

平成10年度

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）研究報告書

高齢者の医療・介護に関する日英比較研究

平成10年度 報告書

1999年3月

主任研究者 府川 哲夫

（国立社会保障・人口問題研究所）

目 次

序 研究の概要	1
I 高齢者の医療サービス	
1. 高齢者の Health に関する日英比較	府川 哲夫
2. イギリスにおけるプライマリー・ケア (outline)	Ray Robinson
3. NHS 改革の論点	府川 哲夫
II 高齢者の介護サービス	27
4. 高齢者介護の日英比較	佐々 佳子
5. 高齢者の介護ニーズと介護コスト (preliminary)	府川 哲夫
6. イギリスにおける高齢者介護 (outline)	Ray Robinson
終章 まとめと今後の課題	52

序 研究の概要

研究目的

日本とイギリスの医療システムの大きな相違点としてプライマリー・ケアが挙げられるが、両国はともに医療費の対GDP比が主要国の中で最も低いグループに属している。1) その制度的要因、2)それが医療サービスの効率性や質に与えている影響、3)国民の医療制度に対する評価、4)高齢者の介護サービスに対する政策的アプローチ、に関して日英共同で比較研究を行う。

急速に高齢化が進展している中で高齢者介護のあり方や医療と介護の関連について国民の関心が高まっている。高齢者の医療・介護においてどのような政策的 option があるかを考える上で、他の先進国との共同研究を行うことは大変有意義である。特にイギリスのプライマリー・ケアが医療全体の効率性に与えている影響や低医療費が医療サービスの質に与えている影響については、日本にとってもきわめて重要な情報であると考えられる。

研究方法

高齢者の医療・介護に関して London School of Economics (LSE と略す) をパートナーとして平成9年度から3年計画で比較研究を行う。

平成9年度は、日英両国における高齢者の医療・介護の現状について、高齢者の身体状況、living arrangement、医療・介護サービスの利用状況等を既存の調査から比較可能な範囲で把握し、主に高齢者の医療サービスに関して、プライマリー・ケア・システムの日英比較、医療サービスの効率性と質の日英比較など、今後掘り下げて比較研究を行うべき課題を抽出した。

平成10年度は平成9年度に抽出された重点課題についてLSEとの共同研究を実施した。さらに、主に高齢者の介護サービスに関して、日英比較研究を行うべき重点課題の抽出作業を行った。

平成11年度は平成10年度に抽出された重点課題について共同研究を実施するとともに、高齢者の医療・介護に関して日英両国の共通点、相違点を総括した上で、両国のこれまでの経験からお互いにどんなことが学べ、どのような政策の option があるか、その評価を含めて考察する。

研究結果

平成10年度の研究では高齢者の医療サービスに関する日英比較及び高齢者の介護サービスについての両国の取組みについての検討を行った。

高齢者の健康状態は概して日本の方が良いように見えるが、高齢者の医療費は日英で大差なかった。しかし、その使い方には両国で大きな差があり、イギリスの方が入院サービスの比重が高く、年齢階級別1人当たり医療費のパターンにも顕著な違いがあった。イギ

リスの NHS 改革ではプライマリー・ケアの分野にも様々な戦略的アプローチがとられている。イギリスで医療費増加の抑制が他の先進国よりうまくいっている理由は、医療サービスの大部分が政府が支払う NHS によっているため支出をコントロールしやすいからである。今後も医療費の増加が予想されるが、現行の財源調達方式が政府にとってもイギリス全体にとっても最も経済的であるとみられている。市場原理をどのように導入するかはそれぞれの国の制度的・思想的背景に大きく依存する。イギリスの NHS の効率化への道は運営の専門化、供給サイドでの競争、交渉による契約による。改革は管理者と医療従事者、医療サービスの購入者と供給者の間の力関係を変えるために使われたが、ユーザーの力は根本的には強くなっていない。イギリスではマイクロ・レベルの効率性が向上したかどうかははっきりせず、マクロ・レベルの医療費は上昇した。

日英両国の高齢者介護に関する政策（特に在宅サービス）の展開をみると、類似点も多く興味深い。イギリスでは 1999 年 3 月に Royal Commission が介護サービスの将来の財政に関してレポートを発表したが、日本では 1997 年 12 月に介護保険法が成立して、日本の方が一歩進んでいるようにみえる。しかし、イギリスのコミュニティ・ケア改革は日本より先に実施され、日本の在宅福祉施策にも大きな影響を及ぼしており、高齢者介護の分野で両国がお互いの経験から学び合う意義は大きいと考えられる。

