

総説

カナダのプライマリケア

～カナダの家庭医学の歴史と現状分析～

浜田久之 *1,2

*1 国立病院機構長崎医療センター 教育研修部

*2 トロント大学 医学部 家庭地域医学科

はじめに

カナダの医師の約半数はプライマリケアである家庭医であり¹⁾、家庭医の職業団体であるThe College of Family Physicians of Canada（カナダ家庭医協会）の歴史は50年を越える^{1,2)}。日本と類似した国民皆保険を持ち³⁾、質の高いプライマリケアを維持しているカナダの医療を根底で支えているのは家庭医であるといっても過言ではない^{1,2)}。家庭医に対する国民の信頼は厚く、国民の88%が家庭医制度を好意的に受け入れており、80%が自分の家庭医の診療に満足している⁴⁾。また、カナダの全17医学部中6大学は家庭医を医学部学部長としており、カナダ連邦政府のPublic Health（日本の厚生労働省にあたる）の前大臣（Dr. Carolyn Bennett）も家庭医¹⁾であることを考えると、教育、政治の分野でも家庭医の活躍はめざましい。しかし、現在カナダは、日本と同様に医療体制に多くの問題を抱え、特に公的医療保険制度と、プライマリケアとそれを担う家庭医周辺の問題は深刻である^{1,2)}。本稿は、カナダのプライマリケアの中心的役割の家庭医の歴史的な発展を考察し、現在の状況を分析し解説することを目的とする。

I：カナダのプライマリケアの歴史

(1) カナダ家庭医協会の設立の経緯（～1950年代）

1867年英国領の北米自治区としてカナダ連邦は

始まったが、常に英、仏、米の大国の影響下にある複雑な歴史⁵⁾を辿り、医療制度も同様であった。最初の医学学校は1823年モントリオール（仏系）、次いで1843年トロント（英系）に設立されたが、当時の北米の医師の多くは英仏からの移民であった⁶⁾。当時より医師は専門医制度や組織をつくり始め、プライマリケア医であったGeneral physician（以下GP）を締め出す傾向にあった⁶⁾。1892年、Johns Hopkins Universityの医学部初代教授で最も影響力のあるカナダ人医師とされたSir William Oslerは、GPは最終的になくなるかもしれないと予測している⁷⁾。1929年、The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada（以下、カナダ専門医協会）が専門医の職業団体として設立され、益々GPの社会的地位は低くなった。1930～50年代、GPは専門医の下働きとみなされ、一般内科、小児科、産婦人科業務の他、一般外科や麻酔の手伝い、24時間・週7日の呼び出しがあった^{1,6)}。GPの多くが自分たちの存在に危機感を持った^{1,2,6)}。

このような状況の中、1954年6月17日、バンクーバーのPalomar supper clubで昼食を伴にした数名のGPが、同年400名の会員と共にCanada Medical Associationより1万ドルの財政的支援を受け、初代Muray R Stalkerを会長にThe College of General Practice of Canadaを設立した^{1,6)}。当時、セカンドクラスと揶揄されていたGP（当時のカナダ政府は医師の43%の6,246人が専門

総説

資格を持たないGPとした)の医学界での地位向上を目指す団体であったが¹⁾、設立の目的として〈広範囲なGPの教育を目的とした学術的な団体〉と第一に記されている⁶⁾。現在、17,000名を越える団体に成長した理由は、常に教育を重視し後進を育てた姿勢にあるのかもしれない。

(2) General physicianからFamily physicianへ (転換の60年代)

Collegeの設立時から1965年までExecutive Directorを勤めたW. Victor Johnstonらは、当時のポリオや結核の流行により、GPが公衆衛生的な予防医学を担うべきだと政府や国民に啓蒙していった⁷⁾。1957年に国民皆保険の基礎となる法案が可決し、カナダの医療は公的に運営される方向へ転換してゆき、GPの役割も専門医の補助的なものから公的な予防医療も含むプライマリヘルスケア従事者へ変化した⁸⁾。1968年、Collegeは英国よりIran McWhinneyを招聘し、University of Western Ontarioにカナダ初の(北アメリカでは2番目)家庭医学科の教授を誕生させた。彼は、卒前、卒後教育の教育カリキュラムの作成などに尽力し、A Text Book of Family Medicine⁹⁾を記し、現在カナダの学生に最も読まれている家庭医学テキストブックとなっている。

