

イギリスの家庭医制度

一 圓 光 彌

財政・社会保障制度研究班研究員
政策創造学部教授

はじめに

筆者がイギリスの医療保障制度について興味を持つようになったのは、イギリスがすべての国民に医療を受診時無料とするとともに、医療供給についても病院を国営化し、効率的に医療を保障していたからである。こうした医療の需要側と供給側の社会化は、社会主義的な考えからなされているのではなく、経済合理性にかなっているからではないかと考えた。

イギリスの医療保障制度の特徴の一つが家庭医制度である。国民は自分の家庭医を決め、何かあればその家庭医に相談し、家庭医の判断で必要に応じて病院の専門医の医療を受けるようになっている。家庭医は患者家族やその住まいや仕事などについてよく承知した上で健康上の相談に応じ、専門医の治療を受けた場合もその所見は家庭医に伝えられる。

日本でも皆保険により医療の需要側は社会化されるようになり、供給側についても公的医療機関を整備して効率的な医療供給体制を整備していくことの必要性が叫ばれるようになっていた。そうした中で、筆者は日本でもイギリスの家庭医の仕組みを取り入れることが望ましいのではないかと考えた。

当時日本医師会の会長は武見太郎氏であったが、医師会は開業医の利害を守る立場から、供給体制の整備は自由開業制を基本とするべきで、また診療報酬は出来高払いでなければならぬと主張していた。そしてイギリスの医療保障制度については、日本にはなじまない社会主義医療であるとし、自由な受診を規制する家庭医制度とその人頭報酬制度を徹底して批判するようになった。以来日本では「家庭医」も「人頭報酬」も禁句になってしまった。

家庭医に関するこうした厳しい環境に変化が起こったのは、後期高齢者医療制度が議論されるようになり、後期高齢者に適した医療や診療報酬のあり方に関心が集まるようになってからである。国民健康保険中央会が家庭医制度についての研究会を立ち上げ、私も委員として参加した。同研究会（高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会）は各国の家庭医（かかりつけ医という用語を用いていたが）の報酬等を研究し、日本でもかかりつけ医制度を強化

するのが望ましいとの提言をまとめ発表した。しかし、その中に含まれていた包括化された診療報酬やゲートキーパー機能は医師会の強い反対にあい、具体化するには至らなかった。

それでも、この時は皆保険後とは状況がかなり違っていた。医師会内部でも高齢者にふさわしい家庭的な診療のあり方が議論されていたし、家庭医という言葉は使われないがその意味合いに近い総合医という言葉も使われるようになっていた。

またプライマリ・ケア関連の学会として、日本プライマリ・ケア学会が1978年に設立されたのを皮切りに、1986年には家庭医療研究会が（後学会に発展）、1993年には日本総合診療医研究会（後学会に発展）が充足し、これら3学会は2010年に合併し、日本プライマリ・ケア連合学会に結集して会員数も2012年で6,600人程度になっている。

2011年10月には医師以外の関係者も加わって「総合医を育て地域住民の健康を守る会」も充足している。また現在厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」では、総合医療を一つの専門科として位置づけることも議論されている。

ここで改めて、イギリスの家庭医制度がどのようにして今日に至り、どのような課題に直面しているかを検討し、日本の総合医をめぐる現状を理解する一助としたい。

1 用語について

英語のGP (general practitioner) はこれまで「一般医」と訳されてきた。同じ医師のことを「家庭医」と呼ぶことも少なくない。また最近日本では、類似の言葉として「総合医」という言葉も使われるようになった。これらの用語はどう異なるのであろうか。

general practitioner というのはspecialistに相対立する用語である。言い換えると、一般医とは専門医ではない医師ということになる。実際、医学の進歩につれてたくさんの専門科が分化していったが、一般医は非専門であり続けた。ただし現在ではイギリスでもまた他のヨーロッパの国々でも、general practiceは一つの専門科として位置づけられるようになってきている。日本でも総合医を一つの専門科として位置づける議論が始まっている。

「家庭医」という言葉は、一般医の役割を患者の側から捉えた用語だといえる。実際イギリスではGPのことをfamily practitioner（アメリカではfamily physician）と呼んできた。他のヨーロッパの国でも普段受診する近くの診療所の医師を家庭医と呼んできた。「家庭医」には、家族全員について普段から相談に乗ってもらえる医師という意味がこめられており、その意味ではやはり臓器別の専門医に対する用語であると考えられる。

