

地域包括ケアにおけるプライマリケアの現状と課題 —英国 GP との比較から

The Present Conditions and Problems of Primary Care in Local Inclusion Care from GP(General Practitioner) in The U.K

家族・地域支援学科 山路 憲夫

論文

I はじめに

(1) 本研究の目的と問題意識

さしあたっての高齢化のピークとなる 2025 年に向けて、地域包括ケア体制の構築がようやく本格的に日本の各市町村で進められつつあるが、その取り組みは順調ではない。難航しているといっても過言ではない。

その理由の一つは在宅医療を含めたプライマリケア（第一次医療）が日本ではいまだ確立されて

いないためである。住まいを前提として保健・医療・福祉の三本柱により「住み慣れた地域で、在宅で 24 時間安心して暮らせる」ことを目指す地域包括ケアにおいて、とりわけ重要なのが医療である。なぜなら、日本の高齢者はとりわけ医療への依存度が高いこと（表 1）、地域包括ケアにおいては多職種の連携は不可欠だが、医療・介護の専門職の中では、医師を頂点とするパターンリズム（家父長制）といわれる意識が根強いためである。

表 1 老人医療費の調査

老人医療費は若人の5倍 (2012年度医療費調査・厚生労働省)				
	全体	70歳未満	70歳以上	75歳以上
医療費(兆円)	38.4	19.0	17.4	13.7
1人当たり(万円)	30.1	18.1	80.4	91.5

(注) 医療費の年齢区分別には生活保護の医療扶助は含まない

国民一人当たり受診回数	
日本	21
アメリカ	5.3
イギリス	4.8
フランス	5.2
スウェーデン	2.7

ところが、地域包括ケアを支える柱となるプライマリケアが日本の場合、先進国に比べ大きく立ち遅れ、いまだにその方策も定まらない。

ヨーロッパの主要国に比べ 30 年以上遅れた（注 1）といわれるプライマリケアの確立は、今後半世紀近くにわたって加速する高齢社会への対応を地域包括ケアの構築という形で進めるた

めにも避けて通れない重要な柱である。費用が増大し、負担と給付のバランスの維持が厳しくなる一方の社会保障財政の観点から非効率な医療をできるだけなくしていくためにもプライマリケアの確立は不可欠である、と考える。

本稿は、なぜプライマリケアの取り組みが日本で立ち遅れてきたのか。

日本の医療制度が「いつでも」「誰でも」「どこ（どの病院、診療所）にでも」しかも比較的軽い負担で医療を受けられるというフリーアクセスの医療が逆に足かせとなり、世界の主要国が進めたプライマリケアへの改革を進めてこなかったためではないか、との仮説に立ち、これまでの日本の医療制度の経緯を振り返り、英国を中心としたヨーロッパの主要先進国との比較により、その理由を明らかにすることにある。

それにより、さしあたって2025年に向けての地域包括ケア構築を進めるためにもプライマリケアを日本の医療制度の中に定着させる方策も見出したい、との問題意識から本稿をまとめた。

(2) 先行研究から見た本研究の意義

日本の医療制度の中で、在宅医療については、佐藤智・編集代表「明日の在宅医療」全7巻（中央法規、2008年10月～）が、それまでの在宅医療についての研究、実践を集大成したもので、欧米主要国との比較も多角的になされ、全体を俯瞰できる。

家庭医、プライマリケアについては葛西龍樹による「家庭医療」等の世界主要国の紹介や先駆的な論稿がある。さらに英国のGPとして、プライマリケアに取り組む澤憲明医師による日英両国の医療制度をプライマリケアという点から詳細に論じた「これからの日本の医療制度と家庭医療（社会保険旬報2489号～2513号所収）」（社会保険研究所、2012年3月～2012年11月）の労作がある。しかし、これらは地域包括ケアの本格的な取り組みが始まっていないこともあって、地域包括ケアの構築からのプライマリケアという視点は当然ながら出されていなかった。

本稿は日本で始まった地域包括ケアの構築を進めていく上で、プライマリケアの確立がいかに重要であるのか、にもかかわらず、そのプライマリケアが確立されていない問題点、その確立の方策を明らかにしようというもので、これまでの研究や実践報告に不十分だった点を補う研究となろう。

(3) 研究方法

本稿は以下の方法により、研究を進めた。

- ① 英国のGP、澤憲明の勤務する診療所「Stuart Road Surgery」の実地調査、及び澤医師のヒアリングを2015年8月末実施した。
- ② 英国を中心としたヨーロッパのプライマリケアに関する文献、資料収集及び分析の整理
- ③ 日本の医療制度の成り立ちと経緯、在宅医療、プライマリケアについての文献、資料収集及び分析の整理

II 日本の医療制度とプライマリケア

本論に入る前に、プライマリケアとその関連する制度、用語について整理しておきたい。プライマリケアとは「身近にあって、何でも相談に乗ってくれる総合的な医療」という葛西の定義をさしあたって使う（注2）。

アメリカ、日本を除きプライマリケアのシステムを導入してきたヨーロッパの先進諸国は病気やケガの程度により受け入れる医療機関が異なり、次のように役割を分担している。

一次医療は、主として地域の診療所が身近な病気やケガを診る。プライマリケアを意味する。プライマリケアを担う専門医は国際的には「家庭医」と呼ばれる。

二次医療は専門的治療や入院を伴う病気やケガを診る。地域の急性期を中心とした病院が担う。

三次医療は二次医療ではカバーしきれない高度先進医療を担う。主に大学病院や地域中核病院がその役割を担当する。

先進国では病気やケガの程度により、担当する医療機関が明確に分かれているのに対し、日本はプライマリケアが立ち遅れ、こうした役割分担も今世紀に入るまであいまいだった。そもそも一次医療と二次医療の区分も役割分担もあいまいで、フリーアクセスが基本の日本では、病院を主体とする二次・三次医療が主眼で、地域の医療を支える一次医療としてのプライマリケアの位置づけ、役割は明確にはされて来なかったのである。後述するように2003年以降「在宅と予防」を柱とし

