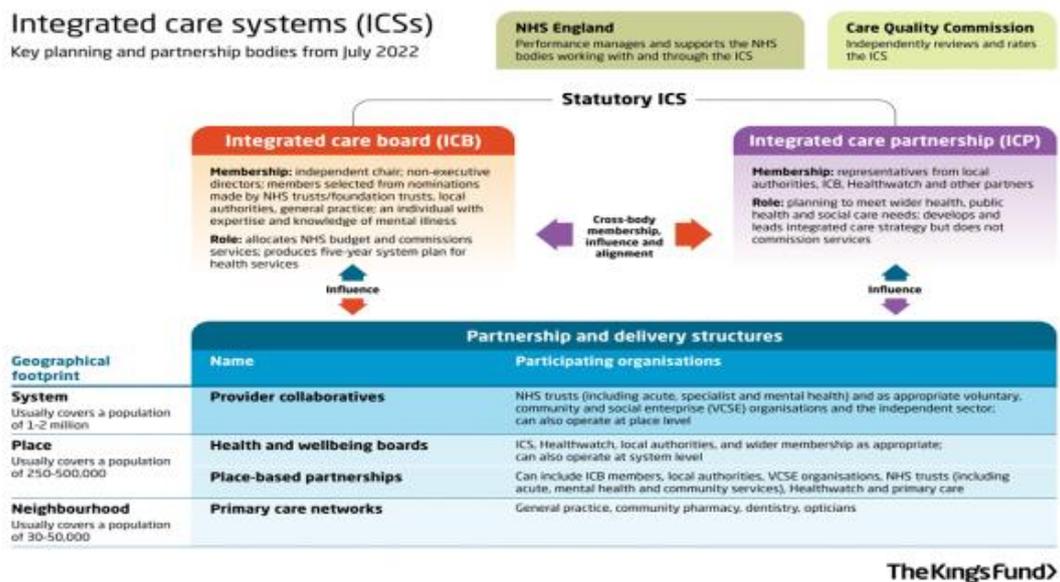


イギリス-1-2

論考：Hetherington Group Practice（グループ GP 診療所）

香取照幸

イギリスの NHS は System-Place（区）—Neighborhood という 3 層構造になっており、Neighborhood は概ね 3 万人から 5 万人の人口をカバーしている。Neighborhood は一般に PCN（Primary care network）とも呼ばれるが、これが NHS の最小単位であり、GP はこの Neighbourhoods ごとに割り振られて配置されている。今回訪問した Hetherington Group Practice は、ロンドン中央部ランベス（Lambeth）地域（Neighborhood）にあるグループ診療を行う GP 診療所である。



訪問した診療所は域内に 2 ヶ所の拠点を持ち、対象となる登録市民の数は 2 拠点合わせて 17,000 人、勤務する GP は 15 名だが、所長の Dr. Mowle を含め全員が非常勤である。所長である Dr. Mowle は GP 歴 23 年、GP として診療に携わるほか、RCGP（Royal College of General Practitioner）の国際関係リーダーも務め、また教育者として 15 年間ロンドンの大学の副学長を務めている。

今回の訪問で我々は非常の多くのことを知ることができた。その多くは、これまで日本で伝えられてきたイギリスの NHS 制度下の GP 像とは大きく異なるものであった。

以下主だったポイントを列挙する。

## 1 診療所（GP、家庭医）と病院の機能役割の違い

「診療（療養の給付）」という視点で見ると、GP 診療所（GP）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。

別の日程で訪問した Dr. Kong の資料に、以下のような記述がある。

### 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
- 8 am to 6 30pm
- Out of hours 6 30pm to 8 am – GPs provide these out of hour services themselves or delegate to another provider
- 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

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

- 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。

すなわち、GP の役割は「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」であり、健康管理・ヘルスプロモーションにより力点が置かれている。自ら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がある。

また、病院と診療所はかなり明確に役割が分かれており。病院は外来部門を有するが、基本的に専門外来であり、GPが行っているような General Practice 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—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「医療の不連続」が生じているような印象すら受ける。

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であり、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）とは医療提供体制の構造が決定的に異なることを深く認識する必要がある。

