

日英医療提供体制比較

～コロナ禍における医療の逼迫に見る医療提供体制整備の歴史的経緯～

2024年2月8日

日本医師会総合研究機構
「欧州調査報告会」

日本医師会欧州医療調査団メンバー
一般社団法人未来研究所臥龍 代表理事 /
兵庫県立大学大学院社会科学研究科 特任教授
香取 照幸

<http://www.garyu.or.jp/index.html>



Future Institute Wolong

COI 開示

発表者名：香取照幸

**発表内容に関連し、発表者に開示すべき
COI関係にある企業などはありません。**

欧州における病院の起源

そもそも病院とは？

病院(Hospital, Hospice, Ospedale)の語源は “Hospes”(ラテン語)
語義は「客をもてなす」(=受け入れる、収容する) Hotel, Hospitalityと同じ

中世における巡礼者の宿泊施設が起源

→ 貧困患者の収容施設(看護主体)が生まれる。



Hospice de Beaune(フランス、ブルゴーニュ地方)
1443年設立、世界最古の施療院。教会に附設された。

16世紀のイギリス エリザベス救貧法

: 隔離病院としての伝染病院

: 救貧法に基づく貧民救済＋労働者調達施設

19世紀に入り、近代医学が発達→軍事分野で発展 軍事医学・軍事病院

一般市民対象の近代病院は 宗教的性格の病院か貧者対象の公的病院か、どちらかの形で発達

これに対して日本は

明治初期：西洋医学(ドイツ医学)の導入＋富国強兵策

医学教育(洋医養成)とセットで官公立病院中心の整備が進むが、西南戦争後の財政圧迫で方針転換(松方財政)

→明治20年勅令48号 官公立病院の衰退

→ 自由開業医制のもとでの民間病院の発達

日本の病院の顕著な特徴

: 公的病院の比重の低さ

: 開業医が自己資金によって無床診療所→有床診療所→病院へと規模を広げて発展。開業医と病院の境目が(制度上も機能上も)曖昧→競合関係になる

☆ 欧米では開業医と病院は歴史的にも別のプロセスを経て発展(語源も違う)

個人診療所→個人立病院→法人立病院という日本の発展形態は極めて特殊

日本の医療提供システムの特徴 ～歴史的に形成された「所有原理型診療構造」～

猪飼周平「病院の世紀の理論」による

医療の利用 患者による自由な選択

- :アクセスの自由度の高さ(フリーアクセス)
- :診療時間の短さ(「3時間待って3分診療」) アクセス自由度の高さ→外来診療の肥大化

医療機関の姿 自由開業医制・自由標榜制の下での医師による病床所有

- :病院と診療所の未分化、競合関係の存在
- :大病院における外来部門の存在 → 病院も診療所もプライマリケア・セカンダリケアを担う
- :病院による医師の直接雇用・外部者への閉鎖性 → オープン病院の試みは成功しない
- :私立病院・病床ストックの比率の高さ 個人立診療所→個人立・医療法人立病院という歴史的経緯
- :施設間における分散的な病床分布・高額医療機器の分散的配置・配置比率の高さ

医療職の姿

- :開業医の高い専門性 医局→勤務医→開業というキャリアパス 開業医はプライマリケアとセカンダリケアを担う
- :かかりつけ医の未確立
- :医局制度 平等主義的人事 勤務医も開業医も同質の専門的医師 → 身分原理型の専門医制度は機能しない

☆極めて安定的・固定的システム → 「医療政策を規定する決定的前提条件」→ 政策は常に漸進的

これに対して、諸外国の医療提供体制は、、、

イギリス

1948年 NHS(National Health Service)実施 → 既存病院のほとんどが国有化、NHS直営病院に。

プライマリケア(初期医療)を担当するGPは独立自営の開業医、NHSの実施機関として国と契約し地域の登録患者の外来診療を受け持つ。

サッチャー改革以降の民営化の流れのなかで、1990年の第三次NHS改革により自主管理のNHS Trust病院、さらに私立病院へのNHS委託を開始したが、基本的には国営医療が維持されている。

ドイツ

日本と同じ社会保険方式。医師には開業の自由が保障され、プライマリケアは開業医が担う。病院は公立・公益立・私立の3類型で公立・公益立優位、私立病院は病床数で15%、施設数で30%に過ぎない。

アメリカ

民間保険中心。病院医療に占める民間部門割合は低く、急性期病床のうち営利病院は10%程度

☆欧米諸国では、初期外来医療を担当する診療所と専門外来・入院を目的とした病院との機能が明確に区別され、医療機関の機能に応じた患者の振り分けが行われている。

病院は総じて非営利を含むパブリックセクターによって運営されており、日本とは際立った対比がある。

公的医療保険と私的医療提供体制の組み合わせ

1961年 国民健康保険法の成立 国民皆保険体制の成立

皆保険成立後の日本の医療(1960年代～70年代)

① 医療需要の顕在化(受療率の劇的な向上)

② 給付水準の引き上げ(制限医療の撤廃・給付率改善)

→ 国民医療費の急増・医療需要の爆発的増大

→ 支えてきたのは民間資金＋政策金融による医療提供体制整備

(＝開業医と民間私立病院)

→ 公的医療保障を私的提供体制で実現する、という独特のシステム

今も変わらない日本の医療提供体制の特徴

① 先進諸国の中で最も「民間資本中心」の医療提供体制。

⇒病院設置者構成において民間医療法人が一番多い。

(個人立も含めれば病院全体の70%)

民間医療法人立病院の利益は最終的に特定の個人に帰属。

(一方で投資も特定個人の債務保証が多く、再編統合が難しい)

② 地域医療提供体制のガバナンスの未確立

⇒医療資源配分・設備投資が「施設完結型」の発想で行われ、「地域完結型」になっていない。

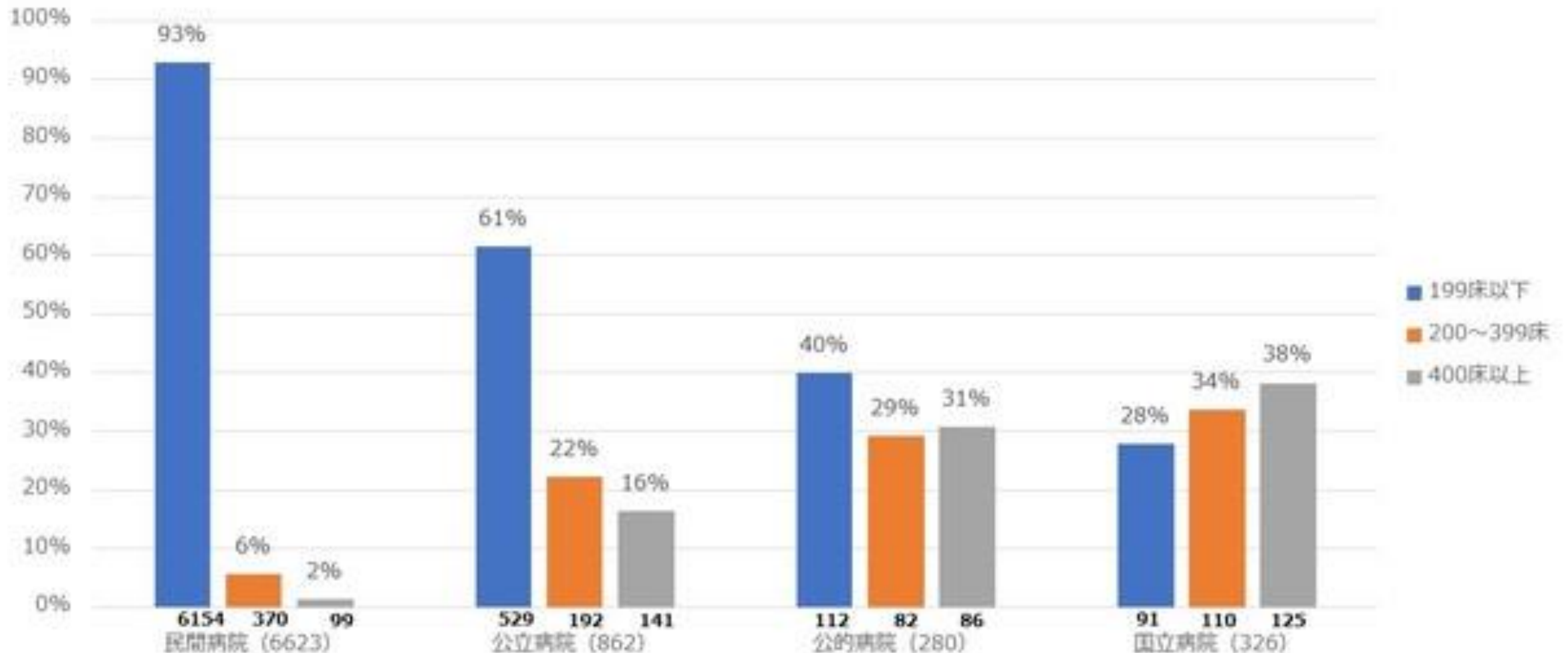
⇒小規模医療機関中心＋病院間の重複投資・機能重複・競合/非効率な資源(財源)利用