1967年にカナダ専門医協会がこのGPの組織を下部組織へ入れようと働き、GP協会はオタワからトロントへ移転した⁶⁾。これをきっかけに、The College of General physicians of CanadaからThe College of Family Physicians of Canada(以下、カナダ家庭医協会)へ名称変更して、GPからfamily physicianと呼ぶようになり、この呼び方が国民にも定着した⁶⁾。

(3) Canada health Actと家庭医の4つの原則 (飛躍の70年代から80年代へ)

70年代は、それまで殆どひとりで働いていた家庭医のグループ化が徐々に進み、家庭医協会の組

織化も進んだ¹⁾。1974年にはカナダすべての医学部に家庭医学科が設置され、家庭協会が示した2年間の卒後研修とその後の生涯研修システムの標準プログラムに沿って、各家庭医学科はプログラムを作り始めた。76年には研究部門、78年には指導者部門を家庭医協会の部門として設立した¹⁾。1984年、Canada Health Act(カナダ連邦政府による全州に適応される連邦法)により家庭医によるプライマリケアと公的皆健康保険システムをカナダは全土に導入し、家庭医の公衆衛生的な分野での役割はさらに大きくなった^{8,10)}。この制度の確立に尽力したTommy Douglas¹⁰⁾が、最も偉大なカナダ人(2004年にカナダ放送協会(CBC)による、120万人以上の国民投票でthe greatest Canadian top 100の1位となる)とされる理由は、歴史や文化の異なる各州(10の州と3つの準州)をひとつの政策でまとめたところにある¹¹⁾。

カナダ国民が誇るCanada Health Actは、下記の5つの原則よりなる¹²⁾。

- 1: Public administration ; 健康保険は非営利的目的で州または地域により運営される。
*カナダの病院は公的または非営利団体(宗教法人など)で経営されている。私立病院はない。
- 2: Accessibility ; 医療サービスへのアクセスは平等である。
*原則、国民は家庭医を選び、家庭医を通して、病院または専門医にかかる。
- 3: Universality ; 公的医療保険はすべての被保険者に与えられる。
*診療費、入院費などは無料。薬剤費、歯科費、メガネなどの眼科費は、個人負担となるので、ほとんどの人は、私的健康保険にも加入している。医師への診療報酬は州政府より各医師へ直接払われる。
- 4: Comprehensiveness ; 必要な医療サービスは病院と医師により包括的に保証される。
- 5: Portability ; カナダ全土、海外においても公

総説

的医療保険は適応される。

Canada Health Act施行の翌年に、家庭医協会は、家庭医学の4つの原則を発表した。これが現在でも、医学部から生涯教育へいたる教育目標となり、家庭医のあるべき姿となっている¹³⁾。

- 1: 家庭医は、技術を修得した臨床医である。
- 2: 家庭医学は地域に基づく医学である。
- 3: 家庭医は人々の資源である。
- 4: 医師患者関係は家庭医学の中心である。

カナダの保健政策と家庭医制度は連動して発展しており、1985年には、医師数の50%以上が家庭医となり1986年には、家庭医協会は医学部の臨床実習でも家庭医学を導入すべき方針を打ち出し、1000人以上の家庭医が大学の教員として働くようになっていた^{1,2)}。

(4) 家庭医認定医制度の確立と生涯教育 (混迷の90年代から現在へ)

1991年に将来の医師の過剰供給を予想して、医学部の定員を10%減らすことを連邦政府と州政府は決定した^{1,2)}。この背景には、80年代後半のカナダ経済の停滞とグローバル化、高齢化社会の到来

