

イギリス-2-1

応接録：Dr. Kong (Crawford Street Surgery)

2023 年 5 月 31 日

Dr. Etheldreda Kong

<要約>

- イギリスの primary care は、かつての GP が担う医療体制から、PCT (Primary Care Trust)、CCGs (Clinical Commissioning Groups)、ICB (Integrated Care Board) へと変化してきた。より広域に、そして医療と community care を包括したサービスへと進化してきている。
- 広域的な連携組織が作られ組織化される一方で、地域レベルでみれば、人口 3 万人から 5 万人程度の地域で primary care network が形成され、多職種によるサービスが提供されている。近年、社会的弱者へのサービス強化や、国民保健 (population health) の推進にも重点が置かれている。
- この地域ネットワークの中に地域ごとの診療拠点があるが、現在ではほぼ非常勤のみの体制になっていて、登録も医師個人への登録ではなく診療拠点への登録である。診療時間は朝 6 時 30 分から午後 8 時までで、夜間も対応することとされているが、外部委託が可能で、その場合は深夜分の報酬がカットされる。
- 基本は登録人数に応じた支払いだが、国が定める特別行為への支払いや、多職種の人件費の支払い、診療アウトカムに応じた支払いなどが制度化されていて、単純な人頭払いではない。
- primary care network 全体で、ケアコーディネータ、臨床薬剤師、link worker (social prescriber と呼ばれる community care などにつなぐ役割の職種) 等が雇用されている。

(コン) まず私の自己紹介をすると、私は 40 年間 GP をしている者だ。30 年間は Brent という区 (borough) にいた。最初の何年間かは病院の中で婦人科のトレーニングをした。当時は、女性にはとても不公正な社会だった。そのため、私の上司からキャリアを変えることを助言された。そして GP に専門を変え、またトレーニングを何年かやり直した。それを終えてから Brent での GP を始めた。Brent は非常に貧しい地域だ。そこに 30 年間いたわけだが、環境を変えようということで、Westminster に移り、今もそこで GP をしている。これがここ 5、6 年のことだ。両者の人口動態はかなり違う。今の私の診療所には 8000 人の登録者がある。Brent も Westminster も同じ北西ロンドンという Integrated Care Board (ICB) の区画になる。ICB については後ほど説明する。この北西ロンドンの ICB は 220 万人の人口

をカバーしている。

(A) これは CCG じゃなくて、ICB なのか。

(コン) この構造については後ほど説明する。

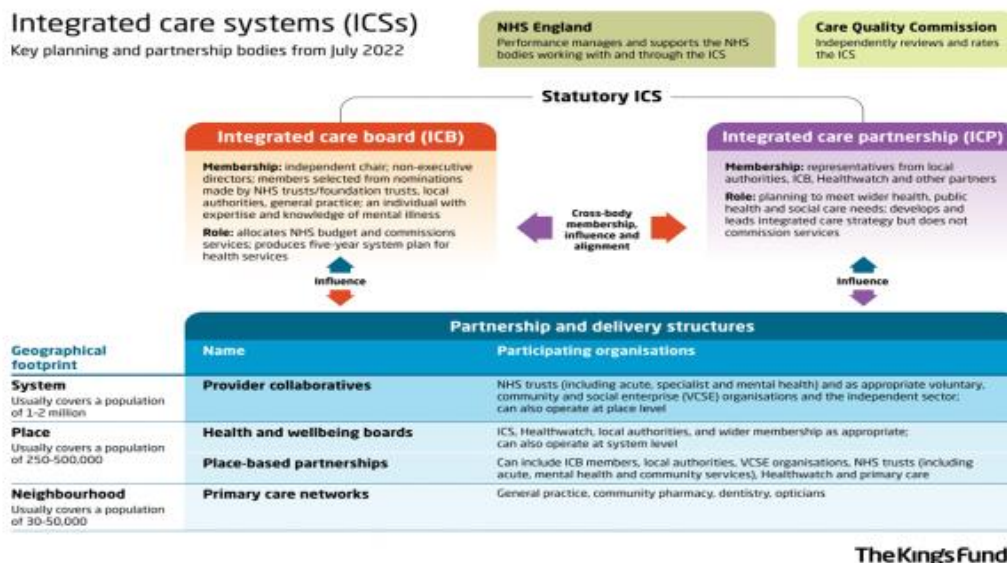
Health and Care Act 2022

- **Integrated care systems (ICSs) are geographically based partnerships that bring together providers and commissioners of NHS services with local authorities and other local partners to plan, co-ordinate and commission health and care services. They are part of a fundamental shift in the way the health and care system is organised – away from competition and organisational autonomy and towards collaboration, with health and care organisations working together to integrate services and improve population health. ICSs have been developing for several years – since July 2022 the Health and Care Act has put them on a statutory footing.**

まず、最近の事情から説明する。2022 年に integrated care system (ICS) というものが発足した。説明は時系列的に現在から過去に向かって説明する。北西ロンドン地区を例に説明する。この中には 8 つの区 (borough) がある。すでに言及した Brent、Westminster もこれら 8 つのうちの 2 つに当たる。明日のプレゼンテーション¹では 8 つの区の代表者が来ることになっているので、もう少し広い視点でコロナの時に彼らが何をしたのかを聞けるだろう。それぞれの区はそれぞれ違うことをしていたが、それでも integrated care system という 1 つの傘の下で統合されていた。そして、スライドは、Health and Care Act 2022 (健康ケア法 2022) というものだが、この説明をする時には、様々な法やこれまでの経緯の説明をすることになる。このスライド自体、とても言葉が多くて見にくいものなので、深入りせず先に進める。

¹ 北西ロンドン NHS ICB の報告を参照されたい。

Integrated care systems (ICSs) Key planning and partnership bodies from July 2022



次のスライド²は、この法律自体の概観図である。一番上に NHS イングランドがあり、これが保健サービスのコミッショナーである。そしてその中の Care Community Commission がこの system の独立監査機関である。ロンドンには4つの ICB があり、北西ロンドンはその1つだ。ICB は北西ロンドンの場合8つの区を取り仕切る理事会であり、それぞれの区は、integrated care partnership と呼ばれる。そのため、パートナーシップは区をベースにしたものとなる。ICS はこれら全体のことを指し、その意思決定を行うのが ICB である。この図が示しているのは、区全体を包括する system だ。そして place というのが区であり、その区ごとに Health and Wellbeing Board (健康福祉委員会) が置かれ、これが全ての組織を統合している。例えば、北西ロンドン is system であり、そこには 220 万人が住んでいる。その下に、区がある。区は place を基礎とした integrated care partnership ということになる。2020 年以前³とそれ以降との違いは、統合という機能があるかどうかだ。以前は、コミッショナー、医療提供者、任意団体等の法的位置づけが別個の組織は、お互い独立に機能していたが、今では国民保健 (population health) の向上のためにそれらを統合する機能がある。それが今のイギリスの状況だ。それぞれの区のさらに下には、neighbourhoods という単位がある。この neighbourhood は、primary care network ((PCN)) と呼ばれている。医療の雑誌を読めば PCN についてもいろいろなことが書かれているが、大事な構造として、system—place (borough) —neighbourhood という階層になっていることを抑えてほしい。それぞれの neighbourhood は 3 万人から 5 万人の人口をカバーしている。そして、GP はこの neighbourhood ごとに割り振られる。このスライドは、GP がどのように全体の構造の中

² 出典： <https://www.kingsfund.org.uk/audio-video/integrated-care-systems-health-and-care-act>

³ 米澤ルミ子氏のセッションにおいて、ICB への統合が 2020 年に始まったことが説明されている。

で関わり合っているのかを示している。

(A) 以前は、クリニカル・コミッショニング・グループ (CCG) と言ったと思うが。

(コン) 確かにそうだったが。それはもう終わった。それが今説明した新しい仕組みに変わったのだ。時系列を遡るように説明しているので、現行の仕組みがどう成り立っているかを説明している。CCG は 2 年前に過去のものとなった。これについては、私自身は反対であったが、それは横において説明を続けよう。

Primary Care

- General Practice
- Dental Practice
- Opticians
- Community Pharmacists / Chemists (eg on High Street)

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

That was primary care landscape

primary care、または general practice という 2 つの言葉を聞くことがあると思うが、これらは時に少し紛らわしい。多くの人は同じ意味で使っているが、実際には違うものだ。primary care が上位概念で、その下に、general practice や歯科や視力矯正、そして薬局などがある⁴。人々が primary care と言う時、その多くは general practice を意味しているが、正確には別ものである。そして、community service というものが以前からあり、community trust によって提供されているのだが、最近の動きとして、community trust 自身が自分たちのことを primary care の一部であると言うようになっている。

⁴ コロナ禍の受診行動に与えた影響を分析した the Health Foundation の研究

(<https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/how-has-the-covid-19-pandemic-impacted-primary-care>) によると、イギリスにおける primary care の受診数は、コロナ禍以前では 1 か月あたり 2500 万回程度であり、そのうち 1300 万回が GP への受診だった。このように、primary care が GP を包含する関係であることを前提に統計も取られている。

NHSE's re-organisations

- Integrated Care Boards (ICBs) replaced Clinical Commissioning Groups (CCGs) in the NHS in England from 1st July 2022. All practices belong to PCNs. ICBs cover large areas, consisting of several boroughs. In North West London ICB covers 8 boroughs. Each borough is a place-based partnership. Boroughs have PCNs. PCNs have neighbourhood areas. Addressing **Population health and Tackling Health Inequalities**
- CCGs, freestanding, which were established as part of the Health and Social Care Act in 2012 and replaced Primary Care Trusts (PCTs) in April 2013. CCGs were borough based.
- CCGs was the bottom up approach to solving issues on better care provision, clinically led, all practices were members of CCGs.
- The 2000 NHS plan announced that Primary Care Groups would develop to PCTs by April 2004. The White Paper, *Shifting the balance*, brought forward the date by which PCGs were to become PCTs in April 2002.

