

イギリスのプライマリケアから日本の在宅医療を考える (注)

GPクリニック自由が丘院長 齊藤 康洋

目 次

1. 日本とイギリスの医療制度
2. イギリスのGPの医療
3. GPの教育システム
4. イギリス家庭医の専門性：Competence
5. 患者主体のコミュニケーション能力
6. イギリス医療の強み
7. 日本の在宅医療とは
8. 在宅医療のアウトカム評価
9. 最後に

(注) 2019年3月29日、株式会社日本総合研究所は、齊藤康洋氏を招いて勉強会を開催し、その内容を掲載したものである。本稿は、齊藤氏の許可を得て編集し、すべての文責は株式会社日本総合研究所にある。

1. 日本とイギリスの医療制度

日本では、人口が減り始め、高齢化率が上がっている現状のなかで、出生数と死亡数が逆転している。また、死亡場所についても、1950年代は8割が自宅であったが、今は8割が病院、自宅が12~13%である。医療費は増加を続け、他国に比べて平均入院日数や病床数、外来受診率が非常に多いという状況にある。

一方、イギリスでは、NHS（ナショナル・ヘルス・サービス）という制度が1948年に設立された。基本的な理念は、公平な医療を必要とする人に無料で提供するというものである。完全に国営ではなく、公民のミックス型の公共サービスである。最大の特徴は、プライマリケア（1次医療）を基盤としていることである。そして、そこを担うのが、いわゆるGP（General Practitioner）という家庭医である。

一般に、9割方の健康問題はプライマリケアで対応可能といわれており、それらをGPだけでなく、看護師やソーシャルワーカーをはじめとするプライマリケア・チームが対応している。また、以前は「ゆりかごから墓場まで」といわれるように生まれてから亡くなられるまでGPに登録するというシステムであったが、近年はGPに質やアクセスの面で差があることもあり、GP個人ではなく診療所に登録するようになってきている。加えて、登録先を選べる等、制度も少し柔軟になっている。

では、日本とイギリスの違いは何か。まず、医療提供体制は、日本では病院の8割を医療法人を含めた民間が担っている一方、イギリスでは、いわゆるNHSのもとで公的な医療機関が対応している。財源は、日本では保険料が主である一方、イギリスでは基本的には税であり、国民保険料も一部入っている。また、日本では国民皆保険であり、自分の好きな医療機関に自由に行ける、いわゆるフリー・アクセスが保障されているのに対し、イギリスではあらかじめGPを登録し、そこを通さないと病院や専門医に診てもらえない仕組みである。報酬については、日本の出来高払いに対してイギリスは人頭払いであり、最近は出来高払いも入ってきている。イギリスでは、24時間電話で医療相談を受け付ける電話相談サービスというのも今は普及している模様である。

プライマリケアの担い手についてみると、日本の場合、何らかの専門の教育、呼吸器なら呼吸器、循環器なら循環器という専門の教育を受けた医師が1次医療を担っている。それが開業医の場合もあれば、市中病院の場合もあれば、時には大学病院の場合もある。もっとも、近年は、紹介状がなければお金がかかるようにする等、交通整理するような診療報酬の仕組みにし、アクセスの制限をしているところである。

これに対してイギリスの場合、GPとしての教育（ジェネラル・プラクティス）を学んだ医師がGPの診療所（サージャリー）で担うというのが一般的である。サージャリーの特徴は、複数の医師が共同で診療所を構えるグループ・プラクティスであることである。日本だと、一人の医師が担うソロ・プラクティスが主流である。

その他について日本とイギリスの違いをみると、例えば平均寿命や総保健医療の支出はほとんど変わらないが、医師の数では人口1,000人当たりでイギリス2.8人、日本2.2人と、イギリスのほうが若干多い。看護師の数、人口1,000人当たりでイギリス8.6人、日本10人と逆に日本のほうが少し多い。もっと大きな違いがみられるのがベッド数である。急性期の病床数では、人口1,000人当たりでイギリス2.4床、日本8.0床と、日本ではベッドの数が非常に多い。そして、CTやMRI等の検査機器の台数をみると、人

口100万人当たりでイギリスのMRI5.9台、CT8.9台、日本のMRI46.9台、CT101.3台と、全然数が違う状況である。

私がイギリスに行っていたときも、大学病院でもMRIを置くスペースがなく、外にバスのように大きな簡易的なMRIの設備を横付けしているという環境であった。日本のように1クリニックでCTやMRIを装備しているようなところはほぼみられなかった。このあたりは、医療費という側面からみると、多くの問題をはらんでいる気がする。また、開業医側の視点からいうと、高い精密な機械を入れたからにはもとを取らなくてはいけないという側面もある。本当に必要かどうか分からない患者にまで検査をせざるを得ないような状況になっていないかというのは、一つの重要な視点と思っている。

もう一つ、イギリスに2年程度住んでみて本質的な違いが何かあるのではないかとということで、国民の医療に対する期待にも違いがあるのではないかと感じている。ざっくりいうと、日本ではみんなに平等な医療が期待されている一方、イギリスでは公正な医療が期待されている。もう少しわかりやすい例でいうと、平等な医療は同じ環境の人に対しては非常に効果が出やすい。

