それ以外
実際に診療をしている領域別専門医の割合	50%以内	51 - 69%	70%以上
領域別専門医に比してのプライマリ・ケア医療者の収入の比率(PC医の年収:領域別専門医の年収)	0.9 : 1 以上	その間	0.8 : 1 以下
プライマリ・ケアサービスに関しての患者の費用負担	ないか極めて低い	低い and / or 上限あり	それ以外
患者リスト(パネル)	医師ごとの患者パネルのリストが要求されている	グループでのリスト and /or 要求されないが前提として存在している	存在しない
24時間対応	法律や制度によって義務付けられている	社会的な義務(努力)によって存在	どちらも存在しない
academic 家庭医療部門の強さ	他の診療部門と同じぐらい強い	国の中でばらつきがある	医学教育や研修の場において、家庭医療が低優先順位もしくは評判が低い
診療内容のプライマリ・ケア度			
first contact	領域別専門医への受診がプライマリ・ケアを経由することが必要	領域別専門医への直接受診を減らすためのインセンティブが存在	患者が自分で領域別専門医への受診可能
longitudinally	登録や患者パネルに基づく主治医/かかりつけ医療機関の紐付け	意図的ではなくデフォルトとして医師患者関係が存在	長期的な医師患者関係のコンセプトが存在しない
comprehensiveness	小児, 高齢者, 女性, 成人, ルーチンの産科診療, メンタルヘルス, 小外科, 予防サービスのほぼ全てがプライマリ・ケアで提供される	その間	左記のほとんどがプライマリ・ケア診療の特徴ではない
coordination	プライマリ・ケア医と領域別専門医の間の紹介に関して公式のガイドラインが存在する	その間(一部の病態や患者に対してのみ存在)	患者の紹介に関してガイドラインが存在しない
family centeredness	家族志向のケアをするという意図がプライマリ・ケアの役割として明示されている		
community orientation	医療者が地域の問題の同定やサービス内容の計画を立てる際に地域のデータを利用している	診療録/診療のデータを利用してケアの優先順位を決めている	サービス内容を決めるためにどのようなデータも利用していない

### 3. 国の選定基準

以下のような基準で対象国の候補を選び、なるべく複数の基準に対象国として現れる国を中心に、任意で対象を選定した。(下線は今回実際に対象となった国)

\* Starfield のプライマリ・ケアスコアランク<sup>1)</sup>

上位国 英国, スペイン, オランダ, フィンランド, デンマーク

中位国 豪州, カナダ, スウェーデン

低位国 ベルギー, フランス, ドイツ, 米国

\* Kringos の欧州 31 カ国のなかでのプライマリ・ケア度 上位国<sup>2)</sup>

上位はベルギー, デンマーク, エストニア, フィンランド, リトアニア, オランダ, ポルトガル, スペイン, 英国 (アルファベット順)

\* 日本との類似点から

人口の近い国 メキシコ, フィリピン, ロシア, ベトナム

国土面積の近い国 スウェーデン, ドイツ, フィンランド, ベトナム

人口密度の近い国 オランダ, ベルギー, フィリピン

GDP の近い国 米国, 中国, ドイツ, イギリス, フランス, ブラジル

\* 国連の world happiness report 上位国

1. ノルウェー (7.537) 2. デンマーク (7.522)
3. アイスランド (7.504) 4. スイス (7.494)
5. フィンランド (7.469) 6. オランダ (7.377)
7. カナダ (7.316) 8. ニュージーランド (7.314)
9. オーストラリア (7.284) 10. スウェーデン (7.284)

\* WHO の HALE (health life expectancy) の上位国 [http://gamapserver.who.int/gho/interactive\\_charts/mbd/hale\\_1/atlas.html](http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/hale_1/atlas.html)

日本, シンガポール, 韓国, スイス, イタリア, イスラエル, アイスランド, フランス, スペイン, カナダ, オランダ, オーストリア, スウェーデン, ノルウェー

\* プライマリ・ケアを中心に据えた独自の医療政策で注目を浴びている国

キューバ

\* 最近のプライマリ・ケア制度の改革で話題になっている国 (私見)

台湾, ブラジル, タイ

できれば調査を行うべきであるが、今回時間的制約

で調査の対象に入れられなかった国

スウェーデン, フランス, スペイン, ブラジル

文献

- 1) Barbara Starfield Primary Care : Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford University Press; Revised 版 (1998/10/15)
- 2) Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, et al. The strength of primary care in Europe : an international comparative study. Br J Gen Pract. 2013;63 (616) : e742-e750.

(岡田唯男)

### 4. エグゼクティブ・サマリー (1)

今回の総合診療/家庭医療についての国際比較では 15 カ国 16 テーマについて調査を行った。

本来は総合診療医/家庭医の役割や意義、価値について国際比較を行うべきであるが、医療サービスの提供は、それが行われる地域での構造(制度など)に依存するため、その国の医療制度という文脈の中で記述しなければ比較の意義がない。

国の医療システムがどのくらいプライマリ・ケア提供を支援する土壤があるかというのはプライマリ・ケアスコア (Starfield) やその他の指標によって測定項目がある程度標準化されており(調査項目/記載内容の項参照)、またそれらのスコアと、その国の住民の健康指標は正の相関があることもわかっている<sup>1)</sup>。またプライマリ・ケアスコアと医療費は逆の相関があることもわかっている<sup>2)</sup>。

したがって、住民の健康アウトカムをあげ、コストを抑えたいのであれば、国の医療システムのプライマリ・ケアスコアが上昇させることを意識して改善を進めるのが自然な流れである。

Macinko (2003) の分析<sup>3)</sup>では日本のプライマリ・ケアスコアは 20 点満点中 7.5 点 (1975, 1985, 1995 年の 20 年間変化なし) で、OECD 加盟国平均の 8 点後半~9 点後半を下回っている。この 20 点というのはそれぞれの点数が 0~2 点を取りうる評価項目が 10 種類で構成されるが、日本は 2 点を獲得した項目はなく、「プライマリ・ケアを提供する医療者の地理的配分がどの程度計画、調整されているか」および「longitudinality (患者登録/患者パネル) が存在するか」の 2 項目で 0 点である。一方で英国、デンマーク、オランダなどはこのスコアで満点かそれに近い高得点を獲得しており、それらの国は国連の world happiness report や WHO の HALE (health life expectancy) の上位国である。(国の選定基準の

項)

日本はこのことに注目することなく医療政策を進めているように見え、その結果、2015年のOECDによる日本の医療制度に関する報告書<sup>4)</sup>ではその提言の中で「日本の急速な高齢化を考慮すると、予防的及び包括的な高齢者ケアに向けた明確な方向性が必要である。これにおいては、日本で明白なプライマリ・ケアの専門がないことに対処することが重要である。」と外野から指摘されるに至っている。

本調査では、選択した15カ国においてそれらの標準化された測定指標についてできるだけわかる範囲で記述し、プライマリ・ケアスコアの表を合わせて作成した。また、日本と米国に独特の総合診療医／家庭医が病棟医療を担う、という点についても米国のそれについて調査し報告した。それぞれの報告を参考にし、これからの日本が、財政破綻を避けつつ、かつさらに健康度を上げるための施策としてプライマリ・ケアとプライマリ・ケア専門家を中心に据えた医療政策の推進をする以外に道は無いように思える。

以下に、報告書や世界の流れを踏まえた、日本がとるべき方向性についての提言をまとめる。

大方針：国の医療政策としてプライマリ・ケアを推進する仕組みづくりが必要。(既存の研究によって判明している「プライマリ・ケア度」を増加させる方向性を意識した変革)

## 具体的な施策

### 1. 医療政策の側面から

- a. タイの憲法のようにプライマリ・ケアの重点化を政策での明言化
- b. 住民一人一人に対して、プライマリ・ケアの提供を通じて健康に責任を負う主治医としての医療者、若しくはグループのひもづけと明確化(このことなしに、質の指標を用いた医療の質の向上／予防医療／ヘルスプロモーションの責任ある実施は不可能)およびこのシステムにおける、何らかの形で24時間対応の担保。
- c. 良質なプライマリ・ケアを提供する医療者(PCC: Primary Care Clinician)の定義及び明確化、それを踏まえたPCCの数や分布の適正化への緩やかな誘導
- d. 住民のプライマリ・ケア利用を促進する財政的支援の整備

(ア)対象とする医療サービスの拡大(予防医療やヘルスプロモーション)

(イ)効果の高い診療行為への診療報酬増加と、それらのサービスを受ける際の患者負担の軽減(必要、重要な医療サービスに手厚い診療報酬配分は必要だが、定率負担のために患者負担も増加し、それらのサービスへの受療行動に制限がかかっては意味が無い)(逆に根拠に乏しい医療行為への診療報酬切り下げおよび、それらのサービスを受ける際の患者負担の増加)

(ウ)無保険者を減らす取り組み

### 2. 良質なプライマリ・ケアを提供する医療者(PCC: Primary Care Clinician)の計画的な増加

a. PCCの明確な定義と認証：これは総合診療医／家庭医に限定する必要は無い。場合によっては業務の一部は、他の職種に委譲してもよい。ただし、PCCと認定されるために求められる能力や提供すべき能力を明確にする必要がある。このことなしに、国全体や特定の地域でプライマリ・ケア機能を提供する医療者が充足しているかどうかの判定は不可能であり、当然計画立案が実現できない。

b. PCCの能力の明確化：良質なプライマリ・ケアを提供するには内科だけでは不十分で、諸外国の報告を見ても、診療領域として小児、女性、妊婦、メンタルヘルス、筋骨格系は必須、また地域指向性、家族指向性を持つこと、そして、家庭医療学の理論的基盤の習得と、GP／家庭医の元で学ぶ必要性は明らかである。(従って、日本専門医機構が導入した総合診療専門医制度においても、このことは十分に認識される必要がある)

c. PCCのキャリアパスの整備：PCCの十分な数の確保のためには様々なキャリアパスの整備が必要で以下の4つのパス／仕組みを整備する必要があると考える。

(ア)初期臨床研修を終えてすぐに最初から総合診療医／家庭医を目指す医師を対象としたもの：専門医研修

(イ)他領域から新たにPCCを目指す医師のための転向支援(再研修)

(ウ)すでに実地医家として現場でプライマリ・ケアを提供している医師の質担保、向上支援

(継続研修)

(エ)看護師など他職種のプライマリ・ケア能力を担保するための研修（プライマリ・ケア看護師、プライマリ・ケア薬剤師など）

### 課題

- a. 入院診療のプライマリ・ケアにおける位置付け：国際的な視点からは家庭医がセカンダリ・ケアである入院診療を担うことは米国と日本を除いてはほとんど見られない（研修では必要）。しかし、日本においては有床診療所など、プライマリ・ケア医が一部の入院をになってきた経緯もあり、総合診療医の診療範囲は国により異なるので、入院診療を日本における PCC の能力や役割として必須とするのかは継続的議論が必要といえよう。
- b. 経路依存性の中での改革：上記の提案は現状の日本の医療提供の仕組みからは非常に大きな変化を伴うものを含んでいる。経済学や政治学において経路依存性という概念が存在し<sup>5)</sup>、津川が、「医療制度はしばらくシステムを止めてその間に大きな改革を行うというわけにはいきません。改革している間にも医療サービスを必要している人達がいるわけであり、大規模な改革をすることでその人たちが命にかかわる健康被害を受けてしまう可能性もあります。日本の医療制度の歴史的背景を十分理解しつつ、現在のシステムを大きく損ねない範囲で、より良い方向性に向かうような変化を加えていくことが、良い医療政策なのかもしれません。」と指摘するように<sup>6)</sup>、過去の影響により、急な変革は難しいからこそ、明確な目標設定と、そこへ必ず到達するのだという揺るぎない信念に基づく、医療政策決定が必要なのだと言えるだろう。

### さいごに

繰り返しとなるが、医師が働いている医療システムがプライマリ・ケアをサポートする仕組みを備えているかどうかによって、ジェネラリストと領域専門医のパフォーマンスは容易に逆転するため<sup>7)</sup>、総合診療医の有用性を最大限に発揮させるためには、それを支援する医療提供システムと合わせての改革が必要であることを強調しておく。

この報告をもとに、日本の医療政策がさらに良い方向へ向かうこと、その結果日本の住民すべてがより幸福になることを願ってやまない。

### 文献

- 1) Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q.* 2005 Sep; 83(3): 457-502.
- 2) Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy.* 2002 Jun; 60(3): 201-18.e.
- 3) Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003 Jun; 38(3): 831-65.
- 4) OECD. COUNTRY REPORTS Reviews of National Health Care Quality: Japan - Released 21 August 2015 <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-reviews.htm>
- 5) JACOB S. HACKER. The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U.S. Medical Policy. *Studies in American Political Development* Volume 12, Issue 1 April 1998, pp. 57-130
- 6) 津川友介 経路依存性 (Path dependence) — 過去の歴史が将来を決める 医療政策学×医療経済学. 2014/09/07 <https://healthpolicyhealthecon.com/2014/09/07/path-dependence/>
- 7) Homa L, Rose J, Hovmand PS, et al. A participatory model of the paradox of primary care. *The Annals of Family Medicine.* 2015; 13(5): 456-465.

(岡田唯男)

## 5. エグゼクティブ・サマリー (2)

### 総合診療に関する国際比較を必要とする理由

現在議論されている日本における総合診療が、諸外国ではどのような医療形態にあたるのかは実は明確になっていない。Family Medicine（北米、東アジアでの名称）あるいは General Practice（欧州、コモンウェルス圏での名称）とされるものなのか、あるいは General Medicine（欧州、コモンウェルス圏での名称）あるいは General Internal Medicine（北米での名称）、Hospital Medicine（米国での名称）を包含するものなのか？

これまでの日本における総合診療に関する議論の経過とステイクホルダー達の発言をたどる限り、総合診療専門医とは、

1. 診療所（病院も含む）の非選択的外来診療、在宅



医療，地域の保健予防活動を担うプライマリ・ケアの専門医（ほぼ家庭医療に一致する）

2. 病院において必要に応じた病棟医療，一部救急医療や外来診療を担う（総合）内科医

のハイブリッド型と言えるだろう。そして諸外国においてはこの二つの専門医像は異なる領域であり，これまでの世界的な常識では，同じ研修プログラムによって生み出される専門医とは考えられないと思われる。しかし，日本の文脈でこの二つの医師像が総合診療医というひとつの名称で呼ばれていることの意味を，われわれは深く探るべきであろうと考えている。

総合診療自体が，もともと最初に定義されたものではなく，これからの日本の医療においてどのような医師が必要になるのかという論点で，様々なレイヤーで行われてきた，放射的な議論から「帰納的」に生み出された独自のコンセプトであるという認識が必要ではないだろうか。

日本の医療あるいはヘルスケアシステムの今後を構想する上で，

1. 少子高齢化と人口減少
2. 経済的低成長の持続と国家財政の逼迫
3. 疾病構造の変化と国民の医療に対するニーズの変化・多様化

を基調とした上で，

医療の「質」「提供の妥当性」「費用対効果」「公平性」をバランス良く保ち<sup>1)</sup>，地域ごとに医療・介護・福祉の提供体制の最適解を追求する「地域包括ケア」を構築する必要がある。そのためには，今回の調査でもあきらかだが，英国など欧州に代表されるようなプライマリ・ケアを中心とした医療システムの再構築が必要である。また地域基盤型ケアにおける統合（水平統合）と施設間連携における統合（垂直統合）が地域包括ケアの本質であるといえるが，水平統合は専門職連携がキーであり，垂直統合においては，医療における価値を共有した（規範的統合）連携のキーとなる専門職がそれぞれの施設に存在する必要がある。

日本における総合診療医とは，こうしたヘルスケアシステムや地域包括ケアが機能することに資する専門医であるといえるだろう。つまり，施設のコンテキストによりその業務の内容を変化させ，必要な知識や技術を伸長させ，ある時期は診療所で，またある時期は病院病棟でも機能できるような医師のことといえるだろう。こうした医師像は，米国で家庭医が病院病棟を担っている地域にそ

のホモロジーをみることができるとは，殆どの国では病院とプライマリ・ケアがその役割を完全に分業化しているため，直接参考にできる事例は少ない。

今回の調査では，

1. プライマリ・ケア中心のヘルスケアシステムの実態（登録制導入の有無等）
2. 病院医療における総合診療部門の必要性と有効性
3. 総合診療医を量的質的に確保するための医学部卒前卒後教育のカリキュラム
4. 各科専門医から総合診療医へのコンバートを可能とするための条件整備
5. 総合診療医がヘルスケアシステム，あるいは医療経済に与えるインパクト

について，各国の状況から特に参照すべきものを探索した。

1. 英国では登録制が導入されておりそのプライマリ・ケアシステムを参照して，様々なEU諸国が導入してきていることは周知の事実である。すくなくともフリーアクセス自体の国民の健康へのインパクトや費用対効果へのポジティブな影響は実証されていないと思われる。われわれが注目するのはエストニアである。1991年の独立以降，eHealth戦略のビジョンのもと登録制にもとづくプライマリ・ケアの構築とエビデンスに基づく医療政策立案実行を掲げている。

今後の日本においては，日本の実情を加味した，包括的に健康をマネジメントするシステムについて検討する必要がある。また，このシステムは診療報酬上の加算というような，患者負担を増加させる方向ではなく，むしろシステムを適切に利用した患者の自己負担を軽減する方向ですすめるべきであろう。

2. 地域包括ケア時代における病院医療では，地域との連携，垂直統合がキーであり，規範的統合の要となる病院部門が必要である。その病院部門は総合診療部門である。この病院における総合診療の担い手を病院総合医と我々は呼ぶが，このモデルとなる国は比較的すくない。おそらくもっとも近い構造を持つものが米国におけるホスピタリストである。ホスピタリストの主たる役割は，外来診療を担うプライマリ・ケア医（家庭医）から患者を引き継いで入院診療を行い，治療終了後は再びプライマリ・ケア医に患者を戻すことであり，病院における医療のリーダーとされていて，基本的にジェネラリスト



である。ほぼ成人患者を対象とするが、病棟さえも、守備範囲である限り、年齢性別、疾患を問わない事例も少なくない（成人の入院と同時に、小児の軽い肺炎や、妊婦の妊娠悪阻、出産直後の健康な母子などの入院事例を並行で診療）。長くアテンディング制の伝統のある米国において、病院医療に特化した専門職は当初の予想をこえて広がってきている。日本のコンテキストにおいては、おそらく米国型のホスピタリスト制度の参照は部分的であろう。が、病院医師の働き方改革として「交代制」「チーム制」をとるホスピタリストの働き方は注目すべきである。また、日本の病院の医師は、プライマリ・ケア外来や救急外来、さらには在宅診療までやっていることもあり、その仕事の内容は総合診療に近いところがある。おそらく日本の総合診療は診療所から病院病棟勤務まで仕事内容にグラデーションと多様性があるといつてよい。たとえば、米国の家庭医療部門はかなりの高機能の病棟部門を持っている場合があるが、これはその部門とつながっている地域の家庭医が診ている患者のための病棟である。つまり、地域の不特定多数に開かれた病棟ではない。不特定多数に開かれているのは救急部門と一般内科病棟である。この違いは地域包括ケア時代における日本の病棟医療を考える時に極めて示唆的である。たとえば地域包括ケア病棟を担当する医師は総合診療医がベストであるといえるのではないだろうか。なお、米国のホスピタリストとして仕事をする医師の出身レジデンシーは内科及び家庭医療科であることにも注目したい。

3. 総合診療医のキャリアを選ぶ医師をどう確保するかということについては、各国が苦闘している状況がある。しかし、一定のコンセンサスは出ており、オーストラリアやカナダの取り組みに注目したい。答えはシンプルであり、医学教育の場を地域に広げること、地域での医学教育に取り組む医師を確保することである。

米国が1960年台後半に家庭医療の専門医制度を構築する際に、大学での家庭医療部門を同時に設置したが、その際にリーダーとして採用した教授陣は地域の先鋭的な総合診療医だったことを思い出すべ

きである。既存アカデミーの価値観の中からは、あたらしいカテゴリーのリーダーは生まれないという視点からの施策である。当時の米国においては家庭医療は明らかにイノベーションだったからである。日本の大学の総合診療の発展のためにはこうした視点も参照したいところである。

4. 診療各科医を総合診療医にコンバートする方略としてもっとも注目すべき国の一つは、エストニアだろうと思われる。1991年（旧ソ連から独立）よりプライマリヘルスケアに注力し、すでにプライマリ・ケア医として働いている地域の医師、小児科医、婦人科医、救急医はパートタイムで再訓練を受けられる。家庭医の研修は当初オーダーメイドの再教育プログラムとして開始された。3年間におよび、最終試験を経て終了となるこのプログラムは1991年から2004年まで行われた。

タイでは5年以上の地域医療での勤務歴があれば総合診療専門医へのアクセスの門戸をひらいている。

シンガポールでは、一度病院等で勤務した医師が家庭医を目指す場合は2つのルートが有り、一つは各FM Residency programに申し込んで3年間の研修を受けるルート、もう一つが既存の勤務先で勤務を続けながら家庭医になるためのトレーニングを受けるGDFMのコースである。医師の中には現在の勤務を続けながらも家庭医療の専門医の資格を取りたいと考えている医師、家庭の事情によりResidency Programには進めない医師もおり、そのような医師に対して2年間のパートタイムの教育を提供することで家庭医療専門医を増やしていく取り組みを行っている。

いずれにしても、さまざまなルートで総合診療医へのキャリアチェンジが可能になる仕組みを至急構築すべきである。

#### 文献

- 1) Boelen, C. Prospects for change in medical education in the twenty-first century. *Academic Medicine*, 1995; 70 (7); 21-8.

