

東京財団は 2012 年 10 月、政策提言『医療・介護制度改革の基本的な考え方』を公表し、持続可能で国民・利用者本位の制度改革とプライマリ・ケア（初期包括ケア）の充実を提唱しました。

しかし、医療・介護政策では国民が当事者として議論に参加し、合意を形成することが求められます。東京財団としては、その場を作る「イニシアティブ」を実施しつつ、様々なメンバーを交えた議論を展開し、これを政策として結晶化させたいと考えています。

そこで、英国家庭医として勤務する澤憲明氏をお招きし、イギリスの医療・介護事情をテーマに 11 月 18 日に研究会を開催しました。会合では、10 月に英国を視察した三原岳研究員が視察結果や所見を披露。澤氏から追加的なコメントを頂きました。主な意見は以下の通り。（▽は澤氏の発言、▼は澤氏以外の発言）

【三原研究員の視察報告】

（イギリスのプライマリ・ケアの特徴）

- ▼ 良く知られている通り、英国は NHS (National Health Service) という仕組みを 1948 年に発足させ、無料の医療サービスを提供した。
- ▼ 医療供給体制では GP (General Practitioner) と呼ばれる家庭医が重要な役割を担っており、プライマリ・ケアを実践している。NHS はイギリス国民の誇りであり、ロンドン五輪の開会式でも NHS が登場した。街を歩いているだけでも「NHS」の看板は見掛ける。
- ▼ NHS の改革としては、ブレア政権が 2000 年に「NHS プラン」という 10 年計画を策定し、それまでの路線を転換した。サッチャー政権では民間活力と市場原理の導入に力点が置かれており、「イギリスの医療はどうしようもない」という雰囲気だったが、最近生まれ変わりつつある。
- ▼ この中で興味を持ったのが 2009 年 1 月の「NHS 憲章」の存在。7 つの基本原則と患者の義務、患者の権利も掲げている。当初、ブレア政権は予算を増やす「量」の確保に力点を置いていたが、後半ぐらいから「質」に転換するようになった。しかも、「質」の転換に際しては、患者のエンパワーメント（＝患者教育）に力点を置いている印象。
- ▼ プライマリ・ケアの担い手として、GP は全人的なケアを提供する。患者は診療所に勤める GP と最初に接触し、そこから 2 次医療以降の専門医にかかってくる流れを取っている。それと、プライマリ・ケアのレベルでは、GP 同士のチーム医療に加えて、看護師などと多職種連携をやっている。

- ▼ GP の能力として、全人的なケアと並んで大事なものは「重大な疾患を見逃さない」という点。見学した澤氏の診療所では、机の上に「NICE」（国立医療技術評価機構、National Institute for Health and Clinical Excellence）のレッドシグナルリストが掲げられていた。レッドシグナルとは「こういう症状があると危険だから、ちゃんと見落とさないようにしなさい」という基準。これを基に GP はトリアージしつつ、「common disease」と呼ばれる日常的な病気を GP が、それ以外の珍しい疾病を専門医に紹介していく。ゲートキーパー、ゲートオープナーとしての GP の役割。
- ▼ 澤氏が勤める診療所「Stuart Road Surgery」には 5 人の GP が勤務しており、診察室は非常にコンパクトで機能的。一見すると、何処かのオフィスルームのような雰囲気。CT など大規模な機器は置いておらず、意図的に対話しやすい雰囲気を作っている印象を受けた。
- ▼ GP の診察は原則予約が必要で、午前と午後に外来。昼間は訪問診療をやっている。外来は原則 1 人当たり 10 分で、後半の 5 分で患者との対話を通じて健康課題の不安解決に努める。
- ▼ 5 人のうち、4 人の GP が定期的な外来を提供し、1 人が「オンコール GP」として遊軍的に予約のない患者に対応する。例えば、「腹の具合が良くない」と診療所に電話すると、4 人の GP が全部塞がっている場合は最後の 1 人が予約なしの患者に対応して、「13 時半に来て下さい」と対応する。
- ▼ それと、時間外診療としては「NHS 111」という仕組みがあり、24 時間年中無休。「NHS 111」は緊急以外の相談を受け付けた上で、必要に応じて GP やプライマリケア・ナースなどにトリアージする。年中無休、8 時～20 時までプライマリ・ケアを気軽に受けられる場所として、事前の予約を必要としない「NHS walk-in centre」（NHS ウォークインセンター）が整備されている。一方、「NHS 999」は救急車で対応し、2 次医療、3 次医療の救急センターに行く。

（プライマリ・ケアを支える GP ナース）

- ▼ 興味を覚えたのは「GP ナース」の存在。「プライマリ・ケア専門ナース」と呼ばれており、GP と同じように個室を持っている。個室にはベッド、処置に必要な機器が置いてあり、GP の診療室よりも診療所に近い雰囲気だった。しかも、GP ナースが場合によって治療までやる。それには 6 カ月間の研修を受けなければならない、看護師の能力やキャリアに応じて、できる業務が異なる。澤氏の勤める診療所のナースは非常に優秀で、

イボを取るような簡単な治療行為だけでなく、調剤も可能。「GPの仕事がなくなるのでは」という感じるぐらい優秀なレベル。

- ▼ 患者から診療所から予約を受け付ける時、担当者が「GPと看護師とどちらを希望しますか」と質問しており、澤氏の診療所に登録している大半の地域住民が「看護師」と答えるとのこと。
- ▼ なお、GP ナースの診察結果は電子カルテを通じて GP と共有されているほか、GP ナースの重要な役目として、予防接種の呼び掛けを地域で展開する。その結果が最終的に診療所の経営に影響する形でインセンティブ構造が作られている。
- ▼ こうした GP ナースへの権限付与を通じて、医師の負担軽減、待ち時間減少、患者の満足度向上といった効果があるのではないかと感じた。

(プライマリ・ケアを支える電子カルテ)

- ▼ 次に電子カルテ。診療所に登録されている個人の名前を入力すると、その人の健康状態やリスクが把握できる。例えば、「この人は喘息を持っているので、インフルエンザの予防接種を薦めて下さい」といった情報。
- ▼ GP のローテーションも把握できる。これを見ると、「11月18日に澤というGPが三原という患者を診察した」といった情報が全部把握できる。パスワードを入力すれば多くの専門職が同様にアクセスできるので、GP ナースや病院の専門医も診察情報を把握できる。例えば、「急に腹の具合が悪くなって2次医療の医療機関に入院した」という情報もGPに伝わる仕組み。このため、日本みたいに複数の病院にかかって、同じ薬を何度も調剤される事態が防げる。カルテは患者の求めに応じて印刷して渡す。
- ▼ さらに、安価なジェネリックを推奨するソフトも内在している。つまり、GPが調剤の処方箋を書く際、同レベルの効能で安い後発医薬品が存在する場合、電子カルテで推奨する。この結果、患者満足度が上がるだけでなく、チーム医療の推進、医療の効率化、医療の標準化に貢献している印象を受けた。
- ▼ このうち、医療の標準化については、日本では色んな治療方法や処方がバラバラかもしれないが、イギリスの場合はチーム医療をやっており、電子カルテで情報が共有されるため、GPや専門職の間で「何でドクター澤はこの時、こんな医療をやったのか?」「いや、あの時は患者が深刻な状態だったので、こういう処方をやった」といった形で討議できる。このため、GPの間で相互監視できる仕組みになっている。医療の標準化は

NICE がガイドラインを作って、エビデンスに基づく医療が提供されているが、それ以外にも電子カルテによる情報共有を通じて、医療の標準化が進みやすい環境になっているのではないかと感じた。

(プライマリ・ケアを支える報酬制度)

- ▼ 診療所に対する報酬の約 70%は登録住民の数で配分される。出来高払いの日本と違って人頭払いなので、住民を健康にするインセンティブ、つまり病院に来させないようにするインセンティブが働きやすい。日本の場合、原則として出来高払いなので、必要性の有無に関わらず、「高価な機器の投資額を回収するために検査をやる」といった行動に出がちだが、イギリスの場合は人頭払いなので、過剰医療のインセンティブがない。
- ▼ しかし、人頭払いの場合は過小診療のリスクが出て来る。つまり、どんなに手間が掛かったとしても、収入が一定であれば重大な疾患を持っている患者を避けるリスクがある。そこで残りの約 3 割については、医療の質とか成果で支払われる QOF (Quality and Outcome Framework) で配分されるルールとなっている。具体的には、住民の健康診断や予防接種、予防医療の取り組みに応じて対応する仕組み。
- ▼ その結果は「Quality And Outcome Framework」というホームページで公開されている。具体的には、「診療所ベースでリスクを持っている住民に対して、どれぐらいの予防接種や予防医療をやっているか?」といった情報が全部出て来る仕組みになっている。このため、その診療所がどれだけ健康増進に向けて努力しているか、一目瞭然で分かる。この結果として、「患者満足度の向上とか医療の質の向上、過小診療の防止に貢献している」という印象を受けた。

(プライマリ・ケアを支える患者の自己決定)

- ▼ 今後、厚生労働省は病床機能再編の際、患者が大病院にダイレクトに行かないように「いきなり大病院に行ったら 3 万円取る」といった形で診療報酬を改定することで、経済インセンティブで誘導するのではないかと。しかし、「近くに総合診療医がいる」「近所の総合診療医が信用できる」と国民が認識しなければ、紹介状なしの大病院初診料を非現実的な水準に引き上げない限り、政策として実効性を持たないのではないかと。
- ▼ これに対し、イギリスの場合、「The GP Patient Survey」という形で患者満足度を把握・公表するシステムが整備されている。まず、住所を入力すると、「あなたの住所から 0 マイルの所に診療所がある」「2.25 マイル外れたら、こういう診療所がある」といった情報が検索できる。そこで検索でヒットした診療所を選ぶと、今度は「通常の待ち時間どの程度でしたか」といった形の質問項目に対する回答が一覧で見ることができる。患