例えば、医療を足台とみなし、壁の向こう側の野球の試合をみようとしたとする。身長が異なる人と同じ高さの足台を提供しても、身長の低い人は試合を見ることができない。つまり、平等の医療を与えても、結果的にはそれが公平 (Equality) に分配されるわけではない。全員がみることができるようにするには、身長に応じて高さの違う足台を用意する必要がある。状況に応じて医療の配分を変えなくてはいけないという意味での公平、それがEqualityであると感じている。平等であるべきというような根本的な考え方が、日本では強いのではないかと感じている。

2. イギリスのGPの医療

それから、もう一つ、イギリスでGPとして活動している方の話である。GPの役割について、一般的にGPはゲート・キーパー、すなわち1次医療を担いながら、2次医療や3次医療を本当に必要とする人の門番の役割をしているといわれるが、GP側からすると、そんなおどろおどろしい役割ではないといたい。自分達は適切な医療を適切な人に導く役割を担っており、むしろゲート・オープナーと考えている。この話は個人的にすごく感銘を受け、確かにゲート・キーパーでは少しネガティブなイメージにも捉えられるわけであり、言葉一つで全くイメージが変わると感じた。

大分前になるが、私がイギリスにいた2003年頃のNHSの状況を振り返ると、待ち時間の問題、入院や手術の待機の問題、さらには医師が足りないといった問題が連日テレビで報道され、NHSに対するイメージは決して良くないということを肌で感じていた。当時のブレア首相は、医療費の予算投入を強化したり、プライマリケアの重要性を唱えたり、間に合わない患者は海外で手術してもらうとか、医学部を増やして医師を育成するしかない等、多くの取り組みを実施したものの、それでは間に合わない。そうすると、海外から医師を呼んでこよう、本当に待たないでそういう政策を進めている渦中だったと記憶している。

その当時、「新しいNHS」という触れ込みでやっていたが、その後どうなったかというのと、とにかく医療費に予算をつぎ込むということで、当時6%だった保健医療費の対GDP比を9%台まで引き上げ、NHSへの政府支出も2000年の540億ポンドから2009年には1,200億ポンドに増やした。その結果、入院の

待機が1998年の約15週間から2009年には4週間程度まで短縮した。とくに急を要する、あるいはがんのような、早急な対応が必要な患者については2週間にする等、少し差別化も図ったりしながら工夫している。そして、医師の数は、1995年から2007年の間で8万人から11万人に3万人増えた。患者満足度については、1997年の34%から2009年には大分回復して72%まで上昇した。その後、ブラウン政権になり、それまでの路線を継承しつつ、より経済効率を意識したような体制に改革されていったと認識している。

とはいえ、パーフェクトな医療制度というのはなかなか存在しない。その後、2010年から労働党政権からキャメロン首相の保守党政権に変わった。加えて、リーマンショックをはじめとする経済的な問題もあり、そんなにお金をかけられない状況になってきた。そうすると、より自立性・効率性を求める環境になっていく。結果的に、やはり医療費を節減せざるを得ないとか、あるいはもう少し市場の競争を強化する形になっていく。そうすると、やはり病院や救急医療の予算が足りなくなり、本当に目指す公正な医療が保てるかというような状況に再度入っていく。

労働環境が厳しくなってきた数年前には、時間外の給与体系の変更に関してイギリスのジュニアドクターがストライキを起こすという報道が目立つようになる等、少し違った意味での環境の厳しさが出てきた。例えば、週に1回か2回、夜中の当直後に通常業務に入る等の形で24時間の勤務があり、外科の医師に至っては手術までそのまま入るといのがごくごく当たり前であった。ここ数年日本でも、当直の翌日は半日オフとか1日オフといったようにメスが労働環境に入るようになった。こういった環境改善は若い医師や研修医から始まっており、管理職はまだそこまでいかないというのが現状である。今後はそこも大きく変わってくると思うが、そうすると、恐らく医療そのものが変わってくるので、そこを今度日本の国民がどう受けとめるかという、また次の問題がきっと生じてくる過渡期にあると感じている。

イギリスでの労働環境の改善について、ブレア首相の労働党政権の頃からみると、まずはNHSの予算を増やして医師不足や待ち時間の問題を解消する。それ以外に24時間の電話サービスを入れることにより、夜間や救急時の医師の負担を減らす。そして、NICEという機関でサービスの質の評価をしたり、ガイドラインに基づいた医療を行うということで、医療の均質化であったり、適正な医療を行うような取り組みをしていく。そういったところが大きな枠組みであったと思う。

その後、政権が連立政権、保守党政権に代わるもとの、GPを個人で選ぶというよりは診療所単位で選ぶようになり、より公平に医療を選択できるようになった。また、それまで人頭払い方式が中心であった医師への報酬についても、提供する医療サービスの質や成果に対しても評価する、Quality and Outcome Frameworkという仕組みに変わってきている。

