

原著

日本の家庭医療学における教育，臨床，研究と 今後の発展に対する問題点と解決策：

世界一般医家庭医学会（WONCA）ワークショップのグループインタビュー
より得られた知見

神保真人（じんぼうまさひと）*1 マイク・D・フェターズ*1 西上尚志（にしうえたかし）*2
カール・ルー*3 竹村洋典*4 マデリン・ポラック*5 清田礼乃*1 岡田唯男*6 佐野潔*1

*1 ミシガン大学家庭医療学教室

*2 関西医科大学総合診療部

*3 Centre for Health Care Medical Associates

*4 三重大学医学部附属病院総合診療部

*5 カンサス大学家庭医療学教室

*6 亀田メディカルセンター

キーワード： 家庭医療，グループインタビュー，質的研究，専門医認定制度

要旨

目的： 家庭医療学は，日本ではまだ広く理解を得ていない。我々は，ワークショップにて日本の家庭医療学の現状の問題点と解決策について検討した。

対象・方法： 2004年WONCA世界会議にて，我々はグループインタビューを行い，現状の問題と解決を協議した。参加者は卒前教育，卒後教育，臨床，研究の4グループの内1つを選んだ。各グループは，それぞれ問題点を集積し順位をつけ，解決策を検討し，結果を発表した。筆者らは，質的分析にて更にテーマを凝縮し，インターネットにてメンバーチェックを行った。

結果： 各グループに共通した問題点として，ロールモデル／メンターの不足，外部からの理解不足，不明確な家庭医療学の専門性と守備範囲，家庭医としての自信の不足が挙げられた。

結論： 認定制度の確立が，家庭医療学の専門性と守備範囲をより明確なものとし，外部からの理解，家庭医としての自信，ロールモデル／メンターの改善につながることを示唆された。

目的

日本は，現在，世界的に1，2位を争う長寿と健康指標を誇っている。しかし，近年，人口の高齢化や医療費の高騰に伴い，効率的で質が高く，全人的な医療を提供できる専門家の存在を必要としている。家庭医療専門医は，正にその条件に当てはまると思われる。^[1]しかし，家庭医療学は，まだ日本では新しい専門であり，その具体的な内容は，一般市民や他の医療従事者に余り知られていない。

日本の家庭医療学のリーダー達が，更に専門性を確立していくにあたって，日本における家庭医療学の現状の問題点とそれに対する解決策を検討していくことは，有意義であると思われる。その

原 著

際、家庭医療学を長年専門にしている者だけでなく、これから家庭医療学を学ぼうとする者や、学び始めている者から意見を得ることも重要であろう。しかし、実際にそのような多様な見解を短期間に収集することは、難しい。アンケートのような数量的方法は、研究者がこれまで全く予想しなかった解答や知見を得るためには必ずしも適切ではなく、質的研究が最も適していると思われるが、^[2] フォーカスグループやインタビューを行うにしても、日本全国で家庭医療学に関わっている者を万遍なく対象とするのは、困難を極める。

2004年10月、米国フロリダ州オーランド市にて世界一般医家庭医学会・米国家庭医学会（以下WONCA-AAFPと略す）世界会議が開催された。我々は、この会議に日本を含む世界各国から多数の家庭医療学関係者が参加することが予想されたため、日本人及び日本の家庭医療学に関心を持つ諸外国の家庭医療学関係者が一同にして上記の問題を検討する又とない機会となり得ることに着目した。そこで、同会議にて“Family Medicine in Japan: Challenges and Solutions”という題目でワークショップを企画し、2004年10月14日に実施した。その際、参加者を対象にグループインタビューを行い、質的研究方法により、日本における家庭医療学の現状の問題点と解決策について分析したので、ここに報告する。

対象・方法

ワークショップ

ワークショップの計画は、事前に入念に行われた。インタビュー、討論のためのグループは、教育、臨床、研究のテーマに分け、教育は関心が高いことが予想されたため卒前教育と卒後教育に分けた。そのため、グループは、計4つとなった。臨床と研究グループには、日本語と英語両方に堪能なグループリーダーが1人ずつ振り分けられた。卒前教育と卒後教育グループでは、それぞれ日本人と米国人が2人1組となってグループリーダーと

なった。会場として十分スペースがあるカンファレンスルームを確保し、4角に各グループの場所を設け、椅子を半円形に並べた。それぞれにおいて、進行を円滑に行い、正確な記録を残すためカセットテープレコーダー、カセットテープ、ポスター用紙、マジックマーカー、カード用紙、ステッカー、ペン、鉛筆を用意した。

