

プライマリ・ケアに求められる臨床技能と その卒前卒後教育

清田 礼乃*¹, 亀谷 学*¹, 杉森 裕樹*², 石井 敦*¹, 林 潤*¹, 濱島 ちさと*², 須永 達哉*¹,
生坂 政臣*¹, 吉田 勝美*², 中村 俊夫*¹

*¹ 聖マリアンナ医科大学 内科学(総合診療内科),

*² 同 予防医学教室

Key words: プライマリ・ケア, 検査手技, 臨床技能, 卒前卒後医学教育, アンケート調査

●要 旨

〔目的〕プライマリ・ケアに求められる臨床技能とその教育について検討した。

〔方法〕本学同窓生のうち診療所の医師を対象に、実施可能・習得必要と考える検査手技とその技術習得時期、卒前卒後医学教育への要望と、学位など資格取得の必要性についてアンケート調査を行った。

〔結果〕実施可能か習得必要と考える検査手技は、開業前の臨床技能教育に影響されるが、半数以上の回答者が必要と考える検査手技は5種類のみであった。特に、心臓超音波は開業前の技術習得率が低いにもかかわらず、必要とする意見が多く、注腸造影や腰椎穿刺とは逆であった。臨床技能教育は入院診療よりも外来診療、専門科よりも総合科での実施を望む回答者が多かった。学位取得の要望は少なく、認定医については見解が分かれた。

〔結論〕プライマリ・ケアに求められる臨床技能については、簡便、迅速で診療の場に必要な検査技術を開業前に習得し、かつ卒前卒後医学教育では総合科の外来診療でのトレーニングが重要と考え

られた。(家庭医療 2002; 9(1): 13-21)

●はじめに

我が国の医学教育は、ここ数年の間に大幅に見直されてきている。卒前医学教育は平成14年度からモデル・コア・カリキュラム¹⁾を導入し、卒後医学教育は平成16年度の卒後臨床研修必須化²⁾に向けて法整備が進められている。つまり、医学教育における専門科診療や研究への偏重が是正され、全ての医師に必要な臨床能力の育成が重視される傾向にある。

これは諸外国の先進的カリキュラムに倣うものであり、国により医療制度は異なるものの、医師育成の在り方については諸外国に学ぶところが大きい。Problem Based Learning (PBL) やObjective Structured Clinical Examination (OSCE)などの実施もさることながら、米国家庭医療科のレジデント・プログラムにもみられるように、「HIV」や「男性の健康」といった疾病や予防医学における時代の変遷がコア・ガイドライン³⁾に採り入れられ、時宜を得た臨床課題が教育に導

入される視点は注目に値する。

一方我が国では、医師の約三分の一が診療所でプライマリ・ケアに従事⁴⁾しているにもかかわらず、医育機関における臨床能力の育成は入院中心の専門科診療で行われることが多い。このことは診療所で実施される検査手技に反映されており、大病院の専門科領域で求められて習得した技術を開業後に実践する医師が多いことが指摘されている⁵⁾。今後これらの点への改善が大きく期待される場所であるが、そのためにも、我が国のプライマリ・ケアにおける診療実態やそこで働く医師の意識に関する情報が必要と考えられる。しかし実際は、一部の報告⁶⁾があるに過ぎず、十分な検討は行われていない。

そこで本研究は、聖マリアンナ医科大学同窓生でプライマリ・ケアに従事している医師にアンケート調査を行い、プライマリ・ケアで行う臨床行為に必要な臨床技能とその卒前・卒後教育における在り方について検討した。

●対象と方法

平成12年12月、聖マリアンナ医科大学(以下、

本学とする)同窓生のうち、診療所の医師(以下、開業医とする)589名に無記名・自己記入式のアンケート調査を行った。アンケートは同窓会会報とともに郵送し、記入後に郵送により回収した。

