

オーストラリアの家庭医の特徴

オーストラリアでは、家庭医を選択するのに自由度が高い

- ・ フリーアクセスで住民はどの医療機関にも受診できるが、ほとんどは診療所を受診する。その理由は、診療所の GP (general practitioner; 家庭医・総合診療医)、看護師などのケアの質が高い、病院へ行くと自己負担が高い、病院だとどの診療科を受診すれば良いかわからない、などである。
- ・ GP 診療所は複数の GP が働くグループ診療化を進めている。学会認定 GP 診療所(後述)では複数の GP、GP 研修医、医学生が多職種と働いている。グループ診療では他の GP の診療内容もピアレビューでき、診療内容の標準化や継続的な学習の場にもなる。パートタイムで研究、大学の卒前教育、専門研修プロバイダー(後述)の卒後教育に携わったり、家事、子育て、介護とも両立できるので、日本の「働き方改革」のモデルにもなる。

オーストラリアでは、家庭医の質が高いので、そこで踏ん張ることができる

- ・ 基本的に GP 診療所への支払いは出来高払いであるが、医療費高騰化にならない。その理由は、診療所間の競争が働く(それぞれの GP 診療所のケアが標準化されているので、ある診療所だけが余計な検査、過剰な治療をして患者の自己負担が高くなると、患者は他の GP 診療所へ移ってしまう)ことも考えられるが、結局は、専門研修(後述)と生涯教育を継続している質の高い GP が標準的な診療を行っていることが大きい。プロフェッショナリズムとして過剰医療も過少医療もしない。
- ・ GP の生涯教育と GP 診療所の質改善プログラムでは、新しい Primary Health Networks (後述)の役割が大きい。
- ・ GP 診療所の電子カルテにはプライマリ・ケアでどのような問題が扱われどのような経過と転帰をたどったかの膨大なデータがあるため、GP が全国レベルのプライマリ・ケアの研究を行いやすい環境にある。
- ・ 豪州統計局は IMF などの国際機関からも高く評価されており、オーストラリアは統計の整備が進んだ国である。保健医療統計に関しては、こうした GP 診療所のデータベースが「プライマリ・ケアの見える化」に寄与している。

オーストラリアでの、家庭医と臓器別専門医との関係

- ・ 全医師の 3 分の 1 程度が GP である。GP の電子カルテにはサマリー機能があり、GP が患者の情報をアップロードすると、病院の専門医がそれを参照できる。紹介

状以外に患者の詳細な病歴が簡単な操作で提供されるので、GP と各科専門医が連携して shared care を行いやすくなっている。

- Primary Health Networks（後述）が GP と病院各科専門医との連携をサポートしている。

オーストラリアでの、家庭医育成の方法

- GP は、専門研修（3～4年）を修了して専門医試験に合格した専門医である。
- GP 専門研修は、オーストラリア家庭医学会（Royal Australian College of General Practitioners; RACGP）<http://www.racgp.org.au/home> とオーストラリアへき地遠隔地医学会（Australian College of Rural and Remote Medicine; ACRRM）<http://www.acrrm.org.au/home> が教育のスタンダード（標準化のレベル）を設定し、Regional Training Organisation（後述）がそれに合わせて運営している。
- RACGP の専門研修は、卒後1年間のインターン終了後の3年間で、1年間は病院で2年間は地域の GP 診療所で行われる。その後専門医試験に合格して FRACGP（RACGP 認定専門医；英国と異なり Fellow は専門医を意味する）となるが、よりへき地遠隔地での技術を伸ばしたい場合には1年間の advanced rural skills training（へき地で必要なるより高度な救急・外科・産科手技を含む）を経て FARGP（上級へき地専門 GP）になることができる。
- ACRRM の専門研修は、卒後1年間のインターン終了後の4年間で、1年間は病院での基礎研修、その後2年間のへき地遠隔地で行われる標準研修、そして1年間のへき地遠隔地での上級専門研修を経て、専門医試験に合格すると、FACRRM（ACRRM 認定専門医）となる。
- 研修施設はすべて RACGP または ACRRM の施設基準の認証を受けている。

オーストラリアでの、これまでの改革

- Regional Training Organisation (RTO)
GP 専門研修プログラムを運営するプロバイダーは以前数多くあったが、2013年頃から政府の方針で淘汰が進み、2015年からは RTO として選ばれたプロバイダーが連邦政府保健省から資金提供を受けて、全豪を 11 の地区（regions）に分けてそれぞれの地区における GP 専門研修プログラムを運営している。現在全豪で 9 の RTO がある。RTO は公募で 3 年ごとに保健省の認可を受けなくてはならない。優れた GP 診療所、病院、GP 指導医（大学教員、診療所の GP）と契約を結んでプログラムの質を高くし、優れた GP 研修医を採用しようとするインセンティブが働く。

<http://www.agpt.com.au/Training-organisations/Training-Organisations-by-State-Territory>

<http://www.gpex.com.au> (RTO の 1 つ、South Australia 州の GPEx のサイト)

- Primary Health Networks (PHNs)

患者が適切な場所・時間に適切なケアを利用できるように支援する機関。2015 年 7 月 1 日に全豪で 31 の PHNs が設立された。GP にとっては、電子カルテを含む診療支援プログラム、生涯教育、リクルートなどの支援も充実している。6 つの優先事業（メンタルヘルス、アボリジニヘルス、ポピュレーションヘルス、医療マンパワー、eHealth、高齢者ケア）に取り組んでいる。

