

●「高齢化先進国日本」における改革への
関心
イギリスの高齢化率は直近のデータで18・8%（2021年）であり、日本の2000年代前半の水準である。イギリスは今、当時の日本が直面していた課題（疾病構造の変化、地域の変容、医療・福祉ニーズの質的変化等々）に直面しつつあり、高齢化先進国である日本が2000年以降取り組んできた様々な医療・介護提供体制改革（地域包括ケアネットワーク（多職種・多機関協働）や地域共生社会／Community

●疾病構造の変化・高齢化の進行によって
直面する課題の共通性
提供体制の構造が違ふことから、問題への対処方法はそれぞれであるが、根底にある問題状況は共通であり、その観点からイギリスの医療提供体制改革からは多くの示唆が得られる。
ex: GPのグループ化（グループ診療、PCN (Primary Care Network)、専門医のGP参入 (GPST: GP with Special Interest)、社会的処方 (Social Prescribing)、仮想病棟 (Virtual Ward) 等

共通点

イギリスの医療提供体制、GPの活動、グループプラクティス

一般社団法人未来研究所 代表理事 香取 照幸

本稿は、健康保険組合連合会が本年5月から6月にかけて実施した外国医療問題研究調査団（団長・佐野雅宏 健康保険組合連合会会長代理）の一員としてイギリスを訪問した際に得た知見を踏まえ、イギリスの医療提供体制、GPの活動、グループプラクティスについての筆者の見解を整理したものである。
従って、内容の多くを同調査団随行によって得た成果に負っているが、意見にわたる部分は筆者の私見であることをあらかじめ付言しておく。

はじめに イギリスと日本の相違点と共通点

イギリスの医療制度について考察していくに当たって、日本との相違点と共通点について認識しておく必要がある。

相違点

●医療提供体制の構造的相違

欧米では開業医と病院は歴史的にも別のプロセスを経て発展してきた（語源も違う）経緯があり、初期外来医療を担当する診療所と専門外来・入院を目的とした病院

との機能が明確に区別され、医療機関の機能に応じた患者の振り分けが行われている。病院は総じて非営利を含むパブリックセクターによって運営されており、民間病院中心の日本とは際立った対比がある。
それに對し、日本では、個人診療所が病床を持って個人立病院となり、さらに法人立病院となる形で病院が作られてきた経緯があり、結果、日本の病院の多くが比較的小規模の民間立病院（個人／医療法人立）である。この発展形態は極めて特殊であり、機能的にも病院と診療所、特に中小病院との機能分担が曖昧であることが大きな特徴になっている。

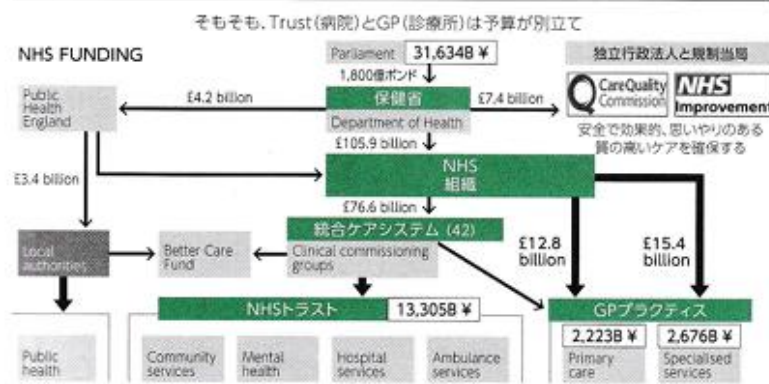
●イギリスGPs (General Practice) 以下「GP」という診療所と日本の診療所の機能・守備範囲の決定的相違

地域の外来診療を担うイギリスのGP診療所と日本の診療所（開業医）とを比較すると、GP診療所が予防やヘルスプロモーションを含むPrimary Careを担う存在であるのに対し、日本の診療所の多くは専門領域を持ち、Primary CareのみならずSecondary Careまで担っており、機能・守備範囲に大きな違いがある。