(藤沼康樹)

## 2) 各論

### オーストラリア

#### 特徴の概要

- ・ 領域別専門医への紹介に関して法的な規制の確立
- ・ 僻地専門GPのキャリアパスが別途用意されている

#### 1. 医学部 医師免許 合格率 新規医師数

現在、オーストラリアには21の医学部があり、そのうち、11の医学部は2000年以降に過疎地域を中心とした医師不足を背景に新規設立されたものである。4年制コースと5もしくは6年制コースがあり、両方を有する医学部（下線の大学）も存在する<sup>1,2)</sup>。それまでに必要な学歴は日本と同じで12年間の基礎教育となっている。高校の最終試験で優秀な成績を修めた者に医学部受験の資格が与えられ、Interview testとThe Undergraduate Medicine and Health Sciences Admission Test (UMAT)に合格すれば医学部に進学できる。その他の人は医学部以外に進学し、どうしても医師になろうとすれば学位を取得後にGraduate Medical School Admissions Test (GAMSAT)などの試験を受験し、合格した場合にGraduate Entryの医学部に入学することができる。学費は概ね、国内学生は年間A\$10000 (Commonwealthのサポート込み)程度（換算レート約A\$1 = ¥100）となっており、留学生はA\$70000-80000/年となっている。現在、医師数は2012年の統計で人口1000人当たり、3.6人（日本2.2人）、2000年以降の医学部の新設増加に伴い、現在、年間、3500-4000人/年の新規医師が誕生している<sup>3)</sup>。

#### 4年制コースを持つ大学

##### Australian Capital Territory

Australian National University

##### New South Wales

University of Notre Dame Australia (Fremantle and Sydney)

University of Sydney

University of Wollongong

##### Queensland

Griffith University

Bond University

University of Queensland

##### South Australia

Flinders University

##### Victoria

Deakin University

University of Melbourne

##### Western Australia

University of Western Australia

5もしくは6年制コースを持つ大学

##### New South Wales

University of Newcastle

University of New England

University of New South Wales

University of Western Sydney

##### Northern Territory

Charles Darwin University

##### South Australia

University of Adelaide

Flinders University

##### Queensland

University of Queensland

##### Victoria

Monash University

##### Tasmania

University of Tasmania

##### Western Australia

Curtin University

The University of Western Australia

#### 2. 卒業後の進路選択

日本のような医師国家試験はなく、各医学部が独自に設定した試験で医師資格を得る。試験の内容は各大学に一任されており、時期も最終学年の場合もあれば、最終学年の1年前のこともある。しかし、教育内容や試験などの質の担保は第三者機関によって厳しく管理されている。卒業後はPGY (Post Graduate Year) 1とよばれるインターシップを経験する。この段階ではまだ、完全に独立して臨床が許されているわけではなく、指導医の監督下での臨床である。そして、2年目はPGY2ともRMO (Resident Medical Officer)もしくはJHO (Junior Hospital Officer)とも呼ばれる資格となり、ほぼ独立して臨床ができるようになる。ここからは数年、Medical Officerとして自分の専門分野を決めるために数年過ごしたり、自分の行きたい専門分野に定員があり（診療科によっては非常に狭き門である）、入れなかった場合には数年、この身分のまま待機する。

#### 3. オーストラリアの医師と医療の現状<sup>4-7)</sup>

2015年現在、102,805名の医師が登録されており、そのうち、88,040名が医療を提供する仕事しており、その他は教員が1,056名、研究職が1,319

名、事務職が1,490名となっている。総合診療医の Academic な活動は比較的少なく、プライマリ・ケアに専念していることが多い。全医師数の約40%が女性医師であり、27.2%が55歳以上となっている。そのうち、総合診療医は33.1%、臓器専門医は35.0%、臓器専門医研修中の医師は18.0%、病院総合医が11.6%である。総合診療医に占める女性医師の割合は約50.9%で、全医師数に占める女性医師の割合よりは高くなっている。大部分が大都市に居住しており、へき地・遠隔地勤務者は少ない。総合診療医は現在、人口100,000人あたり110-115人程度になっており、安定して推移している。病院総合医の数は2005年6,632人から2015年9,745人に増加し、その平均年齢は33.4歳となっている。週平均労働時間はここ数年は約42時間前後で推移している。医療は Medicare と呼ばれる公的保険制度で行われ、公的医療機関は原則、無料である。私的医療機関は Medicare ではカバーされないため、私的保険に加入し、受診していることが多い。Medicare の財源は所得税などの一般税金収入から捻出されている。医師と医療の適切な配置に関しては広大な国土のため、大都市、地方、過疎地域などに適切に配置されるよう努力されているが、実際には適切に配置されているとは言えず、特に専門医療機関は沿岸部や大都市に集中している、というか、集約されていると言って良い。しかし、それを補うために Royal Flying Doctor Service などの医療輸送システムがある程度確立している。

#### 4. 総合診療専門医の影響と研修

オーストラリアの医療制度はイギリス式が踏襲されている。医師は大きく GP (General Practitioner = 総合診療医) と呼ばれる医師と Specialist (= 臓器専門医) と呼ばれる医師に分けられる。プライマリ・ケアの担い手は GP であり、小児、成人、男女、老若を問わず、何か健康上の問題が発生した時にそれが何の問題であるのかも含めて、かかりつけ総合診療医をまず、受診し、総合診療医が解決できる健康問題でない場合に限って総合診療医を通じて臓器専門医に紹介受診する仕組みが法的にも規制されて確立されている。一般的には患者は直接、臓器専門医を受診することができないか、できても長期間(数週間から数か月間)、待つことになる。もし、緊急性を要すると思われる場合にはその地域の大きな病院の救急外来を受診するか、24時間医療を提供している GP に受診する。GP の平均年収は約12~15万豪ドルで Specialist の平均年収は約20~40万

豪ドルとなっている。オーストラリアは広大であり、人口のほとんどが沿岸部に住んでいる。しかし、内陸部での産業は国にとって重要であるため、オーストラリアでは人口過疎地域での医療過疎が重要な問題となっている。人口過疎地域には特有の医療問題があり、日本の過疎地域と違って専門医まで何時間と離れていることも少なくない。特に過疎地域の総合診療医には重症疾患への初期対応能力が求められる。その Rural GP に求められる特殊な能力という面もあり、オーストラリアの総合診療に関係するオーストラリア医学協議会 (Australia Medical Council) が認定する正規の GP 研修を提供しているのはへき地医療に特化したオーストラリアへき地・遠隔地医療学会 (Australian College of Rural and Remote Medicine=ACRRM) と王立オーストラリア総合診療学会 (The Royal Australian College of General Practitioners=RACGP) である。総合診療医 (GP) になることを希望した場合、これらのいずれかの研修を選択する必要がある。この研修を開始するには通常は PGY2 の1年間で ACRRM もしくは RACGP が要求する内容の病院研修を予め行うことで2年目から GP 研修を開始することができる。もしくは上述のように自由に PGY2 以降、数年の経験を終えてから専門医のプログラムに入ることが多いようである<sup>8)</sup>。PGY1 から専門研修に進むためにはまずは PGY1 では内科、外科、救急をローテートし、PGY2 で ACRRM は小児科、産婦人科、麻酔科を、RACGP は小児科、総合診療に関係する任意の3診療科をローテートしていることを条件としている。また、研修中に研修医の希望に合わせて両学会ともにアボリジニー・トレス諸島の人たちの医療、総合診療に係るアカデミック活動、麻酔医療、緩和医療、精神医療、皮膚がん医療、スポーツ医学のいずれかを研修することを求めている。

#### 5. オーストラリアへき地・遠隔地医療学会 (ACRRM) 総合診療専門医<sup>9)</sup>

1. 医学生  
↓
2. インターン (PGY1, RMO 経験後もしくは RMO から開始もできる)  
↓
3. 専門研修: 4つのコースがある  
専門研修に入る前に以下のどれか条件を満たすことが必要。

● Australian General Practice Training (AGPT) 開始前  
2年以内の研修必要



- Independent Pathway (IP) 開始前3年以内の研修が必要
- Remote Vocational Training Scheme (RVTS) 開始前2年以内の研修が必要
- Rural Experienced Entry to Fellowship 過去の臨床経験を認定

#### 専門研修

#### Competencies (身につけるべき資質・能力)

- Provide medical care in the ambulatory and community setting
- Provide care in the hospital setting
- Respond to medical emergencies
- Apply a population health approach
- Address the health care needs of culturally diverse and disadvantaged groups
- Practice medicine within an ethical, intellectual and professional framework
- Practice medicine in the rural and remote context

#### 研修内容

- 12カ月 認定病院でのコア研修
- 24カ月 へき地・遠隔地でのプライマリ・ケア研修：以下を含む
  - ▷少なくとも6か月間の地域でのプライマリ・ケア
  - ▷少なくとも6か月間の病院、もしくは救急医療
  - ▷少なくとも12か月間遠隔地に居住し、臨床実施
- 12カ月 専門分野研修（任意の診療科を希望できる）  
もしくは24カ月 へき地一般外科研修

#### 教育

以下の教育を受けること：

- 研修施設が提供する認定教育プログラムの履修
- 少なくとも4つのACRRM オンライン学習モジュールの履修
- 指定された救急コースの履修

#### 評価

以下の評価に合格すること：

- MiniCEX：9回（へき地で）
- 360度多職種評価：1回（開始1年後Ruralで）
- Multiple Choice Questions (MCQ) – 125題（Online or Onsite 開始1年後）
- Case Based Discussion (CBD) – 6ケース分（開始2年後、提出した12ケースのうち）
- 総合診療に関するOSCE+ 口頭試問：8シナリオ
- 手技に関するログブック

- 研修した専門分野に関するOSCE+ 口頭試問：8シナリオ

⇒オーストラリアへき地・遠隔地医療学会専門医  
※ベルギー、カナダ、デンマーク、香港、アイルランド、オランダ、ニュージーランド、ノルウェー、シンガポール、南アフリカ、スウェーデン、イギリス、アメリカの総合診療、家庭医の専門医資格者は審査を経て、そのまま資格を得られる可能性がある。

#### 6. 王立オーストラリア総合診療学会 (RACGP) 総合診療専門医 [10]

1. 医学生  
↓
2. インターン (PGY1, RMO 経験後もしくはRMO から開始もできる)  
↓
3. 専門研修

#### 専門研修

一般コースか、へき地コースを選択する。一般コースの場合はGeneral Practice Placementの期間中、最低12か月間指定されたへき地に行かなくてはならない。

#### Competencies (身につけるべき資質・能力)

- Communication and the doctor-patient relationship
- Applied professional knowledge and skills
- Population health and the context of general practice
- Professional and ethical role
- Organizational and legal

#### 研修内容

- 12カ月 病院研修
- 18カ月 総合診療研修：
  - ▷6か月地域のプライマリ・ケア総合診療研修 × 3か所
- 6カ月 高度手技研修（任意の診療科を希望できる）  
⇒王立オーストラリア総合診療学会専門医
- 追加12カ月 へき地研修  
⇒王立オーストラリア高等へき地・総合診療専門医

#### 教育

最低3年間の総合診療専門研修と王立オーストラリア総合診療学会の認めた研修プログラムの履修：  
総合診療研修開始前12か月以内に学会が認めた心肺蘇生法のコースを履修する  
総合診療専門医に受験する前12か月以内に学会が認めた心肺蘇生コースを履修する

外傷マネジメントと二次救急蘇生法  
学会の作成したアポリジニとトレス諸島の人たち  
に対するカリキュラムを履修する

## 評価

- 知識試験, キーワード問題, OSCE
- 3年以内に上記の3つの試験に合格すること。
- ※ほかの専門分野や海外での医師経験がある場合は履歴審査を経て, トレーニングをしなくても試験を受けることができる可能性がある。

## 7. 総合診療医が与えるインパクト

### GP 制度によるケアの質<sup>11,12)</sup>

1993年に830人の医師がGPトレーニングをスタートし, 現在, オーストラリア全土で600か所のトレーニングサイトがある。GPサービスをより提供することが寿命を延ばし, 一人当たり, そして, すべての医療費を他国に比べて減らすことに寄与しているとされている。一人当たりの診療時間はここ10年で14.1分から15.1分に伸び, GPへの受診頻度は1.9倍, GPによるマネジメントしなくてはならない問題は2.4倍, GPによる検査依頼は2.1倍, GPからの紹介は2.2倍となり, GPの必要性, 労働量が増えている。

#### ・GPによる処方行動

特に65歳以上の患者のGPによる処方 は年々増加し, 現在は全処方の35.8%になっている。

#### ・プライマリ・ケアにおける診断と治療の質

65歳以上の90%のオーストラリア人が一つ以上の慢性疾患を有しており, 57%は3疾患以上を有し, 10%が7疾患以上を有している。そのほとんどがGPに通院しており, GPはいつもマルチモビディティを意識しなくてはいけない。

#### ・慢性疾患のケアの質

高血圧患者の27.8%, 糖尿病患者の35.8%, 慢性心不全患者の26.0%, 悪性腫瘍患者(皮膚腫瘍を含む)の36.4%, 心房細動患者の31.6%, COPD患者の21.8%, 認知症患者の22.6%, 不眠症患者の33.7%, リウマチ患者の23.0%, 1型糖尿病患者の27.6%, 甲状腺機能低下症患者の25.4%などがGPで管理されている。

#### ・プライマリ・ケアにおけるメンタルヘルスの質<sup>13,14)</sup>

オーストラリアにおける疾患のうち, 約13%が精神疾患である。それらのケアのほとんど(75%)がGPとその他のプライマリ・ケアサービスにより提供されている。

#### ・プライマリ・ケアにおける母子小児ケアの質<sup>15)</sup>

日常診療はGPが行っているが, ケアとなるとプライマリ・ケア・ナースが質の維持に大いに貢献している。特に予防接種などは小児ナースやプライマリ・ケア・ナースが地域に出向き接種を行っている。5歳児の予防接種の平均接種率は93%(2015)。  
・健康増進の質, 予防医療の質<sup>16-18)</sup>

健康増進と予防医療の入り口がGPであるという理解がされている。総合診療学会ではガイドラインを作成し, GPによる健康増進と予防医療を進めている。どの程度, 寄与できているかの数字的根拠は見当たらない。

#### ケアの効率<sup>19,20)</sup>

GPは遭遇する医療的問題の90%にケアを提供できる。また, GPは1人当たりの健康に関する支出の10%しか, 医療費として消費していない。そのことがプライマリ・ケアに投資すべき根拠となっている。GPの60%がプライマリ・ケア・ナースと仕事をしている。80%の国民が年に1回はGPの元を訪れ, 国民はGPによるケアの提供に満足している。一人が数多くの慢性疾患を抱える状況になり, ますます, GPによる包括的な診療が重要とってきている。それに伴いGPの仕事の負荷が増大している。GPの仕事の25%がペーパーワークであるという調査を基に政府は規制を設け, それらの書類仕事を規制し, より患者に時間をさけるように制度設計をしている。また, 病院のベッド数をベッド占有率85%を目標に増床している。また, GPにより大きな役割を委譲している。具体的にはGPに様々なスキルを学ぶ機会, 病院勤めを推進する施策を進めている。

#### 平等性

全てのオーストラリア人は平等にプライマリ・ケア医療にアクセスできるべきであるという考えを基にへき地にもGPを配置できるよう配慮しているが, へき地ではなかなかうまくいっていない状況も多々あり, Rural GPを増やす努力を国はしてきた。将来的なへき地での労働力増加に寄与する卒前カリキュラムにも予算を配分している。

## 8. 参考資料

- 1) Accredited medical schools: <https://www.amc.org.au/accreditation/primary-medical-education/schools>
- 2) Australian Medical Association: <https://ama.com.au/careers/becoming-a-doctor>
- 3) AUSTRALIA'S FUTURE HEALTH WORKFORCE-DOCTORS 2014: <https://www.health.gov.au/internet/>

- main/publishing.nsf/Content/F3F2910B39DF55FDCA257D94007862F9/%24File/AFHW%20-%20Doctors%20report.pdf
- 4) Medical Practitioners Workforce 2015: <https://www.aihw.gov.au/reports/workforce/medical-practitioners-workforce-2015>
  - 5) Medical Practitioners detailed 2015 data tables: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/e3d2496f-72af-4c77-9ec3-732df4c49b26/medical-workforce-2015-suppl-tables-detailed.xls.aspx>
  - 6) Medical Practitioners overview 2015 data tables: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/23cec61c-068c-461c-91cf-e93cd7d5862e/medical-workforce-2015-suppl-tables-overview.xls.aspx>
  - 7) GP Workforce Statistics: [http://health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/F210D973E08C0193CA257BF0001B5F1F/\\$File/P20082%20GP%20Workforce%202016-17.xlsx](http://health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/F210D973E08C0193CA257BF0001B5F1F/$File/P20082%20GP%20Workforce%202016-17.xlsx)
  - 8) AGPT handbook 2018: [http://search.yahoo.co.jp/r/FORM=HUsRHeFV3igMccxDMqa4\\_BOYHriD.uIxHMlyLg7w8\\_IdOsVtMyJFLGih7QNyjcup9OchF6CYKPIIzx\\_h2g33Av94jhIx1i7hL9BoZkd9aOqzVBiPAiT0oyg4HeYL9n1SY0AMHV1pzRi2C2yo1fgg39PdgmU3gIkLrLKOv3Vq3g3CC3WFbZzguQhb1aAipuOxCpnH6M4Hbdf.WuhaDKNWXkBG2Xx\\_YRGQ8aBtlkqbx9GID5nW5edgE3\\_gf1VdgoIBw3DiVQJWAm8cEpDhMTB/\\_ylt=A2RA0loYaZ9aNEEAwRiDTwx.;\\_ylu=X3oDMTBtNHJhZXRNBBHbvcwMxBHNlYwNzcGRzbGsDdG10bGU-/SIG=132id14a3/EXP=1520497368/\\*\\*http%3A//www.agpt.com.au/ArticleDocuments/12/AGPT%2520Handbook%25202018.PDF.aspx](http://search.yahoo.co.jp/r/FORM=HUsRHeFV3igMccxDMqa4_BOYHriD.uIxHMlyLg7w8_IdOsVtMyJFLGih7QNyjcup9OchF6CYKPIIzx_h2g33Av94jhIx1i7hL9BoZkd9aOqzVBiPAiT0oyg4HeYL9n1SY0AMHV1pzRi2C2yo1fgg39PdgmU3gIkLrLKOv3Vq3g3CC3WFbZzguQhb1aAipuOxCpnH6M4Hbdf.WuhaDKNWXkBG2Xx_YRGQ8aBtlkqbx9GID5nW5edgE3_gf1VdgoIBw3DiVQJWAm8cEpDhMTB/_ylt=A2RA0loYaZ9aNEEAwRiDTwx.;_ylu=X3oDMTBtNHJhZXRNBBHbvcwMxBHNlYwNzcGRzbGsDdG10bGU-/SIG=132id14a3/EXP=1520497368/**http%3A//www.agpt.com.au/ArticleDocuments/12/AGPT%2520Handbook%25202018.PDF.aspx)
  - 9) Australian College of Rural and Remote Medicine: [www.acrrm.org.au/](http://www.acrrm.org.au/)
  - 10) The Royal Australian College of General Practitioners: <https://www.racgp.org.au/>
  - 11) Britt H, et al, General practice activity in Australia 2014–15. Sydney University Press, November 2015.
  - 12) General Practice in Primary Health Care PS 2016\_Final.pdf: [https://ama.com.au/system/tdf/documents/General%20Practice%20in%20Primary%20Health%20Care%20PS%202016\\_Final\\_0.pdf?file=1&type=node&id=45466](https://ama.com.au/system/tdf/documents/General%20Practice%20in%20Primary%20Health%20Care%20PS%202016_Final_0.pdf?file=1&type=node&id=45466)
  - 13) Pathways of recovery: preventing further episodes of mental illness: <http://health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-p-mono-toc>
  - 14) RACGP Curriculum for Australian General Practice 2016: <https://www.racgp.org.au/Education/Curriculum/Psychological-health>
  - 15) Charting the Safety and Quality of Health Care in Australia: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/chartbk.pdf>
  - 16) Health care quality & performance: <http://www.myhealthycommunities.gov.au/>
  - 17) RACGP Guidelines for preventive activities in general practice (the 'red book') : [www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/redbook/](http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/redbook/).
  - 18) RACGP Smoking, Nutrition, Alcohol and Physical Activity (SNAP) framework for general practice: [www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/snap/](http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/snap/)
  - 19) General Practice in Primary Care: [https://www.google.co.jp/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiwsufky-\\_ZAhUEe7wKHdavBdAQFggoMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.amawa.com.au%2Fwp-content%2Fuploads%2F2013%2F04%2FGeneral\\_Practice\\_in\\_Primary\\_Care-1.pdf&usg=AOvVaw3lhCCtRSnvGWgkb0E2rAZp](https://www.google.co.jp/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiwsufky-_ZAhUEe7wKHdavBdAQFggoMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.amawa.com.au%2Fwp-content%2Fuploads%2F2013%2F04%2FGeneral_Practice_in_Primary_Care-1.pdf&usg=AOvVaw3lhCCtRSnvGWgkb0E2rAZp)
  - 20) Understanding and working with general practice: [https://www.google.co.jp/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiwsufky-\\_ZAhUEe7wKHdavBdAQFggvMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.aci.health.nsw.gov.au%2F\\_data%2Fassets%2Fpdf\\_file%2F0007%2F292561%2FUnderstanding\\_and\\_working\\_with\\_general\\_practice.pdf&usg=AOvVaw0JEvQB7JDo-G2-11Z8blmk](https://www.google.co.jp/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiwsufky-_ZAhUEe7wKHdavBdAQFggvMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.aci.health.nsw.gov.au%2F_data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0007%2F292561%2FUnderstanding_and_working_with_general_practice.pdf&usg=AOvVaw0JEvQB7JDo-G2-11Z8blmk)