もう3年前になるが、イギリスでGPとして活動している日本人医師の職場を見学した。診察室は、私がイギリスにいた頃の16年前と変わらず非常にシンプルな作りであり、医療機器も体重計や採血の道具といった必要最低限のものだけであった。患者は基本的に予約外来であり、予約外の患者については電話対応を担う別の医師が対応することで、スムーズな診療活動が可能な環境が整備されていた。グループ診療のメリットといえよう。

見学の際、1番インパクトを受けたことは、すべての医師が地域の医療の状況を把握しているということである。具体的には、地域内の登録患者の数や年齢、性別といったデータだけでなく、疾患の内容

や状態まで入力されている。例えば、糖尿病の患者が何人このクリニックに登録しており、これらのデータは重症度によってカテゴライズされている。インスリンを投与されている患者が何人いるか等、細かな情報についても瞬時に把握可能である。患者個々人ではなくまさに地域をみているという意味で先進的と思った。

これらのデータを入力するのは、専門の看護師である。診療の前に30分くらいかけて看護師が患者の話聞き、患者の状態や細かい情報、現状等について決まったフォーマットに基づいて入力する。その後、その内容を活用して医師が患者を診察する。あるいは、診療のなかでインスリンの使い方の指導が必要という場合には、診療終了後に看護師が説明をする。医師と看護師の役割分担が非常にうまく機能しているとの印象を受けた。

そういう意味では、イギリスのGPはプライマリケアの部分をチームとして担っているといえる。看護師やソーシャルワーカー等の多職種もやはりチームで一人の患者さんを診ているという意識が非常に強いので、このあたりは日本も学んでいくべきと思うが、実は、これに近いのが日本の在宅医療である。在宅医療では、一人の在宅医が患者さんを診るという部分は非常に限られており、診療や投薬、コンサルテーションといった在宅医の仕事だけでは全くその人をみるには足りない。それ以外にもっと必要な役割があることは、後で触れることにしたい。

イギリスで見学した際、GPの往診にも同行した。日本でやっている往診と診療的なことはほぼ変わりなかったが、システムという点では、介護保険制度の存在をはじめ、逆に日本の方が先進的な部分もあるかなという気もした。ただ、イギリスではGPが往診も含めてグループという形でプライマリケアを担っており、その点では非常に役割分担がしっかりしているといえる。

3. GPの教育システム

ところで、私がプライマリケアをみにイギリスに行った1番の理由は、教育システムに興味を持ったからである。なぜならば、私の身近にある医師像というのは、いわゆる町医者であったためである。将来自分が目指す医師像に家庭医がイメージ的に非常に近いと感じて、大学6年ぐらいから目指すようになった。

では、どうしたら家庭医になれるのかを日本で探したときに、当時そういう研修のシステムはほとんどなかった。家庭医療であったり総合診療という名前がある病院がまだ全国で二つとか三つとかの時代で、みんなどうしているんだろうと思ったら、やはり大学で循環器や消化器等の専門科で学び、10年ぐらいしたらそれをベースに開業する。開業してから、いや、実は循環器だけ診ているわけにはいかない、小児も診なくてはいけないということで、現場でそれを学んでいく。あるいは、継承の開業が多いので、親がしてきたことをずっとみながら身に付けていくというような仕組みというか、それしかない状況であった。なので、今、海外の事情をぜひみたいというところで留学したといういきさつがある。

家庭医の学会もなかった20数年前、唯一存在した家庭医療研究会に行き、家庭医療には、イギリスのジェネラル・プラクティスとアメリカのファミリー・メディスンがあることを知った。イギリスもアメリカも経緯は違うが、その研究会で海外の先生の話聞くチャンスがあったとき、1995年前後だったと思うが、今の日本の状況をアメリカと比べるとどれぐらい遅れているかという質問が出た。今の日本は

40年ぐらい前のアメリカに似ているという話であった。40年も遅れていることがすごく印象に残っている。

イギリスに話を戻すと、1948年にNHSが誕生する。そして、1952年に、イギリス家庭医学会（RCGP）が設立され、そこから家庭医の研修プログラムというものが開始されるようになる。当時はそこまでシステムティックではなかったが、はしりであった。1960年代、今から50年ぐらい前に、実際に今度は家庭医療の専門医の資格と試験を導入することになった。ただこれは、あくまでも任意のものなので、全員がそれをやらなきゃいけないというわけではなかった。1981年になって、GPをやる人は3年間の家庭医の専門研修プログラムを必修化するようになった。ただ、そうはいつでもプログラムはまちまちであり、研修医の質を均一に保てていない状況だったようである。そして、2005年に卒後医学教育・研修委員会（PMETB）が設立される。いよいよ、GPになる人全員に、この研修プログラムを受けることと専門医制度で試験を受けることが必須になると。ここを通らないとGPとしては認められなくなったという経緯である。

では、日本が今、家庭医という側面でどの辺にあるかということ、イギリスの1960年代から1970年代ぐらい、そうすると40年ぐらい前に当たるかと思う。正直なところ、まだまだ日本では「家庭医」という表現は残念ながらないが、こういう家庭医療、あるいは、ジェネラル・プラクティスを担う医師の育成というのはこれからという状況である。