図1 イギリスの医療提供制度



図2 NHSの財政構造



1 イギリスの医療提供制度の 基本構造

(1) NHSの歴史

1948年にNHS (National Health Service) が創設され、その時点で既存病院のほとんどが国有化、NHS直営病院となった。他方Primary Careを担当するGPは独立自営の開業医であり、NHSの実施機関

Careへの取り組み、長期ケア保険である介護保険など）に対する関心が非常に高い。

として国と契約し地域の登録患者の外来診療を受け持つ、という現在も続くNHSの基本構造が作られた。
1970～80年代のサッチャー改革以降の民営化の流れの中で、1990年の第三次NHS改革により、病院は自主管理の

財源の面でも最初から分かれている。

2024年1月現在、Englandには21のTrustがあり、Hospital services Trustが18、Mental health Trustが5、Ambulance services Trustが10、Community services Trustが14ある。そしてこれらを監督する上位機関として、後述する42のICS(Integrated Care System)がある。

このうち、Hospital services Trustが急性期医療を担うことからAcute Trust、Acute care Trustとも呼ばれる。Hospitalと通常はAcute careのTrust病院を指すので、病院「急性期病院」という理解はほぼ正しい。

各地域における医療提供体制は、図3に示す通り3層構造になっている。これを統括しているのがICS(Integrated Care System)と呼ばれる組織である(ICSは図2で「統合ケアシステム(CCG: Clinical Commissioning Groups)」と記されている組織の後継組織である(後述))。

ICS: Integrated Care System

GPとTrustは予算上も運営上も原則的に別々に扱われてきたが、2022年からIntegrated Care System(ICS)の設置が法制化され、このICSによってより統合的に機能配分されることとなった。

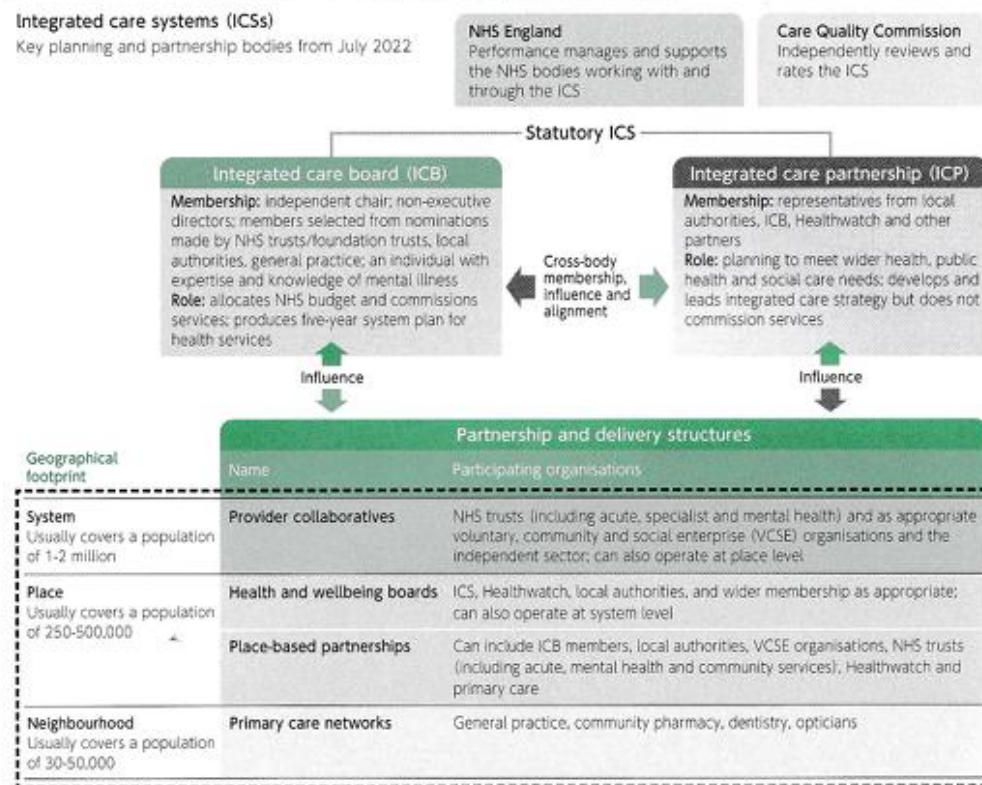
図3は、このICSの下で地域の医療提供体制がどのように構成されているかを示している。ICSの単位はSystemと呼ばれており、1つのICSは概ね100万から200万の人口をカバーしており、全国に42設置されている。概ね都道府県の人口単位での設置といえる。ちなみにロンドンには4つのICSが設置されている。

