

# 英国GPが考える日本の保健医療システムの可能性

澤憲明

英国家庭医療専門医

General Practitioner

スライド数**41**枚

第8回新たな医療の在り方を踏まえた  
医師・看護師等の働き方ビジョン検討会

2017年1月16日17:00～19:00

# 今日の流れ

## ① 英国の保健医療システムとGP

- ・ NHSの基本理念とプライマリ・ケア
- ・ General Practitionerとは
- ・ 家庭医の立ち位置

## ② ワークライフバランス

- ・ 女性医師・GPの割合
- ・ グループ診療
- ・ 時間外専門サービス

## ③ GP専門医教育

- ・ 非選択的かつマルチな診療
- ・ アドボケイトとしてのコミュニケーション技術
- ・ ゲートオープナーとしての専門性
- ・ 基本領域としての学術的領域

## ④ 受診ニーズに応じて適正化されたサービス提供

- ・ 多職種との役割分担
- ・ ニーズとリスクの程度に応じたサービス提供方法

## ⑤ 地域ニーズに沿った地域資源マネジメントへの貢献

- ・ 人材・医療機関・検査器具の配分

## ⑥ 終わりに（提言）

# ① 英国の保健医療システムとGP

# 英国の保健医療制度とプライマリ・ケア

- **NHSの理念・価値観（公平・無料・連帯）**
  - 公平な医療を必要とする人に無料で提供する
  - 総医療費に占める公的資源の割合**84%**
    - OECD平均72%、日82% OECD Health Statistics 2015
  - 消費財ではなく「**公共財**」としての**国民皆保障制度**
  - 近年では「**公+民ミックス型の公共サービス**」
- **Primary health care-based health system**
  - プライマリ・ケアを基盤とする保健医療制度
  - まずは地域のプライマリ・ケアチームが対応
  - **90%**の健康問題がプライマリ・ケアで対応

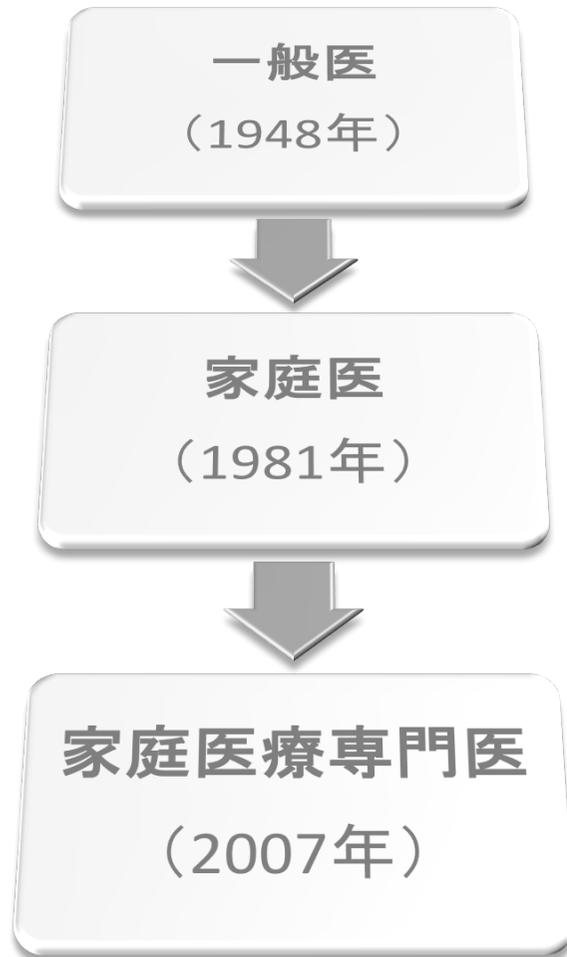
Health and Social Care Information Centre – Primary care, 2016

  - NHS総予算の**8%**を消費

House of Commons Library – General Practice in England, 2015

# General Practitionerとは

時代の流れとともに強化される専門性



1. NHS設立当時、地域で開業する医師に対し、プライマリ・ケアの専門性は問われなかった
  - 誰でもGPに = 「**一般医**」

2. 3年間の専門研修が必修化
  - これを無事修了すればGPに
  - General Practiceの卒後研修を修了した医師 = 「**家庭医**」

WONCA Europe, European Definition of General Practice and Family Medicine, 2011

3. 新しいGP後期研修プログラムと専門医試験が必修化
  - この両方をクリアすればGPに = 「**家庭医療専門医**」

# 家庭医の立ち位置

- **家庭医を目指す医師が多い**

- 3612のGP専門研修枠に5112人の医師が応募（2015年度）
- 専門研修枠は全科合計で8545（GP枠は42%）

2015 Competition Ratios, Specialist Training, Health Education England

- **領域別専門医と同水準の収入**

- 開業している家庭医（フルタイム・パートタイム）
- 年平均£99,800（£250,000以上の収入も）

GP Earnings and Expenses 2013/14, Health & Social Care Information Centre, 2015

- **ワークライフバランスを保ちやすい労働環境**

- 平均労働時間（週41.4時間）
- 有給休暇（年最低6週間）

Eighth National GP Worklife Survey, Policy Research Unit in Commissioning and the Healthcare System, 2015