このようにヨーロッパでは、医者は大きく二つのグループに分けられる。この区分は、病院と診療所という二つの供給機関の区分と密接に関係している。大きくは、専門医が医療を行うのが病院で、一般医が医療を行うのがベッドを持たない診療所である。この点で日本は少し特異である。日本では誰もが専門の勉強をして医師となり、一般医とか家庭医の教育や訓練を受

けないまま、実際に臨床の現場で必要に迫られて一般医の役割を果たすようになる。また有床診療所という言葉があるように、専門医療を担う診療所があると同時に、一般医療を担う病院も少なくない。

こうした日本で、一般医や家庭医に近い言葉として「主治医」や「かかりつけ医」という言葉も使われるようになり、さらに最近では「総合医」や「総合診療医」という言葉も使われるようになった。「主治医」や「かかりつけ医」は、専門ごとに主治医やかかりつけ医がいてもおかしくない使い方、患者にとって一人だけの「一般医」や「家庭医」と異なる。この点で「総合医」は臓器別の複数の専門科を広く見渡すことのできる医師を指しており、「一般医」に近い言葉だといえる。general practitionerのgeneralを総合と訳せば、総合医になるわけで、臓器別の専門医に対する用語としては一般医と同義語だといえる。

日本の医療制度が特異だと述べたが、だからといってイギリスの医療制度が一般的かという点を決してそうではない。フランスやドイツでは、日本同様、患者は自由に専門医を選んで受診できる。いわゆるフリーアクセスが認められている。しかしイギリスでは、患者は専門医を自由に選べない。まず自分が決めた一般医を受診して、必要に応じ専門医に紹介されることになる。こうした仕組みを一般医によるゲートキーパー制度と呼ぶが、イギリスではこれが厳格にまもられている。

筆者の恩師であるロンドン大学の故Abel-Smith教授は、イギリスのような家庭医制度の利点として、①一般医が患者を適切な専門科に紹介でき効率的であること、②一般医は患者本人や家族に長く関わっているため患者を深く理解したうえで診断ができること、また③一般医は患者の担当医で、保健指導や予防医療を十分に担うことができること、をあげている。一般医を通して必要な専門医療が提供されるので、無駄な検査や医療が省け、医療費の節約につながる。また一般医はプライマリ・ケアの他の保健師、看護師等と連携して、自宅での医療を支えることができるので、早期退院と入院日数の短縮が可能となり、この面でも費用の抑制が可能となる。

また、一般医によるゲートキーパー制度は病院の専門医にとってもメリットが大きい。イギリスの病院の専門医は、日本のように多数の外来患者の診察に忙殺されない。専門治療が必要だと一般医が選択して紹介してくれた患者だけを診ればいいので、自分の専門能力を高めることができる。このようにAbel-Smith教授は、患者が自分の判断で専門医のところに行くシステムの方が専門医の能力を高める上でも望ましいと述べている。質の高い専門医が育つことは、私たち患者にとってもとても大切なことである。

以上のようなイギリス型の家庭医制度のメリットは、国民の疾病構造が生活習慣病中心に移行するにともない、これまで以上に重視されるようになってきている。慢性疾患の患者の場合、患者に継続的に関わって療養生活を支援する総合医の役割が重要だからである。こうして、現在では、ドイツやフランスでも、家庭医を決めてその家庭医にゲートキーパー的役割を担っても

らおうとする動きがでるようになってきている。こうした国での家庭医制度の導入は、同じフリーアクセスの日本でも参考にしやすいと考えられる。ドイツやフランスでは専門医も開業でき、患者にはフリーアクセスが認められているが、自分の家庭医を通して専門医の医療を受けた場合には、そうでない場合と比べて患者の負担が軽くなり、家庭医の方にも診療報酬が加算されるようになってきている。フランスでは、ほとんどの国民が自分の家庭医を決めるまでに普及している。

Abel-Smith教授は一般医の問題として、専門医は専門の学会にも入って常に先端の医療を身につけようとするが一般医にはそうした機会も少なく、自分の診療所にこもって医学の進歩から取り残される点をあげている。確かに、かつては専門医になれなかった医師が一般医として開業し、診療所で自分の患者とのみ向き合い、勉強する機会も得られなかった。しかし今日では、一般医の専門研修の仕組みが充実し、一般医ははじめから一般医になることを選択してそのための勉強をしてきた人で、卒業後も王立一般医学会が中心となって研修の場を提供し、多くの一般医がそれぞれ得意とする分野を持つようになってきている。診療所の形態も一人で開業する例は少なくなり、複数の一般医が共同で診療所を経営する形が一般的となっており、Abel-Smith教授が1970年代末に指摘された一般医の問題はかなり解決されている。