そのSystemの下にPlaceと呼ばれる地域構成単位がある。このPlaceは、区(Borough)という行政単位に相当するもので、25万人から50万人程度の人口が想定されている。これは概ね日本の中核市規模の人口単位といえる。

さらにその下には、Neighbourhoodという構成単位があり、Neighbourhoodは3万人から5万人の人口が想定されている。

イギリスのGPは、労働党ブレア政権以降「Primary Care Groups(PCG)」という組織によって統括されてきたが、2000年代に入ってPrimary Care Trust(PCT)が導入され、いったん病院と同じようなTrustに統合されたが、そこからさらにClinical Commissioning Group(CCG)と呼ばれる組織に移行した。ICSはこのCCGに取って代わる制度であり、2022年以降はGPもこのICSの傘下で活動することとなった。

図3 層化構造の医療提供体制(3層構造)



The Kings Fund>

NHS Trust(日本の独立行政法人のイメージに近い)に移管され、さらに私立病院へのNHS委託が開始されたが、基本的には国営医療が維持されている。

直近の労働党スターマー政権では、NHS Englandを廃止し、Trustを保健省の直轄とする改革が提案されている。この改革の狙いは地域医療・予防・Community Careへの資源シフトであり、この改革が進めば、Trustには急性期病院のみならず、アウトリーチ(訪問医療等)や地域クリニック、健康センターとの協働が求められることになる。また、病院が担っていたケアの一部(軽症例・慢性疾患のフォローアップ等)がPCNなどの地域拠点に移され、Trustはより専門・重症対応や救急医療・高度医療に集中することになる。

(2) 医療提供体制・財政構造

イギリスの医療提供体制は図1に示す通りであり、一次医療を担う診療所(GP)と二次医療・三次医療を担う病院による2本建て構造になっている。

これを財政構造の面から見たものが図2である。

この図からも明らかのように、外来診療を担うGPプラクティスと入院診療を担うNHS Trustとは、組織運営面のみならず

ちなみに、ICB(Integrated Care Board)はICSの意思決定機関である。ことから、新しい制度がICBと呼ばれることともある。

CCGからICS/ICBへの移行の目的は、Population Health(国民保健「公衆衛生」)の向上に力点を置くことにあった。Populationという大きな対象へアプローチするため、個別のGPに責任を負わせるのではなく統合的な単位(PCN: Primary Care Network)で対策を講じることを目指しており、それを達成するため、医療情報の統合Population Health Management(PHM)が進められている。

2 GPの活動

(1) GP(GP診療所)の機能・守備範囲
「診療・診断・治療」という視点で見たGP(GP診療所)の守備範囲は、わが国で考えられているよりもずっと狭い(図4、図5)。

GPは地域社会と医療との最初の接点であり、未分化、つまり確定診断以前の段階から疾病に対応する。従って急性疾患・慢性疾患双方に対応し、ホリスティック(身体的・精神的・社会的)なサービスを提供する。すなわち、予防・発見(診断)・治療全体

を担う存在である。

図5は筆者が別の機会にイギリスを訪問した際に、地域のPCNで中核的役割を担っているベテランのGPから話を伺った際に示された資料だが、ここでGPが担う役割として「病気の特定と管理(Identification and management of illness)」、健康アドバイスの提供、他サービスへの紹介」と記されており、「治療