アンケートの内容は、(1)対象者のプロフィール〔年齢、性別、医師経験年数、開業医になった時期(卒後年数)、初期臨床研修病院〕と、開業医としての診療形態(標榜科、診療内容、病床の有無)、(2)診療所で実施可能な検査手技とその技術習得時期、(3)開業前に技術習得が必要と考える検査手技と実際の技術習得時期、(4)開業医に必要な臨床技能教育、(5)学位および学会認定医や専門医の資格取得、の6項目とした。(2)と(3)については、伴⁷⁻⁹⁾の指摘する「外来診療で実施が望まれる検査手技24種類」について尋ねた。また、(4)と(5)については、必要と「強く思う」、「思う」、「何ともいえない」、「思わない」、「全く思わない」の5段階で回答を求めた。

統計解析は The SAS System for Windows release 8を用いて χ^2 検定を行った。個人情報の

表1 対象者のプロフィール

項目	男性	女性	合計
(1)人数(人)	82	20	102
(2)年齢(歳)			
平均(S.D.)	43.9(4.9)	41.9(4.3)	43.4(4.8)
分布	33-54	31-48	31-54
中央値	44.0	42.5	43.0
(3)医師経験年数(年間)			
平均(S.D.)	16.8(3.9)	16.8(4.0)	16.8(3.9)
分布	8-24	7-22	7-24
中央値	17.0	17.5	17.0
(4)開業医になった時期(卒後年数)			
平均(S.D.)	10.5(3.9)	9.7(3.7)	10.3(3.9)
分布	2.5-20	5-18	2.5-20
中央値	10.0	9.0	10.0
(5)初期臨床研修病院			
聖マリアンナ医科大学病院・分院	64(81.0)	14(77.8)	78(79.6)
他の大学病院	13(16.5)	5(27.8)	18(18.4)
一般病院	2(2.5)	0(0.0)	2(2.0)
合計	79(100.0)	19(100.0)	98(100.0)

表2 開業医としての診療形態

項目	男性	女性	人数(%)
(1)標榜科(複数回答)			
1)内科系			
内科	74(44.8)	18(60.0)	92(47.2)
消化器科	37(22.4)	3(10.0)	40(20.5)
循環器科	12(7.3)	0(0.0)	12(6.2)
呼吸器科	9(5.5)	1(3.3)	10(5.1)
アレルギー科	4(2.4)	3(10.0)	7(3.6)
心療内科	4(2.4)	1(3.3)	5(2.6)
リウマチ科	1(0.6)	1(3.3)	2(1.0)
神経内科	1(0.6)	0(0.0)	1(0.5)
【内科系小計】	142(86.1)	27(96.7)	169(86.7)
2)外科	23(13.9)	3(3.3)	26(13.3)
標榜科合計	165(100.0)	30(100.0)	195(100.0)
(2)診療内容			
総合科診療(一般医)	46(56.1)	8(40.0)	54(52.9)
専門科診療	3(3.7)	7(35.0)	10(9.8)
両者	33(40.2)	5(25.0)	38(37.3)
(3)病床の有無			
無床	68(85.0)	13(68.4)	85(86.7)
有床	12(15.0)	1(5.6)	13(13.3)

保護に関して細心の注意を払い、個人の識別情報は除いて集団の情報として解析した。

●結果

開業医589名中、140名から回答を得た(回収率23.8%)。そのうち、内科系か外科を標榜している開業医102名を解析の対象とした。

(1)対象者のプロフィールと開業医としての診療形態

対象者の内訳は、男性82名、女性20名、年齢31～54歳、平均年齢43.4(S.D.4.8)歳であった。医師経験年数は7～24年間、平均16.8(3.9)年間であった。開業医になった時期は、卒後2.5～20年目で、平均10.3(3.9)年目であった。初期臨床研修病院は、96名(98.0%)が本学付属病院と同分院であった(表1)。

開業医としての診療形態では、標榜科(複数回答)は、「内科」が92名(47.2%)で最も多く、次い

で「消化器科」40名(20.5%)、「循環器科」12名(6.2%)、「呼吸器科」10名(5.1%)などの順で、内科系は全体で169名(86.7%)であった。「外科」は26名(13.3%)であった。診療内容は、総合科診療(一般医)が54名(52.9%)、総合科診療と専門科診療の双方と回答した人が38名(37.3%)であった。また、病床の有無では、無床が85名(86.7%)と大半を占めた(表2)。

