

マンパワー的に運営困難である。

但し、我が国のかかりつけ医は1人に限らず、という最近の医師会会見コメントにみられるように、欧米では稀なフリーアクセスが許容される我が国の医療制度では、PCMHを導入しないとしても、患者データの共有は患者安全や無駄のない医療の推進という面で極めて重要である。PCMHの成功にはデータ共有のための電子カルテ、24時間対応のためのグループプラクティス、および質改善の指南役であるphysician organizationなどの支援組織、これらのインセンティブとなる支払いの仕組みなどが重要であるが、我が国への導入することになった場合の優先順位を付けるならば、まずは電子化による情報の共有であろう。そのためには電子カルテ情報の互換性に留意しなければならない。情報共有すべき相手を限定できない、フリーアクセスが許容される我が国でこそ、日本中、どこで診療を受けても情報が共有される仕組みが必要である。

医療へのアクセスの指標となる24時間対応に関しては、グループプラクティスでなくとも地域の当番制である程度対応可能であろう。一方、諸外国ではPCPの予約に数日かかるのが常であり、緊急受診は救急外来に行かなければならないが、欧米のような完全予約制をとっていないわが国の診療所では、良好なアクセスの指標となる同日受診はすでに実現できている。しかし同日受診が容易であるということは、個々の患者の診療時間の確保が不安定ということを意味する。このことは診療の質にも深く関わっており、1日40名以上の患者の診察が常態化しているわが国では、個々のPCPが質を評価する時間の確保すら難しいかもしれない。

診療の質の向上につながる生涯教育に関しては、それを担当する全国組織が必要であり、学会、医師会などが牽引していくこととなるが、診療報酬に絡めた仕組みにすることが望ましい。若手のPCP専門医育成も重要であるが、制度が確立した欧米でもプライマリ・ケア医の十分な確保に成功しておらず、まだ専門医制度が発足していない我が国では、少なくとも向こう半世紀は、臓器専門医のプライマリ・ケア参画がこれまでの医療水準維持に不可欠である。幸い欧米と異なり、PCPと専門医とのステータスや賃金格差のないわが国では、臓器専門医のプライマリ・ケア参入意欲が高いので、そのことを利用して、開業時に電子カルテ導入や質向上のための生涯教育の義務化を行うべきと考える。

## VII. 文献

- 1) What is a Patient-Centered Medical Home or PCMH? 2016 Primary Care Progress.  
<http://www.primarycareprogress.org/pcmh>
- 2) 日本内科学会専門医部会地域医療教育プログラムワーキンググループ. 患者中心のメディカルホーム (Patient-Centered Medical Home: PCMH)の概念紹介にあたって. 日内会誌 104:139~140, 2015
- 3) HMSA Patient-centered medical home. An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. 2015
- 4) Mathew Anderson. Nine Questions About My New Medical Home  
<http://healthaffairs.org/blog/2014/03/17/nine-questions-about-my-new-medical-home/>
- 5) Researchers Study What 'Direct Primary Care' Really Means  
<http://www.aafp.org/news/practice-professional-issues/20151110dpcterm.html>

## 英国のかかりつけ医（GP）とその関連情報

富岡慎一（産業医科大学公衆衛生学教室）

### 項目一覧

1. 英国の総合診療医（General Practitioner:GP）の概要
  - 1.1. NHS におけるプライマリー・ケア
  - 1.2. GP（General Practitioner：総合診療医）の概要
  - 1.3. GP が提供する医療サービス
  - 1.4. GP の全体人数の変遷
  - 1.5. 診療所と NHS との契約
  - 1.6. GP の雇用形態
  
2. GP サービスの近年における変化
  - 2.1. 時間外サービスの提供
  - 2.2. GP オンラインサービス
  - 2.3. 医療機関選択と情報提供
  - 2.4. リピート調剤（Repeat Dispensing）と電子処方（Electronic Prescription）
  - 2.5. 医師以外による処方 Non-Medical Prescribing
  
3. GP への支払い方式の概要
  - 3.1. 包括・出来高・成果報酬
  - 3.2. 私的医療予算（Personal Health Budgets）

## 1. 英国の総合診療医（General Practitioner：GP）の概要

### 1.1. NHSにおけるプライマリー・ケア

英国の医療システムである NHS（National Health Service）は、予防やリハビリテーションサービスを含んだ包括的な医療の供給システムであるが、その制度は 1948 年の創設以来、プライマリー・ケア（一次医療）とセカンダリー・ケア（二次医療）に明確に分けられ、前者の担い手の中心はゲートキーパーとしての役割を担う GP（General Practitioner：総合診療医）であり、後者の中心は病院専門医である。

英国での GP は、患者が最初に接触する医療の窓口にあたる。プライマリー・ケアは、専門的医療を必要としない疾患に対する治療やその症状の管理に加え、健康促進も範疇としており、特に NHS では GP が次の段階の医療に繋げるための重要な位置を占めている。プライマリー・ケアの提供者は GP、地域看護師(community nurses)、保健師(health visitors)、医療関連職(allied health professionals)、薬剤師、歯科医、検眼鏡士で、多くの場合は自身で治療を完結するが、必要に応じて専門医等へ紹介することで仲介者・相談者としての役割も果たしている。

### 1.2. GP（General practitioner：総合診療医）の概要

NHS の創設以来 70 年以上、GP はプライマリー・ケアの中心的担い手であり医師による診療の 90%以上は GP によるものであると同時に、セカンダリー・ケアへの橋渡しのためのゲートキーパーとしての役割も果たし続けてきた。その役割は年代に応じてやや変化もあるが、NHS に対する政府や国民の様々な要求への対応を最も求められやすい立場でもあるため、一貫して NHS における GP の重要性は高く、近年はさらに重みが増してきている。GP は、保健師、地区看護師、助産師などで構成されるチームの中心となって、自分の所属する診療所に登録された住民の診療を行うだけでなく、健康管理、健康増進の指示も与える。また診療の結果、入院治療、専門医療などが必要であれば、患者を病院に紹介する。

### 1.3. GP が提供する医療サービス

GP の提供するサービスには、①全診療所が提供しなければならない基礎的サービス (Essential Services)、②通常は提供することになっているが診療所が提供しないことも選択できる付加的サービス (Additional Services)、③診療所に選択が委ねられているより高度な選択的サービス (Enhanced Services) の3種に大別される。