り医療機関に行ってもほぼ例外なくその日のうちに対面診療をしてもらえる、という国はまずない。

ちなみに、イギリスのGPによる診療については、歴代の政府が「診療までの待ち時間の短縮」を政策として掲げており、「予約時に電磁的コンサルテーション(インターネットを通じて標準的な質問項目への回答を送ってきた患者は、48時間以内に連絡を取る「コールバックする」ようにする」といった目標が示されている。

また、今回、調査団を構成する健保組合の母体会社の職員等でイギリス在住の日本人から話を聞く機会があったが、ほぼ全員が「電話連絡当日に診療が行われることは稀で、早くても翌日、通常は数日後の時間が指定されるのが一般的」と話されていたので、おそらくそれが実態である。

GPに関する基本的な統計を図6で示す。

他方、イギリスの入院医療については、膨大な待機患者(Backlog)が存在することが知られている(図7)。入院医療については本稿では詳説しないが、コロナ後の2023年時点でイングランド全体の入院待機患者数が700万人に達し、2年(100週)以上の待機者が30万人を超えている。

図4 UK GENERAL PRACTICE

- ・地域社会における最初の医療との接点
- ・未分化の病状
- ・急性及び慢性疾患
- ・ホリスティック(身体的、心理的、社会的)ケア
- ・予防、発見、治療



図5 General Practice Service (GP サービスとは)

Core services :

- ・ Essential services - mandatory to all registered patients and temporary residents in its practice area
- ・ Identification and management of illnesses, providing health advice and referral to other services
- ・ 8am to 6.30pm
- ・ Out of hours 6.30pm to 8am - GPs provide these out of hour services themselves or delegate to another provider

- ・ Quality & Outcome Framework - voluntary programme that practices can opt in to, in order to receive payments based on good performance against a number of indicators. As it accounts for 10% of GP's income, more than 95% participated in 2018/19

コア・サービス

- ・ 必須サービス - 診療圏内の全登録患者及び非定住居住者に対する義務として実施
- ・ 病気の特定と管理、健康アドバイスの提供、他サービスへの紹介
- ・ 午前8時から午後6時30分まで
- ・ 時間外サービス(午後6時30分から午前8時まで) - GPは自ら提供するか、他のプロバイダーに委任

- ・ フォリティアウトカムフレームワーク - 診療所が任意で参加できるプログラム。GPの収入の10%以上を占めるため、2018/19年には95%以上が参加した。

「Treatment」という表現は使われていない。健康管理・ヘルスプロモーションにより力点が置かれていることが分かる。

診断・治療に重点を置き、自ら一定レベルの専門診療(Secondary Care)まで担っている日本の開業医の守備範囲とは大きな違いがあることに留意すべきである。

このような機能を担うGPと、急性期を中心に機能を担うNHS Trust(病院)にも外来部門はあるが基本的に専門外来であり、GPが行っているようなGeneral Practiceは行わない(とで構成されるイギリスの医療を見ていると、日本のように

図6 イギリス一般診療 (General Practice) 統計

- ・ イギリス最大の専門分野 (GP数60,000人)
- ・ 1年間で3億件の予約
- ・ 1日当たり80万件の予約 (80万/6万=1.3)
- ・ 40%が当日予約 (注:予約 is not 診療)
- ・ GP当たりの平均登録者数: 1,700
- ・ 患者1人当たりの診療/年6回
- ・ 平均診療時間13分



(日本: 医師1人当たり年間外来受診件数: 5000件超)
(出典: GP Appointments, NHSデジタル)