2 イギリス家庭医制度の歴史

専門医と一般医と病院

イギリスの家庭医制度は、イギリス社会を特徴付けている社会階級と密接に関係している。古くは医者集団は三つに別れていた。一つはPhysician（仮に内科医と訳す）、もう一つがSurgeon（仮に外科医と訳す）、最後はApothecary（仮に薬剤師と訳す）である。そしてこのApothecaryが後に一般医となった。社会的地位の高さからすると、内科医、外科医、Apothecaryの順であった。

1858年の医療法では、この三者とも同じように医師として登録することになり、登録上は垣根がなくなり、その点は現在も同じである。仮に一般医が脳外科の治療を行ってもそれ自体は違法ではない。登録上の区別はなくなったが、実際は、PhysicianやSurgeonは上流階級の医師で、労働者階級はApothecary、GPにかかるという区分があった。

Abel-Smith教授から聞いた話であるが、彼は上流階級家庭に育ったが（彼自身27番目の王位継承者であった）、父親が自宅に医師を招く場合、専門医は居間に迎え入れたが一般医は食堂に通したそうである。現在でも医師の称号は、専門医はMr.で一般医はDr.と区別されている。シャーロック・ホームズの相棒のワトソン医師はDr. Watsonであるから一般医であろう。

このように医師の地位は、社会の階級と重なって階層化されていた。Royal Collegeと呼ばれる専門職能集団の成立の時期も大きく異なっている。医師で最初のRoyal Collegeは、Royal

College of Physicians of Londonで1518年にヘンリー八世により設立されたといわれている。Surgeonの方はこれより随分後の1800年に、Royal College of Surgeons of Londonが設立されている。Royal College of General Practitioners（王立一般医学会と訳しておく）ができたのはようやく1952年のことであった。この王立一般医学会が、一般医の地位を高めるのに大きな役割を果たし、一般医の教育と研修の制度化や一般医を専門医に位置づけるのに大きく貢献した。

日本でも、プライマリ・ケアに関する3学会が統合され日本プライマリ・ケア連合学会が結成され、資格を認定するようになったが、こうした当事者であるプライマリ・ケア医による努力が日本で総合医の地位を向上させていく上で欠かせないのではないかと考えられる。

病院の歴史も日本とは随分異なる。というより日本の病院のあり方が特異なのかもしれない。イギリスでは、病院はそもそも貧しい人たちのための施設として発達した。歴史の古い篤志病院が後に医学教育を担うようになる。貧しい人たちのための施設であったから、そこに診療にくる専門医は無報酬であったし、専門医になろうと学びにくる若い医師も無報酬で、したがって上流階級の子弟しかphysicianやsurgeonになれず、彼らは上流階級の患者を診ることから収入を得ていた。

その後病院でできる医療が増え、また金を払って病院で医療を受けることのできる裕福な人が増えるようになると、地方にも小規模の自治体立の病院が増えるようになり、そうした病院では一般医が病院で医療を行ったり一般医が専門医療を担当するなど、一般医と専門医あるいは病院と診療所の関係は錯綜するようになる。こうした状態は第2次世界大戦後に国民保健サービス制度（NHS）が生まれるまで続いた。NHSが発足し病院がすべて国営化された段階で、専門医は病院で、一般医は診療所という医師と医療機関の役割分担が現在のような形で区別されるようになった。

医療保障制度の発展

イギリスでは1911年に健康保険と失業保険を合わせた国民保険法が成立した。健康保険は労働者のための保険制度で、本人に対して一般医の医療が提供された。一般医の出自は薬剤師だと述べたが、労働者の間では一般医に薬をもらいに行く感覚が根強く、健康保険の給付にも薬の給付が含まれていた。一般医に対する診療報酬は人頭報酬で、登録している被保険者の数に応じて報酬が支払われた。健康保険ができる前に、労働組合は組合員の病気に備えて一般医と契約を結び、組合員の人数分の報酬で医療を請け負ってもらっていたが、健康保険の診療報酬はそうした慣行を引き継いだものであった。

