

川越 これまでの議論からも明らかのように、英国は「登録医制度」であることを活かし、日常診療はもちろん、そこからさらに一歩踏み込んだ形で医療へ取り組んでいるようです。今回はその実践について伺っていきます。

## 登録制と電子カルテの両輪で、予防的アプローチを実践

川越 GPにとって「予防や健康増進を通し、地域全体の健康を支えること」も重要な役割であると、澤先生はよく指摘されています。前提として、英国の各診療所のGPたちは、登録住民の健康の度合いをどのようにして把握するのかを教えてください。

澤 冒頭にご指摘いただいたように、患者の医療情報を一元化できる「登録制」が土台として機能しています。その上で、英国では、ほぼ全ての診療所に共通の機能を持つ電子カルテがありますから(第4回、第3113号)、蓄積してきた登録住民の医療情報・記録をいつでも可視化できるわけです。

川越 日本での状況を照らして考えると、「他の医療機関で検診を行っているかどうか」という点も、患者さんに確認することがなければわかりません。英国では、登録医制度や前提となる診療情報の電子化・統合を進めてきたことにより、かかりつけ患者の健康管理までスムーズに行うことができています。

澤 それが予防的なアプローチを実践する上でも役立っていて、例えば、電子カルテでハイリスク集団に予防を呼び掛けるということも可能です。登録住民の「65歳以上の住民、または65歳未満であっても糖尿病・喘息を抱える患者、妊婦などから、インフルエンザワクチンの未接種者」を割り出し、当該者一人ひとりに手紙を出すことで予防接種を促すなど、実際に日常的に登録住民へ予防的な働き掛けを行っています。

川越 まさに登録医制度であることが活かされているんですね。

澤 おっしゃる通りです。予防から日常的な健康問題、さらには看取りまで、地域住民をトータルに支えるGPの仕事をこうしたシステムが助けてくれているんです。

## 動機付けには成果払いの仕組みも

川越 そうした健康増進に医療機関が取り組もうという動機付けの部分にもポイントがあるように思いました。何かインセンティブになるものが存在しているのですか。

澤 はい。基本的に診療所に登録している住民が健康になればなるほど、診療所が得をする仕組みになっています。

川越 診療所にとっては「報酬を増やす」目的を果たすことにもなる、と。

澤 そうです。そこで機能するのが、「成果払い(Quality and Outcomes Frame-

# 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 9 回

## ピア・レビューや外部監査の機能を持つ英国の医療

work: QOF)」の仕組みだと思えます。診療所が提供するサービスによって登録住民の電子カルテ上の健康データが改善すると、診療所の実績として評価され、QOFによる収入として報酬が入るようになっています。とはいえ、診療所の収入の大部分は、登録住民数や地域の健康ニーズの程度を加味して決められる「人頭払い」が占めてはいるのですが(註1)。

川越 どのような項目が成果払いの評価対象になるのでしょうか。

澤 例えば、「高血圧患者のうち、血圧が150/90 mmHg以下にコントロールされている人の割合」「糖尿病患者でHbA1cが7.5%以下にコントロールされている人の割合」といった項目が基準になります。また、数値上の改善が見られなくても、適切な検査や助言、治療を提供しているか否かも評価されており、報酬に反映されます。こちらは「認知症の診断前後に適切な血液検査を受けた患者数の割合」「禁煙指導を受けた喫煙患者数の割合」といった項目が挙げられます。

川越 どの国であっても、「取り分」が増えれば、取り組む者も増えるだろうという発想が根底にある点は共通しているのだと感じました。しかも、おそらくそれが過重な労働負担にならない範囲で、医療の付加価値を高めることにつながるという実感も伴っているのでしょうか。

澤 ただ、こうした成果払いの仕組みは、利益を追求するあまりに過度の医療化につながる恐れもあります。ですから、QOFには上限が定められており、ある一定の達成水準を超えると、それ以上の報酬が入らないようになっています。

かつては診療所の診療報酬の3割ほどをQOFが占めた時代もあったようです。しかし、収入におけるQOFの

割合が多いことが、「患者を“人”としてではなく、“数値”としてとらえるようになってしまっているのでは」と懸念を抱くGPも多かった。それで最近になってQOFは1割程度に減少され、減った分は自動的に診療所に入る「コアファンディング」へと切り替わったという経緯もあります。

川越 なるほど。現在は、患者を過度に医療化しない工夫を意図的に盛り込んでいるということですね。

## 外部監査は医療の質の担保も図っている

川越 診療所で行われている高血圧診療を、「外部から電子カルテ上で評価する」といったことが行われるというお話でした。ここには、各診療所が提供する医療の内容と質を「外部からチェックする」という点でも意義があるように思いました。