前述のスターマイン政策によるNHS改革の大きな目的の1つが、このBacklogの解消である。

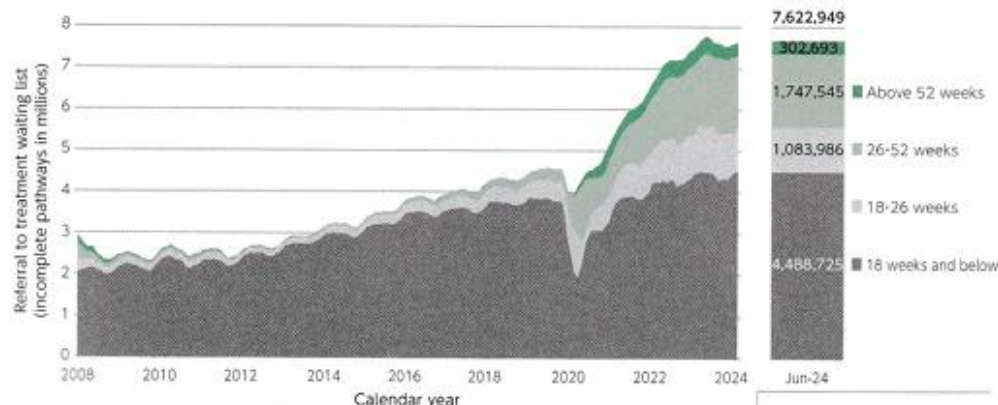
(c) Primary Careの役割

イギリスにおけるPrimary Careは内科や眼科、薬局(薬剤師)も含む概念であり、医師(GP)以外の専門職種によって提供されるサービスを含む概念である。

その意味ではGPが担うGeneral PracticeはPrimary Careの(重要ではあるがその一部)ということになる(図8、図9)。

図7 NHS "Backlog"

Waiting list size & duration (weeks waited) from referral to specialist treatment



Lord Darzi (2024) Independent investigation of the NHS in England. Figure 11.8.15, p37

(2) 診療のスタイル

GP診療所の診療室は非常にシンプルで、医師、医療機器も体重計や採血の道具といった必要最低限のものしか置かれていない。診療は基本的に予約制であり、予約なしの飛び込み(walk-in)での診療は行われない。患者はGP診療所に電話をして診療の予約を取る。診療所はまず電話で主訴を聞き、その内容を聞いた上で対面診療を行うかどうか決める(この時点で診療予約を行う、という形である)。

このスタイルは欧米では一般的な外来診療形態であり、イギリスに特有のものではない。日本のように、アポなしでいきな

地域の中小病院と開業医の間に機能重複——連続性がある国との対比では、むしろ病院と診療所の間に「医療の不連続」が生じているような印象すら受ける。

実際、この「隙間」にどう対応するかが、現在のイギリスの医療提供体制改革の大きな課題になっており、本稿で紹介するPrimary Careの概念拡大・GP診療所の機能拡張(専門診療に向けての守備範囲の拡張・多職種協働・コミュニティケアとの連携、関連職種へのタスクシフト)といった取り組みは、そのような文脈で理解すべきものである。

専門領域を持つ医師)とは厳然と区別されており、GPとしてのマインドセットができていない専門医からGPになることには否定的な意見が強かったが、今日では、GPと専門医との間の境界は流動化しており、GPがトレーニングを受けて一定の専門領域の診療に従事したり、GP診療を行う傍らで教育に携わる、あるいは病院(Trust)や民間病院に勤務する専門医が非常勤でGP診療所に勤務する形(GP with Special Interestと呼ばれる)も増えている。

背景には、GPそれ自体の供給不足、疾病構造の変化、財政面・機能面からの病院の負担軽減など様々な要因が挙げられるが、総じて単独開業・単独診療からグループ開設・グループ診療(それも非常勤医師によるグループ診療)へ「Primary Care」の概念拡大・GP診療所の機能拡張(専門診療に向けての守備範囲の拡張・多職種協働・コミュニティケアとの連携、関連職種へのタスクシフトによる医師の負担軽減)等々、日本の地域医療を取り巻く状況と類似する方向が見て取れる。