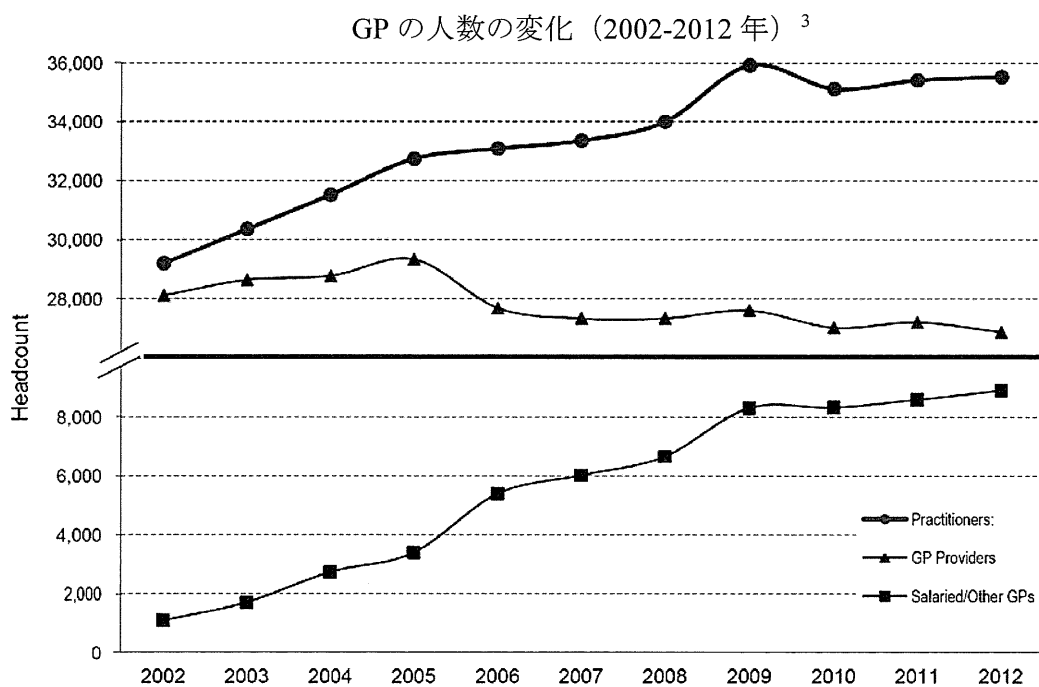
基礎的サービスは、全ての診療所に提供が義務付けられているサービスで、急性期あるいは慢性期の疾患を有する者、または終末期の患者のケアである。付加的サービスは、通常は全ての診療所が提供することを求められるが、提供しないという選択肢も認められるものである。これには子宮頸がんスクリーニング、避妊サービス、子供の予防接種、子供の健康監視と周産期ケアが含まれている。選択的サービスは診療所が提供を選択することができるサービスで、保健大臣から指定される ① Directed Enhanced Services: DESs と、② 地域の CCG のイニシアティブで提供を求められるサービス Community-Based Services (April 2013～) または Local Enhanced Services: LESs (～March 2013) のふた通りがある。後述する GMS の契約による 2015-2016 年の選択的サービスには、認知症ケア・学習障害・不要な入院の回避・診療時間の拡大などがある。一方、地域の CCG の方針によっては例えば糖尿病の管理などの多様な選択的サービスが存在している。このような選択的サービスの多くは以前はセカンダリケアによって提供されていたものだが、プライマリケアへと移行してきた。

### 1.4. GP の全体人数の変遷

2013 年の BMA (British Medical Association) の報告<sup>1</sup>ではイギリス全体で 43,009 人の GP が診療を行っており、9,783 ヶ所の診療所が存在している。一方、Health & Social Care Information Centre の報告<sup>2</sup>では、2012 年の時点でイングランド内部には 35,527 人の GP がおり、2002 年と比較して 21.7%増加している。内訳をみると雇用者側の GP は 4.4%減少しているが、被雇用者側の GP は 720%も増加しており、GP 全体の 25%を占めるまで急増している。被雇用者側の GP には勤務医 (Salaried) や代診医 (Locum) と呼ばれるより責任の少ない一時雇用の医師もいる。

<sup>1</sup> BMA(2014) “General practice in the UK”

<sup>2</sup> Health & Social Care Information Centre(2013) “General and Personal Medical Services, England – 2002-2012”



### 1.5. 診療所と NHS との契約

GP 診療所の運営のためには NHS と診療所との間での合意と契約が必要であり、国レベルで NHS England と診療所で結ばれた契約は General Medical Services (GMS) contract と呼ばれ、これは NHS の創設以前からあり最も規範となる契約で、現在も全体の 6 割弱は GMS による契約である。一方、2004 年からは地域レベルで結ばれた Personal Medical Services (PMS) contract と呼ばれる新しい契約も始まり、現在は全体の 4 割程度を占めており、GMS の契約で設立された診療所とそのサービスを参考にしてそれを補完するように各地域のニーズに準じる形で契約が結ばれる。他にも Alternative Provider Medical Services (APMS) と呼ばれ、例えば海外の会社も結ぶことができるような例外的な契約で、そのような契約で成立している診療所も 5%未満程度は存在しているが、大多数は GMS または PMS である。尚、CCG 以前に PCT と診療所との間で契約も行われていたが、CCGs が開始されてからは GP が CCG の board member に入ることもあり、利益相反の問題もあって 2015 年の時点では原則的に NHS England と診療所との間の契約となっている。

<sup>3</sup> Health & Social Care Information Centre (2013) “General and Personal Medical Services, England – 2002-2012”

## 1.6. GP の雇用形態

ほとんどの診療所は数人の GP による共同経営という形をとっている。ひとりの GP による診療所 (single-handed) は 2002 年は全診療所の 26%であったが、2012 年には 11% まで減少した。一方、10 人以上の大規模な診療所は同期間に 90 から 474 施設へと 527% も増加しており、診療所の大規模化が進んでいる。このような勤務 GP の増加や診療所の大規模化といった変化のひとつの理由は女性 GP の増加 (全 GP の 39%から 49%へ) であるが、他にも医療の高度専門化に伴い多様な専門性をもつ GP (GP with special interest: GPwSI) が協働する必要があることや若年層の働き方の多様化などが原因として指摘されている。