日本で医師になるには、6年間の医学部を経て、卒業の後、国家試験を受ける。そこで初めて医師の資格を得るわけだが、実はイギリスには国家試験がない。大体5年から6年の卒前教育を受けた後、日本でいうところの卒業試験に当たる最終試験を大学ごとに受けて、それでもう医師になっていく。なので、大学の最終試験が非常に質的にも大事になってくるわけであるが、システムとしてはそのような形になっている。その後、基礎研修を2年、主に病院で受ける。そこから2年、日本だと初期研修に当たるものを受けた後、期間3年以上の専門研修に入る。日本ではこれを後期研修という。なので、イメージとしては日本もイギリスに近いといえる。ただし、この後期研修というか専門研修の段階で、病院の専門医療の道と、いわゆる家庭医療の道に分かれる。つまり、病院で働くことを意図している医師と、日本でいう開業医のようなことを意図している医師とでは、ここで大きく分れ道ができる。

専門研修の3年間のうち、GPを目指す人は1年間みっちり診療所での研修を受ける。日本には残念ながらこういうシステムは十分にない。そして、家庭医療専門医試験を受けた後に晴れてGPになるわけである。とくにこの3年間の専門研修のなかでは、最初に家庭医療の基本的な知識や技術を半年ほど学んだ後、病院にまた少し戻ることが多いようである。というのは、初期研修というのはあくまでも基本的な、基礎的なことをベースに学ぶものなので、決してそれをやれば医師として十分というわけではない。例えば、救急の部門をもう少しきちんと学びたいとか、小児科をもう少しきちんとやっておきたい、高齢者のケアをやっておきたい、あるいは腫瘍内科とか、そういう自分で少しその辺の選択のバリエーションはあるようであるが、病院でもう少し深めた医療を学びつつ、1年以上かけて診療所での研修、実習を受け、そこがやはり大きな意味を持つ。ここには必ず家庭医療の指導医がいて、そこで学ぶことになる。指導医のことをGPトレーナーというが、それに1年間弟子入りするような形である。そして、専門医試験を最終的に受ける。イギリスでは2007年からこのシステムが始まっているが、2009年

の時点では3,382人の枠に応募が6,200人あったということで、やはりそれなりの人気があり、内科と同水準の人気があると当時いわれていた。

4. イギリス家庭医の専門性：Competence

循環器とか消化器だと専門医というのがイメージしやすいが、イギリスの家庭医の専門性は何なんだろうという話になってくる。家庭医の専門性六つを「コンピテンシー」として定義しており、第1は、プライマリケアのマネジメント、すなわち、あらゆる健康問題を扱いつつ、必要に応じて多職種や臓器別の専門医と連携していく。プライマリのところをしっかりとマネージする。先ほどのゲート・オープナーのところである。

第2は、人間中心のケア。患者の個性を尊重し、患者のパートナーとして継続的に、1回1回の診療も大事であるが、それを経時的に追いかけていくというか、付き合っていくことを大事にする。

第3は、プライマリケア特有の問題解決能力。これもなかなかイメージしづらいと思うが、例えば高血圧や糖尿病の場合、専門医療もあるが、専門医に行くほどひどくない軽い段階であれば、プライマリケアで対応するというのも一つの選択である。それ以外に、例えばアルコール依存の問題、あるいは家庭内暴力の問題とか、地域に出るとそういう、疾患ではなくてプロブレムという形で様々な問題が出てくる。あるいは、禁煙・喫煙の問題であったり、海外になるとやはりドラッグの問題、そういったものも含まれてくる。そういったプライマリケア特有の問題も解決していかななくてはいけない。

第4は、包括的アプローチ。これは急性・慢性を問わず、複数の問題に同時に対応する必要がある。日本の場合、心臓は循環器の先生、喘息は呼吸器の先生、皮膚は皮膚科の先生と、一人で三人も四人も主治医を持っている患者が結構高齢者に多い。それが本当に必要な場合は良いとは思いますが、実は、一人のある程度全身を診られる医師がいれば、プライマリのところは家庭医が担うというような形をより徹底しているということである。そこには予防や治療、生活支援、生活指導とか、そういうところまで入ってくると思う。

第5は地域指向性である。個人々々を診るということも非常に大きな役割だが、やはり地域という単位で疾患を診ることも非常に大事である。例えば、地域特有の病気があるというわけでは決していないが、エリアによっては、例えば震災で被害を受けた地域では精神的な問題が出てくるとか、あるいは、生活習慣の問題が出てくるとか、それは本当に地域地域で全然違ってくるので、やはりその地域に応じたニーズに合わせてやっていく必要がある。

最後に、全人的なアプローチである。病気をみるのはもちろん大事だが、病気だけでなく、その人個人をみることと併せて、個人だけでなくその家族も含めて診るというのが、家庭医の大きな信念というか、ポリシーになっている。