(2)診療所で実施可能な検査手技とその技術習得時期

診療所で実施可能な検査手技については、多い順に、心電図検査95名(94.1%)、簡易血糖測定79名(80.6%)、腹部超音波76名(75.3%)、上部消化管透視64名(64.7%)、同内視鏡60名(60.6%)、注腸造影53名(53.5%)、ピークフローメーター50名(52.1%)、腰椎穿刺51名(52.0%)の8種類が、対象者の過半数が可能と回答し、その殆どが開業前に技術を習得していた。しかし、簡易血糖測定とピークフローメーターは開業後に習得した人が多かった。

一方、回答の少なかった検査手技は、順に、グラム染色9名(9.2%)、眼圧測定9名(9.4%)、婦人科超音波13名(14.4%)、血液塗抹標本鏡検19名(19.2%)などで、これらは開業前後でともに技術習得率が低かった(表3)。

(3)開業前に技術習得が必要と考える検査手技と実際の技術習得時期

開業前に技術習得が必要と考える検査手技については、多い順に、腹部超音波73名(88.0%)、心電図検査62名(74.7%)、上部消化管内視鏡61名(73.5%)、同透視55名(65.5%)、心臓超音波52名(62.7%)の5種類が、対象者の過半数が必要と回

表3 診療所で実施可能な検査手技および技術習得時期

検査手技	実施可能 人数(%)	技術習得時期						
		回答者数 (人)	0%	20%	40%	60%	80%	100%
(1)検体検査								
尿便鏡検	29(29.3)	71						
血液塗抹標本鏡検	19(19.2)	73						
真菌(KOH)検査	25(25.5)	72						
グラム染色	9(9.2)	64						
(2)消化管検査								
上部消化管透視	64(64.7)	83						
注腸造影	53(53.5)	83						
上部消化管内視鏡	60(60.6)	83						
下部消化管内視鏡	30(30.9)	75						
(3)超音波検査								
腹部	76(75.3)	87						
心臓	35(36.5)	71						
甲状腺	28(29.5)	73						
乳房	23(24.2)	69						
婦人科	13(14.4)	62						
泌尿器科	30(32.3)	69						
(4)穿刺検査								
膝関節穿刺	39(39.4)	80						
肩関節穿刺	26(26.3)	75						
腰椎穿刺	51(52.0)	81						
(5)生理検査								
心電図検査	95(94.1)	95						
(6)その他								
簡易浴菌検査	29(29.9)	68						
妊娠判定	33(34.4)	67						
オゾンメーター	39(39.0)	77						
眼圧測定	9(9.4)	62						
ピークフローメーター	50(52.1)	76						
簡易血糖測定	79(80.6)	86						

答した。このうち心臓超音波を除く他の検査手技は、開業前に技術習得した人が多かった。注腸造影と腰椎穿刺は、開業前の技術習得率が高率であったにも関わらず、必要と回答した人はそれぞれ35名(42.2%)と25名(30.1%)と少数であった。

一方、回答の少なかった検査手技は、順に、眼圧測定10名(12.1%)、妊娠反応13名(15.7%)、グラム染色13名(15.7%)、簡易溶連菌検査とオージオメーターがともに14名(16.9%)で、これらの多くは開業前の技術習得率も低かった(表4)。

(4)開業医に必要な臨床技能教育

開業医に必要な臨床技能教育については、外来診療と入院診療でのトレーニングが、必要であると「強く思う」と回答した人は外来診療71名(70.3%)と入院診療56名(55.5%)で、外来診療でのトレーニングを重視する回答が有意に多

かった(P<0.01)。これは、必要であると「思う」と答えた人〔外来診療29名(28.7%)、入院診療38名(37.6%)〕を含めても、同様の結果であった(P<0.05)(図1)。

総合科診療と専門科診療でのトレーニングについては、総合科診療でのトレーニングが必要であると「強く思う」は58名(57.4%)で「思う」が37名(36.6%)であったのに対して、専門科診療でのトレーニングはそれぞれ43名(42.6%)と41名(40.6%)で、総合科診療でのトレーニングが必要であるとの回答が有意に多かった(P<0.05)(図2)。

