

健保連海外医療保障

No.78 2008年6月

■トピックス

●韓国

李明博新政権と医療保険の動向 文成炫

■特集 諸外国のプライマリアケアと外来診療報酬②

●イギリス

イギリスのプライマリアケアと一般医の診療報酬 一岡 光彌

●スウェーデン

スウェーデンのプライマリアケアについて 伊澤 知法

●アメリカ

プライマリアケア再興へメディカルホーム構想 池原 学

■参 考 掲 載 国 関 連 デ ー タ

●韓国 / イギリス / スウェーデン / アメリカ

イギリスのプライマリケアと一般医の診療報酬

関西大学教授
一圓 光彌
Ichien Mituya

イギリスのプライマリケアの担い手は一般医である。イギリスでは、病院をベースに専門医療を担う専門医と、日頃から住民の健康上の相談に応じる一般医とは、その役割が明確に区分されてきた。病院勤務医には俸給が支払われてきたが、自ら診療所を経営する開業者(自営業者)である一般医には、人頭報酬と呼ばれる登録住民の数に応じた報酬が支払われてきた。一般医は家庭医とも呼ばれ、24時間365日の体制で住民の求めに応じてきたが、その家庭医像にも大きな変化が起こっている。

1 はじめに

イギリスの家庭医というと、家族全員が登録して、家族の相談には24時間365日、往診も含めていつでも応じてくれ、家族のことは職業や家族関係まで承知している医師であるとのイメージが強い。一方、家庭医は、幅広く何でも相談に応じてくれるが、自分でできることは少なく、専門的な診断や治療は病院でしかできず、病院には順番を待つ長いリストがあり、なかなか受診・入院できないことも、イギリスの医療制度の問題としてよく知られている。

こうした家庭医の診療形態は、いま大きく変わろうとしている。2004年度から始まった新しい診療契約は、家庭医をめぐるこれまでの環境の変化を反映するとともに、家庭医の診療形態の一新の変化を促すものとなるであろう。

2 一般医の診療環境の変化

1948年から現在の国民保健サービスと呼ばれる医療保障制度が実施され、全国民は受診の際に大きな費用負担なく、あらゆる保健医療サービスを

受けることができるようになった。その中心的役割を果たすのが、一般医(General Practitioner)であり、住民はあらかじめ自分の一般医を選んで登録しておき、何かあったときにはまず登録している一般医に相談し、必要があればその一般医の紹介により、病院での専門的な医療を受けることになる。一般医は家庭医とも呼ばれ、家族全員が同じ一般医に登録し、長期にわたって医師と患者の信頼関係が築かれる仕組みになっていた。病院の救急部門に担ぎ込まれる場合を除けば、専門医が一般医の紹介なしで患者を診ることはないが、こうした専門医と一般医の役割分担は、戦前からのイギリスの伝統であり、現在も変わりがない。

プライマリケアの重要性は、1920年のドーンソン報告などで戦前から強調されていた。国民保健サービスが誕生するときに、一般医と関連職種が勤務するプライマリケアの拠点として、ヘルスセンターを設置することが構想されたが、一般医は他の職種とともに俸給を得て勤務することを嫌い、これまで通り独立した開業医として、登録患者の数に応じた人頭報酬を得て仕事をするようになったため、粗末な診療所で孤立して開業することが多く、サービスの質は決して高いとはいえな

かった (Pollock p.135-7)。

一般医の診療形態が変化する契機になったのは、一般医が「家庭医憲章」に報酬改善の要求をまとめて大幅な改善を達成した、1966年の新しい報酬契約であった。この契約で一般医の報酬は、基本給部分、人頭報酬部分、出来高報酬部分ならびに診療所の運営経費を補助する支払いを含む、より複雑な体系に改められ、基本給部分で経験年数や過疎地の開業やグループ診療が加算されるようになるとともに、診療所で雇用する受付職員や看護師等の給与の7割が補助され、診療所の改善のための投資にも補助がなされるようになった。これを契機に、一般医の診療所は職員や看護師を雇用し、複数の一般医が共同で経営する、より規模の大きい診療所になっていった (一圓光彌 1982 p.189-200)。

一方、1960年代は病院計画やコミュニティケアの計画が作成された時期で、規模の大きな収容型の施設は閉鎖され、高齢者の在院日数なども短縮されるようになる。こうした変化は、一般医の負担を増やし、往診は次第に少なくなり、患者の受診に予約制が取り入れられるようになっていった。

