

I ヨーロッパにおける総合医の役割

一 圓 光 彌

はじめに

- 1 変化する医療保障の課題
- 2 総合医の役割
- 3 慢性疾患の療養管理
- 4 イギリスとフランスの総合医

むすび

はじめに

皆保険が達成されてから半世紀が経つ。この間日本の社会はめざましい経済発展を遂げ、医学も進化発展し、誰もが必要な先端の医療を受けられるようになった。それを支えたのは日本の皆保険体制であった。しかしこの皆保険にもほころびが目立つようになった。非正規雇用の労働者が増えたこともあって、国民健康保険の納付率は低下し、保険料を払っていない世帯の中に多くの子どもが含まれていることが問題となった。供給面でも特に病院の医師不足が深刻な問題となった。皆保険体制をどう再編していくのかも、まだ見通しがたっていない。

皆保険体制はこれまでも何度か危機に直面してきたが、その都度危機を乗り越えてきた。これまでの危機は、主として医療保険サイドの改革で乗り越えてきたといえるが、現在直面している危機を乗り越えるには、医療保険制度上の改革だけでは難しくなっている。医療供給体制のあり方に関わる改革にも取

り組むことが必要となっている。

ここでは供給体制に関わる問題として、変化する医療環境の中で総合医が果たすべき役割について、主にヨーロッパの経験を中心に検討する。

はじめに、主にヨーロッパで医療保障制度が直面する課題がこれまでどう変わってきたかを振り返りつつ、医療供給体制の課題は、戦後の供給の量的拡大の時期、その後の量的規制の時期を経て、健康増進やプライマリ・ケア強化の時期へと変化してきていることを概観する。その上で、日本では制度化されていないヨーロッパにおける総合医の役割について、専門医制度確立の経緯と総合医が現在直面する新しい課題について論じる。次に、医療の中でもますます大きな比重を占めるようになってきている慢性疾患の管理手法についてヨーロッパでどのような取り組みがなされているかを紹介する。最後に、イギリスとフランスの医療制度についての聞き取り調査の主な内容をまとめ、両国で総合医がどのような役割を果たし、慢性疾患の管理にどう関わり、総合医を教育する仕組みがどうなっているかを明らかにする。

1 変化する医療保障の課題

第二次大戦後、先進各国は人々が費用負担の心配をすることなく医療が受けられるように医療保障制度を充実発展させた。それまで医療が受けられなかった人々が経済的な心配なく何時でも何処でも医療を受けられるようになると、抑制されていた医療需要は顕在化されるようになるとともに、増加する医療需要に見合う医療供給も整備されるようになり、1950年代、60年代を通じて、各国の総医療費は急速に上昇した。

誰もが医療を受けられる供給水準が達成されると、それにより医療費の伸びは自然に鈍化するものと考えられていたこともあったが、実際には、各国で医療費の上昇は収まるどころか上昇を続けた。医師と患者の間で情報の非対称性が顕著な医療では、供給側が需要を生み出すこともあり、患者負担が軽減され

ると、医療供給が民間に委ねられている社会保険の国々を中心に、医療供給は需要側によるチェックを受けることなく伸び続けることになった。こうして先進各国は、1980年頃になると、戦後の医療供給体制の整備の時期とは一転し、伸び続ける医療費を抑制すること（cost-containment）に力を注ぐようになった。

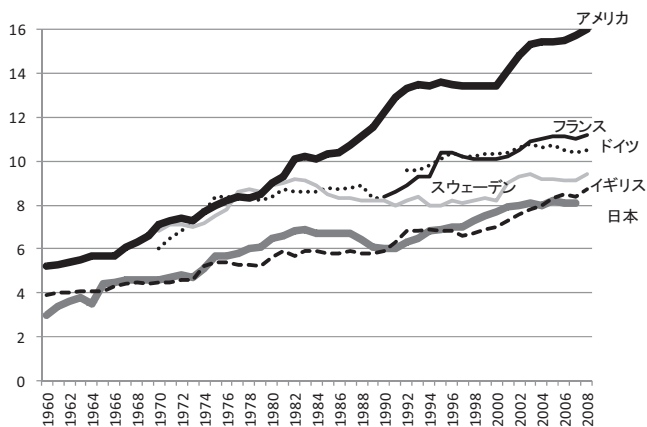
医療費を抑制するために各国が用いた方法は、①患者負担を引き上げる方法、②患者の情報不足を補う方法、③ベッド数や医師数を直接規制する方法、④診療報酬をサービスごとの出来高払いから包括的な支払いに変更する方法、⑤予算制度（一括請負制度）を用いて上限を付す方法等であった¹⁾。

図 I-1 は、主要国の総医療費の対国内総生産比の推移を示したものである。非常に大雑把な整理をすると、1980年代までの20年間程度で、どの国も国内総生産との比で見た総医療費の規模をほぼ倍増させている。ただ税方式で医療費を賄っていたイギリスでは、病院医療など主な医療の供給が直接国の予算でコントロールされていたため、医療供給の伸びに歯止めがかかって総医療費の伸びは抑制されていた。その結果、他の国のように1980年代で上昇線が屈折するようなことはなく、全期を通じてなだらかな上昇傾向をたどり、むしろ最近になってキャッチアップする動きが見られる。

同じ税方式でもスウェーデンは、1980年代に総医療費の規模が下落しイギリスと対照的である。スウェーデンは、税方式とはいえ県がその税収で医療事業を行っており、いわば県営医療保険の国である。戦後病院が整備されて多くの高齢者が病院を利用するなど、アメリカと並んで高医療費の国となっていたが、1980年代に病床を削減して在院日数を短縮しその受け皿として福祉施設を増やす政策を遂行し、医療費の抑制を達成している。

アメリカでも、1980年代以降さまざまな医療費抑制策がとられたが、基本的に医療供給を市場の働きに委ねていることから、総医療費の伸びは図 I-1 で見るように上昇を続けている。アメリカには、医療保障制度として高齢者を対象

1) 1980年代に各国で起こった医療保障制度を巡る環境の変化については、一圓（2003 p.6-11）を参照のこと。



出所：OECD 2010

図 I-1 主要国の総医療費の対GDP比の推移

とする医療保険と貧しい人々を対象とする医療扶助があるのみで、全国民を対象とする医療保障制度はない。常識的には、患者負担が少ないヨーロッパ諸国の方がアメリカより医療費が伸びそうであるが、実際はその逆となっている。患者負担の少ない国々では、供給側に影響を与える医療費抑制策を導入しやすいからである。

これに対して、フランス、ドイツ、日本などは、需要側は主に社会保険により費用が調達され、その財源で医療が賄われている。病院医療の供給については、ドイツやフランスでは公立病院が多く、日本では民間病院が多いが、いずれも社会保険の医療を提供することで経営をなり立たせており、この点はイギリスやスウェーデンの直営方式と異なっている²⁾。これらの国では、1970年代後半ぐらいからさまざまな医療費抑制策がとられ、図 I-1 にも現れているように、総医療費の伸びが抑制されるようになった。