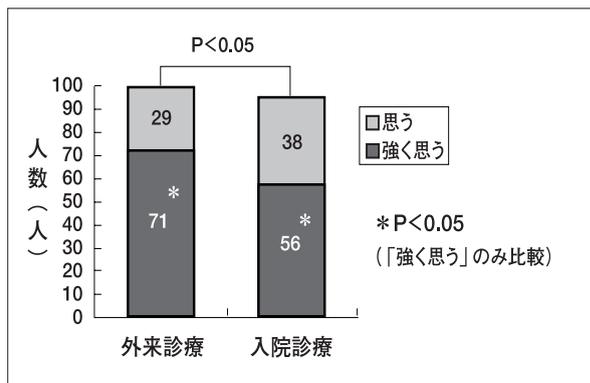
(5) 学位および学会認定医や専門医の資格取得

学位の取得については、必要であると「強く思う」と「思う」の合計が5名(5.0%)と極めて少なかったのに対して、「全く思わない」30名(29.7%)と「思わない」34名(33.7%)が過半数を占めた。学会専門医や認定医については、必要であると「強く思う」と「思う」の合計が30名(29.7%)、「全く思わない」と「思わない」の合計が34名(33.6%)、「何ともいえない」が35名(34.6%)と、資格取得に対する支持、不支持、不明がほぼ三分された。

表4 開業前に習得が必要な検査手技と、必要と答えた回答者の実際の技術習得時期

検査手技	習得必要 人数 (%)	技術習得時期				
		0%	20%	40%	60%	80%
(1)検体検査		■開業前 □開業後 □その他				
尿便鏡検	21 (25.3)	[Bar chart showing acquisition timing]				
血液塗抹標本鏡検	18 (21.7)	[Bar chart showing acquisition timing]				
真菌検査	21 (25.3)	[Bar chart showing acquisition timing]				
グラム染色	13 (15.7)	[Bar chart showing acquisition timing]				
(2)消化管検査		[Bar chart showing acquisition timing]				
上部消化管透視	55 (65.5)	[Bar chart showing acquisition timing]				
注腸造影	35 (42.2)	[Bar chart showing acquisition timing]				
上部消化管内視鏡	61 (73.5)	[Bar chart showing acquisition timing]				
下部消化管内視鏡	35 (42.2)	[Bar chart showing acquisition timing]				
(3)超音波検査		[Bar chart showing acquisition timing]				
腹部	73 (88.0)	[Bar chart showing acquisition timing]				
心臓	52 (62.7)	[Bar chart showing acquisition timing]				
甲状腺	31 (37.4)	[Bar chart showing acquisition timing]				
乳房	27 (32.5)	[Bar chart showing acquisition timing]				
婦人科	23 (27.7)	[Bar chart showing acquisition timing]				
泌尿器科	27 (32.5)	[Bar chart showing acquisition timing]				
(4)穿刺検査		[Bar chart showing acquisition timing]				
膝関節穿刺	23 (27.7)	[Bar chart showing acquisition timing]				
肩関節穿刺	17 (20.5)	[Bar chart showing acquisition timing]				
腰椎穿刺	25 (30.1)	[Bar chart showing acquisition timing]				
(5)生理検査		[Bar chart showing acquisition timing]				
心電図検査	62 (74.7)	[Bar chart showing acquisition timing]				
(6)その他		[Bar chart showing acquisition timing]				
簡易溶連菌検査	14 (16.9)	[Bar chart showing acquisition timing]				
妊娠判定	13 (15.7)	[Bar chart showing acquisition timing]				
オージオメーター	14 (16.9)	[Bar chart showing acquisition timing]				
眼圧測定	10 (12.1)	[Bar chart showing acquisition timing]				
ピークフロー	18 (21.7)	[Bar chart showing acquisition timing]				
簡易血糖測定	27 (32.5)	[Bar chart showing acquisition timing]				

図1 外来診療・入院診療のトレーニングは必要であると思うか？



学位の取得と学会専門医や認定医の資格取得について、必要と考える人数は両者間で有意差を認めた($P<0.01$)(図3).