た医療制度改革により、ようやく近年、こうした役割が明確にされつつある。

2013年8月に社会保障制度改革国民会議がまとめた報告書は、日本の医療機関の機能分化の立ち遅れを改めて指摘、病院の機能分化と連携を進める。具体的には都道府県ごとに医療機関の機能分化（高度急性期、急性期、回復期、慢性期の四区分）を進め、病院間の、そして病院と診療所との連携を進める地域医療構想を地域の实情に即して作り、実効性をはかることとした。

さらに2014年8月医療介護総合確保推進法が成立、医療と介護の供給体制を充実強化させることにより、地域包括ケアの推進を進めることとなった。

要介護状態に陥った高齢者は医療・介護、さらに生活支援も含めた多様なニーズがある。とくに医療では地域の医療の中で、そうしたニーズに対応するためには医療機関の機能分化だけでなく、在宅医療、プライマリケアの地域での確立が求められる。

(1) 日本の医療制度の特徴

日本でなぜプライマリケアの取り組みが遅れたのか。

各国の医療制度をみると、それぞれの国の社会的、文化的、経済的さらに政治的要因が重なり、長年わたり築き上げられてきた結果、それぞれの国特有の制度が出来上がったものである。プライマリケアもその中で確立されていったのである。主要国との比較から日本の医療制度、プライマリケアの特徴をみてみる。

日本の医療制度の基本は自由開業医制度である。それは18世紀の中頃すでに形成されていた。当時主流だった漢方は薬を調剤することが大きな比重を占めていたために「薬師」と呼ばれ、また「医は仁術」とも呼ばれ、医療は人道的行為として医師は薬代を患者から請求する程度とされていた。その建前は江戸幕府によっても堅持された。

明治期になり、西洋医学が取り入れられたが、漢方医もそのまま認める過渡的措置も取ることで

江戸時代からの開業医制度の基本は崩されず事実上維持された。その結果、大学病院はともかく開業医からそのまま病院になることも可能だった。そうした経緯から日本の病院の大部分が開業医から出発することとなった。それが当初から公的な病院でほとんど占められていたヨーロッパと日本との大きな違いである。(注3)

病院の大部分が開業医から出発したという経緯が、診療所から大病院までの断絶がなく、連続しているためにそれぞれの機能の境目がなくあいまいなものとなったのではないか。「開業医は自分の専門以外の患者もみることになるので専門医と一般医の区別はなかった」という池上らの指摘(注4)は重要である。

それは診療所と病院医師との境目がなかったことから、病院医療と診療所を峻別するヨーロッパのようなプライマリケアが日本では生まれなかったこと、さらに病院と診療所との境目がなかったために、「どこでも」「誰でも」医療を受けられるフリーアクセスという日本の医療の特徴が生まれたと考えられる。

後述するようにヨーロッパは病院と診療所の成り立ちが分かれており、医師の役割分担が明確だったために、一般医が主に担うプライマリケアが自然と確立されていった。

江戸時代から始まった自由開業医制は第二次大戦中の国家による医療統制でも、戦後の占領軍による改革でも変わらず連綿と今日に至るまで引き継がれた。

戦後の医療政策決定の中で、開業医が大きな比重を占める日本医師会が極めて大きな影響力を発揮し続けてきたのは、自由開業制の下で日本の開業医の力が数的にも医療の分野の中で占める役割もヨーロッパ諸国に比べ大きいことによる。

(2) 国民皆保険制度確立の意義とその後の医療制度改革

1961年に日本は国民皆保険を実現させたが、それは一挙に出来上がったものではない。さまざま積み重ねがあったのである。明治の中期から

一部の大企業や国鉄を中心に組織化された共済制度が徐々に普及、大企業だけでなく中小企業従業員にも健康保険適用が広がり、さらに昭和からの戦前、第二次大戦中にかけて地域を単位とする国民健康保険組合が全国に徐々に普及、戦後高度経済成長が始まって間もない1961年に国民皆保険制度の達成につながったのである。

そうした経緯に基づいて作られた職域（被用者）保険と地域保険（国民健康保険）という二本立ての保険による皆保険制度が日本の医療を特徴づけ、医療制度改革のあり方にもさまざまな影響をもたらすこととなった。

その結果として日本の医療はヨーロッパの医療と比較すると次のような特徴を持つにいたった。

第一の大きな違いは医療提供体制の違いである。

病院の経営主体から見ると、日本は病院の8割、病床数の7割が民間（多くは医療法人）が占めるのに対し、ヨーロッパは公的性格の強い病院（公立及びキリスト教立）が育ってきた。そもそも日本には病院という施設の伝統はなかった（注5）。ヨーロッパは財源も医療の提供者も「公」であるのに対し、日本の場合、財源は公的保険だが、医療の提供者は「民」が主体となってきたのは前述したとおりである。

さらに、欧米は病院が生成、発展した結果、病院の規模は大きい一方で診療所は無床診療所がほとんどであるのに対し、日本は大学病院などは別として、民間の診療所が規模を拡大し、大きな病院となったものが多い。

第二の違いは、医療費の財源である。日本の場合、社会保険方式が採用されていることである。ドイツ、フランスとその点では同様だが、イギリスや北欧は税を財源とする税方式を採用し、国が医療を提供している。その対極にあるのがアメリカである。高齢者や低所得者を除き民間が医療サービスを提供する。オバマ大統領による「オバマケア」により公的医療サービスの範囲は拡大されたが、統一的な公的医療保険はない。

日本はドイツやフランスと同じ社会保険方式で

ある。とはいえ保険集金のあり方は大きな違いがある。日本は職域（被用者）と地域保険（国民健康保険）とがあるが、ドイツは職域保険である。フランスも職域保険だが、職域や業種ごとに多数の保険者（疾病金庫）があり、そこに漏れた人々は一般制度と呼ばれる職域保険に加入する。日本の国民健康保険に該当する地域保険は存在しない。

違いの第三は日本の場合、いつでも、どこでも、誰でもが行けるフリーアクセスが基本なのに対し、欧米ではそうではない。とくにイギリスはGPがゲートキーパーとなり、専門病院に行くかどうかを振り分ける。ドイツやフランスもイギリスほどではないが、ゲートキーパー役の家庭医がおり、振り分ける役割を果たすが、日本の場合は「かかりつけ医」という言葉はあっても、振り分ける役割を果たしていない。紹介状がなくとも大病院に行くことができる。