③ 医療施設の機能分化の未発達、連携・協働(→地域包括ケア)の視点の欠如

⇒国際標準から見た病院病床の過剰と療養機能の弱さ、介護サービスの不足

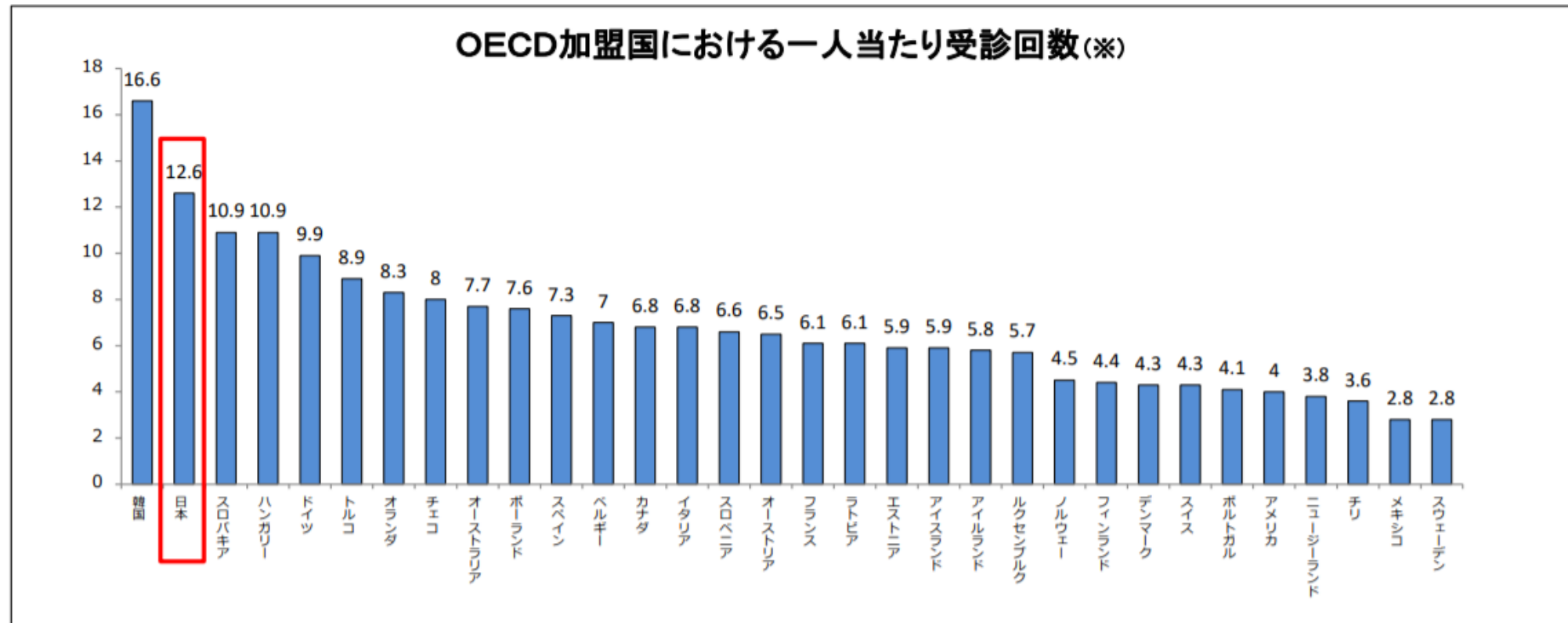
設置主体別・病床規模別病院数割合(2020年)

～日本の病院は規模が小さい。特に民間病院は90%以上が200床以下～



1人当たり受診回数の国際比較について

○ 一人当たり受診回数をOECD(経済協力開発機構)加盟国で比較すると、日本は比較的多い。



外来受診回数が多い = 医者にかかりやすい(アクセスがいい)

単純計算すると、、、、

医師一人当たりの入院担当患者数

日本 5.5人(医師一人当たり5.5病床を担当)

アメリカ 1.1人(医師一人当たり1.1病床を担当)

医師一人当たりの年間外来担当患者数(延べ人数)

日本 5,333人

アメリカ 1,538人

フリーアクセスが保障されている日本の医療制度のもとで、医師の労働環境は過酷(長時間労働が常態化)。 → 医師の「働き方改革」が大きな問題に。

☆医療提供体制改革・医療Dxの推進は「働き方改革」でもある。

皆保険達成以来、増大する医療ニーズを最小限の設備・マンパワーで(かつ民間医療機関中心に)こなしてきた歴史。

→医師・医療スタッフの慢性的過重労働・医療濃度の薄い入院サービス。

- ・病診機能の未分化 (未分化→機能重複・競合)
- ・疾病構造の変化に対応できない病院体系 (体系性の欠如→機能重複・競合)
- ・高度医療に対応できない貧弱な病院設備・人的配置 (医療資源の分散配置)
- ・規模も小さく、体系性に欠ける機能未分化の医療機関群
(+それを前提とした診療報酬の配分→悪循環のスパイラル)

は、ある意味その論理的帰結。



その(悪循環の)構造問題が一気に顕在化したのが今回のCOVID-19禍

イギリスの医療制度訪問調査の中で気がついたこと

<相違点>

- 1 医療提供体制の構造的相違
：大規模病院と診療所の並立（分立）（「中小病院」の不在）
- 2 英国GPと我が国診療所の機能・守備範囲の決定的相違
：primary careの意味するものの違い

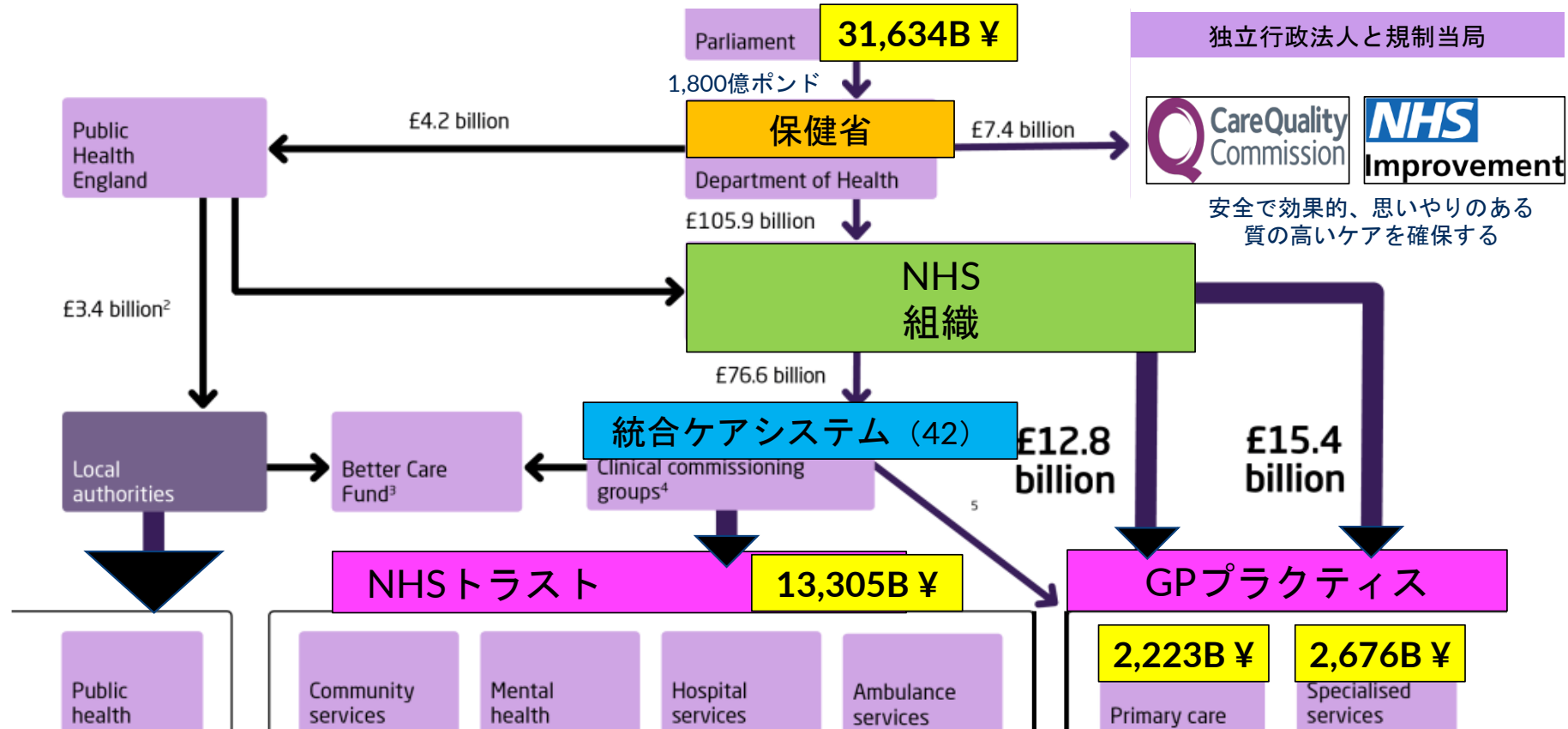
<共通点>

- 3 疾病構造の変化・高齢化の進行によって直面する課題の共通性
：提供体制の構造が違うので対処方法は違うが、根底にある問題状況は共通
→ex) GPのグループ化、GPwithSI、社会的処方、virtual ward
- 4 「高齢化先進国日本」における改革への関心
：地域包括ケアネットワーク・地域共生社会/community care
：介護保険

