

茨城県グローバル人材派遣プログラム

研修報告（イギリス スコットランド 2016/1/18～3/18）

イギリスとアメリカの違いといわれてもうまく答えられなかった私ですが、機会にめぐまれイギリスでの 2 ヶ月の短期研修を無事に終えることができました。本研修では、グラスゴー大学総合診療(**general practice: GP**)・プライマリケア研究室で臨床研究者との交流や、イギリス（特にスコットランド）各地のクリニックでの(**general practitioner: GP**)や看護師の外来・訪問診療研修を行い、イギリスの医療制度やプライマリケアの役割を学びました。

私は、全人的なケアにあこがれ総合診療を志し、日本プライマリケア学会主催の家庭医療専門医プログラムに所属し総合病院での総合診療を行っています。日本ではプライマリケアとセカンダリケアの境界はやや曖昧ですがイギリスでは明確な区別があるという違いがあり、本報告では、日本のプライマリ/セカンダリケアから見たイギリスのプライマリケアの感想を述べます。また、イギリスの医療制度は、全国的に **national health service(NHS)** という共通の国民皆保険制度であるものの、イングランドやスコットランドなど各地域でそれぞれわずかに異なる運営をしており、今回は主にスコットランドの **NHS** を見学しました。

日本とスコットランドは国民皆保険という共通のシステムに対し国民の支持を得ているという点で共通しながらプライマリケアに関してはまったく異なる制度を持っており、プライマリケアの役割、今後の医療制度について考える上で非常に興味深いと感じました。本報告では、日本とスコットランドの医療制度の比較をし、次に日本とスコットランドでの総合診療の概念、看護師・薬剤師の裁量権、地域でのケア、働き方における違い、さらにはチームワークの重要性、そして双方の今後の課題について検討します。

イギリスの GP は、日本で言う総合診療でも家庭医とも異なる、ゲートキーピング機能を持った医療機関受信の案内役であり、患者にとっては常に安全にアクセスできる唯一の基地であり、他職種チームの一員として包括的なケアのコーディネーターであり、医療制度全体から見ると効率性に優れたシステムです。イギリスでは患者はすべて特定の GP (実際には 5-10 人の GP の集まるクリニックであることが多い) に登録され、セカンダリケア以上へのアクセスは基本的には GP からの紹介に制限されています。GP クリニックはプライマリケアであり採血検査やレントゲンの設備はセカンダリケア以上の病院にしかありません。GP は病歴聴取や身体所見を中心に診療を行います。家族歴・既往歴・内服薬歴や、救急外来受信歴や病院の専門科への紹介結果など、その患者に関するすべての医療情報は GP にメールで報告されたり電子カルテ上で共有されたりするので、初対面での診察と比較すると安全性が高く、防御的に行う過剰な検査を避けられるようでした。さらに、医療サービスと社会サービスを包括的に提案することができます。また、患者の家族も登録患者であることが多いので、家族志向のケアという点でも有利です。このような GP はイギリス全医師

の 30%程度を占め、90%の人口をカバーしていますが、NHS 予算全体の 7.8%しか使用していないという大変効率のよい仕組みでもあります。

またスコットランドでは、看護師や薬剤師の裁量が大きく日本の医師の仕事の多くをかわって行っています。安定した慢性疾患（糖尿病、高血圧、COPD、喘息など）は、ガイドラインを外れるところがあれば看護師の外来で管理され、同様に反復処方も、特に問題がなければ医師の診察なしに受け取ることができます。興味深いことに患者満足度は、GP の診察より看護師のほうが高いというデータもあります。看護師はガイドラインにのっとり診療し、ガイドラインから外れる場合は GP に相談します。プライマリケアは、良好なチームワークなしには成り立たないシステムとなっています。

スコットランドでは病院ベースのケアから地域ベースのケアに移行しています。訪問看護師、訪問保健師、精神科訪問看護師、緩和ケア訪問看護師など特別なトレーニングを受けた看護師が、コミュニティーでのケアに介入しています。イギリスでは医療費削減のため病床数を削減し、人口 1000 人に対する病床数は日本は 13.3、イギリスは約 1/4 の 2.8(OECD Health Data 2015)です。日本でも病床数を減らそうとしていますが、病床数を減らすには、当然ながらコミュニティーでのケアを充実させる必要があるのだと実感しました。

スコットランドの働き方は持続可能性を重視されています。有休はかならず消化する、とかチーム制にしてひとりの人が 24 時間オンコールということのないようにする、といったことが、ここ数 10 年で徹底されてきたそうです。GP に占める女性の割合がすでに 50% 近く、将来的にさらに増えると予想されており、労働力確保のため、家庭との両立のために仕事をあきらめなくてすむような制度を構築しようとしています。

今後日本は、少子高齢化、慢性疾患の増加に伴い現在の健康保険の維持が困難となる可能性が示唆されています。よりよいチームワーク、よりコミュニティーに近いケア、より全人的かつ包括的なケアに近づくことで結果的に医療の効率化がはかれる可能性があり、スコットランドのシステムは日本のモデルとりうると感じました。スコットランドの方々のホスピタリティーのおかげで、充実した研修をすることができました。また研修の実現に当たっては、様々な方にご尽力いただき、どうもありがとうございました。研修で学んだことを、今後の診療に活かして行きたいと思います。

茨城県立中央病院

救急・総合診療科 桑名 梨里子