日本の国民皆保険制度は、同じ社会保険方式を採用しながら一部民間保険を採用するドイツやフランスと比べても国民のすべてをカバーし、安心して比較的low負担で、しかもフリーアクセスにより医療を受けられるという意味で、ヨーロッパ先進国に比べても優れた面を持つ。しかし、国民皆保険、フリーアクセス、出来高払い制（先進国のほとんどは定額払いが主流）という日本の医療制度の特徴はいずれも医療費を引き上げる要因となってきた。

それは高齢化が加速するとともに顕著になってきた。2000年に公的介護保険が始まるまで、在宅での受け皿がないために慢性期の病院（療養型病床群）が要介護高齢者の受け皿となってきたこともあって、フリーアクセスのおかげで、本来なら医療上必要ではないのに入院し続ける社会的入院やそれによる平均在院日数の長さをもたらした。

年間40兆円に上る日本の医療費は、このまま制度改革がなければ2025年には約60兆円に膨れ上がる。持続可能な制度にしていくためには、フリーアクセス、出来高払いの診療報酬体系の見直しと同時にプライマリケアの確立は喫緊の課題

である。にもかかわらず、なぜこうした課題がこれまで抜本的に見直されずに来たのか。

その経緯を振り返る。

(3) 老人医療費の無料化と制度改革の立ち遅れ

日本の医療制度の節目はさまざまあるが、最大の節目は1973年の老人医療費の無料化だった。

老人医療費が無料化された1973年は公的年金の大幅な引き上げ高額療養費制度の導入といった制度も導入され、国民の多くはそれを歓迎し「福祉元年」ともマスコミは呼んだ。

国民の多くから歓迎されたが、それを機に医療給付費は大幅な増加を続けた。1973年に3兆9000億円だった国民医療費は翌74年に対前年比36.2%、さらに75年には同20.4%もの伸びを示した。無料化は高齢者による病院のサロン化やいくつものハンゴ受診現象も起き、医療機関の側にも必要以上に薬を出し検査をし、長期入院させるといった「乱診乱療」も引き起こした。

老人医療費の無料化は、日本の診療報酬体系の大きな特徴である出来高払い制と結びつき、爆発的な給付増をもたらした。(注6)

それだけではない。日本人にとっての終末期の迎え方も変えた。

自宅で最期を迎える。戦前から戦後の一時期まで日本人の多くにとってそれが当たり前の終末期の迎え方だったのが、この時期を境に病院での死が自宅での死を上回り、以来ほぼ一貫して病院での死が増え続け全体の8割を占めるようになった。

なぜか。それは高齢者にとっては費用の心配もなく病院の受診、入院ができるようになったこと、開業医にとってみれば高齢者の外来が増え、往診や在宅医療をしなくても、外来だけで十分な収入が得られることとなったからである。

さらに本来であれば入院する必要はないのに、病院に入院するという社会的入院が1980年代まで増え続けた。それが平均在院日数を増やす結果も招いた。病院（主に療養型病床群）が、介護施設の受け皿となったのである。(注7)

この時期に欧米諸国は医療の密度を高め在院日

数の短縮、病床の集約化を図ると同時にプライマリケアの整備を進め、「家庭医」制度を定着させた。

老人医療費の無料化から30年後の2003年に医療制度改革大綱により、ようやく「在宅と予防」を柱とした医療制度改革に本格的に着手するまでの30年を故・今井澄・元諏訪中央病院院長は「失われた30年」と断じた(注8)のは、こうした理由による。

(4) 日本医師会は「家庭医」になぜ反対したのか

日本でプライマリケアについての議論がなかったわけではない。

1956年7月に国民皆保険などの基本対策を検討する「医療保障委員会」(長沼弘毅座長)が旧厚生省に立ち上げられ、最終答申で「社会保険等の関係において、これらの前提となるような制度を採用することも一案であろう。例えば家庭医、専門医の前提をそれぞれ『一般医』(仮称)、『各科医』とし、医師の自主的判断を尊重して、その理由によってその一つを選択させ、その取扱いを区分するなどの方法が考えられる」と家庭医の必要性を婉曲に提示した。その年の「昭和31年版厚生白書」でも専門医と家庭医について触れている。

その後、家庭医についての議論は長らく深まる事がなかった。1957年に日本医師会長に後に「天皇」といわれた武見太郎が就任、13期26年間にもわたり、会長を務め、「開業医」の利益を守る立場から強力な政治力を発揮し続けた。そのことと家庭医の議論が深まらなかったこの関係は明確ではないが、強力な政治力を発揮し続けた武見会長をトップとする日本医師会の意向が反映したと思われる。

それから30年近くたった1985年に旧厚生省は「家庭医に関する懇談会」を立ち上げた。2年間にわたって議論がされたものの、終始一貫して日本医師会が強硬に反対して、家庭医議論は深められなかった。

日本医師会が反対した主な理由は、英国のGP (General Practitioner) のような制度が導入されれば、専門医と家庭医を分断させる。さらに英

国など家庭医制度をとる国々で実施されている人頭払いの診療報酬導入が意図されているのではないか、というものだった（注9）。

日本医師会は、もともと医療国営化につながりかねない「家庭医」に対して、強い警戒心を持っていた。反官僚を掲げた武見会長時代はよりその色彩が強かったが、武見会長退任後も、その体質が引き継がれた。

武見会長の後を受けた村瀬敏郎会長（当時）も副会長の時代から厚生省の家庭医構想に強硬に反対、あえて「かかりつけ医」という言葉を使った。医療ジャーナリストとして親交のあった水野が「かかりつけ医という言葉はあいまいではないか」と村瀬に問うと、村瀬は「それでいいんだ。かかりつけ医というのは特別な技能を持った医師のことでなく、国民から選ばれた医師ということでもいい」と語った、という（注10）。

