

付屬資料

(付属資料1) 有識者ヒアリングの概要

2008年7月～10月におけるヒアリングの概要

大テーマ	ご発表者	テーマ
日本の医療制度全体の課題	高久史麿先生（自治医科大学学長）	<ul style="list-style-type: none"> ●日本の医療制度の課題 <ul style="list-style-type: none"> ✓開業医のあり方 ✓専門医のあり方 ✓病院のあり方 ✓医療機関連携 ✓医学教育のあり方 ●課題を解決する方策 ●総合医の意義と役割 ●総合医育成のために求められること
大学の学部教育と卒後臨床研修における総合医育成のあり方	前沢政次先生（北海道大学大学院教授・日本プライマリケア学会会長）	<ul style="list-style-type: none"> ●大学（学部教育）の全体カリキュラム ●総合医を育成するために求められること ●総合医を育成するために取り組んでいること ●医学教育における総合医育成の課題と解決の方向性
	田中雄二郎先生（東京医科歯科大学大学院教授）	<ul style="list-style-type: none"> ●卒後臨床研修の全体カリキュラム ●総合医を育成するために求められること ●総合医を育成するために取り組んでいること ●卒後臨床研修における総合医育成の課題と解決の方向性
	大滝純司先生（東京医科大学教授）	<ul style="list-style-type: none"> ●総合医を育成するために求められること ●総合医を育成するために取り組んでいること ●医学教育における総合医育成の課題と解決の方向性総合医育成のあり方について
	吉村学先生（揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」センター長）	<ul style="list-style-type: none"> ●総合医を育成するために求められること ●総合医を育成するために取り組んでいること ●医学教育における総合医育成の課題と解決の方向性総合医育成のあり方について
生涯学習における総合医育成のあり方	飯沼雅朗先生（日本医師会常任理事）	<ul style="list-style-type: none"> ●総合医を育成するために取り組んでいること ●生涯学習における総合医育成の課題と解決の方向性
	福井次矢先生（聖路加国際病院院長）	<ul style="list-style-type: none"> ●生涯学習のカリキュラム ●総合医を育成するために求められること
海外の状況	一圓光彌先生（関西大学教授）	<ul style="list-style-type: none"> ●海外における総合医のあり方 ●海外調査の質問項目

(1) 日本の医療制度全体の課題について

ご発表者	内容
高久史磨先生 (自治医科大学 学長)	<ul style="list-style-type: none"> ●医師は足りているのか？ <ul style="list-style-type: none"> □医師の仕事の増大(質・量とも)、診療科偏在、地域偏在、病院医師の開業志向、専門分野の細分化、女性医師の増加、利用者の高望み、などの要因から、医師不足の状況が発生している。 □特に、病院における勤務の繁忙度が増している。厚生労働省「医師の勤務状況調査」(2006年)によると、病院の常勤医師は平均して月100時間残業に相当する労働。) □医師の睡眠時間が短くなると、医療事故が増えたり、縫合手技・挿管手技に時間がかかるようになったりする。 □大学での若手医師において、診療科の偏在が始まっている。 □女医が増加しているが、女医は男性の医師と以下のような点で異なっている。 <ul style="list-style-type: none"> ✓女医の専門診療科は外科が少ない ✓女医は非常勤、診療所勤務医が多い ✓女医は全ての勤務先において週平均労働時間が短い ●病院医療の危機 <ul style="list-style-type: none"> □病院の診療報酬は、以下の点で問題あり。 <ul style="list-style-type: none"> ✓医療費に占める外来部門の割合が非常に高い ✓病院の診察料が割安 □仕事量の増大、患者からの要求の増加、医療事故への不安、QOLの著しい低下、などの要因から、病院勤務医の開業志向が高まっている。 □日本の医療はシステムとして機能していない。 <ul style="list-style-type: none"> ✓一次医療、二次医療、三次医療がシステムとして機能せず ✓フリーアクセスであっても受診ルールは必要(救急医療は別) ✓フリーアクセスが医療のシステム化を阻害している ✓フリーアクセスが病院医療を破壊している ✓フリーアクセスが効率的医療を阻害し、医療費の浪費を招いている ✓医療安全対策は各段階で異なる □日本の医療をシステム化していく必要。 <ul style="list-style-type: none"> ✓一次医療機関(診療所)は住民の健康管理、疾病予防と早期発見、慢性疾患の診療に重点。「家庭医」の役割を明確化 ✓二次医療機関(地域病院)は主として一次医療機関からの紹介患者を診察・治療 ✓三次医療機関(地域機関病院)は一次、二次医療機関からの紹介患者を診察・治療 ✓救急患者はフリーアクセスを可とする ✓それぞれの医療機能と診療内容に応じて診療報酬を支払う ●専門医制度・医学研究 <ul style="list-style-type: none"> □日本の医学教育には、「問診」「身体所見」「Clinical Reasoning(臨床推論)」「Presentation」に関わる教育が欠けている。

(2) 大学の学部教育と卒後臨床研修における総合医育成のあり方について

ご発表者	内容
<p>前沢政次先生 (北海道大学大学院教授・日本プライマリ・ケア学会会長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●総合医の役割 <ul style="list-style-type: none"> □日常病の診療 □医療相談、紹介、連携 □専門医療の補完 □在宅重視の高齢者地域ケア □地域づくりを基盤にした予防活動 ●北海道大学における取り組み <ul style="list-style-type: none"> □全学教育への参加 □専門科目(1年次、2年次前期) □地域医療学 □地域基盤型プライマリ・ケア実習 <ul style="list-style-type: none"> ✓「症状⇄疾患⇄原因」という医学的考え方の基本を繰り返し習得する。 ●日本プライマリ・ケア学会における取り組み <ul style="list-style-type: none"> □プライマリ・ケアについて、その知識、技能、態度が、学会の目標とする資質に到達していることを認定する □認定する資質はプライマリ・ケア機能を発揮するための臨床能力である。機能の基盤は、「近接性」「包括性」「継続性」「協調性」「責任性」の5点。 □この5点の具現のための知識、技能および態度に加えて問題解決能力を重視する
<p>田中雄二郎先生 (東京医科歯科大学大学院教授)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●医学教育の方向を変えるための3つの方向性 <ul style="list-style-type: none"> □国家試験を変える □コアカリキュラムを変える □卒後研修を変える ●今後の卒前教育のあるべき方向 <ul style="list-style-type: none"> □共用試験の法的裏付けと本格的な臨床実習の強化 □コアカリキュラムガイドラインにおける医行為の整備 □国家試験の改革 (準備に1年以上かけ、3日間・15時間の試験が必要か?) □総合医・専門医の共通基盤の修得 □将来の医学医療を切り開く人材養成の余地を残す (アカデミックドクター養成、国際化対応、等) ●東京医科歯科大学における取り組み <ul style="list-style-type: none"> □少しでも外科医を増やすための工夫(豚の心臓を用いた弁膜症手術、バイパスの手術などの実習⇒外科に対する関心を喚起) □臨床推論を1週間特訓するコースの設定(アメリカでトレーニングを受けたドクターが指導) □ERの充実(「ERのない教育病院はあり得ない」) □研究者の育成(4年の後期に5ヶ月間、自分の好きな課題を考えて研究⇒海外で研究する学生もいる) □グローバル化の取り組み(英語での講義を拡充)

(3) 大学の学部教育と卒後臨床研修における総合医育成のあり方について

ご発表者	内容
<p>大滝純司先生 (東京医科大学 教授)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●最近の「総合医」の議論には違和感がある <ul style="list-style-type: none"> □総合医は本当に十分に増やせるのか？ □養成の現場状況を知って議論されているのか？ □専門医も足りない □「大学病院の総合診療部門」はギリ貧 □総合医がどこから湧いてくるのか？ □Generalist志望者の多くは病院が嫌い ●ジェネラリスト養成に必要なこと <ul style="list-style-type: none"> □非選択的に診療しながら学ぶ姿勢（まずは診療してみる） □幅広く総合的な診療を学ぶ □臨床現場で役立つ様子を示す □考えることと実際の診療を一致させる ●ジェネラリストは実質的に急減 ●中・長期的には研修制度に期待 ●「総合医」議論に対する2つの懸念 <ul style="list-style-type: none"> □能力を定義することの意義と限界（定義すると、全体・本質が見えにくくなる） □養成しようとする医師数が多く（需要が多い）が養成に適した現場が少ない、多くの専門医の協力が必要 ●養成と対策：2つの基本方針＝「評価の向上」と「質の保証」 ●新たな専門家像と患者の信頼確保
<p>吉村学先生 (揖斐郡北西部 地域医療センタ ー「山びこの 郷」センター 長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●総合医を育成するために求められること <ul style="list-style-type: none"> □育成する医師像（アウトカム）を明確に定義すること □その評価方法はより真正で全国统一のものにし、切れ目のない教育とする □医療界だけでなく患者、地域、社会全体で育成するという雰囲気や気運を醸成する □その教育にお金をかける ●総合医を育成するために取り組んでいること <ul style="list-style-type: none"> □地域の中のあらゆる場所、自宅、施設、医療機関、学校において、学習者中心の教育（臨床経験、小グループ学習、症例検討、他職種経験など）を実施（いろいろな人を先生役に） □チームの一員として扱い、役割と責任を持たせる（まずは「挨拶」） □まずは体験し、身をその場に置くこと □「学びのサイクル」をまわしていく ●医学教育における総合医育成の課題と解決の方向性 <ul style="list-style-type: none"> □医学部1年から現場での経験を、継続的に □総合医のロールモデルを見つけ、指導医になってもらう □総合医に関するエビデンスを収集、周知、産生する □周囲や地域住民も教育に参加する □教育にかかる予算を確保する □明確なアウトカムの設定と評価方法の確立

(4) 生涯学習における総合医育成のあり方について

ご発表者	内容
<p>飯沼雅朗先生 (日本医師会常任理事)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●日本医師会は、何でも相談できるうえ、最新の医療情報を熟知して、必要ときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」が求められていると認識している。 ●かかりつけの医師の質の担保、医療水準保持の保証は行政が関与するものではなく、プロフェッションの団体である日医が行うべきである。 ●そこで、「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」認定制度(案)を構築している。 <ul style="list-style-type: none"> □認定コースについては、医師の臨床経験に応じて、コースI～コースIVの4つを設定 □制度は、平成22年4月までに開始する □日本医師会に、認定機構(仮称)を設置して、同機構が認定する □カリキュラムは、生涯教育推進委員会が中心となって作成した「生涯教育カリキュラム～総合診療医の養成をめざして～(案)」をさらにブラッシュアップしたものとする。今秋完成予定 □認定手続きは「①受講→②修了→③申請→④認定」の手順で行う。受講・修了にあたって試験は行わないが、国民に理解される仕組みとするため、(セルフ)アセスメントを行う □5年ごとに更新。認定料等は今後検討する
<p>福井次矢先生 (聖路加国際病院院長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●「総合的に診てほしい」と考えた場合、診療所で1人の医師の総合性に期待する場合と、大病院で専門医集団・組織としての総合制に期待する場合がある。 <ul style="list-style-type: none"> □診療所だけでは無理があるし、大病院だけでは非効率となる □したがって、機能を明確にした上で、「病診連携」「病病連携」が必要となる □総合診療医による診療は、患者は継続するが、疾患はさまざまである □臓器別専門医による診療は、扱う疾病は同じであるが、患者はさまざまである ●日本における総合診療の難しさ <ul style="list-style-type: none"> □扱う疾患や患者の種類が病院ごとに異なる <ul style="list-style-type: none"> ✓総合診療医自身の臨床能力だけでなく ✓同じ病院で働く専門医の扱う領域により決まる ⇒まとまりのある一つの専門性があるとみなされない □医療界でも患者からも低い評価 □大学の6年間で総合診療に対する考えが変わる □モデルとなる医師が少ない □20年前の家庭医懇談会の余波 □新しい「専門診療科」設立への抵抗 □「医療の質」ではなく「医療費」の議論が先行 ●日本医師会の生涯教育推進委員会において総合診療医カリキュラムを作成(→飯沼雅朗先生のご発表を参照)