実は、数年前から日本でもそういう動きは出てきている。具体的には、専門医制度というのが現在見直されている。専門医制度自体が、これまでは臓器特有の専門医が尊重されてきたが、国際的にプライマリケアという概念を取り入れていくべきという風潮もあり、日本でも臓器別のままでは成り立たなくなっている状況にあると思う。そこで、専門医制度というのをもう一度見直していこうということになり、去年から総合診療専門医という一つの専門医として、育成も含めて進めていくことになった。

もっとも、これも本当に様々な経緯があり、イメージは家庭医だが、結局「総合診療専門医」という名前に落ち着いたという状況である。総合診療専門医の六つのコアコンピテンシー（注）を日本専門医機構のホームページでみると、やはりほぼGPのコンピテンシーに合致する。ちょっとした文言は違うが、ほぼ近い。

（注）六つのコアコンピテンシーとは、①連携重視のマネージメント、②人間中心の医療・ケア、③診療の場の多様性、④包括的統合アプローチ、⑤地域志向アプローチ、⑥公益に資する職業規範。

5. 患者主体のコミュニケーション能力

イギリスでもそうだが、家庭医に一番要求されるのは、患者を主体にしたコミュニケーション能力である。非常に漠然としているが、これをいかに専門医として身につけるかが大事になる。では、コミュニケーション能力をどうやって身につけるのかと。今まで私もそういった教育を受けたことはないし、どうやって身につければいいのかというのも正直十分理解しているわけではない。イギリスではどうしているのかという話である。

イギリスの専門医試験の構成をみると、ピラミッドで表すことができる。下から、まずは知識をみる、次に技能をみる、最終的にはそれを行動に移すという行動力をみる。それらをそれぞれ評価する形になっているが、知識と技能のところは日本の試験でもよくやられている。では、行動に移すというところをどう評価するかが大きなポイントになる。

そこで、日本とイギリスの専門医試験を比較してみる。日本でも家庭医療専門医の試験が学会レベルで行われるようになった。あくまでも学会レベルである。日本の試験はどうかというと、知識の部分は記述試験、技能の部分は模擬診察であったり、面接であったりという試験をする。実際にその試験の場で模擬患者に対して診察をする、といった形で評価している。では、行動の部分をどうやって評価しているかというと、ポートフォリオという形で、実際に自分が経験した症例を書類ベースで起こしてもらい、それを評価するというのが一般的な日本の家庭医の専門医試験である。

一方、イギリスではどうしているかというと、知識の部分は記述試験、具体的にはコンピュータで選択式でやられているようである。技能の部分は模擬診察である。そして行動の部分は、3年間継続して評価していくシステムをとっていて、ポートフォリオもいわゆる紙ベースではなく電子ポートフォリオとして、自分のアカウントを持って、自分のポートフォリオを日々更新していく形になっている。自分が経験した症例や、それに対して調べた文献、そういうログをどんどんつくっていく。また、研修に出たものをそこに記録していく。それで得た成長をまた載せていく。研修の間、継続してポートフォリオを育てていくみたいな感じである。それを評価するのも大変だと思うが、ポイントポイントで指導医と評価しながらやっていくというようなつくりになっている。

この行動の部分には様々な評価項目があり、これをWork Place Based Assessmentと呼んでいる。コミュニケーションや全人的な医療、あるいは診断と意思決定、それらを幾つもの評価方法を用いて、なるべく網羅して評価するように工夫されている。具体的には、主だったところをいうと、日本であまりみられないのは、一つは多職種からのフィードバックである。診療所に研修医として1年間勤務すると、

いろんな職種の人と接するので、多職種からその研修医に対する評価をもらう。実際に評価票があり、事務として、看護師としてその先生をどう思うか記入してもらう。それから、患者からの評価。これも少し驚いたが、自分が担当している外来患者に対してクリニックから質問票を出して、あなたの担当の研修医はどうでしたといったことを尋ね、患者からのフィードバックもeポートフォリオに入力していくことになる。

診療の技能のところでは付け加えると、実際に診療の様子をビデオに録画し、もちろんあらかじめ患者の了解をとって、それを後で指導医と一緒に診て、その診察の仕方や様子ももちろんであるが、やはりコミュニケーションのところが重要になる。このときの君のこういうコミュニケーションの仕方はどうだったとか、そういったことを一緒に評価するというようなところまで実際に行われていて、本当に驚いた感じであった。

私の経験だが、イギリスで修士課程を大学で受けた際、幾つもの教育診療所から研修医達が週に1回集まる機会があり、そのための時間も確保されていた。半日集まって、自分の診療であったり、指導医とのディスカッションの内容等をお互いに持ち寄って、ピアレビューではないが、評価し合うというのも一つ。ここでもやはりビデオ評価をしていた。自分の診療所で撮ったビデオを持ってきて、みんなでそれをみて、どう思うとかを話し合う。一つのコミュニケーションに対してここまでやっているというのは、なかなか日本ではないと感じた。こういったことがごくごく当たり前のようにあちこちで行われているというのが現状であった。

