

プライマリ・ケア再考―英国家庭医制度から学ぶ①

## プライマリ・ケア診療の質追求

\*1 葛西龍樹 かつさいりゅうき

\*2 富塚太郎 とみづか たろう

はじめに

質が高く、より公平で国民の期待に応える医療供給体制の構築は全世界的な要請であり、特に限りある財源や人的・物的資源の有効活用という点で効果的な医療システムを運営していくことは、国民の健康を維持・促進するために重要である(WHO, 2000)。また、効果的な医療供給という点においては、Starfieldら(2005)によると、死亡率の低下や予防的医療の利用の向上、収入格差に伴う健康格差の是正に対する処方箋として、よく訓練されたプライマリ・ケア専門医による診療が貢献することが示されており、その中でも

英国のプライマリ・ケアは高く評価されている。

「地域に自分のかかりつけの医師をもつ」という考えは日本でも古くからあるものだが、日本では医療・福祉制度上、プライマリ・ケアと2次医療など他の専門領域との区別が曖昧である。プライマリ・ケアを専門にする医師に特別な教育が必要であるという認識も広まっておらず、日本家庭医療学会による標準化された家庭医療後期研修プログラムの認定制度が、漸く2006年に始まったばかりである。医師の不足と偏在、地域医療崩壊などの問題も、医師の「量」の議論に集中し、「質」についての具体的な取り組みに欠けて

いる。

英国ではかかりつけ医をGeneral Practitioner (GP、以下「家庭医」と呼ぶ)として養成し、医師、地域住民が手を取り合って、その資格や質を整備している。一方で、身近にあっても相談できる医師という、広範な能力を要求される家庭医が果たして十分に教育可能で機能するかについての問いは、常に存在する(Suttonら, 2001)。それに答えるため、英国では、家庭医が行う医療の地域への貢献やケアの質に対する追求や検討が、国や地域行政機関、専門機関、研究者によって常に行われ、よりよいケアの質への試みとその提示が継続的に行われている(Wilson, 2006)。

本稿では、英国家庭医療(UK General Practice)の質に対する追求や検討の評価できる点と批判的に見るべき点について提示し、日本の医療への示唆を示したい。

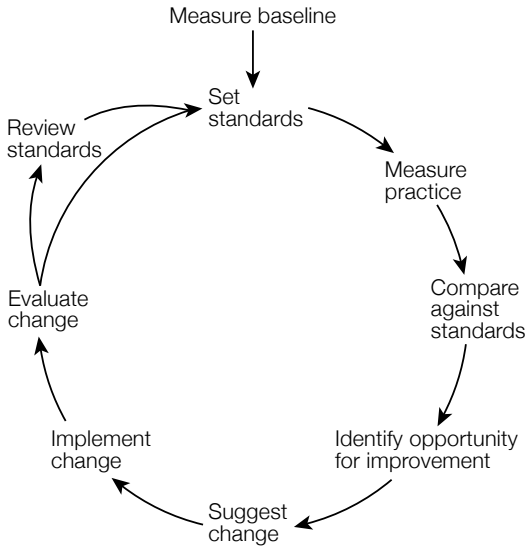
### 1 英国家庭医療の形成過程とRCGPの活躍

英国家庭医療の質追求の中心的

役割を担っているのは、全家庭医の約3分の2が構成する英国家庭医学会(Royal College of General Practitioners: RCGP)であり、その設立は第二次大戦後の1948年に国民保健サービス(National Health Service: NHS)施行後、全国民が受診時に無料化されたサービスを受けられるようになった時代に遡る。当時は地域の医師による診療の質のばらつきや悪診療が蔓延しており、健康の地域格差や子ども、女性、失業者を含めた社会的弱者への不十分な医療が問題となっていた。その診療の質低下と国民からの信頼の低下を重く受け止めた心ある家庭医たちが奔走し、1952年に研究と教育を通して家庭医の専門性を追求するRCGPが設立された(Tait, 2002)。

RCGPの主な機能は、家庭医の診療能力の標準化や生涯教育のサポート、家庭医療領域の研究推進、医学的知識・技術の維持・向上を目的として標準化された質の高い専門医研修と、研修を終えた医師の専門医認定である。特に専

図 Audit cycle (Bhopal, et al, 1991)



門医研修と専門医認定の過程はよく構造化されており、常に改善が試みられている(Howieら、2000 4)。英国の家庭医療専門医研修と専門医認定に関しては稿を改めて解説したい。

注目すべきは、医師の自律的努力による組織形成とその質の標準化・向上に対する組織的な活動が効果を上げているという点であり、例として clinical audit を挙げたい。

臨床内容や結果の記録などを標準的な指標に照らして評価し、その達成に向けての改善策を策定・実施していくという継続的なサイクルが中心となる(図)(NICE、2002)。

「標準的な指標」は、臨床的項目に関して言えば、大規模臨床試験やメタアナリシスを中心とするエビデンスを基に、現実的に実行可能な標準を専門医間でコンセンサスを得て作られたものである。Clinical audit の手続きには指標に対

