

## プライマリ・ケアを考える

英国でのGPの取り組み

澤憲明

英国総合診療専門医  
General Practitioner

スライド数 **53**枚  
+14枚 (追加資料)

第7回通常総会

NPO法人福祉フォーラム・ジャパン  
2016年5月21日13:30～14:30

## 今日のプレゼンが何でないか

(What this presentation is not about)

- 以下のトピックの詳しい紹介
  - 英国の医療制度全般
  - プライマリ・ケアの全て
  - スペシャリスト・病院医療
  - プライマリ・ケアが抱える課題

こうした内容ではありません

## 今日のプレゼンが何であるのか

(What this presentation is about)

- 以下の限られたトピックの簡単な紹介
  - プライマリ・ケアの概念
  - GP（家庭医）の専門性
  - 英国の医療制度の一部
    - プライマリ・ケアの現状の一部
    - スペシャリスト・病院との役割分担と連携の大枠
    - プライマリ・ケアが抱える課題の一部

3

## 私が意図しないこと

(What I do not mean to say)

- 完璧な医療制度が存在する
- ジェネラリストはスペシャリストより優れている
- 日本は英国型の医療制度を取り入れるべき
- 日本に対する解決案を示すこと

こうしたメッセージではありません

4

## 私が意図すること・望んでいること

(What I do mean to say・what I want)

- 完璧な医療制度は存在しない
- ジェネラリスト、スペシャリスト、お互い不可欠
  - お互いがしっかり機能してこそ、より効果的
- 日本はイギリスの医療制度を取り入れるべきではない
  - お互い異なる歴史、社会・文化的ニーズ、制度を持っている
- 国の保健医療に対するプライマリ・ケアの貢献を知ってほしい
- プライマリ・ケアの強化によって起こりうる変化を想像してほしい
- イギリスの理念・価値観を知ってほしい
- 医療は誰のためにあるのか・保健医療の目的は？
  - 外を知ることでも内から問いかける一つのきっかけになればいい
  - 異なる価値観を歓迎したい。正しいことは何かをそれぞれが探求する民主的プロセスに貢献したい

5

## 今日の流れ

- 自己紹介
- クイズ（イギリスの情報って、どこまで伝わってる？）
- 近年における英国の医療改革
- プライマリ・ケアってなに？
- 英国の医療制度とプライマリ・ケア
- General Practitionerとは
- 強化されたプライマリ・ケアの役割
- 英国の視点から見た課題
- 終わりに
- 追加資料（プライマリ・ケアの科学的根拠）

6

## 自己紹介

- 日本生まれ
  - 富山県
  - 石川県
  - 福井県
- 英国
  - 高校
  - 大学
  - 初期研修
  - 後期研修
    - 家庭医療科
  - 家庭医療専門医 (General Practitioner)
    - 日本の「**これからの総合診療専門医**」に相当



7

## クイズ

イギリスの情報って、どこまで伝わってる？

- NHSは国営である
- GPは国家公務員である
- GPまたは診療所の選択に制限がある
- 自分のかかりつけ医は1人だけである **すべてノーです**
- 病院・領域別専門医 (スペシャリスト) の選択に制限がある
- 人工透析に対する年齢制限がある
- GP診療は国のガイドラインによって制限される
- 検査・治療をすると診療所の報酬が減るため、過小医療につながる恐れがある

8

## 解答

- NHSは「**公+民ミックス型**」の公共サービス
- GPは**個人事業主**（勤務地・収入は人それぞれ）
- GPまたは診療所の選択は**国内どこでも自由。変更も自由**
- かかりつけ医登録制ではなく「**診療所登録制**」。同じ診療所なら複数の医師にかかれる
- 病院・スペシャリストの選択は**国内どこでも自由**
- 年齢のみを理由にした検査・治療の制限は**違法**
- GP診療は国のガイドラインによって**制限されない**
- 検査・治療のコストと診療所の報酬とは**無関係**

9

## 近年における英国の医療改革

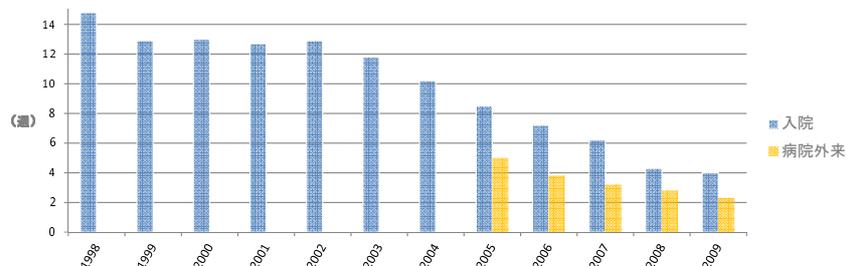
- 待機時間
- 院内感染
- 医師数
- 家庭医の地位
- 国際比較
- 国民満足度

10

## 待機時間

英保健省（Department of Health）の資料をもとに作成

平均待機時間



- 健康問題の種類や症状の程度によってトリアージ
- **予約入院** - 15→4週間に減少
- **病院外来** - 2週間に減少
  - 癌の疑いは1~2週間以内（Fast Track）
- 急性的な問題は、**直ちに**病院へ

11

## 待機時間（がん専門外来）

NHS England Cancer Waiting Times Annual Report 2014-15

- **2週間ルール**
  - GPからの紹介後、2週間以内にかん専門外来を受診する患者（**94%**）
- **31日間ルール**
  - がんの診断から1ヶ月以内に治療を始める患者（**98%**）
- **62日間ルール**
  - GPからの紹介後、2ヶ月以内に治療を始める患者（**87%**）
  - ①GPからの紹介→②がん専門外来を受診→③画像検査（CT・MRIなど）→④細胞を採取し、顕微鏡で確認（病理検査）→⑤がんの診断→⑥転移があるかチェック（さらなる検査）→⑦手術前検査（血液検査・心電図・肺レントゲンなど）→⑧手術
  - 多くの場合、①から⑧までの**トータルな時間**

12

## 待機時間（専門外来）

Referral to Treatment Waiting times, England 2014/2015 Non-admitted Pathway

- 専門外来受診を必要とする非日常的な慢性的問題が対象
  - （例）コントロールが難しい高血圧など
- **GPの紹介から専門治療開始までの時間**
  - 最近、統計の取り方が変わった
  - （注意）GPの紹介から専門外来受診までの時間ではない
  - ①GPの紹介→②専門外来受診→③高次検査を受ける→④診断が下される→⑤専門治療開始
  - 多くの場合、①から⑤までのトータルな時間（平均5.4週）