改めて振り返ると、イギリスでは患者を主体にしたコミュニケーション能力を非常に重視しているといえる。また、ICTを活用してGPの質の管理が徹底されている。さらに、指導医や患者、多職種、学会といったところからの形成的評価が行われていた。学会、医師会、国、第三者機関等の間で連携がうまくとれているというのがイギリスの特徴と感じた。

6. イギリス医療の強み

そういう意味で、イギリスの医療の強みを整理すると、NHSがベースにあるということが日本との根本的な違いではあるが、医療の適正な配分がしやすいシステムかなと思う。また、やはりGPの教育システムが非常に確立されているので、質が保たれている。コミュニケーションを重視し、過度な検査や薬に頼らないので、診療費をある程度抑えることが可能になっている。さらに、すべての患者はどこかの診療所に登録されているので、地域の医療統計を正確に得ることができるし、それによるプライマリケア・レベルの研究も進んでおり、ここがやはりイギリスの最大の強みであると個人的には感じている。

それから、報酬面について、人頭方式だけでなくQuality Outcomes Frameworkという形で医療の成果に対しても支払われることになり、それが逆に医師のモチベーションにもなっているという相乗効果を生んでいる気もする。いかに限られた予算と医療資源というものを公正に効率よく使うか、ここにイギリス医療の強みが集約されているかと思う。決して良い部分だけではなく弱みもあり、日本にも強みがあり、全部イギリスを真似るべきではないと思うが、ここを非常に徹底しているというのが私から見たイギリスの医療の強みかなと思う。

では、日本ではこれがなぜ普及しなかったのかという話になる。これについては私見もあるし、偏った考えの部分もあるかもしれない。あくまでも私見として受けとめていただきたいが、まずベースとして、欧州では当初から病院、診療所というのは区別されている。公立の病院が多かったのも、その区別がしやすかった。日本でも公立の病院はあるが、大部分が民間の病院であり、病院と診療所の区別がなかった。区別していないという良さも悪さもあったと思う。

また、医療の基本を学ぶ大学病院には、基本的には専門医を育てる教育、それはそれで非常に大事な部分ではあるが、一方で開業医になりたい人、開業医を目指す人が育つ環境・教育がなかったと思う。それが今も十分でないというのが現状だと思う。

それから、これも今の日本の医療をつくっている要素の一つと思うが、1973年の老人医療費の無料化がある。おぼろげながら覚えているが、高齢者が病院にお茶をしに行くような、サロンみたいな感覚で、今日も明日も病院に行くというのをみてきた。実際、外来がサロンみたいになり、長期の入院も検査、薬漬けも当たり前というような状況であった。実は、1985年に当時の厚生省は「家庭医構想」を持ち上げたことがあった。それがなぜ進まなかったかという、諸説あるが、一番それを阻んだのは日本医師会だったといわれている。結果的にはポシヤったわけであるが、「家庭医」という言葉すらそこからはNGワードになっているというのが日本の現状である。総合診療専門医の名称決定に紆余曲折あった背景には、「家庭医」というこの言葉が本当に葬られていることがあるというのが個人的な見解である。

さらに、やはり教育。プライマリケア教育、それから専門医制度、それらが確立していないということ。加えて、残念ながらそれを担うべき国、医師会、大学、学会、各々が各々の思惑で動いており、それが混沌としたまま停滞しているというのが今の日本の現状かなと考えている。ただし、日本は日本独自の医療というのが育ってきているという側面がある。その一つが在宅医療であると感じている。「家庭医」という言葉にこだわる必要は全くないが、日本でそれに近いのは、現状では在宅医療であるとイギリスの家庭医療をみても感じる。

7. 日本の在宅医療とは

私自身がここ10数年やっている在宅医療で主に扱う疾患は、脳卒中の後遺症であったり、認知症であったり、難病であったり、慢性呼吸不全、心不全、大部分は高齢患者である。しかも、治る見込みが極めて乏しい方々でもある。最近とくに増えているのが悪性腫瘍の患者である。病院で治療していたが、これ以上は治癒の見込みのない状況というのが出てくる。病院ではもうやることはないというような言われ方をすると、どこに行けばいいのというケースも出てくる。そういった悪性腫瘍の方々、それから小児の難病の患者、生まれてすぐに人工呼吸器が必要になった方々というのは、病院ですべて過ごしている場合もあるが、うまく環境を整えれば自宅に戻ることができる。潜在的には非常にこの層はまだたくさんいるかなと思う。

在宅医療を受けるようになる経路をみると、あくまでも私の診療所の場合であるが、約半分は病院からである。今まで外来に通えていた高齢者が、あるとき突然脳梗塞を起こして麻痺が出て通院が難しくなるとか、肺炎を起こして入退院を繰り返している。そういった方々が、そろそろ通院は難しいから訪問診療に切りかえたらというような形で相談が来ることが多い。また、悪性腫瘍では、もう治療のしよ

うがないというような方々からの依頼が来ることが多い。意外と患者や家族から直接というのは1割にも満たず、訪問看護ステーションやケアマネジャーといった他の媒体から依頼が来るケースが多い。そもそも一般の方々は、在宅医療が何かもわからないし、どこでそれをやっているのかもわからないし、情報へのアクセスのしようがないというのが実情かなとも思う。