(付属資料2) イギリスのヒアリング結果

NO.	訪問先		
1	Department of Health - 英保健省	Richard Armstrong	Deputy Director and Head of Primary Care
2	Department of Health - 英保健省	Jenny Firth	Policy Manager-Modernizing Medical Careers
3	Department of Health - 英保健省	Ali Enayati	Project Manager -International Workforce
4	Department of Health - 英保健省	Marian Taylor	Portofolio Manager (Doctors Pay)
5	Royal College of General Practitioners - ロイヤルGPカレッジ	Dr. Roger Neighbour	
6	Centre for Primary Care and Social Medicine Faculty of Medicine, Imperial Colleege London - インペリアル・カレッジ・ロンドン	Dr. George Freeman	Professor of General Practice
		Dr. Alison Hill	Senior Medical Adviser, NHS Genetics

一般医の役割について

一般医（GP）のゲートキーピング機能

- 患者はGPに登録するのではなく診療所に登録する。
- 国民の99%は診療所に登録しているが、ホームレスで住所が定まっていない人や、大学生などで住所が移りそこで病気になっていない人などは、登録されていない。
- GPは国民にとって最初にコンタクトをとる医師である。
- GPはゲートキーピング機能を果たし、原則として患者はGPを通して専門医の医療を受ける。
- GPは、患者個人や家族の状況をよく把握しているので、患者にとって最適な専門医を紹介できる。
- GPの役割の強化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。
- 最近政府はいつでも受診できる体制の整備に努めてきたために、継続的な医師患者関係がそこなわれる問題があったが、この点では、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を選ぶように変わっている。それができるように診療所が工夫をするだけでなく、診療報酬面でも配慮がなされるようになっている。

一般医（GP）の診療内容・範囲

- 国民保健サービスは1948年から実施されているが、その間にGPの診療範囲は少しずつ拡張されてきた。GPと専門医療との境界は診療部門ごとにことなる。
- NHSの診療の80%はプライマリケアが担っている。プライマリケアはGPと看護師等のチームによる医療で、プライマリケアが担っているということの中には、助産師、精神保健師等によるサービスも含まれる。
- GP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GPのところで引き受けるようになった。
- 結果として、診察件数の9割は、GPのレベルで対処され、医療費を適正化できている。
- 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、GP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た上で、診ることが出来る。
- その意味でGPは、これまで以上に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GPの診察時間は10分であるが、最初の患者などでは長めにとったりする。また気になる場合は繰り返して診察できる。
- 診察時間はもう少し長くすべきかもしれない。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。

一般医の役割について

一般医（GP）による病院への紹介

- 病院への紹介率はGPによって同じでない。特定の分野に詳しいGP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。
- すべてのプライマリケアの診察の9割程度はプライマリケアレベルで終わっているため、平均すれば病院への紹介率は1割程度だといえる。
- イングランドでは、1年で3億件ほどのGPへの受診があるので、病院への紹介は3000万件ほどとなる。
- GPによる紹介に関して規制はない。GP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GP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GPに戻すことになる。
- GPが誤った紹介をするというケースは少ない。多いのは、病院に紹介するまでもなくGPのところで治療が出来たかもしれないという境界部分のケースで、その割合は5ないし15%であろう。

患者による病院の選択

- Choose and Book Systemの制度（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患者が選択する仕組み）は現在約70%まで普及しているが、30%はこのシステムを利用していない。その理由は一部のGPが勧めないからであろう。このシステムでは、病院ごとに評価が調べられるが、特定の専門医の評価までは調べられない。
- このシステムはGPのところで使うこともできるし、患者が予約センターに電話で申し込むこともできる。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。
- 現在は、病院全体の評価が得られるだけであるが、将来病院の専門医ごとの実績データがインターネットで調べられるようになると、患者の選択意識が高まって、GPの考えとあわないようなことがおこるかもしれない。

一般医の役割について

一般医（GP）による予防医療について

- 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、GPの方でも心臓疾患の予防などでできることがある。GPの予防活動で無駄な医療を防ぐことができている。
- 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。
- 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きている。こうした予防活動をGPレベルで行うことで、病院に紹介する患者を減らすことができる。
- 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ミアスクリーニングなどが実施されている。GPは必ずしもこれらに直接関与しているわけではない。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（サービカルスミアスクリーニングはGPが行っている）。
- GP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くなっている。
- 一般的な健康増進活動に対するGP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っている。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、GPが指導することで成功しやすいことがわかっている。
- 登録住民の健康状態については、病気になって診療所を訪問する時に情報を得る。平均すれば、住民は年に4回GPを訪ねている。健康でGPに一度もかからない人はいるが、5年間ぐらいの期間をとれば一度はGPを訪れている。また、最初にGPに登録する場合にも情報を得ることができる。
- 禁煙についてQOFの報酬を得るには、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報酬が支払われる。報酬のこともあるがGPはまずは登録住民の健康維持に関心を持って仕事をしている。
- 新しい患者が診療所に登録される時に過去の病歴は新しい診療所でチェックされる。また、最初の受診の際にも詳しくチェックすることになっている。
- ただ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。出来高払いが過剰な診療行為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。
- 年の初めと年の終わりで喫煙者の情報を管理し、それで喫煙者が減るとそれは報酬に反映するが、それはごくわずかである。大切なことは、禁煙に関する保健指導がしっかりなされることだと考えられている。
- 禁煙できた人数に応じて報酬を支払う仕組みを実験した地域があるが、これはうまく機能しなかった。うそをつく人もいたし、管理をすることもむずかしかった。

一般医の役割について

一般意（GP）の地理的偏在について

- イギリスには地方の医師不足の問題はあまりない。
- 僻地でも医師に仕事上の満足が得られれば医師不足は起こらない。日本の場合専門医として訓練されているので、僻地に行きたがらないのではないか。
- GPは今では僻地でもそれほど孤立していない。その仕事は、都市部のGPよりむしろ魅力的である。患者は少なく、生活の質も高い。
- 地域ごとのGPの分布については、一般に都市部が不足している。地方は住みやすく患者も少なく医師はいきたがる。イギリスでは地方の生活の方が一般に豊かである。
- 地域間のアンバランスを少なくするため、医師が不足している場所での研修を増やす考えをとっている。研修の時期に家を買ったりして、医師は研修を終えてもその地域に移ることが多いからである。実際には訓練期間中は、症例の多い都市部を好む傾向がある。

一般意（GP）の引退について

- かつては70歳の定年があったが、今はない。
- 再評価の制度ができれば、年齢とは関係なく仕事の区切りができるようになる。

ポリクリニックについて

- ポリクリニックは、ロンドンに固有の仕組みである。ロンドンは、病院が多く、高齢の単独開業のGPが多い。かれらを病院の診断サービス等と結びつけようとするのがポリクリニックである。
- 過疎の地域では、病院も少なく、患者が病院まで出かけることは容易でなく、こうした仕組みはつくりにくい。しかし、より小さな規模で地域に病院の診断や治療部門が移され、地域で病院サービスを活用しやすくする方法が取り入れられている。
- 政府はポリクリニックの方法を推奨しているわけではない。地域での医療を推進する上で、最もいい方法を工夫すればよいという考えである。
- さまざまな分野を受け持つ医師を集めて多様な医療ニーズに地域で対応できる仕組みとして考えられた。
- コーディネートする役割を持つ人がいないのが問題で、うまく定着していない。
- GPを集めて、管理の仕事を外し、時間外などを受け持つ仕組みだとうまくいくだろう。

一般医の役割について

看護師等の役割について

- 看護師の役割は大きくなっていて、特に糖尿病など特定の疾患の患者の医療管理は任せられる部分が多い。
- イギリスでは、アメリカのように、薬剤師なども含めた大きなチームを組む形はない。薬剤師は診療所では働かない。薬剤師など専門職とは連携して仕事をするが、チームを組織して経営するようなことはしていない。
- 人口に応じた効率的、経済的なチームを組織することは容易ではない。効率的なチームのあり方は地域で違いうるであろう。

医療訴訟について

- 例えばGPが専門医に紹介してくれなかったためにガンの発見が遅れたといった患者の訴えは、なくはないがイギリスでは非常にまれである。
- GPはそもそも安全を期す医師でむしろ紹介しすぎが問題となっていたが、GPに対する期待が高まり、GPが簡単に専門医に紹介しにくくなり、GPと専門医の間でどのような場合に専門医に紹介したらいいかの合意ができるようになっている（トリアージあるいはアルゴリズム）。またGPとその患者の関係は一回限りではなく、GPはいつでも患者を診ることができる立場にある。
- 医師患者の信頼関係に基づく医療がイギリスにはあるので、訴訟の問題はそれほどなく、訴訟に備えるための防衛的な無駄な検査や治療は少ない。
- 若い医師には早い段階で医師患者の信頼関係を確立することが教育されている。

一般医の役割について

一般医（GP）の地位向上、専門の確立

- 若い医師にとってGPはやりがいのある高度な仕事になっている。
- GPは病院の専門医に比べて劣った仕事ではなくなった。
- GPが誇るに足る仕事になるには、王立家庭医学会（RCGP）の功績が大きい。
- 王立家庭医学会は1952年に設立されたが、最初にしたことはGPの教育の改善であった。
- 当時は医科大学で家庭医学は教えられていなかった。
- GPにとって大きな変化は1966年の新契約（家庭医憲章、新しい報酬体系）である。
- 新契約で家庭医は職員を二人雇うことが出来るようになった。
- またグループプラクティスが奨励され、診療所などの改善もなされた。
- 1968年に医学教育についてのTodd Reportが提出された。これにより、医学部で実際の一般医療が教えられることになった。これがGPのステイタスを引き上げるのに役立った。
- GPは医学生を実際に教えることになり、これがGPの能力をさらに高めた。
- GPは研修生の教育にたずさわることによってさらに能力を高めることができる。
- GPはお互いに得意分野を発揮して助け合うことでサービスの質を高めることが出来る。
- 訓練を受けて得意分野をもつGPがふえているし、それを奨励している。しかし同時に一般医療の重要性を忘れてはならない。