NHSの財政構造

そもそも、Trust (病院)とGP(診療所)は予算が別立て

NHS FUNDING



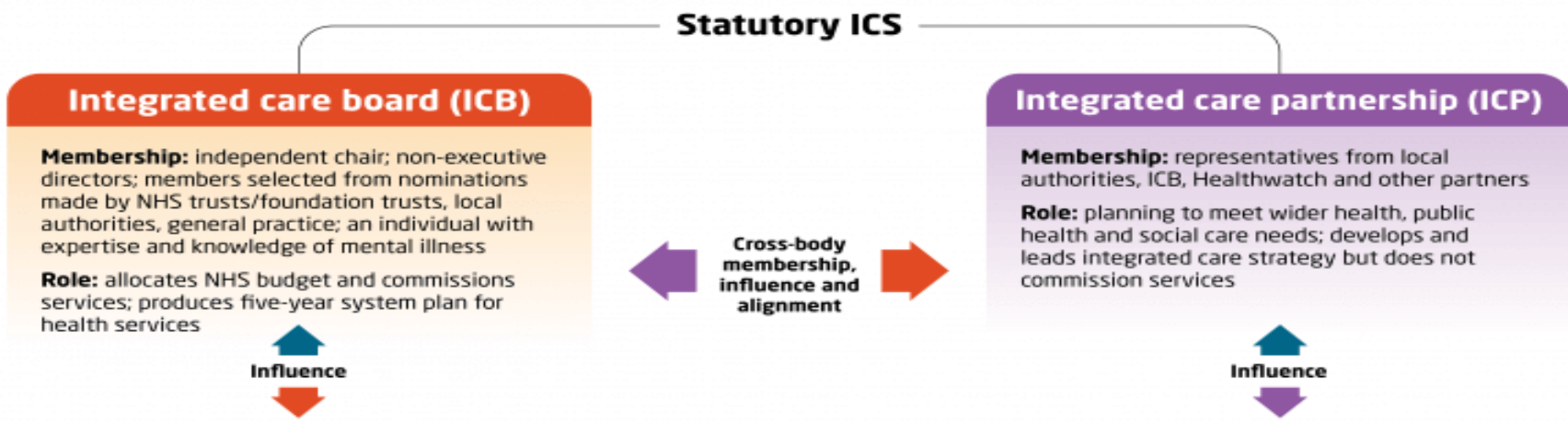
層化構造の医療提供体制(3層構造)

Integrated care systems (ICSs)

Key planning and partnership bodies from July 2022

NHS England
Performance manages and supports the NHS bodies working with and through the ICS

Care Quality Commission
Independently reviews and rates the ICS



Partnership and delivery structures		
Name	Participating organisations	
Provider collaboratives	NHS trusts (including acute, specialist and mental health) and as appropriate voluntary, community and social enterprise (VCSE) organisations and the independent sector; can also operate at place level	
Health and wellbeing boards	ICS, Healthwatch, local authorities, and wider membership as appropriate; can also operate at system level	
Place-based partnerships	Can include ICB members, local authorities, VCSE organisations, NHS trusts (including acute, mental health and community services), Healthwatch and primary care	
Primary care networks	General practice, community pharmacy, dentistry, opticians	

Geographical footprint

- System**
Usually covers a population of 1-2 million
- Place**
Usually covers a population of 250-500,000
- Neighbourhood**
Usually covers a population of 30-50,000

NWL(NorthWest London)の統合ケアシステム(Integrated Care System)

調査団が訪問したNWL(北西部ロンドン)統合ケアシステム(ICS)。
NWLの8つの行政区をカバーし、ICSの4つの中核的な国家目標に対応するために働くすべての医療・介護機関を結集している。

ICSの国家目標

1. 集団衛生とヘルスケアの成果を改善する
2. 不健康を予防し、結果、経験、アクセスにおける不平等に取り組む
3. 生産性とコストパフォーマンスの向上
4. より広範な経済・社会開発を支援する



NWL:8つの行政区で構成、管内人口:240万

北西部ロンドン統合ケアシステムと急性期医療提供者共同体



女性病院(周産期医療専門施設)

NWL基幹急性期総合病院
(全国規模のmajor trauma(重症外傷)も担う)

Queen Charlotte's & Chelsea Hospital
Maternity, women's and neonatal care, with strong research links to Imperial College

St Mary's Hospital
Major acute hospital for north west London, 24/7 A&E, wide range of specialist services, including maternity care and paediatrics. Provides one of four major trauma centres in London

眼科専門病院

Western Eye Hospital
Specialist eye hospital with a 24/7 A&E

循環器センター

Hammersmith Hospital
Specialist care, including renal, haematology, cancer and cardiac. Provides one of eight specialist heart attack centres, major base for Imperial College London

救急医療・脳梗塞ユニット

Charing Cross Hospital
A range of acute and specialist care, 24/7 A&E, regional hyper acute stroke unit, growing hub for integrated care

Plus a growing range of community-based specialist and integrated care services

総病床数:1600床
(うち600床はday case用)

St. Mary's Hospital
Charing Cross Hospital
Hammersmith Hospital
の合計
(専門2病院を除く)

この体制でロンドン北西部
人口240万人の医療(入院
医療・専門外来医療)を
支えている。

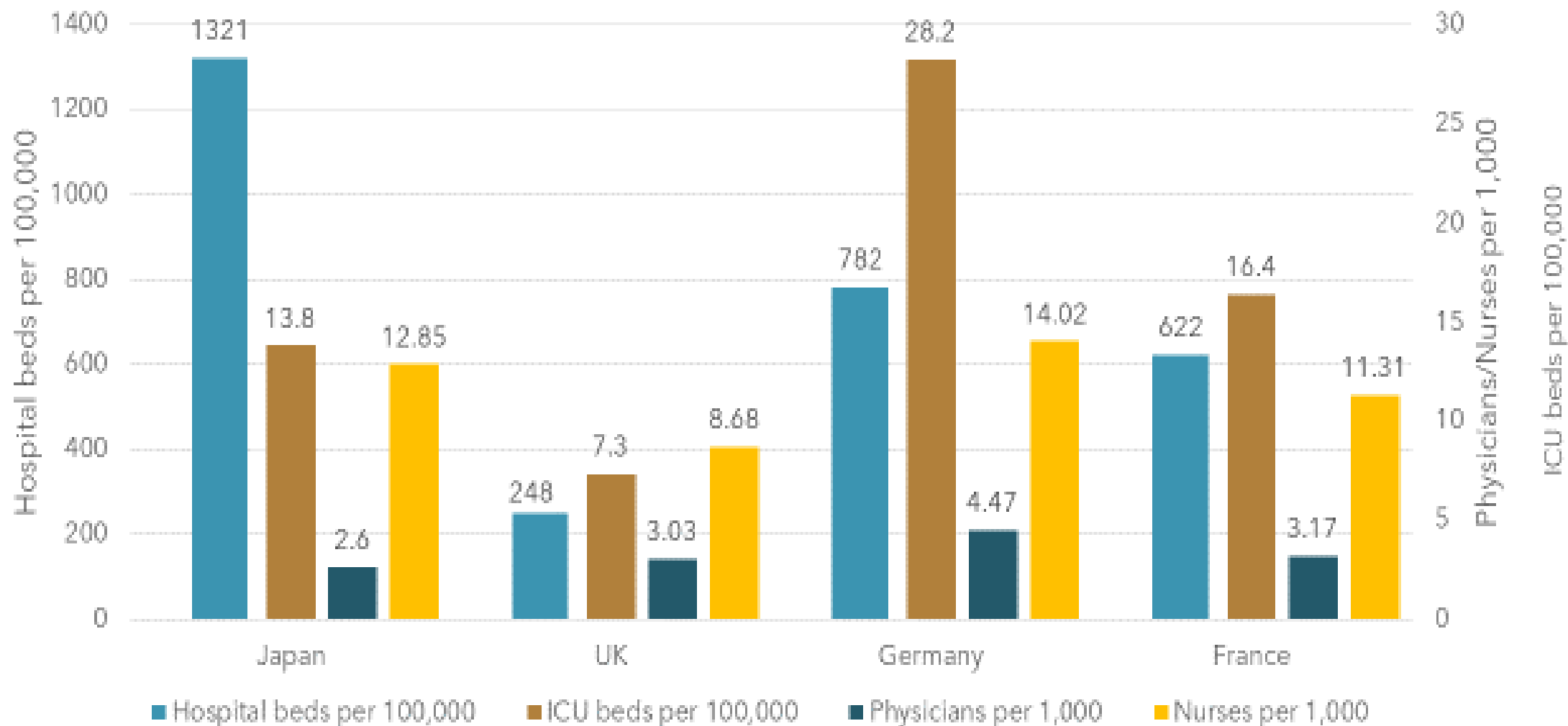
(pandemic期はうち500床が
コロナ病床として転用された)

ちなみに、同人口規模の日本の医療圏だと、、、

二次医療圏	構成市区町村	人口	病床数	基準病床数			病院数	診療所数			
				(内、一般)	(内、療養)	(その他)			(内、有床)	(内、無床)	
区西部	新宿区、中野区、杉並区	1,285,373	9,954	8,566	1,257	131	8,390	41	1,561	27	1,534
区南部	品川区、大田区	1,170,569	7,742	6,157	1,387	198	8,257	41	1,106	21	1,085
		2,455,942	17,696	14,723	2,644	329	16,647	82	2,667	48	2,619
病床数：令和3年10月1日医療施設動態調査											
基準病床数（一般・療養）：東京都保健医療計画中間見直し（令和3年7月）											
病院数、診療所数：令和3年10月1日医療施設動態調査											

2医療圏で 一般病床数:約14000床 病院数82 圏内の特定機能病院:5施設 一般病床数 計約4000床

ベッド数・ICU病床数・医師数・看護師数比較



GP・プライマリケア

UK GENERAL PRACTICE

- **地域社会における最初の医療との接点**
- **未分化の病気**
- **急性および慢性疾患**
- **ホリスティック(身体的、心理的、社会的)ケア**
- **予防、発見、治療**



Primary Care (Groupings of General Practices into Primary Care Networks)

Primary Care Network:

- General Practice(一般診療)
- Dental Practice(歯科診療)
- Opticians(眼科診療)
- Community Pharmacies / Chemists
(薬局・薬剤師)

Covering typically 30,000 to 50,000
population size in a geographical area
(人口3万から5万をカバー)

☆Now primary care includes
community services which are
provided by community trusts
and other organisations