2) もっともイギリスでも1990年代以降、病院等を独立した経営主体とする改革が進められ、今日では病院も社会保険の国と同じように医療サービスの販売を通して経営を成り立たせるようになっている（一圓 2004 p.237-238）。

バーは、各国の医療保障制度の枠組みの違いを次のように説明しているが、これは上の各国の総医療費の対GDP比の変化をもうまく説明しているように思われる。すなわち、アメリカのような「民間財源による民間生産」では、費用を抑制することも人々に医療を受けやすくすることもできず、入院待ちや患者の選択などについても問題が起りかねない。こうした医療市場の失敗を克服するためには公的な介入が必要になるが、イギリスのような「公的財源による公的生産」では、費用を抑制しやすく受診のしやすさも確保できるが、入院待ちの形で非効率が起こりやすく消費者による選択も問題となる。またドイツなどの「公的財源による民間生産」では、公的生産の場合ほど費用の抑制はできないが、受診はしやすく入院待ちなどの問題は起こりにくく消費者による選択も問題が少ない³⁾。

バーのこの説明でも明らかなように、医療市場への公的介入の主な目的の一つは医療費抑制にある。この点は、基本的には変わらないものの、その手法はかつての供給量の規制から、予防やプライマリ・ケアの重視など医療資源の効率的な利用に力点が移ってきているように思われる。図I-1で2000年頃からの総医療費の動きを見ると、改めて医療費増加の傾向が認められる。その背景要因としては、一般的には人口高齢化や医科学の発展が考えられるが、それと同時に病床数などの量的規制や予算制などによる抑制策に無理が生じてきたことも原因であろう。特にイギリスなどでは、医療費を抑制しすぎた反省から、入院待機を減らし患者が選択できる医療を目指して今世紀に入って積極的に医療予算を引き上げる政策が推進された。2000年前後で、各国は医療供給の量的規制や予算総額のコントロールといった政策から、医療の質の改善や医療資源の効率的利用に軸足を置く政策に移るようになったのではないかと考えられる。

3) バー（菅沼監訳 2007 p.77-87）参照。バーのこの整理は制度の大きな違いを捉えるためのものと理解すべきで、現実の各国の制度は個別の問題を抑えるためにさまざまな工夫が採り入れられている。イギリスで、1990年代より病院等供給側に独立採算制が導入されるようになり、「民間生産」の考え方が採り入れられるようになっていることは注2)でも述べた通りである。

図 I-2 は、主要国の人口1000人当たりの急性期病床数の推移を示したものである。急性期病床数は今も低下傾向にあり、この分野では総量規制が今も厳しく維持されていることがわかる。これに対して、図 I-3 により主要国の医師数の変化を見ると、一時期その過剰が問題視されたこともあったが、実際にはほとんど低下することなく増加し、むしろ最近では積極的に医学部定員を増員する動きが見られる。女性医師が増えたことや若手医師の労働環境が整備されたこともあって、養成される医師一人当たりの生涯の臨床時間数が大きく低下したことも背景にあるが、高齢化とともに増加する医療需要に対処するには総合医の増員が避けられないと考えられるようになったこともある⁴⁾。

筆者は1980年頃に起こった先進各国の医療費の変化について、その時点で起こった医療ニーズと医療供給との逆転現象（医療転換）によるものと捉え、21世紀の医療保障制度の課題を、①医療費適正化、②医療資源の効率的利用、③財源政策の転換の三点にまとめている。このうち①の医療費適正化は、バーの言う費用抑制にあたる。また③は、非正規雇用の増加などによって、多元的な

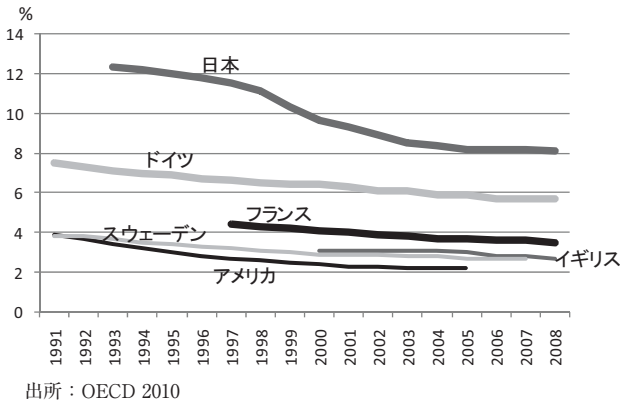


図 I-2 主要国の人口1000人当たり急性期病床数の推移

4) この点については4のフランスの項参照。

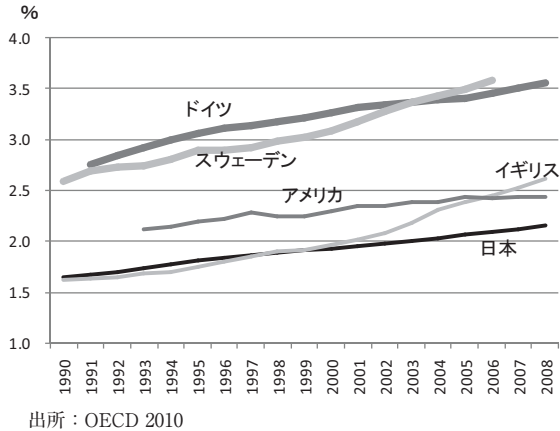


図 I-3 主要国の人口1000人当たり臨床医数の推移

社会保険制度にも公費による財源投入が避けられなくなるとともに、公費負担の公平な配分が工夫されるようになってきている点を、最近の動きとして取り上げている（一圓 2003 p.6-19）。

②の医療資源の効率的利用では、プライマリ・ケア医と専門医との連携、予防的な保健事業や福祉と医療との連携などの重要性を取り上げ、そうした地域、職域での効率的資源配分を達成する上で保険者機能の強化とそれを可能とするためのリスク構造調整（戦略的資源配分）が必要であることを論じている。

以下では、以上のような医療保障制度が直面する課題のうち、プライマリ・ケア医が果たすべき役割に着目し、主にヨーロッパでどのような改革の動きが見られるかを明らかにしたい。

2 総合医の役割

(1) ヨーロッパの総合医

総合医という言葉は、general practitioner の訳語である。古くからこの英語は

一般医と訳されてきたが、最近日本で、「臓器別」の専門医に対するジェネラリストのことを「総合医」と呼ぶようになってきていることから、ここでも「総合医」という用語を用いることにする。

このことから明らかなように、日本ではそもそも general practitioner を意味する医師の実態が乏しく、医療制度上も general practitioner の役割が区別されることはなかった。比較的総合医に近い言葉として家庭医（イギリスでは family practitioner、アメリカでは family physician）という言葉があり、これは実態として家族の健康について普段から相談に乗ってもらえる身近な開業医のことを意味しており、この言葉がスペシャリストとしての general practitioner の意味で使われることも少なくなかったが、人頭報酬やゲートキーパー機能を持つイギリスなどの家庭医の制度と結びつけて理解され、こうした制度を批判する立場から日本では一般化しなくなった⁵⁾。