<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/PHN-Home>

<http://www.nbmphn.com.au> (PHN の 1 つ、New South Wales 州の Nepean Blue Mountains PHN のサイト)

参考文献

(注 * 支払い方式や過去の改革については参考になりますが、ここ数年改革が急速に進んでいるので、詳細は今後発表される私たちの論文を参考にして下さい。)

井伊雅子. 地域医療の支払い制度：医療は誰のためにあるのか. 「医療・介護に関する研究会」報告書. 財務総合政策研究所, 2016.

http://www.mof.go.jp/pri/research/conference/fy2015/zk104_mokuji.htm

葛西龍樹. 家庭医とは何か—諸外国の最新事情. 日本内科学会雑誌 105:736-746, 2016.

家庭医とは何か—諸外国の最新事情

葛西 龍樹

要旨

過去20年ほどの間に、諸外国では様々な医療制度改革が相次いで実施されてきており、家庭医が「プライマリ・ケア (primary care : PC) の専門医」であることが明確になってきた。家庭医としてのユニークな一揃いのコアコンピテンシーと改革の方向性は諸外国でほぼ共通しているが、医療制度とそこでの家庭医の役割は、各国の歴史・文化的背景に応じて多様な発展を続けている。改革を模索する米国の事情に続き、プライマリ・ケアの整備が進んだ主要国 (英国, オランダ, オーストラリア, カナダ, デンマーク, ニュージーランド) で取り組まれているプライマリ・ケア重視の医療改革について、家庭医療の構造, ネットワーク化, IT化, 質と安全, 課題について概説する。家庭医とは何かについては、世界の家庭医のスタンダードになっているWONCA Europeの多軸構造の定義を紹介する。広い範囲の臨床分野の問題に断片的に対応する低いレベルの総合性ではなく、全ての臨床分野の問題解決に駆使される重層的な総合性が日本にも必要である。

[日内会誌 105 : 736~746, 2016]

Key words 家庭医, プライマリ・ケア, 医療制度改革, コアコンピテンシー, 国際比較

はじめに

家庭医とは何か, その答えは「プライマリ・ケア (primary care : PC) の専門医」である。日本では、家庭医というといまだに、「新生児から高齢者までを対象とするのか」「正常分娩までカバーするのか」「外傷, 脱臼, 一部の骨折なども対象範囲とするのか」という質問に遭遇する。しかし, どの臨床問題をどのように扱うかはケアの対象となる患者・家族・地域のニーズと事情によって個別に変化するもので, それらを家庭医の定義に用いるのは不適當である。家庭医は全ての臨床問題を扱うが, そのアプローチ方法が既存の専門分野とは異なる。一方, 諸外国では, 過去20年ほどの間に家庭医がPCの専

門医であることがますます明確になってきている。その歴史・文化的背景の違いから社会保障制度のあり方も多様であるが, その中で諸外国はPCを基盤とした改革を続けてきており, その分野の専門医である家庭医は, 所属するベースが病院であれ診療所であれ, 地域住民全体の健康維持・増進を目指す極めてユニークなアプローチをとっている。日本で2017年度から開始が予定されている新しい専門医制度で養成される「総合診療専門医」は, この「家庭医」にほかならない。PCとは何かについては, 筆者による総説¹⁾(<http://www.ihcp.jp/publications/study/search.php?y=2014>) および小著「医療大転換—日本のプライマリ・ケア革命」(筑摩書房, 2013)を参照していただきたい。

福島県立医科大学地域・家庭医療学講座

The Cutting-edge of Medicine : Latest evolution of family doctors' roles outside of Japan.

Ryuki Kassai : Department of Community and Family Medicine, Fukushima Medical University, Japan.

1. 米国の事情

2010年3月, Barack Obama米国大統領がThe Patient Protection and Affordable Care Act (ACA: 通称「オバマケア」) に署名した。高齢者と貧困者・障害者への医療保険で米国のヘルスケアを変容させた1965年のMedicareとMedicaidの導入以降, 最も包括的な医療保険政策改革案とされる。3,000万人以上といわれる無保険者を段階的にカバーし, 全ての米国民が恩恵を受けられることを目指している。JAMA (*The Journal of the American Medical Association*) は, 最近MedicareとMedicaid導入50周年特集号を出しているが, ACAによって費用対効果に優れた医療を全国民が利用できる将来への期待は大きい²⁾。PCの整備が遅れている米国ヘルスケアの風景がACAによってどう変わるかはPC先進国からも興味を持たれており, *The Lancet*でも論文をシリーズで出版したほどである (*Lancet* 384: 45-92, 2014)。