があり、医療費などの社会保障費を削減する方針があった。医療費の対GDP比は、1992年の10%をピークに徐々に低下し、近年も9.0~9.9%に抑制されている¹⁴⁾。医学生数削減により、93年以降毎年285名の家庭医の研修医枠数も削減され、現在の深刻な家庭医不足を招くこととなった^{1,2)}。また、病床数は過去10年で20%以上の削減があり、医療費の中での入院治療費は1990年の40%から2002年の30%となり¹⁴⁾、家庭医の業務が外来へ大きく移った。

1992年連邦政府機関（The federation of Medical Regulatory Authorities of Canada）は、カナダ全土で開業できる免許をとるためには、Medical Council of Canadaの国家試験と家庭医協会または専門医協会の認定医試験に合格しなければならないという新制度を導入した²⁾。学力試験（大学4年）と実技試験（研修医1年）による国家試験に合格し、研修期間終了時に受験する（家庭医研修は2年、内科は3年、一般外科は5年）認定医試験に合格し臨床医となる。これにより医師専門職団体（専門医協会と家庭医協会）の権限はさらに強化されると同時に、医師の生涯教育に対し

| | 出世時平均寿命 | | 乳児死亡率 対1千人出生 | | 健康医療費 対GDP比 | | 国民1人あたりの 医療費 | |
|--------|-------------------|------|------------------|------|----------------|------|-------------------|------|
| | (年) | (順位) | (%) | (順位) | (%) | (順位) | (米ドル) | (順位) |
| 日本 | 82.1 | 1 | 2.8 | 1 | 8 | 22 | 2249 | 18 |
| カナダ | 79.3 ^a | 9 | 5.3 ^b | 22 | 9.9 | 9 | 3165 | 6 |
| イギリス | 77.8 ^a | 17 | 5.1 | 21 | 8.3 | 18 | 2546 ^b | 16 |
| アメリカ | 76.8 ^a | 20 | 6.9 ^b | 28 | 15.3 | 1 | 3165 | 1 |
| 30カ国平均 | 77.5 | | 5.7 | | 8.9 | | 2550 | |

| | 医療費における 公費の割合 | | 医療費における 薬剤費の割合 | | 急性期病床数 対1000人 | | 開業医数 対1000人 | |
|--------|------------------|------|-------------------|------|------------------|------|----------------|------|
| | (%) | (順位) | (%) | (順位) | (病床) | (順位) | (医師数) | (順位) |
| 日本 | 81.5 | 9 | 18.9 | 11 | 8.4 ^b | 1 | 2 | 27 |
| カナダ | 69.8 | 22 | 17.7 ^b | 13 | 3 | 22 | 2.1 | 26 |
| イギリス | 85.5 | 4 | 15.8 ^a | 16 | 3.5 | 16 | 2.3 | 24 |
| アメリカ | 44.7 | 30 | 12.3 | 23 | 2.8 | 24 | 2.4 | 22 |
| 30カ国平均 | 72.9 | | 17.7 | | 4.1 | | 3 | |

注) 2004年のOECDの30カ国のデータを基に作成。

a: 2004年 b: 2003年 c: 2000年

表1 日米英加の医療の比較

総 説

て責任を負うこととなり、95年より家庭医協会は生涯教育プログラムを開始した¹⁾。

この新制度以降、すべての新医師は、専門職団体に所属することとなり、家庭医=家庭医協会員となったが、旧制度の医師で、家庭医協会に所属しない家庭医はGeneral physicianと呼ばれるようになった。2004年時点で、カナダのプライマリケアを担っているのは家庭医協会所属の家庭医約17,000名（内80%が家庭医認定医）と非所属のGeneral physician約11,000名である²⁾。一般的には、家庭医とGPの業務内容に変わりはなく、国民はこの区別を認識してない。GPの多くが高齢層であり近い将来プライマリケア医は家庭医のみとなるであろう。