<GP 診療所の規模の傾向 (2004-2010 年) <sup>4</sup>>

Year	Total number of GPs	Total number of FTE GPs	Total number of practices	Registered population (1,000s)	FTE GPs per head of population	Patients per practice (1,000s)	FTE GPs per practice
2004	36,240	32,263	9,016	52,528	0.614	5.83	3.58
2005	37,217	33,064	8,948	52,818	0.626	5.90	3.70
2006	37,691	34,984	8,821	53,088	0.659	6.02	3.97
2007	37,335	34,559	8,749	53,529	0.646	6.12	3.95
2008	39,734	35,909	8,717	53,945	0.666	6.19	4.12
2009	41,498	37,297	8,711	54,474	0.685	6.25	4.28
2010	42,831	37,173	8,832	55,018	0.676	6.23	4.21
% change 2004-10	18.2%	15.2%	-2.0%	4.7%	10.0%	6.9%	17.6%

また、2016 年 1 月の GP Patient Survey<sup>5</sup>では、一般に GP 診療所での患者の満足度は高く、患者の 84.9%は GP 診療所での経験を「よい (very good or fairly good)」と回答している。また 74.8%の患者は営業時間についても「満足している (very satisfied or fairly satisfied)」と答えている。ただ、これらの数字は 2012 年 12 月の数字ではそれぞれ 87.5%と 80.4%であり、どちらもやや低下傾向にある。

一方、GP の仕事量は増加の一途を辿っており、特に患者一人当たりの診療回数は年間 6 回程度と過去 10 年間で 2 倍近くに増えている一方、特に 2012 年の改革以降 97%の GP は事務仕事や後述するターゲットの達成に追われていると感じている。その反面、GP の平均収入は 2005/2006 年をピークとして減少に転じており<sup>6</sup>、仕事量の増加も伴って近年の傾向では GP を希望する者は以前より減少傾向にあるようである。

<sup>4</sup> Kelly and Stoye (2014) “Does GP Practice Size Matter? GP Practice Size and the Quality of Primary Care” Institute for Fiscal Studies.

<sup>5</sup> NHS England “GP Patient Survey 2016” <https://gp-patient.co.uk/surveys-and-reports> 2016 年 3 月アクセス

<sup>6</sup> Health & Social Care Information Centre “GP Earnings and Expenses” <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB18375/gp-earn-ex-1312-rep.pdf> 2016 年 3 月アクセス

## 2. GP サービスの近年における変化

### 2.1. 時間外サービスの提供

診療までの待機時間が社会的にも問題とされがちな NHS では、GP の診療時間とその時間外のサービスの提供体制には大きな関心が寄せられてきた。基本的には、GP が基礎的サービスを提供する時間帯 (core hours) は祝日を除く平日の午前 8 時から午後 6 時 30 分迄と定められている。但し、この時間帯は GP が診療に当たるのが原則ではあるが、ナースプラクティショナー等が診療を行うことも認められている。

2004 年に新しい契約が始まる迄は診療所に基礎的サービスを 24 時間提供する責任が求められていたため、多くの診療所は外部にサービスを委託していた。2004 年からの新しい契約の中で時間外サービスを診療所が行わないという選択も認められたため、殆どの診療所は提供の責務から外れ、時間外サービスの提供は PCT が管理することとなった。現在も CCGs がその提供の責任を負っており、CCG 圏内で時間外診療に当たる GP のハブ診療所を開設したり、病院の救急部門の一部に GP の診療スペースを間借りして地域の GP が交代で診察に当たることもあるが、実情は時間外サービス専門の外部提供者 (Devon Doctors<sup>7</sup>など) に委託するが多い。

このような業者ではアルバイトの医師を使うことも多く、また委託業者が撤退することもあるため<sup>8</sup>、診療録の管理の問題や週末のみ英国で診療を行っていたドイツ人医師による薬物過量投与<sup>9</sup>などの問題が指摘されることも多々あり、GP による時間外サービスの課題を映し出している。一方で、2013 年にキャメロン首相は患者の GP へのアクセスを向上させるために “Prime Minister’s Challenge Fund” の創設を発表して、「週 7 日間、午前 8 時から午後 8 時迄」の GP による診療体制を目指して 20 の地域におけるパイロットの検証が行われている。

### 2.2. GP オンラインサービス

2004 年に QOF (Quality and Outcomes Framework) による支払いが導入されて以降、

<sup>7</sup> Devon Doctors website <http://www.devondoctors.co.uk/> 2016 年 3 月アクセス

<sup>8</sup> The Guardian “Serco to lose out-of-hours GP services and hospital management contracts”  
<http://www.theguardian.com/business/2013/dec/13/serco-lose-contract-gp-services-nhs-outsourcing> 2016 年 4 月アクセス

<sup>9</sup> The Guardian “Doctor Daniel Ubani unlawfully killed overdose patient”  
<http://www.theguardian.com/society/2010/feb/04/doctor-daniel-ubani-unlawfully-killed-patient> 2016 年 4 月アクセス



QOF のデータを電子カルテ上で収集することもあり GP サービスの電子化は急速に進んだ。英国内では現在電子カルテは4つのシステム（Vision, SystemOne, EMIS Web, Evolution）から選択することが可能である。

GP 診療所が提供するオンラインサービスには主に、1. 診療予約（またはキャンセル）、2. リピート処方箋の発行、3. 診療サマリーの閲覧 の3つの機能がある。各診療所がオンラインにて診療予約とリピート処方箋の発行サービスを患者に提供しているのかは NHS Choice に明示されており、登録する診療所を患者が選択する際には参考にされている。また、診療サマリーの閲覧については2015年4月から全診療所に義務付けられている。このオンライン化の流れは今後も続くことが決まっており、2016年以降は予防接種歴や検査結果なども徐々に閲覧可能になる。<sup>10</sup>