ところで、在宅の医療とは具体的にどのような医療なのか。入院の医療と在宅の医療は基本的には違う。同じ部分もあるが、入院の医療をそのまま在宅に持ってくるというのが在宅医療ではないということをお願いわけである。そもそも目標が違う。入院の治療は病気の治療であり、できるだけ延命を図る。一方で、治る見込みのない、あるいは、治療のしようのない方々が増えている。そういった方々にとっては、でも生活は続くので、そのquality of lifeをどうやって保つかとか、あるいは、いかに自然な形で死を迎えるか、ということが一つの大きな目標になっている。

病院に行くと皆さんそうだと思うが、患者は先生に言われるがままで、不満はあっても、はい、はいという感じで依存的になることが多い。一方、自宅だとそういうわけにはいかない。よくホームとアウェイという表現をするが、医師からすると患者の自宅はアウェイなので、患者自身の判断による選択を非常に重視するし、実際そうである。肺炎になっても自分は絶対に入院しないという患者も多い。それでも入院するほうがメリットが大きいと判断すれば、何とかして入院させるケースもあるし、一方で、患者自身の選択を尊重して、医師としてやれるだけのことをやる。リスクはそっちのほうが高いということを説明しながら、最期まで自宅でというケースもある。そういう意味では、本当に個別の対応である。

療養期間も、今は入院だと平均在院日数が2週間前後であるが、在宅の場合、私が経験した在宅医療の最短は今のところ4時間である。自宅に戻って4時間後にはお看取りというケースである。もっとも、それはそもそもお看取りを意図して戻ったわけであるが、最期は自宅で迎えたいということである。病院から戻る途中で心停止になるかもと言いながら自宅に戻り、やれやれ良かったと言って、家族でお寿司でもとってとやっているうちに、呼吸がとまっていた。でも、最後はみんなで家で看取れて良かったねというふうになった。最期を自宅で迎えることができたという、それを非常に大事なものとして受けとめる場合には、それすらやはり意味があることになる。一方、長期になると10年以上という患者もいる。幅は非常に大きい。

また、判断についても、入院だと基本的に病気を中心に考えるが、在宅では病気だけでなく生活や家族も考えることになる。とにかく病気を治す医療が入院、在宅医療は生活を支える医療ということになるが、どういったことを支えるかという、まずは症状のコントロールである。生活には食事も排泄も入浴も睡眠も、すべてかかわってくるので、逆にこれのどこかが欠けると生活が成り立たなくなる。そこで、この1個1個を誰が何をどのように担っていくかというところを、きちんと担保していくというところまでカバーするのが在宅医療ということになる。

在宅療養については、最期までというのはなかなか難しいということ聞かれるが、実際どういったところが困難かという、やはり家族への負担であったり、急変時の不安、これが大きいといわれている。どんなことが対応困難と感じるか、以前、自分の地域のケアマネジャーに聞いたことがある。ケアマネジャーは介護職なので、医療の部分を苦手を感じていると思ったからである。すると、医学的対

応困難例を挙げた方は非常に少なく、半分以上の方が家族対応で困っているとの意見であった。

では、何で困っているのかというと、そもそも家族が患者の病状について理解していない。今後を含めて病気の経過について理解していない。そして、環境的に老老介護であったり、認認介護であったり、独居であったり、家族内でもそれぞれの意向がばらばらであったり…。

一例を挙げると、65歳の独身女性、大腸がん末期の患者であるが、診断したときには肝転移があった。がん専門病院で化学療法を2年受けてきたが、これ以上治療は難しいといわれたところ、自身でネットで探して、漢方の医者、自費の血管内治療の医者、免疫療法、あらゆるところを調べて渡り歩いていた。けれども、どんどん症状は悪化していくと。そこに入っていた訪問看護師からSOSが私の診療所に来たという経緯である。診察時、本人には病状理解がなく、また、療養環境としては認知症の母親と同居していた。兄弟とも疎遠であり、飲み残しの薬剤も多量にあった。結果的にはその3週後には亡くなられるんですが…。

その3週間で私が行った介入としては、まず、本人から話を聞いて病歴を整理し、現状を説明して理解していただく。そのうえであちこち行っていた医療機関を整理し、服薬指導を行った。そして、疎遠だった弟夫婦と連絡を取り、現状と病状を伝えて、協力を理解していただく。また、認知症の母親については、ケアマネジャーをはじめ周囲の多職種と協力し、緊急避難としてまずはグループホームに入所させた。残った本人もこのままでは一人でやっていけないので、緩和ケア病棟を探して入院させ、そこで亡くなったという感じであった。これは決して珍しくなく、こういうケースも多々経験している。

