

川越 前回(3129号)では、GPと地域の多職種との連携について話を伺いました。医療の質向上に向けた取り組みを考えたとき、英国では地域住民の役割も大きな意味を持つようです。今回はこの点について伺います。

### 診療所の医療サービスを住民と議論する

澤 近年の英国では、住民参加型の医療サービスが重視されています。それを実現させる1つの手段としてNHSが定めたのが、診療所スタッフと登録住民とで議論を行う「Patient Participation Group Meeting (PPGM)」の実施です。各診療所は、PPGMを通して地域住民のニーズを把握し、提供するサービスに反映させていく。いわば、住民から診療所へと“ボトムアップ”でよりよい医療を構築することが目指されているわけです。

川越 地域の診療所と住民とが膝を突き合わせて話し合う場があるのですか。そうした機会はどのくらいの頻度で設けられ、どのようなテーマについて話し合われているのでしょうか。

澤 3か月に1回のペースで、平日午後の外来を終えた夕方に約1時間開催しています。テーマは毎回変わりますが、基本的に「診療所の登録住民からの要望」によって決められたものです。

私の診療所の例を出すと、過去、外来診療時間の延長を登録住民の方々と話し合ったことがあります。以前は平日午前8時—午後6時半のみが外来の受付時間だったのですが、住民からの「Extended hours (追加の診療時間)」を求める声が上がったのです。ちょうどそのとき、「診療時間を延ばすと診療所に追加報酬が入る」という政策上のサポートもあって、住民との話し合いの末、土曜日の午前中にも外来を受け付けるように変更しました。

川越 診療所の提供するサービスのスタイルが登録住民のニーズによって変わるとなれば、同地域でも診療所ごとに違いが生まれそうです。

澤 そうなんです。実はExtended hoursの議論が行われた際、同地域の他の診療所が採用していた「平日の外来診療時間を午後8時までに変更する」という案も考えられました。しかし、私たちの診療所に通う住民の間ではそのニーズが低く、結果的に週末に新たな時間を設けたという経緯があります。こうした例はいくつもあり、同じ地域の診療所であっても、提供するサービスのありようは登録住民のニーズによって変わっていく仕組みです。

川越 その話し合いの場にはGPが立ち会うこともあるのですか。

澤 はい。診療所開業の責任者の立場であるGP(「GP Partner」と呼ばれる)は必ず参加し、医学的な質問はもちろん、責任者として診療所マネジメント全般に関する質問などに応じます。GP以外に参加するのは、「Practice Manager」という立場のスタッフと事

# クロストーク 日英地域医療

## 川越正平

あおぞら診療所院長/理事長

## 澤 憲明

英国・スチュアートロード診療所  
General Practitioner

企画協力：国際医療福祉大学大学院 堀田聡子

日本在宅医と英国家庭医——異なる国、異なるかたちで地域の医療に身を投じる2人。  
現場視点で互いの国の医療を見つめ直し、「地域に根差す医療の在り方」を、  
対話【クロストーク】で浮き彫りにしていきます。

## 第 8 回

# 住民本位の地域医療を促進する取り組み

務スタッフです。Practice Managerは診療所の経営や運営に詳しいアドバイザーで、その種の質問や議論においてGPをサポートします。一方の事務スタッフは、受付などの事務作業にかかわるような住民の声に答えたり、議事録を作成したりしています。

川越 澤先生の診療所の登録住民は約8500人というお話を第1回(第3100号)で伺いましたが、実際に話し合いに出席する住民数はどのくらいですか。

澤 参加する住民は10—20人ほどですね。地域のニーズがきちんと反映されるよう、参加者のバランスには注意しているところです。また、こうした場以外にも、「GP Patient Survey」という登録住民アンケートを年に1回行い、患者・家族からの要望やフィードバックも常時受け入れるなどの取り組みも行っています。

川越 なるほど。「地域住民との対話を通し、地域の医療の在り方を考えていく」。この部分だけを取り出して考えると、岩手県一関市にある一関市国保藤沢病院の実践が思い起こされます。同院では、公民館などの地域の現場に出て住民との議論の場を持ったり、研修医の研修成果報告会には住民にも参加してもらったりといった取り組みを行っています<sup>1)</sup>。澤先生のおっしゃる「住民本位」の取り組みと通底するものが、日本の先行事例にもあるのではないかと感じますね。

### 地域医療政策を担う組織に住民代表が参加

澤 また、イングランドでは“ボトムアップ型”の政策をさらに推進するべく、2013年4月から新たな取り組みも試みられています。イングランド内の診療所は、必ず「Clinical Commissioning Group (CCG)」と呼ばれる組織の傘下に入ることになったんです。

CCGは、地域に合う医療サービスを検討し、適切な医療機関に委託する組織です。一次医療の診療所を管轄するほか、病院、専門医療などの二次医療、メンタルヘルス、訪問看護などのコミュニティサービス、リハビリなどのヘルスケアに関して、政策決定や予算配分の調整を行う「地域医療マネジャー」の役割を担っています(註1)<sup>2)</sup>。

川越 以前、似た機能を持つ「Primary Care Trust (PCT)」という組織を聞いたことがあるのですが。

澤 CCGは、PCTの後継に当たる組織と言えます。PCT時代は、多額の資金が注ぎ込まれていたにもかかわらず、地域のニーズに合わないトップダウンの政策決定を繰り返していたという批判がありました。それで組織改編されたCCGには、地域の医療ニーズを最も的確に把握するGPを運営委員会メンバーに配置し、GPに責任と権限を与えることで、地域医療サービスの質と効率をさらに高めようと設計されています<sup>2)</sup>。