13

## 待機時間（予約入院）

Referral to Treatment Waiting times, England 2014/2015 Admitted Pathway

- 予約入院を必要とする非日常的な慢性的問題が対象
  - （例）慢性的な関節炎に対する人口関節置換手術など
- **GPの紹介から専門治療開始までの時間**
  - ①GPの紹介→②専門外来受診→③高次検査を受ける→④診断が下される→⑤手術前検査を受ける（肺レントゲン・心電図など）→⑥手術開始
  - 多くの場合、①から⑥までのトータルな時間（平均9.1週）

14

## 待機時間（救急センター）

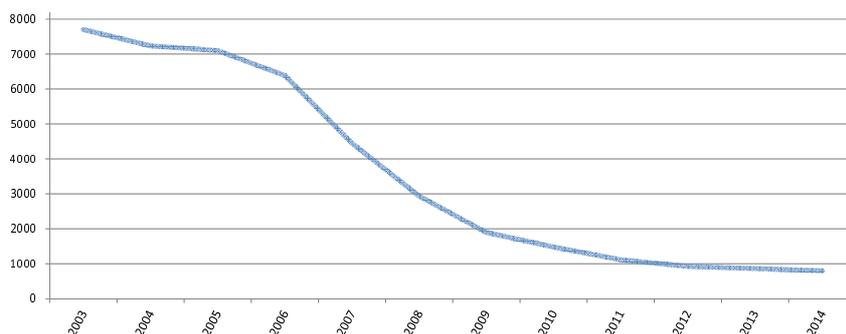
A&E Attendances and Emergency Admissions 2014 – 2015

- 救急車による来院患者の平均待機時間（5分）  
Accident and Emergency Quality Indicators – England, by Provider for February 2015
- **4時間ルール**
  - 救急センターで4時間以内に診察、検査を受け、入院もしくはその場で治療されて退院する患者の割合（94%）
  - （注意）4時間以内に診察される患者の割合ではない
- 健康問題はトリアージされ、優先順位に沿って対応
- 痛み止めや解熱剤などはトリアージの際に処方
  - （例）「足を捻った」「熱が高くて…。インフルエンザかもしれない」

15

## 院内感染（MRSA感染件数）

英イングランド公衆衛生サービス（Public Health England）の資料をもとに作成



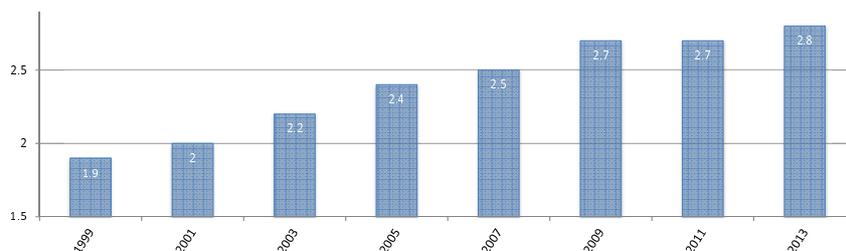
- 7700件（2003年）から801件（2014年）に減少

16

## 医師数の推移

OECD Health Statistics 2015

人口千人当たりの医師数



- 人口千人当たりの医師数**1.9**人（1999年）から**2.8**人（2012年）に増加（OECD平均3.2、日本2.3）

17

## 家庭医の地位

- 家庭医を目指す医師が多い**
  - 3612のGP専門研修枠に**5112**人の医師が応募（2015年度）
  - 専門研修枠は全科合計で**8545**（GP枠は**42%**）

2015 Competition Ratios, Specialist Training, Health Education England
- 領域別専門医と同水準の収入**
  - 開業している家庭医（フルタイム・パートタイム）
  - 年平均**£99,800**（£250,000以上の収入も）

GP Earnings and Expenses 2013/14, Health & Social Care Information Centre, 2015
- ワークライフバランスを保ちやすい労働環境**
  - 平均労働時間（週**41.4**時間）
  - 有給休暇（年最低**6**週間）

Eighth National GP Worklife Survey, Policy Research Unit in Commissioning and the Healthcare System, 2015
- 国民から最も信頼される職業（Family Doctor）**
  - 国民からの信頼度（**87%**）
  - アンケート調査が始まった2003年以降連続一位

YouGov Survey, October 2015

18

## 国際比較（医療制度ランキング）

Mirror, Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally.  
The Commonwealth Fund, 2014

### COUNTRY RANKINGS

Top 2*
Middle
Bottom 2*

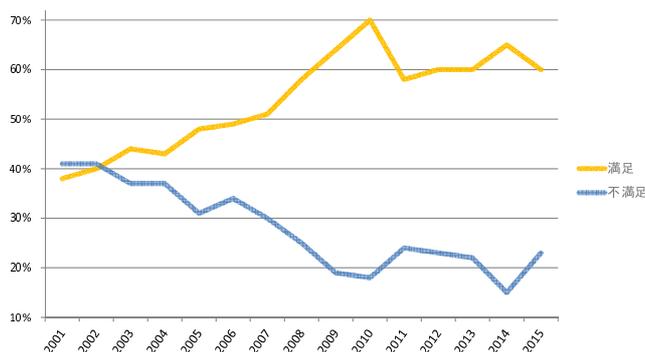


	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
<b>OVERALL RANKING (2013)</b>	4	10	9	5	5	7	7	3	2	1	11
<b>Quality Care</b>	2	9	8	7	5	4	11	10	3	1	5
Effective Care	4	7	9	6	5	2	11	10	8	1	3
Safe Care	3	10	2	6	7	9	11	5	4	1	7
Coordinated Care	4	8	9	10	5	2	7	11	3	1	6
Patient-Centered Care	5	8	10	7	3	6	11	9	2	1	4
<b>Access</b>	8	9	11	2	4	7	6	4	2	1	9
Cost-Related Problem	9	5	10	4	8	6	3	1	7	1	11
Timeliness of Care	6	11	10	4	2	7	8	9	1	3	5
<b>Efficiency</b>	4	10	8	9	7	3	4	2	6	1	11
<b>Equity</b>	5	9	7	4	8	10	6	1	2	2	11
<b>Healthy Lives</b>	4	8	1	7	5	9	6	2	3	10	11
<b>Health Expenditures/Capita, 2011**</b>	\$3,800	\$4,522	\$4,118	\$4,495	\$5,099	\$3,182	\$5,669	\$3,925	\$5,643	\$3,405	\$8,508