●考察

本学同窓生の開業医を対象にアンケート調査を実施した結果、(1)診療形態は、専門科単独より総合科または専門科との併診、かつ無床が大半を占めた。(2)実施可能な検査手技は、多数回答が8種類、少数回答が4種類で、いずれも開業前の技術習得率に依存した。(3)開業前に技術習得が必要と考える検査手技は、多数回答が5種類、少数回答が5種類で、これも開業前の技術習得率に依存したが、心臓超音波は必要度が高い割に開業前の技術習得率は低く、注腸造影と腰椎穿刺はその逆であった。(4)医学教育には、総合科の外来診療トレーニングを強く要望しており、(5)学位は不要だが、学会専門医や認定医の必要性については見解が分かれた。

今回のアンケート調査は、無記名かつ郵送方式で行ったため、回収率が23.8%とやや低率であった。今回と類似の調査⁶⁾で、診療所所在地の人口

差(地域差)はアンケート結果に影響しなかったと報告されていることから、今回は地域差の分析を割愛した。また回答者の8割が本学付属病院と同分院で初期臨床研修を受けていることから、今回の結果は単一の私立医科大学における卒前卒後教育の傾向が強調されたものと推察される。

まず検査手技についてであるが、田坂⁶⁾は「検尿・沈渣」や「真菌(KOH)検査」は実施可能で必要度も高く、かつ開業前に殆どが技術を習得していたとしている。今回の結果では、これらは(2)実施可能と(3)必要性の双方とも低率であり、かつ開業前の技術習得率も低かった。両施設は共に私立医科大学で、ほぼ同時期に設立され、アンケート対象者の年齢、開業までの卒後年数、開業後の平均期間も似ている⁶⁾。それにもかかわらず、上記のような差異が認められたのは、両大学における教育内容の差異によると考えられた。この点については、平成16年度から実施される卒後臨床研修必須化に向けての「共通カリキュラム」²⁾に一つの指針が示されている。すなわち、臨床研修における行動目標として、臨床検査の項目に多くの検査手技が挙げられているが、各々にA(自ら実施し、結果を解釈できる)、B(指示し、結果を解釈できる)、C(指示し、専門家の意見に

図2 総合科診療・専門科診療のトレーニングは必要であると思うか？

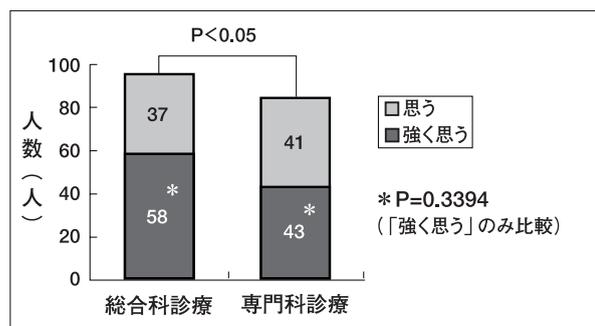
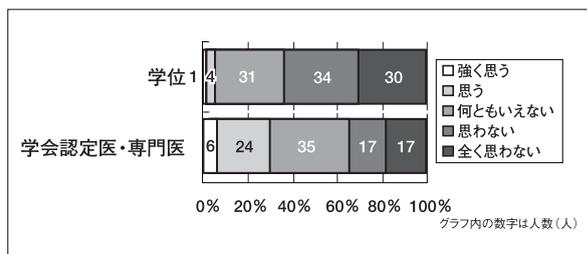


図3 資格取得は必要であると思う



基づき結果を解釈できる)の基準が付記されている。よって今後は、基本的臨床能力の教育の一環として、検査手技の技術習得が一定の基準で管理され、医育機関による較差が是正されることが期待される。伴⁵⁾は上記の田坂の“検査手技に関する結果”について、腹部超音波、消化管透視、消化管内視鏡などは、開業に際しての必要性和開業前の技術習得率が一致しているが、胸部X線や骨・関節X線では差があることを指摘し、前者はその領域を専門として病院勤務した医師がすでに獲得した技術を開業後に実践しているためとし、後者は開業後にその必要性に迫られて習得したと分析している。また、プライマリ・ケアに必要な検査手技については、有床無床の区別や後方病院へのアクセス状況を勘案し、プライマリ・ケアの“場”に共通して必要とされる技術を習得する独自のカリキュラムを確立する必要があると提案している。そして一般的に、妊娠判断キット、オージオメーター、簡易血糖測定、スパイロメーター、簡易溶連菌検査などの、外来で迅速にできる検査に習熟することが肝要であるとしている。また、超音波検査については非侵襲的かつ情報量が多く、諸外国と異なり我が国の医療事情に適しており、今後必要度は増すと考えられる。今回の結果でも、超音波検査については、腹部のみならず心臓をも含めて技術習得への要望が高く、上位を占めていた。今後はプライマリ・ケアに求められる検査手技について以上の点を考慮し、当該学会及び研究会でカリキュラムの詳細を検討する必要があるものと考えられた。