このスライドは、これまでの歴史について書いたものだ。現在は ICB である。2022 年 7 月に、CCB は ICB に取って代わられた。すべての医療が、primary care network に属することになった。そして、先ほど説明したように primary care network が neighbourhood に対応している。政府が ICB への変革を行ったのは、国民保健 (population health) の増進が目的である。(C を指さして) あなたは元々公衆衛生だったね。

(C) 学位としては、そうだ。

(コン) 小さな単位で population health を考えるのではなく、ICB は多様なチャネルをつなぎ合わせる機能を果たす。最小単位である 3 万人から 5 万人の neighbourhood が、25 万人から 50 万人を単位とする区へ、そしてそれらの区すべてが集まって 220 万人の ICB になる。このような構造は、population health を考える上で重要だ。この構造は、パンデミック対応という意味でも、例えばワクチンをどのように配分するのかということに関して役に立った。現在、他のワクチンの分配、がん検診、疾患管理という面においてもこの構造を基本として動いている。

(A) population health とはいかなるものか。

(コン) 公衆衛生 (public health) は、ICB に包含される。そして、公衆衛生 (public health) は、地元行政当局の委員会の管轄となっている。これは、政府が公衆衛生 (public health) に対する政策を保健政策から切り離して別の委員会の管轄としたものだ。これは、統計処理やデータ管理が、地元行政当局の管轄にあるためである。国民保健 (population health) と言おうが公衆衛生 (public health) と言おうが似たようなものだ。population も public も、どちらもその意味するところは people (人々) であり変わらない。ただし、最近、population health という用語がよく使われる。そして、この国民保健の課題としては、健康格差がある。CCG 以前には、Primary Care Trust (PCT) というものがあつた。

(A) そうだった。PCT があり、CCG となり、今は ICB だね。

(コン) その通り。その PCT の前の時代には、皆さんご存じかもしれないが、Primary Care Groups (PCG) があった。そのため、PCG、PCT、CCG、ICB という流れになっている。私はこれらを経験してきて、結局前の状態に戻っているのではないかと考えている。なぜなら、PCG の時代には地域の保健担当機関 (area health authority) というものがあったが、これは事実上、今の ICB と同じだからだ。

Chronological Changes

- Independent General Practices under Family Health Authorities
- Fundholding where like minded GPs grouped together or solo practices held budgets to buy outpatient and diagnostic services for their patients
- PCGs
- PCTs and abolition of Family Health Authorities (PCTs commissioned both primary, secondary and tertiary care. PCTs also are providers of community services)
- CCGs (clinically led commissioning, provider and commissioner split) under NHSE
- Now we are moving towards ICBs

ここに、時系列的な変革をまとめた。GP はかつて家庭保健局 (family health authority) によって統括されていたが、その頃はその機関が外来診療と診断に対する診療報酬支払を担っていた。ここに書かれているのは、単純な時系列だ。GP は家庭保健局の下でそれぞれ個別のものとして始まった。この開業形態は、家庭保健局が外来診療と診断のための予算を持っているというところに特徴があった。私のような GP にとっては、ここからの報酬は最も大きな収入源だった。なぜなら、開業医としては、この時代は自分自身に割り当てられた予算があった。しかし、今はもっと広い地域の単位で予算が組まれている。この時代のことを資金保有の時代 (fund holding days) と言っているが、GP 開業医にとってそれは、あたかも「私自身が私の 8000 人の住民のために管理できる、私自身の予算」があるということの意味していた。しかしながら、国民保健 (population health) ないし公衆衛生 (public health) のことを考えれば、一人の GP 診療所という単位は予算措置をするには狭すぎるということになった。

(A) その予算を自分で管理できたのは CCG の頃か。

(コン) CCG は、PCG が PCT となった後の改革だから、ずっとあとの制度だ。なぜこのことを説明しているかというと、日本は、日本における primary care を変革しようとしている

と思うが、そこで ICB は解決策にならないだろうということを言いたいからだ。これ以前のイギリスにおける変革の取り組みの方がまだ適したものになるだろう。日本は、イギリスほどは多人種社会ではなくそれは確かに大きな違いの 1 つではある。また、国民の健康状態もイギリスに比べれば均一的だ。そのため、先ほど説明してきたような PCG 以来の医療制度の中で、現在のイギリスの制度である ICB よりも、これらの過去の制度の方が日本には適すると思う。

Me...

- Lead Fundholding GP for my practice
- Set up GP Provider Organisation and Chair of the organisation
- Chair of Brent Central PCG
- Executive Professional chair of Brent PCT
- Chair of Brent CCG
- Believing in succession planning on clinical leadership of future generations, I am now mentoring and coaching the young doctors, and I am the borough (Westminster and Royal Borough of Kensington and Chelsea) on Population Health, Health Inequalities and Prevention
- I am a trustee in two VCS organisations, transferring my skills to the voluntary community sector
- Most importantly, I am still working as a GP and enjoying it!

私はこれらの一通りの制度の変遷を見てきた。予算を割り当てられ自分で資金保有した時代もあったし、PCG の議長として医療提供者団体の立ち上げにも関わってきた。また、PCT の議長も CCG の議長もやった。そして、この 2 年間は、もうこのような議長職は十分だと思い、若い世代に道を譲った。そして今は、国民保健 (population health) における健康格差と予防の問題に取り組んでいる。しかしこれはそれほど大きなリーダーシップを要するものではない。この仕事が興味深いのは、住民をより人口動態的に捉えこれまで以上に実践的に関わることができるからだ。CCG が ICB に変わるタイミングで、議長職からは退いた。私の現在の関心は国民保健 (population health) にあるので、私は多くのボランティア活動に従事している。私は、コミュニティは多くの影響を個人に与えると考えている。コミュニティの中できちんと自分の健康を管理するためには、環境を理解し、自身の疾患を理解し、自分自身の面倒を見られるようにならなければならない。生活習慣が、如何に健康状態を改善することに影響を与えるかということを理解しなければならない。私は、いまだに GP の仕事を楽しんで、この仕事を愛している。

- (A) 社会的処方と関連するような感じがする。
- (C) 確かにそうだ。
- (A) 医療だけではないという意味で。

Groupings of General Practices into Primary Care Networks

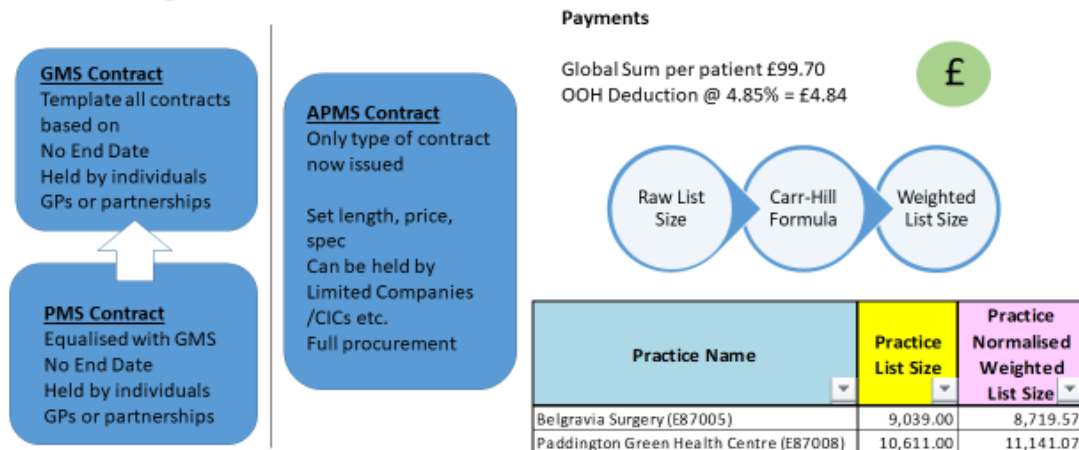
Primary Care Network:

- General Practice
- Dental Practice
- Opticians
- Community Pharmacies / Chemists (eg on High Street)

Covering typically 30,000 to 50,000 population size in a geographical area

(コン) ここまでで primary care network の説明をした。そして、GP という言葉の切り分けについても見た。primary care network には、視力矯正や歯科や薬局その他も含まれる。この構成は、primary care のところで触れたのと同じだ。

Contracts – Delegated Commissioning From NHSE to Integrated Care Board ICB



11

このスライドは、GP サービスがどのように提供されるかについての、いくつかの契約について示したものだ。3つのタイプの契約がある。どのタイプであれ、いわゆるエッセンシャルサービスと言われる内容は提供される。これは、疾病の発見とその管理のことであり、