考察と結論

医療サービス全体をマクロで見ればイギリス、日本ともに少ない医療サービス（対 GDP 比）で高い健康水準を維持しているようにみえる。医療サービスの内容あるいは年齢別分配では日英は大きく異なっていた。また、イギリスの医療費では日本と比べて入院（病院）サービスの比重が高かった。GP の役割の違い、入院サービスの違い、費用負担の違い、などが両国の医療サービスのマイクロ・レベル及びマクロ・レベルの効率性に影響を与えている。イギリスでは病床利用率が高く（85～95%）、これが片やウェイティング・リストの問題を引き起こしているが、一方で医療費を低く抑えることに貢献している。もし病床利用率をたとえば 60～70%に下がるように病床を増やせばウェイティングリストの問題は解消するが、そのためのコストを負担する用意はイギリス国民にはないようである（府川・武村、1997）。日本では診療報酬点数表による価格コントロールのみで医療費増加を抑制してきたが、この方法はもう限界に達していると考えられており、医療保険における構造改革が求められている。医療サービスの質を向上させ、医療サービス提供を効率的に行うために、日本でもイギリスの例にならって戦略的なアプローチをとることが必要である。

今後の課題としては次のような点を明らかにすることが挙げられる。

- 1) 日英両国とも医療サービス提供に関して政府のコントロールが強く、医療費の対 GDP 比が他の先進国より低い、これが高齢者に対する医療サービスの質にどのよう

な影響を与えているか。

- 2) 本当に日本の高齢者の方が元気 (disability-free) なのか。日英の高齢者の morbidity を詳しく比較する必要がある。
- 3) イギリスのプライマリー・ケアは日本のプライマリー・ケアより効率がよいのか。患者のG P 選択の実態と効果。患者の流れを是正するためにはG P 制はどれほど有効か。
- 4) 高齢者に振り向けられている医療サービスの総額 (対G D P 比) は日英で変わりがないように見えるが、そのサービス内容の内訳を詳しく比較する必要がある。日英両国において、高齢者に提供されている社会サービスの全体像をとらえると、医療サービスや福祉サービスの位置付けがより鮮明になる。
- 5) 医療制度や高齢者介護制度に対する国民の信頼度・満足度。

1 章 高齢者の Health に関する日英比較

1. 高齢者の保健指標

日本の高齢者の死亡率は男女ともイギリスより低く（年齢階級の上昇とともに差は縮小）、それが平均余命の差に反映されている（表1）。在宅高齢者の ADL 要介護率をみても、日本の高齢者の方が自立している割合が高い。

イングランド・ウェールズの平均寿命は男が 75 年、女は 80 年に近づきつつあり、過去 20 年間に平均寿命は 4～5 年伸びたが、1976 年から 1994 年の間に健康平均寿命は男 59 年、女 62 年前後でほとんど伸びていない（注1）。従って、平均寿命が伸びてもそれは障害を持った年月や病気になっている年月が伸びただけで、健康に暮らせる年月は伸びていない可能性もある。平均寿命の伸びが QOL の犠牲を伴っているかどうかを見極めるには障害の測定が必要である。WHO の International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) はそのような指標の 1 つである。保健政策の目的は障害のない生存年を伸ばすことであり、健康平均余命の研究においては国際的な研究者グループ (REVES) によって指標の標準化が進められている。

日本の 1998 年における 65 歳以上人口は 2,050 万人で総人口の 16.2 % であった。高齢人口が増える中で、若年期からの生活習慣を健康的にして、心疾患や糖尿病など日常生活と縁の深い生活習慣病の発症を予防することが重要になってきている。このため 2010 年を目標年次に国民の疾病比率の削減などの数値目標を提示する「健康日本 21 計画」の策定が計画されている。

2. 高齢者の社会的状況

労働参加率、貧困率、所得分配などの社会経済的変数も保健を考える上で重要な要因である。65 歳以上の 1 人暮らしの率は多くの国で約 30 % あるいはそれ以上であるが（男は 20 % 前後、女は 40 % 台又は 50 % 台）、日本は子との同居率が高く、高齢者の 1 人暮らしの率は低い。日本の 65 歳以上の高齢者の子との同居率は 1960 年の 80 % 以上から 1995 年には 54 % に低下しているが、他の先進国に比べるとこの値はなお極めて高い。子との同居率は年齢階級の上昇とともに高まり、60 歳代で 40 % 台、70 歳代で 50 % 台、80 歳以上では約 70 % に高まっている。高齢者の労働参加率が高く、施設入所者の割合が低いことも日本の特徴である。病院に 6 か月以上入院している人を加えても、日本の 65 歳以上人口に占める施設入所者の割合は 4 %（注2）で、イギリスの 5 % より低い。