現在, 米国の家庭医が目指そうとしているものは, Patient-Centered Medical Home (PCMH) と呼ばれている。米国のPCが国のシステムとして浸透しない中, 2002年には家庭医の役割を再定義する動きがあり, ちょうどこの時期にジョーンズ・ホプキンス大学のBarbara Starfieldらによる一連の研究によって, PCの整備がより少ない医療費, より良い健康アウトカム, そして公平さと関連することが示されてきたため (<http://www.globalfamilydoctor.com/InternationalIssues/BarbaraStarfield.aspx>), それらの研究で使われたPC評価の指標から, 初期対応アクセス, 患者中心で継続性のあるケア, 包括的なケア, 調整・統合されたケアを必須4要素とし, それらに付随する家族志向性, 地域志向性, 文化的配慮を加えた7要素がPCMHとして提唱されるようになった。2007年には米国家庭医学会が, 米国小児科学会, 米国内科学会, 米国オステオパシー学会と合同でPCMHの原理を発表した ([\[www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice_management/pcmh/initiatives/PCMHJoint.pdf\]\(http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice_management/pcmh/initiatives/PCMHJoint.pdf\)\)。そこには, 米国医療研究・品質調査機構 \(Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ\) が提唱する, EBM \(evidence-based medicine\) やIT \(information technology\) を活用して患者ニーズに応えることとポピュレーションレベルでの健康増進まで含めたシステムとしての質と安全の向上についての要素が加えられている \(<https://www.pcmh.ahrq.gov/page/defining-pcmh>\)。PCMHについての主要な参考文献は, AHRQのウェブサイトからダウンロードできる \(<https://www.pcmh.ahrq.gov/page/foundational-articles>\)。](http://</p>
</div>
<div data-bbox=)

こうした状況の中でPCMHの有効性を示す研究結果は散見されるものの, 大規模な改革へ向けての課題は未解決である。米国家庭医療学教育者学会 (Society of Teachers of Family Medicine: STFM) 会長 (当時) のJerry Kruseは, 断片化している米国医学の教育, 研究, 診療を嘆き, モラルある意思決定によって根本的な改革が行われなければならないと訴えている³⁾。

2. プライマリ・ケア先進国から学ぶ

他方で, 米国は積極的にPC先進国から学ぼうとしている。最も実質的なプロジェクトの1つに, 米国で家庭医療の政策分析や研究を行うThe Robert Graham CenterがAHRQとThe Commonwealth Fundから支援を受けて2011年に開催した会議がある。英国, オランダ, オーストラリア, カナダ, デンマーク, ニュージーランドからエキスパートが招かれ, 各国で取り組まれているPC重視の医療改革について, 家庭医療の構造, ネットワーク化, IT化, 質と安全, 課題などを論じており, その内容は*Journal of American Board of Family Medicine*に特集された (http://www.jabfm.org/content/25/Suppl_1.toc)。本稿では, その内容も紹介しつつ, 世界標準の家庭医の専門性が, 諸外国の医療制度改革

革と密接に関連して発展している様を伝える。家庭医の核となる臨床能力（コアコンピテンシー）には大きな違いはないが、各国の歴史・文化的背景によって制度設計に様々な工夫がされている。

1) 英国^{4,5)}

歴史的背景：英国では、1948年国民保健サービス（National Health Service：NHS）が開始された。世界の家庭医療の学会で最も伝統と実績がある英国家庭医学会（Royal College of General Practitioners：RCGP）は1952年創立である（<http://www.rcgp.org.uk>）。世界で最初に家庭医療学講座が設置されたのはエディンバラ大学で、1956年のことである。初代教授となったRichard Scottは、1948年から大学教育の一環として家庭医療の診療・教育の拠点を市中の地域に開設した。NHS開始当時、診療の質にまだかなりのばらつきがあった（専門研修をしていないという意味での）「一般医」が、Richard Scottたちが始めた「地域で医師を養成し、地域でPC研究を進める」という画期的なシステム構築によって、科学的基盤をもった新しい「家庭医」へと生まれ変わっていく歴史は教訓になる。英国政府は、一貫してPCをNHSのケアの中核に据えてきた。

家庭医療の構造：全国民が1つの家庭医診療所に登録し、全てのPC診療が家庭医によって提供される。PC、二次ケアともにケアの現場での患者の自己負担はほとんど無料である。他科専門医は病院で診療し、わずかの例外（病院の救急部門および性保健サービス）を除き、家庭医からの紹介でのみ利用できる（ゲートキーパー機能）。家庭医は自己所有の診療所で、典型的な場合、家庭医5～6人、ナース・プラクティショナー1人、プラクティス・ナース2～3人、受付・管理スタッフ6～10人からなるチームで働いている。家庭医診療所の収入の74%は登録患者の人数に応じた人頭払い、20%はQuality and

Outcomes Framework（QOF）という成果払い（後述）、そして5%が契約による専門的ケア（例：物質乱用ケア）による。診療所1カ所あたりの登録患者数は、2000年の5,726人から2010年の6,610人へ増加、家庭医1人のみの診療所の割合は22.8%から14.5%へ減少、家庭医1人あたりの登録患者数は1,795人から1,567人へ減少した。看護師が、家庭医に代わってPCの多くの役割を代行できることが示され、慢性疾患マネジメントでは看護師の参加がケアの質の改善と関連していた。1995年～2008年の13年間で、看護師による診察が21%から34%へ、電話による診察が3%から12%へ、診察時間が8.4分から11.7分へ増加し、訪問診療が9%から4%へ減少した。

ネットワーク化：家庭医診療所は、NHSに直接雇用されている地域の多職種とも連携する（在宅看護ケアを行う地域ナース、乳幼児保健を行う保健師、助産師、地域精神看護師、ソーシャルワーカーなど）。時間外診療は、以前は地域ごとの家庭医の協力（主として往診）で行われていたが、2004年に地方NHSがそれを営利団体に移行させた。しかし、ケアの質に対する不安が増大し、2013年に家庭医へ戻されることになった。家庭医診療所がコンソーシアムを形成して責任を持つ方向へ進んでいる。