日本では忌み嫌われる人頭報酬であるが、この支払い方式は今も多くの国で診療報酬の一部として取り入れられている。また健康保険が発足する時期にあつては、ヨーロッパでは一般的であった。日本でも1927年に健康保険が実施されて以降1943年までは、人頭報酬が用いられ

ていた。

1911年の健康保険の給付には病院の医療は含まれていなかった。家族の医療も対象外であった。貧しい人は救貧法により、一般医の医療も病院の医療も受けられたが、多くの国民にとって健康保険は決して十分ではなかった。こうしたことから、1920年代以降、全国民を対象とし病院医療も含めた無料医療の制度を求める声が強くなっていた。1942年のベヴァリッジ報告でも、受診時に負担のかからない包括的な医療保障制度が社会保障の前提として不可欠であるとしていた。

1948年に国民保健サービス制度（NHS）が実施され、この制度の発足により入院医療も一般医の医療もすべて受診時無料（後に若干の一部負担が導入される）となった。NHSは必ずしも全国民を対象とした訳ではなく利用するかどうかは自由とされたが、実際にはすべての国民が一般医に登録してNHSを利用することになった。こうして一般医は上流階級も含めてすべての国民の家庭医となった。ただし医療費を全額自分で負担すれば、一般医を介さなくても直接病院の専門医を受診することができたため、そのために民間保険に加入する者も出るようになった。

一般医に対する支払いは戦前同様人頭報酬であったが、戦前と違って私費患者からの収入がなくなり国からの人頭報酬が報酬のすべてになり、国が支払う診療報酬の在り方が決定的に重要になった。

病院はすべて国有化されることになった。戦前も篤志病院を含めて病院は国や自治体の補助金に大きく依存するようになっていたし、病院の医師の多くも勤務医となっていた。また戦時下では病院医療も国に統制され多くの患者は無料で医療が受けられるようになっていた。だから、病院の国営化も専門医の勤務医化もそれほど大きな変化を意味しなかった。変化があったとしたら、多くの病院は自治体立で、伝統的に医療は自治体が責任を負う事業であったので、病院の国有化は、自治体から病院を奪った点である。同じように税金で医療を保障している北欧と違い、イギリスでは医療保障制度は中央政府が管理しているが、その転機はNHSによる病院の中央集権化であった。

病院が国営化される際、一般医には一切病院で医療をさせないルールができた。以前からロンドンの篤志病院などはそうしていたが、そのルールが全病院に適用されることになった。病院の医師が、病院の専門医療の質の低下をおそれたためであった。その代わりに、病院の専門医は、全額私費負担の患者は別として、一般医の紹介のない患者は受け入れないことにした。こうして専門医と一般医の役割分担、一般医によるゲートキーパー制度が、NHSの成立で厳格な形でまもられるようになった。

一般医の地位の変化

開業医である一般医の報酬は病院勤務の専門医に比べてかなり低く、またその仕事も厳しく

楽でなかった。誰もが専門医になることを目指し、専門医になる見込みがないとなると開業して一般医になるのが一般的であった。一般医療が専門科として確立されておらず専門研修の制度もなかった。また開業して一般医となると、休暇も取れず、勉強の機会も少なく医学の進歩について行くのも難しかった。

一般医の不満は1960年代にピークに達し、1965年には署名を集めてストライキを構え、「家庭医憲章」をまとめて政府に処遇の改善を要求した。その結果、報酬は大幅に改善され、人頭報酬を基本としつつも、諸手当や出来高払いが支払われ、職員を雇う費用などの実費も支弁されるようになり、一般医の経済的な基盤が整備された。一般医の地位はこれを機に向上することになる。また70年代に入ると、一般医の専門研修制度が整備され、病院に残れなかったからあきらめて一般医になるのではなく、研修のスタート時点で一般医になることが選択されるようになった。

3 現在の家庭医制度

医師の養成制度

現在の医師の養成制度は次の通りである。医学部の教育年限は5年である。社会科学系の大学も5年で修士号まで受けられるのが一般なので、医学部5年はそれに相当すると考えられる。そして、5年のうち3年は教育省が費用を負担しているが、後の2年とその後の研修期間の費用はすべて保健省が負担している。ここにも医師養成に対する国の姿勢がはっきりと現れているように思われる。医師養成の主な目的は、医科学の研究というより国民の医療をまもることに置かれているといえるであろう。