(高村昭輝)



## キューバ

### (1) 総合診療医とは

#### 1) 医学部／医師免許試験と合格率／毎年の新規医師誕生数

##### 1-a) 医学部（正規の教育課程について）

6年制。特に総合診療・家庭医療においては以下の様な教育課程を経る。<sup>2)</sup>

医学部年次	地域基盤研修事項
1年次	総合診療／家庭医療学入門（5週間）
2年次（一学期）	臨床医学入門（一学期）
4年次	総合診療医学Ⅰ（6週間）
5年次	公衆衛生（9週間）と総合診療医学Ⅱ（7週間）
6年次	総合診療医学（7週間）

\*3年次は地域ローテーションがない

#### 2) その国の家庭医／GP 専門家養成のキャリアパス（正規パス）

##### 2-a) 医師免許取得後どの段階から家庭医／GP 専門家養成のキャリアパスに乗れるか

大学を卒業したキューバの医師・看護師は、家庭医療の研修の後も約75%が地域で働く。医師は、6年間の大学教育を終えて医師免許を取得した後、約90%が3年間家庭医療の研修を受ける。その後希望者（約25%）のみが他の専門科を選択し、それ以外の全ての医師は家庭医を専門とする。<sup>1)</sup>

##### 2-a') 家庭医／GP 専門家養成のキャリアパスに乗るためのハードル

上記の様にハードルはなし。

##### 2-b) 家庭医／GP 専門家養成の期間と内容

約90%が家庭医療の研修を受ける。その後希望者（約25%）のみが他の専門科を選択し、それ以外の全ての医師は家庭医を専門とする。<sup>1)</sup>

家族医療レジデンスは2年間で、主に家庭医の診療所で常勤しているが、他の学術サイトも含まれている。アカデミックプログラムでは、知識とスキルの両方がテストされ、一連のコースとローテーションによって補完される環境で、理論的で実用的なものが含まれている。<sup>2)</sup>

### (2) 総合診療医が与えるインパクト

2014年時点にて世界家庭医療学会（WONCA）会長の Michael Kidd 教授は、2014年キューバを訪問した手記の中で、「キューバは小さな島国だが、プライマリ・ケアを基盤とした医療制度は多くの富める国々がうらやんでいる」と書いている。日本では、「医療の質を高めるには資金を投入することが当たり前。お金をかけない医療は質が低い」という考え

が広まっているが、キューバでは驚くべき費用対効果を達成してきた。それを支えるのは医師の90%が家庭医（総合診療専門医）の専門教育を受けるという「逆転の発想」とも言うべき教育制度だ。キューバの家庭医の起源は、国民の健康と満足のために「異なった医師＝新しい専門医」の養成をフィデル・カストロ議長が宣言したところから始まる。1963年にポリクリニコ設立、1973年に子ども・女性・高齢者のための包括ケア開始、それらを基に1986年に家庭医と看護師がペアで全住民をカバーするプログラム（FDNP）が導入された。FDNPの成功によって国民の健康指標が向上したため、さらにも国民医療制度（NHS）の整備が続き、2010年の公衆衛生省の重点化政策によってさらに国民のニーズに応える改革を続けている。さらに、国民だけでなく、国際協力としても海外への災害時医療団の派遣はもとより、ラテンアメリカ医大を立ち上げて周辺諸国から医学生を受け入れたり、国外で視覚障害を持つ人450万人を対象とした眼科手術プロジェクトを立ち上げたりするなど積極的な国際貢献を行っている。<sup>1)</sup>

イギリスのNHSが解析するキューバの医療の特長は以下となる。

- ・キューバの医療において、予防／予防的対応と疾病管理／反応的対応との間を、明瞭に分けた証拠はほとんどない（＝両者を統合した対応がなされている）。
- ・（同医療が従来の医療と比較して）はるかに大きな違いは、1人あたりの医師の比率であった。キューバでは175人当たり1人の医者だったが、英国では600人に1人の医者がいた。
- ・キューバでは、すべてのレベルでトリプル診断（身体的／心理的／社会的）を実施している。
- ・すべてのレベルで意思決定に“患者”が関与している。
- ・ポリクラニクス（＝総合診療所制度）による病院／コミュニティ／プライマリ・ケアの統合
- ・働くチームワークは地域社会と病院部門の両方ではっきりと分かり、訪問された高齢者の精神的健康とケアは非常に充実し、支援されていた。<sup>6)</sup>

### C) 追加情報

#### 1) ガバナンス

\*国で統一されたプライマリ・ケアのデータベース／収集の仕組み。

健康統計は記録収集されて、定期的にレビューされている。<sup>1),4)</sup>

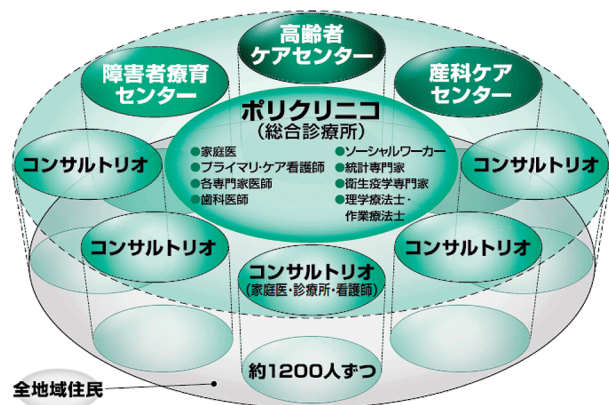
- \* プライマリ・ケアを提供する医療機関の運営（公立，国立，private など）  
国立（社会主義国）

## 2) 経済状況

- \* 国の医療費に対するプライマリ・ケアに関する医療費の割合  
キューバの国民一人当たりの医療費は日本の約7分の1と驚くほど少ない。<sup>1)</sup>
- \* プライマリ・ケア医の雇用形態（公務員，一般勤務医，開業など）  
公務員（社会主義国）

## 3) プライマリ・ケアの労働力確保

- \* プライマリ・ケアを担う人たち（NP, PA, 保健師など）  
プライマリ・ケアはコンサルトリオ（家庭医・看護師各1人がペアで働く診療所）とポリクリニコ（総合診療所）がチームで担当している。ポリクリニコでは家庭医，各科専門医，歯科医，臨床心理士，ソーシャルワーカー，理学療法士・作業療法士などによる外来診療・相談・訓練が提供され，無床ではあるが生理機能検査やX線検査など，日本の小規模病院程度の設備を備えている。24時間対応の救急室があるだけでなく，鍼灸や電気療法など統合医療部門もある。<sup>1)</sup>



- \* 医学部卒業後，家庭医療専門教育に進む割合
- \* 家庭医／GPの全体の医師に対する割合  
医師は，6年間の大学教育を終えて医師免許を取得した後，約90%が3年間家庭医療の研修を受ける。その後希望者（約25%）のみが他の専門科を選択し，それ以外の全ての医師は家庭医を専門とする。<sup>1)</sup>

- \* 将来のプライマリ・ケアの労働力の予測／確保の計画

次医療を受け持つ医師が，患者の住居の1km圏内に一人いることになっており，120世帯，約800人の患者を一人の家庭医が，生まれる前（妊娠中の胎児の頃）から死ぬまでの面倒をみる。担当地区では往診も実施。さらに健康な人に対しても最低年一回の往診が義務付けられている<sup>3)</sup>

## 文献

- 1) 家庭医療先進国キューバ研修報告（2015） [http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03121\\_03](http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03121_03)
- 2) MEDICC review Medical Education: Training Cuba's Family Doctors [http://www.medicc.org/publications/medicc\\_review/1104/pages/spotlight2.html](http://www.medicc.org/publications/medicc_review/1104/pages/spotlight2.html)
- 3) キューバの医療と，アメリカ・日本の医療との比較 <http://blog.livedoor.jp/toshiharuyamamoto128/archives/65668903.html>
- 4) Family Medicine in Cuba: Community-Oriented Primary Care and Complementary and Alternative Medicine <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15994475>
- 5) Healthcare in Cuba (wikipedia) [https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare\\_in\\_Cuba](https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Cuba)
- 6) CUBAN HEALTH CARE SYSTEMS AND ITS IMPLICATIONS FOR THE NHS PLAN Archived 2013-08-21 at the Wayback Machine.. Select Committee on Health.

## 参考資料

- キューバはプライマリ・ケア先進国～日本も手本にした医療システムとは  
[http://cuba-club.net/primary\\_care/](http://cuba-club.net/primary_care/)
- キューバの医療事情 2000年  
<http://www.geocities.co.jp/NatureLand/3252/Cuba1.htm>
- 元氣スペシャル 「貧しい」医療大国 キューバ（いつでも元気 2000年）  
<https://www.min-iren.gr.jp/?p=6308>
- キューバ訪問記（2009）  
<http://www.shinwakai-min.com/kyoto2hp/daimonji/12/03.html>
- Sociedad Cubana de Medicina Familiar. Family Doctor and Nurse Programme. 2014.

（中村琢弥）

## ドイツ

## (1) 総合診療医とは

## 1) 医学部／医師免許試験と合格率／毎年の新規医師誕生数

## 1-a) 医学部（正規の教育過程について）

医師免許は大学において医学教育を 5500 時間、少なくとも 6 年を超える期間をうけ、最短 8ヶ月最長 12ヶ月の病院などでの実習を受けた後に医師国家試験を合格することが必要<sup>4)</sup>。

## 1-b) 医師免許試験について

医師国家試験は 1 次-3 次に分けられる（2014 年より 2 次制から 3 次制へ変更）。

1 次試験は大学入学最初の 2 年の医学教育を終えた後に実施され、筆記および口頭試問（内容は物理、生化学や解剖学など基礎医学に及ぶ）にて審査。

2 次試験は開始から 5 年後実習学年前に実施され筆記（臨床に基づいた内容）中心。

3 次試験は 6 年間の医学教育全てを終えた後に実施され、口頭試問（患者を診察しながらの実技も含む）、そして一定数の患者の病歴／診断／治療計画などの作成・提出などを盛り込んだ内容となっている<sup>3,4)</sup>。

## 1-c) 毎年の新規医師誕生数

2014 年時点で全医師数が 365247 人（2013 年では 357252 人）。

州・都市別の医師数夜医師一人あたりの住人数は

資料（表 2）参照<sup>4)</sup>。

## 2) その国の家庭医／GP 専門家養成のキャリアパス（正規パス）

## 2-a) 医師免許取得後どの段階から家庭医／GP 専門家養成のキャリアパスに乗ることができるか

卒業後、専門医研修期間に入ることとなる。一般医（家庭医）の研修期間は 3 年程度<sup>2)</sup>。

## 2-a') 家庭医／GP 専門家養成のキャリアパスに乗るためのハードル

キャリアの規制はなし。しかし、ドイツでは地域での開業制限が行われている。こと家庭医については地域偏在もあり、開業制限を受けていない地域も多い。若手は家庭医になかなかたろうとしない。その背景には保険医協会から専門医に払われる部分が多く、家庭医に払われる分が少ないことがある<sup>4)</sup>。

## 2-b) 家庭医／GP 専門家養成の期間と内容（いわゆるレジデンシー）

卒業後研修機関で指導医の下 60ヶ月（5 年間）行われ、36ヶ月は内科の入院診療（うち 18ヶ月は外来での直接の患者診療も算入）、24ヶ月は外来の家庭医診療（うち 6ヶ月は外科を含む）とされる。加えて 80 時間の精神身体医学における基本診療講習も含まれる。

研修内容としては、健康相談、健康変調の早期発見、予防、リハビリテーション導入と実施、予後管理、非感染症・感染症、中毒、新生物、アレルギー、

表 2 各州・特別市別の就業している医師数および医師 1 人当たりの住民数

州・特別市	2014/12/31時点の就業している医師数	医師1人当たり住民数	2013/12/31時点の就業している医師数	医師1人当たり住民数
バーデン=ヴュルテンベルク	48,699	218	47,415	224
バイエルン	59,574	212	58,431	216
ベルリン	19,737	173	18,923	181
ブランデンブルク	9,233	265	9,017	272
ブレーメン	3,883	169	3,781	174
ハンブルク	12,197	143	11,980	146
ヘッセン	26,820	225	26,297	230
メクレンボルク=フォアポンメルン	7,236	221	6,995	228
ニーダーザクセン	30,944	252	30,293	257
ノルトライン=ヴェストファーレン	78,189	225	76,650	229
ラインラント=ファルツ	17,261	231	16,800	238
ザールラント	4,826	205	4,730	209
ザクセン	16,633	243	16,232	249
ザクセン=アンハルト	8,885	253	8,761	256
シュレスヴィヒ=ホルスタイン	12,164	231	12,075	233
チューリンゲン	8,966	241	8,872	244



免疫学的疾患，代謝性疾患など様々な疾患の識別と治療，高齢者における特殊性の考慮，腫瘍診療の基礎，緩和ケアなどの項目が挙げられている。また心電図，血圧測定，腹腔超音波，穿刺，カテーテル，輸液，輸注，輸血などの内科分野での診察・治療も含まれる<sup>4)</sup>。

## (2) 総合診療医が与えるインパクト

予算管理について，家庭医モデルが始まった2004年の家庭医への診療回数は前年対比5%減少し，外来医療費も2003年の228.6億ユーロから2004年には214.3億ユーロに減少した（戸田[2008]）。外来医療費については自己負担導入による反動減との見方も可能であるが，2005年が215.5億ユーロとわずかな増加にとどまったうえ，2003年の水準を依然下回ったことから，医療費抑制への一定の効果は認められるといえる<sup>7)</sup>。

生活習慣病管理については，ドイツでは2002年から「疾病管理プログラム」の提供が疾病バンクに義務付けられている。疾病管理プログラムとは，糖尿病，乳がん，冠状血管性心疾患，気管支喘息，慢性閉塞性肺疾患を有する患者のうち参加を希望した者を対象に，家庭医，専門医，病院の連携の下で各患者に必要な医療を適時適切に提供するというものである。患者とこれら医療機関の間のパイプ役を家庭医が担っており，田中[2007]によると，家庭医の存在が疾病管理プログラムの充実を通じて医療の質の向上に寄与している<sup>7)</sup>。

## C) 追加情報

### 1) ガバナンス

\* 国で統一されたプライマリ・ケアのデータベース／収集の仕組みがあるか

ドイツが加盟するEUでは2010年より複数のバイオバンク間の連携を実現するBioSHaREプロジェクトを実施しており，各種データを収集・調整している<sup>7)</sup>。

またGematik社を中心に電子保険証の整備中。その中にアレルギー歴や服薬歴などの情報は盛り込まれている<sup>7)</sup>。

\* プライマリ・ケアを提供する医療機関の運営（公立，国立，privateなど）

Private

### 2) 経済状況

\* 国の医療費に対するプライマリ・ケアに関する医療費の割合

\* プライマリ・ケア診療報酬支払制度

約1944億ユーロ（約27兆円）あるドイツの公的

医療保険給付総額のうち，各州保険医協会を通じて開業医に支払われる診療報酬（公的医療保険給付）は約300億ユーロになる。その内訳は専門開業医へ約180億ユーロ，家庭医へ約120億ユーロとなっている。近年，これとは別に新たな診療報酬の支払いルートとして保険医協会とは別組織の「家庭医協会」を通じたものができた。

家庭医協会も，医師会，保険医協会と同様，「連邦家庭医協会」と「州家庭医協会」の2層構造になっているが，各州の家庭医協会に属している家庭医の数は約3万人。家庭医全体（約5万7000人）に占める家庭医協会の加入率は50%を超える。家庭医協会を通じて家庭医に支払われる公的医療保険給付額（診療報酬）は，保険医協会を通じて家庭医に支払われる診療報酬総額の約1割程度の規模（10億ユーロ以上）と言われる。

この支払い方式がスタートしたのは2008年のバーデン＝ヴュルテンベルグ州であり，以降，他の州に広がりを見せている。家庭医協会を通じた新たなルートで診療報酬を受け取るには，被保険者（国民）の登録が必要となる。診療報酬の支払い方法（一例）は以下の通り。

- (1) 受診回数にかかわらず，患者1人の年間登録で65ユーロ
- (2) 受診回数にかかわらず，次の四半期（3カ月）ごとに40ユーロ。年3回まで請求できる【注】最初の四半期が65ユーロで，第2～4四半期はそれぞれ40ユーロ。同一四半期に何回受診しても定額制
- (3) 慢性疾患に対する報酬は四半期ごとに25ユーロまたは30ユーロの定額制。年に4回まで請求できる。技術アシスタントがいない場合が25ユーロ，いる場合が30ユーロ
- (4) 緊急往診，簡単な外科処置，予防接種等の特別加算

この支払い方式による家庭医にとってのメリットは以下のようなことがある。

- (1) もらえる診療報酬額が予想しやすくなった
- (2) 20%程度，以前より診療報酬額が増えている
- (3) 診療報酬の請求事務が簡素化し，楽になっている

一方で，患者（被保険者）側のメリットは「家庭医に患者を診察する義務が生じた」ことが挙げられる。

保険医協会を通じた診療報酬支払いにおいては，診療件数が増えると，件数当たりの単価が減額され

るルールになっている。よって、これまで開業医の多くは四半期ごとの外来受診患者数を制限していた。しかし、新しい家庭医への支払い方式ではそのような制限をする必要はなく、むしろ登録することによって家庭医側に「診療する義務」が発生するルールとなっている<sup>5)</sup>。

\*プライマリ・ケア医の雇用形態（公務員、一般勤務医、開業など）

診療所開業医。診療所開業医として公的医療保険による診療に参加するには、原則として、保険医の許可を受けることが必要である。許可は医師グループ毎に設定される保険医の需要計画により調整される<sup>4)</sup>。

### 3) プライマリ・ケアの労働力確保

\*プライマリ・ケアを担う人たち（NP, PA, 保健師など）

NPはドイツの医療体制において、もっと家庭医と連携協力して、多領域の仕事が出来るようにしていくべきであるとの言及あり<sup>6)</sup>。

\*医学部卒業後、家庭医療専門教育に進む割合

ドイツでは家庭医は減少しており、専門医は増加する傾向にある。また勤務医は増加する一方で、開業医は減少している。若い医師はなかなか家庭医になろうとしない、その背景には保険医協会から専門医に払われる部分が多く、家庭医に支払われる部分が少ないことがある。またドイツで医師を養成しても、母国をさり、イギリスやスイスに移住する医師も増えている<sup>4)</sup>。

\*家庭医／GPの全体の医師に対する割合

・2005年のデータによれば、総医師数277885人中、一般医（家庭医／GP）数は85987人となり、30.9%となっている<sup>2)</sup>。

\*学術団体が存在するか

German College of General Practitioners and Family Physicians

\*将来のプライマリ・ケアの労働力の予測／確保の計画

ドイツ国内では2007年まで、保険医は「68歳定

年制」だった。定年制は2011年改革で完全に廃止されたが、その理由は、若い医師の「開業離れ（特に家庭医離れ）」だった。特に地方での家庭医の開業医不足は深刻になってきており、これが「68歳定年制」を廃止するきっかけとなった<sup>5)</sup>。

## 文献

- 1) ドイツの医療制度について ～透明性の高い理想的な保健医療制度～（1998年）<http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/m401.htm>
- 2) 各国のかかりつけ医制度について 高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会報告書 イギリス フランス ドイツ 医療関連データ集 2005年版 OECD Health Division
- 3) 健保連海外医療保障 ドイツの家庭医と医療制度 2012年 [https://www.kenporen.com/include/outline/pdf\\_kaigai\\_iryu/201203\\_No93.pdf](https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryu/201203_No93.pdf)
- 4) 健保連海外医療保障 ドイツの専門医 2016年 [https://www.kenporen.com/include/outline/pdf\\_kaigai\\_iryu/201612\\_No112.pdf](https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryu/201612_No112.pdf)
- 5) 日経メディカル ドイツの医療、行ってみたら本当はこんなだった（その2） 実は4種類も存在する家庭医の資格 <http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/blog/umemura/201407/537419.html>
- 6) European forum for primary care <http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-germany>
- 7) 日本版家庭医「地域ドクター（仮称）」育成および制度の普及定着に向けて JRI レビュー 2015 Vol9 No28 <https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/jrireview/pdf/8204.pdf>
- 8) German College of General Practitioners and Family Physicians <http://www.degam.de/>
- 9) 諸外国におけるeHealthの取り組みと日本も出るとの海外展開 株式会社国際社会経済研究所 2014年4月18日 [http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000286328.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000286328.pdf)

（中村琢弥）

## シンガポール

### 1) 医学部／医師免許試験と合格率／毎年の新規医師誕生数

シンガポールには1905年にその前身が開学したNational University of Singapore Yong Loo Lin School of Medicine (NUS) <<http://nusmedicine.nus.edu.sg/>>, 2013年に英国Imperial College Londonとの提携にて開設されたNanyang Technological University Lee Kong Chian School of Medicine (LKCMedicine) <<http://www.lkcmmedicine.ntu.edu.sg/Pages/Home.aspx>>, 米国Duke大学との提携で開設されたPostgraduateのみのDuke-NUS Medical School <<https://www.duke-nus.edu.sg/about>>の3つの医学部がある。