II：現代のカナダのプライマリケアの危機

(1) 国際間比較にみる現代のカナダの医療と政治

Canada Health Actに基く医療は、世界諸国と比較すると高い水準とされていた^{14,15,16)}。経済協力開発機構(OECD)参加30カ国(ヨーロッパ諸国、日米などが参加)のデータ(表1)¹⁷⁾によると、プライマリケアの成果指標のひとつと考えられている平均寿命では、カナダは常に上位に入っており、乳児死亡率も平均値より低い。コストに関しては、1990年代からの医療費の抑制政策により、急性期病床数は(人口1000人あたり)の4.6(1990年)から3.0(2004年)へ削減され、医師の数も2.1(人口1000人あたり)と平均3.0を下回り、全体としてはGDPの10%以下の医療費となっている。医療に関するカナダ国民の評価も高く(表2、質問1,2)、1998年の調査では概ね満足していた¹⁸⁾。また家庭医協会が実施した調査でも、国民の88%が家庭医制度を好意的に受け入れており、80%が自分の家庭医の診療に満足している⁴⁾。しかし、医師の不足が主原因とされている長時間の診療待ち、数ヶ月の待機手術など国民の不満や心配は大きくなった(表2、質問3,4)。1993年には49%の国民が医療政策を国の重要政策と考えてい

たが、1999年には69%となり、国民の医療への関心は高まると共に厳しくなった¹⁸⁾。国全体の医療システムがうまく働いていると思っている人は80年代後半の45%から近年は14%までに減り¹⁶⁾、約70%のカナダ人が医療コストより医療サービスの質(サービスへのアクセスも含む)が重要であるとした¹⁸⁾。

2006年1月の下院総選挙でも、4つの主要政党が医療体制の危機的状態ととらえて、争点のひとつ

質問1：過去1年に受けた医療(本人、または家族)に関して全体的にどう思いますか？

| | カナダ | イギリス | アメリカ |
|-------|-----|------|------|
| すばらしい | 24% | 15% | 19% |
| とても良い | 30 | 35 | 30 |
| 良い | 30 | 31 | 33 |
| 平均 | 11 | 12 | 12 |
| 悪い | 2 | 2 | 3 |

質問2：その時の医師のケアについてどう思いますか？

| | カナダ | イギリス | アメリカ |
|-------|-----|------|------|
| すばらしい | 37% | 19% | 29% |
| とても良い | 30 | 37 | 30 |
| 良い | 22 | 25 | 24 |
| 平均 | 6 | 10 | 12 |
| 悪い | 4 | 4 | 4 |

質問3：もし病気になった場合に最新の医療を(検査、薬、治療を含む)受けられない心配がありますか？

| | カナダ | イギリス | アメリカ |
|--------|-----|------|------|
| とても心配 | 29% | 16% | 21% |
| すこし心配 | 34 | 30 | 26 |
| 心配してない | 37 | 15 | 53 |

質問4：緊急性のない医療を受けるために長時間待つことを心配していますか？

| | カナダ | イギリス | アメリカ |
|--------|-----|------|------|
| とても心配 | 20% | 12% | 14% |
| すこし心配 | 32 | 30 | 22 |
| 心配してない | 47 | 55 | 64 |

注) Karen Donelanらの論文より抜粋(1998年)。各国で1000人に聞き取り調査をおこなう。

表2 英米加国民の自国の医療評価

総説

とした¹⁹⁾。問題は、日本の状況と似ている。年率4%前後の増加する医療費¹⁷⁾を税金による公的保険制度がどこまで支えるべきかという財政的な問題、医師不足などによる医療機関へのアクセスの悪化問題、都市と地域の医療格差の問題などである。保守党は、減税を掲げながらも、公的保険制度を継続し、一部自由診療を容認する政策や外国人医師枠の拡大、医学部の増設により医師不足を解消する政策を打ち出して、自由党より不安定多数であるが政権を奪取した。