19

## 国民満足度（1）

British Social Attitudes Surveyの資料をもとに作成



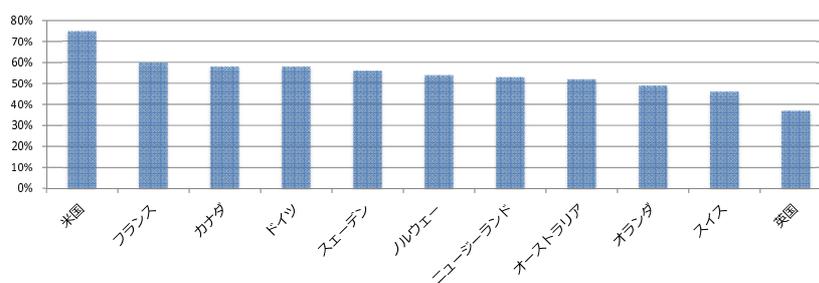
- NHSに満足していると答えた回答者の割合
  - **60%**（2015年） - 約30年間の記録の中で史上4番目に高い
- 不満足と答えた回答者の割合
  - **23%**（2015年） - 記録史上4番目に低い

20

## 国民満足度 (2)

- 「医療制度の改革が必要」と答えた回答者の割合

Commonwealth Fund 2013 International Health Policy Survey in Eleven Countries



-対象11カ国中最も低い水準 (37%)

- GP診療所に対する患者満足度 (85%)

GP Patient Survey 2015

21

## プライマリ・ケアってなに？

- もともとは医療サービスレベルの分類に用いられた (Dawson Report, 1920)
- 日本ではこのイメージが主流かもしれない
  - デジタル大辞泉では「**病気の初期診療。第一次医療**」と明記 (2016年5月3日時点)
- 現代、プライマリ・ケアの意味は大きく変化

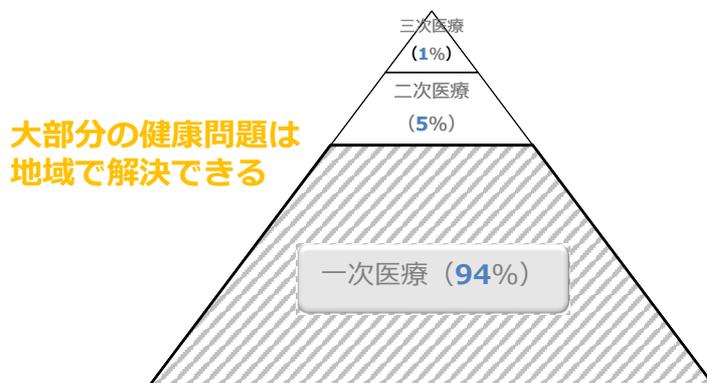
同定された地域住民に対する**継続的かつ人間中心のケア**、ケアが最初に必要とされる際の**受診のしやすさ**、稀または例外的な健康問題のみが他に紹介されるケアの**包括性**、及び**ケアの全ての側面が統合**されるケアの**協調性**、を保證する保健医療システムの一部である (WHO, 2016)

- プライマリ・ケアはよく誤解される言葉 (国立国語研究所)
  - 「プライマリ」は「**初級の/基本の**」ではなく、「**主要な/最も重要な**」という意味

22

## 地域住民の受療行動

White KL, et al. The ecology of medical care.  
New England Journal of Medicine 265:885-892, 1961



- 病院（二次・三次医療）を必要とした人の割合は100人中6人
- **100人中94人**が経験する問題は**一次医療レベル**
- 日本の地域住民を対象にした研究でも似通った結果

23

## 英国の医療制度とプライマリ・ケア

- **NHSの理念・価値観（公平・無料・連帯）**
  - 公平な医療を必要とする人に無料で提供する
  - 総医療費に占める公的資源の割合**84%**
    - OECD平均72%、日82% OECD Health Statistics 2015
  - 消費財ではなく「**公共財**」
- **Primary health care-based health system**
  - プライマリ・ケアを基盤とする保健医療制度
  - まずは地域のプライマリ・ケアチームが対応
  - **90%**の健康問題がプライマリ・ケアで対応

Health and Social Care Information Centre – Primary care, 2016

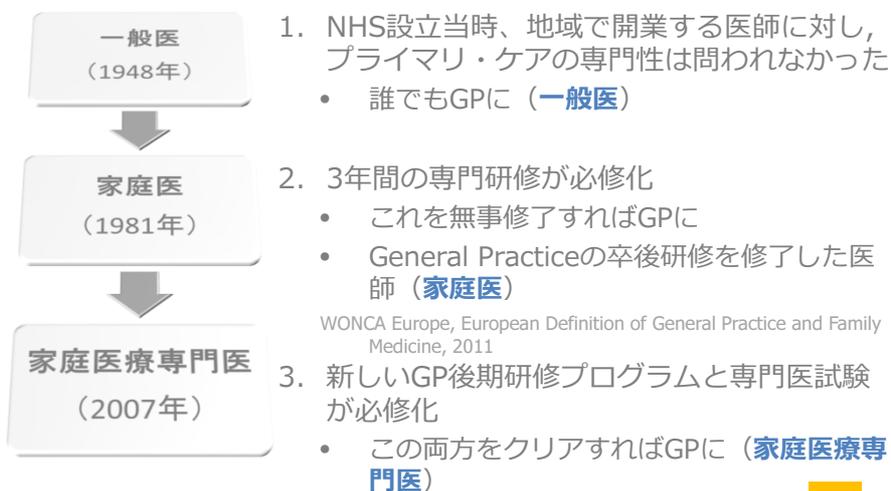
  - NHS総予算の**8%**を消費

House of Commons Library – General Practice in England, 2015

24

## General Practitionerとは

時代の流れとともに強化される専門性



25

## 強化されたプライマリ・ケアの役割

1. 身近な存在（受診しやすい）
2. あらゆる相談に乗る（全科診療・包括性）
3. チームで対応する（多職種連携）
4. 患者と二人三脚（患者中心）
5. 継続的に診る（かかりつけ）
6. 生活を支える（介護・住まい・生活支援）
7. 地域を守る（予防・健康増進）
8. 資源の無駄を抑える（費用対効果）