入学には化学と生物学もしくは物理学での優秀な成績(シンガポールの教育におけるA Level)であること, もしくはIBで化学と生物学もしくは物理学での成績が優秀な学生のみが受験資格を得られる。入学にはPersonal Statement, 過去の成績表などを提出し, Focus Skills Assessment (FSA), Situational Judgment Test(SJT)の試験を受け合格することで入学が可能となる。 <<http://nusmedicine.nus.edu.sg/admissions/medicine/undergraduate#how-to-apply>>

NUSに関しては定員300名のところに2000名程度の受験者が応募することより毎年7倍程度の倍率となっているようである。Undergraduateはどれも5年間のコースとなっており, 最初の1, 2年は基礎医学を学び, 3~5年は臨床医学となる。特に5年目は指導のもと研修医と同との役割を果たすことで医学教育が進んでいく。

学費はNUSでは国民S\$27400, PR保持者S\$38350, 留学生ではS\$58650となっている。 <[http://nusmedicine.nus.edu.sg/images/resources/content/media/corporate/brochures/NUS\\_Medicine\\_Admission\\_Brochure\\_2018.pdf](http://nusmedicine.nus.edu.sg/images/resources/content/media/corporate/brochures/NUS_Medicine_Admission_Brochure_2018.pdf)> (S\$ ≒ 80円)

シンガポール内の医学部卒業者はNUSから毎年300名程度 <<http://www.nus.edu.sg/registrar/info/statistics/ug-grad-20162017.pdf>>であったが, 2013年に54名から始まったLKCMedicineの卒業生が2018年から加わり, 将来的にはLKCMedicineから毎年150名の生徒が卒業する予定である。 <<http://www.lkcmmedicine.ntu.edu.sg/aboutus/Pages/FAQs.aspx>>

5年時にはNational Examinationを受けることになるが, 恐らくインターネットにはこの医師国家試験の情報は掲載されていない。理由としては比較的頻回にその内容が変わるため, 古い情報をみて混乱

しないようにとの配慮があると思われる。

試験内容としてはMCQ, MEQ (Modified Essay Question), の他, History and Physical Examination, Communication skill, Procedureなどを評価する。MCQ/MEQと実技の点数の割合としては50%ずつのようである。合格率は高く95%程度とのことである。

この試験に合格し, 医学部を卒業した時点でMBBSの資格を得, SMC (Singapore Medical Council) からProvisional Registrationという医師免許が与えられる。この資格をもって指導医の下で1年間研修(PGY1)を行うことで医師として一人で診療を行える資格を得ることができ, 結果Full Registrationとして登録される。

PGY1の研修を終えた後, 自分の進路に合わせて各レジデンシープログラムに申し込むこととなる。

シンガポール内に登録されている医師数は2016年で約13000人でこれは人口1000人当たり2.3人となっている。この先高齢化を迎えるシンガポールでは医師に限らず医療関係者を増やしていくとの方針を打ち出している。

### シンガポールの家庭医療学会とその専門医養成システム

<<http://www.cfps.org.sg/about-us/our-history/>>

<<http://www.cfps.org.sg/assets/About-Us/GOH-COMMENCEMENT-2012-final-002.pdf>>

シンガポールにおける家庭医療の歴史は長く, 1971年に前身であるThe College of General Practitioners Singaporeが設立されている(1993年にCollege of Family Physicians Singaporeに変更)。同時に開始されたシンガポールにおける家庭医療の専門医養成システムは40年以上の歴史があるが, 大きく3つの時代に分けられている。

#### ① MCGPの発展(最初の20年)

家庭医療学会設立の翌年, 1972年にはオーストラリアからの外部試験官の協力を得て最初のMCGP(現在のMCFP)の試験が行われた。1987年には専門領域として認定され, NUS内にDepartment of Community, Occupational and Family Medicineが作られ, 大学内での家庭医療の教育が開始されている。

#### ② MMedプログラム, GDFMプログラムの開始(30年目)

1991年よりMOHによるMMedの研修が始まる。3年のコースで2年は病院で, 1年はポリクリニックで外来診療の研修を受けることとなり, 1993年



には最初の試験が実施された、その一方で既存の医師の中にも家庭医療の Master に認証されたいという声も上がり 1995 年に 6 年以上の臨床の経験がある医師に対して 2 年間のパートタイムの研修制度が始まった。

1998 年には 2 年間の FM のフェローシッププログラムが開始となり、2000 年に第 1 期のフェローが誕生している。

また、同じ 2000 年に GDFM (後述) の制度が始まる。

GDFM では Family Medicine のコアとなる 8 項目その他を勉強する 2 年間のトレーニングプログラムで、研修を修了し試験に合格すると Family Physician と名乗ることが可能となる。

### ③評価による GDFM から MCFP への道, GDFM から MMed への道, 3 年間のレジデント教育 (40 年目)

この GDFM は MMed に比べ下の扱いとなっているため、2006 年から GDFM の資格を持っている専門医が 1 年間のコースを受け試験をうけることによって MMed の資格を得ることができるように変更された。

### 家庭医になるためのトレーニング (GDFM, MMed, MCFP, FCFP)

PGY1 の研修を終えた医師が家庭医を目指して研修を行う場合は、2011 年から開始された FM residency Program に入ることになる。現在、The SingHealth Residency, The NHG-AHPL Residency, The NUHS Residency の 3 箇所に Family Medicine Program が存在する。そしてこれらのプログラムは全て ACGME-I に準拠する形を取っており、なおかつ研修先の病院は JCI の認証を受けている。この 3 年間の Program は 2 年間で病院での各科ローテーション、1 年間で系列のポリクリニックでの外来研修という形となっているが、レジデントの希望に合わせてある程度柔軟に対応を行っている。各 Program にはフェローが指導者として存在しており、各科ローテーション中も定期的に集まって勉強会を開催したり、MMed に向けての勉強会も行っている。実際の合格率等をまとめた統計表はないため詳細は不明である。また、個々のプログラムで採用試験を行うことは出来ないが、個々のプログラムは採用基準を設けている。更に、事前の 2 回の面接、ピア・フィードバック、担当したことのあるスーパーバイザーからの推薦等も用いて選抜を行っている。

る。

一方、一度病院等で勤務した医師が家庭医を目指す場合は 2 つのルートが有る。

各 FM Residency program に申し込んで 3 年間の研修を受けるルート、もう一つが既存の勤務先で勤務を続けながら家庭医になるためのトレーニングを受ける GDFM のルートである。医師の中には現在の勤務を続けながらも家庭医療の専門医の資格を取りたいと考えている医師、家庭の事情により Residency Program には進めない医師もあり、そのような医師に対して 2 年間のパートタイムの教育を提供することで家庭医療専門医を増やしていく GDFM という取り組みを行っている。

<[http://www.healthprofessionals.gov.sg/content/hprof/fpab/en/leftnav/becoming\\_a\\_family\\_physician/family\\_medicine\\_residencyprogramme.html](http://www.healthprofessionals.gov.sg/content/hprof/fpab/en/leftnav/becoming_a_family_physician/family_medicine_residencyprogramme.html)>.

この GDFM のコースは毎年 160 人程度が申し込んでおり、その所属している先も様々である。費用は 2 年間でシンガポール家庭医療学会会員であれば 7595.82 シンガポールドル、非会員であれば 9123.46 シンガポールドルとなる。2 年間の GDFM コースが修了したあとは第 3 者機関である Division of Graduate Medical Studies が管理する Graduate Diploma 取得の試験をうけることとなる。試験の内容としては 100 問の MCQ, 10 問の KFP (Key Feature Problems), 10 ステーションの OSCE を受ける。この試験に受かることで Family Medicine の専門医として認定されることとなる。

2016 年に開催された試験では 94 名中 66 名が合格しており合格率は 70% となっている <<https://www.cfps.org.sg/assets/Annual-Report/CFPS-AR2016-2017-7jul.pdf>>.

このような長期的な調整を行うことによってシンガポールの現在の家庭医の専門医制度は図 1 のような流れとなる。家庭医としての専門医の資格を得ることで、自分自身が家庭医 (Family Physician) と名乗ることが可能となり、同時に診察時の診療費を非専門医よりも高く設定することが可能となる。

### シンガポールの医療システム

シンガポールの医療全ては MOH: Ministry of Health (保健省) によって管理されており、提供されている医療は Public (公的) と Private (私的) がある (図 2)。2016 年時点では、Public には 10 の病

院（急性期病院と Specialist centre）と 18 のポリクリニク（公的なクリニック）が含まれ、Private には 10 の病院と各科専門医や GP（General Physician）や FP（Family Physician）による約 2000 のクリニックが含まれる<[https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/statistics/Health\\_Facts\\_Singapore/Health\\_Facilities.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/statistics/Health_Facts_Singapore/Health_Facilities.html)>。その他、高齢者向けの医療・介護については MOH の傘下にある AIC: Agency for Integrated Care が中心となって Community Hospital, 医師・看護師・セラピストの訪問サービス、デイサービスやデイケアセンター、老健などの施設サービスなどの制度を整備している<<https://www.aic.sg/>>。

MOH は「quality and affordable basic medical services for all」というスローガンを掲げ、国民向けに基本的な医療を受ける機会を提供している<[https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/our\\_healthcare\\_system.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our_healthcare_system.html)>。収入があるものは全て給料の一部が強制的に自分の貯蓄に回される CPF: Central Provident Fund Board という制度があり、貯められた一部分を医療費として使用できるシステムがある。日本の医療保険・年金制度にも似ているが、自分が貯蓄した分はすべて将来的に自分のものになるという点が大きく異なる。医療費も個々の医療機関が独自に設定するが、ポリクリニクなど医師の教育の場でもある Public の医療機関は安価に診療を受けることができる。Nurse Practitioner が診察をした場合は医師が診察するより更に安くなるほか、医師の診察も卒後すぐの医師の診察は家庭医の資格を持っている医師の半額以下で済む、低所得者には政府からの補助があるなど、最低限の医療を受けられる仕組みがある。安価であることから長期的

な投与が必要な慢性疾患患者や多くの国民が利用する反面、医師の指定はできないため、同じ医師が継続して診療することが出来ない、患者が殺到して待ち時間が長くなるなどの欠点もある。

一方 Private では、GP/FP を除く各科の専門医は基本的に紹介を受けた上で診療を行う予約制となっており、待つことなく快適な環境で診療を受けられるが、その費用は診察料だけで Public の 10 倍以上となり、検査や治療なども合わせると Public とは比べ物にならないくらいの医療費が必要となる。入院となると更に高額となる。

### シンガポールの家庭医・総合診療医の実際

日本同様、シンガポールにおいても総合診療医（GP/FP）は様々なセッティングで働いている。Public の環境では総合病院で働いている医師やポリクリニクで働いている医師がいるが、これらには医学教育に関わる上級医師と、家庭医の資格をとるための臨床教育を受けている医師がいる。一方 Public で勤務して資格などを修得した後、Private クリニックで勤務している GP/FP もいる。Private のクリニックでは様々なセッティングが有り、HDB（日本でいう公共住宅）の 1 階のクリニックで安価な診察料で慢性疾患を含めて診療している医師もいれば、ショッピングモール内のクリニックや私立病院の中に開設したクリニックなどで勤務する医師に分かれている。一般的に Private クリニックでの診療費・薬剤費は Public よりも高くなり、前述の CPF からのお金は使用することが出来ない。そのため、急性疾患では 80% が Private の医療機関を受診するのに対し、慢性疾患では実に 80% が Public の医療機関を受診している<<https://www.moh.gov.sg/>>。

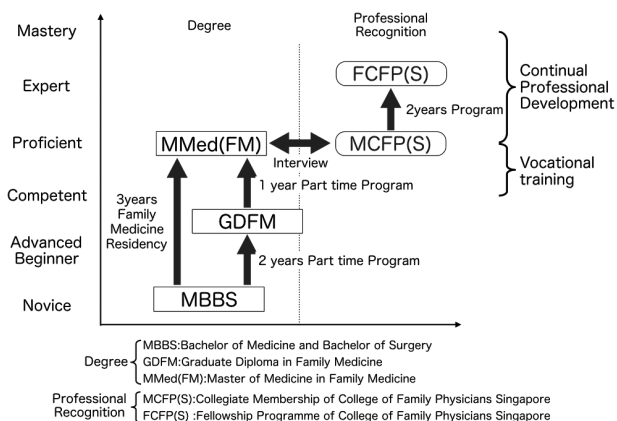


図 1

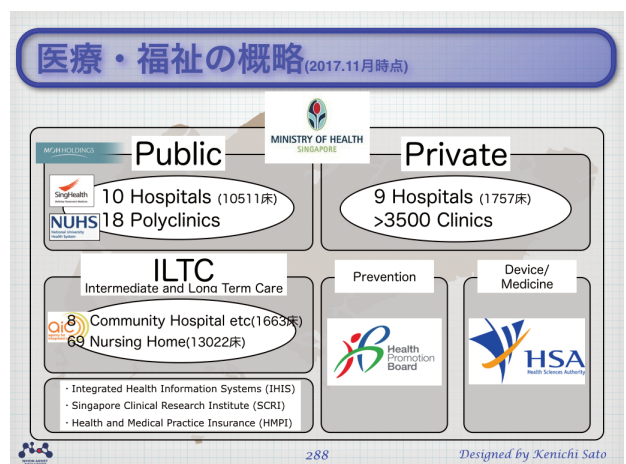


図 2

sg/content/dam/moh\_web/Publications/Information%20Papers/2011/Primary%20Care%20Survey%202010%20-%20Profile%20of%20Primary%20Care%20Patients.pdf>. そのため、Privateで勤務しているFPによっては慢性疾患管理をする機会が少ないこともある。また、医療機関に用意されている設備も比較少なく、超音波検査や採血、レントゲン検査・CT・MRIなどは院外の設備に依頼して実施することになる。なぜなら皆保険制度がないので医療費は自分で支払う必要があり、少しでも医療費を節約して自分のCPFでの貯蓄を無駄に減らさないよう必要最小限の検査にしたいという思いが患者さんにあり、日本のように多くの検査機器を準備して気軽に使うことは少ない。

#### シンガポールの医療における家庭医の重要性

シンガポールにおいて、家庭医の役割とその重要性は大きなものがあり、医師の中でも将来の進むべき道として人気がある。一つの理由として病院における各科専門医は充足状態にあり研修を行ったとしても就職する先がないことがある。また、MOHより「One Singaporean, One Family Doctor」のスローガンが掲げられ、国全体として高齢化を迎えるシンガポールの医療・介護を家庭医が支えていくという流れとなっている。

<[https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/pressRoom/pressRoomItemRelease/2017/one-singaporean--one-family-doctor.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/pressRoom/pressRoomItemRelease/2017/one-singaporean--one-family-doctor.html)>

#### 総合診療に関するCME (Continuous Medical Education)

シンガポールの医師免許はSMC: Singapore Medical Councilによって管理されており、2年間でCMEを受けて50単位を取る必要がある。

このCMEの単位を得るには大きな病院が主催している勉強会、疾患の治療についての勉強会など

があるが、シンガポールの家庭医療学会 (CFPS) が開催しているFPSC: Family Practice Skills CourseはGP/FPにとって様々な分野における知識を得る機会としては重要なものである。6ユニットの講義と2つのWorkshopを受けることと、MCQがセットとなっていて、CFPS会員は無料で受講できる他、このテキスト自体はThe Singapore Family Physicianというかたちでインターネットで無料で公開されている<<http://www.cfps.org.sg/publications/the-singapore-family-physician/>>。

#### シンガポールにおける日本人医師の役割

一方、日本人医師はシンガポールで医師として働けるが、希望者全てが働けるわけではなく、現在は上限が30名と決められている。さらに日本人の患者のみを登録した診療所でしか診療ができないConditional registrationの扱いとなる。在星日本人は約3.7万人とされているが、会社からの赴任者の場合は若くて健康な方が、子どもがいても中学校程度までが多くなる。その一方で、現地採用の形で勤務している方も多くなっている印象である。診療自体は日本と大差はないと思われるが、保険の有無が大きく影響してくる。海外旅行保険に加入している場合、キャッシュレスや窓口での一時立て替えでそれほど負担なく医療を受けることができるが、全額自費の場合はPrivateの医療ではその金銭的負担が大きくなるため、医療機関を受診せずに自力で治すか、安く済むポリクリニックを受診する方もいる。海外旅行保険であっても、初診日から180日以上慢性疾患はカバーされないため、高血圧症・高脂血症などの慢性疾患の方の受診も少なくなる傾向にあり、総じて比較的健康的な方の急性疾患を2~4年という比較的短期間の海外赴任期間だけ関わるといった感じとなるのが実情である。

(佐藤健一)



## タイ

タイの特筆すべき点は2017年に改正された国の憲法において、国の改革がなされるべき領域の一つとして家庭医が機能する医療システムの確立を明示したことにある。しかも憲法全文中で医療システムに言及しているのはこの文章のみである。

establishing a primary health care system in which there are family physicians to care for the people in an appropriate proportion. p.103

<http://www.constitutionnet.org/sites/default/files/2017-05/CONSTITUTION%2BOF%2BTHE%2BKINGDOM%2BOF%2BT HAILAND%2B%28B.E.%2B2560%2B%282017%29%29.pdf>

### (1) 家庭医とは

#### 1) 医学部／医師免許試験と合格率／毎年の新規医師誕生数

##### 1-a) 医学部（正規の教育課程）

初等教育6年間，高等教育6年間を卒業した後  
医学部は6年間

Ref : [http://www9.si.mahidol.ac.th/pdf/cotmes61\\_02\\_25600713.pdf](http://www9.si.mahidol.ac.th/pdf/cotmes61_02_25600713.pdf)

##### 1-b) 医師免許試験及び合格率

医学部在学中に3 step of medical license exam

3年目の終わりに基礎医学系のMCQ

5年目の終わりに臨床医学系MCQ

6年目にOSCE

上記に加えて各大学が実施する Modified Essay Question exam と long case examination

Ref : <http://www.tmc.or.th/news04.php>

<http://cmathai.org/about/History>

##### 1-c) 毎年の新規医師誕生数

直近5年間で毎年約2500人の新規医師が誕生

Ref : <https://www.tmc.or.th/pdf/stat-tmc02-14022018.pdf>

##### 1-d) 医学部の学費

公立大学：年間40,000-50,000 Thai baht (14-17万円)

私立大学：年間600,000-1,000,000 Thai baht (200-340万円)

タイにおける大学生の生活費：年間180,000-240,000 Baht (60-85万円)

#### 2) その国の家庭医／GP 専門家養成のキャリアパス（正規パス）

##### 2-a) 医師免許取得後どの段階から家庭医／GP 専門家養成のキャリアパスに乗ることができるか

タイでは医学部卒業と同時に general practitioner となれるが、これには特別のトレーニングを必要としない。Family medicine residency は1999年より開始されており、コースワークありなら3年、コー

スワークなしなら5年間の履修が必要である。The Royal College of Family Physicians of Thailand がプログラム管理と専門医資格、学位を発行し、タイ政府がこれを承認する。

Ref :

1. [http://tmc.or.th/pdf/files\\_tmc1-2\\_2561\\_29-09-2560.pdf](http://tmc.or.th/pdf/files_tmc1-2_2561_29-09-2560.pdf)

2. <http://thaifammed.org/en/training/>

3. Wiwanitkit V. Family medicine in Thailand: System, training, and obstacles. Med J DY Patil Univ 2016; 9: 4-6.

#### 【補足】タイにおける general practice と family medicine の歴史

Thai Medical Council は1969より、general practice を専門分野と認定し、1973年より3年間のローテーションから成る general practice residency を開始した。しかし、大学などに general practice department が存在せず、教育責任者も存在しなかったため制度として成功しなかった。そこで、1999年より米国の family medicine residency を参考に the College of Family Physicians of Thailand を設立して family physician の育成が開始されるようになった。

Prueksaritanond S, Tuchinda P. General practice residency training program in Thailand : past, present, and future. J Med Assoc Thai. 2001 Aug; 84 (8): 1153-7.