(2) プライマリケア医師(家庭医とGP)不足による国民への影響

カナダの医療の諸問題の中でも、最も大きなものは、プライマリケアの危機である。2003年カナダ統計局資料によると、カナダ国民の14%がプライマリケア医の家庭医(GPを含む)を持ってない²⁾。2004年には3000人の家庭医が不足し⁴⁾、カナダ国民の80%以上がプライマリケアの提供者として家庭医を望んでいるが、500万人(18歳以上の16%)が12ヶ月以上探しても、家庭医を見つけられなかった²⁴⁾。家庭医の多くは1000-2000名の患者を抱え、わずか20%の家庭医のみ新規患者を受け入れている。さらに、この状況は家庭医自体の高齢化で悪化しており、2004年から2006年にかけて1400名以上の家庭医がリタイヤしたとみられ²⁾、2006年6月のオンタリオ州医師会の発表によると新規患者を受け入れることのできる家庭医は11.4%へ減少した。非緊急性の治療を受けた患者または家族(1000人)への調査では、待ち時間なし16%、1ヶ月以下28%、1-4ヶ月48%、4ヶ月以上12%であり¹⁸⁾、国民への負担は深刻である。

(3) 家庭医の負担(表3)

家庭医の不足による家庭医自体への負担も大きくなっている。家庭医の62%は自分の診療所を主な働く場所としており²⁰⁾、平均労働時間は週に49時間(月から金の日中)であるが、70%の家庭医

が17時以降のオンコールを受けており、それを含めると週75時間以上働いている²⁾。さらに、近年の社会背景の複雑化、患者の病態の多彩化により、家庭医の守備範囲が広がったことが、時間以上に精神的な負担となっている面もある。約半数の家庭医が2箇所以上の職場を持つ。自身の診療所の他に、44.2%が地域病院での入院患者の診療²⁾、24%が救急部、25%が長期療養所、12%が教育機関など²⁰⁾である。さらに業務内容も多彩であり、家庭医の50%が慢性疾患管理、49%が産婦人科、41%小児科、41%が精神療法、36%が緩和療法、28%が救急医療、22%が中毒医学(禁煙外来など)、22%が在宅療法などを行なっている²⁰⁾。

家庭医協会は、女性家庭医の増加も医師不足問題へ影響していると報告している²⁾。家庭医の38.5%が女性であるが、35歳以下は60%、近年の家庭医研修医に限ると70%近くが女性である。統計的には、女性の医師は男性と比べ週労働時間が7-8時間短く²⁰⁾、今後さらにこの問題は大きくなるであろう。

(4) 地域格差

日本の26倍の面積(世界第2位)に日本の3分の1の人が住む、カナダの僻地の医療問題は深刻である。近年、都市化が進みアメリカとの国境から100キロ内に人口の約90%が住んでいるが、各州とも広大な僻地を抱えている²¹⁾。

全国平均では国民1981名あたり1名の医師であるが、僻地では1201名に1名の医師である。家庭医の16%、専門医の2.4%のみが僻地に住んでいる。北の地域へ行くほど住民の寿命は短くなり、医療格差も指摘されている²²⁾。都市で働く家庭医と僻地で働く家庭医の業務内容は大きく異なる^{21,22,23)}。