日本の医学部教育は専門医の養成である。2004年度からようやく新研修制度が導入され、医学部教育を受けた後、専門以外の複数の科を回る臨床研修制度が導入されたが、家庭医養成のための専門教育はない。英国やオランダ、ドイツ、フランスなど家庭医制度を持つヨーロッパの主要国は、必要な内科や外科と同じく家庭医という総合医を養成し、家庭医として専門資格のハードルを設け、資格を取得した医師のみが家庭医になれる。

日本の場合には外科や内科の専門医として教育を受けた医師が、家庭医の専門的な教育を受けずに開業医として地域の治療にあたる。かつて開業医も地域の治療にあっていたが、以前と比べ医療も高度化し、高齢化で高齢者の患者も増えるにつれ、それについての専門的知識、治療ができる能力が求められる。

総合医としての家庭医は患者の生活全体を診て、治療し、場合によっては専門医に振り分ける判断も必要となる。

欧米のような家庭医が導入された場合、日本の開業医がその役割を果たすには、家庭医という専

門医の養成だけでなく、開業医も家庭医としての研修を経た専門教育が必要となる。

老人医療費無料化は、在宅医療や往診をしなくても外来だけで十分な収入を開業医にもたらした。フリーアクセスの下での出来高払い制による「護送船団方式」の中で、一定以上の収入を得られる開業医にとって、開業医の差別化区別化をもたらす家庭医のような新たな仕組みの導入を認めるわけにはいかない。

それが日本医師会が徹底して反対した理由ではなかったか。

この日本医師会の拒絶ともいえる反対により、家庭医を軸としたプライマリケアの構築をはじめとする日本の医療制度の抜本改革を遅らせた。

(5) 医療制度及び介護保険制度改革から地域包括ケアへ

その後も日本の医療制度改革は大きく立ち遅れた。

1990年代から2000年初めにかけ医療費は年平均4%、老人医療費は同7~8%伸び続けた。高齢化による医療費の増大に加え、医療制度改革の遅れのためである。バブルがはじけて以降の長引いた不況で勤め人の収入は頭打ちとなり、勤め人の収入にリンクする医療保険料収入も横ばいを続けたために、医療保険財政は1990年代の後半から危機的な状況に陥った。

世界に冠たるはずの日本の医療保険制度がこのままでは維持できないとする危機感を持った当時の政府与党（自民、社会、さきがけの自社と連立政権）協議会は「21世紀の国民医療」と題した四本柱（診療報酬、薬価、医療提供体制、高齢者医療）についての医療制度改革の報告書をまとめたが、医療制度改革は2003年度までほとんど進まなかった。それは日本医師会の抵抗とそれを受け入れた与党自民党の政治判断によるものだった（注11）。

本格的な医療制度改革が始まったのは、小泉内閣の下で2003年度、「在宅と予防」を柱とした医療制度改革大綱の決定である。それを受けて

2006年度医療制度改革関連法が成立、かつて老人病院と呼ばれた療養病床の削減により、社会的入院をなくす。その受け皿として、在宅医療を強化し、在宅で看取りまでできる仕組みを作ることに大きな狙いがあった。

さらに同年、厚生労働省は2000年から始まった介護保険制度を「介護予防」を柱とした抜本改正に踏み切った。

2006年は医療と介護の改革により「病院で死ぬ」時代に終止符を打ち、在宅（住み慣れた地域での在宅に近い施設も含む）で安心してケアを受けられる体制をつくる、つまり地域包括ケアをスタートさせた年でもあった。

これまでの老人保健制度に代わり、2008年度から始まった後期高齢者医療制度の大きな狙いは、急性期以外はできるだけ医療的ケアを減らし、高齢者の生活機能を重視した在宅ケアを介護と医療の両面からみていこうという点にある。

おそまきながら、この時点でようやく「予防」と「在宅化」を柱とした地域包括ケアへの軌道が敷かれたのである。

Ⅲ 英国のGP制度から何を学ぶか

(1) GPの成立からNHSの危機まで

英国のGPは内科医や外科医などと同様、家庭医という専門医としての教育、処遇を受けているが、もともとそうだったわけではない。19世紀には英国で、専門的な教育を受けていなくとも地域で働く医師のすべてにGPと呼ばれるようになった。内科医や外科医などの専門医ではなく専門医とは異なる一般医という位置づけだった。

ところが、次第にその位置づけが変わっていった。健康について主導権を取るのには医師ではなく患者であるという考え方が強まり、患者中心の医療に次第に転換していった（注12）。

第二次大戦中の1942年にベヴァリッジ報告が出され、第二次大戦後「揺りかごから墓場まで」といわれた福祉国家のルールを敷いた。

そうした積み重ねを経て、英国の国民保健医療

サービス（National Health Service=NHS）は英国に居住するあらゆる者に原則無料で、予防からリハビリまで包括的な保健医療サービスを提供することとなった。1946年NHS法が成立、1948年から施行された。その4年後に世界で最も早く家庭医学会が設立され、1965年に家庭医の専門医試験制度が始まり、家庭医専門研修プログラムが作られ、本格的に専門医としての家庭医の養成がなされるようになり、1976年にはこの研修が必修化された。

さらに2001年には研修医の国際認定制度をスタート、2007年には家庭医の専門試験制度を設立、これに合格しなければ英国のGPとして診療活動をできないようにした（注13）。

このNHSの基本理念は保守、労働党の二大政党制の下で繰り返された政権交代にあっても、制度は維持されてきたが、サッチャー政権下で、長い待機時間、とくにGPから専門病院に紹介されてもなかなか治療を受けられないというアクセスの悪さが顕在化し、国民からの厳しい批判が出、NHSの危機といわれた。非効率、悪平等、画一的という批判である。

日本でも英国の医療についてはサッチャー時代からの医療費抑制政策でNHSが行き詰っていると、批判的ないしは学ぶものはないかのような指摘も相次いだ（注14）。しかし、政権が労働党ブレア政権に移るとブレア首相（当時）は「医療と教育の改革」を最優先に掲げ、NHSの予算を大幅に増やし英国の医療は大きく改善した。（注15）