ワークショップは、日本の家庭医療学に興味を持つWONCA-AAFP学会参加者を対象に、自由参加とした。参加者は、医学生、研修医、指導医、開業医と様々であった。各参加者は、入場するとすぐ名前、所属、eメール住所を登録し、5枚のカード用紙を配布された。4つのグループの内、1つを任意に選択し、参加したグループの現状における問題点（小項目）をカード1枚につき1つずつ記入するよう要請を受けた。ワークショップは、グループリーダー代表の挨拶と説明で開始した。英語・日本語両方で進行内容をまとめたポスターをあらかじめ壁に貼っておき、進行を明確にした。日本語の進行ポスターの概要を表1に示す。

ワークショップの制限時間90分以内に終わるため、タイムキーパーが厳密に時間を区分していった。ステップ1では、各参加者は、5分以内に各グループにおける問題点とそれに対応する解決策をカードに記入した。問題点は、カード1枚につき1つ、各参加者につき計5つとした。ステップ2では、10分間で、各グループで1-2人の参加者が、そのグループ全員が記入した問題点を整理し、最終的に3-5つの大項目（テーマ）に分類した。ステップ3では、5分以内に各グループが大項目（テーマ）と小項目（問題点）をポスター用紙に転載した。ポスター1枚につき、1つのテーマとし、左欄に問題点を記入した。ステップ4では、15分間で各グループにおいてプレーストリーミングが行われ、各問題点に対応する解決策を検討した。この過程は、非常に活発かつダイナミックに行われ、結果生じた解決策を各問題点に隣接して右欄に記入し

原著

た。ステップ5では、5分以内に各参加者が、各自最も重要とみなした問題点に優先ステッカーを付けた。優先ステッカー自体には、特に優劣はなく、1枚1枚均等の価値とみなされた。参加者は、それぞれ5つのステッカーを持ち、任意に問題点に貼ることができた。（例えば1つの問題点のみに5つのステッカー全てを貼ることもできれば、5つの問題点に1つずつのステッカーを貼ることもできた。）ステップ6では、各グループが15分間で、最も優先ステッカーの多かった問題点（少なくとも5つ）について更に協議し、解決策を検討した。この際、新たな解決策が生じた場合、採択可能とした。ステップ7では、各グループより選ばれた、グループリーダーとは異なる代表者が、各グループにつき5分間、計20分間で最も重要な問題点、解決策について発表した。進行は、すべて予定通り行われ、最後の5分間を閉会の締めくくりを使用した。

各グループリーダーは、それぞれのグループにおける進行をリードすることよりもモデレーターに徹し、進行状況や参加者間のダイナミクスを観察した。更に、内容をカセットテープに録音した。

ワークショップ終了後、フィールドノートをまとめ、筆者らに送付した。

データの分析とメンバーチェック

ワークショップでまとめられたテーマ、問題点、解決策を新たに各グループに分けたポスターに転記した。日本語・英語版両方を用意し、テーマ、問題点、解決策をそれぞれ第1、第2、第3欄に記入し、第4欄をコメント欄とした。ワークショップの翌日夕方に“Family medicine in Japan”と銘打ったレセプションが開かれ、約50人の参加者が出席した。この目的は、日本における家庭医療に関心を持つ参加者同士のネットワーキングであったが、その会場にポスターを掲示し、参加者は自由に閲覧し第4欄にコメントを記入することができた。

レセプションの後、ワークショップのポスターとレセプションのポスターを元に筆者らの1人（神保）が、新たに卒前教育、卒後教育、臨床、研究の4つの表を作成した。これらの表は、優先順に問題点が記載されたが、完全を期するためすべての問題点と解決策を記載した。これらをテ

15:30	挨拶
15:35	説明
ステップ1 15:40 (5分)	1枚のカードにつき1つの問題点を記入。（参加者各1人につき5枚。）解決案を記入しても可。
ステップ2 15:45 (10分)	各参加者が記入した問題点を3-5つの大項目（テーマ）に分類・整理。
ステップ3 15:55 (5分)	大項目（テーマ）と小項目（問題点）を問題・解決ポスターに転載。
ステップ4 16:00 (15分)	ブレインストーミング：各解決案をポスターの相当する欄に記入。
ステップ5 16:15 (5分)	ステッカー（参加者各1人につき5枚）による優先順の決定。
ステップ6 16:20 (15分)	重要な問題の解決について、更にグループ内で討論・検討する。
ステップ7 16:35 (20分)	グループ代表者による全体発表。
16:55	閉会