イギリスでは 1995 年度において 65 歳以上人口のうち 5.3 % が施設入所者であり、3.4 % が食事サービスを受け、2 % が自治体負担のデイ・センター参加者であった。イングランドでは施設入所者の 56 % が 85 歳以上であった。前述のように、年齢階級の上昇とともに高齢者の要介護率も高まり、在宅高齢者のうち 65-69 歳の 5 % は階段を登るのに手助けが必要であったが、この率は 85 歳以上では 30 % に高まった（表2）。65 歳以上でホー

ムヘルプサービスを受けている人は 1991 年度の 4 % から 1994 年度には 7 % に高まった (注 1)。1997 年におけるイギリスの 65 歳以上人口は 930 万人、退職年金受給者は 1,070 万人であった。イギリスでは退職年金の支給開始年齢は 2020 年 4 月から男女とも 65 歳になる予定である。

3. 高齢者の医療費

イギリスの医療費は他の先進国に比べて少なく、入院待ちリストやニーズの変化への対応の悪さなどの問題を抱えている。必要な財源は保健セクターの内部で効率性を高めることによって見出すことが強調されているが、効率性の向上によって節約できる額にも限度がある。また、短期的な財政対策のために長期的には効率性を高めるようなサービスがカットされれば、それはむしろ不効率をもたらす原因ともなる。

1996 年度におけるイギリスの総医療費は 483 億ポンド (GDP の 6.8 %) で、このうち NHS 医療費が 422 億ポンド (GDP の 5.9 %) を占め、総医療費の 87 % であった。一方、1996 年度における日本の総医療費の対 GDP 比は 7.2 % と計算され、このうち「国民医療費」は 28.5 兆円で GDP の 5.7 % であった。表 3 は日英の公的医療費について機能別、財源別、年齢階級別構成割合を比較したものである。総額の対 GDP 比には大きな差はなかったが、財源構成は対照的であった。国民医療費の財源は税が 32 %、保険料が 56 %、患者負担が 12 % であったのに対して、NHS の財源は税が 85 % (税収全体の 13 % に相当)、NHS 拠出金 (社会保険料) が 12 %、患者負担が 2 % であった。NHS 医療費のうち 54 % は人件費に充てられ、この割合は過去 20 年間変わっていない。国民医療費の機能別内訳をみると、外来 (医科) と外来薬剤の合計が 49 % であったのに対して、NHS 医療費では 54 % が病院、9 % が GP、11 % が GP 処方薬の薬剤、等と日本と構成が大幅に異なっていた。NHS 医療費の 63 % を占める入院 (hospital and community health services expenditure) のプログラム別の内訳をみると、急性 49 %、高齢者 12 %、mental illness 11 % 等であった。年齢階級別のシェアでは日本に比べてイギリスでは若年者に厚く、高齢者にやや薄く医療費が配分されていた。日本では 65 歳以上の高齢者は人口の 15 % であったが、国民医療費の 45 % を消費していた。一方、イギリスでは 65 歳以上の高齢者のシェアは人口の 16 %、NHS 医療費の 41 % であり、75 歳以上の高齢者は人口の 7 % であったが、NHS 医療費の 25 % を使っていた。年齢階級別 1 人当たり医療費指数 (0-14 歳 = 1.0) をみると日英の相違はさらに鮮明になる。65 歳以上の 1 人当たり医療費は日本では 0-14 歳の 1 人当たり医療費の 7.1 倍であったが、イギリスでは 3.2 倍であった (表 4)。表 3 からイギリスの 0-14 歳の 1 人当たり医療費は日本のおよそ 1.9 倍とみられるので、イギリスの 65 歳以上 1 人当たり医療費は日本に比べてやや低い (85 % 程度) 水準とみることができる。しかし、イギリスの 85 歳以上の 1 人当たり医療費は逆に日本よりやや高い (約 1.1 倍) 水準とみられる。

日本の退院患者の平均在院日数は 1996 年でも 41 日ときわめて長かった。一方、イギリスでは入院医療の平均在院日数は年々減少し、1995 年で 10 日であった（表 5）。日本でも 6 か月以上の長期入院を除けば、平均在院日数は半減した（府川、1999）。

（注 1）Social Trends（1998）による。

（注 2）筆者の推計による。

参考文献

府川 哲夫(1999). 死亡率の低下と morbidity に関する研究. 平成 10 年度厚生科学研究費補助金（統計情報高度利用総合研究事業）研究報告書.