現在の政府の考え方は、「GPが全ての臨床の仕事をする必要はない」「他の職種に任せればよいものは他の職種に任せろ」というものであり、そのための財源

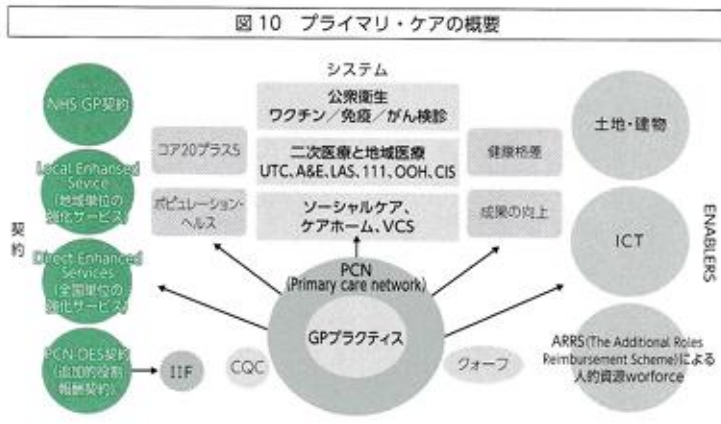
措置としてあるのが後述するARRS(The Additional Roles Reimbursement Scheme)である。

現在、多くのGP診療所が事務職員以外に医療助手やAdvanced Nurse Practitionerなど多様な専門職を雇用しており、タスクシフトが進んでいる。これに際して、医師1人当たり登録住民数(Di:1 ratio)は増加傾向にある。GP診療所には様々な異なるスキルを持つ多職種がいて、GPはそれらを代表する(というか「束ねる」)存在となっている。

(6) GPの契約形態・報酬形態

日本ではGP=登録制=人頭払(包括報酬)という理解が浸透しており、かかりつけ医の制度化の議論は常に支払い方式の見直し(出来高払・包括/人頭払)が絡んでくるが、実際のGPの契約形態は図10の左側に示す通りで、GPのグループ診療化、GP診療所のPCNへの組織化、機能の多様化、多職種協働などの変化に対応して、定額払、実費償還、出来高払による支払契約、提供する医療サービスの質や成果に対しても評価するQOF(Quality and Outcome Framework)の組み合わせという形に変わってきている(図10)。

GPへの支払いはその契約形態に応じ



て大きく5つに分かれる。

1つ目はNHSとGPの基本契約によるものである。具体的な契約形態としては、期限の定めのない契約であるGeneral Medical Service (GMS)とPersonal Medical Services (PMS)に加えて、有期契約であるAlternative Provider Medical

図9 GP機能

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Primary (undifferentiated) healthcare including Preventative Care Moves care out of hospitals Gatekeeping referrals Out of Hours /Weekend services Health Services Management GP Speciality Training Overseas the multidisciplinary team | <ul style="list-style-type: none"> 予防医療を含む一次医療 (未分化医療)* 病院からケアを移す (→退院患者の引き受け) ゲートキーピング (→GPを経由した入院・専門外来) 時間外/週末サービス 医療サービス管理 GP専門トレーニング 海外の学際・多職種チームとの連携 |
|--|--|

* 総合的な健康の促進と維持に焦点を当て、同時に病気や健康問題の未然の防止にも力を入れる包括的な医療アプローチ

図8 Primary Care (Groupings of General Practices into Primary Care Networks)

Primary Care Network:

- General Practice (一般診療)
- Dental Practice (歯科診療)
- Opticians (眼科診療)
- Community Pharmacies / Chemists (薬局・薬剤師)

☆ Now primary care includes community services which are provided by community trusts and other organisations

Covering typically 30,000 to 50,000 population size in a geographical area (人口3万から5万をカバー)

☆ 現在、プライマリ・ケアには、コミュニティトラストやその他の組織によって提供されるコミュニティ・サービスが含まれる

この点は強調されるべき点で、日本で一般に考えられているPrimary Careの概念とは「ずれ」があり「Primary Care=医師による診療」ということではない。

さらに言えば、最近日本で関心が高い「社会的処方(Social Prescribing)」はGP(医師)が行うものではない。

一般に、9割方の健康問題はPrimary Careで対応可能といわれており、それらをGPだけでなく歯科医師や薬剤師など多職種のPrimary Care Teamが対応しているのがイギリスのPrimary Careの実像である。

(4) GPの勤務実態とGP診療所の運営実態

GPは担当地域内の全住民に対してサービスを提供する義務があり、住民は生まれてから亡くなるまでどこかのGPに登録するというシステムはNHS創設以来続いているシステムである。