これに対してヨーロッパの多くの国では、general practitioner は specialist に対する概念で、前者が開業医もしくは診療所の勤務医であるのに対し、後者は病院で特定の専門科を担う専門医と、明確に区別して使われてきた。患者は、家庭医的な役割を果たす総合医の診療所で診察を受け、必要に応じて病院の専門医に紹介されるというのが一般的な受診行動であり、病院と診療所の役割分担であった。

イギリスなどでは、住民はあらかじめ近くの総合医の患者として登録し、救急の場合などは別として普段は自分の総合医の診察を受け、総合医が必要と判断すれば病院に紹介される。こうした仕組みを総合医の登録制といい、総合医による専門医療への道案内の役割をゲートキーパー制と呼んでいる。医師の多くが総合医として活動しているヨーロッパでも患者のフリーアクセスが保障さ

5) 日本のプライマリ・ケアの担当医の学会としては、1978年に旧プライマリ・ケア学会が設立され、1986年に旧日本家庭医療学会の前身となる家庭医療学研究会が発足し、1993年に旧日本総合診療医学会の前身となる研究会が発足している。これら3学会は合併し、2010年4月に日本プライマリ・ケア連合学会が誕生している（日本プライマリ・ケア連合学会2011）。

れ、したがってゲートキーパー制をとらない国も少なくないが、そうした国でも、慢性疾患の医療などで総合医を中心に多職種の連携が図れるよう制度を工夫する国が多くなっている。

たとえばフランスでは、患者は日本と同じように病院でも開業医でも自由に訪問して診察を受けることができ、また病院に勤務しないで開業する専門医も少なくない。病院や高度の検査機器などの設置は医療計画で規制されているが、開業は自由で、これが都市部への医師の集中を招くなどの問題を抱えている。そうした中、後述するように、フリーアクセスはこれまで通りであるが、イギリスの登録制のような各自が担当の総合医を一人決める仕組みが生まれ、大多数の国民が自分の担当医を通して専門医にかかるようになってきている。

(2) 専門医としての総合医の確立

総合医が専門医として認定されるようになるのはそれほど古いことではない。イギリスでは公式な専門家集団として王立総合医学会 (Royal College of General Practitioners) が誕生するのは1952年のことであるが、専門団体として承認されたとはいえ、総合医の地位は低く、専門医として病院に残れなかった人が開業して総合医となることが多く、総合医としての独自の教育制度が確立し、総合医となることを選んで若者が勉強するようになるのはさらに後のことになる。

医学教育や専門研修の分野でも、個別の専門を超えた新しい専門として総合医の専門性を確立しようとする運動が起こっている。ヨーロッパで最初の総合医の教授職が、1963年にイギリスのエディンバラで生まれ、次いで1966年にオランダで、1968年にはベルギーで生まれている。こうした学者達が研究集団 (Leeuwenhort group) を結成し、総合医の教育・研修カリキュラムを作成しヨーロッパに普及させていった。予防から終末期ケアまでの幅広いプライマリ・ケアの仕事が定義され、他の医師や職種との協力や地域社会に対する責任をも含む内容で、多くの国の総合医学・家庭医学のカリキュラムの中心的な要素となるようになった。こうして1990年代までには、ヨーロッパの多くの国のほと

んどのプライマリ・ケア医は、専門医の資格を得るようになった (Heyrman et al. 2006 p.170-171)。

地域的な視点をもつ総合医学・家庭医学の教育が、医学部教育の中でどの程度採り入れられているかを、EURACT (European Academy of Teachers in General Practice, the education board of WONCA-Europe) の1997年の27カ国の調査で見ると、全ての国で総合医学・家庭医学は教えられているが、297の医科大学・医学部のうち191でしか教えられていなかった。全ての医科大学・医学部で総合医学・家庭医学が教授されていたのは、18カ国にすぎなかった (Heyrman et al. 2006 p.170-171)。

総合医学の専門研修はヨーロッパ連合が定める最低3年の研修が各国で実施されるようになってきている。専門医としての総合医の養成は、ヨーロッパでも簡単な道のりではなかった。新しい学生、研修生に学術的な教育プログラムを開発すると同時に、研修を受けてこなかった現役の臨床医の技術を高めるための研修プログラムも開発する必要があったからである。そうした努力は、北ヨーロッパでは今から30年以上も前の1970年代にはじまり、南ヨーロッパでも1980年代に、また取り組みが遅れた東ヨーロッパでも1990年代にはじまっている (Heyrman et al. 2006 P.170-171)。わが国でもその取り組みが急がれる。

表 I-1 は、2002年時点の総合医数をヨーロッパ主要国で比較したものである。一般的な傾向として、税方式 (保健サービス方式) の国の方が社会保険方式より、またアスタリスクの付いている患者登録制と専門医への紹介制 (ゲートキーパー制) がある国の方が少ない国より、総合医の数は少なくなっている。

表 I-2 では、ヨーロッパ主要国における研修の実施状況と医学部卒業後の程度が総合医になるかの比率を示している。各国の医学教育の違いや医療制度の違いを反映して、研修の状況にも、また総合医の割合についてもかなりの違いがあることがわかる。

表 I-3 は、少し古いデータになるが、ヨーロッパの総合医の診療条件を調査したものである。診療設備については血色素計、血糖値計、心電計など25項目

I ヨーロッパにおける総合医の役割

の設備について利用状況を尋ねたもので、ドイツ、オランダ、北欧諸国などで12以上の項目の利用があった。レントゲン機器や診断検査機器25項目について

表 I-1 ヨーロッパ主要国の総合医数（2002年）

国	1000人当たり総合医
保健サービス方式の国	
デンマーク *	0.7
イタリア *	0.9
ノールウェイ *	1.1
イギリス *	0.6
スウェーデン	0.5
社会保険方式の国	
オランダ *	0.5
ベルギー	2.1
フィンランド	1.7
フランス	1.6
ドイツ	1.1
スイス	0.4

注 *印は患者登録制度と専門医への紹介制度のある国である。
出所) Boerma et al. 2006 p.30

表 I-2 ヨーロッパ主要国の総合医の現況（2004年）

	総総合医数に定める研修を終えた者の割合 (%)	医学生部卒業生の数 (人)	医学部卒業生に定める総合医の割合 (%)
ベルギー	100	700	43
デンマーク	100	600	30
フィンランド	50	500	18
フランス	40	4000	50
ドイツ	72	10000	18
イタリア	100	2000	18
オランダ	85	1500	24
ノールウェイ	51	550	36
スウェーデン	80	600	17
スイス	98	600	n.a.
イギリス	75	4500	44

出所) Heyrman et al. 2006 p.168.

表 I-3 ヨーロッパ主要国の総合医の施設状況と満足度（1994年）

	診療設備状況	レントゲン検査機器	診断検査機器	仕事の満足度
保健サービス方式の国				
デンマーク *	1	3	3	3
イタリア *	4	2	2	4
ノルウェー *	1	4	4	1
イギリス *	2	1	1	4
フィンランド	1	1	1	4
スウェーデン	1	1	1	2
社会保険方式の国				
オランダ *	1	1	1	4
ベルギー	2	1	1	3
フランス	2	2	2	2
ドイツ	1	4	3	1
スイス	1	4	4	1

注 *印は患者登録制度と専門医への紹介制度のある国である。

1が一番条件がよく4が一番低い。満足度も1が一番高い。
出所) Boerma et al. 2006 p.46.