一般医（GP）の報酬

- 報酬については、大きくは包括報酬、付加的報酬、成果報酬があるが、それ以外にも地方で医師が薬剤を直接提供する場合は報酬、あるいは代理の医師を確保するための報酬などがある。
- 全体としての収入に占める包括報酬の割合は、52-55%程度、付加的報酬は10%程度、成果報酬は14%程度である。
- 総収入ではなく、収益（profit）にしめるそれぞれの報酬部分の割合となると比率は変わってくる。収益に占める成果報酬の割合は、おそらく20%ないし25%になるであろう。
- 成果報酬が大きいので、ほとんどのGPはこの報酬を得ようとサービスの改善に努めた。
- 証拠に基づいた良い医療を推進するためにこの報酬が設定された。政府は、成果の基準等を見直し、達成できたものは取り下げ、新しい基準を取り入れるなどの改善を求めている。交渉の結果うまく取り入れられた部分もあればうまくいかない部分もある。
- 上の報酬以外に、政府はなくそうとしているが、歴史的な支払い（既得権的な支払い）もある。医師による投薬の報酬も少なくない。
- 平均的なGPの報酬は、収益（profit）にして11万ポンド程度である。約3パーセントのGPは25万ポンド以上を稼いでいる。また約20パーセントのGPは8万ポンド以下の収益しか稼いでいない。このようにGPの収益はさまざまである。
- 彼らの収入は基本的に登録患者に応じて差が出るが、都市部などでは高齢者や病人が多く、収益はそれほど上がらない。
- GPの約20パーセントは俸給制で働いている。1997年までは俸給制のGPはいなかった。俸給制のGPは週26時間勤務するが、診療のみ担当し、管理業務は行わない。
- パートナー（診療所の共同経営者）のGPもパートタイムが多いが、フルタイムの場合は週38時間勤務する。
- GPは誰でも私費診療をすることができるが、登録されている住民を私費で診療することはできない。
- 2007年よりRBDDR（Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration）はGPの報酬も扱うようになった。2004年の新契約後、医師会は政府と直接交渉する時期もあったが、2007年から一般医の報酬についても、RBDDRに諮るようになった。
- GPに関しては病院の勤務医のような俸給表はない。かれらは自営業者で、どれだけ収益をあげるかはGPにより異なる。現状は、総収入の約60%が経費で、40%が収益である。
- GPに関してはClinical Excellence Schemeはない。GPの場合、それに代わるものとしては、QOFと年功を反映した支払いである。
- グローバルサムは、診療所の登録住民の年齢性別の医療費と罹病率などで総額を決める。一人あたりにすると55ポンド（来年度は58ポンド）程度である。
- 政府は不公平な歴史的な支払いをなくすべきだと考えて医師会と交渉しているが、もしそれがなくなれば一人あたり単価は65ポンド程度になる。

一般医（GP）の報酬

成果報酬（QOF）について

- 成果報酬は、最高で1000点で、1点は約125ポンドである。「約」がつくのは、登録患者数等で調整される部分があるからである。1000点のうち650点は診療の質に関係している。約15の疾病に適用され、疾病ごとに異なる点数が決められている。診療結果について証拠が得られれば新しい基準が追加される。証拠の評価と、得られる成果と、実際にGPにかかる負担（実際には看護師などの役割も大きい）を考慮して点数が交渉で決められる。
- 管理に関する成果に約170点が割り当てられている。患者記録の管理ができているか、雇用する医師の管理ができているか等は診療の質に大きく関係しているからである。
- 約150点が患者の経験に割かれている。患者に対して調査がなされ、患者からみて、受診のしやすさ、サービスの質、診察時間等が評価される。
- 最後に30点ほどがGPによる追加的なサービスの成果にあてられている。
- これが現在の状況であるが、毎年これらについて交渉しその年の報酬が決定される。交渉は政府とGPの組合（英国医師会のこと）との間でなされる。
- 政府はQOFが成功しすぎて費用がかかりすぎ、ブレーキをかけようとしている。
- 高収益の診療所と低収益の診療所の差は広がっているが、同時に全体として収益水準は上がっていて、ほとんどの診療所がQOFのポイントを稼いでいる。
- 政府はQOFの基準を若干厳しくし、達成するのを難しくしているが、単価は変えていない。
- QOFに関し、われわれははじめから基準が甘すぎることを警告したが、実際政府が思った以上に、GPはこの報酬を多く稼いだ。政府は費用を抑制するだけでなく、国民の納得を得るためにも、この基準を厳しくせざるを得なくなった。
- QOFは計測しやすい事項を取り上げざるを得なかったため、GPの仕事でもっと大切なサービスの質を取り入れてはいない。この点は、問題点として指摘されている。
- QOFに対する批判として、GPはQOFだけに熱心になりほかはかまわなくなったということがいわれているが、実際、診療所によっては、QOFの目標を達成することに特化して若い医師を雇うところがあった。これは反省点である。若い医師もこうした雇われ方を好んでおらず、今ではそれほどおこっていない。
- QOFは、GPの診療や患者に及ぼす成果を基準にすることが望ましいが、スタートする場合は、成果ではなくプロセスを基準にすることも悪くない。
- われわれは予防活動をQOFにもっと取り入れるべきだと考えているが、予防活動は成果がなかなか計測できないし、またその効果についての研究結果はぶれることが多い。

一般医（GP）の報酬

診療所への住民の医療予算の委託制度について

- GPに対する報酬は人頭報酬で、GPは自分のところで医療を続けるよりも患者を病院に送った方が楽となる。これを改めるために、診療所に受け持ち患者の病院の医療費をも預ける契約（practice-based commissioning）があるが、この場合は、GPは病院に不必要な紹介をしないで自分のところで治療を続けることが報われることになる。このように、現在は地域で出来ることはできるだけ地域で行うことが推進されている。ここで地域での医療という場合、GPによる医療だけでなく地域の他の保健医療資源をも含めたものである。
- Practice-based commissioningはここ数年推進されてきた。GPが経済的な観点にとらわれることなく出来るだけ地域で診療に専念できるように工夫されている。実際地域によってその活用は一様ではなく多様な形態がみられる。
- 診療所には登録人口に応じて医療報酬が支払われ、疾患に応じて支払われるのではない。
- 具体的には、登録住民の年齢や性のほか、罹病率などの地域の属性を考慮して総額が決められる。個々の診療所にとっては医療費が高くなったり低くなったりするリスクがあるが、いくつかの診療所が一緒になってリスクを分散すれば問題はない。
- 毎年報酬は見直され、実際のリスクを反映できるように修正されているが、人口10万人ぐらいをとれば、現在の配分方法はほぼ適正な医療リスクを反映しているといえる。したがって、対象人口が10万人程度になるGPのグループを組織化して、ここに医療を委託するようにしている。
- リスクを分散する方法として、一つは対象人口を拡大することであるが、もう一つは期間を広げることである。両方の要素が用いられている。
- Practice Based-Commissioningについてどの程度のGPが参加しているかは、参加の仕方をどう定義するかで違ってくる。90%の診療所は、参加していると答えられるかもしれないが、それは単に、月や年に一度の会議に出席しているというような意味でしかない。だから参加している診療所の数ではなく、どれだけ深く関わっているかが問題である。
- GPは、金と同僚の評価とより大きな影響力の行使の3つによって動機づけられる。
- 政府はこれまで経済的なインセンティブに力を注いできたが、これはインセンティブのないサービスに力を入れなくなる問題がある。
- 同僚の診療とどう違うかがわかると、どちらがいいのかを判断してよりよい方法を追求することができるようになる。この取り組みもすすめている。
- もう一つの取り組みが、GPにより多くのことができる権限を与えることである。この点を強化するのがPractice Based-Commissioningである。

診療記録の管理とGP

- GPは、地域住民の医療コードをアセスし、自ら治療し、薬剤を処方し、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GPの下で管理される。
- 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、それが生涯かわらず、GPや病院の診療記録はすべてGPの下で管理される。
- 現在この記録は電子化されるようになっていて、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GP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GP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。
- GP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GPに届けられ、GPが退院後の管理に当たる。

GPの診療情報の電子化

- 現在GP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GP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GPがコンピュータを使うようになる。
- 2010年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。これができるれば、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即座に把握できるようになる。
- 現在すでに病院の診療データの電子化はなされている。しかし、GPの診療についてはまだ電子化されておらず把握できていない。GPと病院の診療情報がそろえば、患者についての情報が完成する。
- 課題は、GPが現在使っているコンピュータシステムが8つに分かれていて、これを統合する必要があることである。またGPが協力できるように、GPの同意でデータが提供されるようにシステムを作る考えである。2011年にずれ込むかもしれないが、これができるれば診療データの管理ははるかに改善し、成果報酬（GOF）の支払い方法の改善にもつながる。
- 2006年にすべてのGP診療所にコンピュータを設置したが、これが実現したのはQOF導入の結果である。QOFでデータを提供するには手書きは不効率となった。GPは積極的にコンピュータを利用するようになった。またコンピュータが導入されるようになって、GPのコーディングは遙かに正確になった。過去のデータと連続性に齟齬が生じるほどである。

診療記録の管理とGP

個人の診療情報の電子化の問題

- 個人の診療情報の取り扱いについては、現在すべての個人の診療情報を核となる要素に分けてコード化する作業を進めている。これが完成すれば、個々の患者について、どの診療現場でも、主要な過去の情報をもとに医療を受けることができるようになる。したがって患者がこれを拒否することはないと思う。従ってすべてのイギリス国民の診療情報が電子化されることになる。（実際には、現在診療記録はイギリス人口より多い。）
- 臨床担当者のみが患者の電子化されたデータにアクセスできる。
- イギリスでこのシステムに疑念を持つのは、患者の側ではなくむしろ医師（GP）の側であろう。それは患者に対する自分の診療の記録が他の医師に開示されるからである。

病院勤務医の職階と給与

- 病院で働く医師でもっとも若い者は、大学を卒業して入ってくる研修医House Officerである。その1年目はHO1で、それが終わった段階でGMC (General Medical Council) に登録されれば正式に医師になる。その後でそれぞれの専門のRegistrarになる。この段階ではまだ研修医である。それを終え、コンサルタントの手前の専門医 (Staff and Associate Specialist) になる。この後コンサルタントになる。
- House Officer、Staff and Associate Specialist、Consultantの3つのグループで契約条件は大きく異なる。
- イングランドのGP以外の総報酬は370億ポンドになるが、病院の医師の報酬はそのうち80億ポンドである。
- 病院勤務医の報酬は全国で统一的に決められる。ロンドンなど地域によって加算があるがそれほど高くない。またコンサルタントに関しては、採用に特別困難が伴う場合、NHSトラストが近くのトラストの同意を得て特別の手当を払う場合があるが、これはトラストの費用でまかなわれる。
- 専門医の報酬は、全専門科共通である。外科など私費診療の需要がある診療科の場合、NHS以外の報酬を見込むことができる。
- コンサルタントの契約には現在2つの種類ある。一つは2003年までの契約で、5段階で昇進する。契約に細かい規制はない(open-ended)。もう一つは、2003年に導入された新契約で、報酬を引き上げる代わりに規制が強められている。実際には90%以上のコンサルタントは新しい契約を選択している。新しくコンサルタントになる者は、旧契約を採用できない。
- 専門医の報酬水準と他の職業の水準を比べると専門医はかなり高い。
- Full Timeで働く場合は、最低10 Programmed Activities (ノーマルタイム各4時間、それ以外の時間帯各3時間) を働かなければならない。
- もし私費診療を希望する場合は、11 Programmed Activitiesを果たさないとけない。
- コンサルタントの報酬は毎年定められたノルマを果たせば5段階までは毎年昇級する。それ以降は5年単位で昇級する。
- Clinical Excellence Awardも給与に上乘せして支払われる。
- アワードはその予算が決められているので、申請者の中から選ばれた者の間で配分される。
- 全国レベルと地方レベルとがある。
- 一度与えられると毎年続けられ、年金にも反映される。コンサルタントの68%が受けている。
- アワードを決定する委員会は医師とその他の者とで構成され、一定の予算をどう配分するかは委員会が決める。
- 医師の報酬は独立したRBDDR (Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration) が毎年政府に報酬引き上げの勧告をする。RBDDRは連合王国 (UK) 全体の医師をカバーする。
- RBDDRは毎年9月頃より各団体から証拠を集め、次年度の医師の報酬改訂について政府に対して勧告する。RBDDR の8名の委員の中には医師は入っていない。経済学者が少なくとも2人いる。看護師も1人いる。