(2) ブレア改革がもたらした英国医療の再生

ブレア政権に至るまでのNHSに対する国民からの最大の批判は待機時間の長さである。もう一つは財源不足や医療者のモラルの欠如等により適切な医療が受けられない不満である。医療者からも慢性的な財源不足、いくら努力しても評価されないことへの不満も高まっていた。

ブレアはこうした点を改善させるためにまず着手したのは、NHS予算の増額である。

待機時間を短縮するためには、医療提供サービスを増やせるだけの予算を増やす。1997年に労働党政権が始まって以来、NHS予算を倍増させた。もともと英国のGDP比での医療費は他の主要国と比べて高くないことから、ブレアは思い切った予算増に踏み切ったとみられる。(注16)

ブレア政権及びその後の連立政権はさまざまな改革に取り組んだが、その中の柱は医療機関の選択の拡大したこと、中でも2012年にはGPを選べるようにしたことである。GPは1948年に制度が始まって以来、居住地によって決まっていたが、GPの質によって当たりはずれが決まる、との批判が強かったために登録住所にこだわらず選べるようにした。人頭払い方式が中心だったGPの診療報酬についてもサービスの質と量に関わりなく支払われるのはモチベーションが上がらないとの批判から、そのサービス量と成果(例えば血圧が改善した等の健康レベルの改善)によって評価する方式も導入した。

こうした一連の改革によって、大きな危機に直面していたNHSは改善し、国民の満足度も高まったという。(注17)

(3) 英国のGPの役割——リーズ市の日本人医師の取り組み

家庭医療は日本語ではfamily practiceと表記されるが、英国ではgeneral practiceと呼ばれる。家庭医療について日本ではさまざまな概念、解釈がなされている。専門的な教育をうけない「かかりつけ医」が「かかりつけ医こそが総合医」と日本医師会は従来主張してきた。英国で家庭医療を担う医師は幅広い知識を持ち、さらに医学部卒業後に家庭医療専門医過程を修了したプライマリケアの専門医を指す(注18)。地域中核病院や大病院などに近年、総合診療科を設ける病院も増えてきたが、それを担う医師のほとんどは内科全般の疾患を診る総合内科医である。総合医は家庭医療を担う開業医という場合と病院の総合診療科を担う内科医とが混在して使われている。

もう一つ、大きな疾患を抱えた疾患を抱える患

者にまず最初に提供されるプライマリケア(一次医療)を担うのは、世界の主要先進国では診療所医師だが、役割分担があいまいな日本では地域の診療所だけでなく中小病院や大病院までが担う。

英国全体のGPは約3万5000人、一人のGPあたり1500~2000人の患者を受け持つ。

日本の開業医のように英国も一人診療所と見られがちだが、そんなところはほとんどなく、多くはサージェリーと呼ばれるGP診療所に複数の医師が勤務する。全国でこのサージェリーは約8000ある。

筆者はその一つ、リーズ市(人口約40万人)にある「Stuart Road Surgery」を2015年8月末に訪れた。市中心部からややはずれの静かな住宅街の一角にある。ここを訪れたのは、3万5000人いるGPの中で唯一の日本人医師・澤憲明が勤務しているためである。

澤は富山県出身、1980年生まれの36歳。高校卒業後英国に留学、英国で高校に入り直し大学受験資格を取得、40倍の外国人枠を突破し、医学部へ。卒業後、2012年に英国家庭医学会正会員専門医資格(MRCGP)を取得、3年前GPに。

澤は「Stuart Road Surgery」での仕事、GPの役割と課題、日英の医療制度の比較に至るまで、きわめて明快に次のような説明をしてくれた。

「Stuart Road Surgery」はリーズ市に40あるSurgeryの一つ。約8500人の患者を抱える。GPは澤医師を含めて5人、ナース(正看、准看)が計5人、事務約10人、理学療法士、ヘルストレーナー、保健師、助産師が各1人、隣に薬局併設。開業時間は9~18時。土曜日は午前中だけ。時間外の夜間、休日の間はリーズ市コールセンターでGPや看護師が当番制で対応する。

電子カルテは英国で2004年から採用され、8500人の患者の情報がすべて入っており、健康状態もデータ管理され、予防にも活用されている。高血圧にならないように予防する必要な措置を、カルテ情報を基に対応策をとり、改善効果がみられると診療報酬が入ってくる。

これは NHS の活動を支える柱に医薬品や医療技術を評価する国立医療技術評価機構 (NICE) がある。費用対効果の点から治療のガイドラインをつくる。その成果の評価も診療報酬に反映させる。

その意味では ICT 化は日本より進み、活用されているが、澤医師ら GP が何より大事にしているのが患者との信頼関係である。それを築くためには、GP が専門医の治療を受けるかどうかを振り分ける「ゲート・キーパー」の役割を果たすと同時に、誰もが治療を受けられ、あらゆる問題に対応する「ゲート・オープナー」の役割を果たさなければならない。さらに治療は「患者と医師との二人三脚」で進める。

医師は家族や経済状態、生活歴も含め患者の生活全体を診る。「GP はソーシャルワーカーでもあります」と澤医師はいう。日常の診療は予約制で、外来対応は一人当たり平均 10 分、4 人の GP が当番で予約外来に対応、一人が予約なしの患者に対応する。

プライマリケアを支えるのは GP だけではない。GP ナース (プライマリケア専門ナース) といわれる看護師である。GP と同様に個室も持ち、看護だけではなく一定の治療行為も担当する。予約の際に「GP と看護師のどちらの診療を望むか」を聞いて、看護師を望む患者に対応する。

「Stuart Road Surgery」にも 3 人の看護師が GP ナースとして勤務する。5 年間のマスターコースを経て nurse practitioner として処方権を持つ。

「マイナー外来」と呼ばれる外来を担当、咳や尿感染、糖尿病や避妊などあらゆる分野のプライマリケアを担う。

さらに「Surgery」を支えるのは QOF (Quality and Outcome Framework) という成果に応じて支払われる成果制の診療報酬である。

診療所に入る収入のうち、約 70% が登録住民の数により支払われる人頭払いだが、残り約 30% については、医療の質や成果で支払われる QOF で配分される。質や成果の評価に関しては、電子カルテのデータで把握し、例えば高血圧や糖尿病