## 2 診療のスタイル

GP 診療所の診察室は非常にシンプルなつくりであり、医療機器も体重計や採血の道具といった必要最低限のものしか置かれていない。診療は基本的に予約制であり、予約なしの飛び込み (walk-in) での診療は行われず。患者は GP 診療所に電話をして診療の予約を取る。診療所はまず電話で主訴を聞き、その内容を聞いた上で対面診療を行うかどうか決める (この時点で診療予約を行う)、という形である。

### 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



(出典: GP Appointments、NHS デジタル)

イギリスの入院医療については、膨大な待機患者 (Backlog) が存在することが知られている。今回訪問した St. Mary's Hospital の報告では、コロナ後の 2023 年時点でイングランド全体の入院待機者数が 700 万に達し、予定手術の平均待機期間も 100 週を超えている。

GP による初期診療については、同じく今回訪問した RCGP の報告では、「全体の 4 割は予約したその日のうちに診療されている。」とされている。Hetherington Group Practice でも「朝電話してきた患者の 70% は同じ日に診察している」と説明された。

この説明を聞く限り、GP の待機者問題は入院医療ほど深刻ではないように聞こえるが、RCGP の説明で留意が必要なのは、「予約したその日のうちに診療した割合」であって「連絡を取ったその日に予約が成立して同日中に診療ができた割合」ではないことである。このことは、他方で「政府の政策として、診療までの待ち時間の短縮が掲げられており、予約時に電磁的コンサルテーション (インターネットを通じた標準的な質問項目への回答) を送ってきた患者は、48 時間以内に連絡を取る (=コールバックする) ようにする」との解説があったことから推察できる。

(イギリス在住の日本人や英国人の友人の話聞く限り、ほぼ全員が「電話連絡当日に診療が行われることは稀で、早くて翌日、通常は数日後の時間が指定されるのが一般的」と話しているのもので、おそらくそれが実態に近いようである)。

GPの診療時間は8時から18時半(土曜日は9時から12時)までであり、GP診療所は休日夜間時間外についての対応責任はない。GPは自ら対応してもよいが、通常は他の医療提供者に対応を委任する。

### 3 Primary Careの定義とGPの役割

プライマリケアは歯科や眼科、薬局(最近はコミュニティサービス)も含む概念であり、医師(GP)以外の専門職や福祉も含む概念である。その意味ではGPが担うGeneral practiceはプライマリケアの(重要ではあるがその)一部である。

## 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)

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

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)

☆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

日本で一般に考えられているプライマリケアの概念とは「ずれ」があり、プライマリケア=医師による初期診療、ということではない。

さらに言えば、別章で述べるように、社会的処方 Social PrescribingはGP(医師)が行うものではない。

一般に、9割方の健康問題はプライマリケアで対応可能といわれており、それらをGPだけでなく歯科医師や薬剤師等の多職種のプライマリケア・チームが対応しているのが英国のプライマリケアの実態である。

GP は担当地域内の全住民に対してサービスを提供する義務があり、住民は生まれてから亡くなるまでどこかの GP に登録するというシステムは NHS 創設以来続いているシステムだが、現在では登録は GP 個人ではなく GP 診療所単位で行われ、かつ登録先診療所は選択することができるようになっている。

#### 4 GP の勤務実態と GP 診療所の運営実態

今や GP 診療所は複数の医師が所属するグループ診療の形が一般的であり、かつ、その 7 割は非常勤の医師で構成されていて、女性医師比率も高く、Ethnic group の構成も多様である。政府は単独の開業形態を減らして、PCN (primary care network) 傘下でのグループ開業を推進しており、GP は独立した開業医であり個別に NHS と契約を結んで GP となる、という基本的な形は今も変わっていないが、GP は 3 層構造の最小単位である Neighborhood 単位で一つまたは複数の PCN の下に組織化されている。Neighborhood (及び PCN) は予算執行 (配分) の単位でもあることから、財政面から見ても GP=独立自営の開業医、とイメージは今や実態を反映していないと言える。