者満足度は1年に1回実施されるので、その結果が公開されている。

- ▼ このため、診療所ごとに患者満足度が一目瞭然で把握できるので、結果的に患者は自分の判断で診療所を選ぶことができる。以前はGPと患者の関係は固定的で、地域に割り当てられていたが、今は家の近くから選択できる。このため、患者は自分の判断で診療所を選べるため、満足度の向上に繋がる。同時に、GPにとっても医療の質を向上させるプレッシャーになる。さらに、サービスを改善すれば登録者が増えるので、その結果的として人頭払いの診療所収入も増える仕組みになっている。
- ▼ つまり、患者の満足度と自己決定を担保しつつ、受療行動を変えさせる点で、患者、GPともに上手く働き掛けており、インセンティブ設計を巧みに作っている印象を受けた。
- ▼ 「NHS Choices」というウェブサイトでも診療所の住所や名称を入力すると、様々なデータが公開されている。例えば、澤氏の勤める診療所を入力すると、住所や電話番号、営業時間、障害者用施設の有無などの基本情報だけでなく、澤氏の個人名が他の4人のGPと並んで出て来る。しかも「5人のうち1人は女性」「日本語も対応可」という付加情報のほか、満足度調査や格付け評価コメントも把握できる。格付けについては、澤氏の勤める診療所の場合、患者モニターに指定されている3人の結果に過ぎないが、それでも三つ星、四つ星半などの情報も入手できる。それ以外にもNHS Choicesでは病気の対処法や健康増進の方法なども紹介している。
- ▼ これらのシステムを通じて、患者が自分のGPや診療所を選べる仕組みになっており、患者と医師の間で起きる情報の非対称性を少しでも解決しようという仕組みは注目に値すると感じた。
- ▼ 患者のエンパワーメントに力を入れている一つの事例として、ナイチンゲールが働いたことで知られる「セント・トーマス病院」の前を通った際、救急車に、「救急じゃない時は呼ぶな」と書いてある。つまり、「救急じゃない案件は111に電話するか、かかりつけの薬局、GP、NHS walk-in centreを訪ねてください」と書かれている。
- ▼ 「セント・メアリー病院」という王室が絡んでいる大病院の中でも、20～30秒ごとに切り替わる電光掲示板に「患者の意見は重要です。患者のフィードバックが、がん緩和ケアを発展させます」「医者に診て貰う時、全ての薬リストを持って来て下さい。無駄な時間を省き、良いサービスを提供できるようになります」「良い食生活は貴方のニーズを満たす下準備になります」といった情報が流れており、患者のエンパワーメントを促していた。日本の病院では待合室でテレビを垂れ流しているケースが大半だが、エン

パワーメントに対する意思を感じた。エンパワーメントがなければ、プライマリ・ケアは単なる「お任せ医療」になってしまう。

(イギリスの介護事情と認知症 5 カ年戦略)

- ▼ 計 5 件の施設・住宅を見学したが、視察先 2 カ所のナーシングホーム（日本で言う特別養護老人ホーム）から聞いた話として、「医療・介護連携では看護職員が重要なカギを握っている」とのことだった。医療面でのケアではホームが登録している GP が訪問診療に来ており、入所者のケアプランも見ると GP が重要な役割を果たしている。その一方、GP は介護職員とは直接連携する機会が少ない。むしろ、施設に勤める看護職員が間に入って GP と連携する。
- ▼ なお、末期がんの緩和ケアに関しては、官民が一緒になって「ゴールド・スタンダード・フレームワーク」という連携のパッケージを作成している。
- ▼ ケアのレベルとしては、「先進的な日本の医療介護施設の方が良いのでは」という印象。イギリスは介護保険制度が整備されておらず、昔の日本の措置制度と同様、自治体が支援策を決める仕組み。日本のような国一律の施設、人員基準も整備されておらず、大枠を定めているため、人員配置は日本よりも少ない、視察したナーシングホームでは日本の半分程度の人員配置だった。さらに古い住宅を転用・改造しており、自宅に近い雰囲気を出している反面、「高齢者の移動に不便な階段・障害が多い」「入居者全員が集まる部屋を確保できない」など使い勝手が悪い面も見受けられた。
- ▼ さらに、バーを上を持ち上げるとベッドが四方を区切れる構造になっており、今の日本は身体拘束でアウトになりかねないことを平気でやっていた。それと、2~3 カ所の施設で「入浴を支援する機械が整備されている」と自慢げに紹介していたが、日本は「利用者の状態を把握するとともに、満足度を引き上げる上では、機械浴は廃止すべきなのでは」という意見が出ている。同行した視察団の介護事業所の人も「これの何が凄いのか？」と呟いていたが、風呂に対する日本とイギリスの考え方の相違かもしれない。
- ▼ サッチャーの元親族が入居していた高齢者住宅は毎朝、ホテルのようなケータリングサービスがあり、亡くなった方の歴史を紹介するアルバムも作っており、素晴らしい内容だった。しかし、入居費用は週 1200 ポンド程度（日本円換算で約 20 万円）。つまり、月間 80 万、年間 1000 万。これ以外の施設・住宅を見たが、庶民的なレベルでは週 500 ポンド程度（同約 8 万円）に上る。
- ▼ こうした費用水準やケアの内容を考えれば、「先進的な日本の施設・住居と変わらない

のではないかと、むしろ介護保険制度が整備されている分だけ日本の方が上」という印象を受けた。

- ▼ そうした中で、「認知症 5 ヶ年戦略」は参考になる部分があると感じた。イギリスでは 5 ヶ年戦略を 2009 年に策定し、認知症の対策を総合的に示した。その内容は「一般市民、専門家の認知症の気付きと理解を促進」「全ての認知症の人々に良質な早期の診断・支援の機会を提供」「認知症の診断を受けた人とケアラーに対する良質な情報の提供」「診断後のケア・支援・助言へのアクセスを容易にする」「認知症の人と家族を地域で直接的に支援する仕組みとネットワークの構築」「個別的ニーズに柔軟かつ適切に対応できるように在宅サービスの改善」「ケアラー支援戦略を実施」「総合病院における認知症ケアの質改善」「認知症の人とケアラーを支援する住居支援、居宅関連サービス、遠距離ケアの可能性を検討」「認知症の人の終末期ケアの改善」「認知症の人に関わる可能性のある従業員に基礎的な研修や継続的な教育機会の提供」「医療・介護サービスや、サービス間の連携についての評価の改善」「研究によるエビデンスとニーズの明示」「国・地方による効果的な支援」などを規定している。
- ▼ 支援の拠点として、今は「メモリーサービス (Memory Service)」を整備している。これは NHS が運営しており、訪問看護師や PT (理学療法士)、臨床心理士などがチームとなって早期診断、早期介入することで、状態の悪化を防いで医療機関や介護施設の世話になるリスクを減らそうという政策。
- ▼ 日本でも 2012 年 6 月の「認知症施策推進 5 年計画 (オレンジプラン)」に参考にされており、多職種連携による早期介入などのモデル事業が展開している。
- ▼ 興味を覚えたのは精神科医が前面に出ず、基本的に側面支援しているというスタイル。見学した「カムデンメモリーサービス」は 2009 年の開設当初、相談件数は年間 300 件程度だったが、昨年度は 670 件に増加。このうち実際にアセスメントに至るのは約 480 件、認知症治療薬の処方に至るのは約 200 件。
- ▼ ここでも GP も重要な役割を果たしており、99%が GP 経由の紹介。つまり、GP が初期診断し、そこからメモリーサービスに繋ぎ、メモリーサービスが医療面だけでなく生活面もチェックして支援策を決定するという流れ。なお、認知症支援に関しては、様々な多職種が絡む必要性を指摘しており、NHS のホームページでは多職種連携のイメージ図がアップされている。ここでも GP は大変重要な役割を果たしている印象だった。

(今後の研究課題)

- ▼ 視察で聞けなかった課題の一つとしては、「Primary Care Trust (プライマリ・ケア・トラスト)」「GP consortium (GP コンソーシアム)」という住民参加の枠組み。ここが地域の健康課題に応じて予算配分を決めていると聞いているが、「何故このような仕組みを作ったのか?」「どういった形で運営されているのか?」といった点の調査が不十分。診療所経営を専門的な観点で担う「practice manager」なども把握し切れなかった。電子カルテや患者満足度調査の詳細(実施主体、運営主体など)も調査の課題。
- ▼ NICE の存在も課題として残った。日本の場合、どんな医療をするか医者だけが決められるが、NICE で医療が標準化されており、「NHS の対象になる／ならない」「薬を使うべき／使うべきじゃない」が線引きされている。こうした標準が実際、どのような形で医療現場に影響を与えているのか、GP は普段の診療で何処まで意識しているのか知りたい。
- ▼ 最後に CQC (ケアの質委員会、Care Quality Commission) の存在。これは 2009 年に発足し、GP の診療所や介護施設、ホスピス、病院などを一体的に評価し、その結果を開示する組織。しかも抜き打ちで査察することにしており、評価・査察の結果は全部ホームページで公開されている。澤氏の診療所は CQC の査察を受けていない様子だが、このことでケアの質を担保しているのが注目点。細かい部分まで基準が決められている日本と違い、イギリスは介護施設に関する全国的な基準が存在しないので、地域・施設でバラツキがある印象を受けた。これを抜き打ち査察や CQC による評価公表を通じて、底上げを図っていると思われる。
- ▼ しかし、介護施設に対する日本の自治体による検査は「基準を満たしているかどうか?」という点に終始しており、ケアの質評価まで至っていない。医療機関に対する「日本医療機能評価機構」の認証評価、社会福祉法人に対する第 3 者評価についても、抜き打ち査察を実施していない。私が知る限り、日本で今、ケアの質評価の観点で抜き打ち査察を実施しているのは NPO 法人「U ビジョン研究所」による認証評価ぐらいしかない。