- **国民から最も信頼される職業（Family Doctor）**

- 国民からの信頼度（87%）
- アンケート調査が始まった2003年以降連続一位

YouGov Survey, October 2015

## ② ワークライフバランス

# 性別にみた医師・GP数

- **全医師数**
  - 男性約**148,000**人 (**55%**)
  - 女性約**119,000**人 (**45%**)
- **GP数**
  - 男性約**32,400**人 (**50%**)
  - 女性約**32,500**人 (**50%**)

General Medical Council. List of Registered Medical Practitioners – statistics. May 2015

- **平日夜勤・週末勤務なし**
- **パートタイム可（管理職含む）**
- **産休52週間**
- **産休手当**

# 女性GP割合の増加 (England)

Year	% of Female GPs
1968	10% <sup>1</sup>
1979	15% <sup>1</sup>
1990	25% <sup>1</sup>
2004	39% <sup>2</sup>
2014	50% <sup>2</sup>

1. Department of Health and Social Security. Health and Personal Social Services Statistics for England. London, HMSO, 1985
2. Health and Social Care Information Centre. NHS Workforce: Summary of staff in the NHS: Results from September 2014 Census

# ソロ診療からグループ診療へ

Patrick Hutt. Group Practice of GPs in the UK, JPCA Annual Conference, Okayama. 2014

Year	% of Solo GPs
1820-1839	81
1840-1859	79
1900-1919	54
1953	43
1965	24
1997	10
2012	6

Year	% of GPs working in practices of 5 or more doctors
1966	7
1976	20
1997	45

# ソロ診療

Patrick Hutt. Group Practice of GPs in the UK, JPCA Annual Conference, Okayama. 2014

## • 長所

- パーソナルな継続性を担保しやすい
- 責任の在りどころを明確にしやすい
- よりジェネラリストっぽい
- より高い患者からの評価

## • 短所

- 孤立しやすい
- 家庭との両立が難しい
- 古い施設
- 良い診療の共有が難しい
- 幅広い対応がしにくい

# グループ診療の例

スチュアートロード診療所

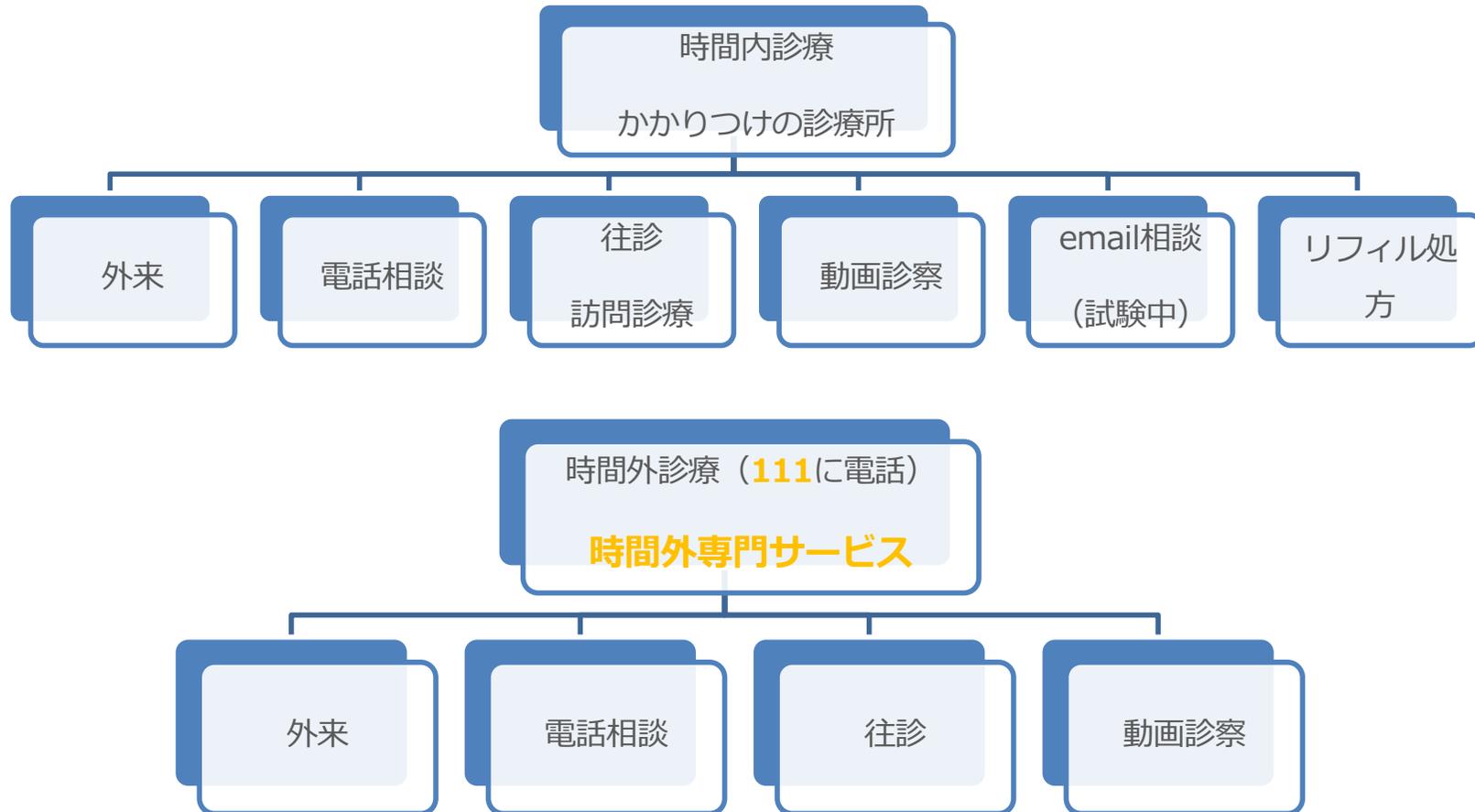
- 人口約3万人の町（約**8700**人の登録住民）
- **グループ診療**（常勤GP**5**人）
- **外来診察は予約制**
  - 患者1人あたり診察時間（**10分**）
  - **当日枠**と**慢性枠**の2つに別れる
  - 全国患者満足度調査
    - 予約してから診察を受けるまでの待ち時間は適当だったと答えた人の割合**92%**<sup>1</sup>
    - 診療所の待合室で15分以上待ったと答えた人の割合は**27%**<sup>1</sup>