診療所で利用できるか外部委託の場合は48時間以内に結果を得られるか尋ねたものである。表の中では、フィンランド、オランダ、スウェーデンで利用率が高く、次にイギリスが続いていた。仕事の満足度については、総合医にとって意味がないと感じる仕事がどの程度かで計測されている。ほとんどの総合医が仕事に満足していたが、事務量の多さが主な不満の理由となっていた。また、一般にゲートキーパーの役割を担う国で満足度が低くなっている。

総合医の診療環境を改善し、現在の国民のプライマリ・ケアのニーズに合うよう改め、患者の満足度とともに総合医の満足度を高めていくことが現在のプライマリ・ケアの課題であるように思われる。

(3) 現代の総合医の課題

総合医を取り巻く環境も大きく変化し、かつての家庭医のイメージは農村部ではともかく、都市近郊では変わってきているように思われる。イギリスでは、総合医は24時間体制で患者の要求に応じなくてもよいように契約の内容が変わ

り、総合医が得意分野を持つことも奨励されるようになってきている。こうした変化を念頭に、現代の総合医を取り巻く環境の変化を整理すると次の3点を挙げることができるであろう。

第1は医療技術の発展である。医療が高度化し治療できることは多くなり、また医療の高度化は専門分化を一層進めたが、それとともに特定の治療方法等が患者の生活全体にもたらす影響について、生活する患者の立場になってアドバイスし患者による選択を支えることが必要になっている。治療方法の選択には価値判断が関わることも少なくなく、患者の人となりを理解している身近な総合医による患者のアドバイスが必要になっている。また進歩する医学の発展に遅れをとらない研修が総合医に必要となっており、総合医が得意な分野を持つようになり、総合医同士で連携を図ることも必要になっている。

医療技術の発展は、専門化を一層深め、専門化は多数の職種による連携を必要とするようになる。生活の場で医学的な管理を続けるには、核となる総合医によるサービスのマネジメントが必要となっている。

第2は疾病構造の変化である。生活習慣病、高齢者や障害者の医療、終末期医療などの比重はますます高まっている。複数の問題を持って療養生活を送る患者にとって、どの治療を優先すべきか、どの薬を使うかは、個別専門医では応えられない問題で、患者の体と生活を知っている総合医の判断が必要になる。また生活習慣病などの疾患では、健康な段階から生活指導をすること、問題があれば早期に見つけて悪化を防ぐことなど積極的な予防策に効果があることが知られている。普段から診察に当たっている総合医がこうした予防事業に関わりを持つことにより、高齢者の健康水準を高めることができる。また予後についても、患者の積極性が引き出せるような生活に即した指導が必要になっている。

第3は国民の期待の高まりである。現在の医療は医師がよく説明しそれを受けて患者が選択する時代である。ゲートキーパーの役割が与えられている総合医の場合でも、専門医の紹介や選択に関しこれまで以上に丁寧な説明が必要と

なっている。また患者の誤った情報をただして無駄な医療を省くことも、ますます重要となっている。

Boerma は、ヨーロッパのプライマリ・ケアにおける連携と統合についての論考において、ケアの継続性と連携を確保する必要性から、今日のヨーロッパにおけるプライマリ・ケアの課題を次の6点にまとめている。これはそのまま、現代の総合医が果たすべき役割にはかならない (Boerma 2006 p.14)。

- 1 特定されない健康に関わる患者の問題を身近に、通える範囲で扱えること。
- 2 問題に応じて、診断、治療、リハビリテーションと緩和ケアが提供できること。
- 3 住民の健康上のリスクに対して個別にまた集団として予防サービスが提供できること。
- 4 患者個人と患者の社会関係について考慮できること。
- 5 プライマリ・ケアの範囲で、またセカンダリーケアや他のサービスとの関係で、多様な職種によるサービスが提供されること。
- 6 時間的経過の中で、また多様なサービス提供者の間で、継続的なケアが確保されること。

3 慢性疾患の療養管理

総合医制度が確立していない日本でも、プライマリ・ケア医が担うべき課題はヨーロッパと同じであろう。高齢者医療制度が導入されるに当たって、後期高齢者にふさわしい診療報酬のあり方が社会保障審議会の特別部会で検討され、2007年10月にその報告書『後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子』が発表されている。後期高齢者の心身の特徴として、①老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患が見られること、②多くの高齢者に、認知症の問題がみられること、③後期高齢者はいずれ避けることができない死を

迎えることの3点をあげ、後期高齢者の医療には、①生活を重視した医療、②尊厳に配慮した医療、③本人と家族が安心・納得できる医療の視点が必要であると指摘している。そして、診療報酬のあり方に関して考慮すべき点として、(1) 外来医療については、後期高齢者の病歴、受診歴、服薬状況、他の医療機関の受診状況等を集約して把握することが主治医の役割として重要であること、(2) 入院医療については、後期高齢者の生活を重視するという点から、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行うとともに、地域の主治医との連携の下、退院後の生活を念頭に置いた医療を行う必要があること、などを指摘している（社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会 2007年 p.1-4）。

普段から健康に関する相談に乗ってもらえ、ほとんどの疾患の治療はその医師に担当してもらい、必要に応じ適切に専門医に紹介してもらえ、専門医による検査や治療が終わった後にも引き続き身近なところでその医師に医学的な管理を引き継いでもらえるような主治医を身近に持つことは、医療や健康に関して安心を得る上で誰にとっても必要なことであるが、特に高齢者を中心に、何年にもわたって健康管理を必要とする疾患が増えるに伴い、その必要性は一層高まっている。

慢性疾患は死亡や罹患の主要因になっていて、先進各国でますます大きな問題になろうとしている。2002年のWHOの調査では豊かな国で、伝染性疾患もしくは栄養失調による死亡は6%、傷害による死亡は7%であったのに対して、慢性疾患または非伝染性の疾患は全死亡の87%をしめていた。そして慢性疾患が経済に及ぼす影響も小さくなく、賃金水準、労働力率、労働生産性の低下や、労働時間の減少等を導き、早期退職や転職や障害をもたらしやすく、国内総生産にマイナスの影響を及ぼす（Scheller-Kreinsen et al, 2009 p.1）。

WHOは、慢性疾患を「長期にわたり一般に緩慢な経過をたどる疾患」と、非伝染性疾患と同じような意味で広く捉え、その影響を調べている。表I-4は、欧州地域WHOにおけるその影響をまとめたものである。このうちDALYs

表 I-4 非伝染性疾患により失われた年数と死亡件数（欧州地域 WHO 2005）

	喪失年数		死亡件数	
	DALYs (百万年)	構成比 (%)	件数 (百万件)	構成比 (%)
心血管疾患	34.42	23	5.07	52
精神神経系疾患	29.37	20	0.26	3
ガン（悪性新生物）	17.03	11	1.86	19
消化器系疾患	7.12	5	0.39	4
呼吸器系疾患	6.84	5	0.42	4
感覚器系疾患	6.34	4	0	0
筋骨格系疾患	5.75	4	0.03	0
糖尿病	2.32	2	0.15	2
口腔衛生疾患	1.02	1	0	2
全非伝染性疾患	115.34	77	8.21	86
全疾患	150.32	100	9.56	100