表1. ワークショップの進行

原 著

グループ	参加者数(N=41)	問 題 点	カード数*	優先スコア**
卒前教育	11人 (リーダー2人) ●学生 1人 (男1 女0) ●研修医・フェロー 4人 (男2 女2) ●指導医 6人 (男3 女3)	●指導医の不足	6	9
		●他科専門家の家庭医への不理解	1	8
		●臨床経験の不足	5	6
		●外来実習の欠如	1	5
		●学生意欲の欠如	3	3
		●学生の未熟性	1	2
		●学生に家庭医との教育経験がない	1	2
●家庭医療の授業がない	1			
卒後教育	12人 (リーダー2人) ●学生1人 (男0 女1) ●研修医・フェロー7人 (男6 女1) ●指導医4人 (男4 女0)	●専門医		10
		●政府の理解	1	8
		●外来研修の場が少ない	4	7
		●指導医・ロールモデルが少ない		7
		●研修プログラムが少ない	6	6
		●プログラム内容のバラツキ	5	6
		●一般の理解		3
		●他科の理解		3
		●産婦人科の研修	3	2
		●他職種の理解		1
		●大学の理解	2	1
		●教科書・教育リソースが少ない	2	1
		●研修後の受け皿がない・進路がはっきりしない	2	
●研修制度				
臨 床	12人 (リーダー1人) ●学生0人 (男0 女0) ●研修医・フェロー6人 (男6 女0) ●指導医6人 (男5 女1)	●待遇 (給与・休暇)	5	11
		●他科医師、医療関係者、大衆の家庭医への理解	13	9
		●守備範囲・必要とされる能力とその評価が不明確	20	8
		●生涯教育	4	8
		●ロールモデル・指導医の不足	11	6
		●病院内での他科との連携	7	5
		●孤独感	2	2
		●内科との区別		2
		●継続性	2	1
		●開業医との連携	1	1
		●入院での問題	1	1
		●卒前教育が臨床的でない	2	
		●保険との関連	1	
		●地域のニーズの調査が不十分?	1	
		●サテライトクリニックの不足	1	
		●他施設のやっていることがわかりにくい	1	
		●診療録管理のあり方	1	
●収益経営	1			
研 究	6人 (リーダー1人) ●学生0人 (男0 女0) ●研修医・フェロー2人 (男2 女0) ●指導医4人 (男3 女1)	●研究のノウハウを指導・教育してくれる人が少ない	5	7
		●ネットワークが整備されていない	2	5
		●臨床に対する嗜好性	2	5
		●研究をサポートしてくれる体制が整備されていない	1	4
		●研究にさける時間の確保が難しい	3	2
		●Grantが見つからない・少ない	2	2
		●研究資金を家庭医療へ導く方法は?	1	2
		●公衆衛生・疫学等、他の分野との連携が欲しい	1	
		●フィードバックを受けることが少ない	1	
		●サンプル・サイズを確保しにくい-開業医との協力が少ない	1	
		●政府や地方自治体との協力が少ない	1	
		●英語の不得手が研究発表のバリエーションになる	1	
		●家庭医療領域における日本の研究の達成状況 (量、質) は?	1	
●教育に対する嗜好性				

カード数*： 各問題点が記入されたカードの数

優先スコア**： ポスター記入の後、各問題点に付けられた優先ステッカーの数

卒後教育と臨床グループで、当初カードに記入されていなかったにも関わらず、後に優先スコアがつけられた小項目は、ディスカッションの際に付け加えられたものと推測される。卒後教育と研究グループでカード数、優先スコアのいずれも空白の小項目は、カードには記載されてはいなかったが、ポスターには記載され、且つ優先ステッカーが1つも貼られなかったものである。

表2. 各グループにおける参加者数とそれぞれのグループが挙げた問題点 (小項目)

原著

マ別に分類する際、当事者の意向を反映しつつ、必要に応じて再編成を行った。また、正確性のためワークショップの各グループの録音テープとグループリーダーのフィールドノートの内容を再確認した。次に、これら4つの表をワークショップ参加者全員にeメールで送信し、メンバーチェックを行った。これは、質的分析の正確性を評価・保証するための手段である。各参加者は、2週間以内に4つの表が問題点を完全に網羅したものであること、また、各自の個人的視点から表が正確であることを確認し、コメントを返送するよう、要請を受けた。これらを元に筆者ら3人（神保、フェターズ、西上）が重複したテーマ、問題点、解決策を統合し、表を整理し、再度メンバーチェックを行った。これらを元にモデル・シエマを作成した。

ムキーパーを含め49人の医師と医学生（米国人7人、日本人42人）が参加した。ただし、見学に留まった者や、ワークショップの進行に専念した者が8人おり、実際グループディスカッションに参加した者は、グループリーダーを含め、41人（卒前教育11人、卒後教育12人、臨床12人、研究6人）であった。このうち、3人が米国人（女性2人、男性1人、うち男女各1人、グループリーダー）、38人が日本人（女性7人、男性31人）であった。また、2人は学生、19人は研修医ないしフェロー、20人は指導医（うち、9人は民間、11人は大学医療機関）であった。学生以外の39人のうち、卒業年次の範囲は1976年から2004年であったが、大半（28人、72%）は1995年以降に卒業しており、ワークショップ当時の卒後年数が10年未満であった。各グループの内訳と、挙げられた問題点すべてを表2に示す。

