

ヨーロッパの総合医制度

著者	一圓 光彌
雑誌名	健康保険
巻	66
号	4
ページ	30-35
発行年	2012-04
権利	(C) 健康保険組合連合会：このデータは健康保険組合連合会の許諾を得て作成しています。
URL	http://hdl.handle.net/10112/7462

ヨーロッパの総合医制度

関西大学政策創造学部教授

一圓 光彌

1 総合医の必要性

ヨーロッパでは、古くから general practitioner という言葉が使われてきたが、これは specialist (専門医) に対して generalist を意味する言葉で、長く一般医と訳されてきた。イギリスでは general practitioner (= GP) は family practitioner (家庭医) とも呼ばれたが、それは GP が家族全員の医療、健康の身近な相談役として機能してきたからにはかならない。GP や family doctor といった言葉の使い方は、それを取り巻く制度の違いにもかかわらず、ヨーロッパの国々で広く使われている。

これに対して日本では、病院と診療所の機能分化が進まなかったことや、医学教育の中で general practice が位置づけられてこなかったことなどの理由から、一般医や家庭医といった言葉が広く用いられることなく今日を迎えている。また、家庭医という言葉がイギリスなどの人頭報酬制度やゲートキーパー制度と結びつけて捉えられ、そうした制度を拒む立場から家庭医という言葉が忌避されたことも、この言葉が

日本で使われなかった理由にあげられるであろう。

そうした日本で、最近「総合医」という言葉が用いられるようになった。それは、家庭医的な医師とは別に、臓器別の専門科を超えた、患者を総合的に診ることのできる医師の必要性が高まったからにはかならない。NHKの衛星放送で「ドクターG (Doctor General)」という番組が2010年に幾度か放映された。実際の症例をドラマ化して再現し、数名の若手研修医と教授役の「総合診療医」がスタジオで討論しながら正しい診断を見つけ出す推理番組であるが、その番組で「総合診療医」の医師像は、「専門化が進みすぎた医療界を抜本的に変革するために生まれた新しい医師像」として、次のように説明されている。

①「人がかかっている病気を治す」のではなく「病気に苦しむ人を治す」。だから個別の「臓器」を診るのではなく「人体」という有機体全体を診る。

②「検査」に頼らない。最先端の検査ほど、患者に心身の負担をかけ、経済的負担をかける。総合診療医は「問診(患者、家族の話の聞く)」と「身体診察(触診ともいふ)」だけで最終診断を行う(検査は診断



の確認のためだけに限定する。

この2点は以前から家庭医や一般医に求められてきた医師像と変わらないが、それが改めて現代の日本で総合診療医として要請されるようになったのは、専門化が進む中で患者全体を総合的に診ることのできる医師の必要性が高まったからではないかと考えられる。日本で、総合診療科が病院をベースに広がっている事情はこのことを反映している。

総合医が注目されるようになったもう1つの理由は、慢性疾患の患者が増え、複数の病気を抱えて生きる患者が増えたことであろう。複数の病気に関して、複数の診療科を相互に連携することなく長期に受診するということは、無駄であるだけでなく患者の立場からすれば実際上どの診療科も医療目的を達成していないことになる。全診療科について理解のある総合医が患者の療養生活を指導できるようにしなければならぬ。

こうした総合医の必要性は、病院の医師不足が問題となる中で、その対策としても注目されるようになっていく。身近な総合医が広く医療相談に応じ、必要な場合に限って専門医を受診するように交通整理ができれば、専門医は

その能力が発揮できる症例だけを診ればよく、軽い症例に時間をとられることはなくなるので専門性も強化できる。医師の増員も必要であるが、とりわけ総合医の増員が必要と考えられるようになった。

こうした総合医が必要とされる事情は、ヨーロッパ諸国でも同じである。すでに述べたように日本と違ってヨーロッパ諸国には一般医や家庭医の伝統があるが、改めてプライマリ・ケアの役割が注目され、それを強化する改革が進められようとしている。医療制度・医療政策に関する研究活動を行っている国際的な研究機関(European Observatory on Health Systems and Policies)が2006年に発表した報告書は、医療制度を自動車にたとえ、その運転をプライマリ・ケア医に委ねることの必要性と可能性を論じている。ここでは、同報告書を中心にヨーロッパにおける総合医制度の状況を概観し、とくにイギリスとフランスについて最近の改革を紹介する。