5年間で医学部を卒業すると、2年の基礎的な研修に入る。通常その1年目の終わりに医師免許を取得し、2年間の基礎研修が終わった段階で、自分の専門を選んで専門研修に進む。この場合にも、60近くある専門科ごとのポストの配分は、15～20年先の専門科ごとの医師の需給を推計して決められ、特定の専門科の医師不足が起こらないように考えられている。専門科の中でも約半分は一般医に割り当てられている。

専門研修の期間は専門科によって3年～7年と違いがあり、一般医は最短の3年である。重要なことは、3年の一般医の研修のうち1年あるいは1年半は診療所で先輩一般医の下でなされていることである。経験を積んだ一般医が若い研修医を指導することで、双方にいい効果があらわれている。

こうした研修制度の実現や改善に大きな役割を果たしてきたのが王立一般医学会で、今ではすべての一般医は資格を得て王立一般医学会の会員となり、卒業後も様々な研修に参加し、さまざまな得意分野をもつようになっている。病院の専門医療が高度化するようになるにつれ、診療所が果たすべき役割も広がり、これが得意分野を持つ一般医が増えた背景であるが、政府

も一般医が得意分野をもつことを推奨し、診療報酬で評価している。一般医同志で、高血圧なら私が、糖尿病はあなたがという形で分担することも多くなっている。

一般医の診療実態

昔は、一般医となるには、一人で診療所を開業するかすでに開業している一般医の共同経営者（パートナー）となるかが一般であった。他の一般医と組んで診療所を経営する方法を、グループ・プラクティスと呼ぶが、単独で開業するのに比べて研修の機会なども得やすく、政府がグループ・プラクティスを奨励してきたこともあって、今では単独開業は少なくなっている。

また今日では、診療所等に雇われて勤務する一般医も制度化され、勤務医の一般医も増えるようになった。特に若い医師の場合、しばらくの間勤務医として診療所を渡り歩くことが少なくない。こうして住民の登録も、一人の一般医に登録する形から、診療所に登録する形に変更され、診療報酬も診療所に対して支払われるようになった。一般医1人当たりの登録患者数（住民数）は1951年では2,500名程度であったが、現在では1,400名程度となっている。それだけ一般医が増えたことになるが、イギリスの一般医の数は他のヨーロッパの国と比べても決して多い方わけではない。

一般医の診察の内訳は、診療所での診察が86%、電話による診察が11%で往診は3%程度となっている。診療所での診察時間は1人約10分である。昔は往診が多く、イギリスの家庭医といえば在宅診療というイメージがあったが、イギリス家庭医の実情は随分変わっている。

平均すれば国民は年約5回一般医の診察を受ける。住民は何時でも登録する診療所を変更でき、診療所の側も変更を求めることができる。また、現在では登録住民を時間外に診察する義務はなくなった。時間外診療を行わない診療所に登録している患者は、別の時間外診療を行っている診療所等を利用する。各家庭医による365日24時間の対応が難しくなり、他の方法をとらざるを得なくなっていることも変化の一つである。

このようにイギリスの家庭医のイメージは大きく変化しているが、継続的な医療が診療所を中心になされていることに変わりはない。個人の健康の記録は胎児の段階から現在登録している診療所に集約されている。たとえば、吹田市から大阪市に住所が移って、大阪市で新しい診療所に登録することになれば、自分のNHSの過去の記録が新しい診療所に移管される。一般医はその記録を見て診察にあたる。現在では診療記録は病院の記録も含めて電子化されるようになり、過去の記録についても徐々に電子化する計画である。将来は各自が持つNHSのICカードで、救急の場合にも適切な対応が可能になると考えられている。

イギリスでは、救急などを除いて患者は直接病院に行くことはできない。まず一般医に相談し、一般医が必要と判断すれば病院に紹介される。イギリス人はこうした仕組みで医療を受けてきたので、そのこと自体特に不便だとは思っていないが、紹介してもらっても病院の外來に行けるまでに何週間もかかったり、その後も手術や入院までに何週間も待たされるという順番

待ちには閉口している。一般にイギリス人は、一般医の医療には満足しているが、病院の医療には不満を感じているようである。

実際には、診療所に診察に来る人のうち1割（5%と言う人もいるが）程度が病院に紹介されている。必要に応じて薬剤の処方箋を出す、処方箋を出さないで帰す場合も少なくない。患者も日本のように薬をほしがらないのかもしれない。