結果

ワークショップには、グループリーダーとタイ

卒前教育グループは、問題点として指導医と臨

大項目(テーマ)	小項目(問題点)**	解 決 案
卒前教育システム [15/35]*	指導医の不足 [9/35]	<ul style="list-style-type: none"> ● ファカルティー・ディベロップメントの予算を増額し、指導医教育を実施する ● 教育向上のインセンティブとして学生・若手医師の意見を取り入れ指導医を評価する ● 海外より経験の豊富な指導医を招く ● 米国・カナダ・英国の家庭医療指導医と米国家庭医教師学会のメーリングリスト等でアイデアを交換する
	臨床経験の不足 [6/35]	<ul style="list-style-type: none"> ● 各医学部に家庭医療科を創設する ● 地域の開業医や定年した医師に外来での医学生教育を依頼・奨励する
ロールモデルの 欠如と混乱 [8/35]	他科専門家の家庭医 への不理解 [8/35]	<ul style="list-style-type: none"> ● 他科研修医と良い関係を保つ ● 米国への交換留学の機会を増やす ● メディア・政府・患者教育を通じて家庭医療の概念と専門性を啓蒙する
実際の経験 [5/35]	外来実習の欠如 [5/35]	<ul style="list-style-type: none"> ● 学生が地域ヘルスサービスに参加できる場を作る
学生の質 [7/35]	未熟性と意欲の欠如 [5/35]	<ul style="list-style-type: none"> ● 入試選抜方法を変える—面接や小論文等で僻地出身の学生やモチベーションの高い学生を選択する ● 医学部を大学院にし、学士以上を入学条件とする ● 早期に臨床経験の機会を与える(医学生の家庭医療学インタレストグループの設立、海外での家庭医療学の選択クラークシップの実施)
	患者側の家庭医による 診療経験の欠如[2/35]	<ul style="list-style-type: none"> ● テレビ番組や広告を通じて家庭医像を明らかにする

* []内の数字の分母は、優先ステッカーの合計数。分子はその項目のステッカーの数を表す。

** 優先ステッカーがつけられなかった卒前教育における他の問題点として、家庭医療の授業の欠如があげられていた。

表3. 卒前教育における問題点と解決策のまとめ

原 著

床経験の不足から来る卒前教育システムの問題、他科専門家の家庭医への不理解に代表されるロールモデルの欠如と混乱、外来実習の欠如から来る実際の（臨床）経験の不足、および未熟性と意欲の欠如と患者として家庭医から診療を受けた経験のないことに基づく学生の質の問題を挙げた。詳細を表3に示す。

卒後教育グループは、問題点として専門医認定制度の未確立から来る認定制度の問題、政府・他科・他職種・一般・大学などの外部の理解不足、指導医・ロールモデル・研修プログラム・教科

書・教育リソースなど研修リソースの不足、および外来研修の場の不足・プログラム内容のばらつき・産婦人科領域の診療問題等の研修内容の問題を挙げた。詳細を表4に示す。

臨床グループは、問題点として待遇の改善の必要性や診療所における孤独感に代表される個人としての家庭医の問題、他科医師や市民の理解不足・ロールモデルの不足・内科との区別に代表される家庭医療への理解不足、守備範囲や必要とされる能力が不明確・生涯教育の不足等の家庭医として開業する際の問題、病院内や開業医との連携

大項目(テーマ)	小項目(問題点)**	解 決 案
認定制度[10/55]*	専門医認定制度の未確立[10/55]	<ul style="list-style-type: none"> ●レジデントプログラムを標準化し、ガイドラインを作成する ●専門医認定制度を標準化し、各学会に認知される様にする ●明確な更新制度(CME)を実践し、確立する ●開業医も含めた移行措置を導入し、開業の際の条件として「専門医」であることを設定する
外部からの理解 [16/55]	政府の理解不足 [8/55]	<ul style="list-style-type: none"> ●研究(家庭医の有効性の証明)を推進する ●出版社・マスコミを活用する(Family Physician of the Year等の賞をつくり、公開する) ●政治活動をする(家庭医から政治家を出す、厚生労働省内に家庭医療班をつくる、家庭医療特区をつくる、家庭医受診者の保険を優遇する、英国の様なかかりつけ医制度を導入する)
	他科と他職種の理解不足[4/55]	●現場で理解を得る
	一般の理解不足 [3/55]	●マスコミ・出版社を活用する
	大学の理解不足 [1/55]	●家庭医療学科を確立する
研修のリソース [14/55]	指導医・ロールモデルの不足 [7/55]	<ul style="list-style-type: none"> ●開業医を巻き込む ●ファカルティーディベロップメントのプログラムをつくる ●海外の家庭医を招聘する
	研修プログラムの不足 [6/55]	<ul style="list-style-type: none"> ●地域のネットワークをつくる ●学会等で宣伝・発表をする ●家庭医療研修プログラムを立ち上げるためのプロジェクトチームを作る
	教科書・教育リソースの不足 [1/55]	<ul style="list-style-type: none"> ●日本版のCMEを増やす ●教育リソースやインターネット・リソースを翻訳・充実・宣伝をする
研修内容 [15/55]	外来研修の場の不足 [7/55]	<ul style="list-style-type: none"> ●入院診療ができる≠外来診療ができる、ということをコンセンサスとして広める ●研修医の外来診療に対し十分な教育を提供できる余裕のある外来を設定する
	プログラム内容のバラツキ [6/55]	<ul style="list-style-type: none"> ●家庭医療研修ガイドラインを設定する ●各プログラム間のコミュニケーションを深める ●家庭医療学会、プライマリ・ケア学会、総合診療学会等を統一化する
	産婦人科領域の診療[2/55]	<ul style="list-style-type: none"> ●産婦人科学会と連携し、家庭医療科と地域の産婦人科のそれぞれの守備範囲を分担する ●研修医の派遣・外来担当等で相互理解を深める