2 ヨーロッパの

総合医制度の概観

ヨーロッパでは、医療費の増加にもかかわらず、慢性疾患や高齢者や障害者や終末期の患者等のニーズは満たされていない。こうした医療ニーズは量的に増えているだけでなく質的にも変化しており、多くの人は複数の病気をもち専門を異にする多様な提供者から医療を受けるようになっていくが、適切に対処されているとはいえない。専門分化した複雑な医療の利用者に対して、多様な医療をうまく使いこなせるよう指導し案内する調整役の役割が重要になっている。またこうした医療では、より早い段階からの介入、予防医療の必要性が高まっており、さまざまな専門家が協力してプライマリ・ケアを担うことが重要になっている。

1990年代を通してセカンダリ・ケアに対するプライマリ・ケアの重要性は高まり、より多くの医療が病院外(地域)で行われるようになっていくが、総医療費に占めるプライマリ・ケアの医療費の割合は必ずしも増加していないし、2002年までのデータでは人口当たりGPの数もあまり変化がない。ただし、その頃から医師不足の問題が深刻化するようになっていくので、状況は変わりつつあるのかもしれない。イギ

リスやフランスでは2000年代に医学部の入学定員が増員されGPの養成数が増加している。イギリスでは医学部入学定員は1997年の3749人から最近では8000人近くになっており、また卒業生の半数はGPとなっており、またフランスでも、高齢化により医療需要の逼迫が予想される中でGPを増やそうとしている。

プライマリ・ケアの役割を強化する上ではGPの数は多いほうがよさそうに思われるが、表1で見ると、実際の各国のGPの対人口比は、医療制度の違いを反映して大きく異なっており、その数とたとえば総医療費といった指標に関連があるようには見えない。一般にGPの数は、GPがゲートキーパー機能(住民のGP登録とGPによる病院への紹介)を果たしている国のほうがそうでない国より少なく、また税方式の国のほうがそうでない国よりも少なくなっている。また総医療費は、GPがゲートキーパー機能を持つ国のほうがそうでない国より低い。ゲートキーパー制度の採用は税方式の国で多く、社会保険でこれを採用しているのはオランダのみであるが、後で述べるようにフランスは、試行錯誤を経て2005年

より自由度の高いゲートキーパー制度を採用し、多くの国民がこの制度を利用するようになっていく。

1994年のヨーロッパ32カ国約8000人のGPに対する調査の分析結果を見ると、ゲートキーパー制度を持つ国のGPは、そうでない国のGPよりも、幅広い健康の問題で患者が最初にコンタクトを持つ医師としての役割を果たし、そのことにより他の専門職と連携する機能も果たしていることが明らかとなっている。1994年以降もこのような各国の特徴に大きな変化はないものの、ゲートキーパー制度を持つ国ではそれを柔軟に運用する改革が進められ、ゲートキーパー制度がない国ではその導入が模索されるようになっていく。

サービスの連携や継続的なケアという点でも、住民の登録制度を持つ国のGPの方が、そうでない国のGPより重要な役割を果たしている。ただし、住民を登録するだけでは十分でなく、住民の診療記録が1カ所に集約管理されることが連携にとって重要である(Salman et al. 2006, p.41)。このように、医療制度や医療保障制度の違いによりそれぞれ

ゲートキーパー的な役割をGPに持たせている国のほうが専門職間のサービスの連携や継続的な医療が達成されやすく、そうした方向での改革が望まれる。

こうしたGP制度についての改革とともに、新しい医療ニーズに対処していく上でGPの教育、研修、資格認定が各国で重要な課題になっている。そもそも第二次世界大戦前の医学教育は、病院中心、医科学中心で、患者の立場に立ったgeneral practiceは教えられていなかった。第二次世界大戦後、医療の専門分化が一気に進められるが、プライマリ・ケア医が専門性を主張しはじめるのはそれよりだいぶ遅れている。イギリスでGPが正式に専門職団体Royal College of General Practitioners(王立一般医学会)を結成するのは1952年のことである。ヨーロッパで最初にgeneral practiceの教授職が生まれるのは1963年(スコットランド)で、その動きは他の国にも広がるようになる。その後、各国の教授たちが研究集団を結成してgeneral practiceのあるべき姿を提示するとともに教育カリキュラムを開発していった。こうして1990年代には、西ヨーロッパの多くの国でgeneral practiceは1つの専門科として