の管理、予防に成果を挙げている取り組みに対し、支払われる。

(4) 大幅に改善した NHS 改革後の英国の医療

ブレア政権、その後の連立政権による NHS 改革で英国の医療は確かに目覚ましく改善された。

家庭医から紹介される二次、三次医療への待機時間も、予約入院は 15 週間から 4 週間に減った。家庭医の紹介を経ての病院外来は 2 週間に減った。急性期は直ちに病院外来へ回される。

ガン専門外来は 2 週間ルール (家庭医にかかってから 2 週間以内に専門医にかかる患者は 94%) が適用される。専門外来の待機時間は平均 5 週間。

こうした一連の NHS により、家庭医医療科 GP の人気は上昇、2014 年度は 3400 の後期研修枠に 5500 人の医師が応募。後期研修は全科で 8200、GP 枠が 40% を占める。開業している家庭医の平均年収は 103000 ユーロで、他科とほぼ同水準である (注 19)。

IV 日本の地域包括ケアでプライマリケアをどう構築するのか

(1) 英国の NHS 改革から何を学ぶのか

税財源によりすべての国民に無料で医療サービスをまかなう NHS と公的保険を基本とする日本の医療制度との大きな違いを踏まえたうえで、英国の NHS 改革を中心としたヨーロッパ主要国の医療制度、近年の改革から学ぶ点は少なくない。

ブレア政権以降リーマンショックが起きた 2008 の年までの英国の NHS 改革の特徴は NHS 予算を倍増させたことである。日本やフランス、ドイツが医療費抑制 (正確には伸び率の抑制) に取り組んで来たのと対照的であるが、日本などの公的保険制度による制度の違いともいえよう。

しかし、今回の NHS 改革は、これまで「悪平等」「診察を受けられるまでの長い待機時間」「サービスの質の低さ」といった医療に対する不満、批判をさまざまな改革により大幅に改善させ、患者の満足度を大きく高めることとなった。その取り組みはもとより、財源増に裏打ちされた部分も少

なくないが、日本の医療にとっても示唆になる改革、制度がいくつかある。

その一つはプライマリケア、第二次医療も含めて、医薬品や医療技術の評価する国立医療技術評価機構（NICE）により、費用対効果の点から治療のガイドラインをつくり、医療サービスの質を評価する仕組みを導入し、それを診療報酬に成果報酬として導入した点である。

日本の医療は出来高払いが基本で、量としての評価はなされているが、その質を見、成果として評価する方式はとっていない。近年は急性期病院での入院等で包括払い、あるいは診断郡別包括払い方式が徐々に広がっては来たが、診療所による第一次医療では質や成果の評価はない。出来高払いは医薬品や医療技術の無駄も生じやすい。

社会保障の中でもとりわけ医療費は高齢化に伴い増え続けることは避けられないが、社会保障財政の危機的な状況を考えて、医療の質の評価、結果として医療費の抑制につなげるという意味においても、日本でも医療の標準化、質の評価をきちんと取り入れるべきであろう。

質の評価の中にはカルテの保管や活用、例えば地域別の人口統計や疾病パターンを分析し、医療ニーズ、課題を抽出し、適切な対応を取るということも含まれる。予防と保健は英国と同様、日本にとっても重要な課題である。

英国に何より学ぶべきはプライマリケアの確立である。

日本の医療は一枚の保険証があれば、いつでも、どこでも医療を受けられる、フリーアクセスである。国際的な医療サービスのコンセンサスは日本のようなフリーアクセスではなく、世界の主要先進国の多くは一次的に受ける窓口の医療サービスで専門医（家庭医）を適切に配置する。

フリーアクセスがうまく機能するためには、窓口の段階で専門医に診せるべきかどうかを振り分けるプライマリケアの専門医が不可欠である。そのためには専門性が求められる。英国のGPを見ても、そのための専門的な研修と実務を重ねてよ

うやくGPになることができる。医療の素人である患者は自らの治療を当然ながら適切に決められるわけではもちろんない。プライマリケアにおいて、こうした専門的な知識を持つ家庭医の判断、助言によって治療を決められる。

プライマリケアでの専門医が存在しない日本の医療の問題点というべき、もう一つの特徴は不明確な役割分担である。自由標榜制が基本であり、開業医はやりたいこと、掲げる診療科目は原則、医師に任せられている。

英国GPとして日本の医療制度を見てきた澤医師は「こうした日本の医療での自由標榜制は、なんでもやっていいことになっており、医療の質が均質に確保されていない」とし、さらに「日本では必要以上の医療が不適切に提供されており、限られた資源が無駄に浪費されても仕方がない構造上の課題がある」とまで指摘する（注20）。

(2) 日本でのプライマリケア確立の方策

日本でプライマリケアを担う専門医（家庭医）導入の機会は、1985年に旧厚生省内に作られた「家庭医に関する懇談会」だったことはすでに述べた。2年後の1987年に報告書をまとめ、その中で10項目にわたる「家庭医の機能」を以下のように発表した。

- 1 初診患者に十分対応できること（疾病の初期段階の的確な対応、日常的にみられる疾患や外傷の治療を行う能力を身につけていること、必要に応じて適切な医療機関を紹介すること）
- 2 健康診断及び指導を十分に行うこと
- 3 医療の継続性を重視すること
- 4 総合的包括的医療を重視するとともに医療福祉関係者チームの総合調整にあたること
- 5 これらの機能を果たすうえで適切な技術の水準を維持していること
- 6 患者を含めた地域住民との信頼関係を重視すること
- 7 家庭などの生活背景を把握し、患者に全人的に対応すること

- 8 診療についての説明を十分にすること
- 9 必要な時にいつでも連絡がとれること
- 10 医療の地域性を重視すること

この10項目は英国のGPが果たしている役割そのものであり、日本でも本来的な地域であるべき「かかりつけ医」の役割を十分に網羅している。この役割を兼ね備えた「家庭医」の養成をその時にスタートさせておけば、プライマリケアの確立が日本でも可能だった。