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。
- これらの研修期間の費用は保健省が負担し、それぞれの専門の医師の養成数は政府が定めている。政府（保健省）がそれを決めるのは、養成された医師の数が将来の人口の医療需要を満たすようにするためである。
- 1970年代にすべての大学の医学部教育の中に、一般医療の講義が取り入れられるようになっていた。しかし、それはごくわずか（7%程度）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%程度が診療所での一般医療の教育になっている。
- 今日では大学でGPが教鞭をとるようになり、その役割は大きくなっている。

Foundation Program

- Foundation Programは2年で、1年目は幅広い専門にわたって基礎的な臨床研修をする。約60%の医師は2年目でGPの臨床研修に進む。
- FPは各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年目で一般医療、小児科、レントゲン科のようなより専門的な研修を行う。
- 現在2年間のファウンデーション・プログラムがあり、6診療科を4ヶ月ごとに回ることになっているが、すべての医師が4ヶ月の一般医学を研修すべきである。現在7割が4ヶ月の一般医学を学んでいる。

医師の教育と研修

専門研修

- 2年間のFPの研修を終えると専門研修specialist trainingに進む。この段階は大きく2つの部分、すなわち58専門科の病院での専門研修と一般医の専門研修に分かれる。専門医へ進む医師と一般医へ進む医師とは約半々である。
- FP段階でも専門研修でも次の段階に進むには各段階で課程を習得する必要がある。習得に必要な教科指針は定められているが、それをどう適用するかは専門医等にまかされている。
- 専門研修の年数は、GPが3年、専門医が7年までとなっている。専門医の場合、58もの専門科に分かれ、一律に決められない。一部の外科は7年だし、レントゲン科は4年とか5年である。これら専門ごとにNational Assessment Toolが決められていてこれで研修期間も決まる。このカリキュラムやNational Assessment Toolは対応する各専門の王立学会が作成し、別の独立機関が決定する。
- 研修医が研修を習得できたかどうかを判断するのは、研修医につくEducational SupervisorとClinical Supervisorである。これにPeer Assessmentが加わることもある。
- GPの研修には、そのSupervisorになるのに資格制度があるが、病院の専門医にはないのでこれは検討中である。3年後には出来るであろう。
- 2008年9月までは、GPの専門実習は3年で、2年は病院で行われ1年は診療所でなされたが、この9月以降、病院1年半、診療所1年半に変更された。診療所は数名の医師が共同で運営するような普通の診療所で、訓練のための特別の診療所があるわけではない。かつてはGPはあまり治療をしなかったが、今では理学療法、リハビリテーション、cardiac monitoringなど診療に広くかかわるようになってきている。
- 診療所の研修は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。
- 研修期間を病院から診療所にシフトしたことは病院にとっては医師不足を招くことになるが、政府は大きな流れとして、より多くの医療を地域で行い病院の果たす役割を減らそうとしているので、そうした観点から進められた改革であるということ、また医学部定員が大きく引き上げられる中での改革で、専門医の研修医が減ることを必ずしも意味しないこと、が指摘できる。1997年の医学部卒業生は約4000人であったが、現在は7000人となっている。
- GP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。10の戦略的保健当局がマッチングシステムをコントロールしている。
- GPの専門研修の組み立て方は多様である（スライド参照）。

医師の教育と研修

専門研修（前頁よりつづき）

- GPの研修を現代の一般医療に適したものに改革することが必要になっている。一般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GP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、GP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（GP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、王立家庭医学会（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）。
- 改革の内容について、王立家庭医学会（RCGP）はGPの専門実習を現在の3年から4年か5年に延長し、診療所での研修を最低2年に増やすことを検討している。政府は半年ぐらいの間に、これが実施された場合の影響について詳しく分析し、妥当かどうか判断する。
- ファウンデーション・プログラム後のGPの研修は3年であったが、これは4年（将来は5年）になる。
- GPの研修期間を延ばすとその間医師の不足が生じる問題については、3年の人と5年の人を分け、全員を5年に延ばさないことも考えられる。また訓練中の医師にもGPの指導のもとで診療をさせることも考えられる。
- 僻地で教育を受ける際の費用はNHSが負担する。かつてはGPの教育にNHSの金はついてまわらなかったが、今は学生が希望すれば必要な費用は学生について回ることになった。

医師の教育と研修

専門医の審査基準

- 2年前までは3年の研修の後エンドポイントアセスメントをとることが義務となっていた。この基準は決して高くなかった。多くの医師は、より高い基準を得て王立家庭医学会（RCGP）の会員になろうとし、80%程度の医師が会員資格を得ていた。2年前、政府は王立家庭医学会（RCGP）に公式な基準を設定するよう求め、すべてのGPが新しい基準で会員の資格を得るようになった。
- 新しい基準は若い医師に適用されるが、現在の医師にも研修の制度が設けられている。
- 自分がGPになった頃は、GPの王立学会がなかったので、他の学会員となるしかなかった。現在では、王立家庭医学会の会員になるしか、GPになれなくなった。
- 現在すべての医師はGeneral Medical Councilに登録されていて、特別のことがない限り取り消されないが、これを見直そうとしている。
- General Medical Councilと各王立学会とで基準を設け、医師は5年ごとの審査でその基準を満たさない場合資格が停止されることになる。現在各王立学会は基準づくりを進めている。基準をどう定め、そのための証拠をどうするかについて議論している段階である。
- 基準は2段階で、医師としての資格の再評価と、各専門の資格の再評価となる。
- こうした動きの中で、これまで王立家庭医学会の会員でなかった者も会員になるようになった。
- こうした場合、すべての医師に若い医師と同じ基準を当てはめなくて、別の基準を設けることがよい。

一般医（GP）になるか専門医になるか

- 専門医と一般医の比率は半々である。若い人も同じだろう。GPの方が、勤務時間は短いかもしれない。
- NHSの初期のころは、病院が少なかったので、専門医は少なかった。そのころは誰も一般医になりたがらなかった。
- 家庭医憲章のころから、医学生の間で、GPになることを希望する者が増えるようになった。
- 現在では専門医の仕事は管理が強化され面白くなくなっている。
- 1979年にGPの研修制度ができ、学生がGPを職業として選択するようになった。
- この制度で、専門医になるのをあきらめて一般医になるという選択の仕方はなくなった。

医師数のコントロール

- UKの医学部の卒業生は約7千人で、これに外国からの研修生や卒業後すぐにFPを受けなかった者などが加わって、FPの定員は5%程度多い数となる。さらにFPから専門研修に移る際にも5%ほど定員を増やしている。この定員の枠に入れなかった医師はしばらく別のことを経験して再度挑戦したりする。
- NHSは医学部の入学定員も研修段階での専門ごとの定員もコントロールしている。専門研修を終えるまでの数はコントロールできている。
- 医師数の推計とは、将来の人口、罹病率などから各専門の必要医師数を推計し、それをもとに専門研修の定員を決め、入学者の定員を決めるというように、将来からはじまって医科大学の入学定員まで決定している。
- 専門研修を終えると、CCT(Certificate of Completion of Training)が与えられ、General Medical Councilに登録され、専門医やGPとして医療を行う資格が与えられる。この後の実際の臨床医の数は、実際の医療提供機関の需要で決まるので、HNSは直接コントロールできない。
- 15年20年先の医療需要を推計し、それに必要な医師数、専門医とGPの配分を計算する。さらに専門医については専門ごとの数を推計し、どの専門の医師をどれだけ教育するかについて推計する。
- 過去数年医科大学の定員を増やし、7000人になった。この数字は維持される。しかし、それがそのまま卒業して医師になるわけではない。7000人のうち4000人程度が卒業してGPや専門医の研修に進むものと考えている。
- 15年以上先の需要供給推計を行うのは、医師の養成には15年ほどかかるためである。
- 供給の推計は比較的容易である。すでに研修段階の医師の数が得られるからである。
- 現在EUの規則で週48時間しか勤務できなくなっている。これが供給に大きな問題を投げかけている。これに対応するには医師の数を増やして一人あたりの労働時間を減らすしかない。しかし、勤務時間が減り一人一人の臨床件数が減ると、その能力を補うためにより多くの研修期間が必要になっている。
- 需要の推計は、将来の人口に基づいてなされる。高齢化が進むこともあり、プライマリケアを強化する方針で、それを反映してGPと専門医との配分が導かれる。
- 専門科ごとの需要推計は非常に難しく、実際の専門医の活動を分析して将来推計を行う。
- こうした需給予測に責任を負うのはわれわれ保健省である。
- 基本的には現在の需給関係に特に問題があると考えていないので、現状をベースにこのような関係が将来も維持できるように供給を調整するというのが今の推計の考え方である。現在の需給関係の大枠を守りつつ微調整をおこなっていくというのが、将来推計のモデリングの考え方である。
- 専門ごとの王立医学会は、どの学会も自分たちの専門が不足していると主張する傾向がある。実際にも上級医（コンサルタント）は不足していることが多いが、それは上級医がその数を制限しようとしてコントロールしているからである。
- 一方専門医は、自分たちの専門の医師の養成について、現実的な主張をするようになっている。専門医が不足していると主張してその数を増やしても、実際にその専門の医師の失業が起こったりすると、主張が誤っていたことになるので、慎重にならざるを得ない。外科医は、現在養成しすぎたことを認めている。

医師数のコントロール

(前頁よりつづき)

- Medical Education England と呼ばれる新しい独立機関が設立され、保健省が行っている専門科ごとの医師の養成数が適正かどうかを監視することになった。
- NICEなども医療需要を推計する上でチェックしている。
- 王立学会や医師会も意見を述べ、保健省の推計をチェックする。

一般医（GP）と専門医の供給数の調整

- 医師の養成には10年、15年の年月がかかるので、医師数の確保については、実際には大きな変化は起こしにくく、できることは細かな調整を続けることでしかない。
- 将来の必要な医師数に不足が予想されるとしても、それを一挙に埋めることはできないし、養成数の増加により将来に供給過剰を起こすことも避けなければならないので、養成者数は微調整となる。
- 現在の専門医の階層はST 1, ST 2・・・ST 7ときてCCT(Certificate of Completion of Training)を得て最後にコンサルタントになる。
- GPについてはST 1, ST 2, ST 3がありそれが終わるとGPとなり、その後階層はない。
- 専門医の数の過不足はCCT(Certificate of Completion of Training)を得た者の使い方でもいくらか調整できる。
- 外国籍の医師は1割程度である。医師不足を補う方法として外国人の医師をイギリスで訓練することはできるが、訓練を経た医師がイギリスにとどまってくれるかどうかは不確かである。外国人の医師に頼る政策は短期的には有効でそうした政策をとった時期もあった。当時外国からたくさんの医師がきて訓練を受けようと応募をし（イギリスでは訓練期間中報酬が支払われる）、イギリスで教育を受けた医師が働けなくなる事態も生まれた。現在は医学部の定員も拡充したので、その必要はなくなっている。今では、EUは別だが、訓練のためにイギリスに来る外国人の入国は制限されるようになっている。