26

## 1. 身近な存在（受診しやすい）

- **家から近い（地域基盤）**
  - 地理的なハードルが低い
- **構えなくていい（診療所）**
  - 精神的なハードルが低い
- **お金の心配はしなくていい（原則自己負担ゼロ）**
  - 経済的なハードルが低い
- **誰でも利用できる（ニーズ基盤）**
  - 社会文化的なハードルが低い
  - 多言語電話通訳サービスも無料で利用できる
- **いつでもコンタクトできる（24時間年中無休）**
  - 診療所⇔時間外専門サービス（111に電話）
- **各個人のニーズに沿った受診方法（多様なアクセスルート）**
  - 外来診察、電話相談、在宅医療、リフィル処方、電子処方箋、ビデオ診察（導入中）、e-mail診察（試験中）

27

## スチュアートロード診療所

- 英中部リーズ市付近のPontefract（人口約3万人）にある
- 約8500人の登録住民（GP5人**グループ診療**）
- **外来診察は予約制**
  - 患者1人あたり**10分間の診察時間**を確保
  - 待ち時間を短縮（15分以上待ったと答えた人の割合は**27%**<sup>1</sup>）
  - 当日枠と慢性枠の2つに別れる
    - 急性的問題は当日枠を利用（頭が痛い..）
    - 慢性的問題は慢性枠を前もって予約（高血圧のフォロー）
  - 診察を受けるまでの時間は適当だったと答えた人の割合**92%**<sup>1</sup>
- **電話相談は予約必要なし**
  - Duty Doctorと呼ばれる日勤当番医が対応（予約制外来免除）
  - 予約制外来だけでは対応できないイレギュラーなニーズに答える
- **在宅医療（往診・訪問診療）**
  - GP1人あたり1日2~3件ほど

1. GP Patient Survey - National summary report, 2015

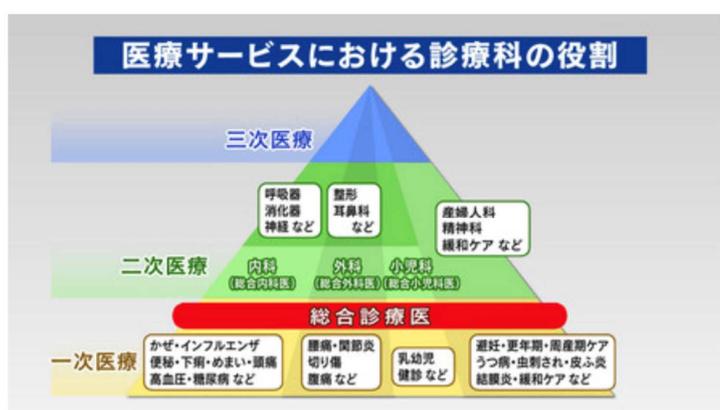
28

## リフィル処方

- **Repeat Medication**と呼ばれる
  - 医療者を受診しなくても処方箋を受け取れる仕組み
  - 英国始め、多くの国々で一般的に提供されるサービス
- 一定期間内であれば定期処方箋を反復的に受け取れる
  - (例) 高血圧患者で血圧が安定している人、薬が切れる度に受診しなくてもいい
  - いつもの処方箋を診療所の窓口、または指定の薬局に送ってもらいそこでいつもの薬を手に入れることができる
  - 一度に処方される錠剤の量や、リフィル処方箋の更新期間は、医師が自由に設定

29

## 2. あらゆる相談に乗る（全科診療・包括性）



NHK視点・論点、総合診療医とプライマリ・ケア、2013

30

## 外来診察・電話相談

- 36歳女性 - “数日前から喉が痛くて、咳が止まりません”
- 50歳男性 - “職場の健康診断で引っかかってしまいました。どうやら血圧が高かったのと、血液検査の結果もおかしかったみたいです。
- 生後8ヶ月の赤ちゃん（母親と） - “二日ぐらい前から下痢になっちゃって、発疹もぼつぼつと…”
- 62歳男性 - “ここ半年ほど、何故か胸が痛くて”
- 32歳女性 - “生理でもないのに血が出るって普通ですか？”
- 75歳男性（妻から） - “最近、物忘れが本当にひどくて。認知症じゃないですよね？”
- 40歳男性 - “最近、夜の機能が衰えてきまして…”
- 14歳女性（母親と） - “この子、学校の授業中に急に倒れちゃったみたいで…”
- 28歳女性 - “最近、ストレスを感じているのか、全然眠れません”

31

## 在宅医療

なんらかの理由で来院できないすべての人を対象

- 40歳女性 - “ぎっくり腰で動けません”
- 70歳男性（妻から） - “二日ぐらい前からお腹が痛いみたいで、今朝の尿に血がまざっていました”
- 20歳女性 - “最近ずっと泣いていて、家の外に出たくないんです”
- 2歳の男の子（母親から） - “熱がすごく高くて、水分を取ってくれません。もう1人の子供の世話で忙しくて、診療所に行けないんです”
- 85歳女性（ナーシングホームのスタッフから） - “胸の下に発疹を見つけたのと、おしもがどうも痒いみたいです。後それと、最近、体重が落ちているみたいです”
- 末期癌を抱える75歳男性（訪問看護師から） - “今朝からずっと吐いています”

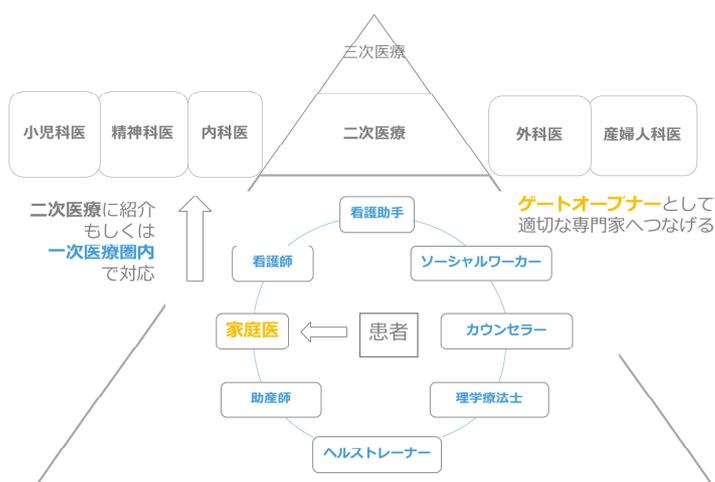
32

## 医療の責任者として全て受けとめる

- 特定の臓器や疾患でなく「**患者**」にフォーカス
    - 患者自身がなにを問題と感じているのかに答える
    - 訴えが医学的か、非医学的かという境界線は重要でない
  - 若いカップル - “彼が些細なことで怒ってばかり”
  - 7歳児の母親 - “息子がジャンクフードばかり食べる”
  - 46歳の女性 - “親の介護で困ってます”
  - 86歳の男性 - “テレビが壊れた”
- 全ての問題を医師 1 人で解決するという意味ではない
    - 問題が解決されるまで責任を持つということ
    - 「寄り添うこと」は「**責任を持つこと**」