一般医が紹介する病院は、かつては地域の病院に限られていたが、現在は全国どの病院でも選べるようになった。一般医が必要性を認めることが前提であるが、現在は患者がインターネットで予約を入れることもできる。インターネットでは、独立した評価機関が下した病院の評価や利用者の意見を簡単に見ることができ、受診できるまでの患者の待機期間もわかるようになってきている。日本などのフリーアクセスとは異なるが、事実上患者は自由に病院を選べるようになってきている。

むすび

イギリスの一般医を取りまく環境の変化としては、まず第一に、医療の専門分化が進み、患者をトータルに診ることのできる一般医の役割はますます重要性を増すようになるとともに、一般医も常に研修を続けることが重要になっていることがあげられる。一般医が得意分野を持つようになったのもその現れであろう。

第二の変化は、疾病構造が慢性疾患中心に変わってきていることである。生活習慣病、高齢者や障害者の医療、終末期医療が増えるようになれば、生活の場からサービス全体を調整する役割が重要性を増す。そういう意味で様々な職種と連携して患者の健康を支える一般医の役割はますます重要となっている。こうしてイギリスの一般医は、家族の健康をまもってきた家庭医から、地域で保健、医療や福祉を担う、地域医療の医師にと変容を迫られるようになっていく。

日本では、今、専門医制度をどうするかということが厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」（座長：高久史磨日本医学会会長）で議論されている。専門医を個別学会単位で認定する仕組みを改めて、第三者機関を新たに設けそこが診療領域単位で認定するように改める考えで、平成25年度に第三者機関を設立し、27年度に専門医研修を開始し、30年度に第1期専門医を認定することを目指しているが、その専門医の一つとして「総合医」または「総合診療医」が加えられることになるかもしれない。専門医としての研修制度が始められ、専門医の資格が認定されるようになって、開業している多くの医師が新しい資格を持つ総合医となるのにはなお時間がかかるが、これまで地域で総合医的な医療をしてきた医師がたくさんいることを考えれば、質の高い総合医が一気に普及する可能性もある。検討会の議論を見守りたい。

当面私たちとしてできることは、特に一定の年齢になった者は、自分の総合医をまず一人決

めることである。健康の問題はその医者に相談し、その医者のアドバイスを受けて専門の医療を受けるように習慣づけよう。そして入院医療を受けた後も、退院後は自分の医師の下で医療を続けるようにしよう。医師との間で長くいい関係を保つことで、信頼関係も深まりまた自分の生き方や死に方について理解してもらうことができる。私たちにもできることはあるはずである。

ご清聴に感謝申し上げます。

参考文献

- Abel-Smith, Brian 1979 "Foreword" in Honingsbaum, Frank (1979) *The Division in British Medicine*, Kogan Page
- Boyle, Seán 2011 *United Kingdom (England): Health System Review 2011* European Observatory on Health Systems and Policies
- British Medical Association (website) 2012 Doctors' training and qualifications, http://www.bma.org.uk/patients_public/doctorsqual.jsp#Specialisttraining (2012年2月14日)
- Honingsbaum, Frank 1979 *The Division in British Medicine*, Kogan Page
- Office of Health Economics (OHE) 2011 *OHE Guide to UK Health and Health Care Statistics* OHE
- Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration 2010 *Thirty-ninth Report*.
- Stevens, Rosemary 1966 *Medical Practice in Modern England; The Impact of Specialization and State Medicine*, Yale University Press
- 一圓光彌 1975年9月「イギリス医療の社会化」『国際社会保障研究』第16号
- 一圓光彌・田畑雄紀 2012年3月「イギリスの家庭医制度」『健保連海外医療保障』No. 93
- 葛西龍樹・富塚太郎 2008年2月9日「プライマリ・ケア診療の質追求」『日本医事新報』No. 4372
- 厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」『中間まとめ(案)』 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002eu0u-att/2r9852000002eujq.pdf> (2012年7月6日)
- 高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会(水野肇委員長) 2012年12月『高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会報告書』国民健康保険中央会
- 富塚太郎・葛西龍樹 2008年5月31日「家庭医の役割・倫理教育と規制」『日本医事新報』No. 4388
- 日本プライマリ・ケア連合学会ホームページ <http://www.primary-care.or.jp/> (2012年7月31日)