【澤氏のプレゼン(資料で説明しなかった部分も補足的に追加した)】

(日本と英国の類似点／相違点)

- ▽ 日本もイギリスも医療の公的な色合いは似ている。『OECD ヘルスデータ 2012』を見ると、国民総医療費に占める公的医療費の割合は日本 81%、英国 84%。日本は社会保険、イギリスは税なので、財政方式は違うが、本質的な所は似ている。
- ▽ 一方、日本は患者が自由に医療機関を選べるフリーアクセス。評判の良い先生、もしくは

は病院に行く傾向がある。イギリスの場合、1次医療からスタートする仕組み。2次医療は専門外来もしくは入院が必要な疾患。3次医療は2次医療で対応できない疾患に対応する。医療機関の機能分化と連携が特徴。

(近年における英国の医療改革)

- ▽ 近年、イギリスでは NHS プランに基づく 10 年改革で、プライマリ・ケアを中心とした医療制度改革が終了した。待機時間は入院で 1998 年当時の 15 週間から 2009 年時点では 4 週間、病院外来は 2 週間に減少した。健康問題は種類や症状の程度によってトリージされ、例えば虫垂炎の疑いがある時は直ちに入院。がんの疑いの場合、専門外来で 1~2 週間以内に対応する「Fast Track」が採られている。
- ▽ 院内感染も 2001 年当時、年 7700 件も起きていたが、2011 年時点で 1200 件に減った。
- ▽ 毎年 1 回、患者を対象にアンケート調査が実施されており、患者満足度は医療サービス全体で 92%、GP の診療所も約 9 割の患者が満足している。
- ▽ プライマリ・ケアの台頭は近年における世界的傾向。イギリスでは「家庭医療科」の人氣が上昇しており、初期研修プログラムの卒業者約 8000 人、他科からの転科を望む医師、そして海外の医師のうち約 6000 人が毎年家庭医療後期研修プログラムに応募。競争率は 2 倍程度で、内科と同水準。昔は臓器別専門医の方が高い給料だったが、今は GP と同じぐらい。家庭医療後期研修プログラムに属する 88% の研修医が満足している。
- ▽ 国際医療制度ランキングはオランダが 1 位。英国は 2 位。オーストラリアは 3 位。オランダ、オーストラリアもプライマリ・ケアを重視している。
- ▽ 診療所へのアクセスに関する国際比較を見ると、ケアを必要とする人が当日、もしくは翌日までにサービスへアクセスできた人の割合は、イギリスとスイスが 79% で対象国 11 カ国中最も高い。フランス 75%、ドイツ 59%、アメリカ 59%。
- ▽ サービスへアクセスするために 6 日以上待った人の割合はイギリスが 2%、フランス 8%、アメリカ 16%、ドイツ 23%。
- ▽ 救急センターを除いた時間外診療へのアクセスを「難しい」と感じた人の割合はイギリスが 21%、ドイツ 40%、フランス 55%、アメリカ 55%。
- ▽ 臓器別専門医にかかるまでの待機時間が 1 カ月以内だった人の割合を見ると、イギリス

は 80% で 11 カ国中 4 番目。

- ▽ 医療費を払うのに深刻な問題があった人の割合を見ると、イギリスは 1%。フランスは 5%、ドイツは 6% で、アメリカは 27%。
- ▽ かかりつけの医療機関 (Medical Home) を持ち、サービスに満足している人の割合 (Excellent もしくは Very Good) については、イギリスは 88% で対象国 11 カ国中最も高くなっている。
- ▽ 過去 2 年間でケアの協調性に切れ目を感じた人の割合を見ると、かかりつけ機関を持つイギリスの患者は 15%。

(プライマリ・ケアとは)

- ▽ 国際的な定義としては、コミュニティへの継続的で患者・本人中心のケア、ケアが最初に必要とされた際、それを助ける近接性、例外的な健康問題のみが他に紹介されるケアの包括性、そして受診場所とは無関係にケアの全側面が統合されるケアの協調性を保証するヘルスサービスシステムの不可欠な要素とされている。「プライマリ・ケア」の「プライマリ」は「初級の／基本の」ではなく、「主要な／最も重要な」という意味。

(家庭医とは)

- ▽ **General Practitioner (GP)** は古くから使われる名称で、元々は専門性を持たない「一般医」という意味。昔の医師は全て GP だったと言えるが、医学の発展に従って細分化の時代が始まり、イギリスではスペシャリストが病院で働き、地域では GP がプライマリ・ケアを担う役割分担となった。しかし、次第に「プライマリ・ケアを担っているのに専門のトレーニングをやらないのはおかしい」との声が広がり、1981 年に 3 年間のプライマリ・ケア専門のトレーニングが必須になった。一方、アメリカでも同じ動きが起きた際、「一般診療 (General Practice) ではなく専門性を要する新しい診療科として名前も変えよう」という判断で、「**Family Practice**」へと名前を変えた。しかし、イギリスは伝統を頑固に守る傾向にあり、中身は変わっても **General Practice** という診療科の名を今でも大切にしている。このため、イギリスの GP は「**Family Practice (家庭医療科)**」を専門とする「**Family Physician (家庭医)**」と同義となる。
- ▽ 日本でよくある誤解として、「**General Medicine**」と「**General Practice/Family Practice**」が類似の科として扱われるケースがある。しかし、国際的には、前者は「総合内科」、後者は「家庭医療科」になり、それぞれの専門性は異なる。

- ▽ プライマリ・ケアを理解する上で有名なりサーチがある。それによると、100人のうち96人が直面する健康問題については、プライマリ・ケアのレベルで対処できる。残りの3人が2次医療、1人が3次医療というレベル。実際、オランダでは、プライマリ・ケアが96%の健康問題に対応しており、その中で総医療費の4~5%を使っている計算。イギリスはプライマリ・ケアで健康問題の90%に対応し、総医療費の9%を消費している。

(英国のプライマリ・ケア)

- ▽ イギリスでは基本的に診療所に最初に相談する。住民は自宅に近い診療所のうち、自分の好みの診療所に登録する。予約を必要としないオープンクリニックも存在するが、1人10分間診療を予約するシステムが主流。この予約制は急性の問題に対応する急性枠と、慢性に対応する慢性枠に分かれており、急性枠は必ずその日に半分ぐらいい空いている。このため、「今朝起きたら頭痛がするけど、お医者さんお願いできますか」と診療所に電話で言うと、急性枠が与えられる仕組み。
- ▽ 私の勤める診療所には約8500人の住民が登録されており、5人のGPでグループ診療を提供している。概ね1人当たりで1700人ぐらいいを担当する計算になる。5人のうち、毎日1人が「オンコール当番」で、急性の予約枠に空きがない場合や予約無しで来院する患者は、オンコールGPが対応する。
- ▽ 在宅医療についても、基本的にはGPが始めに対応する。何らかの理由で来院できない全ての住民を対象にしている。概ね毎日1人のGPが2~3件、最大で4件の在宅医療を担当し、午前と午後の外来の合間に回る。それ以降にリクエストが入った場合、オンコール当番が対応する。週日の午後6時には診療所が閉まるので、深夜、週末の在宅医療は時間外専門のGPが担当する。

(英国家庭医と多職種協働チームの役割)

- ▽ イギリスのGPとプライマリ・ケアチームの役割として8つのポイントを挙げたい。
 1. 身近な存在 (地域基盤)
 2. 何でも相談に乗る (全科診療、包括性)
 3. チームで対応する (多職種連携)
 4. 患者と二人三脚 (患者中心)
 5. 継続的に診る (かかりつけ機関)
 6. 生活を支える (生活支援、介護)
 7. 地域を守る (健康増進、予防)

8. 資源の無駄を抑える（費用対効果）

1. 身近な存在（地域基盤）

▽ 最初に地域を基盤とする身近な存在であること。患者の家の近くの診療所で誰もが無料で外来、電話相談、在宅医療を利用できる。

2. 何でも相談に乗る（全科診療、包括性）

▽ 次に、全科診療を基本とし、何でも相談に乗ること。医療サービスにおける各診療科の役割はピラミッドの形で三層構造になっており、下が1次医療、真ん中が2次医療、一番上に3次医療レベル。インフルエンザ、めまい、高血圧、高コレステロール、糖尿病は内科系、切り傷やヘルニアは外科、子どもや女性の問題は小児科や産婦人科、メンタルヘルスや不安症、うつ病は精神科、終末期を看取る緩和ケアなどに細分化されるが、イギリスのGPとプライマリ・ケアチームは一次医療レベルの全科の問題に対応する。

▽ 日々の診療は具体的にどうなっているのか。外来でのいくつかの相談例を挙げる。

- ・ 36歳女性：「数日前から喉が痛くて、咳が止まりません」
- ・ 50歳男性：「職場の健康診断で引っかかってしまいました。どうやら血圧が高かったのと、血液検査の結果もおかしかったみたいです」
- ・ 生後8カ月の赤ちゃんと母親：「2日ぐらい前から下痢になり、発疹もポツポツと出ている」
- ・ 62歳男性：「ここ半年ほど、何故か胸が痛い」
- ・ 32歳女性：「生理でもないのに血が出るって普通ですか？ここ最近3ヶ月ぐらい続いている」
- ・ 75歳女性：「最近、夫の物忘れが本当にひどくて道に迷うようになった。認知症じゃないですよね？」
- ・ 40歳男性：「最近、夜の機能が衰えてきまして…」
- ・ 14歳女性と母親：「この子、学校の授業中に急に倒れちゃったみたいで…」
- ・ 28歳女性：「最近、ストレスを感じているのか、全然眠れません」