二次医療への紹介が必要となれば病院やその他のサービスに患者を紹介することである。GP 制度に特徴的なのは、登録された住人の健康管理に GP が責任を持つという点である。つまり、住人は 1 人の GP に登録することになる。例えば、私が Brent で開業していたころ、私はある家族の 4 世代についてケアをした。1 つの場所で長く GP をやれば、その住民が登録して来るので、国民保健 (population health) がどういうものかよくわかる。このように 4 世代にもわたる family medicine としてかかわることができれば、GP は最もうまく機能する。

(A) 家族であっても一人ひとは別々の診療所に登録することも許されるのか。

(コン) それぞれの GP 診療所には、カバーしうる範囲の地域が決まっている。

(A) その中では選べるか。

(コン) 選べる。しかし、通常は”family doctor”と言われるように、1 つの家族は同じ GP に登録することが多い。

General Practice Service

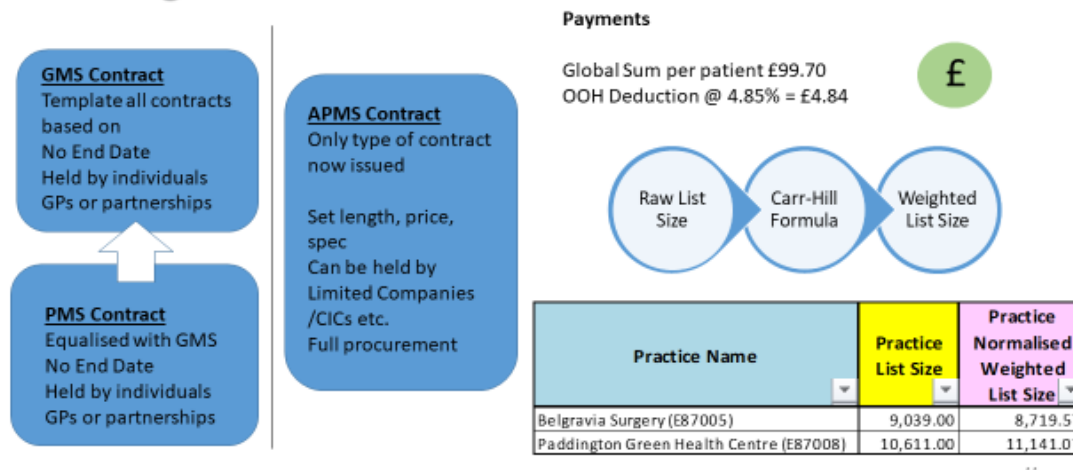
Core services:

- 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
- 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
- Enhanced Services

すべての GP は月曜から金曜までの朝 8 時から夕方 6 時半まで開いている。夕方 6 時半からよく朝 8 時まで、及び週末の間は、GP は自分で診療してもいいし、代診を立ててもいい。ここに書かれていることが、GP がしなければならないことだ。そして、ここにある Quality & Outcome Framework (質と成果のフレームワーク) とは、必須のものではなく、それぞれの GP 開業医が選択することができる。成果に応じて報酬を受けることができる。10% の追加報酬を受けることになるため、95% の GP がこれを算定している。慢性疾患のアウトカムを指標として、その質が評価される。例えば糖尿病を例にとると、しなければならないとされるのは、人々に糖尿病について知らせること、糖尿病となる前の段階で発見すること、そして糖尿病となつてからはその管理を行い、合併症を最小限にすること、合併症が出てしま

ったらそれを安定化させ QOL（生活の質）を問題ないものとする、こと、である⁵。そして、もう 1 つの収入源が、enhanced services（付加的サービス）だ。これについては後述する。

Contracts – Delegated Commissioning From NHSE to Integrated Care Board ICB



（再掲）

そして、先ほど説明したように、GP の契約には 3 つのタイプがある。まず GMS というのは General Medical Service の契約であり、これが原型であり、他の契約はこれを基にしている。この契約の下では、よほどひどい診療をしない限り、これを取り上げることはできない。つまり期限の定めのない契約である。この契約は、単独の GP によってすることもできるが、GP のグループですることにもできる。グループで契約した GP 同士はパートナーシップ法の下で協働することになる。これは、会社という組織形態に縛られるものではなく、パートナーシップと呼ばれる組織構造である。これは、法的なビジネス形態の 1 つである。

（A）これは GP の形態だね。

（コン） そうだ。2 人以上でやる場合はこうなる。勿論、1 人でやることもできる。1 人でやる場合は、ビジネス用語で言えば個人商店（sole trader）になる。グループでやれば、パートナーシップとなる。新しい形態の契約として、personal medical services (PMS) 契約というものがある。これは、期間の定めがないという点で GMS に似ているが、地域のニーズに合わせた合意事項が盛り込まれる点で違いがある。Brent における私の経験からの例になるが、この地区は非常に多様性のある地域である。大きな黒人コミュニティがあり、イングランド中部とはかなり違うニーズがある。そのため、私は PMS 契約の交渉を NHS イングランドとの間で行っていた。そこでは、私の地域の住人のニーズは他とは違うことを根拠と

⁵ <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/03/PRN00289-quality-and-outcomes-framework-guidance-for-2023-24.pdf>

して特別のより個別化された契約を求めた。それが PMS だった。したがって、私は最初の開業の時、GMS から PMS に切り替えた。そのように契約を切り替えることもできる。しかしながら、政府は今、この PMS を廃止しようとしている。その理由は、こちらの個別化された契約の方が予算が多くかかるからだ。政府は今、GMS と PMS を同じようなものとなるような誘導を行っている。そうすることで、PMS がより選択されにくくなるようにしている。現在の内閣ではなく、前の内閣でのことだが、競争を高めるため、alternative provider medical services (APMS) というさらにもう 1 つの契約形態を導入した。今、新しく契約する場合には、この GMS という契約はできないことになっている。そして PMS はこれからなくなっていくので、APMS だけが残ることになる。この APMS というのは、唯一の有期契約であり、それは 5 年、10 年、または 15 年を期間とするものだ。その期間中、予算が固定され、この決められた予算の中で GP は診療することになる。例えば、ある契約を 1000 万ポンドで締結したらそれで終わりであり、それ以上の追加予算はない。GP はその予算の中で、これとあれとそれをやる、という具合に動くことになる。私が理解するところによれば、財務当局と言うのは、このようにあらかじめ歳出額が固定されることを好むものだ。とりわけ、財政上のコントロールが効かない領域においては。

(C) この APMS が有期の契約となっているのは、一定の成果に達しなかった GP の契約が更新されないということも可能とするためか。

(コン) その通りだ。GMS 契約だったら、引退しない限り、その GP をやめさせることは事実上できない。あるいは、よほどのひどい診療をした場合に、CQC (Care Quality Commission) によって排除されるぐらいだ。他方、APMS は有期契約であり、予算制なので、政府にとってはコントロールがしやすい。そしてもう 1 つの違いは、APMS の場合、GP である必要がない。これは民間企業でもいいし、いかなる形態の団体でもこの契約をすることができる。これにより GP の独占が破壊された。

(A) 民営化が進んだということか。

(コン) そうだ。そうなりうる、ということだ。例をあげよう、今この場所は、区で言うとケンジントンだ。仮に NHS 又は ICB がこのエリアにもう 1 つ追加で GP 診療所が必要だという判断をしたら、彼らは入札でそれを調達する手続きをすることになる。そして、その入札にはどんな組織でも参加できることになる。

(A) 株式会社はどうか。

(コン) 例えば、Virgin という会社がそれをして⁶、APMS 契約の診療所を持った。これ以外にも Operose Health や United Health 等の多くアメリカ資本が参入している。これらはイングランド中で APMS 契約をしている。

(A、B) GP 診療所も、ついに。

(A) 少し聞いてはいたが。前の内閣というのはジョンソン内閣か。

⁶ <https://practicebusiness.co.uk/does-virgin-pose-a-threat-to-the-nhs>

(コン) PMS を導入したのは、労働党政権だ⁷。APMS は保守党政権だったかもしれない⁸。そして、その右側の図は、支払いの流れを示している。大まかに言って、患者 1 人当たりの予算は 100 ポンド⁹だ。これがエッセンシャルサービスの分だ。仮に夜間や週末の診療について、誰も代理を立てないで診療するならそのままだが、もし代理を立てたら 1 人の患者当たり約 5 ポンドが差し引かれることになる。Brent と Westminster を例にとって、それぞれ 8000 人の登録があった場合のことを考えてみる。どちらも一人当たり 100 ポンド支払われることになる。しかし、Westminster の方が裕福な地域で、Brent の方が貧しい。そのような社会的背景から健康リスクやその他の条件が変わる。そこでこれらを調整する必要がある。今、Brent と Westminster にどちらも 8000 人の登録があったとすると、これを調整前リストサイズという。これに Carr-Hill 関数というもので重みづけして最終的な支払い金額が決定される¹⁰。そのため、Brent の方がより多くの予算が配分される。この Carr-Hill 関数が、Brent と Westminster の予算額の違いを作っている。すなわち、予算は重みづけされた登録数で決まる。スライドの下表に書かれているのが例だ。この例で言えば、Belgravia という裕福な地域の診療所では、リストサイズ（登録者数）は 9000 だ。これに Carr-Hill 関数を適用すると、重みづけサイズは 8700 程度となる。他方、パディントンという貧しい地域の診療所の場合、リストサイズは 1 万だ。しかし、1 万 1000 として重みづけされることになる。