医師数のコントロール

一般医（GP）の不足と対策

- 最近医学部の定員が増やされたが、なかでもGPの数を増やそうとしている。
- 医師の確保は養成に10年かかるので、いつも不足したり過剰だったりする傾向がある。
- 現在専門医は供給過剰で、GPが不足している。
- 高齢化はGPの受診を増加させ、GPの需要を増やす。できるだけ地域で医療ができる体制に変えることもGPの需要を増やす。
- GPの不足は12-3年後に一番大きくなり、その後また需給ギャップは縮まる。この推計はGPの訓練期間の延長を織り込んだものである。
- 将来のGPの不足を是正する一つの方法はGPの養成数を増やすことであるが、それにより専門医の養成数が減ると、将来の専門医の不足を招くかもしれない。そこで、専門医の養成数は必要なだけ確保し、GPについては短期的な不足を補うことを考える必要がある。
- 日本では専門医からGPに30歳代中頃とか60歳代中頃で移行する慣行があるが、イギリスでは、たとえば小児科のようにGPに近い専門科でGPに変わることはあるが、コンサルタントレベルではない。
- 短期的な一般医不足を補うには、看護師や薬剤師の活用が考えられるが、それが看護師や薬剤師の不足を導く問題も考える必要がある。
- 外国人の医師を活用すること、外国に出ていた医師の帰国で埋めることなども短期の戦略に入る。
- GPの供給に関して今問題となっているのは、不足しているにもかかわらず仕事をしていないGPがいることである。この背景には、イギリスのGPは自営業で、パートナーとなっている医師たちはGPを雇用することで収入が増える場合にしか雇用したがないことがある（GPには開業経営者と被用者の2種がある）。この対策を考える必要がある。
- もう一つは、Community Specialistの活用である。かれらは専門医ではあるが、プライマリケアに貢献できる。彼らがその専門を生かしてヘルスセンター（公立の診療所）などでプライマリケアにかかわれば、GPの仕事は減る。
- 地域ごとの専門医の分布をみると、供給過多のところが多い。2000年頃から入院待機者数を減らすなどの目的で、専門医の養成数をふやしてきたが、それほど専門医を必要としなくなっている。短期的にCommunity Specialistをプライマリケアに活用して当面の過剰をゆるめることで、長期的にはバランスがとれる状況に復帰できる。

その他

一般医（GP）に対する患者の期待

- GPが行っている医療のレベルは日本と比べて低い。
- GPは診療の初期部分と保健を扱うのみ。
- 1人10分の診察だから実質7分程度しかかけていない。
- イギリスの登録医制度は低所得層にあった仕組みではある。
- イギリスでは、医療に対する期待は一般に高くない。
- 健康意識などもロンドン周辺とスコットランドなどではずいぶん違う。
- GPに満足できない人は民間保険に加入して直接専門医に行く。

英国医師会について

- イギリスではすべての医師が医師免許を取得した段階でBMAに加入し、その会費はチェックオフされる。
- ある意味で、日本の医師会のように、自分たちの主張を押し通せる状況はうらやましく思う。イギリスでは我々は考えを主張できるが、それほど強い政治力を発揮できない。

日本の診療報酬改革について

- 日本で人頭報酬を導入するのであれば成果報酬をすぐに取り入れることは勧められない。
- 日本の病院は出来高払いで報酬が支払われていて、検査や診療を数多くすることで収入を得ているような印象を受けた。しかし実際には不必要な検査や医療も多く、有害である場合もある。一般医が病院へ紹介する仕組みを取り入れれば、そうした費用は節約できるだろう。
- 診療所の強化や出来高払いから人頭報酬への転換は、出来高払いによる病院経営に打撃を与えることになり、病院側から強い反対がおこるのではないか。だから、病院が不必要な検査や医療をしなくてもすむようにするには、病院がそうした医療で稼がなくてもいい方法を考えることも必要ではないか。
- イギリスでも出来高払い部分の比重が大きい時期があった。一気に基本給的な報酬に転換することはできないだろう。徐々に基本給的な報酬部分を導入することが重要であるが、それは全体としての報酬が引き上げられる時期に実施しやすい。
- 王立家庭医学会としてできることがあれば何でも協力させてもらうので、ご連絡ください。

その他

日本の医療制度等について

- 自分の町にすべての診療科を備えるなどは困難（トランスポートシステム活用が必要）。
- 不必要な医療を減らすには需要を減らすこと、つまり患者負担の引き上げが必要。
- 患者負担を引き上げた上で、必要な医療については償還するようにする。
- 日本の新しい研修制度は専門医を教育訓練する上で失敗であった。
- 日本の医療制度の良さを広報する必要がある。
- 病院の専門医がGPとして開業するという日本の状況は、1972年以前のイギリスと似ている。当時専門医は誰でもGPになれる、GPのための特別の教育は確立されていなかった。

(参考資料) フランスのヒアリング結果

NO.	訪問先	
1	保健省	<p>Christine D'AUTUME, chef de service adjointe à la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)</p> <p>Aude MARLIER-SUTTER responsable de la mission des relations européennes et internationales (MREI)</p> <p>Docteur Agnès LORDIER-BRAULT, Sous-directrice par intérim "professions médicales et personnels médicaux" (M)</p> <p>Marjorie SOUFFLET-CARPENTIER chef de bureau "démographie et formation médicales" (M1)</p>
2	疾病金庫CNAMT	<p>M. Eric HAUSHALTER, Directeur de la Mission des Relations avec les professionnels de santé et les établissements de santé</p> <p>M. Gabriel BACQ, Responsable des Relations Internationales</p>
3	医師組合 CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux Français)	M. Pierre Lévy, Secrétaire général
4	開業医	Dr. Dides

登録医制度

登録医制度が生まれる背景

- フランスでは開業している医師の内約6万人（60%）が一般医で、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く、患者は自由に専門医を受診でき、専門医が多すぎ、それが患者の重複受診などの原因となっていた。そのため登録医制度が必要だった。
- イギリスにもドイツにも、開業専門医はいない。
- もしこれほど専門医が多くなければ、登録医制度は必要でなかったかもしれない。
- また専門医になることによって、都市部で開業することが容易になる。これが医師の地域偏在も生んでいる。
- 2003年までは一般医の地位は低かった。これも学生が一般医になりたがらない理由である。しかし今では、一般医学という専門医に位置づけられるようになった。
- ゲートキーパーという言葉は用いられなかったが、ゲートキーパー的な役割を一般医に与えたかった。
- フランスは開業している専門医を持つ唯一の国である。
- 登録医制度の前から家庭医の伝統があった（レビー先生は35年間開業して家庭医をしている）。
- 制度上家庭医の役割は認知されていなかったが2005年からその役割がようやく認められるようになり、合理化された。
- 登録医制度は、これまであった仕組みを制度化したものである。
- 要は、いくつもの専門医を渡り歩く無駄をやめることである。
- たとえば登録医制度の前だと、胸が痛むからと患者が病院の専門医に行くと心臓の専門医は負荷心電図の検査をして結局何もないと今度は肺呼吸器の専門医のところへ回されまた呼吸器機能検査などを受け、それで何もなくて3番目にリュウマチ科の専門医に行き肋骨神経の問題かもしれないとCTやMRIの検査を受け、結局何も無いということで一般医のところへやって来るといったことが起こっていた。
- しかし今は、すべての患者がまず登録医を訪ね、その後専門医を訪ねることになった。

登録医制度

前の登録医制度との違い

- 以前のMedicin Referentでは患者は最低1年間登録することになっていた。
- 年40ユーロの定額料金が、事前に半額、事後に半額しはられた。
- 組合員が10%程度の一般医の組合 (syndica de generalists) だけと協定を結んだ。
- これに対し新登録医制度では、専門医とも交渉し、専門医も登録医となれるようにした。
- また登録は疾病金庫に対して行い、被保険者は何時でも、登録医を変更できるようにした。
- 皆が登録医を変更するわけではないが、自由にいつでも変更できるようにした。
- 正当な理由があれば、医師も患者の登録を拒否することができる。

登録医制度の仕組み

- 登録医制度は2004年8月13日の法律で導入される。
- 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もある。
- 16歳以上の被保険者、受給権者が対象であるが、強制ではなく、経済的な誘因を設けている。
- 登録医になれるのは一般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。
- 選ぶのは被保険者であり、選ばれたら医師は受けなければならない。
- 被保険者は自分の登録医を選んで疾病金庫に届ける。
- 誰でも自由に選べるが、実際には90%は一般医が選ばれている。
- 長らく専門医をかかりつけの医師としている患者もいて、そうした人は専門医を登録医とすることがある。
- 結果として98.5%はGPを選び、専門医は1.5%だけだったが、患者に選ぶ権利があることは重要だった。患者中心の制度にしている。

登録医制度

登録医と専門医の役割

- 登録医の使命は、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救急患者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はプロトコルを作成、④個人医療ファイル（DMP）の情報管理、⑤最近は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、患者の情報を登録医に通知すること。
- 伝え方は、何も決められていない。電話、文書、メールなど何でもいい。
- 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。
- 長期疾患患者については紹介された医師はプロトコルを用いて情報を通知すること。
- 登録医は他の医師にセカンドオピニオンを求めたり、反復的な治療を受けさせること。
- 登録医と病院の医師との連携に問題がある。
- 開業医の管理と病院の管理が金庫と国に分かれていて、連携がとれていない。
- 開業医には金庫が報酬を支払うが、病院の報酬は政府が決めている。両報酬システムがことなるため、両者の請求書の診療情報で治療の情報はわからない。金庫は病院の医療については情報をもっていない。
- 患者の病院での診療情報が、登録医に届けられる仕組みがない。
- 患者カードを導入したので、これにすべての情報が記録されるようになれば解決するが、そうになっていない。

登録医制度

登録医の利用と患者負担

- 被保険者が登録医を通さずに専門医を受診すると、償還率が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。
- 医師には二つのタイプがある。
 - 1 セクター2の医師： 超過負担が請求でき、その額も大きい
 - 2 セクター1の医師： 超過負担に上限があり、協約で縛られる
- 医療保険にも二つの保険があるが（基礎的保険と補足的保険）、登録医を通さない場合に引き下げられた償還率の引き下げ分は、補足的保険で補われない。
- 登録医の紹介を得て専門医を訪ねると、通常（最高）の償還率で償還される。
- 償還率は一般的には7割であるが、長期疾患などでは10割である。
- 患者は登録医の紹介なしに専門医を訪ねることができるが、この場合専門医は自由に診療報酬を請求できる。
- ただし患者が登録医の紹介なしに専門医を訪ねると、患者には費用の50%だけしか償還されない。
- 補足的な保険に入っている場合でも、この場合の追加的な患者負担は償還されない。

登録医の紹介を通さなくても法定給付率が適用される場合

- 次の場合は登録医を通す必要がない。
 - 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
産婦人科（ただし何でもいいのではなく、感染症などの場合は登録医を経る）
眼科（これもすべてではない。検眼、緑内障などは直接受診し通常の償還率を得る）
精神科（26歳未満は直接受診可、26歳以上は登録医を通す）
小児科（16歳未満は登録する必要がそもそもない）
- なぜ専門科として4診療科だけ登録医を経由しなくてよいことになったのかというと、様々な議論があったが、この4診療科については、一般医を通さなくても専門科の受診に間違いはないことが明らかであるからである。