▽ GPの仕事は何も医学的問題に限定されるわけではなく、精神的、社会的問題の解決も必要とされる。

- ・ 33歳の男性と31歳の女性（精神的問題）：「最近、夫が些細なことでカッとなり、物を壁に向かって投げる時もある。2人の関係がギクシャクしている」
- ・ 7歳児の母親（社会的問題）：「この子がジャンクフードばかり食べて、私の作った食事を食べてくれない」
- ・ 2カ月の赤ちゃんを抱える母親（予防）：「予防接種を進める手紙を最近貰ったので」

すが、どうすればいいでしょうか」

- ・ 肥満気味の 43 歳男性（健康増進）：「最近、体重が若干増え気味で…」
- ・ 46 歳の女性（介護）：「（泣きながら）認知症の父と脳梗塞で寝たきりになった母の介護で困っている。でも、もう燃え尽きた感じでどうしたら良いのか分かりません」
- ・ 86 歳の女性（生活支援）：「足の関節が痛むので最近歩行が難しく。私に合った歩行器などがあればいいんですけど」

▽ 在宅医療でのいくつかの相談例を挙げる。日本の場合、在宅医療と言うと、がんや認知症など限定された病気が中心という印象。しかし、イギリスは「診療所に来られない人を何でも診る」ということで在宅医療を提供している。

- ・ 40 歳女性：「今朝、起きたらギックリ腰で動けません」
- ・ 70 歳男性の妻から：「2 日ぐらい前からお腹が痛いみたいで、今朝のおしっこに血が混ざっていました」
- ・ 20 歳女性：「最近ずっと泣いていて、家の外に出たくない。自殺を考えています」
- ・ 2 歳男児の母親：「今朝 40 度の熱があつて、水分も摂ってくれません。いつもなら診療所に連れて行くのですが、今日はもう 1 人の子どもも調子が悪くて診療所に行けません」
- ・ 85 歳女性（ナーシングホームのスタッフから）：「今日シャワーを浴びている際、胸の下に発疹を見つけたのと、どうもあそこが痒いみたいです。後それと、最近では体重が落ちているみたいです」
- ・ 末期癌を抱える 75 歳男性（訪問看護師から）：「毎日ずっと看ているが、今朝からずっと吐いています」
- ・ 軽い認知症を抱える 75 歳女性の娘から：「いつもより混乱している。介護者の私はもう限界です」

3. チームで対応する（多職種連携）

▽ 第 3 に、医師単独ではなく、チームとして多職種連携で対応する点。診療所での例を挙げると、プライマリ・ケア専門看護師（GP ナース）、保健師、准看護師、ヘルストレーナー、助産師、PT が在籍しており、それぞれ役割分担している。例えば、プライマリ・ケア専門看護師は、風邪や擦り傷などの急性疾患や、高血圧、COPD（慢性閉塞性肺疾患）、糖尿病などの慢性疾患に対応し、処方もできる。さらにインフルエンザワクチンなどの予防接種や、ピルといった避妊のアドバイスも提供している。

▽ 准看護師は、採血、心電図、血圧のチェックなどをする。ビタミン B12 などの注射や、禁煙、肥満外来のフォローアップもする。

- ▽ ヘルストレーナーは食生活、運動、アルコール、喫煙、肥満、社会的孤立などのライフスタイル関連のアドバイスを提供している。GP は 1 人当たり 10 分間の診察時間しかないので、健康指導には限界がある。このため、ヘルストレーナーは 1 人当たり 30 分ぐらいかけて、その人の生活に寄り添ったプランを作ってくれる。
- ▽ イギリスでは、助産師が診療所で出産前ケアを定期的に行っている。助産師主導の産科ケアはイギリスの特徴。一般的には大多数の妊娠が低リスクとして分類され、そのような低リスクの妊婦検診は助産師が担当する。57%も助産師が担う。今年発表されたばかりの大型研究によると、低リスクの妊娠、出産に関しては、医師主導よりも助産師主導の産科ケアがより良いアウトカムを達成しているとして報告されており、「これからは助産師の時代」と世界で議論になっている。
- ▽ 在宅医療についても、GP が患者を診た後、訪問看護師、訪問介護士、訪問栄養士、緩和ケア専門のナース、ソーシャルワーカー、老年医学専門医、訪問 PT、OT（作業療法士）などが絡む。それ以外にも地域には多くのリソースがあり、様々な職種と協力してチームで対応している。

4. 患者と二人三脚（患者中心）

- ▽ 4 番目に、患者と二人三脚で治療方針を決定するという点。これをイギリスでは患者中心性もしくは人間中心性と呼んでおり、「患者中心の医療」はイギリスの GP が最も大切とする部分。
- ▽ 大別すると医療面接には医師中心、消費者中心、患者中心の 3 つの手法がある。例えば、患者が「頭が痛い。CT をして欲しい」と来た場合、「風邪です。CT は要らない」と言って終わるのが医師中心の手法。これに対し、患者を「お客様」として扱い、そのような顧客の要請に対して「じゃあ、やりましょう」というのが消費者中心の手法。医療を公共財ではなく商品として扱うのが特徴で、一見優しそうに見えても、適切な検査や治療が提供されない傾向にある。これに対し、患者中心の手法とは患者が CT を要望している背景を対話の中から探る。例えば、2 日ぐらい前から頭が痛くなっており、並行して鼻水、喉の痛み、咳、熱が出ている、明らかに風邪の症状なのに、何故 CT を望んでいるのか。その中で、「若い頃に父親が脳出血で亡くなった。それが怖くて不安だから CT をやって欲しい」という不安を引き出す。すると、GP は「不安になるお気持ちはよく分かります。お父様がそのようなお亡くなりになったならば、なおさらです。私の評価によると、幸運なことに今回の頭痛の原因が脳の出血である可能性は極めて低い。何故なら一般的に、そのような脳の出血は 50 代ぐらいの方に多く、お父様のように急で激しい頭痛や嘔吐などを含む重大な症状（レッドフラッグ）

を伴うのですが、今回のケースに限っては、頭痛が二日間かけて比較的ゆっくり進行し、心配する重大な症状は今のところ見付からないためです。他にも鼻水、喉の痛み、咳、熱といった症状がありますし、身体診察でも微熱と喉の軽い炎症が見られますので、風邪の可能性が高いかと思えます」と説明する。さらに、「CT 検査もオプションの1つではありますね。でも、少しだけ理解して頂きたいのは、このような状況で CT を撮ったとしても、脳の出血といった重大な疾患が見付かる可能性は限りなくゼロに近いこと。また今の段階では CT 検査の命中率が著しく下がりますし、実際に『異常あり』の検査結果だったとしても、それが本当に異常なのかは精密検査しないと分からない恐れもある。それは『異常無し』の検査結果にも言えることで、それが本当にノーマルなのかは検査結果だけでは分かりません。大体 10%の確率で脳の出血とは関係の無い、医学的に重要でないものが見付かるので、そのような時はさらなる精密検査のために背中を針で指すような行為が必要になる可能性もあります。それに、CT 検査は胸部 X 線の 100 倍以上の放射能を身体に与えることにもなります。私としては、今回は風邪ということで一度様子を見てみて、さらなる症状が現れた時に、その都度適切に対応する方向が望ましいと思うのですが、如何でしょうか？勿論、望まれるのであれば、CT 検査を喜んで手配させていただきます」と話す。すると、「先生に言われて安心した。今回は確かに風邪ということで様子を見る」という患者もいれば、「それでも不安だ。CT をやって下さい」と言う人もいる。GP は両者に対応し、患者に決定権を与える。これが患者中心の医療面接技法で、イギリスの GP はこのような手法に対して専門のトレーニングを受ける。

5. 継続的に見る（かかるつけ機関）

- ▽ 第 5 に、かかりつけ機関として継続的に診ること。近年のイギリスでは情報の提供と選択の自由を大切にしているので、「GP Patient Survey」という患者アンケートの結果に基づき、患者は複数の診療所を比較した上で、自分の好みの診療所を選択できる。2004 年から GP に登録するのではなく、診療所に登録するようになった。診療所にいる複数の GP も受診時にその都度自由に選択でき、「この診療所はちょっと…」と思えば別の診療所にいつでも変更できる。
- ▽ 月曜日から金曜日の午前 8 時から午後 6 時、そして土曜日の午前中は時間内診療で、患者は自分が登録している診療所に行く。予約なしで来る人はオンコール GP が対応する。それ以外の時間帯の時間外診療については、「胸が痛い」「倒れそうだ」という時は 999 の緊急の番号に電話し、それ以外は 111 の電話して貰うと、GP やナースなど時間外診療を専門とする地域のプライマリ・ケアチームに繋がり、まずは電話相談を行う。必要に応じて、外来、在宅医療なども提供する。

- ▽ ケアの継続性については、診療所の電子カルテを通じて情報が共有されており、5人のGPだけでなく、訪問看護師や診療所のプライマリ・ケア専門ナースなどもアクセスできる。2次、3次医療についても、最近は入院する時、病院から診療所の情報にアクセスできるケースが多い。退院時は、印刷された退院サマリーが次の日、病院から診療所に郵送されるシステムになっており、診療所ではそのサマリーがスキャンされ、電子カルテに取り込まれる。