(A) このような重みづけの根拠としては、富裕層は GP 診療所を受診せず営利病院を受診し、貧困層はみんな GP 診療所を受診するからか。

(B) 健康そのものの格差ではないか。

(C) そっちの方が大きそう。

⁷ PMS 契約はブレア政権下の 1998 年に導入され、2006 年までには 40% の開業医が PMS となっていた (<https://www.gponline.com/nhs-70-general-practice-2000-2018/article/1485693>)。

⁸ 正しくは、APMS もブレア政権下の 2004 年に導入されている (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4484211/>)。

⁹ CNAM のセッションによれば、フランスのかかりつけ医の登録患者あたりの年間固定報酬の基準は 5 ユーロとされている。かかりつけ医制度とはいえ出来高報酬に軸足があるフランスの制度と比べると、イギリスの制度は包括報酬という際立った特徴があることがわかる。

¹⁰ このような重みづけは、フランスのかかりつけ医制度にもあることが、CNAM のセッションで触れられている。

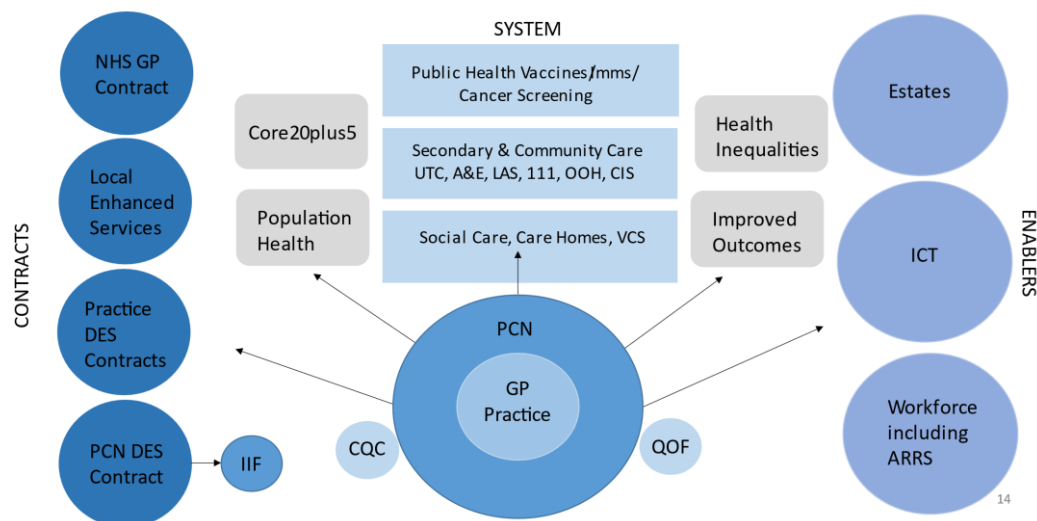
Carr-Hill Formula

- Patient age and sex
- A staff market forces factor ie cost of staff
- Additional patient need ie morbidity and mortality
- Number of residential and nursing home patients
- Rurality
- List turnover

(コン) これについて説明する。まず、年齢と性別がある。高齢者が多ければ、その分受診機会は増える。また、男性の方が女性よりも慢性疾患のコントロールが難しい。2つ目の要因は、労働市場だ。例えばこの今話している場所はロンドンのシティと呼ばれる地区だが、Westminster に似ていて、従業員を雇用するのに、郊外に比べてより多くの費用がかかる。このような事情も Carr-Hill 関数では考慮される。Carr-Hill 関数における3つ目の要因は、患者の需要だ。これは、有病率や死亡率などだ。糖尿病や高血圧や脳梗塞などの有病率が高ければ、重く評価される。この3つ目の要因に含まれるものとして、その地域にナーシングホームがあるか、ということもある。もしナーシングホームがあれば、より重く評価される。そして、田舎の地域の場合は、労働力を確保するという目的のため、評価が高くなる。いくつかの地域は、誰も行きたがらないようなところもあるので。ウェールズなどにはそういうところがある。次にリストサイズの入替わりについてだが、例えばロンドンのシティでは30%の人口が毎年入れ替わる。しかし、例えばハンプシャーのような地域であれば住人はほとんど固定されている。あるいは、明日話を聞くことになる Harrow や Hillingdon のようなところでも人々の入れ替わりは小さい。入れ替わりが大きいというのは、なすべきことが多いということを意味する。つまり、ある患者が来て、その患者が糖尿病だった時に、その管理をうまくやったとしても、すぐにその患者はどこかに行ってしまう。そして、また新しい患者が来る、という形だ。私の場合、Brent にいた頃の方が忙しかった。Brent の方が医療ニーズが高いからだ。しかし、その分、私に支払われた額も多かった。一方 Westminster では、Carr-Hill 関数のおかげで、8000 人の登録者に対して 7500 人分が支払われている。裕福な地域では、有病率が低く、住居型介護施設もないからだ。二つ目の要因、すなわち人件費が高いということと、最後の要因、すなわち人口の入替わりが激しいという要因だけが、支払いを多くする要因となるが、他の要因は、Westminster では支払額を下

げる方向で働く。これが支払いの仕組みだ。

Overview of Primary Care



次のスライドは、新しいシステムを概観するものだ。システムが再構成されたことですべてが変わったのだが、その狙いはシステム全体として機能するということにある。まず左側に種々の契約が並んでいる。先ほど説明したように NHS/GP の契約は3つのタイプがある。そして、これも先ほど説明した Quality&Outcome Framework 支払いというものもある。これは選択できるもので必須のものではないものの、ほとんどの GP はこれによって10%の追加収入が得られるためこれを選択している。3つ目の収入源が enhanced services だ。local enhanced services というのは、ローカルなニーズに対応したサービスを指している。これに対して direct enhanced services (DES) と言うのは、全国的なニーズに基づいたものだ。このような enhanced services の契約は開業医によってなされることもできるし、そのような開業医が寄り集まって primary care network (PCN) としてすることもできる。この図は、どのサービスがどこに属するかを示したものになる。真ん中に general practice がある。GP はグループになって PCN を構成している。そして、このシステムの中にワクチンその他のサービスが含まれているのだが、この図は、そういった諸々を全て1つにして表現したものだ。これらは小分けに説明していく。

Acronyms

- LES : local enhanced service- locally developed services designed to meet local needs. Practices can decide whether they sign up to a LES
- DES: directed enhanced services are nationally agreed and have to be offered to all practices in England-
- Practice DES
- PCN DES

To expand the workforce in general practice, each PCN is allocated an additional role reimbursement sum for a year.

- ARRS- additional roles reimbursement scheme- this refers to a range of new centrally-funded roles which allow PCNs to establish multidisciplinary teams to provide more integrated health and social care services locally e.g. clinical pharmacists, social prescribers, care co-ordinators, health & well-being coaches
- IIF- Investment and Impact Fund: funding to achieve 3 domains – prevention and tackling health inequalities, providing high quality Care, a sustainable NHS. Examples are Improving vacs/imms, CVD prevention, cancer, access etc.

Extra funding streams

まず local enhanced services (LES) についてだが、LES は地域固有のニーズに対応するため、それぞれの地域ごとに立案される。例えば、ワーファリンの話しよう。心房細動があれば、抗凝固療法としてワーファリンを処方することがある。私は GP として、これを提供できる。この治療を行っている患者が病院に通うのに長距離の移動をしなければならなかった場合に、その地域の GP が処方したり、用量調整したりすることができる。これが LES だ。direct enhanced services (DES) の例としては、ワクチンが挙げられる。これは国全体のニーズだからだ。これも手上げなので、やるところとやらないところがある。また、自分自身がこれに従事しなくても、PCN に代わりにさせることもできる。また、政府は単独の開業形態を減らして、PCN の傘の下でのグループ開業を推進しようとしている。これを促進するために、そのための経済的インセンティブが additional role reimbursement sum (ARRS、追加的役割に対する報酬) というものだ。これによって、より多くの職員を雇用できる。伝統的な診療所には、医師、看護師、受付とそれ以外の専門職がいたりいなかったりするというのが普通だったが、今では薬剤師やソーシャル・プレスクライバー（社会的処方を行う職）、ケアコーディネーター、健康・福祉指導員を PCN に雇い入れることができるようになり、これらの人材を複数の診療所が共有することができる。このことによって、GP の仕事は軽減することができる。

(A) いくつぐらいの診療所が 1 つの PCN を構成しているのか。

(コン) 前のスライドにあった通り、1 つの PCN は 3 万から 5 万人の住民を抱えている。そのため、8 から 9 ぐらいの診療所がその中にあることになる。私の診療所はかつてウェストエンドというところにあったのだが、その PCN は 3 万 5 千人の人口規模であり、そこには 8 つ程度の診療所があった。A 先生が先ほどおっしゃっていた、CCG と PCN についてだが、PCN と言うのは CCG を少し小さくしたようなものだ。私にはそのように見える。なぜなら、