出所) Busse et al. 2010 p.10

(Disability-Adjusted Life Year) とは、障害が伴う1年を健康な1年と同等に扱わないで割り引いて計算する「健康寿命」の考えに基づいて、疾病により失われた健康寿命と若年での死亡で失われた年数とを合計した年数である。非伝染性疾患は喪失年数にして全疾患の77%、全死亡の86%を占めるに至っている。

慢性疾患の大きな問題は、複数の疾患を併せ持つ場合が多いことで、80歳以上の高齢者では5, 6疾患を抱え持ち、相互に影響がある多数の薬剤を服用することも珍しくない。単一の治療法で対応できないことは明らかで、複数の専門家による総合的な対応が必要となる。これまでの医療提供は急性期の個別疾患ごとに分かれており、複数疾患を持つ慢性疾患患者の問題に対応できるような医療提供の仕組みが必要となっている (Nolte 2008 p.2)。このような背景から、各国で疾病管理プログラム (DMP: disease management programme) が工夫されるようになった。

疾病管理プログラムという言葉の使われ方は一様ではないが、一般的には次のような必要条件を持つものと理解されている (Busse et al. 2010 p.34)。そし

てこのような要件を備えた疾病管理プログラムを制度化する国が増えるようになってきている。

疾病管理プログラムの要件

- ・ 包括的ケア：疾病の全経過を通して複数の専門によるケア
- ・ 多職種による統合され、隙間のない、調整されたケア
- ・ ポピュレーション・アプローチの活用（特定の状態に着目して）
- ・ 積極的な患者・対象者管理手法（保健教育、エンパワーメント、セルフケア）
- ・ 証拠に基づくガイドライン、プロトコル、ケアパスウェイの確立
（診療標準） （診療計画） （診療連携）
- ・ 情報技術、システムソリューションの活用
- ・ 不断の質の改善

出所：Busse et al. 2010 p.34

慢性疾患の管理で中心的な役割を果たすのはプライマリ・ケアを担当する医師であるが、プライマリ・ケア医の置かれた医療供給制度上あるいは医療保障制度上での地位は国によって異なり、実際の慢性疾患管理の仕方は一様ではない。2009年に実施された11カ国のプライマリ・ケア医に対するアンケート調査では、一般的な患者の受診のしやすさについては表I-5の通りであった。時間外の診療について、オランダ、ニュージーランド、イギリスの医師はほとんどが対応できていると回答し、逆にアメリカは29%しか対応できていると回答していなかった。患者負担は、北欧のノルウェーとスウェーデンで低く、アメリカが極端に高くなっている。専門的な検査の受けやすさでは、ニュージーランド、イタリア、カナダで受けにくいと感じている医師が多く、オランダ、ノルウェー、イギリスで少なかった。専門医の診察を受けるまでの時間についても状況は国によって大きく異なっている。イギリスで時間がかかりすぎると医師が感じるケースが最低となっているが、別の患者に対する調査では、多くの患者が、時間がかかりすぎると回答していた（Schoen et al. 2009 p.w1175-1176）。

表I-6は、同じ11カ国の慢性疾患の管理状況についての調査である。証拠に

表 I-5 受診のしやすさの比較

国	受診しやすさ	医療提供に障害があると医師が感じる程度		
	病院救急部門でなく、医師や看護師による時間外の対応ができる	薬剤負担や他の患者負担をさせることが困難な事例	専門的な検査を受けさせることが困難な事例	紹介した専門医に診察してもらうまでに時間がかかりすぎる事例
	YESの比率 (%)	事例の比率 (%)	事例の比率 (%)	事例の比率 (%)
オーストラリア	50	23	21	34
カナダ	43	27	47	75
フランス	78	17	42	53
ドイツ	54	28	26	66
イタリア	77	37	52	75
オランダ	97	33	15	36
ニュージーランド	89	25	60	45
ノールウェイ	38	5	11	55
スウェーデン	54	6	22	63
イギリス	89	14	16	22
アメリカ	29	58	24	28

出所) Schoen et al. 2009 p.w1176

表 I-6 慢性疾患の管理の各国比較

国	患者の治療にいつも書式化された指針を用いている (YESの比率%)				ケアマネジメント (YESの比率%)		
	糖尿病	喘息 肺炎	高血圧症	鬱病	診療所は患者のケアに医師以外の職種を活用	自宅療養の慢性疾患患者に文書による指示を行う	処方薬剤のリスクを患者に文書で示し指示する
オーストラリア	87	86	83	71	88	24	12
カナダ	82	76	81	45	52	16	16
フランス	62	46	50	30	11	9	43
ドイツ	77	74	75	26	73	23	66
イタリア	94	89	94	39	54	63	59
オランダ	98	87	90	31	91	22	4
ニュージーランド	93	87	75	65	88	15	5
ノールウェイ	86	81	81	49	73	9	20
スウェーデン	94	84	91	63	98	11	29
イギリス	96	97	96	80	98	33	83
アメリカ	82	78	78	49	59	30	30

出所) Schoen et al. 2009 p.w1178

基づく書式化された診療計画に従って管理しているかの間では、フランス以外の国では、糖尿病、喘息・肺炎、高血圧症で75%以上のプライマリ・ケア医が書式化された診療計画を用いていると回答しているが、鬱病では多くの国で利用が少ない。イギリスで証拠に基づく診療計画の利用率が高いのは、後に述べるようにプライマリ・ケア医にその利用を促す政策を採り入れているからである。

慢性疾患患者の療養管理には保健教育や食生活の指導なども必要で、多くの国でチームによる療養管理がなされるようになってきているが、フランスは例外である。文書による療養指導はイタリアを除いて低位で、薬剤の文書による指示もそれほど普及していない (Schoen et al. 2009 p.w1177)。

表I-7は、プライマリ・ケア医の診療の質を改善するための診療報酬上のインセンティブが設けられているかを比較した表である。一般的にイギリスでインセンティブがあると回答した医師が多いが、プライマリ・ケア医のサービスの質を改善するために2004年から採り入れられた成果報酬の導入が影響してい

表I-7 医療の質改善のインセンティブの有無

国	診療報酬で次のような評価が得られる (YESの回答の比率%)						
	患者の高い満足度に対する評価	診療目標達成に対する評価	慢性疾患等の療養管理に対する評価	疾病予防の実施に対する評価	診療所に医師以外の職種を加えていることに対する評価	患者に対する対面以外の相談指示に対する評価	何らかの誘因措置がある
オーストラリア	29	25	53	28	38	10	65
カナダ	1	21	54	26	21	16	62
フランス	2	6	42	14	3	3	50
ドイツ	4	6	48	23	17	7	58
イタリア	19	51	56	28	44	-	70
オランダ	4	23	61	17	60	35	81
ニュージーランド	2	74	55	38	19	5	80
ノールウェイ	1	1	9	12	7	30	35
スウェーデン	4	5	2	2	2	4	10
イギリス	49	84	82	37	26	17	89
アメリカ	19	28	17	10	6	7	36