GP の勤務は 1 日を午前午後に分けてそれぞれ 1 単位とされる。したがって週 5 日で 10 単位となる。このうち 4 単位以上を担当すれば常勤とみなされるので、日本的な感覚でいけば常勤医師割合はさらに低いことになる。

#### 5 GP と GPwSI、多職種協働

日本の場合、(近年養成が進んでいる総合診療医を別にすれば) 診療所であれ病院であれ、何らかの専門の教育を受けた医師が 1 次医療を担う、というのが歴史的に形成されてきた診療形態だが、イギリスの場合、GP (General Practice) 教育を受けた医師が GP 診療所において GP 診療を担う、というのが一般的である。かつては GP と専門医 (病院に勤務する専門領域を持つ医師) とは截然と区別されており、GP としてのマインドセットができていない専門医から GP になることには否定的な意見が強かったが、今日では、GP と専門医との間の境界は流動化しており、GP がトレーニングを受けて一定の専門領域の診療に従事したり、GP 診療を行う傍らで教育に携わる、あるいは病院 (トラストや民間病院) に勤務する専門医が非常勤で GP 診療所で勤務する形 (GP with Special Interest と呼ばれている) も増えている。

背景には、GP それ自体の供給不足、疾病構造の変化、財政面・機能面からの病院の負荷軽減など様々な要因が挙げられるが、総じて単独開業・単独診療からグループ開設・グループ診療 (それも非常勤医師によるグループ診療) へ、プライマリケアの概念拡大・GP 診療所の機能拡張 (専門診療に向けての守備範囲の拡張・多職種協働・コミュニテイケアとの連携、関連職種へのタスクシフトによる医師の負担軽減) 等々、日本の地域医療をとりまく状況と類似する方

向が見て取れる。

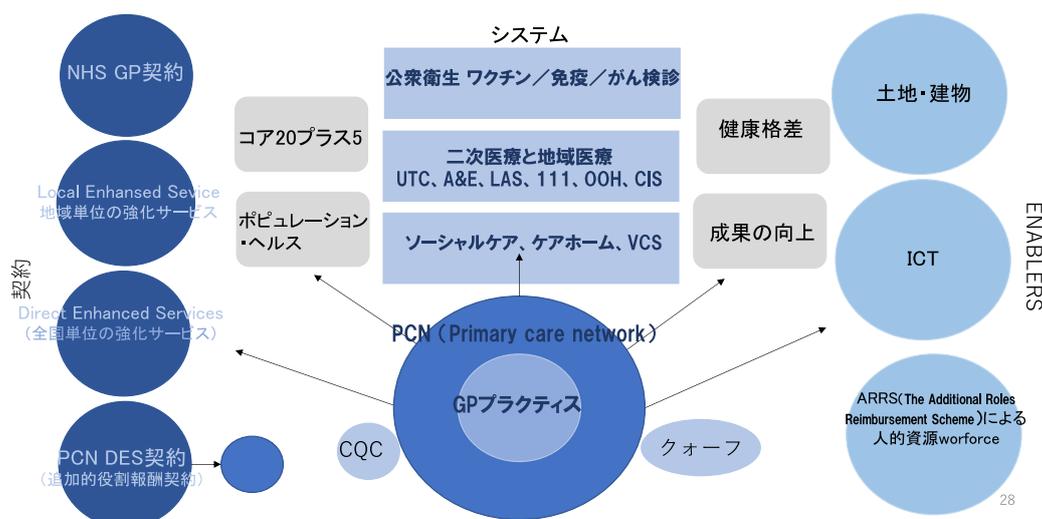
Dr. Kongによれば、現在の政府の考え方は、GPが全ての臨床の仕事をする必要はないというものであり、他の職種に任せればいいものは他の職種に任せる、そのための財源措置としてあるのがARRS (The Additional Roles Reimbursement Scheme) ということになる。多くのGP診療所が事務職員以外に医療助手やadvanced nurse practitionerなど多様な専門職を雇用しており、タスクシフトが進んでいる。これに応じて、医師一人当たり登録住民数 (List size) は増加傾向にある。GP診療所には様々な異なるスキルを持つ多職種がいて、GPはそれらを代表する (というか「束ねる」) 存在となっている。