澤 外部からのチェックという点で言えば、前回紹介した「Clinical Commissioning Group」の中に、地域の診療所の薬剤処方データを集積し、処方内容を監査する「Medicines Management」というグループもあります。この組織は地域の診療所に対し、費用対効果の低い薬剤処方について注意喚起し、可能な限り安全かつ費用対効果の高い薬剤処方を促しているんです。

川越 具体的にはどのような介入をするのでしょうか。

澤 以前、実際に経験した例を紹介します。私の診療所では、高血圧患者に出すカルシウム拮抗薬を、大体「lercanidipine」「amlodipine」「felodipine」の3つから選ぶようにしています。28日分のコストを各10mgの用量で計算すると、それぞれ£1.57、£1.00、£5.66。以上からもわかるようにfelodipineは比較的高コストです。

しかし、得られる効果自体は他と大きく変わらないことから、Medicines Managementは可能な限りlercanidipineまたはamlodipineを処方するよう地域の診療所に呼び掛けていました。私の診療所は、こうした呼び掛けを受け、電子カルテでfelodipineを定期的に内服している高血圧患者を同定し、処方薬をlercanidipineに変更するに至っています。なお、この切り替え作業そのものも、診療所側がイエスとさえいえば、Medicines Managementが代わりにやってくれるんです(註2)。

川越 日本の場合、コストの意識はお世辞にも高いとは言えませんから、学ぶところが多くありますね。漫然とした薬剤処方を見直す契機にもなって、医療の質を上げるという点でも効果を発揮するのではないかと思います。

澤 日本には医師の処方内容を外部から確認するシステムはないのですか。

川越 「疑義照会」といった形で薬剤師が医師の処方内容を確認する仕組みは存在しますが、澤先生の説明された取り組みとは異なります。もし仮に「1年間、処方内容に変更がない場合は、薬局の薬剤師が医師に対してアラートを発する」といった仕組みに発展すれば、有効なのだろうと期待できるのですが。

ただ、日本の診療所医師にとって、「外部監査」は想像し難いことでしょう。英国の診療所のように複数医師の体制であればピア・レビューを内在化することにもなりますが、日本はそもそもソロプラクティスの診療所が多数を占め、ともすれば「オレ流」の医療すらも存在し得る状況と言えますから。澤 英国でも特に年配のGPでは学習意欲が低下し、昔からの診療スタイルを崩したくない方がいるのも事実です。それでも、成果払いや外部監査機能、あるいはNICEのガイドライン(第5回、第3115号)など、「標準」を注意喚起し、そちらへ促す仕組みによって、危険な医療を排除し、質のばらつきを抑える方向には向かっているのではないかと思います。

川越 このように考えると、現状の日本は外部からの目が入る仕組みや枠組みが不十分と言えます。自らの実践を振り返り、どのように自己改革に取り組むべきかを考える姿勢を持っているのか、自分を含めて問い直す必要性を感じますね。(つづく)

註1：英国の診療所に対する診療報酬の仕組みは複雑で、かつ毎年変更があるため詳細は記載しないが、「人頭払い」「成果払い」「出来高払い」等で構成される。澤氏の診療所では収入の約7割が人頭払いに相当。また、本文に登場しない出来高払いは、必要不可欠な医療サービスとは異なり、「Enhanced Service」と呼ばれる付加的なサービスの一部を提供することで得られる収入。具体的には、より複雑なマイナー外科、薬物依存症外来等。

註2：患者には、診療所から一連の事情を書いた手紙を郵送し、変更を承諾しない場合は診療所への連絡を呼び掛けている。澤氏が挙げたケースでも一部の患者から変更前の薬剤を希望する声があり、それらの患者にはfelodipineを継続したという。

## HOSPITAL MANAGEMENT JAPAN | 2015年9月3日 - 4日 | ホテル椿山荘東京

第一線で活躍する病院経営幹部と厳選された病院経営ソリューションプロバイダが一堂に会する

### ご講演者

多摩大学大学院 医療・介護ソリューション  
研究所 教授・理事長 真野 俊樹氏

一般財団法人 脳神経疾患研究所  
理事長 渡辺 一夫氏

社会医療法人緑泉会 米盛病院  
理事長・院長 米盛 公治氏

社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院  
理事長 神野 正博氏

社会医療法人財団慈泉会 相澤病院  
理事長・院長 相沢 孝夫氏

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構  
倉敷中央病院 院長 小笠原 敬三氏

お問い合わせ: Summits-apac@marcusevansuk.com  
イベントウェブサイト: hospitalmanagementjapan.marcusevans-summits.com

marcusevans