応する数値的な達成目標とともに実施・評価手順が具体的に含まれており、忙しい診療の中でも実践可能であるよう工夫されている。

例えば喫煙についての clinical audit では、診療所を訪れた15歳以上のすべての患者に喫煙状況について尋ねることが目標とされ、12カ月に1度は再確認し、喫煙状況を分類して診療録に記載するように決めている(NICE、2006)。

標準的な指標の数値的目標は100%の喫煙状況聴取率を目指す、という厳しいものであるが、これは英国では年間約8万6500の喫煙関連死が起こっているというインパクトの大きさと、家庭医による簡単な禁煙指導やより専門的な禁煙治療に繋げることで1年後の禁煙成功率を2〜4倍にできることが根拠になっている(West、2005、NICE、2006)。

RCGP はこういった clinical audit を1970年代から各医療機関内で実施するよう積極的に推進しており、1990年には制度の一部となり、その活動はその後の国や地方行政機関を挙げて行っ

ている医療の評価・診療の質改善活動である clinical governance に繋がっている。

## 2 Quality and Outcomes Framework : pay-for-performance と外的なインセンティブが家庭医の意欲に与える影響

医療の質と効率と統合性の改善を目指す取り組みは多くの国々で行われているが、英国の医療制度改革はプライマリ・ケアをシステムとして強化することに基盤を置いている。英国のサッチャー政権およびブレア政権における医療制度改革については、郡司による優れた研究報告があり、英国家庭医制度は住民に対する責任体制であるとして、患者の真の代理人が不在である日本の医療に対して警告している(郡司、2007)。

英国では、診療報酬と診療の量的評価を連動させて、診療の質を高めようという試みも行われている。多くの議論を経て2004年、家庭医の新しい契約(The new GMS contract)に導入されたQual-

ity and Outcomes Framework (QOF) は pay-for-performance (P4P) と呼ばれる診療報酬制度で、診療の量的指標、患者の経験、組織運営、付加的サービスの4領域156指標に対する達成度に応じて、従来の登録患者数に応じた人頭払いに加えて支払われる報酬である (Department of Health, 2004)。

診療の量的指標に関しては、エビデンスに基づいた検査・行動目標が設定されており、保健省と英国医師会の間でコンセンサスを得て決められている。内容は糖尿病や高血圧、喘息などの頻度の高い疾患の管理、心血管疾患や悪性腫瘍など致死率の高い疾患の管理、コレステロールや血圧測定等の1次予防と、心血管疾患後のコレステロール管理・禁煙等の2次予防などの19診療領域で、80指標が挙げられている。

新しい診療報酬導入の結果、家庭医は平均95・5%の目標を達成し (The Information Centre, 2007)、より質の高い診療結果達成に貢献、その報酬としてQO

F 導入初年度に30%の診療報酬の増加を享受している (Timmins, 2005)。

糖尿病を例にとり、人口約46万人の地域に住む糖尿病患者1万6867人全員を対象として、QOFが導入された2004年4月と2006年3月とで指標(以下の項目を記録すること)を各診療所の平均値で比較すると、BMIが73%から89%へ、喫煙が44%から95%へ、HbA<sub>1c</sub>が75%から94%へ、網膜症スクリーニングが47%から84%へ、末梢の脈拍が22%から81%へ、末梢神経障害検査が22%から81%へ、血圧が87%から97%へ、微量アルブミン検査が7%から77%へ、血清クレアチニンが81%から94%へ、血清コレステロールが78%から93%へと改善していた。

さらに、禁煙アドバイス、HbA<sub>1c</sub>、血圧、ACE阻害薬使用、総コレステロール、インフルエンザ予防接種の目標達成についても有意に改善していた (Tahiraniら, 2007)。

しかし一方で、診療の質に対して報酬の一部が払われる制度を含ま

めた契約が家庭医の約8割の賛成を得て導入されたにもかかわらず、医師内からは引き続き賛否議論が続いていることは注目に値する。

医師内から挙がるQOFに対する批判として、QOFの下で医師は目標とする指標に挙げられた項目や領域のみに注意する傾向が見られ、臨床的に意味がない項目でも報酬に反映されれば注目し、一方でQOFに挙げられない疾患などには注意が払われなくなる傾向が指摘されている (Wald, 2007, Steadら, 2007)。また、機械的なエビデンスの適応や診療の効率の追求のために、患者に対する個別的な対応の危機も指摘されている (Heath, 2007)。

同様に懸念として内的意欲の減退の可能性も挙げられている (McDonaldら, 2007)。金銭などの外的な動機付けが内的意欲を障害することはさまざまところで指摘されているが、医師にとつては「患者のために」という強い内的動機付けがプロフェSSIONナルとしての大きな行動規範となっ

ているだけに、その危機は医師にと

っても患者にとつても由々しき問題である。特に質の高い診療というのは公的な利益に対する内的な動機に基づき、長い時間をかけ先人が職業規範として涵養してきたものであり、一度荒廃してしまつと回復には相当長い年月を必要とする。患者に対する姿勢の確立した家庭医にとつては短期的に見てよりよい収入の機会かもしれないが、新しく家庭医となる世代には初めからQOFが当然となつてしまつと、より指標や収入を意識した診療姿勢・価値を育む結果となるとは、筆者の友人の英国家庭医の感想である。