PCN はそれぞれの診療所がお互いに集まってグループを作るのだが、それを区単位でやるのではなくて、もう少し小さい単位で、いろいろな資源を共有するものだった。そのため、私なりの命名法で言えば、PCN と言うのは小さな CCG ということになる。CCG の時代は、それが区全体を 1 つの単位としていた。Westminster で言えば、36 もの診療所が 1 つの CCG を構成していた。今の PCN は、9 つの診療所がネットワークを構成している。規模の違いこそあれ、構造として両者は似ている。そして、もう 1 つの収入源は、investment and impact fund (IIF、投資及びインパクト基金) と呼ばれるもので、これは国民保健 (population health) における健康格差の是正や疾病予防、がんの早期診断等の為のものだ。additional role reimbursement sum (ARRS、追加的役割に対する報酬) と investment and impact fund (IIF、投資及びインパクト基金) は、primary care network (PCN) に支払われ、GP に支払われるわけではない。PCN はそれ自体複数の診療所の集まりであるから、そこで人材が共有されることもあれば、診療所の中で仕事させることもできる。例えば、私の診療所には臨床薬剤師、ソーシャルプレスクライバー、ケアコーディネーターがいる。

(C) PCN の中で、それぞれの診療所が持っている患者情報は共有されているか。

(コン) 電子的に共有されている。今のこのシステムの強みの 1 つは、データだ。

(C) そうすることは義務なのか。

(コン) 義務ではない。患者情報の管理者もまた GP なわけだが、GP と患者間では、医療情報の活用や管理に関しての合意文書にお互い署名する。その中には、情報の取り扱い等が規定されているが、それは PCN 又は ICB に向けられた署名となっている。そのため、イングランドの制度の利点はデータだといえる。なぜならすべての住人は、必ず 1 人の GP に登録している。国民保健 (population health) に関わることを想像してみてほしい。どこの国にも移民がいて、それが不法移民のこともあるだろう。しかし不法移民の数は少ない。多くは、移民であったとしても滞在許可のある移民だ。そうすると、データを得ることができる。そしてこうしたデータに基づいて例えば、隔離についても戦略的な計画を立てることができる。そして、C 先生のご指摘の点だが、現在主に使われているシステムは 2 つある。EMIS と SystmOne だ。多くの人がこれに入ることができる。例えば、病院の上級医が、私の患者のデータや検査結果を見ることができる。そして GP である私からも、St. Mary 's Hospital での検査結果を見ることができる。このシステムはとてもよく統合されており、例えば、栄養士や地域の内分泌内科医がこれに書き込むこともできる。私が、この患者の記録を見に行けば、何があったのかということがすぐにわかる。

(A) 確認だが、病院の記録も見られるということか。

(コン) そうだ。例えば、私の患者が神経内科で病院を受診したとする。そして、そこで頭部 CT が撮像されたとする。私が病院のシステムの中に入って、その結果を見ることができる。患者から結果を聞き出す必要はなく、直接見ることができるのだ。これは逆もしかりで、もし私が CT を撮像したなら、病院の神経内科医もそれを見ることができる。そうすることで物事が迅速に運ぶし、重複もなくなる。資源の無駄遣いもなくなる。

(A) PCN と言うのが人口が3万から5万人で、8つか9つの診療所ということだが、一つひとつの診療所の規模について聞きたい。GPの数や、その他の職種の数、PCNになってどう変わったか。そしてその変化にどういう意味があるか。効率化ということか。

(コン) 数年前であれば、1人のGP当たり2000人の住民をカバーしていた。別の地域であれば1600人というところもあり、それは地域差があった。今の考え方は、GPが全ての臨床の仕事をする必要はないというものだ。他の職種に任せればいいものもある。医療職や助手に助言して今まで医者がやっていたことを行わせればいい。これに応じて、1人当たりの医師に登録する住人の数も変わってきた。かつては医師1人当たり2000人だったのが、今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存在となっている。

(通訳) 質問を繰り返すと、1つのPCNに対して何人のGPがいるか。

(コン) リストサイズにもよるが、私の診療所だと8000人の登録があつて、これに対して医師が3人でこの3人は全て非常勤だ。また、多くのadvanced nurse practitionerを雇っている。例えば火曜日だったら、私は診療所には行かない。advanced nurse practitionerが診療所のことを仕切っている。私は家にいて、必要があれば電話で指示する。彼らはいろんなことができる。金曜日なら私も診療所に行くし、患者によっては対面での診療を機能する。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。

(A) NPの存在は登録の数を増やすことにつながるか。

(コン) その通りだ。Westminsterで私の診療所は8000人の登録患者があるが、医師は少なく、看護師は多い。

(C) それは依然と比べてということか。

(コン) そうだ。糖尿病管理を例にとれば、看護師が全部やってくれる。私のところに来るのは、困難な症例だけだ。薬を変えたり、医師でなければできないような、看護師では調整できないものは私がやる。また、年毎の糖尿病患者の定期診察も看護師が全部行う。例えば目の検査は国のプログラムで定められたものだが、糖尿病患者は皆、年に1回眼科の検査をする必要がある。糖尿病のテンプレートに従って、血液検査が行われる。必要があればさらに頻回の血液検査が行われるが、そうでなければ最低で年に1回の頻度で行われる。これらのことは、全て医師以外の職種によって行われる。医師が見るのはコントロール不良の時だ。

(A) 登録される全体は増えたが、医師が見る患者は減って、その分はナースプラクティショナーが診ているということか。

(コン) そうだ。NPに限らず他の職種ということだ。患者によってはこれをよしとせず、医師の診療を求める患者もいる。しかし、パンデミック後、我々はビデオ・コンサルテーションやe-mailコンサルテーションを使うようになった。そのため対面診療は減った。今、パンデミックが終わり、患者は再び対面の診療を求めるようになっている。しかし、この経験によって、そもそもほとんどの場合、医者に直接会う必要がないことに気づいてしまった。なぜなら、パンデミックを通して、患者たちは医師に会えなかったが、だからといって特に

劇的なことは何も起こらなかったからだ。必要とされていたことは医療的な行為ではなかったのだ。対面したいという患者側の気持ちの問題なのだ。我々もこういったように理解した。したがって今我々はハイブリッド就業というスタイルで、対面、電話、e-mail、ビデオその他の方法を組み合わせて診療している。

(A) ここは日本に置き換えて考えると重要な点なので確認したいのだが、登録者の全体は増えたが医者が診察を行うのではなく他の職種がこれを行うということでもいいか。

(コン) GP は PCN に所属することになる。したがって、PCN を構成している要素は GP だ。この各 GP については、医師が減っているのので、1 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、と言う状況だ。そして、他職種は増えている。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、今は様々なことをするチームによって支えられている。このやり方は、困難事例に集中できるという点ではとてもいい。しかし、他方で、患者は実はこのやり方をいいと思っていない、ということも理解できる。なぜなら、患者はもう GP にはあまり会えなくなってしまうからだ。医師になって 40 年たったが、どちらのシステムがより好ましいだろうかと思う。もし選択できるなら私は古いやり方を選ぶだろう。その方が、1 対 1 の関係を築くことができるからだ。現代のやり方だと、それはもはやできない。現在のやり方というのはアメリカ式のやり方だ。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。これがアメリカでの費用抑制策の 1 つだったが、これは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 を維持しつつも、アメリカ式の診療モデルを導入し新しいイギリス式システムを構築しようとしている。

Cont'd

- For 2022/23, each PCN can earn a maximum of 989 IIF points and the value of a point is £200 , adjusted for list size and prevalence
- ARRS – maximum funding is based on (a) the weighted average salary for the specific Agenda for change AfC band plus (b) associated employer on -costs (NHS Pension costs -14.8% and Employers' NI up to 13.8% of earnings above the threshold)

このスライドもまた、費用についてのものだ。それぞれの PCN は最大でおよそ 1000 ポイントを与えられる。1 ポイントが 200 ポンドに相当するため¹¹、PCN に対して政府は 20 万ポンドの予算を割り当てることになる。この分は、以前は GP に直接支払われていたものだ。GP の予算を一部削減し、その分を PCN にあてたのは、GP という小さい単位ではなく、より大きな単位での医療提供を政府が企図したためだ。

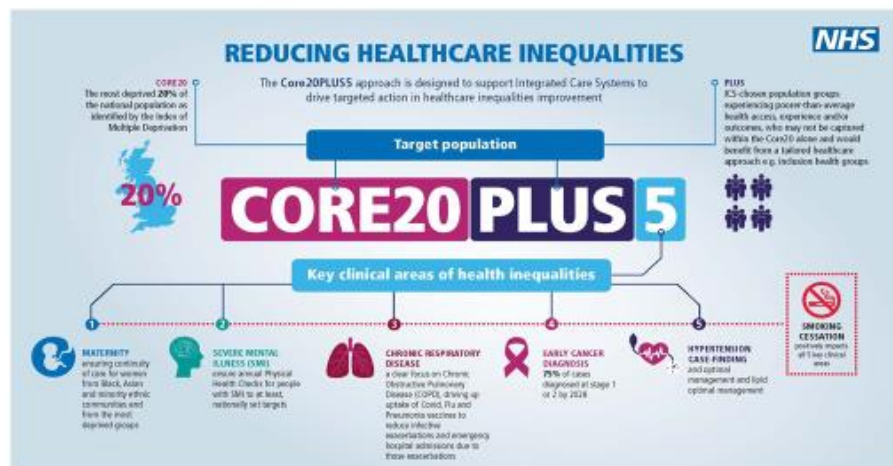
¹¹ 確かに 2022/23 年度は最大 989 IIF ポイント、単価 200 ポンドであったが (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/03/B1963-iii-Network-contract-IIF-Implementation-Guidance-September-2022.pdf>)、2023/24 年度は最大 262 IIF ポイント、単価 198 ポンドに引き下げられている (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/03/PRN00157-ncdes-investment-and-impact-fund-2023-24-guidance.pdf>)。これは IIF の indicators が 36 から 5 に減ったことに対応するものである。

Core20Plus5

Core20PLUS5 is a national NHS England approach to support the reduction of **health inequalities at both national and system level**. The approach defines a target **population cohort** and identifies '**5 focus clinical areas**' requiring accelerated improvement.