GP Patient Survey - National summary report, 2015

- **電話相談は予約必要なし**
  - 日勤当番医が対応（予約制外来免除）
  - イレギュラーなニーズに応える（急患も診る）
- **往診・訪問診療**
  - 原則、当番医以外のGP1人あたり1日2～3件ほど

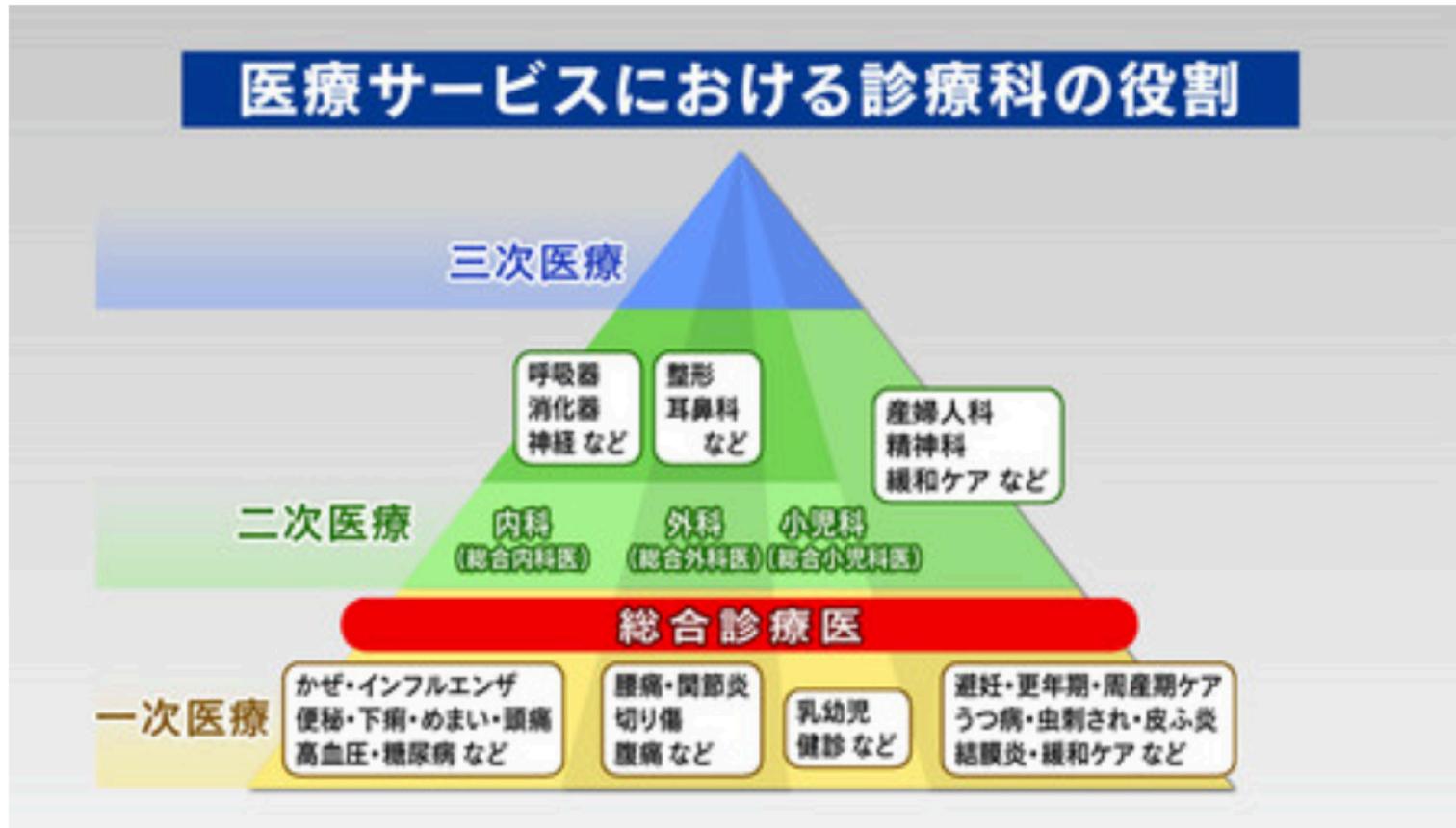
# 24時間対応のプライマリ・ケア

平日の夜や週末は時間外専門サービスと連携



## ③ GP専門医教育

# あらゆる相談に乗る（非選択性・マルチ）



NHK視点・論点、総合診療医とプライマリ・ケア、2013

## 医療の責任者として全て受けとめる

- 特定の臓器や疾患でなく「**患者**」にフォーカス
    - 患者自身がなにを問題と感じているのかに応える
    - 訴えが医学的か、非医学的かという境界線は重要でない
  - 若いカップル – “彼が些細なことで怒ってばかり”
  - 7歳児の母親 – “息子がジャンクフードばかり食べる”
  - 46歳の女性 – “親の介護で困ってます”
  - 86歳の男性 – “テレビが壊れた”
- 全ての問題を医師 1 人で解決するという意味ではない
    - 問題が解決されるまで責任を持つということ
    - 「寄り添うこと」は「**責任を持つこと**」