☆現在、プライマリ・ケアには、コミュ
ニティ・トラストやその他の組織によって
提供されるコミュニティ・サービスが含ま
れる

General Practice Service (GPサービスとは、)

Core services:

- Essential services – mandatory to all registered patients and temporary residents in its practice area
- Identification and management of illnesses, providing health advice and referral to other services
- 8am to 6 30pm
- Out of hours 6 30pm to 8am – GPs provide these out of hour services themselves or delegate to another provider

コア・サービス

- 必須サービス—診療圏内の全登録患者及び非定住居住者に対する義務として実施
- 病気の特定と管理、健康アドバイスの提供、他サービスへの紹介
- 午前8時から午後6時30分まで
- 時間外サービス(午後6時30分から午前8時まで)—GPは自ら提供するか、他のプロバイダーに委任

- Quality & Outcome Framework—voluntary programme that practices can opt in to, in order to receive payments based on good performance against a number of indicators. As it accounts for 10% of GP's income, more than 95% participated in 2018/19

- クオリティ&アウトカムフレームワーク—診療所が任意で参加できるプログラム。GPの収入の10%以上を占めるため、2018/19年には95%以上が参加した。

英国一般診療 (General Practice) 統計

- 英国最大の専門分野(GP数60,000人)
- 1年間で3億件の予約
- 1日あたり80万件の予約
- 40%が当日予約

- GPあたりの平均登録者数: 1,700
- 患者一人当たりの診察/年6回
- 平均診察時間13分

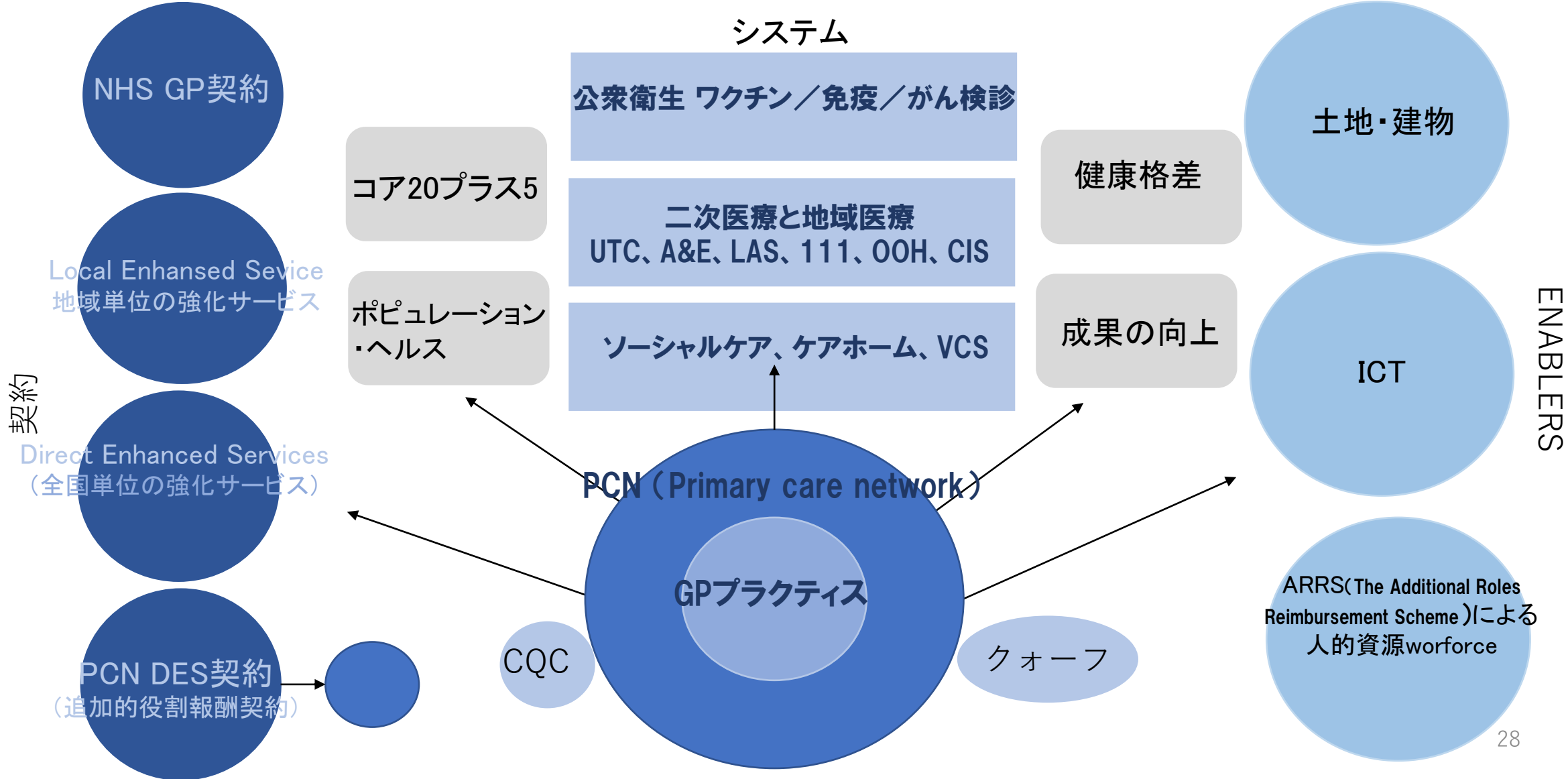


GP機能

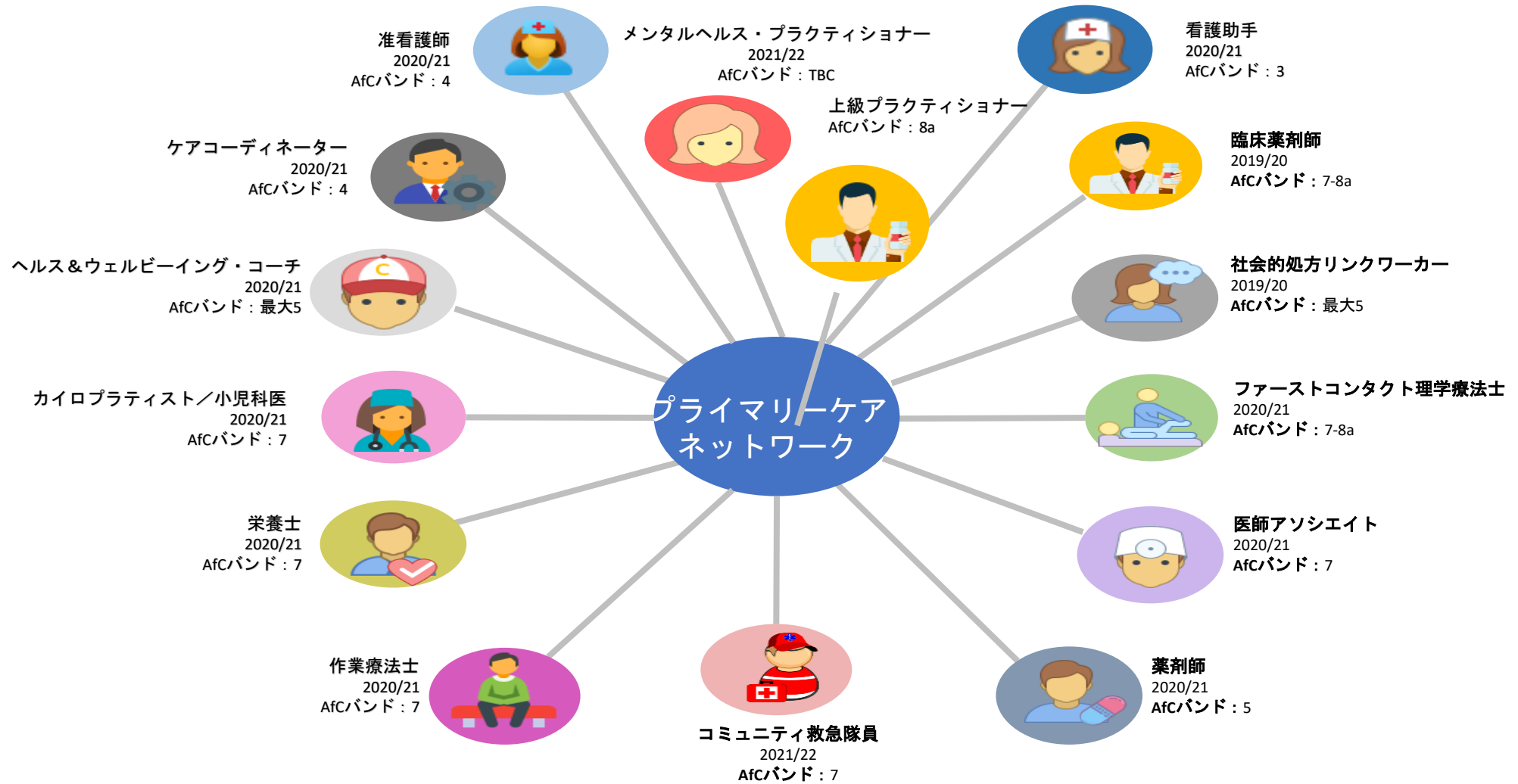
- Primary (undifferentiated) healthcare including Preventative Care
- Moves care out of hospitals
- Gatekeeping referrals
- Out of Hours / Weekend services
- Health Services Management
- GP Speciality Training
- Overseas the multidisciplinary team
- 予防医療を含む一次医療(未分化医療)*
- 病院からケアを移す(→退院患者の引受け)
- ゲートキーピング(→GPを経由した入院・専門外来)
- 時間外／週末サービス
- 医療サービス管理
- GP専門トレーニング
- 海外の学際・多職種チームとの連携