##### 2-a') 家庭医／GP 専門家養成のキャリアパスに乗るためのハードル

公式で信頼できる英語での情報は発見できなかった。タイにおける family medicine residency のレビューでは「あまり人気がない」と記載されているほか、あるタイ人医師の私見では「多くの他科レジデンシーが4-6倍の倍率なのに対して、family medicine は2-3倍ぐらいだと思う」とのことであった。

##### 2-b) 家庭医／GP 専門家養成の期間と内容（いわゆるレジデンシー）

レジデンシーは3年間で以下の内容をカバーすることが規定されている。

1. Family medicine クリニック
2. 在宅診療
3. 入院診療
4. コミュニティーヘルス増進
5. 内科ローテーション 12w
6. 外科ローテーション 12w
7. 小児科ローテーション 8w
8. 産婦人科ローテーション 8w
9. 整形外科ローテーション 4w
10. 救急 4w

11. 精神科 8w
12. 皮膚科 4w
13. リハビリ 4 w
14. 眼科 2w
15. 耳鼻咽喉科 2 w
16. 麻酔科 2 w
17. 放射線科 2 w
18. 倫理, コミュニケーション, 臨床教育
19. 研究
20. 臨床スキル

Ref : <http://thaifammed.org/wp-content/uploads/2017/06/%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%9A%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B9%80%E0%B8%A7%E0%B8%8A%E0%B8%A8%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%8C%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%9A%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%A7-2555-1.pdf>

\* 家庭医 / GP 専門医のもとで学ぶ必要性

RCPT 会員で専門医資格があり、5年以上の family medicine の経験を持つ指導医 2 名以上がプログラムに在籍する必要がある。Family medicine unit (実践の場) では、family medicine クリニックと往診機能と、ヘルスプロモーションの仕組みを備えなくてはならない。指導医に対しては、少なくとも週半日の学術活動に充てる時間を確保しなくてはならない。

Ref : <http://thaifammed.org/wp-content/uploads/2017/06/%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%9A%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B9%80%E0%B8%A7%E0%B8%8A%E0%B8%A8%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%8C%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%9A%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%A7-2555-1.pdf>

\* 家庭医療 / プライマリ・ケアの理論的基盤の習得

2-c) 専門医取得時に求められるコンピテンシー

3 年間の FM レジデンシーを完了していること

Ref : <http://thaifammed.org/wp-content/uploads/2017/06/%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%9A%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B9%80%E0%B8%A7%E0%B8%8A%E0%B8%A8%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%8C%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%9A%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%A7-2555-1.pdf>

2-d) 専門医試験の内容

1. 研究論文 1 本
2. コミュニティプロジェクト 1 つ
3. 継続した訪問診療ケースのレポート 2 つ
4. OSCE14 ケース
5. MCQ 200 問.
6. MEQ 5 門
7. 口頭試問

Ref : <http://thaifammed.org/wp-content/uploads/2017/06/%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%9A%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B9%80%E0%B8%A7%E0%B8%8A%E0%B8%A8%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%8C%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%9A%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%A7-2555-1.pdf>

3) その後のフェローシップ, 追加資格のキャリアパス

米国の family medicine のコンセプトを採用しており, 専門医取得が PhD と同等の扱いとなる。

ただし, 現時点で family physician が進めるフェローシップは存在しない。

4) 転向について

2016 時点で全医師の 1/5 にあたる約 6400 名が family physician であり, 毎年 2500 名の医学部卒業生のうち, 約 120 名が family medicine レジデンシーへ進んでいる。しかし実際には, 特に郡部などでトレーニングを受けておらず専門のない general practitioner が family medicine を実践しなくてはならない現状のねじれがある。さらに family medicine

制度の導入後、タイ政府は早急に十分数の family physician を確保するために general practitioner や他科医に family physician の board 取得を特別に許可したため多くの hybrid family physician が初期に量産された経緯がある。現在のタイの人口あたり家庭医数は 1 : 1000 である。

Wiwanitkit V. Family medicine in Thailand: System, training, and obstacles. *Med J DY Patil Univ* 2016; 9: 4-6.

現在は、認定された primary care もしくは public health 施設で 5 年以上の勤務歴のある医師は family medicine board に申請できる。

Ref : <http://thaifammed.org/wp-content/uploads/2017/06/%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%9A%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B9%80%E0%B8%A7%E0%B8%8A%E0%B8%A8%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%8C%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%9A%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%A7-2555-1.pdf>

## (2) 総合診療医が与えるインパクト

### 1) プライマリ・ケアのアウトカム／インパクト

#### 【医療制度とアウトカム】

\* タイの 2001 年の皆保険制度導入前後の医薬品コスト比較。皆保険導入によりプライマリ・ケアにおける慢性疾患（高血圧、糖尿病など）への薬剤コストが上昇したが、入院診療における心不全や癌などの医療費は変化しなかった。プライマリ・ケアにおける慢性疾患の受療率に保険などアクセスが関与する証拠ともいえる。

Garabedian LF, Ross-Degnan D, Ratanawijitrasin S, Stephens P, Wagner AK. Impact of universal health insurance coverage

in Thailand on sales and market share of medicines for non-communicable diseases: an interrupted time series study. *BMJ Open*. 2012; 2 (6): e001686.

#### 【Family physician の診療内容に関する検討】

\* トレーニングを受けた family physician の診療は、トレーニングを受けていない general practitioner の診療よりも満足度が高い。

Jaturapatporn D, Dellow A. Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Fam Pract* 2007; 8: 14.

\* トレーニングを受けた family physician は、トレーニングを受けていない general practitioner よりも患者を専門医へ紹介する率が低く（14% vs. 24%）、紹介内容はより適切であった。

Jaturapatporn D. Does family medicine training affect the referral pattern of primary care doctors in Thailand? *Fam Med*. 2006 Jun; 38 (6): 387-8.

#### 【トレーニングを受けていない general practitioner の診療内容に関する検討】

\* メンタルケアに関するケースシナリオを用いたテストで GP は精神科医と比較して鬱より不安と診断しやすく、抗鬱剤は SSRI よりも三環系抗鬱剤を、しかも少量で処方する傾向があった。

Lotrakul M, Saipanish R. How do general practitioners in Thailand diagnose and treat patients presenting with anxiety and depression? *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009 Feb; 63 (1): 37-42.

\* GP の多くがベンゾジアゼピンを不適切に処方しすぎる傾向があった。

Srisurapanont M, Garner P, Critchley J, Wongpakaran N. Benzodiazepine prescribing behaviour and attitudes: a survey among general practitioners practicing in northern Thailand. *BMC Family Practice*. 2005; 6: 27. doi: 10.1186/1471-2296-6-27.

(家 研也)



## イギリス

## (1) 総合診療医とは

## 1) 医学部／医師免許試験と合格率／毎年の新規医師誕生数

## 1-a) 医学部（正規の教育課程）

基本、二通りのパターン。

① Secondary Education (GCSE, 5年, 11歳から16歳) → Further Education (GCE advanced-level, 俗に A-level と呼ばれる, 2年, 16歳から18歳) → Higher Education (Medical School, 5-6年, 18歳から23-24歳). A-level 取得後 gap year (休暇や社会経験などのための期間) を取る人も。

② Secondary Education (GCSE) → Further Education (GCE advanced-level) → Higher Education (non-medical degree) → 大学院 and/or 社会人 → Higher Education (Medical School, 4-5年). 社会人で①の Higher Education からスタートする人も。

②の割合は8%ほど

<https://www.gmc-uk.org/static/documents/content/SoMEP-2017-final-full.pdf>

## 1-b)

医師国家試験は存在しない。外部監査された各メディカル・スクールの卒業試験に受かり、医師になる。卒業試験の内容・合格率はメディカル・スクールによって異なる。個人的な知識や経験では筆記試験以外にも口頭試験や実技も含まれ、合格率は90%ほど。

## 1-c) 毎年の新規医師誕生数

2017年は13136人

出身医学部別（英国7305人, EEA2057人, International medical graduates（それ以外）3774人）

<https://www.gmc-uk.org/static/documents/content/SoMEP-2017-final-full.pdf>

英国人口（2017年）6646万4162人

<http://www.worldometers.info/world-population/uk-population/>

人口千人あたりの新規・再登録医師数（2017年）

$13136 \div 66464 = 0.197$

→ 0.2人

## 1-d) 医学部の学費

英国・EU出身の学生は年£9250, 一ポンド = 150円で計算すると年139万。

他地域出身の学生はそれ以上。各メディカル・スクールによって異なる。

## 2) その国の家庭医／GP 専門家養成のキャリアパス（正規パス）

## 2-a) 医師免許取得後どの段階から家庭医／GP 専門家養成キャリアパスに乗れるか

基本, Medical School 卒業後, 初期研修二年 (Foundation Programme) をやってから, 後期研修 (GP specialist training) に進む。

## 2-a') 家庭医／GP 専門家養成キャリアパスに乗るためのハードル

倍率ある。応募者全員乗れるかはその時の倍率・及び適性審査の結果で決まる。適性審査ある。倍率が1を下回っても適性検査で「適性なし」と判断されれば、なれない。

<https://gprecruitment.hee.nhs.uk>

週刊医学界新聞 英国の新しい家庭医療専門医制度 その研修と選抜（前編）

[http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03010\\_02](http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03010_02)

2017年は3857枠（GP 後期研修）に対し5097の応募。倍率1.32。全診療科の枠数は8846。そのうちGP枠は44%。

<https://specialtytraining.hee.nhs.uk/portals/1/Content/Resource%20Bank/Competition%20Ratio%27s/Competition%20Ratios%202017%20ST1.pdf>

## 2-b) 家庭医／GP 専門家養成の期間と内容（いわゆるレジデンシー）

GP 後期研修, 基本3年間。4年間プログラムもあり。認定施設で, 認定指導医のもと, 18ヶ月のGP研修を受ける。領域別診療科18ヶ月。

<https://gprecruitment.hee.nhs.uk/Recruitment/Training>

\* 小児の診療, 女性のコンプレックス (women's health), 妊婦健診, 出産, メンタルヘルス, 小外科, 入院診療, 在宅／訪問診療

入院医療, 出産, 妊婦健診以外は全て求められる。一部のケースを除き, 基本GPは診療所の外来, 病院医師が入院を担当し, 一般的な妊婦外来や出産は助産師が担当するため, 入院医療, 出産, 妊婦健診は内科・産婦人科などをGP研修医としてローテする時以外はGPには求められない。ただし, 子供がほしい人・カップル, 妊婦, 産んだ後の女性・家族と関わっていないわけではないので, 実際, GPはWomen's healthや妊婦の不定期な問題も診ている。

ちなみに, 一般的な妊娠・出産に対し, 助産師主導による継続したケアモデル (Midwife-led continuity model) と, 医師主導 (産科医・家庭医) の

ケアを含む他のモデルとを比べた場合、前者の方が、母子に対し、介入の可能性が低い、患者満足度が高い、少なくとも同レベルの adverse outcomes、との研究結果を示した論文があり、イギリスは前者の Midwife-led continuity model を推奨している。

Sandall, Jane, et al. "Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women." *The Cochrane Library* (2016).

<http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>

\*家庭医／GP 専門医のもとで学ぶ必要性  
必須。

\*家庭医療／プライマリ・ケアの理論的基盤の習得  
必須。MRCGP (GP 専門研修・資格) を取った人は「specialist in family medicine」として分類。

RCGP Medical Generalism: Why expertise in whole person medicine matters を参照。

<http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/medical-generalism.aspx>

和訳版

[https://www.primary-care.or.jp/imp\\_news/pdf/20160721.pdf](https://www.primary-care.or.jp/imp_news/pdf/20160721.pdf)

2-c) 専門医取得時に求められるコンピテンシー

RCGP GP Curriculum

<http://www.rcgp.org.uk/training-exams/training/gp-curriculum-overview/online-curriculum.aspx>

2-d) 専門医試験の内容

3つの構成要素。

- ①臨床応用試験 (Applied Knowledge Test)
- ②臨床技能評価 (Clinical Skills Assessment)
- ③職場基盤評価 (Workplace Based Assessment)

英国の新しい家庭医療専門医制度その研修と選抜 (後編)

[http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03014\\_02](http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03014_02)

英国家庭医学会の新しい専門医教育・認定制度から見える日本の課題。日本プライマリ・ケア連合学会誌 34.4 (2011) : 308-316.

[https://www.jstage.jst.go.jp/article/generalist/34/4/34\\_308/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/generalist/34/4/34_308/_pdf)

3) その後のフェローシップ、追加資格のキャリアパス

どのような領域があるか

RCGP は、医療、特に General practice/family medicine の発展に卓越した業績を残した者を称える上で、学会最高位のメンバーの称号「fellowship」を

用意しているが、ここで言う「フェローシップ」とは意味合いが異なる。

GP with special interest (正確には GP with special clinical interest) と呼ばれる GP は存在するが、これはあくまでも医療圏における local needs に対し、special clinical interest を持つことに興味を持つ GP が医療マネージャー的存在である Clinical Commissioning Group と相談・合意の上、自分に必要とされる追加の研修をしたり、資格を取得するなどして進む、地域性・個性の高いキャリアパスである。専門医制度の一部として系統的に整備してあるものではない。

領域の例としては、dermatology, MSK, endoscopy, substance misuse, cardiology, ENT, ophthalmology, mental health などがある。地域性・個性の高いこのキャリアパスの特性上、health of homeless people といったユニークなものもある。こうした GP with special interest の最大の特徴は「同地域内の他の GP 診療所から紹介を受ける」という点である。

RCGP は GP with special interest の質の担保のために以下のガイドを作成している。

RCGP Framework to support the governance of GPwERs

<http://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/a-to-z-clinical-resources/general-practitioners-with-extended-roles.aspx>

Non-clinical な special interest を持つ GP もいる。例としては、GP trainer (指導医)、Clinical Commissioning Group, Academic GP, local medical committee (日本で言うと地域の医師会)、medical journalism などがある。

イギリスの診療所の9割はグループ診療であるが、そうした診療所では、family planning, safe guarding of children and adults, diabetes など、それぞれの GP が役割分担する形で得意分野を持っていることが多い。実はこれも special interest と呼ばれることが多いので混乱を招きがちであるが、こうした GP with special interest は、同地域内の他の GP 診療所から紹介を受けず、あくまでも自分が働く診療所内での役割分担を行なう上での名称である。

これまでに挙げてきた special interest の多くは追加のトレーニングや資格を必要とする。

このように special interest を持つ GP は多いが、イギリスでは、special interest を持つ GP の方が special interest を持たない GP よりも学術的に上位と

いうわけではない。RCGPはMRCGP取得後のサブスペシャリティ、いわゆるジェネラリズムを細分化していくパスを用意していないし、ジェネラリズムをさらに深めていく上で、GP研修を3年から5年に引き伸ばす必要があるなど、ジェネラリズムの専門性をさらに強化していくこと、いわゆる「Expert Generalist」への道を進むことが重要であるとの声が近年高まっている。GPとして専門領域を持つというニュアンスが入りがちな「GP with special interest」の呼び名も、最近では、より幅広い役割を担うという意味で「GP with extended role」に変わっている。

#### 4) 転向について

基本、イギリス医学部出身の医師がGPとして働くには正規のGP研修を修了する以外に方法はないが、例えば、内科医として働いていた医師であれば、正規GP研修時の内科研修（6ヶ月）が免除され、3年ではなく、2年間半でGP研修を終えることができるなど、これまでの研修内容が考慮される場合もある。

公的保健医療制度の枠組みの中でプライマリ・ケア医として診療するためには医師免許以外にもMRCGPもしくは海外医師であればそれ同等とみなされる資格を持っている必要がある。いわゆる家庭医療専門医であることが求められる。

MRCGPを持たない旧世代のGP (established GP)がMRCGPを取得するルートとしてMAP (Membership by assessment of performance)がある。

MAP is a portfolio-based assessment. Successful completion of MAP results in MRCGP.

<http://www.rcgp.org.uk/training-exams/practice/membership-by-assessment-of-performance-map-the-route-to-rcgp-membership-for-established-gps.aspx>

#### (2) 総合診療医が与えるインパクト

##### 1) プライマリ・ケアのアウトカム／インパクト

欧州における強固なプライマリ・ケアは「国民の健康水準の高さ」「健康における社会経済的格差の低さ」「不必要な入院率の低さ」と関連する。

Kringos, Dionne S., et al. "Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending." *Health affairs* 32.4 (2013): 686-694.

強固なプライマリ・ケアは「より緩やかな医療費の伸び」と関連する。上記のKringosの論文に対する議論。

Haggerty, Jeannie L., et al. "The strength of primary care systems." *British Medical Journal* 346.7914 (2013): f3777.

## 2) 構造

### 1) ガバナンス

\* 国で統一されたプライマリ・ケアのデータベース／収集の仕組みがあるか

例えば、一括管理された患者の医療情報、業績払い制度の成績、各診療所の処方データ、二次医療への紹介率、各診療所の患者の救急センターの利用率、必要とされる患者群を同定した上での予防接種の接種率、同検診受診率、CQCによる外部監査の報告内容などがある。

\* プライマリ・ケアを提供する医療機関の運営（公立、国立、privateなど）

GP診療所はPrivate

### 2) 経済状況

\* 国の医療費に対するプライマリ・ケアに関する医療費の割合

この数値を割り出す際の「国の医療費」「プライマリ・ケア」のそれぞれの定義・範囲によって大きく変わってくるが、例えば、「国の医療費」をNHS予算、「プライマリ・ケア」をGeneral Practiceとすると、2012年度の割合は約8%（イングランド）。

RCGP. A blue print for building the new deal for General Practice in England.

<http://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/PPF/A-Blueprint-for-building-the-new-deal-for-general-practice-in-England.ashx?la=en>

\* プライマリ・ケア医の雇用形態（公務員、一般勤務医、開業など）

基本、開業医（GP Partner）。GP Partnerに雇われる形として常勤のSalaried GPと非常勤のlocum GP。

\* プライマリ・ケア診療報酬支払制度（P4P, capitation, fee for service, その他）

Capitation, P4P and fee for service

### 3) プライマリ・ケアの労働力確保

\* プライマリ・ケアを担う人たち（NP, PA, 保健師など）

GP（一般医・家庭医・家庭医療専門医\*）、診療所看護師（practice nurse, nurse practitioner）、訪問する専門看護師（palliative, COPD, heart failureなど）、助産師、歯医者、一般訪問看護師（district nurse）、再入院を繰り返す患者の継続的かつ包括的医療・ケアに関わるナースプラクティショナーレベルの訪問看護師（community matron）、保健師（health visitor）、理学療法士、作業療法士、speech language therapistなど。



\* WONCA Europe は 家庭医 (family doctor) を General practice の postgraduate training を修了した医師として定義していることから、1980年代に必須のGP専門研修が始まったイギリスでは現在、一般医としてのGPは殆ど存在せず、家庭医と家庭医療専門医がGP workforceの大部分を占めると考えられる。

\* 医学部卒業後、家庭医療専門教育に進む割合  
2017年度は全診療科の後期研修一年目の枠数は8846、そのうちGP枠は3857で全体の44%。  
<https://specialtytraining.hee.nhs.uk/portals/1/Content/>

[Resource%20Bank/Competition%20Ratio%27s/Competition%20Ratios%202017%20ST1.pdf](https://www.gmc-uk.org/doctors/register/search_stats.asp)

\* 家庭医 / GP の全体の医師に対する割合  
GP は 24%、領域別専門医は 32%、初期・後期研修医含む他の医師が残りの 44%。

GP と領域別専門医数の比率は 43%対 57%。

[https://www.gmc-uk.org/doctors/register/search\\_stats.asp](https://www.gmc-uk.org/doctors/register/search_stats.asp)

\* 学術団体が存在するか  
RCGP

(澤 憲明)

## アメリカ

(1)

## 1) 医学部／医師免許試験と合格率／毎年の新規医師誕生数

1-a) 医学部はいつから入学できるか  
4年制大学卒業or Pre-med 卒業後

1-b) 医師免許試験

Medical school 在宅中に Step1,2 受験

Step1 は CBT, Step2 は 臨床知識 (CK) + 実技 (CS)

2016年の合格率: MD で Step1 94%, Step2 CK 96%, CS 97%<sup>1)</sup>

1-c) 毎年の新規医師誕生数

2015年全米トータル医学部卒業生 18705人<sup>2)</sup> / 人口 3210億人<sup>3)</sup>

1-d) 医学部の学費

平均\$35932—\$60543<sup>4)</sup> (1\$105円で換算して, 377万—635万)

## 2) その国の家庭医／GP 専門家養成のキャリアパス (正規パス)

2-a) 医師免許取得後どの段階から家庭医／GP 専門家養成キャリアパスに乗れるか  
医学部終了後<sup>5)</sup>

2-a') 家庭医／GP 専門家養成のキャリアパスに乗るためのハードル

一部の州では卒前教育で家庭医療のローテーションが義務付けられている (山下)

ACGME 指定のプログラム修了<sup>6)</sup>

2-b) 家庭医／GP 専門家養成の期間と内容 (いわゆるレジデンシー)<sup>7)</sup>

## 3) その後のフェロシップ, 追加資格のキャリアパス

どのような領域があるか

家庭医療は更新制 (ABFM が管理)

基本的には臨床領域に限られる。以下の他にもある。(山下)

Ex. 思春期医療, 救急, FD, 老年, ホスピス

1) [http://www.usmle.org/performance-data/default.aspx#2016\\_step-2-cs](http://www.usmle.org/performance-data/default.aspx#2016_step-2-cs)

2) <https://www.kff.org/other/state-indicator/total-medical-school-graduates/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>

3) <https://www.census.gov/popclock/>

4) <https://www.aamc.org/data/tuitionandstudentfees/>

5) <https://www.aafp.org/medical-school-residency/premed/training.html>

6) <https://www.theabfm.org/cert/index.aspx>

7) [http://www.acgme.org/Portals/0/PFAAssets/ProgramRequirements/120\\_family\\_medicine\\_2017-07-01.pdf?ver=2017-06-30-083354-350](http://www.acgme.org/Portals/0/PFAAssets/ProgramRequirements/120_family_medicine_2017-07-01.pdf?ver=2017-06-30-083354-350)

緩和, ホスピタリスト, 統合医療, 国際医療, 婦人科, 予防医学, へき地医療, 研究, スポーツ医学, 物質乱用, ウイメンズヘルス<sup>8)</sup>

精神・救急・内科などとの Dual-degree program もある<sup>9)</sup>

## 4) 既存の実地医科や他領域からの転向希望者へのパス

現在は家庭医療を実践するには新規卒業者と同様に正規の専門研修を受ける必要がある。ただし, 全専門分野において, 一旦何らかの専門医を取ってからの他分野への変更はあまり歓迎はされない。

## (2) 総合診療医／家庭医が与えるインパクト

1) プライマリ・ケアのアウトカム／インパクトを  
米国ではプライマリ・ケア医の数が増えることで 127617人／年の死亡が回避可能と言われている<sup>10)</sup>

1万人あたり1人のプライマリ・ケア医師が増えた結果として以下が示される<sup>11)</sup>

外来患者が5%減少, 入院患者の5.5%の減少, ER 訪問の10.9%の減少

外科手術の7.2%の減少

プライマリ・ケア医のいる成人は33%の医療コスト減<sup>12)</sup>

メディケアの支出もプライマリ・ケア医の多い州ほど少ない<sup>13)</sup>

## 2) その他

## 1) ガバナンス

\* プライマリ・ケアを提供する医療機関の運営 (公立, 国立, private など)

ほとんどが private

## 2) 経済状況

\* プライマリ・ケア医の雇用形態 (公務員, 一般勤務医, 開業など)

ほとんどが private

\* プライマリ・ケア診療報酬支払制度 (P4P, capitation, fee for service, その他)

すべての混合であるが, capitation が中心

8) <https://nf.aafp.org/Directories/Fellowship/Search>

9) <https://www.aafp.org/medical-school-residency/premed/training.html>

10) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/#b62>

11) <https://www.aafp.org/medical-school-residency/choosing-fm/value-scope.html>

12) <https://www.aafp.org/medical-school-residency/choosing-fm/value-scope.html>

13) <https://www.aafp.org/medical-school-residency/choosing-fm/value-scope.html>

### 3) プライマリ・ケアの労働力確保

\* プライマリ・ケアを担う人たち (NP, PA, 保健師など)

米国でのプライマリ・ケア提供者は家庭医, 内科医, 小児科医 (+ 産婦人科医), 加えて Nurse

practitioner とよばれる特定看護師, 州によっては鍼灸師などもプライマリ・ケアを担う主治医として選択可能であるとされる

(井口真紀子 / 岡田唯男)



世界の病院総合診療医－米国を中心に－

①病院総合診療医とは

- ・病院総合診療医に最も近い概念として、米国における「ホスピタリスト」がある。
- ・米国以外で、ホスピタリストに相当する専門性を明確に規定している国はない。
- ・ホスピタリストという用語の誕生は1996年の米国であり、比較的新しい概念である。

-Wachter RM, et al. The emerging role of “hospitalists” in the American health care system. N Engl J Med. 1996 Aug 15; 335 (7): 514-7.