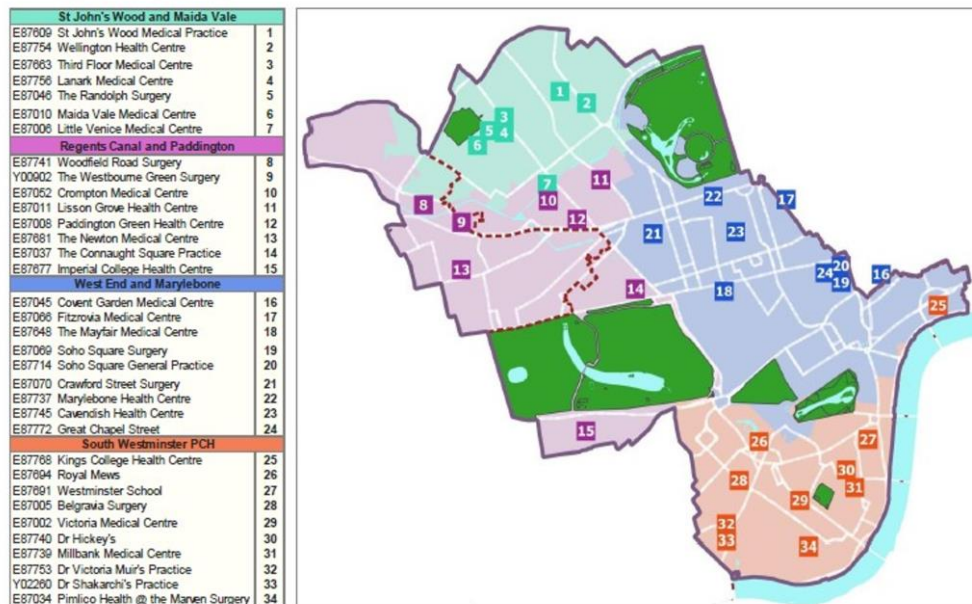
この新しい社会・保健制度においては、人口の 20%が医療を必要とし、80%は必要ないという前提に立っている。

Core20Plus5



19

このより医療を必要としている 20%の人口により集中的に医療資源を投下するように考えられている。健康格差の問題に関しても、この 20%の中において、政府は改善すべき 5つの疾病領域を特定した。この5つとは、周産期、重度の精神疾患、慢性呼吸器疾患、がんの早期診断、高血圧の発見である。



現在私の診療所がある区である Westminster を例に話をしよう。Westminster には4つの PCN がある。それぞれの PCN に異なる診療所がある。1 つ目の PCN は John' s Wood と呼ばれるところで、ここには7つの診療所がある。そして私の PCN は West End and Marylebone だが、ここには9つの診療所がある。しかし、この診療は皆、規模が小さい。なぜならシティエリアだからだ。そのため、診療所の数だけを見ても正確な規模を測れないことがある。このように Westminster 全体では34の診療所がある。West End and Marylebone は、人口にすると3万人弱になる。

Contracts – Contract and Performance Management

PGM – Primary Care Guidance Manual – “context, information and tools to safely commission and contract manage primary medical care contracts”:

Contract Monitoring (rolling 3 year programme)

- **Staffing:** professional registration, DBS checks supervision etc.
- **Patients:** list size, disease prevalence, PPGs, complaints
- **Access:** methods, same day appt system, wait times
- **Facilities:** rooms, defib/oxygen/emergency meds, fridges
- **Data:** coding, handling, incoming mail, summarising
- **Chronic Conditions:** responsibility, call & recall, DNAs,
- **Clinical Management:** NICE guidance, meetings, dissemination
- **Risk Management:** significant events, high risk drugs
- **Safeguarding:** named lead, training, chaperones

Quality Group

QOF Performance, CQC intelligence
Patient Survey Results, Number of Complaints
Patient Feedback on NHS Choices/Google
Enhanced Access Usage (if relevant)
HIU/A&E (if relevant)

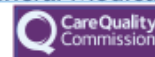
NHSE/Others

- GP Performance/Appraisals/Revalidation – Performers Team NHSE
- GMC – Medical Register
- CQC – Health and Social Care Regulator - Inspections and Ratings
- Complaints– NHSE
- **Contract Changes**
- Contract Changes
- Contract Breaches
- Procurement and Management of Closures

Governance – Bi-borough Primary Care Exec Committee (PCEC) / NWL Primary Care Exec Committee (using my ICB area as an example)



General Medical Council



そして、このスライドは NHS England (NHSE) の契約がどのように医療者のパフォーマンスを管理しているかを示したものだ。

Practice Funding

Additional Sources of Income

- Quality and Outcomes Framework QOF – 635 points @ £257 – adjusted for population
 - Clinical domain – AF, HF, CHD, stroke, diabetes, mental health, hypertension, asthma, COPD
 - Public health domain – smoking, screening, vacs/imms, BP, obesity
 - Quality improvement domain - **Workforce wellbeing**, optimising demand and capacity (improving access)
- Practice NHS DES – minor surgery, out of area patients, LD health checks, weight management
- NHS Health Checks – managed by public health
- Vaccinations/Immunisations "Item of Service" IOS c£10pp

Things we pay for or reimburse:

- Rents and Rates
- Text Messaging/Licences
- Locum Cover for Maternity Leave
- Long Term Sick Pay Salaried GPs/Partner GPs
- CQC Registration
- OH for GPs
- IT Equipment/Licences \$1



23

そしてこれは支払いに関するものだ。すでに支払いの概要について説明したが、1つ付け加えたいのが、不動産賃料だ。不動産賃料は GP の開業者が支払うが、その分を政府が補填してくれる。

(C) 建物を自分で買うこともできるか。

(コン) 自分で買うこともできる。私の場合、最初の診療所は自分で不動産を所有した。しかし、2つ目の診療所については賃借した。自分で不動産を所有する場合、自分自身に対する賃料を課して、その分を政府から補填してもらうこともできる。

(A) 以前聞いたことがあるのは、自分で診療所の建物を建てた場合にも補助金があって、そしてその場合には、建築費用を払い終わると家賃分がさらに補助されるというものだった。今、説明されたのはそういうものか。GP が自分で建物を建てた場合の補助を教えてください。

(コン) 手順を説明すると、まず、建築についての申請をして NHS England の許可を得る。そうしたら建築できる。そして、そのあとには賃料分の補助が出る。そして建築費用そのものの補助が出ることもある。以前、まだ公団住宅に間借りして診療所を開いていたのだが、そこを去って、新しい土地を買ってその上に私たちのヘルスセンターを建てたことがあった。NHS の許可が得られ、その資金の融資を受けるために銀行に行かなければならなかったが、その時建設費用についても少し援助を受けることができた。それは、その建物をゼロから立てなければならなかったからだ。建物を建ててそこで新しいビジネスを始めるのには多額の費用がかかる。維持費や設計費は高額だ。利益を出すためには、少なくとも 10 年は

そこで診療を続けなければならない。私はそこで 30 年開業したわけだが。これはあまり得になる話ではない。政府は、診療所が建物を所有することを推奨していない。GP が建物そのものから収益を得ることになるからだ。

Practice Funding

Pratice Annual funding stream based on 8500 patien	
QOF	£ 48,696.00
Global Sum before Out of Hours deduction	£ 762,000.00
Does the practice provide Out of Hours services?	No
Less new Out of Hours deduction	-£ 36,195.00
Net Global Sum payment after OOH deduction applied	£ 725,805.00
Network Participation Payment (NPP) - £1.76pp	£ 14,968.50
Total indicative net effect	£ 789,469.50

£

24

次のスライドは、時間があれば見ていただければいいのだが、8500 人の登録がある GP の収入内訳だ。これを見ると次の年の収入は 80 万ポンドであることがわかる。

Contracts – PCN DES

Introduced in June 2019 to facilitate the establishment and development of PCNs

Yearly Network DES until at least March 2024



Network DES sets out:

- Eligibility for and participation in a PCN
- PCN organisational requirements
- Changes to a PCN
- The 'additional roles reimbursement' ARRS scheme
- Network financial entitlements
- Service requirements:
 - Enhanced Access Provision (60mins/1000pp – 6.30-8pm M/Fri 9-5pm Sat)
 - Medication Reviews
 - Enhanced Health in Care Homes
 - Early Cancer Diagnosis
 - CVD
 - Tackling Neighbourhood Inequalities
 - Anticipatory Care
 - Personalised Care

25

このスライドは、PCN について書かれたもので、時間があれば見ていただきたい。

Contracts – IIF

Investment and Impact Fund (IIF)

"Incentive scheme focussed on supporting PCNs to deliver high quality care to their population, and the delivery of the priority objectives in the NHS Long Term Plan

Indicators that focus on where PCNs can contribute significantly towards the 'triple aim':

- improving health and saving lives (e.g. through improvements in medicines safety)
- improving the quality of care for people with multiple morbidities (e.g. through increasing referrals to social prescribing services)
- helping to make the NHS more sustainable"

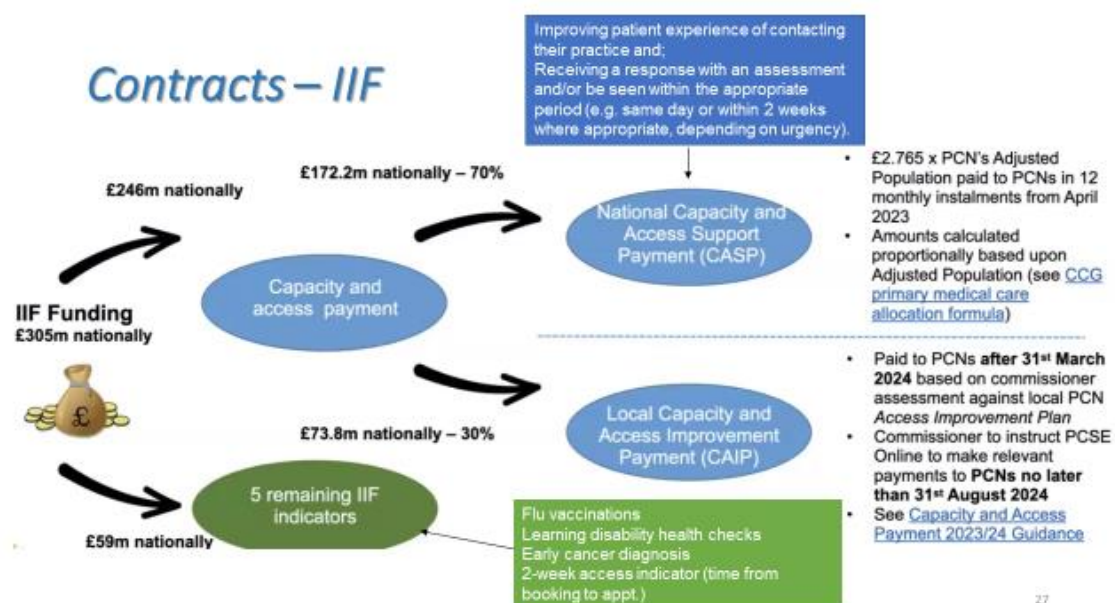
£

36 indicators reduced to 5 for 2023/24 @ £59m

Remainder of £246m focused on improving patient experience of contacting their practice

26

そしてこちらもすでに説明した IIF についてのものだ。



そしてこちらは、IIF の予算がどのように国レベルで配分されるかを示したものだ。

Contracts – PCN DES

Maximum Network Contract Funding for 2023/24 based on 60000 patients		
Annual funding stream	Funding available per	
Core PCN funding	£ 1.50	£ 90,000.00
Clinical Director contribution, based on 0.25 WTE	£ 0.729	£ 43,740.00
Additional Roles Reimbursement sum (on a weighted patient basis)	£ 22.67	£ 1,360,200.00
PCN Care Home Premium: £120 per bed (£10 per bed per month)	£ 120.00	£ 30,000.00
Enhanced Access DES	£ 7.58	£ 454,680.00
Impact & Investment Fund 5 Indicators	£ 0.99	£ 59,400.00
IIF Capacity and Access Support Payment	£ 2.765	£ 165,900.00
PCN leadership and management support	£ 0.684	£ 41,040.00
Total indicative net effect		£ 2,244,960.00

£

28

そして、こちらは PCN についてのものだ。この規模の PCN には、200 万ポンド以上の予算が分配されることになる。

(C) この資金は追加的に支払われるものか。

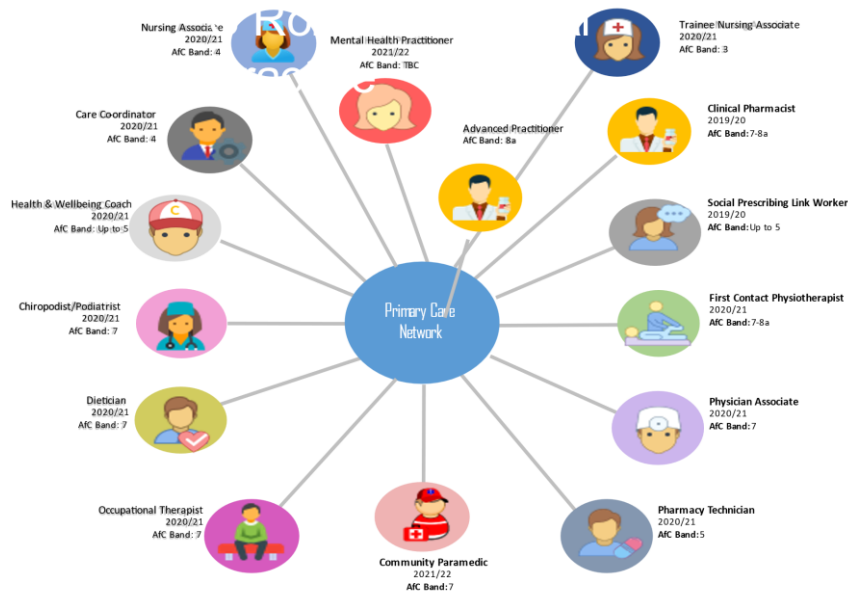
(コン) そうだ。新しい制度で新たに支払われることになったものだ。しかし、これを新しい資金だとは言えない。

(A) 要するに、PCN を中心に診療提供せよということか。

(コン) と言うよりも、政府は GP の予算を削減して、その分を PCN に回したのだ。

(B) 政府がよくやることではある。

(コン) その通り。私はこの時議長をしていたので、私もその責任は感じている。



こちらは人材確保についてだ。どのような職種の人々が、PCN の中で GP の為に関わっているかを模式的に示している。多くの職種が関わっていることがわかると思う。

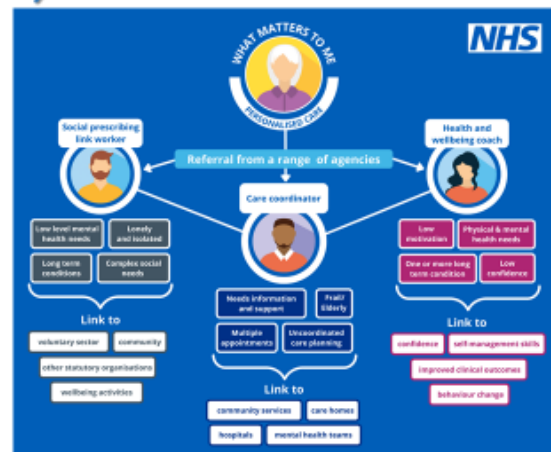
(A) これで介護の分野も関われば、ほとんど地域包括ケアだ。

(B) そうだ。

Personalised Care Delivery

- ARRS includes three roles for personalised care delivery:

- Social prescribing link workers** - connect people to community groups and agencies for practical and emotional support and complement other approaches such as care navigation and active signposting.
- Care co-ordinators** - work closely with GPs and other primary care professionals within the network to identify and manage a caseload of identified patients, making sure that appropriate support is made available to them and their carers.
- Health & Wellbeing Coaches** - will use health coaching skills to support people with self-identifying existing issues and encourages proactive prevention of new and existing illnesses. They may provide access to self-management education, peer support and social prescribing.



32

こちらの図も、様々な職種がそれぞれの役割を果たしているということを示したもののだが、ソーシャル・プレスクライバーの役割、ケアコーディネーターの役割、そして健康・福祉指導員の役割がそれぞれ書かれている。

Across our 4 PCN Teams in Westminster

- 71 Care co-ordinators
- 30 Clinical pharmacists
- 13 Social prescribing link workers
- 9 First contact physiotherapists
- 5 Health & wellbeing coaches
- 5 Digital & transformation leads
- 3 Adult mental health practitioners
- 2 Pharmacy technicians
- 1 Paramedic
- 1 Dietitian

Central	40.70 Quarter 4 2021-22	136.80 Quarter 4 2022-23	70.2% Increase
---------	----------------------------	-----------------------------	-------------------

33

そして、これも Westminster の 4 つの PCN が追加で雇用するに至った職種とその人数が書かれている。しかし、PCN に配分される予算をこの人件費に使いきれていない。なぜなら、現在、新しい人を雇うのはかなり難しくなっているからだ。予算にはあまりがある状況となっている。

Funding for Westminster borough (Central London)

- Funding for 23-24 will be £22.67 per head of weighted population.
- Calculations for Central's four PCNs.