*総合的な健康の促進や維持に焦点を当て、同時に病気や健康問題の未然の防止にも力を入れる包括的な医療アプローチ

プライマリ・ケアの概要

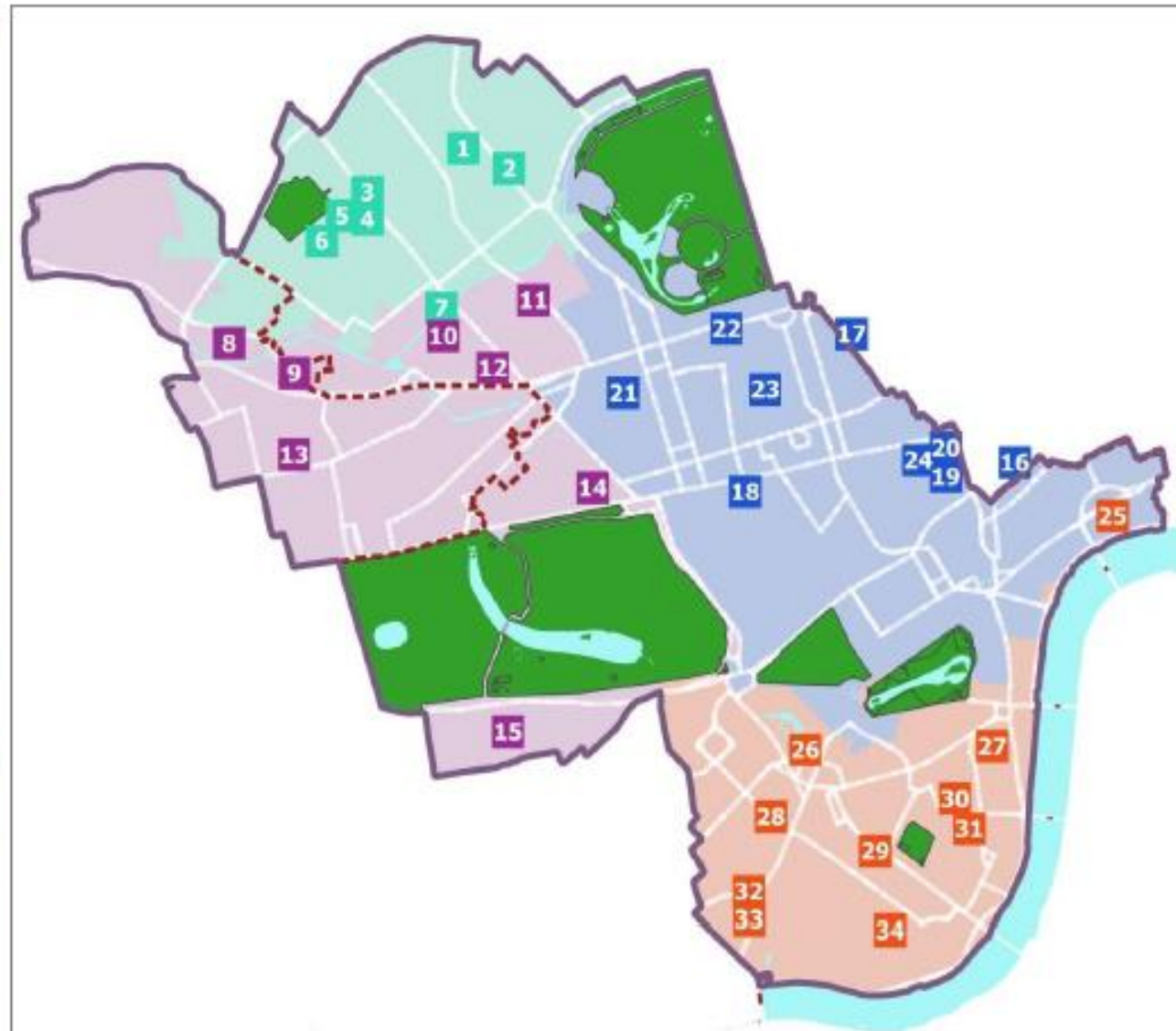


最近はこんな絵での説明も、、、



ウェストミンスター区(ロンドン中心部のneighbourhood、人口約3万人)におけるGP診療所の配置

St John's Wood and Maida Vale	
E87609 St John's Wood Medical Practice	1
E87754 Wellington Health Centre	2
E87663 Third Floor Medical Centre	3
E87756 Lanark Medical Centre	4
E87046 The Randolph Surgery	5
E87010 Maida Vale Medical Centre	6
E87008 Little Venice Medical Centre	7
Regents Canal and Paddington	
E87741 Woodfield Road Surgery	8
Y00902 The Westbourne Green Surgery	9
E87052 Crompton Medical Centre	10
E87011 Lisson Grove Health Centre	11
E87008 Paddington Green Health Centre	12
E87681 The Newton Medical Centre	13
E87037 The Connaught Square Practice	14
E87677 Imperial College Health Centre	15
West End and Marylebone	
E87045 Covent Garden Medical Centre	16
E87066 Fitzrovia Medical Centre	17
E87648 The Mayfair Medical Centre	18
E87069 Soho Square Surgery	19
E87714 Soho Square General Practice	20
E87070 Crawford Street Surgery	21
E87737 Marylebone Health Centre	22
E87745 Cavendish Health Centre	23
E87772 Great Chapel Street	24
South Westminster PCH	
E87768 Kings College Health Centre	25
E87694 Royal Mews	26
E87691 Westminster School	27
E87005 Belgravia Surgery	28
E87002 Victoria Medical Centre	29
E87740 Dr Hickey's	30
E87739 Millbank Medical Centre	31
E87753 Dr Victoria Muir's Practice	32
Y02260 Dr Shakarchi's Practice	33
E87034 Pimlico Health @ the Marven Surgery	34



ちなみに 東京都千代田区
人口6.7万人
診療所数(企業内・組合・保健所を除く):336箇所



Hetherington Group Practice

- ✓ General Medical Services
- ✓ Family Planning
- ✓ Maternity Services
- ✓ Physiotherapy
- ✓ Drug & Alcohol Services
- ✓ Baby Clinics
- ✓ Counselling
- ✓ Sexual Health Screening
- ✓ Chronic Disease Management
- ✓ Minor Surgery
- ✓ Smoking Cessation
- ✓ Phlebotomy (Blood Test)



NHS Medical Centre

☎ **020 7274 4220**

www.hetheringtongp.co.uk

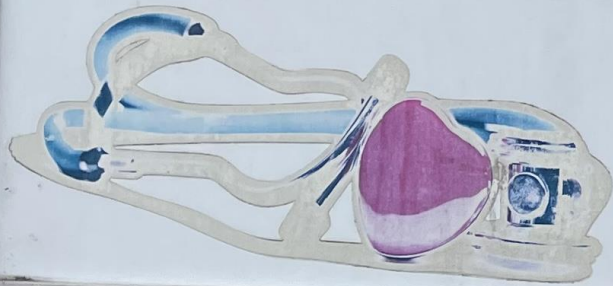
イギリスのGPクリニック

Hetherington Group Practice

- ✓ General Medical Services
- ✓ Physiotherapy
- ✓ Counselling
- ✓ Minor Surgery

- ✓ Family Planning
- ✓ Drug & Alcohol Services
- ✓ Sexual Health Screening
- ✓ Smoking Cessation

- ✓ Maternity Services
- ✓ Baby Clinics
- ✓ Chronic Disease Management
- ✓ Phlebotomy (Blood Test)



NHS Medical Centre

 **020 7274 4220**

www.hetheringtongp.co.uk

BROWN SIGNS
8604 8888

イギリスのGPクリニック (看板)