「1980年代に私がGPとして始めた頃と2023年の今はかなり様相が違う」(Dr. Kong) そうである。

## 6 GPの契約形態

日本ではGP=登録制=人頭払 (包括報酬) という理解が浸透しており、かかりつけ医の制度化の議論は常に支払い方式の見直し (出来高払い・包括/人頭払い) が絡んでくるが、実際のGPの契約形態は以下の図の左側に示す通りで、GPのグループ診療化、GP診療所のPCNへの組織化、機能の多様化、多職種協働などの変化に対応して、定額払、実費償還、出来高払による支払契約、提供する医療サービスの質や成果に対しても評価するQOF (Quality and Outcome Framework) の組み合わせ、という形に変わってきている。

### プライマリ・ケアの概要



## 7 医療情報ネットワーク

医療情報の一元的管理については、「NHSはコロナ以前からこの分野のパイオニア」(Dr. Mowle)である。医療情報はGP/病院間で共有されており、GPは地元の病院の記録を見ることができ、病院もGP側の記録を見ることができる。NHSに学ぶべきものがあるとすれば、何よりもまずこの医療情報ネットワーク、医療情報の一元的管理システムであろう。

NHSによる医療情報の一元化については、別章で詳説されているが、後日訪問したアメリカ資本のプライベートホスピタル(HCA)でも、診療情報は全てNHSに登録され、同時に自身の診療時にNHSの診療情報を参照することができる、と話していた。コロナ禍で実施された検査やワクチン接種情報も全てNHSで一元的に管理されており、GPは自身の患者についての情報をほぼリアルタイムで把握することができる。

## 8 最後に、GPの社会的役割

本稿の締めとして、今回の訪問で得た知見ではないが、イギリスにおいてGPの「コンピテンシー」として定義されている6つの専門性について最後に紹介しておく。

第1は、プライマリケアのマネジメント。包括的な予防・健康管理を行いながら必要に応じて多職種や臓器別専門医と連携する。

第2は、人間中心のケア。患者の個性を尊重し、患者のパートナーとして患者に伴走し経時的に支援する。

第3は、プライマリケア特有の問題解決能力。

第4は、包括的アプローチ。急性・慢性を問わず複数の問題に同時に対応する。日本だと、疾患ごとに複数の主治医を持っている患者が(特に高齢者に)多いが、ある程度全身を診られる医師がいれば、プライマリのところはGPが担う。その延長線上に、予防や治療、生活支援、生活指導などの非医療的要素が位置つけられる。

第5は、地域志向性。「GPは地域と医療の最初の接点」であり、個々の市民を診るだけでなく、常に地域という単位で健康問題を捉え、疾患を診ていく。イギリスの場合、地域によって住民の人種構成や所得水準が大きく異なっており、受療行動も異なるなど、その地域特有の課題がある。

今回インタビューしたDr. Mowleも、「我々にとって、コミュニティからの信頼が重要だ。我々は、自分の地区の住人に対する社会的責任を強く自覚している。我々の患者に対してだけ

ではない。コミュニティ全体に対してだ。コロナ禍においてはとりわけそうだった。この診療所は、特に社会的に阻害されている患者を受け入れている。例えば、難民であったり、ホームレスであったり、あるいは重大な精神疾患を持っていたりする人々だ。これらの人々は、コロナによる悪影響をとりわけ強く受けた人たちだ。我々はこれらの人々により多くの援助をしたいと考えていた。」とインタビューで発言している。

最近のデータで、民族グループごとの健康格差も明らかとなっており、彼の診療所のエリアでは、200以上の言語が話され、多くのアフリカ系、アフロ・カリブ系住民がいる。ブリクストンはカリブ系住民が多いことで知られており、彼らの多くは経済的に貧困であり、ワクチン接種率もとても低い。それには文化的背景も一因となっており、コロナワクチン接種に際しても強い抵抗があったという。

最後に、全人的なアプローチ。疾患を見るのはもちろん大事だが、疾患だけでなく、その人個人やその家族も含めて診る。ここでGPに一番要求されるのは、患者を主体にしたコミュニケーション能力であることは言うまでもない。

## 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