つぎにプライマリ・ケアにおける臨床能力の習得について加藤ら¹⁰⁾は、「内科医が自信を持って

当直できるようになること」を行動目標としており、救急外来における臨床教育の重要性を説いている。しかし、プライマリ・ケアと救急医療は、幅広い臨床能力を有する医師が包括的にかつ地域の第一線で行う医療という点では共通する部分はあるが、プライマリ・ケアではさらに、①日常の健康問題の大半を扱い、②継続的に、かつ、③地域や家族を視野に入れて診る点で、救急医療とは異なる⁷⁾。すなわち、開業医を目指す医学生や研修医の卒前卒後教育では、救急医療のトレーニングもその一部としては重要であるが、それだけで十分とはいえない。そしてプライマリ・ケアに必要な臨床能力の育成には、特定の専門科の、とりわけ入院診療におけるトレーニングより、総合科の外来診療での教育が重要と考えられる。今回の結果はまさにその点を指摘しており、実地医家が実感を持ってその必要性を訴えていることを医育機関は真摯に傾聴すべきであろう。30年の歴史がある米国のプライマリ・ケアではレジデント教育の研究が進んでおり、その重要性が認知されている。日米のレジデントを比較したアンケート調査では、日本の臨床教育は入院診療トレーニングに偏っていることが指摘されており、外来診療トレーニングの充実が求められている¹¹⁾。米国プライマリ・ケアのレジデントを対象としたアンケート調査¹²⁾では、初期臨床研修の充実に対して、外来診療での臨床教育と、耳鼻科、整形外科、皮膚科、婦人科などにおける臨床研修への志向が強い。またGeymanら¹³⁾は、外来診療では継続医療の訓練が必要であり、地域に根差した医療を経験することを薦めている。さらに、臨床研修プログラムは、形に囚われることなく必要に応じ

て変更することが大切であると述べている。前述のアンケート調査でも、プログラムを終了した経験者の意見を採用し、適宜改善することが求められている。これらの点を総合的に捉えると、プライマリ・ケアに求められる臨床技能の育成は、包括的な診療科での外来診療トレーニングを継続して行い、医学の発展、患者意識の変容、医療経済の変化などの諸条件を勘案し、常にカリキュラムを改善する自由度を持たせて実施することが重要であると考えられた。

最後に、学位取得についてはプライマリ・ケアにおける重要度が低いことが示された。学位取得は「研究者」としての礎であり、その認識は正しいと思われる。むしろ、ある種の「ステータス」として流用され続けたことへの反省が今回の結果に如実に現れたものと思われる。また、学会専門医や認定医の資格取得については、我が国の医療界におけるこれらの位置付けが曖昧であることに地域医療現場が戸惑っている様子が浮き彫りにされたといえる。この背景にはプライマリ・ケアにおける臓器別専門科診療への疑問が見え隠れする。まさに、世界諸国に既に存在する「プライマリ・ケア専門医制度」を我が国に擁立することへの胎動とも受け止めることができるであろう。国民の健康を地域の第一線で守り続ける開業医になるためには、幅広い臨床技能を過不足なく習得し、その成果を認知し、かつ生涯教育における臨床技能の発展を義務付ける「プライマリ・ケア専門医制度」を、我が国も早急に確立することが強く望まれる。