出所) Schoen et al. 2009 p.w1178

る。反対にスウェーデンでは、全般的に診療報酬面でインセンティブがあまり与えられていない。ノルウェー、スウェーデン、アメリカを除くと、慢性疾患の管理に対する報酬上のインセンティブは一般的に高くなっている (Schoen et al. 2009 p.w1178-1179)。

上の11カ国のプライマリ・ケア医に対するアンケート調査からも、イギリスのプライマリ・ケア医の取り組みが注目される。その反対に、日本と同じく社会保険で医療を保障し、診療の自由の伝統の強いフランスは、プライマリ・ケアの推進という点で遅れをとっているように思われる。次に、イギリスとフランスの医療制度における総合医の位置づけと慢性疾患管理の取り組みについて最近の動きを取り上げる。

4 イギリスとフランスの総合医

筆者は2008年11月に、国民健康保険中央会の研究会（総合医体制整備に関する研究会）の委員のひとりとして、イギリスとフランスの総合医を中心とする医療制度の実態を調査する機会を得た。聞き取り調査で学ぶことのできた両国の総合医を巡る政策動向について、要点をまとめておく⁶⁾。

イギリスの調査は2008年11月16日から18日にかけて、ロンドンとリーズで、次の方々からお話を伺った。

Richard Armstrong (Head of Primary Medical Care, DoH)、Dr. Roger Neighbour (Royal College for GP)、Professor George Freeman (St. George's University of London)、Dr. Alison Hill (retired GP)、Jenny Firth (Modernising Medical Careers,

6) 「総合医体制整備に関する研究会」は委員長水野 肇のもと、副委員長高久史磨、作業部会座長伊藤雅治氏ほか10名の委員で構成され、国民健康保険中央会から『総合医体制整備に関する研究会報告書』を平成22年5月に発表している。そこでも聞き取り調査の概要が資料として掲載されている。この場を借りて、研究会を主催された国民健康保険中央会ならびに水野委員長はじめ委員の先生にご指導いただいたことをお礼申し上げる。また、忙しい中われわれのために時間をとって下さったイギリスとフランスの関係者にもお礼申し上げます。

DoH)、Ali Enayati and Joe Mathews (International Workforce, DoH)、Marian Taylor (Portfolio Manager, DoH)

フランスの調査は2008年11月20日から22日にかけて、パリで、次の方々からお話を伺った。

Dr. Field Dides (GP, Sector 1)、Marlier Sutter, Soufflet Carpentier, Dr. Lordier Brault (保健省)、Mr. Eric Haushalter, Mr. Gaburiel Bacq (全国疾病金庫 CNAMTS)、Dr. Pierre Levy (医師組合事務局長、GP)

聞き取り調査の結果を主要項目ごとに整理し要約すると次の通りである。また聞き取り調査の内容は多岐にわたっており、ここでは総合医制度に関わる内容に限定している。

(1) イギリスの総合医

総合医の診療内容・範囲

総合医は、簡単な治療を行い、慢性疾患を管理し、精神保健や乳幼児保健などを担当している。かつては病院で扱われた医療の多くを今では総合医が引き受けるようになってきている。総合医と専門医療との境界は診療部門ごとに異なっている。総診察件数の約9割は、総合医のレベルで対処されている。

高齢化で複数の病気を抱える患者が増えるようになったが、総合医は患者が受けているさまざまな専門医療を把握し、患者の社会的・精神的な背景も踏まえて診ることができる。総合医は、患者個人の家庭医的な役割から、複雑な背景を持つ患者を地域で診る、地域医療の役割に重点が移っている。

一般に総合医の診察時間は10分であるが、初診の患者などでは長めにとったりする。気になる場合は繰り返し診察する。複雑なケースでは診察時間は15分が多くなっている。その場合、看護師が話を聞く時間が長くなる。看護師も含めたチームでの診察が多くなっている。

患者の登録制

2004年より患者は総合医に登録するのではなく診療所（通常複数の総合医で

開業)に登録するように変更された。国民の99%は診療所に登録している。登録しないのは、ホームレスで住所が定まっていない人や住所が移りそこで病気になっていない大学生などである。

最近はいつでも受診できる体制の整備に努めており、診療所に登録するように変えたのもそのためである。診療所は時間外の診察を受けないこともできるようになり、その場合は代わりの診療所等で受診する。継続的な医師患者関係がそこなわれないよう、どの医師でもいい場合と同じ医師に診てもらいたい場合が選べるようにしている。こうした工夫に診療報酬面でも配慮がなされるようになっている。

ゲートキーピング制度

総合医はゲートキーピング機能を果たし、原則として患者は総合医を通して病院の専門医の医療を受ける。総合医は、患者個人や家族の状況をよく把握しているのので、患者にとって最適な専門医を紹介できる。

平均すれば病院への紹介率は1割程度であるが、病院への紹介率は総合医によって同じでない。総合医による紹介に関して規制はない。総合医は自らの診断に基づいて自由に紹介でき、病院の専門医がその責任で専門的な診断をする。だから総合医の診断が正しくなかった場合は、専門医がその点を指摘して患者を総合医に戻すことになる。特定の分野に詳しい総合医は、その分野の問題を見つけやすいため、紹介率が高くなる傾向がある。

ゲートキーピング制度は専門医にとってもメリットがある。アメリカの脳外科の専門医は頭痛の患者をも診察しないといけないが、イギリスの専門医は脳外科の専門医療に専念でき手術件数は多い。

総合医が必要と認めた場合であるが、現在患者は病院を自分で選べるようになってきている。Choose and Bookと呼ばれる制度も稼働しており患者はインターネットで病院の評価結果を見比べながら紹介を受ける病院を選択できるようになった。現在(2008年)は約70%まで普及している。現在は、病院ごとの評価しか調べられないが、将来は専門医ごとの実績データまで調べられるようにな

る。2009年4月からは、患者は全国どの病院にも行けることになる。

総合医による予防医療、慢性疾患管理と成果報酬

予防活動については、自治体の公衆衛生部門が取り組んでいるが、総合医も心臓疾患の予防などでできることがある。全国的なスクリーニング・プログラムも設けられて、プレストスクリーニングやサービカルスマアスクリーニングなどが実施されている。総合医は必ずしもこれらに直接関与しているわけではないが、住民が積極的にこれを利用するように助言して間接的に支援している（サービカルスマアスクリーニングは総合医が行っている）。総合医が予防活動に積極的なところではスクリーニングの実施率も高い。

一般的な健康増進活動に対する総合医の関わりとしては、たとえば、自分の患者の中でたばこを吸う患者がいることがわかっていれば、その患者に禁煙を指導したりする形でかかわる。誰がたばこを吸っているかは、患者に聞いて教えてもらう。禁煙指導にはカウンセラーを紹介し、必要な場合は薬を処方する。禁煙は、総合医が指導することにより成功しやすいことがわかっている。