表1 高齢者の保健・社会指標:性・年齢階級別

(単位:%)

		日 本					イ ギ リ ス				
		65-69	70-74	75-79	80-84	85以上	65-69	70-74	75-79	80-84	85以上
死亡率	男	1.9	2.9	4.9	8.5	16.4	3.4	3.4	8.3	8.3	19.2
日本98, UK97	女	0.8	1.3	2.4	4.7	11.3	2.1	2.1	5.5	5.5	15.4
平均余命(年)	男	17.0	13.5	10.3	7.6	5.4	14.7	11.5	8.8	6.6	4.9
日本97, UK94-96	女	21.8	17.5	13.6	10.1	7.2	18.3	14.6	11.3	8.5	6.2
入院受療率	男	2.6	3.3	4.5	5.9	8.3					
日本96	女	1.9	2.8	4.4	6.8	10.9					
1人暮らしの率	男	4.0	4.5	4.9	6.4	6.8	16	20	28	38	...
日本95, GB91	女	12.3	17.0	19.1	17.4	11.1	33	43	56	64	...
夫婦のみの率	男	40.7	40.7	37.2	30.1	20.7	66	67	61	46	...
日本95, GB91	女	31.3	23.0	12.9	6.5	2.1	49	44	30	14	...
労働参加率	男	54.2	37.0	18.0	...	...	13.1	6.5	2.7	...	...
日本95, UK93	女	27.2	16.8	6.3	...	...	8.0	3.4	0.9	...	...
施設人口の割合	男	1.3	1.9	3.0	5.1	9.8	1.3	1.3	5.7	5.7	24.1
日本96, UK95	女	1.2	2.3	4.7	9.1	18.4					
在宅ADL要介護率	男	2	3	6	10	17	12	12	16	31	39
日本95, UK94/95	女	1	2	4	10	23	13	17	27	33	49

(注) GBはグレート・ブリテン。

表2 在宅高齢者の年齢階級別要介護率:イギリス 1996年度

(単位:%)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	65歳以上
階段の登り	5	7	11	15	30	10
入浴・シャワー	5	6	8	15	24	9
衣服の着脱	3	2	4	5	8	4
就床・起床	2	2	1	3	4	2
室内移動	1	1	0	1	4	1
用便	1	1	1	1	3	1
食事	0	0	1	1	1	0

出典: Social Trends (1998)

表3 公的医療費

	日本 1996 国民医療費	イギリス1996 NHS 医療費
総額	285,210 億円	42,155 百万ポンド*
対GDP比 (%)	5.7	5.9
機能別 (%)	100.0	100.0 2)
入院	42.1	62.7
病院	40.6	54.0
外来(医科)	28.7	9.2
歯科	8.9	3.7
外来薬剤	20.2	11.5
その他	0.1	12.9
財源別 (%)	100.0	100.0
税	32.0	85.4
保険料	56.1	12.3
患者負担	11.8	2.3
年齢階級別 (%)	100.0	100.0 3)
0-14	6.5 (15.6)	14.6 (19.4)
15-44	17.6 (41.1)	25.0 (42.8)
45-64	31.1 (28.1)	19.9 (22.0)
65+	44.8 (15.1)	40.5 (15.8)

注 1)()内は人口の割合 (%)

注 2) 1995

注 3) 1993/1994

出典: 日本「平成8年国民医療費」

イギリス Compendium of Health Statistics 1997

表4 年齢階級別1人当たり医療費指数(0-14歳=1.0)

年齢階級	日本 1996	イギリス 1993	ドイツ 1996
0-14	1.0	1.0	1.0
15-44	1.0	0.8	1.7
45-64	2.7	1.2	3.3
65+	7.1	3.2	5.4
65-74	6.0	2.3	4.7
75-84	9.3	3.4	5.7
85+	10.3	5.9	6.1

出典:

表5 傷病別平均在院日数

(単位:日)

	日 本			日 本 (6か月以上の長期入院を除く)			イングランド		
	1990	1993	1996	1990	1993	1996	1990	1993	1995
全傷病	45	42	41	24	22	21	18	12	9
悪性新生物	58	50	46	44	39	38	10	9	8
精神障害	326	333	331	48	46	47	256	129	73
高血圧性疾患	76	68	64	31	28	27	16	12	10
心疾患	49	43	39	28	23	22			
脳血管疾患	122	119	119	41	39	41			
呼吸系疾患	30	23	26	18	14	16	11	8	6
消化系疾患	30	27	26	24	21	21	6	6	5
筋骨格系疾患	63	59	55	40	38	37	11	10	8

(注) イングランドの高血圧性疾患の欄は循環系疾患の値である。

出典: 日 本 患者調査, 府川 (1999)