- ▽ イギリスには電子カルテの会社が複数あるが、最近では2つの会社を作っている電子カルテのソフトウェアが主流で、英国内人口の95%をカバーしている。最近になってこの2つのシステムが互換するようになった。これらの電子カルテは時間外診療サービスでも使われるようになり、例えば私が診ている患者が週末土曜日の深夜2時に時間外診療サービスに電話した場合、時間外のケア提供者は「3日ぐらい前に肺炎の症状で澤先生にかかりましたね。電子カルテを見ると、あなたはCOPDを抱えており、ペニシリンのアレルギーがあるということですが、この情報は正しいですか?」といった具合に一括管理された情報をシームレスに把握できる。

6. 生活を支える（生活支援、介護）

- ▽ 第6に、患者の生活に寄り添い支えること。これは「ソーシャル・プリスクライビング」と呼ばれる手法で、薬剤ではなく、社会的な課題解決を処方するという意味。私の診た患者を例として挙げると、在宅医療で診ていた80歳女性のケース。その女性は1人暮らしで、「ロンドンに住む家族が電話をくれるが、なかなか会えない」と訴えた。イギリス人は内心寂しいと思っても、遠方の家族に迷惑がかかるからと、家族が電話で「何か問題ある?」と聞いても、「全然何の問題もないから」と元気に装う人がいる。この女性は週に1回必ず「首が痛い」「腰が痛い」のを理由に在宅医療をリクエストしていた。私が自宅に行った際、「たくさん喋る人。寂しいのかな?」と思って聞くと、やっぱり「寂しい」と泣き出した。そこで、「何かしたいことはありますか?」と聞くと、「とにかく人と喋りたい」ということだったので、読書クラブやランチクラブへの紹介といった社会的処方を行った。すると見違えたように良くなり、その人からは在宅医療のリクエストが全く来なくなった。私としても「効果があったのかな」と思っている。

- ▽ 介護、リハビリテーションも患者の生活を支える上で必要不可欠。イギリスのプライマリ・ケアでは訪問介護士、訪問栄養士、訪問PT/OT、ソーシャルワーカーなどの存在が大きい。GPは必要に応じて、これらの多職種と連携する。

7. 地域を守る（健康増進、予防）

- ▽ 7番目は、健康増進や予防を能動的に行い地域を守るということ。イギリスで使用され

ている電子カルテの特徴として、医療情報がコード化されており、例えば私の診療所では登録している約 8500 人の住民のうち、高血圧を抱えている患者数が 1500 人ぐらいと把握できる。また、高血圧を持った 1500 人のうち、血圧が 150~90 以下にコントロールされている人は 80%に当たる 1200 人といった具合に、地域の予防が上手く行っているのかが分かる。QOF と呼ばれる業績払いはインセンティブを与えるシステム。

- ▽ インフルエンザワクチンも同様。イギリスの医療は公共財として扱われており、基本的には希望者全員ではなく、医学的に必要とする人だけに打つ。私みたいな若い人に打つても、殆ど効果がないというエビデンスが出ており、最も効果があるのは 65 歳以上の高齢者や、若くても喘息などの慢性疾患を持っている人などハイリスクの人達。電子カルテを使うと、例えば 8500 人のうちハイリスクの人は 2500 人といった形で把握できるので、そのような住民に手紙を送り、診療所の看護師が外来患者に注射を打つ流れになっている。この結果も電子カルテを通じて把握されており、最終的に診療所に入る QOF の収入を左右する。

8. 資源の無駄を抑える（費用対効果）

- ▽ 資源の無駄を抑えるのもイギリスのプライマリ・ケアの特徴。NICE ガイドラインは有益な存在で、薬や検査など有効性だけでなく、費用対効果といった経済面も評価してくれる。例えば、コレステロール値が高いと心筋梗塞や脳梗塞などの病気になるリスクが高まるので、コレステロール値を下げる効果がある「スタチン」という薬を使っている。しかし、スタチンと言っても種類が多く、例えば Simvastatin（シンバスタチン）という薬を 40 ミリグラム処方すると、悪玉コレステロール値が平均で 37%減少するとされる。この薬は 1 カ月処方すると£1.03（約 170 円）かかる。他方で、Rosuvastatin（ロスバスタチン）という薬を 10 ミリグラム処方すると、同値が平均で 43%下がると期待されている。1 カ月当たり£18.03（約 3000 円）かかる。限られた資源を有効活用する上で、どちらを処方するかについては、NICE ガイドラインが「シンバスタチンを第一選択薬として処方して下さい」と推奨している。
- ▽ また、電子カルテには Script Switch（スクリプト・スイッチ）という機能が備わっている。後発医薬品が多く流通しているが、同じ薬品でも名前が違う。例えば、「Desogestrel」（£8.47、約 1400 円）という薬はピルの 1 つで、避妊したい人や生理が重たいという人に対して処方することが多い。しかし、「Cerelle」という薬は同じ中身でも、価格は£4.30（約 700 円）なので、半額程度で同じ効果が期待できる。そこで、「Desogestrel」を処方しようとする、「同じ中身でより安価な薬がありますよ。こっちにしませんか？」というメッセージが画面上に表示される。

- ▽ 薬剤処方において外部監査が入るのもイギリスのプライマリ・ケアの特徴。「Medicines Management」と呼ばれる独立機関から薬剤処方の監査が入り、他の診療所と比較した上で、フィードバックと指導が入る。例えば、Ezetimibe（エゼチミブ）というコレステロール値を下げる薬については、その有効性に関して信頼性の高いエビデンスが不足しており、NICE ガイドラインでは使わないよう推奨している。具体的には、「Medicines Management」は地域に散らばる約 40 の診療所の取り組み状況を比較した上で、「これはエビデンスに基づいていないので、この薬の処方はできるだけ止めて欲しい。他の診療所と比べると、あなたの診療所は平均以上にこの薬を処方しているみたいなので、また 1 カ月後に来て、もう一度審査させて頂いても宜しいでしょうか？」とチェックが入る。

- ▽ 受療行動の最適化を図るという点も、イギリスのプライマリ・ケアの大きな役割。最近では救急センターに患者が押し寄せていることが社会問題となっているが、実際には 25% 程度がプライマリ・ケアで十分対応できるというコンセンサスがある。私の診療所での取り組みを例に挙げさせて貰うと、電子カルテを使って診療所に登録している約 8500 人のうち、頻繁に救急センターを利用している人を抽出する。その上で、診療所から手紙を送り、「最近調べたところ、ここ 1 カ月で 5 回ぐらい救急センターに行っておられるみたいで、何かあったのかとこちらも心配しています。健康に何か問題がありますでしょうか？」と聞く。すると、そういった人達は移民や教養レベルが低い人が少なくなく、「医療サービスの使い方が分からず、混乱して救急センターに行った」という答えが多い。そこで、私達が「もし何かあったら診療所に電話してくれれば、喜んで相談を受けますので是非お願いします。診療所が閉まっている時でも診療所に連絡して頂けると、時間外サービスに自動的に繋がるようになっていますので、気軽に連絡して下さい」と教育する。これだけでガラッと変わる。

(病院基盤とプライマリ・ケア基盤のヘルスシステムの違い)

- ▽ 病院とプライマリ・ケア基盤のヘルスシステムの違いは、国際的には以下のように挙げられている。病院基盤のヘルスシステムについて、(1) 病気・治療のみに重点を置く、(2) 診察時の時のみに関係性が限られる、(3) エピソードごとの治療的ケア、(4) 診察時の患者へのアドバイスに限定される責任、(5) ケアを商品として購入する消費者—の 5 つの特徴がある。

- ▽ 一方、プライマリ・ケアを基盤とするヘルスシステムの特徴としては、(1) 健康に関するあらゆるニーズに重点を置く、(2) 持続的な個人的関係性を重視する、(3) 包括的、継続的、人間を中心とするケアに力点を置く、(4) 医師はコミュニティの全構成員に関する健康と健康の決定要因に対して責任を持っている、(5) 住民は個人とコミ

ユニティの健康に責任を持つ医療のパートナーの5つがある。

(プライマリ・ケアの科学的根拠)

- ▽ プライマリ・ケアが優位となっている理由としては、人間中心性、ケアの継続性、包括性、ジェネラリストの存在、かかりつけ医機関の存在が挙げられる。
- ▽ まず、人間中心性とは、患者を主体としたケアを意味しており、消費者中心とは似て異なる概念。イギリスでは、「患者中心の医療面接」を通して、その提供にGPが深く関わっている。人間中心性がケアに与える影響としては、「より良い治療効果と人生の質の確保」「患者が抱える問題の精神的側面へのより良い理解」「コミュニケーションに対するより良い満足度」「自己の問題に対するより多くの自信」「より高い信頼と治療遵守率」「予防と促進的ケアのより良い統合」が挙げられる。
- ▽ さらに、ケアの継続性は、患者を継続的に診ることで、(1) 情報、(2) 時間軸、(3) 個人的な関係性の3つで構成されている。継続性がケアに与える影響としては、「全死因死亡率の減少」「ケアに対する良いアクセス」「より少ない入院」「専門医の負担減少」「救急センターの負担減少」「医療介入による有害効果のより良い早期発見」が挙げられる。
- ▽ 包括性とは、健康増進、予防、治療、リハビリ、支援的ケアなど、身体的、精神的、社会的な側面から住民のあらゆるニーズに対応することであり、「健康指標のさらなる改善」「より頻繁な予防ケアの利用」「慢性疾患の予防可能な合併症による入院数の減少」などの効果が見られる。
- ▽ ジェネラリストとはあらゆる問題に総合的に対応する医師。ジェネラリストがケアに与える影響としては、「スペシャリストよりも、一般的な重篤な疾患を診断する確率が高いか、もしくは同水準」「ジェネラリストはスペシャリストよりも臨床ガイドラインの適応に時間がかかるが、スペシャリスト同様に臨床ガイドラインに忠実」「体に負荷を与える医療的介入の減少」「より少なく、より短い入院」「予防ケアに対するより多くの重点」「スペシャリストと同様の健康指標とより高い患者満足度を、少ない医療費で達成」「より少ない医療費とより質の高い医療」などが挙げられる。
- ▽ かかりつけ機関とは、持続的な信頼関係を構築するためにケア提供者と利用者との間で定められた習慣的な接点であり、具体的にはケアへの窓口を1つにすること。かかりつけ機関の存在がケアに与える影響としては、「より高い患者満足度」「より良いコンプライアンスとより少ない入院」「専門医と救急センターの負担減少」「より効率