登録医制度

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登録医に年1人40ユーロを支給する。
- 長期疾患の患者は人口の12%、医療支出の60%をしめている。少し前は50%であったが、増加し、もうすぐ70%になるだろう。
- 長期疾患患者は、登録すると窓口の患者負担は無くなる。医師には長期疾患患者の登録料として一人年40ユーロ支払われるが、医師にとってそれはたいしたメリットではない。
- 登録医について長期疾患患者について年40ユーロを支給するようになり、その費用はかかるが、ジェネリックの処方率が80%になったり抗生物質の処方率が減ったりして、40ユーロ分を大幅に上回る節約ができています。
- イギリスのNICEのような第三者機関があって、証拠に基づく診療指針などが示されている。
- 金庫はこの指針を用いて、個別に登録医にその診療実態を説明し、どう改善できるか示している。
- 登録医になると、情報が管理できること、全国的な平均と比べて診療がどう違うかを示すことができることなどで、規制するよりもよい効果が達成できている。
- 全国疾病金庫に1000人の登録医を訪ねるため医師がいて、彼らが個々の診療所にそれぞれの診療状況を説明にいらしている。この節約効果は非常に大きかった。

登録医制度と医師の報酬

- 登録医になると、長期疾患患者に関し1人40ユーロが支払われるようになったが、これは年間5000~6000ユーロ（年60~80万円）に相当した。
- 通常の診療報酬単価は一般医22ユーロ（2900円）に対して専門医23ユーロ（3000円）となっている。
- しかし登録医を通して診察する専門医には5ユーロ多い28ユーロ（3600円）が支払われる。
- これは、専門医が登録医に診療情報を報告するための報酬である。
- 登録医の制度で、専門医の診療情報も登録医に届けられるようになったことが大きい。
- 患者はイギリスのように専門医にかかりにくくなるのではないかと心配していたが、今はそうした不安はなくなって、定着している。
- 登録医制度ができたことにより、一般医も役割が評価されるようになったが、専門医も5ユーロ加算で報酬上も評価され、また専門に専念できるようになった。
- 登録医は通常の診療報酬を受ける。総額管理のような考えはとられていない。
- 長期疾患患者については1人に年40ユーロ（5000円程度）が支払われる。
- 紹介された医師に情報提供等のため3ユーロ（400円程度）が支払われる。
- その他にも細かい定めがある。

登録医制度

登録医制度の実施状況

- 次の場合は登録医を通す必要がない。
- 2007年で被保険者の85%（4000万人程度）が登録している
- その99.5%は一般医に登録しており、ごく一部が専門医を選んでいることになる。
- 診察件数の15%は、登録医を通さない診療である。
- 実施された登録医制度とゲートキーパー制度についてのアンケートの結果は肯定的であった。
- 医療費は減っているはずである。
- 皮膚科のようにこの制度で所得が減った医師もいる。その診療報酬は引き上げられる予定。

登録医制度の効果

- 登録医制度では、場合によっては、登録医の医療費と専門医の医療費が重複することもなくはないが、患者の情報をトータルに管理することも登録医制度の役割で、これが医療費の抑制に効果が期待できる。これで1億ユーロ（130億円）程度の節約ができた。
- 以前は複数の医師にかかって投薬や検査なども重複していたが、登録医制度になると、診察は一般医と専門医で2度となるが、投薬や検査の重複などは防げるようになった。
- 登録医制度の導入で皮膚科など一部の専門医は報酬が2割とか3割減っている。一般医のところでは解決し、わざわざ専門医のところに行くようになった。
- 2005年から7年にかけて10億6500万ユーロ（1400億円程度）の医療費を節約できた。
- これだけ節約できたことは今までにない。
- 節約は、医療標準を徹底することでもたらされた。医師もそれを協約に取り入れることに合意した。協約に書き込んで、それを守った登録医にはそれと引き替えに社会保険料を3分の2まで軽減することとした。
- 専門機関が発表している医療標準の通りに動くことを、協約に書き込んで、登録医に目標を達成してもらうようにした。それでこれだけの節約が可能となった。
- 登録医制度のいいところは、予算で縛って費用を抑えたのではなく、医療を改善して費用を節約できた点である。

登録医制度

登録医制度の課題

- 誰でも登録医になれるが、結果的には90%は一般医である。
- 誰でもなれるようにしたのは、そうしないと反対が強くて実現しなかっただろうから。
- 問題は、開業している4万の専門医が登録医になり、専門診療をおこなわなくなっていることである。
- 特に小児科や産婦人科の専門医は、直接患者を受け付けられるが、一般医がより多くの診療を引き受けるようになり、患者が専門医に行かなくなった。
- この点に専門医は不満を持っており、専門医と交渉する必要がでてきている。
- 制度の導入で耳鼻咽喉科、皮膚科、内分泌科、精神科などの専門医の報酬が大幅に下がった。これは患者が直接専門医に行けないと思い違いをしたからである。金庫側の広報がわるかった。
- これらの専門医の収入が一般医より下がってしまった。明後日、これら専門医の報酬について金庫側と交渉することになっている。
- 明後日の交渉のポイントは、一つは4専門科の診療報酬をあげること、もう一つは一般医の診療報酬単価を22ユーロから23ユーロにあげることである。

一般医ディード先生から見た登録医制度

- この診療所の登録患者は全体の半分より多い。登録患者は少しずつ増えてきている。
- 2005年に登録が義務化されたが、義務化といっても完全実施はフランスでは難しい。
- フランスでは診療の自由が基本的に尊重される伝統があり、登録医的な医師患者の関係が個別に維持されてはいたがそれを組織化したりすることには強い抵抗がある。義務化といっても、段階的にしか実施することができない。医師も患者も、喜んで受け入れる者もいればそうでない者もいる。
- 医師としては、患者が登録しても特にメリットはない。
- 患者は、登録医を通して医療を受ければ3割負担ですむがそうしないと5割負担になるので、患者には登録することにメリットがある。
- 登録医を通して専門医にゆくと医療保険の負担は少なくてすむ。直接専門医にゆけば負担は高くなるが手間は省ける。フランスのゲートキーピング (Parcours de soin) はこのように、直接専門医にゆく自由も認めている。
- 紹介すべき専門医のリストなどは特にない。知らない医師にも必要であれば紹介状を書いて患者を送っている。
- 医師は患者による登録を断ることもできる。難しい患者もいるし、すでにたくさんの患者が登録していて新規に受け入れられない場合もある。

一般医と予防医療

- 予防については制度上取り入れられておらず報酬は支払えない。しかし、次のような例外がある。
- 2004年よりターゲットを絞って特定疾患に対する予防給付を医師に支払っている。ガン検診とか便鮮血健診に年60ユーロ（7000円）が支払われる。ただし人数が増えると増額される。
- 糖尿病の管理、妊婦の予防のような報酬を現在検討中であるが、まだ実現していない。
- イギリスの成果報酬のようなものはまだないが、現在の出来高払いは問題で、登録医制度はそれを解決する可能性をもっている。
- 予防活動としては、たいしたことをしていない。
- 子どもに関しては定期的に検診している。そのほか、乳ガン検診、便鮮血の検診など政府が定めている検診に協力し、積極的に受けるよう助言している。医師が助言してもフランスではなかなか患者は検診を受けない。

患者情報の管理とIT化

- 登録医は、ゲートキーパーというよりインフォメーションキーパーである。
- 患者カード (carte vital) は医療費の償還のためのデータを記録するもので。詳しい医療情報はわからない。
- すべての医療情報をカードに入れることを考えてはいるが、実現していない。
- 患者カード (carte vitale) の制度が10年前に導入されたことは、画期的なことである。
- 金庫はその費用を払って医師にコンピュータとプリンターとソフトを提供している。制度の管理は金庫が行っており、医師は患者の了解を得てアクセスできるが、金庫は別の委員会の許可を得ないとアクセスできない。

救急医療

- 救急医療システムとしてはサミューとSOSがある。
- SOSには加わっている。SOSは民間の組織で、これに参加すると土日に関業するなど義務を負うことがある。地方ではそれが一般であるが、都市部では他のシステムがあるのであまり必要がない。
- 日本のような救急患者のたらい回しの問題は、過疎地でもない。どちらかという受け入れすぎが問題である。

医師の地理的偏在

- 地方では、医師は忙しく、医師のなり手が少なくなっている。日本と同じ地域偏在がおこっている。
- 地方では、年をとった医師がやめると後を継ぐ医師を見つけるのが難しいことがある。自治体が診療所も家も用意して医師を募集するがそれでも医師がこないところがある。
- これから、地域ごとに、医師と専門医の再配置を考えないといけない。
- 女性の医師が増えてきて、彼らは生活を犠牲にしてまで働こうとはしない。女性の医師が増えたことも医師の適正な配置が必要になった背景の一つである。
- 将来は、グループプラクティスを増やして、皆が休暇も取れるようにしなくてはならない。
- グループプラクティスが実現しやすいように、補助をするなどインセンティブを設ける必要がある。
- 医師の地域偏在について、いろいろ対策を試みるが医師が反対して実現していない。
- ひどい僻地の500人の医師に年間売り上げの20%の追加補助を金庫として行っている。
- これは効果を発揮しているが、これを増やすことは金庫としてはできない。
- こうした費用はかなりかかるが、そうでもしないと医師はなかなか移ってくれない。
- ほかに自治体によっては税財源で援助をしている。
- この問題は医療保険だけで解決できる問題ではない。
- 僻地だけでなく、貧困地域も嫌われる。
- 一次医療もこのような状況なので、僻地では二次医療はできていない。
- しかし、一時医療の確保と二次医療の確保は同列には議論できない。一次医療が確保できれば、様々な方法で二次医療につなぐことは可能である。
- また過疎地に病院を設置しても、十分な症例を集めることはできないだろう。実際地方の病院はベッドが開いて、効率的ではないし、安全な治療ができるだけの症例が確保できていない。
- インターネットで僻地の医師を援助することが必要である。
- 金庫として登録医にインターネットのアカウントを与え、患者の診療明細の情報を入れそれを見ながら診断できるようにしている。これは実現している。
- 政府はGPを増やそうとしているが、未だかつてこれほど医師が多いことはなかった。
- 医師が不足しているというが、本当の問題は医師の配置の問題である。地域偏在をなくさないといけない。
- 地域偏在は、医療の問題と言うよりも、より広い過疎地の問題である。学校がないとか道路がないといった地域基盤の問題である。
- この組合は、都市にいる医師が、週に1、2回地方に診療に行くような制度を提案している。
- 政府は医師を強制的に地方に行かせるような話をしているが、それは政治的な発言で、実際に医師に強制したりはできない。

医師の地理的偏在

(前頁よりつづき)

- 過疎地に医師が行くと、医師はそこでは24時間働かなければならない状況になる。
- 週35時間労働制の現状で、医師だけそんなに働かせられない。
- 女性の医師は全体の6割になっている。女医が増加しているので、医師を増やさないと解決しない。
- IT化で過疎地の問題を解決することも必要である。
- まだ計画の段階だが、リヨン大学で教えられるだけ学生を受け入れ、その間リヨン大学で専門医が仕事をするように考えているが、5年間だけそこで研修しても、その後定着しないであろう。
- 報酬を大幅に上げて、誰も見向きもしないだろう。
- 医師不足地域に対しては次のような対策が考えられる。
医療保険が医師不足地域の報酬を加算するようにしている。
保健省も、医師不足地域に対する包括報酬を試行している。
また医師不足地域に保健師などを配置した医療施設を設ける援助をしている。
病院がない地域では、疾病金庫と地方病院局が協力するようにしている。
地方自治体も学費を補助して一定期間地域で診療するようにしている。
大学生に対する補助は、授業料以外の本代や下宿代などの学費が対象となる。
大学では授業料に代わって登録料があるが、年300ユーロ(4万円弱)である。
強制して不足地域に医師を配置させるようなことはできない。