このようなオンラインサービスを受け始めるためには患者は登録している GP 診療所で申請書を提出して ID の提示を行わなければならない。GP 診療所での認証が終われば患者はユーザーネームとパスワードを渡され、GP 診療所が使用しているオンラインシステムのウェブサイト上でオンラインサービスを開始することができる。このようなオンラインシステムは英国内で4種類（Vision Online, SystmOnline, The Waiting Room, Patient Access）あり、診療所が選択したオンラインシステムを患者が使用できるように各診療所では案内がなされている。どのオンラインシステムを各 GP 診療所が使用しているかは電子カルテシステムなどにより各診療所が選択しており、オンライン化には常にリスクも伴うが、不正アクセスが疑われることがあれば診療所の権限でアクセスを制限して本人に確認をとるなどの対応が認められている。

尚、オンラインサービスの利用率に関しては2016年1月の段階では低く、87.2%が普段は電話で診療予約をとっており、27.4%が実際に訪問した際に予約とると答えているのに比べてオンラインで予約を取る傾向にある人と答えた割合は6.5%に過ぎないが、2012年12月の調査で得られた3.2%と比べれば倍増している。また29.3%の回答者がオンラインで予約を取ることができることを知っており、リピート処方箋の発行に関しては29.6%、診療サマリーの閲覧は3.8%から認知されており、これらの数字は調査を重ねるにつれて増えてきている。<sup>11</sup>

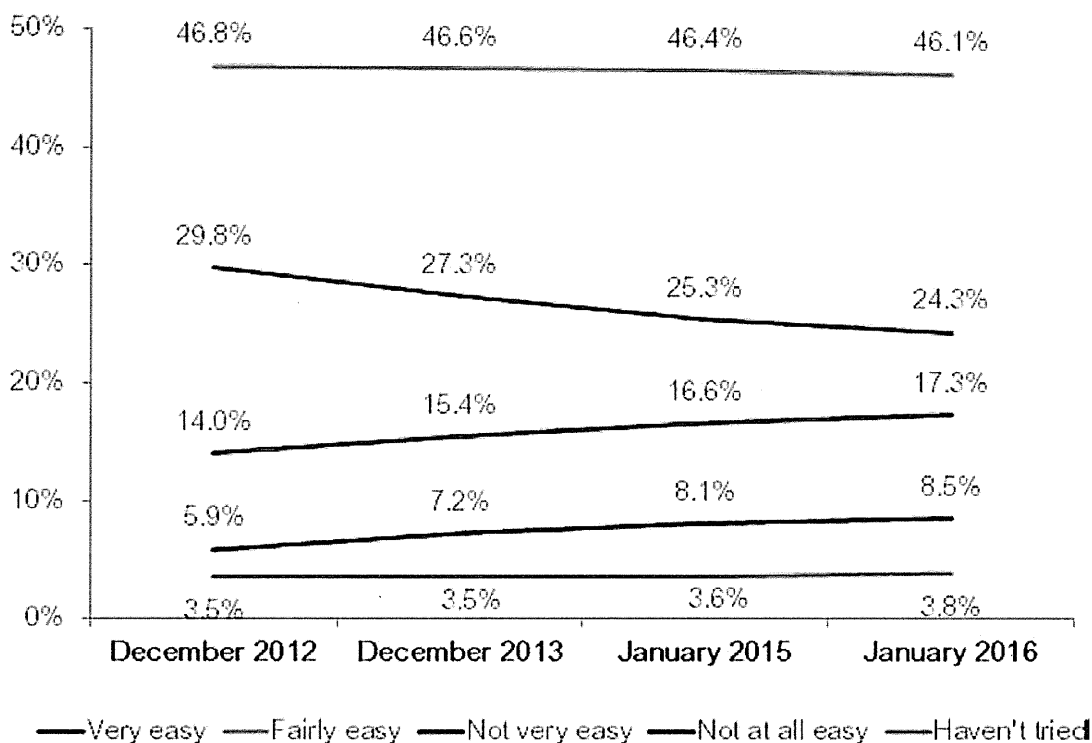
オンライン化が進む反面、診療所の待ち時間や電話でのアクセスは近年やや増悪する傾向が続いており、将来的にも財政の緊縮に伴ってそのような流れが引き続くことが予想されている。（一例として下記には GP 診療所への電話でのアクセスを提示している。）

<sup>10</sup> NHS Choice “Patient Online - Access GP online services” 2016年3月アクセス

<sup>11</sup> NHS England “GP Patient Survey 2016” <https://gp-patient.co.uk/surveys-and-reports> 2016年3月アクセス

## GP 診療所へのアクセス<sup>12</sup>

<質問：電話で GP 診療所の職員と連絡を取ることは容易と思うか？>



### 2.3. 医療機関選択と情報提供

NHS は主な財源が税金であるため政府の意向によって方針が大きく左右されることが多く、予算の増減による提供体制の過不足の問題は常に存在している。一方、患者の医療機関の選択については創設以来そのための情報と選択の幅は法の整備と共に徐々に広がってきており、近年はオンライン化に伴って更に選択の自由度も高まってきた。<sup>13</sup>

GP に関しては 1948 年の当初から患者には選択権が認められていたが、2007 年に「NHS Choice」のウェブサイトが開設されてから、情報の透明化が更に浸透した。NHS Choice には主要症状に応じて患者自身の対処の方法などの情報が示されると共に、近

<sup>12</sup> NHS England, “GP Patient Survey 2016” <https://gp-patient.co.uk/surveys-and-reports> 2016 年 3 月アクセス

<sup>13</sup> NHS England “The History of Choice” <http://www.nhs.uk/Tools/Documents/The%20history%20of%20choice.htm> 2016 年 4 月アクセス

隣の医療機関を検索してその登録患者数やパフォーマンス等の情報、さらには患者によるレビューまで閲覧することが可能であり、新規に診療所を選択する際などには重要な役割を果たしている。

また、病院の選択に関しては2006年に「Choose and Book」のウェブサイトが開設され、GPが幾つかの病院からオンラインで紹介先を選択できるようになった。また、2015年からは「NHS e-Referral Service<sup>14</sup>」に継承され、患者は病院の紹介の度毎に診療所から紹介番号とパスワードを渡されて、自ら希望する病院と専門医チームの外来受診を予約することも可能となっている。