的な資源の活用」「健康問題の精神的側面に対するより良い理解」「青年期までにおける予防ケアのより多くの活用」「過剰治療の減少」が挙げられる。

- ▽ 最後に、世界は今、人口の高齢化や都市化、ライフスタイルの欧米化、慢性非感染性疾患の増大、多くの疾病罹患を抱える患者数の増加、地域を診る視点の台頭、健康・社会格差の増大、細分化医療への過剰依存、ケアの分断化、ケアシステムの無秩序な市場化、ケアの非人間化、財政的状況の悪化、高度化・多様化する社会の期待、変わりゆく価値観（治療からケア、延命から人生の質の向上、医師から患者主体へ）など様々な課題に直面している。こうした共通の課題に対して、プライマリ・ケアが指導的立場に立っている。近年の世界的潮流は「病院から地域へ、治療から予防へ、医師単独からチームケアへ」のパラダイムシフトであり、病院基盤型からプライマリ・ケア基盤型のヘルスシステムに転換である。「必要な時に、適切な場所で、最小の費用で受けるケア」の提供を可能にする「新しいシステム」の構築が求められている。

【質疑応答、意見交換】

（GPの教育と資質）

- ▽ イギリスでGPとして働くには、プライマリ・ケアを専門とする国際的には「家庭医療科」と呼ばれる診療科での専門医資格、いわゆる「家庭医療専門医」を取る必要がある。その資格を取るためには、まずは「家庭医療後期研修医」になる必要があるが、誰でも希望通りになれる訳ではない。初期研修プログラムの卒業生約8000人、他科からの転科を望む医師、そして海外の医師のうち約6000人が毎年約3000枠設けられた家庭医療後期研修プログラムに応募している。家庭医療後期研修医になるには選抜過程をパスする必要があり、筆記試験だけでなく、医療面接などを試験することで、コミュニケーション能力も審査される。さらに、後期研修医になって3年目の時に筆記試験、患者を診る臨床試験といった家庭医療専門医試験に受かる必要があり、臨床試験ではコミュニケーション能力が重視されている。患者のボディランゲージや、言葉の表現、トーンといった一見ちょっとしたこと、でも重要なヒントになり得ることに気づかないと受かるのは難しい。近年では、国際的なプライマリ・ケアの台頭と並行して、家庭医療科も人気がある。
- ▽ 重要なのはコミュニケーション、医療面接の方法。これは「学問」として教わる。例えば、「医師Aは性格がいいよね」「医師Bはコミュニケーションができるからいいよね」という単なる人間的評価ではなく、例えば人格、コミュニケーション能力に問題があるとされる医師がいたとしても、専門資格を取るためには同様な手法ができると証明しなければいけない。つまり、プライベートでは性格が一般受けしなかったとしても、その道のプロとして、仕事場では最低限の水準を満たすように育成される。

- ▽ 家庭医療後期研修医の選抜試験に通らなかった医師約 3000 人については、「家庭医療科に入れなかったら内科医になる」「救急医になる」といったバックアッププランを作っている人もいる。でも、1年経ったら再び応募できるので、内科医の後期研修1年目になりつつ、「やっぱり内科はどうも…」と考えて、翌年に同じ試験に応募するケースもある。

- ▼ 診療所を視察している際、たまたま澤氏の同僚と雑談できる機会があり、「澤氏は住民に人気か？その秘訣は何か？」と聞いたところ、「住民に人気だ。その秘訣はフレンドリーだし、正直で自分の限界を知っている」と話していた。つまり、自分にできないことは「分からない」と言うので、周りや患者から信頼されると言っていた。その時、コミュニケーション能力が GP の大切な要素であることを感じた。

- ▼ 最も良い医者は普通の常識人。むしろ、私は「ジェネラリストの方が偉い」と思っている。私は肺がんばかりやっていたので、他のことを良く知らない。しかし、日本は専門馬鹿を尊敬し過ぎる傾向があり。私が「肺がん以外は全部素人」と言っても、皆さんは「肺がんの方法で他の臓器も診ることができる」と誤解されている。そこで、大事なのは卒後教育。厚生労働省が進めようとしている「総合診療医」は専門馬鹿の分野を引き出す中身になるのでは。アメリカの資料などを見ると、他の専門分野とのコミュニケーションや、家族・地域の健康管理や健康増進ができることをメインに書いており、診察や治療は後の方に書いている。ただ、日本の家庭医療は最初の部分が抜けている。

- ▽ イギリスの家庭医療科の後期研修の期間は3年で、今後4年になる予定。その教育は2次医療レベルの病院18カ月、診療所18カ月に分かれていて、6カ月ごとのローテーション。病院での診療科の選択は柔軟で、初期研修の時に内科を重点的に研修した人は産婦人科に行ったり、小児科に行ったりして、今までの経験に応じて、自分の好みのローテーションに応募できる。診療所は必ず家庭医療専門で、家庭医療専門医資格を持ち、医学教育のトレーニングを受けた指導医が1対1で手厚く教育してくれる。私はスパルタ的な先生から知識、技能だけではなく、家庭医としての考え方や姿勢を徹底的に教わった。私も最初、診療所に来た時はホスピタリスト(=病院医)的なマインドを持っており、診断をやりたがった。例えば、チョットした1週間のめまいで他に重要な症状がない時も、診断名や病名を付けたくなったり、色々と検査をやりたがったりするなど疾患中心のスペシャリスト的な医療をやっていた。しかし、指導医からは「プライマリ・ケアでは不適切。ジェネラリスト特有のやり方がある」と教えられた。

- ▽ 患者中心の医療面接については1つの専門性として学んだ。1対1の面接を動画で撮っ

た後に指導医にチェックして貰い、「何故患者さんが喋っているのに、電子カルテを書いているのか?」「患者さんが診察室に入ってきた時はニコリした方が良いのでは?」「患者さんが喋っている時、初めの2分間ぐらいはオープンにした方が良いのでは?」「患者さんに質問しても、帰ってくる答えはあなたが知りたいことでしかない。でも、本当に知りたいのは患者さんが伝えたいと思う情報。だから初めの2~3分間は黙って聞いた方が良いのでは」といった具合に教わる。例えば、医者が患者に「不安ですか?」と聞いた時、患者は「不安じゃない」と言ったとする。しかし、それだけでは不十分で、「言葉とボディランゲージは確実にマッチしてないことに気付いたか」と指摘される。例えば、「不安じゃない」と2回言ったのであれば、「それ自体がヒントになっているのでは」など、多くのトレーニングを受ける。

- ▽ 在宅医療の研修としては、後期研修医になると「在宅医療に毎日行って来い」と言われる。初めは肺炎の患者を一軒回するような簡単な診療から始まり、後期研修3年目になると難しいケースが回って来て、倫理的なトレーニングも受ける。例えば、末期癌がさらに進んで、意識障害に陥り、自分の希望を伝えることができない人のケース。その人は以前から「最期を家で迎えたい」と思っていたが、今はそれを伝えることができない。2人の娘のうち1人は希望に沿いたいと思っているが、もう1人は「何かあったら病院に連れて行って欲しい」と思っており、いつもケンカしている。そういった中で私が自宅に行くと、価値観のギャップに遭遇する。そういった時に医師としてどうするか、倫理面のトレーニングも受ける。
- ▼ 日本の診療所は若い学生が学ぼうとしても、教育できる診療所が殆どないのではないかと。厚労省が「在宅療養支援診療所」を作って誘導しているが、一体何処でそういう教育をするのかと疑問。
- ▽ イギリスのGPは地域におけるリソースの管理、地域住民の健康増進や予防に明確な責任を持っており、この点については国際的にユニークな存在ではないか。その中で、個人の利益と地域の利益が対立する時がある。例えば、ある患者が長く使っていた高血圧の薬について、NICEのガイドラインで「費用対効果が悪い」「別の薬が高い費用対効果を得られる」というデータが示された場合、患者から「ここ何年間もずっと飲んでいなのに、何で変えたのか?」と問われたとする。これに対し、GPと患者の間で「医師：こちらの薬の方が費用対効果が高い」「患者：私には費用対効果なんて関係ない」というやり取りが交わされると、私の経験では8割ぐらいの患者が「分かりました。確かに大切です」と分かってくれる。しかし、残りの2割は「周りなんてどうでもいい。望んでいる薬が欲しい」と答える。すると、GPとしては、リソースが無駄に使われている」と頭の中では思いつつも、「分かりました。では、元に戻しましょうか」と判断す