イングランド Compendium of Health Statistics 1997

1. 背景

この節は 1948 年に確立した今日のプライマリー・ケアの起源及びその後の構造の変化を記す。その中には GP の人数、分布、登録患者数などが含まれる。プライマリー・ケアにおける gatekeeper 機能、提供されるサービスの範囲、新たに導入されたプライマリー・ケア集団なども重要な論点である。

2. 1987年以降のプライマリー・ケア政策

1987年に出版された Promoting Better Health という白書はイギリスにおける近年のプライマリー・ケアの歴史の中で画期的なものである。この白書はプライマリー・ケア分野において初めて戦略的なアプローチをとり、その後重要な政策が次々と打ち出された。その中には、GP の全国契約 (1990 年)、GP ファンド・ホルダー制 (1991 年)、プライマリー・ケア重視の NHS 政策及び包括購入 pilot site の形成 (1995 年)、個人医療サービス pilot site の設立 (1998 年)、プライマリー・ケア集団の導入 (1999 年 4 月)、などが含まれる。

3. GP ファンド・ホルダー制

1991 年の GP ファンド・ホルダー制導入はプライマリー・ケアの組織・財政における一大改革であった。これによって GP は初めて自分の登録患者に対して幅広い医療サービスを直接購入することができるようになった。さらに重要なことは、この制度によってプライマリー・ケアの力が大幅に強化されたことである。この節では、GP ファンド・ホルダー制導入の背景にあった考えを議論し、その急速な普及及びこの制度によるパフォーマンス向上に関する研究結果をレビューする。

4. 包括購入 (Total Purchasing)

包括購入は GP ファンド・ホルダー制の拡張で、1995 年に 53 の pilot sites で 3 年間の試行が開始された。この枠組のもとでは GP の集団は患者の 2 次・3 次医療サービスの全てについての予算を委任されている。この自由はアメリカの HMO に類似しており、患者の受ける全ての医療サービスの管理においても HMO と同様の機能を果たす。包括購入施設は保健省の出資による大規模な全国評価の対象となる。筆者はその研究班のメンバーの 1 人で、評価結果は現在執筆中である。この節はこの研究結果をもとに書かれる。

5. 1 次医療 (プライマリー・ケア) と 2 次医療のバランスの変化

「プライマリー・ケア重視の NHS」という政策の一環として、そうすることが適切な

限り 2 次医療から 1 次医療に転換することが促進されている。その例として、在宅病院プラン、プライマリー・ケア施設での特別治療、退院患者に対する GP のフォロー・アップ、病院内診断サービスへの GP のアクセス、プライマリー・ケア・サービスの拡充（カウンセリング等）、などがある。

6. プライマリー・ケア集団 (PCG)

1997 年 5 月の労働党政権成立後、GP ファンド・ホルダー制及び包括購入制の廃止が決められたが、プライマリー・ケア集団の形成を通じて「プライマリー・ケア重視の NHS」政策は維持されることになった。プライマリー・ケア集団の形成は 1999 年 4 月から全国的に実施され、400 ～ 500 の PCG が作られる。全ての GP は必ずいずれかの PCG に所属しなければならない。

Primary Health Care in the UK: Policy, Practice and Performance

This paper will describe the system of primary health care in the UK, identify major policy changes and analyse a number of key developments in terms of research evidence on practice and performance. Particular attention will be paid to the reforms of the 1990s including GP fundholding, the total purchasing pilot sites and the newly formed primary care groups.

1. Background

This section will describe the origins of the present system of primary health care as established in 1948. It will identify trends over time in the structure and organisation of primary care including the number and size of GP practices, their distribution and patient list sizes. It will also describe the gatekeeping role of primary care, the range of services offered and the emergence of primary care teams.

2. Policy on Primary Health Care since 1987.

The publication of the White Paper, *Promoting Better Health*, in 1987, was a significant landmark in the modern development of primary care in the UK. It represented the first attempt to adopt a strategic approach in this sector of the health care system. Thereafter a number of important policy changes followed. These include the introduction of the 1990 GP national contract, the introduction of GP fundholding in 1991, the emergence of a policy based upon a 'primary care led' NHS and the formation of total purchasing pilot sites in 1995, the establishment of Personal Medical Services pilot sites in 1998 and the recent introduction (April 1999) of Primary Care Groups.

The development of these policy initiatives and an outline of the main features of each of them will be described in this section. Subsequent sections will analyse individual initiatives in more detail.