IT化：1990年に子宮頸癌細胞診と予防接種目標での通知システムが導入され、診療所のIT化が開始された。2004年のQOF導入によって、完全電子カルテ化が達成され、国民にとっての生涯にわたる医療記録となった。RCGPの専門教育についてもIT化が進み、特に研修・評価を支援する電子ポートフォリオや、毎年改訂されるカリキュラム・ドキュメントの達成が優れている（<http://www.rcgp.org.uk/training-exams/gp-curriculum-overview.aspx>）。

質と安全：1998年から「クリニカル・ガバナンス」として国としてのサービスの枠組みが作成された。費用対効果に優れた診療を推進する

ため、1999年、National Institute for Clinical Excellence (NICE) を設立し、診療ガイドラインの作成・提供、全NHS医師の年次評価、地方ごとの診療評価と結果共有、患者参加、財政誘導を進めてきた(2013年に名称がNational Institute for Health and Care Excellenceとなった。<https://www.nice.org.uk>)。質の指標達成を誘導するQOFの成果払いが2004年に導入された。QOFによって慢性疾患マネジメントの質改善、ケア提供での社会経済的不平等減少、緊急入院減少があった反面、「チェックリスト」文化がPCに導入されたという批判もある。地方NHSの管理運営組織(イングランドはPrimary Care Trusts, スコットランドはHealth Boards)が英国中央政府の政策を履行し、診療所をモニターし、地方の質改善・財政誘導スキームを履行する。処方費用比較データをフィードバックし、処方アドバイザーの教育訪問を行い、最近では地方ごとに処方指標での動機づけをしている。よりよいPCへの持続可能な改革は国の政策に誘導されてはいるが、改革の実行には家庭医の経営への志向性とプロフェッショナリズムに負うところが大きい。

課題: 英国のPCは、国際比較ではケアの調整について患者から高い評価を受けているが、現在のケアモデルは高齢者、併存症、そして虚弱な患者が増加するニーズに必ずしも対応できていない。組織が大きくなるとケアの継続性が困難になり、アクセスと人間的な継続性が犠牲になる。PCと二次ケア、医療と介護の統合が大きな課題である。

2) オランダ⁶⁾

歴史的背景: 1941年、国民の健康を改善するためThe Sick Fund法が導入され、全国民がカバーされ、医療へのアクセスが公平で、科学的根拠を考慮し、費用対効果に優れたヘルスケアの追求が始まった。2006年には、単一の民間保険会社が全国民の医療保険を担当する市場志向

の改革が導入された。

家庭医療の構造: オランダの人口は1,600万人。約9,000人の家庭医がいて、家庭医はヘルスケアの最初の入り口であり、他科専門医のケアと病院のサービスに対してゲートキーパー機能を果たす。95%以上のケアはPC内で対処される。全国民は個々の家庭医または家庭医診療所に登録され、個々の患者ケアと地域住民集団の健康マネジメントの統合が行われ、家庭医は両者に責任を負う。家庭医フルタイム換算1人あたり2,250~2,500人の登録患者がいる。この患者リストがケアを担当する集団を定義し、社会人口統計学的分析でその集団のケアや予防のニーズを把握し、それを診療所チームの構成と業務へ反映させる。保険者から家庭医への報酬は、人頭払い70%、出来高払い30%である(病院の他科専門医療は出来高払い)。家庭医診療所は、集団に適切なケアプランについて保険会社と直接交渉できる(ニーズの変化に早く対応できる)。

ネットワーク化: 家庭医の20%が1人で、30%が2人で、50%がそれ以上のグループで診療所を開業しており、全て地域のPCチームと連携している。プラクティス・ナースは、疾患予防、慢性疾患マネジメント、メンタルヘルス・サービス、虚弱高齢者評価、幼小児のいる家族ケアなど診療所の対象集団のニーズに応じたサービスを計画する。民間保険方式導入後は、プラクティス・ナースへの報酬が増加し、新規サービスを可能にしている。時間外診療は、「家庭医療地域時間外コンソーシアム」の形成により大きく変わった。地域の家庭医が当番制で電話受診、診療所受診、往診に対応する。当番の家庭医は他診療所の電子カルテへもアクセスでき、住民はいつでもPCの十分なサービスが利用できる。改革によって、個々の専門職が別々に行っていたケアがチーム・アプローチへシフトした。地域ナース、助産師、理学療法士、地域薬剤師、臨床心理士、ソーシャルワーカー、足

病医，言語療法士，産業保険医がPCと連携するようになった。チーム形成と責任は全ての協働者が同じ原理（患者中心性，公平，EBM，費用対効果）に基づいて働くときに可能になる。

IT化：全家庭医診療所が電子カルテを利用している。PC国際分類（International Classification of Primary Care：ICPC）で診断・ケアをコード化したデータベースを構築して「PCの見える化」を実現している。ケアの最前線での意思決定支援ツール開発にも使われる。家庭医診療所と病院の情報交換でもIT化は患者の選択の尊重と待機時間減少に寄与している。診療所，病院，薬局の電子カルテ直接リンク化が進行中である（国民は歓迎，個人情報保護が課題）。登録された集団をモニターできるメリットは大きい（予防接種，癌検診，貧困地域での健康増進活動など）。