33

## 3. チームで対応する（多職種連携）



34

## 診療所看護師

Minor illness外来

- 20代女性 - “数日前から、目がひりひり痛くて”
- 20代女性 - “避妊のためにピルを飲んでいるんですが、合わないの、変わりの薬を下さい”
- 30代男性 - “咳と痰が。ちょっと熱もあるみたい”
- 10代女性 - “ヘアーアイロンで火傷しちゃいました”
- 40代女性 - “虫に刺されました”

35

## 4. 患者と二人三脚（患者中心）

### • 医療面接のモデル

- 医師中心
- 消費者中心
- 患者中心



### • 患者中心の医療面接

- より全人的で協同的なアプローチ
- 共感とエンパワメント
- 医療への依存ではなく患者の自立を促進
- GP研修と専門医試験の中で教育・評価される
- 学術的なコミュニケーションスキル

36

## 5. 継続的に診る（かかりつけ）

### 時間軸の継続性

- 登録患者には「**NHSナンバー**」が与えられる
- 個人情報**が継続的かつ一元的**に蓄積される
  - 診察記録・既往歴・内服歴・アレルギー情報・予防接種歴など
  - 診察時間の節約、重複検査・治療の回避、医療事故リスクの減少につながる
    - 例えば、処方内服薬に関して患者からの自己申告に頼る必要はない
- 診療所は**電子カルテ**を活用
- EmisとSystemOneの2つの**クラウド型**が主流
  - 人口約**95%**をカバー（**互換性あり**<sup>1)</sup>）
  - 診療所を変更すると、これまでの情報が自動的に引き継がれる

1. TPP website – TPP and EMIS Integrating health

37

## 5. 継続的に診る（かかりつけ）

### 情報の継続性

- **プライマリ・ケアチーム内**での患者情報の共有
  - クラウド型電子カルテが活躍
  - 診療所スタッフ（医師、看護師、助産師など）
  - 地域で働く専門職（訪問看護師、訪問PT・OTなど）
  - 他の医療機関（時間外専門サービス、ホスピスなど）
- **二次医療**との情報共有
  - 病院はGPから一元化された患者サマリを入手
  - 病院を受診すると外来・入院サマリがGPに送られる
  - 診療所はこれをスキャンして電子カルテの中に取り込む
  - 新しい診断名（心筋梗塞など）は抽出され、情報は継続的に更新される

38

## 病院医師とのコミュニケーション

### • eConsultation

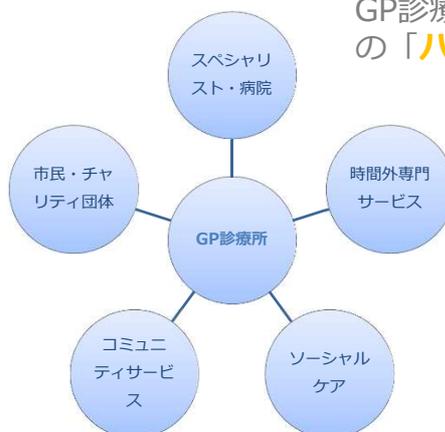
- 新しいサービス
- **電子カルテ上でのメール交換**
- 病院外来に紹介しなくても専門的なアドバイスを受けられる
  - (例) 副作用がひどく、全種類のスタチン(コレステロール値を下げる薬)を患者が服用できない。代わりの薬は?
- 当日か、遅くても数日後に返事が返ってくる
- 病院医師は**同じ電子カルテを使って患者情報にアクセス**
- 現在このサービスを利用できる診療科
  - 循環器、呼吸器、糖尿病、内分泌、血液内科、緩和ケア、小児、ペインマネジメント、緩和ケア

39

## 5. 継続的に診る(かかりつけ)

情報の継続生

GP診療所はシステム  
の「ハブ」として機能



40

## 5. 継続的に診る（かかりつけ）

### 個人的な継続性

- **登録制**
  - **NHS Choicesウェブサイト**
    - 各診療所のプロフィールと患者満足度を比較
  - 診療所を自由に選べる
  - その中で好きな医師を自由に選べる
  - いつでも他の診療所に変更できる
- **医療サービスの入り口を一つに**
  - かかりつけ医に明確な責任を与える
  - 患者は自分の擁護者（advocate）を持つことができる
  - 長期に渡る安定した個人的な関係を育む
  - お互いに関する知識・経験が増え、信頼関係も生まれやすい
  - **全人的かつ包括的なケア提供の基盤**

41

## 6. 生活を支える（介護・住まい・生活支援）

- **患者の生活・患者を支える人たちをサポート**
- **癒やしの関係**
  - 時に治し、しばしば苦痛を和らげ、常に慰める（アンブロワーズ・パレ）
- 介護、リハビリテーション
  - 訪問介護士、訪問栄養士、訪問PT/OT、ソーシャルワーカー
- **ソーシャル・キャピタルの活用（社会的処方）**

趣味&社交	•絵と陶芸、カメラクラ、モーニングコーヒー、お花クラブ
ランチクラブ	•学校や協会でのお昼の集い
身体活動	•室内ボウリング、健康散歩、ダンスクラブ、水泳
サポートグループ	•エキスパート患者プログラム、認知症カフェ、グリーフケア
ボランティア活動	•コミュニティコンパニオン、友人の集い

42

## 7. 地域を守る（予防・健康増進）

- **健康を地域全体に広める**
  - ワクチン接種・がん検診・生活習慣の改善・慢性疾患の二次予防
- **地域ヘルスデータの活用**
  - 登録制によって「**地域**」を定義
  - 電子カルテによって医療情報を「**コード化**」
  - 地域ヘルスデータの**可視化**
  - 健康意識が高い人ではなく「**ニーズが高い人**」を同定できる
    - 様々な情報を割り出すことができる（組み合わせ無数）
- 問題が起きてから対応する「**反応的ケア**」から、問題が発生する前に対応する「**能動的ケア**」への転換
  - 予防的介入を**高リスクの集団に限定**するとより効果的
    - （例）インフルエンザワクチンを必要とする65歳以上の人は何人？
    - 当該者に手紙を出して予防接種を促す
    - 通院できない場合は訪問看護師が自宅・介護施設に出向く