3. GP Fundholding.

The introduction of GP fundholding in 1991 represented a major innovation in the organisation and finance of primary care. For the first time, GP's were able to directly purchase a range of services for patients registered with them. More generally, it represented a major shift of power to primary care. In this section, the ideas behind the introduction of fundholding will be discussed; an account of its rapid growth will be presented; and the research evidence on the performance of fundholding will be reviewed.

4. Total Purchasing.

Total purchasing was an extension of GP fundholding introduced at 53 pilot sites in 1995, for an experimental three year period. Under this scheme, groups of GP practices were delegated budgets with which they were able to purchase potentially all of the secondary

and tertiary care received by their patients. This freedom meant that they resembled US Health Maintenance Organisations and had similar scope to HMOs in the management of the care of their patients across the whole health care sector.

The total purchasing sites were the subject of a large-scale, national evaluation funded by the Department of Health. The author was a senior member of the research team. The results of this evaluation are currently being written-up. This section of the report will draw on this research evidence.

5. Shifts in the Balance between Secondary and Primary Care.

As part of the move towards a 'primary care-led NHS' efforts have been made to encourage the transfer of services from secondary care to primary care whenever it is considered appropriate to do so. Examples of this trend include hospital-at-home schemes; specialist out-reach clinics at primary care premises; GP follow-up of patients discharged from hospital; direct GP access to hospital-based diagnostic services; and the enhanced provision of primary care services, e.g. counselling in primary care.

In this section an account of the various services that have been shifted to primary care settings, or developed there in addition to existing services, will be presented together with a review of the evidence on the clinical and cost effectiveness of these developments.

6. Primary Care Groups.

Following the election of a Labour government in May 1997, a decision was taken to abolish GP fundholding and total purchasing, but to retain the primary care-led NHS approach through the formation of Primary Care Groups. These will retain a primary care provision, secondary care purchasing. These are due for implementation nationwide in April 1999. There will be between 400 and 500 PCGs and all GPs will be required to join one. (Unlike GP fundholding and Total purchasing it is not voluntary).

This section will describe the government's plans for PCGs, progress to date and expectations regarding their performance as seen by researchers and health policy analysts.

7. Conclusions and Comparative Analysis

On the basis of the material presented in the report, and the author's reading of the material on Japan provided for him, some preliminary comparative analysis on the systems of primary health care in the UK and Japan will be presented.

Professor Ray Robinson
LSE Health
London School of Economics and Political Science

March 1999.

3章 NHS改革の論点

1. プライマリー・ケア

(1) 日英比較

GP（一般医）の数はこの10年間に年率1.5%で増加し、1994年におけるGPの総数は3.6万人であった。GPの単独診療は1994年には10人に1人の割合となり、4人以上のグループ診療をしているGPの割合は60%であった。グループ診療は、しばしば保健センターを拠点になされている。5,000人以上（当初は11,000人以上で、その後9,000人、7,000人、5,000人と引き下げられた）の登録患者を持つGPのグループは、希望すればHAから病院医療費をも含む自主予算を付与され、患者に最も良いと思う病院に自由に患者を送ることができるようになり、予算に黒字が出ればそれを事業のために活用できることになった。これが1991年から始まったGPファンド・ホルダーと呼ばれる制度である。1995年で10,500人のGPがファンド・ホルダーとなっており、イギリス国民の50%がGPファンド・ホルダーによってカバーされていた。しかし、労働党政権になってGPファンド・ホルダー制は1999年3月までで廃止され、新たにプライマリー・ケア・グループが形成されることになった。GPの28%はclinical assistantとして病院（主に外来部門）でも働いている。プライマリー・ケアにおける日英の主な相違点は次の通りである（府川・武村、1997）。

—イギリスではプライマリー・ケアを担当するのはGP、セカンダリー・ケアを担当するのは病院と明確に機能分化されているが、日本では診療所のみならず病院でもプライマリー・ケアを担っている。

—イギリスでは患者は最初にGPの診療を受け、GPが入院治療や専門的医療などのセカンダリー・ケアを必要と判断した場合に病院を紹介するが、日本では患者は原則として診療所でも病院でも自由に選択できる。

—プライマリー・ケア・サービスへの範囲が、イギリスでは保健サービスに拡張したものであるのに対して、日本ではセカンダリー・ケアに拡張したものとなっている。

—イギリスではGPの90%がグループ診療であるが、日本では大部分がソロ・プラクティスである。

—プライマリー・ケアの報酬は基本的にはイギリスは登録人头払い、日本は出来高払いである。

—イギリスでは医療サービスは基本的に税で賄われる公共財であるが、日本では保険料が最も大きな財源であり、患者の一部負担も10%以上の構成要素となっている。

(2) 開業医の状況の比較調査（注1）

フランス

フランスのGPはgatekeeperの役割は担っておらず、1人又は少人数で開業している。平均年齢はヨーロッパの平均より低く、女性や職業訓練を受けた者はほとんどいない。勤