質と安全：1980年代からのPC研究への投資が，家庭医療とアカデミアの協働を促進し，1990年代に家庭医療学がEBMでのリーダーの地位を得た。オランダ家庭医学会（Nederlands Huisartsen Genootschap：NHG）はPCに特化した診療ガイドラインを1989年から作成している。現在，90の診療ガイドラインと50のPCと病院の連携ガイドラインがある。NHGが大学のプライマリ・ケア講座と連携して作成しており，家庭医診療所をつないだ研究ネットワークが重要な役割を果たしている。現在，19のガイドラインの英語版が入手できる（<https://guidelines.nhg.org>）。2006年からNHGは診療所の認証プログラムを開始した。3年間のレビュー期間で行い，現在40%の診療所が認証を得た。

課題：集団のニーズに応えるためにPCが地方行政の公衆衛生担当者と連携することが重要である。さらに大きな診療グループ形成の動きがあり，診療所コンソーシアムが慢性疾患マネジメントとガイドラインの使用を支援するが，機能評価が必要である。オランダの人口の5分の1が外国からの移民であり，統合されたヘルス

ケアへの課題である。

3) オーストラリア²⁾

歴史的背景：過去20年で，PCが健康アウトカムを改善し，費用と不公平を減らし，患者満足を増すことのエビデンスが得られたため，政策上PCが重要視されてきた。改革の大きな契機は1992年発表のNational Health Strategy：the Future of General Practiceである。全人的ケアモデル，オーストラリア家庭医療学会（Royal Australian College of General Practitioners：RACGP）の基準（現在は2013年発表の第4版：<http://www.racgp.org.au/your-practice/standards/standards4thedition/>）を満足する診療所認定と，組み合わせ支払い方式での非出来高払いの活動を後押し，サービスの包括化（多職種，診療所外）を発展させた。さらに，2010年にAustralia's First National Primary Health Care Strategyが導入され，地域でのサービスの統合，IT（RACGPホームページでの系統的な情報提供サービスe-Healthを含む：<http://www.racgp.org.au/your-practice/ehealth/>），アクセスの改善，不公平減少，慢性疾患マネジメント，予防，インフラ構築改善，質・安全・パフォーマンス，責任制が優先して取り組まれた。

家庭医療の構造：国民皆保険制度（Medicare）の下で，全てのオーストラリア国民は，州立病院の治療は無料であり，PCと民間の他科専門医ケア（検査を含む）と治療薬については助成される。家庭医はゲートキーパーの役割を果たしており，Medicareは家庭医から紹介された診療のみ支払う。オーストラリアの医療費はGDP（Gross Domestic Product）の9～10%を占め，70%が公営，30%が民間である。1995年にMedicareの利用はプラクティス・ナースと他職種へも拡大された（慢性疾患マネジメント，高齢者ケア）。60%の家庭医診療所が少なくとも1人のプラクティス・ナースと平均4人の家庭医を雇用している。プラクティス・ナースが関

わる診療の割合は4.2%（2005年）から9%（2009年）へ増加した。

ネットワーク化：オーストラリアでPCを促進するための組織（Primary Health Care Organizations：PHCOs）は、家庭医など地域のPC提供者と政府の中間というユニークな立ち位置で機能するため、local “meso-level” PHCOsと称される。まず1992年に連邦政府が設立し、家庭医がコントロールするDivisions of General Practiceとして組織され、地域のニーズに応じてケアのアクセスと質を改善した。このDivisionsが地域の家庭医診療所のネットワーク化を促進し、より広い範囲での家庭医療の統合を進めている。アクセス、予防、早期介入の教育コアプログラムを提供し、統合と多職種協働ケアを支援している。集団の健康と慢性疾患のよりよいマネジメントを目指している。質を高めるサービスへの資金提供もしている（例：予防接種率の目標設定、処方箋の質改善、糖尿病マネジメント）。2009年からPC改革はより地方ごとに統合して進められることになり、Divisionsはより大きなMedicare Localsへ発展改組された。

IT化：96%の家庭医診療所がコンピューター化しており、Medicare Localsが財政的にも支援して情報への安全なアクセスと有効な利用を促進している。

質と安全：オーストラリアの家庭医診療所の85%が独立してRACGP基準（第4版）で認定されている（Divisionsが支援してきた）。全家庭医必修の質改善・生涯教育もDivision/Medicare Localsが支援する。15%の家庭医診療所がAustralian Primary Care Collaboratives（APCC）の質改善プログラム（http://apcc.org.au/about_the_apcc/）に参加している。

課題：マンパワーは特に僻地・遠隔地で不足している。家庭医の不足のため連邦・州政府は研修医ポストを増やした。国内医学校卒業生も2005年1,348人から2012年の2,442人へ増加した。教育・研修の質の充実が課題である。連

邦政府と州政府の分裂した取り組みが、複雑で機能の悪いシステムを作ってきた。2009年からの統合ガバナンスにより、Medicare LocalsがLocal Hospital Networksとも協働して、急性病院の疲弊を和らげるためにPCセクターを最大限利用する政策が期待されている。全ての利害関係者が価値観と優先度を共有することが鍵となる。