- ・ホスピタリストの主たる役割は、外来診療を担うプライマリ・ケア医（家庭医／内科医／小児科医）から患者を引き継いで入院診療を行い、治療終了後は再びプライマリ・ケア医に患者を戻すことであり、病院における医療のリーダーとされている。

-Wachter RM. An introduction to the hospitalist model. Ann Intern Med. 1999 Feb 16; 130 (4 Pt 2): 338-42.

- ・ホスピタリストが米国で誕生した背景は、高度に専門分化した医療と、入院期間長期化による医療費増大への対策である。

-Wachter RM, et al. The emerging role of “hospitalists” in the American health care system. N Engl J Med. 1996 Aug 15; 335 (7): 514-7.

-Lindenauer PK, et al. Outcomes of care by hospitalists, general

internists, and family physicians. N Engl J Med. 2007 Dec 20; 357 (25): 2589-600.

- ・ Society of Hospital Medicine が提唱するホスピタリストの定義

「ホスピタリストは、病院医療において臨床的ケア、教育、研究、および／またはリーダーシップに携わる専門職を指す。この病院医療の専門職には医師、看護師、医師助手などが含まれる。」

-Definition of a Hospitalist and Hospital Medicine, Society of Hospital Medicine ホームページより引用

- ・米国ホスピタリストは2016年時点で50,000人を超えており、75%の病院でホスピタリストが勤務している

-Wachter RM, et al. Zero to 50,000 - The 20th Anniversary of the Hospitalist. N Engl J Med. 2016 Sep 15; 375 (11): 1009-11.

- ・ Medical Group Management Association と Society of Hospital Medicine による2012年のHospital Medicine Survey 報告書によると、ホスピタリストのうち89.60%が総合内科医、5.5%が小児科医、3.7%が家庭医の出身である。

- ・ホスピタリストに必要な能力（コア・コンピテンシー）についてのガイドラインが Society of Hospital Medicine から2006年に提唱された。このガイドラインによると、コア・コンピテンシーは一般的な19の臨床状況への対応、ベッドサイドで行う8つの手技、患者安全や医療の質改善を含

## ホスピタリストのコア・コンピテンシー

Section 1 : Clinical Conditions (代表的疾患群)		Section 3 : Healthcare Systems (医療システム)	
1.1	急性冠不全症候群	3.1	高齢患者のケア
1.2	急性腎不全	3.2	脆弱なポピュレーションのケア
1.3	アルコール離脱と退薬	3.3	コミュニケーション
1.4	喘息	3.4	診断意思決定
1.5	不整脈	3.5	医薬品安全、薬剤経済学および薬剤疫学
1.6	蜂窩織炎	3.6	公正な資源配分
1.7	慢性閉塞性肺疾患	3.7	エビデンスに基づいた医療
1.8	市中肺炎	3.8	コンサルタントとしてのホスピタリスト
1.9	うっ血性心不全	3.9	教師としてのホスピタリスト
1.10	譫妄と認知症	3.10	情報管理
1.11	糖尿病	3.11	リーダーシップ
1.12	消化管出血	3.12	経営管理
1.13	院内肺炎	3.13	入院患者の栄養
1.14	鎮痛処置	3.14	緩和ケア
1.15	周術期医療	3.15	患者教育
1.16	敗血症症候群	3.16	患者のサインアウト
1.17	脳卒中	3.17	患者安全性
1.18	尿路感染症	3.18	臨床現場での学習と改善
1.19	静脈血栓塞栓症	3.19	医療関連感染と抗菌薬耐性化の予防
Section 2 : Procedures (手技)		3.20	プロフェッショナルリズムと医学倫理
2.1	関節穿刺	3.21	質の改善
2.2	胸部 X 線検査解釈	3.22	リスク管理
2.3	心電図解釈	3.23	チームアプローチおよび他職種によるケア
2.4	救急対処法	3.24	ケアの移行
2.5	腰椎穿刺		
2.6	腹腔穿刺		
2.7	胸腔穿刺		
2.8	血管アクセス		

Dressler DD, et al. J Hosp Med 2006;1 Suppl 1:48-56.

む 24 の医療システムに関する知識, の 3 つのセクションから成り立っている.

-Dressler DD, et al. Core competencies in hospital medicine: development and methodology. J Hosp Med. 2006;1 Suppl 1:48-56.

## ②病院総合診療医 (ホスピタリスト) 養成のキャリアパス

以下, 米国のホスピタリストについて述べる.

### 1) 前提

- ・ホスピタリストは病院医療において臨床的ケア, 教育, 研究, および/またはリーダーシップに携わる専門職であり, 他の一般的な専門医とは異なる存在である.
- ・ホスピタリストとして病院勤務を行う際に求められる専門医資格は存在しない.

### 2) 米国のホスピタリスト養成のキャリアパス (正規パス)

- ・ American Board of Medical Specialties (ABMS) は, ホスピタリスト養成を目的としたプログラムである Focused Practice in Hospital Medicine (FPHM) を提供している.
- ・ 米国内科学会 (American Board of Internal Medicine: ABIM) と米国家庭医療学会 (American Board of Family Medicine: AFBM) は, それぞれの専門医を有する病院勤務医師に対して FPHM プログラムの認定を受けられる基盤を整備している.
- ・ FPHM について

<https://www.hospitalmedicine.org/professional-development/maintenance-of-certification/>

### 2-a) 医師免許取得後どの段階からホスピタリスト養成のキャリアパスに乗ることができるか

- ・ FPHM プログラムにエントリーするためには以下の要件を満たす必要がある.
  - 少なくとも 3 年前にレジデンシーを終了し, 内科専門医または家庭医療専門医の資格を有する.
  - 単独での患者診療を最低 3 年間行っている (内科または家庭医療のフェローシップ期間を含む).
  - 次のうちいずれかに該当する必要がある

〈フルタイムの病院勤務の場合〉

1 年間で最低 1000 人を 3 年間, または過去 3 年間で 3000 人の患者診療経験

〈病院での専門職活動とパートタイムでの病院勤務の場合〉

1 年間で最低 250 人を 3 年間, または 3 年間で 750 人以上の入院患者診療経験.

これらは全臨床活動の少なくとも 75% を占めなければならない.

残りの非臨床専門活動時間の少なくとも 50% を入院診療改善に費やす必要がある.

### 2-b) ホスピタリスト養成の期間と内容

〈米国内科学会の内科専門医が FPHM 認定を受ける場合〉

- ・ FPHM プログラムにエントリー後, 3 年以内に以下のすべての要件を満たす必要がある.
  - 医師免許の維持
  - 自己学習による内科専門医維持のポイントを過去 5 年間で 100 ポイント獲得 (医療知識で少なくとも 20 ポイントが必要)

○プログラムエントリー後に hospital medicine の試験へ合格

○過去 3 年間における患者診療経験の達成

〈米国家庭医療学会の家庭医療専門医が FPHM 認定を受ける場合〉

○プログラムエントリー後に hospital medicine の試験へ合格

○過去 3 年間における患者診療経験の達成

○以下の教育要件を満たす

- ・ 過去 10 年間で, 以下に提示する 6 つの hospital medicine 関連の活動を完了しており, うち 4 つは過去 3 年間に完了している必要がある.

また, 活動のうち 1 つはパフォーマンス改善活動である必要がある.

-知識に関する自己評価 (8 領域)

-パフォーマンス改善活動 (20 領域)

-FPHM 指定の臨床評価 (8 領域)

### 2-c) 専門医取得時に求められるコンピテンシー

- ・ 添付 PDF-1 の内容を Society of Hospital Medicine ではコア・コンピテンシーとしているが, FPHM 認定時に求められているものではない.

### 2-d) 専門医試験の内容

- ・ hospital medicine の試験は, 単純択一形式解答の多肢選択式問題 240 問から成る. (試験の blue print は [www.abim.org/pdf/blueprint/hospital-medicine-moc.pdf](http://www.abim.org/pdf/blueprint/hospital-medicine-moc.pdf))

- ・ 試験問題のほとんどは患者シナリオが提示される臨床問題であり, 診断, 検査, 治療/ケアの選択, リスク評価/予後/疫学, および病態生理/基礎医学に関する内容が問われる.

- ・ 試験で取り扱う領域は, 入院および移行期ケア

(63.5%。内訳は循環器 12.5%，呼吸器／集中治療 13%，消化器／肝臓 10.5%，腎臓／泌尿器 8.5%，内分泌 5%，血液／腫瘍 3.5%，神経 7.5%，アレルギー／リウマチ／皮膚 3%），緩和ケア／臨床倫理／臨床的意思決定（6.5%），コンサルテーション／協働（15%），および医療の質／患者安全／臨床推論（15%）である。

### 3) その後のフェローシップ，追加資格のキャリアパス

なし

### 4) 既存の実地医科や他領域からの転向希望者への上記2)の正規パス以外にホスピタリスト資格を取得する方法はあるか。また保険診療上ホスピタリストを診療として行う場合に医師免許以外の資格やトレーニングが要求されるか？

ない。FPHM 自体が任意プログラムであり，正式にホスピタリストとして勤務する際に求められる認定制度ではない。

### ③ホスピタリストのアウトカム／インパクト

- ・多くの文献で報告されているのは，ホスピタリストによるケアは在院日数短縮と医療費削減に寄与するということである。
- ・再入院率については減少させるという報告と，不変であるという報告の両者がある。
- ・死亡率を改善させたという報告はほとんど存在しない。
- ・ホスピタリストによるケアは，在院日数短縮と費用削減効果がある。

-White HL, et al. Do hospitalist physicians improve the quality of inpatient care delivery? A systematic review of process, efficiency and outcome measures. *BMC Med.* 2011 May 18; 9: 58.

- ・総合内科医師にケアを受けた場合と比べて，ホスピタリストによるケアは死亡率と 14 日以内の再入院率は同等で，入院期間が 0.4 日短く ( $P < 0.001$ )，費用が 268 ドル安かった ( $P = 0.02$ )。また，家庭医にケアを受けた場合と比べると，入院日数は 0.4 日短縮 ( $P < 0.001$ ) されたが，費用・死亡率・14 日以内の再入院率は差がなかった。

(肺炎，心不全，胸痛，虚血性脳卒中，尿路感染症，COPD 急性増悪，および急性心筋梗塞で入院した 18 歳以上の患者データ解析結果)

-Lindenauer PK, et al. Outcomes of care by hospitalists, general internists, and family physicians. *N Engl J Med.* 2007 Dec 20;

357 (25): 2589-600.

- ・急性心筋梗塞，心不全，肺炎の 3 つの疾患において，ホスピタリストによる入院中のケアは退院後 30 日以内の再入院率を有意に低下させるが，退院後 30 日以内の死亡率は変化させない。

-Jungerwirth R, et al. Association of hospitalist presence and hospital-level outcome measures among Medicare patients. *J Hosp Med.* 2014 Jan; 9 (1): 1-6.

- ・非ホスピタリストと比較して，ホスピタリストによるケアは入院期間を有意に短縮し，特に退院後の頻回評価と複雑な退院計画が必要な疾患（うっ血性心不全，脳卒中，気管支喘息，肺炎）で入院期間短縮効果が大きい。しかし，再入院，入院中死亡率，および退院後 30 日以内の死亡率に差はなかった。

-Southern WN, et al. Hospitalist care and length of stay in patients requiring complex discharge planning and close clinical monitoring. *Arch Intern Med.* 2007 Sep 24; 167 (17): 1869-74.

- ・カナダの後方視的研究では，病院で伝統的な家庭医が提供する患者ケアと比べて，家庭医ベースのホスピタリストや総合内科ベースのホスピタリストによるケアは入院中死亡率と退院後 30 日以内の再入院率が有意に低い。

-Yousefi V, et al. Does implementation of a hospitalist program in a Canadian community hospital improve measures of quality of care and utilization? an observational comparative analysis of hospitalists vs. traditional care providers. *BMC Health Serv Res.* 2013 Jun 5; 13: 204.

- ・他の視点として，ホスピタリスト主導のチームケアによる合併症・機能低下・自宅退院率を調べた報告がある。
- ・ホスピタリスト主導の多職種チームによるケアは，通常ケアと比較して退院時機能低下は有意に低く（オッズ比 0.35；95%信頼区間 0.10-0.92； $P < 0.001$ ），せん妄発生率は有意に低く（オッズ比 0.48；95%信頼区間 0.16-0.97； $P = 0.03$ ），施設退院率は有意に低かった（オッズ比 0.41；95%信頼区間 0.14-0.95； $P = 0.01$ ）。

-Yoo JW, et al. Effects of hospitalist-directed interdisciplinary medicine floor service on hospital outcomes for seniors with acute medical illness. *Geriatr Gerontol Int.* 2014 Jan; 14 (1): 71-7.

(山本 祐)



### 3) プライマリ・ケア・スコア (各国)

#### プライマリスコア (オーストラリア)

	高い	中等度	低い	コメント
医療システムの特徴				
Type of system	プライマリ・ケアを提供する医療機関が人口分布に合わせて満遍なく配置されている (国の方針によってある程度配置への影響がある)	配置へのインセンティブがあるが影響は中等度	regulation なし	医師と医療の適切な配置に関しては広大な国土のため、大都市、地方、過疎地域などに適切に配置されるよう努力されているが、実際には適切に配置されているとは言えず、特に専門医療機関は沿岸部や大都市に集中している、というより、集約されていると言って良い。しかし、それを補うために Royal Flying Doctor Service などの医療輸送システムがある程度確立している。
Financing	税金	社会保障に基づく	private insurance agency による	Medicare の財源は所得税などの一般税金収入から捻出されている。
プライマリ・ケア提供者の種類	家庭医/GP	内科や小児科	それ以外	オーストラリアの医療制度はイギリス式が踏襲されている。医師は大きく GP (General Practitioner = 総合診療医) と呼ばれる医師と Specialist (= 臓器専門医) と呼ばれる医師に分けられる。プライマリ・ケアの担い手は GP であり、小児、成人、男女、老若を問わず、何か健康上の問題が発生した時にそれが何の問題であるのかも含めて、かかりつけ総合診療医をまず、受診し、総合診療医が解決できる健康問題でない場合に限って総合診療医を通じて臓器専門医に紹介受診する仕組みとなっている。
実際に診療をしている領域別専門医の割合	50% 以内	51-69%	70% 以上	2015 年現在、102,805 名の医師が登録されており、そのうち、88,040 名が医療を提供する仕事しており、その他は教員が 1,056 名、研究職が 1,319 名、事務職が 1,490 名となっている。総合診療医の Academic な活動は比較的少なく、プライマリ・ケアに専念していることが多い。全医師数の約 40% が女性医師であり、27.2% が 55 歳以上となっている。そのうち、総合診療医は 33.1%、臓器専門医は 35.0%、臓器専門医研修中の医師は 18.0%、病院総合医が 11.6% である。総合診療医に占める女性医師の割合は約 50.9% で、全医師数に占める女性医師の割合よりは高くなっている。
領域別専門医に比してのプライマリ・ケア医療者の収入の比率 (PC 医の年収: 領域別専門医の年収)	0.9 : 1 以上	その間	0.8 : 1 以下	GP の平均年収は約 12~15 万豪ドルで Specialist の平均年収は約 20~40 万豪ドルとなっている。
プライマリ・ケアサービスに関する患者の費用負担	ないか極めて低い	低い and / or 上限あり	それ以外	医療は Medicare と呼ばれる公的保険制度で行われ、公的医療機関は原則、無料である。私的医療機関は Medicare ではカバーされないため、私的保険に加入し、受診していることが多い。
患者リスト (パネル)	医師ごとの患者パネルのリストが要求されている	グループでのリスト and / or 要求されないが前提として存在している	存在しない	
24 時間対応	法律や制度によって義務付けられている	社会的な義務 (努力) によって存在	どちらも存在しない	都市部では 24 時間の救急病院があるが、へき地では RuralGP の努力で補われていることが多い。

## プライマリスコア (オーストラリア)

	高い	中等度	低い	コメント
academic 家庭医療部門の強さ	他の診療部門と同じくらい強い	国の中でばらつきがある	医学教育や研修の場において、家庭医療が低優先順位もしくは評判が低い	歴史的には家庭医の優先度は低かったが、最近はずしずつ向上し、大学内にもアカデミックな GP 部門ができています。
診療内容のプライマリ・ケア度				
first contact	領域別専門医への受診がプライマリ・ケアを経由することが必要	領域別専門医への直接受診を減らすためのインセンティブが存在	患者が自分で領域別専門医への受診可能	一般的には患者は直接、臓器専門医を受診することができないか、できても長期間（数週間から数か月間）、待つことになる。もし、緊急性を要すると思われる場合にはその地域の大きな病院の救急外来を受診するか、24 時間医療を提供している GP に受診する。
longitudinally	登録や患者パネルに基づく主治医/かかりつけ医療機関の紐付け	意図的ではなくデフォルトとして医師患者関係が存在	長期的な医師患者関係のコンセプトが存在しない	かかりつけ GP がほとんどの場合、登録されている
comprehensiveness	小児、高齢者、女性、成人、ルーチンの産科診療、メンタルヘルス、小外科、予防サービスのほぼ全てがプライマリ・ケアで提供される	その間	左記のほとんどがプライマリ・ケア診療の特徴ではない	
coordination	プライマリ・ケア医と領域別専門医の間の紹介に関して公式のガイドラインが存在する	その間（一部の病態や患者に対してのみ存在）	患者の紹介に関してガイドラインが存在しない	紹介には法律としての規制が存在している。
family centeredness	家族志向のケアをするという意図がプライマリ・ケアの役割として明示されている			
community orientation	医療者が地域の問題の同定やサービス内容の計画を立てる際に地域のデータを利用している	診療録/診療のデータを利用してケアの優先順位を決めている	サービス内容を決めるためにどのようなデータも利用していない	

## プライマリスコア (キューバ)

	高い	中等度	低い	コメント
<b>医療システムの特徴</b>				
Type of system	プライマリ・ケアを提供する医療機関が人口分布に合わせて満遍なく配置されている（国の方針によってある程度配置への影響がある）	配置へのインセンティブがあるが影響は中等度	regulation なし	コンサルトリオは 380 世帯、約 1200 人の地域ごとに 1 か所、ポリクリニコはコンサルトリオ約 20 か所につき 1 か所整備されている。
Financing	税金	社会保障に基づく	private insurance agency による	社会主義国のため国民は所得分与が均等で、日本のように「医師は高給取り」という社会的イメージはない。医療も教育も現場での国民の自己負担は全て無料で、社会的差別もないことが憲法により保障されている。
プライマリ・ケア提供者の種類	家庭医/GP	内科や小児科	それ以外	プライマリ・ケアはコンサルトリオ（家庭医・看護師各 1 人がペアで働く診療所）とポリクリニコ（総合診療所）がチームで担当している。コンサルトリオは 380 世帯、約 1200 人の地域ごとに 1 か所、ポリクリニコはコンサルトリオ約 20 か所につき 1 か所整備されている。
実際に診療をしている領域別専門医の割合	50%以内	51 - 69%	70%以上	大学を卒業したキューバの医師・看護師は、家庭医療の研修の後も約 75%が地域で働く。医師は、6 年間の大学教育を終えて医師免許を取得した後、約 90%が 3 年間家庭医療の研修を受ける。その後希望者（約 25%）のみが他の専門科を選択し、それ以外の全ての医師は家庭医を専門とする。
領域別専門医に比してのプライマリ・ケア医療者の収入の比率（PC 医の年収：領域別専門医の年収）	0.9 : 1 以上	その間	0.8 : 1 以下	医師間の収入差は記述が認められず。しかし、全体的に低収入であるとのこと。
プライマリ・ケアサービスに関しての患者の費用負担	ないか極めて低い	低い and /or 上限あり	それ以外	医療も教育も現場での国民の自己負担は全て無料で、社会的差別もないことが憲法により保障されている。
患者リスト（パネル）	医師ごとの患者パネルのリストが要求されている	グループでのリスト and /or 要求されないが前提として存在している	存在しない	全住人が約 1200 名ずつコンサルトリオに分配されて管理される。
24 時間対応	法律や制度によって義務付けられている	社会的な義務（努力）によって存在	どちらも存在しない	ポリクリニコでは家庭医、各科専門医、歯科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、理学療法士・作業療法士などによる外来診療・相談・訓練が提供され、無床ではあるが生理機能検査や X 線検査など、日本の小規模病院程度の設備を備えている。24 時間対応の救急室があるだけでなく、鍼灸や電気療法など統合医療部門もある。
academic 家庭医療部門の強さ	他の診療部門と同じくらい強い	国の中でばらつきがある	医学教育や研修の場において、家庭医療が低優先順位もしくは評判が低い	医師の 90%が家庭医（総合診療専門医）の専門教育を受けるという「逆転の発想」とも言うべき教育制度である。

