

カナダのプライマリケアと医学教育

国立病院機構長崎医療センター教育センター 浜田 久之

挫折から始まるカナダ留学

カナダに留学した初日に、グリーンの瞳のバティー教授がニコリして、“今から、3年目研修医の症例発表があるから一緒に来ない？”と言われて、教授室から紅葉の綺麗な広い大学キャンパスを通り、彼女のオフィスのあるトロント・ウーマンカレッジ病院へ行きました。青々と茂った芝生と黄色いメープルの葉の茂ったキャンパスを賑やかに様々な肌の色をした学生が行き交うのはとても印象的でした。空が深く青くそして、高く・・・ああ外国へ来たなあと一人感慨に浸っていましたが、それを吹き飛ばすほど衝撃的なカンファランスが始まりました。ネクタイをぴしっと絞めた若者が、20名くらいの指導医の前で、堂々と話し始めます。笑顔、アイコンタクト、身振り、まるでテレビの選挙の演説を聞いているかのようでした。彼は、型どおりに症例を提示したあと、この患者にある薬を投与するべきかどうかについて、論文を読み込み、最新のEMBを踏まえて、自分の考えを述べました。数名の指導医の鋭い教育的な質問（身体所見をちゃんととったかとか、インフォームドコンセントはどうやったかとか・・・）に的確に答えて、“すばらしい！よく勉強した！”などと指導医陣の賞賛の拍手喝采の中プレゼンは終わりました。次の女性のプレゼンは、加湿器が感冒の予防に役に立つかというテーマの10例の症例集積発表でした。テーマ選択の独自性にもびっくりしましたが、科学的な視点で様々なことを論じてゆく思考能力におもわず“Great!”と、私は拍手を送りました。日本の内科学会地方会の、卒後3年目の発表よりすごいなあ～と思いました。その後、教官らとコーヒーやマフィンを片手に立食の昼食会が行われ、発表した彼らと話しました。私は、てっきり彼らを卒後3年目の医師と思っていたのですが、実は、大学3年生でした。教授が言った3年目とは、大学3年目だったのです。それも、クラークシップ（臨床実習）が数カ月前に始まったばかりの医学部3年生（カナダは医学部は4年生）だったのです！“え～、医学部3年生がなんでこんなに堂々と、質の高い発



トロント大学

表ができるの、ウソだろ～！なぜ、こんなにも日本と違うのか・・・”とショックを受けました。このように、私の留学（医学教育とプライマリケアの指導者養成を目的とした厚生労働省による派遣による）は、大きなショックと挫折感から始まりました。

現場で感じた医学教育の違い

長崎生まれの長崎育ちの私にとって、その秋から冬の気候は厳しいものがありました。トロント市はマイナス10度が平均気温で、外はいつも暗く郊外へ出ると雪が1メートルくらい積もっていました。また文化の違いやシステムの違いを理解できず、毎日暗い気持ちで過ごしていました。朝6時に家をでて、トロントジェネラル病院の総合診療科の6時半から始まる研修医の回診やカンファランス、その後9時から始まる看護師などのコメディカルとのカンファランス、教育回診などに参加したあと病棟業務を学生と一緒にやり、毎日昼のセミナーで無料のピザなどをほおばり、午後は大学へもどり大学院の医学教育コース（授業やワークショップ）へ参加、夜は外国人留学生のための英語コースで学ぶ。週末は宿題をこなすため、アパートに缶詰というなんとも面白くない、また英語に苦しめられるストレスフルな日々でした。その中で医学教育について感じたことがいくつかありました。