43

## 予防的介入を促進する診療報酬制度

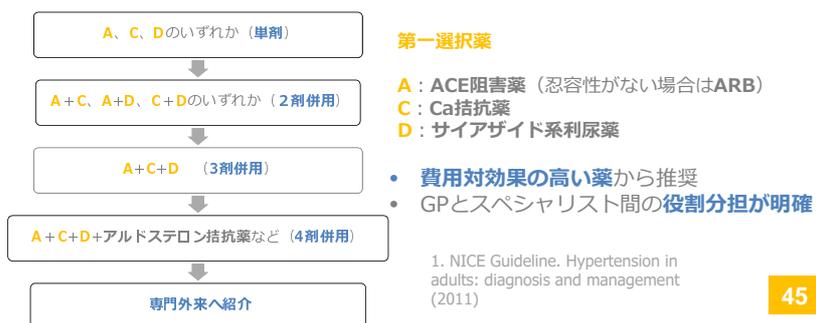
- **成果払い制度**（Quality and Outcomes Framework: QOF）
  - 登録住民の健康をどれほど改善したかによって収入が増える
  - （例）高血圧管理について
    - 診療所の登録住民数は約**8500**人
    - 高血圧患者数は**1500**人、そのうち血圧が150/90mg以下は**1200**人
    - 血圧管理が上手く行っている患者の割合は**80%**→報酬
    - QOFデータはオンライン上で**公開**（同統計国平均**84%**<sup>1</sup>）
- **出来高払い制度**（Enhanced Direct Service）
  - 対象者に特定のサービスを提供すればするほど収入が増える
  - （例）65歳以上の地域住民へのインフルエンザワクチン
    - 65歳以上の登録住民は約**1800**人
    - そのうちインフルエンザワクチン接種者は**1500**人→報酬
    - インフルエンザワクチン接種率（65歳以上）国平均**76%**<sup>2</sup>（OECD平均48%、日本50%）

1. Health & Social Care Information Centre, QOF GP Practice Results, 2014/2015
2. OECD Health Statistics 2015

44

## 8. 資源の無駄を抑える（費用対効果）

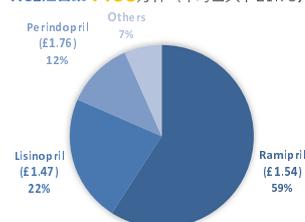
- NICE** (National Institute for Health and Care Excellence)
  - 様々な医療・保健・福祉サービスの効果性や安全性（**臨床的有用性**）
  - どれくらいコストに優れているのか（**医療経済学**）
  - 多面的な視点から評価し、総合的な判断を推奨する国の専門機関
- NICE診療ガイドライン**（高血圧ガイドライン）
  - （例）GP診療所での合併症の無い高血圧患者（55歳以上）に対する薬物治療<sup>1</sup>



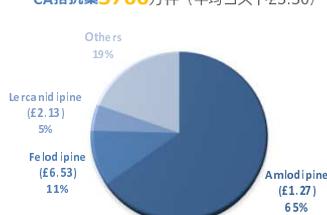
## 第一選択薬の年間処方件数と分類別の内訳

Prescription Cost Analysis England 2014 Health & Social Care Information Centreをもとに作成

**ACE阻害薬4400万件**（平均コスト£1.73）

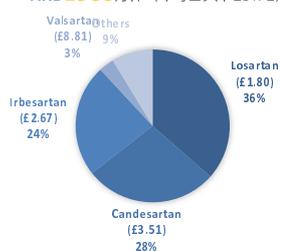


**Ca拮抗薬3700万件**（平均コスト£3.30）



### 大体ガイドラインに沿った処方パターン？

**ARB1900万件**（平均コスト£3.72）



**サイアザイド系利尿薬1800万件**（平均コスト£1.66）



46

## クリーンな情報に速くアクセス

- 自分の知識の限界を知り、必要な情報を効率的に把握する
  - 時代の流れとともに情報が爆発的に増えている
  - 最新の情報を熟知していることはもはや不可能
  - 知らないことに自覚的になる必要性
- **CKSウェブサイト** (Clinical Knowledge Summaries)
  - NICEによって開発・運営
  - **プライマリ・ケアに特化した診療ガイドライン**
  - 英国内であれば誰でも無料でアクセス (登録必要なし)
  - 機能的でシンプルなデザイン (外来診察・電話相談中に使える)
  - 現場 (患者・医師) からの素朴な疑問に答える
    - ビタミンCは風邪に効くか?
    - 子供の便秘には何が一番適切?
    - 中度のうつ病にはどの薬が最も適切?
    - 慢性的な腰痛にレントゲンは必要か?

47

## ガイドライン通りに診察するわけではない

- **ガイドラインに沿った医療** (Guideline-driven Medicine) と **根拠に基づく医療** (Evidence-based Medicine) は異なる
  - ガイドラインに沿った医療は**標準的**
  - 根拠に基づく医療 (EBM) は**個別的**
- GPがトレーニングを受けるのは**EBMの実践**
  - 各患者とともに創り上げていく**協同的なもの**
  - 詳しくは参考資料をどうぞ
    - 澤憲明：総合診療医の診療ガイドラインとのつきあい方：イギリス編 診療ガイドラインが教えてくれないこともある, 南山堂, 2016, PP10-17

48

## 地域内の他の医療機関と「協調」する仕組み 例 検査

- **スチュアートロード診療所（1次医療）**
  - よく必要とされる検査（血液検査・培養・心電図・24時間血圧測定など）
- **他のGP診療所（1.5次医療）** - 歩いて数分
  - 時々必要とされる検査（胃カメラなど）
- **病院（2次医療）** - 歩いて10分
  - たまに必要とされる検査（レントゲン・エコー・CT・MRIなど）
  - 診療所の電子カルテから直接オーダー
  - 各自のニーズに応じたタイミングで受ける
  - レントゲンはオープンアクセス（緊急でなくても当日受けれる）
    - （例）3ヶ月ほど咳が続いている患者の胸部レントゲン
  - エコーは検査技師が診療所までアウトリーチ可能
  - 放射線科医による読影レポートが適切なタイミングでGPに送られる
  - 診療所の電子カルテから検査データにアクセス