## プライマリスコア (キューバ)

	高い	中等度	低い	コメント
診療内容のプライマリ・ケア度				
first contact	領域別専門医への受診がプライマリ・ケアを経由することが必要	領域別専門医への直接受診を減らすためのインセンティブが存在	患者が自分で領域別専門医への受診可能	キューバには2013年現在3万7761人の家庭医がいる。彼らは自分のコンサルトリオをベースにしつつ、ポリクリニコだけでなく、精神発達遅滞のある患者の療育、高齢者ケア、中等度リスクまでの妊婦ケアなどのセンターへも足を運び、各施設の診療・教育・管理運営において中心的な役割を果たしている。専門特化した大学病院・高次医療研究施設などの高次機関との連携も家庭医が主体となっており、互いの顔が見える規模を維持しつつ、全地域住民を対象とした包括的なプライマリ・ケアシステムを構築している。
longitudinally	登録や患者パネルに基づく主治医/かかりつけ医療機関の紐付け	意図的ではなくデフォルトとして医師患者関係が存在	長期的な医師患者関係のコンセプトが存在しない	約1200人の地域ごとに1か所、ポリクリニコはコンサルトリオ約20か所につき1か所整備。
comprehensiveness	小児、高齢者、女性、成人、ルーチンの産科診療、メンタルヘルス、小外科、予防サービスのほぼ全てがプライマリ・ケアで提供される	その間	左記のほとんどがプライマリ・ケア診療の特徴ではない	
coordination	プライマリ・ケア医と領域別専門医の間の紹介に関して公式のガイドラインが存在する	その間（一部の病態や患者に対してのみ存在）	患者の紹介に関してガイドラインが存在しない	
family centeredness	家族志向のケアをするという意図がプライマリ・ケアの役割として明示されている			診療録は個人用と家族用の2種類あり、後者には病歴の他、経済状況、家族関係、生活環境の評価も記載されていることから、家族へのケアがシステムとして担保されていると考える。
community orientation	医療者が地域の問題の同定やサービス内容の計画を立てる際に地域のデータを利用している	診療録/診療のデータを利用してケアの優先順位を決めている	サービス内容を定めるためにどのようなデータも利用していない	25-60歳女性が3年ごとに定期受診する子宮がん検診や受診が義務付けられている各種予防接種の担当地域での受診状況・結果を全てデータ管理し、未受診者がいる家庭には家庭医や看護師が訪問して受診・接種を促している。待合室には乳がん自己検診やうがい・手洗いなどのセルフケア教育、担当地域の人口動態や罹患状況、国家が負担している医療費などが掲示され、国や地域レベルでの医療情勢を地域住民に周知している。



## プライマリスコア（ドイツ）

	高い	中等度	低い	コメント
医療システムの特徴				
Type of system	プライマリ・ケアを提供する医療機関が人口分布に合わせて満遍なく配置されている（国の方針によってある程度配置への影響がある）	配置へのインセンティブがあるが影響は中等度	regulation なし	プライマリ・ケアに従事する保険医の許可は、需要計画制の元で行われ、家庭医を含む医師グループの地域間での適正配置が企図されている。
Financing	税金	社会保障に基づく	private insurance agency による	保険医協会の公的医療保険給付や家庭医協会の診療報酬などのルートあり。
プライマリ・ケア提供者の種類	家庭医/GP	内科や小児科	それ以外	保険診療は家庭医診療と専門医診療に区分され、家庭医診療は一般医、小児科医、家庭医診療を選択した内科医などが従事している。
実際に診療をしている領域別専門医の割合	50%以内	51 - 69%	70%以上	2014年のデータによれば、総医師数365247人中、一般医数は110227人となり、30.2%となっている。但し、家庭医制度に位置づけられるのは、一般医が大多数だが内科医などの他の専門医がつくこともあることから、上記よりは割合は増えることとなる。
領域別専門医に比してのプライマリ・ケア医療者の収入の比率（PC医の年収：領域別専門医の年収）	0.9：1以上	その間	0.8：1以下	「家庭医を希望する若い医師も明らかに減っています。その一因は、金銭的なインセンティブの少なさです。収入の伸び率は家庭医が専門医を上回っていて、両者の差は徐々に縮まってきてはいますが、開業医の収入（収支差額）は「専門医>家庭医」となっており、家庭医クリニックの収入（収支差額）は循環器専門クリニックの3分の2くらいのイメージになっています。」（P.167 文献5より引用）
プライマリ・ケアサービスに関しての患者の費用負担	ないか極めて低い	低い and / or 上限あり	それ以外	被保険者が医療サービスを受ける場合、登録家庭医を受診する、この場合、患者の自己負担はゼロだが、その他の家庭医や専門医を受診した場合は規定の自己負担（四半期ごとに10ユーロ）を支払う
患者リスト（パネル）	医師ごとの患者パネルのリストが要求されている	グループでのリスト and / or 要求されないが前提として存在している	存在しない	診療報酬制度にて想定患者数はあり、各医療機関毎に契約制は存在。
24時間対応	法律や制度によって義務付けられている	社会的な義務（努力）によって存在	どちらも存在しない	
academic 家庭医療部門の強さ	他の診療部門と同じくらい強い	国の中でばらつきがある	医学教育や研修の場において、家庭医療が低優先順位もしくは評判が低い	全国で36の学部のうち21大学において部門をおいているが、5つは科学的投稿がない。
診療内容のプライマリ・ケア度				
first contact	領域別専門医への受診がプライマリ・ケアを経由することが必要	領域別専門医への直接受診を減らすためのインセンティブが存在	患者が自分で領域別専門医への受診可能	国民は最初に家庭医を受診することは義務づけられていない（紹介上を持たずに専門医へ受診した場合は追加費用を必要とする。結果、国民の約9割がかかりつけの家庭医をもっており、事実上のゲートキーパーの役割を果たしている

## プライマリスコア（ドイツ）

	高い	中等度	低い	コメント
longitudinally	登録や患者パネルに基づく主治医/かかりつけ医療機関の紐付け	意図的ではなくデフォルトとして医師患者関係が存在	長期的な医師患者関係のコンセプトが存在しない	家庭医登録制。（但し追加費用を払えば別の医員にかかることもでき、家庭医の変更も可能。）
comprehensiveness	小児，高齢者，女性，成人，ルーチンの産科診療，メンタルヘルス，小外科，予防サービスのほぼ全てがプライマリ・ケアで提供される	その間	左記のほとんどがプライマリ・ケア診療の特徴ではない	ドイツでは家庭医の職務に予防医療の提供はない
coordination	プライマリ・ケア医と領域別専門医の間の紹介に関して公式のガイドラインが存在する	その間（一部の病態や患者に対してのみ存在）	患者の紹介に関してガイドラインが存在しない	German College of General Practitioners and Family Physicians に一部の疾患や症候別の公式ガイドラインは制定されているが，専門医紹介全体についてのガイドラインは見当たらない。
family centeredness	家族志向のケアをするという意図がプライマリ・ケアの役割として明示されている			卒後研修規定によると，家庭医とは患者の健康上の苦痛，問題または危険に係る生物学的，物理学的および社会的側面を考慮しながら，患者の生活を踏まえた家庭医的なケアを行い，あらゆる世代の様々な種類の健康の変調を治療するとともに保健医療制度における他の医師や専門職による診療を求めることを医学的に決定する役割を果たすものである，と定義されている。
community orientation	医療者が地域の問題の同定やサービス内容の計画を立てる際に地域のデータを利用している	診療録／診療のデータを利用してケアの優先順位を決めている	サービス内容を定めるためにどのようなデータも利用していない	電子保険証eGKの利用が始まっており，保険データの共有は始まりつつある。

## プライマリスコア (シンガポール)

	高い	中等度	低い	コメント
<b>医療システムの特徴</b>				
Type of system	プライマリ・ケアを提供する医療機関が人口分布に合わせて満遍なく配置されている (国の方針によってある程度配置への影響がある)	配置へのインセンティブがあるが影響は中等度	regulation なし	MOH 側がプライマリ・ケアの重要性・必要性を理解しており、高齢化に向けてその機能を強化している。
Financing	税金	社会保障に基づく	private insurance agency による	
プライマリ・ケア提供者の種類	家庭医/GP	内科や小児科	それ以外	
実際に診療をしている領域別専門医の割合	50%以内	51 - 69%	70%以上	FP 以外の専門医のほうが収入が多いため、FP 歯数としては少ないと思われる。
領域別専門医に比してのプライマリ・ケア医療者の収入の比率 (PC 医の年収: 領域別専門医の年収)	0.9 : 1 以上	その間	0.8 : 1 以下	
プライマリ・ケアサービスに関しての患者の費用負担	ないか極めて低い	低い and / or 上限あり	それ以外	
患者リスト (パネル)	医師ごとの患者パネルのリストが要求されている	グループでのリスト and / or 要求されないが前提として存在している	存在しない	
24 時間対応	法律や制度によって義務付けられている	社会的な義務 (努力) によって存在	どちらも存在しない	
academic 家庭医療部門の強さ	他の診療部門と同じぐらい強い	国の中でばらつきがある	医学教育や研修の場において、家庭医療が低優先順位もしくは評判が低い	
<b>診療内容のプライマリ・ケア度</b>				
first contact	領域別専門医への受診がプライマリ・ケアを経由することが必要	領域別専門医への直接受診を減らすためのインセンティブが存在	患者が自分で領域別専門医への受診可能	
longitudinally	登録や患者パネルに基づく主治医/ かかりつけ医療機関の紐付け	意図的ではなくデフォルトとして医師患者関係が存在	長期的な医師患者関係のコンセプトが存在しない	Public の医療機関を受診した場合、医師を選択できないため、継続性は担保されにくい。
comprehensiveness	小児、高齢者、女性、成人、ルーチンの産科診療、メンタルヘルス、小外科、予防サービスのほぼ全てがプライマリ・ケアで提供される	その間	左記のほとんどがプライマリ・ケア診療の特徴ではない	プライマリ・ケアを提供する医師の資質によるが多いため、幅広くカバーする医師もいればすぐに紹介する医師もいる。
coordination	プライマリ・ケア医と領域別専門医の間の紹介に関して公式のガイドラインが存在する	その間 (一部の病態や患者に対してのみ存在)	患者の紹介に関してガイドラインが存在しない	

## プライマリスコア（シンガポール）

	高い	中等度	低い	コメント
family centeredness	家族志向のケアをするという意図がプライマリ・ケアの役割として明示されている			
community orientation	医療者が地域の問題の同定やサービス内容の計画を立てる際に地域のデータを利用している	診療録/診療のデータを利用してケアの優先順位を決めている	サービス内容を決めるためにどのようなデータも利用していない	Publicの医療機関を受診した患者データを国が1箇所にとめてそれを解析できるようなシステム作りが進んでいる.



## プライマリスコア (タイ)

	高い	中等度	低い
医療システムの特徴			
Type of system	プライマリ・ケアを提供する医療機関が人口分布に合わせて満遍なく配置されている(国の方針によってある程度配置への影響がある)	配置へのインセンティブがあるが影響は中等度	regulation なし
Financing	税金	社会保障に基づく	private insurance agency による
プライマリ・ケア提供者の種類	家庭医/GP	内科や小児科	それ以外
実際に診療をしている領域別専門医の割合	50%以内	51 - 69%	70%以上
領域別専門医に比してのプライマリ・ケア医療者の収入の比率 (PC 医の年収: 領域別専門医の年収)	0.9 : 1 以上	その間	0.8 : 1 以下
プライマリ・ケアサービスに関する患者の費用負担	ないか極めて低い	低い and / or 上限あり	それ以外
患者リスト (パネル)	医師ごとの患者パネルのリストが要求されている	グループでのリスト and /or 要求されないが前提として存在している	存在しない
24 時間対応	法律や制度によって義務付けられている	社会的な義務 (努力) によって存在	どちらも存在しない
academic 家庭医療部門の強さ	他の診療部門と同じぐらい強い	国の中でばらつきがある	医学教育や研修の場において、家庭医療が低優先順位もしくは評判が低い
診療内容のプライマリ・ケア度			
first contact	領域別専門医への受診がプライマリ・ケアを経由することが必要	領域別専門医への直接受診を減らすためのインセンティブが存在	患者が自分で領域別専門医への受診可能
longitudinally	登録や患者パネルに基づく主治医/ かかりつけ医療機関の紐付け	意図的ではなくデフォルトとして医師患者関係が存在	長期的な医師患者関係のコンセプトが存在しない
comprehensiveness	小児, 高齢者, 女性, 成人, ルーチンの産科診療, メンタルヘルス, 小外科, 予防サービスのほぼ全てがプライマリ・ケアで提供される	その間	左記のほとんどがプライマリ・ケア診療の特徴ではない
coordination	プライマリ・ケア医と領域別専門医の間の紹介に関して公式のガイドラインが存在する	その間 (一部の病態や患者に対してのみ存在)	患者の紹介に関してガイドラインが存在しない
family centeredness	家族志向のケアをするという意図がプライマリ・ケアの役割として明示されている		
community orientation	医療者が地域の問題の同定やサービス内容の計画を立てる際に地域のデータを利用している	診療録/ 診療のデータを利用してケアの優先順位を決めている	サービス内容を決めるためにどのようなデータも利用していない

## プライマリスコア (イギリス)

	高い	中等度	低い	コメント
医療システムの特徴				
Type of system	プライマリ・ケアを提供する医療機関が人口分布に合わせて満遍なく配置されている (国の方針によってある程度配置への影響がある)	配置へのインセンティブがあるが影響は中等度	regulation なし	相対的に医師不足の地域あるが、国の方針によってある程度配置への影響ある。
Financing	税金	社会保障に基づく	private insurance agency による	公的保健医療システム (NHS) の財源. 税 81 %, 国民保険 (National Insurance) 18%. Office of Health Economics Guide to UK Health and Health Care Statistics. <a href="https://www.ohe.org/publications/ohe-guide-uk-health-and-health-care-statistics">https://www.ohe.org/publications/ohe-guide-uk-health-and-health-care-statistics</a>
プライマリ・ケア提供者の種類	家庭医/GP	内科や小児科	それ以外	
実際に診療をしている領域別専門医の割合	50%以内	51 - 69%	70%以上	②総合診療医が与えるインパクトに対する回答を参考。
領域別専門医に比してのプライマリ・ケア医療者の収入の比率 (PC医の年収: 領域別専門医の年収)	0.9 : 1 以上	その間	0.8 : 1 以下	GP (開業医) 平均年収£101,500 (パートタイム GP 含む) NHS Digital. GP Earnings and Expenses - 2014/15, 2016 <a href="http://digital.nhs.uk/catalogue/PUB21314">http://digital.nhs.uk/catalogue/PUB21314</a> 平均労働時間 41 時間 (週) Gibson J, et al. Eighth National GP Work life Survey. PRUComm, 2015 <a href="http://www.population-health.manchester.ac.uk/healthconomics/research/Reports/EighthNationalGPWorklifeSurveyreport/EighthNationalGPWorklifeSurveyreport.pdf">http://www.population-health.manchester.ac.uk/healthconomics/research/Reports/EighthNationalGPWorklifeSurveyreport/EighthNationalGPWorklifeSurveyreport.pdf</a>  Consultants 平均年収£109,000, 平均労働時間 48 時間 (週) National Audit Office. Managing NHS Hospital Consultants, 2013 <a href="https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2013/03/Hospital-consultants-full-report.pdf">https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2013/03/Hospital-consultants-full-report.pdf</a>
プライマリ・ケアサービスに関しての患者の費用負担	ないか極めて低い	低い and / or 上限あり	それ以外	
患者リスト (パネル)	医師ごとの患者パネルのリストが要求されている	グループでのリスト and /or 要求されないが前提として存在している	存在しない	
24 時間対応	法律や制度によって義務付けられている	社会的な義務 (努力) によって存在	どちらも存在しない	
academic 家庭医療部門の強さ	他の診療部門と同じぐらい強い	国の中でばらつきがある	医学教育や研修の場において、家庭医療が低優先順位もしくは評判が低い	Barbara Starfield. Primary Care - Balancing Health Needs, Services and Technology, 1998

## プライマリスコア（イギリス）

	高い	中等度	低い	コメント
診療内容のプライマリ・ケア度				
first contact	領域別専門医への受診がプライマリ・ケアを経由することが必要	領域別専門医への直接受診を減らすためのインセンティブが存在	患者が自分で領域別専門医への受診可能	
longitudinally	登録や患者パネルに基づく主治医/かかりつけ医療機関の紐付け	意図的ではなくデフォルトとして医師患者関係が存在	長期的な医師患者関係のコンセプトが存在しない	
comprehensiveness	小児, 高齢者, 女性, 成人, ルーチンの産科診療, メンタルヘルス, 小外科, 予防サービスのほぼ全てがプライマリ・ケアで提供される	その間	左記のほとんどがプライマリ・ケア診療の特徴ではない	
coordination	プライマリ・ケア医と領域別専門医の間の紹介に関して公式のガイドラインが存在する	その間（一部の病態や患者に対してのみ存在）	患者の紹介に関してガイドラインが存在しない	NICE Clinical Knowledge Summaries イギリス国内にいる人なら誰でも無料でオンラインアクセス。 登録必要なし。一般人でも可。プライマリ・ケア医療従事者専門のガイドライン
family centeredness	家族志向のケアをするという意図がプライマリ・ケアの役割として明示されている			
community orientation	医療者が地域の問題の同定やサービス内容の計画を立てる際に地域のデータを利用している	診療録/診療のデータを利用してケアの優先順位を決めている	サービス内容を定めるためにどのようなデータも利用していない	

## プライマリスコア (アメリカ)

	高い	中等度	低い	コメント
医療システムの特徴				
Type of system	プライマリ・ケアを提供する医療機関が人口分布に合わせて満遍なく配置されている (国の方針によってある程度配置への影響がある)	配置へのインセンティブがあるが影響は中等度	regulation なし	
Financing	税金	社会保障に基づく	private insurance agency による	社会保障に基づくのは高齢者と低所得者のみ
プライマリ・ケア提供者の種類	家庭医/GP	内科や小児科	それ以外	
実際に診療をしている領域別専門医の割合	50%以内	51 - 69%	70%以上	
領域別専門医に比してのプライマリ・ケア医療者の収入の比率 (PC 医の年収: 領域別専門医の年収)	0.9 : 1 以上	その間	0.8 : 1 以下	
プライマリ・ケアサービスに関しての患者の費用負担	ないか極めて低い	低い and / or 上限あり	それ以外	民間の保険に入っている場合のみ
患者リスト (パネル)	医師ごとの患者パネルのリストが要求されている	グループでのリスト and / or 要求されないが前提として存在している	存在しない	
24 時間対応	法律や制度によって義務付けられている	社会的な義務 (努力) によって存在	どちらも存在しない	
academic 家庭医療部門の強さ	他の診療部門と同じくらい強い	国の中でばらつきがある	医学教育や研修の場において、家庭医療が低優先順位もしくは評判が低い	
診療内容のプライマリ・ケア度				
first contact	領域別専門医への受診がプライマリ・ケアを経由することが必要	領域別専門医への直接受診を減らすためのインセンティブが存在	患者が自分で領域別専門医への受診可能	
longitudinally	登録や患者パネルに基づく主治医/かかりつけ医療機関の紐付け	意図的ではなくデフォルトとして医師患者関係が存在	長期的な医師患者関係のコンセプトが存在しない	
comprehensiveness	小児, 高齢者, 女性, 成人, ルーチンの産科診療, メンタルヘルス, 小外科, 予防サービスのほぼ全てがプライマリ・ケアで提供される	その間	左記のほとんどがプライマリ・ケア診療の特徴ではない	
coordination	プライマリ・ケア医と領域別専門医の間の紹介に関して公式のガイドラインが存在する	その間 (一部の病態や患者に対してのみ存在)	患者の紹介に関してガイドラインが存在しない	
family centeredness	家族志向のケアをするという意図がプライマリ・ケアの役割として明示されている			専門研修プログラム認証基準に明記
community orientation	医療者が地域の問題の同定やサービス内容の計画を立てる際に地域のデータを利用している	診療録/ 診療のデータを利用してケアの優先順位を決めている	サービス内容を決めるためにどのようなデータも利用していない	