務時間は長く、多くの GP が予約外診療を受け付けている。プライマリー又はセカンダリー・ケアにおいて他の職種との協力関係は平均的だが、ソーシャル・ワーカーとの協力は悪い。

GP は最初にかかる医師として確立している。治療及び慢性疾患の管理においてフランスの GP は平均以上であるが、医療技術の使用においては平均的である。homeopathy（同種療法）を行う人は少ない。予防の分野、特に出生前ケアや子どもの予防接種などでは活動は活発である。頸部ガンや高血圧の健診も活発である。

1 回の診療時間は平均よりはるかに長い。外科診療件数で見ると仕事量は非常に少ない。往診の率はかなり高く、GP の半数は入院中の患者を訪れている。電話相談は少ないが、大部分の GP は勤務時間外の診療にかかわっている。助手を雇っている GP はほとんどいず、診断機器もヨーロッパ平均より少ない。GP の半数はコンピュータを持っているが記録管理に使っている人はほとんどいない。フランスの GP は事務的な仕事は嫌いだが、仕事の満足度は平均的である。

ドイツ

ドイツの GP の密度は低く、gatekeeper の役割は担っていない。全体の 3 分の 2 は 1 人診療である。ほとんどが男性で、平均年齢はヨーロッパの中で最も高いグループに入っている。多くは職業訓練を受けている。勤務時間は特に長い。予約外診療の状況はヨーロッパの平均である。プライマリー又はセカンダリー・ケアにおいて他の医療職との協力関係は良いが、ソーシャル・ワーカーとの協力は悪い。

婦人病を除けば最初にかかる医師としての GP の役割はヨーロッパの平均であり、精神的な病気の場合には特にその役割が強い。医療技術の使用は平均的であるが、慢性疾患の管理、高血圧や高コレステロールの発見、homeopathy の使用では優位である。GP は出生前ケアや婦人の予防的ケアにはあまり関わっていないが、子どもの疾病サーベイランスや予防接種への関与は平均的である。

患者数も電話での相談も多く、ドイツの GP の仕事量は特に多い。多くの GP は入院中の患者を訪れ、3 分の 2 は勤務時間外の診療に関わっている。大多数は予約診療であり、予約の遅れはヨーロッパ平均である。診断機器やコンピュータは最も整備されている。GP は事務の仕事や診療報酬に不満を持っており、仕事の満足度は平均以下である。

スウェーデン

スウェーデンの GP 密度は特に低い。多くの GP は公的医療制度に雇用され、グループで仕事をしている。平均年齢はヨーロッパ平均より高く、他の国より女性が多い。職業訓練を受けた者の割合は高いが、継続的な医学教育への関心は低い。週の勤務時間や時間外の仕事の量はヨーロッパ平均である。GP と看護婦との協力関係は良いが、他の専門職や

ソーシャル・ワーカーとの協力関係は悪い。

スウェーデンの GP も最初にかかる医師としての位置付けはヨーロッパの平均である。広範囲の医療技術が使われているが、homeopathy は行われていない。子どもの疾病サーベイランスや予防接種には大いに関与し、出生前ケアには平均以下の関与であり、予防活動はあまり行っていない。

多くの患者は予約診療であり、診療時間は長い。GP 当たりの患者数はかなり少ない。往診や入院中の患者を訪れることはまれであるが、時間外の診療は一般的である。診断機器は豊富でコンピュータの利用も多いが、診療記録の管理にはコンピュータは使われていない。スウェーデンの GP はその役割はかなり評価しているが収入には満足していない。

イギリス

イギリスの GP の密度は比較的低い。彼らは gatekeeper としての役割を強く持ち、通常グループで仕事をしている。職業訓練を受けた人が多い。他の仕事を持っている人が多いにもかかわらず、週の労働時間はヨーロッパ平均より長い。継続的な医学教育への関心は低い。ソーシャル・ワーカーを除けば、他の職種との協力関係は一般に良い。

イギリスの GP は最初にかかる医師としての役割を強くもっている。医療技術の使用は平均以上で、疾病管理に大いに関与している。Homeopathy は一般的ではない。母子保健や予防的ケアへの関与が一般的に高く、特に家族計画、子どもの疾病サーベイランスや予防接種、などで大きな役割を果たしている。