これらの選択の参考として、また公金を使用しているという意味での透明性の確保のためにも、各指標に関する質の高い情報を提供していることもNHSの特徴のひとつである。各診療所のQOF (Quality and Outcome Framework) の達成率についてはオンラインで公開されており<sup>15</sup>、各病院でのKPI (Key Performance Indicator) も各病院のウェブサイトから理事会の報告書を通して確認することができる。また監査機関であるCare Quality Commissionのウェブサイト<sup>16</sup>では監査レポートも提示されており、高い透明性を確保しようとしている。

#### 2.4. リピート調剤 (Repeat Dispensing) と電子処方 (Electronic Prescription)

プライマリケアにおける処方の2/3が繰り返し処方 (repeat prescriptions) であり、これは費用においてはプライマリケア薬剤の80%程度と推察される。GPの仕事量からみれば、GPひとりあたりの一週間の処方のうち200回分は繰り返し処方という計算である。<sup>17</sup>

リピート調剤 (Repeat Dispensing) とは、医薬品を入手する際に毎回GPの診療に通い続けることなく、認められた一定期間は直接薬局から調剤される仕組みであり、2002年に最初に提案され、2005年からNHSと契約を結んでいる全ての地域薬局 community pharmacy に Community Pharmacy Contract Framework における基本サービス (essential services) として義務付けられるようになった。リピート調剤を始めるためには処方機関と薬局の相応において患者の同意が必要である。

<sup>14</sup> NHS e-Referral Service <https://www.ebs.ncrs.nhs.uk/> 2016年3月アクセス

<sup>15</sup> Health & Social Care Information Centre “Quality and Outcome Framework GP practice results”  
<http://qof.hscic.gov.uk/index.asp>  
2016年3月アクセス

<sup>16</sup> Care Quality Commission <http://www.cqc.org.uk/> 2016年3月アクセス

<sup>17</sup> NHS England (2015) “Electronic Repeat Dispensing - Guidance”

リピート調剤の目的は、①慢性疾患に対する処方薬の受け取りの上で患者の手間を省くとともに選択を確保すること、②患者から必要とされない余分な処方薬を減らすこと、③単調な処方箋の管理を専門知識をもった薬剤師に移すことにより GP の仕事量を減らすこと、である。薬局薬剤師はリピート処方箋を渡すたびに、患者の副作用や服薬状況をスクリーニングして、何か問題をみつけた場合には処方箋を中止して GP などの処方箋発行者に直接連絡をとることや、患者に予約をとることを促す責務がある。

リピート調剤では、例えば「28 日間毎、6 回まで」などの表記がなされ、それにより患者は 28 日間毎に約半年の処方箋を受けられることができる。現在は近隣の所定の薬局でしか処方箋を受けられないが、2009 年より電子化が認められてから紙媒体から電子処方箋に急速に移行してきたこともあり、今後はどの薬局でも処方箋を受けられるようになる方向である。

電子処方箋サービス (Electronic Prescription Service) は急速に進んでおり、2016 年では既に 79% の GP 診療所が参加しており、調剤薬局は 98.6% とほぼ全てが参加している。また、医療器具 (Dispensing Appliances) の処方箋に関しても 90% の契約者が参加している。これら参加機関においては平均して 54% の処方箋が電子で取り扱われている。<sup>18</sup>

## 2.5. 医師以外による処方 Non-Medical Prescribing

保健省は、Non-Medical Prescribing (NMP) が GP に掛かる処方箋業務を軽減し、その分 GP が診療に時間を注げるような環境になることを期待しており、次第に NMP は広がりを見せている。

1992 年に一部の訓練を受けた地区看護師 district nurses や訪問保健師 health visitors (この 2 職種は現在、地区プラクティショナー community practitioner と呼ばれている) に対して、限られた処方権が初めて認められた。2001 年から処方箋に関する訓練 (V100) を受けた全ての地区看護師と訪問看護師に Nurse Prescribers' Formulary (NPF) と呼ばれる 2 年毎に改定される地区看護師用の処方録からの処方箋が認められ、2003 年 4 月からは訓練を受けた看護師と薬剤師には補助的処方者 Supplementary Prescriber としての NMP が認められることとなった。また、2005 年 4 月からは、理学療法士 (physiotherapist)、手足治療医 (chiropract/podiatrist)、X 線技師 (radiographers)、検眼士 (optometrist) も Supplementary prescriber としての資格が与えられるようになった。<sup>19</sup>

2016 年現在、Non-Medical Prescriber には 3 つのタイプあり、権限の多い方から順に、

<sup>18</sup> Health & Social Care Information Centre “Electronic Prescription Service (EPS) Latest statistics (8<sup>th</sup> April 2016)”

<sup>19</sup> Cooper et al. “Nonmedical Prescribing in the United Kingdom” J Ambulatory Care Manage Vol31. No.3, pp.244-252

1) Independent Prescriber (独立処方者) , 2) Community Practitioners Nurse Prescriber (地域処方看護師) , 3) Supplementary Prescriber (補助的処方者) となっている。Independent Prescriber は医師の許可がなく独自の判断で処方が可能であるが、職種によって処方可能な薬剤には範囲があり、また処方に対する責任も付与される。

Community Practitioner Nurse Prescriber の資格は、Community practitioner の専門資格取得と同時に取得でき、NPF からの処方が可能である。Supplementary Prescriber は、一定の訓練を経て免許を取得すると、医師に認められた個別の診療管理計画 (patient-specific clinical management plan) に従っての処方が可能となる。<sup>20</sup>

<sup>20</sup> Department of Health, Social Services and Public Safety “Prescribing by Non-Medical Healthcare Professionals”  
2016年4月アクセス

### 3. GP への支払い方式の概要

#### 3.1. 包括・出来高・成果報酬

元来、GP 機能を診療報酬面で支えてきたのが、包括報酬 Global Sum（人頭報酬 Capitation）を中心とした報酬体系であった。2004 年 4 月に新しい診療報酬体系が実施される迄の GP の報酬は大きく 2 本柱で、個々の GP の登録患者（登録住民）の数に応じて支払われる人頭報酬が全体の半分以上を占め、加えて避妊サービスなど付加的なサービスに対する出来高報酬が加えられていた。その他、診療所の維持費などに対応する基本開業手当、検診の実施など、一定の目標達成に対して支払われる健康改善手当などであった。