Ⅲ：今後の展望

近年の強いカナダ経済を背景に増加している富裕層の声を反映した保守党政府は、2006年にバン

総 説

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| 国民の評価 | 88%が家庭医制度を支持 80%が自分の家庭医の診療に満足 | プライマリケアの根幹が家庭医が担っていることを国民は理解しているがプライマリケアの改善を望む声が高い。 |
| 総数 | 約28,000人 全医師の47% 家庭医協会所属17000人 (’92年以降は全員所属) | 全国で3000人以上の家庭医不足し、家庭医の高齢化や女性の比率上昇で労働力の低下も危惧されている。 政府は家庭医不足を最重要課題とする。 |
| 家庭医協会による 家庭医医学の 4つの原則 | 1: 家庭医は、技術を修得した臨床医である 2: 家庭医学は地域に基づく医学である 3: 家庭医は人々の資源である 4: 医師患者関係は家庭医学の中心である | 多くの医学部が到達目標として採用。 家庭医学科卒前、卒後のカリキュラムは4原則に従って作成し、協会から厳しい評価を受けなければならない。 |
| 家庭医となるため | 1: 4年生大学卒業後、医学部(4年)へ進学 2: 医学部4年次に家庭医学にマッチング 3: 医学部4年次と研修医1年次に国家試験 4: 研修医2年次に家庭医認定試験 | 92年より新制度となり、マッチング以降は科の変更はできない。研修開始と同時に家庭協会に所属し、認定医試験に合格しなければ臨床医となれない。 医学生の家庭医希望者は35-40%。 |
| 労働時間(週) | 約75時間 | 週49時間 + オンコール |
| 働く場所 | 半数が2箇所以上で働く。 | 家庭医の44%が地域病院 25%長期療養所、24%救急部、 12%教育機関で働く。 |
| 業務内容 | 家庭医学の範囲は広く様々な家庭医がおり一般化するのには困難。 | 家庭医の50%が慢性疾患管理をする。 49%が産婦人科、41%が小児科、 41%が精神療法、36%が緩和療法、 28%が救急医療を行なっている。 |
| 受け持ち患者数 | 家庭医により様々 | 1000 - 2000人 |
| 所得 | 原則個人事業主であり、仕事量(患者数など)に応じて公的機関より直接支払われる Fee For Serviceが主な収入だったが、近年大きく変わろうとしている。 | 専門医の半分くらいの所得と言われていたが、近年改善されている。 2004年のオンタリオ州の医師(専門医も含む)の平均所得2200万円前後というデータがある。 |

注意) データーは参考文献による。

表3 カナダの家庭医

総説

クーバー、トロント、ケベックシティーなどで開設された私企業が運営するクリニックを事実上認めている。野党やマスメディアは、Canada Health Actに反する行為であると反論し、移民、低所得者、中間所得層は同調している。しかし、保守党政権も、混合診療へ移行する方針はとらないだろうというのが大方の見方である。医療を隣国の大国である米国と同じ市場に乗せると国の根幹を揺るがすこととなるためであろう。

プライマリケア関連の政策では、医学生、看護学生などの増員や在宅医療の推進などが掲げられているが、注目すべきものとしては、前政府が2000年に発表した約800億円のプライマリケア移行基金などによるヘルスネットワーク化の推進である²⁴⁾。グループ化により、医療機関へのアクセスや家庭医の過重労働を改善し、医療資源を有効に使えるということが目的である。都市部、僻地部にかかわらずグループ診療し（通常10名前後の医師がひとつのグループを形成し、運営などはグループ独自で決める。州、地区により補助金は異なる。）その各グループにコメディカルの派遣や診療録のIT化の経済的補助などを行なう。2005年頃より具体化してきており、現在紆余曲折があるものの、急速に家庭医のグループ化が進み全体の7割を超えようとしている。

また、カナダの医師は原則個人事業主であり、基本的に診療した患者数に比例して所得が決まるが²⁵⁾、支払いシステムは技術料の高い専門医に有利であり、通常専門医は家庭医の2倍前後の所得があった。しかし、現在、家庭医に（特に僻地医師）に有利な支払いシステムへ移行しており所得格差は急速に縮まっている。医学生の家医志望者が80年代の50%以上から、近年35%前後に減っており、このような改革が人気の復活となることを家庭医は願っている。

カナダのプライマリケア医としての家庭医は常に時の医療政策に強い影響を受けながら、または影響を与えながら生きている。90年代初頭から続

いた家庭医にとって困難な時代が徐々に改善されプライマリケアの現場に光が差しつつあるが、これは家庭医協会の果たした役割が大きい。常に、国民のニーズを敏感に察知し、プライマリケアにおけるエビデンスから自らの役割を確認して、政治的な交渉に挑み、マスメディアを通して国民へ家庭医の役割をアピールし、後進を育てる事に情熱を注ぐ²⁶⁾カナダの家庭医と家庭医協会から多くの事を学ぶことができる。