一般医の報酬

- 平均的な一般医の所得は6万ユーロ程度である。同じ程度の教育レベルの他の職業と比べて所得は低い。
- かつてはもっと高かった。一般的には専門医の方が高いがケースによる。小児科の専門医だと一般医より低いだろう。
- 診療報酬は出来高払いで、料金は全国協約で決める。
- 医療費の償還は、金庫から被保険者になされる。
- 専門医も一般医も同じ診療行為には同じ点数にすべきである。
- 医療の質を改善しなければならない。GPの仕事の8割程度はトリアージであるが、2割程度は専門的な仕事である。この部分については、専門医と同じ報酬にすべきである。

専門医の報酬

- 専門医の報酬も基本的に一般医の報酬とおなじであるが、専門医の報酬は7000の診療行為ごとに料金（DRG）が定められている。
- 専門医の場合、開業医も病院も同じ料金表になる。
- 特に病院で、請求件数が実際の診療行為より多くなっていることが問題である。

セクター1とセクター2

- 公定の料金表通りに償還される医師（セクター1）とそれを上回って請求できる医師（セクター2）がいる。
- セクター1からセクター2への変更は、1980年から90年まで認められていたが、現在は出来ない。
- 1980年にこうした変更を認めたのは、疾病保険の財政状況が厳しく診療報酬の引き上げが困難で、報酬の引き上げを要求する医師組合に應えるために、この変更が認められた。
- 患者の負担は、1ユーロ定額のほか、協約料金の3割である。
- この3割については補足的な保険がある。
- セクター2の医師が請求する料金は公定料金とは別枠になる。
- セクター2の医師は、前はもう少し多かった。1980年頃は30%程度であったが、今は絞られて20%程度になっている。患者負担も高くなるので、地域にもよるが、利用する患者も少なくなっている。
- セクター2の医師は、一般医でもなっている人がいるが多くは専門医である。
- 登録医を通して、セクター2の専門医にゆくときに、患者負担が高くなることに不満が出ていて交渉している。

専門医と一般医

- 学生は一般医になることを望んではいない。試験でいい成績が上げられず、専門医になれなくて一般医になるというのがこれまでの一般医のコースの選び方であった。これはよくないので、2004年から医学教育の改革が行われ、一般医も専門医として位置づけられることになった。
- 外科の専門医などが一般医に変更することは、理論的には可能であるが、実際にはないだろう。
- この組合一般医と専門医の数はほぼ半々、このバランスは常にこのような比率であった。
- 専門医が一般医になることは賛成である。国も医師組合も合意している。一般医も別の専門に移れるようにするなら問題はない。何十年も外科で働いていた専門医が一般医になることは可能かといえ、教育すれば可能だと思う。
- 専門医が一般医に変更することは法的には可能ではあるが、実際には困難である。

病院の医療費

- 公立病院の報酬はDRG（T2A）で支払われるが、アップコーディングが起これり件数も増え、包括予算の時より大きく支出は伸びた
- 医療費については、病院は5%の伸びで病院以外は3%の伸びであった。
- 医療費の6割は病院が使っている。つまり病院の改革をしないと問題は何も解決しない。
- 病院の人件費率は非常に高い。医療費の問題は病院にある。

医師教育制度改革の背景

- 医師の過剰が問題視され1980年代ぐらいから医学部の定員を減らしてきて、現在医師不足が問題になっている。
- 医師不足は、一般医と、産科、小児科などの一定の専門で顕著である。また地域によっても不足している。
- 人口10万対医師数は、20年間で266人から340人に増加している。この間医学部の入学定員を増やしている。
- 医師は現在、208,00人である。
- 医師の高齢化が進み、平均年齢は、2008年で39.8歳である。
- 2025年には、人口10万対比で280人に下がる。
- 人口は高齢化しニーズは増えるが医師は減る。
- 女性が多くなっていて、総医師数では40ないし50%であるが、医学生では70%が女性である。
- 2008-10年から2020-25年にかけてたくさんの医師が退職する。たとえばマルセーユなど、大幅な医師不足が予想される。

医師の教育制度

- 一般医9年から外科専門医12年の教育期間は3つの部分（サイクル）に分かれている。
- 教育は大学病院でなされる。
- ディプロマを得て医療に携わる。

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 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 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）の勉強をする。

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年目は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。

この国家試験は論述形式のペーパーテストである。同じ日に全国で行う。

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。

その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つであるが、大きく二つのグループ（内科と外科）に分かれている。

診療科は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。

GPだと、老年科とか救急の補足的専門がとれる。

ディプロマの試験はペーパーテストでたいしたものではないが、研修で半年ごとに実績がチェックされる。

一般医の卒後教育

- 実技の評価や知識経験を考慮し、5年ごとに審査を行う。
- 合格しない医師には改善計画のようなものを出させる。
- 医療費を抑制するためにも必要である。

医学教育と医師の分配

医師の数を決める要素

- 地域ごと専門ごとのポストの数を定める。規制に従わない場合、定員を超える医師の保険の診療報酬を減らすことを検討中である。
- 反対に医師のいないところの医師に報酬を増やすことも行っている。
- 第3サイクルの段階で地域に医師を送ることは、その間地域の供給を助ける効果がある。またその研修医がそこで結婚したりして、その場に居続ける可能性はなくはない。

専門医と一般医の数の配分

- これまでは大学がそれぞれの数を決めていたが、2009年から保健省が決めることになる。
- 2004年から一般医に3年間の専門教育が実施された。
- 2004年から2008年にかけて一般医の割合を50%まで引き上げる。
- 専門を決める段階で、一般医を選ぶ学生数を増やした。
- 実際2008年で51%の学生が一般医学を専門に選んでいる。
- 2008年には成績優秀にもかかわらず一般医学を選んだ学生がでてニュースになった。
- 第2サイクルで診療所に出向いての研修も導入された。
- ディプロマの後も、診療所で研修する制度も導入した。

開業医の引退と診療所の継承

- 医師の引退年齢は、年金が支払われる65歳が一般である。開業医はそれ以上でも働いている人は多い。
- かつては診療所をこどもが継ぐことが多かったが今はまれである。継ぐ者がいなければ、「開業権」を譲渡することもある。かつては譲り受けるための費用は年間売上高の半分程度であった。その当時は、引退する医師が自分の患者に次の医師を家庭医とするように言えば患者は従ったので、半額払ってもペイしたが、最近はそういうかたちでは医師患者関係を継承できなくなっていて、譲り受ける費用は下がっている。それでも田舎では、まだこの慣習がのこっている。

あるパリの一般医の診療

- 1日25人程度を診察している。若干名往診もしている。
- 診察時間は午前9時半から午後8時半ごろまでである。この勤務時間は特に多いわけでもない。
- 大学では小児科を勉強し、小児科を得意（オリアンタシオン）としている。
- 都会ではオリアンタシオンを持っている一般医が多い。田舎には少ない。
- 患者の30～35%が子どもである。
- オリアンタシオンはオフシャルな資格ではないが大学で認定を受けている。大学で一般医の勉強をして一般医の資格を得た後、仕事をしながら小児科を勉強し、大学から認定を受けている。
- 診療を始めたのは1981年からなので27年間になる。ずっとパリで診療している。
- 診療所は1人で行っている。看護師も受付もない。しかしグループ診療が増えている。特に地方でそうで、政府もグループ診療を推奨している。協力することで医師も自由になれるからである。
- 診療室はイギリスのGPの診療所とは異なり、問診の後で診察するベッドのある部屋も備えられている。イタリア人の話しでは、イタリアでもこのような診療室はないとのこと。

イギリスの医療背保障制度との比較

- イギリスと違うのは、病院の専門医でも登録医になれるようになっていることである。
- だから、専門的な治療が必要な人は、自分の専門医に登録することができる。
- 別の一般医の医師組合（MG France）はイギリスのような国家による管理を好み、一般医しか登録医にできない制度を支持した。
- イギリスでは医師はフランスの3分の1しか働かなくて所得は2倍支払われている。
- イギリスでは政府が予算を決め、その予算が年度の途中でなくなってしまうと、来年度またきてくださいというように、待機リストに載せられる。
- イギリスの白内障患者の50%はフランスで治療をしている。その場合患者が自分で払っている。
- イギリスでは貧しい人は何ヶ月も待たないと治療が受けられないが、フランスでは誰でも容易に一般医、専門医にかかれる。
- このように、フランスの制度は自由でかつ社会的でもある制度である。
- イギリスでは1000人の登録患者がいるとしたら、その分人頭報酬が支払われる。患者が多いと大変で、患者が少なければ楽な制度である。それに対してフランスは出来高払いで、働きに応じて支払われている。
- フランスは皆保険で、7割が償還され、残る3割についても補足的な保険で償還される。
- また貧しい人も、CMUの制度ができ、同じように医療が受けられる。
- イギリスの制度はイギリスでしか機能しない。
- イギリスには2万人のGPがいる。一方フランスには6万人のGPがいる。このようにフランスのGPは多いので、イギリスのような報酬は払えない。
- フランスの制度はとても金のかかる制度であるが、国民も政府もよい医療のためにはそれだけの費用を払った方がいいと認めている。これから高齢化でますます費用がかかるのである程度費用がかかるのはやむを得ないと認めている。
- イギリスの制度は国家管理である。予算が決められているので、その範囲ですむ患者は問題ないが、そこからはみ出す患者は、金がないとすぐに医療が受けられず待たされる。金のある人は外国に出るなどして受診しなければならない。

**(参考資料) これまでの国民健康保険中央会における
検討の経緯**

(注) 以下で出てくる「かかりつけ医」「家庭医」
は、「総合医」と同じ意味・内容です。

(1) 「地域における包括的な保健・医療のあり方に関する研究」
(平成13～14年度)

- 包括的な保健・医療の体制をどのように確立していけばよいのか、そのために乗り越えるべき課題や条件は何か、といった点について検討した。
- 全市町村、全国健康保険診療施設、全地区医師会にアンケートを行った。
- 先進的な取り組みを行っている15地域・機関にヒアリングを行った。

〔ヒアリングを行った16地域・機関〕	
北海道・奈井江町	みどり内科クリニック (北海道・札幌市)
青森県・八戸市	
新潟県・黒川村	家庭医療クリニック西岡 (北海道・札幌市)
長野県・茅野市	
高知県・梼原町	用賀アーバンクリニック (東京都・世田谷区)
長崎県・平戸市	だいたう循環器クリニック (兵庫県・姫路市)
大分県・姫島村	
鹿児島県・下甌村(現薩摩川内市)と手打診療所	徳丸小児科医院 (愛媛県・松山市)
沖縄県・平良市	

- 包括的な保健・医療を展開させる最大の鍵として、家庭医的機能を6つのポイントにまとめ、提言した。

家庭医的機能の6つのポイント	患者の生活状況を的確に把握した上で、日常よく見られる病気の診断や治療について十分に対応する機能
	病気や障害の緊急度や重症度などに対応して、適切な医療機関を紹介する機能
	地域住民の抱える健康問題について、気軽にいつでも相談に応じる機能
	医療機関だけでなく、関連する様々な機関と連携しながら、健康増進・疾病予防から、退院後のリハビリテーションや介護サービスとの協力まで、継続したサービスを提供する機能
	在宅診療や健康教室など、地域に出向く活動を積極的に展開する機能
	住民や患者に対して、医師の家庭医的機能や役割について分かりやすく説明し、十分な納得を得るとともに、保健・医療に関する適切な情報を提供する機能

(2) 「地域における包括的な保健・医療推進モデル事業」 (平成15～17年度)