しかし、現在ではGP診療所のグループ診療所化が進んでおり、GP診療所は複数の医師が所属するグループ診療の形が一般的になっている。かつ、その7割は非常勤の医師で構成されていて、女性医師比率も高くEthnic groupの構成も多様である。

登録はGP個人ではなくGP診療所単

(5) GPとGPWSI、多職種協働

日本の場合、(近年養成が進んでいる総合診療医を別にすれば)診療所であれ病院であれ、何らかの専門の教育を受けた医師が病院等で一定の診療経験を積んだ上で開業し、地域の一次医療を担う、というのが歴史的に形成されてきた診療形態だが、イギリスの場合、初めからGP (General Practice) 教育を受けた医師がGP診療所においてGP診療を担う、というのが一般的である。

かつてはGPと専門医(病院に勤務する

Service (APMS)がある。

これらの基本契約は、Essential Serviceと呼ばれるGP業務の基礎部分に対するものである。Essential Serviceとは疾病の発見とその管理のことであり、二次医療への紹介が必要となれば病院やその他の機関に患者を紹介することも含まれる。この基本契約は、登録された住民の数(リストサイズ)によって決まるが、Car-Home関数という関数によって年齢や疾病等の変数に応じて調整される。

このEssential Serviceは、イギリスのGPの医療的なサービスであり、日本でのかかりつけ医機能のイメージに近い。

GPへの支払いの2つ目は、Quality & Outcome Framework (QOF)である。これは成果に応じて支払われるもので、10%の追加報酬を受けることになるため95%のGPがこれを算定している。

慢性疾患のアウトカムを指標としてその質が評価されるものであり、糖尿病を例にとると、GPの業務として定められているのは、住民に糖尿病について情報提供すること、糖尿病となる前の段階で発見すること、糖尿病となつてからはその管理を行い合併症を最小限にすること、合併症が出てしまったらそれを安定化させQOL(生活の質)を問題ないものとすることであり、

これらの項目について達成目標が指標化され、その成果に応じた支払いが行われている。

GPへの支払いの3つ目は、Enhanced Serviceと呼ばれるもので、Essential Serviceに入らない追加的なServiceに対応するもので、算定も任意である。

Local Enhanced Service (LES)と呼ばれる地元地域のニーズに応じたものと、国レベルで決められた項目のDirected Enhanced Service (DES)がある。DESについてはGPが単独で契約することもできるが、後述するPrimary Care Network (PCN)単位で契約することもできる。DESの主なものとしては、各種のワクチンプログラムや介護施設(Care Home)でのサービスが含まれる。DESをPCNとして契約した場合、PCN内で業務と予算を分割する。

GPへの4つ目の支払いは、IIF (Investment and Impact Fund)と呼ばれるもので、Population Health (国民保健)に当たる予算である。これはPCN単位で支払われる。

2025年現在、5つの評価基準Population Health Indicator (成人及び小児のインフルエンザワクチン、14歳以上の学習障害への介入、便潜血検査から2週間

以内の消化器科への紹介、予約から2週間以内の診察)が設定されており、その成果によってPCNは最大で5万ポンド余りを受け取ることができる。

GPへの5つ目の支払いは先述したARRSである。

看護師・薬剤師・Social Prescriber (Social Prescribingを行う職)、ケア・コーディネーター、健康・福祉指導員等の様々な職種をPCNが雇い入れ、この人材を複数の診療所が共有して地域のPrimary Careを遂行するための支払いである。ARRSはこれらの人件費を賄うための予算であり、このことを通じてGPの業務負担は軽減されることになる。

すなわち、ARRSは多職種連携と他職種への権限移譲を、診療所単位ではなくPCN単位で進める政策を財政面で支えるものであるといえる。

PCN: Primary Care Network

このようなGPへの予算措置から理解できるように、現在のNHS下での地域医療サービスで重要な役割を担うのがPrimary Care Network (PCN)である。