4) カナダ⁸⁾

歴史的背景：医師の自主性の長い歴史のため、州政府は改革を徐々に進めるにあたり、医師が自由意志で関わるアプローチをとってきた。通常、主要なものは州医師会と交渉してきた。医療制度改革は、米国Institute of Medicineの6つの改善（アクセス、ケアの調整と統合、チーム・アプローチ、質・適正化、慢性疾患の予防とマネジメント、ITシステム導入）を目指している。多くの州での改革の中心は多職種間協働のPCの形成で、ケアへのアクセス、ヘルスケア・サービスの継続性と調整、PCの質改善を目的に設計されている。家庭医療学の発展は、1968年英国からIan McWhinneyが招聘されてウェスタン・オンタリオ大学（現・ウェスタン大学）に最初の家庭医療学講座を設置したときに始まる。

家庭医療の構造：人口1,000人あたり1人の家庭医がいる。ほとんどが民間診療所で公的保険者（州政府）から支払われている。約半数の医師が、ほとんど出来高払いで収入を得ている。医療の現場での患者負担はない。2010年の調査で、国民の23%がかかりつけ医を持たず、医師の受診予約に6日以上待った人が33%だった。患者登録は、ケベック州とオンタリオ州では進んでいてほとんどの住民が登録されているが、他の州では遅い。組み合わせ方式（出来高払い、人頭払い、成果払い）へと移行してきたが、まだ9割以上を出来高払いで支払われている医師が、2002年に58.7%、2007年には48.3%いる。オンタリオ州では、近年大多数の家庭医

が自由意志で組み合わせ方式を選択した。一部の集団（高齢者、慢性疾患）では包括払いを導入している。新しい方式がEBMに基づいた予防ケア提供と患者への情報提供を促進し、救急センターの利用を下げ、患者アウトカムを向上させたというエビデンスがでている。

ネットワーク化：ここ10年で州政府は家庭医、ナース・プラクティショナー、助産師を増やす努力をした。州ごとに進捗に差はあるものの、多職種間協働のチームでPCを提供する方向へ誘導されている。こうしたPC改革と新しい組織化によるポジティブなアウトカムが医学生に好まれ、カナダの研修医マッチング事業のデータによると家庭医を第一選択にする医学部卒業生は、2003年の25%（史上最低）から2011年の34%へ上昇した。

IT化：電子カルテの導入は他の国々より遅れている。最も進んでいるアルバータ州でも家庭医の66%が使用するのみである。

質と安全：質改善の試みの導入は進んでいるが、成果を測定したり、ケア提供者・支払い者・患者へフィードバックしたりする仕組みは遅れている。電子カルテ普及率が低いことと関連している。

課題：単独開業の診療所や、グループでも出来高払いの診療所では、人材のリクルートに苦慮している。

5) デンマーク⁹⁾

歴史的背景：家庭医療は18世紀初頭から発展を開始し、デンマーク家庭医学会(Dansk Selskab for Almen Medicin：DSAM)が1970年に創立された(<http://www.dsam.dk/flx/english/>)。大学の家庭医療学講座は1974年に設置された。家庭医療が専門分野として認可されたのは1994年である。EU(European Union)統合を契機に、質の高い家庭医養成を全ヨーロッパで取り組む際に中心的役割果たしたのは、家庭医会員が多いデンマーク医師会である。

家庭医療の構造：デンマークでは、全国民は無料で直接家庭医を受診することができる。この無料・直接受診は家庭医以外にも、診療所の眼科医、耳鼻咽喉科医、病院の救急部門にも適用される。それ以外の診療所の医師と病院医療は家庭医からの紹介がある場合に無料となる。救急車による搬送、リハビリテーション、緩和ケアも無料である。医療費の財源はほとんどが税金である。患者の自己負担分は約17%になるが、その多くを占めるのが処方薬と歯科医療である。地方自治体による在宅介護、障害者の在宅支援、学校保健サービス、新生児と母親への保健師訪問、リハビリテーション、小児歯科も無料である。病院ケアの97%を公立病院が提供している。病院の医師は給与制である。診療所の各科専門医は病院使用権がない。家庭医診療所は運営費用の95%を公的財源から受けている。診療所の家庭医と各科専門医は自営で、公的支払い基金と契約を結んでいる。2年ごと契約更改する。患者満足度は高い(90%が満足またはとても満足と回答)。医療費はGDPの9.7%(2007年)を占める。家庭医療の診療は医療費の8%を占める。約3,600人の家庭医(医師全体の20%)が2,200の診療所で3,100人の助手(主として看護師と医療秘書)と働く。診療所あたり家庭医1~2人がいる。国民1人あたり年平均7回家庭医を受診(外来、在宅、電話)する。紹介は10~20%(診療所他科専門医、病院、理学療法、自治体保健サービス)を占める。診療報酬は人頭払い(約1/3)と出来高払い(約2/3)の組み合わせである。全国民は自由意志で家庭医に登録する(List Systemと呼ばれる)。最新のデータでは98%の国民がそうしており、家庭医1人あたりの登録患者数は1,561人である。

ネットワーク化：時間外診療は地理的に家庭医がローテーションして担当する(病院救急とは独立)。病院救急へも直接行けるが、徐々に家庭医や時間外サービスからの紹介状が必要になっている。

IT化：家庭医診療所全てが電子化している（診療録，処方箋，病院紹介，検査データ退院要約の受け取り）．電子メールでの診療も利用されている．

質と安全：DSAMで診療ガイドラインが作られ家庭医へ配布される．家庭医団体，地方行政，家庭医療の質評価機構（Danish Quality Unit of General Practice：DAK-E）が協働して質改善に取り組んでいる．家庭医の診療内容が中央データベースへ送られ，診療ガイドラインにどの程度合っているかの情報を得ることができる．患者による診療所・家庭医の評価（Danish Patient Evaluate Practice：DANPEP）や，家庭医が自分で診療のオーディットができるプログラム（Audit Project Odens：APO）もある．