*[]内の数字の分母は、優先ステッカーの合計数、分子はその項目のステッカーの数を表す。

** 優先ステッカーがつけられなかった卒後教育における他の問題点として、研修制度の問題、研修後の受け皿の欠如があげられていた。

表4. 卒後教育における問題点と解決策

原著

不足・入院診療の問題・継続性の不足や欠如に代表される他科との連携の問題を挙げた。詳細を表5に示す。

研究グループは、研究のノウハウを指導や教育してくれる人の不足・研究をサポートしてくれる体制の未整備に代表される研究の指導や教育の問題、ネットワークの未整備に代表されるネットワーク・教育者の問題、研究よりも臨床に対する嗜好性に代表される研究に対する優先度の低さ、グラントが見つからない・研究資金を家庭医療へ導く方法の欠如・研究に割ける時間の不足に代表さ

れる研究資金と時間の確保の問題を挙げた。詳細を表6に示す。

上記の表より、各グループに共通したテーマが浮かびあがった。これらを以下に示す。

ロールモデル／メンター

この問題は、4つのグループ全てで挙げられた。いずれも絶対数の不足を挙げ、解決策として家庭医療学が確立された諸外国から人的・知的資源を得ると共に、国内の指導医教育（ファカルティ・ディベロプメント）プログラムを充実させること

大項目(テーマ)	小項目(問題点)**	解 決 案
個人としての 家庭医 [13/54]*	待遇(給与、休暇)の改善 [11/54]	<ul style="list-style-type: none"> ●家庭医に有利な保険点数(予防医療行為の保険点数等)が得られるように政府に働きかける ●平均医師給与の調査を依頼し、公開する
	診療所での孤独感 [2/54]	<ul style="list-style-type: none"> ●病診・診診連携を実践する ●グループ診療を実践する ●情報交換をする(WONCA、メーリングリスト、遠隔医療、テレビ会議、交換プログラム) ●教育する(学生実習を受け入れる)
家庭医療への理解 [17/54]	他科医師、市民の家庭医の理解不足[9/54]	<ul style="list-style-type: none"> ●継続性・包括性を患者が実感できる様、家庭医としての明確な認識をもって医療を行う ●看護師、コメディカル、他科医師と良い関係を築き、保つ ●研究で家庭医療の効果を示す ●マスコミ・出版社を通じて家庭医療をアピールする ●専門医認定の更新制を必須化する ●標榜を家庭医療科とする
	ロールモデルの不足 [6/54]	<ul style="list-style-type: none"> ●ロールモデルを共有化する ●留学帰国者のための環境を作る ●交換プログラムの実践や、海外の経験豊富な家庭医の招聘を行う
	内科との区別 [2/54]	
家庭医としての 開業 [16/54]	守備範囲・必要とされる能力が不明確 [8/54]	<ul style="list-style-type: none"> ●専門医認定制度をつくる ●名称を統一化する ●家庭医療の診療ガイドラインを作成する ●家庭医療学の日本語教科書を充実させる
	生涯教育の不足 [8/54]	<ul style="list-style-type: none"> ●セミナーで啓蒙・教育を実践する
他科との連携 [8/54]	病院内での連携不足 [5/54]	<ul style="list-style-type: none"> ●病診連携を強化し、他科専門医から家庭医への逆紹介を奨励する ●院内における守備範囲の明確化し、他科専門医のプライドを傷つけないようにする
	開業医との連携不足[1/54]	<ul style="list-style-type: none"> ●開業医が院内へ参入できる様、批判に終止しない合同カンファレンスを実践する
	入院診療 [1/54]	<ul style="list-style-type: none"> ●病診連携を強化する
	継続性の不足、欠如 [1/54]	<ul style="list-style-type: none"> ●診療情報の電子化の実践や、オープン病床をつくり、病診連携を強化する