- かかりつけ医の普及を目的とする「地域における包括的な保健・医療推進モデル事業」を行った。
- モデル事業は、北海道・奈井江町、神奈川県・伊勢原市、長野県・茅野市の3市町において、平成15年度～17年度の3年間にわたって行われた。
- 3市町は、「予防と医療の連携」「診療所と病院の機能連携」「地域住民への情報提供」という共通のテーマのもとに、具体的な事業を推進した。
(→3市町のモデル事業の概要については、58～60ページを参照。)
- 3市町の取り組みの成果を全国の地域で生かしていくために、以下の提言を行った。

□ 基本的な事項

- ① 行政や医療機関、住民など関係者による協議機関を設定し、特に住民の視点から、地域の保健・医療のあり方を議論していくこと。
- ② ②首長が住民の健康づくりや保健・医療の充実に対して理解と熱意を持つこと。

□ 予防と医療の連携について

- ① 地域における生活習慣病予備群を把握する仕組みを、かかりつけ医をはじめとする関係者が協力・連携して作り上げていくこと。
- ② 保健師・栄養士・運動指導士など健康づくりに関わる専門職を養成するとともに、健診後の事後指導を推進する体制づくりをすすめること。
- ③ 住民の自発的な活動を積極的に健康づくりに活用していくこと。
- ④ 学校保健との連携を強化して、子どもの健康づくりを通して、家族全体の生活習慣の見直しにつなげていくこと。

□ 診療所と病院の機能連携について

- ① 機能連携の取り組みを主導するリーダーを育てていくこと。
- ② 地域医師会と病院関係者の組織的な取り組みを進めていくこと。
- ③ それぞれの医療機関が果たすべき機能を明確にして、役割分担をする仕組みを作っていくこと。
- ④ 病院の外来患者を減らす努力に対する財政的な支援の仕組みを検討すること。

□ 地域住民への情報提供について

- ① かかりつけ医を持つことの大切さを周知していくこと。
- ② 多様な手段（健康づくりイベント、公開講座、医療機関マップ、健康カレンダーなど）を活用した継続的な情報提供を進めていくこと。
- ③ 住民がかかりつけ医を持つよう情報提供を行うとともに、患者の医療機関選択を支援するような情報提供にも取り組んでいくこと。

- 北海道・奈井江町のモデル事業は以下の通り。

北海道・奈井江町の概要	
人口：6,986人（うち65歳以上人口：2,106人）（2006年1月）	
病院：奈井江町立国保病院（96床）	
診療所：2ヶ所	歯科診療所：4ヶ所

（1）予防と医療の連携

健診情報の共有

- ①生活習慣病、特に動脈硬化等
予防対策ネットワーク事業
- ②在宅診療・健康相談等サービスの充実
- ③小児期からの生活習慣病予防事業
- ④健康づくり応援団事業
- ⑤運動指導事業

（2）診療所と病院の機能連携

地域における診療所・病院の連携体制の構築

- ①病診連携推進事業
- ②かかりつけ医機能を高めるための研修会の開催
- ③歯科医師による訪問事業

（3）地域住民への情報提供

家庭医（かかりつけ医）を推進するための情報提供

- ①住民への情報提供の推進

- 神奈川県・伊勢原市のモデル事業は以下の通り。

神奈川県・伊勢原市の概要	
人口：100,663人（うち65歳以上人口：15,350人）（2006年1月）	
病院：東海大学医学部付属病院（1,133床）＝3次救急医療機関 伊勢原協同病院（413床）＝2次救急医療機関 伊勢原日向病院（204床）＝特例許可老人病院	
診療所：44ヶ所	歯科診療所：47ヶ所

（１）予防と医療の連携

予防を目的とした健診後指導システムの構築

- ① かかりつけ医機能を生かした個別健康相談事業（ヘルスアップ支援モデル事業）
- ② 健康指導チームの活用事業
- ③ 中高年健康づくり運動指導事業
- ④ 磁気媒体を利用した健康管理システムの構築事業
- ⑤ 歯の健康づくり推進事業
- ⑥ 医療と保健・福祉の連携推進事業
- ⑦ 健康教育の充実
- ⑧ 地域における健康づくり・介護予防事業の推進

（２）診療所と病院の機能連携

地域における診療所・病院の連携体制の構築

- ① 病診連携等機能強化
- ② 患者紹介・逆紹介システム構築支援
- ③ 開放病床等の運営強化
- ④ 生活習慣病を中心としたクリティカルパス研究・検討とモデル的適用^{（注）}
- ⑤ 医師及び医療技術者の研修会の開催
- ⑥ かかりつけ薬局の推進事業

（３）地域住民への情報提供

家庭医（かかりつけ医）を推進するための情報提供

- ① かかりつけ医機能の普及啓発事業
- ② 医療機関等ガイドの作成
- ③ 健康カレンダーの作成

（４）伊勢原市独自の取り組み

安心して安全な在宅生活の支援システムの構築

- ① 安定・継続した在宅療養生活の支援事業
- ② 在宅におけるターミナルケアへの支援事業
- ③ 市民ボランティア「ヘルスマイト」を中心とした住民活動の推進

- 長野県・茅野市のモデル事業は以下の通り。

長野県・茅野市の概要	
人口：56,747人（うち65歳以上人口：11,554人）（2005年10月）	
病院：諏訪中央病院（362床）	
診療所：30ヶ所	歯科診療所：20ヶ所

(1) 予防と医療の連携

健診情報の共有

- ①病診情報共有化事業
- ②三師会との連携をもとにした健康づくり運動
- ③健康相談事業
- ④緑内障の健康相談
- ⑤地域の健康運動の活発化のための運動処方箋の普及
- ⑤-1地域の健康運動（熟年体育大学）
- ⑥健康づくりのパートナーシップ事業

(2) 診療所と病院の機能連携

地域における診療所・病院の連携体制の構築

- ①診療所→病院→診療所のクリティカルパスの作成
- ②家庭医（かかりつけ医）及び病院勤務医の地域研修プログラム
- ③診療所と病院との患者情報の共有化
- ④家庭医（かかりつけ医）のための入院ベッドの確保
- ⑤家庭医（かかりつけ医）推進のための患者指導
- ⑥病院から診療所へ診療支援
- ⑦地域連携室の事業拡大
- ⑧開業医が連携した平日夜間の一次救急事業
- ⑨在宅医療の病診チーム医療
- ⑩医療材料・衛生材料の供給体制の連携
- ⑪診々連携事業
- ⑫病診・病病連携「安全のお産のネットワーク」

(3) 地域住民への情報提供

家庭医（かかりつけ医）を推進するための情報提供

- ①家庭医（かかりつけ医）推進のための市民への情報提供
- ②「尊厳死の意思カード」の情報提供
- ③「かかりつけ医推進事業フォーラム」

(4) その他事業

- ①各事業の検証

(3) 「高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究」 (平成18年度)

- 後期高齢者に焦点を当てて、より良い医療体制のあり方を検討するとともに、後期高齢者の医療にふさわしい報酬体系のあり方について検討を行った。
- 検討に当たっては、本年4月以来会合（研究会5回・小委員会5回）を重ねて、議論を深めるとともにヨーロッパ4か国（イギリス・デンマーク・オランダ・フランス）の関係機関等にヒアリングを行った。
- 後期高齢者の医療にふさわしい報酬体系のあり方について、以下の提言を行った。

(1) 後期高齢者の医療におけるかかりつけ医体制の強化
後期高齢者を対象として、在宅医療を中心とするかかりつけ医の体制を強化すべきである。具体的には以下の通り。

- ①後期高齢者は、原則として診療所の中らかかりつけ医を選ぶ
(病気になった場合には、最初にかかりつけ医を受診することを原則とする)
- ②かかりつけ医は以下のような役割を担う
 - －登録された後期高齢者の健康状態の把握と、健康上の相談への対応
(例えば、健康づくりや保健指導、疾病予防、介護予防)
 - －診察、治療(専門医や病院への紹介を含む)
 - －リハビリテーションの指導
 - －ターミナルケアの対応と看取り
- ③かかりつけ医は、登録された後期高齢者が介護保険給付の対象となっても、そのサービス提供機関・施設と協力しながら、引き続き、かかりつけ医としての役割を果たす

(2) かかりつけ医に係る報酬体系の新設

- ①登録された後期高齢者の人数に応じた定額払い報酬を導入する
- ②後期高齢者におけるかかりつけ医の報酬は、出来高払いと上記定額払いを併用する

(3) 効果

後期高齢者におけるかかりつけ医の体制を強化することによって、以下のような効果が期待できる。

- ①医療機関に対するフリーアクセス(「いつでも、誰でも、どこへでも」)の中の「どこへでも」をある程度制限することにより病診機能が明確になり、効率的な医療が提供される。その結果、真に医療を必要とする人に必要な医療が提供されるようになる
- ②後期高齢者におけるQOLの向上が推進される
- ③診察から入退院、リハビリテーション、介護サービスとの連携まで含めて、継続的な医療が推進される

(4) 「地域住民が期待するかかりつけ医師像に関する研究」 (平成19年度)

- 地域医療を担っている医師を対象にアンケートと訪問ヒアリングを行って、地域住民が期待するかかりつけ医師像のあり方を検討した。
- 研究会委員ならびに関連する団体の推薦に基づいて選定した、266人の医師に対してアンケートを実施(156人より回答)。さらに、回答を頂いた医師の中から17人を選んで訪問ヒアリングを実施。
- 社会全体で「総合医」をつくっていくために、以下のような提言を行った。

(1) 地域医療を担う「総合医」像

今回調査の対象となった医師は、以下の6つの点で共通。

- 日常的な疾患(コモン・ディゼイズ)に対応し、プライマリ・ケアを実践している
- 他の専門的な医療機関等を適切に紹介することができる
- 地域において疾病予防や健康相談を含めた健康づくりを行っている
- 患者や地域住民の生活状況をよく把握している
- 時間外・夜間の対応を積極的にしている
- 往診や在宅医療に積極的に取り組んでいる

活動の特徴として、専門分野に偏らずほとんど全ての日常的な疾患に対応していること、患者の状況を総合的に判断して適切な医療(紹介も含め)を行っていること、患者家族や地域住民の生活を支えていること、等が挙げられ、「かかりつけ医」という言葉に代えて、「総合医」と呼ぶことがふさわしい。

(2) 「総合医」の確立

早急に「総合医」が社会的に確立されたものとなり、全国に普及していくことが求められる。そのためには、「総合医」を養成するコースを設定して、それぞれのコースに合わせた教育・研修の体制を整備した上で、認定をしていくことが考えられる。(認定の条件等は関係者間の協議で決めることを想定。)

(3) 「総合医」を育てる教育・研修・学習のあり方

- 学部教育においては、「総合医」を養成するためのカリキュラム構成の見直しと医学部学生が「総合医」の活動に触れる機会の設定が求められる。
- 卒後研修においては、「総合医」として求められる技術・能力などを習得するための実践的研修機会の拡充が求められる。
- 生涯学習においては、「総合医」としての医療技術を保つための学習機会の拡充が求められる。

(4) 「総合医」を支える環境整備

- 「総合医」と協力しその活動を支える職種の育成・確保が求められる。
- 関連する機関とは、役割分担を明確にした上で、協力・連携を推進することが求められる。
- 特にへき地や離島等の「総合医」を支援するための情報インフラの整備が求められる。
- 「総合医」の活動が十分評価され、その活動が助長されるような報酬のあり方を検討することが求められる。