①指導医は非常に教え方がうまく、教えることに責任と誇りをもっている。

ほとんどの指導医が、医学教育を学ぶ短期・長期コースに参加して、大人に教える方法（成人教育理論）を学んでいる。極端にいうと、トロント近郊の教育病院＝大きな病院＝ステータスのある病院に勤務したいならば、教育技法を学び教育熱心にならないとポストが取れない。さらに、病院側は、教え上手な医師を集めることにより優秀な研修医をたくさん集めようとする。（全世界から研修医が集まります。例えば産油国から来た研修医は、1年間に約600万円の授業料を病院に払う。）毎年30万人以上を受け入れる移民の国カナダは、医師、看護師に限らず優秀な人材を集め、教育するというところに大きな力を注ぐ。教育病院で働く医師は、病院側とひとりひとり契約を結ぶのですが、医学生や研修医を教える義務が明記される場合が多く、またそれに対する報酬も支払われることが多い。そして、個人や病院の教育力を評価するシステムも確立されている。最も印象的なことは、教えることに誇りを持っている人が多い。ボランティアの精神が深く根付いているこの国では、若い人に教える時間と労力をボランティアの一環と考える指導医に多く出会った。（Hamada H, ..etc. Third party accreditation of Canadian residency programs. Iryo 2005 ; 59 (8) 440-3）

②教育プログラムが合理的で、無駄がない。

患者の流れは、日本もカナダも同じで（地域の開業医→中規模医療機関→大規模・高度医療機関）あるが、教育の流れはまったく逆である。例えば外来教育だが、日本では医学生のポリクリで大学の外来にバイスタンドし、研修医教育を大学または大規模市中病院でおこない（未だ外来教育がないところも多い）、中規模病院へ出され本格的に自分の外来を持ち修行する。カナダは、学生のと看から数か月地域の開業医のクリニックでプライマリケア外来を学び（実際に患者をみたり処方をしたりする）→研修医のときは中規模から大規模病院で救急外来や一般外来などをおこない3年目くらいになると大規模病院で紹介患者の扱い方を勉強する。医学生から研修医へとプログラムの一環性があることが非常に合理的である。また

患者の状態や疾患のレベルが徐々に難しくなることも理にかなっている。（Hamada H, ..etc. Report on ambulatory teaching: A Japanese look at the Canadian educational system. General Medicine 2006 ; 17 (1) 29-33）

③学生、研修医のモチベーションがとても高い

成績が良いから医学部へ行くのではなく、医者になりたいから医学部へ行く。そこが大きな違いと感じた。北米では原則、4年生大学を卒業してから医学部を受験する。MCATという共通学力試験も課せられる場合があるが、成績だけでは合格しない。トロント大学では高校、大学生時代にどんな学外活動をしたかという資料が提出される。また、推薦者2名が推薦文を書き（1名は同級生）、その推薦者まで電話インタビューがあったりする。もちろん作文提出があり、丸一日をかけた面接試験もある。そうやって入ってくる学生が受ける授業の質は高い。皆良く勉強してくるし、質問しない人はいない。ほとんどの授業が10人前後の問題解決型の授業や自主学習であり、黒板を使った講堂での授業は少ない。教授も当然、出席もとらないし、試験対策授業などする必要もない。

1ヶ月間ある医学部3年生の家庭医学科の実習に密着し、彼についてまわったことがあったが、モチベーションの高さには驚いた。午前10名前後の患者さんを診察し、午後は往診の後カンファに出て発表し、午後7時頃から夜中まで24時間空いている図書館で勉強する。そんなに勉強してきつくないか？と聞くと、“いい医者になり人を助けたいからね”と教科書どおりの返事が返ってきたが、ロシア生まれのイスラエルからの移民の彼にとって、また親類、親にとっても、医師になる＝成功するということが、この多民族国家での唯一の手段なのかもしれない。また、北米は、18歳になると経済的な自立する伝統があり、医学生は平均800万円前後の学生ローンを抱えていることも大きな要因かもしれない。