1990年代に入ると、受け持ち患者の医療予算を預かる予算保持一般医制度も始まり、慢性疾患患者の医療も増え、より多くの医療を一般医レベルで担うことが求められるようになる。こうして今日では、単独で開業する一般医は1割にも満たず、複数の一般医が共同で診療所を開業し、非常勤の一般医や薬剤師、理学療法士、訪問看護師、事務職員などを雇用して運営するようになり、また一般医が糖尿病、喘息、心臓疾患などの得意分野を持って相互に連携し、予防事業にかかわることも多くなった (Pollock 2004 p.133)。

3 一般医と専門医の関係

かつて専門医と一般医は、同じ医師とはいえ、いわば別の職種とみなされ、一般医のための研修制度もなく、専門医になることをあきらめた者が、開業して一般医になることも少なくなかった。一般医の地位は低く、その報酬も低かった。

1952年になると、一般医の専門職業団体であ

る王立一般医学会 (The Royal College of General Practitioners) が設立された。同委員会一般医のための専門教育制度が開発され、1984年には、この研修制度が法定化された (Pollock p.140)。医学部卒業生は、専門医のコースか一般医のコースかを選択することになり、若くから一般医を目指す学生が育つようになる。

現在は、医科大学で5年間勉強した後、2年間ファウンデーション・プログラムと呼ばれる研修を受ける。このプログラムでは、通常2年間に6診療科を回って研修を受け、1年目で医師免許を得る。プログラムが終わった段階で、専門医になるか一般医になるかが選択され、一般医を希望する者は、さらに3年間のポKEYショナル・トレーニングを受ける。そのうち2年は病院で実習するが、後の1年は診療所で実習する。一般医になるには、医科大学入学以後10年を要することになる (R. Neighbour より)。

報酬の面でも、1966年の新しい報酬契約で、一般医の報酬は大きく改善され、2004年度の新報酬体系以降は、専門医と同等かそれを上回る水準を得るまでに至っている。また専門医との関係で、一般医がいくらか強い立場を持つようになったのは、予算保持一般医制度の実施が契機になったと考えられる。予算保持一般医制度とは、「1990年国民保健サービス・コミュニティケア法」により導入された制度で、一般医に登録患者の包括的な医療費を予算として付与し、患者が病院での医療を必要とする場合は、預かった予算を用いて、病院のサービスを購入する仕組みである。この制度と並行して、病院は国の予算を執行する国営病院から、患者の治療を通して収入を得る独立した経営主体に転換している。この購入者と供給者との分離政策により、病院が収入を得るためには、一般医から患者を送ってもらうことが必要になった。予算保持一般医の制度は、1997年に労働党が政権につくとなくなるが、労働党政権下でも購入者と供給者の分離は続けられ、単独の一般医にかわって、プライマリケア・グループや後にはプライマリケア・トラスト (以下PCTと略す) が購入者となり、一般医が購入者側に立つ状況は変わっていない。

王立一般医学会の会長(当時)である Roger Neighbour 先生は、自らの一般医としての仕事を振り返り、予算保持一般医制度の導入を契機として、診療環境、国民保健サービス制度のあり方が大きく変化したことを、次のように語っている(R. Neighbour より)。

予算保持一般医制度が生まれる前は、レントゲンなどの検査にしる治療にしる、一般医は措しもなく患者を病院に紹介していた。経済的な考慮をする必要がなかったからである。しかし予算保持一般医になると、治療も薬も含めて自らが預かる予算で賄わなければならなくなった。これによりはじめて、効率的な資源利用の責任を意識するようになった。

この考えは労働党政権になっても引き継がれた。ただし、個々の一般医に予算が委ねられるのではなく、診療所やPCTに責任が委ねられるようになった。このように、プライマリケアの医師に予算を与えて、その使い方を委ねるという考え方は、基本的にこの23年ほど変わっていない。

4 一般医の新しい契約と報酬体系

2004年4月から始まった新しい一般医の契約は、イギリスの医療制度における一般医の位置づけを大きく変更させるものだが、それは同時に、以上のような一般医を取り巻く環境の変化に則ったものであり、そのため、この契約が提案されたときに、それほど反対もなく広く一般医に受け入れられた。

新契約までの一般医に対する報酬は、人頭報酬が全体の半分程度を占め、その他の報酬部分は、基礎的手当、健康改善手当、出来高払いであった。国と契約を結んで国民保健サービスに参加する一般医は、こうした報酬を得て、登録住民の健康相談に24時間365日の体制で臨むことになっていた。しかし、一般医の仕事の内容が変化し負担が増えるにつれ、時間外の診察を代理の医師に任せることも増えるようになった。また、登録住民を引き受けることを前提に契約する一般医とは別に、診療所やPCTに雇われてる勤務医としての一般医も増えるようになった。一般医の多くが女性になっ