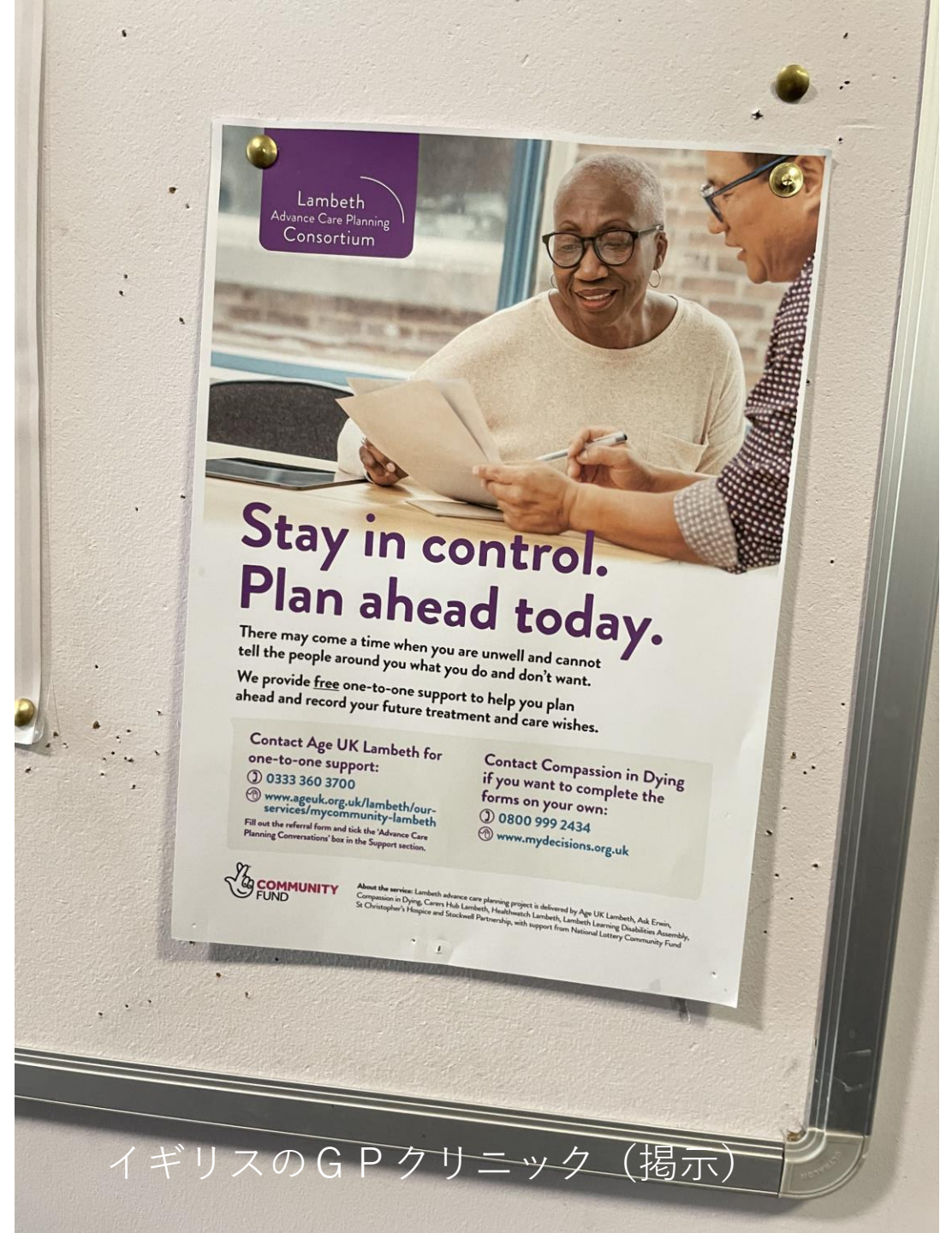


イギリスのGPクリニック（待合室）





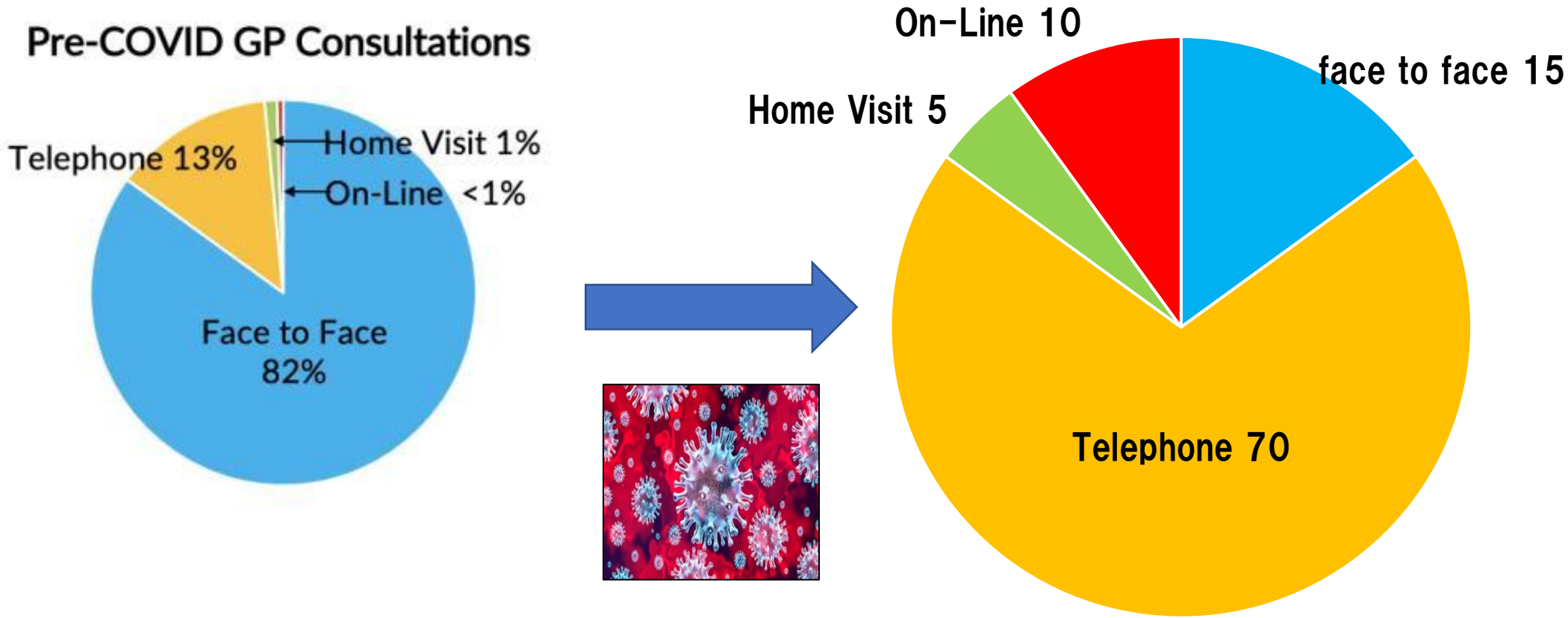
イギリスのGPクリニック（外部）



イギリスのGPクリニック（掲示）



COVIDによるGP診療形態の変化



- GP診療所はPCNに所属しPCNを構成しているが、GP診療所1つひとつについて見ると、医師一人当たりの患者数は増えている。より少ない医師に、より多くの患者、という状況だ。
- そして、他の職種は増えている。私がこの仕事を始めた1980年代は携帯電話もない時代で、他の職種もいなかった。そのため何もかもを自分でする必要があった。しかし、今はいろんな職種に指示を出せばいい。そうしたら私の代わりに多くのことをやってくれる。したがって、GPはチームのリーダーとなって、患者のケアのエキスパートとなる。
- 例えば高齢者が自宅で過ごしているとして、診療所まで来ることが難しい状況だとする。かつてであれば、自分で往診するしかなかった。今は地区看護師を派遣すればいい。あるいは、他の職種に同じことを頼めば、その報告が送られてくる。それを基にケアプランを管理すればいい。高齢者で、フレイルが進んでいるような場合、患者は移動が困難となる。そのような場合、理学療法士を訪問させて、患者の転倒を防止するには手すりが必要か、と言ったことについて患者の状態を調べたりすることもできる。これを私自身がやる必要はもうない。
- あるいは、患者が自宅で孤独になっているとする。そうすると私はソーシャル・プレスクライバーに患者が参加できるようなクラブを見つけってくるように依頼することもできる。そうすることで患者が家から出て、社会的なかかわりの中で過ごすことができるようになる。以前は、そういった仕事も全部私が自分でやっていた。つまり、今私は様々なことをするチームによって支えられている。
- 医師はチームのリーダーとなって他の職種によって支えられている。これはイングランドの伝統的な診療モデルではない。イングランドは、伝統的なgeneral practiceを維持しつつ、新しいイギリス式システムを構築しようとしている。

Dr.Kongのインタビューより





PHARMACY
SERVICES AVAILABLE

Blood Pressure Check
Service

Emergency Contraception
Service

Flu Vaccination
Service

Stop Smoking
Service

Cholesterol Testing
Service

Travel Clinic

Medicine Disposal
Service

Prescription Delivery
Service

Welcome to Your

COVID-19 Vaccination Centre

#staysafe
#pharmacyheroes



Providing NHS services

英国の医療提供体制（NHS）における診療所（GP、家庭医）の役割

「診療（療養の給付）」という視点で見ると、診療所（GP、家庭医）の守備範囲は、我が国で考えられているよりもずっと狭い

（そもそも、診療所（clinic）と病院（hospital）は異なる起源から別々に発展してきた存在。診療所が発展して病床を持ち病院が形成された日本（診療所と病院が連続的に存在する）とは決定的に異なる。）

GP・家庭医の役割の主力は予防・健康管理・ヘルスプロモーション。

一定レベルの専門診療（セカンダリケア）まで担っている日本の開業医の守備範囲とは大きな違い。

病院と診療所は意識の上でも実態的にも明確に役割が分かれている。

病院は（専門外来は行うが）プライマリケアは行わない。

日本のように地域の中小病院と開業医の間に機能重複がある（＝連続性がある）国との対比では、むしろ病院と診療所の間には「医療の不連続」が生じているような印象。

そもそも日本の中小民間病院のような規模・経営形態の病院は基本的に存在しない。hospitalと言ったら（日本の感覚でいう）大病院のこと。

かかりつけ医・かかりつけ医機能のコンテクストで見ると

今やイギリスのGPの主力はグループ診療。全体の6～7割は複数の医師がいる。かつ全体の7割が非常勤医師。

女性比率も高く、ethnic group も多様。病院勤務医や開業専門医との兼業（GPSI—GP with Special Interest）も増大している。

GP診療所もさらに地域で組織化され（Primary Care Network）、多くの職種がGP診療所に雇用されタスクシフトが進んでいる。医師はチームリーダーとして、患者のケアのエキスパートとなる。

そもそもGPの登録は診療所単位で、個人医師単位ではない。

ロックダウン中は閉鎖していたGP診療所も多い（∵患者が来ない）抗ウィルス剤の投与も（かなり後まで）していなかった。GPは通常診療に専念。

他方、GP診療所の医師は担当する患者の医療情報は全て閲覧できる。

NHSに全てのデータが集約・一元化されており、GPは自分の担当患者の情報は全て把握。

民間病院（NHS以外の診療）での診療データも全て一元化されている。

今後のGPの課題

- COVIDバックログ
- 人口の高齢化
- 慢性疾患の増加
- 24時間365日アクセスへの需要の高まり
- 労働人口の推移(パートタイム)
- ケアの継続性の維持
- 医療の質のばらつき
- 財政的圧力



→バックログ問題などイギリス固有の課題もあるが、直面する社会経済状況(課題)は基本的に共通している。
人口減少・超高齢化・経済制約など、日本は「課題先進国」であり、同時に「改革先進国」でもある

Virtual ward (仮想病棟)