49

## 英国の視点から見た課題

“If general practice fails, the whole NHS fails”  
(NHS最高責任者Simon Stevens)

General Practice Forward View NHS England(2016)	
資源不足	毎年 <b>£2.4bn</b> の追加投資。資源増加率 <b>14%</b> （NHS他部門8%）。2020年までにNHS総予算に占めるプライマリ・ケアの割合を <b>最低10.4%</b> にまで拡大（現在8%）
人材不足	医療者・非医療者人材確保対策に <b>£206m</b> 。1500人の薬剤師確保に <b>£112m</b> 。診療所看護師の育成に <b>£15m</b> 。診療所非医療者スタッフ育成に <b>£50m</b> 。3000人のメンタルヘルススタッフ。
仕事量の多さ	無駄を削減し本業に使える時間を <b>10%</b> 増やす。外部評価の緩和。成果払い制度のレビュー。
インフラ不足	設備投資や施設開発のための資金の最大100%まで国が負担するために <b>£900m</b> 。GP診療所ITサービスの予算を <b>18.5%</b> 増加。

50

## 終わりに (1)

### 世界が抱える共通の課題

高齢化	都市化	ライフスタイルの欧米化
慢性疾患の増大	多疾病罹患	地域を診る視点の台頭
健康・社会格差の増大	細分化医療への過剰依存	ケアの分断化
市場化	ケアの非人間化	より厳しい財政的状況
高度化・多様化する社会の期待	変わりゆく価値観 (治療からケア、延命から人生の質の向上、 医師から患者主体へ)	

51

## 終わりに (2)

- 近年、世界の関心はプライマリ・ケアへ
  - プライマリ・ケアの強化は保健医療システムの**総合的なパフォーマンスの向上**につながる<sup>1</sup>
  - コストよりも総合的な面でプライマリ・ケアが及ぼす影響を認識すべき (WHO・European Observatory on Health Systems and Policies)<sup>1</sup>
- **パラダイムシフト**
  - 病院から地域へ、治療から予防へ、医師単独からチームケアへ
  - 病院基盤型から**プライマリ・ケア基盤の保健医療制度**へ

1. Building primary care in a changing Europe. Ed. Dionne Sofia Kringos. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2015

52

## 終わりに (3)

- **イギリス国民の価値観を反映するNHS**
  - 英国人として最も誇りに思うものは何か? (Ipsos MORI 2014)
    - NHS (52%)、自衛隊 (47%)、王室 (33%)
- どういった社会で暮らしたいのかという**国民の理念を体現化**
  - “経済的条件によって病人に必要な医療が与えられないなら、どの国も己を真の文明国とは呼べない” (アニューリン・ベバン)
- 社会の結束を高め、国の安定化を図る**医療サービス以上の役割**
- もちろん完璧ではない。公平性、公共精神にデメリットもある
- でも、これが**イギリスの選択**
  
- 日本はどうでしょうか。日本のみなさんが理想とする医療とは? そして、社会とは?

53

## 追加資料

スライド14枚

The World Health Report 2008  
Primary health care now more than ever  
(World Health Organization)  
をもとに作成

## 病院基盤とプライマリ・ケア基盤 の医療制度の違い

病院基盤	プライマリ・ケア基盤
病気や治療のみに重点を置く	健康に関する <b>あらゆるニーズ</b> に重点を置く
診察時のみに限定される関係性	<b>持続的な個人的関係性</b>
エピソード毎の治療的ケア	<b>包括的・継続的・人間中心のケア</b>
診察時における患者へのアドバイスに限定される責任	コミュニティにおける <b>全ての人の健康と不健康の決定要因に対応する責任</b>
サービス利用者は、ケアを商品として購入する消費者	人々は個人とコミュニティの健康に責任を持つ <b>パートナー</b>

## プライマリ・ケアに関する科学的根拠

### 1. 人間中心性のメリット

- 人間中心性とは
  - **患者本位であること**（消費者中心ではない）
  - 患者中心の医療面接が主体

人間中心性がケアに与える影響
より良い治療効果と人生の質 <sup>1</sup>
患者が抱える問題の精神的側面へのより良い理解 <sup>2</sup>
コミュニケーションに対するより良い満足度 <sup>3</sup>
自己の問題に対するより多くの自信 <sup>4</sup>
より高い信頼と治療遵守率 <sup>5</sup>
予防と促進的ケアのより良い統合 <sup>6</sup>

## プライマリ・ケアの科学的根拠

### 2. 継続性のメリット

- 継続性のあるケアとは
  - 患者を継続的に診ること
  - 時間軸・情報・個人的**な継続性

継続性がケアに与える影響
全死因死亡率の減少 <sup>7, 8, 9, 10</sup>
ケアへのより良いアクセス <sup>11</sup>
より少ない入院 <sup>12</sup>
専門医への負担減少 <sup>13</sup>
救急センターへの負担減少 <sup>14</sup>
医療介入による有害効果のより良い早期発見 <sup>15, 16</sup>

## プライマリ・ケアの科学的根拠

### 3. 包括性のメリット

- 包括性のあるケアとは
  - 健康増進・予防・治療・リハビリ・支援的ケアなど、  
身体的・精神的・社会的な側面から人々の**あらゆる  
ニーズに対応すること**

包括性がケアに与える影響
より良い健康指標 <sup>17, 18, 19</sup>
より頻繁な予防ケアの利用 <sup>20</sup>
慢性疾患の予防可能な合併症による入院数の減少 <sup>21</sup>

## プライマリ・ケアの科学的根拠

### 4. ジェネラリスト診療のメリット

- ジェネラリストとは
  - ジェネラルに対応する医療者

ジェネラリストがケアに与える影響
スペシャリストのケアよりも、よくある重篤な疾患を診断する確率が高いか、もしくは同水準 <sup>22, 23</sup>
ジェネラリストはスペシャリストよりも臨床ガイドラインの適応に時間がかかるが、スペシャリスト同様に臨床ガイドラインに忠実 <sup>24, 25</sup>
侵略的介入の減少 <sup>26, 27, 28, 29</sup>
より少なく、より短い入院 <sup>30, 31, 32</sup>
予防ケアに対するより多くの重点 <sup>31, 33</sup>
スペシャリストと同様の健康指標 <sup>26, 34, 35, 36, 37, 38</sup> 、より高い患者満足度 <sup>33, 39, 40</sup> 、をより少ない医療費で達成 <sup>17</sup>
より少ない医療費とより質の高い医療 <sup>41</sup>