そういう意味では、在宅医療では家族力というものが非常に大事になってくる。今後、そういうことも含めて、日本では、地域包括ケアシステムとか地域医療構想で何とかしようというような流れになってきている。地域包括ケアシステムというのは、医療だけでなく、介護あるいは保健福祉、そして住まいのところまでを包括的にケアしていこうというもので、まずは地域が必要なサービスを各地域で構築することが必要になる。これは、本人に必要なサービスを家族や多職種で構築してくださいというような考え方に基づいていると思う。つまり、今までは国が何らかの形を、仕組みをつくってあげて、それに乗れば最期まで安心という意識があったかもしれないが、今後は、ここから先はもうあなたたちの地域で、あなたたちが自分たちでそれをつくるという姿勢がより求められているという状況にある。

8. 在宅医療のアウトカム評価

イギリスの医療と日本の在宅医療をざっとみてきたが、どういったことを考えていったらいいのかなという一つに、やはりきちんとした評価が必要である。ストラクチャーやプロセスを評価するのも大事であるが、やはりアウトカムを評価していかななくてはいけないということである。

アウトカム指標というのは、2時点、あるいはそれ以上の時点の間に生じる心身の健康状態や生活状態の変化、あるいは、費用対効果をみるものであると考えている。どういったものが在宅ケアでアウトカム評価できるかという、健康状態の肯定的・否定的な変化であったり、提供されたケア、疾病や身体障害の経過により生ずる変化であったり、利用者のケアに対する満足度であったりする。もう一つ大事なものは、やはり家族である。家族の満足度であったり家族力、介護力、負担力、負担の程度、そういったものが非常に重要な指標になるかなと思う。もちろん費用対効果も大事になってくると思う。高齢

者の栄養状態を測るには、さらに細かい指標があるかもしれない。

アウトカム評価の課題としては、何を本当のアウトカムにするのかきちんと決めるという部分と、何をもってそれを測定するか。個々でそういう研究はなされているが、共通認識のある測定用具を用いることが大事ではないかなということと、在宅の場合は、本当に患者の状態だったり環境であったり、アウトカムというのが複雑に絡み合っているので、分析するのも容易ではないと思う。だからこそ、きちんとしたデザインのもとで評価していく必要があると思う。

そういった意味で現場は問題の宝庫ではあり、これらをもっとリサーチしていかなくてはというアイデアは沢山あるが、残念ながらそういったノウハウであったり、リサーチの基盤というのが非常に乏しい環境にある。なので、デザインの段階から、行政や大学、シンクタンク等と密にコミュニケーションをとり、現場の課題をうまくリサーチに結びつけていくことが大事と考えている。研究のノウハウや実行力に乏しいというのが現状である。なので、イギリスから学んだ在宅医療の推進力としては、もちろん医療の部分も大事であるが、人をつくるであったり、エビデンスをつくるであったり、そして、それをもとに意識を変えていくというところが非常に大事である。

人をつくるためには、大学や学会の専門医制度、教育の制度が大事になると思うし、エビデンスをつくるという意味では、まずは現状の把握をし、きちんとしたクオリティ・インディケーターを用いてリサーチ環境を充実したうえで、ネットワークを構築していく。そのネットワークが構築できているのがイギリスの強みである。日本はその部分がどうしても弱いので、とくに開業医レベルのリサーチ・ネットワークというのをどうつくっていきけるかということが課題と思っている。それから、意識を変えろという意味では、地域包括ケアとかまちづくり、そういったところが現在進行形で進んでいるので、そのもとになるリサーチであったり、そういったところが本当に重要になってくると思う。

イギリスのプライマリケアの原点という点では、公正な医療というところに非常に基づいているということ。それから、日本のプライマリケア、あるいは在宅医療を発展させるという意味では、やはり在宅のエビデンスがなさ過ぎて何の説得力のある訴えもできていないというのが現状なので、そこが今後必要になってくるかなと思っている。

9. 最後に

最後に、「GPクリニック」のGPって何ですか、とよく聞かれる。三つの意味があり、一つはジェネラル・プラクティス、いわゆる家庭医療であり、もう一つがグループ・プラクティスである。24時間の体制を在宅で組んでいこうと思うと、私一人の力では限界がある。やはり複数の医師と協力して体制をつくっていかないと無理なので、グループ・プラクティスとしてやる。そして、最後がグッド・プラクティス。悪くない医療を提供できるように研鑽を積んでいく必要があるということで、その三つを込めて「GPクリニック」にしたという次第である。

ご清聴ありがとうございました。

(2019. 3. 29講演)

○齊藤 康洋（さいとう やすひろ）氏 ご経歴

昭和大学医学部卒業。昭和大医学部在学中、NHKで観て感銘を受けた、北海道の家庭医・檜戸医師のもとへ夏休み学生実習に行き、家庭医を目指すようになる。

昭和大学藤が丘病院内科初期研修で、大学病院での先端医療を学ぶ。

国立東京第二病院総合診療科後期研修で総合診療医として幅広く学ぶ。

ロンドン大学プライマリケア学科修士課程でイギリスの家庭医療を学び、グループ診療による家庭医療を意識するようになる。

東京医療センター呼吸器科で、がんや呼吸器疾患の専門医療に従事。

上田クリニック院長として、7年にわたり在宅医療を実践後、2015年GPクリニック自由が丘として開業する。