るケースが多い。

- ▽ 診療所へアクセスする際、患者の待ち時間は訴えている健康問題で変わる。例えば、私の診療所受付に電話する際、「今朝起きたら頭痛」という訴えは早目に対応する。しかし、「いつも取っている高血圧の薬が今日リミットを迎えたので、今日行きたい」というケースの場合、「今日血圧を測ることができなくても、医学的には全く問題ない。診療所に来なくても、いつもの薬を送るから数日後に来て頂けますか?」といった回答になる。オンコールの GP についても、全ての患者が当日その医師に相談するわけではない。例えば、電話の問い合わせに対し、診療所の受付が「生憎、今日は予約枠が一杯になりました。明日ならば空いていますか、どうですか?」と言うと、「今日対応して欲しい」と患者が希望されるのであればオンコール GP に回され、「明日でもいいです」と言えば明日の対応になる。もし「今日中に医師にかかりたい」という場合、オンコール GP が電話で「どうしましたか?」と聞く。大体オンコールの時は 30~60 人ぐらいの患者に電話相談を提供している。その人の訴えによって疑われる問題が違うので、例えば「お腹が急に痛くて。診て欲しいんですけど、電話したら予約がもう既に詰まっているみたいで」という訴えの場合、イギリスでは「腹痛は必ず相対で診た方が良い」とされるので、「30 分後に診療所に来て頂けますか。私が診ます」という形で対応する。しかし、「発疹が 2 週間ほど出ており、ずっと痒い」という訴えの場合、「そうですね。痒いのだったら今日かゆみ止めの薬を出しますね。でも、実際に診るのは明日でも良いですか?」といった形でトリアージする。
- ▽ 外来での診察時間については、基本的に 1 人当たり 10 分。でも「診断書を書いて下さい」と言って 2 分で終わる人もいれば、逆に 20 分を費やす患者もいる。診察時間 10 分は概ねのメド。
- ▼ 日本の病院では 1 時間 6 人 10 分になっているが、自分の枠は自分の医者自身で決められるようにしている。そうすると、約束の患者を 10 人ぐらい入れているのが当たり前。だから 60 分で終わらないように最初から組まれている。このため、13 時という予定が平気で 15 時、16 時にずれ込む。しかも昼休みがない。だから私のがんセンターに在籍している時、1 時間 6 人をキチンと守って、12 時にも患者の予約を入れなかったのに、キチンと昼飯を食べられた。アメリカでもヨーロッパでも 10 分単位だが、昼の 12 時には予約を入れないので、昼のカンファレンスも 12 時~13 時に集まれる。しかし、日本では医者が「自分の枠は自分の物だ」という感覚で公共性を持っていない。「これは公共物」と思えば、6 人以上の患者を絶対自分の枠に入れたらダメ。
- ▼ イギリスの GP は「二重スパイ」。政府の手先になるし、患者の代理人も果たす。「ス

パイをどう設計するか？」という知恵が世界中に余りない中で、イギリスは上手にやっている。

- ▼ 昔、「イギリスのプライマリ・ケアは質が悪い」と言われていた。しかし、仕組みを上手く作り上げており、医療制度改革で立ち直りつつある様子を実感した。それと NICE や QOF のような抽象的な存在が実際に医療の場面で、どう関係しているのかが分からなかった。患者中心の医療も具体的に現場に生かされていると知って驚いた。

(他の医療機関、専門職との連携)

- ▽ 2次医療に紹介する際、昔は病院を選べなかった。ブレア政権が「患者中心の医療サービスを提供する」と公言し、「情報を提供して患者に選択の自由を与える」という方針を掲げた。最近では病院でも五つ星でランク付けされており、各病院への待機時間も把握できるので、これを基に患者が自由に選べる。例えば、私の勤める診療所の近くには病院が3つぐらいあり、私が紹介すると患者にパスワードが渡され、インターネットで予約できる。その際、待ち時間が「2週間」「3週間」「4週間」といった感じで、3つの病院に関するデータが出て来るので、どれが良いか選べる。
- ▽ 以前のイギリスは、医師主体による医師単独のケアだった。しかし、いつからか分からないが、看護師の権限が拡大されており、診療所では欠かせない存在。私の診療所に勤める GP ナースは経験豊かで、6カ月間毎の研修を経てイボを取る簡単な治療行為だけでなく、慢性疾患の指導や処方もしている。自分の診察室を持ち、独立した専門家として診察している。
- ▽ GP も多職種連携に理解がある。実際、ベテランの看護師から「最近の若い GP は違う。昔の GP と比べて親しみやすい。フラットに話してくれるし、名前も覚えてくれる。分からないことは分からないと何でも聞いてくれる」という感想を耳にする。近年の GP は「シェアード・リーダーシップ」という概念の教育を受けて、リーダーシップはシェアされるべきだと考えている。例えば、私が働いている診療所のナースはピルなどの避妊方法について熟知しており、私が処方する時に分からないことがあったらそのナースに相談するようにしている。私が GP ナースに教える時もあり、お互いがお互いを尊敬し合っていると感じる。薬剤師に連絡を取って、薬のことでコンサルする場合もある。かなりフラットな関係。でも、「あれ？」と感じるシニアな GP に時々遭遇する。
- ▼ 日本の場合、他の職種を使っている大半は病院。このため、そこから新しく開業した若い医師は結構チーム診療をやっている。人工透析では多職種連携が増えている。

- ▼ 末期がんの緩和ケアについて「Gold standard framework」という多職種連携のフレームワークを視察中に何度か耳にした。日本でも病院から在宅に繋ぐパスのマニュアルが作られているが、イギリスでも患者の状態に応じて、「こういうやり方をやりなさい」というマニュアルが整備されている。

- ▽ Gold standard framework は末期のがんを抱える患者を対象にしており、私の診療所では現時点で 15~20 人ぐらいの患者を診ている。そういった人に対して訪問看護師や緩和ケア専門のナースが診療所に来て、患者の名前をボードに書いて状態に応じて信号のように 1 人 1 人を議論して、色分けしていく。例えば、「この人は最近安定しているから緑」「この人は毎日、集中的な治療を必要とするから赤」といった具合。その上で、「赤の人には緩和ケア専門のナースが毎日行き、訪問看護師をバックアップして下さい」「GP も伺います」といった形で連携している。

- ▽ イギリスはホスピスが充実しており、私の地域でも診療所から数分離れたところにある。例えば、「痛みが酷くなってきた」「吐き気がする」「食欲が無い」「便秘気味」といった基本的な症状は GP が対応するが、「胸に水が溜まったので抜く」といった治療は 2 次医療レベルになるので、近くのホスピスに紹介することになる。遠く離れた、かつ無機質な雰囲気のある病院ではなく、患者の家の近くで家族とともに、温かい雰囲気の中で緩和ケア専門の手厚いケアを受けることができるのは素晴らしいことだ。

- ▽ 一方、介護・福祉政策を所管する自治体との繋がりにはイギリスの弱みかもしれない。ヘルスケアとソーシャルケアが今まで別々に発展してきたため、専門職同士で同じ言葉を使わず、ソーシャルワーカーはチームケアの重要なプレイヤーにもかかわらず、GP と同じ診療所に在籍していない。このため、ヘルスケアとソーシャルケアの垣根を超えて、ソーシャルワーカーと連携する GP や訪問看護師の存在がイギリスでは極めて重要な存在となっている。例えば、自宅を訪問した際、家がボロボロだったり、暖房がつかなくなったり、父親が 5 歳の娘を叩いたりしている場合、自治体のソーシャルワーカーと連携するようにしている。これに対し、オランダは診療所にソーシャルワーカーが所属している。GP やプライマリ・ケアが普及している点で、イギリスはオランダと近いものの、ヘルスケアとソーシャルケアが単なる連携ではなく、「統合」されているのではと感じた。オランダの診療所を見学して驚いた。他方で、ソーシャルケアとの繋がりを今後の大きな課題として認識し、手を打ち始めている点に関しては評価したい。数年後にはヘルスケアとソーシャルケアがいよいよ統合される予定で、来年はそのパイロット事業が私の地域でも始まる。最近では子供保護活動 (Child Protection) や、訪問 PT/OT などの情報も電子カルテで共有されるようになっており、確実に歩み寄っている。

- ▼ 助産師の関係では日本も昭和 30 年代ぐらいまで出産は産婆だった。しかし、何故か病院を信用し、助産師が殆どいなくなった。往診や助産師は元来、家庭医の原型。日本は全部崩れているので、新しく作るのは大変。厚労省は金（＝診療報酬）で誘導することで、病院の外来を減らして診療所に送ろうとしているが、今は受け皿が殆どない。経験的に 30～40 年やっている中で地域から信頼を受けている先生は散見されるが、もう 10 年も経てば先生が一線を退く。このため、専門医志向の不具合な開業医だけが残りそうな状況に危機感を持っている。プライマリ・ケアを徹底しているイギリスが羨ましい。
- ▽ 歯科はプライマリ・ケアの定義に含まれており、自宅まで訪問してくれる。しかし、GP と歯医者は余り連携していない。例えば、「歯が痛い」という訴えで患者が診療所に来て、注意深く口の中を見ると虫歯になっている。「私はドクターで、歯医者ではないから、歯の治療は難しい」と言うと、そこで患者も気付く。患者が「歯医者に登録していないけど、どうすればいい」と聞いて来ると、「この番号に電話して、緊急の歯医者さんと連絡を取って欲しい」とお願いする。一方で、訪問看護師、訪問介護士は歯医者との距離が近い。例えば、「患者の口が臭う」「口を開けてみると虫歯がいっぱい」といった事例の時、各自が歯医者に患者を紹介し、歯医者が自宅に来てくれるような流れになっている。
- ▼ 日本は今、誤嚥性肺炎による重度化を防ぐ観点で、口腔ケアを強化しようという流れだが、確かに認知症の人に対するケアを示した NHS の連携図に歯医者が入っていない。
- ▽ 私の診療所に隣接している薬局は 1 日 6 回ぐらい配達しており、1 回の配達ごとに車の後部に薬をたくさん積んで回っている。
- ▽ イギリスの地域薬剤師はプライマリ・ケアチームの大切な一員で、薬剤処方について GP を手厚くサポートしてくれる。例えば、GP が「A と B という薬を出す」と処方を書いても、GP が知らない相互作用の可能性もある。そういう場合は危険性を知らせるリマインダーが電子カルテ上に表示されるようになっているが、薬剤師からも問い合わせが来て、二重のチェックが入る。もう 1 つの例としては、間違った薬の容量を GP がうっかり処方した時。赤ちゃんや子どもの年齢や体重に応じて薬の容量も変わる。もし GP が間違った薬の容量を処方したとすると、「さっき生後 1 カ月の赤ちゃんに出した薬の量が 1 歳児用になっていますが、これでよろしいでしょうか？」という問い合わせが薬剤師から来る。GP としては常に細心の注意を払って処方しているが、人為ミスは必ず起こるため、セーフティネットとしての薬剤師の存在は大きい。
- ▽ 処方のやり方としては、最近では「Electronic Prescription Service」という電子処方サ