# アドボケイトとしてのコミュニケーション技術

- 医療面接のモデル
  - 医師中心
  - 消費者中心
  - 患者中心

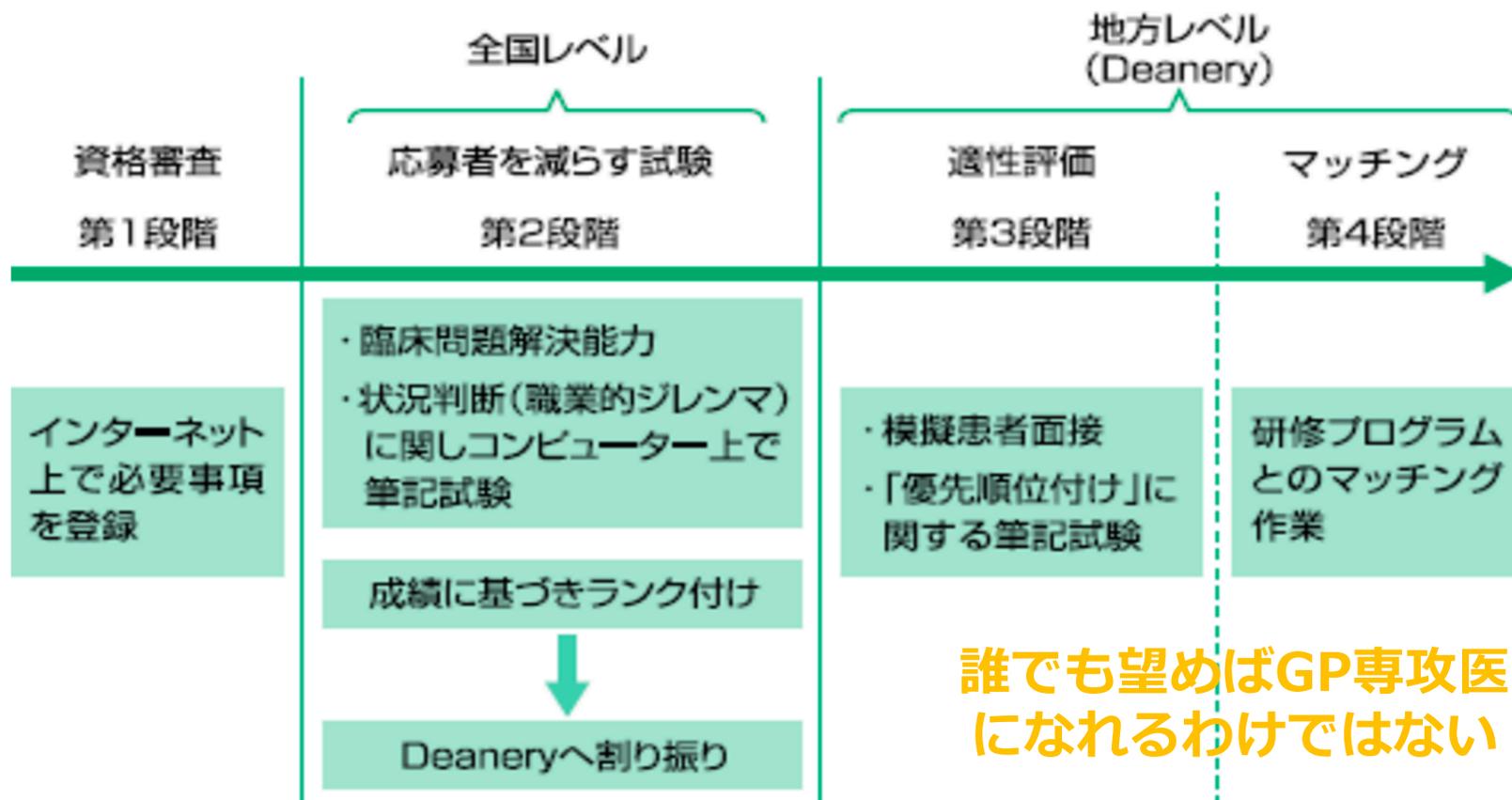


- **患者中心の医療面接**
  - より全人的で協働的なアプローチ
  - 共感とエンパワメント
  - 医療への依存ではなく患者の自立を促進
  - 患者の「人間としての尊厳」を守る（**アドボカシー**）
  - GP研修と専門医試験の中で教育・評価される
  - 学術的なコミュニケーションスキル

**聞き上手・引き出し上手・説明上手**

# GP専攻医になるまでのハードル

(Recruitment for GP training)



# 3つの評価から成る家庭医療専門医試験

(Membership of Royal College of General Practitioners)

知って、できて、  
実際に行動に移せて、  
初めて専門能力がある  
と判断される



澤憲明. 英国の新しい家庭医療専門医制度 その研修と選抜 (後編).  
医学界新聞2013年2月11日

# 職場基盤評価

(Workplace-based Assessment)

- 職場での**形成的評価**
- 電子ポートフォリオ(**ePortfolio**)として記録
- 評価項目
  - 様々な経験を通して振り返る「**学習記録**」
  - 診療の「**ビデオレビュー**」
  - 指導医とともに振り返る「**CbD**」
  - 「**手技評価**」
  - 「**患者満足度調査**」
  - 「**360度評価**」
  - 「**指導医からの評価**」
- 毎年、独立した委員会によって評価され、不合格な場合は次の年次には進めない

# 二次医療とは異なる臨床技術として確立

- よくある誤解
  - “二次医療で磨いた臨床技術はそのまま一次医療で通用する”
- 二次医療（高リスク）と一次医療（低リスク）での**臨床技術は本質的に異なる**
  - 疾患の有病率や発生率が異なるから（特に重大な疾患）、検査の命中率が異なる
- 二次医療は除外しにくい診断しやすい環境
  - 「**診断の可能性を探る**」ことが適切
  - “この症状の原因となっている疾患はなんだろう？”
- 一次医療は診断しにくい除外しやすい環境
  - 「**リスクを減らす**」ことが適切
  - “この症状で見逃してはいけない疾患はなんだろう？”

**一次医療に適した診療技術を  
新たに身につける必要性**

# ゲートオープナーとしての専門性



- **2つのゲートが存在**
  - 相談者の世界から医療の世界
  - 医療の世界から二次・三次医療
- 「常にゲートを開くこと」が思いやりのある行為ではない
- **適切なゲートオープナー**
  - ゲートを開くことのメリットがデメリットを上回る時に開く人
  - そうでない場合は「**あえてゲートを閉める**」ことも

何がメリットで何がデメリットかは、ケースバイケース  
(各患者と各GP間の対話で決定)