*[]内の数字の分母は、優先ステッカーの合計数。分子はその項目のステッカーの数を表す。

**優先ステッカーがつけられなかった臨床における他の問題点として、保険との関連、収益経営の問題があげられていた。

表5. 臨床における問題点と解決策

原著

によりメンターの絶対数を増やし、学会やインターネットを通じて広域にメンターを共有することが挙げられた。また、研究グループでは、他分野のエキスパートをもメンターとして指導を受けることも解決策として挙げられた。

外部からの理解

この問題も4つのグループ全てで挙げられた。卒前教育、卒後教育、臨床グループでは、直接問題として取り上げられ、研究グループでは、研究をサポートしてくれる体制とネットワークの未整備として問題視された。解決策として、マスコミや行政に働きかけるというマクロ的なものから、他科専門家や他職種との関係の向上、家庭医

の基本的理念に則って診療を行うなど個人レベルで行えるものが挙げられた。また、専門医認定制度の確立も必要な解決として挙げられた。

明確な家庭医療学の専門性と守備範囲

この問題も4つのグループ全てで挙げられた。卒前教育グループでは、家庭医療の臨床経験の不足、外来実習の欠如、患者として家庭医による診療を受けた経験がないということが問題点として挙げられた。卒後教育グループでは、研修内容として外来研修の場の不足、プログラム内容のばらつき、産婦人科領域における診療や守備範囲の不明瞭なところが問題点として挙げられた。臨床グループでは、守備範囲や必要とされる能力が不明

大項目(テーマ)	小項目(問題点)**	解 決 案
研究の指導・教育 [11/27]*	研究のノウハウを指導・教育してくれる人の不足 [7/27]	<ul style="list-style-type: none"> ●学会で研究指導者育成のワークショップを行う ●公衆衛生大学院(MPH)の新たな設置や、既存の公衆衛生・疫学教室等で指導を受ける ●心理学・社会学・看護学等の研究者と連携する ●海外留学・通信教育・インターネットを通して、米国や英国の研修プログラムと連携する
	研究をサポートしてくれる体制の未整備 [4/27]	<ul style="list-style-type: none"> ●公衆衛生大学院(MPH)の新たな設置や、既存の公衆衛生・疫学教室等で指導を受ける ●学会の中に研究に対する支援室を設置するなど大学・病院・診療所の域を超えた研究サポート体制をつくる
ネットワーク・教育者 [5/27]	ネットワークの未整備 [5/27]	<ul style="list-style-type: none"> ●マスコミへの働きかけ・行政などの関心を高める ●行政・シンクタンクとのネットワークを活用する ●WONCAアジア/太平洋リサーチネットワークを構築する ●家庭医療学会内にリサーチ・ネットワーク・グループを早急につくる
研究に対する優先度の低さ [5/27]	研究よりも臨床に対する嗜好性 [5/27]	<ul style="list-style-type: none"> ●医学生・レジデントの内から臨床研究に携わる機会をつくる ●学会等を通じて、研究の現状を公表する-興味ある人は、自由に参加する ●キャリア・チェンジ(例: 100%臨床から50%臨床へ)の教育を実践する ●臨床の中から問題点を見つけて研究へつなげていくための支援をする ●コース・レクチャーを実践する
研究資金・時間の確保 [6/27]	グラントが見つからない・不足 [2/27]	<ul style="list-style-type: none"> ●探せばあるので、探し方を習う ●学会ホームページにグラント一覧を公開する
	研究資金を家庭医療へ導く方法の欠如 [2/27]	<ul style="list-style-type: none"> ●家庭医療学研究者の人数を増やす
	研究にさける時間の確保 [2/27]	<ul style="list-style-type: none"> ●研究への比重を増やすための価値観の変更を指導する

* []内の数字の分母は、優先ステッカーの合計数、分子はその項目のステッカーの数を表す。

** 優先ステッカーがつけられなかった研究における他の問題点として、公衆衛生・疫学等、他の分野との連携の不足、共同研究者の不足、フィードバックの不足、サンプル・サイズを確保しにくい(開業医との協力が不足)、政府や地方自治体との協力が不足、研究よりも教育に対する嗜好性、研究に対する基礎的な情報の不足(基盤の不足)、研究発表はできれば英語で行うのが望ましいが英語が障壁として存在する、家庭医療領域における日本の研究の達成状況(量・質)が不明確、臨床で忙しく時間が不足、研究資金の確保が困難があげられていた。

表6. 研究における問題点と解決策

原著

確であることの他に他科との連携の不足が問題とされた。研究グループでは、家庭医療を実践する当事者において研究への理解不足があり、臨床に対し研究への優先度が低いことが問題視された。解決策として、認定専門医制度の確立、ガイドラインの作成、家庭医療に関連した学会や専門名称の統一化、家庭医療関係者同士や他科とのコミュニケーションの推進等が挙げられた。