たことも、24時間体制の契約を維持するのが難しくなった背景にあった。一般医の中で女性の占める割合は約40%に上り、研修医のレベルでは60%に達している。こうしたことを反映して、一般医1人当たり平均登録患者数も、かつては2000人以上であったが、現在では1800人程度に下がっている(Merry p.49-50)。

一方、時間外の診療が受けられずに、病院の救急部門が多用されることも問題となっていた。病院の待機リストも、最近の政策転換で病床が増えるようになったとはいえ、問題は解決しているわけではない。地域でのケアをさらに推進するため、そうした取り組みを後押しする必要性があった。

保健医療政策の中で、国民の健康を改善していくことの必要性がますます強調されるようになり、一般医の仕事の中にも、登録住民の健康改善に取り組む仕事を取り入れられ、そのための報酬が支払われるようになった。しかし、その事業の内容を効果のあるものに改善し、一般医がより積極的に取り組めるよう改めることも必要になっていた。

こうしたことから政府は、一般医の契約を大幅に改める提案を Investing in General Practice: The New General Medical Services Contract という文書にまとめて2003年12月に発表し、2004年4月から実施している。これまでは国が一般医個人に報酬を支払っていたが、新契約では各地のPCTが診療所に報酬を支払うことになった。また住民も、一般医個人に登録するのではなく、診療所に登録することに変更された(Department of Health p.5-6)。新しい報酬体系は、包括報酬、選択的サービスに対する特別報酬、成果報酬の三者からなっており、平均的な一般医の報酬に占めるそれぞれの割合は、3割、2割、5割程度となっている(R. Neighbourによる)

(1) 包括報酬

包括報酬はかつての人頭報酬にあたるが、年齢で3グループに分けた単純な1人当たり単価による人頭報酬から、より細かい年齢区分に基づく精緻化された報酬に変わっている。すなわち、登録住民の数をベースに、①性別年齢別構成や施設

入所か否かで、②死亡率と罹病率で推計した地域のニーズで、③登録人口の移動率で、④職員の賃金水準や過疎地での移動費など地域の不可避的なコスト要因で一調整されるようになっていく（Department of Health p.99）。こうした手法は、地域の医療ニーズを反映した予算配分の方法として用いられてきたが、新契約では個々の診療所の予算にまで適用されるようになったことになる。

新契約で診療所が提供するサービスは、①全診療所が提供しなければならない基礎的サービス（basic services）、②診療所がサービス提供を選択できる付加的サービス（additional services）、③診療所が選択できるより質の高い選択的サービス（enhanced services）の3種に分類されている。

基礎的サービスには、①回復が見込まれる患者の療養管理、健康改善のための助言、患者が望む他の機関等への紹介、②終末期患者の療養管理、③慢性疾患患者の療養管理などが含まれる。付加的サービスには、①子宮がん検査、②避妊サービス、③予防接種、④児童健診、⑤妊産婦に対するサービス（分娩時のサービスは特別サービスに含まれる）、⑥簡単な外科的処置（例としては、搔爬、焼灼、こぶ・いぼ等皮膚組織の冷凍搔爬等）などが含まれる。選択的特別サービスには、上記の基礎的・付加的サービスのうちでも特別なサービスと、基礎的・付加的サービスには含まれていないサービスがある。前者には、暴力的な患者に対するサービス、児童の予防接種、簡単な外科的処置の一部、情報の提供などがあり、後者には、分娩サービス、子宮内避妊器具装着、より専門化した薬物・アルコール患者の治療、より専門化した性疾患治療、より専門化したうつ治療、末期患者、ホームレス、学習障害を持つ者などへの高度のサービス、迅速なサービス、外科的処置の一部などがある（Department of Health p.8-9）。

包括報酬は、基礎的サービスと付加的サービスに対して支払われるものであるが、診療所は、時間外の診療や付加的サービスを提供しない選択もできるようになり、その場合、その分包括報酬は差し引かれる。時間外診療を引き受けない診療所にかわって、住民の時間外の診療を確保する責任はPCTが果たすが、PCTは自ら一般医を雇ったり、

別の診療所に委託するなど、さまざまな方法で対応することになった。

診療所への登録に変わったとはいえ、実際には住民の多くは自分の家庭医を決めていて、その医師の診療時間に予約を入れるようにしているので、大きな違いはないようであるが、現実には一般医の40%以上が勤務医（その多くは非常勤）として、診療所やPCT等で雇われて働くようになっていくことからしても、また都市部などでは人口移動が多いことや交通事情が悪くて往診が減っていることなどを考え合わせると、家庭医と患者との関係は、かなり変化してきていると考えられる（G. Freeman, A. Hillによる）。