表1 ヨーロッパ主要国のGP数、医療保障制度、医療費

国	2002年		ゲートキーパー制度	
	1000人当たりのGP数	総医療費対GDP比(%)		
税方式の国	デンマーク	0.7	8.8	有
	フィンランド	1.7	7.8	無
	イタリア	0.9	8.3	有
	ノルウェー	1.1	9.8	有
	イギリス	0.6	7.6	有
	スウェーデン	0.5	10.9	無
保険方式の国	オランダ	0.5	8.9	有
	ベルギー	2.1	9.3	無
	フランス	1.6	10.5	無
	ドイツ	1.1	10.6	無
	スイス	0.4	10.9	無

(資料) Saltman et al. 2006 p.30, OECD 2010

表2 ヨーロッパ主要国のGPと専門研修(1999)

	総GPIに計る専門研修を終えた者の割合(%)	医学部卒業生の数(人)	医学部卒業生に計るGPの割合(%)
ベルギー	100	700	43
デンマーク	100	600	30
フィンランド	50	500	18
フランス	40	4000	50
ドイツ	72	10000	18
イタリア	100	2000	18
オランダ	85	1500	24
ノルウェー	51	550	36
スウェーデン	80	600	17
スイス	98	600	n.a.
イギリス	75	4500	44

(資料) Saltman et al. 2006 p.168

認められるようになる。

GPの専門医としての地位の確立には、アカデミックな教育プログラムを開発することと、研修制度を整備して若い医師だけでなくこれまで専門研修を受けてこなかった医師の研修にも取り組む必要があり、長い年月を要している。表2からGPのうち専門研修を終えた者の割合を見ると、全GPに研修が行き渡っている国もあるが、まだ半数にも満たない国もある。医学部卒業生に占めるGPの割合も、各国のGP制度の違いを反映して、国によって大きな違いがある。また総合医の専門

3 イギリスの総合医

研修年限については、EUが2001年に最低3年を指示したこともあり、多くの国で3年が確保されるようになってきている。総合医の養成という点では、日本は大きく遅れをとっている。

総合医の制度あるいは家庭医の制度ということでは、イギリスの制度が有名である。イギリスの総合医制度の重要な構成要素は、①住民患者の事前の登録制、②総合医によるゲートキーパー制であろう。その前提として、(i) 専門的

な治療を担う病院(専門医)とプライマリ・ケアを担う診療所(総合医)との機能分化がある。またこれらと密接に係る診療報酬のあり方として、(ii) 人頭報酬という診療報酬支払方式がある。

このイギリスの総合医の制度が日本では純粋に、あるいは厳格に捉えられて、とても日本では導入できないと考えられている。たしかに日本の医療制度はイギリスと大きく異なり、イギリスの登録制とゲートキーパー制に対して日本はフリーアクセスがまもられ、診療所と病院の機能も明確に区別されていない。診療報酬も出来高払いが基本である。

しかし、イギリスの総合医制度も、時代の変化に対応して変化している。住民は登録している自分のGPをいつでも変更できるし、現在は総合医個人に登録する仕組みから診療所に登録する仕組みになっている。総合医がグループで診療所を運営する場合が多く、診療所に雇われる総合医も総合医全体の2割程度に上っている。だから自分の家庭医が

常に診療に当たるといふ牧歌的な家庭医制度が維持されているわけではない。2004年以降、診療所は時間外の診療を拒む契約も選べるようになっており、そうした場合患者は別の診療所等で受診することになる。

総合医によるゲートキーパー機能も患者の希望を抑制する制度と理解されがちであるが、実際には患者は総合医と相談して全国どこの病院の専門医にでも紹介してもらえらる。インターネットで病院の評価や待機状況などもわかるようになっていて、総合医と相談しながら患者が選べるようになっていいる。人頭報酬についても、人頭報酬の占める割合は診療所の総収入の半分程度であって、得意分野をもって積極的に医療を行ったり、慢性疾患の医療管理に取り組んだりすることに対する出来高払いも少なくない。

このように、イギリスでもかつての家庭医の姿は変わりつつあり、診療所への登録や、総合医の間で得意分野を持ち合つて連携するような形も生まれるようになり、専門医(病院)の選択も全国どこでもよいようになっていいる。それでも、現在でも9割以上の診療が総合医によって行われ、必要な場合に総合

医の紹介で病院の専門医の医療が受けられ、退院後も病院の治療内容が総合医に届けられていることに変わりはない。総合医の下で異なる専門科の診療記録が集約されるだけでなく、診療記録は胎児の段階から現在登録している診療所に引き継がれるようになっていいる。ほぼすべての国民が診療所に登録し、そのGPが登録住民のプライマリ・ケアを担う仕組みは変わっていないといえる。