North West London Virtual Hospital

ノースウエスト・ロンドン・バーチャル病院

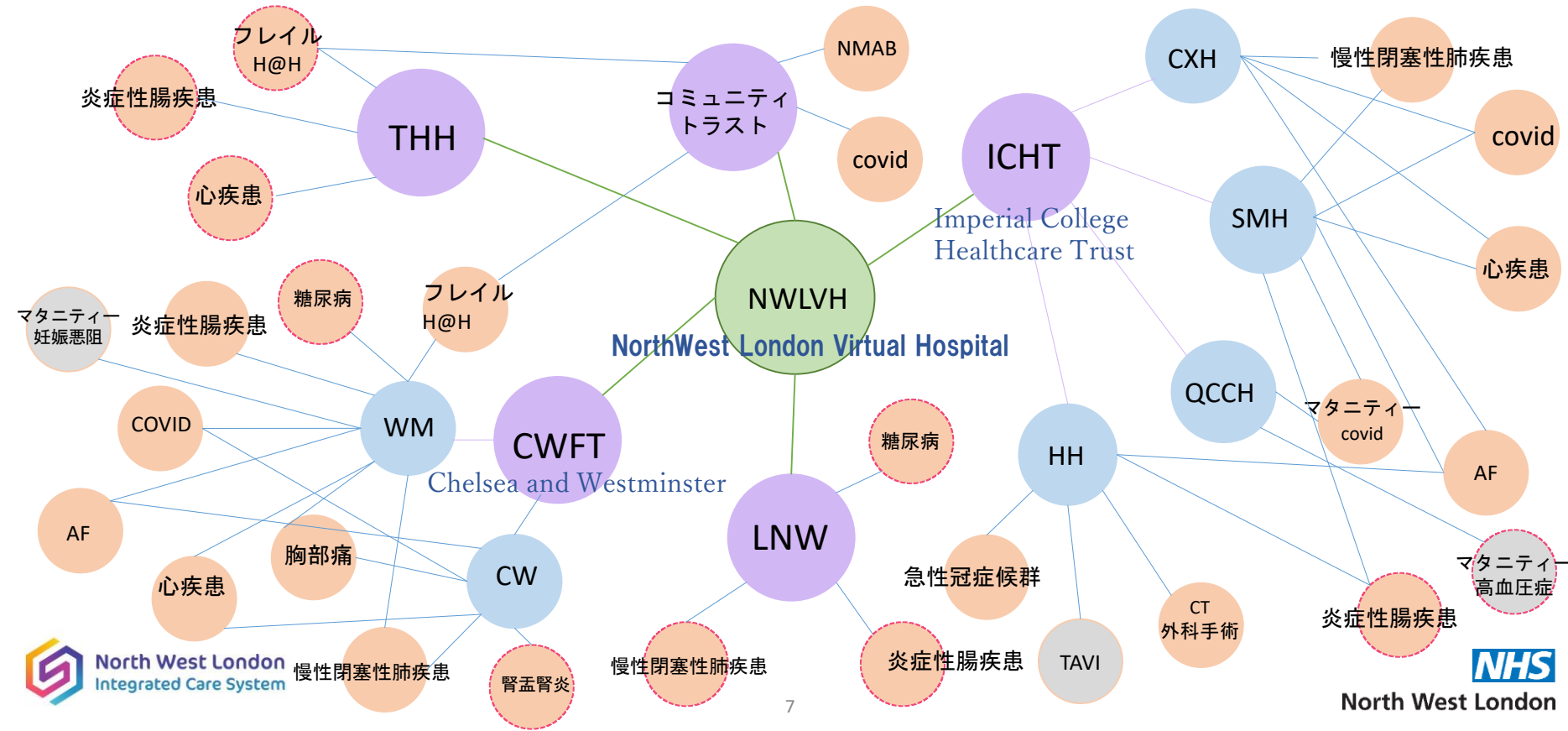
- 1つの多職種チーム(multidisciplinary team)が、セクター全体にわたるさまざまな患者／パス(pathway)をカバー
- 患者の居住地／滞在地に関係なく、4つの急性期医療機関(または地域パートナー)から紹介された患者を含む
- 完全に看護師主導のサービス
- すべてのケアは遠隔／バーチャル - 対面での接触はない
- 300人の成人患者を同時に管理できる体制を構築(最終的には800人を目指す)
- NWL ICSから直接委託を受け、バーチャル病棟において必要に応じて遠隔監視活動を行い、セクターをサポート
- 当チームを通さないバーチャル病棟の活動もある(小児H@Hなど)
- 2021年11月より連携サービスを開始

Key Words: COVID@ホーム コビッド・バーチャル病棟 心不全 慢性閉塞性肺疾患 ホームケア

<背景>

- 2019年1月よりICHT(Imperial College Hospital Team)全体でCurrent Healthソリューションを使用した遠隔患者モニタリングが実施されていた。
- パンデミック前の早期退院支援パスウェイ(ESD)用に導入された。
- パンデミックの発生を契機に、フレイルサービスが住宅や老人ホーム、特別ケア付き住宅にいる患者のケアに使用されることになった

現在のバーチャル病院（2023年半ば）



Virtual Ward に関する訪問時の質疑

Q:Virtual Wardの目的は？

A:1つ目の目的は早期退院支援。

2つ目の目的はコミュニティリスクの低減。コミュニティの中の患者で、COPDや心不全があり、虚弱化している患者がいる場合、こういう人達がなるだけ救急外来に行かなくて済むようにするという考え方だ。

3つ目の目的は外来の対面診療を減らすこと。もしvirtual wardで管理できるのであれば、10回診療所に直接来なくてはいけなかったところが1回で済むようになる。

Q:モニターするだけか。看護師の訪問はしないのか。

A: virtual ward自体は毎日朝8時から夜8時までのモニタリングである。別に「家庭における病院」と呼ばれる訪問看護の仕組みがあるが、実施数は減っている。今朝の時点でのVWの患者数は214人、うち約20人が訪問看護を受けている。しかし、一日に1回、2回、3回と訪問を受けるのであるから費用が高つく。VWでの大半の仕事は、看護師がコンピューターに向かって座ったままモニタリングを行うというものだ。ビデオで患者を見る以外には、直接出向いて対面で何かをするというものではない。

Q:入院待ち患者が700万人いるとのことだ。その対応もするのか。

A:そうだ。あらかじめ入院期間も決めて、予定手術の患者の退院までの期間をさらに急ぐことで、ベッドをなるべく開けようとしている。そうすることで700万人の待機患者問題を緩和しようとしている。

virtual wardによって患者の優先順位を最適化し、そのことによって待機したまま亡くなる人を減らし、手術までたどり着かせる。そして、その術後についても、virtual wardによって早期の退院を実現する。

TAVI(Transcatheter Aortic Valve Implantation カテーテル大動脈弁留置術)患者であっても10日も病院にいない。5日間で退院させ20日間virtual wardで管理する。

Social Prescribing（社会的処方）

5人に1人の受診＝純粹な社会的理由 pure social reasons *
緊急入院の4人に1人＝薬の副作用 medication side effects

Dr. Bogdan Chiva Giurca

Head, Global Social Prescribing Alliance

Clinical Lead, National Academy for Social Prescribing

Honorary Lecturer, University College London

Teaching Fellow, Harvard University


- pure social reasonsとは、具体的には、雇用、住居、借金、孤独等についての相談である。

これらの社会的理由に加えて精神的な問題(mental well-being)でGPを受診する患者も多いという。先行研究においてもloneliness(孤独)やlow mood(気分の落ち込み)が例示されていることから、ここでいう精神的な問題とはいわゆる精神病圏の疾患というよりもむしろ社会的問題との辺縁にある不特定の訴えを指していると思われる。

Nuffield Trustのヒアリングでは、「彼氏と別れてつらい」といった“精神的”な受診理由がコロナ以前には多かったと証言された。このような精神的な問題がGP診療全体に占める割合は3分の1とも5分の2ともされる。

要するに、イギリスにおけるGPの実態はessential serviceやenhanced serviceが想定している医療的業務に加えて、よろず相談所とも言い得る非医療的要素がかなり強い。

ボグダン医師のセッションでは、GPが行政の相談窓口のようなサービスを求められる背景として、GP診療の窓口払いがないことを指摘している。それに加えて、日本では福祉や介護に相当する公的サービスそのものの脆弱性も背景にあると考えられる。



健康は病院から始まるのではない。
健康は地域社会や家庭から始まる。

Health does NOT start within hospitals.
Health starts within our communities and homes

NHS長期計画(2019年)



The NHS Long Term Plan

Chapter 1: A new service model for the 21st century 21世紀に向けての新たなサービスモデル

This chapter therefore sets out **five major, practical, changes** to the NHS service model to bring this about over the next five years:

1. We will **boost 'out-of-hospital' care**, and finally dissolve the historic divide between primary and community health services.
2. The NHS will **redesign and reduce pressure on emergency hospital services**.
3. People will get more control over their own health, and **more personalised care** when they need it.
4. **Digitally-enabled primary and outpatient care** will go mainstream across the NHS.
5. Local NHS organisations will increasingly **focus on population health** and local partnerships with local authority-funded services, through new Integrated Care Systems (ICSS) everywhere.