# 日本で遭遇する間違った理解

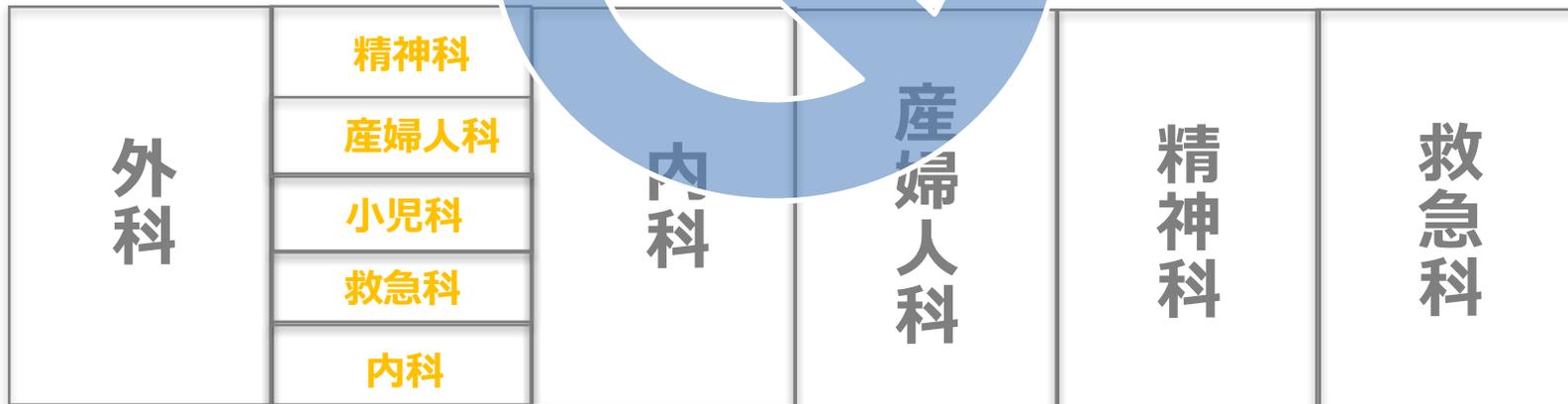
- “家庭医療科は内科や何かのサブスペシャリティ”



# 日本で遭遇する間違った理解

- “総合的に診る医師は領域別診療科の集合体”