禁煙について成果報酬（QOF）を得るには、まずたばこを吸う人を拾い上げる。次にその人々の中で喫煙に関連する疾患の患者を拾い上げ、その人々に保健指導をする。そうしたデータをもとに成果報酬が支払われる。報酬があるなしにかかわらず総合医は登録住民の健康維持に関心を持って仕事をしている。日本の様に患者に禁煙をアドバイスしたからといってその行為に報酬は支払われない。出来高払いの過剰な診療をもたらしかねないのでイギリスでは取り入れられていない。

心臓疾患や糖尿病などのリスクファクターをコントロールすることによって、成果報酬が得られるようになっている。10年間慢性疾患の管理に取り組んできた診療所はそうでないところと比べて心臓発作が少ないという調査結果も出ている。

総合医の報酬は、大きくは包括報酬、付加的報酬、成果報酬があるが、全体としての収入に占める成果報酬の割合は14%程度と大きく、ほとんどの総合医

はこの報酬を得ようとサービスの改善に努めている。

患者の診療記録の把握

総合医は、地域住民の医療ニーズをアセスし、自ら治療し、薬剤を処方し、患者を他の医療機関に紹介する。他の医療機関に患者を紹介する場合も、病院等の診療記録は総合医の下で管理される。総合医の紹介を経ない救急入院等の場合も、退院時に主要な情報は総合医に届けられ、総合医が退院後の管理に当たる。

住所が変わったりして登録診療所が変わると、過去の診療記録は新しい診療所に移される。このように、生前の（胎児の時の）記録から現在に至るまでの患者の健康状態に関するすべての記録は、今登録している診療所で管理される。生まれた段階でその子どもに番号が与えられ、それは生涯かわらず、総合医や病院の診療記録はすべて総合医の下で管理される。この記録は今少しずつ電子化され、病院での専門医の診療記録の主要部分は電子記録として総合医に届けられるようになってきている。さらに過去の記録も、主要部分を電子化し、これをもとに総合医も専門医も診療できるように計画している。手書きの記録は将来廃止する考えであるが、過去の記録をすべてなくすにはまだかなり年数がかかる。

2006年にすべての総合医診療所にコンピュータを設置したが、現在総合医の98%はコンピュータを使って記録をとっている。残る2%程度の総合医も次第に退職し新しい医師に代替わりするので、近い将来すべての総合医がコンピュータを使うようになる。2010年までに電子化されたデータを保健省が把握できるように進めているが、これができれば、すべての患者の受診データ（要約）が把握でき、報酬等にも活用できるようになるし、疾病ごとの罹患状況なども把握できるようになる。

医師の教育と研修

医学部の教育の費用は、最初の3年は教育省が、後の2年は保健省が負担している。専門研修の費用も保健省が負担し、それぞれの専門の医師の養成数は

将来の専門科ごとの医療需要の予測に基づいて保健省が定めている。

1970年代にすべての大学の医学部教育の中に、総合医療の講義が取り入れられるようになったが、それはごくわずかで十分ではなく、ほとんどは病院での教育であった。しかし今では30%程度が診療所での総合医療の教育にかわっている。今日では大学で総合医が教鞭をとるようになり、その役割は大きくなっている。

基礎的な臨床研修 (Foundation Program) は2年で、各4ヶ月の6つの専門に分かれて行われ、1年目は内科や外科 (general medicine、general surgery) の一般的な研修を行い、2年目で総合医療、小児科、レントゲン科のようなより専門的な研修を行う。2年目では約60%の研修医が総合医の臨床研修を選んでいる。

2年間の臨床研修を終えると専門研修 specialist training に進むが、この段階で58専門科と総合医とに分かれる。専門医へ進む医師と総合医へ進む医師とは約半々である。専門研修の年数は3年から7年で、総合医の専門研修は病院での研修と診療所での研修が1年半ずつ計3年である。診療所での研修は6ヶ月ごとに場所を変えることが一般的であるが、1年とする場合も増えている。地方であまり多くの症例にあたれない場合、次の6ヶ月は都市部の診療所に移るといった形で研修されている。総合医の研修についてはマッチングシステムがあり、研修希望者は書類で審査され面接を受け研修を受け容れてもらう。総合医の専門研修は3年から4年(さらに5年)に延長される予定である。

総合医の研修を現代の総合医療に適したものに改革することが必要になっている。総合医を取り巻く環境変化には、①慢性疾患が増えている、②複数の疾患を抱える患者が増えている、③人々はより多くの医療を病院ではなく地域で得たいと思っている、④健康増進に関して総合医の役割が重要になっている(肥満の問題など、これまでは公衆衛生が担当していたことであるが、総合医が取り組むことが求められるようになってきている)、⑤小児や認知症や性疾患など特定の医療の必要性が高まっている(総合医の保健医療分野の指導者としての役

割に期待が高まっている)、などである。こうした環境の変化を踏まえ、王立総合医学会 (RCGP) で研修制度の改革が検討されている (2009年5月完成予定)。

(2) フランスの総合医

総合医

開業している医師の内約6万人 (60%) が総合医で、5万人 (40%) が専門医である。このほかに病院の専門医が11万人ほどいる。開業している専門医が多いのがフランスの特徴で、患者は自由に専門医を受診でき、それが患者の重複受診などの原因となっていた。専門医として都市部でも開業できることが、医師の地域偏在の原因ともなっている。

2003年までは総合医の地位は低かったが、2004年からフランスでも総合医の専門教育の制度が採り入れられた。

担当医制度

2005年から担当医制度が生まれたが、目的は二つあり、一つは重複受診を避けることで、もう一つはむやみに専門医を受診することを避けることにある。経済的な理由と同時に、重複受診による弊害を避けるためであった。

16歳以上の被保険者が担当医を選んで疾病金庫に届ける。担当医を選ばなくてもよいが2007年で被保険者の85%が登録した。選ばれたら医師は受けなければならない。担当医になれるのは総合医だけでなく専門医もなれる。開業している専門医も病院の専門医も社会医療施設に働く勤務医も可能である。しかし実際には98.5%は総合医を選び、専門医を選んだのは1.5%だけであった。

被保険者が担当医を通さずに専門医を受診すると、償還率 (医療保険の給付率) が70%から50%に引き下げられる。また、専門医が請求する超過負担について、償還を受けない。

次のような場合には担当医を通さなくても法定の償還率が適用される。

- ①救急医療の場合、②被保険者が普段の住所地以外にいる場合、
- ③産婦人科、眼科、精神科、精神神経科、口腔外科の専門医にかかる場合

担当医の使命は、①初期診療の提供、②ゲートキーパーの役割（専門医に紹介する役割）、③救急の場合に患者の状況を判断する、④長期疾患患者について診療計画を作成、④個人医療ファイル（DMP）の情報管理、である。また最近では⑤予防についても協力するよう疾病金庫は働きかけている（乳ガン検診やインフレのワクチン接種など）。

紹介された専門医は、患者の情報を担当医に通知する。伝え方は、電話、文書、メールなど何でもよい。担当医を通さずに専門医を受診するとその情報は専門医だけが持つことになる。