家庭医としての自信

上記の3つのテーマは、日本で家庭医療を志すものにとって、一種の矛盾が内在していることをうかがわせた。すなわち、外部からの理解が得られないことが問題のひとつとして捉えられているが、明確な家庭医療学の専門性と守備範囲が確立されていないことへの不安や苛立ちも見受けられ、家庭医療関係者自身が、家庭医療学とはどのようなものか、統一した見解を持ち合わせていないことをうかがわせた。ロールモデルやメンターの不足という問題も、裏返せば自分自身がそれらになることへの躊躇が見受けられ、根底に家庭医としての自信がまだ不安定なものであることを示唆した。

専門医認定制度の確立

上記のテーマの相互関係を図式化したところ、図1のようなシェーマを作成することができた。

解決策については、実施可能なもの、影響が広範なものを選択的に絞っていくことにより、専門医認定制度の確立が急務であることが浮き彫りに

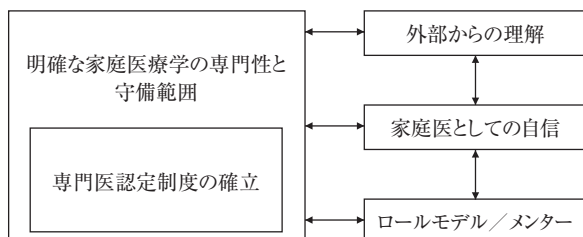


図1. 家庭医療の現状の問題点と解決案のシェーマ

なった。認定制度の確立が、家庭医療学の専門性と守備範囲をより明確なものとし、外部からの理解、家庭医としての自信、ロールモデル／メンターの増加につながることを示唆された。

考察

WONCAの世界会議におけるワークショップという場を利用することによって、我々は、日本における家庭医療関係者を一堂に集め、日本における家庭医療学の現状に関する貴重な考察を得た。いずれのグループもグループインタビューとして十分な人数を確保することができた。一定の進行を制限時間内に保つことにより、参加者の集中度を高め、意見交換を活発にせしめ、豊富なデータを得ることが可能となった。また、経時的にメンバーチェックを行うことにより、テーマの正当性を確認した。^[3]

我々の手法は、定型的なフォーカスグループのようにリーダーがプロトコルに基づいた質問を行い、進行をコントロールしていくものではなかったため、グループインタビューと称したが、特定の課題に関して多岐な意見や感想を得るには、充分であった。また、フォーカスグループを行うにあたり、参加者をあえて均一にしたり、ばらつきを持たせたりするが、^[4, 5] 我々のワークショップでは、その性質上、日本の家庭医療に関心を持つものとして均一性はあったが、その経験度は学生から指導医まで様々であった。それぞれ希望するグループに配属することができたため、各グループに多少の偏りが起きることが推測されたが、それぞれのグループにおける関心度については、むしろそのために一様に高いものであり、質の高いデータが得られた。

我々のデータの正当性を支持するものとして、昨年米国で公開された大掛かりなプロジェクト“*The Future of Family Medicine* (以下、FFMと略す)”がある。^[6, 7] これは、家庭医療学に関連した7つの学術組織が、現在米国における家

原 著

庭医療が抱える問題点とその解決について多岐にわたる質的・量的研究を行ない、今後の指針について言及したプロジェクトである。興味深いことに、外部からの理解の改善と家庭医療学の専門性と守備範囲の明確化は、FFMプロジェクトでも重要な課題として捉えられている。1969年に専門として確立された米国家庭医療学でもこのような事情を抱えており、家庭医療学における普遍のテーマとも考えられる。

我々は、今回得られた質的データの解析に基づいて、家庭医療科専門医認定制度の確立の必要性という結論を得た。このようなデータに基づいた報告は、本邦ではなく、我々の報告が初めてであると思われる。専門医認定制度の確立が、家庭医療学の躍進に一役買ったことは、米国でも認識されている。更に、米国家庭医療学会は、専門医認定更新制度を充実させたことで知られており、家庭医療学は、その分野では米国において先駆的存在である。^[1] これは、米国に限らず、タイのような家庭医療学が日本と同様新しい専門として確立しつつある国でもそうであり、^[8] 実際今回のコメントの1つにも、家庭医療科専門医認定制度が、タイにおける家庭医療学の推進に貢献したことが述べられていた。ただし、これだけでは充分ではなく、家庭医療学を修得するのに相応しい継続的な家庭医療型診療所を普及させるなど、今後の課題は多数あるといえる。^[9]