これは、前述した人口3万人から5万人を単位とするNeighbourhoodに対応する医療提供の仕組みである。同一

Neighbourhoodで診療活動を行う複数のGPがPCNを形成する。

Primary Careの中核をGPが担うのは変わらないとしても、予防・保健分野についてはPCNという実質的なグループ形態が2022年以降のICS/ICB制度の基本単位となつていくといえる。

スターマー政権のNHS改革の狙いについて、「地域医療・予防・コミュニティ医療へのシフト」があるという指摘をしたが、地域における受け皿となるのが、このPCNである。

(7) 医療情報ネットワーク

医療情報の一元的管理については、NHSはコロナ以前からこの分野のバイオニアである。医療情報はGP/病院間で共有されており、GPは地元の病院の記録を見ることができ、病院もGP側の記録を見ることができ、NHSに学ぶべきものがあるとすれば、何よりもまずこの医療情報ネットワーク、医療情報の一元的管理システムであろう。

今回訪問したアメリカ資本のプライベートルホスピタル(HCA)でも、診療情報は全てNHSに登録され、同時に自身の診療時にNHSの医療情報は参照することができると話していた。コロナ禍で実施され

た検査やワクチン接種情報も全てNHSで一元的に管理されており、GPは自身の患者についての情報をほぼリアルタイムで把握することができる。

(8) 最後に、GPの社会的役割

本稿の締めとして、今回の訪問で得た知見ではないが、イギリスにおいてGPの「コンピテンシー」として定義されている6つの専門性について最後に紹介しておく。

第1は、プライマリケアのマネジメント。包括的な予防・健康管理を行いながら必要に応じて多職種や臓器別専門医と連携する。第2は、人間中心のケア。患者の個性を尊重し、患者のパートナーとして患者に伴走し経時的に支援する。

第3は、プライマリケア特有の問題解決能力。

第4は、包括的アプローチ。急性・慢性を問わず複数の問題に同時に対応する。日本だと、疾患ごとに複数の主治医を持つている患者が(特に高齢者に)多いが、ある程度全身を診られる医師がいれば、プライマリケアのところはその医師が担い、そこに予防や治療、生活支援、生活指導などの非医療的要素が位置付けられる。

第5は、地域志向性。「GPは地域と医療の最初の接点」であり、個々の市民を診るだけでなく、常に地域という単位で健康問

まとめ 英国の医療提供体制(NHS)における診療所(GP)の役割

「診療(療費の給付)」という視点で見ると、診療所(GP、家庭医)の守備範囲は、わが国で考えられているよりもずっと狭い。

一定レベルの専門診療(セカンダリケア)まで担っている日本の開業医の守備範囲とは大きな違いがあり、装備のレベルも比較にならない。

GP・家庭医の役割の主力は予防・健康管理・ヘルスプロモーション・初期診断であり、その観点から見れば、GPの果たしている役割・範囲は極めて広範である。

今やイギリスのGPの主力はグループ診療。全体の6~7割は複数の医師がいる。かつ全体の7割が非常勤医師。女性比率も高く、ethnic groupも多様。病院勤務医や開業専門医との兼業(GP with Special Interest)も増大している。

GP診療所もさらに地域で組織化され(Primary Care Network)、多くの職種がGP診療所に雇用されタスクシフトが進んでいる。医師はチームリーダーとして、患者のケアのエキスパートとなる。

そもそもGPの登録は診療所単位で、個人医師単位ではない。

他方、GP診療所の医師は診療所に登録されている市民の医療情報は全て閲覧できる。NHSに全てのデータが集約・一元化されており、GPは自分の担当患者の情報は全て把握。民間病院(NHS以外の診療)での診療データも全て一元化されている。

題を捉え、疾患を診ていく。イギリスの場合、地域によって住民の人種構成や所得水準が大きく異なっており、受療行動も異なるなど、その地域特有の課題がある。

最後に、全人的なアプローチ。疾患を診るのはもちろん大事だが、疾患だけでなく、その人個人やその家族も含めて診る。ここでGPに一番要求されるのは、患者を主体にしたコミュニケーション能力であることとは言うまでもない。