総合的に診る医師  
の診療科と同等に  
扱う



ジェネラリズムはスペシャリズム  
のコレクションではない

## 正しい理解（グローバルスタンダード）

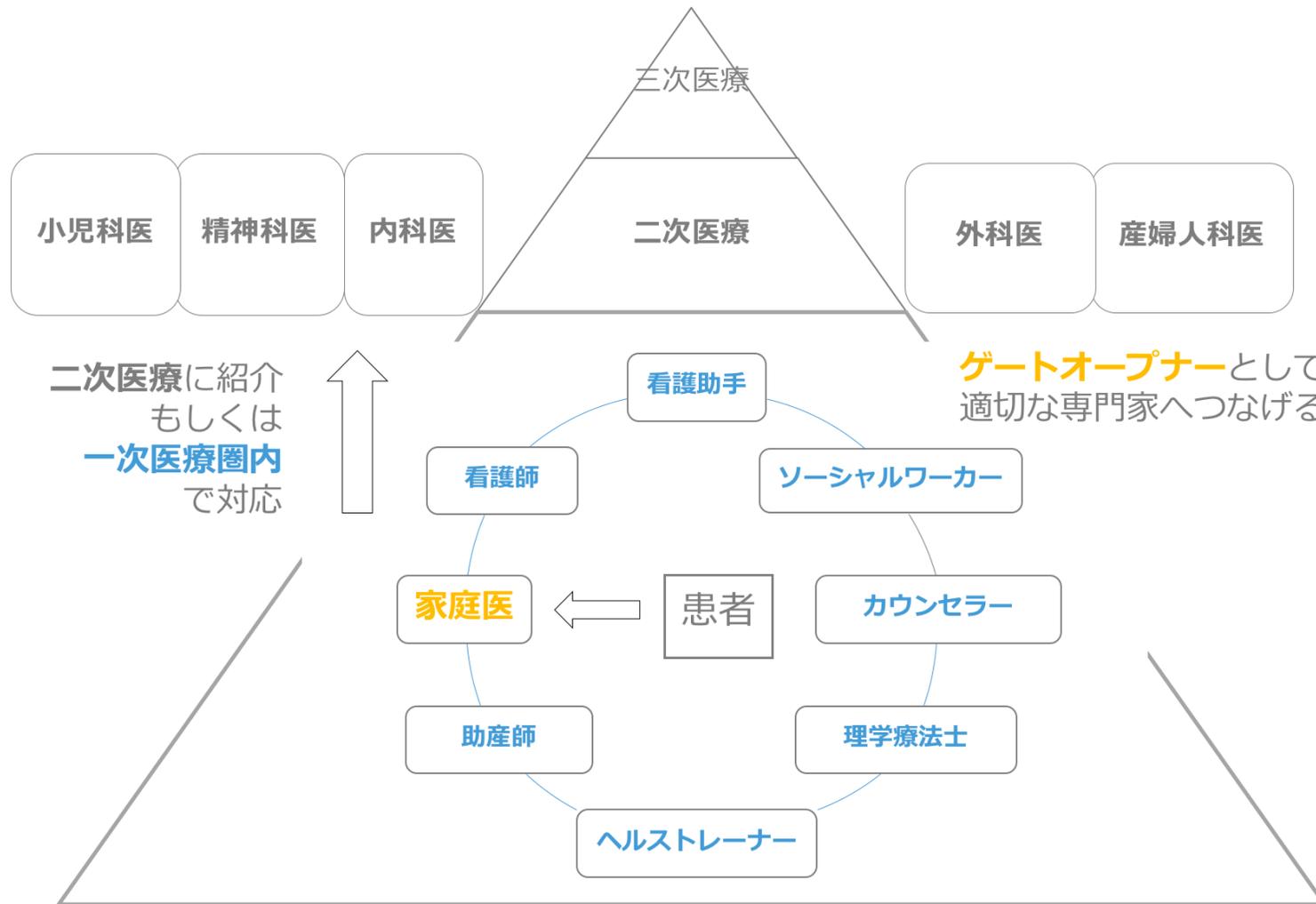
- 家庭医療科は「**基本領域**」の一つ

外科	内科	家庭医療科	小児科	産婦人科	精神科	救急科
----	----	-------	-----	------	-----	-----

総合的に診る独自の専門性・世界観

## ④ 受診ニーズに応じて適正化された サービス提供

# チームで対応する（多職種連携）



# 診療所看護師

Minor illness外来

- 20代女性 - “数日前から、目がひりひり痛くて”
- 20代女性 - “避妊のためにピルを飲んでいるんですが、合わないのので、変わりの薬を下さい”
- 30代男性 - “咳と痰が。ちょっと熱もあるみたい”
- 10代女性 - “ヘアアイロンで火傷しちゃいました”
- 40代女性 - “虫に刺されました”

**低リスクの急性的問題を診る**

# 診療所看護師

## Chronic disease management

- **かかりつけの看護師**が担当（患者一人当たり**20~30**分）
  - 高血圧、心血管疾患、喘息、COPD、糖尿病
- 患者の通院頻度
  - 不安定期（一ヶ月毎）、安定期（6ヶ月毎）
  - 電子カルテで**リマインダー**を設定（自動的に手紙が送られる）
- **高度な専門性**
  - 検査、診断、治療（薬の処方・用量調整）、ライフスタイルに関するアドバイス、セルフケア教育
- 独立して処方できるのは
  - **Nurse practitioner**（看護師の学位プラスNPの資格）
  - **Independent prescribing course**（6ヶ月）を修了した **Practice Nurse**

よくある慢性的問題も診る、検査・処方も可

# 診療所看護師

## 予防接種

- **小児用ワクチン**

- 5種混合（ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ・Hib）：2、3、4ヶ月（3回）