1. 「病院外医療」の推進
2. 救急医療のredesign・負荷の削減
3. personalized careの推進
4. プライマリケア・外来医療のデジタル化
5. ポピュレーション・ヘルスへの一層の注力

What Personalised Care means to me



1 かかりつけ医とケアチーム(多職種)の連携

2 多様な選択肢からの選択

3 知識とスキルと信頼の形成
(コーチング・自己決定/自己管理)

4 コミュニティによる支援(社会的処方)

5 専門家の支援による私自身のプラン
(personalized care マイケアプラン)

6 自身の財源の自己管理

パーソナライズドケアの包括的モデル

The NHS Long Term Plan



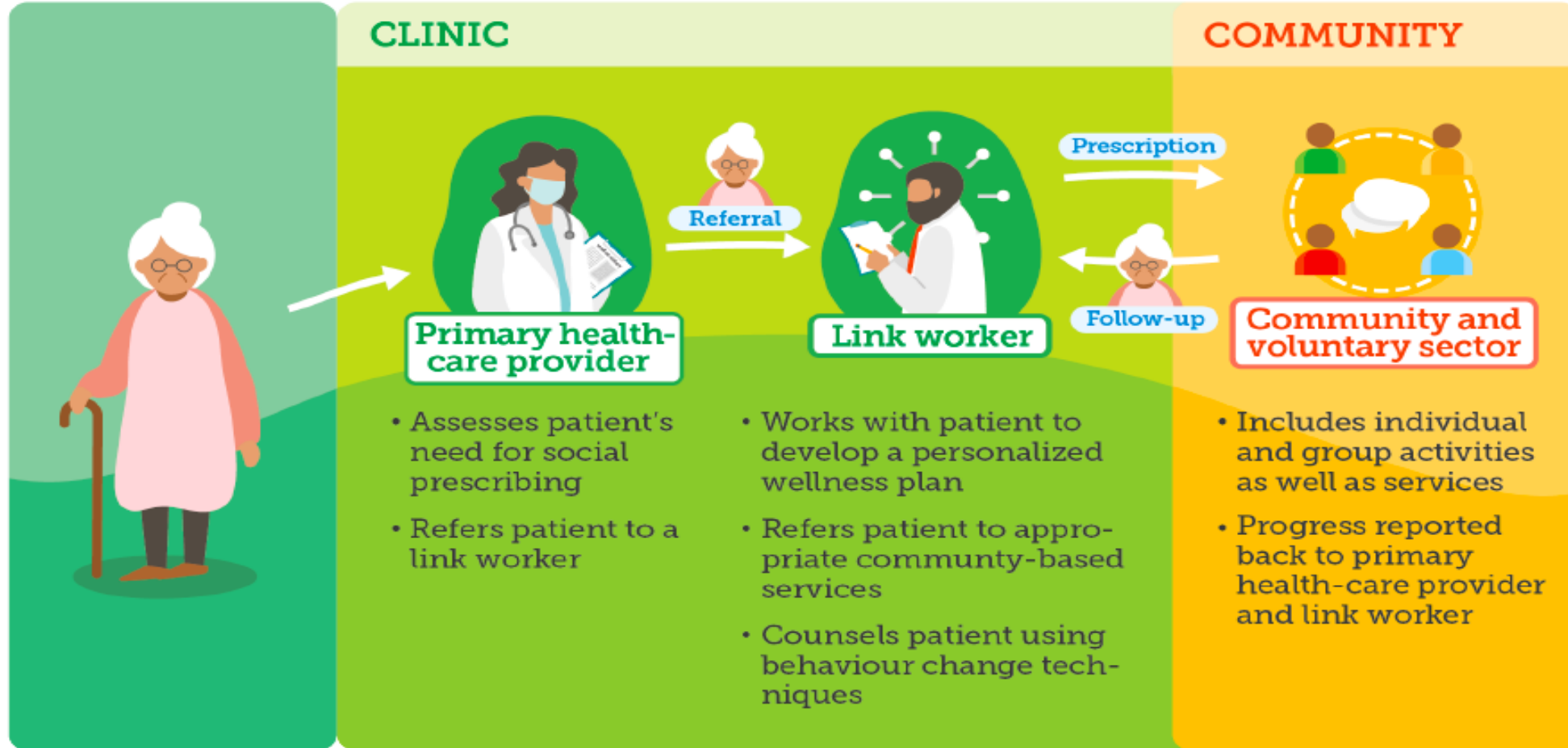
3. People will get more control over their own health and more personalised care when they need it

What we will do

- Roll out the **NHS Comprehensive Model for Personalised Care** across England, so that 2.5 million people can have choice and control over support for their mental and physical health.
- Ensure up to 200,000 people benefit from a **personal health budget** by 2023/24, so they can control their own care, improve their life experiences and achieve better value for money.
- Put in place more than 1,000 **Social Prescribing link workers** by the end of 2020/21, rising further by 2023/24, with the aim that more than 900,000 people are connected to wider community services that can help improve health and well-being.

- NHSのパーソナライズドケア包括モデルをイングランド全域に展開する。
- 2023/24年までに20万人分のPersonal health Budgetを確保し、自身のケアをコントロールし平均寿命を伸ばせるようにする。
- 1000人超の社会的処方リンクワーカーを2020/2021年までに配置、2023/24年に向けさらに拡大し、90万人以上の市民を地域ケアに結びつけて彼らの健康と福祉の向上を可能にする。

社会的処方とは何か？



Source: Husk et al. (1)

どこかで聞いたことのあるような、、、、

ARRSによるパーソナライズされたケアの提供

- ARRSには、パーソナライズされたケアを提供するための3つの役割が含まれている:

1. 社会的処方(link worker)のリンクワーカー

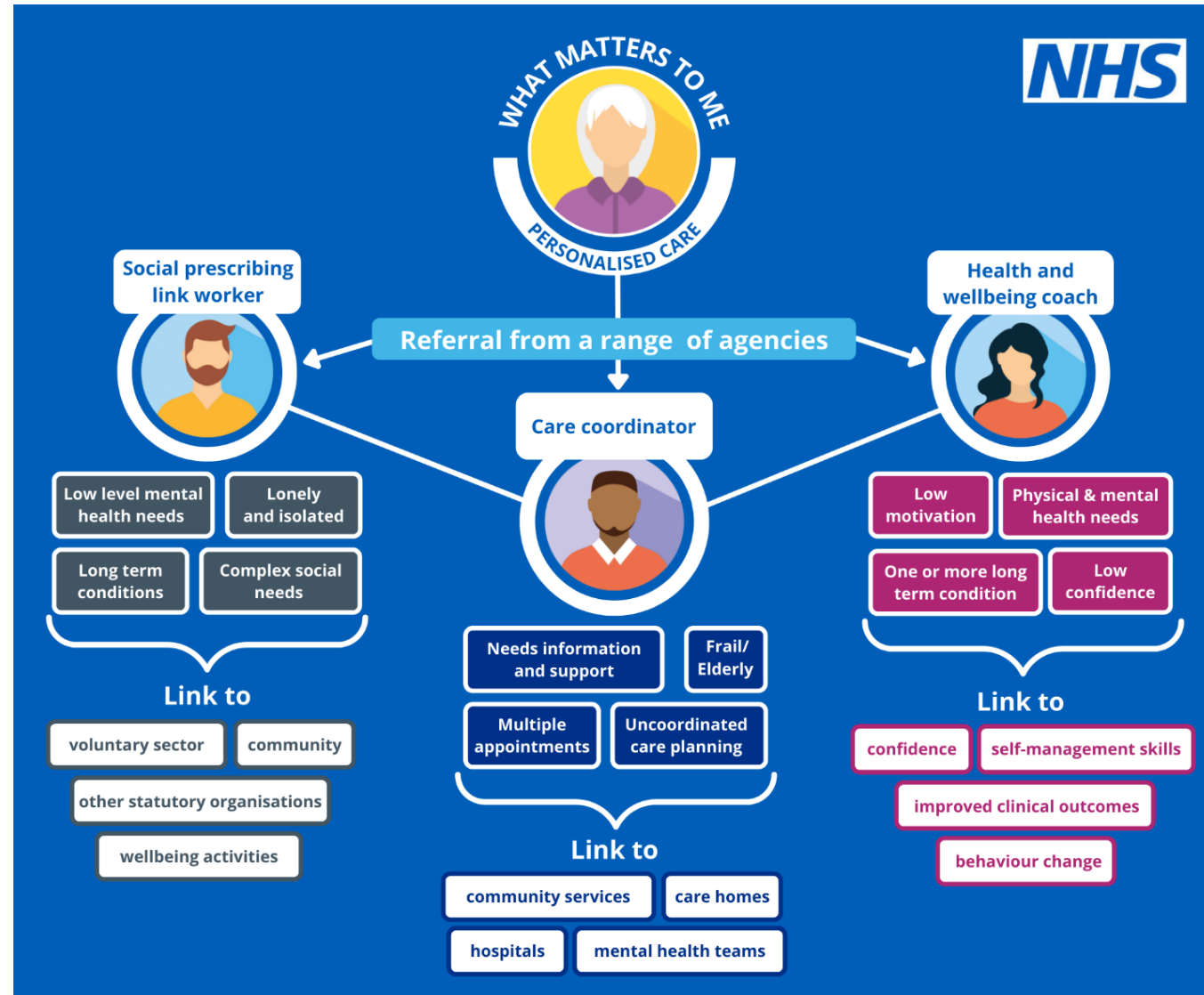
人々をコミュニティ・グループや関係機関につなげ、**实际的・精神的なサポート**を提供し、ケアナビゲーションやアクティブ・サインポスティングなどの他のアプローチを補完する。

2. ケアコーディネーター

GPやネットワーク内の他のプライマリケア専門家と緊密に連携し、特定された患者のケースロードを特定・管理し、患者とその介護者が適切なサポートを受けられるようにする。

3. ヘルス&ウェルビーイング・コーチ

ヘルス・コーチングのスキルを使って、既存の問題の自己認識をサポートし、新しい病気や既存の病気の積極的な予防を促す。自己管理教育、ピアサポート、社会的処方へのアクセスを提供することもある。





Future Institute Wolong

一般社団法人 未来研究所臥龍

<http://www.garyu.or.jp/organization.html>