PCN	Practice population	Allocated Budget 23/24
St John's Wood & Maida Vale	53,980	£1,223,727
South Westminster	86,132	£1,952,612
Regent Health	68,587	£1,554,873
West End & Marylebone	49,406	£1,120,031

34

こちらは Westminster の中で、各 PCN にどのように予算が振り分けられているかを示したものだ。ここでも、重みづけ計算を行い、私のところでは、1 人当たり 22 ポンド多めに

予算を得て、これで登録住民をカバーしている。

Training Hub

- A consortium of the eight boroughs
- Central London Healthcare Training Hub - clh.traininghub@nhs.net.
- 'Go to' place for any information about primary care workforce, education and development.
- They work to address local needs
- Help to embed new staff into roles through ARRS
- Advice with workforce planning and training needs analysis, to help find which roles best meet the needs of patients and practice population
- Opportunities for continuing professional development (CPD)
- Career support
- Support for new GP partners / GP retention programmes
- Train and recruit more educators
- Responsible for approving all our PCNs as Educational Environments and Educators (quality assurance in placements and teaching)

35

Current Training in NWL

- SPIN (Salaried Portfolio Innovation Scheme) – New to Practice (NTP) Fellowship Scheme:
 - 2 year nationally funded programme of support, learning and development available to newly qualified GPs and general practice nurses.
- Promoting Transgender care
- Apprenticeships e.g. business administration, PCN management, nursing degree, pharmacy technician, health care support worker
- Personalised core training - for the 3 care roles
- PCN GP nurse educators – supporting nursing and ARRS roles - signposting and mentoring processes
- PCN GP education leads – supporting recruitment and retention of PCN GPs. Also supporting the SPIN GP fellows
- Conflict training
- Receptionist & administrator training - includes customer service and handling difficult conversations

36

そして、我々GP の仕事と言うのは、患者を治療するだけではない。トレーニングと教育も必要な柱だ。

(C) トレーニングというのは患者に対するという意味か。

(コン) 医療職に対するものだ。ここに書かれているような様々なトレーニングが用意されている。

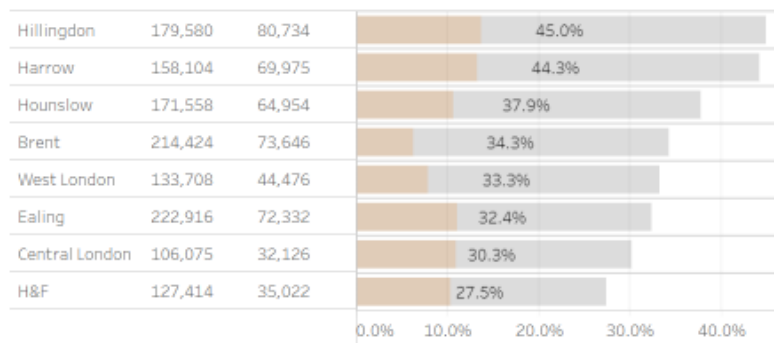
Vaccinations/Immunisations

- Influenza Seasonal Programme – September to March
- Covid-19 Seasonal Programmes – Autumn/Spring Booster
- Childhood Immunisation – NHS vaccination schedule
- Polio
- MMR (Measles, Mumps & Rubella)
- Contractual levers (QoF, IIF, & CQC)
- Clinic capacity
- Provide updates from NWL/London ODG
- Support with comms campaigns
- Vaccine stock ordering and issues
- Data
- Bi-weekly flu meetings with operational leads (meet as a Bi-Borough)
- Vaccinations & immunisations deep dive to understand which cohorts are not currently vaccinated, the reasons why and what plans are in place to increase uptake and reduce inequalities across the Bi-Borough

37

ワクチンについては、診療所単位でやる場合もあるし、PCN 単位でやる場合もある。

Influenza Data 22/23



Data Source: WSLC Dashboard March 2023

38

こちらはインフルエンザワクチンの接種率を示したものだ。北西ロンドンの8つの区を管轄している ICB がある。Hillingdon と言うのは郊外になる。住人の転居率は低い。この地域では、最も接種率が高いことがわかる。Central London を見ていただきたいが、Central London と言うのは Westminster のことだが、成績が悪いことがわかる。これは人々の転出入が激しいためだと考えられる。

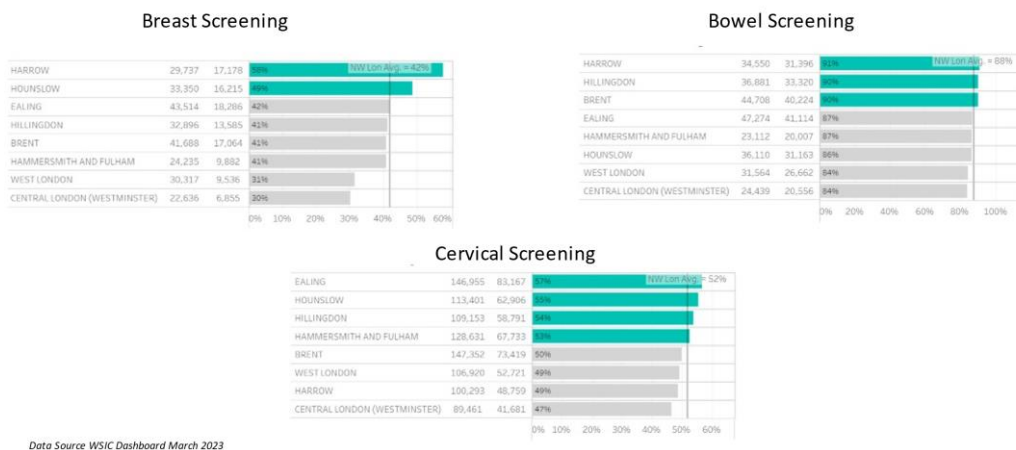
Cancer Screening

- DES Early Cancer Diagnosis Specification
 - Cervical
 - Bowel
 - Breast
 - Prostate
- Contractual levers (QoF, IIF, DES & CQC)
- Enhanced/Extended Access Hubs
- Support with comms campaigns
- Data/Reporting
- Created a Bi-Borough programme with the aim of increasing uptake in screening, particular focus on health inequalities and targeted approach to groups with historical low uptake

39

そしてこれはがんのスクリーニングだ。

Cancer Screening Data



40

これを見ていただければ、がんスクリーニング検査の受診率が8つの区によって差があることがわかる。このようにデータがあれば、それぞれの区の状況を比較することができる。これで見ると、受診率はHarrowとHillingdonでいいことがわかる。この理由もやはり、人口の出入りが少ないことだ。そして、また別の郊外の区であるEalingについても、いい成績だ。その一方で、Westminsterは最低だ。この理由として考えられるのは、中心部の区であるというのが1つ。もう1つ、ここの住人は別邸を持っている人が多く、パンデミックの

時は自宅に籠っていたもののそれが終わったら、もう自宅にはいないという理由もある。裕福な地域なので、ここの住人は2つも3つも家があって、国の検診やワクチン接種について捕捉するのが難しい。コロナの時は、多くの人が区の中にいてコロナのワクチンもたくさん接種することができた。データの管理について説明していなかったが、8つの区を統括している ICB がこれを行っている。私たちのところには統合されたシステムがあるのだが、これはかなりユニークなことだ。北西ロンドンのデータベースは、最も優れている。かなり初期のころから8つの区に跨るデータベースを作ってきた。マッキンゼーがこれには大きな貢献をした。マッキンゼーが記録の管理を行い、いまだにその更新を行っている。データウェアハウスをセットアップする際には、マッキンゼーがその実務を担った。

ICT

Key things to consider with new technology:

- Capability
- User friendly
- Interoperability
- Risks
- Cost
- Data security

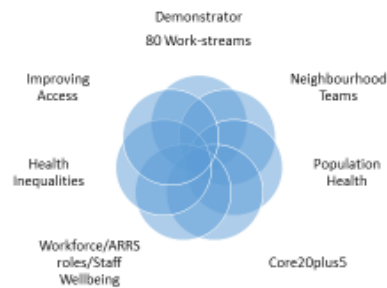


41

そしてこちらは IC 技術についてのスライドだ。我々が使用しているアプリはそれぞれの GP ごとに別のものだが、これらからの情報を GP システムに入力することになる。ロンドンでは2種類の GP システムが使われており、EMIS と SystemOne だ。このスライドにある1つひとつの五角形はそれぞれ別のアプリを示している。それぞれの役割は違うのだが、これについてはこの後の夕食会で話そう。実際のところ、このシステムは、コロナのロックダウンの時には非常に役立った。

Areas of Focus 2023-24

- Operationalising the Demonstrator Model (borough pilot programme on Health Inequalities)
- Mobilising the NWL Standard Enhanced Services
- Supporting PCNs and Practices to deliver the requirements of the IIF, PCN DES etc.
- Managing, monitoring, approving and assuring elements of the IIF, PCN DES etc.



42

そして、これが最後のスライドになるが、我々が特に集中的にやっていることをまとめたものだ。以上。