2004 年 4 月から GP の報酬体系を大幅に改革する新しい契約が実施されるようになった。支払いの大半は従来同様に登録人口のニードに基づいた包括的な報酬（Global Sum）のままであったが、新たな報酬の大きな柱として Quality and Outcome Framework（QOF）が加えられた。この改革の狙いは、GP の仕事の幅に広がりをもたせること、より質の高いサービスの提供に報酬をつけること、より多くのサービスを患者に身近な場所で提供できるようにすることなどである。

これにより診療所に支払われる診療報酬は、①登録人口を基に定められる包括報酬（Global Sum）、②質の高い選択的サービスに対して支払われる特別報酬（Enhanced Service）、③健康管理や施設運営で質の高いサービスを提供した場合に成果に応じて支払われる成果報酬（QOF）の 3 つとなり、その他にも従来通り診療所管理のための手当や、経験のある医師のための年功序列型の賃金手当、民間サービスなどによる収入も得ることができる。

包括報酬に関しては 2004 年の大きな変更点として、「国が GP 個人に報酬を支払う仕組み」から「地域の PCT が各診療所に報酬を支払う仕組み」に変更されるとともに、住民の登録も「GP 個人」から「診療所」に対する登録に変更され、個々の GP が自分の患者の診療に対して 24 時間責任を負う必要はなくなった。一方で、従来通り診療所に登録されると同時に自身の GP も割り当てられるため、地方では自らの GP を受診する傾向がいまだに残っているが、都市部では GP 個人での診療の実態は薄れつつある。また、より多くのサービス提供を病院から地域に移していくために、GP が得意分野を選んでより広範な医療に携わることができるよう選択的サービス（Enhanced Service）の報酬も強化されているが、こうした傾向も結果として GP の役割分担（GP with special interest: GPwSI）を促進させることになっている。診療所が時間外診療などの付加的サ

ービスを提供しないことを選択をした場合、登録人口をベースに支払われる「包括報酬」からその報酬分が控除される。一方、選択的サービスを提供した場合は、出来高により支払いが行われる。

包括報酬は、従来は、65歳未満、65-74歳、75歳以上と3段階で1人あたり単価（2003年度ではそれぞれ20.05ポンド、26.40ポンド、51.15ポンド）が決められていたが、現在はより精緻な算定方法（the Carr-Hill formula）が採用されている。この算定では、①診療所の負担（登録住民の年齢や性、死亡率、罹病率、施設入所者の有無、患者の受診回数など）および、②必要加算（診療所スタッフの労働市場価値、地域の物価水準など）を考慮して診療所に支払われる。これにより提供されるのは、基礎的サービスおよび付加的サービスであるが、付加的サービスについては、報酬から差し引かれて提供しないという選択も認められる。今後の大きな変化としては、GMS契約が結ばれている全ての診療所に2004年の改革時より支払われていた最低保障収入（Minimum Practice Income Guarantee）が2020年まで7年間をかけて徐々に廃止されることが決まっており、PMS契約の診療所もそれに準ずるため、包括報酬では計算式に基づいた支払いがより重要性を増していく。

成果報酬（QOF）は定められた基準を達成している場合に支払われるボーナス的な支払いである。GP診療所の収入におけるQOFの割合は15%程度までとされており、支払いに参加することも義務とはされていないが、実質的に診療所が収入に違いを出せるあまり多くない部分のひとつであるため、参加率は98.7%と非常に高く、ほぼ全ての診療所がQOFによる支払いを受けている。

QOFの内容は2004年の導入以降、毎年見直しが行われているが、開始当初の数年間に大きな変更が加えられてからは固定してきている。2004年の開始当初は4つのドメインがあり、それぞれ①臨床基準、②管理組織基準、③患者の関わりに関する基準、④追加的サービスに関する基準、に対応していた。それ以降の大きな変更の流れはQOFによる情報提供や支払いの体制の整備と共に臨床基準が充実されていったことである。2006年にそれまで11の領域だった臨床分野が18に拡大、2008年には患者満足度などの患者の関わりに関する基準は廃止され、禁煙指導やCOPDが加えられるなどの経緯を経て臨床基準は現在の19領域となった。また、2009年からはNICEがそれらの臨床基準の作成にも積極的に関わるようになり、NICEの提案を受けてQOFが設定されるようになった。このような変化を経て2014-2015年では①臨床基準、②公衆衛生、③公衆衛生の付加的サービスの3つのドメインが設定されている。<sup>21</sup> 臨床基準および子宮

<sup>21</sup> Health & Social Care Information Centre “Quality and Outcome Framework (QOF) – 2014-2015”  
<http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB18887> 2016年4月アクセス

頸がんスクリーニングには患者側の要因（例：患者の受診中断、副作用による処方中止）で達成できない場合も考慮されるように除外報告に関しても設定が行われている。QOF に関するこれらのデータは別項にも表記されている様に、電子カルテシステムにモジュールを登録することにより自動的に報告がなされるようになっている。

2014-2015 年の実績では、559 点の総点のうち平均は 529.6 点（94.7%）で 448/7,779（5.8%）の診療所が 100%の点数を獲得していた。また、除外報告は 5.5%であった。