QOFについては海外の家庭医からも懸念の声が上がっている。プロフェSSIONナリズムや患者中心の医療から乖離する画一化された医療を助長する (Manginら, 2007) というものや、QOFで採用されている指標とそれらの測定法の妥当性と信頼性への疑問 (Golaら, 2007) もある。

### 3 日本の医療への示唆

日本でも、後期高齢者に対する

## □□文 献□□□

1) WHO: The World Health Report 2000, WHO, Geneva, 2000, p21~46. 2) Starfield B, et al: The Milbank Quarterly 83: 457, 2005. 3) Seddon ME, et al: Australia and New Zealand Qual Health Care 10: 152, 2001. 4) Wilson T, et al: J R Soc Med 99: 24, 2006. 5) Howie JGR, et al: Fam Pract 21: 458, 2004. 6) Tait I (2002): [http://www.rcgp.org.uk/services\\_contacts/history\\_heritage\\_archives/history\\_chronology/history\\_essay.aspx](http://www.rcgp.org.uk/services_contacts/history_heritage_archives/history_chronology/history_essay.aspx) (accessed on 2nd Dec 2007). 7) Wilson T, et al: J R Soc Med 99: 24, 2006. 8) NICE: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&r=true&o=11375> (accessed on 2nd Dec 2007). 9) Bhopal RS, et al: BMJ 303: 1520, 1991. 10) NICE (2002): [http://www.nice.org.uk/otherpublications/bestpracticeinclinicalaudit/principles\\_for\\_best\\_practice\\_in\\_clinical\\_audit.jsp](http://www.nice.org.uk/otherpublications/bestpracticeinclinicalaudit/principles_for_best_practice_in_clinical_audit.jsp) (accessed on 2nd Dec 2007). 11) West R (2005): <http://www.aspsilverbackwebsites.co.uk/RobertWest/resources.asp?page=resources> (accessed on 2nd Dec 2007). 12) 郡司篤晃: 厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」分担研究報告書, 2007, p45~80. 13) Department of Health (2004): [http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH\\_4125653](http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH_4125653) (accessed on 2nd Dec 2007). 14) The Information Centre (2007): <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/audits-and-performance/the-quality-and-outcomes-framework-qof/the-quality-and-outcomes-framework-qof-2006-07> (accessed on 2nd Dec 2007). 15) Timmins N: BMJ 331: 800, 2005. 16) Tahrani AA, et al: Br J Gen Pract 57: 483, 2007. 17) Wald DS: BMJ 335: 523, 2007. 18) Steel N, et al: Br J Gen Pract 57: 449, 2007. 19) Heath I, et al: BMJ 335: 1075, 2007. 20) McDonald R, et al: BMJ 334: 1357, 2007. 21) Mangin D, et al: Br J Gen Pract 57: 435, 2007. 22) Grol R, et al: Br J Gen Pract 57: 691, 2007. 23) McWhinney IR: Principles of Family Medicine, A textbook of Family Medicine, 2nd ed, Oxford University Press, 1997, p13~28.

新たな医療保険制度の議論とともに、「総合医」議論が持ち上がっているが、現状ではプライマリ・ケアにおいて各患者が疾患・健康問題ごとに別々のかかりつけの医師を複数持っている場合が多い。

「総合医」として地域で診療する場合、McWhinney (1997) が指摘していることであるが、多くの健康問題や疾患は臨床像がはっきりしておらず、診療範囲は予防から頻度の高い急性疾患、慢性疾患、生活習慣病、終末期医療まで幅広くカバーする必要がある。

このような多様で複雑な問題に「総合医」として地域で対処するためには、十分なプライマリ・ケアのトレーニングを経て家庭医となる必要があることは論を待たないであろう。

現在地域でプライマリ・ケアを担当している医師や家庭医を目指す医師たちが今後、地域でよりよい診療を提供し「総合医」として機能していくには、英国のように医師たちが力を合わせてよりよい診療の質を追求し、地域の人々にその家庭医としてのトレーニング

の過程や能力を明示し、人々の信頼を得ることが医師のプロフェッショナルとしての責任と考える。もしそうできない場合は、国あるいは公的な第三者機関が診療報酬を用いた誘導や規制を使って、一定の関与を行う仕組みを受け入れなくてはならない可能性があるが、英国での経験を見ても、その方法は医師の患者や診療に対する姿勢を根本的な部分で変化させる可能性を含んでおり、注意が必要である。

是非、日本では医師が自律的に

医療の質を追求し、国民の健康を支え、また改善する意志・意欲・責任性を明確に伝えることで、自らのプロフェッショナルが信頼や報酬に十分値するものであることを示し、地域の人々と協力しながら、よりよい医療を供給するシステムを構築していきたい。

(\*1 福島県立医科大学医学部地域・家庭医療部教授、\*2 ロンドン大学衛生熱帯医学大学院・経済政治大学院医療政策・計画・資金調達修士課程)