日本医師会の強硬な反対により、この報告書の提起が深まらないまま30年近くが経過した。日本医師会が主張する「かかりつけ医」は2000年に始まった介護保険制度の中で、要介護認定の際に、意見書(所見)を書く「かかりつけ医」として初めて制度上位置づけられた。ところが、「家庭医」としての専門性の裏付けもなく、患者との関わりも明確ではないために、所見を書くだけの役割にとどまり、「かかりつけ医」は「家庭医」としてはほど遠いまま現在に至った。

ようやく厚生労働省は2011年10月「専門医の在り方に関する検討会」を立ち上げて2013年4月報告書をまとめ、その中で専門医の認定制度を作り、総合的な診断能力を持つ総合診療専門医を19番目の基本領域として加えることとした。

現在、日本専門医師制度評価機構が認定している18分野の基本領域の専門医は「総合内科」「外科」「精神科」「小児科」などがあるが、それに加えて、総合的な診断能力を持つ地域の医師を「総合診療医」と名付けた専門医として認定することにしたものである。1987年の「家庭医に関する検討会」報告で、家庭医として定義づけられた専門医がようやく30年経ち、改めて専門医として認められたことになる。

そのための研修制度、それを認定する中立的な第三者機関が担うこととされた。今後は順調にいけば、今年度から専門医認定を希望する医師の募集を開始し、2017年度から専門医の研修が始まり、2020年度から第三者機関により認定が開始されるという。

しかし総合診療医療が地域の家庭医として認知されるまでにはいくつかの課題が残される。

ひとつは名前のわかりにくさ、その定義づけから総合診療専門医がプライマリケアを担う医師として位置づけられるかどうかという問題である。国際的には「Family doctor」(家庭医)と呼ばれているのに、日本医師会が「家庭医」という名称に反対した過去の経緯もあり「総合診療医」「総合診療専門医」というわかりにくい言葉に決められた。ことばのわかりにくさだけではなく、すでにある総合内科専門医と混同されるおそれも多分にある。大学病院や地域中核病院では「総合診療科」が設置され、そこでの医師は「総合診療医」と呼ばれている。ここでの医師は地域のプライマリケアを担う医師とはもちろん違う。その区別が不明確なままプライマリケアを担う医師の養成がきちんとなされるのか。

養成のためには専門医のための研修だけでなく、欧米のような医学部教育での専門医養成もしていく必要がある。その改革は正にこれからである。

(3) 地域包括ケアにおけるプライマリケアの確立

地域では地域包括ケアがようやく本格的に進められつつあるが、そのネックの一つは地域でプライマリケアを担う医師の不足である(注21)。そのためどうすべきか。

すでに述べたように「在宅」と「予防」を柱とする本格的な医療制度改革が始まったのは、06年度医療制度改革関連法の成立を受けてからである。

厚生労働省の06年からの制度改正は、かつて老人病院と呼ばれた療養病床の削減により、社会的入院をなくす。その受け皿として、在宅で看取りもできる在宅療養支援診療所を新設するなどして在宅医療を強化、在宅での看取りをできる仕組みを作る。「病院で死ぬ」時代に終止符を打ち、在宅(住み慣れた地域での在宅に近い施設も含む)で安心してケアを受けられる(注22)。

これまでの老人保健制度に代わり、08年度から始まった後期高齢者医療制度の大きな狙いは、急性期以外ではできるだけ医療的ケアを減らし、高

高齢者の生活機能を重視した在宅ケアを介護と医療の両面からみていこうという点にある。

さらに08年の「地域包括ケア研究会」(座長・田中滋慶大教授)は、地域包括ケアについて「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制と定義する」とした。それを受け社会保障制度国民会議は13年8月まとめた最終報告書で「地域包括ケアの構築は団塊の世代のすべてが75歳以上となる2025年に向けて健やかに取り組むべき課題」として、25年までの地域包括ケア構築に向けて2015年度から市町村が地域包括ケアの具体化をはかる介護保険改正について

- ① 在宅医療・介護連携の推進
- ② 認知症施作の推進
- ③ 地域ケア会議の推進
- ④ 生活支援サービスの充実・強化

をまとめ、国は改正に踏み切った。

この中で、要支援者を対象にした新たな市町村事業として「介護予防・日常生活総合支援事業」をスタートさせ、それを円滑に進めるために前年の2014年夏に「地域における医療と介護の総合的な確保を推進する」ことを目的に「医療介護総合確保推進法」を2014年に成立させた。要支援の高齢者だけでなく、在宅で24時間安心して在宅で暮らし続けるためには①の医療と介護の確保、連携、は不可欠であり、そのための法律だった。

同法は「地域における医療と介護の総合的な確保を推進する」とあるが、市町村にとって医療と介護の確保に見通しが立ったとは言えない。

新たな基金の創設と医療と介護の連携強化などが柱で、それによる基盤づくり、条件整備は進められるが、在宅ケアを支える在宅医療について法的に確保させる強制力はない。依然として在宅医療を担おうとする医師は不足している。地域包括ケア、在宅医療に消極的な市町村医師会も少なく

ない。

何より問題なのはプライマリケアの仕組み自体の構築が立ち遅れ、プライマリケアを担う専門の医師が育っていないこと、そのことが地域包括ケア構築の上で大きな障害となっていることである。

地域包括ケアを進める上でのもう一つの障害は、住まいに加え医療・介護・保健福祉という総合的なケアを進めるにあたって、誰が責任をもってコーディネートしていくのかというキーマンの位置づけがあいまいなことである。

英国のNHSを支える多職種連携の中心はまぎれもなくGPであることはすでに述べた。日本での地域包括ケアを支える要は、医療・介護のヒエラルキーをみると、その役割は地域の「かかりつけ医」がふさわしい。開業医の実態をみると、地道に在宅医療に取り組み、多職種連携の中心的な役割を果たしている医師も徐々に増えつつあるが、まだまだ少数派である。在宅医療の研修も受ける機会がこれまでほとんどなかったために、開業医にもそうした意識は希薄である。