謝辞

執筆にあたり、インタビューを受けて下さったカナダ家庭医協会会長Dr. Louise Nasmith、僻地医学教育視察に御協力いただいたカナダ僻地医師会 Dr. Karl Hartwic、トロント大学家庭地域医学科フェロシッププログラムでご指導賜りましたDr. Helen P Batty 教授に心より感謝申し上げます。また、臨床指導医海外留学制度の機会を与えて下さった厚生労働省医政局、国立病院機構本部、国立病院機構長崎医療センター、ご支援を賜りました長崎大学の皆様に深く感謝いたします。

参考文献

- 1) The College of Family Physicians of Canada: Patients First, Key Porter Books, Toronto, 2004.
- 2) The College of Family Physicians of Canada: Family medicine in Canada: Vision for the Future, National office of CFPC, Mississauga, 2004.
- 3) Akaho E, Coffin GD, Kusano T, et al: A proposed optimal health care system based on a comparative study conducted between Canada and Japan. Can J Public Health. 1998 Sep-Oct;89(5):301-7.
- 4) The College of Family Physicians of Canada: Decima public poll 2002, 2003, 2004, National office of CFPC, Mississauga, 2004.

総 説

- 5) 馬場伸也: カナダ : 21世紀の国家, 中央公論社, 東京, 1989.
- 6) David Woods: Strength in study: an informal history of the college of family physicians of Canada., T.H.Best, Toronto, 1979
- 7) Rothstein, William G: American physicians in the nineteenth century: from sects to science, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1972
- 8) Shah CP: Public Health and Preventive Medicine in Canada, 4th ed, University of Toronto Press, Toronto, 1998
- 9) Ian R. McWhinney: A Textbook of Family Medicine, 2nd edition. Oxford University Press, London, 1997.
- 10) Doris French Shackleton: Tommy Douglas, FormacPublishing Company, Halifax, 1983.
- 11) The greatest Canadian Top 100.
Available at
http://www.cbc.ca/greatest/top_ten/nominee/douglas-tommy.html
- 12) Davies BJ: Canada's health system. Croat Med J. 1999 Jun;40(2):280-6.
- 13) 浜田久之, バティール HP, タンナルベンDWら: カナダにおける卒後臨床研修プログラムの第三者評価について. 医療 2005;59(8):440-443.
- 14) Canada Institute for Health Information: Health Care in Canada, CIHI,Ottawa,2005.
Available at www.cihi.ca
- 15) Cathy Fooks, Steven Lewis : Romanow and Beyond: A Primer on Health Reform issues in Canada, Canadian Policy Research Network, Ottawa 2002.
- 16) The standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology: The Health of Canadians-the federal role volume one-the story so far, SAST, Ottawa, 2001
- 17) OECD: Health Data 2006: Statistics and Indicators for 30 Countries, OECD, Paris,2006
- 18) Donelan K, Blendon RJ, Schoen C, D, et al: The cost of health system change: public discontent in five nations. Health affairs 18(3) 206-16,1999
- 19) Canada Votes 2006. Available at
<http://www.cbc.ca/canadavotes/>
- 20) The 2004 National Physician Survey. Available at www.nps-snm.ca
- 21) Geyman JP, Hart LG, Norris TE, et al: Educating generalist physicians for rural practice: how are we doing?J Rural Health. 2000 Winter;16(1):56-80.
- 22) Rabinowitz HK, Diamond JJ, Hojat M, et al: Demographic, educational and economic factors related to recruitment and retention of physicians in rural Pennsylvania. J Rural Health. 1999 Spring;15(2):212-8
- 23) Society of Rural Physicians of Canada. Available at <http://www.srpc.ca/>
- 24) Health Canada. Available at http://www.hc-sc.gc.ca/index_e.html
- 25) Physician Payment and Income Data Source in Canada.
Available at <http://www.cahspr.ca/conference/index.html>
- 26) 浜田久之, リサ F フリーマン, ヘレン P バティールら. 自己決定的な学習と地域立脚型クリニカル・クラークシップ. 医学教育 2006 ;37(2)67-77.

連絡先：浜田久之

〒856-8562 長崎県大村市久原2丁目1001-1
長崎医療センター 教育研修部／総合診療科
電話 0957-52-3121 (内線2262)

Fax 0957-53-5721