### 2014/2015 年の QOF による支払い基準

Domain	Condition / Measure	Number of Indicators	Points Available	QOF Group	
Clinical	AST	Asthma	4	45	Respiratory
	AF	Atrial fibrillation	3	17	Cardiovascular
	CAN	Cancer	2	11	High dependency and other long term conditions
	CHD	Secondary prevention of coronary heart disease	5	45	Cardiovascular
	CKD	Chronic kidney disease (18+)	4	32	High dependency and other long term conditions
	COPD	Chronic obstructive pulmonary disease	6	35	Respiratory
	DEM	Dementia	3	26	Mental health and neurology
	DEP	Depression (18+)	1	10	Mental health and neurology
	DM	Diabetes mellitus (17+)	11	86	High dependency and other long term conditions
	EP	Epilepsy (18+)	1	1	Mental health and neurology
	HF	Heart failure	4	29	Cardiovascular
	HYP	Hypertension	2	26	Cardiovascular
	LD	Learning disabilities	1	4	Mental health and neurology
	MH	Mental health	7	26	Mental health and neurology
	OST	Osteoporosis: secondary prevention of fragility fractures (50+)	3	9	Musculoskeletal
	PC	Palliative care	2	6	High dependency and other long term conditions
	PAD	Peripheral arterial disease	3	6	Cardiovascular
	RA	Rheumatoid arthritis (16+)	2	6	Musculoskeletal
	STIA	Stroke and transient ischaemic attack	5	15	Cardiovascular
	<b>Clinical Total</b>		<b>69</b>	<b>435</b>	
Public Health	BP	Blood pressure (45+)	1	15	Cardiovascular
	CVD-PP	Cardiovascular disease - primary prevention (30-74)	1	10	Cardiovascular
	OB	Obesity (16+)	1	8	Lifestyle
	SMOK	Smoking (15+)	4	64	Lifestyle
<b>Public Health Total</b>		<b>7</b>	<b>97</b>		
Public Health -	CON	Contraception (<55)	2	7	Fertility, obstetrics & gynaecology
Additional Services	CS	Cervical screening (25-64)	3	20	Fertility, obstetrics & gynaecology
<b>Public Health - Additional Services Total</b>		<b>5</b>	<b>27</b>		
<b>Total</b>		<b>81</b>	<b>559</b>		

課題として、当初政府が想定していた達成率は 75%程度であったが、診療所の多くが 95%近くの点数を達成しているため想定予算を超えてしまい、実質的には報酬の増額に近いという批判がある。また、同じ目標でも地域によって容易に達成できるところとそうでないところの差なども大きく、目標達成のためだけに患者に医療を施すようなゲーミング（Gaming）の問題も指摘されている。

ロンドン最大の GP 専門の税理士事務所 Ramsay Brown and Partners の 274 の顧客診療所の 2015 年のデータによると、GP 診療所の平均収入は①包括報酬 69.8%、②選択的サ



ービス 14.4%、③QOF 8.0%、④その他 7.8%という内訳であった。その他には診療所の開設費用や年功賃金などが含まれている。また、診療所における登録患者一人当たりの平均利益は年間 50.96 ポンド、経営者（パートナーGP）一人当たりの平均利益は年間 136,207 ポンドであった。尚、同資料によれば登録患者数の平均は、8,234 人で診療所のフルタイム換算での GP 数の平均は 3.11 人、経営者（パートナーGP）一人当たりの患者数は 2839 人となっている。

### 3.2. 私的医療予算（Personal Health Budgets<sup>22</sup>）

2010 年 4 月から 70 ヶ所の PCT でパイロット事業が行われた Personal health budgets（PHB）は、患者の選択肢を拡大する（Personalised care）という NHS のトレンドの一環として 2014 年から導入された。PHB とは、症状の安定している慢性疾患患者や長期療養患者を対象に、各人の治療予算を提示し、予算内で患者やその家族自ら治療方法を選択できるというものであり、ソーシャルケアの分野では既に導入されているが医療の領域では先進的な取り組みである。

PHB は NHS Continuing Healthcare の対象となっている長期療養や障害支援が必要な成人及び小児が利用可能であるが、まず登録 GP などの地域の NHS との合意とケアプランの作成が必要となる。このプランの作成がカギで、患者の必要なケアの程度にニーズが合う形であれば治療から機器の購入など広い範囲で PHB を使うことができる。予算の使い方は、ケアなどを直接処方してもらうことも、また現金として本人や家族、公的・私的なソーシャルワーカーなどの代理人の口座に支払ってもらうこと（Direct payments）も可能で、ソーシャルケアとして Personal budgets をもらっている患者でも許可が下りれば併用が可能である。NHS と地方自治体のジョイントシステムによって元来予算の元が分かれていたヘルスケアとソーシャルケアの統合（Integrated care）の問題に対して、包括医療の新しいモデルを提示できる可能性があることが指摘されている。<sup>23</sup>

<sup>22</sup> NHS Choice “Personal health budgets”

<http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Yourchoices/personal-health-budgets/Pages/about-personal-health-budgets.aspx>  
2016 年 4 月アクセス

<sup>23</sup> NHS Confederation, (2012), Briefing 251: Joint personal budgets: a new solution to the problem of integrated care?

① かかりつけ医制度の概要

フランスでは専門診療科が国の制度として明確に区分されており、いわゆる専門医と一般医とが明確に分かれる（ただし、現在は一般医も専門診療科の一つとなっている）。一般医と専門医の診察科目については医療行為規定によって厳密に規定され、その規定に反する医療行為を行うことはできない。また、専門医と一般医とでは同じ医療行為を行っても報酬が異なっている。開業医が行う医療行為に対する診療報酬は疾病保険金庫と医師の代表的な労働組合との間で締結される協約料金による。開業医への支払いは前述のように償還制が原則で、患者が医師に全額を支払った後、患者自身が所属する疾病金庫に償還を請求する。なお、前述のように現在この仕組みは IC カードと通信回線を用いて自動化されている。なお、我が国と同様開業医には開業場所選択の自由が保障されており、これが医療資源配置のアンバランスという問題の原因となっている。

フランスの医療費増加の根本的な原因はフリーアクセスと自由セクター医師に対する出来高払いの組み合わせ、そして情報が共有されていないことによる連携の不足にあると考えられており、この問題の解消が最も重視されていた具体的にはイギリスやオランダの GP のような Gate Keeper としての「かかりつけ医 (Médecin Traitant)」の導入が 2004 年 8 月 13 日法により行われた（担当した首相の名前をとってブラジ計画と呼ばれる）。

ブラジ計画によって導入された「かかりつけ医 (Médecin Traitant)」制度では 16 歳以上の患者はすべて自分の「かかりつけ医」を選択することになった。「かかりつけ医」は一般医でも専門医でもよい。かかりつけ医制度については、かねてからフランス政府がその導入を検討していたものであり、1998 年から 2004 年まで社会党内閣においても、その導入のための社会実験が行われていた。社会党内閣における「かかりつけ医」制度では、患者によって選択された「かかりつけ医 (Médecin Référant: 一般医の中から選択される)」が当該患者の診療情報を管理し、その管理業務に対して疾病金庫から管理費用としての診療報酬が支払われる仕組みとなっていた。しかしながら、この方法は専門医に対する一般医の権限を相対的に強めるものであり、専門医からの根強い反対があった。