課題：多くの家庭医が退職を控えており，今後の家庭医不足が深刻である（特に田舎の1人診療所）．公営の家庭医診療所モデルも模索されている．病院，自治体との協働も課題である．

6) ニューージーランド^{10,11)}

歴史的背景：医療は中央政府が運営し，税金を財源とし，地方自治体が主要な支払い者である．440万人の国民の15%が先住民であるマオリ族であり，彼らの健康に関わることは，医療における不公平を減らすことが制度の主要な目標であることを意味している．

家庭医療の構造：救急，病院，妊婦保健，一部の小児保健の利用は無料である．家庭医療の利用は，PCネットワークへの登録を通して行われる．20の地理的なDistrict Health Boards（DHBs）が病院サービスを提供し，PCサービスの契約をする．PCは政府からの助成金と患者の自己負担で賄われる．待機処置や自己負担の軽減のために約30%の国民が民間保険を購入している（医療費の約5%を占める）．家庭医療はほとんどが民間診療所の家庭医によって提供される．約4,000人の家庭医，4,000人のプラクティス・ナースが，50のPCネットワークに組織

される1,000の家庭医診療所で働いている．家庭医は，PCの他のサービス（処方，検査指示を含む）と二次医療へのゲートキーパーである．支払いは人頭払い，出来高払い，患者自己負担の組み合わせである．

ネットワーク化：過去20年間で，個別のケアを提供する独立・自律した診療所から，家庭医療の広い範囲の活動を支援する多職種ネットワーク・システムへ移行してきた．家庭医はPCのネットワークとしてIndependent Practitioner Associations（IPAs）を組織した．クリニカル・ガバナンスの1例であり，コンピューター化とネットワーク化，公衆衛生プログラム，処方・検査予算の管理，有効性の比較研究を行っている．2001年のThe Primary Health Care Strategyでは，健康増進，予防，集団を基盤としたケア，地域ガバナンスが強調され，全国で32のPrimary Health Organizations（PHOs）が組織された．

IT化：ほぼ100%の国民がPHOsに登録されることで，さらなるIT化が進められている．ユニークな指標を提示するThe National Health Indexによって，集団のニーズとサービスの利用についてのデータが得られると期待されている．

質と安全：様々な質改善プログラムがある（中央，地方）．特にスクリーニング，通知システム，心血管リスク評価と意思決定支援ツールなどの予防医学が，The National Health Indexを利用して発達している．全て医学生は，家庭医療の卒前実習に参加する．ニューージーランド家庭医学会（Royal New Zealand College of General Practitioners：RNZCGP，<https://www.rnzcgp.org.nz>）が認定する家庭医療専門医は3年間の専門研修が必要で，研修1年後，3年後に試験がある．家庭医診療所の認定は任意であるが80%が参加している．

課題：フィードバックによって患者の経験を理解し，より統合されたケアに向けて患者参加を図る取り組みが模索されている．PHOs登録患者のデータをオーディットや研究に使用するの

表1 家庭医療の専門分野としての12の特徴(定義I)

- a) 通常、保健医療システムでの医療の最初の接点であり、利用者に対して開かれた制限のない近接性を提供し、その人の年齢・性、その他どんな特徴にもかかわらずすべての健康問題を扱う。
- b) ケアを調整し、プライマリ・ケアでの他職種と協働し、他の専門分野とのインターフェイスを管理して必要なときに患者を擁護する役割をとることを通して、保健医療資源を効率よく利用する。
- c) 個人、家族、そして地域を志向する人間中心のアプローチを展開する。
- d) 患者の自己効力を引き出す。
- e) ユニークな診療プロセスをもつ。それは医師-患者間の効果的なコミュニケーションを通して継続する人間関係を構築する。
- f) 患者のニーズによって決定される長く継続するケアの提供に責任をもつ。
- g) 地域での病気の有病率と発生率で決定される特異的な意思決定過程をもつ。
- h) 個々の患者の急性・慢性両方の健康問題を同時に対応する。
- i) 病初期で未分化な状態にある病気に対応する。中には緊急の介入を要するものもある。
- j) 適切で効果的な介入によって健康と幸福を増進する。
- k) 地域の健康への独自の責任をもつ。
- l) 健康問題を身体的、心理的、社会的、文化的、そして実存的次元で扱う。

(WONCA Europe : The European definition of general practice/family medicine. 2011 Editionから翻訳)

にバリアがある。退職する家庭医に代わるマンパワーの確保も課題である。

www.globalfamilydoctor.com/InternationalIssues/BarbaraStarfield.aspxを参照することを薦めたい。

3. 世界家庭医機構 (WONCA)

諸外国の家庭医の事情についてさらに知るためには、世界の100を超える家庭医学会が加盟する世界家庭医機構(World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians : WONCA, 短い名称としてWorld Organization of Family Doctors)のウェブサイト(<http://www.globalfamilydoctor.com>)が役に立つ。日本からは日本PC連合学会が正式会員学会としてWONCAに加盟している。