（浜田久之 他、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）

毎日のように上記のような日本との違いを感じ

て、なぜこんなに違うのだろうと疑問に思い、それを私なりにいくつかのレポートにしましたが、書けば書くほど、調べれば調べるほど様々な疑問がわいてきました。それは、結局のところ、“医師”や“医療”という概念が日本と根本的に違い、その違いは文化であり政治であり、カナダと日本の違いに悩むのではなく、“よし、違いを楽しもう！”と思ったのは、ようやく1年が経ったころでした。それから、私は、中古車をリースし、トロント市内だけでなく、様々な地域にでかけてプライマリケアシステムや医学教育の現場を見て回りました。

プライマリケアを地域で地域の医者が教育する

カナダの人口はおおよそ日本の3分の1で、国土は26倍です！そこで、活躍しているのが **Family physician** (家庭医) です。医師の約半数は家庭医で、イギリスと同様に長い歴史があり、国民の圧倒的な支持を得ています。厚生省大臣や州政府の保険局などの要人も家庭医でした。家庭医は基本的に、分娩から終末期医療まで様々なことを業務とするのですが、人それぞれ得意分野を持っていて、それを中心にやっているという感じでした。国民は、自分の好きな家庭医を選べますが、専門医へかかる場合は原則家庭医の紹介が必要です。トロント市から車で4時間の人口3千人のハリバートンという小さな町へ、プライマリケア教育の実践を体験するために数回足を運びました。メープルの森に囲まれ、美しい湖が点在し、近くには国立公園がある、日本でいえば軽井沢みたい に別荘がたくさんある小さなリゾート地でもあり、学生や研修医に人気があり、1-3か月のプライマリ研修を行う場にもなっています。7人の家庭医がグループ開業をし、街の中心部に小さなビルを構えていました。また、15病床の急性期型と50病床療養型の病院を自治体作り、その運営を彼らに委託していました。研修医には一人の指導医がつきますが、研修医はほとんど一人で診療をおこない、指導医がその度チェックするという体制でした。レントゲンと心電図くらいしかないので、アナムネと診察の技術が非常に重要視されます。医療費に対する考え方もしっかり教えられ、費用対効果についてもよく話し合われていました。医

療現場における教育関連のIT化は進んでおり、学生や研修医は電子手帳(PDA)に自分の見た症例を登録し、それが大学のコンピューターへ送られて登録され、定期的に指導医や学生に大学からフィードバックのメールが届きます。指導医は、大学で教え方の講習などを受け、数か月に1度大学へ出向いて教育担当者とミーティングをします。1人の学生・研修医あたり、10万円前後の指導料が支払われます(財源は、大学や自治体)。プライマリケアは、プライマリケアを行う現場の医師が、大病院ではない地域で教えるというスタイルが北米では浸透しているようでした。

(浜田久之 カナダのプライマリケア；カナダの家庭医学の歴史と現状分析。家庭医療2006；12(2) 1-8)

職種を越えた医療人教育はプライマリケアシステム改革と連動

カナダの人口1000人あたりの医師数は2.1人で、日本と同じくらいです。深刻な医師不足です。日本と似た国民皆保険システムで、医療費は原則無料です(薬、歯科、眼鏡・コンタクトなどの眼科は有料であり、ほとんどの人が、この分野をカバーする民間の保険に入っている)。90年代の経済の停滞により、政府は皆保険制度を維持するために、医学部の定員を削減し、病床を10年間で30%削減しました。2000年代になり、深刻な医師不足(特に家庭医)になり、2006年の総選挙では医療システムや医師不足も大きな争点となり、政権交代が行われました。このような状況の中で、カナダ政府の肝いりで専門職間教育(Inter professional education)が盛んにおこなわれるようになりました。負担が過重になっている医師の権限・責任の分担と現場におけるヒエラルキーの平坦化をめざすことが要因のひとつですが、“患者中心の医療をおこなうためには、職種を越えた学習者中心の医療人教育をおこなう”という理想に基づくものです。具体的には、卒前教育では、医学生、歯学生、看護学生が生理学、解剖学の一部と一緒に学びペインクリニックの現場に出る、卒業教育では、リハビリの分野でOP、PT、医師、看護師が同じコースで学ぶなどの多くの教育システムを立ち上げています。このように医療人は一緒に学ぶことで、現場での連携を良くして、患者満足度