外科診療件数はヨーロッパ平均以上である。往診は平均的で、時間外診療は多い方である。外科診療の平均時間は少ない。電話相談も少ない。診断機器の利用は平均的で、コンピュータは患者の記録管理によく使われている。仕事の満足度は特に診療報酬と事務量の面でヨーロッパ平均より低い。

(3) 医師の平均所得

イギリスの医師の所得は他国の医師と比べて低い。民間部門の平均給与に比べて医師の平均所得が何倍かをみると、アメリカ 7.3 倍、ドイツ 4.6 倍、カナダ 4.1 倍、オーストラリア 4.1 倍、イギリス (コンサルタント) 3.4 倍、フランス 2.7 倍、イギリス (GP) 2.7 倍であった (Orton and Fry, 1995)。また、医師の平均所得は他の専門職種のそれより低く、医師の平均を 100 とすると、会計士は 140、年金数理士 175、弁護士 142 といずれも医師より高かった (Orton and Fry, 1995)。

	フランス	ドイツ	日本	スウェーデン	イギリス	アメリカ
人口千人当たり						
医師数						
看護婦数						
病床数						
GP1人当たり人口 (人)						
solo診療の割合 (%)	58	67		2	16	
平均在院日数						
医療費の対GDP比 1996 (%)	9.7	10.5	7.2	7.3	6.9	14.0
公的制度のシェア (%)	80.7	78.3	78.3	80.2	84.5	46.7
医療費の機能別分配 1995 (%)						
入院	44.5	36.3		-	-	43.3
外来 (薬剤を除く)	-	29.7		-	-	33.2
外来薬剤	16.7	12.5		14.6	15.9	8.4
その他	-	21.5		-	-	15.1
医療費の負担 (%)						
企業・被保険者						
政府						
患者						

2. 病院サービス（注2）

1950年から1993年の間にNHS病院は3分の2に、病床数は2分の1に減少し、NHS病院数は1,960、病床数は30.9万床（人口1,000対5.3）となった。5.3の内訳は急性が2.4、非急性が2.9で、特に非急性病床の減少が著しく、それとともに平均在院日数も1950年の45日から1993年には10日に減少した。イギリスには人口25万人に1つの割合でDistrict General Hospital (DGH)があり、GPからの紹介患者への医療サービスや救急医療を提供している。DGHには平均的に4,250人が働いており、そのうち230人（5.4%）が医師、2,250人（53%）が看護婦である。これ以外に、35人のGPがclinical assistantとして働いている。医師はその技能によってConsultant, Specialist Registrar, Registrar, Senior House officer, House officerと区分されており、230人の内訳はConsultantが37%、Registrarが25%、House officerが38%である。一方、看護婦は経験年数によってA～Gのクラスに区分されている。

保健大臣の認可を受けたNHS病院（救急医療サービス等のユニットを含む）は、地区保健当局から組織的に独立し、独自の法人格を持つ。また、一定の条件付きであるが、病院の運営は理事会で決められ、独立採算制が認められる。さらには、職員の採用（採用条件を含む）、一定の借入金、不動産の処分等にも一定の自由が与えられる。これを「NHSトラスト」と呼ぶ。「NHSトラスト」は1991年から導入され、1994年には494を数え、今日では病院の90%以上がNHSトラストとなっている。NHSトラスト病院には資産の売買やある限度額までの借入れなどが認められ、余剰が生じた場合はそれを自由に活用することも認められる。職員の採用や給与の設定なども自由に決められる。

1997年3月の病院のウェイティング・リストの人数は、116.4万人で、ウェイティング・リストの期間別内訳については、1年以内が97.3%、1年以上は2.7%であった。ウェイティング・リスト短縮の問題は大きな課題となっており、1986年以降様々な努力がなされている。1991年の患者憲章において一部の専門サービスで入院待ちの基準が決められ、1995年には全診療科で18か月の入院待ちが上限とされた。外来の待ち期間についても10人のうち9人は13週間以内に診療が受けられ、GPのreferral後26週間以内に全員が診療を受けられるという基準が決められた。保健省は、ウェイティング・リスト患者のうち、半数は5週間以内に入院でき、85%は半年以内に入院できるのだから、それ以上の長期入院待ちをなくすことこそ最重要課題であるとしている。

3. 民間医療サービス（注2）

1980年代、90年代にイギリス政府は医療サービスの新たな財源及び新たな供給方式として民間セクターの役割を強調してきた。その結果、イギリスではNHSが医療サービスの支払い者及び供給者として支配的であることに変わりはないが、民間セクターも急速に成長した。民間保険に適用されている人の割合は1982年から1987年の間にほぼ2倍に