WONCAのウェブサイトで提供されている情報は膨大であるが、家庭医の専門研修のための教育基準(http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds_edit%20for%20web_250714.pdf),そしてPC研究に貢献した米国のBarbara Starfield教授の業績を集めたThe Barbara Starfield Collection ([### 4. WONCA Europeの家庭医の定義](http://</p>
</div>
<div data-bbox=)

家庭医の定義については,WONCAのヨーロッパ地域学会であるWONCA Europeの定義が最も包括的であり、我が国のシステム構築の際に参考になる(<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>). WONCA Europeの定義がユニークなのは、多軸構造をとっていることである。「家庭医療は、独自の教育内容、研究、エビデンス基盤、臨床的活動を備えた学術的および科学的専門分野であり、PCを志向する臨床専門分野である」という記述に続き、「家庭医療の専門分野としての12の特徴」が書かれ(定義I)(表1),その分野でトレーニングする家庭医がどのような専門医であるかの記述(定義II),さらに、家庭医が備えるべき核となる臨床能力(コアコンピテンシー)6項目が示されている(定義III). 定義Iの12の特徴は、グループ分けされて定義

表2 家庭医のコアコンピテンシー (定義III)

1. プライマリ・ケアのマネジメント (a, b)
2. 人間中心のケア (c, d, e, f)
3. 特異的な問題解決技術 (g, i)
4. 包括的アプローチ (h, j)
5. 地域志向性 (k)
6. 全人的モデル化 (l)

* () 内は定義I (表1) の12の特徴の項目 (iとhの順序が逆になっているが、該当する特徴はこの通りである)
(WONCA Europe: The European definition of general practice/family medicine. 2011 Editionから翻訳)

IIIに組み込まれている (表2)。

つまり、この定義は家庭医療の特徴を示すだけでなく、実際に家庭医が何をする専門医かを述べ、それができるためにどんな臨床能力を備えなければならないかを示している。諸外国では、この家庭医の臨床能力はヘルスケアの制度がどのようなものであれ普遍的に重要であると認識されている。この定義がケアの現場で活かされるためには、各国の実情に合わせてそれを専門医養成カリキュラムに落とし込む必要がある。日本専門医機構が発表した総合診療専門研修カリキュラムの到達目標「総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー」(http://www.japan-senmon-i.jp/document/program/comprehensive_doc12.pdf)を現場で活かすためにもこの定義の理解が必須である。

PC先進諸外国と比較して、日本は医療における「総合すること」や「ジェネラルであること」の意味について深く議論されてきた歴史に乏しい。そのため、広い範囲の臨床分野の問題を診

るとはいても、PCの専門医としてのコアコンピテンシーを欠く断片的で低いレベルの総合性で満足してしまいがちである。全ての臨床分野の問題解決にそのコアコンピテンシーが駆使される重層的な総合性が日本にも必要である。

おわりに

限られた誌面のためPC先進国の一部についての概説にとどまったが、諸外国がPCを基軸に据えて医療改革を継続していることと、そこで家庭医が「PCの専門医」というキープレーヤとしてユニークな専門的役割を持つことが理解されれば幸いである。驚くべき費用対効果でPCを基盤とした医療改革を達成して、富める国々がうらやむキューバの事情についての筆者たちの報告も参考になるだろう (https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03121_03)。日本では、2017年の総合診療専門医の養成開始が先進諸外国の改革の流れを取り入れる絶好の機会である。なお、アジア諸国でもPC整備は重要な政策課題であり、筆者たちが共通のフォーマットで、中国 (上海, 香港), 日本, 韓国, シンガポール, 台湾のエキスパートとシンポジウムを開催し、近々、その内容は*British Journal of General Practice*に共著で発表される (Evolving health policy for primary care in the Asia Pacific region. *Br J Gen Pract*, 2016 [*in press*])。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示: 本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) 葛西龍樹：地域包括ケアシステムにおけるプライマリ・ケアの役割と課題. 医療経済研究 26 : 3-26, 2014.
- 2) Bauchner H : Medicare and Medicaid, the Affordable Care Act, and US Health Policy. JAMA 314 : 353-354, 2015.
- 3) Kruse J : Fragmentation in US medical education, research, and practice : the need for system wide defrag. Fam Med 45 : 54-57, 2013.
- 4) Roland M, et al : Primary medical care in the United Kingdom. J Am Board Fam Med 25(Suppl 1) : S6-11, 2012.
- 5) 葛西龍樹：英国の家庭医療. カレントセラピー 32 : 32-37, 2014.
- 6) van Weel C, et al : Health care in the Netherlands. J Am Board Fam Med 25 (Suppl 1) : S12-17, 2012.
- 7) Nicholson C, et al : The Australian experiment : how primary health care organizations supported the evolution of a primary health care system. J Am Board Fam Med 25 (Suppl 1) : S18-26, 2012.
- 8) Strumpf E, et al : Innovative and diverse strategies toward primary health care reform : lessons learned from the Canadian experience. J Am Board Fam Med 25 (Suppl 1) : S27-33, 2012.
- 9) Pedersen KM, et al : General practice and primary health care in Denmark. J Am Board Fam Med 25 (Suppl 1) : S34-38, 2012.
- 10) Goodyear-Smith F, et al : International learning on increasing the value and effectiveness of primary care(I LIVE PC) New Zealand. J Am Board Fam Med 25 (Suppl 1) : S39-44, 2012.
- 11) Goodyear-Smith F, Kassai R : International primary care snapshots : New Zealand and Japan. Br J Gen Pract 65 : 142-143, 2015.