政権交代に伴い、社会党政権下におけるこの「かかりつけ医 (Médecin Référant) 制度は破棄され、新しい「かかりつけ医 (Médecin Traitant)」制度が導入されることになった（図表 1）。この仕組みでは患者はかかりつけ医の紹介状無しに他の医師にかかることが出来る。ただし、紹介状無しに他の医師にかかった場合、その医師は法的に設定された上限までの

診察費用を患者に要求できるが、患者には診察費用の基本料部分の 70%しか疾病金庫から償還されない形式となっている。この差額部分を補足保険制度（共済組合や互助制度、あるいは民間保険）が負担すべきかどうか議論になったが、結局個人の負担となった。また、このような「かかりつけ医制度」に対する医師組合の反対を抑える目的で、診察費の増額（23€から 27€）も行われた。さらに、専門医の反発を抑える目的で、専門医もかかりつけ医になれること、かかりつけ医を介さずに専門医にかかることが出来るようになった。

導入直後の 2006 年度の実績によると 51%の患者が「かかりつけ医」制度を利用しており、年齢別に見ると高齢者ほどその利用率が高い結果となっている（16-20 歳：59%、71-80 歳：95%）。地域別では ille-de-France、Sud、Sud-Oest などの高所得地域では利用率が低く、Pays-de-la Loire、フランス北部、西部など低所得地域で利用率が高い。

2006 年度からは「かかりつけ医」が予防分野でも貢献することが協約に盛り込まれることとなった。具体的には、ガイドラインに沿った慢性疾患の適切な治療を促進するため、開業医を対象とした ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique: 公衆衛生の目的のための報酬)という疾病管理プログラムも導入されている。図表 1-20 に糖尿病の ROSP の例を示した。このプログラムではアメリカの Healthway 社の糖尿病用疾病管理プログラムを導入したフランスの Altran 社が全国被用者疾病金庫 CNAMTS と契約し、このシステムを用いて看護師が携帯あるいはインターネットを用いて在宅の糖尿病患者の生活管理を行う。同時に、当該患者のかかりつけ医は HAS が提示しているガイドライン等に従って標準的な糖尿病治療を行う（例えば、定期的な HbA1c の測定や眼科健診、腎機能検査など）。治療のプロセス及びアウトカム（例えば、入院の回避）がポイント化されており、年度末にそのポイント数に応じて当該かかりつけ医に「成果に応じた報酬 Pay for performance P4P」が支払われる仕組みとなっている。

DREES は 2005 年度の開業医医療費の状況についての分析結果を 2006 年 8 月に発表している。その結果によると、2005 年の医療費の伸びは 3.4%で 2004 年度の 3.9%に比較して鈍化していることが分かる。伸びを価格の効果と量の効果に分離した結果をみると、価格の効果が-0.2%、量の効果が 3.6%となっている。

内容別に見ると診察料の伸びが 1.9%と 2004 年度の 2.9%に比較して大きく鈍化している。価格リスト (LPP) に収載されている医療材料費の伸びも 2005 年度は 8.2%と 2004 年度の 11.7%に比較して大きく鈍化している。医薬品と処方についてはほとんど変化していない。DREES の分析結果では、このような医療費の伸びの鈍化の第一の理由は、経済全体の低迷による受診抑制であるとされている。特に疾病給付金の引き下げが受診を抑制する効果があったと考えられている。そして、2004 年に導入された「かかりつけ医制度」によって受診回数の適正化（重複受診の減少など）があることも、医療費増の抑制に効果があったと

結論している。さらに受診に際して1€の免責制度が導入されたことも医療費増抑制に効果があったと考えられている。増加が続いている医薬品については、ジェネリック使用の促進等による価格低下の効果が量の増加によってなくなっており、今後医薬品の適正使用をどのように促進するかが課題となっている。

**DRESS: Direction de la recherche, des études, de l' évaluation et des statistiques (DREES) :** 研究・調査・評価・統計局：公衆衛生行政に関連する各種統計の収集と整理、公衆衛生行政の政策評価に関連する調査・研究の実施及び管理を行う。わが国の厚生労働省との比較では統計情報部・厚生科学課に相当する。

## ② フランスの医学教育及び卒後研修

フランスの専門医は国によって認定される仕組みであり、一般医を含む11の専門医課程が設定されている。我が国のように自由に専門を選ぶことはできず、必要量を勘案して地区単位ごとに各専門医養成コースに入ることができる医師を制限している（後述）。医師は卒業時に専門を選択するが、それは卒前教育システムのあり方とも関係している。医師偏在問題への対応、またプライマリケアの重視、そして高度化する医療に対応するためにフランス政府は医学教育の改革に取り組んできており、それが専門医制度とも深く関係している。以下、まずフランスの医師養成課程とその改革について説明する（図表2）。

医学部に入学するためには、高校終了時に行われるバカロレア(大学入学資格試験)に合格しなければならない。ただし、これはわが国のような大学別の入学試験ではなく、医学部の入学資格を認定するものであり、バカロレアで基準以上の得点をとればそのほとんどが医学部に入学することができる。大学での医学教育は3段階に分かれる。第1段階（第1サイクル）は2年間で主に基礎科学と教養を学ぶ。特に医師の人格教育についてはその重要性が認識されるようになり、1992年の医学教育改革により、医療経済や終末期医療、医学の歴史や生命哲学などの教養科目が多くカリキュラムに導入されている。カリキュラムは各大学で独自に組まれているが、1学年終了時に選抜試験があり、2年に進級できるものは約5分の1に限定される（これを *Numerus clausus* と呼ぶ）。第2学年では化学や生物学などの基礎科学教育に加えて、臨床導入実習として看護体験実習が行われる。これは大学病院の看護師の指導のもと、患者の介助や採血などの業務を行うものである。

第2段階（第2サイクル）は4年間で1年目は基礎医学、残り3年間は臨床病理学と臨床実習に当てられている。フランスにおける医学教育では臨床実習が重視されており、医学部4年次からの3年間は病棟での教育が中心となる。この間の医学生はエクスターンと呼ばれ、指導医や研修医の指導のもと、患者の診察や薬剤や検査の処方及び侵襲的な治療