を上げて医療コストを下げるというエビデンスがあるようです。

さらに、職種を越えた医療人教育が必要な理由がもうひとつあります。それは、プライマリケアにおける家庭医のグループ化です。政府はヘルスケアチーム制度の導入を行いました(カナダは10州あり、州ごとにシステムが若干異なり、オンタリオ州の例を挙げます)。家庭医の数人(2-90名程度)がグループ化し、看護師などのコメディカルの人的資源を共有し、諸検査のコストを削減し、24時間体制で患者ケアの質を上げる方策を導入しました。グループ間の競争もあり、成果を上げたところに補助金や人的資源などを多くつけるというものです。2006年に本格的に開始され、患者の待ち時間の短縮や満足度の上昇など徐々に成果をあげているということです。ヘルスケアチームのリーダーは必ずしも医師ではなく、ソーシャルワーカーや看護師などの場合も多く、職種間の連携が現場で必要になっています。

このような臨床現場におけるリーダーや教育者を育てる場合も、様々な職種が教育者養成コースなどに参加して一緒に学びます。私も、トロント大の臨床教師養成コースの立ち上げに参加して主催したところ、様々な国の様々な医療人と出会って大変勉強になりました。ワークショップなどで、時々、アメリカ出身者対アラブ系の論争が勃発したり、アジア系出身者から日本批判があったりと、国際社会の複雑さを肌で実感し、日本の進むべき道などということを実感し、真剣に考えたりしたことも大変いい勉強でした。

(奥谷珠美, 浜田久之らカナダにおける専門職間教育の新しい流れ 医学教育 2007; 38 (3) 181-185)

日本の良さを知る

トロント大学で公衆衛生学の大学院の講義に出た時に、日本から来た医師だというと、その教授が“なぜ、ここに来た?日本人が来る意味がないじゃないか”と言われて、私がぎょっとしたところにその教授は“日本が世界一だろう、少ない予

算で質の高い医療を提供している、僕らが君から学ばなければならない”と言われました。大変うれしく、誇りに思い私はニコニコしましたが、それ以来授業の度に“日本はこの問題についてどうだ?”と質問攻めに合い、大変でした(苦笑)。このカナダ人教授が言うように、皆さんもご存じのように、日本は奇跡的なプライマリケアシステムを維持してきました。バティ教授も“誰もが何処の医療機関にでも平等にかかれて平等に診てもらえる、そして(世界的にみると)安い。その安さの理由のひとつは、日本人が健康的な生活環境を維持していることと医療者の献身的な労働による”と言いましたが、“日本は将来これを維持してゆくことは困難だろう。日本人のライフスタイルが西洋的に変化し、医療市場経済の導入が大きく日本を変え、日本もカナダと同様、強固なプライマリケアシステムが必要となるだろう”とつけ加えました。最初は、挫折感から始まった留学も、徐々に日本の良い点にも気づき、自信を持って帰国することができました。

医学教育の発信地・長崎へ

教育とは“価値ある変化”であり、“実践”であるということを知り、現在様々なことを試行錯誤しながら当院で実践しています。①教育理論を用いた研修医プログラムの改革②リーダーシップ理論を用いた研修管理委員会の改革③教育技法を用いた指導医講習④多職種を対象にした臨床教育指導者の養成コースの開設、などをこの1年で行いました。長崎大学と協力して、バティ教授を3度お招きし、長崎だけでなく、熊本、名古屋などでも教育ワークショップなどをおこない、益々、日加の連携が楽しくなっています!また、来年からは長崎大学—長崎医療センター合同の初期研修プログラムも開始され、長崎における教育の連携が強固なものとなると思います。長崎の医学教育者がまとめ、西洋の医学教育発祥の地である長崎から沢山の情報と成果を発信し、若い人が沢山集まる地となれば良いと思います。