ービスが普及している。患者から電話で「自宅の近くにある薬局に私の薬を送っていただけますか？」とリクエストが入ると、GP が電子カルテを使って、指定の薬局に処方箋のデータを送るようになっている。現在では多くの診療所でこの手法が導入されており、私の診療所も来年の始めから電子処方サービスをスタートする予定。

- ▼ 日本では原則として薬剤の対面販売が義務付けられており、薬のインターネット販売が漸く部分解禁される程度に過ぎない。しかし、対面は記録が残らない。パソコンを使えば必ずデータが残るし、データで送った方が早い。

(Clinical Commissioning Group の影響)

- ▽ イングランドでは 2013 年 4 月に新しい取り組みが始まり、イングランドの診療所は必ず「Clinical Commissioning Group」と呼ばれる組織の傘下に入るようになった。CCG はその地域に合った医療サービスを委託する「地域医療マネージャー」のような存在で、イングランド全体で 211 の CCG がある。1 つの CCG は平均で約 23 万人の住民を担当すると報告されているが、私の地域の CCG は約 35 万人の住民を担当しており、約 40 の診療所を傘下にしている。CCG は診療所だけではなく、基本的に病院、産科ケア、メンタルヘルスなど、全てのヘルスケアの提供の調節に責任を持っている。NHS の総医療費の約 6 割のやりくりを担当している。以前は似たような機関として「Primary Care Trust」が存在したが、現在は「Clinical Commissioning Group」が後継として機能している。移行期には「GP Consortia」とも呼ばれた。CCG の大きな特徴は、地域のニーズを最も良く理解している GP が CCG の運営を任されていること。その背景には、PCT に NHS の総医療費の 10% という多くの資源が注ぎ込まれていたにも関わらず、現場への理解が欠ける PCT のスタッフが必ずしも地域のニーズに合わないトップダウンの運営を繰り返していたことが挙げられる。CCG の運営委員会のメンバーの多くは GP だが、その他にも病院の上級医、看護師、患者代表も同じテーブルに座り、各地域に合ったサービスを効率的に提供することを目的としている。例えば、私の診療所がある町は、他の町に比べて貧しい人が比較的多く、肥満が特に問題。CCG は肥満解消に繋がるクラブや無料の運動プログラムを作成、提供してくれることで、この地域の特定のニーズに応える。
- ▽ CCG は診療所での診療内容にもチェックを入れる。例えば、「あなたの診療所は過去 3 カ月で皮膚科に 50 人ぐらいの患者を紹介したが、これは同じ地域の他の診療所と比べて明らかに多い。これは何故でしょうか？」という具合。外部からの監査が厳しく、その都度適切にフィードバックが帰ってくるシステム。
- ▽ CCG の傘下に「Medicines Management」と呼ばれる組織が存在し、地域に散らばる

診療所での薬剤処方の状況を監査している。エビデンスに基づいていない処方や、エビデンスに基づいていたとしても費用対効果の低い薬剤にはフィードバックが入る。診療所のベテラン GP の許可を得ることで、電子カルテの遠距離操作を通じて、あちらが患者の薬を適切に変更できるようにもなっている。しかし、各患者への個別化されたケアはプライマリ・ケアの特徴でもあるので、一見不適切に見える処方でもその行為を正当化できれば、Medicines Management の指示に従う必要は無い。

(NICE ガイドラインの影響)

- ▽ NICE ガイドラインは GP にとって重要な存在。ガイドラインという性格上、法律的な縛りはないが、信頼性の高いエビデンスに基づく費用対効果の高い検査や治療は、日々の診療の大きな羅針盤となっている。家庭医療専門医試験の筆記試験、臨床試験とともに、最新の NICE ガイドラインに基づいた治療方法を知っていないと、受かるのは難しい。NICE ガイドラインは頻繁にアップデートとされるので、多くの GP は研究日を取って勉強会に参加したり、診療所で定期的な勉強会を行ったりしている。
- ▼ 患者や地域住民が診療所を自己選択できる点で、良い所は残るという準市場、規制された競争を導入して制度設計されている。しかし、新規参入が入って来ないと競争や営利が成り立たない。要は飽和状態になると競争原理が働かず、質の向上が上手くいかない。そこで NICE が出て来る。日本的な病床規制ではないという印象を持った。
- ▼ 日本もイギリスも国家が行政的な責任を明確に持っており、日本では戦時中に全部国家の下に統制された。その結果、プロフェッショナルによる自己統制まで行政化しており、その反動で国家とプロフェッショナル (= 医師などの専門職) の関係が非常に良くない事情がある。日本の場合、行政的な意思決定を下しても実行させるのは難しい。結局、診療報酬という経済的なインセンティブしかプロフェッショナルを合意形成に巻き込めない。NICE のようなパートナーシップが取れておらず、プロフェッショナルが国策に上手く参入できていない。
- ▽ 実際に英国の診療所で働いていると、CCG、Medicines Management、NICE ガイドライン、GP Patient Survey、CQC、電子カルテを共有している同僚の GP やナースなど、周りから常にモニタリングされている感覚を持っている。さらに、患者の常薬も、オンコールの GP が定期的にチェックしているので、「あれ？」と思えば、いつでも注意喚起できる体制になっている。
- ▼ 日本で入院日数当たりの診療報酬を定める DPC (診断群分類) を 2003 年度に始めた際、大学病院の在院日数が平均で 24 日、最低で 21 日、最長 39 日。私の所属していた病院

では平均在院日数が 11 日だったため、本来は圧倒的に私の所属する病院が有利だった。しかし、国が「前年の収入は最低限保証するから安心して下さい」と言っていた。イギリスみたいに「何故こんなに長いのか？」という追及は一切なかった。そこが最初から違う。それが前年の収入を保証する「調整係数」が導入され、今も形を変えて続いている。金銭による経済インセンティブだけで誘導しようとするスタンスは当時から。このため、外来も診療所を金だけで誘導しようとしている。診療所の質を高めて国民が信頼するような動きが全く見られない。病院を第 3 者評価する「日本医療機能評価機構」の資料を幾ら読んでも、国民の観点に立った視点は出て来ない。

- ▽ 診療所の数は「地域医療マネージャー」である CCG によってコントロールされている。CCG が地域の医療ニーズを把握し、それに合ったサービスを提供する。昔は多くの診療所が GP 1 人で開業するソロプラクティスだったが、200 人以上の患者を殺害した GP のスキャンダルが 10 年ぐらい前に発覚し、「GP が 1 人で開業すると、どうしてもブラックボックスになる」という認識が広がった。それによって、グループ診療の必要性が高まり、ソロプラクティスの診療所が積極的に統合された。最近では 1 つの診療所に概ね 5 人ぐらいの GP が在籍し、平均で 6600 人ぐらいの住民を担当している。診療所は大型化している。
- ▼ 経済的なインセンティブだけでなく、自分達の自己統制やチェック機構についても様々なガバナンスが掛かっているシステムと言える。

(診療所の経営)

- ▽ イギリス GP の約 80%は雇う側で、「GP partner」と呼ばれている。例えば、私の診療所では、雇われる側の GP は私だけで、他の 4 人が雇う側の GP。雇われる側は「Salaried GP」と言う。概ね若い GP は最初、雇われる側として複数の診療所を経験し、時間が経つにつれて最終的に自分の好みの診療所を選び、雇い側になる。GP partner は診療以外にも診療所の経営に関わっており、スタッフを雇用する立場。経営に関しては、「Practice manager」と呼ばれる経営のプロを雇用してサポートして貰う。
- ▽ 診療所の登録人数に上限はないと思う。診療所から見ると、GP Patient Surveyなどでキチンと成果を上げることで、住民に選ばれることが収入の増になる。
- ▽ 住民からの人気がなく診療所が潰れたという話は聞かない。患者それぞれの好みに個人差があるし、イギリス人は口コミをあまり気にせず、自分で判断する傾向が強いと感じている。

- ▽ 雇われる側の GP が診療所を辞めるのは簡単。3ヶ月前に「辞めます」と言えば辞められる。時間外診療専門の GP も時間外サービスを提供する会社に雇われている身なので、基本的には同じ。しかし、難しいのは GP partner と呼ばれる雇い側。雇い側になる時、多額のお金を注ぎ込んで投資しているケースが多く、「辞めます」と言っても「今まで投資したお金はどうするのか」と事が複雑になる。イギリスでは GP partner になることは結婚することと一緒にだと思われている。だから GP partner になる前に深く考える。

- ▽ イギリスの GP は国家公務員ではなく、国から一定の距離を保った1つの専門医集団としての独立性と自主性を維持している。GP の給料は自ずと地域や各診療所によって違ってくる。診療所に入ってくる報酬は登録されている住民数や QOF の良し悪しによって変動する。雇われ GP の給料も一律に決まっている訳ではなく、各 GP のこれまでの経験や能力の高さ、そして交渉具合によって決定される。診療所の受付やナースなども GP partner によって雇われる側だが、他の職種については給料がどう決まっているか詳細には分からない。

(東京財団研究員兼政策プロデューサー：三原岳)