4 フランスの総合医制度

フランスは診療の自由の伝統が強い国で、日本と同じく医療保険が用いられるとともに、フリーアクセスも守られている。また開業している専門医も多く、その点でもイギリスと異なり日本に近い。そのフランスで、フリーアクセスを維持したまま、被保険者が自分の担当医を決め、その担当医を通して専門の医療を受ける制度をスタートさせた。以下、国民健康保険中央会の研究会「総合医体制整備に関する研究会(水野肇委員長)」の調査の一環として行った2008年の現地調査を紹介する。

開業している医師のうち約6万人が

総合医で、5万人が専門医である。このほかに病院の専門医が11万人ほどいいる。開業している専門医が多いのがフランスの特徴で、患者は自由に専門医を受診でき、それが患者の重複受診などの原因となっていた。専門医として都市部でも開業できることが、医師の地域偏在の原因ともなっている。

2005年から担当医制度が生まれたが、目的は2つあり、1つは重複受診を避けることで、もう1つはむやみに専門医を受診することを避けることにあった。経済的な理由と同時に、重複受診による弊害も問題となっていた。

2005年から16歳以上の被保険者は担当医を選んで疾病金庫に届けることができるようになった。担当医を選ばなくてもよいが実際には2007年で被保険者の85%が登録しているの、この制度が急速に普及したことがわかる。担当医になれるのは総合医だけでなく専門医もなれる。この制度の前には総合医だけが担当医になれる制度を試みているがほとんど利用されなかったの、誰でも担当医として選べるようにしたことが成功した理由であると考えられる。したがって、開業している専門医も病院の専門医も社会医療施設に

働く勤務医も担当医として選ぶことができるのであるが、実際には担当医として選ばれた98・5%は総合医で、専門医は1・5%にすぎなかった。

被保険者が担当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も、償還を受けることができない。フリーアクセスはこれまで通り保障されているが、被保険者が担当医を通さずに専門医へ行くことと患者負担が高くなることになる。

専門医への紹介のルールもイギリスほど厳しくなく、次のような場合や診療科には担当医を通さなくても法定の償還率が適用される。

- 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

※ただし産婦人科については、感染症などの場合は担当医を経る。
眼科については、検眼、緑内障などは直接受診可。
精神科については、26歳未満は直接受診可だが26歳以上は担当医を通す。
小児科については、16歳未満はそもそも登録する必要がない制度となっている。

担当医の使命は、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、⑤個人医療ファイル(DMP)の情報管理、その他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ルのワクチン接種など)。

担当医から紹介された専門医は、治療のあと患者の情報を担当医に届ける。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の記録としてとどまるだけで、総合医に届かなかつたので、担当医制導入でこの点は大きく変わっている。

糖尿病やガンなど長期疾患患者の場合は、担当医に登録すると窓口の患者負担は無くなり、担当医には長期疾患患者の登録料として1人年40ユーロ支払われる。また担当医を通して患者を診察する専門医にも、その診療情報を担当医に報告するため、5ユーロの診療報酬の追加がある。

長期疾患の患者は人口の12%であるが医療支出の60%をしめ、急速に増加している。長期疾患患者の担当医制度が導入され、ジェネリックの処方率が80%になり抗生物質の処方が減るなど、医療費

が節約されている。長期疾患患者の医療管理については、証拠に基づく診療指針が示され、指針に基づいた診療がなされるようになった。2005年から2007年にかけて10億6500万ユーロの医療費が節約できたが、これはこれまでにない節約であり、それは主に診療指針を徹底することでもたらされたといわれている。

医療提供者の間で診療の自由を守る伝統が強く、医療保障制度として社会保険が採用されているフランスでの担当医制度の成功は、日本の総合医制度を考える上でも大いに参考となると考えられる。

参考文献

- ・一圓光彌・田畑雄紀 2012・3 「イギリスの家庭医制度」『健保連海外医療保障』93号
- ・葛西龍樹・富塚太郎 2008・2・9 「プライマリ・ケア診療の質追求」『日本医事新報』No.4372
- ・水野肇・田中一哉編 2011 『総合医の時代』社会保険出版社
- ・MMPG 2012 「平成23年度MMPG海外研修調査報告」MMPG(フランスの家庭医制度に関する現地調査報告書)
- ・OECD 2010 OECD Health Data 2010, OECD
- ・Saltman, Richard B., Ana Rico and Wientke G. W. Boerma (eds) 2006 Primary Care in the Driver's Seat?—Organizational Reform in European Primary Care, European Observatory on Health Systems and Policies