長期疾患患者の登録

糖尿病やガンなど長期疾患患者の場合は、担当医に登録すると窓口の患者負担は無くなり、担当医には長期疾患患者の登録料として一人年40ユーロが支払われる。また担当医を通して患者を診察する専門医にも、その診療情報を担当医に報告するため、5ユーロの診療報酬の追加がある。

長期疾患の患者は人口の12%であるが医療支出の60%をしめている。少し前は50%であったが急増し、もうすぐ70%になる。長期疾患患者の担当医制度が導入され、ジェネリックの処方率が80%になり抗生物質の処方が減るなど、医療費が節約されている。

長期疾患患者の医療管理については、証拠に基づく診療指針が示され、指針に基づいた診療がなされるようになった。2005年から2007年にかけて10億6500万ユーロ（1400億円程度）の医療費が節約できたが、これはこれまでにない節約であり、それは主に診療指針を徹底することでもたらされた。

教育制度

総合医9年から外科専門医12年の教育期間は三つの部分（サイクル）に分かれている。

【第1サイクル】

期間は2年でこの間の教育はすべて一緒になされる。1年目では基礎医学（enseignement theorique）を教授する。1年目の最後に国家試験があり、45000

人の入学者中7300人が2年に進学する。2年目では普通科目、症候学（聴診触診なども）を教える。

【第2サイクル】

期間は4年で、病理学、Modules transversaux ou d'organe（老化に伴う問題等）を教授する。4年目から6年目にかけては病院での研修が入る（この段階ではディプロマはまだない）。病院での研修には、4年目3割の時間、5、6年目5割以上（病院に通う）の時間を使う。6年目で第3サイクルに移る国家試験を受け、専門を選ぶ順位が決められる。

【第3サイクル】

期間は3年～5年で、この間に専門の研修を受けディプロマを得る。インターン期間は年3万ユーロ（400万円）程度の報酬を得るが責任は与えられない。報酬は病院が払うが、病院はその費用を疾病保険より診療報酬として受ける。

第3サイクルのはじめに、専門や地域（勉強する病院の地域）が決まる。専門は9あるが、大きく二つのグループ（内科と外科）に分かれている。専門は2年目の最後に選ぶ。専門を変更することは難しい。第3サイクルが終わるとディプロマが与えられる。

その上に補足的（追加的）なディプロマを得ることもできる。総合医だと、老年科や救急の補足的専門がとれる。

これまでは大学が専門医の数を決めていたが、2009年から保健省が決めることになり、2004年から2008年にかけて総合医の割合を50%まで引き上げている。実際2008年では51%の学生が総合医を専門に選んでいる。第2サイクルで診療所に出向いての研修も導入された。ディプロマの後、診療所で研修する制度も導入した。

むすび

ヨーロッパの医療制度は決して一様ではなく、総合医の位置づけも大きく異

なっている。しかしながら、人口高齢化とそれに伴う疾病構造の変化に直面して、これまで以上にプライマリ・ケアの重要性が高まっており、複数の専門科、異なる職種チームによる切れ目のないサービス提供が不可避となっている。その中でも、要の役割を果たすのがあらゆる健康問題に対応できる総合医である。ヨーロッパの国々では、長い期間をかけて総合医教育が医学部の教育の中に位置づけられるようになり、専門研修制度も充実し、総合医が専門医として定着するようになってきている。

国民健康保険中央会の「総合医体制整備に関する研究会」（水野 肇委員長）は、総合医の教育・研修体制について、次のようにその整備の必要性を強調している（水野・田中 2011 p.63-71）。

- ・学部教育については、臨床推論の教育、熟練した総合医の診察を体系化したトレーニング（コミュニケーション能力も含む）、患者の心理・環境や地域医療に関する教育、総合医が臨床を行う現場での体験、を採り入れること。
- ・研修体制としては、臨床医を育てるための2年間の初期臨床研修、ついで専門医を育てるための3年ないし6年の専門研修制度を確立し、専門研修では、他の臓器別の専門研修と並ぶ総合医の専門研修制度を構築する。
- ・新しい教育研修制度による総合医が多数を占めるまでの間は、一定の臨床経験を有する医師に必要に応じて認定のための研修を実施し日本医師会等により総合医として認定する制度を設ける。

ゲートキーパー機能、病院と診療所の役割分担、総合医に対する診療報酬支払方式、社会保険方式か公共サービス方式かなど、各国の医療制度や医療保障制度に大きな違いがあり、実際に総合医が力を発揮する仕組みには違いがあるが、スペシャリストとして総合医が育成されその役割が強化されることの必要性は変わらないのではないかと考えられる。

参考文献

- Boerma, Wienke G., “Coordination and integration in European primary care,” in Saltman, Richard B., Ana Rico and Wienke Boerma (eds.), *Primary Care in the Driver's Seat?* European

Observatory on Health Systems and Policies 2006.

Boerma, W.G.W. and Carl-Ardy Dubois, “Mapping primary care across Europe,” in Saltman, Richard B., Ana Rico and Wienke Boerma (eds.), *Primary Care in the Driver’s Seat?* European Observatory on Health Systems and Policies 2006.

Busse, Reinhard, Miriam Blümel, David Scheller-Kreinsen and Annette Zentner, *Tackling Chronic Disease in Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies 2010.

Heyrman, Jan, Margus Lember, Valentin Rusovich and Anna Dixon, “Changing professional roles in primary care education,” in Saltman, Richard B., Ana Rico and Wienke Boerma (eds.), *Primary Care in the Driver’s Seat?* European Observatory on Health Systems and Policies 2006.

Nolte, Ellen, Cecile Knai, Martin McKee, *Managing Chronic Conditions: Experience in eight countries*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

OECD, *HEALTH DATA 2010 October*, OECD, 2010.

Scheller-Kreinsen, David, Miriam Blümel and Reinhard Busse, “Chronic disease management in Europe,” *Eurohealth*, Vol.15 No.1, 2009.

Schoen, Cathy, Robin Osborn, Michelle M. Doty, David Squires, Jordon Peugh and Sandra Applebaum, *A Survey of Primary Care Physicians in Eleven Countries* Health Affairs – Web Exclusive, 5 November 2009.

一圓光彌「国民保健サービス」武川・塩野谷編『先進諸国の社会保障①イギリス』東京大学出版会、2004年。

一圓光彌「21世紀の医療保障の条件」一圓光彌編著『医療保障論—現状・課題・展望』光生館、2003年。

厚生労働省『平成21年度国民医療費の概況』、2011年。

(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/09>)

社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会『後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子』（2007年10月10日）、2007年。

(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/10/dl/s1010-7a.pdf>)

総合医体制整備に関する研究会（水野 肇委員長）『総合医体制整備に関する研究会報告書』国民健康保険中央会、2010年。

日本プライマリ・ケア連合学会『学会の概要（ホームページ）』、2011年11月6日。

(<http://www.primary-care.or.jp/about/index.html>)

バー、ニコラス（菅沼隆監訳）『福祉の経済学—21世紀の年金・医療・失業・介護—』光生館、2007年。

水野 肇・田中一哉編『総合医の時代』社会保険出版社、2011年。