- 肺炎球菌：2、4ヶ月、12～13ヶ月（3回）
- ロタウィルス：6～24週間、1回目の2ヶ月後（2回）
- 膜炎菌C型：3ヶ月、13～15歳（2回）
- Hib・髄膜炎C型混合：12～13ヶ月（1回）
- MMR（麻疹・流行性耳下腺炎・風疹）：12～13ヶ月（1回）
- インフルエンザ：2～7歳（毎年）
- 3種混合（ジフテリア・破傷風・ポリオ）：13～18歳（1回）

- **子宮頸がんワクチン**

- HPV（ヒトパピローマウイルス）：12～13歳女子（2回）

- **成人用ワクチン**

- インフルエンザ：65歳以上など高リスク集団（毎年）
- 肺炎球菌：65歳以上など高リスク集団（1回）
- 帯状疱疹：70～79歳（1回）

- **トラベルワクチン**（自費診療）

- A型肝炎・腸チフス・コレラ・黄熱病・狂犬病・マラリア（抗マラリア薬）

**予防接種も担当**

# 診療所看護師

避妊・子宮頸がん検診

- **避妊**
  - 錠剤（低用量ピル・ミニピル・緊急避妊ピル）
  - 長期持続（パッチ・皮下インプラント・子宮内避妊器具など）
  - 皮下インプラント・子宮内避妊器具は家庭医が担当
- **子宮頸がん検診**

**避妊ケアや子宮頸がん検診も担当**

# 助産師

## Midwife-led maternity care

- 大多数の妊娠は**低リスク**
- **低リスクの妊婦検診は助産師が担当**（診療所）
- **多くの分娩も助産師が対応**（**57%**）
  - 産科医（38%）
  - 他（GPを含む）（5%）

NHS Maternity Statistics. Provide Level Analysis 2010-11 to 2011-12

- 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

Sandall J et al. Midwife-led continuity models vesus other models of care of childbearing women. The Cochrane Collaboration. 2013