文 献

- 1) 医学における教育プログラム研究・開発事業委員会：医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—。医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議報告，21世紀における医学・歯学教育の改善方策について—学部教育の再構築のために—，2001，pp35-43.
- 2) 国立病院医学部付属病院長会議常置委員会：国立大学付属病院卒後臨床研修共通カリキュラム．国立大学付属病院 卒後臨床研修必修化へ向けての指針，2001，pp 9-23.
- 3) American Academy of Family Physicians: Recommended Curriculum Guidelines for Family Practice Residents. <http://www.aafp.org/edu/guide/>
- 4) 財団法人厚生統計協会：第4編 医療・介護，第2章医療関係者。2001年 国民衛生の動向，厚生統計協会，東京，2001，p173.
- 5) 伴信太郎：情報収集能力—検査法。伴信太郎著，21世紀プライマリ・ケア序説，プリメド社，大阪，2001，pp53-59.
- 6) 田坂佳千：アンケートにみる診療所医師の必須スキル．家庭医療研究会編，家庭医プライマリ・ケア医入門，プリメド社，大阪，2001，pp41-51.
- 7) 伴信太郎：プライマリ・ケアに求められる臨床能力とは—①プライマリ・ケアの特徴．日本医事新報 2000; 3962: 30-32.
- 8) 伴信太郎：プライマリ・ケアに求められる臨床能力とは—②臨床能力とは．日本医事新報 2000; 3963: 50-52.
- 9) 伴信太郎：プライマリ・ケアに求められる臨床能力とは—⑦情報収集能力—検査法．日本医事新報

- 2000; 3968: 48-51.
- 10) 加藤博之, 江村正, 高島敏伸, 他: 大学病院卒後臨床研修におけるプライマリ・ケア能力の修得過程と今後の課題. 総合診療研究会会誌 1998; 3: 18-22.
- 11) Fetters M, 本田雅浩, 三瀬順一, 他: 日米のプライマリ・ケア・レジデントの研修カリキュラムに対する評価. プライマリ・ケア 1995; 18: 391-397.
- 12) DeWitt D, Robins L, Curtis R, et al.: Primary Care Residency Graduates' Reported Training Needs. Acad Med 2001; 76: 285.
- 13) Geyman JP, Bliss E: What does family practice need to do next? A cross-generational view. Fam Med 2001; 33: 259-267.

連絡先

〒216-8511 川崎市宮前区菅生2-16-1 聖マリアンナ医大総合診療内科 清田礼乃
 電話: 044-977-8111(内線3640), Fax: 044-976-5971
 E-mail: ayanok@marianna-u.ac.jp

Practice and education in the required clinical skills for primary care

Ayano Kiyota^{*1}, Manabu Kamegai^{*1}, Hiroki Sugimori^{*2}, Atsushi Ishii^{*1}, Jun Hayashi^{*1},
 Chisato Hamashima^{*2}, Tatsuya Sunaga^{*1}, Masatomi Ikusaka^{*1}, Katsumi Yosida^{*2}, Toshio Nakamura^{*1}

* 1 Department of General Internal Medicine,

* 2 Department of Preventive Medicine,

St. Marianna University School of Medicine, Kanagawa, Japan

Abstract

Objectives: The required clinical skills for primary care (PC) and their practice and education were studied.

Methods: The attitudes of PC physicians who had graduated from St. Marianna University School of Medicine were surveyed by a self-administered questionnaire including the following: 1. "What kind of laboratory procedures (LPs) can you perform and are needed at your clinic?" 2. "What would you suggest be added to the curriculum to improve PC medical education?" 3. "What are your views on requiring certification, such as a Ph.D. degree, for a PC physician?"

Results: The kinds of LPs these physicians could perform, regardless of whether or not those skills were needed in the clinic, depended on whether or not they learned them before beginning to work in a clinic. Though few PC physicians practiced cardiac ultrasonography, many of them thought it more necessary than barium enema and lumbar puncture. Many replied that clinical training in ambulatory medicine was more critical than inpatient medicine in specialist fields. Just a few physicians felt that a Ph.D. degree should be required.

Conclusions: PC physicians must practice the quick and easy LPs that are needed in the clinic, and the ambulatory medicine needed in general practice should be part of the medical curriculum.

Key words: primary care, laboratory procedures, clinical skill, medical education, questionnaire

Address for correspondence

Ayano Kiyota, M.D., Dept. of General Internal Medicine

St. Marianna University School of Medicine

2-16-1 Sugao, Miyamae-ku

Kawasaki 216-8511 Japan