## プライマリスコア（カナダ）

	高い	中等度	低い
医療システムの特徴			
Type of system	プライマリ・ケアを提供する医療機関が人口分布に合わせて満遍なく配置されている（国の方針によってある程度配置への影響がある）	配置へのインセンティブがあるが影響は中等度	regulation なし
Financing	税金	社会保障に基づく	private insurance agency による
プライマリ・ケア提供者の種類	家庭医/GP	内科や小児科	それ以外
実際に診療をしている領域別専門医の割合	50%以内	51 - 69%	70%以上
領域別専門医に比してのプライマリ・ケア医療者の収入の比率（PC医の年収：領域別専門医の年収）	0.9：1以上	その間	0.8：1以下
プライマリ・ケアサービスに関しての患者の費用負担	ないか極めて低い	低い and /or 上限あり	それ以外
患者リスト（パネル）	医師ごとの患者パネルのリストが要求されている	グループでのリスト and /or 要求されないが前提として存在している	存在しない
24時間対応	法律や制度によって義務付けられている	社会的な義務（努力）によって存在	どちらも存在しない
academic 家庭医療部門の強さ	他の診療部門と同じぐらい強い	国の中でばらつきがある	医学教育や研修の場において、家庭医療が低優先順位もしくは評判が低い
診療内容のプライマリ・ケア度			
first contact	領域別専門医への受診がプライマリ・ケアを経由することが必要	領域別専門医への直接受診を減らすためのインセンティブが存在	患者が自分で領域別専門医への受診可能
longitudinally	登録や患者パネルに基づく主治医/かかりつけ医療機関の紐付け	意図的ではなくデフォルトとして医師患者関係が存在	長期的な医師患者関係のコンセプトが存在しない
comprehensiveness	小児、高齢者、女性、成人、ルーチンの産科診療、メンタルヘルス、小外科、予防サービスのほぼ全てがプライマリ・ケアで提供される	その間	左記のほとんどがプライマリ・ケア診療の特徴ではない
coordination	プライマリ・ケア医と領域別専門医の間の紹介に関して公式のガイドラインが存在する	その間（一部の病態や患者に対してのみ存在）	患者の紹介に関してガイドラインが存在しない
family centeredness	家族志向のケアをするという意図がプライマリ・ケアの役割として明示されている		
community orientation	医療者が地域の問題の同定やサービス内容の計画を立てる際に地域のデータを利用している	診療録/診療のデータを利用してケアの優先順位を決めている	サービス内容を決めるためにどのようなデータも利用していない

## プライマリスコア（デンマーク）

	高い	中等度	低い	コメント
医療システムの特徴				
Type of system	プライマリ・ケアを提供する医療機関が人口分布に合わせて満遍なく配置されている（国の方針によってある程度配置への影響がある）	配置へのインセンティブがあるが影響は中等度	regulation なし	1300～1500人に1人の家庭医の割合。 リストから家庭医を選んで登録。 引越などでも変更も可能。
Financing	税金	社会保障に基づく	private insurance agency による	薬は一部自己負担だが、原則無料。 医療費は全て税金から。
プライマリ・ケア提供者の種類	家庭医/GP	内科や小児科	それ以外	
実際に診療をしている領域別専門医の割合	50%以内	51 - 69%	70%以上	
領域別専門医に比してのプライマリ・ケア医療者の収入の比率（PC医の年収：領域別専門医の年収）	0.9：1以上	その間	0.8：1以下	家庭医は3600人 各科専門医は1400人
プライマリ・ケアサービスに関しての患者の費用負担	ないか極めて低い	低い and /or 上限あり	それ以外	
患者リスト（パネル）	医師ごとの患者パネルのリストが要求されている	グループでのリスト and /or 要求されないが前提として存在している	存在しない	
24時間対応	法律や制度によって義務付けられている	社会的な義務（努力）によって存在	どちらも存在しない	
academic 家庭医療部門の強さ	他の診療部門と同じくらい強い	国の中でばらつきがある	医学教育や研修の場において、家庭医療が低優先順位もしくは評判が低い	
診療内容のプライマリ・ケア度				
first contact	領域別専門医への受診がプライマリ・ケアを経由することが必要	領域別専門医への直接受診を減らすためのインセンティブが存在	患者が自分で領域別専門医への受診可能	耳鼻咽喉科・眼科・歯科は家庭医の紹介状が不要
longitudinally	登録や患者パネルに基づく主治医/かかりつけ医療機関の紐付け	意図的ではなくデフォルトとして医師患者関係が存在	長期的な医師患者関係のコンセプトが存在しない	
comprehensiveness	小児、高齢者、女性、成人、ルーチンの産科診療、メンタルヘルス、小外科、予防サービスのほぼ全てがプライマリ・ケアで提供される	その間	左記のほとんどがプライマリ・ケア診療の特徴ではない	
coordination	プライマリ・ケア医と領域別専門医の間の紹介に関して公式のガイドラインが存在する	その間（一部の病態や患者に対してのみ存在）	患者の紹介に関してガイドラインが存在しない	
family centeredness	家族志向のケアをするという意図がプライマリ・ケアの役割として明示されている			
community orientation	医療者が地域の問題の同定やサービス内容の計画を立てる際に地域のデータを利用している	診療録/診療のデータを利用してケアの優先順位を決めている	サービス内容を決めるためにどのようなデータも利用していない	

## プライマリスコア（エストニア）

	高い	中等度	低い	コメント
<b>医療システムの特徴</b>				
Type of system	プライマリ・ケアを提供する医療機関が人口分布に合わせて満遍なく配置されている（国の方針によってある程度配置への影響がある）	配置へのインセンティブがあるが影響は中等度	regulation なし	人口に応じた計画はありそうだが、まんべんなくとはいえない。
Financing	税金	社会保障に基づく	private insurance agency による	
プライマリ・ケア提供者の種類	家庭医/GP	内科や小児科	それ以外	
実際に診療をしている領域別専門医の割合	50%以内	51 - 69%	70%以上	
領域別専門医に比してのプライマリ・ケア医療者の収入の比率（PC 医の年収：領域別専門医の年収）	0.9 : 1 以上	その間	0.8 : 1 以下	
プライマリ・ケアサービスに関する患者の費用負担	ないか極めて低い	低い and / or 上限あり	それ以外	
患者リスト（パネル）	医師ごとの患者パネルのリストが要求されている	グループでのリスト and / or 要求されないが前提として存在している	存在しない	
24 時間対応	法律や制度によって義務付けられている	社会的な義務（努力）によって存在	どちらも存在しない	
academic 家庭医療部門の強さ	他の診療部門と同じくらい強い	国の中でばらつきがある	医学教育や研修の場において、家庭医療が低優先順位もしくは評判が低い	
<b>診療内容のプライマリ・ケア度</b>				
first contact	領域別専門医への受診がプライマリ・ケアを経由することが必要	領域別専門医への直接受診を減らすためのインセンティブが存在	患者が自分で領域別専門医への受診可能	部分的gatekeeper 制.
longitudinally	登録や患者パネルに基づく主治医/かかりつけ医療機関の紐付け	意図的ではなくデフォルトとして医師患者関係が存在	長期的な医師患者関係のコンセプトが存在しない	
comprehensiveness	小児、高齢者、女性、成人、ルーチンの産科診療、メンタルヘルス、小外科、予防サービスのほぼ全てがプライマリ・ケアで提供される	その間	左記のほとんどがプライマリ・ケア診療の特徴ではない	
coordination	プライマリ・ケア医と領域別専門医の間の紹介に関して公式のガイドラインが存在する	その間（一部の病態や患者に対してのみ存在）	患者の紹介に関してガイドラインが存在しない	
family centeredness	家族志向のケアをするという意図がプライマリ・ケアの役割として明示されている			
community orientation	医療者が地域の問題の同定やサービス内容の計画を立てる際に地域のデータを利用している	診療録/診療のデータを利用してケアの優先順位を決めている	サービス内容を決めるためにどのようなデータも利用していない	

## プライマリスコア (フィンランド)

	高い	中等度	低い	コメント
医療システムの特徴				
Type of system	プライマリ・ケアを提供する医療機関が人口分布に合わせて満遍なく配置されている (国の方針によってある程度配置への影響がある)	配置へのインセンティブがあるが影響は中等度	regulation なし	市町村によって統括されている European Observatory on Health Systems and Policies ( <a href="http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles">http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles</a> ) accessed@2018_03_14
Financing	税金	社会保障に基づく	private insurance agency による	複合的な財源あり European Observatory on Health Systems and Policies ( <a href="http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles">http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles</a> ) accessed@2018_03_14
プライマリ・ケア提供者の種類	家庭医/GP	内科や小児科	それ以外	European Observatory on Health Systems and Policies ( <a href="http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles">http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles</a> ) accessed@2018_03_14
実際に診療をしている領域別専門医の割合	50%以内	51 - 69%	70%以上	
領域別専門医に比してのプライマリ・ケア医療者の収入の比率 (PC 医の年収: 領域別専門医の年収)	0.9 : 1 以上	その間	0.8 : 1 以下	
プライマリ・ケアサービスに関しての患者の費用負担	ないか極めて低い	低い and / or 上限あり	それ以外	European Observatory on Health Systems and Policies ( <a href="http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles">http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles</a> ) accessed@2018_03_14
患者リスト (パネル)	医師ごとの患者パネルのリストが要求されている	グループでのリスト and / or 要求されないが前提として存在している	存在しない	
24 時間対応	法律や制度によって義務付けられている	社会的な義務 (努力) によって存在	どちらも存在しない	Emergency department は 365 日 24 時間対応 European Observatory on Health Systems and Policies ( <a href="http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles">http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles</a> ) accessed@2018_03_14
academic 家庭医療部門の強さ	他の診療部門と同じくらい強い	国の中でばらつきがある	医学教育や研修の場において、家庭医療が低優先順位もしくは評判が低い	
診療内容のプライマリ・ケア度				
first contact	領域別専門医への受診がプライマリ・ケアを経由することが必要	領域別専門医への直接受診を減らすためのインセンティブが存在	患者が自分で領域別専門医への受診可能	European Observatory on Health Systems and Policies ( <a href="http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles">http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles</a> ) accessed@2018_03_14, General practice in the Nordic countries DOI : 10.5617/njhe.2801
longitudinally	登録や患者パネルに基づく主治医/かかりつけ医療機関の紐付け	意図的ではなくデフォルトとして医師患者関係が存在	長期的な医師患者関係のコンセプトが存在しない	European Observatory on Health Systems and Policies ( <a href="http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles">http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles</a> ) accessed@2018_03_14



## プライマリスコア（フィンランド）

	高い	中等度	低い	コメント
comprehensiveness	小児、高齢者、女性、成人、ルーチンの産科診療、メンタルヘルス、小外科、予防サービスのほぼ全てがプライマリ・ケアで提供される	その間	左記のほとんどがプライマリ・ケア診療の特徴ではない	予防サービスがプライマリ・ケアで提供されると明示されている European Observatory on Health Systems and Policies ( <a href="http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles">http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles</a> ) accessed@2018_03_14
coordination	プライマリ・ケア医と領域別専門医の間の紹介に関して公式のガイドラインが存在する	その間（一部の病態や患者に対してのみ存在）	患者の紹介に関してガイドラインが存在しない	European Observatory on Health Systems and Policies ( <a href="http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles">http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles</a> ) accessed@2018_03_14
family centeredness	家族志向のケアをするという意図がプライマリ・ケアの役割として明示されている			
community orientation	医療者が地域の問題の同定やサービス内容の計画を立てる際に地域のデータを利用している	診療録/診療のデータを利用してケアの優先順位を決めている	サービス内容を決めるためにどのようなデータも利用していない	

## プライマリスコア (オランダ)

	高い	中等度	低い
医療システムの特徴			
Type of system	プライマリ・ケアを提供する医療機関が人口分布に合わせて満遍なく配置されている (国の方針によってある程度配置への影響がある)	配置へのインセンティブがあるが影響は中等度	regulation なし
Financing	税金	社会保障に基づく	private insurance agency による
プライマリ・ケア提供者の種類	家庭医/GP	内科や小児科	それ以外
実際に診療をしている領域別専門医の割合	50%以内	51 - 69%	70%以上
領域別専門医に比してのプライマリ・ケア医療者の収入の比率 (PC 医の年収: 領域別専門医の年収)	0.9 : 1 以上	その間	0.8 : 1 以下
プライマリ・ケアサービスに関する患者の費用負担	ないか極めて低い	低い and / or 上限あり	それ以外
患者リスト (パネル)	医師ごとの患者パネルのリストが要求されている	グループでのリスト and / or 要求されないが前提として存在している	存在しない
24 時間対応	法律や制度によって義務付けられている	社会的な義務 (努力) によって存在	どちらも存在しない
academic 家庭医療部門の強さ	他の診療部門と同じぐらい強い	国の中でばらつきがある	医学教育や研修の場において、家庭医療が低優先順位もしくは評判が低い
診療内容のプライマリ・ケア度			
first contact	領域別専門医への受診がプライマリ・ケアを経由することが必要	領域別専門医への直接受診を減らすためのインセンティブが存在	患者が自分で領域別専門医への受診可能
longitudinally	登録や患者パネルに基づく主治医/ かかりつけ医療機関の紐付け	意図的ではなくデフォルトとして医師患者関係が存在	長期的な医師患者関係のコンセプトが存在しない
comprehensiveness	小児, 高齢者, 女性, 成人, ルーチンの産科診療, メンタルヘルス, 小外科, 予防サービスのほぼ全てがプライマリ・ケアで提供される	その間	左記のほとんどがプライマリ・ケア診療の特徴ではない
coordination	プライマリ・ケア医と領域別専門医の間の紹介に関して公式のガイドラインが存在する	その間 (一部の病態や患者に対してのみ存在)	患者の紹介に関してガイドラインが存在しない
family centeredness	家族志向のケアをするという意図がプライマリ・ケアの役割として明示されている		
community orientation	医療者が地域の問題の同定やサービス内容の計画を立てる際に地域のデータを利用している	診療録/ 診療のデータを利用してケアの優先順位を決めている	サービス内容を決めるためにどのようなデータも利用していない

## プライマリスコア（ノルウェー）

	高い	中等度	低い	コメント
医療システムの特徴				
Type of system	プライマリ・ケアを提供する医療機関が人口分布に合わせて満遍なく配置されている（国の方針によってある程度配置への影響がある）	配置へのインセンティブがあるが影響は中等度	regulation なし	市町村によってコントロールされている
Financing	税金	社会保障に基づく	private insurance agency による	
プライマリ・ケア提供者の種類	家庭医/GP	内科や小児科	それ以外	
実際に診療をしている領域別専門医の割合	50%以内	51 - 69%	70%以上	
領域別専門医に比してのプライマリ・ケア医療者の収入の比率（PC 医の年収：領域別専門医の年収）	0.9：1 以上	その間	0.8：1 以下	
プライマリ・ケアサービスに関する患者の費用負担	ないか極めて低い	低い and / or 上限あり	それ以外	
患者リスト（パネル）	医師ごとの患者パネルのリストが要求されている	グループでのリスト and /or 要求されないが前提として存在している	存在しない	
24 時間対応	法律や制度によって義務付けられている	社会的な義務（努力）によって存在	どちらも存在しない	
academic 家庭医療部門の強さ	他の診療部門と同じくらい強い	国の中でばらつきがある	医学教育や研修の場において、家庭医療が低優先順位もしくは評判が低い	
診療内容のプライマリ・ケア度				
first contact	領域別専門医への受診がプライマリ・ケアを経由することが必要	領域別専門医への直接受診を減らすためのインセンティブが存在	患者が自分で領域別専門医への受診可能	
longitudinally	登録や患者パネルに基づく主治医/ かかりつけ医療機関の紐付け	意図的ではなくデフォルトとして医師患者関係が存在	長期的な医師患者関係のコンセプトが存在しない	
comprehensiveness	小児、高齢者、女性、成人、ルーチンの産科診療、メンタルヘルス、小外科、予防サービスのほぼ全てがプライマリ・ケアで提供される	その間	左記のほとんどがプライマリ・ケア診療の特徴ではない	
coordination	プライマリ・ケア医と領域別専門医の間の紹介に関して公式のガイドラインが存在する	その間（一部の病態や患者に対してのみ存在）	患者の紹介に関してガイドラインが存在しない	
family centeredness	家族志向のケアをするという意図がプライマリ・ケアの役割として明示されている			
community orientation	医療者が地域の問題の同定やサービス内容の計画を立てる際に地域のデータを利用している	診療録/ 診療のデータを利用してケアの優先順位を決めている	サービス内容を決めるためにどのようなデータも利用していない	

## プライマリスコア (台湾)

	高い	中等度	低い
医療システムの特徴			
Type of system	プライマリ・ケアを提供する医療機関が人口分布に合わせて満遍なく配置されている(国の方針によってある程度配置への影響がある)	配置へのインセンティブがあるが影響は中等度	regulation なし
Financing	税金	社会保障に基づく	private insurance agency による
プライマリ・ケア提供者の種類	家庭医/GP	内科や小児科	それ以外
実際に診療をしている領域別専門医の割合	50%以内	51 - 69%	70%以上
領域別専門医に比してのプライマリ・ケア医療者の収入の比率(PC医の年収:領域別専門医の年収)	0.9:1以上	その間	0.8:1以下
プライマリ・ケアサービスに関する患者の費用負担	ないか極めて低い	低い and / or 上限あり	それ以外
患者リスト(パネル)	医師ごとの患者パネルのリストが要求されている	グループでのリスト and /or 要求されないが前提として存在している	存在しない
24時間対応	法律や制度によって義務付けられている	社会的な義務(努力)によって存在	どちらも存在しない
academic 家庭医療部門の強さ	他の診療部門と同じくらい強い	国の中でばらつきがある	医学教育や研修の場において、家庭医療が低優先順位もしくは評判が低い
診療内容のプライマリ・ケア度			
first contact	領域別専門医への受診がプライマリ・ケアを経由することが必要	領域別専門医への直接受診を減らすためのインセンティブが存在	患者が自分で領域別専門医への受診可能
longitudinally	登録や患者パネルに基づく主治医/かかりつけ医療機関の紐付け	意図的ではなくデフォルトとして医師患者関係が存在	長期的な医師患者関係のコンセプトが存在しない
comprehensiveness	小児, 高齢者, 女性, 成人, ルーチンの産科診療, メンタルヘルス, 小外科, 予防サービスのほぼ全てがプライマリ・ケアで提供される	その間	左記のほとんどがプライマリ・ケア診療の特徴ではない
coordination	プライマリ・ケア医と領域別専門医の間の紹介に関して公式のガイドラインが存在する	その間(一部の病態や患者に対してのみ存在)	患者の紹介に関してガイドラインが存在しない
family centeredness	家族志向のケアをするという意図がプライマリ・ケアの役割として明示されている		
community orientation	医療者が地域の問題の同定やサービス内容の計画を立てる際に地域のデータを利用している	診療録/診療のデータを利用してケアの優先順位を決めている	サービス内容を決めるためにどのようなデータも利用していない



## プライマリスコア（日本）

	高い	中等度	低い	コメント
医療システムの特徴				
Type of system	プライマリ・ケアを提供する医療機関が人口分布に合わせて満遍なく配置されている（国の方針によってある程度配置への影響がある）	配置へのインセンティブがあるが影響は中等度	regulation なし	
Financing	税金	社会保障に基づく	private insurance agency による	
プライマリ・ケア提供者の種類	家庭医/GP	内科や小児科	それ以外	全てが混在
実際に診療をしている領域別専門医の割合	50%以内	51 - 69%	70%以上	
領域別専門医に比してのプライマリ・ケア医療者の収入の比率（PC医の年収：領域別専門医の年収）	0.9：1以上	その間	0.8：1以下	判定不能
プライマリ・ケアサービスについての患者の費用負担	ないか極めて低い	低い and / or 上限あり	それ以外	
患者リスト（パネル）	医師ごとの患者パネルのリストが要求されている	グループでのリスト and / or 要求されないが前提として存在している	存在しない	
24時間対応	法律や制度によって義務付けられている	社会的な義務（努力）によって存在	どちらも存在しない	
academic 家庭医療部門の強さ	他の診療部門と同じぐらい強い	国の中でばらつきがある	医学教育や研修の場において、家庭医療が低優先順位もしくは評判が低い	
診療内容のプライマリ・ケア度				
first contact	領域別専門医への受診がプライマリ・ケアを経由することが必要	領域別専門医への直接受診を減らすためのインセンティブが存在	患者が自分で領域別専門医への受診可能	
longitudinally	登録や患者パネルに基づく主治医/かかりつけ医療機関の紐付け	意図的ではなくデフォルトとして医師患者関係が存在	長期的な医師患者関係のコンセプトが存在しない	
comprehensiveness	小児、高齢者、女性、成人、ルーチンの産科診療、メンタルヘルス、小外科、予防サービスのほぼ全てがプライマリ・ケアで提供される	その間	左記のほとんどがプライマリ・ケア診療の特徴ではない	
coordination	プライマリ・ケア医と領域別専門医の間の紹介に関して公式のガイドラインが存在する	その間（一部の病態や患者に対してのみ存在）	患者の紹介に関してガイドラインが存在しない	
family centeredness	家族志向のケアをするという意図がプライマリ・ケアの役割として明示されている			
community orientation	医療者が地域の問題の同定やサービス内容の計画を立てる際に地域のデータを利用している	診療録/診療のデータを利用してケアの優先順位を決めている	サービス内容を決めるためにどのようなデータも利用していない	