## プライマリ・ケアの科学的根拠

### 5. かかりつけの医療者を持つことのメリット

- かかりつけの医療者とは
  - 患者と持続的な関係を築いている者

かかりつけの医療者がケアに与える影響
より高い患者満足度 <sup>42, 43, 44, 45</sup>
より良いコンプライアンスとより少ない入院 <sup>42, 43, 44, 46</sup>
専門医と救急センターへの負担減少 <sup>17, 30, 47, 48, 49</sup>
より効率的な資源の活用 <sup>11, 17, 50, 51</sup>
健康問題の精神的側面に対するより良い理解 <sup>2</sup>
青年期までにおける予防ケアのより多くの活用 <sup>31</sup>
過剰治療の減少 <sup>52</sup>

### 参考文献 (1)

1. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 142:691–699
2. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *British Medical Journal*, 1997, 314:1014–1018
3. Jaturapatporn D, Dellow A. Does family medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Family Practice*, 2007, 8:14.
4. Kovess-Masfety V et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*, 2007, 7:188.
5. Fiscella K et al. Patient trust: is it related to patient-centred behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 2004, 42:1049–1055.
6. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51:1087–1110.
7. Shi L et al. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980–1995. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2003, 16:412–422.
8. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*, 1998, 47:105–109.

### 参考文献 (2)

9. Villalbi JR et al. An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Atenci3n Primaria*, 1999, 24:468–474.59, Chapter 3. Primary care: putting people first
10. Regional core health data initiative. Washington DC, Pan American Health Organization, 2005  
(<http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>).
11. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1330–1336.
12. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? For The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *New England Journal of Medicine*, 1996, 334:1441–1447.
13. Woodward CA et al. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine*, 2004, 58:177–192.
14. Gill JM, Mainous AGI, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:333–338.
15. Rothwell P. Subgroup analysis in randomised controlled trials: importance, indications, and interpretation, *Lancet*, 2005, 365:176–186.
16. Kravitz RL, Duan N, Braslow J. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *The Milbank Quarterly*, 2004, 82:661–687.

### 参考文献 (3)

17. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *Journal of Family Practice*, 1996, 43:40–48.
18. Chande VT, Kinane JM. Role of the primary care provider in expediting children with acute appendicitis. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1996, 150:703–706.
19. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press 1998.
20. Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:269–276.
21. Shea S et al. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an innercity minority population. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:776–781.
22. Provenzale D et al. Gastroenterologist specialist care and care provided by generalists – an evaluation of effectiveness and efficiency. *American Journal of Gastroenterology*, 2003, 98:21–8.
23. Smetana GW et al. A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167:10–20.
24. Fendrick AM, Hirth RA, Chernew ME. Differences between generalist and specialist physicians regarding *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. *American Journal of Gastroenterology*, 1996, 91:1544–1548.

### 参考文献 (4)

25. Zoorob RJ et al. Practice patterns for peptic ulcer disease: are family physicians testing for *H. pylori*? *Helicobacter*, 1999, 4:243–248.
26. Rose JH et al. Generalists and oncologists show similar care practices and outcomes for hospitalized late-stage cancer patients. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks for Treatment). *Medical Care*, 2000, 38:1103–1118.
27. Krikke EH, Bell NR. Relation of family physician or specialist care to obstetric interventions and outcomes in patients at low risk: a western Canadian cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 1989, 140:637–643.
28. MacDonald SE, Voaklander K, Birtwhistle RV. A comparison of family physicians' and obstetricians' intrapartum management of low-risk pregnancies. *Journal of Family Practice*, 1993, 37:457–462.
29. Abyad A, Homsy R. A comparison of pregnancy care delivered by family physicians versus obstetricians in Lebanon. *Family Medicine*, 1993 25:465–470.
30. Parchman ML, Culler SD. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *Journal of Family Practice*, 1994, 39:123–128.
31. Ryan S et al. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2001, 155:184–190.

### 参考文献 (5)

32. Abyad A, Homs R. A comparison of pregnancy care delivered by family physicians versus obstetricians in Lebanon. *Family Medicine*, 1993 25:465–470.
33. Grunfeld E et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, 1999, 49:705–710.
34. Grunfeld E et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *Journal of Clinical Oncology*, 2006, 24:848–855.
35. Scott IA et al. An Australian comparison of specialist care of acute myocardial infarction. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15:155–161.
36. Regueiro CR et al. A comparison of generalist and pulmonologist care for patients hospitalized with severe chronic obstructive pulmonary disease: resource intensity, hospital costs, and survival. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment). *American Journal of Medicine*, 1998, 105:366–372.
37. McAlister FA et al. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24,232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Quality and Safety in Health Care*, 2007, 16:6–11.

### 参考文献 (6)

38. Greenfield S et al. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:1436–1444
39. Miller MR et al. Parental preferences for primary and specialty care collaboration in the management of teenagers with congenital heart disease. *Pediatrics*, 2000, 106:264–269.
40. Pongsupap Y, Boonyapaisarnchoaroen T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and “prime mover family practices”: an exit survey. *Journal of Health Science*, 2005, 14:3.
41. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries’ quality of care. *Health Affairs*, 2004 (Suppl. web exclusive:W4-184–197).
42. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long term physician–patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *American Journal of Public Health*, 1996, 86:1742–1747.
43. Rosenblatt RL et al. The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA*, 1998, 279:1364–1370.
44. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *British Medical Journal*, 1997, 314: 1870–1873.

## 参考文献(7)

45. Miller MR et al. Parental preferences for primary and specialty care collaboration in the management of teenagers with congenital heart disease. *Pediatrics*, 2000, 106:264–269.
46. Mainous AG III, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1539–1541.
47. Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: evidence from four medicaid demonstration programs. *American Journal of Public Health*, 1989, 79: 834–836.
48. Martin DP et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *American Journal of Public Health*, 1989, 79:1628–1632.
49. Gadowski A, Jenkins P, Nichols M. Impact of a Medicaid Primary Care Provider and Preventive Care on pediatric hospitalization. *Pediatrics*, 1998, 101:E1 (<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/101/3/e1>, accessed 29 July 2008).
50. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal*, 1991, 303:1181–1184.
51. Roos NP, Carriere KC, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 159:777–783.
52. Schoen C et al. Towards higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs*, 2007, 26:w717–w734.