# ニーズとリスクの程度に応じたサービス提供方法

1. “いつもの薬が切れた”
2. “診断書を更新してほしい”
3. “予防接種をしてほしい”
4. “花粉症の薬が欲しいが、仕事で行けない。最寄りの薬局に処方箋を送ってほしい”
5. “検査結果を教えてください”
6. “発疹が出て痒い”
7. “熱が出て咳が止まらない”
8. “糖尿病のチェック”
9. “妊婦健診をお願いします”
10. “膀胱炎っぽい”
11. “胸が痛い”
12. “腰が痛いし、鬱っぽいし、親の介護で悩んでる”
13. “主人の体の調子が悪い。足腰が弱くて通院できない”

**必ずしも全ての相談が  
医師との対面診察（高コスト）  
を必要としない**

# ニーズとリスクの程度に応じたサービス提供方法

1. “いつもの薬が切れた” → リフィル処方 (0分)
2. “診断書を更新してほしい” → 受付が当番医に依頼 (2~3分)
3. “予防接種をしてほしい” → 看護師外来 (5~10分)
4. “花粉症の薬が欲しいが、仕事で行けない。最寄りの薬局に処方箋を送ってほしい” → 電話相談・電子処方箋 (2~3分)
5. “検査結果を教えてください” → 電話相談 (5分)
6. “発疹が出て痒い” → 動画診察 (5分)
7. “熱が出て咳が止まらない” → 看護師外来 (10分)
8. “糖尿病のチェック” → 看護師外来 (20~30分)
9. “妊婦健診お願いします” → 助産師外来 (30分)
10. “膀胱炎っぽい” → 電話相談 (5分)
11. “胸が痛い” → 医師外来 (10分)
12. “腰が痛いし、鬱っぽいし、親の介護で悩んでる” → 医師外来 (20分)
13. “主人の体の調子が悪い。足腰が弱くて通院できない” → 在宅 (30分)



# リフィル処方

- **Repeat Medication**と呼ばれる
  - 医療者を受診しなくても処方箋を受け取れる仕組み
  - 英国始め、多くの国々で一般的に提供されるサービス
- 一定期間内であれば定期処方箋を反復的に受け取れる
  - (例) 高血圧患者で血圧が安定している人、薬が切れる度に受診しなくてもいい
  - いつもの処方箋を診療所の窓口、または指定の薬局に送ってもらいそこでいつもの薬を手に入れることができる
  - 一度に処方される錠剤の量や、リフィル処方箋の更新期間は、医師が自由に設定

⑤ 地域ニーズに沿った地域資源マネージメントへの貢献

# 人材の配分

- **国・地域のニーズに応じた専門研修枠の設定**
  - 自由標榜制ではなく「**ライセンス制度**」
  - 専門医にならないとGPと名乗れない
- **専門医取得後は自由に希望の勤務先に応募できる**
  - しかし、実際は研修を終えた馴染みの地域でそのまま働く傾向
- **開業の可否は地域にニーズに応じる**
  - 個人のニーズに基づく自由開業制ではない
- **文化的な背景の影響**
  - 必ずしも都市部で働く医師のステータスが高いとは限らない
  - 小規模な街や郊外で働くことを望む医師も多い
- **金銭的インセンティブ**
  - GP不足地域を対象

**ある程度の医師の自主性を担保した上での  
公的資源の公的配分**

# 医療機関の配分

- **各地域の医療資源をマネージする組織の存在（地方分権）**
  - Clinical Commissioning Group（イングランド）
  - 全イングランドで約200
  - 地域の医療ニーズを最も良く把握する臨床医たち（=GP）が中心となり政策決定
  - 過去のトップダウンの政策決定を反省
- **例 Wakefield CCG**
  - 人口約35万人
  - 病院が3つ
  - GP診療所が40

**地域のニーズに応じた医療機関の配分**

# 検査器具の配分

地域内の他の医療機関と「補完」し合う仕組み

- **スチュアートロード診療所（1次医療）**
  - よく必要とされる検査（血液検査・培養・心電図・24時間血圧測定など）
- **他のGP診療所（1.5次医療）** - 歩いて数分
  - 時々必要とされる検査（胃カメラなど）
- **病院（2次医療）** - 歩いて10分
  - たまに必要とされる検査（レントゲン・エコー・CT・MRIなど）
  - 診療所の電子カルテから直接オーダー
  - 各自のニーズに応じたタイミングで受ける
  - レントゲンはオープンアクセス（緊急でなくても当日受けれる）
    - （例）3ヶ月ほど咳が続いている患者の胸部レントゲン
  - エコーは検査技師が診療所までアウトリーチ可能
  - 放射線科医による読影レポートが適切なタイミングでGPに送られる
  - 診療所の電子カルテから検査データにアクセス

高

低

必要とされる頻度

ワンストップではなくワンコミュニティとして、  
地域のニーズに応じた配分

## ⑥ 終わりに（提言）

- ソロ診療からグループ診療へ
- 長時間労働から時間外専門サービスとの連携へ
- 医師単独から多職種連携・分担へ
- 対面診察のみからより多様な受診方法へ
- 便宜的領域から学術的領域へ（総合的に診る医師の診療科）