現在、日本においても以前に比べると、家庭医療に対する一般市民や学生の関心は高まってきているといえる。これを一時的な現象に終わらせることなく、長期的な勢いを持たせるには、今現在家庭医療学をより明確な概念として内部・外部共に理解できるものにし、日本の家庭医が自信を持って診療や教育に従事できるようにする必要がある。専門医認定制度の確立は、日本家庭医療学会が、現在、実現化に向けて尽力しているところである。すでに日本プライマリ・ケア学会では専門医認定制度が存在し、それとの関連がどのように

なっていくか、今後の検討を要するが、家庭医療を生涯の専門とし、実践していこうとしているものにとって、意義のある専門医制度の確立と発展は必須であり、その成功がまさに待たれるところである。

文献

1. Jimbo M. Family medicine: its core principles and impact on patient care and medical education in the United States. *The Keio Journal of Medicine*, 2004; 53(2): 69-73.
2. マイク・D・フェターズ, タッド・エルウィン, 佐野潔, 津田司: 〈質的研究1〉プライマリ・ケアの新しい研究方法. *日本プライマリ・ケア学会誌*, 2000; 23 (1) : 47-55.
3. Miller WL, Crabtree BF. Qualitative analysis: How to begin making sense. *Family Practice Research Journal*, 1994; 14(3): 289-297.
4. 瀬島克之, 杉澤兼晴, マイク・D・フェターズ, 上村昌子, 前沢政次: 〈質的研究4〉フォーカスグループに関する方法論的一考察. *日本プライマリ・ケア学会誌*, 2001, 24(2): 126-132.
5. 瀬戸信二, マイク・D・フェターズ, トーマス・L・シュウエンク: 〈質的研究3〉質的研究法技法のプライマリ・ケア日常診療への応用. *日本プライマリ・ケア学会誌*, 2003; 23 (1) : 12-17.
6. Future of Family Medicine Project Leadership Committee: The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Annals of Family Medicine*, 2004, 2: S3-S32.
7. マイク・D・フェターズ, 西上尚志: 米国家庭医療学が目指すもの - Future of Family Medicine Projectの紹介. *クリニカル・プラクティス*, 2005, 24(2): 132-135.
8. Williams RL: Family practice in Thailand:

原著

will it work? Journal of American Board of Family Practice, 2002, 15(2): 73-76.

9. マイク・D・フェターズ, 神保真人: 枠から外れた考えの勧め: 何故独立した家庭医療型診療所が必要か? 家庭医療, 2005; 11(2): 22-27.

連絡先: Masahito Jimbo, MD, PhD, MPH
Department of Family Medicine
University of Michigan
1018 Fuller St
Ann Arbor, Michigan, 48109-0708
Tel; 734-998-7120 extension 334
Fax: 734-998-7335
mjimbo@med.umich.edu

Family medicine education, clinical care, and research in Japan: challenges and barriers identified during group interviews at a WONCA workshop

Masahito Jimbo^{*1} Michael D. Fetters^{*1} Takashi Nishiue^{*2} Karl Rew^{*3} Yousuke Takemura^{*4}
Madelyn P. Pollock^{*5} Ayano Kiyota^{*1} Tadao Okada^{*6} Kiyoshi Sano^{*1}

^{*1} Department of Family Medicine, University of Michigan

^{*2} Department of General Medicine, Kansai Medical University

^{*3} Centre for Health Care Medical Associates

^{*4} Department of Family Medicine, Mie University

^{*5} Department of Family Medicine, University of Kansas

^{*6} Kameda Medical Center

Abstract

Objectives: As family medicine is not widely recognized or understood in Japan, we sought to identify solutions for its growth.

Methods: At the 2004 WONCA world conference, we held a workshop and conducted group interviews. Forty participants self-selected one of four groups: Undergraduate Education, Graduate Education, Clinical Care, and Research. Each group compiled, discussed, and ranked the challenges facing family medicine in Japan relative to the assigned topic, brainstormed solutions, and summarized their results. We qualitatively analyzed the findings and conducted member checking via the Internet.

Results: The Undergraduate Education group identified the lack of: mentors, family medicine experience, external understanding, and family medicine-oriented students. The Postgraduate Education group identified the lack of: specialty certification, external understanding, and clinical content and resources. The Clinical Care group identified the lack of: clearly defined work conditions, scope of practice, and external understanding. The Research group identified the lack of: mentors, networking, research emphasis, and resources. Synthesis of these findings reveals the need for clear definition, scope, and content of family medicine in Japan. A board certification system was identified as crucial for defining who qualifies as mentor, providing specific content for appropriate faculty development, and addressing the lack of confidence among current family medicine mentors.

Conclusions: These findings help define the challenges facing family medicine in Japan. The common theme was the need to establish a clear definition and content of family medicine to gain recognition as a legitimate specialty. Board certification seems the best mechanism for addressing this need.

Key words; Family Medicine, Group Interview, Qualitative Analysis, Board Certification