さしあたって高齢化のピークを迎える2025年までに地域包括ケアの構築、その柱となるプライマリケアを築いていくためには以下の要件が求められるよう。

プライマリケアの確立のためには、市町村で在宅医療を担う医師を市町村医師会に義務付けることである。現実に休日当番医制度は医師会としてその役割を担っている。地域包括ケアの構築、そのためのプライマリケアを担う専門医師が育っていない日本で、当面必要なのは、在宅医療を担う医師について地域医師会の責任で研修を義務付けて養成し、それを受けた医師により在宅医療を担うようにする。日本医師会も在宅医の養成のためのさまざまな研修を始めている。地域医師会の自主性にまかせずに、その確保を義務付ける。

同時に市町村行政及び地域の医師会に対して、昼間、夜間を問わず24時間の医療に関する相談窓口の設置を義務付ける。英国に限らず、ヨーロッパの家庭医制度をとる主要国は、専用の相談窓口

が家庭医の中できちんと位置付けられている。英国やオランダの場合の家庭医を見ると、まず電話相談で診察に来たほうがいいのかどうか、担当者（ほとんど看護師）が丁寧な聞き取りをし、振り分ける。

日本の場合、病診連携といわれながら、フリーアクセスであるがゆえに病院と診療所との役割分担が不明確なうえに、電話相談の仕組みがなく、振り分けができないために「3時間待つて3分間治療」という無駄な、非効率な医療サービスを結果として生んでいる。それを改善させるためには在宅医療へのシフトを法的に整備することが求められる。

出来高払いを柱とした診療報酬体系の思い切った見直しも求められる。「在宅と予防」を柱とした06年度の医療改革関連法の成立以降、在宅医療にシフトさせる在宅加算、例えば在宅療養支援診療所を指定し、24時間対応ができる体制づくりや看取り加算を設け、在宅での看取り促進を図ってきたが、まだまだ不十分である。外来だけで勤め人より平均で4倍～5倍の年収があるといわれる開業医の状況を変え、在宅医療、プライマリケアに取り組む医師が報われる診療報酬体系に変えていかないと、在宅医療を担う医師は増えない。同時に「はじめに」でも述べたように、高齢化の加速で、フリーアクセス、出来高払いを柱とした日本の医療制度をプライマリケアの確立、病院・病床区分の明確化、病院と診療所との役割分担を柱とした医療制度改革をすすめていかないと、医療費の増大は避けられない。費用対効果が明確となる制度改革への転換である。

地域包括ケアは仕組みを作ればできるわけではない。行政や専門職だけでなく、地域住民の意識の転換も求められる。

それには「支えあいの思想」を定着させることである。小松の提唱する「公益の思想」（注23）、さらに民主党政権当時の鳩山首相が唱えた「新たな公共」とも言い換えられる。

地域包括ケアについて先進的な取り組みを進め

る市町村の一つである東京都武蔵野市は「まちぐるみの支えあいの仕組みづくり」という言葉に言い換えて、その取り組みを進めている。

人類が初めて経験する日本の高齢社会は、行政だけでは財源的にも人的にも支えきれない。住民と専門職とが行政と一体になって支えあいのまちづくりを進めないと乗り切れない。それを進めていくための意識、価値観は「地域での支えあい」意識であり、それを持つためには、小松の言う「思いやりを持って手を差し伸べる公益の思想」（注23）の共有である。同時に本人が家族の多くが高齢化し、高齢に伴うさまざまな障害を持つことは避けられなくなった、この時代にも「明日は我が身」という切実な現実を見据えて「支えあう」という考えを持たざるを得ない時代になったということであろう。

とりわけ医療・福祉は健康や命に関わるだけに、医師らの専門職は人間性を土台にした公益の思想が不可欠である。

プライマリケアの確立、それを柱とする地域包括ケア構築のためには、意識改革も含めた日本社会全体のありようを変えていく取り組みが求められる。

（注1） 葛西龍樹「医療大転換——日本のプライマリケア革命」（筑摩書房、2013年）

（注2） 葛西「同上」書

（注3） 池上直己、J.C. キャンベル「日本の医療」（中央公論社、1999年）

（注4） 同上

（注5） 猪飼周平「病院の世紀の理論」（有斐閣、2010年）

（注6） 吉原健二、和田勝「日本医療保険制度史」（東洋経済、2000年）

（注7） 山路憲夫「国民は在宅医療に何を求めているか」（中央法規、佐藤智・編集代表「明日の在宅医療」第一巻「在宅医療の展望」所収、2008年）

（注8） 今井澄「理想の医療を語れますか」（東

- 洋経済新報、2002年)
- (注9) 島崎謙治「日本の医療——制度と政策」(東京大学出版会、2011年)
- (注10) 水野肇「誰も書かなかった日本医師会」(草思社、2003年)
- (注11) 山路憲夫「医療保険がつぶれる」(法研、2000年)
- (注12) 葛西「同上」書
- (注13) 同上書
- (注14) 貝塚啓明、財務省財務総合政策研究所「医療制度改革の研究」(中央経済社、2010年)や医療経済研究機構、健康保険組合連合会編「国際共同研究・持続可能な医療保険制度をめざして」(法研、2006年)
- (注15) 葛西「同上」書
- (注16) 松本勝明編著「医療制度改革——ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆」(旬報社、2015年)
- (注17) 澤憲明「これからの日本の医療制度と家庭医療(社会保険旬報2489号～2513号所収)」(社会保険研究所、2012年3月～2012年11月)
- (注18) 澤憲明「これからの日本の医療制度と家庭医療 第三章英国の医療制度と家庭医療(社会保険旬報2494号所収)」(社会保険研究所、2012年5月)
- (注19) 同上
- (注20) 同上
- (注21) 例えば東村山市が2015年に市内45の在宅介護支援事業所及び5地域包括支援センターを対象に実施した「在宅医療及び多職種連携アンケート調査」からもその一端がうかがえる。それによると、訪問診療を利用している要介護要支援の高齢者204人のうち、市内の医療機関の利用者は90人、市外の医療機関は114人。半分以上を他市の診療所医師らが担っていた。
- (注22) 山路憲夫「国民は在宅医療に何を求めているか」(中央法規、佐藤智・編集代表「明日の在宅医療」第一巻「在宅医療の展望」所収、2008年)
- (注23) 小松隆二「公益の時代」(論創社、2002年)