川越 地域の医療ニーズはGPこそが把握している、と。

澤 その上で、委員会には数人の一般住民代表も入っていて、他の運営委員であるGPや病院医師、看護師と同じテーブルに座り、地域の医療政策に関する議論を行っているんです。数か月ごとに開催されるこの会議は、誰でも傍聴可能で、透明性が担保されたものになっています(註2)。

### 医療提供体制と国民の意識の違い

川越 PPGMとCCGについては、個々の取り組みに学ぶ点はある一方、それらの実践を支える制度の成り立ちにあらためて大きな違いを感じました。NHSという“ナショナルサービス”として医療が行われているからこそ、

実践できるようなにも感じるのです。

日本も公的医療機関や公に準じる医療機関は存在するのですが、私的医療機関のほうが圧倒的に多数を占めます。各医療機関も地域の実情を踏まえて方針を決めるとは思いますが、どのような医療を展開するかを最終的に決断するのは、多くの場合、組織の責任ある立場の方でしょう。決定プロセスに地域住民が参加するという形は、公的医療機関の一部や生協などの住民組織立の医療機関に限られると思います。澤 公的な色合いが強い英国と、日本の事情は大きく異なるわけですね。

川越 また、お話を伺って感じたのは、そもそも国民一人ひとりの医療に対する意識そのものが大きく異なるのではないかと、ということです。日本の多くの国民にとって、医療機関は「疾病・けがが生じたときに受診する場所」でしょう。もし日本で地域住民が主体的に医療機関に対し、地域で果たすべき役割についてまで議論するとすれば、それは「先進的な取り組み」と語られると思うのです。

英国では「シティズンシップ教育<sup>3)</sup>」が推進されていると聞きますが、こうした取り組みが「医療を含め、社会は国民が形作る」という意識や考え方を養うように意図され、浸透しているのだとしたら、日本が一朝一夕に真似できるようなものではなさそうです。

澤 確かに、英国では「医療は私たちのもの」といった公共精神が強いと感じます。OECD Health Statistics 2014を見ると、総医療費に占める公的支出の割合は英国84%、日本82%と両国共に高水準ですが<sup>4)</sup>、その一方で国民の認識という点では大きな異なりがあるのかもしれないということですね。

川越 そうした意識の違いを踏まえても英国の実践をそのまま輸入するのは難しい。取り組みからはエッセンスを取り出し、日本に合う形に落とし込む必要があるのでしょうか。(つづく)

註1：1つのCCG当たり、平均約25万人の住民を担当する。澤氏の地域のCCGは約35万人の住民を担当し、約40の診療所を管轄。なお、CCGは本文に挙げた機能以外にも「処方薬剤の外部監査機能」を持つなど、地域の医療サービスを管理する機関として幅広い役割を持つ。

註2：CCG運営委員会に加わるGPは、地域のGPで立候補した者から、GP間の投票により選出される。また、CCGとGPの利益相反を管理するために、澤氏の地域では、住民代表、病院医師・看護師、Chief Finance Officer, Accountable Officerなど、GP以外からなる別の委員会がCCG内に設置されている。

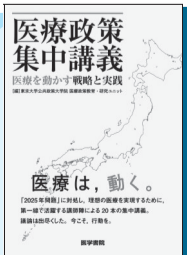
●参考文献・URL  
1) 佐藤元美。住民との対話でつくる地域医療。週刊医学界新聞第3021号(2013年4月1日)。http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03021\_04  
2) NHS. Clinical commissioning group governing body members: Role outlines, attributes and skills. http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/04/ccg-mem-roles.pdf  
3) 経産省。シティズンシップ教育と経済社会での人々の活躍についての研究会報告書。2006。http://www.akaruisenkyo.or.jp/wp/wp-content/uploads/2012/10/hokokusho.pdf  
4) OECD Health Statistics 2014. http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm

議論は出尽くした、今こそ、行動を！

## 医療政策集中講義 医療を動かす戦略と実践

団塊の世代が後期高齢者となる2025年の医療・介護ニーズと現在の提供体制の巨大なミスマッチをどう解消するかという、いわゆる「2025年問題」に対処するためには、いまが諸制度を状況に適合させる「ラストチャンス」。理想の医療を実現するために、患者支援者、政策立案者、医療提供者、メディアといったステークホルダーは何をすべきなのか。そのヒントを得るための、第一線で活躍する講師陣による20本の集中講義。

編 東京大学公共政策大学院 医療政策教育・研究ユニット



日常の呼吸器臨床で遭遇する無数の選択肢、あなたの進むべき道はどっちだ

## 呼吸器診療 ここが「分かれ道」

日常の呼吸器臨床の場で、疾患の診断や鑑別、薬剤の選択、さらには患者からの訴えへの対処法といった様々な岐路に遭遇した場合、臨床経験が豊富な医師はどのような思考回路で、数ある選択肢の中から自分なりに最適な解を導き、診療するのか、その頭の中を解き明かす。エビデンスに基づいた記載が基本となるが、終末期医療などの意見が分かれるゾーンについても知識やデータを示す。呼吸器科領域への興味や湧くコラムも多数収録。

倉原 優 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター内科