(2) 選択的サービスに対する特別報酬

質の高い選択的サービスに対する報酬のねらいは、一般医が安易に病院に患者を紹介するのではなく、できる限りプライマリケアレベルでできることを増やすことにある。人頭報酬で報酬が事前に決められていると、一般医は簡単に患者を病院に送って診療を済ますことになり、このことが病院の待機リストを増やす原因にもなっていた。一般医にも得意分野（GP with special interest）を広げてもらい、地域でできることを増やし、全体としてのサービスの質を高めようという考え方である。一般医と患者との間で信頼関係が築かれてきたイギリスでは、患者は病院に紹介されることを必ずしも望んでいないので、地域での診療は患者にも喜ばれる（G. Freeman, A. Hillによる）。一般医の段階で診療を終えるケースは9割を超え（Merry p.49）、一般医の診察についても、処方箋も発行せず相談と助言だけで診察を終えるケースは4割程度に上っている（R. Neighbourによる）。一般医が得意分野を持って病院の専門医と連携して、地域での医療に取り組むことが推進されるよう、王立一般医学会も、得意分野の教育と資格認定のプログラムに熱心に取り組んでいる（R. Neighbourによる）。

(3) 成果報酬

成果報酬は、予防医療や、サービスの質の改善に対する取り組みとその成果に対して支払われ

るもので、①医療、②管理組織、③患者の関わり、④追加的サービスの4つの部門で、それぞれ基準が設けられ成果が評価されている。このうち、医療部門では、10疾病(冠動脈心疾患、脳卒中または一過性脳虚血発作、高血圧、糖尿病、慢性閉塞性肺炎、てんかん、ガン、精神保健、甲状腺機能低下症、喘息)について基準が設定され成果が評価される。これらの基準には、独立した専門家が証拠に基づいて開発したものが採用されている。管理組織の部門では、患者の情報管理、患者に対する情報提供、研修医等に対する教育、診療所の管理、薬の管理などが評価される。提供されるサービスに対する患者の関わりについては、どのようにサービスが患者に提供され、サービスの改善計画に患者はどう関わっているかが評価される。追加的なサービスでは、子宮ガン検診、児童健診、出産サービス、避妊サービスなどが評価される。定められた基準に沿って、診療所は、年の始めに達成しようとするサービス基準の目標を申し出てその成果報酬の一部を受け、年末に基準が達成されると成果報酬の残りの部分を受け取る(Department of Health p.3-4)。

医療部門の取り組みは、わが国で今年度から開始された糖尿病等の予防に着目した特定健診・保健指導と重なる部分があるが、イギリスでは一般医が指導的な役割を果たす仕組みになっている。もちろん一般医は、決して一人で予防事業に取り組むわけではなく、実際には、看護師、地区看護師、保健師、助産師、薬剤師、カウンセラー、ソーシャルワーカー、キロボディスト、精神保健師、言語療法士、地域のボランティア、自治体の福祉部などさまざまな人々と連携する中で、成果を達成する。ただ、地域によって、住民の健康も福祉の力も大きく異なる。したがって、同じ健診受診率、同じ罹病率といっても、地域によってそれを達成する一般医のエネルギーには大きな差が生まれる。成果に対する報酬の公平性をどう達成するかは、大きな課題として残されている。

参考文献

- ・一圓光彌 1982年 「イギリス社会保障論」光生館
- ・一圓光彌 2008年 「イギリスの医療制度における

診療所の役割」『政策創造研究(関西大学政策創造学部)』創刊号(2008年3月)

- ・ Department of Health 2003 *Investing in General Practice: The New General Medical Services Contract* (http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04_07_86_58_04078658.pdf)
- ・ European Observatory on Health Care Systems 1999 *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*
- ・ Merry, Peter 2006 *Wellard's NHS Handbook 2006/07* JMH Publishing Ltd.
- ・ Pollock, Allyson M. 2004 *NHS plc, the privatisation of our health care*. VERSO

2006年6月ロンドンでの調査

- ・ Dr. George Freeman, Professor of General Practice, Imperial College および Dr. Alison Hill, Senior Medical Adviser, NHS Genetics, Department of Health(15日午後:Dr.Hillの診療所)
- ・ Dr. Roger Neighbour, President, Royal College of General Practitioners(15日午前:王立一般医学会本部)